

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Medicina Humana



Una Institución Adventista

**Factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor de la
comunidad de Sinchicuy, Loreto, 2020**

Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor:

Luz Mery Diaz Orihuela

Asesor:

Dr. Roger Albornoz Esteban

Lima, 29 de abril del 2022

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DE TESIS

Dr. Roger Albornoz Esteban, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Medicina Humana, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: “**Factores Asociados a la Calidad de Vida del Adulto Mayor de la Comunidad de Sinchicuy, Loreto, 2020**” constituye la memoria que presenta la Bachiller Luz Mery Diaz Orihuela para obtener el título de Profesional de Médico Cirujano, cuya tesis ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 12 días del mes de abril del año 2022



Dr. Roger Albornoz Esteban

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Lima, Naña, Villa Unión, a 12 día(s) del mes de Abri del año 2022, siendo las 20:30 horas, se reunieron los miembros del jurado en la Universidad Peruana Unión Campus Lima, bajo la dirección del (de la) presidente(a):

Mg. Abel Ricardo Caballero León el (la) secretario(a): Mg. Edda Evnet

Newball Noriega y los demás miembros: Mg. Manuel Jansel

Concha Toledo y el (la) asesor(a) Mgto. Roger Albornoz

Esteban con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulado:

Factores Asociados a la Calidad de Vida del adulto mayor de la Comunidad Sinchicuy, Areto, 2020

del(los) bachiller(es): a) Luz Mary Diaz Orihuela

b)

c)

conducente a la obtención del título profesional de:

Médico Cirujano
(Denominación del Título Profesional)

El presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (a la) / a (los) (las) candidato(a)s hacer uso del tiempo asignado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por al (a la) / a (los) (las) candidato(a)s. Luego, se produjo un espacio para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado.

Finalmente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

del (a): Luz Mary Diaz Orihuela

| CALIFICACIÓN | ESCALAS | | | Mérito |
|----------------|-----------|-----------|------------------|----------------------|
| | Vigesimal | Literal | Cualitativa | |
| <u>probado</u> | <u>17</u> | <u>B+</u> | <u>Muy bueno</u> | <u>sobresaliente</u> |

del (b):

| CALIFICACIÓN | ESCALAS | | | Mérito |
|--------------|-----------|---------|-------------|--------|
| | Vigesimal | Literal | Cualitativa | |
| | | | | |

del (c):

| CALIFICACIÓN | ESCALAS | | | Mérito |
|--------------|-----------|---------|-------------|--------|
| | Vigesimal | Literal | Cualitativa | |
| | | | | |

Después de lo anterior

el Presidente del jurado invitó al (a la) / a (los) (las) candidato(a)s a ponerse de pie, para recibir la evaluación final del acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

Presidente/a

[Firma]
Secretario/a

Asesor/a

Miembro

Miembro

Bachiller (a)

Bachiller (b)

Bachiller (c)

Factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor de la comunidad de Sinchicuy, Loreto, 2020

Luz Mery Diaz Orihuela¹, Dr. Roger Albornoz Esteban²

¹Autor de la tesis, EP Medicina Humana Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú

²Asesor de la tesis, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú

Resumen

Objetivo: Determinar los factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor de la comunidad de Sinchicuy, Loreto, 2020. **Materiales y Métodos:** El diseño de la investigación fue no experimental, descriptivo y transversal con 88 adultos mayores en la comunidad de Sinchicuy, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia aplicando los criterios de inclusión y exclusión. La encuesta usada fue WHOQoL-Bref constituida por 26 ítems que evalúa 4 áreas y los otros datos sociodemográficos y clínicos fueron obtenidos de la ficha de registro. **Resultados:** En las características sociodemográficas, la mayoría de la población estuvo en rango de edad entre 60 a 74 años, eran casados, con acceso a la educación primaria, el 94.3 % vivía con algún familiar y el 60.2 pertenecía al programa pensión 65. En las características clínicas, solo el 9.09% eran diabéticos, el 28.4% hipertensos, el 54.51% presentó delgadez mientras que el 18.15% presento anemia. En la encuesta WHOQoL-Bref el 69.3% presentó una calidad de vida media, respecto a las dimensiones de la calidad de salud física, psicológica y ambiental fue el nivel medio mientras que la dimensión social fue una calidad de vida alta. La hemoglobina se asoció a la calidad de vida de los adultos mayores de la comunidad de Sinchicuy. **Conclusiones:** La calidad de vida de los adultos mayores en su mayoría es de nivel medio. Se evidencia la presencia de enfermedades crónicas y la asociación entre hemoglobina y calidad de vida.

Palabras claves: Adultos mayores, calidad de vida, características sociodemográficos y clínicos.

Abstract

Objective: To determine the factors associated with the quality of life of the elderly in the Sinchicuy community, Loreto, 2020. **Materials and Methods:** The research design was non-experimental, descriptive and cross-sectional with 88 elderly in the Sinchicuy community, the sampling was non-probabilistic for convenience applying the inclusion and exclusion criteria. The survey used was WHOQoL-Bref consisting of 26 items that evaluates 4 areas and the other sociodemographic and clinical data were obtained from the registration form. **Results:** In the sociodemographic characteristics, the majority of the population was in the age range between 60 to 74 years, they were married, with access to primary education, 94.3% lived with a relative and 60.2% belonged to the 65 pension program. clinical characteristics, only 9.09% were diabetic, 28.4% hypertensive, 54.51% had thinness while 18.15% had anemia. In the WHOQoL-

Bref survey, 69.3% presented a medium quality of life, regarding the dimensions of the quality of physical, psychological and environmental health it was the medium level while the social dimension was a high quality of life. Hemoglobin was associated with the quality of life of older adults in the Sinchicuy community. **Conclusions:** The quality of life of older adults is mostly medium level. The presence of chronic diseases and the association between hemoglobin and quality of life are evidenced.

Keywords: Older adults, quality of life, sociodemographic and clinical characteristics.

Introducción

La distribución de la población en los últimos años ha mostrado grandes cambios, con una estructura piramidal inversa debido a la disminución en la fecundidad, reducción de la mortalidad y el aumento en la esperanza de vida ⁽¹⁾. A nivel mundial, según la OMS para el 2020 los habitantes mayores de 60 años serían mayor al de los niños menores de cinco años y para el 2050 el 80% de las personas adultas mayores vivirán en países de bajos y medianos ingresos ⁽²⁾. Por otra parte, para el año 2050 uno de cada cinco peruanos será una persona adulto mayor, se prevé que el envejecimiento activo puede lograr una buena calidad de vida en el adulto mayor asociado a un cuidado interdisciplinario ⁽³⁾⁽⁴⁾. Leonardo y Espinoza ⁽⁴⁾, menciona que los factores que afectan la calidad de vida de los ancianos son las enfermedades, la disminución en la socialización, alteraciones en las habilidades funcionales, ausencia de actividades y ocio, una baja calidad ambiental, la institucionalidad y la mala relación médico paciente, sin embargo, un estilo de vida activa y una buena relación interpersonal favorece a una buena calidad de vida. Por otra parte, Paredes, Yarce y Aguirre ⁽⁵⁾, en su trabajo de investigación en 391 adultos mayores mostraron que un 26.3% de los adultos mayores presentaron dependencia funcional y económica, antecedentes de enfermedades cerebrovasculares, artritis, síntomas depresivos y deterioro cognitivo; concluye que el envejecimiento y la capacidad funcional en un adulto mayor se ve relacionada. Uddin et al. ⁽⁶⁾, en su trabajo de investigación hace mención que el envejecimiento se veía afectado de manera positiva y negativa por diferentes factores, siendo que los problemas de sueño, depresión, religiosidad y las actividades de la vida diaria afectan negativamente la calidad de vida, mientras que el apoyo social y la disponibilidad de servicios de salud

afectan positivamente a la calidad de vida; por ello recomendó que se debiera implementar programas de intervención sobre los factores negativos.

Flores et al. ⁽⁷⁾, en su trabajo sobre la percepción de la calidad de vida en 99 ancianos con la escala WHOQOL-BREF donde 45.5% presentó una percepción deficiente, 44.4 % regular y 10,1% alta. Según las dimensiones 39.32 física, 42.67 psicológica, 39.30 social y 37.40 ambiental; concluyeron que cerca de la mitad presentó una calidad de vida deficiente. Así mismo, Vargas y Melguizo ⁽⁸⁾, también concluyen que la calidad de vida es positiva con el apoyo social y al grado de independencia para realizar actividades de la vida diaria, pero es negativo con el hecho de tener que trabajar o no tener pensión fija para valerse por sí solos. Por su parte Puciato et al. ⁽⁹⁾, da referencia que la intensidad de actividad física cuanto más alta mostraron una mejor calidad de vida. Sin embargo, en el trabajo de Mazacón ⁽¹⁰⁾, hace referencia que los intervenidos junto a los no intervenidos en las áreas físico, psíquico y social presentaron similar calidad de vida, por ende, se debe estudiar a detalle en próximos trabajos de investigación.

Estudios en el Perú, como Silva mencionó ⁽¹¹⁾, con una muestra de 50 adultos mayores de ambos sexos con el instrumento validado WHOQOL- BREF. Obtuvo que el 68% presentó una calidad de vida regular, según las dimensiones física un 82%, psicológica un 92%; en las relaciones interpersonales un 58% y ambiental un 96%. Por su parte Paredes y Preciado ⁽¹²⁾, en su tesis sobre la calidad de vida y el apoyo familiar en ancianos informa que un 49.2% de los adultos mayores presentaron una calidad de vida regular, el 42.5% fue malo y solo un 8.3% fue bueno; además el 73.3% presentó un apoyo familiar medio, el 16.7% alto y el 10% bajo; concluyendo que existe una relación de la calidad de vida y el apoyo familiar en adultos mayores. Sin embargo, en su tesis García ⁽¹³⁾, hace mención que la mayoría de los adultos mayores percibían una calidad de vida bajo.

Según la documentación del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) declara el incremento de adultos mayores en 12.4% para el 2019, el 42.5% de los hogares tiene al menos un integrante mayor de 60 años y en años siguientes se prevé su incremento. El 83% de la población adulta mayor femenina presenta alguna problemática de salud crónica mientras que en los

hombres corresponde al 73.2% lo cual llega a afectar en su calidad de vida. Actualmente solo el 83.6 % de adultos mayores cuenta con algún tipo de seguro siendo el 41.9 % correspondiente al Seguro Integral de Salud (SIS), El 35.3% a EsSalud y 6.4% otros tipos de seguro. El 56.8% de dicha población son parte de la población económicamente activa ⁽³⁾(14).

El tan solo echo que esta población está en aumento nos da idea de una gran necesidad para lograr una adecuada calidad de vida con un alto confort para el adulto mayor. El hecho de que la esperanza de vida haya incrementado no significa que la calidad de vida haya mejorado ⁽¹⁾(15). Dentro de las enfermedades más comunes que afectan a los ancianos son las enfermedades crónicas degenerativas y como consecuencia se produce un incremento en el grado de dependencia ⁽⁵⁾(16). Se conoce la presencia de factores que nosotros no podemos modificar como la edad y género, pero si se puede prevenir si nos enfocamos en aquellos factores de riesgo comportamentales como es el consumo de tabaco, dietas inadecuadas, obesidad, inactividad física o consumo de alcohol para así lograr una reducción y prevención de diferentes enfermedades y para preveer una calidad de vida ⁽²⁾(16). Se conoce también que en Perú y otros países latinoamericanos se caracterizan por ser centralizado y globalizado, mientras que en los lugares lejanos la comunicación es bastante deficiente, así como la atención en salud pese a los intentos del gobierno para solucionar dicha problemática ⁽⁷⁾(17).

Por todo lo mencionado, es menester y de gran importancia que haya más trabajos de investigación tanto en la capital como en los distinto lugares alejados del país para lograr la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud oportuna si lo requiere en especial en esta población que se vuelve vulnerable por la edad y siendo que muchas de sus enfermedades pueden ser prevenible o tratadas a tiempo para poder ofrecer una calidad de vida óptima en sus últimos años. Como es el hecho que la OPS tiene estrategias y planes de acción para los adultos mayores como el envejecimiento activo y saludable ⁽¹⁸⁾. Todo ello implica un gran desafío en todo el mundo, en especial en el Perú por el aumento de la población y la alta demanda de los servicios sanitarios en el sector público y el alto costo en el sector privado. La finalidad es mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, con base en los principios de

independencia, participación, cuidado, autorrealización y dignidad. Desde el punto de vista médico, para poder contribuir en las intervenciones del mejoramiento de la calidad de vida se requiere indagar en los factores Asociados a la Calidad de Vida del Adulto Mayor de la Comunidad de Sinchicuy, Iquitos, 2020.

Materiales y Métodos

El diseño de la investigación fue no experimental, descriptivo correlacional y transversal. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, aplicado en 88 adultos mayores de la comunidad de Sinchicuy, para formar parte del presente estudio tenían que cumplir los criterios de inclusión:

- Todos los adultos mayores de 60 años que vivían en la comunidad de Sinchicuy en el 2020.
- Todos los adultos mayores que dieron su consentimiento para realizar la encuesta de calidad de vida y el permiso para la obtención de datos sociodemográficos y clínicos de la ficha de registro de datos del IPRESS Sinchicuy I-1.
- Todos los adultos mayores que tenían algún familiar en caso padezcan de una enfermedad o discapacidad que le impida rellenar la encuesta.

En cuanto los aspectos éticos, todos los adultos mayores de 60 años de la comunidad de Sinchicuy que participaron del trabajo de investigación no fueron sometidos a ningún tipo de riesgos, se explicó el proceso de cómo se recolectó los datos y se garantizó la confidencialidad de la información que se obtuvo y solo se usó para la investigación. Además, se tomó en cuenta los principios bioéticos: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia ⁽¹⁹⁾ ⁽²⁰⁾. Los Instrumentos de recolección de datos fueron:

- Características sociodemográficas: Género (varón y mujer), edad (años y clasificación según la OMS), estado civil (soltero, casado o conviviente, viudo o separado), vive con algún familiar (sí o no), procedencia, tiene pensión 65 (sí o no), grado de instrucción (años de estudio). Obtenidos del registro de datos del IPRESS I-1.
- Características clínicas: Antecedentes de enfermedades crónicas

(Diabetes mellitus, hipertensión arterial, otros) y el índice de masa corporal (normal, delgadez, sobrepeso u obesidad) fueron obtenidos del registro de datos del IPRESS Sinchicuy I-1. Y la hemoglobina (normal, anemia o policitemia) se procedió a la toma de muestra de sangre con el apoyo del técnico de enfermería del IPRESS Sinchicuy I-1.

Calidad de vida: World Health Organization Quality of Life Questionnaire; WHOQOL: La OMS diseñó el instrumento para poder evaluar la calidad de vida, en sus inicios fue WHOQoL-100 del año 1993 ⁽¹⁹⁾ ⁽²¹⁾. En posteriori se creó el WHOQoL-Bref constituida por 26 ítems. Las características del instrumento se han descrito en diversos trabajos de investigación, así como la intervención, dicho cuestionario intercultural se encuentra en más de 30 idiomas y más de 40 países ⁽²²⁾. Se divide en: 2 preguntas de calidad de vida general y salud general. Las otras 24 preguntas se encuentran divididas en 4: La salud física incluye las preguntas 3, 4, 10, 15, 16, 17, hace la evaluación del dolor y malestar, dependencia de medicación o tratamiento, energía y fatiga, movilidad, sueño y descanso actividad cotidiana, capacidad de trabajo. Con indicadores 6-14 (puntos calidad de vida mala), 15-25 (regular) y 26-35 buena. La salud psicología incluyen las preguntas 5, 6, 7, 11, 19, 26; evalúa sentimiento positivo, espiritualidad, religión, creencias personales, pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración, imagen corporal, apariencia, autoestima, pensamientos negativos. Con indicadores 6-14 puntos (mala), 15-23 (regular), 24-30 (buena). En las relaciones sociales: Las preguntas 20, 21, 22; evalúa relaciones personales, actividad sexual, soporte social. Con indicadores 3-6 (mala), 7-10 (regular) y 11-15 (buena). Finalmente, en el medio ambiente: Las preguntas 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25; evalúa seguridad física, protección, entorno físico, recursos económicos, oportunidades para adquisición de información, hogar, cuidados de salud y sociales, transporte. Con indicadores 8 -18 (mala), 19-28 (regular) y 29-40 (buena) ⁽¹³⁾. Sobre la validación del instrumento en castellano ha sido reportada en España y en Chile en adultos mayores en el año 2000 y paralelo en aproximadamente 15 países, donde se mantuvieron la estructura factorial original. Validez y Fiabilidad del instrumento fue del 100% en todas las dimensiones. Una confiabilidad 0,70 alfa de Cronbach ⁽²⁰⁾. En otro trabajo de

investigación en Perú, dicho instrumento en todas las dimensiones mostró un alfa de Cronbach mayor a 0.70, garantizando su fiabilidad ⁽²³⁾. En otro trabajo de tesis se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0,88 para el cuestionario total y para cada una de las preguntas entre 0.87-0.88 ⁽¹³⁾⁽²¹⁾. En el presente trabajo presenta 0.83. Obtenido el permiso y el consentimiento, se procedió a la recolección de datos, seguido fueron tabuladas en una base de datos para realizar el análisis estadístico.

Análisis de datos

El análisis de datos se realizó a través del lenguaje de programación R versión 4.0.2. Según la naturaleza categórica o numérica las variables se describieron como frecuencias absolutas y relativas (%) o media y desviación estándar (DS) respectivamente. Para el análisis comparativo se usó el test de chi-square o Kruskal-Wallis dependiendo de la naturaleza de las variables y previo análisis de normalidad a través del test Kolmogorov-Smirnov. Para establecer la relación independiente de las variables de estudio a la calidad de vida en los adultos mayores de la comunidad de Sinchicuy, se usaron modelos de regresión lineal bivariado como multivariable. Estos modelos de regresión proporcionaron los β y R^2 de cada factor, con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%). Un $p < 0.05$ se consideró como estadísticamente significativo en todos los análisis.

Figura 1: Fotografía de los adultos mayores en Sinchicuy



Resultados

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población de estudio

| Variables | Total (n=88) | Hombres (n=44) | Mujeres (n=44) | p-valor |
|--------------------------|--------------|----------------|----------------|---------|
| Edad (%) | | | | 0.675 |
| 60-74 años | 48 (54.5%) | 22 (45.8%) | 26 (54.2%) | |
| 75-84 años | 34 (38.6%) | 19 (55.9%) | 15 (44.1%) | |
| 85-94 años | 6 (6.82%) | 3 (50.0%) | 3 (50.0%) | |
| Estado civil (%) | | | | 0.952 |
| Soltero | 4 (4.55%) | 2 (50.0%) | 2 (50.0%) | |
| Casado | 58 (65.9%) | 28 (48.3%) | 30 (51.7%) | |
| Viudo | 21 (23.9%) | 11 (52.4%) | 10 (47.6%) | |
| Separado | 5 (5.68%) | 3 (60.0%) | 2 (40.0%) | |
| Procedencia (%) | | | | 0.682 |
| Sinchicuy | 46 (52.3%) | 21 (45.7%) | 25 (54.3%) | |
| San Rafael | 26 (29.5%) | 13 (50.0%) | 13 (50.0%) | |
| Fátima | 10 (11.4%) | 6 (60.0%) | 4 (40.0%) | |
| Santa Victoria | 6 (6.82%) | 4 (66.7%) | 2 (33.3%) | |
| Grado de instrucción (%) | | | | 0.070 |
| Analfabeta | 21 (23.9%) | 7 (33.3%) | 14 (66.7%) | |
| Primaria | 67 (76.1%) | 37 (55.2%) | 30 (44.8%) | |
| Vive con familiar (%) | | | | 0.360 |
| Si | 83 (94.3%) | 40 (48.2%) | 43 (51.8%) | |
| No | 5 (5.68%) | 4 (80.0%) | 1 (20.0%) | |
| Pensión 65 (%) | | | | 0.029 |
| Si | 53 (60.2%) | 32 (60.4%) | 21 (39.6%) | |
| No | 35 (39.8%) | 12 (34.3%) | 23 (65.7%) | |

Data presentada como frecuencia absoluta y relativa (%).

La mayoría de la población en estudio tuvo el rango de edad entre 60 a 74 años con predominio de mujeres considerados por la OMS como edad avanzada y un pequeño porcentaje de grandes longevos correspondiente a adultos mayores de 85 años de edad. (2) La mayoría era casada en un 65.9% seguido de personas viudas en un 23.9%, separados 5.68% y solo el 4.55% era soltero. Un 52.3% de la población tenía como procedencia la comunidad de Sinchicuy, mientras que el resto tenía como procedencia las comunidades aledañas como San Rafael, Fátima y Santa Victoria. En un 76.1% de los adultos mayores tuvo acceso a la educación primaria ya sea completa o incompleta mientras que el 23.9% eran analfabetos. En un 94.3% vivía con algún familiar y solo el 5.68% vivía solo y el 60.2% era parte del programa pensión 65 que

permitía tener una pensión mensual por parte del estado peruano.

Tabla 2. Características clínicas y calidad de vida de adultos mayores de una comunidad de Iquitos

| Variables | Total (n=88) | Hombres (n=44) | Mujeres (n=44) | p-valor |
|--------------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|
| Diabetes (%) | | | | 0.058 |
| Si | 8 (9.09%) | 1 (12.5%) | 7 (87.5%) | |
| No | 80 (90.9%) | 43 (53.8%) | 37 (46.2%) | |
| Hipertensión (%) | | | | 1.000 |
| Si | 25 (28.4%) | 13 (52.0%) | 12 (48.0%) | |
| No | 63 (71.6%) | 31 (49.2%) | 32 (50.8%) | |
| IMC (%) | | | | 0.175 |
| Obesidad | 1 (1.14%) | 1 (100%) | 0 (0.00%) | |
| Sobrepeso | 4 (4.55%) | 1 (25.0%) | 3 (75.0%) | |
| Normal | 35 (39.8%) | 15 (42.9%) | 20 (57.1%) | |
| Delgadez leve | 33 (37.5%) | 20 (60.6%) | 13 (39.4%) | |
| Delgadez severa | 3 (3.41%) | 0 (0.00%) | 3 (100%) | |
| Delgadez moderada | 12 (13.6%) | 7 (58.3%) | 5 (41.7%) | |
| Nivel de hemoglobina (%) | | | | 0.049* |
| normal | 72 (81.8%) | 37 (51.4%) | 35 (48.6%) | |
| anemia leve | 12 (13.6%) | 3 (25.0%) | 9 (75.0%) | |
| anemia moderada | 3 (3.41%) | 3 (100%) | 0 (0.00%) | |
| anemia severa | 1 (1.14%) | 1 (100%) | 0 (0.00%) | |
| Salud física (%) | | | | 0.516 |
| Bajo | 1 (1.14%) | 1 (100%) | 0 (0.00%) | |
| Medio | 52 (59.1%) | 24 (46.2%) | 28 (53.8%) | |
| Alto | 35 (39.8%) | 19 (54.3%) | 16 (45.7%) | |
| Salud psicológica (%) | | | | 0.425 |
| Bajo | 11 (12.5%) | 4 (36.4%) | 7 (63.6%) | |
| Medio | 46 (52.3%) | 22 (47.8%) | 24 (52.2%) | |
| Alto | 31 (35.2%) | 18 (58.1%) | 13 (41.9%) | |
| Salud social (%) | | | | 0.900 |
| Bajo | 7 (7.95%) | 4 (57.1%) | 3 (42.9%) | |
| Medio | 35 (39.8%) | 18 (51.4%) | 17 (48.6%) | |
| Alto | 46 (52.3%) | 22 (47.8%) | 24 (52.2%) | |
| Salud ambiental (%) | | | | 0.602 |
| Bajo | 6 (6.82%) | 2 (33.3%) | 4 (66.7%) | |
| Medio | 42 (47.7%) | 23 (54.8%) | 19 (45.2%) | |
| Alto | 40 (45.5%) | 19 (47.5%) | 21 (52.5%) | |
| Calidad de vida (%) | | | | 0.783 |
| Bajo | 16 (18.2%) | 9 (56.2%) | 7 (43.8%) | |
| Medio | 61 (69.3%) | 29 (47.5%) | 32 (52.5%) | |
| Alto | 11 (12.5%) | 6 (54.5%) | 5 (45.5%) | |

Data presentada como frecuencia absoluta y relativa (%). IMC, Índice de masa corporal; *p<0.05, estadísticamente significativo por Chi-square test

En cuanto a las características clínicas se encontraron que solo el 9.09% era diabético con predominio en las mujeres, mientras que el 28.4% era hipertenso sin predominio de género. El 39.8% tenía una a adecuado IMC, sin embargo, el 54.51% estaba con un IMC bajo predominando la delgadez leve en su mayoría varones, el 4.55% tenía sobrepeso en su mayoría mujeres y solo el 1.14% presentó obesidad. En la hemoglobina el 81.8% estaba en rango normales y el 18.15% presentó anemia en su mayoría en un rango leve. En un 69.3% presentó una calidad de vida media, seguido de la calidad de vida bajo en un 18.2% y solo el 12.5% presento una calidad de vida alta o buena, según las dimensiones de la calidad de vida: en la salud física la mayoría presento una calidad de vida medio con 59.1%, la salud psicológica el 52.35% tuvo calidad de vida medio, salud social el 52.3% como calidad alta y salud ambiental el 47.7% con calidad media.

Tabla 3. Calidad de vida y factores asociados en de adultos mayores de una comunidad de Iquitos

| Variables | Calidad de vida | | | p-valor |
|--------------------------|-----------------|--------------|-------------|---------|
| | Baja (n=16) | Media (n=61) | Alta (n=11) | |
| Sexo (%) | | | | 0.783 |
| Hombres | 9 (20.5%) | 29 (65.9%) | 6 (13.6%) | |
| Mujeres | 7 (15.9%) | 32 (72.7%) | 5 (11.4%) | |
| Edad (%) | | | | 0.566 |
| 60-74 años | 7 (14.6%) | 34 (70.8%) | 7 (14.6%) | |
| 75-84 años | 7 (20.6%) | 24 (70.6%) | 3 (8.82%) | |
| 85-94 años | 2 (33.3%) | 3 (50.0%) | 1 (16.7%) | |
| Estado civil (%) | | | | 0.449 |
| Soltero | 0 (0.00%) | 4 (100%) | 0 (0.00%) | |
| Casado | 9 (15.5%) | 41 (70.7%) | 8 (13.8%) | |
| Viudo | 7 (33.3%) | 12 (57.1%) | 2 (9.52%) | |
| Separado | 0 (0.00%) | 4 (80.0%) | 1 (20.0%) | |
| Pensión 65 (%) | | | | 0.839 |
| Si | 9 (17.0%) | 38 (71.7%) | 6 (11.3%) | |
| No | 7 (20.0%) | 23 (65.7%) | 5 (14.3%) | |
| Diabetes (%) | | | | 0.848 |
| Si | 2 (25.0%) | 5 (62.5%) | 1 (12.5%) | |
| No | 14 (17.5%) | 56 (70.0%) | 10 (12.5%) | |
| Hipertensión (%) | | | | 1.000 |
| Si | 4 (16.0%) | 18 (72.0%) | 3 (12.0%) | |
| No | 12 (19.0%) | 43 (68.3%) | 8 (12.7%) | |
| IMC (kg/m ²) | 22.6 ± 3.07 | 22.7 ± 3.58 | 23.2 ± 3.33 | 0.890 |
| Hemoglobina (g/dl) | 12.0 ± 1.80 | 13.0 ± 1.20 | 13.2 ± 1.40 | 0.022* |

| | | | | |
|--------------------------|------------|------------|------------|-------|
| Grado de instrucción (%) | | | | 0.631 |
| Analfabeta | 3 (14.3%) | 14 (66.7%) | 4 (19.0%) | |
| Primaria | 13 (19.4%) | 47 (70.1%) | 7 (10.4%) | |
| Vive con familiar (%) | | | | 1.000 |
| Si | 15 (18.1%) | 57 (68.7%) | 11 (13.3%) | |
| No | 1 (20.0%) | 4 (80.0%) | 0 (0.00%) | |

Data presentada como frecuencia absoluta y relativa (%) o promedio \pm desviación estándar. IMC, Índice de masa corporal; * $p < 0.05$, estadísticamente significativo por Kruskal-Wallis.

En cuando a la calidad de vida y los factores asociados en los adultos mayores, la calidad de vida media predominaba tanto en hombres como mujeres, en rango de edad entre los 60 y 74 años con un estado civil casado, en aquello que eran parte del programa pensión 65, los que no tenían ni diabetes ni hipertensión, con un IMC adecuado para su peso y talla, en aquellos que tuvieron acceso a la educación y que vivían con algún familiar. Sin embargo, la única variable que hubo asociación con la calidad de vida fue la hemoglobina con un p-valor 0.022.

Tabla 4. Modelo de regresión lineal múltiple entre el nivel de hemoglobina y la calidad de vida

| <i>Variables</i> | Bivariado | | | Multivariable | | |
|--------------------------|------------------|-----------------|-------|----------------------|-----------------|-------|
| | β | IC95% | R^2 | β | IC95% | R^2 |
| Hemoglobina (g/dl) | 2.79 | (0.63 – 4.95) * | 0.06 | 2.95 | (0.64 – 5.25) * | 0.02 |
| Sexo | - | - | - | -0.35 | (-6.74 – 6.04) | |
| Edad (años) | - | - | - | -0.06 | (-0.48 – 0.36) | |
| IMC (kg/m ²) | - | - | - | -0.33 | (-1.26 – 0.59) | |
| Diabetes | - | - | - | 1.65 | (-9.89 – 13.19) | |
| Hipertensión | - | - | - | -2.47 | (-9.31 – 4.38) | |

β , Coeficiente beta; IC95%, intervalo de confianza del 95%; * $p < 0.05$, estadísticamente significativo

En la tabla 4, se encontró que hemoglobina actúa en relación con la calidad de vida tanto en la regresión bivariado como multivariable y también se vio que en cada unidad que aumente la hemoglobina aumenta un 2.79 la calidad de vida lo cual es estadísticamente significativo. Pero el modelo en general solo explica el 2%.

Discusión

La población en estudio fueron adultos mayores de 60 años de la comunidad de Sinchicuy, un estudio en Cajamarca-Perú encontró que la mayoría de los que fueron parte del estudio eran mujeres en un 60%, el 82% era conviviente y 32%

tenían educación primaria datos similares de este trabajo. Estudios internacionales nos hacen referencia que los adultos mayores en la actualidad son parte activa en el ámbito socioeconómico y que el incremento de la esperanza de vida hace que la pirámide población se vaya invirtiendo ⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾.

El hecho de que un adulto mayor tenga una buena relación interpersonal y vida con algún familiar y más aún tenga un apoyo por parte de ellos favorece de manera positiva, en el presente estudio la mayoría vive con algún familiar en un 94.3% ⁽⁴⁾⁽²⁶⁾. En otro estudio se encontró que el 83.4% vivía con algún familiar, se nos muestra que la familia tiene un rol muy importante para cada persona, siendo la más indicada para fortalecer muchos aspectos como son el tener una mejor autoestima, soporte, confianza, seguridad, apoyo y fortalece además que son imprescindibles ya que a mayor edad hay mayor disminución de las funciones fisiológicas, enfermedades y mayor dependencia ⁽²⁷⁾. En un artículo de revisión nos hace referencia que las enfermedades crónicas en los adultos mayores causa diferentes efectos negativos, asimismo, se presenta una elevada prevalencia de diabetes e hipertensión, cabe mencionar que en el presente trabajo se observó un pequeño porcentaje de diabetes mellitus siendo 9.09% y un poco mayor la hipertensión arterial en un 28.4% ⁽²⁸⁾.

El índice de masa corporal también puede estar alterada en los adultos mayores, en un estudio en España se muestra que la mayoría de los adultos mayores corresponden a edades entre 60 a 69 años en un 59.3% un poco cercano a los resultados obtenidos que corresponden al 54,5%, asimismo, la mayoría presenta un IMC normal en un 39.9% (261), pero es seguido por el sobrepeso con 23.1% (151) y bajo peso 14.8% (97) muy diferente a lo que se encontró porque presenta el sobrepeso un 4,5% y un mayor grupo con delgadez, esto nos confirma la estadística de algunos estudios donde afirman que en países desarrollado se presenta mayor porcentaje de sobrepeso y obesidad mientras que en países en desarrollo se puede obtener datos mayores correspondientes a la delgadez ⁽²⁹⁾. Cabe mencionar que los valores del IMC difieren de una persona adulta y es un buen indicador para la evaluación del estado nutricional pero no se debe olvidar que se debe realizar un examen general porque el resultado se puede ver alterado por ciertas alteraciones

fisiológicas, cambios como la disminución de los minerales óseos, fracturas, cuando se comprimen los discos intervertebrales entre otros para evitar los sesgos de sobreestimación y discrepancia en los rangos ⁽³⁰⁾.

El estudio realizado en Lima nos menciona en una población de 42 adultos mayores que presentó el 35.7 % algún tipo de anemia diferente a lo obtenido donde el 18.2% presenta algún tipo de anemia siendo predominante la anemia leve, muestran que la anemia aumenta el riesgo de mortalidad por la discapacidad y fragilidad en el envejecimiento ⁽³¹⁾⁽³²⁾. Otro estudio realizado en Lima con una muestra de 2172 adulto mayores con anemia en un 23.3% y se asociaba a la delgadez, analfabetos, áreas rurales y pobres. La anemia es un problema de salud no solo de niños sino de adultos mayores y ello se puede ver cuando se pasa de los 50 años, se incrementa un 10% cuando pasa los 65%, aproximadamente 1 de cada 4 adultos mayores padece de anemia, resultado que difiere a lo encontrado. Es menester mencionar que los resultados muestran que a medida que disminuye la hemoglobina disminuye la calidad de vida y viceversa cuando aumenta la hemoglobina afectará de manera positiva a la calidad de vida, ello solo nos explica el 2% pero el restante se debe a otros factores presentes ⁽³³⁾.

El estudio con 384 adultos mayores en Colombia mostró que las características de riesgo hacen más vulnerables durante el envejecimiento como el tener alguna enfermedad incluida la hipertensión, el no tener ingresos, no tener apoyo familiar y el área que le rodea ⁽³⁴⁾. El trabajo de investigación de México refiere que cerca de la mitad de su población en estudio obtuvo una calidad de vida mala correspondiente al 45.5% mientras que regular fue el 44.4% y el área más afectada fue el ambiental lo cual difiere del estudio donde se encontró que un poco más de la mitad o sea en un 69.3% presentó una calidad regular seguido de una calidad mala en un 18.2% y el área física, psicológica y ambiental fue regular mientras que el área social se presenta una población mayoritaria con calidad buena ⁽⁷⁾. Los resultados varían según el ambiente, lugar, contexto de cultura y otras características, por ejemplo, en el trabajo realizado en Perú con 50 individuos presentó una calidad de vida con 68% fue regular al igual que en el trabajo de Paredes y Preciado donde la mayoría de su población obtuvo una

calidad de vida regular ⁽¹¹⁾⁽¹³⁾.

Conclusión

La mayoría de la población estuvo en rango de edad entre 60 a 74 años, eran casados, con acceso a la educación primaria, vivían con algún familiar y pertenecían al programa pensión 65. La calidad de vida de los adultos mayores en su mayoría es de nivel medio, se evidencia la presencia de enfermedades crónicas y la asociación entre hemoglobina y calidad de vida donde la hemoglobina explicaría en un 2% a que incremente de forma positiva la calidad de vida. Se considera que es importante el cuidado y el estudio de los adultos mayores ya que son una población vulnerable.

Recomendación

Se recomienda que en los próximos estudios se realice en una muestra mayoritaria, con la esperanza que se controle el COVID-19 ya que dicho estudio se realizó durante la pandemia cuando se vivía la segunda ola y se tenía muchas limitaciones para poder aplicar un programa en beneficio de los adultos mayores en base a los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación. Así mismo, se realicen programa dirigidos a los adultos mayores.

Referencias Bibliográficas

1. Gutiérrez A., Orozco J., Rozo W., Martínez Y. Calidad de vida en el adulto mayor institucionalizados en los municipios de Tenjo y Cajicá primer semestre 2017. Universidad de ciencias aplicadas y ambientales. 2017. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/handle/11158/774?mode=full>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento y salud. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Población Peruana 2020. Estado de la Población Peruana 2020. 2020. p. 1–50. Disponible

en:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1743/Libro.pdf

4. Leonardo E., Espinoza M. Calidad de Vida en adultos mayores institucionalizados de dos centros de reposo de Lurigancho-Chosica 2019. Disponible en:
http://200.37.102.150/bitstream/USIL/9063/1/2019_Vassallo-Caceres.pdf
5. Paredes Y., Yarce E., Aguirre D. Funcionalidade e fatores associados em idosos de San Juan de Pasto, na Colômbia. *Rev Ciencias la Salud*. 2018;16(1):114–28.
6. Uddin M., Soivong P., Lasuka D., Juntasopeepun P. Factors related to quality of life among older adults in Bangladesh: A cross sectional survey. *Nurs Heal Sci*. 2017;19(4):518–24.
7. Flores B., Castillo Y., Ponce D., Miranda C., Peralta E., Durán T. Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar. 2018;26(2):6.
8. Vargas S., Melguizo E. Quality of life in the senior population of Cartagena, Colombia. *Rev. Salud Publica*. 2017;19(4):549–54.
9. Puciato D., Borysiuk Z, Rozpara M. Quality of life and physical activity in an older working-age population. *Clin Interv Aging*. 2017; 12:1627–34.
10. Mazacón B. Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del Antón Ventanas- Los Ríos intervenida con el modelo de atención integral de salud. 2017.
11. Silva Ortiz N. Calidad de vida de los integrantes de la Asociación Adulto Mayor La Tulpuna. Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2016. 2017. Disponible en:
http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/922/T016_45061002_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

12. Paredes I., Preciado B. Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho- Chosica, 2018. 2019.
13. García P. Calidad de vida del adulto mayor de la casa “Polifuncional Palmas Reales” Los Olivos Lima 2016. Universidad de San Martín de Porres – USMP. 2016.
14. García J., Sánchez A., Hidalgo N., Gutiérrez C., Mendoza D., Ruiz R. Indicadores del adulto mayor: Boletín informativo de la Situación de la Población Adulta Mayor: Abril - Mayo - Junio 2019. INEI. 2019.
15. Aponte V. Calidad De Vida En La Tercera Edad. Ajayu Organo de difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP [revista en Internet] 2015 [acceso 20 de marzo de 2018]; 13(2): 152-182. 2015;13(2):152–82. Disponible en:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003
16. Sisa I. Cardiovascular risk assessment in elderly adults using SCORE OP model in a Latin American population: The experience from Ecuador. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2018;150(3):92–8. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2017.07.021>
17. Pierina D. Sistemas de información y propuesta de interoperabilidad en bancos de sangre de Lima-Perú. 2019.
18. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento saludable. 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>
19. Ferrer C. Calidad de vida en pacientes del programa adulto mayor, departamento medicina de rehabilitación Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2017-2018. 2018.
20. Campos F. Percepción de Calidad de Vida y Resiliencia del Adulto Mayor en el Centro de Atención Geriátrico Residencial “San Vicente de Paúl” de la Sociedad de la Beneficencia de Lima Metropolitana, Barrios

Altos – 2019 TESIS. 2019.

21. Group WHOQ of LQW. WHOQOL-100 Y WHOQOL-BREF. 1993; 43:1–29.
22. Bun Y., Khung Y., Joon C., Khoo E., Lin W. Measurement equivalence of the English, Chinese and Malay versions of the World Health Organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaires. *Health Qual Life Outcomes*. 2019;17(1):1–6.
23. Hernandez J., Chavez S., Carreazo N. Health related quality of life of the elderly population in a rural and urban area of Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(4):680–8.
24. Chuquilin D., Marín I. Relación Entre La Calidad De Vida De Los Adultos Mayores Con Enfermedades Osteoarticulares Atendidos En Centro De Salud La Tulpuna-Cajamarca Perú. 2019. 2020. Disponible en: [http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/1208/PDF TESIS 2020.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/1208/PDF%20TESIS%202020.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
25. Ceballos O. Gerontología educativa: una experiencia cubana desde la Cátedra del Adulto Mayor. *Rev. Educ. Mendive*. 2020;18(2):172–8. Disponible en: <http://mendive.upr.edu.cu/index.php/MendiveUPR/article/view/1958>
26. Acuña T. Factores socio- familiares y su influencia en la felicidad de los adultos mayores del CAM- distrito Víctor Larco Herrera, 2019. 2021. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/16660>
27. Toala O., Samada Y. Repercusión de las relaciones familiares en la autoestima de los adultos mayores. *Rev Fisiol Let y ciencias la Educ*. 2020;2507(February):1–9. Disponible en: <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/Cognosis/article/view/2286/2393>
28. Sellan G., Villamar A. Aspectos psicosociales relacionados con la calidad de vida adultos mayores que padecen de Diabetes Mellitus Tipo II. 2020;7(24):39–48. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7510874>

29. Vicentini D., Magnani B., Costa M., Sepúlveda W., Caro H., Morais G., et al. Relación entre la actividad física vigorosa y la composición corporal en adultos mayores. 2021;38(1):60–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.03254>
30. Conroy G. Sesgos en la medición del índice de masa corporal en adultos mayores. Nutr. Hosp. 2017;34(1):251. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v34n1/35_car ta.pdf
31. Aguirre A. Niveles de Hierro Sérico y su relación con la Hemoglobina y el Hematocrito en una población de adultos mayores de lima. Año 2017. Univ. Priv. Norbert Wiener [Internet]. 2018; Disponible en: http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/12_3456789/1895
32. Esquinas J., Lozoya S., García I., Atienzar P., Sánchez P., Abizanda P. Anemia increases mortality risk associated with frailty or disability in older adults. The FRADEA Study. Aten Primaria. 2020;52(7):452–61. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S012656719302860?token=9EBE15110C865CC98F6C2536F5B9FDCB37D1F1E755159A901E1909C760C416A7C71F55E4BDE0F047F879933ED48AD74&originRegion=us-east-&originCreation=20210604004858>
33. Tarqui C. et al. Prevalencia de anemia y factores asociados en adultos mayores peruanos. Rev. Perú. med. exp. salud pública. 2015, vol.32, n.4, pp.687-692. ISSN 1726-4634. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1726-46342015000400009
34. Guerrero N., Yépez M. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. Univ. y Salud. 2015;17(1):121–31.