

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA
INSTITUTO DE INVESTIGACION



“Factores Predictores de la Calidad de Vida de personas mayores de Iquitos,
2009”

Autores:

Maritza E. Villanueva B¹., Elba Flores T.¹, Elena Lázaro R.¹, Rosario Bardales A.¹,
Juana Gutierrez Ch.¹, Elsa Reyna Del A.¹, Bertha Collantes C.¹, Margarita Diaz S.¹,
Esperanza Coral A.², Guiomar Reátegui R.¹, Mercedes Freytas C.¹, Inés Castillo G.¹,
Mauro R. Argumedo C³., Nara Olórtegui T.⁴.

Iquitos-Perú

2010

¹ Licenciada en Enfermería. Docentes adscritas a la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia peruana

² Licenciada en Enfermería. Centro del Adulto Mayor. Hospital Regional de Loreto

³ Médico Cirujano, Docente adscrito a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana

⁴ Licenciada en Enfermería. Docente cesante. Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia peruana

RESUMEN

Este estudio examinó los factores que predicen la calidad de vida de personas mayores de Iquitos. La muestra estuvo conformada por 400 personas mayores de los distritos de Belén, Punchana, Iquitos y San Juan; a quienes se aplicó la escala de salud auto percibida, Mini examen cognitivo de Lobo, Escala de apoyo social, Cuestionario SF-36. Los resultados muestran que la edad promedio fue de 70.6 años, 73.3% eran mujeres, 61% tienen instrucción primaria; 50.7% de mujeres y 68.9% de varones viven en unión estable. El mejor estado de salud percibida es informado por varones de Belén y Punchana y mujeres de San Juan e Iquitos. Las dimensiones de la calidad de vida con mayor puntuación en los varones fueron Función Física y Salud Mental, mientras que, la dimensión Rol Emocional fue mayor en mujeres. La prueba de contrastes Bonferroni mostró diferencias significativa entre las medias de la calidad de vida de las dimensiones Rol físico, Rol emocional, Dolor corporal, Vitalidad y Salud Mental de las personas mayores según distritos, observándose que las personas mayores del distrito de Belén son las que reportan peor calidad de vida ($p < 0.05$). El análisis de regresión jerárquica mostró que la variable que mejor predice la calidad de vida es Salud percibida en comparación con iguales ($p < 0.01$).

Palabras clave: personas mayores- calidad de vida.

ABSTRACT

This study examined the factors that predict the quality of life of ancients of Iquitos. The sample was shaped by 400 major persons of the districts of Bethlehem, Punchana, Iquitos and San Juan; to whom the scale of health applied car perceived, Mini cognitive examination of Wolf, Scale of social support, Questionnaire SF-36. The results show that the average age was 70.6 years, 73.3 % was women, 61 % has primary instruction; 50.7 % of women and 68.9 % of males live in stable union. The best bill(state) of health perceived is informed by males of Bethlehem and Punchana and women of San Juan and Iquitos. The dimensions of the quality of life with major punctuation in the males were Physical Function and Mental Health, whereas, the dimension Emotional Role was major in women. The test(proof) of contrasts Bonferroni showed differences significant between(among) the averages of the quality of life of the dimensions physical Role, emotional Role, corporal Pain, Vitality and Mental Health of the major persons according to districts, being observed that the major persons of the district of Bethlehem are those who bring(report) worse quality of life ($p < 0.05$). The analysis of hierarchic regression showed that the variable that better predicts the quality of life is A Health perceived in comparison with equal ($p < 0.01$).

Key words: major persons - quality of life.

INTRODUCCIÓN

En el Perú la población de personas Mayores es del 7.6 %, se calcula que para el año 2025 representará el 13.27%¹. El aumento de este estrato de la población se acompaña de modificaciones sustanciales en la estructura de la sociedad, la desagregación familiar, el fenómeno de las abuelas cuidadoras, la soledad y falta de apoyo social. Esto tiene gran repercusión en la calidad de vida de estas personas y en su capacidad de afrontar su autocuidado.

Guyatt (1993) define a la calidad de vida como un concepto que intenta medir la opinión subjetiva del individuo respecto a su propia salud en las dimensiones física, psicológica y social. Desde 1994 la Organización Mundial de la Salud (OMS), propuso una definición de consenso de calidad de vida como la percepción personal de un individuo de su situación en la vida dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses². La autopercepción de la calidad de vida incorpora los valores y creencias del individuo,

su experiencia vital previa a la presencia de limitaciones de las actividades de la vida diaria, cuya valoración señala el nivel de independencia y autonomía.

La evaluación de la calidad de vida es sumamente importante, porque tiene una importancia creciente como estimador del resultado de programas e intervenciones en el ámbito sanitario, habiéndose demostrado su relación con la utilización de los recursos socio sanitarios, institucionalización, pérdida de autonomía y muerte. Esto significa que, los profesionales sanitarios necesitan conocer el nivel de la calidad de vida de la población para planificar las respuestas a las necesidades y demandas detectadas de varones y mujeres de 60 años a más.

Es importante tener en cuenta que desde la perspectiva del desarrollo humano, la calidad de vida se concibe como la expansión de las capacidades o libertades de la gente que permite ubicar el interés de las personas en cuanto a su habilidad real para lograr realizaciones valiosas como parte de su vida y no en la evaluación de la utilidad y de los ingresos. La libertad así concebida es, entonces, fin principal del desarrollo, pero a la vez medio para alcanzarlo³.

El uso del concepto calidad de vida engloba conceptos de naturaleza subjetiva y por tanto difíciles de cuantificar. En 1994 la OMS (Organización Mundial de la Salud) propuso una definición de consenso de calidad de vida como la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.

Las mediciones pueden estar basadas en encuestas directas a los pacientes, con referencia al inicio de la enfermedad, su diagnóstico y a los cambios de síntomas a través del tiempo. Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones blandas con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y Confiables. Actualmente se cuenta con métodos objetivos que mediante cuestionarios generan escalas e índices que permiten medir las dimensiones que conforman el estado de salud. Los instrumentos para medir calidad de vida deben verse como herramientas adicionales del clínico en la evaluación integral del paciente, y en la conducción de ensayos clínicos.

Según Velarde et al.(2002), los instrumentos que miden calidad de vida se clasifican en instrumentos genéricos y específicos, los primeros son útiles para comparar diferentes poblaciones y padecimientos, pero tienen el riesgo de ser poco sensibles a

los cambios clínicos, por lo cual su finalidad es meramente descriptiva. Los instrumentos específicos se basan en las características especiales de un determinado padecimiento, sobre todo para evaluar cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo⁴. Vilagut (2004), y Zúñiga (1999) señalan que entre los instrumentos de medida mas ampliamente utilizados se halla el Cuestionario SF-36, cuestionario genérico mas validado por la comunidad científica que permite la comparación nacional e internacional de los resultados^{5, 6}.

En América Latina también se ha informado de la medición de la calidad de vida en diversos países; Ramírez et al. (2008), reportó que existe un deterioro importante de la calidad de vida de personas mayores no institucionalizadas en Colombia, las variables morbilidad acentúa el deterioro en la dimensión física y salud mental⁷.

En nuestro país, Vera (2007), evaluó el significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia a través de un estudio cualitativo, participaron dieciséis adultos mayores peruanos con sus respectivos grupos familiares. Informó que para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Para la familia, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda⁸.

A nivel regional no se cuenta con datos sistematizados de la calidad de vida de las personas mayores según género y distrito de residencia; y teniendo en cuenta que la construcción de una política de desarrollo social para la población adulta mayor debe partir de la investigación, en este sentido se considera pertinente, analizar las características de la calidad de vida y algunos de los recursos o soportes sociales de esta población, con el fin de orientar a las autoridades sanitarias hacia la definición de políticas públicas, estrategias, diseño de normas, programas de atención y acciones de intervención, que favorezcan el bienestar y la dignidad de las personas en esta etapa de la vida. Los objetivos fueron los siguientes: a) Caracterizar a la población mayor según edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, ocupación, según género y distritos; b) Identificar la salud percibida, morbilidad sentida, cognición, apoyo social y acceso a los servicios socio sanitarios, teniendo en cuenta el género y distritos; c) Comparar las puntuaciones medias de la calidad de vida de personas mayores mujeres y varones en las dimensiones: función física, rol físico, rol emocional, función social, dolor corporal, vitalidad, salud mental y salud general

según género y distritos; y e) Identificar los factores que predicen la calidad de vida global de personas mayores según género.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente es un estudio prospectivo, observacional y correlacional, llevado a cabo en una muestra determinada por conveniencia constituida por 400 adultos mayores (personas de 60 a más años), que cumplieron con los criterios de inclusión: edad mayor o igual a 60 años y orientación en tiempo, espacio y persona, se excluyó a personas con deterioro de la capacidad intelectual comprobado a través del test de Pfeiffer. La variable independiente estuvo constituida por las características socio demográficas, salud autopercebida, morbilidad sentida, apoyo social y acceso a los servicios socio sanitarios. La variable dependiente estuvo constituida por las puntuaciones medias de la calidad de vida de personas mayores en las dimensiones: Función física, Rol físico, Rol emocional, Función social, Dolor corporal, Vitalidad, Salud mental y Salud general.

Los instrumentos utilizados fueron: a) Escala de salud autopercebida de Villalba (2002)⁹, basándose en la importancia de los autoinformes para la evaluación de salud física descrita tanto por Fernandez- Ballesteros (1994) como por Izal y Montorio (1993), confiabilidad de 0.83. b) El Mini Examen Cognitivo de Lobo (MEC) desarrollado a partir del Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein y colaboradores (1975), incluido en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE 10). Posee coeficiente de correlación de 0.86. Explora y puntúa orientación témporo espacial, memoria inmediata y referida, cálculo y la concentración, lenguaje, las capacidades de lectura y escritura, capacidad de abstracción, praxias ideomotora, ideatoria y constructiva gráfica. La sensibilidad es de 0.89 y especificidad 0.75¹⁰. c) El Cuestionario SF-36 es uno de los instrumentos de calidad de vida relacionado con la salud (CVRS) compuesto por 36 items valora aspectos tanto positivos como negativos de la salud, de las siguientes dimensiones: función física, rol físico, rol emocional, función social, dolor corporal, vitalidad, salud mental, salud general. Se puntúa entre 0 a 100, las puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud. La confiabilidad medidas por la consistencia interna del cuestionario muestran un coeficiente alfa de Cronbach 0.84. La técnica que se utilizó para la toma de la Presion arterial fué la recomendada por la American Heart Association establecida desde 1993¹¹, se utilizó un tensiómetro tipo aneroide y un estetoscopio marca Riester. **Recolección de la información:** los investigadores estuvieron a cargo de la encuestas, se realizó una prueba piloto en una muestra de 20 personas mayores de

60 años a más no institucionalizados. Una vez seleccionadas la unidad de muestreo la recolección de datos se realizó a través de una entrevista en el centro de salud o centro del adulto mayor citado, previo consentimiento informado y autorización de la persona mayor, con duración aproximada de una hora.

Análisis de datos: La información obtenida se incorporó en una base de datos en el paquete estadístico SPSS Versión 15.0, en el análisis descriptivo se usó medidas de tendencia central y de dispersión. Se aplicó la prueba t student para verificar las diferencias entre las medias de dimensiones que evalúa el Cuestionario SF-36. Para verificación de diferencias estadística entre las medias de la calidad de vida según distritos, se utilizó el Modelo General Lineal Univariante. Con la finalidad de analizar la asociación de todas las variables implicadas en el estudio con la variable dependiente, se aplicó el análisis de correlación bivariada de R de Pearson. Posteriormente se construyó un modelo de regresión utilizando el método de introducción jerárquica de variables independientes.

RESULTADOS

Características demográficas de las personas mayores

La edad media de las personas evaluadas es de 70.2 en mujeres y 71.7 varones, 73.3%, de sexo femenino, , los varones tienen educación primaria y superior en mayor proporción que las mujeres, 50.7% de mujeres y el 68.9% de varones son convivientes o casados. El 46.6% de las mujeres realizan trabajo en el hogar no remunerado como ama de casa y el 52.8% de varones realiza trabajo independiente. Las características detalladas por distritos se observan en la tabla 1.

Tabla 1: Características Demográficas de las Personas Mayores

Características ^a ,	Iquitos		Punchada		Belén		San Juan		Total	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
Edad										
Media	71.5	69.2	69.4	71.9	68.7	72.1	70.9	72.4	70.2	71.7
DS	6.6	6.9	7.3	7.8	7.0	9.2	8.5	6.3	7.4	7.6
60 a 74	69.8	74.2	74.2	70.6	76.7	63.0	65.2	58.1	71.4	66.0
75 a más	30.2	25.8	25.8	29.4	23.3	37.0	34.8	41.9	28.6	34.0
Instrucción.										
Sin Instrucción	9.3	0	28.8	11.8	12.3	3.7	23.2	12.9	17.7	8.5
Primaria	67.4	50	56.1	61.8	61.6	77.8	60.9	51.6	61.9	61.4
Secundaria	19.7	42.8	13.6	26.5	21.9	14.8	15.9	29	18.1	26.4
Superior	3.5	7.1	1.5	0.0	4.1	3.7	0.0	6.5	5.0	3.7

Estado civil										
Conviviente	17.4	42.9	31.8	64.7	32.9	40.7	24.6	29.0	26.2	45.3
Separado	31.4	0	22.7	8.8	34.2	7.4	30.4	41.9	29.9	17.0
Casado	20.9	28.6	19.7	17.6	23.3	29.6	34.8	22.6	24.5	23.6
Viudo	14.0	7.1	10.6	2.9	2.7	7.4	4.3	6.5	8.2	5.7
Divorciado	0	7.1	0	0	1.4	3.7	0	0	3	1.9
Soltero	16.3	14.3	15.2	5.9	5.5	11.1	5.8	0	10.9	6.6
Ocupación										
Empleado obrero	9.3	28.6	00	32.4	2.7	25.9	1.4	25.8	3.7	28.3
Trabajador independiente	30.2	50.0	31.8	58.8	21.9	55.6	13.0	45.2	24.5	52.8
Empleadora	9.3	7.1	3.0	0.0	1.4	11.1	4.3	9.7	4.8	6.6
Ama de casa	29.1	7.1	53.0	2.9	54.8	0.0	53.6	9.7	46.6	4.7
Trabajadora del hogar	22.1	7.1	12.1	5.9	19.2	7.4	27.0	9.7	20.4	7.5

Valor expresado en porcentajes. M: mujer; V: varones; DS: Desviación estándar

Morbilidad sentida

El 68.5% de las personas mayores reportó alguna enfermedad aguda en los últimos seis meses anteriores a la encuesta, 21.4% afecciones respiratorias, 19.8% afecciones cardiovasculares y 9.4% afecciones digestivas. De otra parte, el 78.3% informó enfermedad crónica, 34.7% hipertensión arterial, 23.6% artrosis y 9.3% diabetes. Las diferencias por género y distrito se muestran en la tabla 2.

También se evaluó la presión arterial encontrándose una Presión arterial sistólica media de 126.9 mmHg en mujeres y de 123.5 mm Hg en varones y una Presión arterial diastólica de 75.5 mmHg en mujeres y 78.3 mmHg en varones ($p>0.05$). Los valores medios de la glicemia fueron mayores en mujeres, 119.9 mg/dl que los varones, 106.4 mg/dl ($p<0.05$)

Tabla 2: Morbilidad sentida de personas mayores según distritos y género

Morbilidad	Iquitos		Punchana		Belén		San Juan	
	M	V	M	V	M	V	M	V
Enfermedad últimos 6 meses								
Si	37.2	42.9	46.9	26.5	28.8	25.9	32.2	29.2
No	62.8	57.1	53.1	73.5	71.2	74.1	67.8	70.8
Enfermedad crónica								
Si	70.6	61.5	79.9	81.8	83.6	95.5	74.6	75.9
No	29.4	38.5	20.1	18.2	16.4	4.5	25.4	24.1

Valor expresado en porcentajes. M: mujer; V: varones

Salud percibida

La tabla 3 destaca que los varones tienen salud percibida más favorable que las mujeres en los distritos Belén y Punchana; mientras que las mujeres reportan mejor salud percibida que los varones en San Juan en dos de los ítems: "Salud en general"

con 57.4% y “Salud en comparación con iguales”, 48.6%. En el distrito de Iquitos las mujeres reportan mejor salud percibida solamente en el ítem “Salud en comparación con iguales” con 57%. La prueba de contrastes post hoc evidenció que solamente existe diferencias significativas de las medias de salud percibida de los varones según distrito de residencia, entre Iquitos y Punchana en los ítems “Salud en general” y “Salud en comparación hace un año” ($p < 0.05$) y entre Iquitos y Belén en “Salud en comparación con iguales” ($p < 0.05$) (Tabla 3).

Tabla 3: Salud percibida de personas mayores según distritos y género

Salud Percibida	Iquitos		Punchana		Belén		San Juan		p	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
Salud en General ^a										
Mala	12.8	7.2	31.8	23.5	20.5	14.8	25.0	25.8	a*	NS
Regular	66.3	71.4	54.5	64.7	64.4	77.8	57.4	51.6		
Buena	20.9	21.4	13.6	11.8	15.1	7.4	17.6	22.6		
Salud comparación con iguales ^a										
Mala	4.7	14.3	18.2	14.7	19.2	7.4	17.6	16.1	b*	NS
Regular	57.0	27.1	48.5	70.6	56.2	77.8	48.6	45.2		
Buena	38.3	28.6	33.3	14.7	24.6	14.8	33.8	38.7		
Salud hace 1 año ^a										
Mala	9.3	7.1	28.8	26.5	19.2	14.8	20.6	9.7	a*	NS
Regular	65.1	85.7	51.5	58.8	64.4	70.4	55.9	71.0		
Buena	25.1	7.1	19.7	14.7	16.4	14.8	23.5	19.4		

^aValor expresado en porcentajes; V varón M mujer, Prueba contrastes pos hoc: a: Iquitos–Punchana; b: Iquitos – Belén; * $p < 0.05$, NS $p > 0.05$

Cognición

La tabla 4 identifica que el mayor porcentaje de la población estudiada alcanzó puntuaciones entre 25 a 29 puntos es decir en Border Line, siendo mayor en las mujeres con el 41.2%, mientras que el 22.6% de los varones presentaron mayor cognición normal. Cuando se discrimina por distritos se observó que los distritos en los que las mujeres alcanzaron mayores puntuaciones en cognición fueron Iquitos con el 61.7% y San Juan con el 55%; mientras que en Punchana y Belén los varones son los que tienen mejor cognición. La prueba chi cuadrado mostró que existe diferencias de la cognición según distritos ($p < 0.05$)

Tabla 4. Cognición de las personas mayores según distrito y género

Cognición ^a	Iquitos		Punchana		Belén		San Juan		Total	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
Deterioro severo	4.7	00	9.1	5.9	4.1	00	4.3	6.5	5.4	3.8
Deterioro moderado	7.0	7.1	21.2	14.7	11.0	29.6	5.8	9.7	10.9	16.0
Deterioro leve	26.7	35.7	24.2	17.6	38.4	14.8	34.8	12.9	31.0	17.9
Border line	51.2	42.9	30.3	41.2	38.4	40.7	42.0	35.5	41.2	39.6
Normal	10.5	14.3	15.2	20.6	8.2	14.8	13.0	35.5	11.6	22.6

^a Valor expresado en porcentajes

Apoyo social

En la tabla 5 se muestra las personas con quien viven las personas mayores en los diferentes distritos estudiados, así tenemos que en Iquitos y Punchana el mayor porcentaje de mujeres mayores viven con su hijo (a) en 67.4% y 65.2%, similar a los varones 50.0% y 58.8% respectivamente. Mientras que en Belén se observó que las mujeres que viven con su hijo (a) fue de 38.4% seguido de la pareja en 30.1%; por otro lado se tuvo que los varones viven con su hijo (a) en 50.0%. En San Juan el 43.9% de las mujeres viven solas seguido del 35.1% que viven con su hijo (a)

Tabla 5. Apoyo social de las personas mayores según distrito y género

Con quien vive ^a	Iquitos		Punchana		Belén		San Juan	
	M	V	M	V	M	V	M	V
Sola (o)	14.0	0.0	3.0	2.9	23.3	7.7	43.9	17.4
Pareja	14.0	28.6	18.2	23.5	30.1	23.1	12.3	47.8
Hijo (a)	67.4	50.0	65.2	58.8	38.4	50.0	35.1	17.4
Pareja/hijos	4.7	21.4	13.6	14.7	8.2	19.2	8.8	17.4

a: valor expresado en porcentajes V = varón M= mujer

Acceso a servicios socio sanitarios

En Iquitos se puede observar que las mujeres tienen mayor acceso a servicios socio sanitarios, 68.2% asisten a chequeo médico, 57% afiliadas SIS y el 72.6% pertenecen a un centro del adulto mayor. En Punchana 46.2 de mujeres y 42.4% de varones acuden al chequeo médico, 84.8% de mujeres y 73.5% de varones están afiliados al SIS, y 63.6% de mujeres pertenecer al centro el adulto mayor. En Belén se pudo observar que tanto mujeres y varones tienen porcentajes similares de asistencia al chequeo médico, igual comportamiento muestra en acceso al seguro (SIS), En San Juan 67.6% de mujeres y 48.4% de varones acude al chequeo médico, 71.0% de mujeres y 54.8% de varones con acceso al SIS, 57.4% de mujeres y 54.8% de varones pertenecen a un entro del adulto mayor.

Tabla 6. Acceso a servicios socio sanitarios de las personas mayores según distrito y género

Acceso a servicios socio sanitarios	Iquitos		Punchana		Belén		San Juan	
	M	V	M	V	M	V	M	V
Chequeo médico								
Si	68.2	42.9	46.2	42.4	52.8	51.9	67.6	48.4
No	31.8	57.1	53.8	56.6	47.2	48.1	32.4	51.6
Acceso al Seguro								
SIS	57.0	42.9	84.8	73.5	56.2	57.7	71.0	54.8
No cuenta Seguro	7.0	14.3	7.6	20.6	11.0	19.2	11.6	19.4
Otro	2.3	7.1	1.5	5.9	4.1	3.8	1.4	0.0

EsSalud	33.7	35.7	6.1	0.0	28.8	19.2	15.9	25.8
Pertenencia a CAM								
Si	72.6	42.9	63.6	33.3	43.5	44.4	57.4	54.8
No	27.4	57.1	36.4	66.7	56.5	55.6	42.6	45.2

a: valor expresado en porcentajes; SIS: Seguro Integral de Salud; CAM: Centro de adulto mayor

Comparación de dimensiones de Calidad de Vida según género

La tabla 7 agrupa las puntuaciones del cuestionario de salud SF36 de las personas mayores según género, observándose que las dimensiones con mayores puntuaciones fue salud física para ambos grupos, siendo ligeramente mayor en los varones (M= 66.2); seguido de salud mental con puntuaciones similares para varones (M= 61.8) y mujeres (M = 61.2) ($p>0.05$). Las puntuaciones medias de las dimensiones rol emocional y vitalidad fueron más altas para las mujeres (M= 61.7 y M=58.1) confirmando estas diferencias a través de la prueba t student ($p<0.05$). Por otra parte las puntuaciones de las dimensiones de la calidad de vida más bajas se aprecia en las dimensiones Rol físico en ambos grupos ($p>0.05$).

Tabla 7. Comparación de dimensiones de Calidad de Vida de las personas mayores según género

Dimensiones	Mujeres=293				Varones= 107				P
	M	IC	DS	Med.	M	IC	DS	Med.	
Función Física (FF)	65.3	62.2-68.3	26.4	71.4	66.2	60.9-71.5	26.6	69.0	NS
Rol Físico (RF)	19.4	17.4-21.4	17.1	20.0	16.3	12.6-19.9	18.3	10.0	Ns
Rol Emocional (RE)	61.7	56.6-66.9	44.3	100.0	50.0	41.1-58.8	44.5	50.0	*
Función Social (FS)	55.9	52.9-58.9	25.9	50.0	55.0	50.9-59.0	20.4	50.0	NS
Dolor corporal (DG)	54.6	51.5-57.7	26.3	52.0	51.1	46.0-56.2	52.0	27.7	NS
Vitalidad (V)	58.1	55.1-55.8	19.3	55.0	53.3	49.7-56.9	18.0	55.0	*
Salud Mental (Sn)	61.2	58.8-63.6	20.8	60.0	61.8	58.1-65.4	18.4	64.0	NS
Salud General (SG)	52.6	50.0-55.1	21.9	56.2	49.1	44.5-53.7	23.2	50.0	NS

M: media; IC: intervalo de confianza; DS: Desviación Standard. * $p < 0.05$, NS $p > 0.05$

Comparación de dimensiones de Calidad de Vida según distritos

Las puntuaciones de la calidad de vida obtenida por las personas mayores en función del distrito se expone en la tabla 8, la dimensión Función Física alcanzó con mejores puntuaciones en todos los distritos, 68.2% Iquitos, 67.6% Belén, 63.4% Punchana y 62.7% San Juan. La prueba de contraste de Bonferroni indican que no existe diferencias significativas entre medias de la dimensión de la función física en todos los distritos estudiados ($p > 0.05$). La dimensión Rol emocional obtuvo mayores puntuaciones en Iquitos $M=67.7$, seguido de San Juan con 57.8, mientras que el distrito de Belén obtuvo puntuaciones más bajas de $M=53.4$. La prueba de contraste muestra diferencias significativas entre Iquitos – Punchana e Iquitos – Belén ($p < 0.05$). En el caso de dimensión Salud Mental las mayores puntuaciones se observaron en Iquitos $M=66.0$, San Juan $M=62.4$ y Punchana $M=62.7$; se comprobó que existen diferencias significativas entre Iquitos-Belén, San Juan-Belén y Punchana-Belén ($p < 0.05$). Es decir que las personas mayores con peor calidad de vida son aquellas que residen en Belén.

Tabla 8. Comparación de dimensiones de Calidad de Vida de las personas mayores según distrito

Dimensiones Calidad de vida	Iquitos		Punchana		Belén		San Juan		P
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	
Función Físico (FF)	68.2	21.9	63.4	28.3	67.6	24.5	62.7	30.0	NS
Rol Físico (RF)	21.3	16.7	15.6	17.5	17.3	26.2	19.8	19.1	a*
Rol Emocional (RE)	67.7	42.5	55.4	45.7	53.4	44.3	57.8	45.2	a* b*
Función Social (FS)	59.8	22.8	55.6	25.2	52.8	22.4	54.5	27.3	NS
Dolor corporal (DG)	57.9	26.2	49.9	24.1	51.6	24.4	55.2	29.1	a*
Vitalidad SF36 (V)	62.2	16.6	52.7	19.9	53.4	17.1	58.8	20.9	a*, b*, c*, d*
Salud Mental (SM)	66.0	19.6	61.7	19.2	55.3	18.6	62.4	21.8	b*, d*, e*
Salud General (SG)	58.4	18.4	46.3	21.8	50.3	19.0	51.6	27.1	a*, b*, f*

M: media; DS: desviación estándar; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; NS: $p > 0.05$

Prueba contrastes Bonferroni: a) Iquitos-Punchana, b) Iquitos-Belén, c) Belén-Punchana; d) Belén-San Juan; e) San Juan-Punchana; f) Iquitos-San Juan

Correlación entre características estudiadas y dimensiones de la calidad de vida

Como se aprecia en la matriz de correlación (tabla 9), el coeficiente de correlación R de Pearson demostró que: a mayor edad de las personas mayores, menores puntuaciones medias en la dimensión Rol emocional; a mayor convivencia con familia extendida, mayores medias de la dimensión Función Social. A mayor referencia de chequeo médico, mayores puntuaciones medias de todas las dimensiones que mide el SF36; a mayor acceso al seguro de salud, mayores puntuaciones en Rol Emocional, Dolor corporal, Salud mental y Salud general. La variable salud percibida en comparación con iguales, mostró correlación positiva con las dimensiones de la calidad de vida, apoyo social y cognición fue ($p < 0.01$). Es decir a mayor salud percibida en comparación con personas mayores de su edad, mayor es, la cognición, el apoyo social y la calidad de vida.

Factores determinantes de la calidad de vida

Con el fin de identificar los factores que predicen las dimensiones de la calidad de vida evaluadas mediante el SF36, se ha empleado el análisis de regresión múltiple porque permite realizar varias variables independientes como variables demográficas, psicológicas y sociales para medir lo mejor o peor calidad de vida. Este tipo de análisis muestra el porcentaje de la varianza explicada, se ha elegido la regresión múltiple en la modalidad jerárquica para estimar la parte de la varianza explicada para cada una de las variables cuando se introduce en el modelo predictivo. Las variables analizadas en la regresión fueron: edad y grado de instrucción; en segundo orden la edad, grado de instrucción y pertenencia a un centro del adulto mayor (CAM); en tercer orden cognición, en cuarto orden se añadió el apoyo social y en último lugar se agregó la salud percibida en comparación con iguales.

Como se observa en la tabla 10 al aplicar los mismos pasos en la muestra total, se encontró que de todas las variables incluidas en el modelo de regresión en el que las puntuaciones de las dimensiones de la calidad de vida era la variable dependiente, la variable que mejor predice las dimensiones es la salud percibida en comparación con iguales. Es así que, la edad explica el 10.2% de la varianza explicada de la dimensión función física, al añadir el grado de instrucción la varianza se incrementa al 10.3% en ésta misma dimensión de la calidad de vida, 3.5% en dolor corporal y 2.8% salud general

Al adicionar la pertenencia a un centro del adulto mayor, la varianza explicada aumenta en 11.6% en la función física, 11.5% rol físico, 10.2% dolor corporal y 8.1% vitalidad; cuando se agrega la variable cognición, la varianza explicable es mayor en salud mental con 13.3% seguido de función física con 13.2%, vitalidad 13.3%, rol físico 12% y dolor corporal 10.3%. Otra variable adicionada fue el apoyo social, notándose incremento en la varianza explicada de las dimensiones salud mental con 17.1%, función física 16.5%, vitalidad 16.4% y rol físico 14.5%. Finalmente al agregar la salud percibida incorporación con iguales se observó incrementos de la varianza explicada en todas las dimensiones de la calidad de vida: salud mental 27.8% ($\Delta R^2 = .10$), seguido de vitalidad 23.9% ($\Delta R^2 = .07$), función física 21.5% ($\Delta R^2 = .05$) función social 18% ($\Delta R^2 = .07$).

Tabla 9. Matriz de Correlación bivariada

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 Edad	-																			*
2 Sexo	.027	-																		
3 Estado civil	.099*	-.119*	-																	
4 Distrito	-.002	.075	-	-																
5 Con quien vive?	-.072	.143**	.147**	.11*	-															
6 Pertenencia CAM	.051	-	.083	-.03	-.052	-														
7 Chequeo médico	.112*	-.125*	-.008	.08	-.057	.252**	-													
8 Acceso seguro	.019	-.084	.025	-.20**	-.054	.244**	.278**	-												
9 Salud comparación c/iguales	-.084	-.052	.043	.18**	.046	.215**	.089	.104*	-											
10 Salud comparación hace 1 año	-.027	.029	-.009	.19**	.063	.094	.013	.104*	.441**	-										
11 Apoyo social	-.043	-.092	-.026	.06	-.034	.018	.006	.042	.231**	.145**	-									
12 Cognición	-.129	.114*	-.120*	.12*	-.051	-.002	.004	.032	.182**	.162**	.208**	-								
13 Medias función física	-	.018	-.093	.10*	.029	.104*	-.048	-.012	.309**	.319**	.199**	.170**	-							
14 Medias rol físico	.319**	-.080	-.086	-.015	.04	-.017	.319**	.012	.062	.242**	.184**	.185**	.099**	.448**	-					
15 Medias rol emocional	-.021	-	-.001	.01	.022	.246**	.060	.132**	.243**	.188**	.237**	.145**	.341**	.430**	-					
16 Medias función social	-.096	-.015	.010	.05	.117*	.169**	-.012	-.010	.366**	.342**	.189**	.215**	3.60**	.336**	.398**	-				
17 Medias dolor corporal	-.110*	-.040	-.019	.17**	.017	.247**	.088	.158**	.331**	.331**	.083	.060	.455**	.456**	.388**	.451**	-			
18 Medias vitalidad	-.087	-.096	-.027	.12*	.030	.238**	.082	.098	.392**	.357**	.256**	.217**	.393**	.390**	.458**	.428**	.432**	-		
19 Medias salud mental	-.032	.003	-.001	.12*	.031	.222*	.069	.163**	.443**	.301**	.250**	.268**	.335**	.361**	.547**	.496**	.408**	.668**	-	
20 Medias salud general	-.093	-.057	-.036	.15**	0.71	.170**	.018	.111*	.516**	.346**	.276**	.198**	.420**	.354**	.408**	.430**	.458**	.594**	.553**	-

* p < 0.05; ** p < 0.01

Análisis de regresión múltiple

Tabla 10. Resumen del análisis de regresión lineal para la predicción de la calidad de vida de personas mayores

Dimensión		1	2	3	4	5	6
Función Física	R	.102	.103	.116	.132	.165	.215
	F	45.0	22.7	16.8	14.7	15.1	17.3
	gl	1	2	3	4	5	6
	p	***	***	***	***	***	***
Rol Físico	R	.000	.005	.065	.082	.121	.140
	F	2.5	1.4	16.7	13.2	12.9	12.3
	gl	1	2	3	4	5	6
	p	NS	NS	***	***	***	***
Rol Emocional	R	.000	.005	.065	.082	.121	.140
	F	.177	1.0	9.0	8.6	10.5	10.2
	gl	1	2	3	4	5	6
	p	NS	NS	***	***	***	***
Función Social	R	.009	.010	.042	.082	.108	.180
	F	3.6	2.0	5.6	8.5	9.2	13.9
	gl	1	2	3	4	5	6
	p	NS	NS	**	***	***	***
Dolor Corporal	R	.012	.035	.102	.103	.109	.171
	F	4.9	7.2	14.6	11.0	9.3	13.1
	gl	1	2	3	4	5	6
	p	*	**	***	***	***	***
Vitalidad	R	.008	.018	.081	.121	.164	.239
	F	3.0	3.6	11.3	13.2	14.9	19.7
	gl	1	2	3	4	5	6
	p	NS	*	***	***	***	***
Salud Mental	R	.001	.016	.068	.133	.171	.278
	F	.40	3.2	9.3	14.6	15.5	24.0
	gl	1	2	3	4	5	6
	p	NS	*	***	***	***	***
Salud General	R	.009	.028	.060	.090	.142	
	F	3.4	5.6	8.2	9.4	12.6	
	gl	1	2	3	4	5	
	p	NS	*	***	***	***	***

R: R múltiple; F (ecuac); ***p<0,00. **p<0,01. *p<0.05. NS=No significativo.

1. Edad
2. Edad e Instrucción
3. Edad, Instrucción y Pertenencia CAM
4. Edad, Instrucción, Pertenencia CAM y Cognición
5. Edad, Instrucción, Pertenencia CAM, Cognición y Apoyo Social
6. Edad, Instrucción, Pertenencia CAM, Cognición, Apoyo Social y salud comparación con iguales

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue determinar los factores predictores de la calidad de vida de las personas mayores considerando diferencias de género y distrito de residencia. Los hallazgos demuestran que los varones informan mejor estado de salud percibida que las mujeres especialmente en los distritos de Belén y Punchana; mientras que las mujeres de San Juan reportaron mejor salud percibida que los varones.

Es importante señalar que la autopercepción de la salud, es un indicador robusto de la calidad de vida y morbilidad. Esta variable depende del estado físico del individuo y de factores como la edad y el género e incorpora una variedad de componentes sociales, económicos, físicos, culturales y emocionales. Los datos anteriormente mencionados corroboran los informes de la Encuesta Salud y Bienestar de Envejecimiento en América Latina (SABE), pues la mayoría de personas mayores que declararon no tener buena salud fueron las mujeres¹² y los informados por Gallegos en población mexicana que en la percepción general de salud, el 68% de las mujeres reportaron que su salud era mala a muy mala; en el presente estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativo entre varones y mujeres, observándose diferencias significativas entre los varones de dos distritos Iquitos y Punchana e Iquitos y Belén ($p < 0.05$).

Los hallazgos también son similares a los informados por Gallegos (2003) quien reportó que la mujer del estado de Morelos de México, es la que informe peor estado de salud percibida en comparación al varón¹³

Una característica fundamental de este estudio fue la utilización de la evaluación de 8 dimensiones de la calidad de vida que mide el cuestionario SF-36, aunque se trata de una evaluación directa también es subjetiva. Al respecto los hallazgos demuestran que las mujeres tienen puntuaciones medias más bajas que los varones especialmente en la dimensión función física y función mental ($p > 0.05$).

Aunque no totalmente inesperado, un hallazgo importante fue las diferencias estadísticas significativas observadas entre las medias de las siguientes dimensiones de la calidad de vida: rol físico, rol emocional, dolor corporal, vitalidad, salud mental y salud general, según

distritos ($p < 0.05$), especialmente entre Iquitos-Punchana, en cinco de ocho dimensiones, Iquitos-Belén en tres de ocho dimensiones; esto significa que las personas mayores con peor calidad de vida son las que residen en Belén. Es necesario señalar que el instrumento de desarrollo humano de los cuatro distritos estudiados, es diferente por cada distrito siendo mucho menor para Belén.

En la dimensión rol emocional las mujeres obtuvieron mayores puntuaciones que los varones, hallazgo que es diferente al informado por Gallegos, quien señala que en el rol emocional, las mujeres tienen mayor probabilidad de tener una mala calidad emocional, al igual que los eventos de enfermedad y el aumento de la edad que impacta de manera negativa y significativa sobre el estado emocional de las mujeres.

Al parecer ser mujer y haber tenido un problema de salud en el último año son factores que afectan la calidad de vida, porque ambas aumentaron el riesgo de tener un mal funcionamiento físico, mala percepción general de salud o tener algún problema de tipo emocional. Los hallazgos del presente estudio permite verificar la relación entre género y calidad de vida, además de constatar que hay pocos estudios que traten de determinar el motivo de estas diferencias que probablemente se encuentren más vinculadas con factores sociales y culturales que con condiciones de salud.

Este estudio también demostró el impacto de la enfermedad crónica en la afectación de las dimensiones de la calidad de vida medidas por el Cuestionario SF36 ($p < 0.01$), se ha descrito que las enfermedades como la osteoartritis, hipertensión, diabetes mellitas afectan negativamente la calidad de vida, al disminuir la capacidad funcional y consecuentemente afectan la probabilidad de permanencia en los propios hogares de las personas mayores. La prevalencia de enfermedad crónica se ve afectada por la edad y el sexo. De otra parte los hallazgos han demostrado que la enfermedad aguda reportada en los últimos seis meses afectó a cuatro de las dimensiones: dolor corporal, vitalidad, salud mental y salud en general ($p < 0.01$), estos hallazgos podrían indicar la prevalencia de pérdida de capacidad funcional que acompaña al envejecimiento progresivo aunado a la enfermedad., estos hallazgos son similares a los descritos por Walker (2007)¹⁴ en población australiana quien reportó que la calidad de vida está asociada a la edad, condiciones crónicas, obesidad y apoyo social.

Dentro del modelo multivariante se demostró que la salud percibida en comparación con iguales explica el mayor porcentaje de la varianza explicada en las ocho dimensiones de la calidad de vida evaluadas. A través de los hallazgos se estaría confirmando algunas hipótesis causales asignadas a la calidad de vida que podrían afectar selectivamente a las personas mayores. Es decir, si bien aún no es factible establecer una relación causal definitiva la edad, instrucción, pertenencia a un centro del adulto mayor, cognición, apoyo social y salud percibida en comparación con iguales son los principales factores predictores de la calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMÁTICA DEL PERÚ. Censo Nacional 2007
- ² WHOLQOL Group (1993). Study protocol for the World Health Organization Project to develop a quality of life assessment instrument. *Qual Life Res*; 2: 153- 159
- ³ SEN, A. (2001). El desarrollo como libertad. Madrid: Planeta; 19-76.
- ⁴ VELARDE-JURADO E, A VILA-FIGUEROA C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Publica Mex* 2002;44:448-463.
- ⁵ VILAGUT G.; FERRER M.; RAJMIL L.; REBOLLO P.; PERMANYER G.; QUINTANA J. et al. (2004). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*; 19(2): 135-20.
- ⁶ ZÚÑIGA M.; CARRILLO G; FOS P.; GANDEK B. y MEDINA M. (1999). Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36 en México. *Salud Pública de México*; 41 (2): 110-118.
- ⁷ RAMIREZ- VELEZ. R.; AGREDO R.; JEREZ A. y CHAPAL L. (2008). Calidad de Vida y condiciones de salud en adultos mayores no institucionalizados en Cali-Colombia. *Revista de Salud Pública*; 10(4): 529-536.
- ⁸ VERA, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *An. Fac. med.*, vol.68, no.3, p.284-290. ISSN 1025-5583.
- ⁹ VILLALBA Cristina (2007). Abuelas cuidadoras. Editorial Le Blanch. España. P:
- ¹⁰ LOBO A.; SAZ P.; MARCO G.; DÍAZ J.; DE LA CAMARA C.; VENTURA T.; MORALES F. (1999). Revalidación y normalización del Mini examen cognitivo (primera versión en castellano) del Mini Mental Status Examination en población geriátrica. *Med. Clin. (Barcelona)*; 112: 767-774.
- ¹¹ PICKERING TG et al. Recommendations for Blood Pressure Measurement in Humans and Experimental Animals. Part 1: Blood Pressure Measurement in Humans. A Statement for Professionals From the Subcommittee of Professional and Public Education of the American Heart Association Council on High Blood Pressure Research. *Hypertension*. 2005;45:142-61 .
- ¹² CENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA (CELADE) (2006). Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Comisión económica para América Latina y el Caribe- CEPAL. Chile.
- ¹³ GALLEGOS-CARRILLO, K.; DURÁN- ARENAS, J.; LÓPEZ- CARRILLO L. y LÓPEZ- CERVANTES, M. (2003). Factores asociados con las dimensiones de la calidad de vida del adulto mayor en Morelos. *Revista de Investigación Clínica*; 55(3): 260-269.
- ¹⁴ WALKER AGNES E. (2007). Multiple chronic diseases and quality of life: patterns emerging from a large national sample, Australia. *Chronic Illness*. 3, 302-218