



Nivel de funcionalidad y calidad de vida en población rural de adultos mayores en un centro integral para el adulto mayor de Lima, Perú.

Level of functionality and quality of life in a rural population of elderly adults in a comprehensive center for the elderly in Lima, Peru.

Karen Violeta Paullo De La Cruz ¹, Genesis Geraldine Risco Mendoza ¹, Evelyn Jovanna Sigueñas Tafur ¹, María-Eugenia González-Farfán ^{1,2}

RESUMEN

Los cambios morfofisiológicos producidos por el envejecimiento alteran la óptima funcionalidad (autonomía personal) de los adultos mayores menoscabando la realización de sus actividades cotidianas, hecho que repercute en su calidad de vida. **Objetivo:** Determinar la asociación del nivel de funcionalidad y calidad de vida en adultos mayores del Centro Integral para el Adulto Mayor (CIAM) San Antonio de Huarochirí. **Material y Métodos:** Estudio observacional, analítico de corte transversal. Se aplicó el Índice de Barthel para medir funcionalidad y el cuestionario SF-36 para calidad de vida. **Resultados:** Se entrevistó a 156 adultos mayores (AM), predominando el sexo femenino con 61,5%, la edad promedio fue 71,9 años. Los resultados sobre el nivel de funcionalidad mostraron que 0,6% presentó dependencia total, 3,2% dependencia severa, 48,1% dependencia moderada, 15,4% dependencia escasa y el 32,7% con independencia. Respecto a la calidad de vida el 57,1% manifestó tener peor y el 42,9% mejor calidad de vida. Se encontró asociación significativa entre nivel funcional y calidad de vida mediante la prueba chi cuadrado ($p < 0,005$). **Conclusión:** El estudio reveló que en los AM del CIAM de San Antonio de Huarochirí predomina la dependencia moderada (48,1%) y que el 42,9% manifestó tener “mejor calidad de vida”; por ello concluimos en que, a mayor nivel funcional, mejor calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: Autonomía personal, actividades cotidianas, adulto mayor, población rural.

SUMMARY

The morphophysiological changes produced by aging alter the optimal functionality (personal autonomy) of older adults, undermining the performance of their ABVD, a fact that affects their quality of life. **Objective:** To determine the association of the level of functionality and quality of life in older adults of the Comprehensive Center for the Elderly (CIAM) San Antonio de Huarochirí. **Material and Methods:** Observational, analytical cross-sectional study. Applied the Barthel Index to measure functionality and the SF 36 questionnaire for quality of life. **Results:** 156 older adults (OA) were interviewed, predominantly female with 61.5%, average age was 71.9 years. The results on the level of functionality showed that 0.6% presented total dependence, 3.2% severe dependence, 48.08% moderate dependence, 15.4% low dependence and 32.7% with independence. Regarding quality of life, 57.1% said they had worse and 42.9% better quality of life. A significant association was found between functional level and quality of life using the chi square test ($p < 0.005$). **Conclusion:** The study revealed that in the AM of the CIAM of San Antonio de Huarochirí moderate dependency predominates (48.1%) and that 42.9% stated they have “better quality of life”; therefore we conclude that the higher the functional level, the “better quality of life”.

¹ Escuela de Tecnología Médica, Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. Lima, Perú.

KEY WORDS: Personal autonomy, activities of daily living, elderly, rural population.

INTRODUCCION

El presente artículo expone los resultados de la tesis “Asociación del Nivel de Funcionalidad y Calidad De Vida en Adultos Mayores en el Centro Integral para el Adulto Mayor (CIAM) de la Municipalidad San Antonio de Huarochirí 2019”.

Los adultos mayores en el Perú representan el 11,8% de la población según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); en el año 2015 la población de 60 años representó el 10% teniendo una mayor tasa de crecimiento el grupo de 80 a más años. La proyección para el 2025 ubica a los adultos mayores (AM) entre el 12 al 13% de la población peruana (1).

Aunque cada individuo envejece de manera sui generis, el tipo de envejecimiento va a depender de su estructura genética tanto como del ambiente donde se haya desenvuelto. La disminución de la capacidad intrínseca asociada al envejecimiento implica todo un proceso de cambios en la persona mayor reflejados en la disminución del nivel de funcionalidad o pérdida de la autonomía (2).

Se define funcionalidad como la capacidad de la persona para realizar de manera autónoma e independiente las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) tales como: aseo personal, alimentación, vestimenta y movilidad funcional por lo cual se decidió utilizar el Índice de Barthel (IB) para evaluar dicho desempeño en el presente trabajo (3); el IB es mundialmente aceptado y fue validado en el país en el 2015 (4).

La disminución del nivel de funcionalidad en el AM se manifiesta como un menor o mayor grado de limitación en la ejecución de sus actividades cotidianas, generando angustia en algunos casos tanto como temor a ser dependientes de terceras personas lo que afecta indirectamente su calidad de vida (5).

La calidad de vida puede referirse a una situación en la que se encuentra una persona, al nivel de satisfacción que tenga esta con su vida o a la evaluación propia acerca de su salud, dentro del contexto sociocultural de una población. El análisis subjetivo que una persona hace de sí misma incluye la salud física, psicológica, social y ambiental; salud que

va a ser determinada principalmente por la capacidad de mantener su autonomía e independencia. Para que el AM disfrute de una buena calidad de vida es primordial que participe en actividades colectivas que le permitan ganar reconocimientos y crecimiento personal a lo largo de esta etapa de vida (6-8).

La calidad de vida de los participantes se midió con el cuestionario SF-36 basándose en sus ocho dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental; el cuestionario contiene 36 preguntas que fueron contestadas por todos los participantes del presente estudio (3).

En el Perú, las municipalidades distritales y provinciales han establecido los “Centros Integrales para el Adulto Mayor” (CIAM), cuyo objetivo es mejorar los aspectos físicos, psicológicos y sociales de los AM a través de la promoción de distintas actividades culturales, salidas al aire libre, artesanía y manualidades que incentivan su participación y mejoran su desarrollo personal e integración a la sociedad (9).

Los AM de zonas rurales también se ven beneficiados de estas actividades de promoción de la salud, es así como la Municipalidad Distrital de San Antonio ubicada en la provincia de Huarochirí, departamento de Lima, que tiene una población de 5 845 de los cuales 410 son adultos mayores, cuenta con un CIAM (10).

El estudio tuvo como objetivo evaluar el nivel de funcionalidad asociado a la calidad de vida del adulto mayor que asiste al CIAM de la Municipalidad San Antonio de Huarochirí Julio 2019 - diciembre 2019.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio es observacional, analítico, de corte transversal y prospectivo. La población de estudio son todos los adultos mayores que asistieron con asistencia regular y permanente durante tres meses previos al estudio y firmaron consentimiento informado de participación, se excluyeron a todos los que tenían como domicilio fuera de los límites territoriales del Municipio del distrito de San Antonio. El tamaño muestral fue calculado teniendo en cuenta un nivel de confianza de 95%, una proporción de 0,2

de dependencia, un 0,05 de reposición, un 2% de reposición y una población de referencia de 410, cuyo resultado fue de 156. Por lo tanto, la selección fue censal.

Calidad de vida es una variable categórica nominal que alude a la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto de amplio alcance que está atravesado de forma compleja por la salud física de la persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno.” (11). Para recolectar los datos de esta variable se utilizó el cuestionario SF – 36 cuyos indicadores son: mejor calidad de vida y peor calidad de vida.

El cuestionario SF – 36 es una escala del tipo genérica, muy fiable, económico y fácil de ser llenado; mostró la confiabilidad y validez apropiadas con respecto a la consistencia interna, la validez de constructo y la estructura de factores cuando se probó en Perú (12). Cuenta con 36 ítems agrupados en ocho dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental; las dimensiones se organizan en 11 categorías dentro del conjunto de 36 preguntas (13). Cada una de las dimensiones arroja una puntuación de 0 a 100, siendo 100 el mejor resultado posible en cuanto a la calidad de vida, un resultado de 0 a 50 indica peor calidad de vida (14).

Nivel de funcionalidad es una variable categórica ordinal y se refiere a la capacidad del AM para ejecutar de forma autónoma e independiente las actividades básicas de la vida diaria. Para recolectar datos de esta variable se utilizó el Índice de Barthel cuyos indicadores son: dependencia total, dependencia severa, dependencia moderada, dependencia escasa e independencia.

El Índice de Barthel modificado de Granger contienen 15 ítems, los 9 primeros miden el índice de autocuidado, del ítem 10 al ítem 14 mide el índice de movilidad y el ítem 15 es de uso condicional si la persona tiene problemas de deambulación. La calificación del IB de Granger se realiza tomando en cuenta una puntuación máxima de 53 puntos para el índice de autocuidado y de 47 puntos como máximo para el índice de movilidad; la calificación de una persona está en función de la puntuación total obtenida (15). Los indicadores del IB modificado de Granger se

establecen de acuerdo con el siguiente esquema: 0-20 dependencia total, 21-60 dependencia severa, 61-90 dependencia moderada, 91-99 dependencia escasa y 100 independencia; interpretación sugerida por Shah et al (16).

RESULTADOS

En lo concerniente a las características sociodemográficas, el 61,5% de los participantes fue del sexo femenino, la edad promedio 71,94 \pm 7,55 años, el 70,5% procedía de la sierra; sobre su estado civil el 53,2% manifestó estar casado y el 2,6% ser viudo. El analfabetismo alcanzó 34,0% y según su ocupación el 56,4% reportó ser ama de casa (tabla 1). Las características clínicas ubican a la osteoartritis en primer lugar con 39,6% seguida por la hipertensión arterial con 37,8% (tabla 2).

El comportamiento de la funcionalidad fue: dependencia moderada 48,1% versus independencia 32,7% (tabla 3). El 57,1% manifestó percibir una peor calidad de vida (tabla 4). El análisis por dimensiones de calidad de vida muestra que en salud mental los adultos mayores del estudio obtuvieron un promedio de 63,1% equivalente a mejor calidad de vida, por el contrario, la peor calidad de vida con un promedio de 23,6 correspondió a la dimensión rol físico (tabla 4). Por otro lado, se encontró asociación significativa entre la variable nivel de funcionalidad y calidad de vida con un $p < 0,005$ (tabla 5).

DISCUSION

El nivel de funcionalidad otorga a la persona adulta mayor la capacidad de abordar sus actividades de vida diaria con mayor o menor dependencia, la identificación de esta capacidad le permite valorar su calidad de vida.

La población del Centro de Atención al Adulto Mayor (CAM) de Villa María del Triunfo – 2016 reflejó dependencia leve en 53 % con 43 % de independencia; sin embargo, el estudio realizado en un centro público de atención residencial Geronto-geriátrico de Lima- Perú, demuestra que su población de estudio presenta mayor proporción de la independencia con un 52,9%. En este estudio, en relación con el nivel de funcionalidad, se obtuvo como resultado: dependencia moderada 48,1 %, dependencia escasa 15,4 % e independencia 32,7% (17).

En el estudio realizado en Querétaro – México donde participaron 116 AM se evidenció dependencia

leve en el 19,8 % de la población de estudio y 80,2% mostraron ser independientes en AVD; en cuanto a la calidad de vida, el 29,3% de los entrevistados consideraban su salud como buena y el 56% regular (18).

En un estudio transversal realizado en Colombia, participaron 657 personas no institucionalizados, residente en la ciudad de Cartagena, con una edad promedio de 71 años, con predominio del sexo femenino (55,7 %), se aplicó el Índice de Barthel para medir el nivel funcional y se obtuvo que en sus actividades básicas de la vida diaria el 86,3 % son independientes, el 12,6 % tienen dependencia leve, el 0,6 % dependencia total y 0,5 % dependencia moderada. El autor menciona que los AM con independencia presentan mejor calidad de vida y recomienda crear programas que ayuden a los AM con alguna dependencia; pues en la ciudad de Cartagena el gobierno integra solo a los AM independientes en sus programas (19).

En Brasil, un estudio realizado en una comunidad urbana donde participaron 368 AM reportó un 85% de independencia para realizar sus AIVD y un 93,5% de independencia para realizar sus AVD (20).

Espinoza en Lima-Peru-2019, dice que en su estudio participaron 74 AM que asisten a un centro de salud, el mismo tuvo como objetivo determinar el grado de relación existente entre el nivel de funcionalidad y calidad de vida; obtuvieron un 50% del nivel de funcionalidad entre dependientes e independientes, y se demostró que no encontraron relación entre ambas variables (21).

Un estudio descriptivo de revisión documental realizado en la Universidad Cooperativa de Colombia en el 2019 concluyó que a mayor dependencia menor será la calidad de vida del adulto mayor debido a que evidenciaron que el deterioro funcional puede repercutir en la calidad vida (22).

Un estudio retrospectivo de grupo único, de tipo correlacional realizado en Chile mostró una correlación estadísticamente significativa y positiva entre el estado físico y mental con la calidad de vida (23).

En conclusión, mientras más alto sea el grado de salud física y mental percibido por los adultos mayores, mejor será su calidad de vida; en el estudio presentado se obtuvo un promedio bajo en la dimensión rol físico (promedio 23,6%) evidenciándose un mayor

número de AM que percibieron tener peor calidad de vida (57,1%). Los AM que obtuvieron un nivel de funcionalidad independiente, es decir podían realizar todas sus actividades de la vida diaria sin ayuda estaban asociados a gozar de una mejor calidad de vida. Respondiendo al objetivo general, la asociación del nivel de funcionalidad y calidad de vida en adultos mayores del CIAM San Antonio de Huarochirí se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,005$).

Declaración de conflicto de interés:

El presente estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética para Humanos (CIEH) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia antes de ser ejecutado. Los datos obtenidos fueron manejados de forma confidencial. Durante el desarrollo del estudio se tomó en cuenta las recomendaciones brindadas por el CIE-UPCH y los principios éticos que se delinear en la declaración de Helsinki. Declaramos no tener ningún tipo de conflicto de interés.

Correspondencia:

Karen Violeta Paullo De La Cruz
Correo electrónico: karen.paullo.d@gmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peru 21. Los Mayores de 60 años ya son el 11.9% de la población, según INEI. Perú: Perú 21; 2021.
2. Sánchez-Gavito A. Manual de prevención y autocuidado para las personas adultas mayores. Ciudad de México: Dirección General de Equidad y desarrollo Social; 2020.
3. Fernández S, Gonzalez A, Castillo Y. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. Rev Espec Méd-Quirúrgicas. 2009;14(4):161-75.
4. Centro Integral del Adulto Mayor. CIAM. Lima; Municipalidad Distrital de la Molina; 2021.
5. Gutiérrez L. Principales problemas médicos en los ancianos, Seminario: La situación de los adultos mayores en el DF: Elementos conceptuales para un modelo de atención. Ciudad de Mexico: Secretaría de Desarrollo Social-Instituto de Investigaciones Sociales UNAM; 1999. p. 31.
6. Aponte V. Calidad de vida en la tercera edad. Ajayu. 2015;13(2).
7. Varela L. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2016; 33 (2).
8. Cardona D, Estrada A, Agudelo H. Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. Biomédica. 2006; 26:206-15.
9. Tsai SY, Chi LY, LeeCH, ChouP. Health-related quality of life as a predictor of mortality among

- community-dwelling older persons. *Eur J Epidemiol.* 2007; 22(1): 19-26.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estadística PAM. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2015.
 11. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre salud del mundo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.
 12. Ware JE Jr, Sherbourne C. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I). Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992; 30:473-83.
 13. Salazar F, Bernabé E. The Spanish SF-36 in Peru: Factor Structure, Construct Validity and Internal Consistency. *Asia-Pacific Journal of Public Health.* 2012. Doi: 10.1177/1010539511432879
 14. Pacci S, De la Cruz F, Alzamora C, Nureña N, Olortegui Y, Fernandez C. Impacto de la rehabilitación cardiaca en la calidad de vida de los pacientes del Instituto Nacional cardiovascular del Perú. *Revista peruana de epidemiología.* 2011; 15(2).
 15. Varela L. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Perú Med Exp Salud Publica.* 2016; 33(2).
 16. Contreras C, Condor I, Atencio J, et al. Prevalencia de demencia y funcionalidad en una clínica geriátrica de Huancayo, Perú, 2016-2017. *An Fac Med.* 2019; 80(1):51-55.
 17. Meza G. Capacidad funcional para desarrollar actividades de la vida diaria, según edad y sexo en adultos mayores que acuden a un centro de atención al adulto mayor. Villa María del Triunfo – 2016. Tesis de licenciatura. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
 18. Figueroa L. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería universitaria.* 2016; 13(3):159-165.
 19. Shirley R. Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia. *Rev Salud Pública.* 2017; 19 (4): 549-554.
 20. Leite M. Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. *Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Revista electrónica trimestral de enfermería.* 2015.
 21. Espinoza Y. Hoyos Luisa. La calidad de vida y su relación con el grado de funcionalidad de adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre-diciembre Lima-2018. Tesis de licenciatura. Lima, Perú: Universidad Norbert Wiener; 2019.
 22. Muñoz L, Vargas M. Funcionalidad y calidad de vida del adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado. Tesis de licenciatura. Bucaramanga, Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia; 2019.
 23. Cuadra A, Medina C, Francisco E, Salazar K. Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica. *Límite. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología.* 2016; 11(35): 56-67.

Recibido 15/01/2022

Aceptado 23/05/2022

Tabla 1. Características sociodemográficas de adultos mayores del CIAM San Antonio de Huarochirí.

Características sociodemográficas	N (%)
Sexo	
Masculino	60 (38,5)
Femenino	96 (61,5)
Edad	71,94*±7,55**
Procedencia	
Sierra	110(70,5)
Costa	29(18,6)
Selva	17(10,9)
Estado civil	
Casado	83 (53,2)
Divorciado	39(25,0)
Soltero	22 (14,1)
Conviviente	8(5,1)
Viudo	4 (2,6)
Grado instrucción	
Primaria	66(42,3)
Analfabeto	53(34,0)
Secundaria	33(21,2)
Superior	4(2,5)
Ocupación	
Ama de casa	88(56,4)
Comerciante	26(16,7)
Ninguno	25(16,0)
Obrero	10(6,4)
Conductor	3(1,9)
Seguridad	2(1,3)
Agricultor	2(1,3)

Promedio* Desviación estándar**

Tabla 2. Características clínicas de adultos mayores del CIAM San Antonio de Huarochirí.

Características clínicas	N (%)
Antecedentes de enfermedades	
HTA	59 (37,8)
DM, dislipidemia	49 (31,4)
Osteoartritis	62 (39,7)
ACV	16 (10,3)
Enfermedades cardíacas	14 (8,9)
Cáncer de mama	1 (0,6)
Cáncer de próstata	5 (3,2)
Hepatitis B	3 (1,9)
TBC	9 (5,8)

Tabla 3. Nivel de funcionalidad de adultos mayores del CIAM San Antonio de Huarochirí.

Nivel de funcionalidad (Índice de Barthel)	N (%)
Dependencia total	1 (0,6)
Dependencia severa	5 (3,2)
Dependencia moderada	75 (48,1)
Dependencia escasa	24 (15,4)
Independencia	51 (32,7)

Tabla 4. Calidad de vida de adultos mayores del CIAM San Antonio de Huarochirí.

Calidad de vida (Cuestionario SF-36)	N (%)
Peor calidad de vida	89 (57,1)
Mejor calidad de vida	67 (42,9)

Tabla 5. Calidad de vida según dimensiones del SF-36 de adultos mayores del CIAM San Antonio de Huarochirí.

Dimensiones	SF-36 X*(DE**)
Salud General	45,5(14,9)
Función Física	53(25,9)
Rol Física	23,6(37,5)
Rol Emocional	32,1(43,9)
Función Social	61,9(23,0)
Dolor Corporal	53,8(13,9)
Vitalidad	54,4(20,9)
Salud Mental	63,1(18,9)
Total Calidad de Vida	48,8(15,9)

*Promedio, ** Desviación estándar

* Prueba chi cuadrado

Tabla 6. Asociación entre calidad de vida y nivel de funcionalidad de adultos mayores del CIAM San Antonio de Huarochirí.

Nivel de funcionalidad	Calidad de vida				P*
	Peor calidad de vida		Mejor calidad de vida		
	n=89	100%	n=67	100%	
Dependencia	62	69,7	19	28,4	0,005
Independencia	27	30,4	48	71,7	