

Artículo Original

Calidad de vida de adultos mayores de la Seguridad Social peruana durante la pandemia por COVID-19

Quality of life of older adults in Peruvian Social Security during the COVID-19 pandemic

DOI

<https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.14Sup1.1165>

Janeth Tenorio-Mucha^{1,2,a}, Zoila Romero-Albino^{3,4,a},
Vasti Roncal-Vidal^{3,5,b}, María Sofía Cuba-Fuentes^{3,6,a}

RESUMEN

Introducción: Evaluar la calidad de vida de adultos mayores que pertenecen a los Centros del Adulto Mayor (CAM) de la Seguridad Social durante la pandemia por COVID-19. **Material y métodos:** Se recolectó información mediante llamadas telefónicas a adultos mayores de 60 años de los CAM. La calidad de vida fue evaluada con el cuestionario EQ-5D-3L, que considera las dimensiones de movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión y una escala analógica de 0 a 100. Se midió la presencia de depresión, ansiedad, comorbilidades y el estado funcional. Se realizó un análisis bivariado con pruebas no paramétricas para evaluar la asociación entre covariables y la escala analógica de calidad de vida. Además, se realizó un análisis de regresión simple usando modelos lineales generalizados de la familia de Poisson para evaluar variables asociadas a la presencia de problemas en las dimensiones de calidad de vida. **Resultados:** Participaron 99 adultos mayores, en su mayoría mujeres (84,9%) la edad promedio fue 73,1 años, 83,3% tenían un nivel educativo superior y 86,7% vivían acompañados. Los adultos mayores con obesidad, enfermedades pulmonares, imposibilidad de manejar su propio dinero, fatiga y problemas de audición reportaron un puntaje menor al promedio (<78,9) en la escala de calidad de vida. Las enfermedades osteoarticulares y la sensación de fatiga incrementan la probabilidad de sufrir problemas de movilidad, de realizar actividades cotidianas y de dolor/malestar. **Conclusiones:** La calidad de vida de los adultos mayores es influida por múltiples factores que se deben abordar para mejorar su bienestar físico y mental.

Palabras Clave: Calidad de vida; Salud; Anciano; Pandemias; COVID-19; Perú. (Fuente: DeCS-BIREME).

FILIACIÓN

1. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación - IETSI, EsSalud, Lima, Perú.
2. CONEVID - Unidad de Conocimiento y Evidencia, Facultad de Medicina "Alberto Hurtado", Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.
3. Gerencia de la Persona Adulta Mayor y Prestaciones Sociales, EsSalud, Lima, Perú.
4. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú.
5. Policlínico Juan José Rodríguez Lazo, EsSalud, Chorrillos, Lima, Perú.
6. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.
 - a. Magister.
 - b. Médico.

ORCID

1. Janeth Tenorio-Mucha / [0000-0003-2837-5149](https://orcid.org/0000-0003-2837-5149)
2. Zoila Romero-Albino / [0000-0003-2519-2945](https://orcid.org/0000-0003-2519-2945)
3. Vasti Roncal Vidal / [0000-0003-3671-4139](https://orcid.org/0000-0003-3671-4139)
4. María Sofía Cuba-Fuentes / [0000-0001-7394-7092](https://orcid.org/0000-0001-7394-7092)

CORRESPONDENCIA

María Sofía Cuba-Fuentes
Dirección: José González 775 dpto. 604 Miraflores
Teléfono: 958914161

EMAIL

maria.cuba@upch.pe

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de intereses para la redacción de este manuscrito.

FINANCIAMIENTO

Este estudio ha sido financiado por Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación y la Gerencia de Persona Adulta Mayor y Persona con discapacidad de la Seguridad Social (EsSalud).

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

JTM, ZRA y MSCF participaron de la concepción del estudio y supervisión de la recolección de datos. VRV participó de la recolección de datos y redacción del artículo. JTM realizó el análisis de datos y redactó la versión inicial del artículo. Todos aprobaron la versión final del artículo.

AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestro agradecimiento a Melina Balta, Cinthya Urcia, Cinthya Connie Flores, Pedro Kikushima, Gina Camarena y Rosa Villasante por su gran aporte en la recolección de datos.

REVISIÓN DE PARES

Recibido: 16/08/2021
Aceptado: 06/09/2021

COMO CITAR

Tenorio-Mucha, J., Romero-Albino, Z., Roncal-Vidal, V., & Cuba-Fuentes, M. Calidad de vida de adultos mayores de la Seguridad Social peruana durante la pandemia por COVID-19. Revista Del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2021, 14(Sup1), 41 - 48. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.14Sup1.1165>.



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.
Versión Impresa: ISSN: 2225-5109
Versión Electrónica: ISSN: 2227-4731
Cross Ref. DOI: 10.35434/rcmhnaaa
OJS: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs>

ABSTRACT

Objective: To evaluate the quality of life of older adults who belong to the Seniors Centers (CAM) of the Social Security during the COVID-19 pandemic. **Material and methods:** Data were collected through telephone calls to older adults aged 60 years and over in the CAM. Quality of life was assessed with the EQ-5D-3L questionnaire, which considers the dimensions of mobility, self-care, activities of daily living, pain/discomfort and anxiety/depression and an analog scale from 0 to 100. The presence of depression, anxiety, comorbidities and functional status were also measured. A bivariate analysis with nonparametric tests was performed to assess the association between covariates and the quality of life analog scale. In addition, a simple regression analysis was performed using generalized linear models of the Poisson family to evaluate variables associated with the presence of problems in the quality of life dimensions. **Results:** A total of 99 older adults participated, mostly women (84.9%) and with an average age of 73.1 years, 83.3% had a higher education level and 86.7% lived with their spouse. Older adults with obesity, lung disease, inability to manage their own money, feeling fatigued, and hearing problems reported a lower than average score (<78.9) on the analogous quality of life scale. Osteoarticular diseases and feeling fatigued increase the likelihood of having problems with mobility, performing daily activities, and pain/discomfort. **Conclusions:** Older adults quality of life is influenced by multiple factors that must be addressed to improve their physical and mental well-being.

Keywords: Quality of life; Health; Aged; Pandemics; COVID-19; Perú. (Source: DeCS-BIREME).

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos 6 años, se han planteado diferentes iniciativas para que cada país adopte estrategias que promuevan el envejecimiento activo y saludable de sus adultos mayores^(1,2). Pero ninguna de estas estrategias pudo anticiparse al incremento de vulnerabilidad que experimentarían los adultos mayores como consecuencia de la pandemia por COVID-19. A más de un año de esta pandemia, han fallecido más de 133 mil adultos mayores en el Perú y la tasa de letalidad en este grupo etario es de 6,55%⁽³⁾.

Los adultos mayores han visto afectada su salud física y emocional por factores directamente asociados a la infección como el mayor riesgo de morbilidad y mortalidad; y por factores indirectos como la soledad, el aislamiento, la dependencia, la violencia, la discriminación y la falta de acceso a servicios básicos de alimentación y salud⁽⁴⁾, por mencionar algunos. Estos factores indirectos provienen de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales y, por lo general, han sido catalizados por las medidas de distanciamiento social y cuarentena decretada por los gobiernos.

Las medidas de distanciamiento social buscaron contener el contagio de la infección, priorizando la prevención y manejo de los casos de COVID-19, pero se desatendieron otras necesidades en salud que afectaron la calidad de vida de las personas, sobretodo de las más vulnerables⁽⁵⁾. En Reino Unido se ha reportado que, si bien los adultos mayores han asumido responsablemente las medidas de distanciamiento y lavado de manos, los primeros meses de distanciamiento social experimentaron sentimientos de soledad y temor de morir⁽⁶⁾. En Turquía, mujeres mayores de 85 años que permanecieron en casa durante la pandemia, tuvieron en promedio 7,09 de puntaje en la escala de depresión geriátrica y que esto estuvo asociado a menores indicadores en calidad de vida⁽⁷⁾. Y en Chile, un estudio longitudinal encontró que durante la pandemia se incrementaron los problemas de memoria y estomacales y el decaimiento emocional en 11,13%, 12,03% y

10,08%, respectivamente, comparados con el periodo pre pandemia⁽⁸⁾.

Sin embargo, algunos estudios plantean que, por el contrario, los adultos mayores tienen mejor capacidad de resiliencia para enfrentar situaciones difíciles que los jóvenes. En Estados Unidos, por ejemplo, se encontró que los jóvenes estuvieron más propensos a experimentar depresión y ansiedad por la inestabilidad laboral, la disminución de la interacción social y la incertidumbre sobre el futuro que generaba la pandemia^(9,10). En la misma línea, un estudio realizado en 18 países del Oriente Medio y África del norte encontró que la pandemia causó mayor impacto psicológico en adultos jóvenes de 26 a 35 años pues estos experimentaron mayor estrés por problemas laborales, financieros y por tener que permanecer en casa⁽¹¹⁾.

Notamos entonces que, los resultados de estudios que han evaluado el impacto de las medidas de COVID-19 en diferentes indicadores de calidad de vida de los adultos mayores son divergentes. En Perú, en los últimos 70 años, la proporción de adultos mayores ha incrementado de 5,7% a 13% como resultado de los cambios demográficos que ha experimentado el país⁽¹²⁾. Hasta el momento, no se han encontrado hallazgos sobre el impacto de las restricciones por COVID-19 en la calidad de vida de los adultos mayores residentes en Perú. Por su estado de vulnerabilidad, es importante caracterizar la percepción de este grupo etario en su estado de salud en sus diferentes dimensiones, más aún, cuando Perú ha sido uno de los países con una de las cuarentenas más estrictas durante los primeros meses de pandemia (marzo a junio del 2020). Las medidas para los adultos mayores 65 años se flexibilizaron recién en octubre, a partir de esa fecha se les permitió salir de casa, pero solo para paseos de máximo 60 minutos, a no más de 500 metros del domicilio y excepcionalmente para acudir a atención médica o para adquirir medicamentos o alimentos, en caso no tuvieran una persona de apoyo⁽¹³⁾.

La Seguridad Social peruana como entidad prestadora de

servicios de salud tiene a su cargo el cuidado de 1,890,815 personas adultas mayores, estos tienen la posibilidad de hacer uso de servicios de prestaciones sociales desplegadas en los 126 Centros del Adulto Mayor (CAM) a nivel nacional, previo a la pandemia 103,421 personas adultas mayores usaban los CAM⁽¹⁴⁾. Los CAM son un conjunto de unidades operativas que brindan medios para incrementar los niveles de participación social, económica y cultural de las personas adultas mayores con la finalidad de otorgarles una vida digna, activa, saludable y segura. Desde que iniciaron las medidas de emergencia sanitaria dispuestas por el gobierno estas actividades viraron a la modalidad virtual en sus formas sincrónica y asincrónica.

Dado ese contexto, el objetivo de este estudio fue el de evaluar el impacto del estado nacional de emergencia debido al COVID-19 en la calidad de vida de adultos mayores que pertenecen a los CAM de la Seguridad Social. Los resultados de este estudio pueden contribuir al conocimiento de la magnitud de la afectación del estado físico y mental de los adultos mayores en el Perú y qué factores predisponen a un mayor o menor deterioro de su calidad de vida. A diferencia de otros estudios realizados sobre este tema que utilizaron encuestas en línea, este estudio recolectó la información mediante llamadas telefónicas, eso nos permitirá contrastar los métodos y los resultados obtenidos. Además, los resultados de este estudio podrían servir de evidencia para proponer estrategias contexto específicas para mejorar la calidad de los adultos mayores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Este estudio se planteó inicialmente con un diseño longitudinal con una evaluación inicial al momento del reclutamiento y una evaluación final luego de 6 meses de seguimiento. Debido a los recursos limitados del proyecto, se suspendió el seguimiento y la medición final y en este artículo presentaremos únicamente los resultados de la evaluación inicial. El estudio se llevó a cabo en los Centros del Adulto Mayor (CAM) de Cercado de Lima y Pueblo Libre en Lima, Lambayeque y Ferreñafe en Lambayeque y Santiago en Cusco. Los CAM fueron seleccionados por conveniencia.

Participantes

Los participantes elegibles para el estudio debían estar afiliados a alguno de los CAM participantes, ser mayores de 60 años y poseer un teléfono fijo o celular para contactarlo. Se excluyeron adultos mayores con deterioro cognitivo relevante que le impida proveer consentimiento informado y responder las preguntas del cuestionario.

Variables

La calidad de vida se evaluó con el cuestionario europeo de calidad de vida de 5 dimensiones (EQ-5D-3L) en su versión en español⁽¹⁵⁾. Consta de dos secciones, uno que valora en tres niveles de gravedad (ningún problema, algunos problemas y muchos problemas) cada una de las 5 dimensiones movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión y luego una escala analógica de evaluación (EVA) de 0 a 100 puntos. La depresión se evaluó usando la escala de depresión geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés), según esta escala se otorga 1 punto por cada respuesta que indique síntomas depresivos; se utilizó el

cuestionario en su versión corta de 4 ítems, que ha demostrado una sensibilidad de 0,77 y una especificidad de 0,75 para un punto de corte de igual o mayor a 2 para el diagnóstico de depresión en adultos mayores⁽¹⁶⁾. La ansiedad se evaluó utilizando el cuestionario de Desorden de ansiedad generalizada de 7 ítems (GAD-7), la calificación está en una escala de Likert de 4 puntos del 0-3, el rango de puntaje total va de 0 a 21, donde el puntaje máximo refleja mayor grado de ansiedad, los puntajes mayores a 10 son considerados ansiedad en rango clínico.

Además, se evaluaron variables sociodemográficas como sexo, edad, tipo de afiliación (titular o derechohabiente), estado civil, nivel educativo y región de residencia. Para explorar el entorno cercano se le preguntó si vivía solo o acompañado y sobre las personas que le brindaban mayor soporte emocional. Para evaluar el estado de salud se preguntó sobre comorbilidades diagnosticadas por un médico o por las que tomaba algún medicamento, además, si había padecido de COVID-19 y si esta enfermedad fue tratada en casa o si fue hospitalizado. Para el estado funcional durante el estado de emergencia se exploró sobre el uso del teléfono para comunicarse, la posibilidad de trasladarse fuera de casa, realizar la compra de necesidades básicas, de preparar sus propios alimentos, de manejar su propio dinero, realizar tareas de casa, conseguir sus medicamentos, sensación de fatiga y problemas de audición. Además, se les preguntó sobre el uso y satisfacción con los servicios brindados por los CAM.

Procedimientos

Previo a la recolección de datos, el personal de campo obtuvo un certificado de ética en investigación y recibió entrenamiento virtual de la investigadora principal (JTM) respecto a los objetivos y procedimientos del estudio. Para el reclutamiento de los participantes, se utilizó el registro de adultos mayores de cada CAM elegible para realizar una primera llamada de invitación e informarles los objetivos del estudio, a quienes manifestaron su disposición de continuar con la llamada se les leyó el consentimiento informado completo. La obtención del consentimiento informado fue verbal y en todos los casos se ofreció enviarles una copia del consentimiento vía WhatsApp o por correo electrónico. Los cuestionarios se aplicaron por vía telefónica y los datos fueron registrados en el software EpiInfo⁽¹⁷⁾ el cual permite completar los formularios en línea, almacenar los datos y descargarlos en un documento Excel.

Aspectos éticos

El protocolo del estudio, consentimiento informado y los instrumentos de recolección de datos fueron revisados y aprobados por un el Comité de Ética en Investigación Específico para COVID-19 de la Seguridad Social. Además, previo a su ejecución el estudio fue inscrito en el repositorio de Proyectos de Investigación en Salud-PRISA del Instituto Nacional de Salud.

Métodos estadísticos

Para realizar los análisis, la base de datos fue exportada a Stata versión 16.0 (STATA Corporation, College Station, Texas, USA). Las variables categóricas se presentan en frecuencias y proporciones y las variables numéricas usando medidas de tendencia central (medias, desviación estándar (SD), medianas y rango intercuartílico (RIQ)). Se realizó un

análisis bivariado para evaluar la asociación de variables sociodemográficas, presencia de comorbilidades, estado funcional durante el confinamiento, infección por COVID-19, depresión y ansiedad con la escala análoga de calidad de vida (EVA) usando las pruebas no paramétricas de Mann-Whitney para variables con dos categorías y de Kruskal Wallis para variables con 3 o más categorías.

Además, se realizó un análisis de regresión usando modelos lineales generalizados (GLM) de la familia de Poisson para estimar razones de prevalencia (PR) para las dimensiones de calidad de vida de movilidad, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión usando como variable desenlace la presencia de problemas, que agrupa a los niveles de algunos y muchos problemas. No se evaluó la dimensión de cuidado personal porque la frecuencia de problemas era muy pequeña (n=5) para realizar análisis significativos. Se realizaron únicamente modelos de regresión simple para evaluar la asociación entre sexo, edad, presencia de comorbilidades y estado funcional durante el confinamiento obligatorio debido a que mostraron asociación con el análisis bivariado, además se reportaron como factores que influyen en la calidad de vida en estudios en adultos mayores realizados en otros países^(8,18,19). Todos los análisis fueron realizados con un nivel de significancia del 5%.

RESULTADOS

Características de los participantes

En total participaron 99 adultos mayores, 84 de los cuales fueron mujeres, el promedio de edad de todos los participantes fue de 73,1 (SD: 7.0) años, en su mayoría tenían nivel educativo superior (83,3%) y cuando se les preguntó con quiénes vivían 86,7% mencionaron que vivían acompañados y 88,7% indican que su esposo(a) y/o hijos eran su principal soporte emocional (Ver tabla 1). Las comorbilidades más frecuentes fueron las enfermedades osteoarticulares (53,5%), hipertensión (41,4%) y diabetes mellitus (22,2%). Cuando se les preguntó sobre sus actividades durante el confinamiento obligatorio el 95,0% mencionó uso frecuente del teléfono y el 59,6% tuvo posibilidades de trasladarse fuera de casa, además, en su mayoría reportaron ser capaces de preparar sus propios alimentos y manejar su propio dinero. Menos del 25% reportó sensación de fatiga, problemas de audición y dificultades para conseguir sus medicamentos. Cuando se les consultó sobre su participación en los CAM, 92,9% reportaron haber recibido telemonitoreo y 82,8% participaron de los talleres virtuales. Sólo 4 participantes reportaron haber padecido de COVID-19, de los cuales sólo 1 requirió tratamiento hospitalario.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

Características	Total		Calidad de vida - EVA		Valor - p c	
	n = 99	(%)	Mediana	(RIQ)	Valor - p c	
Sexo						
Femenino	84	(84,9)	80	(5)	0,869	
Masculino	15	(15,1)	80	(20)		
Edad	73,1 (SD: 7,0) b					
Región de residencia						
Lima	37	(37,3)	80	(20)	0,656	
Lambayeque	46	(46,5)	80	(20)		
Cusco	16	(16,2)	80	(15)		
Tipo de afiliación ^a						
Titular	77	(81,1)	80	(20)	0,290	
Derechohabiente	18	(18,9)	80	(30)		
Estado civil ^a						
Casado (a)	46	(47,4)	80	(20)	0,956	
Viudo (a)	31	(32)	80	(20)		
Soltero (a)/ separado (a)	20	(20,6)	80	(20)		
Nivel educativo ^a						
Secundaria o menos	16	(16,7)	80	(20)	0,893	
Superior	80	(83,3)	80	(20)		
Con quiénes vive ^a						
Solo	13	(13,3)	75	(10)	0,512	
Acompañado	85	(86,7)	80	(20)		
Principal soporte emocional ^a						
Esposo (a) y/o hijos	86	(88,7)	80	(20)	0,670	
Otros	11	(11,3)	80	(30)		
Recibió telemonitoreo de los CAM						
Sí	92	(92,9)	80	(20)	0,262	
No	7	(7,1)	90	(25)		
Participó de los talleres virtuales de los CAM						
Sí	82	(82,8)	80	(20)	0,736	
No	17	(17,2)	80	(25)		

^a La suma de los valores no suma 99 debido a datos faltantes

^b Se muestra media y desviación estándar (SD)

^c Valor-p calculado usando pruebas no paramétricas de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis

RIQ: rango intercuartílico

Tabla 2. Calidad de vida por dimensiones y niveles (EQ-5D-3L) de adultos mayores de los Centro del Adulto Mayor de la Seguridad Social.

Nivel	Dimensión									
	Movilidad		Cuidado Personal		Actividades cotidianas		Dolor/Malestar		Ansiedad/ Depresión	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Ningún problema	76	(77,6)	94	(95,0)	82	(82,8)	53	(54,1)	64	(64,7)
Algunos problemas	21	(21,4)	5	(5,0)	16	(16,2)	41	(41,8)	31	(31,3)
Muchos problemas	1	(1,0)	0	(0,0)	1	(1,0)	4	(4,1)	4	(4,0)
Total	98	(100,0)	99	(100,0)	99	(100,0)	98	(100,0)	99	(100,0)
Presenta problemas ^a	22	(22,5)	5	(5,0)	17	(17,2)	45	(45,9)	35	(35,4)
EQ-5D-3L (EVA)					78.9 (SD: 14.0) ^b					

^a Presenta problemas incluye algunos y muchos problemas

^b Se muestra media y desviación estándar (SD)

En un análisis bivariado, ninguna variable sociodemográfica mostró estar asociada con la puntuación en escala analógica de calidad de vida (Ver tabla 1). Pero la presencia de enfermedades osteoarticulares, la obesidad y enfermedades pulmonares sí están asociadas con menor puntuación en

calidad de vida. El uso frecuente del teléfono, el no manejar el dinero propio, la sensación de fatiga y los problemas de audición también están asociados con un menor puntaje de calidad vida (Ver tabla 3).

Tabla 3. Características clínicas de adultos mayores de los Centro del Adulto Mayor de la Seguridad Social.

Características	Total		Calidad de vida - EVA		Valor - p ^b
	n = 99	(%)	Mediana	(RIQ)	
Presencia de comorbilidades					
Enfermedades osteoarticulares					
No	46	(46,5)	80	(10)	0,044
Si	53	(53,5)	80	(20)	
Hipertensión					
No	58	(58,6)	80	(20)	0,703
Si	41	(41,4)	80	(20)	
Diabetes Mellitus					
No	77	(77,8)	80	(20)	0,511
Si	22	(22,2)	80	(20)	
Enfermedades cardiovasculares					
No	80	(80,8)	80	(20)	0,155
Si	19	(19,2)	75	(25)	
Obesidad					
No	84	(84,9)	80	(20)	0,008
Si	15	(15,2)	70	(20)	
Enfermedades pulmonares					
No	89	(89,9)	80	(20)	0,001
Si	10	(10,1)	65	(25)	
Cáncer					
No	89	(89,9)	80	(20)	0,369
Si	10	(10,1)	70	(20)	
Estado funcional durante el confinamiento obligatorio					
Uso frecuente del teléfono					
No	5	(5,0)	90	(7,5)	0,042
Si	94	(95,0)	80	(20)	
Posibilidad de trasladarse fuera de casa					
No	40	(40,4)	80	(20)	0,481
Si	59	(59,6)	80	(20)	
Posibilidad de compras de necesidades básicas					
No	50	(50,5)	80	(20)	0,304
Si	49	(49,5)	80	(17,5)	
Posibilidad de preparar sus propios alimentos					
No	20	(20,2)	80	(20)	0,982
Si	79	(79,8)	80	(20)	
Posibilidad de manejar su propio dinero ^a					
No	20	(20,4)	72	(22,5)	0,025
Si	78	(79,6)	80	(20)	
Dificultades para conseguir sus medicamentos ^a					
No	77	(79,4)	80	(20)	0,158
Si	20	(20,6)	70	(30)	
Sensación de fatiga ^a					
No	73	(76,8)	80	(15)	0,015
Si	22	(23,2)	70	(25)	
Problemas de audición ^a					
No	73	(76,8)	80	(20)	0,007
Si	22	(23,2)	70	(10)	
Infección por COVID-19					
No	95	(96,0)	80	(20)	0,898
Si	4	(4,0)	80	(20)	
Depresión (GDS)					
Sin depresión	70	(70,7)	80	(20)	0,015
Con depresión	29	(29,3)	70	(10)	
Ansiedad (GAD-7)					
Normal	90	(90,9)	80	(20)	0,01
Ansiedad de rango clínico	9	(9,1)	60	(10)	

^a La suma de los valores no suma 99 debido a datos faltantes

^b Valor - p calculando usando pruebas no paramétricas de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis

RIQ: rango intercuartilico

La tabla 4 muestra el análisis de regresión con las dimensiones de calidad de vida, podemos observar que las enfermedades osteoarticulares incrementan la probabilidad de sufrir problemas de movilidad (PR=3,00; 95% CI: 1,10 - 8,15) y de dolor/malestar (PR=1,96; 95% CI: 1,04 - 3,68). La sensación de fatiga incrementa los problemas de movilidad (PR=2,46; 95% CI: 1,06 - 5,68), de realizar actividades cotidianas (PR=3,57; 95% CI: 1,36 - 9,38) y de dolor/malestar

(PR=2,36; 95% CI: 1,31 - 4,23). Por otro lado, la posibilidad de trasladarse fuera de casa disminuye la probabilidad de tener problemas para realizar actividades cotidianas (PR=0,28; 95% CI: 0,10 - 0,80). También se observa que, los problemas para realizar actividades cotidianas incrementan con la edad (PR=1,08; 95% CI: 1,01 - 1,15) y la presencia de enfermedades cardiovasculares (PR=2,95; 95% CI: 1,12 - 7,74).

Tabla 4. Análisis bivariado de factores asociados a algunos o muchos problemas en la calidad de vida de adultos mayores de los Centro del Adulto Mayor de la Seguridad Social.

Nivel	Dimensiones de calidad de vida (EQ-5D-3L)							
	Movilidad		Actividades cotidianas		Dolor/Malestar		Ansiedad/ Depresión	
	PR	(95% CI)	PR	(95% CI)	PR	(95% CI)	PR	(95% CI)
Sexo femenino	0,81	(0,28 - 2,40)	0,58	(0,19 - 1,78)	1,45	(0,57 - 3,66)	1,38	(0,49 - 3,92)
Edad	1,04	(0,98 - 1,11)	1,08	(1,01 - 1,15)	0,99	(0,96 - 1,04)	0,99	(0,95 - 1,04)
Presencia de comorbilidades								
Enfermedades osteoarticulares	3	(1,10 - 8,15)	2,82	(0,92 - 8,65)	1,96	(1,04 - 3,68)	1,3	(0,66 - 2,56)
Hipertensión	1,39	(0,60 - 3,21)	2,02	(0,77 - 5,31)	1,33	(0,74 - 2,39)	1,5	(0,77 - 2,91)
Diabetes Mellitus	0,35	(0,08 - 1,48)	0,75	(0,22 - 2,61)	1,26	(0,65 - 2,43)	0,88	(0,38 - 2,00)
Obesidad	1,63	(0,60 - 4,41)	1,72	(0,56 - 5,28)	1,79	(0,91 - 3,53)	0,93	(0,36 - 2,41)
Enfermedades cardiovasculares	2,37	(0,99 - 5,66)	2,95	(1,12 - 7,74)	1,19	(0,59 - 2,40)	1,05	(0,46 - 2,41)
Enfermedades pulmonares	1,96	(0,66 - 5,78)	2,74	(0,89 - 8,40)	1,9	(0,89 - 4,09)	1,15	(0,41 - 3,25)
Cáncer	0,42	(0,06 - 3,12)	0,56	(0,07 - 4,19)	1,35	(0,57 - 3,20)	1,15	(0,41 - 3,25)
Estado funcional durante el confinamiento obligatorio								
Uso frecuente del teléfono (Sí)		N,D	0,85	(0,11 - 6,42)	1,16	(0,28 - 4,77)	1,81	(0,25 - 13,21)
Posibilidad de trasladarse fuera de casa (Sí)	0,83	(0,38 - 1,92)	0,28	(0,10 - 0,80)	0,72	(0,40 - 1,29)	1,15	(0,58 - 2,28)
Posibilidad de compras de necesidades básicas (Sí)	1,04	(0,45 - 2,40)	0,71	(0,27 - 1,88)	0,76	(0,42 - 1,38)	0,77	(0,39 - 1,49)
Posibilidad de preparar sus propios alimentos (Sí)	0,55	(0,22 - 1,35)	0,46	(0,17 - 1,26)	1,18	(0,55 - 2,55)	0,73	(0,34 - 1,56)
Posibilidad de manejar su propio dinero (Sí)	0,52	(0,21 - 1,29)	0,77	(0,25 - 2,39)	0,69	(0,36 - 1,34)	0,83	(0,38 - 1,84)
Dificultades para conseguir sus medicamentos (Sí)	1,12	(0,41 - 3,03)	1,18	(0,39 - 3,63)	1,72	(0,91 - 3,23)	0,96	(0,42 - 2,20)
Sensación de fatiga (Sí)	2,46	(1,06 - 5,68)	3,57	(1,36 - 9,38)	2,36	(1,31 - 4,23)	1,55	(0,77 - 3,09)
Problemas de audición (Sí)	2,27	(0,97 - 5,30)	2,32	(0,88 - 6,10)	1,63	(0,86 - 3,11)	1,96	(0,99 - 3,89)

DISCUSIÓN

Nuestros resultados muestran que, durante el periodo de confinamiento obligatorio, las enfermedades osteoarticulares estuvieron asociadas con problemas de movilidad y dolor/malestar en adultos mayores y generaron un impacto negativo en su calidad de vida. Esto es biológicamente plausible, pues desórdenes osteoarticulares de la edad adulta como la osteoartritis se caracterizan por dolor articular, sensibilidad muscular y limitación del movimiento. De hecho, un análisis sobre carga de enfermedad determinó que las enfermedades musculoesqueléticas contribuyen significativamente a los años vividos con discapacidad (AVD) en adultos mayores de 60 años y que entre 2006 y 2016, artritis reumatoidea y osteoporosis incrementaron los AVD en 3,7% y 2,4%, respectivamente⁽²⁰⁾.

La actividad física es recomendada ampliamente para el manejo del dolor y el mantenimiento de la funcionalidad en personas con enfermedades osteoarticulares⁽²¹⁾, y no solo para estas dolencias, sino que también contribuye a mejorar el bienestar y la salud mental en adultos mayores. Pero, las restricciones por COVID-19 han causado una disminución significativa en la actividad física en este grupo etario, por ejemplo, Japón se ha reportado que 47,3% de adultos

mayores monitoreados en un estudio manifestaron realizar menos actividad física durante la pandemia y que quienes eran menos activos físicamente disminuyeron significativamente su sensación de bienestar y tenían más probabilidad de decaimiento en su salud mental (OR, 0,97; 95% CI, 0,94-0,99)⁽²²⁾. Similares resultados se reportaron en Sao Paulo-Brasil, donde los adultos mayores redujeron significativamente el espacio en el que se movilizaban y la proporción de realizan actividad física regularmente disminuyó de 42% antes de la pandemia a 26% durante la cuarentena por COVID-19⁽¹⁸⁾.

En Perú, las medidas tomadas por el gobierno durante los primeros meses de la pandemia fueron tan estrictas, que incluso impedían que los adultos mayores de 65 años realizar caminatas cerca a sus domicilios, negándoles la posibilidad de realizar actividad física tan necesaria para su bienestar. Es cierto que, para la primera mitad del 2021, las restricciones se han relajado y que se ha priorizado la vacunación de adultos mayores de 60 años, pero aún estamos muy lejos de volver a la normalidad. La promoción de actividad física debería ser priorizada por las instituciones, las familias y los individuos por su salud física y mental. Es cierto que, es preferible que los adultos mayores permanezcan en casa, pero tomando en cuenta las medidas de bioseguridad y si los espacios cercanos al domicilio lo permiten, los adultos

mayores solos o en compañía de familiares deberían procurar realizar caminatas cortas o realizar ejercicios ligeros. También es posible que las instituciones planifiquen campañas educativas para promover la actividad física e incluso podrían diseñar estrategias audiovisuales que motiven a la realización de actividad física en casa que puedan transmitirse por televisión o las redes sociales, similares a los programas de “Aprendo en casa”.

En un análisis bivariado, nuestros resultados indican que la presencia de depresión medida con GDS y ansiedad de rango clínico medida con GAD-7 están relacionados con una menor valoración en la escala analógica de calidad de vida, aunque el análisis de regresión no encontró asociación significativa con las variables de sexo, edad, comorbilidades y estado funcional con la dimensión de ansiedad/depresión. Cambios tales como la variación de la rutina, fallecimiento de parientes cercanos, pérdida de la independencia y problemas en el hogar afectan directamente en la calidad de vida de este grupo etario⁽²³⁾. En nuestro estudio consideramos como proxi de pérdida de la independencia y variación de la rutina las variables de estado funcional, pero no se midieron variables relacionadas respecto a problemas en el hogar o el fallecimiento de parientes cercanos que pudieron ser eventos que se manifestaron durante el confinamiento obligatorio. De hecho, estudios que recogieron información cualitativa se menciona que uno de eventos que mayor malestar causó a los adultos mayores fue la imposibilidad de despedirse y acudir a los funerales de seres queridos que fallecieron^(6,24). Ante eso, sería conveniente conversar con ellos y buscar otras formas que les permitan despedirse o mostrar sus respetos a sus difuntos sin exponerlos al riesgo.

Nuestros resultados también muestran que adultos mayores con obesidad, enfermedades pulmonares, imposibilidad de manejar su propio dinero, sensación de fatiga y problemas de audición reportaron un puntaje menor al promedio (< 78,9) en la escala análoga de calidad de vida. Estos factores se han asociado a bajos indicadores de calidad de vida no solo durante la pandemia, sino que, anteriormente se los ha asociado con fragilidad⁽²⁵⁾ y AVD⁽²⁰⁾. El problema es que, durante las restricciones por la pandemia, estos problemas se han agravado pues en muchos casos no han podido acudir a citas médicas para el control de enfermedades pre existentes, han tenido que depender de otros para la compra de alimentos y medicamentos, han experimentado problemas para dormir y en muchos casos han experimentado sentimientos de soledad y abandono^(6,24,26).

Estudios en otros países tuvieron números de muestra mayores al nuestro y en su mayoría usaron formularios virtuales para captar participantes, excepto en Chile⁽⁸⁾ en el que también usaron llamadas telefónicas y al igual que el nuestro, la información recolectada está sesgada a personas con mejor educación y con mayor acceso a tecnología. Por ello, nuestros resultados deben interpretarse con cautela pues las características de los participantes son propias de adultos mayores con mejor acceso a servicios de salud por estar afiliados a la Seguridad Social, además de participar activamente de los CAM, en ese sentido, no representan la realidad de adultos mayores menos favorecidos que pudieron atravesar condiciones que empeoraron su calidad de vida a causa de la pandemia. Y aunque las condiciones no nos permitieron continuar con el seguimiento a 6 meses como fue

planeado inicialmente, nuestros hallazgos son importantes porque recogieron información de informantes directos y refuerza la idea de diseñar intervenciones para promover la actividad física, brindar apoyo socio-afectivo y para no interrumpir su derecho de atención médica integral para sus problemas físicos y mentales, sobretodo, porque la pandemia aún no termina y falta mucho para volver a la normalidad.

La calidad de vida de los adultos mayores se ha afectado negativamente por las restricciones a causa de la pandemia por COVID-19; aunque muchas de las restricciones de han flexibilizado, el panorama es aún incierto. Es difícil que los adultos mayores recuperen su rutina en un periodo corto, por ello, es necesario promover acciones que mejoren su calidad de vida tales como la realización de actividad física y orientación sobre estrategias de afrontamiento de situaciones difíciles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana. 69° Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. 2016 [cited 2021 Jul 1]. Disponible en: : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_ACONF8-sp.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Estados Unidos de América; 2015 [cited 2021 Jul 1]. Disponible en: : [http://envejecimiento.csic.es/documentos/blog/OMS\(2015\)InformeMundialSobreEnvejecimientoSalud.pdf](http://envejecimiento.csic.es/documentos/blog/OMS(2015)InformeMundialSobreEnvejecimientoSalud.pdf)
3. Covid 19 en el Perú - Ministerio del Salud [Internet]. [cited 2021 Jul 1]. Disponible en: : https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
4. D'cruz M, Banerjee D. “An invisible human rights crisis”: The marginalization of older adults during the COVID-19 pandemic-An advocacy review. *Psychiatry Res* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 25]; 292:113369. Disponible en: : <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113369>
5. Mesa Vieira C, Franco OH, Gómez Restrepo C, Abel T. COVID-19: The forgotten priorities of the pandemic. *Maturitas* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2021 Jul 1];136:38-41. Disponible en: : [/pmc/articles/PMC7195319/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33637054/)
6. Brooke J, Clark M. Older people's early experience of household isolation and social distancing during COVID-19. *J Clin Nurs* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2021 Jun 12];29(21-22):4387-402. Disponible en: : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.15485>
7. Cigiloglu A, Ozturk ZA, Efendioglu EM. How have older adults reacted to coronavirus disease 2019? *Psychogeriatrics*. 2021 Jan 1;21(1):112-7.
8. Herrera MS, Elgueta R, Fernández MB, Giacomani C, Leal D, Marshall P, et al. A longitudinal study monitoring the quality of life in a national cohort of older adults in Chile before and during the COVID-19 outbreak. *BMC Geriatr* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2021 Jun 12]; 21(1). Disponible en: : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33637054/>
9. Hay JW, Gong CL, Jiao X, Zawadzki NK, Zawadzki RS, Pickard AS, et al. A US Population Health Survey on the Impact of COVID-19 Using the EQ-5D-5L. *J Gen Intern Med*. 2021;36(5):1292-301.
10. Birditt KS, Turkelson A, Fingerma KL, Polenick CA, Oya A. Age Differences in Stress, Life Changes, and Social Ties During the COVID-19 Pandemic: Implications for Psychological Well-Being. *Gerontologist* [Internet]. 2021 Feb 23 [cited 2021 Jun 12];61(2):205-16. Disponible en: : [/pmc/articles/PMC7799124/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33637054/)
11. Al Dhaheri IDAS, Bataineh ID ath F, Mohamad MN, Ajab AI, Al Marzouqi A, Jarrar AH, et al. Impact of COVID-19 on mental health and quality of life: Is there any effect? A cross-sectional study of the MENA region. *PLoS One* [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 12];16(3):e0249107. Disponible en: : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249107>
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe técnico:

- Situación de la población adulta mayor [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 1]. p. 50. Disponible en : <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/02-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-ene-feb-mar-2021.pdf>
13. Gobierno del Perú. Decreto Supremo N° 162-2020-PCM [Internet]. Diario Oficial El Peruano. 2020 [cited 2021 Jul 2]. Disponible en : <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/decreto-supremo-que-modifica-el-decreto-supremo-n-116-2020-decreto-supremo-n-162-2020-pcm-1890266-1>
 14. Seguro Social de Salud. Hacia la modernización de la seguridad social en el Perú . Libro blanco para el diálogo Políticas y hoja de ruta para el fortalecimiento del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2022 [Internet]. Disponible en : http://www.essalud.gob.pe/transparencia/libro_blanco/libro_blanco_1.pdf
 15. EQ-5D-3L - EQ-5D [Internet]. [cited 2021 Jul 2]. Disponible en : <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-3l-about/>
 16. Brañez-Condorena A, Soriano-Moreno DR, Navarro-Flores A, Solis-Chimoy B, Díaz-Barrera ME, Taype-Rondan A. Accuracy of the Geriatric Depression Scale (GDS)-4 and GDS-5 for the screening of depression among older adults: A systematic review and meta-analysis. Ochocho E, editor. PLoS One [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2021 Jul 2];16(7):e0253899. Disponible en : <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0253899>
 17. Epi Info™ | CDC [Internet]. [cited 2021 Jul 2]. Disponible en : https://www.cdc.gov/epiinfo/esp/es_index.html
 18. Saraiva MD, Apolinario D, Avelino-Silva TJ, De Assis Moura Tavares C, Gattás-Vernaglia IF, Marques Fernandes C, et al. The Impact of Frailty on the Relationship between Life-Space Mobility and Quality of Life in Older Adults during the COVID-19 Pandemic. J Nutr Heal Aging [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2021 Jun 12];25(4):440-7. Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3378592/>
 19. Ping W, Zheng J, Niu X, Guo C, Zhang J, Yang H, et al. Evaluation of health-related quality of life using EQ-5D in China during the COVID-19 pandemic. PLoS One [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2021 Jun 12];15(6). Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3302485/>
 20. Collaborators G 2016 D and II and P. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet (London, England) [Internet]. 2017 Sep 16 [cited 2021 Jul 8];390(10100):1211-59. Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28919117/>
 21. Goh S-L, Persson MSM, Stocks J, Hou Y, Welton NJ, Lin J, et al. Relative Efficacy of Different Exercises for Pain, Function, Performance and Quality of Life in Knee and Hip Osteoarthritis: Systematic Review and Network Meta-Analysis. Sports Med [Internet]. 2019 May 1 [cited 2021 Jul 8];49(5):743. Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31459784/>
 22. Suzuki Y, Maeda N, Hirado D, Shirakawa T, Urabe Y. Physical activity changes and its risk factors among community-dwelling Japanese older adults during the COVID-19 epidemic: Associations with subjective well-being and health-related quality of life. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020 Sep 2 [cited 2021 Jun 12];17(18):1-12. Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3357874/>
 23. Depression and Older Adults | National Institute on Aging [Internet]. [cited 2021 Jul 8]. Disponible en : <https://www.nia.nih.gov/health/depression-and-older-adults>
 24. Heid AR, Cartwright F, Wilson-Genderson M, Pruchno R. Challenges Experienced by Older People During the Initial Months of the COVID-19 Pandemic. Gerontologist. 2021;61(1):48-58.
 25. P H, BI N, BD J, D L, R M, FS M. Frailty and pre-frailty in middle-aged and older adults and its association with multimorbidity and mortality: a prospective analysis of 493 737 UK Biobank participants. Lancet Public Heal [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2021 Jul 8];3(7):e323-32. Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29908859/>
 26. Zou S, Liu ZH, Yan X, Wang H, Li Y, Xu X, et al. Prevalence and correlates of fatigue and its association with quality of life among clinically stable older psychiatric patients during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study. Global Health [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2021 Jun 12];16(1). Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33748982/> Doi: 10.1186/s12992-020-00644-6.