



Fecha de presentación: abril, 2017 Fecha de aceptación: junio, 2017 Fecha de publicación: agosto, 2017

Reto para la salud. El envejecimiento del adulto mayor

Challenge for health. Aging of the elderly

MSc. Siria Nilde Pérez Fabas¹

E-mail siria.perez@infomed.sld.cu

Lic. Damarys López Adán²

E-mail damaris.lopez@infomed.sld.cu

Lic. Naimir Yanek Guevara Alonso³

E-mail nyanek@infomed.sld.cu

MSc. Miriam Alvarez Pérez⁴

E-mail miriam.alvarez@infomed.sld.cu



Cita sugerida (APA, sexta edición)

Pérez Fabas, S. N., López Adán, D., Guevara Alonso, N. Y. & López Pérez, Y. (2017). Reto para la salud. El envejecimiento del adulto mayor Revista Mapa, 6(2), 79-88. Recuperado de <http://revistamapa.org/index.php/es>

RESUMEN

Cuba posee un mayor número de personas cada vez más envejecidas dentro de la población, enfrentan la prolongación de su existencia, por lo que el tema del adulto mayor constituya un tema de especial importancia. El objetivo es determinar la capacidad funcional de los adultos mayores de las edades entre los 60 y 75 años y sin estado psicopatológico que interfiriera en la comprensión de las preguntas y en la emisión de las respuestas. Los materiales y métodos del estudio descriptivo transversal en el que se entrevistaron 100 adultos mayores pertenecientes al consultorio 5301 del Policlínico Machaco Amejeiras. A partir de la aplicación de varias escalas como: Lawton y Brody para la capacidad funcional y Tinetti para la marcha y el equilibrio, además se le aplicó a cada familia de los involucrados el Test de Evaluación del Funcionamiento Familiar según la dinámica de las relaciones internas, se obtienen resultados como: los gerontes para mantener el equilibrio es manifiesta ocupando un 72,7 %, las deficiencias osteomioarticulares son la primera causa de discapacidad, las deficiencias visuales y auditivas en un 18%, mientras que el 29,8 % requieren de cuidados permanentes. Se concluye con la determinación y evaluación geriátrica de las capacidades funcionales de la población entre los 60 y 75 años.

Palabras claves: ancianos, capacidad funcional, evaluación

ABSTRACT

Cuba has a greater number of increasingly aged people within the population, they face the prolongation of their existence, so that the subject of the elderly constitutes a subject of special importance. The objective is to determine the functional capacity of older adults between the ages of 60 and 75 and without a psychopathological state that interferes with the understanding of the questions and the issuance of the cross-sectional descriptive study in which 100 older adults belonging to the Machaco Amejeira Polyclinic were interviewed. From the application of several scales such as: Lawton and Brody for functional capacity and Tinetti for gait and balance, in addition, the family functioning evaluation test according to the dynamics of relationships was applied to each family of the others involved internal results are obtained: the elderly to maintain balance is manifested by occupying 72,7%, osteomyoarticular deficiencies are the first causes of disability, visual and hearing deficiencies in 18%, while with 29,8% they require permanent care. It concludes with the determination and geriatric evaluation of the functional capacities of the population between 60 and 75 year old.

1 Docente investigador de la Facultad Preparatoria de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba

2 Docente investigador de la Facultad Preparatoria de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba

3 Docente investigador de la Facultad Preparatoria de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba

4 Docente-investigador. Facultad Preparatoria de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba

Keywords: elderly, functional ability, assessment

INTRODUCCIÓN

A partir de los años 90, a nivel internacional, ha ido aumentando el interés por las situaciones de las personas dependientes, grupo social que, por efecto del fenómeno del envejecimiento está en constante crecimiento.

Hay un buen contingente de personas mayores que gozan de buena salud y disfrutan de autonomía personal, en tanto que otras personas que no son mayores padecen grave dependencia por causas muy variadas: enfermedades y accidentes.

Tampoco el fenómeno del envejecimiento está en todo caso vinculado a la edad, puesto que hay personas con pocos años y que, como consecuencia de determinadas patologías, experimentan un envejecimiento prematuro. Se registran algunos supuestos en los que cada año que transcurre equivale a cuatro años de envejecimiento.

El Consejo de Europa ha definido la dependencia como un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o de ayudas importantes para realizar actos corrientes de la vida diaria. (Centro de Estudios Población y Desarrollo., 2005, pág. 7)

Es evidente que, según los supuestos, la dependencia va a requerir una tipología de ayudas y una intensidad en los apoyos muy diferente y que las características y los perfiles de los cuidadores habrán de ser también muy distintos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Informe correspondiente al año 2001, destaca el papel que ante las situaciones de dependencia y lo dice por este orden tienen las familias, los individuos, las administraciones públicas, así como las empresas privadas. (Colectivo de Autores, 2001, pág. 5)

También pone el acento la OMS en que, es preciso atender a las necesidades de formación y preparación de los cuidadores, sean formales o informales, así como la conveniencia de integrar los servicios sociales y sanitarios para dar respuestas eficaces a estos problemas.

En el abordaje y en el debate sobre el fenómeno de la dependencia hay una serie de referentes obligados a nivel internacional. Unas veces son estudios e informes y otras, programas o leyes. Más recientemente, las conclusiones de la II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, convocada en Madrid por Naciones Unidas, ofrecen pautas y líneas de acción ante las profundas transformaciones que se han producido en las sociedades occidentales. Son transformaciones derivadas de distintos modos de vida, de diferentes escalas de valores, de los avances de la investigación, de la Medicina, de los fármacos, de la alimentación o de los planes y actuaciones en el campo de la salud pública.

- Por último, hay que destacar las deficiencias osteomioarticulares son la primera causa de discapacidad en la población. Se trata de alteraciones mecánicas y motrices de la cara, cuello y extremidades, así como la ausencia de éstas. Le siguen en importancia las deficiencias visuales y auditivas (18%), las mentales y aquellas que se incluyen en el grupo de deficiencias múltiples y no clasificadas (11%). Menor incidencia cuantitativa tiene las deficiencias viscerales (7%), las del sistema nervioso (6%) y las del lenguaje, habla y voz (1%). (3) y el 29,8 % es requiere de cuidados permanentes. Siendo importantes estos datos, es necesario el énfasis de la atención socio sanitario y no es otro que grandes cantidades de personas con discapacidad presenta dificultades muy graves, necesitando de forma imprescindible la ayuda de otras personas para su desenvolvimiento cotidiano.

La vejez no puede considerarse en sí misma una enfermedad, ahora bien es cierto que los cambios que se derivan del proceso de envejecer ponen a las personas en una situación de fragilidad que las hace más vulnerables a cualquier agente agresor.

Los principales procesos mórbidos que afectan a los senectos⁵ no difieren de los que pueden afectar a otras cohortes. Es evidente que hay pocas enfermedades que afecten sólo a las personas reconocidas como ancianas, incluso muchas de ellas aparecen en edades anteriores a los 65 años. Lo que sí es cierto es que se produce una mayor incidencia de estos procesos a determinadas edades y especialmente las consecuencias que cualquiera de ellos puede tener en este grupo de población.

5 Persona que se encuentra en proceso de envejecimiento normal, es el lento y progresivo declinar de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Hay una serie de elementos, característicos de los procesos patológicos geriátricos, que determinan la especificidad del cuidado y también los que deberá tener presente cualquier profesional que trabaje en gerontología:

- La pluripatología. El organismo anciano que ya sufre una patología, evidencia una menor capacidad de respuesta frente a una nueva noxa desestabilizadora, ya sea interna o externa, lo que requiere un sobreesfuerzo tanto físico como psíquico que merma evidentemente la capacidad de adaptación a ese nuevo proceso. Es entonces cuando aparece una afección secundaria que agudiza o agrava la original. No se puede generalizar, el número de enfermedades que aparece a la vez, sin embargo parece comprobado que con la edad aumenta el número de procesos coincidentes. Hay autores que identifican entre 4 y 5 enfermedades de promedio por anciano. No es raro encontrar personas ancianas que presentan al mismo tiempo infecciones urinarias de repetición, problemas osteoarticulares, cataratas e hipertensión, o problemas prostáticos, diabetes, afecciones respiratorias y problemas circulatorios (CEPAL comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2000)
- Peculiaridad sintomática. La expresión de los signos y síntomas de enfermedad tiene en el anciano unas características diferenciables del resto de la población. Así, es probable que los síntomas clave con los que se identifica un determinado proceso no aparezcan (el dolor postrante en el infarto), o bien su presencia haga pensar en otros procesos (el dolor abdominal presente en un infarto), o bien se le reste importancia a los síntomas atribuyéndolos al deterioro orgánico. O quizá simplemente no aparezca ningún signo ni síntoma (infecciones respiratorias o urinarias que pasan desapercibidas en un primer momento).(Devesa Colina, 2000) y (Jiménes, 2000)
- Tendencia a la incapacidad y/o a la dependencia. La cronicidad con que cursan la mayoría de procesos geriátricos originan en el individuo limitaciones orgánicas y funcionales que le impiden de forma progresiva la realización de actividades propias de la vida diaria (comer, desplazarse, dormir, eliminar, entre otras), y le obligan a buscar ayuda mediante diferentes recursos: técnicos (movimientos, maniobras y/o ejercicios especiales), materiales (bastones, audífonos, cubiertos especiales), y/o personales (personas entrenadas, familiares y profesionales). Hay que tener presente que en gerontología la capacidad de adaptación individual a las diferentes limitaciones es básica, y también la motivación que acompaña a cada una de las personas

ancianas en su búsqueda de la autonomía funcional. Hay que recordar también que uno de los objetivos básicos de las enfermeras gerontológicas es trabajar, con el anciano y su familia, el mantenimiento de las capacidades restantes para mantener la autonomía durante el mayor tiempo posible, aunque sea en diferentes grados.

- Factores psicológicos y/o sociales. Los procesos de enfermedad geriátrica van siempre acompañados de otros factores, la mayoría no orgánicos, que responden en gran medida al comportamiento o a los recursos con que cuenta la persona. La problemática social y los condicionantes psicológicos agravan las situaciones físicas y el deterioro producido por la enfermedad repercute en el comportamiento y en la capacidad de respuesta para buscar ayuda. (Comité de expertos en Ginebra, 2000) y (Rivera, 2001)

Los epidemiólogos ponen especial atención en las personas ancianas que califican de riesgo: las que viven solas, con edades muy avanzadas, con viviendas obsoletas o inadecuadas, con bajos ingresos, que sufren depresiones, con importantes restricciones de la movilidad. Todas ellas, tarde o temprano, se verán sometidas a enfermedades que difícilmente podrán superar si se mantienen todos o algunos de los factores mencionados.

Determinadas enfermedades, especialmente incapacitantes, son causa a su vez de aislamiento social, lo que dificulta su capacidad de evolución positiva. En muchos de estos casos la solución suele ser el ingreso en una institución.

Como ya se ha comentado, los problemas médicos se incrementan con la edad, así como la tendencia de los procesos a la cronicidad, la incapacidad y la dependencia, y las condiciones psíquicas y sociales en que se encuentran estos pacientes son probablemente más desfavorables. En esta situación es importante identificar y aplicar criterios de selección y determinación de riesgo de las personas ancianas que son susceptibles de sufrir determinadas patologías para, por un lado, prevenir posibles procesos patológicos y por otro, actuar previniendo las complicaciones derivadas de los ya instaurados.

Ante el descenso continuado de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, en lo fundamental en los grupos de edades intermedios y mayores, la perspectiva del proceso debe continuar avanzando con mayor fuerza. Se prevé en nuestro caso un *aumento continuo e irreversible del envejecimiento poblacional*; en Cuba muchos

datos pudieran utilizarse para argumentar esta afirmación, pero en esencia todos los modelos de pronósticos apuntan a ratificar esta tendencia. (García, 2001). Para el 2025, Cuba con casi un cuarto de su población de 60 años y más será el país más envejecido de América Latina y su población ya debe estar decreciendo en términos absolutos, desde cinco o quizás más años antes. Veinticinco años después, en el 2050 ya no sólo será el más envejecido de América Latina, sino, uno de los más envejecidos del mundo y en todo caso su proporción de población de 60 años y más superará proporcionalmente con respecto a la total, al conjunto de países conceptualizados como desarrollados en el mundo. Los retos que implica este proceso desde el punto de vista social y económico obligan a los países, del cual Cuba no es una excepción, a prepararse para ello. (García M. P., 2002.)

Sin embargo, este proceso que está aconteciendo en el adulto mayor se aprecia y se siente con sano orgullo como una de las obras más dignas de la revolución, es el resultado de un proyecto social y de salud que ha permitido alcanzar la tercera edad, a siete de diez cubanos que logran vivir más de 60 años.

Las investigaciones desarrolladas al respecto hablan además, que la expectativa de vida al nacer en Cuba es de 76 años promedio, por lo que al analizar la dispersión o variabilidad de este indicador se encuentran personas que cumplen los 60 años, y viven más de 20 después de esta edad. (Rivera Casado, 2001). Más de 1 600 000 cubanos, son adultos mayores y por tanto sobrepasan la tercera edad.

Se pronostica que en el índice de envejecimiento se duplicará o triplicará en los próximos años y como proceso, expresa importantes cambios fisiológicos y conductuales que lo diferencian del resto de las categorías etarias por las que transita el individuo. Estos cambios se acentúan en mayor o menor proporción en dependencia del número y tipo de enfermedades padecidas y si se aspira a ser longevos, es necesaria la preparación para el enfrentamiento de la aparición de nuevas enfermedades, o complicaciones.

Estas razones justifican con creces el por qué se debe garantizar un entorno adecuado a estas personas que enfrentan el reto antes mencionado; se hace necesario brindar un ambiente que no obstaculice la supervivencia y propicie el libre desenvolvimiento del anciano (Rocabruno, 2000), (Kalish, 2003) y (Timiras, 2007). Por ello, cada día es mayor el interés, los estudios y dominio de estos problemas por parte de los gobiernos,

para de esta forma estar en condiciones de elaborar programas que faciliten un envejecimiento activo y saludable. (Trinidad Hoyl, 2015)

Así, un mayor número de personas cada vez más envejecidas dentro de la población, enfrentan la prolongación de su existencia, junto al incremento de enfermedades crónicas degenerativas con alto índice de probabilidad para discapacidad.

A partir de esta problemática los autores consideran la pertinencia de realizar un estudio sobre la capacidad funcional de la población adulto mayor del Consultorio 5301 del Policlínico Machaco Amejeiras.

Objetivo General:

Valor la capacidad funcional y cognitiva de los adultos mayores así como los principales factores de riesgo que inciden en la salud de los mismos.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar la capacidad funcional y cognitiva de los adultos mayores mediante la aplicación de diferentes escalas.
2. Determinar los principales factores de riesgos que afectan a esta población.

Métodos empleados en la investigación:

Revisión documental, sistematización y enfoque de sistema.

Desarrollo

A continuación se argumentan los resultados obtenidos, en la población seleccionada del Consultorio médico 5301 del Policlínico Machaco Amejeiras. Que cuenta con una población total de 545 habitantes de ellos son catalogados como adultos mayores 158 lo que representa un 30 % de la población total. Esto significa que según los criterios del Buró de Referencia demográfico esta población sea denominada población regresiva o envejecida.

- Predominio del sexo femenino sobre el masculino sobre todo en las edades que oscilan en los 75 años y más.
- El estado civil más evidente es el de viudo para un 60,75 %, guardando
- El nivel de escolaridad más frecuente es el de primaria para un total de 113 adultos mayores, destacándose en las edades de 75 años y más, seguida el grupo etario entre 70 y 74 años de edad, alcanzando entre ambas el 50 %. Un dato a

destacar es que el 100 % de los adultos mayores han alcanzado un nivel escolar, lo que constituye una reafirmación de las políticas de educación imperantes en nuestro país.

- Las edades que alcanzan el mayor porcentaje, o sea, las de 75 años y más, hacen que, el grupo de amas de casa y el de jubilados, ocupen los lugares destacados. Es significativo que entre los grupos etarios de 70- 74 años de edad se encuentren adultos mayores incorporados a la actividad laboral.
- Según los grupos de dispensarización el grupo II sobresale, seguido del III o enfermos, debido a una alta prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión arterial y cardiopatía isquémica, osteoartritis, diabetes mellitus, depresión mayor y distimia, asma bronquial, Neoplasias bajo tratamiento. Las secuelas de los accidentes vasculares encefálicos con déficit cognitivo y la Fractura de Cadera constituyeron las tres entidades presentes en los pacientes incluidos en el Grupo IV.
- Como factores de riesgo los más relevantes fueron el hábito de fumar y el abuso en el consumo de alcohol.
- Al aplicar el Test de Evaluación del Funcionamiento Familiar (FF-SIL) según la dinámica de las relaciones internas, se detecta que las familias estudiadas son en su mayoría moderadamente funcional, y las familias severamente disfuncional ocupan un % mayoritario en lo que respecta a una evaluación familiar negativa o insatisfactoria, lo cual habla de la necesidad de estrategias encaminadas a revertir esta situación.
- Las alteraciones en su funcionabilidad están dadas fundamentalmente por pérdida de roles, mala distribución de éstos, alteraciones en la afectividad por los sentimientos de soledad, de sobrecarga en algunos integrantes así como depresión de ligera intensidad. Al particularizar los efectos de la disfuncionabilidad en los adultos mayores, sobresalen la sobrecarga de trabajo en el hogar, y los sentimientos de soledad ya que los adultos mayores son los que enfrentan las tareas del hogar, con las disímiles dificultades que las mismas acarrearán dada la estructura socioeconómica del país, quedando gran parte del tiempo solos en los hogares, dado que los más jóvenes estudian y/o trabajan, pero además, en ocasiones, según criterios de los adultos mayores, no se cuentan con los mismos en la toma de decisiones.

- La evaluación del estado funcional como una medida de la capacidad del adulto mayor para desempeñar las actividades de la vida diaria en forma independiente a través del instrumento de Katz ADL, permitió clasificar la suficiencia del desempeño en las seis funciones de bañarse, vestirse, asearse, transferencia, continencia y alimentación de los gerontes arrojando resultados significativos en los grupos etarios de 60 y 64 años, donde los mismos están en pleno funcionamiento.
- El deterioro moderado alcanzó el 5,06 % para ambos sexos, lo que se ajusta a los cambios propios del envejecimiento y a las políticas de salud del Sistema Nacional de salud en defensa de una capacidad funcional y envejecimiento sano.

Cuando analizamos los resultados, se constata que el sexo masculino y femenino en la variable de deterioro funcional moderado alcanza el 10%, siendo el grupo de edades más significativo el de 70-74 años de edad. El que corresponde a la categoría de deterioro severo ocupa para ambos sexos el 4 % destacándose el grupo de edades de 75 años y más, lo que se corresponde con lo planteado en las bibliografías que aseveran que los ancianos frágiles tienen limitado su desempeño social y son limitados además por la sobreprotección familiar, apareciendo también limitaciones debido a secuelas motoras y de carácter neurológico.

- Se evidencia a través de los resultados obtenidos que la capacidad de los gerontes para mantener el equilibrio es manifiesta ocupando un por ciento general de 72,7 %.
- La escala Tinetti modificada 1 para equilibrio y marcha los resultados arrojaron cifras similares
- Los resultados evidencian que el deterioro cognitivo es el más relevante, siendo más vulnerable el sexo femenino y en edades comprendidas entre 75 años y más, evidenciando un estado de salud mental satisfactorio
- La pregunta que causó mayor dificultad en los ancianos y en específico los de mayor de 75 años fue la relacionada con el día de la semana.

CONCLUSIONES

La investigación permitió determinar la capacidad funcional y cognitiva del adulto mayor, así como los factores de riesgo de diferentes enfermedades, la funcionabilidad familiar, entre otros que permiten intervenir en las situaciones encontradas a fin de proveerles un entorno adecuado y acercarlos a una longevidad satisfactoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Centro de Estudios Población y Desarrollo. (2005). *Estudios de datos de la población cubana* .

CEPAL Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2000). *Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina*.

Colectivo de Autores. (2001). *Manual de intervención en la Salud Familiar*. Ciencias Médicas.

Comité de expertos en Ginebra. (2000). *La salud de las personas de edad*. . Suiza.

Devesa Colina, E. (2000). *Gerontología y Geriatria*. .

García, M. C. (2001). *Enfermería del anciano*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

García, M. P. (2002.). *Enfermería geriátrica*. Barcelona: Masson-Salvat.

Jiménes, S. &. (2000). *Gerontología*. . Barcelona .

Kalish, R. (2003). *Vejez: Perspectivas sobre el desarrollo humano*, . Madrid: Pirámide.

Rivera Casado, J. M. (2001). *Geriatria*.

Rivera, J. V. (2001). *Enfermería Geriátrica*. Madrid.

Rocabruno, J. C. (2000). *Gerontología y Geriatria Clínica*. .

Timiras, P. (2007). *Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatria*,. Barcelona : Masson S.A.

Trinidad Hoyl, M. (2015). Envejecimiento biológico. En Manual de Geriatria online. *Universidad Católica de Chile*. Obtenido de http://www.geriatria/U_C/archives.html.