

Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia

The physical functionality of institutionalized and non-institutionalized older people in Barranquilla, Colombia

Yisel Pinillos-Patiño¹ y Edgar Prieto-Suárez²

1 Programa de Fisioterapia, Universidad Simón Bolívar. Barranquilla, Colombia. ypinillos@unimonbolivar.edu.co

2 Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. eprietos@unal.edu.co

Recibido 20 Noviembre 2011/Enviado para Modificación 19 Mayo 2012/Aceptado 10 Junio 2012

RESUMEN

Objetivo Determinar la funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia

Materiales y Métodos Se diseñó un estudio descriptivo transversal en 469 personas mayores (214 residentes en Hogares Geriátricos y 255 miembros de un club/grupo geriátrico). Se valoró la funcionalidad física en términos de dependencia o independencia a las actividades básicas de la vida diaria, utilizando el Índice de Barthel y las actividades instrumentales de la vida diaria por medio del Índice de Lawton.

Resultados El 73,6 % eran mujeres y el 26,4 % hombres. La media de edad fue de 76 (DE=8,9 años). Existe riesgo para mayor dependencia funcional en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria cuando las personas mayores tienen antecedentes [OR 3,0 (IC 2,0-4,5)], están institucionalizadas [OR 87,5 (IC 12,0-1789,9)] y realizan la deambulacion o sus desplazamientos con ayuda/sopORTE [OR 19,4 (IC 19,8-35,1)]. En relación con los riesgos a la dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria, éste es mayor en aquellas personas que viven en un hogar geriátrico [OR 77,8 (IC 28,6-224,3)] y deambulan con ayuda/sopORTE [OR 7,1 (IC 3,5-14,5)].

Conclusiones La funcionalidad de las personas mayores está relacionada con el lugar de residencia, con las ayudas o sopORTES para realizar la deambulacion o desplazamiento y la presencia de antecedentes médicos.

Palabras Clave: Adulto mayor, actividades cotidianas, deambulacion dependiente (fuente: DeCS, BIREME).

ABSTRACT

Objective Determining the physical functionality of institutionalised elderly people living in Barranquilla, Colombia

Materials and Methods A cross-sectional descriptive study was designed for use with 469 elderly people (214 residents living in geriatric households and 255 members of the geriatric club/group). Physical functionality was evaluated in terms of dependence or independence regarding basic activities using the Barthel Index of Activities of Daily Living and the Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL) for instrumental activities.

Results 73.6 % of the elderly were female and 26.4 % male; their mean age was 76 years (SD=8.9). There was a risk of greater functional dependence in carrying out basic daily life activities when elderly people had a medical history [OR 3.0 (2.0-4.5 CI)], were institutionalised [OR 87.5 (12.0-1,789.9 CI)] and walked/wandered or moved with help/support [OR 19.4 (19.8-35.1 CI)]. Risks of dependence concerning instrumental activities in daily living was higher amongst those living in a geriatric home [OR 77.8 (28.6–224.3 CI)] and moving around with help/support [OR 7.1 (3.5-14.5 CI)].

Conclusions Elderly functionality was related to place of residence, reliance on aid or support when walking/wandering around and having a medical history.

Key Words: Elderly people, activities of daily living, walking/wandering around with support (*source: MeSH, NLM*).

El impacto del envejecimiento de la población será especialmente importante en los países en desarrollo donde en los próximos años el proceso ocurrirá más rápido que el que registraron en sus días los países industrializados. Para América Latina y el Caribe, la Organización de Naciones Unidas (ONU) expresa que entre los años 2000 y 2030 la población urbana aumentará de 394 millones a 609 millones, experimentándose un envejecimiento sustancial de su estructura por edades, donde la población de 60 años y más habrá superado un promedio de 8 % a 14 % (1).

En Colombia de acuerdo al último Censo Nacional de Población y Vivienda el índice de envejecimiento ha pasado de ser 13,1 en 1993 a 20,5 en 2005. De acuerdo a esto, el 6,3 % de las personas son mayores de 65 años, 4,8 % reside en el Departamento del Atlántico y 2,8 % en Barranquilla, todos ellos residentes en hogares particulares y Lugares Especiales de Alojamiento (LEAS) o Centros Geriátricos (2).

Los centros de residencia geriátrica se constituyen en una respuesta a los problemas que giran en torno a las personas de edad avanzada que viven solas, no tienen soporte familiar, o que de una u otra forma deciden deliberadamente irse a vivir en un lugar con esas características (3). En

cualquier caso cuando el ingreso a una institución geriátrica se efectúa, la institucionalización se identifica como uno de los factores que actúa en la disminución de autonomía de la persona mayor, viéndose obligado a adaptarse a un entorno que no domina, se deterioran sus relaciones personales y se olvida la competencia y la historia personal (3-5).

Las personas mayores institucionalizadas sufren lo que se conoce como “las pérdidas asociadas a su envejecimiento” y la capacidad funcional traducida en actividades de la vida diaria (AVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), explicadas en términos de dependencia y autonomía; la cual está relacionada significativamente con el deterioro generado por la institucionalización (6).

La dependencia funcional en la persona mayor tiene implicaciones en su autoestima así como en el bienestar autopercebido, generando maltrato, marginación y abandono con devastadores efectos en la calidad de vida (7). La actividad productiva en la edad avanzada es un tema relevante y de gran actualidad, apunta al “hacer con sentido” (8) y la pérdida de privacidad genera vulnerabilidad, dependencia acelerada de los individuos debido a la pérdida de la autonomía.

Esta pérdida ocasiona a su vez trastornos de la movilidad entre un 50 % y 65 % (9) ya sea por procesos agudos y/o crónicos producto de la exposición a factores intrínsecos y extrínsecos, generando cambios importantes no solo en el estado de morbilidad y mortalidad sino que determina el estilo y calidad de vida de la población mayor, debido a que la calidad de vida en las personas mayores institucionalizadas parece estar asociada a sus niveles de dependencia, estado mental y a la funcionalidad (10).

Según lo reportado por el Censo del 2005, existe una prevalencia de las limitaciones permanentes superior al 10% en la población de 50 años y más de ambos géneros; situación que sumada al estado de pobreza en el que viven más de tres millones de personas mayores de 55 años, permite prever que en la medida en que continúe este comportamiento, mayor será el número de institucionalizados o personas mayores viviendo solas (11).

Desde esta perspectiva se hace necesario garantizar a las personas mayores su mantenimiento al ingreso a un hogar geriátrico, y como respuesta de la salud pública a las necesidades de esta creciente población, precisa que se aumente la efectividad en todas las formas de cuidado e intervención en torno a la salud de los mismos.

De esta manera se posibilita la prevención o retardo de la discapacidad o dependencia, potencializando la funcionalidad de la persona con el objetivo de mantener su autonomía y proteger o mejorar la calidad de vida de este grupo de personas vulnerables a los cambios sociodemográficos a nivel mundial.

Cabe notar que el tema de la funcionalidad en la persona mayor ha sido poco estudiado en el distrito de Barranquilla, por lo cual el objetivo del presente estudio fue determinar la funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia.

MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados del Distrito de Barranquilla. La población general estuvo constituida por 1502 personas mayores, 512 residentes en 8 Hogares Geriátricos, mientras que 990 pertenecen a 8 Clubes Geriátricos, considerados como sujetos no institucionalizados.

Participaron todas las personas mayores de los hogares y clubes seleccionados que cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio, tener 60 años o más, residente de un hogar geriátrico o miembro de un club/grupo geriátrico, participación voluntaria en el estudio tanto de las instituciones y clubes como de las personas mayores y ser capaz de responder la encuesta y no deterioro cognitivo.

Al final participaron en el estudio 469 personas mayores de las cuales 214 corresponden a la población residente en los hogares geriátricos y 255 a los miembros de los clubes geriátricos.

Se aplicó un cuestionario con preguntas estructuradas sobre aspectos sociales y demográficos; además, se aplicó la Escala de Barthel para medir las actividades básicas de la vida diaria a partir de las funciones corporales, micción y deposición; y actividades de autocuidado y movilidad como: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse o ducharse, desplazarse, subir y bajar escaleras y vestirse y desvestirse; mide 10 actividades básicas otorgando puntajes de 0, 5, 10 o 15, según el ítem a las opciones de respuesta. El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente) de manera que a mayor puntaje mejor funcionalidad completa; se ha reportado un índice de Kappa entre 0,84 y 0,972 en relación con la fiabilidad de intraobservador y un alfa de Cronbach de 0,86-0,92 (12).

Igualmente, se midió la autonomía para las actividades instrumentales de la vida diaria mediante la Escala de Lawton, útil para detectar los primeros grados de deterioro funcional de las personas mayores. Son consideradas AIVD: capacidad para usar el teléfono, hacer la compra, preparar la comida, cuidar la casa, lavar la ropa, utilizar el transporte, responsabilizarse de la medicación y manejar dinero. En la escala de calificación se incluye si actualmente la persona mayor es capaz o no de hacer la actividad y si la hace se determina el grado de independencia con que la realiza; cada ítem debe ser puntuado de 0 a 1, la puntuación de la escala variará de 0 (máxima dependencia) a 8 puntos en las mujeres (independencia total) y 5 en los hombres (independencia total). Se ha reportado una fiabilidad de interobservador de 0,99 y de test retest de 0,93 (13).

Para el procesamiento y análisis de la información se utilizaron los programas Epiinfo versión 3.5.1® y SPSS®. Se estimaron las relaciones entre el nivel de funcionalidad motriz y las variables edad, género, estado civil, convivencia, procedencia, tiempo de residencia, antecedentes personales mediante análisis bivariado utilizando razones de prevalencia y pruebas de Chi².

RESULTADOS

Se observó que de los 469 sujetos participantes en el estudio, 73,5 % eran mujeres y 26,4 % eran hombres. El 36,0 % de los participantes en el estudio estuvieron en el rango de edad comprendido entre 70 y mayores de 80 años. La media de edad en los participantes del estudio fue de 76 (DE= 8.9). La Tabla 1 muestra las demás características sociodemográficas de los adultos mayores estudiados. Se observa en la Tabla 2 que el 39,2 % de los sujetos son dependientes en sus actividades básicas de la vida diaria básicas y el 68,1 % en las instrumentales.

En la Tabla 3 se presentan los riesgos a la funcionalidad durante las actividades básicas de la vida diaria cuando las personas mayores tienen antecedentes [OR 3,02 (IC 2,01-4,5)], están institucionalizadas [OR 87,5 (12,01-1789,93)] y deambulan con ayuda/soporte [OR 19,4 (IC 19,8-35,1)]. En relación con los riesgos a la dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria, éste es mayor en aquellos adultos mayores que viven en un hogar geriátrico [OR 77,8 (IC 28,61-224,30)] y deambulan con ayuda/soporte [OR 7,12 (IC 3,57-14,54)].

Tabla 1. Características socio-demográficas de los participantes del estudio

Variables	Frecuencia	Porcentaje	IC 95 %
Genero			
Femenino	345	73,6	(76,7 - 80,3)
Masculino	124	26,4	(22,4 - 30,4)
Rango De Edad			
60 - < 70	119	25,4	(21,4 - 29,3)
70 - < 80	169	36	(31,6 - 40,3)
80 - < 90	143	30,5	(26,3 - 34,6)
90 - > 100	38	8,1	(5,6 - 10,5)
Procedencia			
Club Geriátrico	255	54,4	(49,8 - 58,8)
Hogar Geriátrico	214	45,6	(41,1 - 50,1)
Estado Civil			
Soltero	136	29	(24,8 - 33,1)
Unión Libre	30	6,4	(4,1 - 8,6)
Casado	73	15,6	(12,3 - 18,8)
Divorciado	27	5,7	(3,6 - 7,9)
Viudo	203	43,3	(38,8 - 47,7)
Convivencia			
Acompañado	140	29,8	(25,7 - 33,9)
Acompañante	28	6,0	(3,8 - 8,1)
Familiar	157	33,5	(29,2 - 37,7)
Pareja	46	9,8	(7,1 - 12,4)
Solo	98	20,9	(17,2 - 24,5)
Pertenencia en años			
< 1	18	3,8	(2,1 - 5,5)
1 a 10	369	78,7	(74,9 - 82,3)
11 a 20	73	15,6	(12,2 - 18,8)
21 a 30	7	1,5	(0,3 - 2,5)
> 30	2	0,4	(-0,1 - 1,0)
Ayudas ortopédicas			
Bastón	45	9,6	(6,9 - 12,2)
Caminador	24	5,1	(3,1 - 7,1)
Cuidador	24	5,1	(3,1 - 7,1)
Muletas	2	0,4	(-0,2 - 0,9)
Ninguna	343	73,2	(69,1 - 77,1)
Silla de Ruedas	31	6,6	(4,3 - 8,8)

Tabla 2. Estado de la funcionalidad para las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales según el Índice de Barthel y Lawton

Variables	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Grado dependencia según Barthel			
Total	21	4,5	(2,6 - 6,4)
Dependencia Grave	32	6,8	(4,5 - 9,1)
Dependencia Moderada	26	5,5	(3,4 - 7,6)
Dependencia Leve	105	22,4	(18,6 - 26,2)
Dependencia Independiente	285	60,8	(56,4 - 65,2)
Grado dependencia según Lawton			
Autónomo	150	32	(26,0 - 34,3)
Ligera	109	23,2	(19,3 - 27,0)
Dependencia Moderada	65	13,9	(10,7 - 17,0)
Dependencia Severa	50	10,7	(7,9 - 13,5)
Dependencia Total	95	20,3	(16,6 - 23,9)
Dependencia			

Tabla 3. Relación de la funcionalidad para las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales según género, antecedentes personales, procedencia y uso de soportes/ayudas ortopédicas

Variable	Funcionalidad según Barthel			Funcionalidad según Lawton		
	Dep. (%)	Indep (%)	OR (IC 95%)	Dep. (%)	Aut. (%)	OR (IC 95%)
Género						
Femenino	121 (35,1)	224 (64,9)	,52 (1,24- 2,96)	80 (64,5)	44 (35,5)	,81 (0,5- 1,27)
Masculino	63(50,8)	61(49,2)		239 (69,3)	106 (30,7)	
Ant. Personales						
Con Ant.	164 (74,2%)	57 (25,8%)	3,02 (2,01-4,5)	206 (68,9)	93 (31,1)	1,23 (0,8 - 1,8)
Sin Ant.	121 (48,7%)	127 (51,2)		113 (66,5)	57 (33,5)	
Procedencia						
Hogar Geriátrico	20 (27,4)	53 (72,6)	87,5 (12,0-1789,9)	89 (78,8)	24 (21,2)	77,8 (28,6-224,3)
Club Geriátrico	1(0,4)	232 (99,5)		6 (4,5)	126 (95,5)	
Ayudas ortopédicas						
Si	107 (84,9)	19 (15,1)	19,4 (19,8-35,1)	115 (91,3)	11 (8,7)	7,12 (3,5-14,5)
No	77 (22,4)	266 (77,6)		204 (59,5)	139 (40,5)	

Dep.: Dependiente; Indep.: Independiente; Aut.: Autónomo; Ant.: Antecedentes

DISCUSIÓN

En el presente estudio la mayoría de los encuestados vive en su domicilio, mientras que el resto reside en instituciones u hogares geriátricos, lo cual concuerda con lo descrito por Ferrer (14), que expresa que un alto porcentaje de adultos mayores sigue viviendo en su domicilio.

En este estudio se encontró que existe relación entre dependencia para las ABVD y los antecedentes médicos, lo cual difiere con lo manifestado por otros autores (15,16), en referencia a que las personas mayores con enfermedades crónicas, como hipertensión, diabetes, osteoartritis y depresión presentaron mayor dependencia en la AIVD y no en las ABVD. Algunos estudios reportan que la dependencia funcional puede ser el indicador inicial de un proceso patológico en los adultos mayores y en algunos sujetos puede ser el único síntoma (17).

En este orden de ideas, la capacidad para realizar actividades instrumentales se pierde primero que las actividades básicas, posiblemente porque se requieren mayores habilidades, mayor integración y mejor equilibrio para realizar actividades que exigen el uso de instrumentos específicos (16).

El aumento de la frecuencia de enfermedades crónicas a medida que la población envejece, tiende a provocar complicaciones y secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de las personas (18); por tal razón, es imprescindible propiciar acciones encaminadas a la prevención y control de las enfermedades crónicas mediante la adopción de estilos de vida saludable.

Diversos autores manifiestan que la disminución de la masa muscular y ósea, así como del metabolismo basal y la reserva energética, expone al adulto mayor a presentar dependencia y/o pérdida funcional (19), lo cual contribuye a mayor discapacidad, considerada ésta como un atributo inseparable de la dependencia que genera en la persona la necesidad de ayuda (10,20,21).

Los resultados son consistentes con los hallazgos de otros estudios (6) donde se observa una relación significativa entre la autonomía e independencia de un adulto mayor y su deterioro producto de la institucionalización.

En este proceso de internación en una institución geriátrica, el sentimiento de inutilidad se acrecienta en las personas mayores debido a los prejuicios propios del individuo y de quienes le rodean, restringiendo las condiciones que permiten mantener y/o mejorar su estado funcional para las actividades de la vida diaria así como las que permiten la convivencia en la sociedad (10).

La dependencia funcional en los adultos mayores es multifactorial, conocer estos factores contribuirá a diseñar programas de intervención diri-

gidos a minimizar este proceso (22).

Por consiguiente, es imprescindible que a la persona mayor se le brinden condiciones y oportunidades que le permitan mantener y recuperar la funcionalidad, requiriéndose para ello encontrar un equilibrio entre el autocuidado, el apoyo por parte de la familia y amigos, aunado a los cuidados profesionales (23) •

Agradecimientos: Al Instituto de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, al Programa de Fisioterapia de la Universidad Simón Bolívar por su apoyo para el desarrollo de esta investigación, a los Directores de cada Hogar Geriátrico y Presidentes de cada Club/Grupo Geriátrico y a las personas mayores que respondieron con interés a la invitación de participar en el estudio.

Conflicto de Interés: Ninguno

REFERENCIAS

1. Organización de Naciones Unidas (ONU). Alerta envejecimiento de la población [Internet]. Junio 2007. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?NewsID=9727> Consultado: Septiembre 2011.
2. Departamento Nacional de Estadística. Censo General 2005, población adulta mayor [Internet]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/censo/files/presentaciones/poblacion_adulto_mayor.pdf Consultado: Agosto 2011.
3. Sánchez CD. Gerontología Social. Buenos Aires, Argentina : Espacio; 2000.
4. Sepúlveda RC, Rivas E, Bustos ML, Illesca PM. Perfil socio-familiar en adultos mayores-institucionalizados: Temuco, Padre las casas y Nueva Imperial. Cienc enferm 2010; 16(3): 49-61.
5. Gómez GD, Valdés VA, Arteaga PY, Casanova MM, Barrabe AM. Caracterización del maltrato a ancianos. Consejo Popular Capitán San Luis. Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas 2010; 14(2):48-54.
6. Rojas MJ, Toronjo A, Rodríguez C, Rodríguez JB. Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. Gerokomos 2006; 17 (1): 6-23.
7. Manrique EB, Salinas RA, Moreno TK, Téllez RM. Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. Salud Pública Mex 2011; 53(1):26-33.
8. Miralles I. Envejecimiento Productivo: Las contribuciones de las personas mayores desde la cotidianidad. Trabajo y Sociedad 2010; 15(16): 137-161.
9. Gómez MJ, Cursio BC. Valoración integral de la salud del anciano. Manizales: Arte Gráficas Tizan; 2002.
10. Lobo A, Santos MP, Carvalho J. Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. Revista española de geriatría y gerontología 2007; 42(1): 22-26.
11. Ministerio de la Protección Social. Diagnóstico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia Bogotá 2007 [Internet]. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16412DocumentNo4751.PDF> Consultado: Septiembre 2011.

12. Cid J, Moreno JD. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71(2): 127-137.
13. Graf C. The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale. *AJN* 2008; 108 (4): 52-62.
14. Ferrer, A, Formiga PF, Henríquez E, Lombarte BI, Olmedo C, Pujol RF. Evaluación funcional y cognitiva en una población urbana de mayores de 89 años. *Estudio Nona Sant-Feliu. Revista española de geriatría y gerontología* 2006; 41 (1): 21-26.
15. Ávila FJ, Melano CE, Payette H, Amieva H. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud pública Méx* 2007; 49(5): 367-375.
16. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 17(5-6): 333-341.
17. Barrantes MM, García ME, Gutiérrez RL, Miguel JA. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública Mex* 2007; 49 (supl 4): 459-466.
18. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León DM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 17(5-6): 353-361.
19. D'Orsi E, Junqueira XA, Ramos LR. Work, social support and leisure protect the elderly from functional loss: epidoso study. *Rev. Saúde Pública* 2011; 45(4): 685-692.
20. Nogueira S, Ribeiro R, Rosado L, Franceschini S, Ribeiro A, Pereira E. Determinant factors of functional status among the oldest old. *Rev Bras Fisioter* 2010; 14 (4): 322-329.
21. Querejeta MG. Discapacidad/Dependencia unificación de criterios de valoración y clasificación. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004.
22. Dorante MG, Ávila FJ, Mejía AS, Gutiérrez RL. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Rev Panam Salud Pública* 2007; 22(1):1-11.
23. Cardona D, Estrada RA, Chavarriaga ML, Segura CA, Ordoñez MJ, Osorio GJ. Apoyosocial dignificante del adulto mayor institucionalizado. 2008. *Rev. Salud pública* 2010; 12 (3): 414-424.