

Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia)

Social and family, health care and functional conditions of elderly people over 65 year old in two neighborhoods of Sincelejo (Colombia)

Gloria Villarreal Amarís¹, Edalcy Month Arrieta¹

Resumen

Objetivo: Determinar las condiciones sociofamiliares, asistenciales, funcionales y factores asociados en adultos mayores de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Sucre, Colombia).

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal y de contactos múltiples en una muestra de 275 adultos mayores de 65 años, residentes en 18 barrios que conforman las comunas 9 y 6 de la ciudad de Sincelejo. Mediante encuesta se indagaron las características sociodemográficas, hábitos higiénicos, problemas de salud. Se emplearon la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón, Escala de Lawton y Brody, Índice de Katz para la valoración funcional y la Escala Minimental para la evaluación cognitiva.

Resultados: El 61% de los adultos mayores son de sexo femenino y la media de edad de 75,4 años. Con criterios diagnósticos de hipertensión arterial (75.2%), cardiopatías isquémicas (70.5%) y osteoarticulares (68.3%), los cuales se incrementan con la edad, y en el sexo femenino, el 51% presenta pluripatología. La comorbilidad se relacionó con polimedición (76%), problemas bucodentales (70.1%), dolores en miembros inferiores y depresión (68 y 54.1% respectivamente). El test de Gijón determinó que el 67.7% de los adultos mayores tenía riesgo y problema social, siendo más representativo en las mujeres ($p < 0,05$). La valoración funcional se deterioró con la edad ($p < 0,05$).

Conclusión: Los adultos mayores se encuentran en vulnerabilidad y riesgo social, tienen buena capacidad funcional, la cual se deteriora con el incremento de la edad, y presentan una elevada comorbilidad.

Palabras clave: Anciano, condiciones de salud, comorbilidad, salud del anciano.

Fecha de recepción: 5 de noviembre de 2011
Fecha de aceptación: 30 de enero de 2012

¹ Docente Departamento de Enfermería, Universidad de Sucre. Sincelejo (Colombia).

Correspondencia: Gloria Villarreal Amarís. Universidad de Sucre, Facultad de Ciencias de la Salud. Cra. 14 n° 15C - 102, calle La Pajuela. Telefax: (095) 2818130. Sincelejo (colombia). gvamaris@hotmail.com

Abstract

Objective: To determine social, family, health care and functional conditions and risk factors of elderly people over 65 year old in two neighborhoods of Sincelejo (Colombia).

Materials and methods: A descriptive, correlational and cross-sectional study was conducted. Multiple contacts were made with 275 elderly people over 65 years old who living in 18 different neighborhoods of Sincelejo. Through survey, socio demographic characteristics, habits and health problems were determined. We used the Gijón Social-Familiar Scale, Lawton and Brody Scale, and the Katz index to assess productivity and the Mini-mental Scale, to evaluate the cognitive state.

Results: 61% of the elderly people studied are females and the average age is 75, 4 years old. 75.2% of the studied population aged 65 or older was diagnosed with hypertension, 70.5% of them with ischemic heart disease, and 68.3% with osteoarticular heart disease and 51% with comorbidity, which was associated with multiple medication (76%), oral health (70.1%), lower body pains (68%) and depression (54.1%). Gijón test found that 67.7% of elderly were at high risk and have social problems, specially woman ($p < 0, 05$). Functional assessment gets worse with the aging process ($p < 0, 05$).

Conclusion: The study found an elderly population at risk for social vulnerability; they have a good functional capacity that gets worse along with aging process and a high comorbidity.

Keywords: Aged, health status, comorbidity, health of the elderly.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, el envejecimiento de la población es de especial importancia por sus implicaciones económicas y sociales (1); así mismo, la población adulta mayor ejerce una fuerte demanda al sistema de salud por la mayor presencia en ella de enfermedades crónicas, malnutrición, marginación social, pérdida prematura de su capacidad funcional, entre otras (2).

El aumento de la población adulta mayor ya no es únicamente un fenómeno predominante de los países desarrollados sino también de los países en vía de desarrollo, como es el caso de América Latina.

En Colombia, a pesar de que la población de ancianos con relación a la población global o ancianidad proporcional es aún baja si se compara con otros países (3), durante los últimos treinta años la población colombiana creció a una tasa promedio anual del

1.69%, mientras los adultos mayores lo hicieron al 3.26% (4).

Este aumento de la población adulta mayor a nivel mundial genera preocupación por las condiciones en que este proceso se viene dando, se produce en un contexto de pobreza e inequidades, aún falta cobertura de la seguridad social y una débil red de apoyo, producto de los cambios en la estructura, en la composición familiar (2) y la focalización de programas del Estado.

Envejecer se asocia con deterioro económico, físico y mental que genera una pérdida de autonomía, donde los parientes, familiares y amigos se consideran fuentes de apoyo directo.

El apoyo social, entendido como todas aquellas formas de ayuda (material, emocional y de información) que ofrece la sociedad y que los individuos requieren en las diferentes etapas de su vida, se clasifica en:

familiar (red primaria), vecinos, amigos o parientes (red secundaria), residan o no con el anciano; y el apoyo institucional o de tipo formal hace referencia organismos públicos y privados asisten a la población (5).

Esta red social es de vital importancia. Se ha visto que adultos mayores sin soporte familiar o con una pared sociofamiliar inadecuada tienen mayor mortalidad, depresión, alteraciones cognitivas y una percepción de un peor estado de salud que aquellos que sí lo tienen (6, 7).

Si bien la vejez no es una enfermedad, en esta etapa de la vida aumentan los riesgos de enfermar o de perder la autonomía y la funcionalidad; en consecuencia, requiere de mucha atención y cuidado.

La atención sanitaria de la población adulta mayor está enfocada a evitar o retrasar la aparición de deterioro funcional, para que el adulto mayor pueda seguir viviendo de manera independiente y socialmente integrado en su domicilio, por lo que es necesario realizar una valoración geriátrica integral, como estrategia de atención para intervenir con precocidad, adecuar los servicios y recursos sanitarios a sus necesidades y potenciar la atención domiciliaria (8).

La valoración del estado de salud y calidad de vida del anciano se mira más por la capacidad funcional que por la prevalencia de enfermedades. La OMS estableció desde 1999 que la capacidad funcional es el mejor indicador de salud y calidad de vida; por lo tanto, si existe un buen nivel o estado de salud, habrá una buena capacidad funcional y, por consiguiente, calidad de vida (9, 10).

Según los indicadores básicos para 2010 del Ministerio de la Protección Social, en Colombia había 45 509 584 habitantes, de

los cuales aproximadamente 4 459 784 son mayores de 65 años, con una proporción de 9.8% (11), y en Sucre (Colombia) a través de los indicadores básicos de salud de este departamento para 2010 se registra una población de 810 650 habitantes, de los cuales 77 341 corresponden a adultos mayores de 60 años, con una proporción de 9.5%, y en Sincelejo, su ciudad capital, para ese mismo periodo se registra una población de 256 249 habitantes y se registró 241 26 personas mayores de 60 años, cantidad que representó el 9.4% de la población total de ese año (12).

El envejecimiento poblacional tanto en Colombia como en el departamento de Sucre y el municipio de Sincelejo muestra un aumento evidente de la población adulta mayor, especialmente el porcentaje de los más viejos, mientras la población general incrementa 1.9% en promedio anual (11,13).

Según estudios realizados, los adultos mayores constituyen un grupo poblacional cada vez más significativo; son los más afectados por la pobreza, la inseguridad alimentaria y el abandono. Por su alto grado de vulnerabilidad, los adultos mayores son los que más demandan atención en salud como consecuencia de la comorbilidad y los cambios físicos, psicológicos y de funcionalidad inherentes al proceso de envejecimiento (11,13).

Lo anterior muestra la real importancia que tiene este grupo poblacional y su incidencia en las instituciones y políticas de salud, porque muy a su pesar, sus condiciones sociales, sanitarias y de funcionalidad en lugar de mejorar empeoran; es por ello que se realizó esta investigación para determinar las condiciones sociofamiliares, asistenciales, la funcionalidad de los adultos mayores de 65 años según las dimensiones físicas, mental y social y sus factores asociados en dos comunas de Sincelejo.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se realizó en dos comunas de Sincelejo, con una población de 31 040 habitantes, de estos, 3941 son adultos mayores, lo que representa un 12,68 % de la población comunal total, residentes en 18 barrios que viven en condiciones de pobreza y necesidades básicas insatisfechas (NBI).

Se diseñó un estudio descriptivo y correlacional de corte transversal y de contactos múltiples, con el propósito de determinar su condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad y sus factores relacionados en adultos mayores de 65 años.

La población estuvo conformada por 2551 adultos mayores de 65 años, obtenidos a través de un censo poblacional en los 18 barrios que conforman la comuna 6 (1345 adultos mayores) y 9 (1206 adultos mayores) de Sincelejo. Se calculó una muestra de 275 adultos mayores de 65 años, mediante un método probabilístico con un margen de error del 10% y un límite de confianza del 90%, en cada una de las comunas (134 comuna 9 y 141 comuna 6).

La selección de la muestra se hizo por muestreo estratificado y por reparto proporcional, de acuerdo con la proporción de adultos mayores de 65 años en cada uno de los diferentes barrios que conforman las comunas que hicieron parte del estudio, se seleccionó uno de cada tres adultos mayores en forma consecutiva, hasta completar la cuota asignada por cada una de ellos.

Para obtener la información se realizaron 275 entrevistas personales en los domicilios de los adultos mayores de 65 años seleccionados, previa concertación telefónica para pedirles su consentimiento y concertar la visita. Las encuestas se realizaron en 2008

en la comuna 9 y a inicio de 2009 en la comuna 6.

Para la valoración sociofamiliar se usó una versión modificada de la Escala de Gijón adaptada a la realidad peruana por la Universidad Cayetano Heredia (14), que evalúa la situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social con puntajes del 1 a 5 por cada ítem, y clasifica a los adultos mayores en buena situación social (5-9 puntos), en riesgo social (10-14 puntos) y con problema social (≥ 15 puntos). La puntuación oscila entre 0 y 20, lo cual indica que a mayor puntuación, peor situación social.

La valoración funcional se realizó con el Índice de Katz (15), el cual evalúa la dependencia o independencia de los adultos mayores para realizar actividades de la vida diaria, tales como: lavarse, vestirse, movilizarse, alimentarse, el uso de servicios higiénicos y continencia, y los clasifica en independiente, dependiente parcial (dependencia en uno o cinco de los ítems) o total (dependencia en todos los ítems) (15).

En la Escala de Lawton y Brody (15), para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), los valores oscilan entre 8 como el mejor puntaje y 0 como el peor, para mujeres, y entre 5 y 0 para los hombres, y la puntuación lineal varía entre 8 y 31 puntos; 8 puntos corresponde a la máxima dependencia; entre 8 y 20 precisa ayuda para la realización de las tareas, y más de 20 dependiente para las AIV.

Con la Escala Minimental (15) se realizó la evaluación cognitiva, la cual determina el deterioro en tres categorías: leve, mayor de 21 puntos; moderado, entre 21 a 15 puntos, y severo, menor de 15 puntos.

La tabulación de la información se hizo a través de la hoja de cálculo del programa Microsoft EXCEL 2007. El procesamiento se realizó mediante el programa XLSTAT 2010.

A los datos se le hizo análisis descriptivo; para las variables cualitativas se utilizaron medidas como frecuencias absolutas y los porcentajes, y se evaluó la asociación mediante la prueba de χ^2 . Se correlacionó el efecto de la comorbilidad con las escalas funcionales y mentales y la presencia o ausencia de problemas geriátricos. Se consideran significativos valores de $p < 0,05$.

La investigación se realizó atendiendo los criterios de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de la Protección Social, contó con la aprobación del Comité de Ética Institucional. Se obtuvo el consentimiento informado, previa información a los participantes acerca del objetivo del estudio, la privacidad de la información recolectada; así mismo, a los participantes se les dio la libertad de retirarse del estudio cuando lo decidieran.

RESULTADOS

Condiciones socioasistenciales de los adultos mayores

Se encontró que el 61% de los adultos mayores son del sexo femenino, tienen edades entre 65 y 74 años y en su gran mayoría son viudas (38,5%), afiliados al sistema de seguridad social a través del Régimen Subsidiado en un 73.2 % y sin ningún grado de escolaridad el 60.4% (ver cuadro 1).

Cuadro 1. Condiciones sociodemográficas de los adultos mayores de 65 años de dos comunas con marginalidad. Sincelejo, 2008-2009

Características	n°	%
1. Sexo		
Mujeres	149	54.2
Varones	126	45.8
2. Edad		
65- 74	188	68.4
75- 84	59	21.6
85 y más	28	10
3. Estudios		
Sin ningún grado de escolaridad	166	60.4
Algunos grados de primaria	100	36.3
Primaria completa y algún grado técnico	9	3.3
4. Estado civil		
Viudo	106	38.5
Unión libre	74	27
Casado	68	24.7
Soltero	27	9.8
5. Dedicación u oficio		
Ayudan en el hogar	197	71.7
oficios varios	69	25
Cesante o jubilado	9	3.3
6. Seguridad social en salud		
Regimen Subsidiado	201	73.2
Vinculado	60	21,8
Contributivo	14	5

Fuente: Datos del estudio encuesta de caracterización sociodemográfica de los adultos mayores de 65 años de dos comunas del municipio de Sincelejo.

En la población estudiada, el 71,6% se dedica a ayudar en el hogar, siendo el 55,7% mujeres, un 23,2 % a oficios varios, como ventas callejeras de alimentos, jardinería y oficios varios, de los cuales obtienen un ingreso variado y ocasional, y el 5% son

cesantes o jubilados. Cerca del 59,3% son fumadores y el 11% consumen alcohol, entendiéndose por estas conductas el tener el hábito cotidiano incorporado como un estilo de vida. Además, el 72,6 % tienen vida sedentaria y el 40,7 % no ha acudido en 6 meses a consulta médica.

Con relación a la comorbilidad, solo el 17% (47) manifestó tener una sola enfermedad, el 32% presentó dos, tres el 28,5% y el 22,5 % de los cuidadores tenía más de cuatro enfermedades. Las enfermedades crónicas diagnosticadas más frecuentes en la muestra de estudio fueron: hipertensión arterial (75,2%), cardiopatías isquémicas (70,5%), osteoarticulares (68,3%) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (60,7%) (ver cuadro 2); la mayor prevalencia de enfermedades se encontró relacionada en el incremento de la edad y el sexo femenino.

Cuadro 2. Principales enfermedades diagnosticadas

Diagnóstico	n°	%	Varón	%	Mujeres	%
Hipertensión arterial	207	75,2	95	34,5	112	40,7
Cardiopatía isquémica	194	70,5	93	33,8	101	36,7
Osteoarticular	188	68,3	87	31,6	101	36,7
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	167	60,7	74	26,9	93	33,8
Diabetes	111	40,3	38	13,8	73	26,5
Renales	103	37,4	69	25	34	12,3
Depresión	32	11,5	11	4	21	7,6
Cáncer	24	8,7	7	2,5	17	7,6

Fuente: Datos del estudio. Encuesta para la caracterización sociosanitaria de los adultos mayores de 65 años de dos comunas del municipio de Sincelejo.

En el cuadro 3 se muestran los principales problemas geriátricos detectados. Los más frecuentes fueron la polimedición (76%), las condiciones bucodentales (70.1%), siendo muy significativos el porcentaje con ausencia de piezas dentales incompletas (32.3%), dolor crónico osteoarticular (68%). Estos problemas geriátricos también se relacionaron con la edad y el sexo, y no se relacionan con el sexo los estados de ánimos depresivos (54.1%).

Cuadro 3. Problemas geriátricos

Problemas	Total		Varones		Mujeres	
	n°	%	n°	%	n°	%
Polimedición	209	76	98	35,6	111	40,3
Bucodentales	193	70,1	94	34,1	99	36
Dolor en miembros inferiores	187	68	88	27	99	36
Depresión	149	54,1	68	24,7	81	29,4
Auditivos	111	40,3	48	17,4	63	22,9
Incontinencia	109	39,6	49	17,8	60	21,8
Movilidad	91	33	43	15,6	48	17,4
visión	91	33	51	18,5	40	14,5
Insomnio	89	32,3	38	13,8	51	18,5

Fuente: Datos del estudio. Encuesta para la caracterización sociosanitaria de los adultos mayores de 65 años en dos comunas de Sincelejo.

Valoración sociofamiliar

Con relación a la situación sociofamiliar, la puntuación de la escala nos muestra que el 40,4% de los adultos mayores está en riesgo social; un 27,3% tiene problema sociales y solo el 32,3% tiene una valoración sociofamiliar buena o aceptable.

La situación familiar más frecuente consiste en que los adultos mayores de 65 años viven con familiares y sin conflicto, en un 32,4%, y viven con el cónyuge de similar edad el 25%; sin embargo, el 8% se encuentra en situación de abandono familiar, el 47,7% no recibe pensión ni otros ingresos y el 37% obtiene un ingreso ocasional, el 44% tiene afiliación, pero necesita mayor apoyo social institucional, el 17% requiere de apoyo institucional, aunque tiene seguridad social, y el 21,8% no cuenta con seguridad social. Viven en viviendas inadecuadas un 32,4%, con equipamiento inadecuado un 17,8%, y el 17,1% de las viviendas tienen barreras arquitectónicas, tales como viviendas construidas en topografía irregular, obstáculos por desnivel en el interior de la vivienda, escalones, pasillos y puertas estrechos (ver cuadro 4).

Cuadro 4. Valoración sociofamiliar de la población adulta mayor de 65 años

Características	n°	%
Situación familiar		
1. Vive con familia, sin conflicto familiar	89	32
2. Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima	41	15
3. Vive con cónyuge de similar edad	69	25
4. Vive con familiar, presenta algún grado de dependencia física o psíquica	33	12
5. Vive solo y carece de hijos o viven lejos (fuera del barrio, ciudad o departamento)	43	15,6
Situación económica		
1. Con pensión	9	3,3
2. Un salario mínimo vital	22	8
3. Ingreso irregular (ingresos variados y ocasionales)	102	37

Continúa...

4. Menos de un salario mínimo vital	11	4
5. Sin pensión, sin otros ingresos	131	47,7
Red social – apoyo		
1. No cuenta con seguro social	60	21,8
2. Requiere apoyo familiar o vecinal	49	17,8
3. No necesita apoyo	23	8,4
4. Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este sistema social	121	44
5. Situación de abandono familiar	22	8
Vivienda		
1. Adecuada (luz, agua, aseo, teléfono)	80	29,1
2. equipamiento inadecuado (carece de uno de los anteriores y de algunos enseres y servicios deficientes)	49	17,8
3. Barreras arquitectónicas	47	17,1
4. Vivienda inadecuada (carece de uno de los anteriores)	89	32,4
5. No tiene casa	10	3,6

Valoración Sociofamiliar	Puntaje	n°	%
Buena / Aceptable situación social	5 a 9	89	32,3
Existe riesgo social	oct-14	111	40,4
Existe problema social	15 a 20	75	27,3

Fuente: Datos del estudio. Escala sociofamiliar de Gijón adaptada por la Universidad Cayetano Heredia de Perú.

El sexo está asociado significativamente al nivel de la valoración sociofamiliar ($p < 0,05$): los varones tienen una mejor situación que las mujeres (29,7% frente a 21,4%); el 51,3% de las mujeres se encuentran en riesgo social.

Valoración funcional

La condición de salud mental, valorada a través de la Escala Minimental, muestra un adulto mayor con algún grado de deterioro cognitivo: leve en un 52,6%, moderado en el 39.6% y solo el 7.8% presenta un deterioro severo (ver cuadro 5). Las áreas más afectadas fueron el área de atención y el área de evocación, en las que, aproximadamente, el 80% de la población presentó dificultad para realizar las actividades evaluadas en estas áreas.

Según el Índice de Katz, la mayoría de los adultos mayores son independientes (73.9%) para realizar sus actividades básicas de la vida diaria sin depender de alguien y el 26,1% son dependientes (en actividades como la micción y la ambulación, y un grupo importante en todas las funciones). Al valorar la capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) a través de la Escala de Lawton y Brody tienen limitaciones para realizar trabajo pesado en un 62.8, para salir de casa en 48.9% y para desplazarse por los espacios de la vivienda en un 47.7% (ver cuadro 5).

Cuadro 5. Condiciones de Salud Mental y capacidad funcional

Escala Minimental	Grado de deterioro		
	Varones	Mujeres	Total
1. valoración cognitiva			
Deterioro cognitivo leve = < 28 puntos	25.8	26.8	52,6
Deterioro cognoscitivo moderado = 21 – 15 puntos	21.1	18.5	39.6
Deterioro cognoscitivo severo = < 15 puntos	3.2	4.3	7.8

Continúa...

2. Actividades básicas de la vida diaria (Índice de Katz)	Grado de dependencia		
	Varones	Mujeres	Total
Independientes en alimentación, continencia, servicio, vestido y baño	36.6	37.3	73.9
Dependiente en al menos dos funciones(micción y deambulación)	6.2	11.0	17,2
Dependiente en todas las funciones	3.2	5.7	8,9
3. Actividades Instrumentales de la vida diaria (Escala de Lawton)	Grado de limitación y discapacidad		
	Varones	Mujeres	Total
Trabajo pesado	27.8	35.0	62.8.
Trabajo liviano en casa	4.7	5.1	9.8
Hacer su propia comida	5.0	12	17.
Salir de casa	17.3	31.6	48.9
Cortarse las uñas de las manos y pies	19.1	36.9	45
Desplazarse por los espacios de la vivienda	16.3	21.4	47.7
Manejar su dinero	7.1	11.7	17.8
Tomar medicamentos	3.0.	9.3	12.3
Abrir y cerrar ventanas	2.0	4.1	6.1
Prender y apagar luces	2.0	4.1	6.1

No se encontró relación entre el sexo y la valoración funcional; sin embargo, a mayor edad se encontró un aumento del nivel de dependencia, de comorbilidad y el policonsumo de fármacos ($p < 0,05$), en los grupos

de mayor edad aumentan las enfermedades y problemas geriátricos más complejos (ver cuadro 6).

Cuadro 6. Valoración funcional de los adultos mayores por sexo y grupos de edad

Características	Independiente		Dependiente Parcial		Dependiente Total		p
	n°	%	n°	%	n°	%	
Sexo							
Mujer	103	37,3	30	11	16	5,7	
Varón	100	36,6	17	6,2	9	3,2	>0,05
Total	203	73,9	47	17,2	25	8,9	
Grupo de edad							
65- 74	114	41,4	11	4	3	1	
75- 84	67	24,4	19	6,9	12	4,3	<0,05
85 y mas	22	8,1	17	6,3	10	3,6	<0,05
Total	203	73,9	47	17,2	25	8,9	

Fuente: Datos del Estudio. Correlación Funcional por sexo y edad, Prueba Chi 2.

Se encontró relación entre el nivel funcional y el soporte familiar, en la medida que se constituye en un factor protector el vivir en pareja y con los hijos ($p < 0,05$), pero no con los estados depresivos.

DISCUSIÓN

Los adultos mayores de Sincelejo objeto de estudio presentan un perfil sociodemográfico similar a los descritos por Ruiz Dioses (2), Mendoza (16), Corrales (17), Azpiázú (18) y Sarmiento (19): una población notablemente envejecida, con una edad media de 75 años y una significativa concentración de adultos mayores que sobrepasa los 85 años. Son viudos, afiliados al sistema de seguridad social a través del régimen subsidiado, con un nivel de instrucción bajo; un poco menos del 40% cursó algún grado de primaria y un 60.4% son analfabetas funcio-

nales, porcentaje muy superior al hallado por los autores revisados (2,15,16), lo que evidencia un colectivo muy poco instruido.

Como consecuencia de su falta de preparación se desempeñan en oficios no cualificados y obtienen ingresos ocasionales, lo que podría constituirse en un predictor de vulnerabilidad y dependencia en su red de apoyo social. En este grupo se destacan las amas de casa, que agrupa a un significativo porcentaje de mujeres; datos coincidentes con el nivel educativo y de ingreso encontrados por Corrales (17), Azpiázú (18) y Sarmiento (19), donde el género y la edad determinan una situación más desfavorable conforme se envejece, y en especial entre las mujeres.

Los estilos de vida que caracterizan a la población adulta mayor obedecen a patrones de conducta sostenidos durante un largo periodo de su vida que se constituyen en factores de riesgos para tener un envejecimiento activo y satisfactorio; para esto deben permanecer activos tanto tiempo como les sea posible (20).

Las condiciones de salud e higiene oral de los adultos mayores reflejan la falta de cuidados y asistencia odontológica. Al respecto, estudios a nivel de América Latina evidencian que un alto porcentaje de la población adulta mayor presenta condiciones de salud oral bastante precarias, siendo la condición de mayor prevalencia la ausencia de piezas dentales, caries y la enfermedad periodontal (3, 21).

Presentan una alta comorbilidad y un importante consumo de fármacos por prescripción médica, situación que no difiere de los estudios que coinciden en afirmar que en las personas mayores de 65 años la prevalencia de dos o más enfermedades crónicas, como hipertensión, diabetes, artrosis y cardiopatías isquémicas, es alta (22, 23).

Es importante el elevado porcentaje de adultos mayores hipertensos, con enfermedades osteomusculares, con cardiopatía isquémica y diabetes. También problemas renales y depresión (11.5%), que asociados con la concurrencia de problemas geriátricos aumenta la fragilidad de los mismos, con repercusiones tanto en la autopercepción de la salud como en el propio estado de salud (15, 17, 24, 25).

La valoración sociofamiliar muestra que a pesar de que una franja de la población adulta mayor convive en un entorno familiar adecuado y entabla relaciones sociales apropiadas, es muy alta la franja poblacional de adultos mayores que presentan problema social por no contar con una pensión u otros ingresos, tener un ingreso irregular o tener una vivienda en malas condiciones, demandan apoyo de estas instituciones o de su medio familiar y social, situación que fue determinante en la valoración de la Escala de Gijón. Este panorama sociofamiliar es similar al encontrado por Ruiz-Dioses (2) y Yabar (21) en Perú, que utilizaron este mismo instrumento, y diferente del encontrado por otro estudio realizado también en Perú en el que la situación sociofamiliar de los adultos mayores fue considerada como aceptable (17).

Por otro lado, igual a la situación encontrada por Alarcón (26), no se registran muchos estudios nacionales que hayan abordado la situación sociofamiliar de los adultos mayores a través de la Escala de Gijón; aspecto que debe ser tomado más en cuenta, pues dicha escala devela la condición de fragilidad y riesgo social en que se desenvuelven, constituyéndose en un factor importante para determinar sus necesidades de cuidado y reorientar las políticas de protección social.

En cuanto a la función cognitiva, el estado físico y la estabilidad social son los aspectos

más influyentes en la capacidad funcional de los ancianos, constituyéndose en la base de la valoración geriátrica integral; estos aspectos están directamente relacionados con la calidad de vida, y en ocasiones son predictores del riesgo de fragilidad o de necesidades no cubiertas en las personas de edad avanzada (17, 27).

Es importante destacar que la edad avanzada ha sido descrita como un factor de riesgo para la aparición del síndrome de deterioro cognitivo. En nuestro estudio, los resultados de la Escala Minimental revelan una escasa incidencia de deterioro cognitivo en la población adulta mayor, pero se hace necesario anotar que se incrementa cuando aumenta la edad, y se encontró una asociación significativa entre mayor edad y mayor frecuencia de deterioro cognitivo, con predominio en el sexo femenino; esto puede estar determinado por factores socioculturales y porque la mujer es más longeva. Sin embargo, el déficit no es tan significativo como para originar incapacidad social o laboral. Se presentan resultados coincidentes con algunas investigaciones que registran una prevalencia de deterioro cognitivo entre el 4 y 5% para las personas mayores de 65 años, con especial predominio en mujeres (28-30).

En cuanto a la capacidad funcional, la población de adultos mayores de 65 años conserva una muy buena capacidad para realizarse el cuidado cotidiano, pero presenta algún grado de limitación e incapacidad para realizar trabajo pesado, salir de casa y desplazarse por los espacios de la vivienda; y es más significativo el grado de limitación a medida que avanza la edad. Un porcentaje importante de los adultos mayores tenía dependencia por lo menos en más de dos funciones o en todas.

Con relación al sexo, se observó mayor grado de limitación o dependencia en las mujeres que en los hombres, resultados diferentes de los encontrados por Giraldo y Franco (31), según los cuales, los hombres presentaron grados de dependencia mayores que las mujeres tanto para el ABVD como para el AIVD, e iguales a los encontrados por Aires y colaboradores (32), en los que la incapacidad funcional estuvo asociada al sexo femenino.

CONCLUSIÓN

Estos resultados nos muestran que las condiciones socioeconómicas convierten al adulto mayor en vulnerable y dependiente de su red social, en especial al grupo de las mujeres.

Las enfermedades, hipertensión arterial, cardiopatías isquémicas y osteoartritis se perfilan como riesgos médicos importantes para el aumento de la discapacidad del adulto mayor a medida que se incrementa su edad, al coexistir con plurienfermedades y problemas geriátricos significativos como el dolor crónico osteoarticular y los estados de ánimo depresivos.

En general, tienen buena capacidad funcional y su comprometimiento estuvo asociado con el incremento de la edad, sexo femenino y la dependencia parcial y total, con la edad más avanzada, constituyéndose estos en adultos mayores con necesidades de cuidados, de atención médica integral, lo que representa un gran reto para las instituciones de salud, en la medida que sus políticas deben orientarse y organizarse a la potenciación de los aspectos sociales, asistenciales y al fortalecimiento de la atención domiciliaria, para mantener adultos envejecientes activos en su medio familiar.

Los resultados de este estudio generan un *dossier* de información sobre las características socio-sanitarias del adulto mayor y permiten reconocer el grado de vulnerabilidad de los adultos mayores. Su reconocimiento como problema socio-sanitario y la implementación de un enfoque preventivo eficaz incidirán en la mejora de la calidad de vida de esta población.

Debe ponerse especial atención a la población de adultos mayores que se encuentra en riesgo social y facilitarle el acceso a la atención de salud, redes sociales y de apoyo.

Agradecimientos

Nuestra gratitud a todos los adultos mayores y sus familiares por suministrarnos la información que nos permitió construir el perfil sociofamiliar, asistencial y funcional del adulto mayor.

Conflictos de intereses: Ninguno.

Financiación: Universidad de Sucre.

REFERENCIAS

- (1) Del Popolo F. *Características sociodemográficas y socioeconómicas de la personas de edad en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL; 2001.
- (2) Ruiz-Dioses L, Campos-León M, Peña N. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención. Callao 2006. *Rev Perú de Med Exp Salud Pública* 2008; 25: 374-79.
- (3) Jaramillo PI. La tercera edad en Colombia y la Ley 100 de 1993: oportunidades y amenazas. En: *Simposio Internacional. Envejecimiento Competente, Retiro y Seguridad Social*. Santafé de Bogotá, D.C., 21, 22, 23 de junio de 1999.
- (4) Nieto ML, Alonso LM. ¿Está preparado nuestro país para asumir los retos que plan-

- tea el envejecimiento poblacional? *Salud Uninorte* 2007; 23(2): 292-301.
- (5) Cardona D, Estrada A, Agudelo HB. Aspectos Subjetivos del envejecimiento: redes de apoyo social y autonomía de la población adulta mayor de Medellín. *Invest y Educ Enferm* 2003; 21(2): 80-91.
- (6) Bowling A, Browne PD. Social networks, health, and emotional well-being among the oldest old in London. *J Gerontol* 1991; 46(1): 20-32.
- (7) Zunzunequi MV, Koné A, Johri M, Béland F, Wolfson C, Bergman H. Social networks and self-rated in two French-speaking Canadian community dwelling populations over 65. *Soc Sci Med* 2004; 58(10): 2069-81.
- (8) Mussoll J, Espinosa MC, Quera D, Serra ME, Pous E, Villarroya I *et al.* Resultados de la aplicación en atención primaria de un protocolo de valoración geriátrica integral en ancianos en riesgo. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37(5): 249-53.
- (9) Organización Panamericana de la Salud. *El envejecimiento, cómo superar mitos*. Washington, DC: OPS; 1999. p. 1-15.
- (10) Organización Mundial de la Salud. Departamento de Promoción de la Salud. *Salud y envejecimiento. Un documento para el debate*. Segunda Asamblea Mundial Sobre el envejecimiento. Madrid, 8-12 de abril de 2002.
- (11) Organización Panamericana de la Salud - Ministerio de la Protección Social República de Colombia - Instituto Nacional de Salud. *Indicadores Básicos 2010 Situación de Salud en Colombia*. Disponible www.minprotección-social.gov.co/salud/.../INDICADORESBASICOS.
- (12) Gobernación de Sucre - DASSSALUD. *Indicadores Básicos de Salud de Sucre*. 2010.
- (13) Alcaldía Municipal de Sincelejo. *Plan de desarrollo municipal 2008-2011. Programa atención al adulto mayor*. Sincelejo: Alcaldía Municipal; 2008. p. 155.
- (14) Cabrera D, Menéndez CA, Fernández A, Acebal V, García JV, Díaz E *et al.* Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Aten Primaria* 1999; 23(7): 434-40.
- (15) Díaz V, Díaz I, Rojas G, Novogrodsky D. Evaluación geriátrica en la atención primaria. *Rev Med Chile* 2003; 131(8): 895-901.
- (16) Mendoza S, Merino J M, Barriga OA. Identificación de factores de predicción del incumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos de una comunidad del sur de Chile. *Rev Panam Salud Pública Washington* 2009; 25(2): 105-12.
- (17) Corrales D, Palomo L, Magariño MJ, Alonso G, Torrico P. Capacidad funcional y problemas socioasistenciales de los ancianos del área de salud de Cáceres. *Aten Primaria* 2004; 33(8): 426-33.
- (18) Aspiazú M, Cruz A, Villagrasa JR, Abanades JC, García N, Alvear F. Factores asociados a mal estado de salud percibida o mala calidad de vida en personas mayores 65 años. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 683-99.
- (19) Sarmiento M, Castro AT, Gómez A, Cifuentes A, Fierro MI, Vigoya T. Calidad de vida en pacientes mayores Hospital Departamental de Villavicencio. *Orinoquia* 2005; 14:75-88.
- (20) Salvarezza L. *Psicogeriatría. Teoría y Clínica* 2ª ed. Buenos Aires: Paidós; 2002. p. 22.
- (21) Yábar PC, Ramos W, Rodríguez L, Díaz V. Prevalencia, características clínicas, sociofamiliares y factores asociados a fragilidad en adultos mayores de 75 años de un hospital de Chimbote. Octubre 2006 - abril 2007. RPE [en línea] 2009 [29 de agosto 2010]; 13 (3). Disponible en: http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/2009_v13_n03/AO6_Vol13_No3_2009.html
- (22) Formiga F, Fort I, Robles MJ, Barranco E, Espinosa MC, Ríos S. Aspectos diferenciales de comorbilidad en pacientes ancianos con demencia tipo Alzheimer o con demencia vascular. *Rev Neurol* 2008; 46(2): 72-6.
- (23) Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León - Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedad

- des 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): 353-61.
- (24) Seculi E, Fuste J, Brugulat P, Junca S, Rue M, Guillen M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gac Sanit* 2001; 15(3): 217-23.
- (25) Suárez F, Oterino D, Peiró S, Libroero J, Barreiro C, Parras N *et al.* Factores asociados con el uso y adecuación de la hospitalización en personas mayores de 64 años. *Rev Esp Salud Pública* 2001; 75(3): 237- 48.
- (26) Alarcón T, González-Montalvo JI. La escala socio-familiar de Gijón, un instrumento útil en el hospital general. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998; 33(1): 178-9.
- (27) Tomás C, Moreno LA, Germán C, Alcalá T, Andrés E. Dependencia y necesidades no cubiertas de las personas mayores de una zona de salud de Zaragoza. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76(3): 215-26.
- (28) Gómez Viera N, Bonnin Rodríguez BM, Gómez de Molina I, Yáñez Fernández B. Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. *Rev Cubana Med* 2003; 42(1):12-7.
- (29) Limón Ramírez E, Argimón Pallàs J.M. Demencia, deterioro cognitivo leve y valores poblacionales de referencia. *Med Clin (Barc)* 2004; 122 (19): 744-5.
- (30) García Pulgarín LV, García Ortiz LH. Evaluación física y funcional de adultos mayores con deterioro cognoscitivo. *Rev Med Risaralda* 2004; 10 (2): 22-28.
- (31) Giraldo MC, Franco GM. Capacidad funcional y salud: Orientaciones para cuidar al adulto Mayor. *av enferm* [en línea] 2008. [acceso 29 de agosto 2010]; 26 (1): 43-58. Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000100005&lng=es&nrm=
- (32) Aires M, Paskulin LMG, Morais EP. Capacidad funcional de ancianos con edad avanzada: estudio comparativo en tres regiones de Río Grande del Sur. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [en línea] 2010 [acceso jun, 2010]; 18(1). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/es_03.pdf