
Trabajo Original

Caracterización biopsicosocial y funcional del anciano institucionalizado.

Bio - psychosocial and functional characterization of elderly people admitted in homes.

Dra. Tamara Álvarez Gómez¹, Dr. Jorge Enrique Izquierdo Paz¹, Dra. Marisel de la C. Valdes Mijares², Dra. Cristina Cabrera Cabrera³, Dr. José R. Valdés Utrera⁴, Edwin Giovany Ortiz Rojas⁵

1. Especialista de 1er grado en Gerontología y Geriatría. Master en Longevidad Satisfactoria. Profesor Asistente.
2. Especialista de 1er grado en Gerontología y Geriatría. Master en Longevidad Satisfactoria. Profesor Instructor.
3. Especialista de 2do grado en Histología. Master en Longevidad Satisfactoria. Profesor Auxiliar.
4. Especialista de 1er grado en Fisiología. Profesor Asistente.
5. Estudiante de 3er Año de Medicina.

RESUMEN

La evaluación y el mejoramiento de la calidad de la atención médica que se brinda en los Hogares de Ancianos es una preocupación constante; a pesar del desarrollo comunitario en la atención al anciano en Cuba y en nuestro medio en particular, existe una gran demanda de solicitudes para institucionalizarlos en dichos hogares, por lo que el objetivo de este trabajo es caracterizar biopsicosocial y funcionalmente a estos ancianos, con vistas a optimizar su atención y garantizar una mayor calidad de vida. Se realizó un estudio descriptivo en el período comprendido del 1 de enero del 2006 al 31 de enero del 2007, con una población de 116 gerontes, quedando excluidos los ancianos con demencia severa que no colaboraran con el estudio. El sexo masculino predominó, así como el grupo etario de 80 a 89 años. La Osteoartritis y la Hipertensión Arterial fueron las enfermedades crónicas que más los afectaron, siendo la depresión y la demencia los trastornos psicoafectivos más presentados; aunque los normopesos tuvieron cifras elevadas, el bajo peso y el sobre peso los siguieron de cerca lo que pudo influir en el estado de salud. En un alto porcentaje estuvo presente la independencia, en cuanto a las actividades de la vida diaria, así como la percepción de que recibían atención y bienestar.

DeCS: HOGARES PARA ANCIANOS / utilización ATENCION MEDICA, CALIDAD DE VIDA.

ABSTRACT

Evaluation and improvement of the quality of medical care provided in Homes of Elderly People are a constant concern. In spite of the community development in the care of the elderly in Cuba, and particularly in our setting, there is a great demand of applications to admit them in these homes, therefore the objective of this work is to characterize these people from the biological, psychosocial and functional points of view, with the aim of optimizing their care and to guarantee a higher quality of life. A descriptive study was made in the period from January 1 of 2006 to January 31 of 2007, with a population of 116 elderly people, with the elderly with severe insanity that didn't collaborate with the study being excluded. The male sex prevailed, as well as the age group from 80 to 89 years. Osteoarthritis and hypertension were the chronic diseases that affected them the most, with depression and insanity being the most common psychoaffective dysfunctions. Although the ones with a normal weight had high scores, the underweight and the overweight followed them closely which could influence the health status. In a high percentage there was independence in regard to daily life activities, as well as a feeling of receiving care and well-being.

MeSH: HOMES FOR THE AGED / utilization MEDICAL CARE, QUALITY OF LIFE.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad envejecer es el cambio más sobresaliente de la estructura de la población mundial y la prolongación de la vida, constituye una gran aspiración del género humano (1, 2,3). La institucionalización constituyó durante muchos años en Cuba prácticamente la única opción de atención al adulto mayor, esta se concibe dentro de la expresión servicios sociales, que se utiliza para describir aquellas actividades organizadas, cuyo objetivo es ayudar a la adaptación mutua entre los individuos y su ambiente social. Los Hogares de Ancianos (HA) constituyen un eslabón imprescindible dentro del programa social de atención al anciano (4). A pesar del desarrollo comunitario en la atención al anciano en el país y en nuestro medio en particular, existe una gran demanda de solicitudes para institucionalizarlos en dichos hogares. Por ello se hace necesario realizar una caracterización biopsicosocial y funcional de los residentes, con vistas a optimizar su atención y garantizar mayor calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, transversal en el período comprendido del 1 de enero del 2006 al 31 de enero del 2007 con el propósito de caracterizarlos desde el punto de vista biopsicosocial y funcional.

Población- 119 ancianos, de ellos 116 ancianos cumplieron con criterios de inclusión.

Criterios de inclusión - Ancianos residentes permanentes en el Hogar que consintieron ellos o sus familiares para formar parte del estudio.

Criterio de exclusión-Los ancianos que presentaban demencia severa.

Se utilizaron las variables edad, sexo, problemas de salud más frecuente, valoración nutricional, alteraciones psicológicas, cobertura económica, grado de dependencia y satisfacción en el Hogar.

Al realizar la valoración nutricional se utilizó el índice de Quetelet (5) utilizando la fórmula:
 $IMC = \text{peso} \times (\text{talla})^2$.

Teniendo en cuenta los siguientes valores (6)

Desnutridos ≤ 16%	Bajo peso 16-18,4%	Normopeso 18,5-24,9%	Sobrepeso 25%-29,9%
	Obeso ≥ 30		

Para la evaluación de las alteraciones psicológicas nos apoyamos en el Minimental State Examination de Folstein para diagnosticar demencia. Además fue utilizada la escala de depresión geriátrica de Yesavage para diagnosticar presencia y tipo de depresión, que no fue aplicada a los pacientes con demencia por presentar ya un diagnóstico donde primaba el déficit cognitivo. También fue empleado el índice de Katz para determinar grado de dependencia en cuanto a las actividades de la vida diaria.

Para evaluar el grado de satisfacción de los ancianos en el hogar se clasificó en:

Satisfecho: Cuando estaba de acuerdo con la atención recibida por todo el personal del hogar y los servicios prestados.

No satisfecho: Cuando estaba en desacuerdo con la atención recibida por el personal del hogar y algún servicio del que se presta (alimentación, barbería, lavandería).

Se aplicó un formulario a cada paciente previamente elaborado y validada en Villa Clara en estudio realizado por Valdés Mijares (anexo 1) (6).

El nivel estadístico permitió el análisis de la información, esta fue introducida en una base de datos, siendo automatizado y procesado en un sistema estadístico SPSS por Windows XP, el cual fue ejecutado en una Microcomputadora Pentium 4.

RESULTADOS

La tabla No 1 muestra la distribución del sexo por grupos de edades en los ancianos residentes en el Hogar. Hubo predominio del sexo masculino (76.7 %) con respecto a las mujeres (23.3 %). Fue menor el porcentaje de hombres con respecto a la edad a diferencia de las mujeres que aumentó hasta representar el 37.5 % en el grupo de 90 y más. Se pudo observar que el rango de edad predominante fue el de 80-89 años, seguido del grupo de 70-79 años con 46 y 34 ancianos que representó el 39.7 y 29.3 % respectivamente.

La tabla No. 2 refleja los problemas de salud más frecuentes según la edad, se observó que hubo un predominio de las enfermedades del Sistema Osteomioarticular con un 52.6 % la que se incrementó a medida que avanzaba la edad siendo de un 75 % en el grupo de 90 y más. Le siguió Hipertensión Arterial con 38.8 % con predominio en el grupo 80 a 89 años donde la mayor parte de los ancianos la padecen. La Cardiopatía Isquémica representó el 13.8 % siendo más notable a los 90 y más años con 50 %, no siendo significativa la diferencia entre los grupos de edades, los accidentes vasculares encefálicos con igual presentación (13.8 %) prevalecieron en el grupo de 90 y más y 60 a 69 años.

Una de las quejas que en múltiples ocasiones presentan las personas de edad institucionalizadas es su insatisfacción con el valor energético y nutritivo de los alimentos servidos, sin embargo al realizar su valoración nutricional (Tabla 3),

se observó que el mayor porcentaje de los senescentes eran normopesos (64.6 %), seguidos de los sobrepesos y los bajos pesos con 12.1 y 11.2 %, respectivamente.

La distribución de las principales alteraciones psicoafectivas de acuerdo con la edad se relacionaron en la tabla No. 4, donde se observó que la depresión representó el 17.2 %, siendo relevante en los grupos de 60 a 69 y 90 años y más donde representó el 25.0 % .

En lo referente a la situación económica (tabla No 5) se obtuvo que el mayor porcentaje correspondió a los jubilados con 53.4 % , a expensas del grupo de 70-79 con 55.9 % como reflejo de la situación laboral que ha vivido el país desde el triunfo revolucionario ; seguido de los pensionados y los asistenciados con un 27.6 % y 19 %, respectivamente.

Al hacer una caracterización del grado de dependencia en la tabla No 6 se manifiesta un predominio de los ancianos independientes (56.9 %) con respecto a los dependientes (43.1 %) el que disminuye a medida que avanza la edad producto a las enfermedades incapacitantes como la osteoartropatías , los AVE y las Demencias.

Al valorar el grado de satisfacción de los residentes en el hogar (Tabla 7), se ve que la gran mayoría estuvo satisfecho con la atención recibida por parte del personal y los servicios prestados lo que representó el 47.4 % en relación con los no satisfechos (32,7 %).

DISCUSIÓN

Trabajos realizados por otros autores no coinciden con este y plantean que la población geriátrica nacional e internacional se caracteriza por mayor número del sexo femenino y la disminución de esta a medida que avanza la edad (6, 7, 8, 9). En estudio realizado en el Hogar de Ancianos Noel Fernández Pérez de la provincia Santiago de Cuba , demostró un predominio de adultos mayores con edades entre 60 y 90 años de sexo masculino. Se considera que son datos que se corresponden con la composición de la población que habita en el hogar, donde existen más hombres que mujeres dentro de los grupos de edades descritos en ese trabajo (10).

El Dr. Rodríguez Mañas plantea que en la actualidad las enfermedades que más discapacidad provocan en el anciano son las osteoarticulares, los episodios cardiovasculares -ictus, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, los trastornos depresivos y las demencias (11). El Dr. Pedro Paulo Marín de la Universidad Católica de Santiago de Chile comentó además la presencia de múltiples patologías concomitantes en los adultos mayores, son los que consumen más fármacos y su funcionalidad en el diario vivir se ve alterada, pudiendo transformarlos en dependientes de otras personas (12).

Los ancianos residentes tienen un aporte suficiente de alimentos que les permite cubrir sus requerimientos de energía y nutrientes, coincidiendo con estudios realizados en Cuba y en Europa (6, 13, 14, 15). Carmenaty difiere de estos resultados, porque revela la prevalencia de desnutrición en ancianos institucionalizados entre un 6 y hasta un 85 %(16).

En Europa, Djernes y Mehta, revelaron la alta prevalencia de la depresión en los adultos mayores, sobre todo aquellos que se encuentran institucionalizados, donde llega a representar más del 95 % (17,18). En otro estudio realizado por Martha González en Cuba se observa que los ancianos institucionalizados presentan mayor frecuencia de sintomatología depresiva moderada-grave, especialmente los varones(19); con semejante porcentaje (16.4 %) se presentó la Demencia que se acusa como el

problema sanitario más importante del siglo en que se vive y es una importante causa de ingreso a los Hogares de Ancianos(20, 21, 22).

En Cuba se conoce que son los jubilados los que predominan después de los 65 años, más frecuentes en el sexo masculino, seguidos de los que dependen de una pensión, ya sea por estado de viudez o por otra situación (6). Estudio realizado por Marín revela, con respecto a su ingreso económico, que el 47 % de los ancianos institucionalizados es jubilado o rentista y 17 % está incapacitado permanentemente para trabajar (7). Frednase y Almunia muestran en su reporte, que son los jubilados y pensionados los que mayormente se encuentran en Hogares de Ancianos (23).

Los gerontes con independencia para realizar las actividades del diario vivir predominan en los Hogares de Ancianos, lo que coincide con la literatura revisada (6, 24), donde no puede desconocerse que estas instituciones son para personas válidas generalmente, las cuales pueden desarrollar una vida con calidad donde sea posible la auto-ayuda personal y la solidaridad humana (24,25,26).

A pesar que sabemos que el hogar de estudio no presenta las condiciones necesarias, la institucionalización es vivida por muchos como una solución en otros es una bendición. En el hogar de ancianos América Labadi Arce se constata un alto porcentaje de satisfacción, lo que demuestra la ardua labor del equipo de salud y, por ende, el buen reconocimiento de los albergados. Se sienten respetados y que existe preocupación hacia su persona, que los quieren y que la institución mantiene un confort satisfactorio (27).

CONCLUSIONES

El estudio realizado a los adultos mayores pertenecientes al Hogar de Ancianos Municipal, permitió arribar a las siguientes conclusiones. Predominó el sexo masculino con respecto a las mujeres. Las enfermedades crónicas predominantes fueron la Osteoartritis y la Hipertensión arterial, siendo la Depresión y la Demencia los trastornos psícoafectivos que prevalecieron. Aunque los gerontes normopesos obtuvieron alto porcentaje, el estado nutricional bajo peso y sobre peso le siguieron de cerca, lo que puede repercutir en el estado de salud de dichos ancianos. La independencia estuvo presente en la mayoría que además percibieron el hogar como un sitio de bienestar y satisfacción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zarzosa MC. Sabemos que significa envejecer? *Geriatrka* 2006; 22 (2): p 55-59.
2. Vega Garcia E .et all. Atención al adulto Mayor. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana. Editorial Ciencias Médicas VI, 2001.p.166-201.
3. Rodríguez Cabrera A. Repercusiones del envejecimiento de la población cubana en el sector salud. *Rev Cub Salud Pública Ciudad de La Habana* 2006; 32 (2).
4. Baster Moro JC. Gerontogeriatría desde el Hogar de Ancianos. Departamento de Adulto Mayor. Dirección Provincial de Salud. Holguín. Correo Científico Médico de Holguín 2004; 8(1)
5. Rodríguez J. Valoración integral de los adultos mayores. *Rev Cubana Enfermer*, Mayo-ago. 2001; 17 (2): 90-4.
6. Valdes Mijares M. Ancianos institucionalizados .Valoración integral. Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en Geriatría y gerontología. 2000.
7. Marín L. Adultos Mayores institucionalizados en Chile: ¿Cómo saber cuántos son? *Rev. Méd. Chile*, jul. 2004; 132(7): 832-8.
8. Arbinaga F. La mujer mayor institucionalizada: aproximación al estado de ánimo, la ansiedad ante la muerte y su satisfacción con la vida. *Cuadernos de Med Psicosomática y psiquiatría de enlace* 2002; 64: 26-33.
9. Martin LR. Personality and mortality risk across the life span: the importance of conscientiousness as a biopsychosocial attribute. *Health .Psychol.* 2007 Jul;26(4):428-36.
10. Rodríguez M. Interrelation of the family with the institutionalized older adult. *Rev Cub Enfermer*, Jan.-Mar. 2006; 22(1).
11. Medicina geriátrica .com.ar.L login en medicina geriátrica. 23 de octubre 2007.
12. Marin Luis PP. Un éxito de las sociedades es el envejecimiento. Centro de Geriatría y Gerontología UC, Santiago de Chile. *Rev Med Nov* 2004.
13. Díaz N. Caracterización Nutricional Antropométrica de Ancianos Institucionalizados y no Institucionalizados. *Invest. clín*, jun. 2005; 46(2): 111-19.
14. Gerber V, Krieg MA, Cornuz . Nutritional status using the mini nutritional assessment questionnaire and its relationship with bone quality in a population of institutionalized elderly women. *J Nutr Health & Aging* 2003; 7: 140-45.
15. García Alonso J, Jesús Periago M. Evaluación nutricional y estado antioxidante de un grupo de ancianos institucionalizados de Murcia (España). 2004; 54 (2).
16. Carmenaty I. Evaluación funcional del anciano. *Rev Cub Enfermer*, sep.-dic. 2002; 18(3): 184-88.
17. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;113(5):372-87.
18. Mehta M. Depressive symptoms in late life: associations with apathy, resilience and disability vary between young-old and old-old. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2007.
19. González M. Depresión en ancianos: un problema de todos. *Rev Cubana Med Gen Integr*, jul.-ago. 2001; 17(4): 316-20.
20. García MA. Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo. Un análisis conceptual. *Rev. Digital.* Buenos Aires 2003; 8 (48).
21. Gareri P, De Fazio P. Anticholinergic drug-induced delirium in an elderly Alzheimer's dementia patient. *Arch Gerontol Geriatr.* 2007;44 Suppl 1:199-206.
22. Joss JD, Burton RM, Keller CA. Memory loss in a patient treated with fluoxetine. *Ann Pharmacotherapy.* 2003 Dec; 37(12): 1800-3.
23. Frenadse SB, Almunia G, Alonso CO, Blanco M. Factores psicosociales presentes en la tercera edad. *Rev. Cub. Hig. Epidemiol.* 2005; 39(2): 77-81
24. Sitjas E. Factores predictores del deterioro funcional geriátrico. *Aten Prim* 2003; 32: 282-7.
25. Pino Placencia T. Situación y condiciones de vida de los adultos mayores en establecimientos de larga estadía. Universidad de Valparaíso. 2006
26. Arbinaga F. La mujer mayor institucionalizada: aproximación al estado de ánimo, la ansiedad ante la muerte y su satisfacción con la vida. *Cuadernos de Med Psicosomática y psiquiatría de enlace* 2002; 64: 26-33.

27. Cintra V. Grado de satisfacción de los residentes del hogar de ancianos "América Labadí Arce". Rev Cub Enfermer. 2002; 18. (2): 86-91.

ANEXOS

ENCUESTA

1. Nombre y Apellidos:
2. Edad: 60-69___ 70-79___ 80—89___ 90 y más___
3. Sexo: Masculino___ Femenino___
4. Estado civil: Casado___ Soltero___ Viudo___ Divorciado___
5. Escolaridad: Sin escolaridad___ Primaria___ Secundaria___ Preunivers___ Univers___
6. Discapacidades: Impedido físico___ Impedido mental___ Impedido físico-mental___
7. Valoración nutricional: Peso___ Talla___ VN_____
8. Causas que motivaron el ingreso: P Familiares___ P Económicos___
P vivienda___ Soledad social___
9. Visitas referidas por familiares y amigos: No recibe___ Frecuentes___ esporádicas___
10. Recibe entrada económica por: Jubilado___ Pensionado___ Asistenciado___
11. Participación en las actividades socialmente útiles: Integrado___ Parcialmente
integrado___ No participa___
12. Principales problemas biológicos: CI___ HTA___ EPOC___ AVE___ OA___ DM___
Neoplasias___ Otras___
13. Principales medicamentos utilizados: Digitálicos___ Hipotensores___ Sedantes___
Analgésicos___ Antibióticos___ Diuréticos___ Hipoglicemiantes___ Antiagregantes
Plaq___
14. Geroprotectores más usados: Anteojo___ Muletas___ Bastón___
Silla de Ruedas___ Prótesis dental___
15. Alteraciones Psicológicas: D Mayor___ D menor___ Demencia___
Esquizofrenia___ T del sueño___
16. En general como considera su estado de salud: Bueno___ Regular___ Malo___
17. Cómo se siente dentro del grupo de personas de su edad: Bien___ Regular___ Mal___
18. Atención recibida en el hogar: Satisfecho___ No satisfecho___
19. Tiene familia sustituta: Si___ No___ Funciona: Si___ No___
20. Recibió ingreso hospitalario en el último año: Si___ No___ Cuántas veces___

Tabla No 1: Relación del sexo según grupos de edades.

Grupo de edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
60-69	24	85.7	4	14.3	28	24.1
70-79	27	79.4	7	20.6	34	29.3
80-89	33	71.7	13	28.3	46	39.7
90 y más	5	62.5	3	37.5	8	6.9
Total	89	76.7	27	23.3	116	100

Tabla No 2: Problemas de salud más frecuentes según grupo de edades.

Grupo de edades	Problemas de Salud más frecuentes											
	HTA		Enferm. del SOMA		Cardiop. isquémica		Diabetes mellitus		EPOC		AVE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
60-69 n=28	11	39.3	9	32.1	3	10.7	2	7.1	5	17.8	6	21.4
70-79 n=34	8	23.5	16	47.1	4	11.8	1	2.9	3	8.8	3	8.8
80-89 n=46	23	50.0	30	65.2	5	10.9	3	6.5	4	8.7	5	10.9
90 y más n=8	3	37.5	6	75.0	4	50.0	0	0	2	25.0	2	25.0
Total n=116	45	38.8	61	52.6	16	13.8	6	5.2	14	12.1	16	13.8

Tabla No 3: Valoración nutricional según grupos de edades.

Grupo de edades	Valoración nutricional										Total	
	Desnutrido		Bajo peso		Normopeso		Sobrepeso		Obeso			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
60-69	0	0	2	7.1	19	67.9	5	17.9	2	7.1	28	24.1
70-79	1	2.9	5	14.7	21	61.8	5	14.7	2	5.9	34	29.3
80-89	3	6.5	5	10.9	30	65.2	3	6.5	5	10.9	46	39.7
90 y más	1	12.5	1	12.5	5	62.5	1	12.5	0	0	8	6.9
Total	5	4.3	13	11.2	75	64.6	14	12.1	9	7.8	116	100

Tabla No 4: Alteraciones psicoafectivas según grupo de edades.

Grupo de edades	Principales alteraciones psicoafectivas					
	Depresión		Demencia		Esquizofrenia	
	N	%	N	%	N	%
60-69 n=28	7	25.0	4	14.3	4	14.3
70-79 n=34	6	17.6	3	8.8	2	5.9
80-89 n=46	5	10.9	11	23.9	4	8.7
90 y más n=8	2	25.0	4	50.0	0	0
Total n=116	20	17.2	19	16.4	10	8.6

Tabla No 5: Relación de la entrada económica según grupo de edades.

Grupos de Edades	Entrada Económica						Total	
	Jubilado		Pensionado		Asistenciado			
	N	%	N	%	N	%	N	%
60-69	14	50.0	8	28.6	6	21.4	28	24.1
70-79	19	55.9	10	29.4	5	14.7	34	29.3
80-89	25	54.3	12	26.1	9	19.6	46	39.7
90 y más	4	50.0	2	25.0	2	25.0	8	6.9
Total	62	53.4	32	27.6	22	19.0	116	100

Tabla No 6: Grado de dependencia según grupo de edades.

Grupo de edades	Dependencia				Total	
	Independientes		dependientes			
	N	%	N	%	N	%
60-69	20	71.4	8	28.6	28	24.1
70-79	22	64.7	12	35.7	34	29.3
80-89	21	45.7	25	54.3	46	39.7
90 y más	3	37.5	5	62.5	8	6.9

Tabla 7: Atención recibida en el hogar según grupo de edades.

Grupo de edades	Atención recibida en el hogar						Total	
	No satisfecho		Satisfecho		No refiere			
	N	%	N	%	N	%	N	%
60-69	11	39.3	15	53.6	2	7.1	28	24.1
70-79	12	35.3	18	52.9	4	11.8	34	29.3
80-89	14	30.4	19	41.3	13	28.3	46	39.7
90y más	1	12.5	3	37.5	4	50.0	8	6.9
Total	38	32.7	55	47.4	23	19.9	116	100