

El adulto mayor maduro: condiciones actuales de vida

Lena Verónica García Pulgarín

Profesional en Ciencias del Deporte y la Recreación, Universidad Tecnológica de Pereira. Integrante Grupo de Psicogeriatría. Clínica de la Memoria, las demencias y el envejecimiento - CMDE

Luis Hernando García Ortiz

Médico Internista–Geriatra clínico. Docente Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira. Integrante Grupo de Psicogeriatría. Clínica de la Memoria, las demencias y el envejecimiento - CMDE

Grupo de Psicogeriatría

Clínica de la Memoria, las Demencias y el Envejecimiento – CMDE
Centro Integral del Envejecimiento Santa Maria de los Álamos - CIES

Resumen

Se describen las condiciones actuales de hábitos y calidad de vida de 312 adultos mayores que acudieron al programa Clínica de la Memoria, las Demencias y el Envejecimiento (CMDEN) en la ciudad de Pereira, cuyas valoraciones fueron realizadas por el grupo de Psicogeriatría en las áreas de geriatría, psiquiatría, psicología, medicina general, sociología y actividad física. La investigación fue descriptiva de carácter trasversal, donde los datos fueron tomados por entrevista y observación y el análisis realizado por el programa Excel. El 39.4% de la población estaba en el rango de edad entre los 65 – 74 años, 38.4% eran casados, el 44% de la población desempeña labores domésticas, y el 37% es cesante. La enfermedad más prevalente en ésta población fue la Hipertensión Arterial (HTA - 43%), seguido de los trastornos cognitivos -Deterioro Cognitivo Leve (DCL), Demencia Tipo Alzheimer (DTA) y el trastorno Cognitivo Asociado a la Depresión (Tx Cog 2° Dep)-; la mayoría son personas independientes y funcionales y mostraron patrones normales de marcha y equilibrio. El 53% utiliza su tiempo libre en actividades lúdicas y deportivas, mientras el 24% no realiza ninguna actividad para el aprovechamiento del tiempo libre.

Palabras clave: adulto mayor, funcionalidad, ocupación laboral, tiempo libre.

Recibido para publicación: 23-09-2005

Aceptado para publicación: 04-11-2005

Introducción

Cuando nos referimos a los adultos mayores pensamos en las personas que sobrepasan los 55 años con cambios físicos (canas, arrugas, débiles), fisiológicos (incontinentes, desmemoriados) y sociales (aislados, retraídos), independiente de la calidad y los hábitos de vida que hallan desarrollado.

En el último consenso de la Asociación Internacional de Psicogeriatría (IPA) se definió la población en grupos de edades para la aplicación de diagnósticos, tratamientos, programas de desarrollo, con el fin de ofrecer un mejor manejo. Este consenso realizó la siguiente clasificación: adulto mayor joven 55–64 años, adulto mayor maduro 65–74 años, adulto mayor 75–84 años, anciano mayores de 85 años, nonagenarios y centenarios.

Con el aumento de la expectativa de vida, en la actualidad las personas mayores de 55 años ocupan un amplio porcentaje de la población mundial. Por lo tanto, es importante conocer las condiciones de vida de estos grupos de personas para verificar el impacto que tienen en la calidad de los estándares de vida, conocer acerca del tiempo libre (ocupación), hobbies y habilidades, soporte social, sexualidad, calidad del sueño y apetito.

La población de adultos mayores de 65 años es más vulnerable a cambios en sus condiciones de vida: jubilación, muerte de seres queridos, mayor disponibilidad de tiempo, aparición y/o complicación de enfermedades, caídas, entre otros.

Materiales y métodos

El grupo de Psicogeriatría de la Clínica de la Memoria, las Demencias y el Envejecimiento en la ciudad de Pereira evaluó 312 pacientes entre los 55 y 93 años, en un periodo comprendido entre el 2003-2005, por las áreas de geriatría, psiquiatría, psicología, medicina general, sociología y actividad física, áreas en las cuales se aplicaron pruebas de tamizaje psicométricas y funcionales como: el test Minimental, la escala de trastornos de memoria, el

GDS y el neuropsí para valorar la función cognitiva, el test de Yesavage para tamizaje de depresión, los índices de Barthel y Lawton que miden el estado funcional y la escala de Tinetti para valorar la marcha y el equilibrio. Igualmente cada una de las áreas aplicó protocolos de evaluación física para realizar el diagnóstico clínico.

.

Resultados

La tabla 1 muestra la relación entre el total de los pacientes evaluados con aquellos en edades comprendidas entre los 65–74 años (población objetivo), observando a 123 personas entre este rango de edad.

Tabla 1. Distribución poblacional de adultos mayores de la CMDE

<i>Edad</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Total</i>
Menores y mayores	143	46	189
65 – 74 años	99	24	123
Total	242	70	312

En la tabla 2 se aprecia el estado civil de la población estudiada y la edad. Los indicadores de esta tabla señalan mayor prevalencia en los grupos de personas casadas y viudas, así: 32 personas del grupo entre los 65–74 años son solteras, 118 continúan casadas, 113 están viudas, 41 aparecen separadas y 8 personas se encuentran en unión libre.

Tabla 2. Estado civil en adultos mayores maduros de la CMDE por distribución poblacional.

<i>Estado civil</i>	<i>Menores y mayores</i>	<i>65 – 74 años</i>	<i>Total</i>
Soltero	19	13	32
Casado	72	46	118
Viudo	71	42	113
Separado	22	19	41
Unión libre	5	3	8
Total	189	123	312

En la tabla 3 se correlaciona la ocupación laboral actual de las personas evaluadas con la edad, siendo para la población objetivo la ejecución de labores domésticas la actividad predominante (n=68) seguida de aquellas personas que no se encuentran realizando ninguna actividad laboral (n=37).

Tabla 3. Ocupación laboral actual en adultos mayores de la CMDE por distribución poblacional.

<i>Ocupación laboral actual</i>	<i>Menores y mayores</i>	<i>65 – 74 años</i>	<i>Total</i>
Ama de casa	87	68	155
Trabajadores	39	18	57
Sin ocupación laboral	63	37	100
Total	189	123	312

La tabla 4 muestra el diagnóstico clínico por rangos de edad. En la población objetivo la Hipertensión Arterial (HTA) es la patología con mayor prevalencia (70 personas), sin embargo los diagnósticos clínicos como el Síndrome Metabólico (SM), la Diabetes Mellitus (DM) y la Depresión muestran un importante número de pacientes en comparación con la cantidad total de pacientes valorados.

Tabla 4. Calidad de vida, diagnóstico clínico; HTA, SM, DM y depresión en adultos mayores de la CMDE por distribución poblacional.

<i>Diagnóstico clínico</i>	<i>Menores y mayores</i>	<i>65 – 74 años</i>	<i>Total</i>
HTA	94	70	164
SM	11	10	21
DM	12	13	25
DEPRESION	40	33	73
Total	157	126	283

* HTA: Hipertensión Arterial

* SM: Síndrome Metabólico

* DM: Diabetes Mellitus

La tabla 5 muestra la relación por rangos de edad con el diagnóstico cognitivo, mostrando al Deterioro Cognitivo Leve (DCL) como el diagnóstico mental con mayor prevalencia (46 personas), seguido por las personas sanas (n=34). La

Demencia tipo Alzheimer (DTA) muestra a 14 pacientes de 22 con este diagnóstico.

Tabla 5. Diagnóstico cognitivo: DCL, DTA, TX COG. 2º DEP y SANO en adultos mayores de la CMDE por distribución poblacional.

<i>Diagnóstico cognitivo</i>	<i>Menores y mayores</i>	<i>65 – 74 años</i>	<i>Total</i>
DCL	63	46	109
DTA	8	14	22
TX COG. 2º DEP*	12	7	19
SANO	61	34	95
Total	144	101	245

* DCL: Deterioro Cognitivo Leve

* DTA: Demencia Tipo Alzheimer

* TX COG. 2º DEP: Trastorno Cognitivo Secundario a Depresión.

La tabla 6 nos enseña la relación entre las AVDB (actividades de la vida diaria básicas) y las AVDA (actividades de la vida diaria avanzadas) mostrando a la mayoría de personas como una población autónoma.

Tabla 6. Calidad de vida, AVDB y AVDA en adultos mayores de la CMDE.

<i>AVD</i>	<i>Dep. total</i>	<i>Dep. Sev.</i>	<i>Dep. Mod.</i>	<i>Dep. leve</i>	<i>Autónomo</i>	<i>Total</i>
AVDB	0	2	2	7	110	121
AVDA	7	4	10	-	102	123
Total	7	6	12	7	212	244

La tabla 7 muestra la relación entre la marcha y el equilibrio señalando que los patrones de marcha y equilibrio se mantienen conservados en la mayoría, sólo 12 de los pacientes muestran un patrón de equilibrio regular.

Tabla 7. Tinetti (marcha y equilibrio) de adultos mayores de la CMDE.

<i>Tinetti</i>	<i>Normal</i>	<i>Regular</i>	<i>Anormal</i>	<i>Total</i>
Marcha	99	5	1	105
Equilibrio	94	12	2	108
Total	193	17	3	213

La tabla 8 muestra las actividades de ocupación del tiempo. Las actividades lúdicas y deportivas son las más realizadas por la población (n=134); sin embargo, cabe anotar que 41 personas de la población objetivo no realizan ninguna actividad que ocupe su tiempo libre.

Tabla 8. Hábitos de vida, ocupación del tiempo libre en adultos mayores de la CMDE.

Sexo	Act. Lúdicas y deportivas	Manualidades	Otros	Nada	Total
Mujeres	61	18	3	17	99
Hombres	7	3	10	4	24
Total	68	21	13	21	123

Conclusiones

La población en estudio ha mostrado que del total de 312 pacientes, un amplio porcentaje corresponde al grupo de personas entre los 65–74 años.

De esta población se desprenden datos importantes en cuanto a las actividades que en la actualidad permiten su independencia a pesar de la edad, siendo las actividades domésticas las de mayor demanda sin dejar de reconocer que existe un número igualmente alto de personas que no desarrollan actividades laborales ni actividades que ocupen su tiempo libre.

Sería una información significativa el hecho de conocer su grado de escolaridad, proveniencia, núcleo familiar y otras condiciones de vivencia, que nos permitan establecer con exactitud que condiciones hacen que ésta población pueda ser funcional.

Igualmente importante es haber observado la existencia en esta población de una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles como la HTA, la DM y el SM, enfermedades que pueden prevenirse con hábitos saludables de vida como el ejercicio físico y una adecuada alimentación.

En cuanto a los diagnósticos cognitivos nuestra población objetivo muestra a la DTA como una enfermedad de importante prevalencia al igual que el DCL.

Un gran aporte sería realizar un estudio homogéneo entre las amas de casa y entre las personas que no realizan ninguna actividad, lo mismo entre personas que manifiestan una característica clínica y cognitiva similar y mirar cómo programas de intervención pueden ejercer cambios dentro de su estado.

Bibliografía

1. Alarcón R., García LH., y cols. Trastornos Depresivos en Poblaciones Ancianas en el Departamento de Risaralda. Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. Manizales. 2003. Vol 17 (3): 506-517.
2. Alzate G., Moreno G., Ocampo C, Vera M. P T. Evaluación del desempeño motor para la tercera edad en edades comprendidas entre 60–70 años. Universidad de Caldas. Facultad de Educación. Escuela de Educación Física y Recreación. Manizales. 1994
3. Baztán Jj, González Ji, Del Ser T. Escalas de Actividades de la Vida Diaria. En: Del Ser T, Peña-Casanova J, Evaluación Neuropsicológica y Funcional de la Demencia. Barcelona. 1.994. J. R.
4. García P. LV., García O. LH. Evaluación Física y Funcional de Adultos Mayores con Deterioro Cognoscitivo. Pereira. *Rev Med Risaralda* 2004, 10 (2): 22-28.
5. Mahoney FI, Wood OH, Barthel DW. Rehabilitation of Chronically Ill Patients: The Influence of Complications on the Final Goal. *South Med J*,
6. R. López Mogíl, J.M. Ortega, B. Martinez. Nuevas Aplicaciones de la Valoración Funcional en Residencias de Ancianos. *Geriatrionet.Com*. Vol 2 (2), 2000.
7. Omenn Gilbert S. Md, PhD. Clinics in Geriatric Medicine. Health: Promotion and Disease Prevention. Philadelphia, Pennsylvania w.b Saunders company. Volume 8. 1992.
8. Schollossmacher MG y cols. Case 27–2004 a 79 year–old woman with disturbances in gait, cognition and Autonomic function. *New England Journal of Medicine*. Aug, 2004.
9. Tinetti ME y cols. A Multifactorial Intervention to Reduce the Risk of Falling Among Elderly People Living in the Community. *New England Journal of Medicine*. Sep, 1994.