

Capacidad funcional de adultos mayores institucionalizados y de la comunidad, Nicaragua 2016

Functional capacity of institutionalized older adults and the community, Nicaragua 2016

Teodoro Isaac Tercero Rivera

Departamento de Fisioterapia, Instituto Politécnico de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN, Managua. Semáforos villa Fontana 800 mts al oeste, Edificio Gemelo No 1, 3er piso.

<https://orcid.org/0000-0002-1360-284X>

mateo_7848@yahoo.com

RESUMEN

El objetivo de este estudio es comparar las capacidades funcionales entre dos grupos de adultos mayores, los que habitan un asilo de ancianos y los que viven en la comunidad. Se trata de un estudio transversal, descriptivo correlacional, cuantitativo, su unidad de análisis son los adultos mayores que conviven en escenarios diferentes que fueron seleccionados por conveniencia, siendo esta un total de 28 adultos (14 en cada lugar). Las técnicas utilizadas fueron: la entrevista, visita domiciliar, y observación directa e indirecta. El instrumento aplicado fue la evaluación clínica del adulto mayor. Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS 22, se analizaron mediante estadísticos descriptivos de frecuencia simple, tablas de contingencia, y pruebas de Rho de Spearman y Pearson con significación de un 5%. Los principales resultados demuestran el predominó del sexo masculino en asilo de ancianos con 57.1% y en la comunidad el femenino con 71.4%, los rangos de edad para ambos fueron entre 65 a más de 85 años, la mayor representación de procedencia en ambos fue Managua, los niveles de escolaridad fueron primaria y secundaria. Con relación a las condiciones de salud, en ambos escenarios presentaron más de dos enfermedades crónicas (89%), y tienen dependencia funcional en las actividades básicas de la vida diaria e instrumentales (85%). Asimismo, se encontraron niveles altos y moderados de riesgos de caídas (42.84%). Se concluye que las dos poblaciones son significativamente similares, ambas presentan capacidades funcionales limitadas y algunas personas alcanzan la condición de discapacidad.

RECIBIDO

07/04/2021

ACEPTADO

07/07/2021

PALABRAS CLAVE

Adulto mayor; capacidades funcionales; riesgo de caída; independencia; dependencia; condición de salud.

ABSTRACT

The objective of this study is to compare the functional capacities between two groups of older adults, those who inhabit a nursing home and those who live in the community. It is a cross-sectional, descriptive correlational, quantitative study, its unit of analysis are the older adults living together in different scenarios that were selected by convenience, being this a total of 28 adults (14 in each place). The techniques used were: interview, home visit, and direct and indirect observation. The instrument used was the clinical evaluation of the older adult. The SPSS 22 statistical software was used to process the data, which were analyzed by means of descriptive statistics of simple frequency, contingency tables, and Spearman's Rho and Pearson tests with a significance of 5%. The main results show the predominance of the male sex in the nursing home with 57.1% and in the community the female with 71.4%, the age ranges for both were between 65 and more than 85 years, the greatest representation of origin in both was Managua, the levels of schooling were primary and secondary. In relation to health conditions, in both scenarios they presented more than two chronic diseases (89%), and have functional dependence in basic activities of daily living and instrumental activities (85%). Likewise, high and moderate levels of fall risks were found (42.84%). It is concluded that the two populations are significantly similar, both have limited functional capacities and some people reach the condition of disability.

KEYWORDS

Older adult; functional capacities; fall risk; independence; dependence; health condition.

INTRODUCCIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), proponen una evaluación funcional con el objetivo de proporcionar elementos conceptuales y metodológicos para la correcta identificación de funcionalidad utilizando escalas apropiadas para medir las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, evaluar la marcha y el balance, para planificar estrategias para mejorar o mantener el estado funcional de las personas de edad avanzada ((OPS/OMS), 2008).

En Nicaragua se conoce muy poco acerca de los servicios que ofrecen los hogares para albergar a personas adultos mayores. Hasta la fecha no se conoce de alguna experiencia empírica que revele los aspectos más relevantes del entorno de estos hogares. Tampoco, se conoce la cantidad, la situación de salud y el nivel de dependencia funcional que los adultos mayores institucionalizados presentan.

Por otro lado, existe otro escenario, el cual incluye la convivencia de adultos mayores en la comunidad, evidentemente no se obtienen informes, estadísticas, investigaciones ni mucho menos diagnósticos de cómo es el comportamiento de la población mayor en la comunidad, su situación de salud, su integración social comunitaria y sus capacidades funcionales son algunas de las incógnitas que se abordaron en el presente estudio.

Como dice Sáenz (2011), las personas mayores, institucionalizadas y no institucionalizadas son aquellas que se encuentran con mayor necesidad de atención por discapacidad o por problemas sociales y familiares (indigencia, abandono y rechazo familiar). El análisis de la capacidad funcional no solo permite determinar el nivel de independencia social de los adultos mayores y el nivel de repercusión de las enfermedades, sino que, permite realizar una valoración más crítica acerca de la capacidad de los adultos mayores de poder desarrollarse en el medio tomando en cuenta las funciones limitadas que afectan la calidad de vida de los mismos.

En 2006–2010, los adultos mayores representaban 6,1% de la población nicaragüense. El índice de envejecimiento fue de 18 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años. El número de consultas médicas realizadas en el primer nivel de atención por este grupo de población aumentó de 847.171 en 2008 a 1.076.710 en 2010. Según las estimaciones del Instituto Nacional de Información de Desarrollo, la población nicaragüense en el 2013, era de 413,478 personas de 60 a más años de edad, que representan el 7% de la población total. Y para el 2015 se estima un aumento porcentual igual o mayor al 1.5% (INIDE, 2013).

A partir de lo anterior, se pretende realizar un estudio cuantitativo correlacional, que permita comparar las principales capacidades funcionales de los adultos mayores en su medio de convivencia. Tomando en cuenta que en este espacio población no se ha realizado una investigación de este tipo. Esta investigación estudia a dos escenarios que incluyen a: los adultos mayores que viven Institucionalizados (asilo de ancianos San Pedro Claver) y los adultos que habitan en la comunidad Loma Linda sur del distrito III de Managua.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional, con enfoque cuantitativo y de corte transversal en los meses de octubre 2014-marzo 2015.

Se seleccionaron dos áreas u escenarios para la realización de este estudio; uno tuvo lugar en un centro para adultos mayores que se ha denominado “Institucionalizados” (Asilo de Ancianos San Pedro Claver) de la ciudad de Masaya y el otro corresponde a la comunidad Loma Linda sur del distrito III de la ciudad de Managua – Nicaragua. Es adecuado destacar que la selección de los establecimientos se realizó a conveniencia del investigador, la disponibilidad de la población para participar, la accesibilidad geográfica para llegar a esta población.

La unidad de análisis fue la capacidad funcional que poseen los adultos mayores para desempeñar las actividades de la vida diaria. El universo estuvo conformado por los 34 adultos mayores institucionalizados que habitan en el asilo de ancianos y 14 que residen en la comunidad, mediante un muestreo no probabilístico y por conveniencia se seleccionaron 28 adultos mayores (14 de cada área de estudio) basados en criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos.

Las fuentes fueron; información de fuentes primarias proporcionada por los sujetos en estudio (adultos mayores), mediante la técnica de la entrevista estructurada y dirigida a cada uno de los adultos mayores durante la aplicación del instrumento de recolección. Así mismo, se obtuvo información secundaria proporcionada gracias a la revisión de expedientes clínicos, visitas domiciliarias, datos proporcionados de familiares y cuidadores, apoyados de la observación directa e indirecta en cada uno de los procesos⁴.

El instrumento de base que se utilizó fue: La Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM) propuesta por el Ministerio de Salud de Chile en el 2003 y avalada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). Estandarizada para los países latinoamericanos

y del Caribe. La última validación se realizó en el 2010 ((OPS/OMS), 2012). Extraída de los Módulos de Valoración Clínica Parte I capítulo del 1 a 8, y de los capítulos de padecimientos clínicos de la OPS / OMS, año 2010, realizado por el Programa Nacional de Pensionados, Jubilados y Tercera Edad de la Caja de Seguro Social en 2011.) Para su aplicación se realizó una modificación y validación para su adaptación al contexto nicaragüense.

Dicha evaluación contempla 3 componentes principales para medir el grado de funcionalidad de los adultos mayores: El primero está relacionado con las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), para la evaluación de este contexto se utiliza el índice de Katz Modificado (Katz, 2010). El segundo es para evaluar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). La escala de Lawton es útil para detectar los primeros grados de deterioro funcional de los y las adultas mayores La tercera evalúa el equilibrio y la marcha que presentan los adultos mayores al realizar las actividades de la vida diaria. La escala de Tinetti fue la evaluación destinada para este proceso el cual se basa en el movimiento como un componente esencial en la vida del adulto mayor (Tinetti, 2006).

Antes de proceder a la aplicación del instrumento se tomaron en cuenta, los aspectos éticos que toda investigación debe incluir. Se solicitó consentimiento informado por escrito a las participantes de ambos escenarios, en el cual se les explica, el fin del estudio, los procedimientos que este implica, la duración, el riesgo, los beneficios y el derecho a negarse a participar. Se les garantizó además el manejo confidencial de los datos y el uso que el investigador podría dar serían únicamente con fines académicos.

Para obtener los datos, se realizó carta de solicitud escrita a las autoridades del Asilos de Ancianos San Pedro Claver en la cual se explicó explícitamente los objetivos del estudio. Haciendo énfasis en entregar los resultados a los dirigentes del mismo, con el objetivo de tomar medidas que contribuyan con el mejoramiento de la calidad de atención en los adultos mayores. La información se recolectó durante una semana, 2 días en asilo de ancianos y 3 en la comunidad en horario de 8:00 am a 4.30 pm. Se contó con el apoyo de los estudiantes del 5to año de la Licenciatura de Fisioterapia de la UNAN, Managua quienes apoyaron el proceso y fueron supervisados por dos docentes del departamento.

Se hace referencia que antes de realizar el levantamiento de los datos en la comunidad, se realizó un diagnóstico sugestivo mediante la visita domiciliar con el objetivo de identificar a los adultos mayores que participarían en el estudio. En este se encontraron 14 adultos mayores en los que se les informó los objetivos del estudio y aceptaron participar en el mismo. Posterior se realizó la jornada de evaluación in situ en la que se recolectó la información.

Para procesar la información se crearon tres bases de datos (una por cada instrumento) en el programa estadístico IBM SPSS (Versión 22, 2014).

Para el análisis de la información se realizaron estadísticos descriptivos de tendencia central, descriptivos de frecuencia simple, tablas de contingencia de dos y tres variables y estadísticas de correlación de Rho de Spearman y de Pearson. Con nivel de confianza de 95%. También se utilizó el Microsoft Excel 2013. Para la presentación de los resultados obtenidos se utilizaron tablas de contingencia, gráficos de barras simples y gráficos de barras en 3D. Para digitalizar el informe final, se utilizó Microsoft Office Word 2013, haciendo uso de una computadora marca COMPAQ con un Windows 8.1.

Las variables en estudio fueron; Socio demográficas (edad, sexo, procedencia, escolaridad), Socio Familiares (estado civil, profesión ejercida, número de hijos, tiempo aproximado de estadía en el asilo) Condición de salud (enfermedades de base), Actividades básicas de la vida diaria (bañarse, vestirse, Apariencia personal, Usar el inodoro, Continencia, Trasladarse, Caminar, Alimentarse) Actividades instrumentales de la vida diaria (Capacidad para usar el teléfono, Uso de medios de transporte, Ir de compras, Preparación de la comida, Control de sus medicamentos, Manejo de sus asuntos económicos), Habilidades de equilibrio (Equilibrio mientras está sentado, Al levantarse, al sentarse, Equilibrio inmediato al ponerse de pié, Equilibrio con pies lado a lado, Prueba del Tirón, Se para con la pierna derecha sin apoyo, Se para con la pierna izquierda sin apoyo, Posición de Semi-tándem, Posición Tándem, Se agacha, Se para en puntillas, Se para en los talones), Habilidades de marcha (Inicio de la marcha, Trayectoria, Pierde el paso, Da la vuelta, Caminar sobre obstáculos).

RESULTADOS

En relación a la variable Características Socio demográficas se encontró: que el sexo de mayor predominio en el asilo de ancianos fue del sexo masculino con 8 personas equivalentes al 57.1% y en la comunidad fueron 10 adultos del sexo femenino equivalente al 71.4%, en ambos escenarios las edades oscilaron entre 64 a más de 85 años en un 85.7%, el nivel de escolaridad alcanzado para los mayores del asilo está entre secundaria, técnico superior y universitario en 42.8% y en la comunidad el 64.2% fueron alfabetizados y alcanzaron primaria. Ver tabla 1.

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS

CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS		ASILO DE ANCIANOS		COMUNIDAD	
		F (N= 14)	%	F N=14)	%
SEXO	Masculino	8	57.1	4	28.6
	Femenino	6	42.9	10	71.4
EDAD	<65-74 años	7	50.0	6	50.0
	75 - >84 años	7	50.0	8	50.0

PROCEDENCIA	Managua	5	35.7	9	64.3
	León/Chinandega	4	28.6		
	Carazo			4	28.1
	Masaya	1	7.1		
	Otros departamentos	4	28.6	1	7.1
NIVEL ESCOLARIDAD ALCANZADA	Iletrado	3	21.4	1	7.1
	Alfabetizado	1	7.1	1	7.1
	Primaria	2	14.3	7	50.0
	Secundaria	2	14.3	2	14.3
	Técnico superior	1	7.1	3	21.4
	Universitario	3	21.4		
	NS/NR	2	14.3		
IC 95%					

Fuente: ficha de recolección datos socio demográficos

En relación la variable Características Socio familiares se encontró: la profesión que ejercían los adultos mayores del asilo; en un 71.3% eran actividades técnicas y profesionales y en la comunidad 57.1% como ama de casa. En cuanto al número de hijos que procrearon los adultos del asilo los mayores predominios fueron adultos que tuvieron entre 3 y 5 hijos (71.4%), en cambio los adultos de la comunidad; tuvieron más de 5 hijos (50%). El estado civil de los mayores en el asilo fue: divorciado o separado (50%), en cuanto a los mayores que viven en la comunidad; se encuentran casados (42.9%). Ver tabla 2.

TABLA 2: CARACTERÍSTICAS SOCIO FAMILIARES

CARACTERÍSTICAS SOCIO FAMILIARES		Asilo de Ancianos		Comunidad	
		F (N=14)	%	F (N=14)	%
PROFESIÓN EJERCIDA	Operario	3	21.4	2	14.3
	Servicios profesionales	2	14.3	1	7.1
	Agricultor	1	7.1	3	21.4
	Ama de casa	3	14.3	8	57.1
	Obreros	5	35.7		
EDAD	3-5 hijos	10	71.4	6	42.9
	Más de 5 hijos	2	14.3	7	50.0
	NS/NR	2	14.3	1	7.1
ESTADO CIVIL	Soltero (a)	11	78.6	3	21.4
	Casado (a)	1	7.1	6	42.9
	Viudo (a)	2	14.3	5	35.7
TIEMPO DE ESTAR EN EL ASILO	Entre 3 y 5 años	3	21.4		
	Más de 5 años	11	78.6		
IC 95%					

Fuente: ficha de recolección, datos personales.

En cuanto a los antecedentes de enfermedades en el asilo de ancianos se encontraron: enfermedades presente cardiovasculares (42.9%), articulares y musculo esqueléticas (85.7%), de la audición (42.9%), de la visión (57.1%), problemas metabólicos (57.1%) y alteraciones neurológicas ausentes (85.7%). Por otro lado, en los adultos de la comunidad se encontró; problemas cardiovasculares presentes 64.3%, de las articulaciones y musculo esqueléticas 92.9%, alteraciones en la audición 35.7%, de la visión 78.6%, alteraciones neurológicas 92.9% y finalmente problemas metabólicos 71.4%. ver tabla 3.

TABLA 3: CONDICIONES DE SALUD

CONDICIONES DE SALUD (ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES)	Asilo de Ancianos		Comunidad		
	F (n=14)	%	F (n=14)	%	
CARDIOVASCULARES	No	8	57.1	5	35.7
	Si	6	42.9	9	64.3
ARTICULARES Y MUSCULO ESQUELÉTICO	No	2	14.3	1	7.1
	Si	12	85.7	13	92.9
AUDICIÓN	No	8	57.1	9	64.3
	Si	6	42.9	5	35.7
VISIÓN	No	6	42.9	3	21.4
	Si	8	57.1	11	78.6
NEUROLÓGICA Y PROCESOS DEGENERATIVOS DEL SNC	No	12	85.7	13	92.9
	Si	2	14.3	1	7.1
METABÓLICAS	No	6	42.9	4	28.6
	Si	8	57.1	10	71.4
IC 95%					

Fuente: ficha de recolección, datos personales.

En las Actividades básicas de la vida diaria (ABVD); tanto los adultos mayores del asilo de ancianos como en comunidad se encontró que las actividades que hacían de manera asistida y/o completamente dependiente fueron: actividad de bañarse el 57.1%, vestirse 57.1%, en la apariencia personal 64.3%, en el uso del inodoro 50%, En cuanto a la continencia 42.8%%, en las actividades de traslado y marcha el 92.9% se encontraron dependientes parciales o totales. Ver tabla 4.

TABLA 4: CAPACIDADES FUNCIONALES (ABVD)

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA	Asilo de Ancianos		Comunidad		
	F (n=14)	%	F (n=14)	%	
BAÑARSE	Independiente	6	42.9	7	50
	Asistido	5	35.7	5	35.7
	Dependiente	3	21.4	2	14.3

VESTIRSE	Independiente	6	42.9	7	50.0
	Asistido	6	42.9	5	35.7
	Dependiente	2	14.3	2	14.3
APARIENCIA PERSONAL	Independiente	9	64.3	12	85.7
	Asistido	3	21.4		
	Dependiente	2	14.3	2	14.3
USAR EL INODORO	Independiente	7	50.0	6	42.9
	Asistido	5	35.7	6	42.9
	Dependiente	2	14.3	2	14.3
CONTINENCIA	Independiente	10	71.4	14	100
	Asistido	3	21.4		
	Dependiente	1	7.1		
TRASLADARSE	Independiente.	7	50.0	9	64.3
	Asistido	6	42.9	3	21.4
	Dependiente	1	7.1	2	14.3
CAMINAR	Independiente	6	42.9	12	85.7
	Asistido	7	50.0		
	Dependiente	1	7.1	2	14.3
ALIMENTARSE	Independiente.	11	78.6	12	85.7
	Dependiente	3	21.4	2	14.3
IC 95%					

Fuente: ficha de recolección, Katz.

Para las actividades Instrumentales (AI) los resultados fueron los siguientes; los adultos mayores del asilo de ancianos y de la comunidad se encontraron dependientes parciales y total en: la actividad de: usar el teléfono 63.9%, En cuanto al uso de transporte en el asilo el 92.3% son dependientes y en la comunidad el 28.6% es independiente, en relación al uso de utensilios de cocina/ cocinar en el asilo son dependientes el 85.2% y en la comunidad 63.9%, en la administración de sus medicamentos el 71% de los mayores del eran dependientes y el 50% en la comunidad y en la administración de sus finanzas el 85.2% de los mayores del asilo eran dependientes y en la comunidad el 57.1%. ver tabla 5.

TABLA 5: CAPACIDADES FUNCIONALES (ACTIVIDADES INSTRUMENTALES)

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES	Asilo de Ancianos		Comunidad		
	F (n=14)	%	F (n=14)	%	
USAR EL TELÉFONO	Independiente	4	28.6	7	50.0
	Asistido	6	42.9	4	28.6
	Dependiente	3	21.4	3	21.4
	No Usa	1	7.1		

USAR TRANSPORTE	Independiente	1	7.1	4	28.6
	Asistido	2	14.3	7	50.0
	Dependiente	5	35.7	3	21.4
	N/A	6	42.9		
USAR UTENSILIOS DE COCINA /COCINAR	Independiente	2	14.3	5	35.7
	Asistido	2	14.3	6	42.9
	Dependiente	10	71.4	3	21.4
ADMINISTRAR SU MEDICAMENTOS	Independiente.	4	28.6	7	50.0
	Asistido	3	21.4	3	21.4
	Dependiente	7	50.0	4	28.6
ADMINISTRAR SU FINANZAS	Independiente	2	14.3	6	42.9
	Asistido	5	35.7	5	35.7
	Dependiente	7	50.0	3	21.4
GRADO DE INDEPENDENCIA	Independiente	2	14.3	1	7.1
	Dependiente	12	85.7	13	92.9
IC 95%					

Fuente: ficha de recolección, Lawton y Brody.

Habilidades en equilibrio: los adultos mayores del asilo de ancianos y los de la comunidad, el 63.9% tienen problemas de equilibrio en posición sentado, de pie, al agacharse e incorporarse a la posición de pie. En cuanto a las Habilidades para la marcha: se encontró que el 50% tiene dificultad iniciar la marcha (de ambulación) al recorrer una trayectoria el 78.6% lo realizan con ayuda y de los cuales el 63.9% pierde el paso durante la marcha, al dar la vuelta y al caminar sobre obstáculos. Ver tabla 6 y 7.

TABLA 6: CAPACIDADES FUNCIONALES (HABILIDADES DE EQUILIBRIO Y DEAMBULACIÓN)

HABILIDADES DE EQUILIBRIO	Asilo de Ancianos		Comunidad		
	F (n=14)	%	F (n=14)	%	
AL SENTARSE	Incapaz	5	35,7	3	21,4
	Capaz con ayuda	4	28,6	8	57,1
	Capaz sin ayuda	5	35,7	3	21,4
AL ESTAR SENTADO	Incapaz	1	7,1	3	21,4
	Capaz con ayuda	5	35,7	7	50,0
	Capaz sin ayuda	8	57,1	4	28,6
AL PONERSE DE PIE	Incapaz	5	35,7	3	21,4
	Capaz con ayuda	3	21,4	7	50,0
	Capaz sin ayuda	6	42,9	4	28,6

ESTAR DE PIE CON PIE JUNTOS	Incapaz	3	21,4	2	14,3
	Capaz con ayuda	7	50,0	6	42,9
	Capaz sin ayuda	4	28,6	6	42,9
AL AGACHARSE	Incapaz	7	50,0	5	35,7
	Capaz	7	50,0	9	64,3
IC 95%					

Fuente: ficha de recolección, Tinetti.

TABLA 7: CAPACIDADES FUNCIONALES (HABILIDADES PARA LA DE AMBULACIÓN)

FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN, TINETTI.		Asilo de Ancianos		Comunidad	
		F (n=14)	%	F (n=14)	%
INICIAR LA MARCHA	Incapaz	7	50,0	6	42,9
	Capaz	7	50,0	8	57,1
RECORRER UNA TRAYECTORIA	Incapaz	2	14,3	7	50,0
	Capaz con ayuda	11	78,6	5	35,7
	Capaz sin ayuda	1	7,1	2	14,3
CAPACIDAD PARA CAMINAR SIN PERDER EL PASO	Incapaz	4	28,6	6	42,9
	Capaz con ayuda	4	28,6	4	28,6
	Capaz sin ayuda	6	42,9	4	28,6
CAMINAR Y DAR VUELTAS SIN PROBLEMAS	Incapaz	2	14,3	4	28,6
	Capaz con ayuda	7	50,0	7	50,0
	Capaz sin ayuda	5	35,7	3	21,4
CAMINAR SOBRE OBSTACULOS	Incapaz	9	64,3	6	42,9
	Capaz con ayuda	4	28,6	7	50,0
	Capaz sin ayuda	1	7,1	1	7,1
IC 95%					

Fuente: ficha de recolección, Tinetti.

De igual manera se evaluó la percepción de esfuerzo durante la realización de actividades y se encontró que: en los adultos del asilo de ancianos perciben el esfuerzo de manera moderada 71.4% y el 28.6% lo perciben de manera severa y en los adultos de la comunidad el 7.1% lo percibe de manera leve y el 71.4% de manera moderada y el 21.4% de manera severa.

Finalmente, a partir de la evaluación de la escala de Tinetti, que mide el nivel de riesgo de caídas, el 50% de los ancianos del asilo presentan alto riesgo de caída, el 21.4% presentan riesgo de caída. En cambio, los mayores de la comunidad 21.4% presentan alto riesgo de caída, el 57.1% presentan riesgo y el 21.4% no presentan riesgo de caída. Ver tabla 8.

TABLA 8: CAPACIDADES FUNCIONALES (NIVEL DE RIESGO DE CAÍDAS)

NIVEL DE RIESGO ALCANZADO SEGÚN ESCALA DE TINTI M.		Asilo de Ancianos		Comunidad	
		F (n=14)	%	F (n=14)	%
NIVEL DE RIESGO	Menor a 19 "Alto Riesgo de caída"	7	50,0	3	21,4
	Entre 19 y 24 "Riesgo de caída"	3	21,4	8	57,1
	Más de 24 "Sin riesgo de caída"	4	28,6	3	21,4

Fuente: ficha de recolección.

Múltiples investigaciones que ha dedicado mucho tiempo para identificar características que muestren las variaciones en la calidad de vida durante el envejecimiento. Sin embargo, hay pocas investigaciones que se centren en el estudio de las personas que pasan sus últimos años en una residencia de ancianos y en menor cantidad, se encuentran estudios que comparan los resultados con los adultos mayores que residen en sus casas junto a sus familiares (Alcaraz, 2014).

Al contrario del estudio de Acevedo A, E (2014), en este estudio comparativo entre la evaluación de la capacidad funcional entre adultos mayores que viven institucionalizados y los que viven en la comunidad. Se evidencia que las características socio-demográficas y socio-familiares, presentan resultados similares. Lo que supone, que el contexto en que crecieron y se desarrollaron fue similar. Se creó que lo que cambió para algunos fueron las características propias familiares. Sin embargo, se entiende que el hecho de tener mayor número de hijos, y mantener una relación de pareja o estar acompañado o casado, favorece en la unión de la familia. Siendo este un factor de protección a favor de los adultos mayores para mejorar sus condiciones de vida y lograr una integración de calidad en las actividades de la vida diaria y en la misma comunidad.

En cuanto a las características de edad, sexo, los resultados concuerdan con estudios como el de; Guibert Reyes W, Alonso Roldan A en los que evidencia que el comportamiento epidemiológico de los adultos mayores predomina el sexo femenino (Guibert Reyes W, 2001). Por su parte Mella R, González L, D' Appolonio J, Maldonado I, Fuenzalida A, Díaz A, refieren que los adultos mayores del sexo femenino tienen mayores factores asociados al bienestar sugestivo (Mella R, 2014). De la misma manera Rodríguez Iyemai (2013), hace referencia que la edad sin duda condiciona, Las personas mayores no deciden el tiempo que pasan con la familia (Rodríguez, 2013).

Otro aspecto que se tomó en cuenta fue; las condiciones de salud de los adultos mayores en ambos escenarios. Dicha condición se logró obtener, en base al número de enfermedades previas que estos presentan (antecedentes patológicos). Según el modelo planteado del continuo de salud enfermedad por Milton Terris, refiere que en la medida que una persona asume una, dos o más enfermedades, su condición de salud se ve afectada hasta llegar a incidir en la capacidad de funcionar adecuadamente en el medio en que se desarrolla (Pedroso Crespo L, 2012). Así mismo, existen algunas enfermedades que, por su naturaleza, agresividad, rápida aparición originan procesos degenerativos, aumentan porcentualmente la disminución de su condición de salud (Reisberg et al, 2013).

En la valoración de la condición de salud de los mayores, se evidencia que, tanto en el asilo de ancianos como en la comunidad, se encuentran los mismos antecedentes de enfermedades con porcentajes mayores al 60% de la población y con afectaciones crónicas, lo cual supone un deterioro progresivo de las capacidades funcionales de estos ancianos. Asimismo, este estudio revela que; independientemente de las características socio demográficas de las personas y del lugar donde convivan, todos los mayores están expuestos a sufrir de cambios y alteraciones biológicas producto de la edad, lo que afectaría directamente su calidad de vida (Zavala Gonzalez M.A, 2013).

Junto a esto es necesario valorar las necesidades de los adultos mayores en cuanto a su de funcionar frente a la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Para este se utilizó el Índice de Katz, el cual propone una evaluación funcional y hace especial referencia a las actividades cotidianas que se realizan a diario para poder subsistir (Katz, 2010).

Los datos encontrados evidencian que para los adultos del asilo de ancianos. Estas actividades se ven más limitadas que en relación a los de la comunidad 35.7%. Sin embargo, en ambos escenarios las actividades de bañarse, vestirse y usar el inodoro necesitan asistencia (ayuda) para poder completar dichas actividades en un 35.7% y el otro porcentaje restante de la población es independiente en estas actividades.

Para la identificación de las actividades instrumentales se utilizó la escala de Lawton-incluyen la observación y medición de capacidades funcionales que obliguen mayor precisión y utilización de componentes de memoria a corto y largo plazo, capacidades motoras de prensión fina y gruesa, coordinación, equilibrio y balance (Salinas C, 2011). En los resultados obtenidos de los dos escenarios estudiados según la comparación realizada, se encontró aproximación de igualdad en las variables del uso del teléfono, uso de transporte y uso de utensilios de cocina y/o cocinar en un 49.7% aproximadamente, en las cuales se necesita ayuda o son dependientes para realizar este tipo de actividades. En las actividades de administrar los medicamentos y manejo de asuntos económicos¹⁶. Los adultos del asilo son mayormente dependientes que los de la comunidad.

Para completar la evaluación funcional e integral del adulto, se utilizó la escala de Tinetti para valorar el equilibrio y marcha que realizan los adultos mayores, dicha evaluación identifica el nivel de riesgo de caída que puede estar presente en los mayores al momento de realizar algunas actividades (Tinetti, 2006). Encontrado que el nivel de riesgo de sufrir caídas es alto en ambos escenarios (ver gráfico 1. Riesgo de Caída en relación con el grado de Dependencia según escala Tinetti), afectando mayormente a los hombres comparativamente con las mujeres. Y las principales actividades vulnerables asociadas para riesgo de caída por compromiso de equilibrio y marcha fueron: capacidad para sentarse, estar sentado, levantarse de una

silla, mantenerse de pie, agacharse, adoptar ciertas posturas en posición de pie, caminar sin mucho esfuerzo físico, dar vuelta sin tambalear, seguir caminando sin perder el paso y finalmente caminar con obstáculos ((OPS/OMS), 2012).

Es evidente que en esta población el nivel de riesgo de caída se asocia a factores biológicos de las personas (enfermedades crónicas) o su condición de salud, sin embargo, se hace referencia que las inadecuadas condiciones de las viviendas en el caso de la comunidad y las características de infraestructura en el asilo son factores de riesgo que predisponen a los adultos a sufrir caídas y como resultado adoptar condiciones de discapacidad (De La Fuente Sanz MM, 2012).

La evaluación de estas actividades fueron clave para identificar el nivel de riesgo, sin embargo, también se identificó la necesidad de aplicar la escala de esfuerzo de Borg, para identificar la percepción de esfuerzo cardiopulmonar que siente el paciente al realizar actividades básicas (Salinas C, 2011). Según los resultados los mayores de ambos escenarios perciben un esfuerzo moderado en un 71.4% al realizar actividades básicas de la vida diaria, mismo un 24.99% perciben esfuerzo severo que obliga a realizar pausas en sus tareas. Es adecuado mencionar que existe una estrecha relación con los pacientes que tienen riesgo y alto riesgo de caída y percepción de esfuerzo moderado. El análisis estadístico refleja bilateral positiva de Pearson= 0.86. Nivel de significancia estadística en 0.029. Lo que se traduce en; a mayor percepción de esfuerzo mayor riesgo de caída.

CONCLUSIONES

Tras el análisis de la situación socio demográfico se puede decir que ambas poblaciones presentan características similares en cuanto a rangos de edades, procedencia y número de hijos procreados. Pero en cuanto a los niveles de sexo, escolaridad, estado civil y antecedentes laborales no son tan diferentes. Se destaca la importancia de tomar en cuenta las características socio demográficas para el desarrollo de programas sociales dirigidos al adulto mayor, para que estos sean enfocados en sus capacidades y experiencias de vida, logrando una mayor integración en los mismos.

Ambas poblaciones presentan condiciones de salud inadecuadas, relacionados con el hecho de ser portador de más de dos enfermedades crónicas asociadas a la edad.

Así mismo presentan déficit funcional en las actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales. Lo que se traduce en factores de riesgo

para discapacidad parcial y en algunos casos totales. Siendo esta una limitante para poder desempeñarse independientemente ante situaciones personales y sociales. Esto asociado a la presencia de niveles de riesgos altos y moderados de caídas en las actividades de equilibrio y marcha, más niveles moderados y severos de dependencia para ambas poblaciones, con predisposición a adoptar condiciones de discapacidad a corto plazo.

BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo Alemán, J. y. (2014). NO ENVEJECEMOS IGUAL: LA RELIGIOSIDAD Y EL GÉNERO EN ADULTOS MAYORES DEL NORESTE DE MÉXICO. *Reflexiones*, 133-144.
- Alcaraz, E. A. (2014). Calidad de Vida de los Mayores que viven Institucionalizados en residencias para mayores. Un analisis cualitativo. *European Journal of investigation in Health, Phychology and Education* , 225-234.
- De La Fuente Sanz MM, M. I. (2012). La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el indice de Barthel. *Gerokomos*, 19-22.
- FAMILIA, M. (2007). Conceptualizacion de Adultos Mayores de Nicaragua. Managua.
- Guibert Reyes W, A. R. (2001). Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas. *Revista Cubana de Medicina*, 15-25.
- INIDE. (2013). Estimaciones y Proyecciones de la Población Nacional. Managua.
- Jorine Muiser, M. d. (2011). Sistema de salud de Nicaragua. *Salud Pública de Mexico*, 233--242.
- Katz, S. D. (2010). Progress in the developement of the Index of ADL . *Gerontologist*.
- Mella R, G. L. (2014). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psykhe*, 79-89.
- OPS/OMS. (2008). PROMOCIÓN DE LA SALUD Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO. Washington, D.C. 20037.
- OPS/OMS. (2012). Guía clínica para la atención del adulto mayor. Washington, D.C. 20037.
- Paolo Garcia, L. V. (2004). Evaluacion Fisica y Funcional del adultos Mayores con deterioro Cognositivo. *Med Risaralda*.
- Pedroso Crespo L, R. C. (2012). Envejecer, una problemática de salud, estudio biopsicosocial en el adulto mayor. *Salud y vida*.
- PHAO. (2012). La salud de las Americas. Capitulo Nicaragua. Washington, D.C. .
- Reisberg et al, D. a. (2013). Guia médica de atención integral del adulto mayor. Ministerio de salud Panama.

Rodríguez, I. (2013). Actividad física y envejecimiento poblacional. Repercusión en la calidad de vida. *Revista Colombiana de Enfermería*, 12-20.

Sáenz, M. d. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. *Salud Pública de México*, 156-167. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800011&lng=en&tlng=.

Salinas C, J. e. (2011). ACTIVIDAD FÍSICA INTEGRAL CON ADULTOS MAYORES EN CHILE: RESULTADOS DE UN PROGRAMA PILOTO. *REV.chil. nutr*, 215-214.

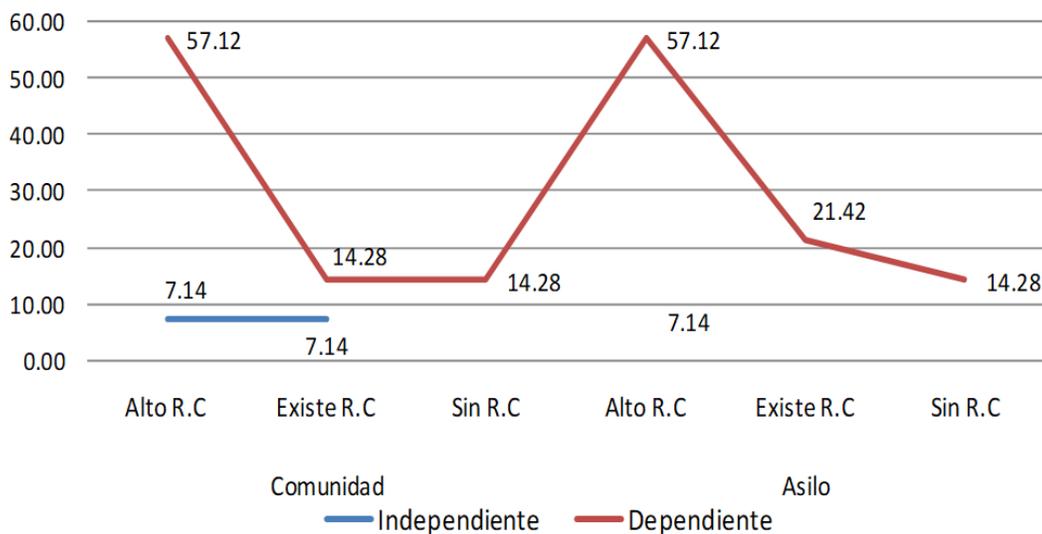
Sequeira Calero, V. –C. (2000). Investigar es Fácil II. Managua.

Tinetti, M. (2006). PERFORMANCE - Oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *Journal of the American Geriatric Society*, 119 - 126.

Zavala Gonzalez M.A, D.-S. G. (2013). Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores. *Revista Medica del Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 585-590.

ANEXOS

Gráfico 1. Riesgo de Caída en relación con el grado de Dependencia según escala Tinetti



Rho spearman = -0.59 Significancia bilateral: 0.84 p = 0.048
 Fuente: Tabla 9