

Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia

Functionality and Associated Factors in the Older Adult of the City of San Juan de Pasto, Colombia

Funcionalidade e fatores associados em idosos de San Juan de Pasto, na Colômbia

Yenny Vicky Paredes Arturo, Psc, MSc, PhD¹;
Eunice Yarce Pinzón TO, Esp, MSc²;
Daniel Camilo Aguirre Acevedo, Etd, MSc, PhD³

Recibido: 13 de febrero del 2017 / **Aceptado:** 10 de noviembre del 2017

Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6494>

Para citar este artículo: Paredes Arturo YV, Yarce Pinzón E, Aguirre Acevedo DC. Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. Rev Cienc Salud. 2018;16(1):114-128. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6494>

Resumen

Introducción: la capacidad funcional es uno de los determinantes del estado de salud del adulto mayor. En esta población se presenta una mayor dependencia que conlleva a cambios significativos en los estilos de vida, y en la interacción social y familiar. El presente estudio analiza la relación de factores sociodemográficos y condiciones de salud con el estado funcional en una muestra de adultos mayores de la ciudad de Pasto, Colombia. **Materiales y métodos:** estudio de corte transversal en una muestra de 391 adultos mayores a quienes se les evaluó su estado funcional con la escala de actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody. Se estudiaron las características demográficas, los antecedentes médicos, el nivel cognitivo global y la sintomatología depresiva. Se calculó como medida de asociación la razón de disparidad (RD) cruda y ajustada con sus respectivos intervalos de confianza del 95%, mediante modelos de regresión logística binaria. **Resultados:** un 26,3% de los adultos mayores se encontró en un nivel de dependencia funcional, asociado al género masculino (RD = 2,72; IC95% 1,51-4,93), dependencia económica (OR = 1,41; IC95% 1,26-4,40), antecedentes de enfermedad cerebrovascular (OR = 3,41; IC95% 1,21-9,61), artritis (OR = 2,24; IC95% 1,27-3,98), síntomas depresivos (OR = 3,07; IC95% 1,54-6,123) y deterioro cognitivo (OR = 2,04; IC95% 1,15-3,64). **Conclusión:** los resultados del presente estudio determinaron

1 Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Mariana.

2 Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Mariana

3 Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

* Autora responsable de la correspondencia: yenny28_3@hotmail.com

que, con el proceso de envejecimiento, la capacidad funcional se ve condicionada a múltiples factores, lo cual lleva a que el adulto mayor pierda paulatinamente su nivel de independencia, lo que puede impactar en su calidad de vida y, por ende, en el contexto donde interactúa.

Palabras clave: funcionalidad, actividades instrumentales de la vida diaria, dependencia, adulto mayor.

Abstract

Introduction: Functional dependence is one of the determinants of health status in older adults. Increasing dependence lead to significant changes in lifestyles, social and family interaction. This study analyzes the relationship of socio-demographic and health conditions with functional dependency in a sample of elderly from Pasto city-Colombia. *Materials and methods:* A cross-sectional study in a sample of 391 older adults were done. Functional status was assessed with instrumental activities of daily living (Lawton and Brody scale). Demographic characteristics, medical history, overall cognitive level, and depressive symptoms were evaluated. As a measure of association, the odds ratio (OR) crude and adjusted with confidence intervals were calculated using binary logistic regression. *Results:* 26,3% of older adults were found with functional dependence. Male gender (RD = 2.72, 95% CI 1.51 to 4.93), economic dependence (OR = 1, 41, 95% CI 1.26 to 4.40), history of cerebrovascular disease (OR = 3.41, 95% CI 1.21 to 9.61), arthritis (OR = 2.24; 95% CI 1,27- 3,98), depressive symptoms (OR = 3.07, 95% CI 1.54 to 6.123), and cognitive impairment (OR = 2.04, 95% CI 1.15 to 3.64) were related with functional dependence. *Conclusion:* With the aging process, functional capacity in elderly is a multifactorial problem. The results support the evidence that elderly gradually lose their level of independence, which can impact their quality of life and therefore in the context in which it interacts.

Keywords: Functionality, instrumental activities of daily living, dependency, older adult.

Resumo

Introdução: a capacidade funcional é um dos determinantes do estado de saúde dos idosos. Nesta população crescente dependência levando a mudanças significativas no estilo de vida, interação social e familiar é apresentada. Este estudo analisa a relação dos fatores sociodemográficos e condições de saúde, com estado funcional em uma amostra de adultos sobre a cidade de Pasto Colômbia. *Materiais e métodos:* estudo transversal em uma amostra de 391 adultos, sobre os quais o seu estado funcional foi avaliada com a escala de atividades instrumentais de vida diária Lawton e Brody. características demográficas, história médica, nível cognitivo global, e os sintomas depressivos foram avaliados. Foi calculada como uma medida de associação a razão de chances (RD) bruta e ajustada com intervalos de confiança respetivos 95% em modelos de regressão logística binária. *Resultados:* 26,3% dos adultos mais velhos foram encontrados em um nível de dependência funcional, está associado ao sexo masculino (RD = 2,72, 95% CI 1,51-4,93), dependência económica (OR = 1, 41; 95% CI 1,26-4,40), história de doença cerebrovascular (OR = 3,41, 95% CI 1,21-9,61), artrite (OR = 2,24, 95% CI 1,27-3, 98), sintomas depressivos (OR = 3,07, 95% CI 1,54-6,123) e cognitivo impairment (OR = 2,04, 95% CI 1,15-3,64). *Conclusão :* Os resultados deste estudo constatou que, com o processo de envelhecimento, a capacidade funcional é sujeita a muitos fatores, as ligações acima para os idosos perdem gradualmente o seu nível de independência, o que pode afetar sua qualidade de vida e, por conseguinte, no contexto no qual ele interage.

Palavras-chave: funcionalidade, atividades instrumentais da vida diária, dependência, idosos.

Introducción

Demográficamente, Colombia evidencia un cambio progresivo y acelerado en su pirámide poblacional, actualmente es uno de los países latinoamericanos clasificado en un estadio avanzado de transición demográfica y en una etapa moderada de envejecimiento. Lo anterior determina un aumento progresivo de la población de 60 años y más. Se estima que para el 2050 habrá 14,1 millones de adultos mayores; es decir, el 23% de la población corresponde a este grupo etario, teniendo como consecuencia el aumento de los costos sociales y económicos por la gran demanda no solo en el ámbito de la salud, donde se incrementa la atención de enfermedades crónicas degenerativas propias del envejecimiento, sino por el cuidado a nivel social, en el que se requiere una transformación de los sistemas gubernamentales y contextuales para asegurar el bienestar de estos grupos en particular (1-3).

En este contexto, en el proceso de envejecimiento demográfico, Colombia ha incrementado su nivel de dependencia de una manera importante. Así, en los adultos mayores de 65 años, el 12,52% presenta limitaciones para moverse o caminar, el 3,35% tiene implicaciones para su autocuidado y el 2,53% para hablar, lo cual conlleva a cambios significativos relacionados con su estilo de vida, interacción social y familiar en este grupo etario, lo que influye directamente sobre su capacidad funcional, considerada el principal determinante del estado de salud en dicha población (4).

En este sentido, la capacidad funcional se define como la competencia que tiene la persona para realizar actividades de la vida diaria sin la necesidad de supervisión o de ayuda; además, se relaciona con la habilidad para ejecutar tareas en su contexto, las cuales implican un grado de complejidad. Usualmente, este concepto es medido en el campo físico, o sea, por la evaluación de la capacidad de realizar las actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD) de la vida diaria (5, 6).

Así mismo, la literatura presenta diversos modelos explicativos respecto a la implicación funcional en el adulto mayor. Uno de los referentes más recientes considera este proceso una condición multifactorial, el cual es influenciado, entre otros, por factores sociodemográficos y de salud; sin embargo, se evidencia una escasez de publicaciones orientadas en corroborar la relación de estas variables en contextos específicos. Así, el deterioro de estas capacidades es motivo de interés investigativo, además de los diversos factores asociados, como la implicación cognitiva, los trastornos emocionales y la prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas. Por tanto, realizar estudios en torno al estado funcional no solo dará información como indicador de estado de salud, sino también para predecir costos y recursos de atención en salud (5-8).

En consecuencia, en este contexto de envejecimiento poblacional es prioritario disponer de información pertinente y actualizada respecto a las condiciones de salud de los adultos mayores, ya que el aumento en la esperanza de vida representa un reto debido a la creciente prevalencia de enfermedades crónicas, las cuales comprometen la funcionalidad, generan discapacidad, dependencia y un incremento en el costo de la atención en salud. De ahí surge la importancia de plantear este tipo de investigaciones, cuyo objetivo general se enmarcó en analizar la relación entre los factores sociodemográficos, médicos, cognitivos

y sintomatología depresiva respecto al estado funcional del adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia, información que se constituye como un referente básico para la construcción de política pública o gestión de programas de salud pública, desde un enfoque interdisciplinar (9).

Materiales y métodos

La investigación tuvo un enfoque empírico analítico, transversal y descriptivo.

Población:

Adultos mayores que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: ser un adulto de 60 años o más, de ambos sexos, residir en la ciudad San Juan de Pasto, aceptar voluntariamente la participación en el estudio y firmar el consentimiento. Se excluyeron adultos mayores que no podían leer o escribir, dado que podía afectar el rendimiento en el instrumento de rastreo cognitivo; también se tuvo en cuenta la presencia de alguna implicación médica o cognitiva que impidiera la aplicación del protocolo de valoración. Finalmente, se excluyen participantes con sospecha de alteraciones cognoscitivas con un valor menor a 24 en el examen mental mínimo (MMSE) y presencia de demencia.

Muestra y muestreo:

Para el tamaño y selección de la muestra, se tuvieron en cuenta los datos del censo DANE y su estimación para el 2013. Se asumió como proporción esperada un 50% en la prevalencia de independencia funcional, con un error del 5% y una confianza del 95% para un tamaño de muestra total de 384. En este estudio se evaluaron 391 adultos mayores que aceptaron participar y cumplieron con los criterios de inclusión. El proceso de selección fue no probabilístico, a conveniencia y por cuotas (en cada comuna de San Juan de Pasto). La fuente de información y el instrumento de aplicación procedieron de los datos del estudio sobre caracterización de los factores multidimensionales de personas mayores de 60 años de San Juan de Pasto realizado entre el 2012 y el 2014 (10).

Se midieron variables de tipo sociodemográficas, como edad en años, estrato socioeconómico, escolaridad en años, tipo de afiliación al sistema de salud, estado civil, situación laboral, si tiene cuidador y dependencia económica, a través de un cuestionario estructurado diseñado y validado previamente. Este fue aplicado a los adultos mayores por un equipo interdisciplinario, el cual estuvo conformado por: un geriatra, un neuropsicólogo, un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional y una enfermera. El cuestionario también incluyó preguntas sobre el estado de salud a partir de los antecedentes médicos, entre ellos: hipertensión arterial, enfermedad cerebro-vascular, diabetes, obesidad, EPOC, osteoporosis, artritis, cataratas, factura, cáncer y demencia; esta información la suministroo el adulto mayor y fue corroborada

por el acudiente. Finalmente, los antecedentes familiares no se indagaron en profundidad ya que se focalizaron en aspectos referentes al cuidado y la asistencia de este grupo.

Para la evaluación del componente cognitivo, se utilizó el examen minimental state examination (MMSE), versión validada por el grupo de investigación de neurociencias de la Universidad de Antioquia. Este instrumento práctico para valorar el estado cognitivo es ampliamente utilizado por su rapidez y facilidad en la puntuación para la detección de deterioro cognitivo global. Tiene subítems dirigidos a la memoria (pruebas de orientación temporal, espacial, fijación y recuerdo), la atención (deletreo de la palabra mundo al revés y sustracción serial de 7 a partir de 100), el lenguaje (denominación, comprensión, repetición y lectoescritura) y visuopercepción. El puntaje total es de 30 puntos y los principales parámetros de normalidad son la edad y la escolarización; en la práctica diaria una puntuación menor de 24 sugiere demencia; entre 23-21, demencia leve; entre 20-11, demencia moderada y menor de 10, demencia severa (11).

Los síntomas depresivos fueron determinados con la escala de depresión geriátrica Yesavage, versión validada por el grupo de neurociencias, teniendo en cuenta tres categorías según el puntaje total obtenido a partir de la suma de los 15 ítems: de 0 a 5, normal; 6 a 10, depresión moderada; y de 11 a 15, depresión severa. Los sesgos de medición fueron minimizados mediante la capacitación al personal clínico que aplicó los instrumentos (12).

De igual manera, se valoró también el grado de independencia funcional de las actividades de la vida diaria instrumentales con la escala de Lawton y Brody, la cual mide la capacidad para desarrollar tareas que implican el manejo de utensilios habituales y actividades sociales rutinarias a través de ocho ítems (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía) y les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). Con respecto a sus propiedades psicométricas, la escala tiene buena fiabilidad, con un coeficiente de Pearson de fiabilidad interobservador del 0,85 y buena validez concurrente con otras escalas de actividades de la vida diaria y cognitivas (13, 14).

En el proceso de análisis estadístico, las características sociodemográficas, los factores médicos, cognitivos, síntomas depresivos y el estado funcional se describieron utilizando la frecuencia absoluta y relativa (%) para las variables cualitativas, se utilizó la media y la desviación estándar (DE). Se analizó la relación entre los factores sociodemográficos, médicos, cognitivos, síntomas depresivos con el estado funcional calculando la razón de disparidad (OR) cruda y ajustada. Para este cálculo se codificó como variable dependiente la presencia o no de dependencia funcional evaluada por la escala de Lawton y la presencia de cada factor codificado de la siguiente manera: sexo (masculino=0, femenino=1); escolaridad (se crearon tres variables dummy en las que la categoría de referencia fue estudios superiores); estrato socioeconómico (bajo = 0; medio/alto = 1); estado civil (se crearon tres variables dummy en las que la categoría de referencia fue “casado/unión libre”); estatus laboral (se crearon dos variables dummy en las que la categoría de referencia fue empleado); dependencia económica (sí = 1; no = 0); tipo de afiliación a salud (se crearon dos variables dummy en las que la

categoría de referencia fue “contribuyente”). De igual manera, la edad se clasificó en cuatro grupos etarios (categoría de referencia 60-64 años). Las variables que se tuvieron en cuenta para el cálculo del RD ajustado fueron ingresadas al modelo de regresión logística si cumplían con el criterio de Hosmer-Lemeshow, es decir, aquellas que presentaron una asociación estadística con un valor $p < 0,25$ según la prueba Chi cuadrado para las variables categóricas, o la prueba t o la U de Mann-Whitney para variables continuas, según el cumplimiento del supuesto de distribución normal valorado con la prueba de Shapiro Wilks o Kolmogorov Smirnov. Para cada RD se calculó el intervalo de confianza (IC) del 95%, utilizando como nivel de significación estadística un valor $p < 0,05$. Los análisis fueron realizados en el paquete estadístico IBM SPSS versión 21.0 (13).

El proyecto siguió los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y contó con aprobación del Comité de Ética de la Universidad Mariana.

Resultados

La tabla 1 presenta las características sociodemográficas y se evidencia que el 61,4% es adultos mayores del género femenino, con una edad predominante entre los 65 y los 74 años (46%). Un poco más de la mitad alcanzaron estudios de básica primaria (57%); en relación con el tipo de afiliación en salud, el 64% pertenece al régimen subsidiado. La mayoría (80%) pertenece al estrato bajo, y de ellos un 63% está en dependencia económica. Solo un 17% tiene alguien a su cuidado.

En relación con los antecedentes médicos (tabla 2), se encontró que un 55,8% tenía hipertensión arterial (HTA), un 35% artritis o cataratas, un 26% fracturas, un 20% osteoporosis, y otros antecedentes, como diabetes, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cáncer, enfermedad cerebrovascular y demencia, se encontraron entre 2,8% y 14,6%.

En la tabla 3 se evidencia un 39% con implicación cognitiva MMSE < 24 . De igual manera, un 16% de la población presentó sintomatología depresiva (Yesavage). En función de la escala Lawton y Brody se encontró que un 26,3% presentó dependencia funcional en el desempeño de las actividades de la vida diaria instrumentales. Así mismo, el 73,9% de la población evaluada se ubicó en la categoría de independencia.

Respecto a la relación entre los factores sociodemográficos con el estado de dependencia funcional, se determinó que variables como el género masculino (OR = 2,72; IC95% 1,51-4,93) y dependencia económica (OR = 1,41; IC95% 1,26-4,40) estuvieron asociadas con un nivel de funcionalidad dependiente. A pesar de no encontrarse una relación estadísticamente significativa, la edad parece tener una asociación “dosis-respuesta” en la que a mayor edad mayor riesgo de dependencia funcional (tabla 4).

Finalmente, la tabla 5 presenta la relación entre los antecedentes médicos, cognitivos y emocionales asociados al riesgo de dependencia funcional. Antecedentes de enfermedad cerebrovascular (OR = 3,41; IC95% 1,21-9,61), artritis (OR = 2,24; IC95% 1,27-3,98), síntomas

depresivos (OR = 3,07; IC95% 1,54-6,123) y síntomas de deterioro cognitivo (OR = 2,04; IC95% 1,15-3,64) se encontraron asociados con un mayor riesgo de dependencia funcional.

Tabla 1. Características demográficas de 391 adultos mayores de San Juan de Pasto, Colombia

	Frecuencia	Porcentaje
Género femenino	240	61,4
Edad en años		
60-64	65	15,9
65-69	96	23,5
70-74	94	23,0
75-79	61	14,9
80 o más	75	18,3
Escolaridad		
Puede leer/escribir	98	25,1
Primaria	225	57,5
Secundaria	48	12,3
Superiores	18	4,6
Estrato socioeconómico		
Bajo	313	80,1
Medio	71	18,2
Alto	7	1,8
Estado de afiliación salud		
Contribuyente	64	16,4
Beneficiario	77	19,7
Subsidiado	250	63,9
Estado civil		
Soltero	86	22,0
Casado/unión libre	182	46,5
Viudo	96	24,6
Separado/divorciado	27	6,9
Situación laboral		
Empleado/independiente	143	36,6
Jubilado/pensionado	248	63,4
Tiene un cuidador	326	83,4
Dependencia económica	246	62,9

Tabla 2. Antecedentes médicos de 391 adultos mayores de San Juan de Pasto, Colombia

Antecedentes médicos	Frecuencia	Porcentaje
HTA	218	55,8
Enfermedad cerebrovascular	22	5,6
Diabetes	48	12,3
Obesidad	57	14,6
EPOC	24	6,1
Osteoporosis	77	19,7
Artritis	136	34,8
Cataratas	136	34,8
Fracturas	101	25,8
Cáncer	11	2,8
Demencia	30	7,7

Tabla 3. Síntomas depresivos, desempeño cognitivo y funcionalidad en 391 adultos mayores de San Juan de Pasto, Colombia

	Frecuencia	Porcentaje
Síntomas depresivos (Yesavage)	63	16,1
Desempeño cognitivo		
(MMSE < 24)	154	39,4
Independencia funcional (Lawton y Brody)		
Dependencia	103	26,3
Independencia	288	73,9

Tabla 4. Riesgo de dependencia funcional según factores sociodemográficos en 391 adultos mayores de San Juan de Pasto, Colombia

	Funcional		No funcional		Total	OR crudo	ic95%	OR ajustado	ic95%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%					
Género									
Masculino	94	62,3	57	37,7	151	2,56	1,61-4,05	2,72	1,51-4,93
Femenino	194	80,8	46	19,2	240	1,00	1	1,00	
Edad en años									
60-64	59	90,8	6	9,2	65	1,00		1,00	
65-69	79	82,3	17	17,7	96	2,11	0,79-5,69	1,80	0,63-5,17
70-74	77	81,9	17	18,1	94	2,17	0,81-5,84	1,52	0,53-4,38
75-79	39	63,9	22	36,1	61	5,55	2,06-14,91	3,85	1,32-11,25
80 o más	34	45,3	41	54,7	75	11,86	4,56-30,81	7,43	2,62-21,03
Escolaridad									
Puede leer/escribir	70	71,4	28	28,6	98	3,20	0,69-14,83	0,73	0,13-4,17
Primaria	160	71,1	65	28,9	225	3,25	0,73-14,54	0,95	0,18-4,97
Secundaria	40	83,3	8	16,7	48	1,60	0,31-8,39	0,72	0,12-4,41
Superiores	16	88,9	2	11,1	18	1,00		1,00	
Estrato socioeconómico									
Medio/alto	173	74,9	58	25,1	231	1			
Bajo	115	71,9	45	28,1	160	1,17	0,74-1,84	1,54	0,87-2,71
Estado de afiliación salud									
					0				
Contribuyente	50	78,1	14	21,9	64	1,00		1	
Beneficiario	57	74,0	20	26,0	77	1,25	0,57-2,74	1,23	0,45-3,36
Subsidiado	181	72,4	69	27,6	250	1,37	0,71-2,61	1,08	0,45-2,63
Estado civil									
					0				
Casado/unión libre	133	73,1	49	26,9	182	1,00		1	
Soltero	66	76,7	20	23,3	86	0,82	0,45-1,50	0,93	0,46-1,090
Viudo	68	70,8	28	29,2	96	1,11	0,65-1,93	0,73	0,34-1,45
Separado/divorciado	21	77,8	6	22,2	27	0,78	0,30-2,04	1,35	0,41-4,47
Situación laboral									
					0				
Empleado	77	81,9	17	18,1	94	1,00		1	
Independiente	37	75,5	12	24,5	49	1,47	0,64-3,39	1,03	0,36-2,91
Jubilado/pensionado	174	70,2	74	29,8	248	1,93	1,07-3,48	1,03	0,44-2,42
Dependencia económica									
					0				
No	117	80,7	28	19,3	145	1,00		1,00	
Sí	171	69,5	75	30,5	246	1,83	1,12-3,00	2,35	1,26-4,40
Tiene un cuidador a cargo									
No	49	75,4	16	24,6	65	1,11	0,60-2,06	1,41	0,67-2,97
Sí	239	73,31	87	26,7	326	1,00		1	

Tabla 5. Riesgo de dependencia funcional según antecedentes médicos, síntomas cognitivos y emocionales

	Funcional		No funcional		Total	OR crudo	ic95%	OR ajustado	ic95%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%					
HTA	147	67,4	71	32,6	218	2,11	1,31-3,41	1,34	0,74-2,42
Enfermedad cardiovascular	38	60,3	25	39,7	63	2,11	1,20-3,71	1,41	0,72-2,79
Enfermedad cerebrovascular	12	54,6	10	45,5	22	2,47	1,04-5,91	3,41	1,21-9,61
Diabetes	35	72,9	13	27,1	48	1,04	0,53-2,06	0,73	0,31-1,70
Obesidad	49	86,0	8	14,0	57	0,41	0,19-0,90	0,46	0,19-1,12
EPOC	15	62,5	9	37,5	24	1,74	0,74-4,11	1,04	0,38-2,84
Osteoporosis	64	83,1	13	16,9	77	0,51	0,26-0,96	0,46	0,22-0,98
Cataratas	96	70,6	40	29,4	136	1,27	0,80-2,02	0,76	0,43-1,34
Artritis	93	68,4	43	31,6	136	1,50	0,95-2,40	2,24	1,27-3,98
Fracturas	74	73,3	27	26,7	101	1,03	0,61-1,71	1,14	0,62-2,10
Cáncer	6	54,6	5	45,5	11	2,40	0,72-8,03	2,17	0,50-9,46
Demencia	16	53,3	14	46,7	30	2,67	1,26-5,70	1,87	0,79-4,40
Síntomas depresivos	34	54,0	29	46,0	63	2,91	1,66-5,09	3,07	1,54-6,12
Desempeño cognitivo	92	59,7	62	40,3	154	3,22	2,02-5,13	2,04	1,15-3,64

Discusión

El envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial en el cual la condición funcional del adulto mayor es uno de los parámetros fundamentales en la evaluación geriátrica integral, en este sentido su implicación presupone la existencia de alguna disminución o enfermedad que a veces no está identificada. Por ello, los factores sociodemográficos muestran una fuerte asociación con el estado funcional en el adulto mayor. Así mismo, las actividades de la vida diaria representan un papel significativo para el automantenimiento, y la participación familiar y social. La pérdida de independencia social, movilidad funcional y habilidades cognitivas frecuentemente acompaña al envejecimiento y puede situar al anciano en una situación de dependencia funcional. En ocasiones estas implicaciones son el único signo de alarma en un anciano con una enfermedad aguda o que inicia su declinar físico (15, 16).

En este contexto, los resultados presentan una población de adultos mayores funcionalmente independientes y sin problemas de dependencia, en el mejor de los casos, o con un leve compromiso en los estados deficitarios. Lo anterior se contrasta con estudios realizados en Colombia, en los cuales la capacidad funcional evidenció mayores limitaciones en las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores en Barranquilla con una

dependencia de solo el 4,5% y en Sincelejo con un 3,2% de la población estudiada, con mayor prevalencia en hombres (17, 18).

Se encuentran resultados similares en la investigación realizada en Brasil en Sao Paulo con el estudio Sabe, el cual arrojó datos significativos frente al nivel de dependencia, donde el 80,7% no presenta limitaciones que impidan su autocuidado; sin embargo, se observa una caída en el rendimiento funcional entre las personas mayores de edad avanzada, 75 años y más, con mayor grado de dependencia entre los hombres. También expone que el 26,5% de los ancianos tienen dificultad para realizar actividades de la vida diaria instrumentales, por lo tanto, prevalece la necesidad de ayuda de otras personas que actúan como enlace entre ellos y su entorno social (19, 20).

Así mismo, los resultados del presente estudio determinaron que, con el proceso de envejecimiento, la capacidad funcional se ve condicionada a múltiples factores, lo que conlleva a que el adulto mayor pierda paulatinamente su nivel de independencia, lo cual puede impactar en su calidad de vida y, por ende, en el contexto donde interactúa. Al respecto, una de las variables más referenciadas en este tipo de investigaciones es el género, según el cual las mujeres son aparentemente más vulnerables a la dependencia funcional atribuida a su mayor longevidad en relación con el sexo masculino; sin embargo, resultados contrarios fueron encontrados en la presente investigación (6, 20).

Lo anterior se explica posiblemente a partir de que culturalmente algunas actividades son realizadas por mujeres, aspectos que fueron evaluados por el instrumento. Es por ello que las diferencias tanto en los niveles de dependencia funcional, como en el riesgo de aparición de una discapacidad son similares en hombres y mujeres, si se controlan por otros factores, como la comorbilidad. Por lo anterior, no es posible determinar un efecto claro que esta variable generaría respecto al género (7).

Respecto a la edad, a pesar de no encontrarse una relación estadísticamente significativa, esta variable parece tener una asociación “dosis-respuesta” en la que a mayor edad hay mayor riesgo de dependencia funcional. Este argumento se evidencia en estudios tanto longitudinales como transversales, en los cuales un rango mayor de edad es quizás el factor de riesgo más importante en el deterioro de la capacidad funcional. De igual manera, el incremento de la discapacidad con la edad no es constante: esta tiende a acelerarse respecto a la edad, sobre todo en estadios de mayor longevidad (8, 21).

En este sentido, respecto a los factores conductuales mencionados, se suman aspectos estructurales, como la situación socioeconómica, en la que un mayor nivel de ingresos se vincula a una mejor posibilidad de acceder a tratamientos médicos y de rehabilitación. Esto conlleva a la potencialización cognitiva para enfrentar el envejecimiento de mejor manera, y, por tanto, prepararse de forma adecuada para prevenir situaciones de dependencia funcional a través del mantenimiento de estilos de vida saludables (22).

Es por ello que, con el incremento en la frecuencia de las enfermedades crónicas a medida que la población envejece, estas tienden a generar complicaciones y secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de las personas. Al respecto en el presente estudio se determinó mayor prevalencia de enfermedad cerebrovascular y artritis, condiciones médicas que influyen significativamente en el referente funcional; la enfermedad cerebrovascular ha

sido reportada como la primera causa de deterioro funcional, alteración que puede resultar o agravar padecimientos asociados con esta dependencia. Lo anterior también se explica a partir de que las personas mayores con enfermedades crónicas, como hipertensión, diabetes, artritis y depresión, presentaron mayor dependencia en sus actividades de la vida diaria; algunos estudios reportan que esta situación puede ser el indicador inicial de un proceso patológico en este grupo etario y, en ocasiones, puede ser el único síntoma (23-26).

Desde esta perspectiva, las alteraciones en salud mental representan una contribución importante a la carga de las enfermedades crónicas en cuanto a costos y discapacidad. En este orden de ideas, la depresión se puede relacionar con la incapacidad para la ejecución de las actividades de la vida diaria; esta asociación se determinaría a partir de la complejidad y el tiempo que la tarea demanda. El planteamiento anterior se podría explicar a partir de una hipoactivación dopaminérgica, la cual interviene en el proceso motivacional necesario para la realización de actividades y la secuenciación del acto motor. Por tanto, en este tipo de población con sintomatología depresiva se evidencia mayor riesgo para desarrollar algún tipo de implicación respecto a la ejecución de las actividades de la vida diaria y de movilidad en comparación con los no deprimidos; este compromiso emocional puede tener un mayor impacto negativo sobre la capacidad funcional que las enfermedades crónicas (27-29).

En función del componente cognitivo, la literatura refiere que el déficit a nivel de los procesos mentales superiores determina la implicación en el desempeño de las actividades de la vida diaria, afectando la calidad de vida en las personas con edad avanzada. Al respecto en el estudio los resultados confluyen en que la presencia de deterioro cognitivo compromete la capacidad funcional; sin embargo, algunos autores expresan que en la población de adultos mayores sin deterioro cognitivo se puede presentar dependencia funcional. No obstante, el consenso se orienta hacia el compromiso básicamente a partir de las actividades instrumentales, ya que en las básicas se vería el déficit en estadios avanzados de un cuadro demencial. En este caso, en los pacientes con implicación neurodegenerativa prevalece inicialmente el déficit cognitivo antes de presentarse el compromiso funcional, lo cual establece que se requiere algún tipo de asistencia, especialmente en actividades relacionadas con el manejo y la utilización adecuada de su contexto (30-32).

Basándose en algunos estudios previos, es importante tener en cuenta que la dependencia funcional puede ser el indicador inicial de un proceso patológico en los adultos mayores y quizás ser el único síntoma, en tanto que la capacidad para realizar actividades instrumentales se pierde primero que las actividades básicas, debido a que requieren mayor esfuerzo físico, integración social y mejor equilibrio en el uso de elementos o instrumentos específicos y de mayor complejidad. De ahí la importancia de realizar el análisis del desempeño ocupacional a este nivel, ya que se conforma como un predictor de dependencia por la pérdida de funcionalidad (27, 33).

Finalmente, respecto a las limitaciones del estudio, prevalece el carácter de transversalidad, el cual no permitió establecer asociaciones de tipo causal para la comprensión del fenómeno. De igual manera, el diseño del muestreo sugiere una interpretación de los resultados con cautela dado que un posible sesgo de selección podría estar presente, subestimando el verdadero efecto entre los factores analizados y la dependencia funcional. Así mismo, entre

las fortalezas de esta investigación se destacan el número de personas evaluadas, el uso de instrumentos validados para la medición de las variables estudiadas y se concibe como el primer proyecto teórico e investigativo que se realiza en la región.

En el grupo de adultos mayores evaluados se evidenció un nivel de implicación funcional menor, en el cual prevalecen factores sociodemográficos como el género masculino y la dependencia económica. Así mismo, respecto al componente de salud, es relevante en esta población la enfermedad cerebrovascular, la sintomatología depresiva y el deterioro cognitivo.

Agradecimientos

Aultos mayores de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. Universidad Mariana.

Referencias

1. Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha. Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones [Internet]. Bogotá: Editorial Fundación Saldarriaga Concha; 2005. [citado 2016 sept. 29]. Disponible en: <https://goo.gl/iLEmDp>
2. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud —ops/oms—. Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores [Internet]. 2ª ed. Washington D.C.: ops/ms; 2002. [citado 2016 mar. 17]. Disponible en: <https://goo.gl/TWZaEM>
3. Bejines-Soto M, Velasco-Rodríguez R, García-Ortiz L, Barajas-Martínez A, Aguilar-Núñez LM, Rodríguez ML. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. *Rev Enfermería Mex Seg Soc.* 2015;23(1):9-15.
4. Guimarães LHCT, Galdino CA, Martins FLM, Abreu SR, Lim M, Vitorino DFM. Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. *Revista Neurociências.* 2004;12(3):130.
5. Lloyd- Aires M, Paskulin LMG, Morais EP. Capacidade funcional em idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. *Rev. Latino-Am Enfermagem.* 2010;18(1):11.
6. Zunzunegui MV. Evolución de la discapacidad y la dependencia. Una mirada internacional. *Gaceta Sanitaria.* 2011;25(supl. 2):12-20.
7. Virtuoso Junior JS, Guerra RO. Incapacidade funcional em mulheres idosas de baixa renda. *Ciência Saúde Coletiva.* 2011;16(5):2541-2541-8.
8. Millan-Calenti JC, Tubio J, Pita-Fernandez S, González-Abraldes I, Lorenzo T, Fernández-Arruty T, et al. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Arch Gerontol Geriatr.* 2010;50:306-10.
9. Manrique-Espinoza, B., Salinas-Rodríguez, A., Moreno-Tamayo, K. M., Acosta-Castillo, I., Sosa-Ortiz, A. L., Gutiérrez-Robledo, L. M., & Téllez-Rojo, M. M. (2013). Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud Pública de México.* 2013;55:S323-31.

10. Rosas GM, Paredes YV, Yarce E, Rosero M, Morales A. Caracterización de los factores multidimensionales de las personas mayores de 60 años de la ciudad de San Juan de Pasto. Pasto: Editorial Unimar; 2015.
11. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975 nov;12(3):189-98.
12. Yesavage JA, Brink T, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1982-1983;17(1):37-49.
13. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Nursing Research.* 1970;19(3):278.
14. Jiménez-Caballero PE, López-Espuela F, Portilla-Cuenca JC, Pedrera-Zamorano JD, Jiménez-Gracia MA, Lavado-García JM, et al. Valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria tras un ictus mediante la escala de Lawton y Brody. *Rev neurol.* 2012;55:337-42.
15. Departamento Administrativo Nacional de Estadística —DANE—. Proyecciones anuales de población por sexo, según grupos quinquenales de edad 1985-2015 [Internet] [citado 2013 agos. 30]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co>
16. Linhares JC, Oliveira EM, Eloisa SC, Freitas CASL, Shinka H, Lira TQ. Condições sócias e de saúde de idosos acompanhados pela atenção primária de Sobral, Ceará. *Rev Rene.* 2011;12(esp):922-9.
17. Pinillos-Patiño Yisel, Prieto-Suárez Edgar. Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia. *Rev Salud Pública;*14(3):438-47.
18. Villarreal Amarís G, Month Arrieta E. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). *Salud Uninorte.* 2012.;28(1):75-87.
19. Selva O'Callaghan A, San José Laporte A, Solans Laqué R, Vilardell Tarrés M. Características diferenciales de la enfermedad en los ancianos. *Fragilidad. Medicine.* 1999;7(124):5789-96.
20. Lebrao M, Laurenti R. Salud, bienestar y envejecimiento: estudio Sabe del municipio de Sao Paulo. Departamento de epidemiología, Facultad de Salud pública, Universidad de Sao Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(2) :127-41.
21. Assis VG, Marta SN, De Conti MHS, Gatti MAN, Simeão SFAP, De Vitta A. Prevalência e fatores associados à capacidade funcional de idosos na estratégia saúde da família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014;17(1):153-63.
22. Herrera S, Barros C Fernández B. Predictors of quality of life in old age: a multivariate study in Chile. *J Popul Ageing.* 2011;4:121-39. DOI: 10.1007/s12062-011-9043-7
23. Pérès K, Verret C, Alioum A, Barberger-Gateau P. The disablement process: factors associated with progression of disability and recovery in French elderly people. *Disabil Rehabil.* 2005;27:263-76.
24. Morales A, Rosas GM, Yarce E, Paredes YV, Rosero M, Hidalgo A. Condiciones médicas prevalentes en adultos mayores de 60 años. *Acta Médica Colombiana.* 2016;41(1):21.
25. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León DM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública.* 2005;17(5-6):353-61.

26. Soberanes FS, González PAA, Moreno CYC. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Rev Esp Med Quir.* 2009;14(4):161-72.
27. Barrantes MM, García ME, Gutiérrez RL, Miguel JA. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública Mex.* 2007;49(supl. 4):459-66.
28. Gomes JEM, Ruiz T, Corrente JE. Sintomas depressivos e déficit cognitivo na população de 60 anos e mais em um município de médio porte do interior paulista. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2011;6(19):125-32. DOI: [10.5712/rbmfc6\(19\)90](https://doi.org/10.5712/rbmfc6(19)90) <https://goo.gl/ADKAHR>
29. Zavala-González MA, Domínguez-Sosa G. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores mexicanos. *Psicogeriatría.* 2010;2(1):41-8.
30. Abizanda SP, Paterna MG, Martínez SE, López JE. Evaluación de la comorbilidad en la población anciana: utilidad y validez de los instrumentos de medida. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010; 45:219-28.
31. Macêdo AML, Cerchiari EAN, Alvarenga MRM, Faccenda O, Oliveira MAC. Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(3):358-63.
32. Holz AW, Nunes BP, Thumé E, Lange C, Facchini LA. Prevalência de déficit cognitivo e fatores associados entre idosos de Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2013;16(4):880-8.
33. González-Velásquez BM, Carhuapoma-Acosta ME, Zuñiga-Chura E, Mocarro-Aguilar MR, Aleixo-Diniz M, Silva-Fhon JR. Estado cognitivo y capacidad funcional en el adulto mayor. *Rev Fac Cien Med.* 2013;38(1-2):11-6.