

Perfil de los adultos mayores institucionalizados en relación de las variables biopsicosociales y clínicas en América Latina

Profile of institutionalized elderly in relation to biopsychosocial and clinical variables in Latin America

Luz Marina Alonso Palacios^{1,a}, Igor Cigarroa^{2,3,b}, Pedro Gómez Méndez^{1,c}, Carlos Ariza Galindo^{1,d}, Mariana Rago Acevedo^{1,e}, María Madariaga Estupiñán^{1,f}, Marivis Manjarres Alvarado^{1,g}, Isabel Ramos Juliao^{1,h}, Sandra Solano Gómez^{1,i}, Guillermo Leiva-Manzor^{4,j}

Resumen

El envejecimiento es la consecuencia de daños moleculares y celulares a través del tiempo; se caracteriza por su diversidad factorial debido a que elementos ambientales, sociales, protectores y agresores presentes en el individuo a lo largo de su vida se interrelacionan y se asocian a cambios y transiciones los cuales generan un descenso gradual de capacidades físicas-psíquicas de este, que causa la aparición de necesidades en el adulto mayor, que muchas veces no pueden ser suplidas por su círculo familiar ni social. En este caso, la institucionalización se presenta como un conjunto de requisitos que pueden surgir del sujeto desde el momento en que ingresa a la vejez. La presente es una revisión de la literatura existente que tuvo como **Objetivo:** identificar cada uno de los factores epidemiológicos, sociodemográficos, clínicos, psicosociales y de calidad de vida del adulto mayor institucionalizado. Por ello, se abordan definiciones, conceptos y epidemiología de la situación actual del envejecimiento mundial, factores asociados a la institucionalización de adultos mayores; sus patologías más comunes, la funcionalidad y el grado de dependencia, su importancia y los instrumentos para su medición, entre otros, así como el impacto en su calidad de vida. Se ha encontrado que los adultos mayores experimentan cambios biopsicosociales durante este período, que dependen de su estilo de vida, sistemas sociales y familiares, y que afectan continuamente sus diferentes áreas de funcionamiento, pierden su autonomía, alteran su calidad de vida y su percepción de esta.

Palabras claves: adulto mayor, enfermedades no transmisibles, factores sociodemográficos, hogares para ancianos

Abstract

Aging is the consequence of molecular and cellular damage over time; it is characterized by its factorial diversity due to environmental elements, social, protective and aggressors present in the individual throughout his life are interrelated and associated with changes and transitions which generate a gradual decrease in physical-psyche capacities of this, which causes the appearance of needs in the elderly, which often cannot be supplied by their family or social circle. In this case, institutionalization is presented as a possible recourse to the demands that arise in the subject from his entry into the senescence. The present is a review of the existing literature that aimed to identify each of the epidemiological, sociodemographic, clinical, psychosocial and quality of life factors of the institutionalized elderly. Therefore, it addresses definitions, concepts and epidemiology of the current situation of global aging, factors associated with the institutionalization of older adults; their most common pathologies, functionality and degree of dependence, their importance and the instruments for their measurement, among others, as well as the impact on their quality of life. It is concluded that older adults in this period experience biopsychosocial changes that depend on lifestyle, social and family system and continuously influence its various areas of operation, loss of autonomy, that alters your quality of life and your perception of it.

Keywords: aged, noncommunicable diseases, demographic factors, homes for the aged

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe que, desde un punto de vista biológico, el envejecimiento implica una reducción progresiva de las capacidades físicas y mentales, y un aumento del riesgo de contraer enfermedades por lo que se implica una demanda creciente de servicios de salud y cuidado mayores a los que se tienen en la actualidad. La Organización de las Naciones Unidas (ONU), en su revisión de 2015, reveló que la población mundial ha crecido en aproximadamente mil millones de personas en los últimos 12 años, de los cuales el

9% vive en América Latina y el Caribe, la esperanza de vida de la población se ha incrementado en el mundo, y en esta área geográfica llega a los 75 años¹. El envejecimiento de la población puede verse como un éxito para la política de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también desafía a la sociedad a adaptarse a él para maximizar la salud y el funcionamiento de las personas mayores, así como su participación social y bienestar². Según el informe final del Plan de acción sobre la salud de las personas mayores 2009-

¹División Ciencias de la Salud, Departamento de Salud Pública. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.

²Escuela de Kinesiología, Facultad de Salud, Universidad Santo Tomás, Los Ángeles, Chile. ³Universidad Arturo Prat, Victoria, Chile.

⁴Escuela de Nutrición y Dietética, Facultad de Salud, Universidad Santo Tomás, Los Ángeles, Chile.

^a<https://orcid.org/0000-0002-7935-8042>, ^b<https://orcid.org/0000-0003-0418-8787>

^c<https://orcid.org/0000-0002-1710-3802>, ^d<https://orcid.org/0000-0002-2502-0337>

^e<https://orcid.org/0009-0006-5801-4845>, ^f<https://orcid.org/0009-0000-6188-4370>

^g<https://orcid.org/0009-0009-9935-3087>, ^h<https://orcid.org/0009-0005-5483-3539>

ⁱ<https://orcid.org/0009-0004-2196-5626>, ^j<https://orcid.org/0009-0003-8784-7844>

*Correspondencia a: Igor Cigarroa

Correo electrónico: icigarroa@santotomas.cl

Recibido el 07 de julio de 2023. Aceptado 09 de septiembre de 2023.

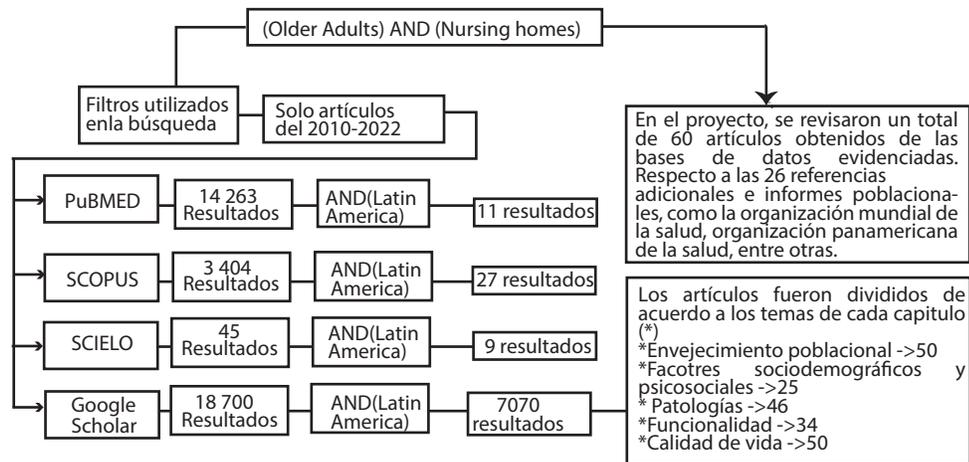


Figura 1. Flujograma metodológico.

2018 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)³, los profesionales de la salud no están preparados para atender las necesidades de las personas mayores.

En el caso del adulto mayor, la institucionalización se presenta como un recurso posible a las necesidades y demandas que pueden surgir en el cotidiano del sujeto desde que ingresa a la vejez y los cambios psicofisiológicos que trae consigo esta etapa de la vida. Además, muchos argumentos han sugerido que la principal razón para iniciar este proceso es la falta de compañía o algún tipo de red de apoyo social que pueda atender las necesidades de atención, cuidado y comunicación de las personas mayores⁴.

Aunque, en América Latina la institucionalización de adultos mayores no sea una práctica común, más bien son indicativas las bajas proporciones de personas que viven en hogares geriátricos en Latinoamérica (Ecuador 0,8%, México 0,9%, Bolivia 1%, Cuba 1%, Argentina 2%, Uruguay 3,6%) que se explica debido a la fuerte tradición familiar vigente en el continente⁵. Al experimentar los cambios en la sociedad actual, esto también está cambiando y hoy en día son una opción debido a las escasas posibilidades de subsistir sin una ayuda, o a las difíciles situaciones económicas de las familias, e incluso las complicaciones de salud que obligan al familiar a requerir de otros medios como lo son los hogares geriátricos^{6,7}.

Hay que tener en cuenta que la esencia del cuidado de los adultos mayores sea en residencias geriátricas o en comunidad, se basa en la promoción de la autonomía y participación consistente en aquellas enfermedades tituladas sobre la fragilidad, el impacto de soporte de salud y bienestar en reconocimiento a la vida cotidiana y sus relaciones de confianza⁸. No obstante, los residentes de hogares de ancianos, en mayor frecuencia, padecen enfermedades crónicas de difícil manejo, previamente establecidas como: derrames cerebrales, enfermedades cardíacas y deterioro cognitivo⁹, por lo que es necesario el buen funcionamiento básico físico y salubre de dicha institución, como apoyo para la autodeterminación personal del anciano¹⁰.

A lo largo del tiempo, los adultos mayores han sido vistos como personas frágiles que necesitan protección y asistencia, especialmente dentro de su núcleo familiar, sin embargo, algunos adultos mayores son rechazados en sus propios hogares¹¹. Este es uno de los principales problemas de nuestra sociedad actual, cada día es más común encontrar casos de abusos a los ancianos por parte de sus familiares estando expuestos al maltrato físico, psicológico, social. Por casos como estos es que se hace más fuerte la importancia de las instituciones geriátricas que garanticen la plenitud y el cuidado del adulto mayor¹¹.

Al analizar todo lo anteriormente mencionado numerosos trabajos afirman que la principal causa de la iniciación de este proceso es la falta de compañía o cualquier tipo de red social de apoyo que pueda dar cuenta de las necesidades de atención, cuidado y vinculación del adulto mayor con esto se comprende que los adultos mayores institucionalizados son una población muy vulnerable, por lo cual es de suma importancia su estudio debido a que la gran mayoría de estos son relegados por la sociedad. Por lo tanto, con esta revisión bibliográfica se buscó identificar esos factores fundamentales en la vida del adulto mayor como lo son los clínicos, psicosociales, su funcionalidad y sobre todo su calidad de vida y cómo se asocia a la institucionalización de estos, en la población residente en América Latina.

Métodos

El tipo de estudio que se realizó es una revisión temática. En el cual, se realizó un flujograma (Figura 1) con el fin de obtener información de diferentes bases de datos como PubMed/MedLine, SCOPUS, Scielo y GOOGLE SCHOLAR. En ese orden de ideas, en la presente revisión, se abordará de manera general la situación actual del envejecimiento mundial, factores biopsicosociales asociados a la institucionalización de adultos mayores, las patologías más comunes en adultos mayores institucionalizados y sus técnicas de diagnóstico, la funcionalidad y el grado de dependencia de estos adultos mayores institucionalizados, las escalas para la medición de

estas, así como también un apartado para la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado.

Envejecimiento hoy en día

Cuando se habla sobre envejecimiento es inevitable asociarlo a connotaciones negativas, sin embargo, es de suma importancia incorporar y modificar la concepción que se tiene para así buscar y determinar los elementos que expliquen de mejor manera este proceso. De igual manera, es fundamental incluir las opiniones de los adultos mayores y la visión que tienen en base a su propia experiencia para así manejar una concepción más amplia y completa del envejecimiento¹².

Hay que tener presente que las personas envejecen a través de los años en diferentes etapas del ciclo de vida; la población envejece cada vez que los grupos de mayor edad aumentan su ponderación dentro del conjunto. Sin embargo, las diferencias específicas que hacen irreversible el proceso tanto individual como poblacionalmente, tienen una referencia común a la edad. Adicionalmente a las consideraciones biológicas, el envejecimiento trae consigo una serie de cambios relacionados con la edad que a su vez se asocian con la percepción que las personas tienen de sí mismas, los valores que los demás les atribuyen y los roles que desempeñan en su comunidad¹³.

Desde finales del siglo XX, en Colombia, el cambio demográfico se ha definido por una disminución de la mortalidad y un cambio en la fecundidad. Esta transición se ha caracterizado de modo histórico por una disminución de la mortalidad durante la década de 1930 y una disminución de los nacimientos a partir de la década de 1960, lo que contribuye al envejecimiento de la población. Hoy día, este aumento de la tasa poblacional con respecto al envejecimiento de las cohortes es una prueba de este proceso¹⁴.

Según la ONU, a nivel mundial la población mayor de 65 años está creciendo más rápido que el resto de los grupos poblacionales. Según los datos del Informe de “Perspectivas de la Población Mundial de 2019” se estima que uno de cada seis personas de la población mundial tendrá más de 65 años (16%), lo que alarga notablemente la esperanza de vida mundial. También se han encontrado estudios que sustentan que para el año 2050, una de cada cuatro personas en Europa y América del Norte tendrá más de 65 años y adicionalmente se estima que para ese mismo año la población de 80 años o más se triplicará de 143 millones en 2019 a 426 millones¹⁵.

Considerando lo anterior, se puede indicar que actualmente la población mundial está envejeciendo con mucha más rapidez que en décadas pasadas lo cual afecta todos los aspectos de la sociedad. Debido a esto, es importante garantizarles una buena calidad de vida desde un punto de vista biopsicosocial, centrándose en un estado positivo y sin presencia de enfermedades^{16,17}.

La Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el periodo entre 2021 y 2030, la Década del Envejecimiento Saludable y la Organización Mundial de la Salud lidera la implementación. Este proyecto de colaboración a escala global tiene como objetivo reunir los gobiernos, la sociedad civil y los organismos internacionales, profesionales, la

academia, los medios de comunicación y del sector privado para promover una acción concertada, catalizadora y colaborativa a lo largo de 10 años orientada a promover vidas más largas y saludables².

Factores psicosociales y sociodemográficos asociados a la institucionalización de adultos mayores

Teniendo en cuenta la definición de adulto mayor institucionalizado como aquel que se encuentra hospedado en un hogar geriátrico, es importante mencionar los factores que conllevan a este suceso¹⁸.

La opción de optar por un centro geriátrico para este grupo etario ha ido en aumento, sobre todo en los últimos años. Esto se debe a que gran parte de la población hoy en día se encuentra conformada por adultos mayores a causa de factores como el aumento de la esperanza de vida y disminución marcada de la fecundidad. Al ser este grupo el mayor porcentaje de población repercute negativamente en algunos países, en gran parte latinoamericanos, donde no mantienen la cantidad de recursos para asumir este cambio demográfico. Esto se traduce en dificultades al acceso de salud, vivienda, espacios laborales y recreación¹⁹.

Dentro de los factores que motivan la internalización se encuentra la edad avanzada, la cual está estrechamente relacionada con otros como por ejemplo la aparición de enfermedades crónicas. Por este motivo conforme aumenta la edad también aumenta la probabilidad de ser ingresado a alguno de estos centros²⁰. Si bien el rango de edad abarca desde los 75 a los 85 años en promedio, es común observar individuos de incluso 65 años, ya que se debe tener en cuenta que existen situaciones donde la causa de institucionalización es únicamente la edad, dado a la perspectiva social que se tiene de las personas de edad avanzada⁴.

El motivo más frecuente es el abandono en el cuidado al adulto mayor, motivado mayormente por el cese de su vida laboral, este al no poder contribuir de forma productiva económicamente es visto como una persona generadora de gastos, produciendo desinterés, y frustración por parte de quienes conviven con él, causando así un desligamiento en la interacción afecto y comunicación entre la persona y su hogar⁸. Esto conlleva a él desentendimiento de necesidades básicas, la adquisición de medicación o tratamiento de enfermedades e incluso ignorar solicitudes de ayuda en los casos de dependencia²¹. En algunos casos el individuo puede llegar a convertirse en víctima de abuso por maltrato, ya sea físico o psicológico, en otras ocasiones simplemente el individuo no mantiene contacto con familiares o carece de ellos, ocasionando pocas garantías de cuidado óptimo¹⁹.

Otro aspecto para considerar es el bajo nivel educativo, que desencadena un aumento en los trabajos informales como reciclaje, empleos en casas de familia y ventas ambulantes, también se observó labores en fincas o zonas rurales. Esto repercute a nivel económico donde se registraron pérdidas llevando a una crisis económica de difícil superación, afectando el estilo de vida como en la pérdida de vivienda, disminución de alimento y utensilios de aseo personal o

necesidades básicas, lo cual podría empeorar o generar alguna enfermedad²². También se ve relacionado con pérdidas familiares o debilitamiento de vínculos entre ellos, por ende, no contar con personas que pudieran ayudar a sustentar económicamente, teniendo como consecuencia en algunos escenarios la vivencia en la calle¹⁹.

Por último, encontramos la polimedicación y desarrollo de enfermedades, donde la más común es la demencia, la cual dependiendo de su estadio puede llegar a requerir monitoreo diario por el deterioro cognitivo que provoca¹⁹. Suele suceder que los familiares no cuentan con el tiempo suficiente para atender al adulto mayor o tienen problemas al identificar necesidades que este intente expresar, al ser una enfermedad de progreso y sintomatología que puede variar entre cada individuo es posible que reciban tratamiento suficiente, por lo que se prefiere su ingreso a una residencia²⁰. Aunque prime la demencia como enfermedad principal causal de su ingreso, también puede darse por padecer varias enfermedades orgánicas, mentales o de difícil manejo. De igual forma hay que tener en cuenta que no todas las personas tienen el mismo acceso a centros de salud o adquisición de medicamentos por lo que es preferible su estancia en un hogar²³. La polimedicación a su vez es común en esta población pudiendo ocasionar sobredosis o ausencia de toma de fármacos, por lo que al igual que mencionado anteriormente los familiares o el propio adulto mayor prefiere la opción de institucionalización donde contaría con un mejor control y monitoreo de salud²⁴.

Patologías más comunes en adultos mayores institucionalizados

La salud es un determinante importante en la vida del adulto mayor ya que asegura su independencia, seguridad y productividad, por lo que está estrechamente relacionada a su calidad de vida. Aun cuando se asocia la vejez con la enfermedad, su carácter multifactorial nos muestra que si es posible conseguir un nivel satisfactorio de salud en esta etapa de la vida²⁷. Sin embargo, el deterioro funcional y celular sumado a malos hábitos adquiridos a lo largo de la vida y a la predisposición genética de cada individuo, hacen al adulto mayor más vulnerable de sufrir enfermedades comparado con otros grupos etarios¹⁰. Hay diversas patologías que son comunes en la vejez²; entre estas están las enfermedades crónicas, la depresión y la demencia.

Las enfermedades crónicas son un grupo de patologías de larga duración y de progresión lenta; que traen consecuencias de salud a largo plazo y su tratamiento es requerido por un largo tiempo o incluso, por el resto de la vida. Constituyen la principal causa de muerte en el mundo, y comparten factores de riesgo asociados a factores hereditarios y hábitos de vida²⁸. Las patologías más predominantes en este grupo de edad son la hipertensión arterial, la diabetes y la cardiopatía isquémica, también puede haber coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo²⁹. El cambio de la estructura poblacional, de una mayoritariamente joven a una de mayor edad; además de cambios en los estilos de vida han provocado un aumento de los factores de riesgo y un aumento

de la prevalencia de estas enfermedades¹³. Un control y tratamiento inadecuado puede causar complicaciones y afectar la independencia y la calidad de vida de los adultos mayores; Por lo que, constituye un reto el oportuno diagnóstico y adecuado tratamiento de estas enfermedades, especialmente en los pacientes de edades avanzadas en donde su costo y su impacto funcional son mayores²⁹.

La depresión es un trastorno mental caracterizado por una alteración del estado de ánimo; con síntomas afectivos como la apatía, desinterés, desesperanza e irritabilidad y con repercusiones en la funcionalidad y calidad de vida del paciente³⁰. Los adultos mayores se ven mayormente afectados debido a factores propios como enfermedades, su entorno, vida social, trabajo, estado civil y nivel de dependencia³¹. Además, la alta prevalencia de comorbilidades en estos empeora tanto el pronóstico de la depresión como de la enfermedad ya establecida³². La depresión además de ser una patología desestabilizante en la vida de la persona también es una de las mayores causas de discapacidad actual³⁴, debido a que afecta tanto funciones mentales, como físicas y sociales. Por lo que es importante un adecuado apoyo familiar, acceso a servicios médicos y diagnóstico y tratamiento oportuno de esta. Para evaluar el estado afectivo de adulto mayor existen varias escalas, como la escala de depresión geriátrica de Brink y de Yesavage y la escala de depresión de Hamilton. Son utilizadas como instrumentos de tamizaje, pero no deben ser utilizadas para el diagnóstico de la depresión⁴⁰.

A partir de los 60 años se presenta una disminución en la función cognitiva³⁵; cuando esta pérdida es mayor a la esperada para la edad del individuo se conoce como deterioro cognitivo. Este puede llevar al desarrollo de patologías más complejas, como la demencia³⁶. La demencia es una patología frecuente en el adulto mayor, donde diversas áreas cognitivas presentan deficiencias, logrando alterar el estado de funcionamiento de la persona³⁷. Los factores asociados son la edad, el sexo, comorbilidades, factores genéticos, ambientales y estilo de vida. Su incidencia en la población mayor está aumentando en todo el mundo y es una de las principales causas de muerte en adultos mayores³⁸. El anciano con demencia tiene un curso de la enfermedad progresivo y prolongado, en donde se va disminuyendo su funcionalidad e independencia; por lo que necesita un gran apoyo social y la garantía de sus necesidades. Su manejo se basa principalmente en el retraso del deterioro mental y físico del paciente y de preservar la calidad de vida de este³⁹. El Mini Mental State Examination de Folstein es una prueba utilizada para evaluar las funciones cognitivas; esta no puede ser utilizada para un diagnóstico de demencia, sino que indica que el paciente necesita una evaluación más completa³⁶.

Funcionalidad y grado de dependencia de adultos mayores institucionalizados

Durante esta etapa de la vida las personas pasan por muchos cambios tanto psicológicos como físicos, pero entre estos cambios uno de los más importantes es la pérdida de la independencia y autonomía que afecta inicialmente a las

actividades complejas, pero, si esto perdura en el tiempo y no se hace nada para mejorar esta situación, progresa y llega a afectar la independencia y autonomía para realizar sus actividades cotidianas y terminaran afectando hasta a el autocuidado²⁵. La Institucionalización algunas veces responde a estas preocupaciones por parte de los familiares que no pueden hacerse cargo de todas las necesidades del adulto mayor pero también puede jugar como arma de doble filo ya que al no verse obligados a realizar actividades que los activen durante el día esta capacidad que previamente tenían se va perdiendo a causa del sedentarismo he aquí la importancia de los espacios comunitarios para la participación y el mantenimiento de relaciones sociales y por ende una vida más activa¹⁹.

La capacidad funcional del adulto mayor es definida según Spiridus y Mc Rae como: "El conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno". Dicha capacidad viene determinada, fundamentalmente, por la existencia de habilidades psicomotoras, cognitivas y conductuales que adquiere la persona a lo largo de su vida, y que comúnmente disminuyen en las últimas etapas de esta²⁵. La evaluación funcional en el anciano es fundamental para establecer valoraciones clínicas y pronósticas adecuadas, así como para la planificación de los cuidados. Esta funcionalidad se traduce en la capacidad de realizar actividades de la vida diaria (AVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)²⁶, y que el hecho de que se encuentre en una institución en la que recibe apoyo y cuidados la mayor parte del tiempo puede afectar a dicha característica como ya se mencionó previamente.

En cuanto a los cambios en el proceso de envejecimiento, las condiciones funcionales (CFF) se convierten en un factor esencial para estudiar y cambiar algunos de sus componentes (fuerza muscular, flexibilidad, capacidad equilibrada y aire) que reducen la capacidad funcional de los ancianos; Comprendiendo a CFF, cómo recolectar las cualidades materiales necesarias para realizar tareas de la vida diaria de manera segura e independiente sin fatiga excesiva²⁷.

Herramientas para valoración funcional del adulto mayor

Existen instrumentos con validez en América latina y que se han usado a través del tiempo para medir la funcionalidad del adulto mayor, teniendo en cuenta que se recomienda siempre que estos tengan la una buena sensibilidad diagnóstica para detectar problemas y mejorar la objetividad de la evaluación. Estas herramientas deben estar diseñadas para el marco conceptual de lo que queremos medir, para el tipo de paciente, el sistema de salud en el que se encuentran, en el momento de la atención, en una condición o enfermedad, metas perseguidas y objetivos conocidos como el Gold standard, el tiempo y los recursos disponibles, además del conocimiento de las herramientas²⁸.

Entre estas herramientas tenemos a:

- Índice de Barthel: este índice es utilizado para medir la dependencia o independencia en las actividades que

realizan en su cotidianidad los adultos mayores y se puntúa con 0, 5, 10 o 15 puntos según la actividad, con una puntuación máxima de 100 puntos (90 puntos si usa silla de ruedas)^{28,29}.

- Índice de Lawton y Brody: evalúa las 8 actividades automatizadas descritas anteriormente (compras, cocina, limpieza, lavandería, financiación, medicina, transporte y uso del teléfono) y las clasifica de 0 a 8 palabras y se basa completamente en la máxima independencia^{28,29}.
- Escala física de Reuben para actividades de la vida diaria y el test de estado funcional de salud de Rosow y Breslau^{28,29}.
- Short Physical Performance Battery (SPPB o test de Guralnik) Se trata de una serie de pruebas físicas que se han desarrollado para determinar la función específica de las extremidades inferiores. Consta de tres pruebas, una velocidad de marcha de 2,44 metros, un tiempo para levantarse de una silla 5 veces y una prueba de equilibrio^{28,29}.
- Fenotipo de fragilidad de Fried: es un fenotipo clínico patológico que incluye criterios como la pérdida de peso intencional de al menos 5% en el último año, fatiga, inactividad física, marcha lenta y debilidad muscular, recordando que un sujeto se considera frágil si cumple con tres o más criterios, prefrágil si cumple uno o dos criterios, y no frágil si no cumple ningún criterio³⁰.

Calidad de vida del adulto mayor institucionalizado

La calidad de vida se define, integralmente, como: "aquel estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y objetivos"^{31,32}. Es decir, se considera una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social, al contemplar las necesidades de: autonomía, salud, productividad, seguridad, satisfacción, entre otras³².

Por otra parte, los adultos mayores pasan por tantos cambios físicos, psicológicos y sociales que les corresponde a ellos, en la medida de lo posible, decidir cómo quieren vivir en esta etapa de la vida o, en otras palabras, interpretar el envejecimiento³³. Por ello, en la vejez, la calidad de vida consta de varios componentes como la salud, la participación social, la impresión subjetiva, la satisfacción vital y la presencia de factores ambientales favorables³⁴. Así que, la calidad de vida está relacionada con la actitud que los ancianos mantienen durante este período, teniendo en cuenta las actitudes positivas, la actividad física y mental, el mantenimiento de una alimentación saludable, así como las interacciones y apoyo social³⁵.

Según Rivera Ledesma³⁴, la variable salud tiene un impacto significativo en la percepción de la felicidad y bienestar de los adultos mayores, debido a que el deterioro de la salud genera un problema al valorar la calidad de vida. Dada la importancia de la dimensión salud, existe un término conocido como calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), el cual

hace referencia a valoraciones de la percepción de la salud del individuo, recogiendo tanto aspectos objetivos como subjetivos^{36,37}.

Por lo mismo, diferentes estudios han evaluado los factores asociados a calidad de vida con la salud física, entre ellos, Maya, Cardona-Arias y Giraldo en Antioquia (Colombia), en el cual estudiaron a 191 participantes mayores de 60 años de ambos sexos, y encontraron, a través de la escala WHOQOL-BREF, puntajes de CVRS por encima de 50 puntos, por lo tanto, se concluye que es erróneo concebir la vejez como un período de total dependencia y deterioro de la calidad de vida³⁸.

En otro estudio, realizado por Cardona-Arias, Álvarez-Medieta y Pastrana-Restrepo³⁹, titulado “Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012” compararon el perfil de CVRS de 220 adultos mayores de hogares geriátricos públicos y privados de Medellín, a través de la aplicación de la escala WHOQOL-BREF, la cual tuvo mejor puntuación en salud psicológica y la más baja en relaciones sociales, además no encontraron diferencias en la CVRS por tipo de residencia y los principales factores de satisfacción fueron el apoyo familiar y la participación en grupos sociales.

Por tanto, la perspectiva social es uno de los factores que determinan la calidad de vida de las personas mayores³³. Se puede decir que, en la vida cotidiana, las personas mayores son vistas como seres con un bajo nivel de sociabilidad, lo que contribuye a su percepción negativa. Al respecto, Fernández, Clúa y Ramírez^{31,33}, argumentan que las relaciones interpersonales promueven el aumento de la felicidad, ya que permiten a los adultos mayores crear nuevas redes de apoyo, ayudándolos a lidiar con el estrés y las influencias negativas que suelen presentarse durante este período. Por esto, es importante y necesario que este grupo de personas encuentre un lugar para sí mismos, se integren y cuiden holísticamente⁴⁰.

Por otro lado, la institucionalización es aquel proceso de adaptación que realizan las personas a un lugar, siendo producto y consecuente de las acciones de los sujetos, en relación a su aceptación y el funcionamiento de la actividad social⁵⁹. No obstante, los efectos de la institucionalización varían de persona a persona debido a sus circunstancias particulares, así como hay quienes lo viven como un encierro, tornándose rígido respecto a las normas, pérdida del autocontrol y estancamiento de la realización personal con el fin de hacer alusión a “mantenerse vivos”⁴¹. También, están aquellos adultos mayores que llevan una experiencia más llevadera según como han vivido sus etapas de vidas anteriores a la institucionalización⁴².

Por lo anterior, las residencias gerontológicas comparten un objetivo específico: beneficiar a la persona en cuestión. Es decir, suplir la falta de apoyo de la familia, mejorar su condición durante la enfermedad, garantizar la seguridad económica y social, y proporcionar los medios necesarios para la sobrevivencia adecuada en una situación de riesgo para un adulto mayor³³.

Conclusión

La esperanza de vida en América Latina va creciendo a grandes pasos, lo que cambia las dinámicas poblacionales conocidas anteriormente y trae no solo nuevos desafíos en cuanto a políticas públicas si no también un aumento en la institucionalización de adultos mayores como consecuencia de la búsqueda de mejores condiciones de vida y una menor carga física y emocional tanto para los familiares como para el individuo.

Existen ciertos factores de riesgo que se asocian a la institucionalización de esta población como lo son la edad avanzada, bajo nivel socioeconómico y educativo, carencia de cuidado por parte de su familia o carencia de una familia que se pueda hacer cargo, la polimedicación además enfermedades que afectan la funcionalidad y el nivel cognoscitivo del adulto mayor.

Las patologías crónicas son las más comunes en este grupo de edad debido a los cambios fisiopatológicos que ocurren con el tiempo en el organismo entre estas tenemos a las más predominantes como lo son la hipertensión y la diabetes o incluso la coexistencia de estas; que entre otras cosas tienen en común un tratamiento óptimo para llegar a metas y en la mayoría de los casos seguro, pero que requiere de organización y cuidado que pueden ser limitaciones para el adulto mayor si no se encuentra en un ambiente que le proporcione este tipo de ayudas, pero al encontrarse en una institución de calidad en donde se dé un manejo integral a su patología muchas de estas complicaciones se pueden resolver.

Es importante recalcar que la depresión y la demencia son de los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia debido al deterioro cognitivo característico de este grupo etario, estas patologías se caracterizan por no solo producir un daño fisiológico en estructuras cerebrales si no que al mismo tiempo perturban y alteran la funcionalidad completa de estos sujetos. Para estas se han buscado maneras de evaluarlas de una forma fácil y práctica lo que llevo a la creación de una escala de tamizaje para la depresión conocida como la escala de Yesavage que evalúa síntomas de depresión en la población geriátrica y para la demencia la implementación del Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE) un cuestionario también tamizaje para evaluar el deterioro cognitivo; estos instrumentos han facilitado el apoyo diagnóstico de estas enfermedades y se han convertido en materiales de uso trascendental para el apoyo de muchos hogares geriátricos en la realización una evaluación amplia y completa de los adultos mayores que se encuentran institucionalizados.

La utilización de escalas e índices para medir la valoración funcional de este grupo poblacional como lo son el índice de Barthel, Lawton y Brody, e incluso el fenotipo de Freid para fragilidad se han convertido en una herramienta fundamental para la realización de una evaluación completa de todas las esferas del adulto mayor llegando a conocer todas sus limitaciones y discapacidades para poder brindar ayuda individualizada en cada uno de los casos, además de la posibilidad de reconocer la vulnerabilidad ante ciertas

situaciones que se presenten en la institución donde habita el anciano y tomar medidas al respecto para mejorar su calidad de vida.

Considerando lo anterior, se asume que las personas mayores en este período experimentan cambios psicofisiológicos que dependen de su estilo de vida, sistemas

sociales y familiares y afectan continuamente sus diferentes áreas de funcionamiento, autonomía, que afectan su calidad de vida y cognición.

Conflictos de interés:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

- Rodríguez Quintana T, Ayala Chauvin MA, Ortiz Rosero MF, Ordoñez Paccha MB, Fabelo Roche JR, Iglesias Moré S. Caracterización de las condiciones de salud de los adultos mayores en Centros Geriátricos de la ciudad de Loja. Ecuador. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2019;18(1):138-49. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1804/180460574013/180460574013.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. *Envejecimiento y salud*. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la salud de las personas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable: Informe final. Washington, D.C. 2019. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=49692-cd57-inf-9-s-pda-personas-mayores&category_slug=cd57-es&Itemid=270&lang=es [cited 2022 May 8]
- Alves RJ. Institucionalización del adulto mayor: análisis de la experiencia subjetiva a partir de la creación de un taller literario. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Universidad de Buenos Aires, 2013. 2013. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-054/544.pdf> [cited 2022 May 8]
- Oddone MJ. El desafío de la diversidad en el envejecimiento en América Latina; Universidad de Buenos Aires. Facultad de ciencias económicas. Plan Fénix; Voces en el Fénix. 2014;36(7):82-90. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/35884>
- Rodríguez Martín M. La soledad en el anciano. *Gerokomos*. 2009;20:159-66. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2009000400003&script=sci_abstract
- Organización Panamericana de la Salud. La salud de los adultos mayores: una visión compartida. Washington, D.C. 2011. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51598>
- Hedman M, Haggström E, Mamhidir AG, Pöder U. Caring in nursing homes to promote autonomy and participation. *Nursing Ethics*. 2019;26(1):280-92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28425315/>
- European Commission. 'Good health adds life to year's is this year's World Health Day. 2012. Disponible en: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=1266&furtherNews=yes>
- Coma J, Carbonell X. Experiencia de libre albedrío en la conducta pro-social determinada por la alegría. *Escritos de Psicología*. 2015;8(3):41-7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2710/271043400006.pdf>
- Victoria TVO, Luz GGM, Siomara CHS. ¿Cuáles son las causas de abandono familiar de los adultos mayores que se encuentran reclusos en el Centro San Pedro Claver en la ciudad de Bogotá D.C.? 2016. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11396/4462>
- Rodríguez Ávila N. Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. *Horizonte sanitario*. 2018;17(2):87-8. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000200087
- González D, Sosa Z, Reboiras L. Las dimensiones del envejecimiento y los derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe. *Organización de las Naciones Unidas - CEPAL*. 2021. p. 11-57. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/7b24485d-f75b-44ab-aaa7-73d7ebfa8928/content>
- Ministerio de Salud y Protección Social. *Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020. Dinámica demográfica y estructuras poblacionales*. Bogotá, D.C; 2013 Apr. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. Paz, dignidad e igualdad en un planeta sano. *Envejecimiento*. 2019. Disponible en: <https://www.un.org/es/>
- Organización Mundial de la Salud. *Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030*. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing> [cited 2022 May 16]
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Década del Envejecimiento Saludable en las Américas (2021-2030)*. 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030>
- Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores (FIAPAM). *Adultos mayores institucionalizados: Íconos del abandono y la soledad*. 2016. <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/11/FIAPAM-un-movimiento-asociativo.pdf>
- Guevara-Peña NL. Impactos de la institucionalización en la vejez. *Análisis frente a los cambios demográficos actuales*. *Entramado*. 2016;12(1):138-51. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/entra/v12n1/v12n1a10.pdf>
- Laguado Jaimes E, Camargo Hernández K del C, Campo Torregroza E, Martín Carbonell MC. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*. 2017;28(3):135-41. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300135
- Belesaca M, Buele A. Causas y consecuencias del abandono en el adulto mayor del centro gerontológico "Cristo Rey", Cuenca-2016. Cuenca. 2016. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/25629>
- Córdoba AMC, Mantilla MSQ. Reflexiones grupales en gerontología: el envejecimiento normal y patológico. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. 2015;45:173-180. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7795697>
- Sibolt G, Curtze S, Jokinen H, Pohjasvaara T, Kaste M, Karhunen PJ, et al. Post-stroke dementia and permanent institutionalization. *Journal of the Neurological Sciences*. 2021;15(421):117307. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33454589/>
- Asociación Catalana de Recursos Asistenciales (ACRA). *La institucionalización en los centros residenciales reduce el consumo de fármacos entre los mayores*. 2018. Disponible en: <https://dependencia.info/noticia/1786/salud/la-institucionalizacion-en-los-centros-residenciales-reduce-el-consumo-de-farmacos-entre-los-mayores.html>
- Tupiza Lima IC. La relación entre el grado de funcionalidad y depresión en el adulto mayor institucionalizado en el centro hogar de vida 1 de la fundación patronato municipal San José. Universidad Central del Ecuador. 2015. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/7211>
- Pinillos-Patiño Y, Prieto-Suárez E. Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2012;14(3):438-47. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642012000300007&script=sci_abstract&tlng=es

27. Benavides-Rodríguez CL, García-García JA, Fernández JA. Condición física funcional en adultos mayores institucionalizados. *Universidad y Salud*. 2020;22(3):238–45. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v22n3/2389-7066-reus-22-03-238.pdf>
28. Abizanda P, Alfonso S, Navarro J. Valoración funcional en el anciano. Elsevier. 2015. Disponible en: http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod_resource/content/19/Repositorio_Cursos/Archivos/Alzheimer/MODULO_II/UNIDAD_3/Valoracion.pdf
29. Chavarro DA, et al. Escalas de uso frecuente en geriatría. *Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas-Javegraf*. 2020. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10554/53402>
30. Tello-Rodríguez T, Varela-Pinedo L. Fragilidad en el adulto mayor: detección, intervención en la comunidad y toma de decisiones en el manejo de enfermedades crónicas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2016;33(2):328–34. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342016000200019&script=sci_abstract
31. Sarmiento A, Escobar C. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizado y no institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga y su área Metropolitana. *Universidad Pontificia Bolivariana*. 2018. Disponible en: <https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/5250>
32. Ardila R. Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2003;35(2):161–4. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203>
33. Celeiro T, Galizzi M. Calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá. *Pontificia Universidad Católica Argentina*. 2019. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/9721>
34. Montero -López LM, Rivera-Ledesma A. Ajuste psicológico y vida religiosa en adultos mayores. *Universitas Psychologica*. 2014;13(3):15–26. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64733438007>
35. González R, Cardentey J. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Revista Finlay*. 2018;8(2). Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/564>
36. Juniper E, Price D, Fabienne. Calidad de vida relacionada con la salud. *European Lung*. 2021. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8761545/>
37. Soto M, Failde I. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2004;11(8):53–62. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000800004
38. Cardona Arias JA, Giraldo E, Maya MA. Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de un municipio colombiano, 2013. *Revista Médicas UIS*. 2016;29(1):17–27. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192016000100003
39. Cardona-Arias JA JA, Álvarez-Mendieta MI, Pastrana-Restrepo S. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012. *Ciencias de la Salud*. 2014;12(2):139–55. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/562/56231201002.pdf>
40. Alejo Gutiérrez J, Nieves Pinzón AL, Ruiz Saavedra L katerine. Percepciones de los adultos mayores institucionalizados en un hogar geriátrico de la ciudad de Barrancabermeja. *Pontificia Universidad Javeriana*; 2016. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10554/20443>
41. Vaismoradi M, Wang I, Turunen H, Bondas T. Experiencias de atención a mayores en residencias geriátricas una metátesis. *International nursing review en español: revista oficial del Consejo Internacional de Enfermeras*. 2016;63(1):118–28. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5637081>
42. Méndez Herrada VA. Cambios en el adulto mayor: percepciones sobre autonomía, bienestar y calidad de vida, en el hogar y/o residencias geriátricas. 2018. Disponible en: <https://bdigital.uexternado.edu.co/handle/001/1416>