



¹Mónica Muñoz Peñailillo

¹Sara Mendoza Parra

²Alide Salazar Molina

¹Enfermera. Departamento de Enfermería, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

²Licenciada de Enfermera Matrona. Departamento de Enfermería, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

Correspondencia:

Mónica Muñoz Peñailillo. Universidad de Concepción, Casilla 160 C Concepción-Chile

Tfno.: 20 49 48-20 70 64; fax: (56-41) 22 83 53

E-mail: momunoz@udec.cl

Dependencia funcional y perfil biopsicosocial del adulto mayor

Functional dependence and biopsychosocial profile in elderly people

Financiación: Dirección de Investigación de la Universidad de Concepción.

RESUMEN

Investigación cuyo objetivo fue identificar las características biopsicosociales y el nivel de dependencia funcional de adultos mayores del sistema público de salud, en la VIII Región, Chile.

La metodología de diseño descriptivo y transversal consideró un universo de 117.000 adultos mayores, de 65 años o más, y una muestra aleatoria de 575 respondedores. Mediante entrevistas individuales se aplicó un cuestionario, compuesto por preguntas de identificación y diversas escalas (Índices de Katz, Lawton, Yesavage, Moral y Estado Mental), orientado a recoger datos sociodemográficos, psicosociales, de salud y niveles de dependencia funcional básica e instrumental.

Los resultados evidenciaron que en el grupo encuestado, un 59% eran mujeres, el 64% tenía 70 ó más años y el 79% sabía leer y escribir. En su mayoría eran dueñas de casa y obreros; un 30% vivía en familias de hasta 4 integrantes mientras que un 11% vivía solo/a. El nivel de dependencia funcional, medido con la Escala de Katz, evidenció un 19,7% de dependencia y la Escala de Law-

SUMMARY

The purpose of this study was to identify the biopsychosocial characteristics and the level of functional dependence in elderly people at the public health system in a southern region of Chile. The descriptive and transversal methodology considered a universe conformed by 117,000 elderly, with 65 years old and over, and a random probabilistic sample of 575 responses. Information was collected through personal interviews at homes of the subjects. We used a questionnaire which included sociodemographic and psychosocial questions, and scales to test the basic and instrumental functional dependence behaviour (Katz, Lawton).

The results showed that 59% are women, 64% has 70 and over and 79% knows how to read and to write. Being in their majority house owners and workers, 30% lives with families with 4 members and 11% lives alone. The functional dependence activities, measured with Kast index shows 19.7% of dependence and the Lawton and Brody index, classified to 87.3% of the elderly with dependence. It is necessary to continue investigating this group and to look for correlations between biopsychosocial variables and functional dependence to guide a more effective nursing care.

ton y Brody clasificó al 87,3% de los adultos mayores con dependencia. Es necesario seguir investigando este grupo y buscar correlación entre variables biopsicosociales y dependencia funcional básica e instrumental para orientar un cuidado de enfermería más efectivo.

PALABRAS CLAVE

Adulto mayor, dependencia funcional instrumental y básica, variables biopsicosociales en el adulto mayor.

KEY WORDS

Elderly, instrumental and basic functional dependence behaviour, biopsychosocials variables in elderly.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento como fenómeno universal es un proceso de la vida de todos los seres humanos durante el cual ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales. Durante las últimas décadas el fenómeno demográfico en Chile ha contribuido a incrementar significativamente la esperanza de vida al nacer y, en consecuencia, ha modificado la estructura poblacional.

La VIII Región, lugar de interés de este estudio, ocupa el tercer lugar entre las regiones más envejecidas del país (1), representando el grupo de la tercera edad el 12,25%, es decir, 159.978 personas, esperándose un incremento para el año 2025 de más de un 50% (2). Esta región, en términos económicos, demográficos y epidemiológicos, ofrece a la gran mayoría de los que habitan en sus diferentes localidades una realidad constituida por pobreza y un envejecimiento con alta prevalencia de enfermedades crónicas y mentales ya que el/la anciano/a se enfrenta a un cúmulo de factores que lo perfilan como una población en riesgo de sufrir limitaciones funcionales, discapacidad y finalmente, condiciones de dependencia que lo acompañarán a diario, pero la situación geográfica, el género, los rangos de edad, los apoyos sociales, las enfermedades mentales, etcétera, tienen magnitudes y repercusiones diferentes para cada uno.

Para el crecimiento significativo que ha tenido el grupo de 65 años y más, el sistema de salud chileno

está particularmente interesado en mantener programas de atención que, en términos generales, incluyen una valoración global de la situación de salud, con énfasis en sus capacidades funcionales y acciones destinadas a favorecerlas. Aunque estos programas están en desarrollo en los establecimientos del primer nivel de atención a través del país, y aunque programáticamente se han realizado avances en focalizar intervenciones locales en la atención de las necesidades de este grupo etario, no existe una completa visión biopsicosocial del adulto mayor y sus capacidades funcionales han sido medidas con propósitos de pesquisa, para delinear el volumen de demandas de atención y destinación de recursos en salud. Falta aún conocer localmente a este grupo en términos de características biodemográficas, de salud y capacidades funcionales, que permitan delinear acciones de salud según sus necesidades reales, precisadas según las particularidades locales e individuales, que en el interior de todo grupo humano se producen.

La situación funcional del adulto mayor es de vital importancia, porque junto con determinar el riesgo de dependencia e institucionalización de una persona, determina además el consumo de recursos en el ámbito social y de salud. En Chile las enfermedades de los adultos mayores se caracterizan por su cronicidad, pluripatología, polifarmacia y presentar mayores complicaciones (3), lo que significará un deterioro irreversible de sus capacidades físicas, biológicas y sociales, para vivir los 20 años que le quedan, como promedio de vida.



20 Es importante entender que la funcionalidad es la capacidad de cumplir o realizar determinadas acciones, actividades o tareas. Un proceso patológico, sobre todo el crónico, termina provocando un daño fisiopatológico con la consiguiente alteración en órganos y sistemas que llevan finalmente a la limitación funcional, es decir, a la limitación para realizar tareas o acciones físicas y/o mentales en un rango normal. Esto conducirá a la discapacidad, que conceptualmente se define como la dificultad para realizar actividades básicas (ABVD) o instrumentales (AIVD) de la vida diaria. Las primeras son las más elementales de autocuidado (alimentación, aseo, vestuario, movilidad, continencia y uso del baño) y las segundas (usar el teléfono, ir de compras, cuidar la casa, lavar la ropa, preparar la comida, usar medios de transporte, responsabilizarse de los medicamentos y utilizar dinero) requieren de algunos instrumentos para ser llevadas a cabo, precisan de una mayor indemnidad del individuo para realizarlas, y posibilitan mantener una vida mínimamente “social”. El último eslabón será la dependencia, que no es otra cosa que la necesidad de ayuda de otra persona para realizar tareas cotidianas de la vida diaria.

Las implicancias de este proceso adquieren significado social y político cuando es asociado con la magnitud de personas que en un determinado período de tiempo lo están viviendo, o lo vivirán, si se proyecta el incremento de aquella magnitud. La literatura evidencia que los conceptos de envejecimiento, funcionalidad, limitación funcional y dependencia han sido ampliamente investigados y teorizados, inicialmente por los países europeos, que han enfrentado primero la transición demográfica.

La prevalencia de enfermedades crónicas diferenciadas por sexo es, quizás, la primera y obligada valoración que debemos hacer de este grupo para tener una idea de quién estará más afectado en términos de enfermedad, deterioro, limitación funcional y dependencia. Seculi (4) *et al.*, al querer analizar las diferencias en la percepción del estado de salud de los varones y mujeres en las últimas etapas de la vida y explorar su relación con variables sociodemográficas y de salud, encuestaron en Cataluña (España) a 1.459 varones y 1.993 mujeres de 60 años o más. Encontraron que fue superior la pro-

porción de mujeres que padecía una o más discapacidades (41,2%) respecto a los varones (28,7%), acompañada además de una proporción mayor de enfermedades crónicas, 92,2% de las mujeres y el 85% de los hombres. Nybo *et al.* (5), en una cohorte de 2.262 daneses nacidos en el año 1905 que en 1998 -momento del estudio- tenían entre 92 y 93 años de edad, encontraron que a pesar de que la mortalidad era más baja en las mujeres (22%) éstas eran más inválidas que los hombres (19%). La mayoría de los participantes del estudio consideró que su salud era buena y estaban satisfechos con ella. Según la capacidad funcional, el 50% de los hombres y el 45% de las mujeres eran independientes, y el 19 y 22%, respectivamente, eran dependientes. Oliver-Vásquez *et al.* (6), que estudiaron a 490 portorriqueños de 65 años o más para describir su estado de salud y funcional, concluyeron que los adultos mayores son una población compuesta principalmente por mujeres. Más de la mitad de la muestra presentó problemas visuales, artritis, hipertensión arterial y casi la cuarta parte tenía diabetes *mellitus*. Lo anterior, con excepción de la diabetes *mellitus*, eran condiciones que mayoritariamente estaban presentes en el grupo de 75 años. Encontraron, además, que el 30% era funcionalmente dependiente y esta condición aumentaba con la edad.

Leinonen (7), al cabo de 5 años de estudio en los que midió la salud autovalorada y los cambios en el estado de salud en una cohorte de 382 ancianos de 75 años (nacidos en 1914) en Jyväskylä (Finlandia Central), observó un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, una disminución de la capacidad cognitiva y una disminución de la actividad física y capacidad funcional a medida que se tiene mayor edad. Concluyó que cuando se evalúa la percepción del estado de salud de un momento determinado, las respuestas se basan en la interacción del individuo con el ambiente. En cambio, cuando se evalúa la percepción de los cambios en el estado de salud, la respuesta se basa en una comparación intra-individual. Enfatizaron que la actividad física parecía ser un parámetro importante cuando las personas ancianas evaluaron su salud. Di Nuzzo *et al.* (8), con similares objetivos y después de estudiar a 2.800 ancianos de origen americano-mexicano, concluyeron que el deterioro visual es una de las condiciones más comunes

30 que afectan a los adultos mayores, enfatizando que es una de las principales causas de invalidez funcional y que a medida que avanza la edad aumenta la prevalencia de este daño y afecta adversamente a las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Otro hecho, que no se puede dejar de mencionar a la hora de identificar integralmente lo que caracteriza la vida de un anciano, es el maltrato. Recientes evidencias encontradas por Quiroga (9), que en 1999 estudió este fenómeno en 244 personas mayores en Chile, señalaron que un 25,7% de la muestra había sido objeto de algún tipo de maltrato, y aunque entre sus objetivos no estaba relacionarlo con la capacidad funcional, su cuantificación nos obliga a explorar esta cruda realidad y sus consecuencias.

Atendiendo a lo anterior y como una forma de contribuir a los propósitos del sistema de salud, esta investigación intentó identificar las características biopsicosociales, el estado de salud y el nivel de dependencia funcional de los adultos mayores de la VIII Región de Chile.

Esta experiencia investigadora no estuvo exenta de limitaciones. Las reacciones que provocaba la aplicación de los instrumentos, sobre todo cuando el respondedor era un adulto mayor con algún grado de dependencia, no sólo significó bastante tiempo en obtener una respuesta, sino también experimentar situaciones difíciles, toda vez que el anciano/a se mostraba como una persona deteriorada. Otro aspecto, que a opinión de las autoras ofrece alguna limitación para el conocimiento cabal de este grupo, es tener como muestra sólo a los adultos mayores adscritos al sistema público. Las dificultades que tiene para las investigaciones el acceder al registro de salud del sistema privado muchas veces impiden que se tenga una valoración real de los grupos de riesgo.

MÉTODOS

Se diseñó un estudio descriptivo, transversal que tuvo como universo a la totalidad de adultos mayores beneficiarios en el Sistema Público de Salud de la VIII Región de Chile, que en el año 2000 registraba un total de 117.000 personas de 65 años o más inscritas en los esta-

21 blecimientos del primer nivel de atención. La unidad de análisis la conformaron todos los adultos mayores de ambos sexos que otorgaron su consentimiento informado, con domicilio en la VIII Región y con cualquier condición de salud. El muestreo, probabilístico al azar simple, aplicado en todos los establecimientos, obtuvo 575 sujetos como población objeto. Para la recolección de los datos se elaboró un cuestionario que, en su primera parte, recogía datos de identificación personal, existencia de enfermedades crónicas, limitación física, calidad de visión y audición, percepción de maltrato y satisfacción con la vida. La segunda parte estaba constituida por 5 escalas: Índice de Katz (10), que evalúa la capacidad funcional en actividades básicas de la vida diaria (ABVD); Índice de Lawton (11), que evalúa la capacidad funcional en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD); Escala de Yesavage (12), que determina la inexistencia de depresión o presencia de depresión leve, moderada o grave; *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) (13), que evalúa el estado cognitivo; y la Escala de Moral (o Escala de Satisfacción de Filadelfia) (14), que mide el grado de adaptación del anciano.

Aunque las diferentes escalas tienen reconocida validez y confiabilidad, previa a la recolección definitiva se realizó una prueba piloto con el objeto de evaluar la aplicabilidad del instrumento, asegurar una distribución heterogénea de casos en cada una de ellas. Asimismo se incorporó la Escala de EVA (15), que también mide capacidad funcional, con el objeto de evaluar la validez convergente de los índices de Katz y Lawton, cuyos r de Pearson fueron de $-0,79$ y $0,78$, respectivamente, ambos valores con un $\alpha = 0,0001$.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

Del total de la muestra el 64% de ellos tenía entre 70 y más años, siendo el 59% mujeres. El 48% estaba casado y un 34% era viudo. Aunque el nivel educacional que más prevaleció fue el nivel básico (60%), el 79% informó de que sabía leer y escribir. Las mujeres en un 41% eran dueñas de casa y la actividad ocupacional que más prevaleció entre los hombres fue la de obrero (41%). Según el



22 tipo de vivienda, el 91% vivía en una casa, de la cual eran propietarios el 78% de ellos. Los datos familiares informaron de que el 29% vivía en familias de 3 a 4 integrantes, el 41% integraba una familia con 2 integrantes, el 11% vivía solo y el 10% vivía con 5 ó más familiares. El sustento económico evidenció que un 31% de los ancianos vivía con menos de 50.000 dólares y el 44% recibe mensualmente entre 50 y 100.000 dólares.

Características psicosociales

Según el apoyo familiar, el 85% percibía apoyo, que en un 44% era brindado por hijos. Respecto al maltrato, el 7% acusó que constantemente eran insultados o se burlaban de ellos, un 3% se atrevió a denunciar, ante el encuestador, daño corporal y un 2% informó de constantes amenazas de castigo o de llevarlos a un asilo.

Otro hecho que se debe considerar es que la mayoría (78%) vivía en sus hogares; lo que se reafirma con las respuestas de un 64% de ellos que dijeron no estar preocupados o temer que algo malo les va a pasar y en las respuestas de un 79% de ellos, que dijeron no sentirse inútiles o despreciados.

Respecto de la adaptación, medida a través de la Escala de Moral, se observó que el 89% de los ancianos estaba satisfecho de la vida y un 75% tenía tanto entusiasmo de vivir como el año anterior. A su vez, más de la mitad de la muestra (52%) declaró sentirse feliz ahora igual que cuando era joven. El grado de adaptación para un 40% de los ancianos era bajo, un 29,6% resultó con un grado de adaptación mediano y el 30,4% mantenía un alto grado de adaptación.

El que un 71% no se sintiera solo revela la importancia que tienen para la vida de las personas los apoyos sociales, que resultaron estar presentes en un 85% de los ancianos. Adquiere gran importancia, también en esta edad, la presencia de familiares y amigos, lo que se vio reflejado en que un 73% era visitado con frecuencia por amigos y familiares. El que un 71% contestara que no tienen muchos motivos para estar tristes hace que sientan que la vida no es dura para ellos la mayor parte del tiempo. Un 58% de los ancianos manifestó que a veces se preocupa tanto que no puede dormir y un 43% de ellos dijo tomarse las cosas demasiado a pecho, sumado

al temor que tienen de muchas cosas. Un 40% contestó que ahora se molestan más fácilmente, y se enojan con más frecuencia de lo que solían hacerlo antes. Un 59% opinó que las cosas se ponen peor a medida que envejecen pero, a pesar de ello, un 79% declaró que no siente que la vida “no vale la pena”.

Condiciones del estado de salud

La situación de salud mostró que el 85% es portador de una enfermedad crónica, siendo las más prevalentes, en un 62%, las cardiovasculares, seguidas de la diabetes *mellitus* (27%), las osteoarticulares (14%) y respiratorias (13%). La capacidad visual fue buena en un 48%, regular en un 46% y mala en el 6% de ellos. Respecto a la audición, el 55% oía bien, un 33% escuchaba regularmente y un 12% acusó tener mala audición.

Aproximadamente dos tercios de la muestra (64%) dijeron no tener más problemas con su memoria que otras personas de su edad, lo que es muy similar a los resultados obtenidos en el test que mide sus funciones intelectuales (*Short Portable Mental Status Questionary*), que clasificó a un 51% como normales y al 27% con deterioro leve de su memoria y con deterioro entre moderado y severo al 16,7 y 5,3%, respectivamente.

Respecto de la evaluación geriátrica para medir la depresión (Tabla 1), el análisis individual de las preguntas reveló que los ítems de la escala que dan cuenta de algún grado de depresión alcanzaron una respuesta positiva en una proporción que fluctúa entre el 21 y el 55% de los ancianos. Por el contrario, los ítems que dan cuenta de la inexistencia de depresión tienen una respuesta positiva en una proporción que fluctúa entre el 64 y el 92% de ellos. El 92% refirió que es maravilloso estar vivo y un 86% dijo estar satisfecho con la vida. Según lo muestra la Tabla 2, por las puntuaciones alcanzadas por los ancianos, el 64,9% de ellos estaba normal, el 25,4% tenía un estado depresivo moderado y el 9,7% tenía un estatus depresivo severo.

Capacidad funcional

En relación a la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria, medida a través de la Escala de

32 Katz (Tabla 3), 105 ancianos, es decir, un 19,7%, resultaron ser dependientes en una o más áreas (hasta cinco), distribuyéndose frecuentemente y en orden descendente por cada actividad en la que dependían como sigue: 76 (13,2%) para bañarse, 55 (9,6%) para vestirse, 52 (9%) para trasladarse, 49 (8,5%) en continencia, 37 (6,4%) para ir al baño y 13 (2,3%) para alimentarse. En la Tabla 4 se puede observar la distribución de los ancianos en las conductas que los calificaron como dependientes en las áreas examinadas. Del total de los ancianos, 462 resultaron ser independientes en todas las actividades consultadas, es decir, un 80,3%. El 1,4%, es decir, sólo 8 ancianos, resultó dependiente en todas las áreas que mide la escala.

Con respecto a la capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria, medida a través de la Escala de Lawton y Brody, 72 ancianos resultaron ser independientes, es decir, un 12,7%. En la Tabla 5 se pueden observar las áreas de dependencia que resultaron más frecuentes entre los ancianos dependientes (96,2%) en una o más áreas. La Tabla 6 muestra la clasificación del nivel de dependencia resultante medida por esta escala de Lawton y Brody. Comparativamente con el Índice de Katz, se puede apreciar la diferencia que existe en ambas escalas para determinar dependencia. Mientras el Índice Lawton calificó al 44,5% de los ancianos como dependientes en todas las áreas medidas, el Índice de Katz sólo calificó como totalmente dependiente al 1,4%.

DISCUSIÓN

Según el perfil demográfico que caracterizó a la muestra, el índice de masculinidad calculado en el grupo

Tabla 1. Distribución porcentual de las respuestas de los ancianos respecto de los ítems de la escala de Yesavage (n= 575)

Ítems (evaluación geriátrica abreviada para medir depresión)	Sí (%)	No (%)
Cree que es maravilloso estar vivo	92	8
Básicamente satisfecho con la vida	86	14
Se siente feliz la mayor parte del tiempo	78	22
Esta de buen ánimo la mayor parte del tiempo	75	25
Se siente lleno de energía	66	34
Prefiere quedarse en casa en vez de salir o hacer cosas nuevas	64	36
Ha disminuido o abandonado interés o actividades	55	45
Cree que otros están mejor	45	55
Se siente aburrido fácilmente	36	44
Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar	36	64
Siente que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad	35	65
Siente que su vida esta vacía	34	66
Se siente sin esperanza	27	73
Se siente con frecuencia desanimado, que no vale nada, desvalido	21	79
Se siente inútil o despreciable	21	79

Fuente: Perfil Biopsicosocial y Dependencia Funcional del Adulto Mayor. VIII Región, Chile. 2002. Muñoz, Mendoza y Salazar. Dpto. de Enfermería. Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

(69%) coincide con lo proyectado por numerosos estudios (14) y el Instituto Nacional de Estadísticas chileno (16) en la región y el país, es decir, si se observa la esperanza de vida de las personas de 60 años y más en Chile en la actualidad, las mujeres sobreviven, de promedio, 4 años más que los hombres. En los 80 años transcurridos desde 1920 la ganancia de la esperanza de vida ha sido de 10 años para la mujer y de 7 para el varón. Se mantiene entonces la supremacía femenina a los 60 y más años. Lo anterior significa una feminización de este grupo etario que debe ser considerada a la hora de implementar programas que respondan a las necesidades de la población.

Tabla 2. Distribución porcentual de los ancianos/as según nivel de depresión. Escala de Yesavage (n= 575)

Nivel de Depresión	Fr	%
Normal (Sin depresión)	373	64,87
Depresión Moderada	146	25,39
Depresión Grave	56	9,74

Fuente: *idem*.



Tabla 3. Distribución porcentual de los ancianos según áreas de dependencia funcional en ABVD. Índice Katz (n= 575)

Áreas	Dependiente (%) (Total= 105)	Independiente (%)
Bañarse	13,2	86,2
Movilidad	9	90,7
Vestirse	9,6	90,4
Continencia	8,5	91,4
Ir al baño	6,4	93,7
Alimentación	2,3	97,7

Fuente: *idem*.

Que el mayor porcentaje de ancianos esté en el grupo de 70 años o más coincide con estudios que han demostrado el envejecimiento de este grupo etario y que advierten de la necesidad de mantener un recurso en salud apropiado para las necesidades de un grupo que sostiene simultáneamente 2 ó más enfermedades crónicas y niveles de mayor dependencia funcional a medida que aumenta su edad (11, 14). La mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares encontradas en el grupo (hipertensión y diabetes *mellitus*) nos reafirma este hecho.

Si el llegar a viejos produce una visión *a priori* despectiva de parte de la sociedad, ésta se acrecienta negativamente mucho más hacia un anciano que sobrepasa los 70 años. Es necesario que los equipos de salud y la sociedad en general tengan una mirada diferente del anciano e internalicen que este grupo y su vejez no está definida sólo por procesos biológicos, sino que construye culturalmente su vida (17) y enriquece con su experiencia a las generaciones que la miran negativamente como su “profecía autocumplida” (14).

La prevalencia de estados depresivos de los ancianos del estudio nos revela que un gran porcentaje, el 35% aproximadamente, está sujeto a sintomatología que ocasionará mayor deterioro y dependencia funcional a medida que avanza su edad. Diversos estudios han concluido que los síntomas depresivos en los ancianos advierten de un posterior declive en su forma física (18). Asimismo es importante hacer notar que ese 35% de depresión leve y grave encontrada no coincide

con recientes estudios chilenos (19), que sustentan una prevalencia del 24%. Aunque no fueron realizados precisamente en la VIII Región, las diferencias de la prevalencia podrían explicarse por el subdiagnóstico que se tiene de la depresión a esta edad. La representación social de la vejez con deterioro mental y la falta de conciencia de la enfermedad por parte de la familia (20) pueden encubrir muchas veces posibilidades diagnósticas que impiden conocer la magnitud real de esta enfermedad en los viejos.

Por otro lado, es alentador que un gran porcentaje (86%) manifestara estar satisfecho con la vida. Quizás por la experiencia acumulada a través de los años, la calma y la paciencia que los caracteriza, no viven de prisa, y como ya han experimentado posiblemente diferentes formas o métodos de resolver o salir de situaciones conflictivas, son más mesurados en su actuar. Esta sabiduría se expresa enfrentando mejor los problemas.

Que la mayoría viva en su hogar coincide con lo que sucede en otros puntos del país (19) y es una situación que favorece y reafirma la idea de que los ancianos deben seguir viviendo en su hogar el mayor tiempo que les sea posible, ya que se sienten mejor en su medio y su familia se convierte en un recurso social importante cuando se trata de gestionar, para ellos, acciones promocionales de salud y preventivas de enfermedad. Relacionado con lo anterior, y específicamente medida a partir de su capacidad de adaptación, la alta cantidad de ancianos/as que revelaron estar satisfechos con la vida, querer vivir y no

Tabla 4. Distribución de los ancianos según grado de dependencia funcional en ABVD, Índice de Katz (n= 575)

Grado de Dependencia	Fr	%
Independientes	462	80,3
Dependientes en 1 área	52	9,0
Dependientes en 2 áreas	15	2,6
Dependientes en 3 áreas	12	2,1
Dependientes en 4 áreas	14	2,4
Dependientes en 5 áreas	12	2,1
Dependientes en todas las áreas	8	1,4
Total	575	100,0

Fuente: *idem*.

Tabla 5. Distribucion porcentual de los ancianos según áreas de dependencia funcional en AIVD, Índice Lawton (n= 575)

Áreas examinadas	Dependiente	Independiente
Lavar ropa	35,6	64,3
Uso del teléfono	27,1	78,8
Prepararse comida	26,7	72,7
Ir de compras	23,8	76,1
Cuidar la casa	18,6	81,3
Uso de medicamentos	18,1	81,9
Uso del transporte	12,5	87,4
Uso del dinero	10,1	89,9

Fuente: *idem*.

sentirse solos nos muestra a un grupo que a pesar de tener una avanzada edad y sustentar una vida económicamente precaria es capaz de mitigar sus problemas y seguir adelante. Lo anterior puede estar relacionado con la presencia de familiares y amigos que les hacen más llevadera la vida, ya que ante las dificultades o problemas sienten y obtienen ayuda, o al menos tienen con quién conversar sobre sus problemas. No nos podemos olvidar de que gran parte del significado de la vida nos llega a través de las relaciones con los demás, relaciones que se convierten en algo significativo en la vejez porque la compañía y el contacto con los otros evitan la soledad o el aislamiento social, brindan apoyo emocional, y la convivencia intergeneracional estimula el intelecto y la crea-

Tabla 6. Distribución de los ancianos según grado de dependencia funcional en AIVD, Índice Lawton (n= 575)

N° de áreas con dependencia	Fr	%	Grado de Dependencia
Independientes	18	3,1	Total independencia
Dependientes en 1 área	15	2,6	
Dependientes en 2 áreas	15	2,6	
Dependientes en 3 áreas	25	4,4	
Dependientes en 4 áreas	30	5,2	Independencia moderada
Dependientes en 5 áreas	44	7,7	
Dependientes en 6 áreas	67	11,7	
Dependientes en 7 áreas	105	18,3	
Dependientes en todas las áreas	256	44,5	Dependencia Severa
Total	575	100,0	

Fuente: *idem*.

tividad. Un familiar o amigo, significativo y cercano, ayuda al buen desempeño de las actividades de la vida diaria y puede ser un importante factor de apoyo cuando, en sus últimos años, ese desempeño decae.

En síntesis, una actitud positiva ante la vida es probablemente la mayor ventaja que podemos tener a cualquier edad, pero quizás lo es más a una edad avanzada, ya que con esa actitud los ancianos crean constantemente nuevas oportunidades y satisfacciones para sí mismos, incluso en las circunstancias más restrictivas. Así, para quienes se enfrentan a la vida con espíritu positivo, los últimos años de vida constituyen una época de continuo desarrollo. Para ello disponen de un cúmulo de experiencias, sabiduría, intereses, conocimientos y tolerancia, de madurez creciente, y más que la pérdida de juventud, es una etapa de evolución y no de regresión. Es importante señalar que los ancianos con actitud positiva aceptan que las distintas edades conllevan diferentes roles y satisfacciones y favorecen una mejor adaptación a su medio.

Por el contrario, la adopción de una autoimagen negativa a medida que avanza la edad puede llevar a creer irracionalmente que la ancianidad es decadencia, soledad, pobreza, inutilidad y desamparo, características que muchas veces no se dan no porque ellos hayan agotado sus energías y potencialidades, sino porque las demandas impuestas sobre ellos mismos y por otros han sido insuficientes. Por ejemplo, si la ayuda que se le presta a un anciano es excesiva, ésta puede hacerle disminuir su independencia y autoestima y dar lugar a un incremento de la pasividad y de la confianza en los demás para que asuman el rol que les corresponde.

En contraposición a esa ayuda excesiva, el maltrato en la convivencia diaria de un anciano le puede ocasionar serios problemas. La prevalencia de maltrato encontrada en este estudio debe valorarse con cierta aprehensión ya que, al igual que los estados depresivos, este fenómeno puede estar subnotificado. En la realidad un anciano puede ser receptor de maltrato y no denunciarlo por diversas causas: no tener conciencia de que es sujeto de maltrato por el desconoci-



26 miento que existe de las diferentes manifestaciones del fenómeno, u ocultar la situación por temor a represalias que empeorarían esta condición. El fenómeno del maltrato es de difícil cuantificación ya que tanto maltratador como maltratado tienden a negar, ocultar o restar importancia a la gravedad que el fenómeno representa (21). Importante es indagar permanentemente esta condición y lo más probable es que los bajos porcentajes que acusan actualmente en las experiencias investigadoras sólo sean la punta de un iceberg que no nos atrevemos a visibilizar.

Respecto a la capacidad funcional medida a través del Índice de Katz, el porcentaje de independencia que detectó la escala en esta investigación es superior a otros estudios que muestran una prevalencia de independencia del 60%. Quizás las diferencias pudieran explicarse por los rangos de edades utilizados en los estudios. En este sentido, la investigación de Bayó (13) utilizó una muestra que sustentaba edades de 70 años y más, factor que puede estar incidiendo en mayores puntuaciones de dependencia alcanzadas por cada anciano y menor prevalencia de independencia alcanzada por el grupo estudiado. Lo anterior se corrobora con Benítez del Rosario *et al.* (10), quienes estudiando a ancianos con 75 ó más años concluyeron que un punto de corte de 75 años conlleva una mayor detección de incapacidad, pero sugieren, al observar que la mayor proporción de sujetos con alguna discapacidad superaba los 80 años, que se considere el agrupar esta variable en diferentes rangos de edades si se quiere detectar ancianos especialmente debilitados y considerar los 80 años como límite de edad para considerar a un “anciano frágil”.

Por otro lado el Índice Lawton detectó menos adultos mayores con independencia funcional (12,7%) que el Índice de Katz (80,3%). Estas diferencias son esperables porque, aunque ambas escalas miden capacidad funcional, el Índice de Katz mide los niveles más elementales de la función física y la pesquisa de la alteración de éstas presupone un deterioro importante pero esperable a edades más avanzadas, en cambio, el Índice Lawton y Brody es útil para detectar los primeros grados de deterioro de una persona, porque evalúa actividades que se suponen necesarias para vivir en forma independiente, o mejor dicho, la capacidad de adaptación de la persona con su medio (10).

35 Junto a lo anterior, es importante tener en cuenta algunas consideraciones respecto al uso de estas escalas antes de catalogar a un adulto mayor como dependiente o independiente. En este sentido, variables como la edad, el género o la incontinencia han sido motivo de amplias discusiones a la hora de decidir si considerarlas o no en los ítems que tienen ambos instrumentos (Katz y Lawton). Con respecto a la edad, por ejemplo, es esperable encontrar una mayor coincidencia en las prevalencias de dependencia funcional, que detecten ambas escalas, cuando el grupo estudiado sostiene homogéneamente edades sobre los 75 años, que cuando el grupo está integrado por personas que lo conforman desde hace poco, como por ejemplo los de 60 años, pues hay mayor posibilidad de encontrar deterioro de todas las capacidades, sean de adaptación al medio (Lawton) o elementales (Katz), cuando el grupo tiene mayor edad. Lo mismo ocurre con la condición de género que acompaña, innegablemente, a cada anciano o anciana sometido a evaluación. Así pues, los hombres correrán mayor riesgo de ser catalogados como dependientes por su incapacidad para preparar la comida o las mujeres por su incapacidad para usar el dinero, pero lo que realmente ocurre es que se está evaluando la funcionalidad a través de actividades que, por sus condiciones de género, no las realizan porque no fueron integradas al conjunto de roles sociales asumidos y no por su incapacidad de realizarlas. Lo mismo ocurre con la incontinencia urinaria, pues el adulto mayor que sabe manejarla adecuadamente muestra que no depende de otro para mantener esa función, pero se le cataloga como dependiente por el solo hecho de sufrirla.

La suerte de confusión que han evidenciado algunas investigaciones respecto a la decisión de qué escala utilizar a la hora de pesquisar los grados de dependencia funcional de los ancianos (10, 11) merece la atención, pues aconseja la utilización de ambas escalas para obtener una visión real de las necesidades, cuidados y apoyos de los adultos mayores. Investigaciones que han construido una escala unificada de los ítems de Katz y Lawton han llegado a importantes conclusiones al respecto (10), pues la congruencia en la utilización de ambos instrumentos motiva a plantear un modelo de clasificación funcional a partir de las dos

36 mediciones. Lo anterior facilitaría la toma de decisiones que constantemente familiares y equipo de salud deben hacer cuando tienen la responsabilidad de cuidar a un adulto mayor.

Para detectar los primeros estadios de deterioro funcional es imprescindible usar el Índice Lawton y Brody, teniendo presente que esa utilidad se concreta al aplicarla en las edades más tempranas de la adultez mayor. Ahora, cuando una familia debe enfrentar la decisión de institucionalizar al anciano, o el equipo de salud, en atención primaria, debe resolver el destino de recursos sociosanitarios para la atención de ancianos dependientes o estimar indicadores de mortalidad para esta población, el Índice de Katz es el más apropiado.

De todas formas, la valoración de la capacidad funcional de los ancianos, el diagnóstico de cualquiera de

27 sus estadios y la investigación permanente de factores que la influyen, debe ser motivo de preocupación permanente para el recurso humano de salud, especialmente para el profesional de enfermería, que debe hacer de este grupo su principal beneficiario de cuidados profesionales.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestros agradecimientos a los profesionales que colaboraron con esta investigación desde sus puestos directivos o asistenciales de los establecimientos de salud pública de la VIII Región. Asimismo, nuestro reconocimiento más sincero a la dirección de Investigación de la Universidad de Concepción por el apoyo financiero y metodológico brindado para la realización de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. Compendio Estadístico 1997. INE. Santiago de Chile, 1997.
2. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. Anuario de Estadísticas Vitales 2000. INE. Santiago de Chile, 2002. Disponible en: <http://www.ine.cl>
3. MINSAL. Orientaciones para la programación local 2003. Ministerio de Salud de Chile. Santiago de Chile, 2002: 74 p.
4. Seculi E, Fusta J, Brugulat P, Rue M, Guillén M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gac Sanit* 2001; 15 (3): 217-223.
5. Nybo H. *et al.* Functional status and self-rated health in 2,262 nonagenarians: the Danish 1905 Cohort Survey. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49 (5): 601-9.
6. Oliver-Vásquez M, Suárez-Pérez E, De andino RM, Vega Torres R, Conde JG. La descripción del estado de salud y la capacidad funcional de los 65 años y más que reside en la región universitaria de salud de Puerto Rico. *P R Salud Sci J* 1999; 18(4): 369-76.
7. Leinonen R, Heikkinen E, Jylha M. A pattern of long-term predictors of health rating among older people. *Aging (Milano)* 2001; 13 (6): 454.
8. Di Nuzzo AR, Black SA, Lichtenstein MJ, Markides KS. Epidemiologic Studies of the elderly. *Am J Public Health* 1999; 89: 546-52.
9. Quiroga op. cit. Lowvich y Avalos. Maltrato en la Vejez. Centro de Capacitación CEC Serie de Estudios y Documentos N°1. Santiago de Chile, 1998.
10. Larrión JL, Valoración Geriátrica Integral (III): valoración de la capacidad funcional del paciente anciano. Suplemento 1, Hospital de Navarra. Pamplona, España, 2001. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple7/suple7.html>
11. Benítez del Rosario MA *et al.* Clasificación funcional del anciano en atención primaria de salud: propuesta de un método. *Atención Primaria* 1995; 15 (9).
12. Monte Llavona *et al.* Capacidad funcional en mayores de 80 años. *Atención Primaria* 1995; 15 (3).
13. Yesavage JA. Geriatric Depression Scale. *Psychopharmacol Bull* 1988; 24: 709-11.
14. Bayó MC *et al.* Autopercepción de salud y evaluación integral del paciente anciano en un centro de atención primaria. *Atención Primaria* 1996; 17 (4).
15. Sánchez Colodrón M *et al.* Dependencia y Autonomía Funcional en la vejez. La profecía que se autocumple. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en: <http://copsa.cop.es/congreso-soiberoa/base/envejeci/envt6.htm>
16. Pedraza M *et al.* EVA. Escala de valoración de la autonomía funcional para el autocuidado. *Index de Enfermería* 1992; 1 (2): 35-9.
17. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. Enfoques Estadísticos Adulto Mayor. Boletín Informativo del INE. Santiago de Chile, 28 de agosto de 2000: 1-4.
18. Bouvois S. La vejez (La vieillesse). Editions Gallimard. Paris, 1970.
19. Rodriguez A. Maduros, alegres y sanos. *El Mundo-Salud*. 1998; 297. Disponible en: <http://www.elmundo.es/salud/297/04N0130.html>
20. Albala C. Y col. Proyecto SABE Chile. Salud, Bienestar y Envejecimiento. OPS-MINSAL-BID-INTA. <http://www.gerontologia.org/pdf>
21. Jacquier M. *et al.* Prevalencia de las enfermedades con énfasis en la enfermedad de Alzheimer en la población comunitaria de Santa Fe de Bogotá: Estudio Piloto. Ministerio de Salud de Colombia. Santa Fe de Bogotá DC, Diciembre 2000.
22. Bustamente Edquen S. Maltrato Familiar del anciano beneficiario IPSS Trujillo-Perú. *Ciencia y Enfermería* I (1), 1995.