

**Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas**

**CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CATALOGADAS
COMO ADULTOS MAYORES.**

**Estudio prospectivo a realizarse en los adultos mayores del municipio
de Sumpango, Sacatepéquez.**

Tesis

**Presentada a la honorable Junta Directiva de la Facultad
de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de
Guatemala**

Por

SANDRA GEORGINA MONTENEGRO FRANCO

**En el acto de investidura de
Medica y Cirujana**

Guatemala, septiembre del 2001.

INDICE

I.	Introducción	1
II.	Definición y planteamiento del problema.....	2
III.	Justificación.....	3
IV.	Objetivos.....	4
V.	Marco Teórico.....	5
VI.	Material y Métodos.....	19
VII.	Presentación y análisis de resultados.....	25
VIII.	Conclusiones.....	34
IX.	Recomendaciones.....	35
X.	Resumen.....	36
XI.	Bibliografía.....	37
XII.	Anexos.....	40

I. INTRODUCCION

El presente trabajo determina la calidad de vida del adulto mayor del municipio de Sumpango, Sacatepéquez. Para su realización se trabajó a nivel comunitario con el universo de la población (100%), con el objeto de tener un contacto más cercano con el adulto mayor. El trabajo consistió en una investigación de tipo prospectivo, considerando a todo hombre y mujer en edad geriátrica de dicho municipio, como sujeto de estudio

La información se recabó por medio de una boleta que permitió establecer la calidad de vida de la población de geriátrica; la cual aparte de incluir una ficha clínica, consta de un test de evaluación mental, una para determinar riesgo de depresión, una de clasificación del riesgo para la salud y una de factor adverso de enfermedad cardíaca. Se evaluaron también varios aspectos de índole socioeconómica, de hábitos alimenticios, antropométricos.

Es alentador encontrar que más del 47% de la población goza de una muy buena calidad de vida; sin embargo no se puede dejar de mencionar que la puntuación obtenida por cada adulto mayor, es la suma de varios factores (socioeconómicos, de salud física y mental, hábitos alimenticios) y no un dato aislado, por lo que en algunos casos no todos estos aspectos fueron óptimos para el universo de adultos mayores.

Por lo tanto se recomienda una atención integral para la población geriátrica, así como un mejoramiento de los servicios asistenciales tanto en cantidad como en calidad.

II. DEFINICION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El grupo geriátrico o de los adultos mayores, lo constituye toda persona de cualquier etnia, religión, sexo o color que tenga 60 años o más, aunque en algunos países donde las condiciones del medio han mejorado aún más se considera en este grupo a los mayores de 65 años.(15)

El envejecimiento se considera un proceso irreversible que se inicia a a partir del momento en que el organismo alcanza su capacidad funcional máxima. En esta etapa, así como en las anteriores se llevarán a cabo respuestas adaptativas que viene a ser más lentas, menos sostenidas y menos sensibles. (6)

La población geriátrica no es una población homogénea, ya que la calidad de vida en esta etapa está ligada o es una consecuencia de la herencia, así como de su relación con el medio ambiente durante toda su existencia.

Calidad de vida se puede definir por el presente estudio, como el estado biológico, psicológico, social y económico en que se encuentra una persona. En la población geriátrica también va a estar determinada con la autonomía e independencia con que se goce en esta etapa de la vida.(11)

A nivel mundial, la edad de la población muestra un cambio estructural respecto al aumento en la expectativa de vida, esto derivado por el impresionante avance tecnológico que ha surgido, el mejoramiento de los servicios médicos, de los medios de comunicación y en sí por la enorme cantidad de innovaciones en el desarrollo de todos los campos.(11)

En Guatemala según la proyección poblacional, se espera para el presente año una población total de 11,385,337 habitantes; con una población de adultos mayores de 602,221 habitantes (5%); notando además en la población rural una tendencia decreciente por el proceso de ladinización o de asimilación de la cultura occidental a que se está sometiendo.(7,13) Este incremento en la población geriátrica va a suponer un aumento de las demandas de servicios de salud, vivienda, recreación, sistema de pensiones, entre otras; para lo cual será necesario adoptar medidas para satisfacer dicha demanda.

El municipio de Sumpango, Sacatepéquez cuenta con una población total de 27,753 habitantes, de los cuales 1,246 (4.5%) son personas mayores de 60 años (13) ; a los sujetos de estudio se les pasó una boleta que incluye una serie de indicadores que conforman un índice de calidad de vida, el cual considera aspectos socioeconómicos, antropométricos, de salud mental y física y hábitos alimenticios; (11) que permitan evaluar así la calidad de vida de dicha población.

III. JUSTIFICACIÓN

Una vida realizada hasta la satisfacción de haber hecho y tenido lo deseable, rodeado de los seres queridos y libre de mermas físicas o psíquicas, ¿no se puede decir cuando menos que es un final feliz?(6)

Ver a todo anciano nos debería hacer reconocer que mucho de lo que somos y tenemos se debe al esfuerzo que ellos hicieron con sus manos para forjar lo que hoy es nuestro país. La sociedad actual no tiene en cuenta la fuente de sabiduría y experiencia que poseen los adultos mayores.

Ahora ¿qué les queda a ellos? ¿pertenerán a un núcleo familiar en donde son amados y estimados, contarán con una jubilación, de medios de recreación, conocemos de qué se enferman, a qué factores de riesgo están expuestos que les podría llevar en un tiempo más corto a la muerte? Ha aumentado la expectativa de vida, pero se estará tratando de mejorar la calidad de vida de las personas senectas.

En nuestro país, las Políticas y Lineamientos Básicos de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), incluyen medidas en beneficio del grupo materno-infantil, de protección del medio ambiente, ampliación de coberturas de los servicios básicos de salud, entre otras; y es alentador que el grupo geriátrico, se incluya entre las Prioridades Programáticas del MSPAS.(17)

La Constitución de la República de Guatemala en el artículo 51 contempla los Derechos de la Vejez junto con los de los menores de edad; en donde el Estado se compromete a “Proteger la Salud física, mental y moral tanto de los menores de edad como de los ancianos”. (8)

Con la realización de este estudio se pretende concientizar a la población, así como de contribuir con los programas ya existentes que velan por la población geriátrica; ya que muchos de los adultos mayores podrían ser nuestra propia familia, y por qué no algún día nosotros mismos.

IV. OBJETIVOS

GENERAL:

1. Determinar la calidad de vida en personas catalogadas como adultos mayores.

ESPECIFICOS:

1. Identificar los aspectos socioeconómicos de las personas catalogadas como adultos mayores.
2. Identificar los aspectos antropométricos de las personas catalogadas como adultos mayores.
3. Identificar la salud mental de las personas catalogadas como adultos mayores.
4. Identificar los hábitos alimentarios de las personas catalogadas como adultos mayores.
5. Establecer la calidad de vida de la población geriátrica del Municipio de Sumpango, Sacatepéquez.

V. MARCO TEORICO

A. Antecedentes:

En el año 1982 se organizó en Viena por las Naciones Unidas, una Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento que elaboró el denominado "Plan de Viena"; auténtico plan de acción internacional sobre el envejecimiento que analizó varios aspectos de la realidad gerontológica, que incluía medidas programativas, recomendaciones y políticas de aplicación nacional e internacional.

Durante el presente año, para la población española, el porcentaje de envejecimiento ha alcanzado la cifra de un 20.2% en comparación con el año de 1980 donde era de un 16.6%. La disminución en la incidencia de la mortalidad ha traído como consecuencia el aumento de la población de edad avanzada al mismo tiempo que se ha dado un cambio social estructural.(1) En Guatemala, durante el año de 1,980 se contaba con una población de adultos mayores de 326,000; para el presente año se espera que este valor se duplique y para el año 2,025 se espera que sea seis veces mayor. (7) En las dos últimas décadas se han realizado diversos investigaciones que han tenido como objetivo lograr un mejoramiento en la calidad de vida de los adultos mayores. En el año de 1993, Correa, E.,Mendoza, V.M., Vargas, L.M. y Barrios realizaron un estudio sobre mortalidad geriátrica en una población del Estado de México en donde encontraron que más del 65 % de los ancianos presentaban afecciones físicas, predominando entre éstas las del sistema nervioso; y que más del 45% padecía depresión leve a moderada. Otro estudio, el de Brigg, M.C y Fuentes A.(s/f) siempre en la población mexicana; concluyeron que muchas veces los resultados de las investigaciones realizadas en los adultos mayores son "deformados", ya que se trabaja con un grupo de ellos, muchos confinados a hospitales o asilos, que son seleccionados y se excluye en la mayoría de las veces a la población anciana no reclusa y que se encuentra sana.

En el estado de Veracruz, México en el año de 1997; se realizó otro estudio que tenía como objetivo primordial establecer la calidad de vida de la población geriátrica dividida en dos grupos, uno de los reclusos en asilos y el otro de los que vivían en su propia casa ; y evaluar así si esto como los otros aspectos considerados en el estudio influían en la calidad de vida de estas personas. Los otros aspectos evaluados fueron aspectos socioeconómicos, antropométricos, de salud física y mental, y hábitos alimentarios de una muestra de esta población. Dicho instrumento consta de 24 preguntas y así luego de la evaluación, se les ubicó por medio de un puntaje a los sujetos en las cuatro categorías en que se dividió el índice de calidad de vida siendo éstas: Muy buena calidad de vida, buena calidad de

vida, regular calidad de vida y mala calidad de vida.

La muestra constaba de 132 personas mayores de 60 años, de ellas 28 o sea el 21.2% gozaban de muy buena calidad de vida, 37 (28.0%) de buena calidad de vida, otras 28 (21.2%) de regular calidad de vida y las 39 restantes (29.6%) de mala calidad de vida.(11)

B. Breve Historia De La Geriátría:

La palabra Geriátría fue utilizada por primera vez por Ignatz L. Nascher, nacido en Viena y quien emigró a los Estados Unidos en 1909. Nascher estimuló una búsqueda del aspecto social y biológico de la edad avanzada, aunque en ese país las clínicas geriátricas no florecieron del todo. En 1942 se fundó la Sociedad Americana de Geriátría, aunque su desarrollo como una especialidad fue esencialmente influencia británica.

Si Nascher es considerado el Padre de la Geriátría; Marjory Warren es la madre en esta rama. Ella trabajó desde 1935 en instituciones que atendían a gente mayor en donde logró rehabilitar a la mayoría. A ella también se le atribuye el de proveer unidades geriátricas especiales en varios hospitales y el de educar a estudiantes de medicina sobre el cuidado de la gente anciana. Además impartió charlas en varios países como Canadá, Australia y U.S.A.

En 1947 se fundó la Sociedad Geriátrica Británica con un total de ocho miembros, su presidente, Lord Almore, fue uno de los primeros en reconocer el trabajo de Warren. Para el año de 1970 ya habían escuelas para la enseñanza de la Geriátría; aunque en muchos países no se reconocía aún como especialidad.(5)

Entre las grandes áreas de preocupación de la Geriátría actual se encuentran: las patologías del sistema nervioso central, depresión y demencia, nutrición, las patologías cardiovasculares, las respiratorias, infecciones, caídas, incontinencia, alteraciones del sueño, uso inadecuado de fármacos y procesos oncológicos.(19)

C. Definiciones

1. GERIATRIA-GERONTOLOGIA CLINICA: Rama de la medicina que se preocupa de la prevención, rehabilitación, tratamiento de enfermedades comunes en ancianos y de su reinserción social en la comunidad.
2. GERONTOLOGÍA BASICA: Ciencia que se dedica a estudiar las causas y mecanismos intrínsecos del proceso de envejecimiento y sus repercusiones en los distintos órganos y tejidos.
3. GERONTOLOGIA SOCIAL: Disciplina que estudia las implicaciones y repercusiones sociales de una población que envejece.
4. ANCIANO-ADULTO MAYOR: Por definición son las personas mayores de 60 años (en los países desarrollados son los mayores de 65 años). Según las Naciones Unidas, una población envejecida es aquella en la que del total de sus habitantes más del 7% son personas mayores de 65 años y propone trazar una línea divisoria en los 60 años para los países en vías de desarrollo. (15)
5. CALIDAD DE VIDA: Grado de adaptación del individuo a su propia condición y a su medio en función de su estado de salud, de sus carencias y del soporte que recibe para suplir esas carencias.

Es el estado biológico, psicológico, social y económico en que se encuentra una persona; la vejez es en gran medida consecuencia de las peculiaridades del medio en que se ha desarrollado una persona en toda su existencia y está relacionada significativamente con la autonomía e independencia de cada individuo. (11)

D. Aspectos Sociales Y Culturales:

Las sociedades tienden a establecer roles y a esperar cierto comportamiento y habilidades dependiendo la edad en que se encuentre la persona. Es así como en la vejez se pueden ocasionar frustraciones, ya que el adulto mayor es relegado a un rol pasivo, en muchos casos no por alguna incapacidad, sino sólo por el hecho de que le corresponde este status; ya que muchos de ellos son aún personas sanas, activas e independientes. La llegada de la jubilación va a suponer una adaptación, la cual requiere de apoyo familiar y social. Muchas veces el jubilado no sabe en qué ocupar su tiempo ni qué hacer de sí mismo.

Otro aspecto importante en nuestro país es la diferencia entre la población urbana y rural; en la primera hay una mayor expectativa de vida mientras que la población rural tiende a proteger más al anciano. En la población rural muchas veces dedicada por completo a actividades agrícolas, si no son propietarios de sus tierras pueden recibir una jubilación; si no siempre contarán más del apoyo de sus familias, es decir son más aceptados en sus hogares.

La población de Sumpango cuenta con una extensión territorial de 55 Km², el idioma que predomina aparte del castellano es el Cackchikel, su nombre en esta lengua significa “Cerro de la Barriga”, por estar situado sobre montes muy elevados. En datos del Puesto de Salud, se pudieron obtener datos sobre su integración territorial, actividades a que se dedican, y mucha más información que se describe a continuación. Su integración territorial consta de una aldea, dos caseríos, tres parajes, tres comunidades agrarias y nueve fincas. Sus pobladores se dedican a la elaboración de muebles de madera, tejidos de algodón, candelas, teja, ladrillo de barro y cohetería. Son muy devotos de sus tradiciones, la mayoría practican el catolicismo. En cuanto a servicios básicos, los drenajes, el agua potable y la energía eléctrica son prestados en la cabecera municipal y en algunos lugares colindantes.

Las viviendas del área urbana son de materiales como ladrillo, block, piso de ladrillo o torta de cemento; con un mínimo de tres habitaciones, y como se mencionó con los servicios básicos. En cuanto a las viviendas del área rural, en su mayoría son de materiales como el bajareque, caña de maíz o pajón, piso de tierra, techo de láminas y no cuentan con los servicios mínimos. La mayor parte de la población cuenta con una adecuada disposición de excretas así como de basura y otros desechos.

La población económicamente activa para el año de 1998, considerada de 10 a 60 años para dicho municipio, era de 17,641. Gran parte de la población se dedica a actividades artesanales y agrícolas; además la mayoría trabaja sus propias tierras.(26)

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), el salario mínimo que se percibe por la realización de actividades agrícolas es de Q. 19.65 al día por jornada ordinaria. Si este fuera el caso de la población de Sumpango, percibirían un salario de casi Q.600.00, sin embargo también se dedican a otras actividades.

Según otros datos del INE, por actividades no agrícolas se percibe un salario mínimo de Q.21.68 al día siempre en jornada ordinaria. (27)

Como en la mayoría de áreas rurales, casi todos los miembros de la familia trabajan, ya sea en la agricultura o en otra actividad; lo cual favorece con la economía familiar, permitiéndoles llegar a tener un ingreso que satisfaga sus necesidades básicas.

El costo de la canasta básica para una familia de seis personas según el INE, es de Q.44.74 por día y de Q. 1,342.10 al mes.(28)

E. Salud Física Y Mental:

La OMS define Salud como "el estado completo de bienestar y no sólo ausencia de enfermedad". En la evaluación del adulto mayor es necesario considerar varios aspectos como edad, capacidad funcional, es decir la capacidad para realizar todo tipo de actividades incluso las de la vida diaria, como por ejemplo bañarse, vestirse, alimentarse. También se debe interrogar o sugerir el que el adulto mayor realice de acuerdo a su constitución, capacidad, salud y posibilidades, ejercicio físico supervisado. Es necesario considerar además si ingiere suplementos alimenticios, en pocas palabras se debe evaluar la salud física del adulto mayor de forma integral. Otro aspecto importante y muchas veces olvidado es la rehabilitación con la cual se le puede incorporar de nuevo a la sociedad y hacerlos sentir más útiles mejorando su autoestima.

En cuanto la salud mental hay que considerar el estado cognitivo y el afectivo. En el primero se evalúan conocimientos y se pueden detectar cambios mentales asociados al envejecimiento, estados confusionales o demencia. En el aspecto afectivo es necesario considerar la depresión y la ansiedad.

La depresión o enfermedad depresiva mayor es un trastorno afectivo que se caracteriza por síntomas depresivos graves sin cambios maniacos. Las características importantes de la depresión mayor son un ánimo notablemente triste en el que se ha perdido el interés por la vida, una falta de placer en casi todas las actividades y un sentimiento general de desesperanza e inutilidad. (3)

La Sociedad Americana de Psiquiatría ha establecido los siguientes criterios de Episodio Depresivo Mayor: A. Presencia de cuando menos cinco de los siguientes síntomas el un período de dos semanas, cuando menos uno de los síntomas fue el número uno o número dos de los que se mencionan a continuación, y no relacionados con un trastorno físico.

1. Depresión del ánimo la mayor parte del día (p. ej, el paciente se siente abatido o desanimado).
2. Pérdida de interés o placer en todas las actividades o casi la mayor parte.
3. Pérdida o aumento de peso importante sin dieta o excesos alimenticios(p.ej: más del 5%del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito.

4. Insomnio o hipersomnio.
5. Agitación o retraso psicomotor.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inadecuada (que pueden ser delusorios).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisiones.
9. Pensamiento de que sería mejor estar muerto o ideación suicida, casi todos los días; un intento de suicidio.

B. 1. Exclusión de una etiología orgánica.

2. Ausencia de una reacción normal a la pérdida de una persona amada.

C. No superpuesto en esquizofrenia. (3)

La distribución por sexo de la depresión mayor es casi de 2 a 1 entre mujeres y varones, puede aparecer en la mujer entre los 35 y 45 años o aparecer en el sexto decenio mientras que el patrón de edad en el varón es menos claro. La prevalencia es de casi 3.2 por 100 varones y 4.5 a 9.3 por 100 mujeres. La frecuencia es de 82 a 201 casos nuevos por 100,000 varones y 247 a 598 por 100,000 mujeres. La depresión ocupa un 15% en la población de adultos de edad avanzada. (3)

Los especialistas en estas patologías recomiendan para cuando los síntomas son más leves; asesorar al paciente e intentar retomar actividades y prioridades en su diario vivir, así como medidas generales como dieta y ejercicio. Si los síntomas son más intensos se recomienda añadir antidepresivos e incluso la hospitalización del paciente, en cuyo caso la principal indicación es evitar el suicidio. (3)

En la génesis de la depresión se ha descrito la participación de factores biológicos, que incluyen disfunción en los circuitos de noradrenalina y serotonina del sistema nervioso central, junto con cambios profundos en el funcionamiento del tallo cerebral, hipotálamo y estructuras del sistema límbico. Tanto la noradrenalina como la serotonina participan en los circuitos sinápticos originados en neuronas del tallo cerebral, que emiten abundantes fibras ascendentes y ejercen su actividad a través de receptores post sinápticos ubicados en estructuras límbicas. A su vez éstos cuentan con autorreceptores inhibidores y de procesos de recaptación activa en la terminal presináptica, que convierten los neurotransmisores en metabolitos inactivos.

Las neuronas del locus coeruleus sintetizan noradrenalina y envían proyecciones ascendentes hacia la corteza prefrontal, la amígdala cerebral, el hipocampo, el tálamo y el hipotálamo, estructuras que participan en la modulación del afecto. Esta respuesta es mediada por receptores post sinápticos β_1 que se encuentran en regiones circunscritas del cerebro. Cuando hay un exceso de la misma sinapsis, en la terminal presináptica está el receptor α_2 que por medio de un proceso de retroalimentación negativa detiene la liberación de noradrenalina. Por su parte las enzimas Catecol ortometil transferasa (COMT) y la Monoamino oxidasa A(MAO-A) previene la estimulación noradrenérgica excesiva.

Por otro lado la serotonina que es producida por las células del núcleo dorsal del rafe, que envían fibras ascendentes que hacen contacto con neuronas de la corteza prefrontal, el hipocampo, la amígdala cerebral, el tálamo y el hipotálamo. Su actividad biológica es mediada por receptores 5-HT_{2A} post sinápticos mientras que los 5-HT_{1A} son los autorreceptores inhibidores de la terminal presináptica.

En los pacientes deprimidos ha sido demostrada una menor actividad de los circuitos de serotonina y noradrenalina, acompañado por hipometabolismo de la corteza prefrontal y el hipocampo. Así como un aumento en la actividad de la amígdala cerebral y el giro del cíngulo, las que desaparecen con tratamiento antidepressivo. En etapas iniciales de la depresión se da un fenómeno de compensación por medio de una menor actividad de los autorreceptores inhibidores (que favorece la liberación de neurotransmisores) e hipersensibilidad de los receptores post sinápticos (que permite responder aún con bajos niveles de neurotransmisor), con el paso del tiempo estos mecanismos se agotan y aparecen las manifestaciones clínicas. Las causas de esto aunque aún no se ha aclarado del todo se cree que pueda deberse a factores genéticos y ambientales, como por ejemplo eventos emocionalmente intensos como agresiones físicas, separación de un ser querido, problemas financieros, legales; situaciones que en la fase aguda o inicial aumentan la actividad de los neurotransmisores, pero que con el paso del tiempo debido al agotamiento de éstos, permite la aparición de estados depresivos. La tensión psíquica en etapas tempranas del desarrollo parece inducir cambios funcionales tanto en la noradrenalina como en la serotonina, así como en neuronas hipotalámicas productoras de hormona liberadora de corticotropina; ya que al administrarse exógenamente reproduce muchas de las manifestaciones clínicas de las personas deprimidas.

En cuanto a los factores genéticos tiene un mayor riesgo los familiares de personas deprimidas.

satisfacciones por medio del cumplimiento de metas); por medio de la Tomografía por emisión de positrones(PET)en pacientes deprimidos en especial en el hemisferio izquierdo y se ha demostrado además que luego del tratamiento farmacológico o por medio de la estimulación magnética transcraneana se ha notado una menor intensidad de las manifestaciones depresivas. También se ha demostrado que las neuronas prefrontales mantienen inhibida a la amígdala cerebral estructura del lóbulo temporal vinculada con estados emocionales negativos como ansiedad y respuestas exageradas al estrés.

Otras investigaciones científicas sugieren la relación de la depresión con procesos neurodegenerativos y de plasticidad cerebral en la corteza prefrontal, la amígdala cerebral y el hipocampo. La activación de receptores de serotonina y de noradrenalina estimula la producción de segundos mensajeros como el AMP cíclico que actúa sobre factores de transcripción específicos, favoreciendo la expresión de genes de supervivencia neuronal. El más estudiado ha sido el gen que codifica el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), cuya concentración disminuye en respuesta al estrés y la depresión. Como se carece de compuestos tróficos se produce un fenómeno de Apoptosis (muerte celular programada) y despoblamiento neuronal que revelan una disminución significativa en el volumen del hipocampo, amígdala y corteza prefrontal, cambios detectados por resonancia magnética en individuos con cuadros depresivos crónicos. De esta forma la remodelación de los circuitos cerebrales explica por qué los pacientes deprimidos en forma crónica tienen una menor respuesta al tratamiento y sufren más recaídas sin factor desencadenante evidente.(12)

El estado nutricional de la población geriátrica está determinado por la ingesta y los requerimientos y además por factores como estilo de vida, actividad física y mental, ingresos económicos, y la capacidad de adquisición de los alimentos.

El envejecimiento va a producir una serie de cambios fisiológicos que van a hacer que aumente la demanda de muchos nutrientes e incluso que se debilite la absorción de unos cuantos.

El agua es un nutriente que va a cumplir muchas funciones en el organismo. El porcentaje de agua corporal total disminuye de un 80% al momento de nacer a un 60% en los ancianos.

Para reponer las pérdidas de agua en este grupo hay que tomar en cuenta que también por la edad, la función renal va a tener otras características, como por ejemplo la disminución de la filtración glomerular, disminución de la masa renal y por lo tanto retardo en la diuresis.

La proporción de principios nutritivos en la alimentación se refiere a la inclusión de los principales grupos alimenticios en la dieta, éstos son:

Proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales.

Otros nutrientes como las vitaminas también sufren cambios relacionados a su disminución en producción o en absorción con la edad. La vitamina B6 es un importante modulador de la tolerancia a la glucosa a la vez que protege contra enfermedades cardiovasculares y neurocognitivas. La deficiencia de Zinc, favorece el retardo en la cicatrización de las heridas; la capacidad de la piel para formar vitamina D en la vejez también está disminuída. La disminución de la secreción de ácido clorhídrico con la edad ocasiona disminución en la capacidad de absorción de vitamina B12 y de ácido fólico.

En varios estudios se ha determinado que los adultos mayores que poseen niveles adecuados de vitamina C, E y b- caroteno tienen un menor riesgo de padecer enfermedades cardíacas, algunos tipos de cáncer y cataratas.(9)

Las medidas antropométricas son esenciales como información para establecer el estado nutricional de una persona; hay que considerar que su evaluación es difícil en el grupo de los adultos mayores ya que sus problemas de salud y de funcionalidad aún es una cuestión de debate. Por un lado hay variaciones en la composición de la grasa corporal y que son propias de la edad. Las medidas antropométricas mínimas a incluir en una evaluación geriátrica son: peso, talla, pliegue tricipital, subescapular y suprailíaco, circunferencia de brazo, cintura, cadera y diámetros de muñeca y rodilla. Una combinación de las anteriores es la del Índice de Masa Corporal (IMC), que permite evaluar el estado nutricional, y a la vez es ampliamente utilizado en la mayoría de estudios de índole epidemiológica.

El Índice de Masa Corporal se obtiene de dividir el peso de un individuo dentro de su talla al cuadrado; en el presente estudio este fue el parámetro que se utilizó para determinar el estado nutricional de la población

geriátrica del Municipio de Sumpango. La población de Sumpango se dedica en su mayoría a la siembra de maíz, de frutas como el mango, verduras como güicoy y lechuga, también siembran café aunque en menor cantidad. En muchas ocasiones la gente de estas poblaciones venden lo que producen en vez de utilizarlo para su consumo y el de su familia.

G. Morbilidad:

El registro de la información sobre la morbilidad geriátrica no ha recibido una adecuada atención por parte de los niveles encargados. Al hablar de morbilidad en esta etapa de la vida, hay que considerar enfermedades crónicas como otras que son deficiencias funcionales propias de la edad avanzada, como deficiencias de la vista y del oído que van a imponer mayores limitaciones en los adultos mayores en su desenvolvimiento diario.

1. INCONTINENCIA URINARIA: Esta se define como la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrable que acarrea problemas sociales y de salud serios para el individuo. La incontinencia urinaria puede ser aguda y persistente. La aguda se debe muchas veces a la incapacidad de movilización o por no tener acceso a un lugar adecuado. La persistente puede ser de cuatro tipos: De esfuerzo, de urgencia, de rebalse y funcional. La incontinencia urinaria de esfuerzo es la más frecuente en la mujer; que se produce por diversas situaciones que aumenten la presión abdominal de forma transitoria (reír, toser, algún esfuerzo) o por debilidad de los músculos pelvianos o de los esfínteres vesical y uretral.

La de Urgencia se presenta en un 40-70% de los adultos mayores y se da por debilidad del músculo Detrusor. En ésta hay una mayor cantidad de orina que se evacúa y se presenta en pacientes con patologías del sistema nervioso o por algún factor genitourinario local como obstrucción del flujo urinario que aumenta estímulos desde la vejiga.

La de Rebalse es la menos común en los ancianos; la pérdida de orina es en forma de goteo, generalmente debida a disfunción de la contractilidad de la vejiga o a obstrucción del flujo urinario.

En la de tipo funcional se da una pérdida de orina por incapacidad de ir al baño por la presencia de algún trastorno mental, físico, resistencia psicológica o por obstáculos ambientales.

Para el diagnóstico y tratamiento adecuado se deberá realizar una buena historia clínica, un examen físico detallado, complementación con exámenes de orina y de la función renal y prostática para determinar el o los fármacos adecuados.

2. DEMENCIA:

Es una de las limitaciones funcionales más frecuentes en los ancianos. Se presenta en un 40 a 45 % de los mayores de 80 años; afectando a un 8% de personas mayores de 65 años, aumentando su prevalencia con la edad, de un 2-3% entre 65 y 69 años y hasta un 20% en los mayores de 80 años.(15) Con los adelantos médicos se sabe hoy en día que no es una característica del envejecimiento normal si no que se debe a algún proceso patológico. La forma más común de demencia es la Enfermedad de Alzheimer; la cual es una demencia cortical, de tipo progresivo, caracterizada por atrofia cerebral y alteraciones anatomopatológicas relevantes a nivel del cerebro, se le ha relacionado con un bajo nivel educacional y se le ha implicado a un grupo de cromosomas en su génesis (1, 12, 14, 21 y 29). El 10% de los pacientes que la padecen presentan además cuadros de depresión mayor.(16)

Una prueba sencilla y útil para detectar este padecimiento es el Test Mental Abreviado(AMT), y el Test de Kahn (20,25) ambos permiten evaluar el nivel de capacidad cognoscitiva e incluyen preguntas sencillas como por ejemplo la edad o dirección del paciente. Hay que considerar que en los adultos mayores como en cualquier grupo poblacional ellos no tengan algún motivo de depresión u otro factor que dificulte la evaluación.

Para evaluar a los sujetos de estudio se realizó un Test modificado en base al AMT y al Test de kahn ; que evaluó el aspecto cognitivo y se consideró también la conducta; así como su orientación en tiempo; espacio y persona obtenidos por la historia clínica.

3. HIPERTENSION ARTERIAL E INSUFICIENCIA CARDIACA:

La incidencia de infartos y de insuficiencia cardiaca es mayor en adultos mayores que llevaron una vida sedentaria. Estos problemas se dan con mayor frecuencia en la mujer después de la menopausia. Para disminuir la incidencia de estas patologías es necesario recalcar una buena alimentación, detección precoz, ejercicio y toma de medicamentos adecuadamente.

Hay que considerar que hay varios factores que intervienen en la génesis de la enfermedad cardiovascular, algunos pueden ser modificables como la obesidad , el sedentarismo y el tabaquismo; y otros que no son modificables como el sexo, la edad y la herencia; ya que así se podrá

mejorar la atención al paciente, así como disminuir en lo posible la incidencia de estas enfermedades.(21)

4. ALTERACIONES DEL SUEÑO:

El insomnio constituye el problema más común del sueño en el adulto mayor y también se asocia su presencia con problemas demenciales.

Surge en un 15.2% en los enfermos de Alzheimer y en un 20.7% en otros tipos de demencia como la de múltiples infartos. (23)

Otras patologías frecuentes en la población geriátrica son las enfermedades degenerativas como la artrosis; diabetes, cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer colorrectal y enfermedad del colesterol.(6)

Aunque en nuestro país no se lleva un control sobre la morbilidad de este grupo poblacional.

H. Mortalidad:

En Guatemala, al igual que con los registros sobre morbilidad geriátrica, no existen registros adecuados de la mortalidad en esta población, ya sea por falta de estandarización o subregistros.

En los Estados Unidos entre los años 50 y 60 las principales causas de mortalidad en orden de frecuencia fueron: las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias, los accidentes, que en la población geriátrica el más frecuente fue el de las caídas y el lugar donde mayormente ocurrían eran en la casa de la persona y en último lugar la diabetes.(9)

En un total de 29 países de habla hispana, la primera causa de defunción fueron las enfermedades cardiovasculares, oscilando los porcentajes entre 42 - 40.6% y 20 - 39.8%.

Según la misma fuente, para Guatemala los tumores malignos constituyeron la cuarta causa de muerte con un 10% , la Influenza y la Neumonía fueron la segunda (15.3%) y los accidentes también la cuarta causa de defunción junto con países como El Salvador, Honduras y Martinica con porcentajes entre 3.8% y 7.1%.

Desde el año de 1997 se implementó en Guatemala el Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA), con el que se podrá tener una mejoría en los registros de todo grupo poblacional incluyendo el de los adultos mayores. (2)

I. Instituciones:

1. Comité Nacional de Protección para la Vejez (CONAPROV):

Este comité se estableció el 16 de agosto de 1985, con el objeto de participar en la elaboración de políticas de protección a la vejez tanto a nivel regional y local como mundial. En él participan instituciones gubernamentales como privadas.

El Comité Nacional de Protección Para la Vejez "es el encargado de promover, impulsar, coordinar, realizar y orientar programas y acciones relativas al bienestar y seguridad de las personas de edad avanzada." Entre sus logros están: Ley de Protección a las personas de la tercera edad, realización del Primer Seminario para la Elaboración del Plan Nacional de la Ancianidad, conformación de comités regionales y la elaboración del Plan de Acción del Año Internacional de la Tercera Edad.

2. Centro de Atención Integral Para Jubilados (CAMIP):

En el año de 1977, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), aplicó el Programa de Protección Relativa a Invalidez, Vejez y Sobrevivencia a sus afiliados. Para el año de 1986 con los cambios establecidos en la nueva Constitución de la República y la Junta Directiva del IGSS, se inició la atención médica integral para jubilados, pensionados del Estado y de sus instituciones.

3. Centro de estudios en sensoripatías, senectud, impedimentos y alteraciones metabólicas (CESSIAM):

Institución cuyo nombre indica sus campos principales de acción. El personal a su cargo realizan diverso tipos de estudios de índole nutricional, oftalmológica, hematológica, entre otras. Muchos de estos estudio han sido traducidos al idioma inglés y publicados en varias revistas extranjeras.

4. Asociaciones de Jubilados:

Movimiento creado por los jubilados pensionados de diversas instituciones; cuyo propósito primordial es el de lograr mejorar varios aspectos en su beneficio, como aumento de pensiones y también el de promover y participar en actividades culturales y sociales.

5. Programa Nacional de la Ancianidad (PRONAN):

Institución en la cual uno de sus objetivos es el de propiciar condiciones y oportunidades para que la población geriátrica pueda tener una vejez

digna y feliz. Este programa depende de la Secretaría de obras Sociales de la Esposa del Presidente e inició sus labores el 20 de mayo de 1997.

VI. MATERIALES Y METODOS

A) Metodología:

1. Tipo de estudio: Prospectivo.
2. Sujetos de Estudio: Hombres y mujeres en edad geriátrica del municipio de Sumpango.
3. Universo: El universo lo constituyen 1,246 adultos mayores.

4. Variables:

Nombre de la Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Unidad de Medida
Sexo	Conjunto de condiciones fisiológicas y anatómicas que diferencian al hombre de una mujer.	Condición orgánica que distingue ambos sexos.	Nominal	Masculino y Femenino
Edad	Tiempo vivido por un individuo desde la fecha de su nacimiento a la fecha de estudio.	Pregunta directa al encuestado sobre su edad.	Numérica	Años

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medida
Calidad de vida	Estado de bienestar bio-psicosocial y económico en que se encuentra toda persona como resultado de la herencia y de su medio ambiente y que está determinado en la vejez por la autonomía e independencia con que se cuenta.	Se establecerá por medio de indicadores socioeconómicos, antropométricos, de salud mental y física y de hábitos alimenticios.	Nominal	Por medio del instrumento elaborado para establecer calidad de vida en adultos mayores con el siguiente puntaje: Muy buena calidad de vida: De 165 a 190 puntos, Buena calidad de vida: De 150 a 164 puntos, Regular calidad de vida: De 135 a 148 puntos y Mala calidad de vida: De 96 a 134 puntos.
Indicadores socioeconómicos	Conjunto de aspectos que considera el ámbito social en que se desenvuelve una población o parte de ella y el recurso monetario de éstos.	Por medio de pregunta directa	Nominal	Estado civil, escolaridad, actividad que realiza, actividad actual, ocupación en caso de tenerla, ingreso mensual, personas con quienes vive, propiedad de la vivienda, asistencia estancias diurnas para adultos mayores.
Indicadores de hábitos alimenticios	Conjunto de normas que incluyen tanto la higiene, la preparación y el consumo; así como la cantidad y calidad de la alimentación, y que son adquiridas en el núcleo familiar de una persona e influidos por la sociedad en que se vive.	Por medio de pregunta directa	Nominal	Ingestión de complementos alimenticios, cantidad, calidad e higiene de la alimentación, proporción de principios nutritivos y dieta en cuanto adecuación al aparato digestivo.

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medida
Indicadores de salud física y mental	Es el estado completo de bienestar físico y mental y no sólo ausencia de enfermedad	Enfermedades encontradas en la población	Nominal	antecedentes personales sobre patologías que padece, examen físico, Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, Test mental modificado, Clasificación del riesgo para la salud y Factor Adverso de enfermedad cardíaca.
Indicadores antropométricos	Medidas que permiten estimar el estado nutricional una persona. El Índice de Masa Corporal (IMC), uno de los más utilizados, se obtiene de dividir el peso de un individuo dentro de su talla al cuadrado.	Se procederá a pesar y medir a cada adulto mayor	Nominal	Por medio del Índice de Masa Corporal

5. Procedimiento y recolección de la información:

Para la realización del presente estudio y luego del análisis del plan de trabajo y del acercamiento inicial con las autoridades competentes, así como el reconocimiento del área y la población a estudiar; se utilizó un instrumento que incluye 24 preguntas que permitió establecer la calidad de vida de los adultos mayores del municipio de Sumpango. Dicho índice como ya se ha mencionado evalúa los siguientes aspectos: socioeconómico, hábitos alimenticios, de salud física y mental y antropométricos. Fue ya evaluado en la población mexicana, y se comprobó su factibilidad en nuestra población por medio de una prueba piloto que se describe más adelante. (11) A pesar que en este estudio no se trabajó con personas que vivan en alguna institución (asilos), la última pregunta que evalúa este aspecto no se modificó para no alterar el puntaje en que se evalúan las categorías de calidad de vida, cada pregunta está dividida en opciones, a cada una de las cuales se les dio un valor numérico que a la hora de sumarlos permite ubicar en cualquiera de las cuatro categorías en que se dividió el Índice de calidad de vida a los sujetos de estudio.

Las primeras once preguntas de la boleta que tratan sobre el aspecto socioeconómico de la población, tienen la siguiente forma de evaluación:

La número 1, 2 y 3 referentes a sexo, edad y estado civil respectivamente no crean ningún problema de comprensión; la siguiente que evalúa el grado de escolaridad, se divide en cuatro opciones: si no asistió a la escuela, si cursó entre dos y tres años de primaria, si cursó la primaria completa y si cursó más allá de la educación primaria. Las siguientes tres preguntas evalúan la actividad o profesión de los sujetos de estudio; ¿cuál es la actividad actual, cuál la que realiza y cuál es su ocupación en caso de tenerla?. Esto se explica de la siguiente forma; muchos pueden haber tenido un estudio o capacitación para determinada área laboral, pero puede ser que se dediquen a otra actividad por ser más productiva o por no haber campo en su profesión y además para saber a qué se dedica en la actualidad.

La que evalúa el ingreso mensual fue dividido también en cuatro opciones tomadas en base a datos del INE sobre salarios mínimos y en base a datos del Puesto de Salud. La siguiente que trata sobre las personas con quien vive el adulto mayor, también está dividida en cuatro opciones si vive con su pareja o familia, si vive con amigos, sólo o en institución no gratuita o en institución gratuita. La última pregunta que trata sobre los aspectos socioeconómicos evalúa si asiste a alguna estancia diurna para personas en edad geriátrica entendiéndose de igual forma si se reúne en algún lugar con personas de su edad para realizar cualquier tipo de recreación.

Las siguientes seis preguntas tratan sobre la salud física y mental de la población así como de medidas antropométricas; la primera de éstas evalúa

las enfermedades de la población referidas por el adulto mayor o detectadas al examen físico y se encuentra agrupada en tres opciones.

Las que tratan si existe depresión y enfermedad mental, se evaluaron por medio de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y por el Test Mental modificado que se incluyen en la sección de anexos.

Para la evaluación de la siguiente pregunta sobre Clasificación del riesgo para la salud, que se dividió en cuatro opciones: aceptable, bajo, moderado, alto o muy alto; se determinó por medio de una escala que consta de seis parámetros: edad, estado nutricional, tabaquismo, antecedentes médicos y riesgo de depresión. Dicha escala también se incluye en la sección ya mencionada. La siguiente que trata sobre Presencia de factor adverso para enfermedad cardíaca, también se evaluó por medio de una escala de seis parámetros que se encuentra en la sección de anexos. Ambas escalas fueron realizadas en base a factores que se consideraron de riesgo. La última pregunta de esta sección, es la que trata sobre el estado nutricional está dividida en tres opciones: normal, ligero sobrepeso y desnutrición u obesidad y para establecer esto se hizo uso del Índice de Masa Corporal (IMC) Las siguientes seis preguntas son referentes a la alimentación; la primera de éstas trata de establecer si el adulto mayor ingiere algún tipo de complemento ya sea en forma de tableta, líquida, natural o artificial a parte de su alimentación; las siguientes dos preguntas consideran la cantidad y calidad de la alimentación. Para la primera, se evaluó si la cantidad es suficiente e insuficiente o excesiva en base a lo que cada sujeto de estudio considere que satisface su apetito, y para la otra si se le sirve una comida variada o monótona, en base a el o los platillos que consume en un tiempo de comida. La siguiente que se refiere a la Proporción de principios nutritivos, se refiere a la ingestión en una comida de los principales grupos alimenticios (grasas, carbohidratos, proteínas, minerales y vitaminas), lo cual se estableció al preguntarle de forma directa al sujeto de estudio lo que consume y así determinar a qué grupo de alimento pertenece. Las dos últimas preguntas se refieren a si la dieta ingerida por los adultos mayores no ocasiona ningún trastorno estomacal, por lo que se evaluó en base a dos opciones: si es adecuada al aparato digestivo o es inadecuada. Y por último si los tiempos de comida son servidos de forma higiénica o no.

La última pregunta de la boleta se refiere a si es visitado por su familia si vive en alguna institución; ya que no se trabajará con adultos mayores que vivan en asilos, no sufrirá ninguna modificación para no alterar el puntaje y a todos los adultos mayores se les dará la puntuación de 10 puntos que es la mayor y que es dada cuando sí recibe visita de su familia en cualquier institución.

Además se incluyó una boleta en donde conformada por una ficha clínica (que consta de historia clínica y examen físico) para los sujetos de estudio.

De igual manera se pasaron los siguientes tests: La Escala de depresión geriátrica de Yesavage, los Tests de factor adverso de enfermedad cardíaca, de clasificación del riesgo para la salud, los cuales fueron realizados en base a los aspectos que se consideraron de riesgo para la población a estudiar y el test mental modificado en base a los Test de Kahn y al Test Mental Abreviado que se incluyen en la sección de anexos.

Para la realización del trabajo de campo se trabajó con el universo de adultos mayores.

Se realizó una prueba piloto a un total de 20 personas escogidas al azar en la comunidad para determinar la factibilidad de la boleta, es decir si el lenguaje era comprensible para los sujetos de estudio. Se puede concluir que no creó ningún tipo de confusión.

A todo adulto mayor se le ubicó en su vivienda respectiva o en su lugar de trabajo, y se le evaluó en un ambiente adecuado, (casa o centro de convergencia). Para la toma de las medidas antropométricas se utilizó una balanza y una cinta métrica.

Aspectos éticos: Por el tipo de investigación que se realizará no se pondrá en riesgo en ningún momento la integridad de las personas, ni tampoco se dará a conocer los nombres de ellos. También contribuirá para orientar en cierto modo las necesidades de la población geriátrica de Sumpango.

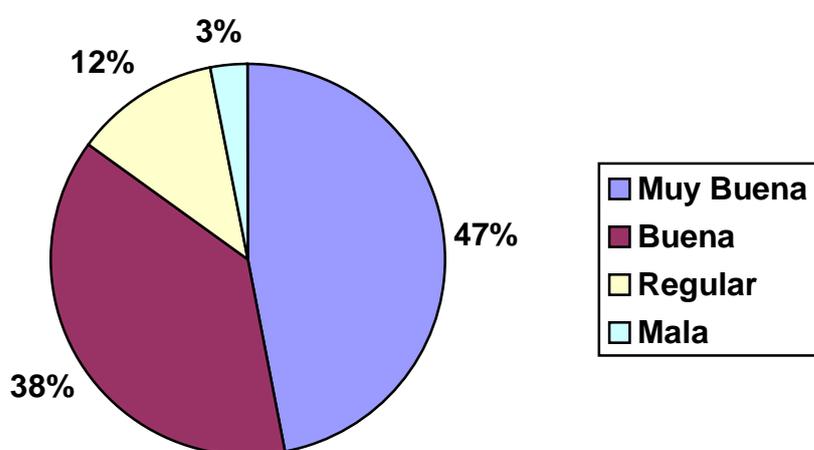
B) RECURSOS

1. Humanos: Adultos mayores del municipio de Sumpango
2. Físicos: Comunidad de Sumpango
3. Materiales: Equipo de computación, balanza, cinta métrica, boletas.
4. Económicos: Gastos personales aproximados de Q. 3,000.00.

VII. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Posterior a la realización del trabajo de campo, los resultados obtenidos son los siguientes:

GRAFICA #1
“CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE SUMPANGO”.



Fuente: Boletas de recolección de datos.

Quinientos ochenta y siete adultos mayores gozan de una muy buena calidad de vida, cuatrocientos setenta y ocho de una buena calidad de vida, ciento cuarenta y nueve de regular calidad de vida y treinta y dos de una mala calidad de vida. Aunque hubiera sido satisfactorio que el total de la población gozara de una muy buena calidad de vida, sería un ideal. Como se ha mencionado con anterioridad, el puntaje que obtuvo cada adulto mayor es la suma de varios aspectos: socioeconómicos como por ejemplo la edad o el sexo, en donde podríamos mencionar que los hombres tuvieron un mayor acceso a la educación y que ambos sexos presentaron patologías similares. A parte de esto, aunque sea una edad en donde la mayoría se encuentran jubilados, este grupo de adultos mayores continúan laborando en el campo y lo harán hasta que alguna enfermedad se agrave, las fuerzas disminuyan o fallezcan. El 90% de la población geriátrica percibe un

ingreso mensual de menos de Q. 999.00, sin embargo, hay algunos que no perciben más de Q. 100.00 o Q.300.00, lo cual es insuficiente desde todo punto de vista. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), el costo de la canasta básica calculado para una familia de 6 personas es de Q. 1,342.10 al mes (28) y la gran mayoría vive con su pareja manteniendo una relación estrecha con el resto de sus familia apoyándose con ellos, también en cierto modo económicamente. En cuanto a las medidas antropométricas en menos de 15% se detectó algún trastorno nutricional a pesar que la dieta que consumen fue deficiente en todos los aspectos evaluados; así como la falta de tratamiento al agua que utilizan para beber lo que influye negativamente en su salud. La enfermedad depresiva se detectó en casi la mitad de la población, y se relaciona con las características de su medio, de su situación, de su autonomía, así como con el apoyo familiar y la presencia o pérdida de la pareja. El adulto mayor del municipio de Sumpango sigue viviendo en una rutina y lamentablemente no sabe qué hacer con su tiempo ni con sí mismo, aunado a una falta de recurso físico como económico. De aquí que la suma de ésto con los otros factores, permitió clasificarlos en la categoría de muy buena calidad de vida, pero analizando cada aspecto individualmente, alguno sería desfavorable en un adulto mayor y en otro encontraríamos otro u otros desfavorables. Así que por lo menos es gratificante que la gran mayoría, a costa de sus condiciones como dedicarse a actividades agrícolas sin recibir ninguna remuneración más que lo que obtienen por sus propios medios, con dificultades para trasladarse, con un alto porcentaje de analfabetismo, con una alimentación deficiente y sin apoyos institucionales, hayan luchado por salir adelante a pesar de sus propias limitaciones.

Por lo tanto se da a continuación un análisis detallado de cada parámetro evaluado para una mejor visión de lo que se expone en estos párrafos, ya que hablar de calidad de vida implica hablar de aspectos biopsicosociales y económicos, por lo que siendo un concepto integral, es hasta cierto punto difícil ver cada aspecto por separado aunque no imposible.

CUADRO No. 1

RELACION EDAD, SEXO Y ESTADO CIVIL DEL
ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE SUMPANGO.

SEXO							
MASCULINO				FEMENINO			
Estado Civil		C	S	V	C	S	V
E	60- 64	249	1	8	272	4	10
D	65- 69	202	0	21	220	1	24
A	70 o más	95	0	30	92	0	17
D		546	1	59	584	5	51

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

Según lo muestra la literatura, existe una mayor longevidad femenina (15) y este predominio de la población femenina también se pudo observar en este estudio, en donde se encontró un total de 640 mujeres. Se puede observar también que a mayor edad menor número de personas, lo cual es un proceso lógico. En lo que se refiere al estado civil, según la misma literatura, hay una mayor sobrevivencia en los que se encuentran casados y en este estudio más de la tercera parte se encuentra con una pareja, ya que con el paso del tiempo, cuando el adulto mayor se vuelve más sensible o ya no tiene las mismas actividades tiende a encontrar mayor respaldo y compañía en el ser amado.

CUADRO No. 2
NIVEL DE ESCOLARIDAD
DEL ADULTO MAYOR

ESCOLARIDAD							
SEXO							
MASCULINO				FEMENINO			
0 años	Más de 3 años	Primaria Completa	Más allá de la primaria	0 años	Más de 3 años	Primaria Completa	Más allá de la primaria
562	35	6	3	634	2	3	1

Fuente: Boletas de recolección de datos.

Un 96% de adultos mayores no asistió a la escuela. Esta situación se puede deber a que desde pequeños, todos contribuyen con la economía familiar restándole importancia al estudio. El nivel de educación puede en cierta manera hacer que el adulto mayor se sienta más satisfecho pues puede contar con conocimientos que le permitan enriquecerse y aprovechar más sus intereses u ocupaciones. También es un dato importante de mencionar que la población masculina fue la que asistió más a la escuela.

CUADRO No. 3
INGRESO MENSUAL
DEL ADULTO MAYOR

No tiene ingreso	125	10%
De Q 100 a Q 999	1084	87%
De Q 1000 a Q 1999	25	2%
+ de Q 2,000	12	1%

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

La remuneración económica percibida por una persona condiciona en cierta medida (aunada por supuesto a otros factores), su calidad de vida; ya que a menores ingresos mayor será el riesgo de desnutriciones, déficits vitamínicos, falta de adecuada asistencia médica y otros. Para la población geriátrica de Sumpango, su ingreso oscila entre los Q 100.00 y los Q 999.00 lo cual es una cantidad insuficiente para tener un acceso a sus

necesidades mínimas. Además la mayoría no percibía cantidades superiores a los Q400.00.

CUADRO No. 4

ACTIVIDAD ACTUAL DEL ADULTO MAYOR

Actividad Actual		
Trabaja	No trabaja	Jubilado
632	604	10

Fuente: Boletas de recolección de datos.

Más de la mitad de la población (50.7%) se encuentra actualmente trabajando, en su mayoría son del sexo masculino. Las mujeres que trabajan, que fueron un total de 26; se dedican a atender negocios como: tiendas, tortillerías, ventas de comida o puestos en mercados.

Cada persona trabaja por su cuenta por lo que no goza de los beneficios de una jubilación que aunque mínima, sería tal vez preferible contar con un ingreso fijo mensualmente. Los diez jubilados eventualmente se dedican al cuidado de sus siembras. El porcentaje de jubilados corresponde a un 0.8%

CUADRO No. 5

ACTIVIDAD QUE REALIZA EL ADULTO MAYOR

ACTIVIDADES QUE REALIZA			
Profesional o empleado	Obrero	Lab. Hogar / Campesino	Empleada doméstica
0	0	1241	5

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

En cuanto a la actividad que realiza el adulto mayor de Sumpango, el 99.6% se dedica a labores del hogar o del campo. Es importante mencionar, que las mujeres realizan un doble trabajo.

El del hogar para nada remunerado, ni considerado un trabajo calificado (27) y el del campo, ya que casi a diario ellas asisten junto a su pareja e hijos a realizar labores propias de ese lugar de trabajo.

CUADRO No. 6

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA
DEL ADULTO MAYOR

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA					
CASCO URBANO			AREA RURAL		
Block, Terraza, Servicios básicos	Block, Lámina, Servicios básicos	Madera, Caña, Servicios básicos	Block, Terraza, Servicios básicos	Block, Lámina, Servicios básicos	Madera, Caña, Servicios básicos
82%	11%	7%	18%	24%	58%

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

El 82% de las viviendas del casco urbano son de material de block, terraza, piso de cemento y con servicios básicos. En cuanto a las viviendas de caña, madera o pajón, algunas sí cuentan con energía eléctrica pero no con agua; para su abastecimiento deben recurrir a pozos comunitarios o recorrer ciertas distancias. Esta agua lamentablemente no recibe ningún tipo de tratamiento para su consumo, lo que repercute negativamente en la salud de la población.

CUADRO No. 7

ENFERMEDADES QUE PADECE
EL ADULTO MAYOR

ENFERMEDADES		
Ninguna	Metabolismo, Aparatos, Piel y Glándulas	SNC, Organos de los sentidos
2 - 0.16%	1180 - 94.7%	64 - 5.4%

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

El 94.7% de la población padece de alguna enfermedad sin distinción de sexo o edad. La mayoría padece de enfermedades como la enfermedad Péptica, artritis, hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, neuralgias y de afecciones de los órganos de los sentidos;

lo cual corresponde con la literatura en donde estas patologías son las causas más frecuentes en la población geriátrica. (8)

CUADRO No. 8

RIESGO DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR

Depresión			
Si	%	No	%
573.16	46	672.84	54

Fuente: Boletas de Recolección de Datos

El riesgo de depresión se detectó por medio de la Escala Geriátrica de Yesavage. Más de 500 adultos mayores fueron detectados con este riesgo. Las preguntas fueron hechas de forma directa y en casi su totalidad, mostraban interés disminuido en sus actividades diarias, que su situación actual no tenía solución y también se evidenció tristeza por la pérdida del ser querido cuando así fue el caso.

La depresión es un problema frecuente en la población geriátrica ya que la mayoría teme por un futuro próximo de sufrimiento, temor a la muerte y no lo perciben como un proceso natural. (15)

Se recomendaría un mejor apoyo desde educación y preparación para la vejez y creación de condiciones de vida más favorable, así como la asistencia a instituciones en donde puedan tener variedad de recreaciones para superar esta situación.

CUADRO No. 9

RELACION PESO/ESTATURA DEL ADULTO MAYOR

Relación Peso/ Estatura					
Normal	%	Desnutrición	%	Sobrepeso	%
1084	87	137	11	25	2

Fuente: Boletas de Recolección de Datos

La relación peso/estatura del adulto mayor se obtuvo por medio del Índice de Masa Corporal (IMC) . No hay que olvidar que en la vejez hay una redistribución del tejido adiposo y disminución de la masa

muscular entre otros, que pudieran crear cambios en algunas medidas antropométricas. (3)

El 87% de la población geriátrica tiene un IMC en límites normales; sin embargo el porcentaje restante cursa con algún grado de desnutrición o de sobrepeso u obesidad; lo cual constituye un factor desfavorable para su salud.

CUADRO No. 10

INGESTIÓN DE COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS EN EL ADULTO MAYOR

Complemento Alimenticio			
Sí	%	No	%
33.64	2.7	1212.36	97.3

Fuente: Boletas de Recolección de Datos

Más del 97% de los adultos mayores de Sumpango no ingieren ningún complemento alimenticio. El envejecimiento por sí mismo implica un aumento de demanda energética y más cuando conjuntamente existe una enfermedad crónica por ejemplo. Sería también importante complementar la alimentación cuando en sí la dieta que se consume no llena los requerimientos nutricionales adecuados como en esta población.

CUADRO No. 11

CARACTERÍSTICAS DE LOS ALIMENTOS QUE CONSUME EL ADULTO MAYOR

CARACTERÍSTICAS DE LOS ALIMENTOS									
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Suficiente	Insuficiente	Variada	Monótona	Armónica	Inarmónica	Adecuada	Inadecuada	Si	No
831	415	296	950	356	890	658	588	828	418
Cantidad		Calidad		Principios nutritivos		Dieta		Higiene	

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

Aunque más de la mitad de la población consume una dieta que la considera suficiente pues satisface su apetito, la misma cantidad refirió que su alimentación es monótona en cuanto a su calidad e inarmónica, por no contener los grupos básicos de alimentos.

Más de la mitad también refirió que la dieta que consume ocasiona algún tipo de trastorno estomacal por lo que la consideraron inadecuada para el aparato digestivo. A su vez casi las tres cuartas partes de la población indicó que los alimentos ingeridos no reúnen medidas básicas de higiene.

En sí todos los aspectos evaluados se correlacionan pues es difícil contar con una buena alimentación sin un ingreso adecuado o por ejemplo sin agua potable para su preparación.

VIII. CONCLUSIONES

1. Aunque de acuerdo a los resultados obtenidos cerca de la mitad de la población de adultos mayores goza, según el puntaje del instrumento utilizado de una muy buena calidad de vida, esto fue establecido por la suma de los aspectos biopsicosociales y económicos evaluados, con una mayor sobrevida del sexo femenino.

2. En cuanto a los aspectos antropométricos de las personas catalogadas como adultos mayores se les detectó algún grado de desnutrición, así mismo se les detectó riesgo de depresión por medio de la Escala Geriátrica de Yesavage, en más de la tercera parte de la población.

3. Los hábitos alimenticios de la población geriátrica del municipio de Sumpango es una dieta monótona, inadecuada y no higiénica, debido al bajo ingreso económico que perciben.

4. La calidad de vida de la población geriátrica de Sumpango, se debe a la adaptación, autonomía, independencia, condición y al medio en que se ha desarrollado cada individuo.

5. El instrumento utilizado para recolección de datos en el presente estudio abarcó todos los aspectos que son parte de la calidad de vida del adulto mayor, encontramos entonces en el universo de adultos mayores aspectos favorables como desfavorables. A pesar del alto porcentaje de muy buena calidad de vida detectado, debería ser modificado para que permitiera conocer la realidad de nuestra población.

IX. RECOMENDACION

1. Optimizar y priorizar no sólo la cantidad si no la calidad de la atención en salud de la población geriátrica creando establecimientos de atención especializada para los adultos mayores en donde puedan recrearse y realizar varias actividades de tipo social en los diferentes departamentos; siendo parte de la atención que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social brinda a esta población

X. RESUMEN

Estudio de tipo prospectivo en donde se determina la calidad de vida del adulto mayor del municipio de Sumpango, Sacatepéquez . Se trabajó a nivel de la comunidad con el universo de la población geriátrica en donde un cuarenta y siete por ciento goza de una muy buena calidad de vida de acuerdo a la suma de los factores evaluados.

Para determinar la calidad de vida de esta población se les realizó historia clínica, que incluía examen físico y se utilizaron varios tests que evaluaron tanto salud física como mental. Cerca del cien por ciento de la población se dedica a actividades agrícolas sin percibir un ingreso económico que les permita sufragar sus gastos más necesarios, caminan distancias largas con herramientas pesadas que dificultan más su trabajo. En lo que se refiere al sexo, el masculino tuvo un mayor acceso a la educación, el sexo femenino fue el más encontrado y en ambos las patologías encontradas fueron similares. Las enfermedades más comúnmente encontradas fueron: las degenerativas, del metabolismo y cardiovasculares. El riesgo de depresión se detectó en más de la tercera parte de la población. En casi la totalidad de viviendas de las aldeas deben utilizar agua de pozo o caminar determinadas distancias para la obtención de este líquido vital, además de contribuir a su salud. De aquí que en la mayoría de los casos deban preparar y consumir sus alimentos sin ninguna medida de higiene, la cual fue una característica de su alimentación, a parte de que un noventa y siete por ciento de la población no ingiere ningún complemento alimenticio y en sí la vejez es una etapa que implica mayores demandas energéticas. (6)

Se debe lograr que la atención de esta población sea integral desde educación, promoción de actividades recreativas, mejor remuneración económica, mejorar la calidad de la atención médica y no olvidar que el envejecimiento es un proceso natural y que la gran mayoría son personas sanas, activas e independientes y que al total de la población se le podría estimular con diversas ocupaciones o labores de acuerdo a sus posibilidades, habilidades y al recurso disponible.

XI. BIBLIOGRAFIA

1. Altarriba Mercader, Fransesc-Xavier. "Gerontología: Aspectos biopsicosociales del proceso de envejecimiento." Editorial Boixareu Universitaria. España. 1992. Págs. 193.
2. Castellanos Pou, Adolfo. "Morbilidad Mortalidad Geriátrica." Guatemala. 1999. Págs. 53.
3. Cecil, Wyngaarden, Smith. "Tratado de Medicina Interna." 19ª. Edición. Nueva Editorial Interamericana, S.A de C.V. Págs. 2777.
4. Daniel, Wayne. "Bioestadística". 3a. edición. Editorial Limusa Noriega. México. 1990. Págs. 202.
5. Evans, John G. "Geriatric Medicine: A brief History". British Medical Journal. Vol. 315: 1075-7. 1996.
6. Gaspar Oriol. [Http://www.idexeus.es/cont_2098.htm](http://www.idexeus.es/cont_2098.htm) 30/09/98/. Págs.10.
7. Girón Mena, Manuel Antonio. "Tendencias Actuales de la Gerontología en Guatemala". OPS,OMS 1991. Editorial Landívar. Págs. 30.
8. Girón Mena, Manuel Antonio. "Gerocultura". OPS-OMS. Guatemala. 1991. Págs.183.
9. Girón Mena, Manuel Antonio. "Gerontología y Geriátrica Social." Editorial José de Pineda Ibarra. Guatemala 1982. Págs. 147.
10. Guerrero, Rodrigo. "Epidemiología". Editorial Educativa Addison-Wesley. U.S.A. 1986.
11. Hernández, Zoila E. "<http://bugs.invest.uv.mx/cancer/revista/rev0703.Htm>. Págs. 12.
12. <http://www.ilabida.com/centros/htm/CEDEP1.htm>
13. Instituto Nacional de Estadística (INE). "X CENSO DE POBLACION Y V DE HABITACION". Guatemala 1994. Págs.25.

14. Kaplan, Norman. <http://www.udec.cl/-ofem/revista/revista04/artic2.htm>.
15. Marín, Pedro, et al. "Manual de Geriatría". <Http://escuela.me.puc.cl/udas/Geriatria/Geriatria-Manual/Geriat-M-39.html>.
16. Morén, Patricia. <http://www.diariomedico.com/neurologia/n061099.htm>.
17. Políticas y Lineamientos Básicos de Salud. Unidad de Planificación Estratégica del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Pág. 1.
18. Procurador de los Derechos Humanos. "Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad." 1ª. Edición. 1999. PDH. Págs. 18
19. Rebelles, Luis. <http://diariomedico.com/geriatria/n180699.html>.
20. Reichel, William. "Aspectos clínicos del Envejecimiento". Editorial El Ateneo. Argentina. 1981.
21. UNED Nutrición y dietética. <http://laisla.com/uned/cardiovascular/factores/htm>.
22. Velez, Hernán. "Fundamentos de Medicina. Neurología."4ª. edición. Editorial Corporación para investigaciones científicas. Colombia. 1994.
23. VinodKumar. "Examen Psiquiátrico del Anciano demente". Clínicas Médicas de Norteamérica. Vol.4. Editorial McGraw-Hill. México. 1994.
24. Yesavage J, Brink. <http://www.bndpg.com.au/geriatric-depression-scale.htm>.
25. Wattis J. "What an old age psychiatrist does? British Medical Journal. Vol. 313:103. 1996.

26. Documento del Puesto de Salud de Sumpango. Julio de 1999.
27. Boletín de Estadísticas del Trabajo No. 10. Ministerio de Trabajo y Previsión Social. Instituto Nacional de Estadística. Julio 1999. Pág. 21.
28. Índice de Precios al Consumidor. Boletín M06-00. Instituto Nacional de Estadística. Julio 2000. Pág. 9.

