

PROPUESTAS DE ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

Santos Alvarez Mirian del Rocío, Bello Carrasco Lourdes Maribel, Sánchez Choez Lilia Magdalena, Galina Orlandovna González Kadashinskaia, María Carolina Palacios Valencia

mirian.santos@uleam.edu.ec, lourdes.bello@uleam.edu.ec, lilima.sanchez@uleam.edu.ec, galina.gonzalez@uleam.edu.ec, e1312577800@live.uleam.edu.ec.

<https://orcid.org/0000-0001-6758-3405>¹, <https://orcid.org/0000-0002-5350-6350>², <https://orcid.org/0000-0002-2645-7063>³ <https://orcid.org/0000-0002-2960-1104>⁴

<https://orcid.org/0000-0001-9627-2104>⁵

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Facultad de Enfermería. Ecuador

Recibido (08/07/19), Aceptado (05/08/19)

Resumen: La prevalencia de los trastornos de la marcha y el equilibrio aumenta con la edad y es del 10% entre 60 y 69 años y es más del 60% en los mayores de 80 años y el 82% en los mayores de 85 años. El propósito de la investigación fue describir la situación actual de trastorno de la marcha en el adulto mayor, el estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal y cualitativo, se empleó método teóricos y empíricos, El diseño muestral fue de tipo no probabilístico intencional con 72 adulto mayores entre otros resultados, el 88.6% son de sexo femenino y el 11.4% son masculinos; el 15,3% uso de instrumento de apoyo, y el 13,89% problemas para caminar, el 19.4% dificultad para estar sentados, el 31,94% dificultad para agacharse o encorvarse, el 13,9% dificultad para trasladarse de un lugar y 6,9% dificultad para bañarse, mediante el análisis del coeficiente de Rho de Sperman se obtuvo ($p < 0.01$). Dentro de los aspectos conclusivos interfiere la edad para la locomoción, por ende perjudica a la independencia, por lo tanto el estudio se considera de gran relevancia para crear conciencia y predecir los problemas de salud y la ejecutar estrategias de que mejoren la calidad de vida de adulto mayor.

Palabras Claves: Calidad de vida, estrategias de mejoras, adulto mayor.

PROPOSALS OF STRATEGIES TO IMPROVE THE QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY

Abstract: The prevalence of gait and balance disorders increases with age and is 10% between 60 and 69 years and is more than 60% in those over 80 years and 82% in those over 85 years. The purpose of the investigation was to describe the current situation of gait disorder in the elderly, the descriptive type study of cross-sectional and qualitative, theoretical and empirical methods were used, the sample design was of the intentional non-probabilistic type with 72 adults higher among other results, 88.6% are female and 11.4% are male; 15.3% use of support instrument, and 13.89% trouble walking, 19.4% difficulty sitting, 31.94% difficulty stooping or stooping, 13.9% difficulty walking of a place and 6.9% difficulty bathing, by analysis of the Sperman Rho coefficient was obtained ($p = < 0.01$). Among the conclusive aspects, the age for locomotion interferes, therefore damaging to independence, therefore the study is considered of great relevance to raise awareness and predict health problems and the implementation of strategies that improve the quality of life of Elderly

Keywords: Quality of life, improvement strategies, elderly.

I. INTRODUCCIÓN

La prevalencia de los trastornos de la marcha y el equilibrio aumenta con la edad y es del 10% entre 60 y 69 años y es más del 60% en los mayores de 80 años y el 82% en los mayores de 85 años. En los Estados Unidos, el 30% de las personas mayores de 65 años caen cada año y en personas mayores de 80 años, las caídas ocurren con tanta frecuencia, como el 50% de las personas. Setenta y cinco por ciento de las muertes por caídas ocurren en el 13% de la población mayor de 65 años [1]. La alteración de la capacidad de marcha en los ancianos se puede complicar con caídas, es un predictor de desplazamiento funcional, aumenta la morbilidad y contribuye al ingreso a residencias de larga estada [2] Por otro lado las poblaciones de todo el mundo están envejeciendo rápidamente. Entre 2000 y 2050, la proporción de adulto mayores de 60 años o más se duplicará del 11% al 22% [3]. También el número de las personas de 60 años o más de 900 millones en 2015 pasará a 1400 millones en 2030 y 2100 millones para 2050, y podría aumentar a 3200 millones en 2100. Para 2050, Europa tendrá aproximadamente el 34% de su población de 60 años o más, mientras que América Latina y el Caribe y Asia tendrá alrededor del 25%; [4] por otro lado los cambios en el aparato locomotor que ocurren como resultado del envejecimiento causan pérdida de equilibrio, fragilidad ósea, dolor en las articulaciones y disminución de la función que contribuyen a la dependencia [5].

En este sentido la prevalencia de trastornos de la marcha y caídas aumenta dramáticamente con la edad [6], está la prevalencia de las alteraciones de la marcha puede ser considerablemente mayor entre las personas muy mayores, en la novena década y más allá las alteraciones de la marcha y el deterioro cognitivo en las personas mayores son problemas principales que amplían la brecha entre la esperanza de vida general y la esperanza de vida libre de discapacidad, siendo esta una de las causas de discapacidad crónica [7] trastornos del equilibrio que comprometen la independencia y contribuyen al riesgo de caídas y lesiones en los ancianos [8].

Por ende los trastornos de la marcha y el equilibrio en los ancianos son difíciles de reconocer y diagnosticar en el entorno de la práctica familiar porque inicialmente se presentan con manifestaciones sutiles no diferenciadas, y porque las causas suelen ser multifactoriales, para complicar aún más el problema, estas manifestaciones pueden camuflarse en pacientes de edad avanzada por los cambios fisiológicos asociados con el envejecimiento normal, [9] ya que la marcha es una tarea compleja que involucra la coordinación tanto del sistema nervioso central (SNC) como del sistema musculo esqueléti-

co [10], entonces caminar depende de la integridad de los círculos neuronales frontales-subcorticales que soportan las funciones reguladoras; las causas de los cambios relacionados con la edad al caminar no se limitan a un solo sistema (por ejemplo, una modalidad sensorial) sino que tienen un sistema múltiple [11].

Por consiguiente los cambios en la marcha están asociados con el deterioro funcional, menos independencia y calidad de vida deteriorada, la reducción de la velocidad al caminar es el cambio más constante relacionado con la edad, pero hay otros factores que contribuyen a una marcha alterada: equilibrio y estabilidad deteriorados, fuerza en las extremidades inferiores y miedo a caerse [12]. Por lo tanto la alteración de la marcha y las caídas son eventos graves que pueden afectar las actividades de la vida diaria (AVD) en los ancianos [13] y la movilidad reducida perjudica notablemente la calidad de vida, y las caídas asociadas aumentan la morbilidad [14] que los vuelve incapacitantes, todo este panorama se convierte en un problema importante de salud pública [15].

Así como los temas de investigación actuales en el estudio de las alteraciones de la marcha también se discuten, incluido el análisis cuantitativo de la marcha, las interacciones entre locomoción y cognición (doble tarea) y los enfoques de imágenes funcionales [16]. El análisis cuantitativo de la marcha puede proporcionar una detección temprana de la marcha y deficiencias cognitivas, así como el riesgo de caída. Los futuros estudios cuantitativos sobre la marcha pueden ayudar a distinguir los subtipos de demencia en las primeras etapas de la enfermedad. El análisis cuantitativo de la marcha debe verse como una herramienta clínica para ayudar a los diagnósticos y la planificación del tratamiento [17]. En este sentido es importante que los equipos de salud deben pesquisar los problemas de marcha, realizar una buena evaluación, orientar el estudio etiológico e iniciar el manejo integral de las enfermedades de base y del trastorno de la marcha en adulto mayor [18].

Bajo estos estos presupuestos radica la importancia de realización de estudio en adulto mayores, para contribuir a las estrategias de salud pública, y así cubrir las brechas existentes y conlleven mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Así mismo un objetivo importante de la medicina geriátrica es reducir la brecha entre la esperanza de vida general y la esperanza de vida libre de discapacidad, dos problemas geriátricos importantes contribuyen a esta brecha: el deterioro cognitivo y el deterioro de la marcha [19] y comprender mejor las trayectorias de la patología y la marcha

II.METODOLOGÍA

La investigación se realizó bajo el paradigma mixto de las metodologías cualitativa y cuantitativa, desde el enfoque cualitativo se reconoció los participantes del estudio y se hizo una introducción antes de aplicar la encuesta, desde el enfoque cuantitativo, se determinó la población adecuada para este trabajo de investigación, fue un estudio descriptivo, analítico, retrospectivo, de corte transversal, se realizó en centro de salud tipo "A" pertenecientes al distrito 13D02 tipo donde ofrecen atención integral, desempeñando funciones de protección, promoción, atención preventiva y de morbilidad. El diseño muestral fue de tipo no probabilístico intencional, donde se tomaron como muestra 72 adul-

tos mayores. Se manejaron criterios de inclusión tales como; adulto mayor que pertenece al club adulto mayor del centro de salud, cualquier tipo de sexo o género, edad mayor de 65 años, y que acepte consentimiento informado para la investigación, en cuanto a criterio de exclusión; adulto mayor cuya información sea incompleta. Como instrumento, se aplicó encuesta SABE 2009, dentro de la entrevista se realizaron preguntas sobre percepciones específicas de salud; bienestar; marcha, actividades funcionalidad; apoyo de instrumento y perspectiva personal, para poder determinar el estado de salud y evaluar su calidad de vida, el análisis e interpretación de resultados se realizó con el paquete estadístico SPSS 23.

III.RESULTADOS

Tabla I. Características Sociodemográfica en población adulto mayor.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sexo	masculino	14	19,4%	19,4%	19,4%
	femenino	58	80,6%	80,6%	100,0%
	Total	72	100,0%	100,0%	
Educación	centro de alfabetización	3	4,2%	4,2%	27,8%
	primaria	44	61,1%	61,1%	88,9%
	secundaria	5	6,9%	6,9%	95,8%
	ciclo post bachillerato	2	2,8%	2,8%	98,6%
	superior	1	1,4%	1,4%	100,0%
	Total	72	100,0%	100,0%	
Edad	65-69	29	40,2%	40,2%	136,1%
	70-79	31	43,1%	43,1%	580,5%
	80-90	12	16,7%	16,7%	741,7%
	Total	72	100,0	100,0	

Para esta investigación, se analizó un grupo de 72 adultos mayores, que pertenecían al club de adulto mayor de la unidad operativa de salud, que pueden observarse en la tabla I. En ello se observa Se evidencia en cuanto al mayor porcentaje es de sexo femenino con un 80%, mientras población masculina en un 19,4%, y

en cuanto a la edad prevalece entre edades de 70 a 79 años con 43,1%, en cuanto al nivel de educación en su mayoría cursa nivel primario con 61,1%. Por lo tanto podemos decir que las mujeres asisten con mayor frecuencia a las unidades de salud, con un nivel de educación básico

Tabla II. a. Estado de la marcha de acuerdo al sexo en el adulto mayor

¿Cuál es el sexo?	¿Tiene dificultad al estar sentado por dos horas?		Total
	si	no	
masculino	4	4	8
femenino	6	16	22
Total	10	20	30

Podemos observar que existe una población femenina con 11.11% tiene problemas al sentarse por al menos dos horas mientras que un 69.44 %, mientras el sexo masculino el 8.33% presenta algún tipo de dificultad al estar sentados por al menos dos horas mientras el 11.11% no presenta ninguna molestia para dichas ac-

tividades. Este hecho coincide con el estudio de Vega García realizado en el año 2000 donde dice que la mujer tiene más dificultad que el hombre con respecto a su movilidad asociándose a problemas relacionados con escoliosis.

Tabla III. Estado de locomoción de acuerdo al sexo en el adulto mayor

		¿Tiene dificultad para agacharse, arrodillarse o encovarse?		Total
		si	no	
masculino	Recuento	7	7	14
	% del total	9,7%	9,7%	19,4%
femenino	Recuento	16	42	58
	% del total	22,2%	58,3%	80,6%
Total	Recuento	23	49	72
	% del total	31,9%	68,1%	100,0%

Se observa que la población femenina con un 22.22% tiene problemas al agacharse o encorvarse, mientras que un 58.33 % de la población femenina no posee ninguna dificultad lumbar. En la población masculina un 9.72% presenta dificultad física asociada a la columna vertebral, mientras que el otro 9.72% no presenta molestias

relacionadas con actividades como agacharse o encorvarse. Hecho que concuerda con el análisis estadístico de Cáceres Rodas, Rhina Ivette realizado en el año del 2004, que detalla a una población del 49% asociado al género femenino sufre problemas de movilidad relacionados con su columna vertebral.

Tabla IV. Movilidad de la vida diaria de acuerdo al sexo en el adulto mayor

¿Cuál es el sexo?		¿Tiene dificultad para cruzar un cuarto caminando?		Total
		si	no	
Masculino	Recuento	4	10	14
	% del total	5,6%	13,9%	19,4%
Femenino	Recuento	6	52	58
	% del total	8,3%	72,2%	80,6%
Total	Recuento	10	62	72
	% del total	13,9%	86,1%	100,0%

Se evidencia una población femenina con un 8.33% tiene problemas para caminar mientras que un 72.22 % no presenta ninguna dificultad para caminar. En la población masculina podemos darnos cuenta que un 5.56% presenta algún tipo de dificultad para caminar mientras que el otro 13.89% no presenta ninguna molestia para

dichas actividades. Por tanto en estudios realizados por Guerra en el año 2011 manifiesta que la población adulta de mujeres tiene problemas en su movilidad, lo que significa que su desplazamiento es más dificultoso, en algunos casos son más complejos en los cuales necesitan de cuidadores que los trasladen de un lugar a otro.

Tabla V. Tipo de aparato o medio de apoyo utilizado de acuerdo al sexo en el adulto mayor

¿Cuál es el sexo?		¿Qué tipo de aparato o medio de apoyo es el que usa?			Total
		Ninguno	Bastón	Otros	
masculino	Recuento	10	3	1	14
	% del total	13,9%	4,2%	1,4%	19,4%
femenino	Recuento	51	5	2	58
	% del total	70,8%	6,9%	2,8%	80,6%
Total	Recuento	61	8	3	72
	% del total	84,7%	11,1%	4,2%	100,0%

Podemos observar que existe una población femenina la cual el 6.94% utiliza el bastón como medio de apoyo para caminar mientras que un 2,78% utiliza otra herramienta de apoyo y el 70.83% camina perfectamente. En la población masculina se observa que un 4.17% necesita el bastón como apoyo para poder ca-

minar mientras que un 1.39% utiliza otra herramienta para poder caminar y el 13.89% camina perfectamente. Concuere con el trabajo de Sonia Santillan et al en el año del 2002, en la cual mostraron la frecuencia absoluta del uso del bastones en mayor escala a otros medios de ayuda de desplazamiento en adultos mayores.

Tabla VI. Dificultad en bañarse de acuerdo al sexo en el adulto mayor

¿Cuál es el sexo?		¿Tiene dificultad para bañarse (incluyendo entrar y salir de la bañera)?		Total
		si	no	
masculino	Recuento	2	12	14
	% del total	2,8%	16,7%	19,4%
femenino	Recuento	3	55	58
	% del total	4,2%	76,4%	80,6%
Total	Recuento	5	67	72
	% del total	6,9%	93,1%	100,0%

En la población femenina existe un 4.2% con problemas para bañarse, el 76.4 % no presenta ninguna dificultad para bañarse, mientras en la población masculina podemos darnos cuenta que un 2.8% presenta algún tipo de dificultad para bañarse mientras que el otro 16.7% no presenta ninguna molestia para dichas actividades. Este hecho concuerda con el análisis de Miguel López & Amauri Gonzales del año 2010, en que los adultos mayores, por lo regular son independientes a la hora de la bañarse.

La alteración de la marcha y las caídas son eventos gra-

ves que pueden afectar las actividades de la vida diaria (AVD) en los ancianos. Así mismo la movilidad reducida perjudica notablemente la calidad de vida, y las caídas asociadas aumentan la morbilidad y la mortalidad que los vuelve incapacitantes que se convierte en un problema importante de salud pública. Por esta es importante profundizar las investigaciones que aporten a mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

En el año 2018 en la Journal Aging Health. publica un estudio titulado; la asociación entre la somnolencia diurna excesiva y los parámetros de la marcha en adultos mayores que viven en la comunidad: hallazgos

transversales del estudio de promoción de la salud para los ancianos obtuvieron como resultados; la somnolencia diurna excesiva (EDS), se asoció significativamente con una velocidad de marcha más lenta entre los sujetos más jóvenes (<75 años, $p = .021$) y con una velocidad de marcha más lenta ($p = .045$) y una mayor variabilidad en la longitud de la zancada entre los sujetos mayores (≥ 75 años, $p = .048$) en un análisis multivariado ajustado por edad, sexo, índice de masa corporal, medicación, número de comorbilidades y educación [20]. Hecho que concuerda con la literatura que nos dice que la falta de actividad disminuye la funcionalidad locomotora en el adulto mayor.

Por consiguiente en el mismo año 2018 titulado; la señalización tardía de las tareas de marcha en una superficie irregular de ladrillo afecta la coordinación y el centro de control de masas en adultos mayores. En cuyos resultados se observó una regularidad de zancada reducida (señalización tardía) en adultos mayores ($p < 0.001$), en comparación con adultos jóvenes ($p = 0.017$). La disminución de la fuerza ($p \leq 0.040$) y el equilibrio ($p = 0.018$) se correlacionaron con las adaptaciones de la marcha de los adultos mayores [21].

Asimismo en el año 2015 una investigación publicada con el nombre de; relación entre competencia, usabilidad, entorno y riesgo de caídas en el adulto mayor, tuvieron como resultados que en el entorno físico de la vivienda, marcha y usabilidad se establecieron como riesgos de caída. Se encontró una relación negativa entre la usabilidad y los síntomas depresivos, la salud cognitiva, el equilibrio, la marcha, el entorno social y físico $p < 0,05$; y una fuerte correlación positiva entre la marcha y el equilibrio $p < 0,05$.

Entonces después de haber analizado las investigaciones, en nuestro estudio podemos apreciar la incidencia el grado de significancia que tiene la investigación referente a la marcha del adulto mayor, en una población de 72 ancianos de ellos, prevalece edades de septuagenarias con 43,1%, de ellos la población femenina con 11.11% tiene problemas al sentarse por al menos dos horas, y del sexo masculino el 8.33% presenta algún tipo de dificultad para estar sentados por al menos dos horas, la población femenina con un 22.22% tiene problemas al agacharse o encorvarse, mientras la población femenina con un 8.33% tiene problemas para caminar, y en población femenina con un 6.94%, utiliza el bastón como medio de apoyo para caminar mientras que un 2,78% utiliza otra herramienta de apoyo y el 70.83% camina perfectamente, en la población masculina se observa que un 4.17% necesita el bastón como apoyo para poder caminar mientras que un 1.39% utiliza otra herramienta para poder caminar y el 13.89%

camina perfectamente, así mismo en la población femenina existe un 4.2% con problemas para bañarse, y a través del coeficiente de Rho de Spearman, se obtuvo ($p < 0.01$), debido a este aporte se deben implementar propuestas estratégica que contribuyan reducir los trastornos de la marcha en envejecientes.

V. CONCLUSIONES

El estudio permitió identificar a través de los objetivos planteados en el grupo de adultos mayores los problemas presentados en cuanto al estado del aparato locomotor exclusivo; en la marcha, uso de instrumento de apoyo para locomoción para actividades diarias, se logró evidenciar el grado de significancia ($p = 0,01$). Por tanto podemos decir que interfiere la edad para la locomoción y por ende afecta su independencia. Por esta razón, desde un punto de vista holístico es un punto de partida para trabajar en estrategias dirigidas a minimizar trastornos de la marcha de carácter funcional (locomotor y postural) y maximizar su calidad de vida.

VI APÉNDICE

Uleam, Distrito de salud. Firmado por el investigador respetando el reglamento de información confidencial en sistema nacional de salud, acuerdo ministerial 5216 registro oficial suplemento 427 de 29-ene.-2015)

VII RECONOCIMIENTO

“F. A. agradecimientos del autor.” Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Distrito de Salud.

VII. REFERENCIAS

- [1] R. Boston. “Gait Disorders and Falls in the Elderly”. Rev. Medical clinics of North America. Vol. 103 issue 2; pp. 203-213. March 2019
- [2] A. Cerda. “Las Condes; Manejo del trastorno de marcha del adulto mayor”. Rev. Médica Clínica. Vol. 25; pp. 265-275. 2014
- [3] Organización Mundial de la Salud (OMS); Envejecimiento y ciclo de vida. ; 2019.
- [4] Organización Mundial de la Salud (OMS); Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health.; Abril 2016.
- [5] A. Pedrinelli, L. Garcez. “the effect of physical training on the locomotor apparatus in elderly people”. Rev Bras Ortop Vol 44 (2): p. 96–101. Jan 2009
- [6] J. Frederick. M. Marshall. “Approach to the elderly patient with gait disturbance”. Rev. Neurol Clin Pract. Vol 2 (2): pp. 103–111. Jun 2012.
- [7] A. Bernard, T. Claude, F. Mo, D. Arnaud and G. Vincent. “Gait disorders in the elderly and dual task gait analysis: a new approach for identifying motor phe-

no”

types. Journal Neuroeng Rehabil. Vol 14 (7). Jan 2017;
[8]A. Viswanathan, L. Sudarsky. “Balance and gait
problems in the elderly”. Rev. Handbook of Clinical

Neurology.; Vol 103: pp. 623-634. 2012
[9]R. Lam. “Office management of gait disorders in the
elderly”. Rev. Can Fam Physician.; Vol 57 (7): pp. 765-
70. julio 2011.