



Comportamiento del envejecimiento Una evaluación desde el corazón de Barrio Adentro



**Dra. Alicia del Rosario Ramírez Pérez
Dr. C. José Felipe Ramírez Pérez
Lic. Jorge Calixto Borrell Zayas
MSc. José Luis Montes de Oca Montano**

Cienfuegos, Cuba. Año 2018

Copy Right: COLECTIVO DE AUTORES / EDITORIAL MÉDICA JIMS, S. L.

Reservados todos los derechos.

ISBN: 978-84-95062-95-6

Queda prohibida, salvo excepciones previstas en la Ley, toda forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin la autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual.

COLECTIVO DE AUTORES

Dra. Alicia Del Rosario Ramírez Pérez

Especialista de Primer y Segundo Grado en Medicina General Integral. Especialista de Primer Grado en Farmacología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Dr. C. José Felipe Ramírez Pérez

Doctor en Ciencias Técnicas. Especialidad Informática. Máster en Informática Aplicada. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Líder Científico del Grupo de Investigación de Informática en Salud. Universidad de las Ciencias Informáticas. La Habana.

Lic. Jorge Calixto Borrell Zayas

Licenciado en Física. Profesor Asistente. Profesor Principal de Física Médica. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos

MSc. Lic. José Luis Montes de Oca Montano

Tecnólogo en Gestión de Información en Salud. Diplomado en Capacitación y Desarrollo. Máster en Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Miembro de la Unión de Informáticos de Cuba

Pensamiento

La sociedad que no cuida a sus ancianos no tiene derecho a la historia.
Anónimo

Dedicatoria

A nuestros seres queridos que estarán siempre en la memoria.

A nuestro Comandante en Jefe que ha sido ejemplo de que
una longevidad satisfactoria siempre es posible
si hay voluntad individual y voluntad política.

A la Misión Médica Cubana en Venezuela
que ha trabajado arduamente por incorporar
a este pueblo nuevos estilos de vida,
priorizando los grupos más vulnerables.

A todos los que de una forma u otra aportaron
sus conocimientos para la culminación de este trabajo.

Colectivo de autores.

PRÓLOGO

Se realizó una investigación descriptiva transversal en la que se caracterizó el envejecimiento en los pacientes adultos mayores en un consultorio de la Misión Barrio Adentro, en el sector Monte Verde del Municipio Miranda, del Estado Falcón de la República Bolivariana de Venezuela durante el año 2007. El universo lo conformaron 961 pacientes y la muestra 63 adultos mayores a los cuales se les realizó una evaluación multidimensional, aplicándoseles escalas y test de evaluación funcional y mental, entrevista médica, en la que se investigaron factores de riesgo higiénico dietético que pudieron interferir en su calidad de vida, y mediante la observación directa se corroboró lo planteado. La información se procesó en una computadora Pentium IV, aplicándose a los datos obtenidos el porcentaje y representando los resultados en tablas y gráficos.

Entre los resultados más relevantes encontramos el predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión y la diabetes, compensadas en su gran mayoría, y se destacó además la ausencia de discapacidades físicas y mentales. La ausencia de autonomía en el núcleo familiar y la independencia económica a pesar del insuficiente per cápita familiar, así como el consumo de alcohol y las dietas inadecuadas fueron aspectos que favorecieron la presencia de síntomas depresivos.

Se sugirieron recomendaciones respecto a trabajos comunitarios encaminados a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y de extenderlos a otras comunidades, así como trabajar desde los núcleos familiares para mitigar las causas de depresiones que provengan de conflictos familiares.

CONTENIDO

Introducción	7
Marco teórico	10
Objetivos	16
Material y métodos	17
Análisis y discusión	23
Conclusiones	43
Recomendaciones	44
Referencias bibliográficas	45
Anexo 1. Consentimiento Informado	50
Anexo 2. Índice de Katz	51
Anexo 3. Escala de Lawton	53
Anexo 4. Mini Mental Modificado	55
Anexo 5. Escala de Pfeiffer	57
Anexo 6. Cuestionario Médico	58
Anexo 7. Mini-Tamizaje de nutrición en la comunidad	60

INTRODUCCIÓN

Envejecer no debe significar necesariamente declive o pérdida de facultades y funciones, ya que no es sinónimo de enfermedad⁽¹⁾.

Normalmente se entiende por envejecimiento al «conjunto de cambios físicos y psicológicos que aparecen en nuestro organismo como consecuencia de su funcionamiento en el tiempo» (San Martín, 1997), definido además como un proceso dinámico, progresivo e irreversible en el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales⁽²⁾. Puede clasificarse desde distintos puntos de vista en: cronológico, biológico, psíquico, social, fenomenológico y funcional^(3, 4), sin embargo, no es el número de años el que determina el comportamiento y las vivencias de la vejez, sino que es una multiplicidad de factores la que influye decisivamente en el proceso del envejecimiento. Se reconocen tipos diferentes de envejecimiento^(5, 6):

1. El «envejecimiento individual o longevidad» que es el proceso de evolución hasta ahora irreversible que se asocia al aumento de la edad cronológica; las personas envejecen en la medida que en su tránsito por las diversas etapas del ciclo de vida ganan años. En la Asamblea Mundial de Envejecimiento celebrada en Viena, Austria, se ha considerado internacionalmente como Tercera Edad por encima de los 60 años, como inicio de la vejez cronológica, así también se considera Cuarta Edad por encima de los 75 años, presentando los que arriban a esta edad, generalmente, una mayor fragilidad biopsicosocial⁽⁷⁻⁹⁾.
2. El «envejecimiento poblacional» que es el incremento de la población de adultos mayores con respecto al conjunto de la población a la que pertenecen.

Esta dualidad de interpretaciones hace que el análisis del envejecimiento deba hacerse en dos planos diferentes: el social y el individual, el cual se enfoca sobre la base de la interpretación bioética o la aplicación de los principios éticos en la atención al anciano a través del método de evaluación integral y multidimensional, que se torna imprescindible cuando se trata de adulto mayor, pues en estas edades confluyen con mucha mayor incidencia una concurrencia de enfermedades crónicas no transmisibles de manera ascendente, repercusiones psicológicas, situaciones sociales y dificultades económicas que afectan a este segmento poblacional^(5, 6).

La ancianidad no se establece cuando el individuo deja de producir, ya que tiene que ver con el estado físico, con la historia personal, con el equilibrio familiar y social, y además, al igual que otras épocas de la trayectoria evolutiva tiene potenciales propios, con sus propias peculiaridades. Las falsas concepciones pueden igualar vejez a decadencia y deterioro de todo tipo: físico, mental y funcional^(7, 10).

San Martín, Pastor y Aldeguez (1990), ofrecen una serie de recomendaciones para prolongar la longevidad individual, que plantean la necesidad de una educación integral a lo largo de toda la vida y especialmente, en esta etapa:

- Mantener un tipo de trabajo útil.
- Evitar la vida sedentaria y la obesidad.
- Mantener una permanente actividad intelectual.
- Realizar un control médico de la salud una vez al año, y cada seis meses en los ancianos; control que incluya un examen biológico, funcional, mental y de autonomía⁽¹¹⁾.

El desarrollo de un buen envejecimiento viene condicionado por necesidades propias del ser humano en todas las edades, siendo las características facilitadoras de un buen envejecer: poder decidir el dominio sobre el propio cuerpo y la propia vida, la adaptación a las nuevas condiciones biológicas y sociales que la mayor edad trae consigo y el grado de organización y complejidad del comportamiento diario, influyen en la longevidad. El adulto mayor cuando se jubila debe tener un proyecto de vida y reestructurar su tiempo y su espacio y hacer que su tiempo sea de vitalidad personal⁽¹¹⁾.

Dos concepciones de vejez conviven en este comienzo del nuevo siglo⁽⁹⁾:

- El modelo deficitario. Basado en el modelo médico tradicional que, en torno a los cambios biológicos conceptualizó la vejez en términos de déficit y de involución.
- El modelo de desarrollo. Se basa en la necesidad de redefinir la vejez como una etapa diferente de la vida, pero también plena de posibilidades.

La República Bolivariana de Venezuela cuenta con 24.169.744 de habitantes. Según estadísticas del año 2000, un 33% de la población es menor de 15 años y el 6,5% mayor de 60; la esperanza de vida es de 71,8 y 72,8 para los sexos masculino y femenino respectivamente. Se estimaba que para el año 2005, la población total sería de 26.467.834 habitantes, de los cuales 1.943.523 (7,3%) serán mayores de 60 años⁽¹²⁾. En 1999 se fusionó el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social con el Ministerio de la Familia, creándose el MSDS; Ministerio de Salud y Desarrollo Social, el cual es el órgano rector del sector salud y, por primera vez en el país, la Constitución Nacional establece las bases jurídicas para la Promoción de la Salud⁽¹²⁾. El deterioro al que llegó el sector salud después de 40 años de indolencia oficial, fue una de las causas por las cuales los venezolanos y las venezolanas dijeron basta. La revolución bolivariana se fue gestando al calor del descontento por tanta injusticia.

El pueblo venezolano sabe muy bien que la mengua en la calidad de los servicios no es casual, que obedece a políticas intencionadas que buscan que el Estado se desentienda de su responsabilidad histórica de satisfacer gratuitamente las necesidades de la población⁽¹²⁾. En 1999 en Venezuela la razón de médicos por 10.000 habitantes se situó en 19,7, mientras que para las enfermeras fue de 7,9. Del total de médicos del país, el 46,8% estaban trabajando a tiempo completo o parcial en el subsector público⁽¹³⁾. Para las enfermedades, en particular las crónicas, se desconocía la magnitud de los factores de riesgo comunes que permitan intervenciones integrales más eficientes. La información en salud mental ha sido muy precaria, los datos disponibles provienen de los registros de las patologías atendidas en los centros especializados de atención. Se espera que para los próximos veinticinco años la población adulta mayor de Venezuela se triplique, en la que las principales causas de morbilidad están encabezadas por la hipertensión arterial, seguida del síndrome gripal, diabetes, infecciones urinarias y artritis reumatoide. El patrón de aumento de la población adulta mayor, sumada al tipo de atención requerida con énfasis en los niveles más complejos del sistema, además del incremento en la

expectativa de vida, anticipa un congestionamiento mayor del actual en los servicios prestadores de salud⁽¹⁴⁾.

En Venezuela, el Plan Estratégico de Salud y Desarrollo Social para el período 2000-2006 estableció entre sus objetivos, garantizar la atención integral a la población, en particular a los grupos vulnerables en situación de riesgo, prevenir y controlar la morbilidad y mortalidad prevalente, así como garantizar el funcionamiento eficiente, efectivo, eficaz, equitativo y solidario del sistema de servicios de salud y desarrollo social⁽¹⁵⁾.

El presente trabajo se realizó durante el año 2006 en un sector urbano del Municipio Miranda, Ciudad de Santa Ana de Coro, capital del Estado Falcón de la República Bolivariana de Venezuela, considerada como patrimonio de la Humanidad por la estructura colonial de la ciudad, con sus casas de barro como elemento básico de su constitución. Este sector ha sido considerado como uno de los más envejecidos de la ciudad por ser uno de los primeros fundados, lo cual pudimos confirmar con el Análisis de la Situación de Salud con tendencia a la vejez donde el total de la población dispensarizada es de 3.001 pacientes y los adultos mayores representan el 32,02% (961 pacientes en este rango). Este sector pertenece dentro del Sistema Nacional de Salud a una red de ambulatorios, específicamente al ambulatorio Ampies el cual tiene un área de influencia de cuatro sectores: San Antonio, Prolongación Ampies, Urbanización Ampies y nuestro sector. Dicho ambulatorio presenta una dispensarización para el año 2004 de población total 7.200 pacientes, donde la población mayor de 60 años la conforman 3.900 (54,16% de la población total), cifras que demuestran un envejecimiento poblacional. Además el sector ha sido lugar de referencia para la Universidad Experimental Francisco de Miranda en el Área de Gerontología en la formación de personal calificado para el curso de pasantías incorporados a la comunidad y ubicados en el ambulatorio antes mencionado (M. Polanco, comunicación personal, 2007).

Las discapacidades físicas, mentales y sociales están íntimamente relacionadas con el incremento de la expectativa de vida, y se consideran entre los problemas más graves a enfrentar en el presente siglo XXI, siendo su evolución difícil, ya que es consecuencia de interacciones entre alteraciones estructurales y funcionales del organismo, unido a una multitud de factores psicológicos y sociales. El mejoramiento de la prevención y el control de las mismas en los ancianos, así como su pesquizaje a tiempo, se ha convertido en un reto para la comunidad científica internacional porque están consideradas como factores determinantes de una mejor calidad de vida en los Adultos Mayores, pues el desarrollo de las ciencias y de la medicina en particular, ha demostrado que es posible envejecer con vitalidad por lo que la opción terapéutica ideal para los ancianos continúa siendo la promoción de salud, la prevención de enfermedades y sobre todo de discapacidades residuales, la correcta Evaluación Multidimensional, el tratamiento integral adecuado y la rehabilitación médico social necesaria. Como el sector está considerado como uno de los más envejecidos del Municipio, así como del Estado, queremos demostrar como ha sido este envejecimiento tomando como punto de referencia la clasificación del envejecimiento en: fisiológico, normal o exitoso; senectud, del patológico; senilidad, y apoyándonos primeramente en la valoración geriátrica multidimensional basada en conseguir un diagnóstico clínico, funcional, mental y social, el cual con frecuencia descubre problemas tratables no diagnosticados, así como detectar factores de riesgo que han influido en el desarrollo de una mejor calidad de vida de los Adultos Mayores de la Comunidad.

MARCO TEÓRICO

Los discapacitados adultos mayores de Venezuela se estiman en un 10% con algún tipo de discapacidad, disfunción o minusvalía. En la Constitución Nacional el artículo 81 se refiere a la atención a este grupo especial, y para dar respuesta a ello se definió un plan nacional de prevención de discapacidades, atención y rehabilitación, donde el énfasis principal está puesto en la atención comunitaria. Sin embargo, a pesar de haber sido Venezuela pionera en el modelo de rehabilitación basada en la comunidad, actualmente no ha logrado su consolidación en el modelo de atención integral de salud⁽⁹⁾. La política corporativa de la OPS: Organización Panamericana de la Salud, la OMS: Organización Mundial de la Salud y el Programa General de Trabajo de la OMS en el período 2002-2005, en sus direcciones globales y regionales plantean la política de salud para todos donde se enfatiza la atención a los más necesitados, a quienes sufren de mala salud, no reciben suficiente asistencia sanitaria o son pobres⁽¹²⁾.

La población venezolana mayor de 60 años crece a un ritmo superior al de la población total. Indicadores como la esperanza de vida y edad promedio hablan del irreversible avance hacia la vejez demográfica. La vejez venezolana enfrenta múltiples problemas, resultantes de un estado omiso y anacrónico en políticas gerontológicas y geriátricas, siendo el resultado la ausencia casi total de estructuras destinadas al bienestar integral del adulto mayor y una seguridad social para la vejez en crisis permanente⁽¹²⁾. Consideramos que este campo de investigación ha sido poco explorado en nuestro sector, y por ende en el Estado y el País, por lo que nos inclinamos a realizar una investigación en cierta medida diferente, pues la salud de las personas adultas mayores requiere algo más que el simple acceso a un médico, exige un cambio en la cultura sanitaria, la promoción de salud y la detección temprana de los problemas para proporcionar rehabilitación comunitaria, de igual forma inmediata como requisito en acciones posteriores. En la actualidad la esperanza de vida activa o números de años funcionales dependientes es a los 65- 69 años de 10 años, a los 80- 84 años de 4,7 años y en los mayores de 85 años de 2,9 años⁽¹⁶⁾.

En Cuba el envejecimiento ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social, en 1997 el 10,2% de la población rebasaba los 65 años de edad, y el Ministerio de Salud Pública ha priorizado la atención del adulto mayor, lo cual consta en las directrices metodológicas del Ministro⁽¹⁷⁾.

En abril del 2002 tuvo lugar el Foro Mundial del Envejecimiento donde se discutió intereses y necesidades de las personas mayores, así como la Nueva Estrategia Internacional para Acciones sobre Envejecimiento durante el 2002. Las tendencias demográficas tienen importantes consecuencias sociales por lo que para lograr un desarrollo sostenido se hace necesario mantener un equilibrio entre factores sociales, económicos y ambientales, así como cambios en el crecimiento, distribución y estructura de la población⁽¹⁷⁾.

América Latina ha estado experimentando notables incrementos en relación con la población mayor de 60 años. Cabe citar que en 1980 existía una población de 23,3 millones de ancianos que era el 6,5% del total de la población, y en el año 2000 presentaba 42,5 millones de habitantes donde el 7,9% representaban los adultos mayores y se estima que para el 2025 la población total sea de 96,9 millones para un 12,8% de los adultos mayores del total poblacional⁽¹⁸⁾.

El límite biológico o máximo de vida para el hombre se considera entre 110 a 130 años en ausencia de enfermedades, sin embargo actualmente en las mejores condiciones ambientales la duración de vida es de 82,1 años para la mujer y 76,4 años para el hombre⁽¹⁹⁾.

El envejecimiento de la población mundial está bien documentado en países desarrollados y avanza con rapidez en los países en desarrollo, con incremento en las cifras absolutas y relativas de personas mayores de 65 años, planteándose que se multiplicará entre 1950 y 2025 de la siguiente manera: población general por 3 veces, población mayor de 60 años por 6 veces, población mayor de 80 años por 10 veces. Los mayores de 60 años aumentarán 1 millón por mes⁽²⁰⁾.

El 80% de los adultos mayores vive en países en vías de desarrollo^(19, 20), y como ha recogido Cristófol (1999), el aumento de la esperanza de vida, en los países industrializados, ha provocado un cambio en la filosofía asistencial de los ancianos. El incremento del número de personas mayores de 65 años y con déficit y minusvalía, ha provocado una verdadera revolución en el concepto clínico-asistencial clásico⁽²¹⁻²³⁾.

A nivel mundial, en 1975 había 350 millones de personas ancianas en el mundo y esto aumentó a 600 millones en el 2000 y se volverá a duplicar en el 2025⁽¹⁸⁾.

En Cuba, desde el año 1973 se ha venido incrementando progresivamente el nivel de atención en Gerontología y Geriatria, y así en 1976 se aprobó el Programa de Atención al Anciano Institucionalizado, posteriormente se creó la Sociedad Cubana de Gerontología y Geriatria en el año 1984, y ya existía el Grupo Nacional de Gerontología y Geriatria. Además Cuba pudo estar representada en la Asociación Internacional de Gerontología, participando en la Primera y Segunda Asamblea Mundial de Envejecimiento (Viena 1982, Madrid 2001, respectivamente)⁽¹⁸⁾ aspectos que hablan a favor del desarrollo en el país en políticas de salud.

Investigaciones realizadas en Cuba, España, México, así como en Estados Unidos comentan al respecto sobre la importancia de envejecer lo más saludablemente posible y de las tendencias en cuanto a comportamiento epidemiológico de aspectos tales como predominio de enfermedades crónicas a medida que avanza la edad, la presencia de discapacidades que interfieren en un envejecimiento saludable, la influencia que ejercen las depresiones, la ocupación y el grado de dependencia, que son aspectos de reflexión.

Las nociones de tercera y cuarta edad se basan en consideraciones socioeconómicas: la tercera edad corresponde al retiro (generalmente entre 60 y 65 años), la cuarta edad comienza cuando la persona pierde la independencia y la autonomía, lo cual sobreviene alrededor de los 75 - 80 años⁽²⁴⁾.

En los adultos mayores, la autonomía puede disminuir enormemente en la medida en que

avanza la edad y/o la fragilidad. Es importante no confundir la incapacidad física con la incapacidad para tomar decisiones. Una persona puede tener varias discapacidades físicas sin perder por ello la capacidad de razonamiento o de juicio⁽²⁴⁻²⁶⁾.

El envejecimiento fisiológico está considerado como un sincronismo de los cambios ocasionados por el proceso en todos los órganos, más compensación psicológica y apoyo social. Este es un proceso armónico que comienza antes de los 60 años, desarrollando desde edades tempranas hábitos y estilos de vida saludables y realizando prevención temprana de algunas enfermedades y discapacidades. En él se observa sólo el decremento funcional atribuible a la edad y donde ni la enfermedad, ni los factores ambientales o adversos del estilo de vida complican o acrecientan el deterioro, además implica cambios prevenibles o reversibles en el proceso de envejecimiento⁽²⁷⁻²⁹⁾. Este envejecimiento normal ha sido subclasificado en dos categorías: el usual, que se acompaña de pérdidas de funciones fisiológicas típicas no patológicas y el satisfactorio, en el cual la declinación fisiológica es mínima o ausente. En términos clínicos, el envejecimiento satisfactorio incluye tres componentes: un bajo riesgo de enfermedad y discapacidad, un nivel alto de funcionamiento físico y mental y una satisfacción activa con la vida, por lo que hay mayor calidad de vida⁽²⁴⁾.

Por su parte el envejecimiento patológico es un proceso nada armónico, en el que las pérdidas fisiológicas son mayores en unos órganos que en otros lo que ha sido atribuido a los efectos modificadores de variables extrínsecas como el estilo de vida y los hábitos tóxicos, y a nivel biológico hay descompensación en las enfermedades. En el orden psicológico, se manifiesta la pérdida progresiva e irreversible de los procesos psíquicos, mal enfrentamiento al estrés, pesimismo y autovaloración negativa. En el nivel social, hay pérdida total de roles sin sustitución, ausencia de apoyo social, dependencia, soledad, conflictos generacionales e inactividad^(17, 24).

La valoración geriátrica es el elemento básico para medir la capacidad funcional como expresión de salud. Por ello es la piedra angular de la Medicina Geriátrica y se ha identificado como la nueva tecnología de la geriatría en la Conferencia del Consenso celebrada en el Instituto Nacional de Envejecimiento de Estados Unidos en 1987. Recibe el nombre de multidimensional, dinámica o comprensiva y se ocupa de cuantificar todos los atributos y alteraciones importantes de la esfera médica, funcional, mental y social del anciano para conseguir un plan racional y coordinado de tratamiento y recursos, es multidisciplinaria y se debe realizar repetidas veces, a lo largo del tiempo, para constatar la evolución de estos cuatro apartados por lo que recibe el nombre de dinámica. Tiene como objetivo establecer un diagnóstico integral que favorece la implantación de un tratamiento cuádruple más adecuado y racional y evita pautas farmacológicas que con frecuencia originan en el anciano enfermedades iatrogénicas. Es eficaz, pues determina una mejor exactitud diagnóstica, utilización más adecuada de la medicación y mejor uso de los servicios sociales comunitarios, reducción significativa de la mortalidad en un año, mejoría del estado emocional y de la sensación de bienestar, utilidad para diferenciar la alteración funcional debida al envejecimiento y la ocasionada por enfermedad y ahorro evidente de los costos por la atención sanitaria en relación con los pacientes control⁽³⁰⁻³¹⁾.

La Valoración Clínica consiste en el examen clínico tradicional, que es de carácter biomédico. Posteriormente se ha introducido el biopsicosocial al demostrarse la influencia en la salud por estos dos últimos factores, y desde hace unas décadas se ha comenzado a utilizar la valoración biopsicosocial funcional especialmente en los pacientes ancianos⁽³²⁻³³⁾.

Según la publicación de la OMS, *Aspecto de la Salud Pública en los ancianos y en la Población* del año 1959, se plantea que como mejor se mide la salud en los ancianos es en términos de función, por lo que la valoración funcional es la determinación de las funciones físicas en las actividades de la vida diaria con el objetivo de determinar su capacidad de vida independiente en su medio ambiente, fomentar su autonomía y disminuir la discapacidad⁽³³⁻³⁶⁾.

Las funciones físicas del anciano se dividen en:

- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): son esenciales para el autocuidado (bañarse, vestirse, ir al baño, continencia, movilidad, comer.)
- Actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD): son las relacionadas con la adaptación al medio que los rodea (escribir, leer, limpiar, usar el teléfono, utilizar la medicación, manejo del dinero, usar transportes públicos.)
- Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD): son de mayor complejidad y no son esenciales para el mantenimiento de la independencia (realización de viajes, participación en grupos sociales o religiosos)⁽³⁷⁾.

Este trabajo tiene en cuenta para su desarrollo las dos primeras.

La evaluación funcional que más se utiliza en Cuba es el índice de Katz y el de Lawton⁽³⁸⁾. El primero mide la independencia relacionada con las ABVD (bañarse, vestirse, ir al baño, levantarse, continencia y comer). Conocido en inglés como el Katz ADL, es el instrumento más apropiado para evaluar el estado funcional como una medida de la capacidad del adulto mayor para desempeñar las actividades básicas de la vida diaria en forma independiente. El índice clasifica la suficiencia del desempeño en estas seis funciones, y el instrumento se usa más eficazmente entre los adultos mayores en una variedad de entornos de atención, en los cuales las medidas de línea de base que se toman cuando el individuo empieza a manifestar déficit funcional son comparadas con medidas periódicas o subsecuentes. Esta escala de evaluación es más útil con individuos que ya manifiestan dificultades con las actividades instrumentales de la vida diaria. Su utilidad para evaluar el estado funcional en la población de edad mayor se ha demostrado en forma constante, la herramienta se usa extensamente como una señal de las capacidades funcionales de los adultos mayores en los entornos clínicos y del hogar. La herramienta Katz ABVD no evalúa las actividades más avanzadas de la vida diaria. A pesar de que el índice es sensible a los cambios en el estado de salud declinante, la escala es limitada respecto a su capacidad para medir pequeños incrementos en los cambios que se observan en la rehabilitación de los adultos mayores⁽³⁹⁻⁴⁰⁾.

El Índice de Lawton valora las actividades instrumentadas de la vida diaria como: uso del teléfono, ir de compras, preparar alimentos, manejo de la casa, transporte, uso de medicamentos y manejo de finanzas⁽⁴¹⁾. Ambas escalas nos permiten conocer el nivel de dependencia o independencia del adulto mayor en las actividades de la vida diaria, lo que determinará su autonomía.

Estudios epidemiológicos longitudinales nos indican que con la edad hay una disminución en el rendimiento cognitivo, especialmente en el de memoria. Este declive cognitivo comienza a observarse en la mayoría de la población entre los 50 y los 60 años, sin embargo esto no su-

cede en todos los individuos ni en todas las áreas asociativas de la corteza. Para tratar las alteraciones de memoria, se vienen desarrollando, desde hace más de dos décadas, intervenciones regladas que se utilizan tanto para población sana, especialmente de Tercera Edad, como para personas con trastornos orgánicos específicos⁽⁴²⁾.

La Valoración Mental en pacientes viejos debe contemplar el estado cognitivo y el afectivo. El primero abarca el conocimiento y la identificación de los cambios mentales asociados al envejecimiento, los estados confusionales y la demencia. En la valoración del estado afectivo deben evaluarse la depresión y la ansiedad. La evaluación del estado cognitivo y afectivo del paciente es fundamental en la identificación de cambios tempranos en el estado fisiológico, la capacidad de aprendizaje y la evaluación de las respuestas al tratamiento, lo cual debe realizarse por separado.

El Mini Exámen de Estado Mental; MMSE por sus siglas en inglés, es una herramienta que puede ser utilizada para evaluar el estado cognitivo en forma sistemática y exhaustiva, es una medida de once preguntas que analiza cinco áreas de funcionamiento cognitivo: orientación espacio-temporal, registro, atención y cálculo, memoria inmediata y de fijación y la producción y repetición del lenguaje, lectura y habilidad visio espacial. El MMSE fue modificado, abreviado y validado en Chile en 1999. El instrumento lleva sólo cinco minutos para aplicarse y por lo tanto es práctico utilizarlo a nivel del consultorio, tiene una confiabilidad del 78% de sensibilidad y 60% de especificidad en su aplicación, es útil para el tamizaje del déficit cognitivo, aunque no es un instrumento de diagnóstico, ha sido validado y utilizado extensamente, tanto en la práctica como en la investigación clínica desde su creación en 1975. Una de las limitaciones del instrumento es que cuenta mucho con la respuesta verbal y en su versión original requiere que el individuo sepa leer y escribir⁽⁴³⁾. La versión modificada ha eliminado las preguntas que representaban un obstáculo para las personas sin o con poco alfabetismo, pero siempre representa un reto para los individuos con trastornos de comunicación o déficit sensoriales, por lo tanto se recomienda que en los casos indicados se administre en combinación con la escala de Pfeiffer, instrumento que complementa la evaluación del estado cognitivo con información que es obtenida de un familiar o cuidador del paciente⁽⁴⁴⁾.

Por otra parte la depresión y la ansiedad centran la atención de la valoración del estado afectivo. La depresión es el trastorno psíquico más frecuente en los adultos mayores. Las personas afectadas suelen presentar: ánimo abatido, tristeza, tendencia al llanto, pérdida de interés por el mundo que lo rodea, trastornos del sueño y del apetito, pérdida de autoestima e incluso ideas de suicidio⁽⁴⁵⁾. A pesar de que los adultos mayores están en un riesgo más alto que el resto de la población, el deterioro cognitivo y la depresión no son considerados normales e inevitables en el envejecimiento. Dentro de los temas que más preocupan a los mayores en la sociedad actual tenemos: soledad, enfermedad, dependencia de otros, sentimiento de inutilidad, entre otros⁽⁴⁶⁾.

Otro aspecto fundamental en la evaluación geriátrica lo constituye la evaluación funcional, que no es más que el proceso que pretende estudiar la relación entre el anciano y el entorno o estructura social que le rodea. La importancia de los aspectos sociales en el estado funcional e independencia y su contribución a la salud y bienestar del anciano es indudable. El aislamiento social se considera un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad y de incapacidad secundaria, así como de mortalidad⁽⁴⁷⁾.

La literatura plantea que en el transcurso de un año, la pérdida de autonomía en el anciano, en muchas ocasiones es un proceso reversible. La autonomía proviene de los vocablos griegos *auto* y *nomos* (ley) y quiere significar la facultad humana para gobernar las propias acciones, la propia vida. Una persona adulta puede ser independiente para realizar las actividades de la vida diaria y sin embargo carecer de autonomía. Por el contrario, alguien que es dependiente en algunas actividades de la vida diaria, puede y debe continuar siendo autónoma en el ejercicio de su voluntad⁽²⁵⁾.

La dependencia evoca las carencias e insuficiencias de la propia condición humana. Porque somos seres psicológicos y sobre todo, porque somos entes sociales somos dependientes (etimológicamente el término proviene del latín *pendere* -depender de algo-), y esa circunstancia nos acompaña en nuestro devenir desde la cuna a la tumba. Un grupo de expertos del Consejo de Europa (1997) definió la dependencia como la situación en la que se encuentran «aquellas personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen la necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria»⁽²⁵⁾.

Cuando no se hace esta distinción entre ambos conceptos, la dependencia puede desembocar en pérdida de autonomía, y así encontrarnos con demasiada frecuencia que se decide por la persona dependiente, sin ni siquiera consultarla⁽²⁶⁾.

La calidad de vida, es otro de los aspectos a tener en cuenta cuando se hace una evaluación integral y sobre todo en el adulto mayor. Está considerada como la condición que resulta del equilibrio entre la satisfacción de las necesidades básicas y la no satisfacción de éstas, tanto en el plano objetivo (posibilidad del desarrollo completo de la personalidad) como en el plano subjetivo (satisfacción por la vida y aspiraciones personales)⁽²⁶⁻²⁷⁾; se plantean aspectos que influyen en la misma entre los que tenemos y son de interés para esta investigación: los hábitos tóxicos, las dietas inadecuadas, la presencia de depresiones y la nutrición.

La desnutrición es un problema frecuente en la vejez y supone una clara fuente de fragilidad en el anciano, da lugar a un mayor número de complicaciones y peor pronóstico de sus enfermedades. La nutrición adecuada en el anciano supone una compleja interrelación de: capacidades físicas de autonomía, condicionantes sociales y económicos muchas veces desfavorables en la vejez, así como de capacidades mentales⁽⁴⁸⁾.

OBJETIVOS DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

General

Caracterizar el envejecimiento en los pacientes adultos mayores del Sector Monte Verde en el período de un año 2006.

Específicos

1. Precisar elementos de la Evaluación Multidimensional en los adultos mayores del sector.
2. Identificar la presencia de factores de riesgo que influyen en la calidad de vida de los pacientes.
3. Determinar tipo de envejecimiento que prevaleció en los adultos mayores del sector.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva transversal en la que se caracterizó la forma en que había sucedido el envejecimiento en los adultos mayores del sector, apoyándonos en aspectos de la evaluación Multidimensional del Adulto Mayor y en riesgos que influyeron en su calidad de vida, desarrollando la investigación en el período comprendido entre los meses de enero y diciembre del año 2006 en el consultorio 32 de la Misión Barrio Adentro, ubicado en el sector Monte Verde del Municipio Miranda, Estado Falcón, perteneciente a la República Bolivariana de Venezuela.

El universo lo constituyeron 961 adultos mayores del área previamente dispensarizada. La muestra estuvo conformada por 63 pacientes adultos mayores escogidos al azar que cumplían los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- Llevar seguimiento periódico por el consultorio Barrio Adentro del sector desde noviembre del 2003.
- Pertenecer a la dispensarización del sector.
- Desear ser partícipe de la investigación.

Criterios de exclusión

- No tener control y seguimiento periódico por el consultorio Barrio Adentro del sector desde noviembre del 2003.
- Pertenecer a otra área de salud.
- No desear a ser partícipe de la investigación.

Los procedimientos aplicados a la muestra, con previo consentimiento informado (anexo 1), fueron la observación directa, la aplicación de test y escalas (anexos 2, 3, 4 y 5), la entrevista médica apoyados en un cuestionario médico (anexo 6) y un minitrazaje de nutrición (anexo 7), los cuales se llevaron a cabo de la forma que se indica dando salida a los diferentes objetivos por orden de aparición.

Para dar salida al primer objetivo se realizó la Evaluación Multidimensional por el autor del trabajo, la cual constó de valoración clínica, funcional, mental y social, quedando conformada de la forma que a continuación se expone:

Valoración clínica

Mediante la utilización de la historia clínica del paciente se determinó edad, grupo dispen-

sarial al que pertenece y presencia de antecedentes personales de enfermedad crónica no transmisible según nuestro interés investigativo, quedando de la siguiente manera:

Grupos Etáreos

- Tercera edad. Pacientes con edades comprendidas entre 60 y 74 años.
- Cuarta Edad. Pacientes con edades comprendidas entre 75 y 89 años.
- Longevos. Pacientes de 90 años y más.

Grupo Dispensarial

- Grupo II. Con presencia de factores de riesgo.
- Grupo III. Enfermos propiamente dicho.
- Grupo IV. Discapacidades o minusvalías.

Presencia de enfermedades crónicas no trasmisibles asociadas

Se tuvo en cuenta el antecedente patológico personal de hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías isquémicas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad de Parkinson, desnutrición, y la asociación entre ellas.

Posteriormente se realizó una consulta control al paciente, en la que el interrogatorio se enfocó en la existencia de síntomas de descompensación de la enfermedad de base, y luego se practicó el examen físico completo y exhaustivo para determinar si existía presencia de signos clínicos de descompensación, haciendo hincapié en los aparatos respiratorios, cardiovascular y neurológico, detallando tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, toma neurológica o signos meníngeos. Aquí se incluyó peso y talla para evaluar Índice de Masa Corporal por la fórmula de: peso en kilogramos entre talla en metros cuadrados y su resultado es en kg/m^2 , teniendo en cuenta como bajo peso valores por debajo de 20, normopesos de 20 a 24,9, sobrepesos de 25 a 29,9 y obesidad moderada 30 a 39,9 y obesidad severa más de 40 ⁽⁴⁸⁾. Al finalizar se indicaron exámenes complementarios que corroboraran descompensación para enfermedades de base o debut de alguna complicación, con previa coordinación por los Centros Diagnósticos Integrales Secundario Urbina y Ernesto Che Guevara, en la realización de hematología completa, glicemia, electrocardiogramas, triglicéridos, colesterol total, creatinina y fondo de ojo por el oftalmólogo de los centros diagnósticos antes mencionados.

Valores de descompensación que se tuvieron en cuenta con cada paciente

Hemoglobina: 100 gramos por litros o menos. Glicemia: 6,2 mmol por litros o más. Triglicéridos: hombre 1,9 mmol por litros o más; mujer. 1,7 mmol por litros o más. Colesterol total: 6,8 mmol por litros o más. Creatinina: 129 mmol por litros y más. Fondo de ojo que recogiera la presencia de retinopatía hipertensiva o diabética.

Valoración funcional

Se aplicó a cada paciente el Índice de Katz para las actividades básicas de la vida diaria

(anexo 2) y la Escala de Lawton para evaluar las actividades instrumentadas de la vida diaria (anexo 3), tomándose para ambos test las categorías de:

Presencia de Discapacidad Física: cuando el paciente presenta dificultad para realizar actividades de la vida diaria, Katz menos de 6 puntos, o presenta dificultad para realizar actividades de la vida diaria instrumentadas, además pueden concomitar ambas opciones.

Ausencia de Discapacidad Física: cuando el paciente no presenta dificultad para realizar actividades de la vida diaria e instrumentada: Katz con puntaje de 6 puntos.

Es oportuno aclarar que para efectuar el puntaje en el Índice de Katz se evalúan 6 funciones y a cada una se le da una puntuación de uno siempre que sea independiente, 0,5 si requiere asistencia y cero si es dependiente. Lo mismo es válido para la Escala de Lawton.

Valoración Mental: se aplicó a cada paciente el Test de Mini Mental Modificado (anexo 4) y la Escala de Pfeiffer (anexo 5) sólo si se requería por su condición, tomándose para ambos test las categorías de:

Mini Mental Modificado: la puntuación máxima es de 19 puntos.

Escala de Pfeiffer: la puntuación máxima es de 33 puntos.

Presencia de Deterioro Cognitivo: si el puntaje del Mini Mental es de 13 ó menos puntos y/o Pfeiffer 6 ó más puntos.

Ausencia de Deterioro Cognitivo: si el puntaje del Mini Mental es de 14 a 19 puntos y/o Pfeiffer 5 ó menos puntos.

Valoración social

Se realizó una entrevista médica a cada paciente en el terreno con la visita a cada núcleo familiar, apoyándonos de un cuestionario médico (anexo 6) en el que se recogieron las variables de interés, y mediante la observación directa se corroboró la veracidad de las respuestas, es decir, si correspondían con la valoración subjetiva de las mismas. Para aplicar la entrevista se tuvieron en cuenta aspectos tales como: comodidad y privacidad del lugar, iluminación suficiente, prevenir posibles interrupciones, utilizar un lenguaje claro y dar tiempo suficiente a las respuestas, y además se tuvo en cuenta el grado de escolaridad que pudiera interferir en la fidelidad de los datos obtenidos.

Las variables que se tomaron en cuenta en dicha entrevista, que sirvieron de apoyo al valorar si los ancianos estaban integrados al medio social, se categorizaron de la siguiente forma:

Integrados socialmente: los jubilados activos, es decir los incorporados a actividades sociales fuera del hogar, que presentaron incorporación al círculo de abuelos, participando en la actividades recreativas que el club organizó o en los ejercicios físicos programados, y visitan amistades o familiares.

No integrados socialmente: los jubilados pasivos, es decir los que no estaban incorporados a actividades sociales fuera del hogar y no estaban incorporados al círculo de abuelos por una u otra causa y/o no visitaban a amistades y familiares.

Estado civil: solteros, casados o viudos. Sirvió para definir si pudiera ser causa de depresión.

Convivientes: solos o acompañados. Sirvió para definir si fue causa de depresión.

Autonomía en el núcleo familiar:

- Presente: función que ocupa el paciente en el núcleo familiar en la toma de decisión de forma activa, sin delegar esa actividad en ninguna otra persona y que al unísono es aceptado por los miembros de la familia.
- Ausente: función que ocupa el paciente en el núcleo familiar en la toma de decisión de forma pasiva, delegando esa actividad en otra persona y que puede o no haber tenido aceptación por los miembros de la familia.

Independencia económica:

- Presente: paciente que tiene ingresos económicos por pensión de jubilación u otra modalidad, además recibe ayuda económica de familiar o amigo y se siente satisfecho o no y le resulta suficiente o no para sus gastos mensuales.
- Ausente: paciente que tiene o no, ingresos económicos por pensión de jubilación u otra modalidad, además recibe o no ayuda económica de familiar o amigo, y se siente insatisfecho o le resulta insuficiente para sus gastos mensuales.

Además, para dar salida al segundo objetivo se incluyeron en el cuestionario otros aspectos que recogieron hábitos higiénicos dietéticos y de estilo de vida como son:

Práctica de hábitos tóxicos:

- Tabaquismo: práctica del hábito independientemente de la cantidad o frecuencia con que lo practica.
- Alcohol: práctica del hábito independientemente de la cantidad o frecuencia con que lo practica.
- Psicofármacos: consumo de drogas consideradas dentro de este grupo como por ejemplo: diazepam, amitriptilina, fenobarbital, carbamazepina u otros que refieran prescritos por el ambulatorio del sector o por automedicación.

Dietas inadecuadas: pacientes que suelen usar saleros de mesa o aceptación en la entrevista médica del empleo de sal de cocina en la cocción de los alimentos, sin tener en cuenta la cantidad utilizada de la misma; ricas en grasas (fritas diarias, empanadas y otras modalidades), escasas en proteínas (no incorporado las carnes) y escasas en vegetales.

Dietas adecuadas: pacientes que no usan saleros de mesa o que no cocinan los alimentos con sal de cocina, no consumen grasas (fritas, empanadas y otras modalidades), ricas en proteínas (incorporando las carnes) y ricas en vegetales.

Presencia de síntomas depresivos: si fueron positivas las respuestas a al menos 2 de las preguntas del cuestionario, en el que se tuvo en cuenta: tendencia al llanto, tristeza, pérdida del interés por el mundo que lo rodea, trastornos del sueño, trastornos del apetito, ideas de suicidio.

Ausencia de síntomas depresivos: si todas las preguntas del cuestionario tuvieron respuestas negativas respecto a los aspectos anteriormente planteados.

Posteriormente se aplicó un Mini Tamizaje de Nutrición a cada uno de los pacientes (anexo 7) que sirvió para evaluar el estado nutricional del paciente, el cual se cuantificó de la siguiente forma:

- Estado nutricional satisfactorio: inferior o igual a 6 puntos.
- Riesgo de mal nutrición: igual a 7 puntos.
- Mal nutrición: superior a 7 puntos.

Se buscó si existía correlación con el Índice de Masa Corporal ya establecido.

Para dar salida al tercer objetivo sobre el tipo de envejecimiento se tuvieron en cuenta las siguientes categorías:

Envejecimiento saludable los que correspondieron con 5 de los 9 criterios expuestos a continuación:

- Presencia o no de enfermedades crónicas no transmisibles compensada.
- Ausencia de discapacidad física.
- Ausencia de deterioro cognitivo.
- Independencia económica.
- Ausencia de síntomas depresivos.
- Presencia de autonomía activa dentro del núcleo familiar.
- Ausencia de hábitos tóxicos.
- Presencia de dieta adecuada.
- Tamizaje de nutrición satisfactorio.

Envejecimiento patológico los que correspondieron con 5 de los 9 criterios expuestos a continuación:

- Presencia de enfermedades crónicas no transmisibles descompensada.
- Presencia de discapacidad física.
- Presencia de deterioro cognitivo.
- Dependencia económica.
- Presencia de síntomas depresivos.
- Presencia de autonomía pasiva dentro del núcleo familiar.
- Presencia de hábitos tóxicos.
- Presencia de dieta inadecuada.
- Tamizaje de nutrición de mal nutrido o riesgo de desnutrición.

Se procesaron los datos recogidos manualmente con calculadora y se empleó una computadora Pentium IV con ambiente de Windows XP, donde los textos se procesaron en Word XP y las tablas y gráficos (anexo 8) en Excel XP. Los resultados se presentaron en números absolutos y relativos, el cálculo estadístico utilizado fue porcentaje, frecuencias relativas y frecuencias absolutas para su interpretación.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Diagnosticar envejecimiento saludable o patológico es un tema algo engorroso en la sociedad en la que pretendemos hacerlo, pues disímiles factores conspiran para ello; el tránsito entre una sociedad capitalista a socialista, así como la unificación del Sistema Nacional de Salud son aspectos a tener en cuenta durante toda la discusión de este trabajo. Al respecto la comunidad científica resalta que para la atención al paciente contemporáneo resulta importante el diseño de una clínica y una organización de servicios que respondan a las nuevas presentaciones de las necesidades, por lo que será imprescindible tomar en cuenta el envejecimiento como determinante mayor de estas necesidades y de estos cambios.

En la tabla 1 se muestra la distribución de la dispensarización según los grupos etáreos utilizados en este trabajo, donde encontramos un predominio del grupo III con 48 pacientes (76,19%), donde la Tercera Edad fue afectada con 25 pacientes ubicados en este grupo dispensarial. Es válido destacar que el grupo III se encontró bien representado por la mayor cantidad de pacientes debido a que acuden con mayor frecuencia a las consultas de Barrio Adentro, en busca de tratamiento medicamentoso por lo costoso que le resulta en el mercado. Los pacientes del grupo IV que aparecen es por el seguimiento en el terreno que se hace de los mismos, pues resulta poco probable que ellos acudan a consulta o que sean llevados por sus familiares a las mismas, por otra parte los pacientes con algún riesgo de sufrir enfermedad acuden con frecuencia a consulta en busca de vitaminas, y sin haber interiorizado la importancia de un seguimiento en consulta periódica en aras de promocionar salud (gráfico 1).

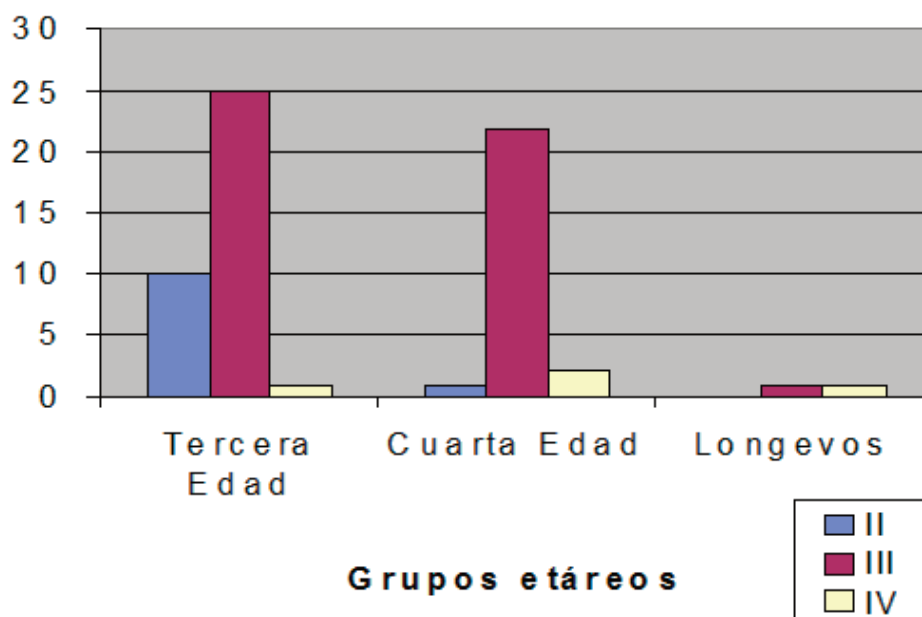
En un estudio realizado en siete ciudades de América Latina y el Caribe encontramos que padecer enfermedades crónicas prevalece sobre los pacientes con tendencia a sufrir riesgo de enfermedades, predominando la afección del grupo III dispensarial en la Tercera Edad⁽⁴⁹⁾.

TABLA 1. Distribución del grupo dispensarial según grupos etáreos en los adultos mayores del Consultorio # 32 de la Misión Barrio Adentro. Miranda. Falcón. 2006.

Grupo dispensarial	Grupos Etáreos			Total de pacientes	
	Tercera Edad	Cuarta Edad	Longevos	n	%
II	10	1	0	11	17,46
III	25	22	1	48	76,19
IV	1	2	1	4	6,35
Total	36	25	2	63	100,00

Fuente: Historias Clínicas.

Gráfico 1. Distribución del grupo dispensarial según grupos etáreos en los adultos mayores del Consultorio # 32 de la Misión Barrio Adentro. Miranda. Falcón. 2006.



Fuente: Tabla 1.

En otra investigación realizada buscando posibles factores asociados al envejecimiento en Manzanillo, Cuba, fue común encontrar la presencia de una o varias enfermedades crónicas asociadas, cuya distribución de se corresponde con la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles presentes para la población cubana adulta mayor⁽⁵⁰⁾.

En Venezuela, basándonos en las proyecciones del Censo Nacional de 2001, la población adulta mayor de 20 años para el año 2005 fue de 15.576.267 habitantes (58,61%) y 2.006.658 (7,5%) los de 60 y más años. Se espera que para los próximos veinticinco años esta población se triplique y para el año 2015 los porcentajes de adultos y adultos mayores aumentarán a 63,4% y 10,2% respectivamente, lo que nos indica el envejecimiento de la población con afectación de pacientes enfermos en mayor escala que de sanos o con riesgos⁽⁵¹⁾.

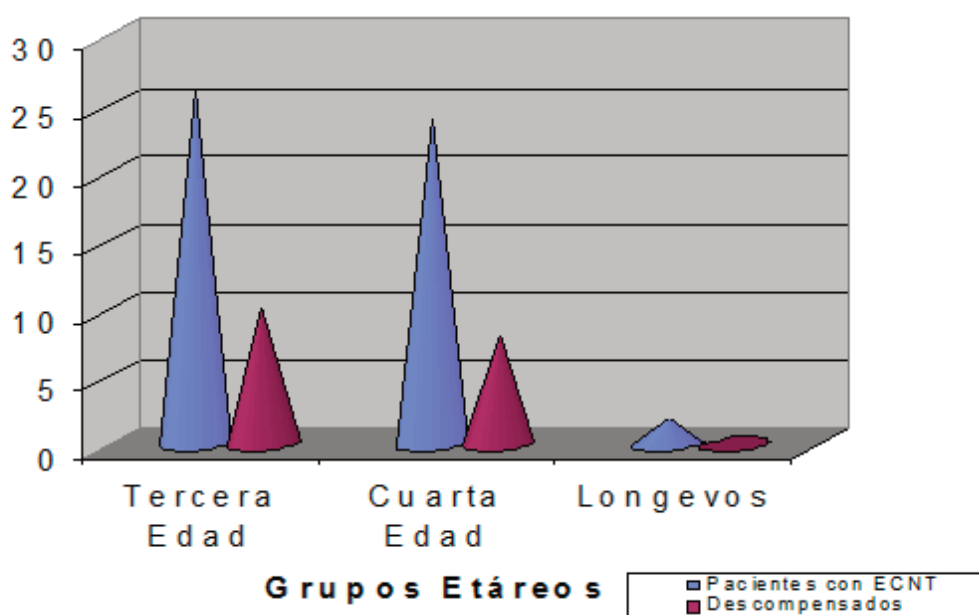
La evaluación clínica es fundamental para diagnosticar presencia de descompensaciones en pacientes que sufren enfermedades de base, de preferencia crónicas no transmisibles, por lo que la tabla 2 muestra la distribución de la evaluación clínica según los grupos de edades, donde encontramos un predominio de Enfermedades Crónicas no Transmisibles en 52 pacientes representando un 82,53% del total de pacientes investigados, destacándose la tercera edad, de los cuales se encontraron descompensados después del examen físico completo y el resultado de los exámenes indicados 18 pacientes, lo que representó un 34,61%. Es válido destacar el seguimiento periódico que estos pacientes llevaban desde los inicios de la misión y la presencia en ellos del síndrome metabólico X que al inicio de las consultas fue motivo de investigación de otros trabajos realizados en el sector que posteriormente se corrigió de forma parcial. La descompensación encontrada en los pacientes en el presente trabajo influyó aspectos tales como glicemias elevadas por abandono del tratamiento dietético, tensiones arteriales altas por abandono del tratamiento dietético, y en ocasiones medicamentoso, es decir descuido personal y pérdida del interés por ellos mismos (gráfico 2).

TABLA 2. Distribución de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles y pacientes descompensados según grupos de edades en los adultos mayores del Consultorio # 32 de la Misión Barrio Adentro. Miranda. Falcón. 2006.

Enfermedades Crónicas no Transmisibles	Grupos Etáreos			Total de pacientes	
	Tercera Edad	Cuarta Edad	Longevos	n	%
Presencia de enfermedad	26	24	2	52	82,53
Presencia de descompensación	10	8	0	18	34,61

Fuente: Historias Clínicas.

Gráfico 2. Distribución de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles y Pacientes descompensados según grupos de edades en los adultos mayores del Consultorio # 32 de la Misión Barrio Adentro. Miranda. Falcón. 2006.



Fuente: Tabla 2.

La doctora Burrows plantea que la dislipidemia, el hiperinsulinismo y la elevación de la presión arterial, preceden a las enfermedades crónicas metabólicas y cardiovasculares isquémicas del adulto y que constituyen la primera causa de muerte en la población mayor de 40 años⁽⁵²⁾.

Una investigación realizada a adultos mayores recluidos en centros penitenciarios de Costa Rica⁽⁵³⁾, arroja que las causas de consulta más frecuentes son la dislipidemia con 7,3% y la hipertensión con 6,7%, demostrándose que el motivo de consulta es semejante al de la población general mayor de 60 años.

En Venezuela, las principales causas de morbilidad están encabezadas por la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, lo que sumado al patrón de aumento de la población adulta y el incremento de la expectativa de vida a 74,18 años en el 2004⁽⁵⁴⁾, anticipa un congestionamiento mayor del actual en los servicios prestadores de salud. En este sentido se hace necesario for-

tal vez acciones dirigidas a la promoción de estilos de vida saludables, incluyendo la alimentación y la detección temprana y control oportuno de las patologías más frecuentes, así como apoyar y promover alternativas de atención con énfasis en la comunidad⁽⁵¹⁾.

Las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares constituyen la primera causa de muerte en Venezuela. En la tabla 3 se muestra el predominio de asociaciones de estas enfermedades en los adultos mayores, donde la hipertensión arterial y la diabetes mellitus fueron las que predominaron con 37 pacientes representando un 58,73% del total de pacientes afectados por las mismas, seguida por la asociación entre hipertensión arterial y cardiopatías isquémicas con 13 pacientes para un 20,63%. Es oportuno destacar el lugar que ocuparon correspondiéndose con el alto índice de prevalencia oculta para las Enfermedades Crónicas no Transmisibles que se encontró al dispensarizar la población en el año 2003, y las incidencias que aparecieron en los años 2004 y 2005 igualmente altos para estas enfermedades. Resultan alarmantes las cifras elevadas de pacientes con hipertensión y diabetes, debiéndose destacar al respecto que la mayor cantidad de pacientes que seguimos en el consultorio pertenecen al grupo III, y en ellos las enfermedades crónicas no transmisibles predominan de forma general, siendo además la aterosclerosis la causa más frecuente de daño vascular que aparece con la edad y se acrecienta con la misma (gráfico 3).

La doctora Lara Rodríguez en su investigación realizada en el Instituto Nacional de Seguro Social en México alega que son más frecuentes las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en la Tercera Edad que en la Cuarta y en los Longevos, y de ellas la hipertensión arterial en primer orden y las cardiopatías isquémicas⁽²⁵⁾.

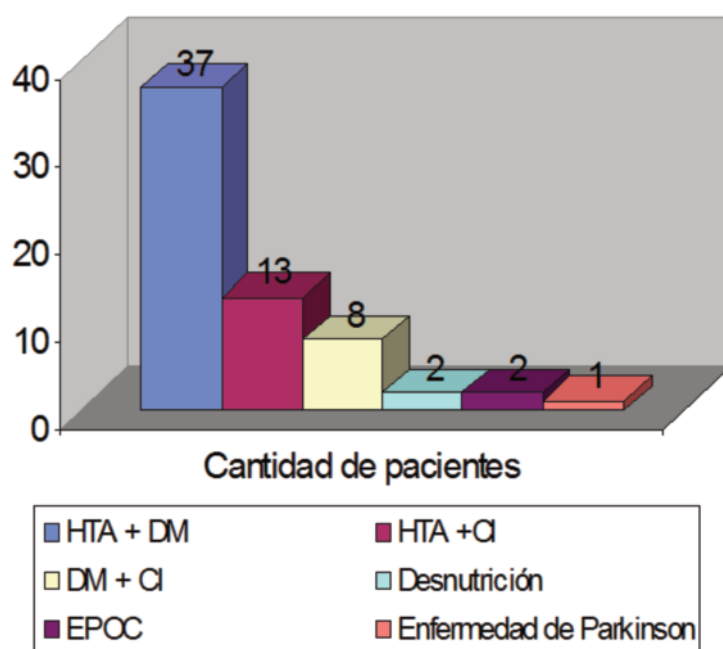
La Organización Mundial de la Salud plantea que la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) también participa en el fenómeno de transición epidemiológica y su prevalencia mundial va en aumento. Así, la información más reciente procedente del Instituto Nacional de Diabetes de los Estados Unidos muestra que la prevalencia de DM2 global en 1990 fue del 4,9%, mientras que para el año 2002 aumentó al 6,2%, aunque entre la población blanca no hispanica la prevalencia en el año 2002 fue del 7,8%⁽³²⁾.

TABLA 3. Distribución de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles que predominaron en los adultos mayores del Consultorio # 32 de la Misión Barrio Adentro. Miranda. Falcón. 2006.

Asociación de Enfermedades Crónicas no Transmisibles	Cantidad de pacientes	%
Hipertensión Arterial + Diabetes Mellitus	37	58,73
Hipertensión Arterial + Cardiopatía Isquémica	13	20,63
Diabetes Mellitus + Cardiopatía Isquémica	8	12,69
Desnutrición	2	3,17
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	2	3,17
Enfermedad de Parkinson	1	1,58

Fuente: Historias Clínicas.

Gráfico 3. Distribución de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles y Pacientes descompensados según grupos de edades en los adultos mayores del Consultorio # 32 de la Misión Barrio Adentro. Miranda. Falcón. 2006.



Fuente: Tabla 3.

Un estudio realizado en siete ciudades de América Latina y el Caribe plantea que entre las enfermedades crónicas más frecuentes que padecen los pacientes adultos mayores están la hipertensión arterial y los accidentes vasculares encefálicos por la asociación existente entre ellas, y la presencia de discapacidad consecuente de sus complicaciones⁽⁴⁹⁾.

La Encuesta Nacional de Salud realizada en México en el año 2000 demuestra el incremento notable en la prevalencia de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles con predominio de la hipertensión arterial con un 30,05% y la DM2 con un 16,4%. Así, en este país el 75% de la población hipertensa tiene menos de 54 años de edad. Además esta investigación alerta sobre la necesidad urgente de estrategias nacionales que permitan contener este importante problema de salud pública⁽⁵⁵⁾.

La Organización Panamericana de la Salud plantea que en países en desarrollo como México, la transición epidemiológica de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles del adulto genera un doble problema de salud pública. Por un lado, el rezago que implica el aún insuficiente control de las enfermedades transmisibles y desnutrición, y por el otro, el incremento exponencial en las últimas 3 décadas de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles⁽⁵⁶⁾.

En una investigación realizada en adultos mayores de Ciudad de La Habana se encontró que las enfermedades crónicas no transmisibles tienen predominio en hipertensos con un 42,4% de prevalencia en la Tercera Edad, compartiendo el predominio con las cerebrovasculares en adultos de la Cuarta Edad, lo cual confirma que la hipertensión arterial representa uno de los problemas de salud más frecuentes en el anciano, y su importancia radica en que constituye uno de los principales factores de riesgo de enfermedad coronaria y el de más peso para la enfermedad cerebrovascular⁽⁵⁷⁾.

En una panorámica realizada en Cuba se detectó que la hipertensión arterial seguida por las enfermedades coronarias y la diabetes mellitus constituyen las tasas de prevalencia más altas del país⁽⁵⁸⁾.

La evaluación funcional del anciano está considerada como la forma idónea de medir su funcionalidad, por lo que en la tabla 4 mostramos la distribución de la discapacidad física en los adultos mayores por cada grupo de etáreo, donde prevaleció la ausencia de la misma en 60 pacientes investigados (95,24%), lo cual se pudo constatar mediante la aplicación del Índice de Katz, el cual arrojó valores de 5 y 6 puntos indistintamente para la edad en las actividades básicas de la vida diarias; las actividades instrumentadas de la vida diaria se evaluaron por la Escala de Lawton que arrojó correspondencia en la misma medida que el Índice de Katz. Estos pacientes a pesar de sus enfermedades de base se encontraban funcionalmente activos y no presentaban complicaciones como causa de incapacidad física (gráfico 4).

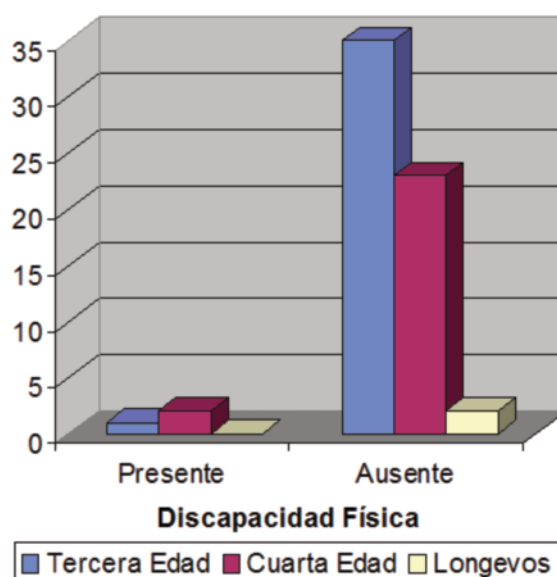
La comparación entre siete ciudades de América Latina y el Caribe plantea que la edad avanzada es un factor de riesgo para la presencia de discapacidad, tanto para las actividades básicas

TABLA 4. Distribución de la Discapacidad Física según grupos de edades en los adultos mayores del Consultorio # 32 de la Misión Barrio Adentro. Miranda. Falcón. 2006.

Discapacidad Física	Grupos Etáreos			Total de pacientes	
	Tercera Edad	Cuarta Edad	Longevos	n	%
Presencia	1	2	0	3	4,76
Ausencia	35	23	2	60	95,24

Fuente: Índice de Katz, Escala Lawton.

Gráfico 4. Distribución de la discapacidad física según grupos de edades en los adultos mayores del Consultorio # 32 de la Misión Barrio Adentro. Miranda. Falcón. 2006.



Fuente: Tabla 4.

de la vida diaria como para las instrumentadas y que presentan asociación con las enfermedades cerebrovasculares, especialmente en personas de edad avanzada, por presentar pérdida de competencia social y de independencia⁽⁴⁹⁾.

La Organización Mundial de la Salud plantea en un artículo que las complicaciones de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles son la principal causa de invalidez, y el tratamiento de sus secuelas condiciona que prácticamente ningún sistema de seguridad social sea suficiente, pues su soporte desde el punto de vista económico es muy costoso⁽⁵⁹⁾.

En un estudio realizado en los municipios Amancio Rodríguez y Jobabo, Cuba, en búsqueda de discapacidades en el adulto mayor, se encontró que la discapacidad física es un problema de salud frecuente en la Cuarta Edad que limita la calidad de vida, afectando el 76,9% del total de pacientes investigados, llamando la atención el incremento de discapacidad física presente en la Tercera Edad. Todo lo anterior corrobora que esta incapacidad se incrementa con la edad⁽⁶⁰⁾.

La evaluación mental del anciano es fundamental cuando pretendemos caracterizar su envejecimiento, por lo que la tabla 5 muestra la distribución del deterioro cognitivo en los adultos mayores estudiados según grupos etáreos, mostrando el predominio de la ausencia de daño cognoscitivo en 51 pacientes (80,95%), y nos explica que a medida que avanza la edad este daño comienza a aparecer muy sutilmente, por lo que la aplicación del Mini Mental Modificado y en algunos casos la Escala de Pfeiffer nos arrojó que se presentaron los daños en la Cuarta Edad con 11 pacientes afectados, y en uno de los dos pacientes Longevos el cual tenía demencia senil diagnosticada hace dos años, por tanto en total 12 pacientes en total que representan un 19,05%. Cabe destacar que la Tercera Edad mejor representada que las dos restantes no presentó deterioro cognitivo detectable por las evaluaciones aplicables, además no encontramos asociación del deterioro cognitivo con las enfermedades de base que presentaban los pacientes (gráfico 5).

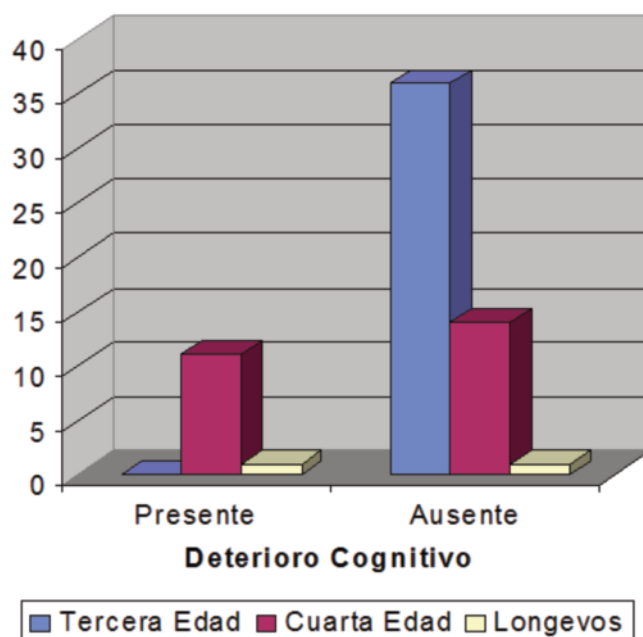
En la comparación realizada en la investigación de siete ciudades de América Latina y el Caribe, se encontró asociación entre deterioro cognitivo y dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria en dos ciudades, y sin embargo se observa asociación entre deterioro cognitivo y la realización de actividades instrumentadas en todas las ciudades, lo que demuestra que por la mayor complejidad de las actividades instrumentadas es necesario un adecuado funcionamiento de la cognición, la percepción y los sentidos⁽⁴⁹⁾.

TABLA 5. Distribución del Deterioro Cognitivo según grupos de edades en los adultos mayores del Consultorio # 32 de la Misión Barrio Adentro. Miranda. Falcón. 2006.

Deterioro Cognitivo	Grupos Etáreos			Total de pacientes	
	Tercera Edad	Cuarta Edad	Longevos	n	%
Presente	0	11	1	12	19,05
Ausente	36	14	1	51	80,95

Fuente: Examen de Mini Mental Modificado, Escala de Pfeiffer.

Gráfico 5. Distribución del deterioro cognitivo según grupos de edades en los adultos mayores del Consultorio # 32 de la Misión Barrio Adentro. Miranda. Falcón. 2006.



Fuente: Tabla 5.

En un estudio realizado en los municipio Amancio Rodríguez y Jobabo, Cuba, en búsqueda de discapacidades en el adulto mayor, se encontró que la discapacidad mental aparece asociada a deterioro cognitivo para las actividades instrumentadas de la vida diaria⁽⁶⁰⁾.

El deterioro cognitivo también puede estar asociado a otras patologías. El caso de un estudio realizado a 11 pacientes egresados de una Clínica en Chile con degeneración combinada subaguda, muestra que el déficit de vitamina B12 o cianocobalamina puede ocasionar este deterioro⁽⁶¹⁻⁶²⁾.

Tanto en el envejecimiento normal como en el patológico, la disfunción amnésica es la alteración cognoscitiva más común con detrimento de la calidad de vida y de la capacidad de nuevos aprendizajes y en la evocación de información valiosa. El deterioro de la memoria asociado con la edad describe una declinación en la memoria sin otra causa que lo explique. Se ha sugerido que es un fenómeno normal en los ancianos más que una etapa inicial de una demencia u otra enfermedad, y se plantea que el factor de riesgo que siempre debe considerarse es la depresión⁽⁶³⁾.

Envejecer activamente supone «un proceso de optimización de las oportunidades de bienestar físico, social y mental a través del ciclo vital con el objeto de ampliar la esperanza de vida»⁽⁸⁾. Esto implica un proceso que puedan llegar a la vejez con buena salud y participando activamente en la sociedad, por lo que en la tabla 6 mostramos la Evaluación Social realizada a los adultos mayores del sector Monte Verde, Consultorio 32 de la Misión Barrio Adentro, mediante la caracterización de su integración social distribuidos por grupos etáreos, el cual nos arrojó que sólo 38 pacientes estaban integrados socialmente (60,32%), y comprobamos que a medida que avanza la edad se acrecienta la pérdida de la incorporación del adulto mayor a su medio social, influenciado por el desprecio de la familia y la pérdida de su auto-

nomía como ente social. Esto ocasiona la aparición de sentimientos depresivos y en ocasiones el desconocimiento de los servicios disponibles de salud; en este caso la existencia del círculo de abuelo en su comunidad. Todo esto trae como consecuencia que se retraiga del medio externo y se encapsule en su propio mundo, aislado incluso de amistades de toda una vida (gráfico 6).

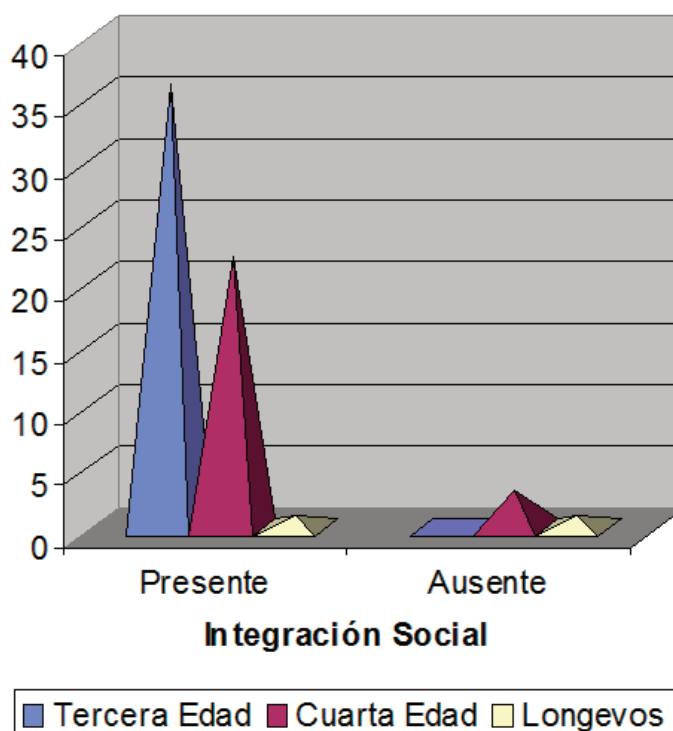
La comparación realizada en pacientes adultos mayores en cuanto a presencia de discapacidades en siete ciudades de América Latina y el Caribe muestra que la pérdida de la incorporación al medio social está íntimamente relacionada con la presencia de discapacidades físicas y deterioro cognitivo, las cuales se refuerzan con la edad avanzada⁽⁴⁹⁾.

TABLA 6. Distribución de la Discapacidad Física según grupos de edades en los adultos mayores del Consultorio # 32 de la Misión Barrio Adentro. Miranda. Falcón. 2006.

Integración Social	Grupos Etáreos			Total de pacientes	
	Tercera Edad	Cuarta Edad	Longevos	n	%
Presente	36	22	1	38	60,32
Ausente	0	3	1	25	39,68
Total de Pacientes	36	25	2	63	100,00

Fuente: Entrevista Médica.

Gráfico 6. Distribución de la integración social según grupos etáreos en los adultos mayores del Consultorio # 32 de la Misión Barrio Adentro. Miranda. Falcón. 2006.



Fuente: Tabla 6.

En los Municipios Amancio Rodríguez y Jobabo, Cuba, en la búsqueda de discapacidades en el adulto mayor, se encuentra que la pérdida del rol social y la sensación de inactividad son aspectos que evalúan al paciente con pérdida de la integración social⁽⁶⁰⁾.

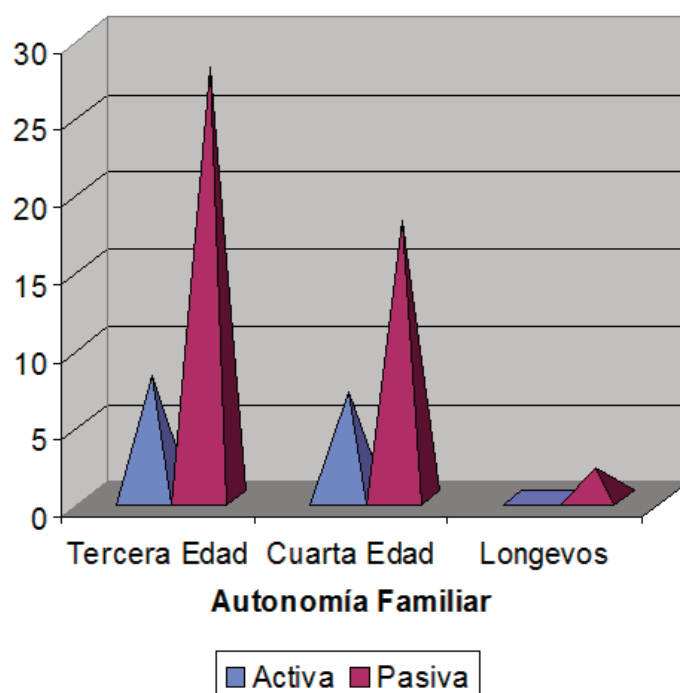
En la tabla 7 se muestra la distribución de la autonomía del adulto mayor en el núcleo familiar y distribuido según grupos etáreos donde encontramos que de 63 pacientes investigados, sólo presentaban autonomía activa 15 pacientes lo que representa un 23,80% del total, predominando así la pérdida de la misma en 48 pacientes con un 76,20% del total. Apreciamos en esta investigación que la pérdida de la autonomía se debió al poco interés que los familiares prestaban a los ancianos, y que a medida que avanzaba la edad se acentuaba, y en muchos casos porque los propios ancianos delegaban sus funciones dentro del núcleo familiar a otros familiares cercanos a ellos, jóvenes casi siempre, correspondiéndose con hijos y sobrinos, y además este acápite fue causa dominante en la presencia de síntomas depresivos. Sin embargo toda persona adulta tiene derecho a la toma de decisiones sin coerción o control externo y

TABLA 7. Distribución de la autonomía en el núcleo Familiar según grupos etáreos de los adultos mayores del Consultorio # 32 de la Misión Barrio Adentro. Miranda. Falcón. 2006.

Autonomía en el Núcleo Familiar	Grupos Etáreos			Total de pacientes	
	Tercera Edad	Cuarta Edad	Longevos	n	%
Activa	8	7	0	15	23,80
Pasiva	28	8	2	48	76,20

Fuente: Entrevista Médica.

Gráfico 7. Distribución de la autonomía en el núcleo Familiar según grupos etáreos de los adultos mayores del Consultorio # 32 de la Misión Barrio Adentro. Miranda. Falcón. 2006.



Fuente: Tabla 7.

este derecho no tiene fecha de vencimiento. La edad, por lo tanto, no es criterio para restringir la autodeterminación o la toma de decisiones en asuntos de salud, siendo importante entender que algunas personas mayores quieren y necesitan compartir el proceso de tomar decisiones con cónyuge y/o hijos (gráfico 7).

En una investigación de intervención realizada en dos consultorios del Médico de la Familia del Policlínico Docente Tula Aguilera del Municipio Camagüey, con el objetivo de determinar la presencia y comprensión de la autonomía y el validismo, encontramos que antes de la intervención los adultos mayores tenían una autoevaluación de regular y mala de su autonomía, y comprendieron luego de la capacitación que recobrar su determinación propia constituía un elemento esencial en sus vidas, lo cual confirma que la ancianidad es una etapa vulnerable de la vida relacionada con el incremento de la inadaptabilidad en el núcleo familiar de los ancianos, donde se manifiestan sentimientos de soledad y tristeza. Es por ello, que la aceptación de funciones por parte de los ancianos, parece estar relacionada con la satisfacción de poder ayudar en el hogar en las actividades cotidianas que en él se realizan⁽⁶⁴⁾.

En un estudio de intervención realizado a 62 familias de pacientes dependientes por pérdida de su autonomía, secundario éste a complicaciones por Enfermedades Crónicas no Transmisibles pertenecientes al Policlínico Frank País García de Santiago de Cuba, se confirma el papel activo y terapéutico que ejerce la familia, arrojando que el 15,74% de los pacientes presentaban dependencia por pérdida de su autonomía⁽⁶⁵⁾.

El Dr. Romero Cabrera plantea en sus investigaciones que a medida que avanza la edad la persona pierde su autonomía e independencia, lo cual sobreviene alrededor de los 75 a 80 años, es decir en la Cuarta Edad⁽²⁾.

En un estudio realizado sobre aspectos biopsicosociales de un grupo de ancianos ubicados en el reparto Dolores de San Miguel del Padrón, Cuba, los evaluados gerontes (102) desempeñan una función activa dentro del núcleo familiar, donde el 66,3% mantenían relaciones catalogadas de satisfactorias⁽⁶⁶⁾.

La independencia en el plano económico es un pilar fundamental en cuanto a la autonomía del paciente, y cuando ésta se pierde por factores ajenos a la voluntad puede ser causa de depresión en el anciano, por lo que en la tabla 8 se muestra la distribución de la independencia económica en los adultos mayores del sector según grupos etáreos donde podemos apreciar que 49 pacientes presentaban independencia económica para un 77,78% del total de pacientes investigados pero con insuficiencia en sus gastos mensuales. Mediante la entrevista médica se pudo corroborar que la gran mayoría recibían pensión por ayuda social, lo cual les era insuficiente pues oscilaba entre 50 y 200 mil bolívares, sin llegar al salario mínimo. En los casos que recibían pensión por jubilación y llegaban al salario mínimo, éste les era insuficiente también. La explicación a esta insatisfacción económica respondió en primer lugar a la presencia de dos cambios salariales en el transcurso del año investigado, al principio del año fue de 400 mil bolívares, y después de septiembre de 516 mil bolívares. La otra causa que se recogió en la entrevista fue que la insuficiencia respondía también a que muchos hogares dependían de esa única entrada económica, por lo que los adultos mayores no podían manejar su economía en sus gustos particulares y si en aras de sostener una familia que en la gran mayoría de los núcleos era grande, más de 6 convivientes; en los casos de los pacientes que no tenían convivientes les

resultaba insuficiente porque no podían costearse los productos básicos de su alimentación, respondiendo ésta principalmente a las frutas, vegetales o verduras por su elevado coste en el mercado, así como al bajo consumo en carnes por la misma causa antes explicada. Es oportuno destacar que esta insatisfacción es el resultado de la función pasiva que desempeñan en el marco familiar los adultos mayores en esta sociedad, lo cual guarda relación con las características de la familia venezolana actual (gráfico 8).

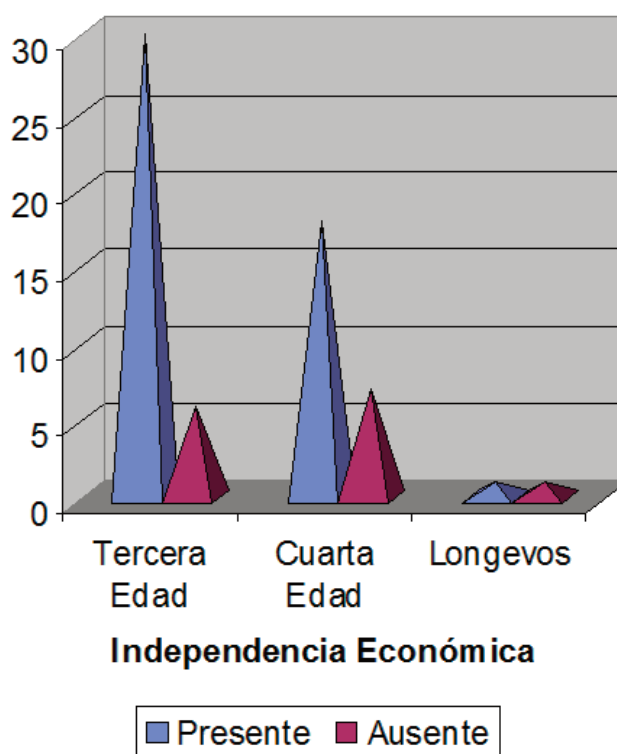
En una investigación realizada en adultos mayores atendidos en el consultorio médico No 78 del Policlínico Comunitario Docente Hermanos Cruz de Pinar del Río, se pone de manifiesto la independencia económica que presentan los ancianos en la sociedad cubana, en general debido a la jubilación que les asigna el Estado Cubano y la preocupación y ocupación de la familia, en su mayoría funcionales, que constituyen la mayor garantía para sus miembros de edad avanzada desde el punto de vista psíquico, social y espiritual⁽⁶³⁾.

TABLA 8. Distribución de la Independencia Económica según grupos etáreos de los adultos mayores del Consultorio # 32 de la Misión Barrio Adentro. Miranda. Falcón. 2006.

Independencia Económica	Grupos Etáreos			Total de pacientes	
	Tercera Edad	Cuarta Edad	Longevos	n	%
Presente	30	18	1	48	77,78
Ausente	6	7	1	14	22,22

Fuente: Entrevista Médica.

Gráfico 8. Distribución de la Independencia Económica según grupos etáreos de los adultos mayores del Consultorio # 32 de la Misión Barrio Adentro. Miranda. Falcón. 2006.



Fuente: Tabla 8.

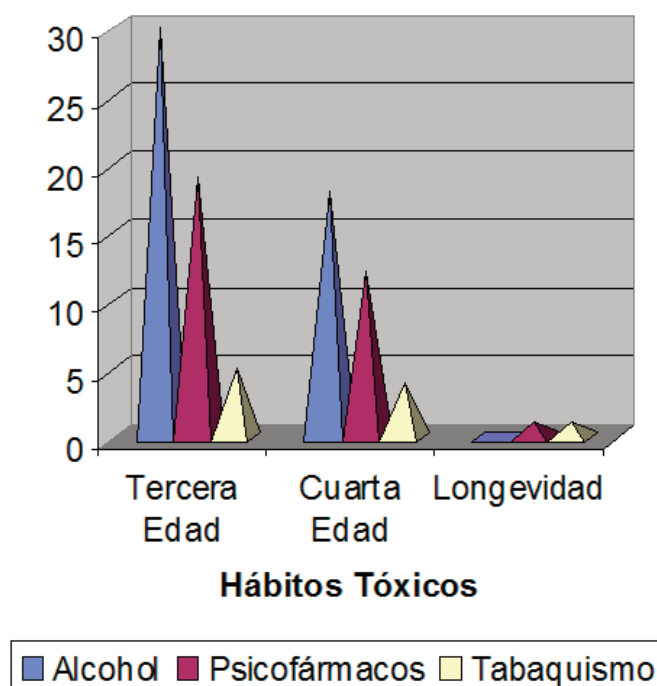
Los factores de riesgo están considerados como aspectos básicos a tener en cuenta en un envejecer saludable o patológico, por lo que la tabla 9 muestra la distribución de los hábitos tóxicos según grupos etáreos de los adultos mayores investigados, donde encontramos que el hábito más practicado por los pacientes fue el alcohol con 48 pacientes incluidos en este grupo, lo que representa un 76,19%, seguido por el consumo de psicofármacos con 32 pacientes para un 50,79%, y en último orden el tabaquismo con 10 pacientes para un 15,87%. Mediante la entrevista corroboramos la avidez por la cerveza, respondiendo a las costumbres de la población general venezolana, a pesar de conocer la contraindicación en su consumo por sus efectos adversos en la hipertensión arterial y en la diabetes mellitus. Además el consumo de psicofármacos respondió en la totalidad de los casos a la automedicación indiscriminada de medicamentos para conciliar el sueño, recogido en la entrevista como síntoma depresivo dominante. Esto responde a la accesibilidad que tiene la población en sentido general a las drogas en farmacia y al desconocimiento de los daños nocivos que pueden causar al propio organismo (gráfico 9).

TABLA 9. Distribución de los Hábitos Tóxicos según grupos etáreos en los adultos mayores del Consultorio # 32 de la Misión Barrio Adentro. Miranda. Falcón. 2006.

Hábitos Tóxicos	Grupos Etáreos			Total de pacientes	
	Tercera Edad	Cuarta Edad	Longevos	n	%
Alcohol	30	18	0	48	76,19
Psicofármacos	19	12	1	32	50,79
Tabaquismo	5	4	1	10	15,87

Fuente: Historia Clínica, Entrevista Médica.

Gráfico 9. Distribución de los Hábitos Tóxicos según grupos etáreos en los adultos mayores del Consultorio # 32 de la Misión Barrio Adentro. Miranda. Falcón. 2006.



Fuente: Tabla 9.

La Encuesta Nacional de Salud en México en el año 2000 plantea la prevalencia del tabaquismo en un 36,6%, siendo la población más afectada los adultos entre 20 y 40 años de edad, afectando en menor orden a los adultos mayores⁽⁵⁵⁾.

El tabaco y el alcohol potencian no sólo la prevalencia de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles, sino también sus complicaciones según el grupo consultor de la Organización Panamericana de la Salud⁽⁵⁶⁾.

Otro acápite importante es la evaluación de los hábitos dietéticos en los pacientes mayores de 60 años. La tabla 10 muestra la distribución de los factores higiénico-dietéticos según los grupos de edades en los adultos mayores del sector, prevaleciendo la práctica de las dietas inadecuadas en 51 pacientes estudiados y entrevistados, lo que representa un 80,95% del total de pacientes sin distinción por la edad, lo que corroboró lo arrojado en la entrevista médica donde se recogió que lo inadecuado de la dieta respondía al bajo consumo de verduras y carnes por lo costoso que resultan en el mercado para el consumo diario, realizándose este consumo una vez a la semana, así como al consumo de todos los alimentos con el uso de sal de cocina para su cocción, lo cual se corresponde con las costumbres de la población estudiada (gráfico 10).

En Venezuela, un informe relativamente reciente, declara que el 50% de la mortalidad por enfermedades crónicas en el adulto mayor puede modificarse con los factores relacionados con el estilo de vida como es la nutrición, aún cuando muchos de los síntomas no aparezcan hasta el sexto o séptimo decenio de la vida. Los adultos mayores son más susceptibles que los adultos jóvenes a los problemas nutricionales, y se plantea la influencia de la familia en la alimentación de este grupo de edad tan vulnerable, tomando como referencia el menor tiempo programado para la alimentación, más comidas fuera del hogar, mayor consumo de alimentos procesados y menor consumo de comidas preparadas en casa⁽⁵¹⁾.

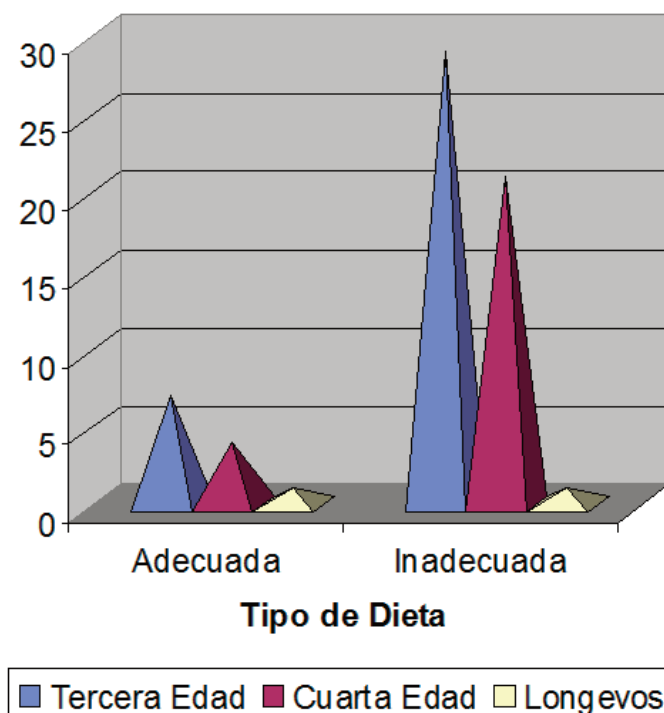
La Dra. Raquel Burrows plantea en investigaciones realizadas que el tratamiento dietético no debe basarse solamente en la restricción calórica, sino que debe realizarse a través de una dieta «saludable» que prevenga los trastornos metabólicos y optimice el balance energético. Además debe considerarse en el tratamiento dietético el aporte calórico, el tipo de alimentos, las combinaciones y horarios⁽⁵²⁾.

TABLA 10. Distribución del Hábito dietético según grupos etáreos en los adultos mayores del Consultorio # 32 de la Misión Barrio Adentro. Miranda. Falcón. 2006.

Dieta	Grupos Etáreos			Total de pacientes	
	Tercera Edad	Cuarta Edad	Longevos	n	%
Adecuada	7	4	1	12	19,05
Inadecuada	29	21	1	51	80,95
Total Pacientes	36	25	2	63	100,00

Fuente: Historia Clínica, Entrevista Médica.

Gráfico 10. Distribución del Hábito dietético según grupos etáreos en los adultos mayores del Consultorio # 32 de la Misión Barrio Adentro. Miranda. Falcón. 2006.



Fuente: Tabla 10.

Los cambios en el estilo de vida y el tipo de alimentación están favoreciendo el incremento en la prevalencia de factores de riesgo tales como obesidad y dislipidemia, que si bien tienen factores genéticos subyacentes, la influencia que ejerce el medio ambiente es innegable, según se plantea en un artículo de la Organización Panamericana de la Salud⁽⁵⁶⁾.

Las depresiones en el anciano son un pilar por el que se aboga para un envejecer patológico. La tabla 11 muestra la distribución de la presencia de síntomas depresivos según los grupos de edades en los adultos mayores del sector, encontrando que 52 pacientes investigados presentaban algún síntoma depresivo, lo que representa un 82.53%, predominando el insomnio recogido en la entrevista médica, así como el sentimiento de soledad en segundo orden. Aquí se corroboró que a medida que avanza la edad, el anciano tiene tendencia a la depresión acentuándose con el rechazo que sienten los adultos mayores por su propia familia y la poca importancia que los mismos le muestran. Además factores como la inestabilidad económica, padecer Enfermedades Crónicas no Transmisibles que les obligan al cambio de hábitos y costumbres son aspectos que también contribuyeron a acrecentar la depresión (gráfico 11).

Un estudio realizado en siete ciudades de América Latina y el Caribe plantea que el insomnio es el síntoma más frecuente de las depresiones, principalmente a medida que avanza la edad y aparece asociado a la presencia de algún tipo de discapacidad en el sexo femenino⁽⁴⁹⁾.

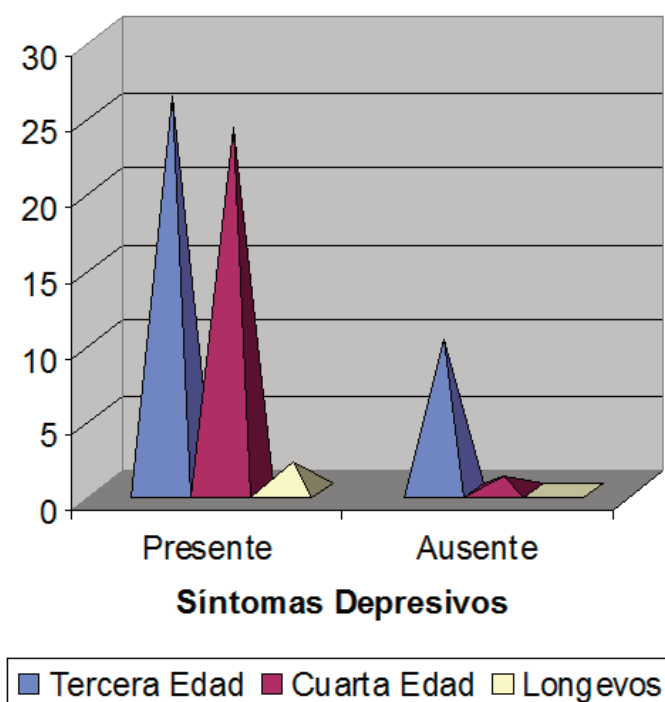
En los Municipios Amancio Rodríguez y Jobabo, Cuba⁽⁶⁰⁾, en la búsqueda de discapacidades en el adulto mayor, se comprueba durante la investigación de variables psicológicas que la presencia de sentimientos de soledad se encuentran dentro de los primeros que desencadenan síntomas depresivos en los adultos mayores.

TABLA 11. Distribución de la presencia de síntomas depresivos según los grupos etáreos en los adultos mayores del Consultorio # 32 de la Misión Barrio Adentro. Miranda. Falcón. 2006.

Síntomas Depresivos	Grupos Etáreos			Total de pacientes	
	Tercera Edad	Cuarta Edad	Longevos	n	%
Presentes	26	24	2	52	82,53
Ausentes	10	1	0	11	17,47
Total Pacientes	36	25	2	63	100,00

Fuente: Historia Clínica, Entrevista Médica.

Gráfico 11. Distribución de la presencia de síntomas depresivos según los grupos etáreos en los adultos mayores del Consultorio # 32 de la Misión Barrio Adentro. Miranda. Falcón. 2006.



Fuente: Tabla 11.

En una investigación realizada en adultos mayores internos y seminternos de tres hogares de anciano de Ciudad de La Habana, se confirma que la depresión constituye un problema al ocupar un lugar importante como problema de salud de estos adultos mayores, donde la causa de depresión más frecuente fue la social, lo cual se justifica por la pérdida de la vinculación laboral, la muerte de algún familiar, la soledad y las dificultades materiales y económicas. Además, los factores más frecuentes relacionados con este diagnóstico que realiza Enfermería fueron: el deterioro cognitivo, la depresión, el estrés, la falta de motivación, la medicación y la inactividad⁽⁶⁷⁾.

La desnutrición es el estado patológico que resulta del consumo inadecuado de uno o más nutrientes esenciales. En la tabla 12 se muestra la distribución del Mini Tamizaje aplicado a

todos los pacientes según grupos etáreos, donde se hace una autoevaluación de su estado nutricional, mostrándose una mal nutrición de los pacientes representados por 45 para un 71,42% con un puntaje menor a 17, indistintamente de la edad, y además se confirmó que no existió relación con el Índice de Masa Corporal de cada uno de los pacientes evaluado en Bajo Peso y Riesgo de Desnutrición, pues estos pacientes presentaron Índices corporales acorde con las normas establecidas para normo pesos en su totalidad, y a pesar de una autoevaluación insatisfactoria ellos se encontraban con un peso acorde para su talla, lo cual explica y se relaciona con la práctica dietética inadecuada expresada anteriormente, y añadiendo que la arepa, elemento nutricional de preferencia hecha con base de harina, incorpora los carbohidratos suficientes para mantener peso y no así la nutrición adecuada.

TABLA 12. Distribución del Tamizaje Nutricional según grupos etáreos en los adultos mayores del Consultorio # 32 de la Misión Barrio Adentro. Miranda. Falcón. 2006.

Estado Nutricional	Grupos Etáreos			Total de pacientes	
	Tercera Edad	Cuarta Edad	Longevos	n	%
Satisfactorio	3	3	2	8	12,70
Riesgo de Mal Nutrición	6	14	0	10	15,88
Mal Nutrición	27	18	0	45	71,42
Total Pacientes	36	25	2	63	100,00

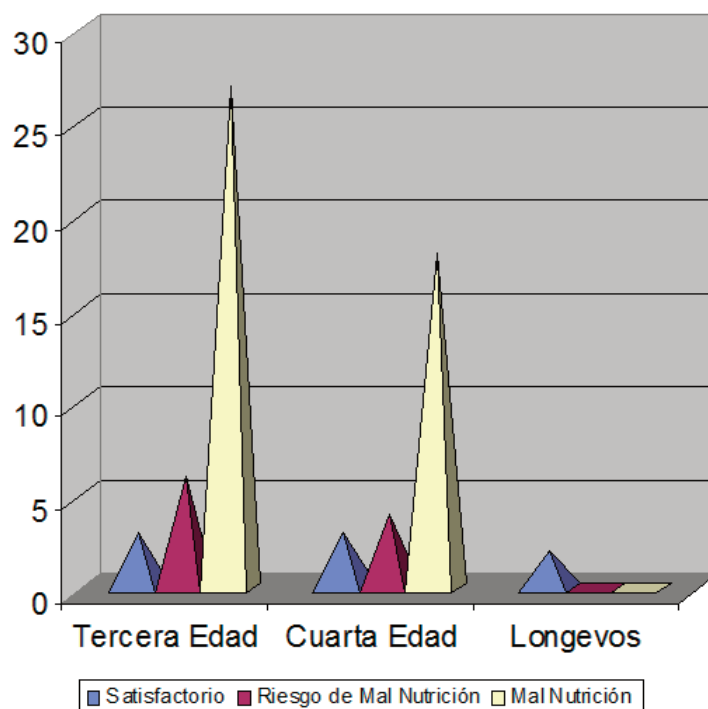
Fuente: Mini Tamizaje de Nutrición.

El tamizaje se mostró débil en cuanto a la presencia de enfermedad que hace cambiar la clase de comida o cantidad de alimento que comen, al consumo de pocas frutas, vegetales o productos de leche, con la dificultad al digerir los alimentos por ser edentes parciales, por la escasez monetaria para la compra de alimentos que necesita y el consumo de tres o más medicamentos diferentes al día prescritos o automedicados, y no tuvimos en cuenta el consumo de vitaminas (gráfico 12).

En un estudio que se realiza en Maracaibo, Venezuela, sobre la desnutrición en los adultos mayores se comprobó que estaba presente la misma tanto en el sexo femenino como en el masculino, y que la presencia de la mal nutrición se asocia a la demencia⁽⁵¹⁾.

La desnutrición está asociada en los adultos mayores a alteración de la inmunidad, retardo en la cicatrización de heridas o aparición de úlceras por hiperpresión, caídas, deterioro cognitivo, osteopenia, alteración en el metabolismo de los fármacos, sarcopenia, y descenso de la máxima capacidad respiratoria, entre otros aspectos⁽⁶⁸⁾. La valoración del estado nutricional en los adultos tiene como objetivos el diagnóstico y despistaje de estados de malnutrición evidentes o de curso subclínico que, a menudo, pasan inadvertidas en exploraciones no específicas, así como determinar la existencia de riesgo de malnutrición que permita una intervención nutricional precoz^(69, 70). En los adultos mayores, es conocida la importancia de la integridad nutricional en la propia sensación subjetiva de bienestar, en el mantenimiento de un correcto funcionamiento de los distintos órganos y sistemas corporales y de un estado de salud satisfactorio, además de su importante papel en la preservación de la autonomía y su trascendental

Gráfico 12. Distribución de los Hábitos Tóxicos según grupos etáreos en los adultos mayores del Consultorio # 32 de la Misión Barrio Adentro. Miranda. Falcón. 2006.



Fuente: Tabla 12.

contribución a la curación de enfermedades y en la recuperación tras un proceso de daño, lesión o enfermedad^(71, 72).

En otras investigaciones realizadas en el Estado Carabobo, Valencia, el Dr. Peña y colaboradores evaluaron un grupo de 80 adultos mayores procedentes de un geriátrico de la ciudad de Valencia, en dicho estudio el 39,7% mostró riesgo de desnutrición y 25% fue considerado desnutrido. Así mismo el 8% presentó anemia y 8% fue diagnosticado con hipocolesterolemia; el consumo de las vitaminas A, C y el zinc estuvo por debajo del 75% de las recomendaciones nutricionales⁽⁷³⁾.

Igualmente en un reciente estudio llevado a cabo en una comunidad de damnificados en la ciudad de Caracas, se encontró que el 20,3% de los adultos (18 a 70 años) presentaron un Índice de Masa Corporal por debajo del percentil 15. Sin embargo, al utilizar una combinación de indicadores (IMC, área muscular del brazo y porcentaje de grasa corporal) la prevalencia bajó a 16,7%. En los hombres el porcentaje de déficit más alto estuvo en 50 años y más⁽⁷⁴⁾.

En una investigación realizada sobre el estado nutricional a adultos mayores institucionalizados de diferentes centros geriátricos en Venezuela se les aplicó el instrumento Minievaluación Nutricional, siendo identificados como mal nutridos o a riesgo de malnutrición el 54%, y el resto 46% como bien nutridos, coincidiendo con nuestro estudio⁽⁷⁵⁾.

Los expertos de la Organización Panamericana de la Salud en ocasión de conmemorarse el Día Mundial de la Salud concluyeron que «en el siglo XXI, la salud de los adultos mayores será un elemento clave para el desarrollo económico y social de todos los países» por lo que desarrollaron un plan de acción integrado en salud para adultos mayores durante el período 1999-2002. El pro-

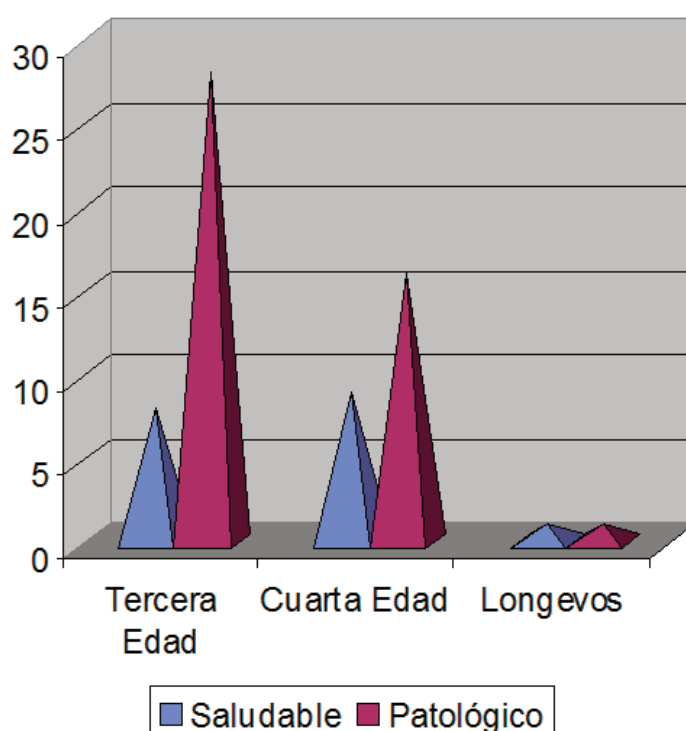
grama presenta un nuevo paradigma respecto a las personas de edad mayor como participantes activos en la sociedad y proporciona las bases para este nuevo enfoque, es decir, plasma la importancia de envejecer satisfactoriamente como logro de todo Sistema Nacional de Salud⁽⁷⁶⁾; por lo que en la tabla 13 se muestra la distribución del tipo de envejecimiento según grupos de edades donde el envejecimiento patológico prevaleció con respecto al saludable en los adultos mayores del sector Monte Verde, estando representado por 45 pacientes para un 71,42%, predominando en la Tercera Edad. Fueron nueve los aspectos que se tomaron en cuenta para categorizar el envejecimiento patológico, como criterio diagnóstico prevalecieron los aspectos siguientes: presencia de enfermedad crónica no transmisible, deterioro cognitivo, síntomas depresivos, autonomía familiar pasiva, práctica de hábitos tóxicos, práctica de dietas inadecuadas y tamizaje de nutrición evaluado de mal nutrido o con riesgo de mal nutrición (gráfico 13).

TABLA 13. Distribución del tipo de envejecimiento según grupos etáreos en los adultos mayores del Consultorio # 32 de la Misión Barrio Adentro. Miranda. Falcón. 2006.

Tipo de Envejecimiento	Grupos Etáreos			Total de pacientes	
	Tercera Edad	Cuarta Edad	Longevos	n	%
Saludable	8	9	1	18	28,58
Patológico	28	16	1	45	71,42
Total Pacientes	36	25	2	63	100,00

Fuente: Historias Clínicas, Índices, Escalas y Entrevista Médica.

Gráfico 13. Distribución del tipo de envejecimiento según grupos etáreos en los adultos mayores del Consultorio # 32 de la Misión Barrio Adentro. Miranda. Falcón. 2006.



Fuente: Tabla 13.

Según la OMS, en las proyecciones para el año 2020, las tres cuartas partes de las muertes en los países en desarrollo estarán relacionadas con el envejecimiento. La proporción más cuantiosa corresponderá a las enfermedades no transmisibles. Los índices de hipertensión y la prevalencia de la diabetes aumentarán rápidamente en el mundo en desarrollo. Las enfermedades circulatorias y el cáncer ya son las principales causas de mortalidad en Chile, Argentina, Cuba, el Uruguay y partes de Asia⁽⁷⁶⁾.

Según investigación realizada en Ciudad de La Habana las enfermedades cerebrovasculares están estrechamente ligadas al envejecimiento, elevándose su tasa bruscamente con la edad y se incrementa por cada década, con predominio del sexo masculino^(57, 77).

La condición de adulto frágil es considerada como una forma de envejecimiento patológico, porque considera a la persona en riesgo de desarrollar un estado de necesidad debido a sus condiciones biológicas, psicológicas, sociales y funcionales afectadas. En una investigación realizada en dos consultorios de un área de Atención Primaria en Cuba se pesquisaron 49 adultos mayores con condición de frágil para un 27,5%, afectando a los adultos mayores de 80 años, Cuarta Edad, seguido por los pacientes de la Tercera Edad con un 22,4% del total de adultos mayores investigados, donde las causas de fragilidad fueron la comorbilidad en primer orden, seguido por la soledad, la edad igual o superior a 80 años, la polifarmacia y el hecho de no tener hijos⁽⁷⁸⁾.

Investigadores de la Universidad de Harvard llevaron a cabo un estudio sin precedentes de la salud física y mental de 724 personas a medida que envejecían y a lo largo de 60 años. Allí, los investigadores identificaron siete factores que parecían predecir un envejecimiento saludable y feliz; el consumo moderado de bebidas alcohólicas, no fumar, un matrimonio estable, el ejercicio, el peso adecuado, los mecanismos positivos para lidiar con las dificultades y la ausencia de depresión. Concluyen que «una ancianidad activa y feliz bien puede que no sea cuestión de los astros ni de la suerte, sino de nuestros genes y de nosotros mismos»⁽⁷⁶⁾.

CONCLUSIONES

- Los adultos mayores investigados en su Evaluación Clínica correspondían en su mayoría al grupo dispensarial III, predominando las Enfermedades Crónicas No Transmisibles compensadas como Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, afectando principalmente a la Tercera Edad.
- La ausencia de Discapacidad Física predominó con respecto al Deterioro Cognitivo y se demostró que a medida que avanza la edad éste aparece sutilmente.
- La ausencia de autonomía dentro del núcleo familiar y de insuficiente per cápita familiar a pesar de la presencia de independencia económica, fueron aspectos que llevaron a la presencia de síntomas depresivos y a la práctica de dietas inadecuadas.
- El envejecimiento patológico fue el diagnóstico que prevaleció en los adultos mayores afectando principalmente a la Tercera Edad, con criterios dominantes de presencia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, autonomía pasiva, práctica de hábitos tóxicos, dietas inadecuadas, presencia de síntomas depresivos, mal nutrición y riesgo de mal nutrición por tamizaje comunitario.

RECOMENDACIONES

- Extender esta investigación a otras áreas con tendencia a la vejez poblacional para diagnosticar precozmente un envejecimiento patológico en aras de realizar acciones preventivas y educativas para modificar calidad de vida en los adultos mayores.
- Capacitar promotores de salud adultos jóvenes y de la tercera edad que abarquen temas de envejecimiento saludable e incorporarlos a las terapias familiares, a los clubes de abuelos, a los programas educativos de alfabetización «Yo sí Puedo» y a los círculos deportivos, con el fin de divulgar estilos de vida saludable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rocrabuno Mederos JC, Prieto Ramos O. Gerontología y geriatría. La Habana: Ciencias Médicas; 1992. p.2-13.
2. Espinosa Brito A, Romero Cabrera J. Temas de gerontogeriatría. Rev Finlay 1990; 3(1):15-26.
3. Jiménez S, Herrero F. Gerontología. Barcelona: España; 1992. p. 165.
4. Rivera Casado JM, Cruz Jentoft J. Geriatria; 1991. p.7-14.
5. Dirección Nacional de Asistencia Social. Programa de Atención Integral al Adulto Mayor [Actualizado 10 Mayo 2005; Citado 26 marzo 2007]. Disponible en: http://www.gericubaonline.sld.cu/instadultomayor_hosp.html
6. Magíster en Educación Motriz y Salud en el Adulto Mayor. [Actualizado 12 Mayo 2005; Citado 26 marzo 2007]. Disponible en: http://www.umce.cl/carreras/postgrados/educacion_motriz_adulto.html.
7. Facultad de Ciencias Sociales Ignacio Carrera Pinto 1045 Santiago. Curso de Especialización en Gerontología Social. [Actualizado 12 Mayo 2005; Citado 26 marzo 2007]. Disponible en: <http://www.gerontologia.uchile.cl/postgrado.htm>.
8. Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Medicina. Antología, la atención integral al anciano. México, DF: Dirección General de Asuntos de Personal Académico (IN505191), UNAM, FM, 1993:2-37.
9. Segundo Congreso Virtual "Integración sin Barreras en el Siglo XXI". [Actualizado 12 Mayo 2005; Citado 26 marzo 2007]. Disponible en: <http://www.redespecialweb.org/ponencias2/encarni.txt>
10. Wallace BR. Epidemiology and aging: How gerontology has changed now communicable disease epidemiology in the United States of America. Rapp Trimest Stat Sanit Mond. 1992; 45: 75-79.
11. San Martín H, Pastor V. Epidemiología de la vejez. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1990. p.100-126.
12. Análisis Preliminar de la Situación de Salud de Venezuela. [Actualizado 12 Mayo 2005; Citado 26 marzo 2007]. Disponible en: <http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/ven-sit-salud-nuevo.htm>.
13. Lima B. Venezuela: Envejecer en la pobreza. [Actualizado 12 Mayo 2005; Citado 26 marzo 2007]. Disponible en: http://investigacion.unefm.edu.ve/Pag_Cib/Uniger/DeLima.htm
14. Biblioteca virtual en salud. Perfil de envejecientes. [Actualizado 12 Mayo 2005; Citado 26 marzo 2007]. Disponible en: <http://www.bvs.org.do/perfil.htm#epi>
15. Anaribar Murita PA. Programa de personas mayores 2004. [Actualizado 12 Mayo 2005; Citado 26 marzo 2007]. Disponible en: www.redtiempos.org/red/red_red_envej.htm. Revisado: 10 mayo 2005.
16. Salva A, Vellar B, Albareda JC. Evaluación gerontológica. Primeros resultados de una unidad de evaluación geriátrica. Rev Gerontol 2004; 4: 174-9.
17. Fernández S, Almunia M, Alonso O. Factores psicosociales presentes en la tercera edad. Rev Cubana Hig Epidemiol 2001; 39(2): 77-81.

18. Oficina Nacional de Estadística. Anuarios demográficos de Cuba 1999. La Habana; 1999.
19. Chávez-Samperio J. El máximo consumo de oxígeno (VO₂Mx). Composición corporal y factores de riesgo como indicadores positivos de salud en jubilados y pensionados. Rev Med IMSS Mex.1995; 33: 271-7.
20. Larson EB. Geriatric medicine. JAMA 1991; 265(23): 3125-6.
21. Aspectos epidemiológicos del adulto mayor. [Actualizado 12 Mayo 2005; Citado 26 marzo 2007]. Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/38/386-5.html>
22. Maestría en Demografía. UNC. Mortalidad y Envejecimiento. [Actualizado 12 Mayo 2005; Citado 26 marzo 2007]. Disponible en: <http://www.eco.unc.edu.ar/postgrado/graduado/med/programa1.htm>.
23. Moragas Moragas R. Gerontología Social. Envejecimiento y Calidad de Vida. 2ªed. Barcelona: Herder; 1998.
24. Romero Cabrera AJ. El envejecimiento en la práctica clínica. [Actualizado 10 Mayo 2006; Citado 26 marzo 2007]. Disponible en: <http://www.gal.cfg.sld.cu>
25. Lara Rodríguez MA, Benítez-Martínez GM, Fernández-Gárate IG. Aspectos epidemiológicos del adulto mayor en el Instituto Mexicano del Seguro Social. [Actualizado 12 Mayo 2005; Citado 26 marzo 2007]. Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/38/386-5.html>
26. Flores Lozano JA. Calidad de vida en el anciano: aspiraciones y necesidades. Rev Geriátrica 2003; 12(3):124.
27. Fernández de Gamarra J, Padierna Acero A. La atención psicogeriátrica en Euskadi hasta el año 2000. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco; 2002.
28. Fernández Ballesteros R. Mitos y realidades en torno a la salud y la vejez. Barcelona: SG editores; 1992.
29. Rocabrundo JC, Prieto Ramos O. Gerontología y Geriatria Clínica. 1990. p.127-36.
30. Programa Nacional del Adulto Mayor. La Habana. Ministerio de Salud Pública; 1996.
31. Fernández de Trocóniz MI. Cuando las Personas Mayores Necesitan Ayuda, Guía para cuidadores y familiares. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1ªed. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 1998.
32. Organización Mundial de la Salud. Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos. Informe de un grupo de científicos de la OMS sobre epidemiología del envejecimiento. Ginebra: OMS; 2004. (Informe Técnico 706).
33. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Washington (DC): OPS; 2003. (Publicación Científica; 549).
34. Spttiezer WD. Calidad de vida y estado funcional como variables de objetivos para la investigación. Estado de las ciencias 1986. J Chron Dis.2003; 4: 465-71.
35. Evaluación funcional del anciano. En: Ribera JM, Cruz AJ. Geriatria en Atención Primaria. 2ª ed. Barcelona: Urianch & Cía; 1997.
36. Cruz AJ, Martínez E, Ribera JM. El pronóstico de la evaluación funcional. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2003; 27(8): 16.
37. Baztán JJ, González JI, Del Ser T. Escalas de actividades de la vida diaria. En: Del Ser T, Peña-Casanova J. Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: Proas; 1994. p.137-4.
38. Evaluación de las actividades de la vida diaria. En: Montorio I. La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales e INSERSO; 1994. p.43-69.
39. Valderrama E, Pérez Del Molino J. Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. Rev Esp Geriatr Gerontol.2003; 32 (5): 297-306.

40. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *J Gerontologist*. 2003; 9: 179-86.
41. Stewart RB, Moore MT, May FE, Marks RG, Hale WE. Correlates of cognitive dysfunction in an ambulatory elderly population. *J Gerontology*. 1991; 37: 272-80.
42. Barros LC. Aspectos sociales del envejecimiento. En: Anzola E. La atención del anciano: un desafío para los años noventa. Washington (DC): OPS; 2003. (Publicación Científica; 546 L).
43. Quintero G, González U. Contexto Socioeconómico y la Salud en personas de edad avanzada. *Gerontología y Salud*. España: Biblioteca Nueva; 2003.
44. Hyman BT. Estudios moleculares y anatómicos en la enfermedad de Alzheimer. *Neurología [Revista electrónica]*. 2001 [Citado 12 ago 2003]; 16(3): [33 pantallas]. Disponible en: http://db.doyma.es/cgi-bin/Wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pubmed_full
45. Gelmacher D, White house P. Evaluation of Dementia. *J New Engl Med*. 2003; 335: 331-6.
46. La salud de las personas de edad. Informe de un Comité de expertos. Ginebra; 2004.
47. Gutiérrez LM. Características biosociales de nuestros ancianos. En: CIESS El adulto Mayor en América Latina. Sus necesidades y sus problemas médicos-sociales. México DF: CIESS; 2003: 105-20.
48. Rodríguez BR, Salas I. Obesidad. En: Álvarez Síntes R. Temas de Medicina General Integral. Vol II. Ciencias Médicas: La Habana; 2001. p. 867-9.
49. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: Estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health [Serie en Internet]*. 2005 mar [Citado 27 mar 2007]; 17(5/6). Disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?q=ENFERMEDADES+CR%C3%93NICAS+NO+TRANSMISIBLES+ADULTO+MAYOR&hl=es&cr=countryVE&um=1&oi=scholar>.
50. Morales González RA. Mortalidad postoperatoria intrahospitalaria de los adultos mayores en Cirugía General. [Serie en Internet]. Cuba. [Actualizado 16 mayo 2004; Citado 27 marzo 2007]. Disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?q=ENFERMEDADES+CR%C3%93NICAS+NO+TRANSMISIBLES+ADULTO+MAYOR&hl=es&lr=&start=10&s>.
51. Falque Madrid L, Maestre GE, Zambrano R, Morán de Villalobos Y. Deficiencias nutricionales en los adultos y adultos mayores [Actualizado 12 Mayo 2005; Citado 26 marzo 2007]. Disponible en: http://www.google.co.ve/search?q=DISCAPACIDAD+FISICA+ADULTO+MAYOR&hl=es&lr=&as_qdr=all&start=30&sa=N.
52. Burrows RA. Prevención y tratamiento de la obesidad desde la niñez: La estrategia para disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto. *Rev Med Chile [Serie en Internet]*. 2000 ene [Citado 27 mar 2007]; 73(1):62-77. Disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?q=ENFERMEDADES+CR%C3%93NICAS+NO+TRANSMISIBLES+ADULTO+MAYOR&hl=es&cr=countryVE&um=1&oi=scholar>.
53. Motivos de consulta de la población privada de libertad en el Centro de Atención Institucional Adulto Mayor. de San Rafael de Alajuela. *Rev costarric salud pública [Serie en Internet]*. 2004jul [Citado 27 mar 2007]; 13(24). Disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?q=ENFERMEDADES+CR%C3%93NICAS+NO+TRANSMISIBLES+ADULTO+MAYOR&hl=es&lr=&start=20&s>.
54. Estrategia de Cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2006-2008. Caracas, junio del 2006. [Actualizado 12 Mayo 2005; Citado 26 marzo 2007]. Disponible en: http://www.google.co.ve/search?q=DISCAPACIDAD+FISICA+ADULTO+MAYOR&hl=es&cr=countryVE&as_qdr=all&start=50&sa=N
55. Velázquez-Monroy O, Rosas Peralta M, Lara Esqueda A. Prevalencia e interrelación de en-

- fermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México: Resultados finales de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. Arch Cardiol Mex [Serie en Internet]. 2002; [Citado 27 mar 2007]. Disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?q=ENFERMEDADES+CR%C3%93NICAS+NO+TRANSMISIBLES+ADULTO+MAYOR&hl=es&cr=countryVE&um=1&oi=scholar>.
56. Organización Panamericana de la Salud. Centro Latinoamericano de Demografía. Centro Internacional del Envejecimiento. Pronunciamento de consenso sobre políticas de atención a los ancianos en América Latina. [Serie en Internet]. 2003 nov; [Citado 27 mar 2007]. Disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?q=ENFERMEDADES+CR%C3%93NICAS+NO+TRANSMISIBLES+ADULTO+MAYOR&hl=es&cr=countryVE&um=1&oi=scholar>.
57. Rodríguez Vargas LE, Martínez Almanza L, Pría Barros MC, Menéndez Jiménez J. Prevalencia referida de enfermedades no transmisibles en adultos mayores. Ciudad de La Habana, 2000. Rev Cubana Hig Epidemiol [Serie en Internet]. 2004 ene [Citado 27 mar 2007]; 42(1). Disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?q=ENFERMEDADES+CR%C3%93NICAS+NO+TRANSMISIBLES+ADULTO+MAYOR&hl=es&lr=&start=20&sa=N>.
58. Torres Vidal RM, Gran Álvarez MA. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. [Online]. 2005 abri [citado 26 Marzo 2007]; 31(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08644662005000200006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-3466. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba.
59. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Ginebra: OMS; 2002. [Actualizado 10 Mayo 2006; Citado 26 marzo 2007]. Disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?q=ENFERMEDADES+CR%C3%93NICAS+NO+TRANSMISIBLES+ADULTO+MAYOR&hl=es&cr=countryVE&um=1&oi=scholar>.
60. Tello Velázquez Y, Bayarre Veá H, Hernández Pérez YM. Prevalencia de discapacidad física en ancianos: Municipios "Amancio Rodríguez" y "Jobabo" 1999. Rev Cubana Salud Pública [Online]. 2001 ene [Citado 26 Marzo 2007]; 27(1):19-25. Disponible en: <http://scielo-prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000100003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-3466.
61. Behrens MI, Díaz V, Vásquez C, Donoso A. Demencia por déficit de vitamina B12. Rev Méd Chile 2003; 131: 915-9.
62. Nogales-Gaete J, Jiménez P, García FP. Mielopatía por déficit de vitamina B12: caracterización clínica de 11 casos. Rev Med Chile [online]. 2004 nov [citado 26 Marzo 2007]; 132(11). Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872004001100006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-9887.
63. Casanova Sotolongo P, Casanova Carrillo P, Casanova Carrillo C. Deterioro cognitivo en la tercera edad. Rev Cubana Med Gen Integr [online]. 2004 sep [citado 26 Marzo 2007]; 20(5-6). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252004000500012&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-2125.
64. Reguera Naranjo JL, Cervera Estrada L, Rodríguez Ferra R. Autonomía y validismo en la tercera edad. Rev Cubana Med Gen Integr [online]. 2001 may [citado 26 Marzo 2007]; 17(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252001000300003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-2125.
65. Figueredo Ferrer N, Arcias Madera RC, Díaz Pita G. Caracterización del adulto mayor en la comunidad. Rev Cubana Enfermer [online]. 2003 sep [citado 26 Marzo 2007]; 19(3). Disponible en: <http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192003000300008&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0864-0319.
66. Carrasco M, Gómez C. Características biopsicosociales de los ancianos de dos consultorios

- del Policlínico California. Rev Cubana Med Gen Integr [Online]. 2001[citado 26 Marzo 2007]; 14(1). Disponible en: <http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192003000300008&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0864-0319.
67. Oquendo González ME, Soublet Maestrio. ¿Es la depresión un problema de salud en un hogar del adulto mayor? Rev Cubana Enfermer [online]. 2003 may [citado 26 Marzo 2007]; 19(2). Disponible en: <http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192003000200006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-0319.
68. Instituto Nacional de Estadística de Venezuela (INE). Datos demográficos y proyecciones poblacionales 2003 [Citado 26 Marzo 2007]. Disponible en: URL: www.ine.gov.ve.
69. Bonnefoy M, Cornu C, Normand S, Boutitie F, Bugnard F, Rahmani A, Lacour JR, Laville M. The effects of exercise and protein-energy supplements on body composition and muscle function in frail elderly individuals: a long-term controlled randomized study. British J Nutr. 2003; 89(5): 731-9.
70. Margetts BM, Thompson RL, Elia M, Jackson AA. Prevalence of risk of undernutrition in associated with poor health status in older people in the UK. Eur J Clin Nutr 2003; 57(1): 69-74.
71. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN Guidelines for Nutritional Screening 2002. J Clin Nutr [Online]. 2003 oct [Citado 26 Marzo 2007]; 22. Disponible en: http://www.google.co.ve/search?q=DISCAPACIDAD+FISICA+ADULTO+MAYOR&hl=es&lr=&as_qdr=all&start=30&sa=N
72. OPS. Mantenerse en forma para la vida: necesidades nutricionales de los adultos mayores. Washington (DC): OPS; 2004. (Publicación Científica y Técnica; 595).
73. Peña E, Solano L, Portillo Z, Meertens de Rodríguez L. Estado Nutricional de ancianos institucionalizados de Valencia. Estado Carabobo. Arch Latinoam Nutr [Online]. 1998 oct [Citado 26 Marzo 2007]; 48. Disponible en: http://www.google.co.ve/search?q=DISCAPACIDAD+FISICA+ADULTO+MAYOR&hl=es&lr=&as_qdr=all&start=30&sa=N
74. Sotillo C, Spizzo R. Evaluación Antropométrica Nutricional de Adultos de una comunidad de Damnificados. J Malnutrición [Online]. 2003 ene [Citado 26 Marzo 2007]; 28. Disponible en: http://www.google.co.ve/search?q=DISCAPACIDAD+FISICA+ADULTO+MAYOR&hl=es&lr=&as_qdr=all&start=30&sa=N
75. Rodríguez N, Hernández R, Herrera H. Estado nutricional de adultos mayores institucionalizados venezolanos. Investigación clínica. [Online]. 2005 sep [Citado 26 Marzo 2007]; 46(3). Disponible en World Wide Web: <http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332005000300003&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0535-5133.
76. Envejecimiento Saludable. [escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF/EnvejSaludable.pdf] [Actualizado 12 Mayo 2005; Citado 26 marzo 2007]. Disponible en: http://www.google.co.ve/search?q=DISCAPACIDAD+FISICA+ADULTO+MAYOR&hl=es&lr=&as_qdr=all&start=30&sa=N
77. Malagón Cruz Y, Guevara González A. Enfoques de la Situación de Salud del Adulto Mayor. Cuba .2004. [Actualizado 12 Mayo 2005; Citado 26 marzo 2007]. Disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?q=ENFERMEDADES+CR%3A%93NICAS+NO+TRANSMISIBLES+ADULTO+MAYOR&hl=es&lr=&start=40&sa=N>
78. Martínez Querol C, Pérez Martínez VT, Rosello Leyva A. La fragilidad: un reto a la atención geriátrica en la APS. Rev Cubana Med Gen Integr [Online] 2005, ene [citado 26 Marzo 2007]; 21(1-2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-2125.

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente doy consentimiento de participar en la investigación llevada a cabo por la doctora Alicia del Rosario Ramírez Pérez en aras de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores de este sector, y conociendo que los datos que yo aporte serán manejados con toda la ética profesional según lo establecido.

Nombre y Apellido del paciente

Cédula de Identidad

Firma

ANEXO 2. ÍNDICE DE KATZ

Nombre del paciente: _____

Actividad: bañarse

Guía para evaluación

I = Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda sólo para lavarse alguna parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda.

A = Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, y/o recibe ayuda para entrar y salir de la bañera.

D = Totalmente incapacitado para darse un baño por sí mismo.

Información obtenida del paciente: **I A D**

Información obtenida del informante: **I A D**

Actividad: vestirse

Guía para evaluación

I = Coge la ropa y se viste completamente, o recibe exclusivamente ayuda para atarse los zapatos.

A = Recibe ayuda para coger la ropa y/o vestirse completamente.

D = Totalmente incapacitado para vestirse por sí mismo.

Información obtenida del paciente: **I A D**

Información obtenida del informante: **I A D**

Actividad: usar inodoro

Guía para evaluación

I = Va al inodoro, se limpia y se ajusta la ropa.

A = Recibe ayuda para acceder al inodoro, limpiarse, ajustarse la ropa y/o recibe ayuda en el uso del orinal.

D = Totalmente incapacitado para usar el inodoro.

Información obtenida del paciente: **I A D**

Información obtenida del informante: **I A D**

Actividad: movilidad

Guía para evaluación

I = Se levanta y se acuesta de la cama él solo, se levanta y se sienta de una silla él solo, se desplaza solo.

A = Recibe ayuda para levantarse y/o acostarse de la cama y/o de la silla. Necesita ayuda para desplazarse, utiliza bastón.

D = Necesita ayuda para levantarse y/o acostarse, de la cama y/o de la silla. Necesita ayuda para desplazarse o no se desplaza.

Información obtenida del paciente: **I A D**

Información obtenida del informante: **I A D**

Actividad: continencia

Guía para evaluación

I = Controla completamente los esfínteres de la micción y defecación.

A = Incontinencia en la micción y/o defecación, parcial o total, o necesita control parcial o total por enema, sonda o uso reglado de orinales.

D = Depende totalmente de sonda o colostomía.

Información obtenida del paciente: **I A D**

Información obtenida del informante: **I A D**

Actividad: alimentarse

Guía para evaluación

I = Sin ayuda.

A = Necesita ayuda para comer o necesita ayuda sólo para cortar carne o untar el pan.

D = Es alimentado por sondas o vía parenteral.

Información obtenida del paciente: **I A D**

Información obtenida del informante: **I A D**

Códigos: **I** = Independiente; **A** = Requiere asistencia; **D** = Dependiente.

Puntuación de las respuestas: I = 1; A = 0,5; D = 0

Si la suma total de las 6 respuestas es menor de 6 existe discapacidad física.

No existe discapacidad física si la suma total es igual a 6.

ANEXO 3. ESCALA DE LAWTON

Nombre del paciente: _____

Actividad: Capacidad para usar el teléfono

Guía para evaluación

I = Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada.

A = Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a la operadora en caso de emergencia pero necesita ayuda en marcar los números.

D = Totalmente incapacitado para realizar una llamada por teléfono por si mismo.

Información obtenida del paciente: **I A D**

Información obtenida del informante: **I A D**

Actividad: Uso de medios de transporte

Guía para evaluación

I = Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio auto.

A = Sólo viaja si lo acompaña alguien.

D = No puede viajar en absoluto.

Información obtenida del paciente: **I A D**

Información obtenida del informante: **I A D**

Actividad: Ir de compras

Guía para evaluación

I = Realiza todas las compras con independencia.

A = Necesita compañía para realizar cualquier compra.

D = Totalmente incapaz de ir de compras.

Información obtenida del paciente: **I A D**

Información obtenida del informante: **I A D**

Actividad: Preparación de la comida

Guía para evaluación

I = Organiza, prepara y sirve las comidas adecuadamente con independencia.

A = Calienta, sirve y prepara comidas ligeras pero no puede mantener una dieta adecuada sin ayuda.

D = Necesita que le preparen y sirvan las comidas.

Información obtenida del paciente: **I A D**

Información obtenida del informante: **I A D**

Actividad: Control de sus medica-mentos

Guía para evaluación

I = Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta.

A = Toma su medicación si alguien se lo recuerda y le prepara la dosis.

D = No es capaz de administrarse su medicación.

Información obtenida del paciente: **I A D**

Información obtenida del informante: **I A D**

Actividad: Manejo de sus asuntos económicos

Guía para evaluación

I = Maneja los asuntos económicos con independencia.

A = Realiza los gastos cotidianos pero necesita ayuda para manejar su cuenta de banco y hacer grandes compras, etcétera.

D = Incapaz de manejar su dinero.

Información obtenida del paciente: **I A D**

Información obtenida del informante: **I A D**

Códigos: I = Independiente; A = Requiere asistencia; D = Dependiente.

Puntuación de las respuestas: I = 1; A = 0,5; D = 0

Si la suma total de las 6 respuestas es menor de 6 existe discapacidad física.

No existe discapacidad física si la suma total es igual a 5 ó 6.

ANEXO 4. MINI MENTAL MODIFICADO

Nombre del paciente: _____

1. Por favor, dígame la fecha de hoy.

Anote un punto por cada respuesta correcta.
Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana.

Mes _____
Día mes _____
Año _____
Día semana _____

Total: _____

2. Ahora le voy a nombrar tres objetos.

Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta
los que recuerde, en cualquier orden.
Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más
adelante.
Anote un punto por cada objeto recordado en el primer intento.

Número de repeticiones: _____

Árbol _____
Mesa _____
Avión _____

Total: _____

3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me
los repita al revés: 1 3 5 7 9

Al puntaje máximo de 5 se le reduce uno por cada número
que no se mencione, o por cada número que se añada,
o por cada número que se mencione fuera del orden indicado.

Respuesta del paciente _____

Respuesta correcta: 9 7 5 3 1

Total: _____

Comportamiento del envejecimiento. Una evaluación desde el corazón de Barrio Adentro

4. Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas.

Entreguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente

Toma papel _____

Dobla _____

Coloca _____

Total: _____

5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y usted repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora ¿cuáles recuerda?

Anote un punto por cada objeto recordado

Árbol _____

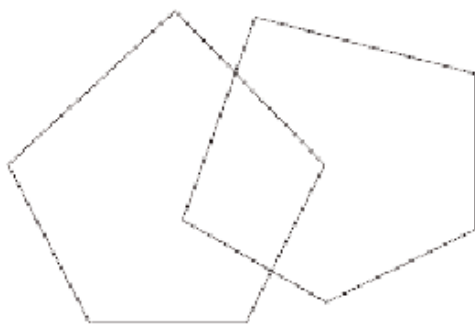
Mesa _____

Avión _____

Total: _____

6. Por favor copie este dibujo:

Muestre al entrevistado el dibujo con dos figuras que se cruzan. La acción está correcta si las figuras no se cruzan más de la mitad. Anote un punto si el objeto está dibujado correcto.



Correcto: _____

Total: _____

Sume los puntos anotados en los totales de las preguntas 1 a 6.

Suma total: _____

Suma total máxima: 19 puntos.

Presencia de deterioro mental cuando la suma total es inferior a 14.

Ausencia de deterioro mental cuando la suma total es superior a 13.

ANEXO 5. ESCALA DE PFEIFFER

Nombre del paciente: _____

Instrucciones. Muéstrole al informante una tarjeta con las siguientes opciones y lea las preguntas. Anote la puntuación como sigue:

Si es capaz	0
Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo	0
Con alguna dificultad, pero puede hacerlo	1
Nunca lo ha hecho y tendría dificultad ahora	1
Necesita ayuda	2
No es capaz	2

1. ¿Es (nombre del paciente) capaz de manejar su propio dinero?
2. ¿Es (nombre) capaz de hacer las compras sólo?
3. ¿Es (nombre) capaz de calentar el agua para el café o el té y apagar la estufa?
4. ¿Es (nombre) capaz de preparar la comida?
5. ¿Es (nombre) capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario?
6. ¿Es (nombre) capaz de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un artículo de periódico?
7. ¿Es (nombre) capaz de recordar compromisos y acontecimientos familiares?
8. ¿Es (nombre) capaz de administrar o manejar sus propios medicamentos?
9. ¿Es (nombre) capaz de andar por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?
10. ¿Es (nombre) capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?
11. ¿Es (nombre) capaz de quedarse solo en la casa sin problema?

Suma la puntuación de las respuestas de acuerdo con la puntuación indicada y anote el total. La puntuación máxima puede ser de 33 puntos. Si la suma es de 6 puntos o más sugiere déficit cognitivo.

ANEXO 6. CUESTIONARIO MÉDICO

A. Estado civil:

- 1___ Soltero.
- 2___ Casado.
- 3___ Viudo.

B. Ocupación:

- 1___ Jubilado activo.
- 2___ Jubilado pasivo.

C. Convivientes:

- 1___ Vive solo.
- 2___ Acompañado.

D. Independencia Económica:

- 1___ Recibo pensión por jubilación que me alcanza para los gastos de primer orden.
 - 2___ Recibo pensión por jubilación que no me alcanza para los gastos de primer orden.
 - 3___ No tengo entrada económica alguna.
 - 4___ Tengo entrada económica pero mis familiares me la quitan.
 - 5___ A pesar de todo recibo ayuda de mi familia o amigo y me siento independiente económicamente.
 - 6___ Recibo ayuda de mi familia o amigo y no me siento independiente económicamente.
- Observación a realizar del tema o aclaración: _____

E. Función que ocupa dentro del núcleo familiar (autonomía):

- 1___ Mi opinión se tiene en cuenta ante los problemas de la familia de la vida diaria.
- 2___ No tienen en cuenta mi criterio ante algún problema de la familia.
- 3___ Cuando expreso mi opinión me rechazan.
- 4___ No me interesa que me pregunten mi opinión, pues la he delegado en un familiar, el cual la toma decisiones por mí, pues le tengo entera confianza.

F. ¿Está incorporado al círculo de abuelo? Sí___ No___.

G. En caso de respuesta afirmativa:

- 1___ Para realizar ejercicios físicos.
- 2___ Busco apoyo emocional, lo que me falta en mi casa.
- 3___ Me siento bien participando en actividades con personas de mi misma edad.

H. ¿Practica usted el tabaquismo? Si___ No___

I. ¿Consume diariamente algún medicamento? Si___ No___

J. ¿Cuál medicamento? _____

K. En su alimentación:

Le gusta comer con aleros de mesa: Si___ No___

Cocina los alimentos con sal de cocina: Si___ No___

Le gusta consumir diariamente alimentos fritos: Si___ No___

Le gusta consumir carnes: Si___ No___

Le gusta consumir vegetales: Si___ No___

Exploración de Síntomas Depresivos

L. ¿Se ha sentido alguna vez con deseos de llorar? Si___ No___

M. En caso positivo diga la causa_____

N. Ha sentido usted pérdida del interés por lo que lo rodea. Si___ No___

O. Tiene dificultad para conciliar el sueño con frecuencia. Si___ No___

Toma medicamento para la pérdida del sueño: _____

P. Tiene inapetencia con frecuencia: Si___ No___

Q. Ha tenido usted ideas de suicidio: Si___ No___

Gracias por su atención

ANEXO 7. MINI-TAMIZAJE DE NUTRICIÓN EN LA COMUNIDAD

Nombre del paciente: _____

A. Evaluación médica

Tiene enfermedad o condición que le hace cambiar la clase de comida o la cantidad de alimento que come	2
Come menos de dos comidas al día	3
Come pocas frutas, vegetales o productos de leche	2
Toma tres o más bebidas de cerveza, licores o vino casi todos los días	2
Tiene problemas con los dientes o la boca que le dificultan el comer	2
No siempre tiene suficiente dinero para comprar los alimentos que necesita	4
Come solo la mayor parte de las veces	1
Toma al día tres o más medicinas diferentes, recetadas o sin recetas	1
Ha perdido o ganado, sin querer, 5 Kg, en los seis últimos meses	2
Físicamente no puede ir de compras, cocinar o alimentarse	2

Por cada respuesta afirmativa a la cuestión indicada puntúe el número que se indica. Si la respuesta es negativa puntúe 0.

Si la suma de las puntuaciones totales es:

- Inferior o igual a 6: estado nutricional satisfactorio.
- Igual a 7: riesgo de mal nutrición.
- Superior a 7 puntos: mal nutrición.

B. Valoración subjetiva del paciente

El paciente se considera a sí mismo:

- 2 Con malnutrición severa
- 1 No lo sabe o malnutrición moderada
- 0 Sin problemas nutricionales

En comparación con otras personas de su edad ¿cómo considera su salud?

- 2 No tan buena
- 1,5 Igualmente buena
- 1 No lo sabe
- 0 Mejor

La situación nutricional definitiva del paciente queda reflejada por la suma de la puntuación total del acápite A y de las puntuaciones de las dos cuestiones del acápite B, que podrá tener un valor máximo de 25 que corresponde a malnutrición muy severa.