

Universidad Ciencias Médicas Ciego De Ávila,
Policlínico Comunitario Docente Sur, Morón.

TITULO: Caracterización de los adultos mayores del consultorio 11 del policlínico sur en el periodo enero a diciembre de 2016.

AUTOR: Dr. Geizi David Torres Martínez.

Ciego de Ávila, 2017

Universidad Ciencias Médicas de Ciego De Ávila

Policlínico Comunitario Docente Sur, Morón.

TITULO: Caracterización de los adultos mayores del consultorio 11 del policlínico sur en el periodo enero a diciembre de 2016.

Tesis en opción al título de Especialista de Primer Grado en

Medicina General Integral

AUTOR: Dr. Geizi David Torres Martinez. Médico Residente de Segundo Año de Medicina General Integral. Policlínico Docente Sur.

Tutor: Dr. Moisés Olazabal Quintero. Especialista primer grado Medicina General Integral. Profesor Instructor. Policlínico Docente Sur.

Ciego de Ávila, 20

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo para caracterizar la población adulto mayor del consultorio del Área de Salud Sur en el período de enero a diciembre del 2016. El universo estuvo constituido por todos los pacientes mayores de 60 años pertenecientes a dicha comunidad siendo un total de 224 que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Predominaron las edades entre 60 y 69 años, el sexo femenino, constituyo más de la mitad de la población del grupo estudiado, solo 28 adultos se encuentran incorporados al Círculo de abuelos, las edades que presentan más participación están entre 60-64 años, siendo el sexo masculino el de mayor participación. Más de mitad de los adultos viven en el seno de familias entre moderadamente funcionales y funcionales. Predominando entre los ancianos el nivel de escolaridad primario, la ocupación jubilados, el estado civil viudos o solteros sobretodo en el sexo femenino y más de la mitad refiere no estar satisfechos desde el punto de vista económico. En cuanto a la dispensarización predominan los enfermos y dentro de estos el sexo masculino, de igual forma en las ECNT siendo la más frecuente la HTA, el factor de riesgo más encontrado fue la obesidad a predominio del sexo femenino, más de un cuarto presenta alguna discapacidad siendo la más frecuente la intelectual predominando en el sexo masculino, a pesar de ello la mayoría no son frágiles de acuerdo a la evaluación geriátrica. La principal causa de hospitalización son las crisis hipertensivas a predominio del sexo femenino, y ocurren en el periodo estudiado un total de 24 fallecimientos con mayor afectación en el sexo masculino y se identificó como la primera causa de muerte las neumonías.

Palabras claves: adulto mayor, envejecimiento.

ÍNDICE

PÁGINAS.

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	MARCO TEÓRICO	4
III.	MATERIALES Y MÉTODOS	17
IV.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	23
V.	CONCLUSIONES	51
VI.	RECOMENDACIONES.....	52
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

I. INTRODUCCION

Sobre el adulto mayor y los factores relacionados con este período de la vida, se escribe desde diferentes perspectivas y con más amplitud en los últimos años. Esto obedece fundamentalmente a la preocupación cada vez más creciente en las sociedades contemporáneas por las personas mayores de 60 años, las cuales representan el grupo de edad que más rápidamente crece en el mundo. (1)

El envejecimiento es un proceso que se puede definir como los cambios estructurales y funcionales que ocurren después de alcanzar la madurez reproductiva, que implica una disminución de la capacidad de adaptación ante factores nocivos y tiene como consecuencia un aumento de las probabilidades de muerte en el tiempo y de discapacidades de diferente índole. (2)

Los adelantos científicos técnicos en general y el mejoramiento de las asistencias médicas y de enfermerías han hecho posible que la población mundial envejezca y aumente por tanto el grupo de mayores de 60 años a un ritmo más acelerado que el resto de la población, por lo que debe implementarse más estudios científicos sobre la población de adultos mayores. (3)

En este sentido lo principal es que el anciano tome conciencia de su posición en la sociedad y en la comunidad en que vive, mediante su comparación con las personas maduras que lo rodean, y muy fundamental es la atención y concientización de la familia de su rol en la sociedad para mejorar su atención en la salud. En el pasado, se interpretaba la ancianidad como sinónimo de enfermedad, debilidad, pérdida de la capacidad de trabajar, asociada a teorías involucionistas. Sin embargo, hoy el hombre de mayor edad se ha convertido en una figura importante en el orden social, donde muchos especialistas lo ubican en una etapa conflictiva no solo para el que la vive, sino además, para los profesionales que se dedican a investigar la misma; médicos, psicólogos, asistentes sociales, etc.; así como para sus familiares, amigos y vecinos. (1,3)

La creciente esperanza de vida permite suponer que el contacto intergeneracional será cada vez mayor, conviviendo los más jóvenes con los más viejos. Esto obligará a proyectar acciones e iniciativas para atender a un grupo poblacional cada vez más amplio y como consecuencia se incrementará el uso de los servicios sociales y médicos. Este fenómeno es hoy considerado como una alarma de alcance mundial; basta decir, que en 1950 había alrededor de 400 millones de personas de 60 años o más, cifra que aumentó en 1975 a 500 millones y en el año 2000 a 700 millones, indicando las proyecciones demográficas de las Naciones Unidas para el año 2025 un incremento de 1200 millones de personas de esta edad, lo cual significa un aumento de 224 % con respecto a 1975. Durante este mismo periodo, la población mundial total aumentó de 4100 a 8100 millones o sea un 102 %, constituyendo las personas de edad avanzada el 13,5 % de la población mundial en los momentos actuales. Las continuadas tendencias mundiales hacia una menor fecundidad y la mayor esperanza de vida han elevado el fenómeno del envejecimiento de la población a un nivel de prominencia jamás alcanzado; siendo El Caribe conjuntamente con América Latina una de las regiones más viejas del mundo.(4,5)

Dentro de los programas priorizados, en Cuba se encuentra el Programa de Atención al Adulto Mayor en el cual se plasman las actividades a desarrollar por el médico y la enfermera de la familia, relacionadas con la promoción de salud y la prevención de enfermedades. Estas actividades persiguen que este grupo tenga un mejor control de la salud y al mismo tiempo que mejoren. Dentro de estos programas se incluyen los dirigidos a mejorar la calidad de vida ya sea mediante actividad física, integración social, control de hábitos tóxicos, vida más sana, empleo del tiempo libre y otros.

En nuestra investigación, Caracterización de los adultos mayores, del consultorio médico de familia número 11. Nos proponemos conocer las características generales y particulares que en el ámbito de salud y social se manifiestan en esta comunidad de adultos mayores. Como problemática fundamental para llevar a cabo la misma tenemos la no existencia en la comunidad de antecedentes sobre las características sociales y de salud sobre la población de adultos mayores. Teniendo en cuenta la

importancia y la prioridad que ha tomado el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor, se realizó esta investigación, para determinar algunas características del envejecimiento en la población de 60 años y más, del consultorio médico No. 11, correspondiente al policlínico "Sur" de Morón. (6)

OBJETIVOS

Objetivo general:

Caracterizar la población adulto mayor del Consultorio No 11 perteneciente al área de salud del Policlínico Sur en Morón, Ciego de Ávila, en el período comprendido entre enero y diciembre de 2016.

Objetivos específicos:

- Distribuir la población de adultos mayores según edad y sexo.
- Distribuir la población de adultos mayores según Incorporación al Círculo de Abuelos, edad y sexo.
 - Funcionamiento Familiar.
 - Nivel de escolaridad.
 - Ocupación
 - Satisfacción económica.
 - Estado civil.
 - Grupo Dispensarial.
 - Factores de riesgo de Enfermedades Crónicas No transmisibles.
 - Enfermedades Crónicas No transmisibles.(ECNT)
 - Tipo de Discapacidad.
 - Evaluación Geriátrica.
 - Evaluación Nutricional.
 - Causas de hospitalización.
 - Causas de muerte.

II. MARCO TEORICO

Según la definición usual el envejecimiento empieza en el momento en el que la capacidad físico-psicológica supera su momento más álgido y comienza un paulatino proceso de declive. Debido a que este declinar se produce en cada individuo de forma distinta, solo es posible manifestar generalidades acerca del envejecimiento en sí. (6)

En Cuba, a partir del año 1959, se comenzó un trabajo muy serio desde el punto de vista social, legislativo, como de asistencia médica, que garantizará la salud y la asistencia social para los adultos mayores y el disfrute de una vejez con óptima calidad de vida. La actual esperanza de vida al - 72,5 años - coloca a nuestro país en una situación privilegiada dentro del hemisferio y al mismo tiempo señala la dedicación de recursos humanos y materiales que el Estado Cubano ha puesto al alcance de toda la población. El hecho de que en el año 2 000 se habrá incrementado esta población, y que la OMS haya trazado metas importantes de "Salud Para Todos en el Año 2 000" obliga, por así decirlo, a revisar y educar nuestros actuales programas de atención al adulto mayor.

Nuestro primer programa surge en 1974, y en 1985 se incorpora la variante de atención del médico de familia y su equipo. Actualmente las necesidades y demandas de los adultos mayores asumen categorías superiores y las respuestas tradicionales resultan insuficientes. La favorable estructura sociopolítica en el país constituye un potencial de ayuda para acondicionar todas estas premisas en un nuevo programa, que además de contemplar todo lo anterior fuera capaz de asegurar la participación activa de la familia, la comunidad y las organizaciones políticas y no gubernamentales en un trabajo colectivo donde el protagonista principal fuera el adulto mayor. (6,7)

En Cuba la pirámide poblacional se ha transformado con gran rapidez, se ha incrementado la expectativa de vida elevándose a 75 años, y se plantea que es uno de los países más envejecidos de América Latina. La magnitud alcanzada en este orden constituye un elemento a tener en cuenta por cuanto es en la tercera edad

donde el individuo necesita ser reconocido en cuanto a su valía como ser humano, siendo útil y productivo.(7)

En cuanto al adulto mayor se refiere, es necesario establecer sub-clasificaciones, ya que dentro este grupo, por la diversidad de factores que inciden negativa o positivamente en su estado de salud y capacidad de rendimiento físico, se encuentran adultos mayores con características físico-funcionales particulares, independientemente de su edad cronológica según la escala geriátrica.

Se considera adulto mayor teóricamente sano, a quien ha logrado una “Vejez exitosa”, ya que conserva totalmente su independencia, aun cuando pueda sufrir algún padecimiento crónico-degenerativo, pero que por su propia naturaleza no representa una limitación para la realización de las actividades de la vida diaria y que es fácilmente controlable médicamente.

Adulto mayor enfermo. Es portador de uno o varios padecimientos crónico-degenerativos inestables, que requieren de un estricto control médico, sin complicaciones graves, con algunas limitaciones para la realización de las actividades diarias, pero que mantienen cierta independencia social y familiar.

Adulto mayor frágil, es una persona que sufre una o varias enfermedades crónico degenerativas, por lo regular complicadas, que ha perdido su independencia y permanece recluido en el seno familiar o se encuentra institucionalizado.

El envejecimiento biológico está supeditado a los estilos de vida observados durante la juventud, de tal forma que es posible encontrar personas de edad avanzada “bien conservada”, en tanto que otras, relativamente jóvenes se consumen con mayor rapidez, ante la existencia de ciertos padecimientos de inicio silencioso o deterioro funcional anticipado, que en sus inicios cursan sin evidencia clínica, más cuando son exigidos a realizar un esfuerzo mayor del habitual, la deficiencia funcional se hace manifiesta, como resultado de un mal funcionamiento orgánico. Sin embargo esta situación puede ser frenada o revertida, a cualquier edad, si se modifican los estilos

de vida negativos y se promueve la práctica del ejercicio físico programado acorde a las características morfo-funcionales del sujeto. (8).

Cambios en la vejez.

La vejez es la etapa final del proceso de envejecimiento, entendido este como el conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales, normal e inherente a todo individuo que deja huella en el nivel físico y en el comportamiento de cada uno, reflejado en el estilo de vida y en su interacción con el medio, y que repercute en el sistema social y económico de la sociedad, irreversible y constante, que se inicia desde el nacimiento mismo y está constituido por una serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos, y que se caracteriza por la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y de la capacidad de reserva del organismo ante los cambios. Se puede afirmar que el envejecimiento conlleva una serie de cambios a nivel cardiovascular, respiratorio, metabólico, músculo esquelético y motriz, que reducen la capacidad de esfuerzo y resistencia al estrés físico de los mayores, también reduce su autonomía, calidad de vida, habilidad y capacidad de aprendizaje motriz. (9)

Dentro de estos cambios estructurales o modificaciones biológicas, que influyen considerablemente en la personalidad y rendimiento de los individuos de la tercera edad se enfatizan: Sistema endocrino: hay un aumento de células cromóforas hipofisarias, tendencia a la aparición de micro adenomas en hipófisis, tiroides y suprarrenales, pérdida progresiva de tejido glandular sustituido por áreas de fibrosis (tiroides, suprarrenales, gónadas), pérdida de islotes de Langerhans pancreáticos, sustituidos por otros en número menor pero de mayor tamaño, y pérdida de receptores. Se produce por lo tanto una alteración de la tolerancia a la glucosa, aumentan los valores séricos de noradrenalina, vasopresina e insulina, mientras disminuyen los de estrógenos, aldosterona y andrógenos; también hay un descenso en la conversión de T4 en T3.

Aparato respiratorio: hay una calcificación de los cartílagos traqueales, disminución del número y actividad de los cilios, aumento en número y tamaño de las glándulas

mucosas bronquiales, aumento del volumen residual y del "espacio muerto", pérdida del "resorte elástico" y de la elasticidad pulmonar, reorganización de la arquitectura alveolar con aplanamiento de los alvéolos y pérdida de superficie interna del pulmón. Pérdidas en el aparato de sostén (vértebras, discos, cartílagos costales y musculatura auxiliar). Por lo tanto hay un aumento del volumen residual, disminuyendo la capacidad vital en 20 a 25 ml/ por año a partir de los 25 a 30 años. Hay una disminución del flujo respiratorio máximo en el primer segundo, a razón de 25 a 30 ml/ año. Hay una disminución de la respuesta a la hipoxia, e hipercapnia, probablemente a causa de una disminución en la respuesta de los baroreceptores centrales y periféricos.

Sistema cardiovascular: hay un enlentecimiento del llenado diastólico precoz, aumento del llenado diastólico tardío, se mantiene el volumen diastólico final. Hay un incremento de las resistencias periféricas, así como una disminución de la capacidad de respuesta a la modulación beta-adrenérgica. Ante el esfuerzo, el aumento de la frecuencia cardiaca es menor que en el joven.

Aparato digestivo: hay una menor producción de saliva, pérdidas frecuentes de piezas dentarias, tendencia a la atrofia y a la diferenciación funcional de toda la mucosa gastrointestinal. Hay zonas de gastritis atrófica, reducción del número de glándulas mucosas y tendencia a la aparición de divertículos. Hay mayor incontinencia del esfínter esofágico inferior; hay un descenso de la secreción ácida y de pepsina; enlentecimiento del tránsito intestinal, y disminución en el hígado de la síntesis de proteína.

Sistema nervioso: pérdida de peso del cerebro (10% entre los 20 y 90 años), aumento del tamaño de los surcos interhemisféricos y de los ventrículos cerebrales, fibrosis, calcificación y osificación de las meninges; pérdida irreversible de neuronas, fenómenos de neuroplasticidad (neuroconexiones dendríticas), cambios en la membrana plasmática neuronal, aumento progresivo de "hallazgos problema": cuerpos de Lewy, ovillos neurofibrilares, placas seniles, degeneración gránulo-vacuolar, distrofia neuroaxonal. Disminuye la habilidad para procesar nueva

información. Hay una disminución de la memoria sensorial y de fijación, pero no se altera la de evocación.

Sistema nefrourológico: hay una reducción en el volumen y peso del riñón, despoblación nefronal progresiva, más acusada en la cortical, reducción progresiva de la superficie de filtración de la membrana basal glomerular, aumento de tejido mesangial, aparición de micro divertículos en la porción distal del túbulo, pérdidas en el tono muscular vesical, trabeculación de la mucosa vesical y pérdida de su elasticidad. Aumento progresivo del tamaño de la próstata, con pérdida del tejido noble e hiperplasia glandular. Disminución del flujo sanguíneo renal en un 10% cada 10 años. Disminuye la capacidad de concentrar la orina, así como la de excreción o conservación de sodio. Disminuye la capacidad para posponer la micción, habiendo una mayor prevalencia de las contracciones involuntarias del músculo detrusor.

Sistema hematopoyético: hay reducción a un tercio de la superficie medular activa entre los 20 y los 70 años. Mayor segmentación nuclear y granulación citoplasmática de los leucocitos. Disminución del tejido hematopoyético, con descenso de la actividad de la médula ósea. Los parámetros hematológicos no cambian; si se ha observado un aumento de la fragilidad osmótica de los hematíes.

Sistema osteomioarticular: se produce una pérdida de masa ósea, con tendencia a la osteoporosis. El cartílago articular tiene menor elasticidad, con una superficie más fina y friable. Aparición de pequeños desgarros (fibrilaciones). Pérdida de viscosidad del líquido sinovial. Aumento de la actividad osteoclástica y disminución de la osteoblástica, lo que trae como resultado una pérdida de masa ósea. Hay una reducción de la masa corporal magra, sobre todo a expensas del musculoesquelético. Aparece o se acentúa la sarcopenia, disminución gradual de masa muscular y la fuerza. Hay una mayor rigidez de los tendones, con pérdida de su contenido hídrico. También hay una degeneración y disminución del espacio intervertebral.

Piel y tejido conjuntivo: tendencia a la atrofia con pérdida de elasticidad, aparición de manchas, sequedad progresiva y en ocasiones aparece prurito. Hay una disminución

del recambio epidérmico y de la irrigación sanguínea dérmica; igualmente, hay una pérdida y adelgazamiento de la unión dermoepidérmica. Se atrofian las glándulas sudoríparas, por lo que hay una disminución de la sudación; aparecen arrugas, encamamiento del pelo y alopecias. Se produce un retraso en la cicatrización.

Órganos de los sentidos: en la visión hay una tendencia a la miosis, con disminución de la reacción pupilar a la luz; hay un engrosamiento del cristalino, disminución de la acomodación y aparición de la presbicia; igualmente disminuye la sensibilidad a los colores y la capacidad de adaptación a la oscuridad y a la luz; en la córnea puede aparecer un anillo periférico de depósitos de lípidos. En cuanto a la audición podemos decir que hay una pérdida de la elasticidad de la membrana timpánica, cambios degenerativos en las superficies auriculares de los huesecillos del oído medio; hay también, atrofia de células cocleares y descenso de neuronas auditivas, por lo que hay una mayor incidencia de la presbiacusia; disminuye la sensibilidad ante frecuencias altas. (8, 9,10)

Por otra parte, se debe tener en cuenta que en estas edades también se producen modificaciones en el orden psíquico; el enlentecimiento de los procesos de aprendizaje, altera la retención y comprensión; hay deterioro de la memoria reciente, como ya se había dicho; disminuye la atención, el deseo sexual; puede haber desinterés por la vida, debido a la pérdida de seres queridos u otros sucesos; igualmente, pueden predominar los sentimientos de soledad, abandono y tristeza, así como una marcada irritabilidad. Es importante recalcar que estos aspectos no tienen el mismo comportamiento en todas las personas, pues el hecho de que un sujeto se adapte al proceso de envejecimiento depende mucho de la personalidad que éste ha desarrollado en etapas anteriores. Se plantea que "se envejece tal como se ha vivido". (9,10)

Basándose en lo anteriormente expuesto, se puede constatar que las personas mayores presentan unas necesidades sanitarias cualitativamente diferentes. En ellos coexisten un promedio de seis enfermedades, aunque el médico que lo atiende puede no ser consciente de la mitad de ellas. Por lo tanto, el cuidado de las personas

mayores con múltiples trastornos requiere una gran habilidad diagnóstica, analítica, sintética e interpersonal. Con frecuencia la familiarización del médico con la conducta y la historia del paciente, (incluyendo su estado mental) es la base del reconocimiento precoz de un trastorno, que permite tomar decisiones que reporten ganancias en el sector de la salud, tratando en gran medida de evitar la hospitalización, ya que representa un riesgo para estos pacientes debido al confinamiento, la exposición agentes biológicos nosocomiales más resistentes a los fármacos, las pruebas diagnósticas y los tratamientos. Los pacientes ancianos hospitalizados con frecuencia experimentan confusión nocturna ("ocaso"), caídas, fracturas sin traumatismo identificable, lesiones por decúbito, incontinencia urinaria, impactación fecal y retención urinaria. (11)

Todas estas recomendaciones están recogidas en los conceptos de la Geriátría, cuyas bases se desarrollaron en el Reino Unido durante la segunda mitad del siglo XX, después de la Segunda Guerra Mundial. En aquellos años existía la idea de que la vejez y la enfermedad eran conceptos sinónimos y que no había expectativas preventivas ni terapéuticas para los ancianos enfermos, y en consecuencia, se producía un inadecuado manejo de sus enfermedades agudas y muchos problemas se veían cronificados, aparecían complicaciones como la pérdida de la movilidad, la confusión mental o la incontinencia que se atribuían equivocadamente a la propia edad de los pacientes en lugar de a una falta del tratamiento adecuado en el momento oportuno. (9, 12,13)

Los primeros geriatras surgen en los hospitales de larga estancia de los años cuarenta y comienzan a comprobar cómo muchos de sus pacientes, a los que llamaban "ancianos enfermos crónicos", eran capaces no sólo de mejorar sino también de recuperar la autonomía e incluso ser dados de alta tras el tratamiento adecuado. En los años siguientes las unidades geriátricas se extienden en los hospitales ingleses, y surgió pronto el interés por conocer qué diferencias tenían los ancianos que ingresaban en las plantas de Medicina Interna de los que ingresaban en las de Geriátría. (13)

En 1969, Bernard Isaacs, del Hospital *Royal Infirmary* de Glasgow, publica un importante trabajo comparativo en el que describe que los factores médicos que caracterizan a los pacientes geriátricos son la mayor frecuencia de una serie de problemas a los que denominó "síntomas", y que fueron referidos anteriormente, los ictus, las caídas, la pérdida de la deambulaci3n, la incontinencia y las alteraciones mentales. Ésta es, probablemente, la primera descripci3n científica de lo que conocemos hoy como síndromes geriátricos. Unos años más tarde, el mismo autor hace ya una exposici3n más refinada y teórica del tema describiendo a los que llama los 4 "gigantes de la Geriátria" y que considera el campo de acci3n de la especialidad, como son: la inmovilidad, la inestabilidad, la incontinencia y el deterioro intelectual. (8, 9,13)

Los síndromes geriátricos o gigantes geriátricos comparten entre sí una serie de características entre las que están: 1. Elevada frecuencia, su incidencia y prevalencia son elevadas entre la poblaci3n mayor de 60 años en general, aumentando en los mayores de 80 años, las personas hospitalizadas o residentes en instituciones. 2. Tienen carácter sindrómico, cada uno de ellos constituye una forma de presentaci3n (conjunto de síntomas y signos) de diferentes procesos causales. 3. Una vez que aparecen, generan un importante deterioro en la calidad de vida de las personas que los padecen y a menudo generan o incrementan la dependencia de otras personas. (9, 13,14)

Existen otros Síndromes geriátricos en sentido amplio (reconocidos por varios autores), entre los que están: úlceras por presi3n, privaci3n sensorial, malnutrici3n, deshidrataci3n, insomnio, estreñimiento e impactaci3n fecal, depresi3n, hipotermia, fragilidad, iatrogenia.

Igualmente, hay trastornos que aunque se presentan en todas las edades, son más frecuentes en el anciano, entre los que están, la Artrosis, el Cáncer de próstata, el Carcinoma de células basales, la Demencia, la Fractura de cadera, la Diabetes Mellitus tipo 2, y su complicaci3n más grave, el coma hiperosmolar, también son más frecuentes el Herpes Zóster, el Ictus, la Leucemia linfocítica crónica, la Osteoporosis,

el Parkinson, la polimialgia reumática, la Insuficiencia Renal crónica, las Úlceras por presión, entre otras muchas; a su vez, dichos trastornos suelen coexistir en el anciano. La enfermedad de un sistema orgánico debilita a otro sistema, lo que supone el deterioro de ambos y conduce a la enfermedad, la dependencia y, si no se interrumpe, a la muerte. (14,15)

Por lo dicho anteriormente es fácil deducir entonces que la prevención juega un papel primordial en la atención del adulto mayor, la cual es necesaria a todos los niveles, desde primaria, implementando vías de educación para la salud, y asesoramientos, hasta la secundaria, previendo la progresión de enfermedades y la terciaria, tratando de minimizar las complicaciones de las mismas. La prevención en general debe estar dirigida a fortalecer la capacidad funcional de estas personas, debe ser individualizada, y centrada en la enfermedad, la fragilidad, los accidentes y los problemas psicosociales. (1,14)

Según datos de la ONU, en 1950 habían alrededor de 200 000 000 de personas de 60 años o más; mientras que en la actualidad, la Organización Mundial de la Salud, ha informado que hay alrededor de 605 millones de personas en este grupo de edad, y para el 2025 se espera que esa cifra llegue a 1 200 millones (14)

Aunque el proceso de envejecimiento ocurrió primero en países ricos, ahora está ocurriendo, en un 70%, en países pobres. En América Latina y el Caribe, a partir del siglo XX, se han presentado importantes cambios demográficos con un rápido crecimiento de los grupos de personas adultas mayores, pues mientras que la población normal crece un 1,5%, este grupo crece en un 3,5%. En el 2006 existían 50 millones de adultos mayores, pero para el 2025 serán 100 millones y en 2050 aproximadamente 200 millones. (15)

Justamente, este comportamiento ha hecho que desde 1970 las Naciones Unidas vengán llamando la atención sobre el envejecimiento de la población mundial y promoviendo acciones entre sus agencias y las instituciones gubernamentales y no gubernamentales de los países que representan. (15)

Cierto es que el envejecimiento ha figurado en la agenda de dichos países desde la aprobación del Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento en 1982; sin embargo las cumbres sobre pobreza, desarrollo social, y otros marcadores importantes, reflejaban, hasta hace poco una deficiente representación de este grupo, y aunque en la actualidad existen organizaciones que los respaldan, se considera que no es suficiente. (15,16)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), oficina de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en las Américas, inició en 1997, con los esfuerzos y recursos conjuntos de un grupo de científicos y expertos de diferentes instituciones de la Región y de los siete países participantes (Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Cuba, México y Uruguay), un proyecto multicéntrico de investigación llamado "Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe", (SABE), que fue el primero con estas características y permitió tener un diagnóstico de las realidades socio-demográficas y de salud de los adultos mayores en la Región. (17)

Cuba, es un ejemplo de país en desarrollo con significativas cifras de envejecimiento, que nos hace presentar uno de los procesos más importantes del mundo; en el 2007, el 15,3% de nuestra población eran ancianos, lo que se traduce en una cifra de 1 823 000; y se plantea que dicha cifra puede aumentar al 25% para el 2025, lo que significaría 156 adultos mayores por cada 100 niños, y a más del 30% en el 2050. (18)

El factor clave del proceso de envejecimiento en la población cubana ha sido la acelerada declinación de la fecundidad, que de una tasa de casi 6 para inicios del siglo XX, en el 2006 mostramos una tasa de fecundidad de 1,5 y un crecimiento poblacional por cada 1000 habitantes de – 0,2. (18,19).

Este comportamiento es heterogéneo, con un crecimiento mayor en las zonas rurales que en las urbanas y una mayor proporción en las provincias occidentales y centrales; pero es sin dudas Ciudad de la Habana, la provincia de mayor número, con 400 000 personas incluidas en este grupo de edad, cifra que se espera que aumente en un 23% para el 2020. Dentro de dicha provincia, Plaza de la Revolución

es el municipio de mayor índice de envejecimiento con más de 24 500 ancianos. A su vez, el Policlínico "Héroes del Moncada", enclavado en dicho municipio, presenta como característica particular, el atender a la población más envejecida. (19,20)

En relación con la problemática objeto de estudio, es importante deslindar los límites entre la enfermedad y las manifestaciones propias del proceso de envejecimiento, por lo que algunos autores como Kanc y Jahningen (2000) (1), proponen estratificar el envejecer "normal", en dos categorías: envejecimiento exitoso y envejecimiento usual, en el primero se observa solo el decremento funcional atribuible al proceso de envejecimiento y donde ni la enfermedad, ni los factores ambientales o adversos, en el estilo de su vida se complican o acrecientan el deterioro, mientras que en el envejecimiento usual, se observan cambios determinados por el efecto combinado de la enfermedad y el estilo de vida sobre el proceso de envejecimiento intrínseco.

Se hace necesario comprender que el problema principal de los ancianos consiste en vencer los obstáculos y resolver las dificultades que plantea la adaptación a los cambios psicológicos y sociales que acontecen con los años. La capacidad de adaptación a estos cambios es una característica de la senectud, del envejecimiento normal. La falta de adaptación lleva a la senilidad, al deterioro progresivo y a la desintegración de la personalidad del anciano. (21)

El rol social de la vejez.

A lo largo de nuestra vida desempeñamos un gran número de roles que nos definen tanto social como personalmente. Estos roles se irán desempeñando de acuerdo con una secuencia cronológicamente pautada. Con la edad van cambiando no solamente los roles que nos asignen sino también la forma en que se espera que los llevemos a cabo. Con el envejecimiento, conjuntamente con los cambios orgánicos, las modificaciones del aspecto y el empobrecimiento de las capacidades se produce el cambio de los roles rectores de edades más jóvenes a posiciones de subordinación, lo cual hace vulnerable su calidad de vida. (22, 23)

Desde una perspectiva de humildad, una persona sana, madura, integrada, asume el envejecimiento personal como un proceso natural, implícito en la condición humana. En coincidencia con Rocabruno y Prieto (2004) (2), es válido entender que “envejecer es una vivencia personal impredecible, única en nuestra existencia: es la gran lección que día a día nos da la vida.

Atención primaria en la vejez

Los gobiernos tienen la responsabilidad primaria de establecer normas de atención de la salud para las personas de todas las edades y supervisar su aplicación y de brindar atención de la salud para las personas de todas las edades. Es indispensable, sin embargo, reconocer que los servicios prestados por las familias y las comunidades no pueden reemplazar a un sistema de salud pública eficaz.

Para lograr el envejecimiento activo se necesitarán medidas en una diversidad de sectores, entre los que se incluyen la sanidad, los servicios sociales, la educación, el empleo y el trabajo, la economía, la seguridad social, la vivienda, el transporte, la justicia y el desarrollo rural y urbano. Todas las políticas tienen que apoyar la solidaridad intergeneracional e incluir objetivos específicos para reducir las desigualdades entre hombres y mujeres y entre los distintos subgrupos dentro de la población de más edad. (22,24)

La prolongación de la esperanza de vida ha sido un anhelo de la humanidad; en este sentido, el envejecimiento puede ser considerado un logro en el que mucho ha aportado el desarrollo científico técnico alcanzado. El desarrollo de las ciencias de la educación en general y de las ciencias médicas y de la salud en particular ha demostrado que lo más importante no es que haya un aumento de la expectativa de vida, sino que sea posible envejecer manteniendo una calidad de vida adecuada. (12,24).

Un grupo importante de investigadores considera (Herrera 2001, Rivera Casado y Gil 2005) (3) (4), que, desde el punto de vista conceptual, la calidad de vida es una

definición abstracta y multidimensional, razón por la cual su estudio se debe realizar a partir de un enfoque multidisciplinario. (25)

En el proceso de operacionalización del término calidad de vida en la tercera edad, apareció la definición de <<autonomía>>, constructo que en su desarrollo ha transitado por diferentes acepciones, desde la capacidad del anciano de poder actuar y determinar su régimen de vida hasta la capacidad de una persona para elegir por sí misma las reglas de conducta y la orientación de sus actos.

Al ubicamos específicamente en el tipo de actividad en que nos desempeñamos como profesionales, cabe señalar que las actividades de prevención y promoción como físicas y recreativas son de vital importancia para las personas de esta edad. Y si agregamos que en nuestro país desde el año 1978, la tasa global de fecundidad (que representa el promedio de hijos por mujer), es inferior a la cifra adecuada para permitir el reemplazo poblacional, dando lugar a la principal causa de envejecimiento de la población cubana actual, estamos sin dudas ante uno de los principales retos a enfrentar en próximos años por los especialistas de la cultura física que laboran en nuestras comunidades.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo de algunas variables clínico epidemiológicas de los adultos mayores del consultorio No. 11 perteneciente al Área de Salud del Sur en el período de enero a diciembre del 2016.

El universo estuvo constituido por todos los pacientes mayores de 60 años pertenecientes a dicha comunidad siendo un total de 224 adultos mayores y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: Adultos mayores de ambos sexos pertenecientes al mencionado consultorio.

Criterios de exclusión. Adultos mayores de ambos sexos que se trasladaron hacia otro consultorio.

Técnica y Procedimientos de recolección de la información:

La fuente de obtención de la información fueron las historias clínicas individuales de cada adulto mayor, así como también las historias de salud familiares del consultorio.

Los datos obtenidos, se codificaron, y se procesaron. Se confeccionó una lista en EXCEL, del paquete de aplicaciones Microsoft Office 2007, en la cual se teclearon todos los datos obtenidos según variables del estudio, en la cual se realizó la validación de la entrada de datos. Se realizó la revisión y computación de los mismos.

Definición y operacionalización de las variables:

Variable	Clasificación					Operacionalización		Indicador	
	Cuantitativa		Cualitativa						
	D	C	O	N	P	D	Descripción		Escala
Edad	X						Tiempos de vida en años cumplidos según carne de identidad hasta la fecha de culminación de la investigación	60-64 65-69 70-74 75-79 80-84 85 y mas	Por ciento de adultos mayores según edad
Sexo					x		Característica biológica individual	Masculino Femenino	Por ciento de adultos mayores según sexo
Nivel de escolaridad vencido				x			Educación alcanzada hasta el momento	Primaria sin terminar Primaria Secundaria Preuniversitario Universitario Iletrado	Por ciento de adultos mayores según nivel de escolaridad

Ocupación				x		Trabajo a realizar en el área laboral.	Trabajadores Labor de casa Jubilados Pensionados Desocupados	Porciento de adultos mayores según ocupación
Satisfacción económica				x		Cubrir las necesidades económicas personales.	Satisfecho No satisfecho	Porciento de Adultos mayores según satisfacción
Estado civil				x		Situación tipificada como fundamental en la organización de la comunidad	Soltero Casado Viudo	Porciento de adultos mayores según estado civil
Grupo Dispensarial				x		Es el registro, agrupamiento y control de las personas y familias a él asignadas: personas supuestamente sanas, en riesgo, enfermas y	Grupo I Grupo II Grupo III Grupo IV	Porciento de adultos mayores según grupo dispensarial

					con secuelas.		
Escala geriátrica			x		Evaluación funcional del adulto mayor	Adulto mayor frágil Adulto mayor no frágil.	Por ciento de adultos mayores según fragilidad
Factores de riesgo de ECNT				x	Factores que aumentan la posibilidad de desarrollar una enfermedad	Sedentarism o Obesidad Alcoholismo Fumador Postrado Índice masa corporal	Por ciento de adultos mayores según factores de riesgo
ECNT			x		Enfermedad que persiste durante un período prolongado de tiempo en comparación con el curso de una enfermedad aguda.	Hipertensión arterial Asma Bronquial Diabetes M. Cardiopatía isquémica Úlcera gastroduodenal Ansiedad Neoplasia	Por ciento de adultos mayores por enfermedad es crónicas.
Evaluación Nutricional			x		Según Índice de masa Corporal (IMC)	Normo peso: 18.8-24.9 Sobrepeso:	Por ciento de adultos mayores

						25-29.9 Obeso grado I: 30-34.9 Obesidad grado II: 35-39.5 Obesidad grado III: ≥ 40	según evaluación nutricional.
Causas de hospitalización			x		Impresión diagnóstica que motivo el ingreso de un paciente en una unidad de cuidados hospitalarios.	Accidente vascular encefálico Infarto agudo del miocardio Enfermedades pulmonares Descompensación metabólica Accidentes Crisis hipertensiva Neoplasia	Por ciento de adultos mayores según la causa de hospitalización.
Causas de muerte			x		Proceso patológico o no que da al traste con la vida del	Accidente vascular encefálico Neumonías Neoplasias	Por ciento de adultos mayores según la causa de

						individuo.	Cardiopatías Otras enfermedades.	muerte
Discapacidad				x		Deficiencia en una o varias funciones del organismo humano que impiden la realización de actividades comunes.	Intelectual Motora Visual Auditiva.	Por ciento de adultos mayores según la discapacidad

Fundamentación ética de la investigación:

Durante el proceso de la investigación se cumplieron con principios éticos y de máxima confiabilidad, pues la información ha sido utilizada únicamente con fines científicos. Consideramos que la investigación tiene valor científico social, realizándose una revisión bibliográfica de documentos científicos actuales y reconocidos internacionalmente.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Tabla 1. Distribución de la población de adultos mayores según edad y sexo del consultorio médico de familia 11 del Área de Salud Sur del municipio Morón. Ciego de Ávila. De enero a diciembre de 2016.

Edad	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
60-64 años	31	13.83	31	13.83	62	27.67
65-69 años	35	15.62	25	11.16	60	26.78
70-74 años	16	7.14	18	8.03	34	15.17
75-79 años	8	3.57	26	11.60	34	15.17
80-84 años	9	4.01	12	5.35	21	9.37
85 años y más	5	2.23	8	3.57	13	5.80
Total	104	46.42	120	53.57	224	100%

Fuentes: Historia clínica individual y de salud familiar.

En la presente investigación el sexo que predominó fue el femenino con un 53.57%, constituyendo más de la mitad de la población del grupo estudiado, lo que se corresponde con estudios, los resultados se explican debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres, que según lo planteado por la Organización Panamericana de la Salud en el años 2006 era de 17 años para los hombres y 21 para las mujeres, y en las áreas desarrolladas de 19 y 23 años, a partir de los 60 años; supervivencia

que no ha descendido a pesar de que las mujeres fuman más y desempeñan trabajos atribuidos tradicionalmente a los hombres.(18,25).

Según la literatura este comportamiento puede deberse, tanto a factores genéticos, como ambientales, que presupongan, en todos los casos, un aumento de la resistencia ante estados continuos de enfermedad. (26)

Por otra parte se puede constatar una mayor frecuencia de las edades entre 60 y 69 años con un 54.45%, lo que se corresponde con las estadísticas de nuestro país, y a su vez, constituye un factor positivo, pues mientras menos envejecida esté la población, más factible serán las acciones de prevención. Puede observarse también que aunque el número de pacientes con más de 80 años 15.17%, sea menor, la frecuencia de los mismos es bastante elevada, lo que guarda una estrecha relación con la baja mortalidad del área estudiada, constituyendo un indicador positivo del estado de salud en la misma. A su vez, dichas estadísticas se corresponden con las de nuestro país. (26).

Tabla 2. Distribución de la población de adultos mayores según incorporación al Círculo de Abuelos, edad y sexo.

Edad	Sexo				Total	
	Masculinos		Femeninos			
	No.	%	No.	%	No.	%
60-64 años	5		5		10	4.46
65-69 años	4		4		8	3.57
70-74 años	2		2		4	1.78
75-79 años	4		1		5	2.23
80-84 años	0		0		0	0
85 años y más	1		0		1	0.44
Total	16		12		28	12.5

Existe abundante evidencia científica de que la actividad física puede producir enormes beneficios para la salud de las personas adultas mayores en nuestro estudio solo 28 adultos se encuentran incorporados al Círculo de abuelos, que representan el 12.5% del total de población estudiada. (27)

Las edades que presentan más participación están entre 60-64 años, siendo el sexo masculino con mayor participación con 16 adultos mayores que representan el 7.14% Sin embargo, la mayoría de las personas mayores –sobre todo aquellas que viven en

entornos urbanos– no participan regularmente en actividades físicas significando el 87.5%.

Los beneficios del ejercicio físico en adultos mayores proponen un marco conceptual para la vida activa en la vejez. Se motiva por una visión del potencial para un envejecimiento más sano en la región y puede adoptarse al nivel nacional o local, de acuerdo con las necesidades, los recursos y las diversas experiencias de la población de personas adultas mayores. (27)

Junto con el uso de tabaco y una dieta poco saludable, la inactividad física es un factor de riesgo significativo, común y previsible, de enfermedades no transmisibles, las cuales dan cuenta de casi el 60 por ciento de las muertes en el mundo, y fueron responsables del 46 por ciento de la carga mundial de enfermedades en el 2001 (Informe sobre la Salud en el Mundo, 2001). A pesar de los beneficios de la actividad física en la prevención de enfermedades no transmisibles y de su potencial de accesibilidad para todas las personas, se calcula que más del 60 por ciento de la población mundial no es lo suficientemente activa como para cosechar beneficios de salud. Estas tasas son más altas entre las mujeres. (27,28).

Tabla 3. Distribución de la población de adultos mayores según funcionamiento familiar.

Funcionamiento familiar	No	%
Funcional	88	39.28
Moderadamente funcional	105	46.88
Disfuncional	25	11.16
Severamente disfuncional	6	2.68
Total	224	100

Se observa que el 46.88% de los ancianos vive en familias moderadamente funcionales y 38.28% en familias funcionales cifra que nos alienta sobre un alta incidencia de familias funcionales que apoyan a nuestros adultos mayores como familia unificada. Solo se presenta un 11.16% de familias disfuncionales y un 2.68% de familias severamente disfuncionales, y se obtuvo que la condición de disfuncionalidad estuvo asociada con las condiciones materiales limitadas, con la estructura multigeneracional y con riñas matrimoniales e intergeneracionales.

Con similitud sucedió en la población del Consultorio popular Pariapan del municipio Juan Germán Roscio estado Guárico en la república bolivariana de Venezuela con una funcionalidad del 47.2% y riesgo de disfuncionalidad un 42.3% y solo el 10.2% disfuncional. (29)

La funcionabilidad de la familia no es solo el cumplimiento de las funciones familiares sino, el proceso resultante del conjunto de interacciones entre las familias y de estas con los grupos sociales que le rodean (extrafamiliares), por lo que decidimos reflejar en el Funcionamiento Familiar de cada uno de los Adultos Mayores estudiados (30).

Tabla 4. Distribución de la población de adultos mayores según sexo y nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Primaria sin terminar	19	8.48	15	6.69	34	15.17
Primaria	30	13.39	35	15.62	65	29.02
Secundaria	15	6.69	29	12.94	44	19.65
Pre-universitario	21	9.37	23	10.26	44	19.65
Universitario	18	8.03	17	7.58	35	15.63
Iletrado	1	0.44	1	0.44	2	0.89

Los grupos de ancianos de ésta época arrastran en sus antecedentes la serie de dificultades educacionales que tenía el país en sus años de edad escolar, se comprueban estas circunstancias, pues el mayor por ciento (29,02%) de los ancianos sólo alcanzaron el nivel primario destacando el sexo femenino con un 15.62%, además un 15.17% con primaria sin terminar lo que nos da un total de 44.19% de adultos mayores que presentaron educación de primaria gracias a la implementación de las Misiones Educativas. (17,31)

En segundo y tercer lugar tenemos a la población de adultos mayores que finalizaron secundaria con un 19.65%, así como también el preuniversitario con un 19.65%. Se considera que un factor que influyó en que esta población no alcanzara mejores niveles de escolaridad estuvo dado por la edad que poseían al momento del triunfo de la Revolución Cubana, es en este momento que se da la oportunidad para que

todos estudiaran y alcanzaran niveles técnicos y profesionales, ya que ellos como poseían edad laboral, se ocuparon en la realización de algún trabajo y en el caso de las mujeres constituyeron sus familias y a las tareas domésticas (31). Determinando un 0.89% de adultos mayores son iletrados, un porcentaje muy alentador, indicándonos que un 99.11% de la población presenta algún tipo de educación, y que será más practica la intervención educativa a los adultos mayores.

Tabla 5. Distribución de la población de adultos mayores según sexo y ocupación.

Ocupación	Sexo					
	Masculinos		Femeninos		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Trabajadores	35	15.62	23	10.26	58	25.89
Amas de Casa	3	1.33	53	23.66	56	25
Jubilados	46	20.53	33	14.73	79	35.26
Pensionados	4	1.78	5	2.23	9	4.01
Desocupados	16	7.14	6	2.6	22	9.82
TOTAL	104	46.42	120	53.57	224	100

El 35,26% de los adultos mayores componentes de nuestro estudio estaban jubilados, y solo el 4.0% son pensionados lo cual significa según Baró (2003) una pérdida de identidad social y se tiende a percibir al anciano como inútil y así el concepto de vejez se convierte en una instancia que se percibe como algo ajeno al individuo, cuando éste es arrojado fuera del proceso productivo se encuentra con una realidad social muy compleja y generalmente, sin armas para afrontarla, por carecer de un proyecto de vida propio. Demostrando que solo el 25.89% continua trabajando por la dificultad de encontrar trabajo adecuado para su edad y además porque se ve impulsado por la insatisfacción económica que analizaremos más adelante. (16)

Las amas de casa representa un 25% del total de la ocupación, con un predominio del sexo femenino con un 23.66%, lo que nos indica que a pesar de la edad la mujer continua con las labores del hogar.

Presentamos una baja cantidad de adultos mayores desocupados representando el 9.82% de la población de adultos mayores, la mayoría es porque la familia cubre sus necesidades en el hogar sin ningún problema.

La jubilación debe ser concebida como una etapa más de la vida de los ancianos y sin lugar a dudas una buena aceptación y preparación para ésta, garantiza una buena vejez. Sin embargo, esto es polémico, pues la insatisfacción y la no aceptación a la jubilación, sigue siendo alta (32).

Tabla 6. Distribución de la población de adultos mayores según sexo y satisfacción económica.

Satisfacción económica	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Satisfecho	33	14.73	51	22.76	84	37.5
No satisfecho	71	31.69	69	30.80	140	62.5

Al interrogar a los ancianos sobre el grado de satisfacción económica, se pudo conocer que están satisfechos el 37.5% y el 62.5% no están satisfechos. Estos resultados coinciden con otros estudios en el Consultorio popular Pariapan del municipio Juan Germán Roscio estado Guárico en la república bolivariana de Venezuela, en que están satisfechos el 44,3% y el 55,7% no están satisfechos con sus ingresos económicos, determinados en muchas ocasiones por el bajo nivel escolar, el trabajo desempeñado o por causas de jubilación (29,32).

La no satisfacción con los ingresos económicos demuestra representa una disminución de las relaciones sociales, cambio de status dentro de la familia, dificultades para la adquisición de los bienes de consumo, afectación de la nutrición y una disminución en la calidad de vida en dependencia al grado subjetivo del anciano o en su defecto del familiar acerca de las posibilidades económicas reales para satisfacer sus necesidades básicas. (29)

Tabla 7. Distribución de la población de adultos mayores según sexo y estado civil.

Estado civil	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Soltero	13	5.80	18	8.03	31	13.83
Casado	68	30.35	68	30.35	136	60.71
Viudo	23	10.26	34	15.17	57	25.44
Total	104	46.42	120	53.57	224	100

La Organización Mundial de la Salud, dentro de sus variables para clasificar a los ancianos de riesgo o frágiles, incluye entre otras, el estado de viudez y soltería (30), nosotros encontramos que un 25.44 % de los ancianos eran viudos y un 13,83% eran solteros, predominando ambos estados en el sexo femenino, iguales resultados han sido encontrados en la caracterización de la población de adultos mayores del consultorio No 2, Policlínico "Héroes del Moncada", Ciudad Habana, enero – diciembre, 2014.(30).

Se debe señalar que en la muestra, el 60,71% estaba casado, lo que favorece, en general, una garantía para la convivencia, pues la pareja tiene mayores posibilidades de auto ayudarse, favoreciendo su calidad de vida, bienestar psicológico, tener apoyo moral por parte de una persona, lo más importante es la ayuda a satisfacer sus necesidades.

Tabla 8. Distribución de la población de adultos mayores según sexo y grupo dispensarial.

Grupo Dispensarial	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
I	24	10.71	27	12.05	51	22.76
II	29	12.94	38	16.96	67	29.91
III	43	19.19	41	18.30	84	37.51
IV	8	3.57	14	6.25	22	9.82
TOTAL	104	46.42	120	53.57	224	100

Se determina que el grupo que predomina es el grupo III, con un 37.51%, siendo la población que presenta alguna enfermedad. Con mayor proporción afectando con un 19.19% al sexo masculino. Siendo la población a la cual se le debe dar seguimiento para el control de las enfermedades.

Continuando el grupo II con un 29.91%; Siendo la población que presenta factores de riesgo, así mismo se determina que solo el 22.76% de la población de adultos mayores está en el grupo I.

Estudios realizados en consultorios médicos de Venezuela en el año 2013 se encuentra con grandes semejanzas, prevaleciendo ampliamente el grupo III con un 53%.(29).

Tabla 9. Distribución de la población de adultos mayores según sexo y factores de riesgo de ECNT.

Factores de riesgo de ECNT	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Sedentarismo	25	11.16	19	8.48	44	19.64
Obesidad	45	20.08	61	27.23	106	47.32
Alcoholismo	3	1.33	2	0.89	5	2.23
Fumador	29	12.94	37	16.51	66	29.46
Postrado	3	1.33	5	2.23	8	3.5

Se identifica que el principal factor de riesgo que afecta a nuestra población es la obesidad con un 47.32%. Afectando principalmente al sexo femenino con un 27.23%. Los resultados obtenidos coinciden con los del Programa SABE 17, por ser estos más altos. En el mismo, se refiere que el 61 % de los pacientes estudiados en América Latina tenían sobre peso y de ellos la mitad eran obesos. (33)

La obesidad se asocia con un aumento de la morbilidad y disminución de la expectativa de vida. Por otra parte existe una relación directa entre dicho factor de riesgo y las enfermedades crónicas que se encontraron en la investigación, que se analizarán a continuación.

En cuanto al predominio de factores de riesgo, se manifiesta en segunda frecuencia el Hábito de fumar con un 29.46% asociado al sexo femenino con un 16.51%, lo que no corresponde con el estudio del Programa SABE 17, donde se refiere que en

América Latina y el Caribe, en el grupo de adultos mayores, uno de cada cuatro hombres fuma. (33)

Por otra parte, debe recalcar que la mayoría de ellos fuma cigarro, esto hace que el riesgo referido anteriormente sea 14 veces superior, en vez de 6 veces como lo es en fumadores de pipa. Igualmente, debe tenerse en cuenta, que la mayoría de los ancianos que no fuman, son fumadores pasivos, debido al por ciento elevado de fumadores en la comunidad; y aunque a ciencia cierta no se puede determinar el grado de influencia de este factor en la afectación en aquellos que son susceptibles, si se sabe que influye en dicho comportamiento.

Considerándose, además que la prevalencia del tabaquismo, aumentará significativamente, el número de personas afectadas por dicha enfermedad en los próximos años, y en el 2020 se cree que será la tercera causa de muerte en el mundo.(23,33)

El sedentarismo fue el tercer factor de riesgo con un 19.64% con predominio del sexo masculino con un 11.16%, lo que implica que una vez que el adulto mayor deja de ser activo laboralmente, no realiza ninguna actividad en el hogar, en cambio el sexo femenino continua realizando actividades dentro del hogar, coincidiendo con los del Programa SABE 17, por ser estos en tercer lugar. En el mismo, se refiere que el 33 % de los pacientes estudiados en América Latina tenían sobre peso y no realizaban actividad alguna. (33,34).

Otro de los factores de riesgo analizados fue la postración, que constituye uno de los grandes problemas geriátricos; sin embargo los resultados obtenidos mostraron una baja frecuencia de 3.5%. Dicho factor de riesgo se encontró en todos los pacientes en estadios terminales, y en el resto las causas fundamentales fueron demencia y discapacidad motora. Por otra parte, el autor de la presente investigación, teniendo en cuenta lo reflejado en la literatura consultada, considera que dicho factor de riesgo pudiera haber contribuido a la aparición de complicaciones, que a su vez fueron causas de hospitalización y muerte.

El alcoholismo fue otro de los factores de riesgo que se presentó en dicha población, sin embargo su frecuencia fue baja, con un 2.23%, predominando el sexo masculino con un 1.33% lo que constituye un marcador positivo; y que explica, la baja frecuencia de hospitalizaciones y muertes por enfermedades asociadas a dicho factor de riesgo, como la cirrosis hepática, que sí presentan una frecuencia elevada en otras áreas de salud. (35).

Tabla 10. Distribución de la población de adultos mayores según sexo y antecedentes de ECNT.

Enfermedades crónicas	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Hipertensión arterial	30	23.62	19	14.96	49	38.58
Asma bronquial	6	4.72	7	5.51	13	10.23
Diabetes mellitus tipo II	8	6.29	20	15.74	28	22.04
Cardiopatía isquémica	6	4.72	3	2.36	9	7.08
Úlcera gastroduodenal	2	1.57	0	0	2	1.57
Depresión	12	9.44	11	8.66	23	18.11
Neoplasias	2	1.57	1	0.78	3	2.36
Total	66	51.96	61	48.04	127	100%

Pero antes de comenzar dicho análisis es necesario destacar que la población estudiada presenta una o más enfermedades, correspondiéndose con los estudios realizados por el Dr. Enrique Vega García, quien expone que dos de cada tres personas mayores en América Latina y el Caribe tienen una de las enfermedades crónicas. (35)

En la presente investigación la enfermedad crónica de mayor aparición fue la Hipertensión arterial con un 38.58%, afectando con mayor proporción al sexo masculino con un 23.62%.

Según la literatura consultada, dicha enfermedad es al menos 2,5 veces más frecuente entre los individuos obesos y se calcula que el 60% de los hipertensos

presentan obesidad. (36). Por otra parte, está demostrado que la pérdida de peso tiende a reducir las cifras tensionales, facilitándose también el control farmacológico de la hipertensión. Heyden y otros investigadores han calculado que eliminando la obesidad desaparecería la hipertensión en el 48% de los hipertensos de raza blanca y en el 28% de los de raza negra. (26,37)

Igualmente, su prevalencia se asoció a la Diabetes Mellitus y la Dislipidemia, lo que está en concordancia con la literatura analizada, donde se explica que, la obesidad provoca un aumento del colesterol y los triglicéridos, lo que favorece la aparición de las dislipidemias; por otra parte dicha enfermedad favorece la formación de las placas de ateroma en los vasos sanguíneos, lo que provoca un aumento de la resistencia vascular, favoreciendo la aparición de la hipertensión. También es sabido que el hiperinsulinismo, presente en las personas diabéticas puede causar hipertensión al menos a través de tres mecanismos: aumento de la reabsorción renal de sodio, activación del sistema simpático y acción directa sobre la musculatura lisa arterial, donde existen receptores para la insulina, y la inducción de hipertrofia de la musculatura vascular lisa.(35-37).

Por otra parte, se puede constatar que los resultados referidos anteriormente se corresponden con los resultados de Marelys Yanes Quesada y colaboradores en un estudio de 329 pacientes con hiperglicemia previa, la frecuencia general de la HTA fue de 59.9%, por lo que se concluyó que los pacientes con trastornos metabólicos tiene mayor prevalencia de HTA. (33,38).

Así mismo se obtuvo correspondencia con el estudio realizado por P. Padilla Frías y colaboradores 29, en 160 pacientes diabéticos de tipo 2, donde 60.6% se reportaron como hipertensos y el 51.3% de los pacientes estudiados presentaron trastorno lipídico; lo que constituye una frecuencia más alta que la que se obtuvo en esta investigación, dicho comportamiento puede deberse a una menor frecuencia, en el grupo poblacional estudiado de la obesidad. (39). Lo mismo sucede en un estudio realizado por Idolina Sánchez Rosales en 331 pacientes, se obtuvo una frecuencia de DM de 77.6%, reportándose además la presencia de otras alteraciones como la

obesidad y los antecedentes de HTA, comportamiento similar al obtenido en esta investigación. (40)

Por último, debe destacarse la correspondencia entre lo obtenido en la presente investigación, respecto al número de ancianos hipertensos, y los resultados obtenidos en el estudio SABE 17 en Ciudad de La Habana donde se constató que alrededor del 44% de las personas mayores de dicho estudio eran hipertensos; mientras que en otras ciudades como Montevideo, México, Sao Paulo, Buenos Aires y Santiago se constataron cifras de 45%, 43%, 53%, 49% y 52% respectivamente. (26,40).

Otra de las enfermedades crónicas en la presente investigación, asociada, como se vio anteriormente a la HTA, y la obesidad es la Diabetes Mellitus tipo 2. De los dos tipos de diabetes, se reportó un predominio de la tipo 2, con un 22.04% lo que está en relación con el mayor número de mujeres en el estudio representando el 15.74%, y a su vez explica la alta relación entre esta enfermedad y la obesidad, dislipidemia e HTA, que como se refleja en varias investigaciones, es mayor en la tipo 2 que en la tipo1. (39,40).

Numerosos estudios han puesto de manifiesto la existencia de una clara relación entre la obesidad y la diabetes tipo 2, manifestando que más del 70% de los diabéticos tipo 2 son también obesos, dicha relación es superior a la encontrada en la presente investigación, aun cuando se analizan ambos tipos de diabetes; la no semejanza en dicha correspondencia puede deberse al largo período de evolución de la enfermedad en la mayoría de los pacientes que la padecen, lo que ha permitido la corrección del peso corporal; igualmente debe destacarse que aun cuando la frecuencia de la obesidad no sea elevada, casi todos presentan un sobrepeso corporal por encima del que debían tener. Igualmente, es importante recalcar que los resultados, en este caso también tuvieron porcentajes más elevados que los obtenidos por el programa SABE 17, donde se reportó 15% para Ciudad Habana, 14% para Montevideo, 17% para Sao Paulo, 13% para Santiago, 12% para Buenos Aires y 22% para México, resultando ser la cifra más alta. (28)

A pesar que la depresión ha sido reconocida como una de las patologías mentales más frecuentes en la vejez, muchas veces no es tratada, ni reconocida como tal. En la población general la prevalencia ha sido de 18.11%, predominando en el sexo femenino, en los estratos sociales bajos y escaso nivel académico.

Se identifica que el asma bronquial afecta a los adultos mayores en el estudio en un 10.23%, prevaleciendo el sexo femenino con un 5.51%. Por lo que se encuentra similitud en un estudio en Cuba en el 2012 es de 91,5 por 1000 habitantes, superior en el sexo femenino (94,4 contra 88,6), con tendencia al incremento en los últimos años, Es la enfermedad crónica más común en los niños y una de las más comunes en los adultos, siendo, dentro de las enfermedades no trasmisibles, la principal causa de ingresos hospitalarios en Cuba. (41,42).

Otra de las patologías crónicas encontradas fue la Cardiopatía isquémica, de baja frecuencia en la población con un 7.08%; con prevalencia en el sexo masculino con un 4.72%, sin embargo el porcentaje encontrado estuvo por debajo del reportado en el programa SABE17, donde se manifestó un 24% para Ciudad Habana y Montevideo, siendo la segundas ciudades de mayor afectación, pues la primera fue Santiago con un 34%. (28,42)

Analizando la frecuencia de afectaciones por Tumores malignos, se puede constar que su frecuencia es bastante baja con un 2.36%, lo que es un resultado positivo, teniendo en cuenta que dichas enfermedades constituyen la segunda causa de muerte en nuestro país. (42).

Por último, se debe destacar que en la mayoría de las enfermedades anteriormente referidas se encontró como sexo más afectado el masculino con un 51.96%, lo que se corresponde con el estudio realizado por la Dra. Victoria Eugenia Arango e Isabel Cristina Ruiz, en la población de colombiana, donde encontró que los hombres representaban el 54% de los afectados por enfermedades crónicas en el grupo de adultos mayores. (43).

Tabla 11. Distribución de la población de adultos mayores según sexo y tipo de discapacidad.

Tipo de discapacidad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Intelectual	14	6.25	9	4.01	23	10.26
Motora	8	3.57	10	4.46	18	8.03
Visual	9	4.01	8	3.57	17	7.59
Auditiva	6	2.67	3	1.33	9	4.01

Otra de las variables analizadas fueron las Discapacidades, antes de comenzar a discutir el predominio de las mismas es importante destacar que, el 31.25% de la población estudiada presentó al menos una de ellas, lo que, se considera como el primer resultado; que a su vez, se corresponde con los obtenidos por el programa SABE 17, aunque estos son más elevados, reportando cifras entre 45% y 70%, dicho comportamiento puede deberse al grupo de edad que predomina entre estos ancianos, y a una menor frecuencia de la afectación por AVE. (28)

Se determina que tenemos 70 adultos mayores que presentan algún tipo de discapacidad, representando el 31.25%, determinando que la principal afectación de discapacidades es la intelectual con 23 adultos mayores que representa el 10.26 % de la población estudiada, predominaron en el sexo masculino con un 5.35%, dichos estados se asociaron fundamentalmente a enfermedades degenerativas del Sistema Nervioso, entre ellas las de mayor, esta última predominó en las mujeres.

Como puede observarse, los resultados de la presente investigación coinciden con los obtenidos por el programa SABE 17, donde se reportaron que alrededor del 20 % presentaban de la población latinoamericana presentaba deterioro cognitivo. Igualmente, se corresponden con lo proyectado por el Dr. Enrique Vega García 25 para el 2010 en 600 personas de Ciudad Habana, de ellas presentarán trastorno cognitivos. (28,44).

La discapacidad que le sigue en frecuencia es la motora con un 8.03%; predominando el sexo femenino con un 4.46%; Las causas fundamentales fueron caídas, AVE, artritis y osteoporosis; estas dos últimas se asocian mayormente a las mujeres. Se puede observar que dichos resultados se corresponde con los obtenidos por el programa SABE17, donde se manifestó que el 25.7% de la población adulta mayor de Ciudad Habana presenta incapacidad para realizar las actividades instrumentadas de la vida diaria. (28).

Otra de las discapacidades estudiadas fue la visual con un 7.59%, predominando el sexo masculino con un 4.01%, es importante aclarar que esta se consideró para la pérdida total de la visión. El autor de esta investigación considera que a eso se debe dicho comportamiento, pues se sabe que el déficit visual predomina en más de la mitad de la población estudiada, incluso en los que usan espejuelos.

Tabla 12. Distribución de la población de adultos mayores según sexo y evaluación geriátrica.

Evaluación geriátrica	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Adulto mayor no frágil	96	42.85	106	47.32	202	90.18%
Adulto mayor frágil	8	3.57	14	6.25	22	9.82%
Total	104	46.42	120	53.57	224	100%

En nuestro estudio se identificaron que un 90.18% de la población de adultos mayores son no frágil y Comparando con consultorio No 2, Policlínico "Héroes del Moncada", Ciudad Habana, enero – diciembre, 2014. Donde presentaba un 87.6% de no frágiles (45). Lo que nos indica que existe un gran porcentaje para intervenir con la prevención y atención de salud, antes de desarrollar fragilidad, así como también nos indica que gracias al sistema de salud con el que se cuenta en el país tenemos un alto porcentaje de adultos mayores con una evaluación funcional adecuada, sinónimo de buenas condiciones de vida.

En nuestro estudio un 9.82% son frágiles con mayor predominio en el sexo femenino con un 6.25%, comparado con un estudio en la ciudad e la habana en el 2014 donde presenta una tasa de 12.4% de adultos mayores frágiles indicando que nuestra población se favorece al disminuir el porcentaje de adultos mayores frágiles. (45)

Tabla 13. Distribución de la población de adultos mayores según sexo y evaluación nutricional.

Evaluación nutricional.	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Normo peso	29	12.94	28	12.5	57	25.44
Sobrepeso	30	13.39	31	13.83	61	27.23
Obesidad grado I	32	14.28	37	16.51	69	30.80
Obesidad grado II	10	4.46	19	8.48	29	12.94
Obesidad grado III	3	1.33	5	2.23	8	3.57

Se constata que el (IMC) de los adultos mayores del consultorio 11 que predomina es el de obesidad grado 1 con un 30.80%. Afectando principalmente al sexo femenino con un 16.51%. De forma general, la obesidad afecta a nuestra población de adultos mayores en un 47.31%, siendo el sexo femenino el más afectado con un 27.22%. (45)

En segundo lugar tenemos al sobrepeso con un 27.23%, también estableciéndose principalmente en el sexo femenino con 13.83%. Solo el 25.44% de la población se encuentra en normo peso, con una ligera prevalencia de 12.94% en el sexo masculino.

Tabla 14. Distribución de la población de adultos mayores según sexo y causas de hospitalización.

Causa de hospitalización	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Accidente vascular encefálico	10	4.46	4	1.78	14	6.25
Infarto agudo del miocardio	4	1.78	6	2.67	10	4.46
Enfermedades pulmonares	12	5.35	6	2.67	18	8.03
Descompensación metabólica	2	0.89	3	1.33	5	2.23
Accidentes	2	0.89	3	1.33	5	2.23
Crisis hipertensiva	8	3.57	14	6.25	22	9.82
Neoplasias	3	1.33	2	0.89	5	2.23
Total	41	18.27	38	16.96	79	35.26

Observamos que en el año existieron un total de 79 ingresos de adultos mayores del consultorio 11 representando el 35.26% de la población estudiada. Lo que no coincide con estudios realizados en el adulto mayor, Consultorio No 2, Policlínico "Héroes del Moncada", Ciudad Habana, enero – diciembre, 2012. (45)

Encontramos que la causa principal de hospitalización del adulto mayor son las crisis hipertensivas con un 9.82%, con un predominio en el sexo femenino con un 6.25%,

lo que se relaciona con el modo y estilo de vida de la población, consideramos oportuno valorar que en el caso de la hipertensión arterial ejercen gran peso los factores de riesgo que influyen en el incremento de la prevalencia, ya que el hábito de fumar incide en muchos ancianos, así como erróneos hábitos alimentarios, el sedentarismo, la obesidad que provocan alteraciones irreversibles en su organismo. Lo que corresponde con el Informe Anual de Estadística del Ministerio de Salud Pública en Venezuela, la hipertensión, tiene alta prevalencia en la población general (más del 30%) y en particular en los mayores de 60 años (más del 60%). (28,41).

En segundo lugar de las causas tenemos a las enfermedades pulmonares (EP) con un 8.03%, predominando el sexo masculino con un 5.3%. Siendo nuestros resultados similares a los obtenidos en otras investigaciones como la del Programa SABE 17, que en Ciudad Habana reportó un 13%, junto a Santiago y Sao Paulo, siendo la cifra más elevada, seguida por Montevideo con un 9%.(28,41). Aunque aquí no solo se incluye la EPOC, pues se reportaron casos de tuberculosis, influenza, edema agudo de pulmón, neumotórax, entre otros. Lo que coincide con lo reflejado en la literatura, donde se refiere que las principales causas de agudización de la insuficiencia respiratoria son las enfermedades infecciosas, como la gripe, la depresión del sistema respiratorio por fármacos, las cirugías y los procesos cardiovasculares congestivos, embolismo pulmonar, así como contaminantes ambientales, entre otros.(41).

Observamos que la EP fue más frecuente la hospitalización del sexo masculino que el femenino con 41 ingresos representando el 18.27% del total de la población. Igualmente, cabría valorar los estudios llevados a cabo por la OMS, donde la prevalencia de la EP en 1990 se estimaba en 9,34 enfermos/1.000 varones y en 7,33 pacientes/1.000 mujeres. (42)

En tercer lugar de las enfermedades crónicas reportadas fue la Enfermedad cerebro vascular con un 6.25%, asociada mayormente al sexo masculino, lo que se corresponde con los resultados obtenidos por el programa SABE17. (28).

Tabla 15. Distribución de la población de adultos mayores según sexo y causas de muerte de la población de adultos mayores

Causas de muerte	Sexo				total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Accidente vascular encefálico	4	1.78	2	0.89	6	2.67
Neumonías	3	1.33	4	1.78	7	3.12
Neoplasias	3	1.33	2	0.89	5	2.23
Cardiopatía	2	0.89	1	0.44	3	1.33
Otras enfermedades	2	0.89	1	0.44	2	0.89
Total	14	6.25	10	4.46	24	10.71

En nuestro estudio se presentaron un total de 24 fallecimientos, representando el 10.71% de la población estudiada, afectando principalmente al sexo masculino con 6.25%. Se identificó como la primera causa de muerte las neumonías con un 3.12%, de la población estudiada. Sin embargo, dichos resultados no se corresponden con los estudios de la Licenciada Alejandra de Gatica 21 en la población de Argentina, donde obtuvo un predominio, como causa de hospitalización, y de muerte, las enfermedades circulatorias, con 22%, seguido de los tumores, con un 14.5%.(46).

La segunda causa de muerte fueron los AVE con 6 fallecimientos que nos representa el 2.67%. , que estuvo en estrecha relación con la alta frecuencia de la Enfermedad cerebro vascular, y además se corresponde con estadísticas mundiales que reflejan que el ictus, en los países occidentales, es la tercera causa más frecuente de muerte

y la segunda causa de incapacidad de origen neurológico después de la enfermedad de Alzheimer. (41,46).

En tercer lugar fueron los tumores malignos con un 2.23% y que predominó el sexo masculino con un 1.33%, dicho predominio se corresponde con resultados obtenidos por el programa SABE 17 donde se observó que del total de personas muertas en el 2013 por tumores, el 77.3% eran personas mayores de 60 años. (28). Los tumores más frecuentes de muerte fueron de mama, faringe y colon.

Es importante recalcar, en cuanto a las causas de muerte que el comportamiento observado en la población estudiada se corresponde con el que predomina en nuestro país, donde las tres primeras causas son las enfermedades del corazón, los tumores malignos y las enfermedades cerebro vasculares.(40,46); Sin embargo el por ciento de muertes fue significativamente pequeño, lo que consideramos como un resultado positivo, y un marcador de la correcta actividad de prevención terciaria, en dicha área de salud, pues la frecuencia de enfermedades crónicas muestra una gran predisposición de la población a la muerte por complicaciones graves que son originadas por dichas enfermedades (46).

Al sexo femenino lo afectó con 10 fallecimientos de forma general, prevaleciendo 4 fallecimientos por neumonías, representando el 1.78% de la población estudiada. Mientras que al sexo masculino presentó 14 fallecimientos afectado principalmente con 4 fallecimientos por accidente vascular encefálico, representando el 1.78%.

La cuarta causa fueron los IMA con 1.33%, asociados a las enfermedades coronarias como causa de muerte, dicho comportamiento, se correspondió con el alto predominio de la cardiopatía isquémica como patología crónica y la influencia de otros factores de riesgo hipertensivos, afectando principalmente al sexo masculino.

IV. CONCLUSIONES

En la población de adultos mayores del consultorio 11 del Área de Salud Sur del municipio Morón se pudo observar que predominaron las edades entre 60 y 69 años, el sexo que predominó fue el femenino, constituyendo más de la mitad de la población del grupo estudiado, solo 28 adultos se encuentran incorporados al Círculo de abuelos, las edades que presentan más participación están entre 60-64 años, siendo ambos sexos en similitud participación. Más de mitad de los adultos viven en el seno de familias entre moderadamente funcionales y funcionales. Predominando entre los ancianos el nivel de escolaridad primario, la ocupación jubilados, el estado civil, viudos o solteros sobretodo en el sexo femenino y más de la mitad refiere no estar satisfechos desde el punto de vista económico. En cuanto a la dispensarización predominan los enfermos y dentro de estos el sexo masculino, de igual forma en las ECNT siendo la más frecuente la HTA, el factor de riesgo más encontrado fue la obesidad a predominio del sexo femenino, más de un cuarto presenta alguna discapacidad siendo la más frecuente la intelectual predominando en el sexo masculino, a pesar de ello la mayoría no son frágiles de acuerdo a la evaluación geriátrica. La principal causa de hospitalización son las crisis hipertensivas a predominio del sexo femenino, y ocurren en el periodo estudiado un total de 24 fallecimientos con mayor afectación en el sexo masculino y se identificó como la primera causa de muerte las neumonías.

V. RECOMENDACIONES

Utilizar estos resultados para desarrollar futuras investigaciones de intervención que permitan mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Devesa Colina E. Generalidades, fisiología, sexualidad e inmunidad en el anciano. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2014.
2. Cabrerías Morales D. Caracterización del anciano. Estudios realizados en tres consultorios rurales del policlínico docente "Hermanos Cruz"[disertación]. Pinar del Río (Cuba): Policlínico Docente Hermanos Cruz; 2014.
3. Lola Slepke F. Geriología, enseñar a envejecer como tarea social. Bol Of Sanit Panam 2014; 114(3):344-5.
4. Machín LA. Característica biopsicosocial de la población geriátrica en un sector rural del policlínico "Hermanos Cruz" [disertación]. Pinar del Río (Cuba): Policlínico Docente "Hermano Cruz"; 2012.
5. Parnis H, Sommers DG. Shunning retirement work experience of men in their seventies and early eighties. J Gerontol 2012; 49(3):5117-74.
6. Garcías Rodríguez CH. Aspectos psicosociales a considerar por el médico de la familia en la tercera edad. Rev Cubana Med Gen Integ 2012; 7(3):271-5.
7. Schiavi RC, Mandeli J, Sevever Engel P. Sexual satisfaction in healthy aging men departament of psychiatry. New York City Spring 2016; 70(1):3-13.
8. Vergara Fabián L, Fernández Socarrás JA, Morales Calatalla F, Cabañas Dávila LA. Influencia del círculo de abuelos sobre la salud. Rev Cubana Med Gen Integ 2013,10(4):312-25.
9. Devesa Colina E. Salud, nutrición, evaluación médico social, medicamentos. Valores significativos en el anciano. La Habana: Edit. Científico Técnico;2014.
10. Hernández Castellón R. Algunos aspectos demográficos y socioeconómicos de los ancianos. Temas de Geriatria y gerontología. El anciano cubano. La Habana: Edit. Cientif: Técnica 2014:14-15.
11. Aguiar Fagundez M. La epidemia de Fiebre Amarilla y su impacto en la Guaira y Puerto Cabello. (1798- 1802). En: Historia, Salud y Sociedad en Venezuela. Ediciones de la Presidencia de la República. FONACIT -IEH - UCV. 2012.

12. Bonilla - Molina L. La gestión de la transformación educativa en la revolución bolivariana. En: Para Comprender la Revolución Bolivariana. Ediciones de la Presidencia de la República. 2014. p 167-209.
13. Bravo Ochoa DS. Antecedentes históricos del hospital Vargas como Institución docente: 1988 -1895. En: Historia, Salud y Sociedad en Venezuela. Ediciones de la Presidencia de la República. FONACIT -IEH - UCV. 2014.
14. Briceño O. Muerte y miedo durante la epidemia de Cólera en Venezuela (1854-1856). En: Historia, Salud y Sociedad en Venezuela. Ediciones de la Presidencia de la República. FONACIT -IEH - UCV. 2012.
15. Cañizares Luna O, Sarasa Muñoz N, Labrada Salvat C. Enseñanza integrada de las ciencias básicas biomédicas. Rev Cubana Educ Med Super, sep.-dic. 2005, vol. 19, no.4, p.1-1. ISSN 0864-2141.
16. Geiringer A. Apuntes sobre el Desarrollo Económico y la Salud Pública en Venezuela. Caracas 2015. (Material sin publicar)
17. Gil Pérez D. Algunas tendencias innovadoras espontáneas:
18. Aportes y limitaciones [artículo en línea] URL disponible en <http://www.oei.org.co/oeivirt/gil01.htm> [consulta: 21 junio 2016]
19. Roa Veliz O. La comisión Rockefeller y la Malaria en Maracay entre 1927 y 1930. En: En: Historia, Salud y Sociedad en Venezuela. Ediciones de la Presidencia de la República. FONACIT -IEH - UCV. 2012.
20. Informe sobre la salud en el mundo, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 2013.
21. "National Blueprint: Increasing Physical Activity Among Adults Age 50 and Older." Princeton, NJ: Robert Wood Johnson, 2001 [Plan estadounidense detallado: incrementando de la actividad física en adultos de 50 años y más].
22. "Report from Expert Group Meeting on Physical Activity and Aging," Washington, D.C. Pan American Health Organization, World Health Organization, November 28-29, 2001. [Informe de la reunión de expertos sobre envejecimiento y actividad física].
23. "Report from Workshop on the Economic Benefits of Physical Activity/Burden of Physical Inactivity," Asheville, North Carolina. U.S. Centers for Disease

Control and WHO, 1999. [Informe del taller sobre los beneficios económicos de la actividad física y el costo de la inactividad].

24. United States Centers for Disease Control, "Lower Direct Medical Costs Associated with Physical Activity." [Gastos médicos más bajos asociados con la actividad física]. Atlanta: CDC, 1999.
25. Ver: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/pr-cost.htm>
26. Alonso Galbán P, Sansó Soberats FJ, Díaz-Canel Navarro AM, Carrasco García M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2007 Mar [citado 2011 Ago 23]; 33(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es
27. Leonardo López M, Miranda Guerra AJ, Hernández Vergel LL. Valimiento del adulto mayor en dos consultorios del Policlínico Docente «Hermanos Cruz». Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2012 Abr 30]; 26(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000200004&lng=es
28. Bujardón Mendoza A, Mayoral Olazábal M. El Adulto Mayor y la Educación en valores en la actividad del Grupo de Trabajo Comunitario Integrado. Rev Hum Med [revista en la Internet]. 2006 Dic [citado 2012 Abr 30]; 6(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202006000300001&lng=es
29. Huenchuan S. La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos. [Monografía en Internet] Santiago de Chile (2011). [Citado el 15 de mayo 2011] Disponible en <http://www.cepal.org/publicaciones>
30. Ruiz Candina HJ, Herrera Batista A. La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. Rev Cubana Invest Bioméd [revista en la Internet]. 2009 Sep [citado 2012 Abr 30]; 28(3): 73-82.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000300007&lng=es

31. Baster Moro JC. Atención médico social al adulto mayor en la provincia Holguín. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 2011 Ago 23] ; 37(3): 207-218. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000300004&lng=es
32. Tabio Henry YE, Rubido Gómez D, López Lorenzo ME. Factores de riesgo social en el adulto mayor. Revista Infociencia; 15(3), jul-sep.2011.
33. Oliva Agüero A. Espinosa Pérez ME, Sánchez Ferran T. Envejecimiento individual. En Álvarez Sintés R. Temas de medicina general integral. 4ta ed. La Habana: ECMED; 2007. 169-78.
34. Millán Méndez IE. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2012 Abr 30]; 26(4): 202-234. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192010000400007&lng=es
35. Ceballos Díaz JL. El adulto mayor y la actividad física. 3ra Edic. La Habana: Editorial Deportes; 2007.
36. Boyero Fernández I, Darromán Montesino I, Rodríguez Carrasco BB, Martínez Pérez R. La hipertensión arterial en el adulto mayor, una amenaza en la calidad de vida. Revista de Ciencias Médicas La Habana 2009; 15 (2).
37. Pérez Martínez Víctor T., Arcia Chávez Nora. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr. 2008. 24(3).
38. Mondéjar Barrios MD, González Reyes Y. Consideraciones sobre el tratamiento de la depresión en el adulto mayor. Mediciego;17(Supl. 1), jul. 2011.
39. Cruz Menor E, Hernández Rodríguez Y, Morera Rojas BP, Fernández Montequín Z, Rodríguez Benítez JC. Trastornos del sueño en el adulto mayor en la comunidad. Revista de Ciencias Médicas Pinar del Río. 2008;12 (2).

40. Mirabal Florín N. Fundamentos generales de la Educación Física. En Mirabal Florín N, Menéndez Gutiérrez S, Núñez González A. Teoría y metodología de la Educación Física para la EPEF. La Habana: Editorial Deportes; 2011.11-14.
41. Colectivo de autores. Orientaciones metodológicas para el curso 2008-2009 en la Educación Física para adultos. ISCF Manuel Fajardo. La Habana, 2008.
42. Moreno González A. Incidencia de la Actividad Física en el adulto mayor. Rev.int.med.cienc.act.fís.deporte.2005; 5 (19): 222-237.
43. Pablo Zarzosa C. Rehabilitación cardíaca en el anciano. En Maroto Montero JM. Rehabilitación Cardíaca. Barcelona: Olalla; 2002. 387- 400.
44. García Delgado José A., Pérez Coronel Pablo L., Chí Arcia Juan, Martínez Torrez Jacqueline, Pedroso Morales Isis. Efectos terapéuticos del ejercicio físico en la hipertensión arterial. Rev cubana med [revista en la Internet]. 2008 Sep [citado 2012 Abr 30] ; 47(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232008000300002&lng=es
45. Rangel Rivera JC, Lauzardo García del Prado G, Quintana Castillo M, Gutiérrez Hernández ME, Gutiérrez Hernández N. Necesidad de crear programas de promoción y prevención en el adulto mayor. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2009 Mar [citado 2012 Abr 30] ; 46(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000100004&lng=es
46. Carrasco García MR, Bencomo Pérez LR, Hernández Mojena G, Rosell Conde F, Dueñas Barbadillo F, Gómez Hernández M, Ramallo Rojas RW. Adultos mayores en programa de entrenamiento físico en Hospital de Día de Geriatría del Hospital Universitario Salvador Allende. CD Maestría de Longevidad Satisfactoria. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.

Anexos

1) Encuesta. El presente cuestionario tiene como objetivo realizar un estudio sobre algunas de las características de las personas de 60 años ó más. Sólo se aplicará bajo su autorización. Se la agradece su colaboración.

1. Sexo Genérico.

Masculino__ Femenino__

2. Edad__

3. Escolaridad: (Especificar último grado aprobado)

Analfabeto__ Primaria sin terminar__ primaria finalizada__

Nivel Medio: Secundaria__ Preuniversitario.___ Universitario.___

4. Ocupación:

a. trabajador__ b. Jubilado__ c. Pensionado__

d. Labor de casa__ e. Desocupado__

5. Satisfacción Económica

a. Satisfecho.___ b. No Satisfecho__

6. Estado Civil:

Soltero__ Casado __ Viudo: __

7. Incorporado al círculo de abuelos

Si__ no__

8. Usted presenta alguno de los siguientes factores de riesgo.

Fuma__ Ingiere bebidas alcohólicas__

No realiza actividades recreativas__ postrado__

9. Padece de alguna enfermedad

Hipertensión arterial__ Asma bronquial__ Diabetes mellitus__

Cardiopatía isquémica__ Ulcera gastroduodenal__ depresión__

Cáncer__

10. Lo han hospitalizado por

Accidente vascular encefálico__ Infarto agudo del miocardio__

Enfermedades pulmonares__ Descompensación metabólica__

Accidente__ Crisis hipertensiva__ Cáncer__

11 Presenta alguna de las siguientes discapacidades

Intelectual__ Motora__ Visual__ Habla__ Oído__