

## GEROINFO. PUBLICACIÓN DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

### **Título: “Incidencia de factores de riesgo social en adultos mayores del Municipio Cerro”**

**Autores:** Guillermo Hernández Mojena\*, Mayra R. Carrasco García\*\*, Francisco Rosel Conde\*\*\*, Maria de los Ángeles Gómez Alarcón\*\*\*.

\* Esp. 2do Grado Gerontología y Geriatria  
Profesor Auxiliar

\*\* Esp. 2do Grado Gerontología y Geriatria  
Profesora Consultante

\*\*\* Esp. 1er Grado Gerontología y Geriatria

Email autor principal.

Hosp. Facultad Dr. Salvador Allende

[ghmojena@infomed.sld.cu](mailto:ghmojena@infomed.sld.cu)

Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.

CP 10400.

[geroinfo@infomed.sld.cu](mailto:geroinfo@infomed.sld.cu)

Centro de Investigaciones sobre: “Envejecimiento, Longevidad y Salud”.

### **Resumen.**

**Objetivo** Identificar la presencia de factores de riesgo social en adultos mayores del Municipio Cerro

**Material y método.** El universo de la muestra estuvo constituido por las cuatro áreas de salud del Municipio. En la primera etapa se seleccionaron los consultorios médicos de las cuatro áreas y en la segunda etapa se selecciono un muestreo estratificado de forma aleatoria simple de las personas a encuestar quedando conformada la muestra por 513 adultos mayores de ambos sexos. A los mismos se les aplicó una encuesta que contenía la identificación de factores de riesgo social aspectos de tipo biomédicos, así como la evaluación de la capacidad funcional para las actividades básicas de la vida diaria e instrumentada.

**Resultados** Predomino los grupos de edades a partir de los 75 años para ambos sexos. Los factores de riesgo social que predominaron fueron, los mayores de 80 años con un 33.3%. los que viven solos con un 35.6% y las mujeres ancianas solteras y viudas con 25.9% El 39.35 tenía dos factores de riesgo Las enfermedades predominantes fue la hipertensión arterial con 52%, la cardiopatía isquémica con 31%, la diabetes mellitus con 35.4 % y la osteoartritis con un 59% . Existiendo un grado de validismo óptimo de las actividades básicas de la vida diaria e instrumentada para ambos sexos.

**Conclusiones** Existe una incidencia elevada de factores de riesgo social asociada a la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles por lo que se hace necesario la capacitación sobre estos aspectos dentro y fuera de la estructura de salud con el fin de tener en cuenta en sus estrategias y programas aspectos que ayuden a conservar la capacidad funcional del adulto mayor y evitar las solicitudes de institucionalización.

**Palabras claves:** Adulto Mayor, Factor de riesgo social, capacidad funcional

## **Introducción.**

Los factores de riesgo social son aquellas características o rasgos vinculados a factores sociales que aumentan la vulnerabilidad del adulto mayor para desarrollar enfermedades o daños. Estos factores dependen de la estructura de la sociedad, de las tradiciones culturales y de aceptar los cambios y los retos que lleva implícito el envejecimiento. (1-2).

Existen factores de riesgo social que pueden repercutir negativamente en la capacidad funcional de los adultos mayores ya que se asocian a un incremento de la vulnerabilidad para que estos desarrollen estado de fragilidad y necesidad poniéndolos en riesgos de accidentes, ruptura del equilibrio homeostático y muerte. Estos factores pueden estar relacionados con las pérdidas de papeles sociales, inadaptación a la jubilación, aislamiento, insatisfacción con las actividades cotidianas, inactividad y ausencia de confidentes. (4).

La estructura de nuestro sistema de salud y la voluntad política del estado en sus planes perspectivas de desarrollo prevén la incorporación social plena del adulto mayor en el seno de la sociedad, así como la solidaridad de nuestra sociedad fomenta la creación de las redes informales que son tan necesarias para la satisfacción de las necesidades espirituales y afectivas de este grupo poblacional

Con relación a esta temática en el municipio Cerro de la Ciudad la Habana, se vienen haciendo investigaciones preliminares acerca de la repercusión de los factores de riesgo social en la calidad de vida del anciano pero hasta el momento no se había realizado ninguna investigación con carácter de representatividad que implique las cuatro áreas de salud del Cerro destinada a caracterizar adultos mayores con factores de riesgo social, cuyos resultados podrían ser de utilidad no solamente para la estructura de salud, sino también a los organismos políticos y de masas y seguridad social en sus estrategias de la confección de programas de atención integral de este grupo poblacional. En los últimos dos años ha habido un incremento de solicitudes de institucionalización que ascienden a un 6% donde han estado presentes más de un factor de riesgo social en la mayor parte de los solicitantes.

La presencia de factores de riesgo social en los ancianos se asocia con un alto grado de vulnerabilidad para el desarrollo de discapacidades categorizándolos como frágiles. Con un proyecto de detección temprana de los aspectos derivados de estas investigaciones se pudiera introducir un sistema de intervención de salud que permita

un mejor enfrentamiento o minimizar estos efectos sobre la capacidad funcional y disminuir las solicitudes de institucionalización en los hogares de ancianos y lograr la permanencia del adulto mayor en su medio social y familiar así como un mejor conocimiento sobre estos aspectos a los recursos humanos en salud, los organismos políticos y de masas. (5-6)

Los beneficios de la realización de estas investigaciones y los resultados de sus estrategias redundarán en el propio anciano, la familia y la sociedad.

### **Material y Método**

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal que versó sobre la incidencia de factores de riesgo social en ancianos del Municipio Cerro y que abarcó el periodo comprendido entre el mes Enero del 2009 al mes de Diciembre del 2009 de La selección de la muestra estratificada se realizó en las 4 áreas de salud del Cerro durante dos etapas. En la primera etapa se seleccionaron al azar dos consultorios médicos de cada área de salud.

En la segunda etapa se seleccionaron los adultos mayores de 65 años y más de los 8 consultorios médicos. Esta selección se realizó de forma sistemática tomándose una de cada dos viviendas seleccionado los adultos mayores que allí vivían comprendidos en las edades de 65 años y más.

Al final la muestra del estudio fue conformada por 513 adultos mayores comprendidos en las edades de 65 años y más.

A los mismos se les aplicó una encuesta Anexo(1) en las viviendas seleccionadas que contenían datos sobre la clasificación de los factores de riesgo social y diferentes variables como las variables sociodemográficas, (edad, estado laboral, estado civil y nivel de escolaridad), variables biomédicas como (enfermedades crónicas no transmisibles que padecen)

Para la evaluación de la capacidad funcional se utilizó el índice de Katz (2) que evalúa las Actividades de la vida diaria y para las actividades instrumentadas el índice de Lawton y Brody (Anexo3) ambos validados internacionalmente para la medición de

Para la realización de esta investigación se tuvo en cuenta los principios éticos del consentimiento informado que consistió en la voluntariedad de participar en esta investigación.

Criterios de exclusión de la investigación

- No desearon participar en la investigación.
- Institucionalizados permanentemente.
- Hospitalizados.

Los datos obtenidos fueron presentados en forma de tablas.

Se calcularon las frecuencias absolutas para las diferentes variables estadísticas, realizándose el porcentaje como medidas de resumen.

El procesamiento de los datos se realizó en una microcomputadora Pentium utilizando el paquete de programas de la Office 2003, bajo plataforma WINDOWS y el cálculo de las tablas, con el programa Excel.

### **Resultados Obtenidos**

**Tabla 1. Clasificación según grupo de edades**

<b>Grupo Etario</b>	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	<b>Femenino</b>	<b>%</b>
65 a 69	53	19.2	40	16.8
70 a 74	42	15.2	31	13
75 a 79	50	18.1	26	10.9
80 a 84	64	23.6	62	21.8
85 a 89	56	20.3	81	34
90 y más	10	3.6	8	3.3
<b>TOTAL</b>	<b>275</b>	<b>100</b>	<b>238</b>	<b>100</b>

Fuente. Encuesta de recolección de datos

En la tabla 1 observamos que los grupos de edades estratificados comprendidos a partir de los 75 años en lo adelante son lo de mayor cuantía

**Tabla 2. Clasificación según estado civil**

<b>Clasificación</b>	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	<b>Femenino</b>	<b>%</b>
Soltero	41	14.9	22	9.2
Casado o unión consensual	132	48	80	33.6
Viudo	89	32.3	115	48.3
Divorciado	13	4.7	21	8.8
Total	275	100	238	100

Fuente. Encuesta de recolección de datos

**En la tabla 2** Con respecto al estado civil se presenta que los hombres viven en pareja en un por ciento elevado 48% y en las mujeres predomina la viudez con un 48.3%

**Tabla 3. Clasificación según el grado de escolaridad**

<b>Clasificación</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Primaria sin Terminar	58	11.3
Primaria Terminada	212	41.3
Secundaria Terminada	53	10.3
Preuniversitario Terminado	73	14.2
Técnico Medio	43	8.3
Universitario	51	9.9
No Escolarizado	23	4.4
Total	513	100

Fuente. Encuesta de recolección de datos

En la tabla 3 observamos que el grado de escolaridad vencido que predomina está constituido por los que tenían solamente la primaria terminada con un 41.3%

**Tabla 4. Número de factores de riesgo social encontrados en el momento de la encuesta**

<b>Factores de Riesgo presentes</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Mayores de 80 años	171	33.3
Viven solos en una vivienda	183	35.6
Mujeres ancianas, solteras y viudas	123	25.9
Viven en instituciones	11	2.1
Ancianos que viven socialmente aislados	21	4
Ancianos sin hijos	87	16.9
Ancianos con limitaciones severas	84	16.3
Parejas de ancianos discapacitados	117	22.8
Ancianos con escasos recursos económicos	86	16.7

Fuente. Encuesta de recolección de datos

Los factores de riesgo social que mas se encontraron fueron los mayores de 80 años con un 33.3%, los que viven solos en una vivienda con un 35.6% y las mujeres ancianas viudas y solteras con un 25.9%

**Tabla 5. Clasificación según cantidad de factores de riesgo social que presentan**

<b>Clasificación</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
No Tienen	61	11.8
1 F.R.S	112	21.8
2 F.R.S	202	39.3
3 F.R.S	82	15.9
Más de 3 F.R.S	56	10.9
Total	513	100

F.R.S. Factor de riesgo social

Fuente Encuesta de recolección de datos

Es de señalar que existe una incidencia elevada de adultos mayores con factores de riesgo social predominando los que presentan 2 y más factores de riesgo social

**Tabla 6. Enfermedades asociadas que padecen**

<b>Enfermedades asociadas</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
H.T.A	271	52.8
Cardiopatía Isquemica	192	37.4
Osteoartrosis	303	58.9
Insuficiencia Cardiaca	26	5
E.P.O.C	184	35.8
Úlcera Péptica	23	4.4
Demencia	12	2.3
Anemia	43	8.3
Diabetes Mellitus	182	35.4
Epilepsia	5	0.9
Enfermedades Neoplásicas	14	2.7
Infecciones Urinarias	102	19.8

Fuente. Encuesta de recolección de datos

En la tabla 6 se señalan que las enfermedades crónicas no transmisibles tuvieron un porcentaje elevado en el grupo de estudio así como la EPOC con un 35.8% y la osteoartrosis con un 58.9%

**Tabla 7. Estado de la capacidad funcional para la realización de las Actividades de vida diarias**

<b>Grado de validismo</b>	<b>Masculino.</b>	<b>%</b>	<b>Femenino</b>	<b>%</b>
Independiente	92	33.4	81	34
Independientes con alguna limitación funcional	87	31.6	86	36.1
Exige ayuda diaria	62	22.5	53	22.2
Actividad de vida diaria al cuidado de otros	26	9.4	14	5.8
Incapacidad total	8	3	4	1.6
<b>Total</b>	<b>275</b>	<b>100</b>	<b>238</b>	<b>100</b>

En la tabla 7 observamos que existe un grado elevado de validismo optimo para la realización de las actividades básicas de la vida diaria tanto en las mujeres como en los hombres que son independientes para la realización de las mismas .

**Tabla 8. Estado de la capacidad funcional para la realización de las actividades Instrumentales**

<b>Actividad</b>	<b>Masculino.</b>	<b>%</b>	<b>Femenino.</b>	<b>%</b>
Muy activos	92	33.4	81	34
Activos	82	29.8	86	36
Poco activos	43	12	34	14.2
Inactivos	58	21	37	15.5
<b>Total</b>	<b>275</b>	<b>100</b>	<b>238</b>	<b>100</b>

Fuente. Encuesta de recolección de datos

En la tabla 8 observamos que existe un grado elevado de independencia Para la realización de las actividades instrumentales tanto en las mujeres como en los hombres los mayores grupos se encuentran en los muy activos y activos

### **Discusión**

Obtuvimos un por ciento elevado del número de adultos mayores a partir de los 75 años en lo adelante para ambos sexos, esta proporción estratificada guarda relación aproximada con el número de ancianos de las áreas de salud donde se obtuvo el muestreo al azar. En la literatura se recoge el crecimiento mundial de los grupos de ancianos llamados old-old, no solamente de los países desarrollados sino en algunos países de América Latina y el Caribe donde esta incluido nuestro país y dentro de la capital. (7).

En el municipio Cerro unos de los mas envejecidos del país objeto de nuestro estudio donde habitan más adultos de la tercera edad de todo el país con una tasa de 22% de personas mayores de 60 años y más en su población general. Se prevé un aumento continuo e irreversible del envejecimiento poblacional del municipio por el progresivo descenso de la fecundidad y la mejoría de la calidad de vida del adulto mayor. (8).

En lo referente al estado civil predominan los casados en el hombre y la viudez en la mujer

El vivir en pareja durante la vejez cobra significativa importancia, pues estos lazos establecen nexos desde el punto de vista generacional muy sólidos en lo que respecta la ayuda mutua y al estado afectivo. Los grupos de ancianos casados tienen una mayor supervivencia que los ancianos solteros y viudos ya que las relaciones de comunión que se establecen en esta etapa de la vida no son sustituibles con el afecto y el apoyo con otros miembros de la familia. (9).

Cuando confrontamos las variables sociodemográficas en el municipio Cerro con respecto a otros municipios de Provincia Habana referente al estado civil vemos que predomina el estado civil casado.

En los países europeos se observa una mayor tolerancia a la viudez que los países latinos. Sin embargo, dado que la tasa de mortalidad del hombre es más alta que la de la mujer, hay una mayoría de ancianas viudas, que siguen viviendo en su propio hogar solas. Sólo el 20% de las personas mayores del sexo femenino viudas viven en el hogar de un hijo adulto. (9).

Sobre la clasificación del nivel escolar observamos que en la muestra de estudio predomina los de nivel primario con un 41.3%. Es de descartar que el Municipio Cerro siempre fuera un municipio eminentemente obrero en su gran mayoría con un gran nivel de incorporación de la mujer a las tareas productivas. El que exista un alto grupo de personas con un nivel escolar bajo obedece que antes de triunfo de la revolución cuando eran jóvenes aun no tuvieron la posibilidad de alcanzar estudios de nivel primario por tener que incorporarse tempranamente al trabajo para poder cooperar con el sustento familiar. Muchas de estas personas después de las oportunidades que dio el triunfo revolucionario alcanzaron un nivel medio y técnico.

Al revisar bibliografía internacional con respecto a este tema se refiere a que el bajo nivel cultural muy bajo constituye un factor de riesgo social a tener en cuenta, ya que el nivel de instrucción académico de la persona se revierte en una mejor calidad de vida con la obtención de nuevos conocimientos, mejores trabajos y mayor remuneración (10-11)

Los mayores de 80 años y más fue uno de los factores de riesgo más significativo encontrado en la muestra estudiada con La pérdida de la reserva funcional en estas edades condiciona una mayor susceptibilidad a la agresión externa, al disminuir los mecanismos de respuesta y su eficacia para conservar el equilibrio del medio interno. (12)

En el intento de encontrar términos con los cuales identificar la disminución de la capacidad funcional inherente al adulto mayor y por tanto el aumento de su dependencia del medio, surgen los conceptos de “fragilidad” y “anciano frágil”.

Los ancianos solos que viven en una vivienda ocuparon un lugar relevante con un 35.6% Es de destacar que estudios realizados en el año 2003 había un estimado de un 12% de ancianos solos en el municipio Cerro.

Los estudios realizados demuestran que la soledad en la tercera edad empeora notablemente la calidad de vida y el pronóstico vital global de los ancianos. Además, condiciona un aumento en la demanda de los servicios sanitarios y sociales, y se ha relacionado especialmente con el estado civil, el nivel cultural y estatus socioeconómico. (13).

La soledad es un problema común en la sociedad actual, asociado a factores como depresión, institucionalización precoz, deterioro cognitivo e incremento de la mortalidad, que requiere una atención especial.

Las mujeres ancianas y viudas tuvieron un 25.9% de la muestra estudiada.

En otros estudios revisados sobre la viudez en la ancianidad, en una gran parte del mundo reportan más de un 50% de la viudez después de los 65 años de edad, y la proporción va en aumento a medida que las poblaciones viven más.

La viudez es una de las pérdidas más comunes en la vejez. Al igual que la jubilación constituye un elemento predecible durante esta etapa. (14).

Se caracteriza por duelo, aflicción, pérdida de compañía, cambios en los estilos de vida y por consiguiente en la calidad de vida. Se considera perjudicial para la persona tanto mental como físicamente e incrementa el riesgo de enfermar emocionalmente.

Sobre la cantidad de factores de riesgo social predominó un 39.3% de adultos mayores con 2 factores de riesgo social presentes en el grupo de adultos mayores estudiados en el momento de ser encuestados.

Al comparar estos resultados obtenidos con otros estudios realizados en Argentina y España estos encontraron que donde había la presencia de dos y más factores de riesgo social predominaron los grupos de mayor edad, los escasos recursos económicos y la soledad con más de un 62%. (15).

La presencia de tres y más factores de riesgo social cataloga al adulto mayor como frágil y muy vulnerable para la pérdida de la capacidad funcional.

En el grupo estudiado predominaron las enfermedades crónicas no transmisibles La presencia de comorbilidad asociada a factores de riesgo social es un factor potencial para la pérdida de la capacidad funcional.

Las descompensaciones frecuentes de estas enfermedades tienen como común denominador la presencia de factores de riesgo conocidos y hábitos nocivos de vida con requerimientos de institucionalizaciones frecuentes con un elevado costo de los servicios sanitarios

Estos hallazgos son similares a los encontrados en estudios realizados en otros países donde la hipertensión arterial tiene una prevalencia de más de un 35% en los adultos

mayores y más de un 20% no lleva el tratamiento adecuado de forma sistemática y se asocia con una frecuencia de 1 a 3 con la cardiopatía isquémica crónica. (16).

La diabetes mellitus tuvo una incidencia elevada como las que se reportan por otros autores con sus complicaciones macro y micro vasculares que afectan seriamente la capacidad funcional en estos grupos de edades. (17-18).

En estudios realizados se encontraron una cifra muy alta de ancianos fumadores de hombres y mujeres que comenzaron en etapas tempranas de su juventud de ahí que la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. (EPOC), tenga una incidencia elevada. Además se encontró una alta incidencia del número de ingresos con una estadía prolongada por esta enfermedad en adultos mayores procedentes del municipio Cerro (19).

La osteoartritis es más frecuente en mujeres que en hombres y provocan serias limitaciones del validísimo por la presencia de dolor e inmovilidad articular, que llevan a la inmovilización. Estas enfermedades cuando se asocian a la presencia de factores de riesgos sociales como son la edad avanzada y las parejas de ancianos sin hijos ocasionan frecuentemente solicitudes de institucionalización.

La capacidad funcional para la realización de las actividades de la vida (20), diaria se encontró preponderantemente un número mayor de independencia para las mismas. La presencia de un validísimo óptimo en la tercera edad es el principal indicador resume n para medir la eficacia de los programas de salud. (21).

En las cuatro áreas de Salud del Municipio Cerro se desarrollan Programas con el fin de mantener los adultos mayores más viejos con una capacidad funcional adecuada que permita una mejor inserción en la familia y la sociedad observando que en el último trienio han disminuido las solicitudes de institucionalización por incapacidad total para la realización de las actividades de la vida diaria.

La dependencia para las actividades de la vida diaria básica e instrumentada se relaciona con la mortalidad a corto plazo y con la probabilidad de institucionalización. (22).

El estado de la capacidad funcional para las actividades instrumentales vemos que el 36.4% de los hombres y el 35.8% de las mujeres eran válidos para la realización de estas actividades.

En estudios realizados en nuestro país observamos que nuestros adultos mayores conservan las actividades complejas hasta etapas avanzadas de la vida. (23).

Las mujeres ancianas se dedican diversas actividades domésticas en su gran mayoría y son el sostén de los más jóvenes que se incorporan desde muy temprano a las tareas laborales, permaneciendo la mayor parte del tiempo en ellas. La mujer anciana permanece al cuidado de la casa y realiza diversas actividades como son lavar, planchar, cocinar, fregar. Realizando además actividades que requieren mayor complejidad poniendo a prueba la función cognitiva como son actividades instrumentales complejas como son el manejo de dinero, la realización de compras y otras.

En cualquier caso, podemos observar que las actividades en las que se plantean más problemas son aquellas que requieren mayor movimiento, por lo que queda claro que la movilidad es el mejor marcador de capacidad funcional general en el anciano. Es lógico por tanto pensar que la prevención y rehabilitación de problemas relacionados con la movilidad en individuos de la tercera edad que son fundamentales para mejorar de forma considerable su calidad de vida. (24).

## **Bibliografía:**

- 1-MINSAP. UATS: Comportamiento esperado de eventos de salud seleccionados para el año 2005. La Habana; 2004: 60-66.
- 2- Fernández Larrea N, Clúa Calderón AM, Báez Dueñas RM, Ramírez Rodríguez M, Prieto Díaz V. Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. Rev. Cubana Med Gen Integral 2000; 16(1):6-12.
- 3- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. CELADE (2003). División de Población de la CEPAL. La situación de las personas mayores. Santiago de Chile. - Malines R, et al. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2001: 171-195.
- 4- Informes estadísticos de la Dirección Nacional del Adulto Mayor. La Habana; 2004.
- 5- CEE, INSIE y CEDEM, (2000). “La esperanza de vida de Cuba y provincias”. Periodo 1996-2000. La Habana. Editorial Científico-Técnica; 1996.p.32-7.
- 6- González Sánchez RL, Fleitas Fuertes I, Rodríguez Fernández MM, Rodríguez Sánchez R. Evaluación médico social de los ancianos de dos consultorios pertenecientes al policlínico “California”. Rev. Cubana Med Gen Integral. 1998; 14(3): 221-4.
- 7- Informes estadísticos de la Dirección Nacional del Adulto Mayor. La Habana; 2004.
- 8- Anuario Estadístico. Ciudad de La Habana. Ministerio de Salud Pública 2005.
- 9-Hidalgo MT; Factores de riesgo psicosocial en adultos mayores del Municipio Cerro Tesis de Grado La Habana 2003.
- 10-Fernández Brañas S, Almuiña Genes M, Alonso Chil O, Blanco Mesa B. Factores psicosociales presentes en la tercera edad. Rev. Cubana Hig Epidemiol. 2001; 39(2):77-81.
- 11- Zaldívar D. Estrés y factores psicosociales en la tercera edad. Ponencia presentada en el Congreso de Longevidad. Hotel Nacional, La Habana, 18-21 de Mayo/2004.
- 12-Lic. Madelin Rodríguez Riscart, Interrelación de la familia con el adulto mayor institucionalizado. Rev. Cubana Enfermer 2006; 22(1)
- 13- Arias L, Herrera JA. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. Colomb Med 1994; 25: 26-28.
- 14- Soria Bell B, Bandera Simón M, Mercerón Figuerola Y, Zamora Anglada M. Aspectos psicológicos y sociales más relevantes en ancianos institucionalizados. Rev. Cubana Enfer. 1999; 15(3): 207-13.

- 15- Montané Avendaño A, Hernández Soto AI, Hernández Elías H, Bravo Cruz C. Características socioeconómicas de un grupo de ancianos. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. [Serie en Internet]. [Citado 19 Jul 2004]. Disponible en: <http://www.pri.sld.cu/facultad/revistas/revista2-2001.html>
- 16- Evans RL, Connis RJ, Bishoj JS, Hendriks RD, Haselkrom JK. Stroke: a family dilemma. *Disabil Rehabil* 2003; 194: 110-118.
- 17- Gill T, Baker D, Gottschalk M et al. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *N Engl J Med* 2002; 347:1068-74.
- 18- UKPDS Group: Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. *BMJ* 317:703-13, 1998.
- 19- Cambach W; Wagenaar RC; Koelman TW; van Kelpema AR; Kemper HC. The long-term effects of pulmonary rehabilitation in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease a research synthesis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005; Jan 80(1): 108-111
- 18- Kenneth AB. Osteoarthritis. *Clin Geriatr Med* 2000; 1:4-2.
- 19- Reguera Naranjo JL, Cervera Estrada L, Rodríguez Ferra R, Pereira Jiménez I, Pérez Rivero JL. Autonomía y validismo en la tercera edad. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2001; 17(3):222-6.
- 20- Lesendra Martín I. Estrategias para mejorar la asistencia a las personas Mayores en la Atención Primaria de Salud. Cuaderno de Gestión para el profesional de la Atención Primaria 2002 Abril 08(9).
- 21- Batzan Cortes. J.J. Atención sanitaria al anciano frágil: teoría de la evidencia científica. *Medicina Clínica* 2000; 115 MN 18: 707-17.
- 22- Frieswijk N, Buunk B, Steverink N et al. The interpretation of social comparison and its relation to life satisfaction among elderly people: Does frailty make a difference? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2004; 59B:250.
- 23- Reguera Naranjo JL, Cervera Estrada L, Rodríguez Ferra R, Pereira Jiménez I, Pérez Rivero JL. Autonomía y validismo en la tercera edad. *Rev. Cubana Med Gen Integr.* 2004; 17(3):222-6.
- 24- Lesendra Martín I. Estrategias para mejorar la asistencia a las personas Mayores en la Atención Primaria de Salud. Cuaderno de Gestión para el profesional de la Atención Primaria 2002 Abril 08(9).

## **Anexo 1**

Encuesta para la caracterización de factores de riesgo social en ancianos adultos mayores del Municipio Cerro.

(Marque con una cruz (X) los acápites respondidos)

**1-Edad**\_\_\_\_\_

**2-Sexo** Masculino\_\_\_\_ Femenino\_\_\_\_

**3-Estado Civil**

Soltero\_\_\_\_\_

Casado o unión consensual\_\_\_\_\_

Viudo\_\_\_\_\_

Divorciado\_\_\_\_\_

**4- Factores de riesgo social que tiene**

Mayores de 80 años

Viven solos en una vivienda

a-Mujeres ancianas solteras y viudas-\_\_\_\_\_

b-Viven en instituciones \_\_\_\_\_

c-Ancianos que viven Socialmente aislados\_\_\_\_\_

d-Ancianos sin hijos\_\_\_\_\_

e-**Ancianos con limitaciones severas**\_\_\_\_\_

f-Parejas de ancianos donde uno estas discapacitado\_\_\_\_\_

g-Ancian

**5-Cantidad de factores de riesgo social que tiene**

a-No tienen\_\_\_\_\_

b-1 F. R. S.\_\_\_\_\_

c-2 F. R. S.\_\_\_\_\_

**d-3 F. R. S**\_\_\_\_\_

e-Más de 3 F. R.S.\_\_\_\_\_

**6- Clasificación según el nivel escolar**

a-Primaria sin terminar\_\_\_\_\_

b-Primaria terminada\_\_\_\_\_

- c-Secundaria terminada\_\_\_\_\_
- d-Preuniversitario terminado\_\_\_\_\_
- e-Técnico medio\_\_\_\_\_
- f-Universitario\_\_\_\_\_
- g-No escolarizado\_\_\_\_\_

**7-Enfermedades que padece**

- H.T.A\_\_\_\_\_
- Cardiopatía Isquémica\_\_\_\_\_
- Osteoartrosis\_\_\_\_\_
- Insuficiencia Cardíaca\_\_\_\_\_
- E.P.O.C.\_\_\_\_\_
- Úlcera péptica\_\_\_\_\_
- Demencia\_\_\_\_\_
- Anemia\_\_\_\_\_
- Diabetes Mellitus\_\_\_\_\_
- Epilepsia\_\_\_\_\_
- Enfermedades Neoplásicas\_\_\_\_\_
- Infecciones Urinarias \_\_\_\_\_
- Afecciones quirúrgicas \_\_\_\_\_

**12-Estado de la capacidad funcional para realizar las actividades de la vida diaria**

**(Según los resultados de la aplicación del índice de Katz)**

- Independiente\_\_\_\_\_
- Independiente con alguna limitación funcional\_\_\_\_\_
- Exige ayuda diaria\_\_\_\_\_
- Actividad de vida diaria al cuidado de otros\_\_\_\_\_
- Incapacidad total\_\_\_\_\_

**13-Estado de la capacidad funcional para las actividades instrumentadas**

**(Según resultados de la aplicación del índice de Lawton)**

- Muy activos: actividades instrumentales completas
- Activos: actividades limitadas
- Pocos activos: limitación del 50% o más de esas actividades
- Inactivos: No realizan actividades instrumentales

## **Anexo 2**

### **Índice de Katz**

<b>LAVADO</b>		
No recibe ayuda (entra y sale de la bañera por si mismo , si esta es su forma de bañarse).	Recibe ayuda en la limpieza de solo una parte de su cuerpo (p. Ej.: espalda o piernas).	Recibe ayuda en el aseo de mas de una parte del cuerpo o ayuda al entrar y salir de la bañera.
<b>VESTIDO</b>		
Toma la ropa y se viste completamente sin ayuda	Sin ayuda, excepto para atarse los zapatos.	Recibe ayuda para tomar la ropa o ponérsela, o permanece parcialmente vestido.
<b>USO DEL RETRETE</b>		
Va al baño, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda (puede usar bastón, andador o sillas de ruedas).Puede usar orinal o bacinilla por la noche, vaciándolo por la mañana.	Recibe ayuda para ir al baño, limpiase, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal.	No va al baño.
<b>MOVILIZACIÓN</b>		
Entra y sale de la cama. Se sienta y se levanta sin ayuda (pueden usar un bastón o andador.)		No se levanta de la cama.

<b>CONTINENCIA</b>		
Controla completamente ambos esfínteres.	Incontinencia ocasional.	Necesita supervision. Usa sonda vesical o es incontinente.
<b>ALIMENTACIÓN</b>		
Sin ayuda	Ayuda solo para contar la carne o untar el pan.  Independiente	Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos.  Dependiente

### VALORACIÓN

- A. Independiente en todas las funciones
- B. Independiente en todas, salvo en una de ellas
- C. Independiente en todas, salvo lavado, vestido y otras mas
- D. Independiente en todas, salvo lavado, vestido y otras mas
- E. Independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso del inodoro y otras mas
- F. Independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso del inodoro, movilización y otras mas
- G. Dependiente en las seis funciones

Otras dependientes al menos endos funciones pero no clasificables como C,D,E o F

### **Anexo 3**

#### **Escala de Lawton y Brody**

##### **CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO**

Usar el teléfono por iniciativa propia.....	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares.....	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar.....	1
No utiliza el teléfono.....	0

---

##### **COMPRAS**

Realiza todas las compras necesarias independiente.....	1
Realiza independientemente pequeñas compra.....	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra.....	0
Totalmente incapaz de compra.....	0

---

##### **PREPARACIÓN DE LA COMIDA**

Organizar, preparar y sirve las comidas por si solo adecuadamente.....	1
Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes...0	
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada.....	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas.....	0

---

##### **CUIDADO DE LA CASA**

Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados).....	1
Realiza tareas ligeras, tales como lavar los platos o hacer las camas.....	1
Realizar tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de Limpieza .....	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa.....	1
No participa en ninguna labor de la casa.....	1

---

##### **LAVADO DE ROPA**

Lava por si solo la ropa.....	1
Lava por si solo pequeñas prendas.....	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro.....	0

---

### **USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE**

Viaja solo en transporte publico o conduce su propio coche.....	1
Es capaz de tomar un taxi, pero no unas otro medio de transporte.....	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado de otras personas.....	1
Utiliza el taxi o automóvil solo con ayuda de otros.....	0
No viaja en absoluto.....	0

---

### **RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN**

Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta.....	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente.....	0
No es capaz de administrarse su medicación.....	0

---

### **MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS**

Se encarga de sus asuntos económicos por si solo.....	1
Realiza las compras cada día, necesita ayuda en las grandes compras, bancos.....	1
Incapaz de manejar dinero.....	0

---

**\*8 =Muy activos: actividades instrumentales completas**

**\*5 a 7 = Activos: actividades limitadas**

**\*1 a 4 = Poco activos: limitación del 50% o más de esas actividades**

**\*0 = Inactivos: no realizan actividades instrumentales**