

## **Caracterización biopsicosocial del adulto mayor. Consultorio Médico # 7. Puerto Esperanza. 2015-2016.**

Gómez Guerra, Diana Belkys<sup>1</sup>  
Rivera Gallardo, Maricely<sup>2</sup>  
Casanova Moreno, María de la Caridad<sup>3</sup>  
Díaz Pita, Gicela<sup>4</sup>  
Álvarez Gómez, Adrian Ernesto.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Ciencias Médicas. Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna .Departamento Salud Pública , Pinar del Río , Cuba, Correo electrónico. dianabel@infomed.sld.cu

<sup>2</sup> Policlínico de Puerto Esperanza. Departamento Medicina General Integral. Viñales. Cuba .

<sup>3</sup> Universidad de Ciencias Médicas. Pinar del Río. Vicerrectora académica, Cuba, Correo electrónico .mcasanovamoreno @infomed.sld.cu.

<sup>4</sup> Facultad de Ciencias Médicas. Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna .Departamento de Medicina General Integral, Pinar del Río, Cuba, Correo electrónico giceladp@infomed.sld.cu.

<sup>5</sup> Facultad de Ciencias Médicas. Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna. Estudiante, Pinar del Río, Cuba.

**Resumen:** El envejecimiento provoca tendencias demográficas preocupantes en la población mundial, resultado de la interacción compleja de factores biológicos, psicológicos y sociales.

El objetivo es caracterizar la esfera biopsicosocial del adulto mayor. Consultorio Médico #7 de Puerto Esperanza, 2015-2016. Se realizó una investigación descriptiva de corte transversal; el universo estuvo constituido por 135 adultos mayores y la muestra quedó conformada de forma aleatoria simple por 75 que cumplieron con los criterios de inclusión. Se aplicaron **métodos** teóricos, empíricos como la escala geriátrica de evaluación funcional y de depresión geriátrica; un modelo de encuesta para el procesamiento de los datos. Se obtuvo como resultados los adultos mayores con predominio del grupo etáreo entre 60 a 69 años con 50.6 % del sexo masculino con un 54.6%, se constató las Enfermedades Crónicas No Transmisibles; prevaleciendo la Hipertensión Arterial y la Osteoartrosis ,así como en la escala de depresión se alcanzó como resultado un nivel normal con un 67.9%, aunque existe incremento hacia la probable depresión, en la Escala de Evaluación Funcional las principales afectaciones fueron el uso de medicamentos ,los trastornos del sueño y los visuales ,así como los factores de riesgo existiendo mayor prevalencia del sedentarismo con un 74,6% y tabaquismo con un 60 %.

Se identificaron mayor prevalencia entre 60-69 años, del sexo masculino, la hipertensión arterial como enfermedad crónica, en cuanto a la evaluación de la depresión el predominio fue del nivel normal, la escala de evaluación funcional demostró la principal afectación resultó ser el uso de medicamentos, el principal factor de riesgo fue el sedentarismo.

**Palabras clave:** características biopsicosociales, adultos mayores, evaluación funcional.

## I. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, el hombre ha estado preocupado por el envejecimiento porque, según decía Cicerón, éste se considera "(...) una etapa infeliz y está más cerca de la muerte". Basta decir que en 1975 había en el mundo 350 millones de ancianos, cifra que aumentó a 600 millones en 2000 y que casi se volverá a duplicar en 2025 cuando ascienda a 1 100 millones. La evaluación geriátrica, se considera la herramienta o metodología fundamental de diagnóstico global en que se basa la clínica geriátrica en todos los niveles asistenciales, permitiendo enfocar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, además de hacer posible la observación sistemática del proceso terapéutico y el resultado de las acciones, con el objetivo de impedir o al menos retardar la aparición de incapacidades, elevándose la calidad de vida y bienestar en estos grupos de edades relevante.<sup>1</sup> El envejecimiento es un proceso individual de adaptación a condiciones cambiantes provenientes del mismo organismo o del medio social.<sup>2</sup> No es igual para todas las personas, pues surgen diferencias según el sector social a que pertenecen, el nivel educativo, la autonomía, el género y los estilos de vida y social.<sup>3</sup> En esta etapa no sólo afectan los problemas de salud sino otro grupo de factores, que se denominan de riesgo social en la vejez, lo que conlleva en ocasiones a ser considerados los ancianos como difíciles, por quienes lo rodean y es alarmante en estos casos el nivel de rechazo intergeneracionales que se establece.<sup>4</sup> El envejecimiento de la población influye en la composición familiar, la demanda de vivienda, las tendencias de la migración, la epidemiología y la necesidad de servicios de salud.<sup>5</sup> En Cuba el envejecimiento no se manifiesta de igual modo en todas las provincias. La zona occidental, con excepción de Pinar del Río y las centrales presentan mayor envejecimiento, en tanto en las orientales este proceso es menor, lo que se encuentra estrechamente relacionado con los niveles de fecundidad y mortalidad de los territorios. Las provincias Villa Clara con 22,6 % de personas de 60 años y más y Ciudad de La Habana con 20,5 % son las más envejecidas, mientras que Guantánamo con 16,3 % es la menos afectada por este proceso.<sup>6, 7</sup> Estimaciones futuras de la población cubana hasta el 2030 y 2050 muestran un proceso acelerado de envejecimiento, que hace que respecto a la población total el grupo de 60 y más, en el primer caso, llegue al 29,9 % en el 2030. La población cubana con 60 y más años representa el 19,0 %, mientras la nuestra en el estudio se comporta por encima de dicha cifra con 20,2%.<sup>8, 9</sup> La demanda de servicios de salud es consecuencia de una necesidad sentida que no puede ser definida únicamente desde el punto de vista del médico. Las estrategias que se formulen en el sector salud deben garantizar que la reducción de la mortalidad sea, fundamentalmente, a partir del cuidado de la salud de los ancianos, pues son los que mayores aportes podrán realizar al aumento de la esperanza de vida en Cuba, además, deben considerar como prioridad el afrontamiento a las necesidades que exige el proceso de envejecimiento.<sup>10</sup> Por lo expresado anteriormente nos motivamos a realizar esta investigación con el objetivo de caracterizar la esfera biopsicosocial del adulto mayor del consultorio médico # 7 perteneciente al área de salud de puerto esperanza, en el periodo 2015-2016, e identificar posibles riesgos a la salud de este grupo vulnerable y trazarnos acciones que nos permitan lograr mayor calidad de vida y una longevidad satisfactoria placentera.

## II. MÉTODO

Se realizó una investigación observacional de tipo descriptivo y corte transversal, con el objetivo de caracterizar la esfera biopsicosocial del adulto mayor del consultorio médico # 7, perteneciente al área de salud de Puerto Esperanza, en el periodo de 2015-2016. El universo estuvo constituido por 135 de los

adultos mayores y la muestra se seleccionó de forma aleatoria simple por 75 adultos mayores (34) femeninos y (41) masculinos, que cumplieron con los criterios de inclusión y manifestaron su conformidad de participar en él.

#### Criterios de Inclusión:

- Adultos mayores, pertenecientes al Consultorio 7 del área de salud de puerto esperanza.
- Adultos Mayores que consintieron participar en el estudio.
- Adulto mayor que completó los instrumentos aplicados para el estudio.

#### Criterios de exclusión:

Adultos Mayores que nos encontraban en sus zonas de residencial realizarse la investigación por causas de ingreso hospitalario, estar fuera de la provincia o municipio, etc.

Adulto mayor con deterioro cognitivo que hizo difícil poder aplicar los instrumentos de recolección de datos.

Se aplicaron métodos teóricos, empíricos como la escala geriátrica de evaluación funcional y la escala de depresión geriátrica, un modelo de encuesta donde se recogieron una serie de variables seleccionadas para el procesamiento de los datos como sexo, edad, enfermedades asociadas y factores de riesgo. A los datos obtenidos se les aplicó un análisis estadístico porcentual, se llevaron los resultados a tablas para su mejor interpretación

### III. RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de la población según grupo de edad y sexo. Caracterización biopsicosocial del adulto mayor. Consultorio médico # 7. Puerto Esperanza. 2015-2016.

Grupo de edad	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
60-69	15	20.4	23	30.6	38	50.6
70-79	8	10.6	9	11.4	17	22
80-89	7	9.3	6	8	13	17.3
90 o más	4	5.3	3	4.7	7	10
Total	34	45.3	41	54.6	75	100

Muestra la distribución de los adultos mayores según grupo de edad y sexo, nótese un predominio del grupo etáreo entre 60 a 69 años con 50.6 % y del sexo masculino con un 54.6%. Los resultados de adultos mayores por género, no reflejan las características demográficas normales en la mayoría de las poblaciones ancianas. Existe tendencia a la feminización de la población cubana discreta desde el 2002, relación masculinidad es de 994 hombres por 1000 mujeres, en número absoluto, 33432 mujeres más que hombres.<sup>13</sup> Es decir el estudio, indica presencia de una población masculina superior a la femenina. Este comportamiento, representado por el índice de masculinidad, se puede observar que de la muestra que se estudió el mayor por ciento está en el grupo etáreo de 60 a 69 con 51%.

Tabla 2.Distribución de los adultos mayores según Enfermedades Crónicas no Trasmisibles.

Enfermedades crónicas	No.	%
Hipertensión Arterial	60	80
Diabetes Mellitus	17	22,6
Cardiopatía Isquémica	11	14,6
Gastritis Crónica	7	9,3
Osteoartrosis	53	70,6
Asma Bronquial	10	13,3
EPOC	4	5,3

La Hipertensión Arterial es uno de los problemas de salud pública más importante, especialmente en países desarrollados esto se debe a que la mayoría de las hipertensiones son esenciales, es decir, se desconoce su causa aunque en estos casos son importantes los factores de riesgos (hábito de fumar, dislipidemias, diabetes mellitus, edad mayor de 60 años, sexo masculino, etc.) es frecuente en nuestra población y constituye la principal patología. Existe similitud con otros autores.<sup>14, 15-17</sup> La prevalencia de HTA a nivel mundial es de un 26.4 % a 972 millones de personas y se estima que para 2029 sea de 29.2%.<sup>13</sup>

Tabla 3.Distribución de los adultos mayores según escala de depresión.

Escala de depresión	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Normal	19	25.3	32	42.6	51	67.9
Probable depresión	6	8	11	14.6	17	22.6
Depresión establecida	4	5.3	3	4	7	9.3
Total	29	38.6	46	61.4	75	100

Los adultos mayores al aplicar la escala depresiva en la esfera psicológica, se alcanzó como resultado un nivel normal con un 67.9%, aunque existe incremento hacia la probable depresión. Las manifestaciones psicoafectivas más frecuentes son la depresión, ansiedad y el estrés; así al menos la mitad de los individuos mayores de 65 años, tienen alguna alteración psíquica en la que predomina la ansiedad y la depresión<sup>18</sup>. Coincidimos con Fernández<sup>19</sup> en que el envejecimiento psíquico es un proceso complejo y multifactorial, e influyen en los mismos factores individuales que no guardan relación absoluta con la edad cronológica.

Tabla 4. Distribución de los pacientes según los resultados de la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF).

EGEF	Con		Sin	
	Afectación		Afectación	
	No.	%	No.	%
Continencia	2	2.6	73	97.3
Movilidad	7	9.3	68	90.6
Equilibrio	10	13.3	65	86.6
Visión	20	26.6	55	73.3
Audición	8	10.6	67	89.3
Uso de medicamentos	71	94.6	4	5.3
Sueño	25	33.3	50	66.6
Estado emocional	7	9.3	68	90.6
Memoria	2	2.6	73	97.3
Situación Familiar	5	6.6	70	93.3
Situación social	2	2.6	73	97.3
Situación económica	18	24	57	76
Estado funcional global	9	12	66	88

Las principales afectaciones resultaron el uso de medicamentos con un 94,6%, siguiendo en orden de frecuencia los trastornos del sueño 33,3% y los visuales con un 26,6%. En el elevado consumo de medicación intervienen diferentes factores que deben ser considerados por los profesionales para conseguir un uso más racional de los medicamentos. En nuestro país con la función protagónica de los fármacos epidemiológicos, en estrecha colaboración con los médicos de familia, se trabaja arduamente con el objetivo de lograr la calidad en la prescripción en general, y en el paciente geriátrico en particular.

Tabla 5. Distribución de los pacientes según factores de riesgo.

Factores de Riesgo	No.	%
Sedentarismo	56	74,6
Obesidad	5	6,6
Tabaquismo	45	60
Hiperlipoproteinemia	9	8,1
Alcoholismo	3	4

Se observa como mayor resultado la prevalencia del sedentarismo con un 74,6% y el tabaquismo con un 60%. La falta de una rutina y motivación diaria, el enfrentamiento al tiempo libre sin saber con qué llenarlo o emplearlo sobre todo productivamente, la disminución de la autoestima como consecuencia de la valoración social, proveniente en gran medida del rol profesional y el exceso de pasividad y como consecuencia de la desorientación temporal, el sujeto no es capaz de ordenar su vida y en muchas ocasiones no realiza actividades físicas y se muestra sedentario debido a estas y otras causas contamos con el 74,6% de las personas con este factor de riesgo. En orden descendente se manifestaron el tabaquismo con 60% y en menor medida las hiperlipoproteinemia con 8.1%. Estos factores contribuyen al incremento del Cáncer

de Pulmón, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Cardiopatía Isquémica y las Enfermedades Cerebrovasculares entre otras.

#### IV.CONCLUSIONES

En la investigación hubo una mayor prevalencia de las edades entre 60-69 años, del sexo masculino, la hipertensión arterial como enfermedad crónica, en cuanto a la evaluación de la depresión el predominio fue del nivel normal, la escala geriátrica de evaluación funcional demostró que la principal afectación resultó el uso de medicamentos y el principal factor de riesgo identificado fue el sedentarismo.

#### REFERENCIAS

- (1).Álvarez González K, Evaluación funcional del adulto mayor en la comunidad. Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río [Internet] 2012, [citado 15 Mar 2016] 16(2): [aprox 6p].Disponible en:<http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/897/html/>
- (2).Barrero Lazzata C. Aspectos sociales del envejecimiento. Washington D.C. OPS; 1994. 57-66.
- (3).Red Cubana de Gerontología y Geriatria. Transición demográfica y los servicios de salud. ¿Servicios horizontales o servicios verticales?.[Internet] 2011 [Citado 23 Jul. 2015],[aprox5p].Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php?idv=15830>
- (4).Rodríguez García Y et al. Características biopsicosociales de los ancianos. Rev Cubana de Salud Pública. [Internet] 2008. [Citado 14 May2015].12 (1).Disponible en: [http:// www.infomed.sld.cu](http://www.infomed.sld.cu)
- (5).Benítez Pérez, ME. El sistema de salud frente a una población que envejece. Revista Seguridad Social. [Internet] 2004. (246): 1-18
- (6).Envejecimiento-Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
- (7).Anuario estadístico de salud. [Internet] 2014. [Citado el 20 Mar 2016].Disponible en: [Files.sld.cu/bvs/cuba/files/2015/04/anuario estadístico –de- salud -2014pdf.](Files.sld.cu/bvs/cuba/files/2015/04/anuario%20estadístico%20de%20salud%202014.pdf)
- (8).Anuario estadístico de salud. [Internet] 2014. [Citado el 20 Mar 2016].Disponible en: [Files.sld.cu/bvs/cuba/files/2015/04/anuario estadístico –de- salud -2014pdf.](Files.sld.cu/bvs/cuba/files/2015/04/anuario%20estadístico%20de%20salud%202014.pdf)
- (9).Características Socio-demográficas de la Población Cubana. [Internet].2015 [Citado 31 May 2016]; [aprox 2p].Disponible en: [www.juventudrebelde.cu.](http://www.juventudrebelde.cu)
- (10).Cardona Arango, Doris. Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. [Internet] 2012. [Citado 15 Mar 2015],28(2).Disponible en: <http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php>
- (11).Fong Estrada JA, et al. Evaluación de los recursos sociales en ancianos ingresados en el Servicio de Geriatria. Rev. Cubana de Salud Pública. [Internet] 2013.[Citado 14 May 2016],17 (7).Disponible en: [http](http://www.infomed.sld.cu)
- (12).Esperanza de vida en años según la CIA World Facebook [Internet]. 2009. [Citado 14 May 2016].Disponible en: <http://www.wikipedia.org/>
- (13).Pagola Leyva J. Comportamiento de algunos indicadores demográficos municipio plaza de la revolución .Rev. Habanera de Ciencias Médicas. [Internet] 2008. [Citado 20 May 2015] .7 (2).Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php.](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php)

- (14).Esperanza de vida en años según la CIA World Facebook [Internet]. 2009. [Citado 14 May 2016].Disponible en: <http://www.wikipedia.org/>
- (15).Varanda Pereira L. Pereira de Vasconcelos, P. Prevalencia, intensidad de dolor crónico y auto percepción de la salud entre anciano. Rev. Latino-Am Enfermagem.
- (16).Borrego Díaz R, et al. Evaluación de algunos aspectos biopsicosociales del anciano. Policlínica “Máximo Gómez”. Rev. Cubana de Salud Pública. [Internet] 2008. [Citado 14 May 2016] ,1-11. Disponible en: [www.infomed.sld](http://www.infomed.sld).
- (17).Guillarte Selva, T. Caracterización clínico epidemiológica de pacientes diabéticos en un área de salud. Rev Cubana de Salud Pública. [Internet] 2013.[Citado 15 May 2016],17(5): [aprox 3p].Disponible en: [http www.infomed.sld](http://www.infomed.sld).
- (18).Villavicencio ME. F, et al. Ansiedad y depresión como indicadores de calidad de vida en adultos mayores. Rev. Psicol IMED. [Internet] 2012. [Citado 15 marzo 2016]; 4(1).Disponible en: <http://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/233/196>
- (19).Fernández FA. La Personalidad del anciano entre la pre demencia y la pre depresión. Rev. ESP Geriatric Gerontol. 1987; 22(6):325.