

CARACTERIZACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES A UN CONSULTORIO MÉDICO DE LA FAMILIA

Characterization of older adults belonging to a Family Medical Clinic

Diana Esperanza Monet Alvarez¹  , José Carlos Rivero Oliva² , Javier Gainza González¹ , Julia Tamara Álvarez Cortés³ , Virgen Yaneisi Gross Ochoa¹ .

¹Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Facultad de Medicina No. 1. Santiago de Cuba, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas Miguel Enríquez. La Habana, Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Facultad de Medicina No. 2. Policlínico Docente Ramón López Peña, Santiago de Cuba, Cuba.



Citar Como: Monet Alvarez DE, Rivero Oliva JC, Gonzalez JG, Alvarez Cortes JT, Gross Ochoa VY. Caracterización de los adultos mayores pertenecientes a un Consultorio Médico de la Familia. SPIMED [Internet]. 2023 [citado: fecha de acceso];4(1):e202. Disponible en: <http://revspimed.sld.cu/index.php/spimed/article/view/202>



Correspondencia a:
Diana Esperanza Monet-Alvarez
Correo Electrónico:
july68tamy@gmail.com

Conflicto de Intereses:

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Recibido: 23-07-2023

Aceptado: 25-08-2023

Publicado: 25-08-2023

Palabras Clave: Envejecimiento demográfico; Envejecimiento poblacional; Senectud; Dinámica poblacional; Atención primaria de salud; Anciano; Médicos de familia y estadística & datos numéricos

Keywords: Demographic aging; Population aging; Senescence; Population dynamics; Primary health care; old man; Family doctors and statistics & numerical data

RESUMEN

Introducción: envejecimiento, proceso biológico natural caracterizado por cambios morfofisiológicos dados por daños a largo plazo. En demografía, se refiere a un cambio en la estructura por edades de la población, a escala mundial se ha convertido en un problema de crecimiento acelerado, resultando importantes estrategias en función de este grupo poblacional.

Objetivo: caracterizar la población de adultos mayores pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia No. 41 del Policlínico 28 de septiembre, de Santiago de Cuba, en el periodo de junio- septiembre de 2022.

Métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal con un universo de 271 personas mayores de 60 años, de ambos sexos. Se trabajó con la totalidad del universo. Los datos fueron recogidos en tablas de contingencia.

Resultados: predominó el sexo femenino (69 %) y los adultos entre 60-65 años (32,8 %), con un índice de Rosset de 22,5 %. Se observó predominio de los pacientes con nivel educacional secundario (26,2 %) y trabajadores (36,5 %), el grupo dispensarial predominante fue el de enfermos (89,7 %) destacando la Hipertensión arterial como enfermedad más frecuente (64,2 %). El 86% contaba con buen apoyo familiar. El 97,8 % de los pacientes estudiados se encontraban totalmente capacitados para realizar las tareas diarias, solo el 0,7 % se encontraba en una incapacidad total.

Conclusiones: el envejecimiento poblacional se encuentra cada vez más marcado; por lo que, resulta necesario impulsar acciones para mejorar la calidad de vida en estos pacientes y a su vez fomentar promoción de salud y prevención de enfermedades enfocada en la tercera edad.

ABSTRACT

Introduction: aging, a natural biological process characterized by morphophysiological changes due to long term damages. In demographics, it refers to a change in the age structure of the population, on a global scale has become a fast-growing problem, resulting in important strategies aimed at this population group.

Objective: to characterize the population of older adults belonging to the Family Medical Clinic No. 41 of the 28 de septiembre Polyclinic, in Santiago de Cuba, in the period from June to September 2022.

Methods: an observational, descriptive, cross-sectional study was conducted with a universe of 271 people over 60 years of age, of both genders. Work was done with the totality of the universe. The data were collected in contingency charts.

Results: the predominant sex was female (69 %) and adults between 60-65 years of age (32.8 %), with a Rosset index of 22.5 %. There was a prevalence of patients with secondary education (26.2 %) and workers (36.5 %), the predominant dispensary group was the sick (89.7%) with arterial hypertension outstanding as the most frequent disease (64.2%). 86% had good family support. A total of 97.8% of the patient and at the same time promote health promotion and disease prevention aimed at the third age.s studied were fully able to perform daily tasks, only 0.7% were totally incapacitated.

Conclusions: population aging is becoming more and more marked; therefore, it is necessary to promote actions to improve the quality of life in these patients and at the same time promote health promotion and disease prevention aimed at the third age.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento o senescencia, es un proceso natural que, desde un punto de vista biológico, no es más que el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en el individuo, lo que conlleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte.¹

El envejecimiento poblacional, se refiere a un cambio en la estructura por edades de la población, donde básicamente crecen los grupos de edades maduras y longevas manteniéndose o disminuyendo los grupos de menor edad. En 1950 el 5,4% de la población mundial tenía 60 años o más, ya en 2002 dicho grupo poblacional representaba un 8%; se estima que para 2025 representará un 12,8% y para el 2050 más del 20%.²

Según diversos autores³⁻⁸ se espera un ascenso importante en el número de adultos mayores en los siguientes años, lo que implicará mayores tasas de morbilidad y necesidades de atención médica, con el doble desafío de disminuir la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias en conjunto con la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles, a lo que no escapa América Latina.

México cuenta con una población de más de 126.1 millones de habitantes. Con base en la Encuesta de la Dinámica Demográfica (ENADID) del año 2018, residían 15.4 millones de personas de 60 años o más, lo que representa el 12.3 % de la población total.⁹ Cuba se encuentra entre los países de América Latina y el Caribe más envejecidos. En el 2016 se declaraban las provincias de Villa Clara (22.8 %), La Habana (20.8 %) y Sancti Spíritus (20.6 %) como las más longevas del país.² A finales de 2019 el 20,8 % de su población tenía 60 años o más, para el 2030 se espera alcance un 30 %. La esperanza de vida ronda los 78 años y medio, y la mayoría de las personas mayores cubanas son independientes para poder satisfacer las actividades de su vida personal.¹⁰

El envejecimiento poblacional en Cuba se incrementa progresivamente como fenómeno actual y futuro de significativa connotación; las causas esenciales del mismo se asocian al incremento de la esperanza de vida, unido a la disminución de la mortalidad y al descenso de la fecundidad, así como al saldo migratorio negativo, entre otros factores. Por ello se necesitan estrategias para incrementar la natalidad y mejorar las condiciones y calidad de vida del adulto, así como para la atención diferenciada, sistemática y con calidad del perfil de morbilidad característico de este grupo poblacional frágil y vulnerable.

La población mundial envejece rápido. La senectud demográfica es el gran desafío del tercer milenio, unido a ello, las principales enfermedades que afectan a estos pacientes. Con el aumento de los años a vivir, las oportunidades que puede brindar la vida dependen en gran medida del envejecimiento saludable. Este es definido como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez”. La “capacidad funcional” comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. El envejecimiento saludable no es algo estático, es un proceso que abarca toda la vida y llega a todas las personas, sanas o con enfermedades, y a cualquier edad.²

El aumento de la población de 60 años y más de edad requiere de

una atención especial, dada la fragilidad que la caracteriza y la aparición de enfermedades crónicas y discapacidades derivadas del proceso de envejecimiento, que exigen más atención de los servicios de salud. Todo esto hace que muchos de ellos precisen ayuda en lo referente al acceso a los medicamentos, disponibilidad de alimentos, asistencia social y, en muchos casos, ayuda económica, entre otros factores.¹¹⁻¹²

Durante las últimas décadas ha sido evidente el aumento progresivo de la ancianidad a nivel mundial, lo que repercute en la planificación económica y social de cualquier país y Cuba no está exento de ello. La elevada morbilidad que caracteriza a este grupo poblacional, ocasiona gran demanda de los servicios de salud. Se evidencia, además, un incrementado de la mortalidad a causa de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y al aumento de la esperanza de vida, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

Como consecuencia del envejecimiento, ocurre una disfunción del sistema inmune, fenómeno conocido como inmunosenescencia; este deterioro inmunológico es responsable, en buena medida, de la disminución de la capacidad de defensa ante agentes agresores.¹³⁻¹⁶ Los trastornos inmunológicos que aparecen en la tercera edad explican la tendencia de este grupo poblacional a padecer diferentes tipos de enfermedades, entre ellas, las de origen infeccioso, siendo éstas una de las principales causas de morbi-mortalidad en ancianos.^{14,17}

Las alteraciones en el sistema inmune que disminuyen la eficacia de la respuesta frente a la infección, se deben a cambios cuantitativos o cualitativos de las poblaciones celulares, y puede ser observado debido a modificaciones en la distribución de antígenos sobre la superficie celular, de los linfocitos de sangre periférica. En personas longevas se observa una involución del timo y por consiguiente una disminución de los timocitos.¹⁷⁻¹⁸

Posterior a los 60 años, no se detectan restos de hormonas tímicas en individuos normales, por lo que existe una disminución progresiva de la capacidad de generar linfocitos T competentes, lo cual se acelera a partir de los 70 años a la disminución de la capacidad de mitosis de estos linfocitos, menor actividad de los CD4 cooperadores, mayor actividad de los CD8 supresores, menor actividad de los CD8 citotóxicos, menor capacidad de los linfocitos B para producir anticuerpos y responder a antígenos externos, también ocurre un aumento de la producción de auto-anticuerpos, aumento en la producción de inmunocomplejos circulantes y menor capacidad para producir factor de crecimiento de células T.¹⁵⁻¹⁶

Estas características justifican, en los ancianos, una mayor predisposición hacia patologías autoinmunes, oncológicas, períodos de convalecencia prolongados y sobre todo mayor prevalencia de infecciones; donde, las infecciones respiratorias cobran especial interés por su elevada morbi-mortalidad, generando gran número de ingresos hospitalarios, mayor consumo de fármacos, y elevados costos en el sector de la salud. Frente a los riesgos que para el anciano significa el deterioro de la función inmune, se han propuesto muchas intervenciones con el fin de optimizarla, como, por ejemplo, los distintos fármacos inmunomoduladores. Por todo lo antes expuesto surge la siguiente interrogante ¿Qué características presentan los pacientes longevas pertenecientes al consultorio médico de familia número 41 (CMF No. 41) del policlínico 28 de Septiembre? Para lo cual se trazó como objetivo: caracterizar la población de adultos mayores pertenecientes al CMF. No. 41 del Policlínico 28 de septiembre, de Santiago de Cuba, en el periodo comprendido entre junio y septiembre de 2022

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de caracterizar la población de adultos mayores pertenecientes al consultorio médico de familia número 41 del Policlínico 28 de septiembre, de Santiago de Cuba, en el periodo comprendido entre junio y septiembre de 2022.

El universo estuvo constituido por 271 personas de 60 o más años, de ambos sexos, dispensarizados en dicho consultorio. No se seleccionó muestra. Para alcanzar el objetivo propuesto se operaron las siguientes variables:

Edad. Cuantitativa continua. Tuvo en cuenta los años cumplidos y se agrupó en grupos quinquenales: 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85 y más años.

Sexo. Cualitativa nominal dicotómica. Se clasificó según características biológicas en masculino y femenino.

Escolaridad. Cualitativa ordinal. Según nivel escolar vencido: primaria sin terminar, primaria terminada, secundaria básica, preuniversitario, técnico medio o universitario.

Ocupación. Cualitativa nominal. Según la labor que realiza: ama de casa, trabajador, jubilado.

Grupo dispensarial. Cualitativa ordinal. Tuvo en cuenta el grupo dispensarial según el programa del médico y enfermera de la familia.

- Grupo I: aparentemente sanos
- Grupo II: con riesgo
- Grupo III: enfermos
- Grupo IV: con deficiencias o discapacidades

Antecedentes patológicos personales. Cualitativa nominal politémica. Analizó las enfermedades no transmisibles que padecían los adultos mayores: hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus, enfermedades del tiroides, enfermedad renal crónica, enfermedades osteodegenerativas, enfermedades del colágeno, enfermedades psiquiátricas, demencias, otras.

Número de enfermedades no transmisibles: cuantitativa discreta. Analizó la cantidad de comorbilidades en un mismo paciente y se clasificó en: 1 a 2 enfermedades, 3 a 4 enfermedades y 5 o más enfermedades.

Estructura familiar: Analizó la estructura familiar atendiendo a:

- Ontogénesis: nuclear, extensa o ampliada
- Número de miembros: pequeña (hasta 3 miembros), mediana (4-6 miembros), grande (7 o más miembros).
- Número de generaciones: unigeneracional, bigeneracional, trigeneracional, multigeneracional

Etapas del ciclo vital. Cualitativa nominal. Según el ciclo evolutivo de la familia. Se clasificó en

- etapa de formación. Desde el matrimonio al nacimiento del primer hijo.
- etapa de extensión. Del nacimiento del primer hijo a la salida del hogar o independencia del primer hijo.
- etapa de contracción. De la salida del hogar o independencia

del primer hijo a la muerte del primer cónyuge.

- etapa de disolución. De la muerte del primer cónyuge a la muerte del segundo cónyuge.

Funcionamiento familiar. Cualitativa nominal. Se clasificó atendiendo al cumplimiento de las funciones básicas de la familia y según lo expresado por los pacientes al aplicar el test de percepción del funcionamiento familiar FF-SIL.

Nivel socioeconómico. Cualitativa nominal. Se basó en el per cápita familiar sumando todos los ingresos del núcleo familiar, y se clasificó en bueno (más de 1700 por persona), regular (entre \$1000 y \$1700) y malo (< \$1000).

Hacinamiento: cualitativa nominal. Se clasificó, en dependencia del número de personas que duermen en una habitación, en con hacinamiento (3 o más) o sin hacinamiento (hasta 2).

Evaluación nutricional. Cualitativa ordinal. Tuvo en cuenta el índice de masa corporal. Se clasificó en bajo peso (<18,5 Kg/m²) normal peso (18,5–24,9 Kg/m²), sobrepeso (25 – 29,9 Kg/m²), obeso (30 Kg/m² o más).

Apoyo familiar. Cualitativa nominal. Según lo referido por los pacientes. Se clasificó en: apoyo en todas las necesidades, apoyo limitado, apoyo escaso, abandono total.

Grandes síndromes geriátricos. Cualitativa nominal. Analizó la presencia de peligro de accidentes, incontinencia, inmovilidad o encamamiento y demencias.

Capacidad funcional. Cualitativa ordinal. Se clasificó según la posibilidad de realizar las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria en: totalmente capacitado, con limitación parcial, totalmente incapacitado.

Técnicas y procedimientos

Se revisó la literatura referente al tema en las bases de datos disponibles a través de Infomed y con la ayuda del buscador Google académico. Se tomaron los datos de las historias de salud familiar y las historias clínicas y se entrevistaron los adultos mayores para precisar datos como el funcionamiento y el apoyo familiar.

La información se recogió en una planilla diseñada para este estudio y se procesó a partir de una base de datos creada en Microsoft Excel. Se elaboraron tablas y gráficos para presentar la información que fue resumida utilizando técnicas de estadística descriptiva como la frecuencia absoluta, el porcentaje, la media aritmética y la razón.

Se sometió la información a un proceso de análisis y síntesis, comparando los resultados con los de otros autores, a través del método inductivo–deductivo se arribó a conclusiones.

Aspectos éticos:

El estudio se basa sobre los principios éticos fundamentales que regulan la conducta ética beneficencia, no maleficencia, autonomía, confidencialidad. La investigación cumplió con el principio de respeto a la dignidad humana, a través del derecho a la autodeterminación y a la información completa, con estos dos elementos se obtuvo el consentimiento informado.

RESULTADOS

La tabla 1 resume la distribución de los 271 adultos de 60 años y más que pertenecen al CMF 41 según edad y sexo, en ella se pueden observar los grupos quinquenales de mayor frecuencia y las variaciones según el sexo.

Tabla 1. Distribución de la población estudiada según edad y sexo

Grupos de edades	Sexo				Total		Ind. Masc
	Masculino		Femenino		No.	%	
	No.	%	No.	%			
60-64	41	48,8	48	25,7	89	32,8	85,4
65-69	19	22,6	57	30,5	76	28,0	33,3
70-75	14	16,7	45	24,1	59	21,7	31,1
75-80	5	6,0	18	9,6	23	8,5	27,8
80-85	3	3,6	8	4,3	11	4,1	37,5
85 y más	2	2,4	11	5,9	13	4,8	18,2
Total	84	31,0	187	69,0	271	100,0	44,9
Pro-medio	67		69,7		68,86		

Fuente: Historias Cínicas

% calculado del total de cada columna Índice de Rosset= 22,55 %

Muestra la tabla que predominó el sexo femenino, con 187 mujeres (69 %); el índice de masculinidad fue de 44,9 %, es decir, que existen aproximadamente 45 hombres por cada 100 mujeres de 60 años y más, inferior al nacional en el 2020 que fue de aproximadamente 86 varones por cada 100 féminas, según el Anuario Estadístico de Salud Nacional.¹⁹

La población general del CMF No. 41 consta de una población total de 1202 habitantes, con un índice de Roset de 22,55 %, en concordancia con el índice nacional de 21,3 %.¹⁹

Con respecto a la edad, predominaron los adultos mayores de 60-64 años (32,8 %), disminuyendo la proporción con el aumento de la edad hasta un 4,8 % en el grupo de 85 años y más. La edad promedio fue de 68,86 años, con límites entre 60-89 años. Para el sexo femenino la edad media fue de 69,7 años, algo mayor que para el masculino, que fue de 67 años.

La escolaridad es otra variable importante teniendo en cuenta que las personas más instruidas tienden a comprender mejor y a cumplir con las orientaciones sanitarias. Predominó el nivel secundario en la casuística representado por 71 individuos para un 26,2 %. Por otro lado, el nivel primario (sin terminar y terminado) alcanzó un 17,3 %, en correspondencia con las edades más avanzadas observadas con anterioridad (7 % y 10,3 %, respectivamente).

La ocupación es otra de las variables sociales que resultan importantes, el trabajo es la fuente fundamental de ingresos económicos a la familia, que garantiza las condiciones materiales y de vida, la alimentación, entre otros aspectos. El 36,5 % de la población analizada se encuentra vinculada al trabajo, muchos de los que sobrepasan la edad de jubilación aún se encuentran vinculados a la actividad productiva, desarrollan sus actividades de forma diversa, ya sea por cuenta propia o con vínculo estatal, muchos trabajan fuera de la localidad, otros han sido contratados después de jubilarse. Por otro lado, la cifra de jubilados alcanzó el

30,6 %, mientras que el 32,9 % eran amas de casa.

Tabla 2. Distribución de la población estudiada según dispensarización

GRUPO DISPENSARIAL	N°	%
I. Aparentemente Sanos	4	1,5
II. Con Riesgos	18	6,6
III. Enfermos	243	89,7
IV. Deficientes y Discapacitados	6	2,2
Total	271	100,00

El 100 % de la población se encontraba dispensarizada. En el grupo I solo se encontraron 4 pacientes, para un 1,5 %, siendo estos la minoría. Se encontraron en este grupo los pacientes más jóvenes, aunque la edad avanzada constituye un riesgo, en estos casos no se encontró aumentada la probabilidad de sufrir un daño a su salud.

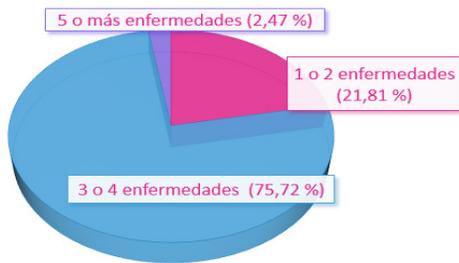
Como se observa, el grupo dispensarial III representa casi las tres cuartas partes de la población estudiada (89,7 %). De manera general, la mayoría de las enfermedades más frecuentes en la población también constituyen riesgos biológicos de otras afecciones y concomitan con otros factores de riesgo que empeoran su pronóstico (hipertensión arterial, diabetes mellitus, adicción tabáquica, alcoholismo). La tabla 3 ilustra la distribución de la población dispensarizada en el grupo III según Antecedentes Patológicos Personales.

Tabla 3. Distribución de la población dispensarizada en el grupo III según Antecedentes Patológicos Personales

Antecedentes Patológicos Personales	Población: N=243	
	No.	%
HTA	156	64,2
Diabetes Mellitus	87	35,8
Cardiopatías	45	18,5
Cáncer	11	4,5
Glaucoma	9	3,7
Tabaquismo	8	3,3
Discapacidad motora	6	2,5
Insuficiencia Renal	3	1,2
Trastornos psiquiátricos	3	1,2
LES	1	0,4

De los pacientes dispensarizados en el grupo III, enfermos, la hipertensión arterial fue la enfermedad crónica de mayor prevalencia en la población objeto de estudio (64,2 %), le siguió en frecuencia la diabetes mellitus y las cardiopatías (35,8 % y 18,5 % respectivamente), en menor medida se encontró el lupus eritematoso sistémico, con solo un caso (0,41 %).

Gráfico No 1. Distribución de la población según cantidad de enfermedades crónicas



Fuente: planilla de datos

La figura 1 muestra la distribución de pacientes según el número de enfermedades crónicas que padecían, tomándose en cuenta los pacientes dispensarizados en el grupo III, observándose que los que padecen 3 o 4 enfermedades crónicas alcanzaron el 75,72 % (184 pacientes) de toda la muestra estudiada, independientemente de la edad. Aquellos que presentaban 5 o más enfermedades resultaron ser la minoría siendo solo 6 pacientes para un 2,47 %

A continuación, se resumen, en la tabla 4, las principales características de las 62 familias estudiadas con respecto a su estructura, funcionamiento y etapas del ciclo vital que atravesaban en el momento de la investigación.

Tabla 4. Distribución de las familias estudiadas según distintos ejes de clasificación

Ejes de clasificación	Categorías	N°	%	
E S T R U C T U R A	Nuclear	17	27,4	
	Ontogénesis	Extensa	43	69,4
		Ampliada	2	3,2
		Pequeña	13	30,0
	# Miembros	Mediana	42	67,7
Grande		7	11,3	
# Generaciones		Monogeneracional	11	17,7
		Bigeneracional	21	33,9
	Trigeneracional	17	27,4	
Funcionabilidad	Multigeneracional	9	14,5	
	Funcional	38	61,3	
	Moderadamente funcional	21	33,9	
	Disfuncional	3	4,8	
Etapas del ciclo vital	Contracción	43	69,4	
	Disolución	19	30,6	
Hacinamiento	Sin hacinamiento	55	88,7	
	Con hacinamiento	7	11,3	

% calculado del total de familias (N=62)

El estudio de la familia parte del análisis de su estructura y tiene en cuenta diversos aspectos, todos ellos de suma importancia para el médico de la familia en la evaluación de la salud familiar para el posterior accionar desde el punto de vista preventivo.

Teniendo en cuenta la ontogénesis, predominaron las familias extensas, con el 69,4 % de la muestra. Según el número de miembros, el 67,7 % clasificaron como medianas al tener entre 4 y 6 miembros. El tamaño promedio de las familias fue de 4,4 miembros. De igual forma, el 33,9 % de las familias tenía dos generaciones.

La funcionabilidad de la familia no es solo el cumplimiento de las funciones familiares, sino el proceso resultante del conjunto de interacciones entre los parientes. Es el conjunto de relaciones interpersonales que se establece en el interior de cada familia y que le dan identidad propia.¹⁰

Se puede afirmar que la mayoría de las familias analizadas eran funcionales (61,3 %); en general, todas han cumplido con las funciones básicas de la familia, aunque existen tres familias que en estos momentos atraviesan crisis por desmoralización en las que en ocasiones se presentan riñas con personas alcohólicas que afectan el funcionamiento familiar.

Según lo ilustrado en la tabla anterior solo 7 familias se encuentran hacinadas, representando el 11,3 % del total, estando en correspondencia con las familias grandes.

Tabla 5. Distribución de la población estudiada según evaluación nutricional y sexo

Eva- luación Nutri- cional	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Normo- peso	48	57,1	145	77,5	193	71,2
Sobre- peso	25	29,8	33	17,6	58	21,4
Obeso	5	6,0	7	3,7	12	4,4
Bajo peso	6	7,1	2	1,1	8	3,0
Total	84	31,00	187	69,00	271	100,00

% calculado del total de cada columna

Predominaron los individuos normopeso, con el 71,2 % de la serie estudiada, seguidos del sobrepeso, que representaron el 21,4 % del total de pacientes. Solo 12 pacientes resultaron evaluados como obesos (4,4 %) y otros 8 como bajo peso, para un 3,0 %. En cuanto al sexo se encontraron proporcionales en todos los grupos teniendo en cuenta el gran predominio femenino que se observaba en la muestra, aunque hubo mayor proporción de hombres malnutridos, mientras las mujeres fueron, en su mayoría, normopeso.

Tabla 6. Distribución de la población longeva estudiada según características personales

Características	No.	%
	Apoyo de todas las necesidades	225
Apoyo Familiar		
Apoyo limitado	41	15,1
Apoyo escaso	5	1,9
Abandono total	-	-

Grandes Síndromes Geriátricos	Peligro de accidentes en el hogar	18	6,6
	Incontinencia urinaria	13	1,8
	Inmovilidad o encamamiento	4	1,5
	Demencias	3	1,11
Incapacidad	Totalmente capacitados	265	97,8
	Limitaciones parciales	4	1,5
	Totalmente incapacitados	2	0,7

Ninguno de los adultos mayores estudiados se encontraba en abandono total por parte de sus familiares, sin embargo, lamentablemente, 5 longevos (1,9 %) poseían un apoyo familiar escaso y en 41 el apoyo brindado es con ciertas limitaciones (15,13 %). Por otro lado, es de gran importancia señalar que la gran mayoría de los adultos de 60 años o más (83 %) del CMF No.41 cuentan con el apoyo de sus familiares para cubrir adecuadamente todas sus necesidades.

El peligro de accidentes en el hogar fue el de mayor prevalencia en los ancianos estudiados (6,6 %), estando en correspondencia con los 18 ancianos dispensarizados en el grupo II de riesgo ya mencionados con anterioridad en la tabla 2. La incontinencia urinaria le seguía en frecuencia, presente en 13 ancianos para un 1,8 %, en este grupo se encuentran incluidos los 3 pacientes con insuficiencia renal declarados en la tabla 3.

Al analizar la tabla anterior a profundidad encontramos que, la mayor parte de estos (97,8 %) se encuentran aptos para realizar las actividades que depara la vida cotidiana, siendo capaces de realizar las labores del hogar y demás tareas sin dificultad. Sin embargo, se encontraron 4 pacientes con limitaciones parciales (1,48 %) y 2 totalmente incapacitados (0,74 %) estando estos en correspondencia a los 6 pacientes dispensarizados en el grupo IV (discapacitados) ilustrados con anterioridad en la Tabla 2.

DISCUSIÓN

De las múltiples categorías en las que es posible estudiar toda la población, la edad y el sexo constituyen las características demográficas más importantes. Ambas variables constituyen marcadores de riesgo de diversas enfermedades. El proceso de transición demográfica, junto a la disminución sostenida de la fecundidad, y mortalidad en los dos últimos decenios, ha propiciado bajos niveles de crecimiento poblacional y cambios en la estructura de la población por edad, hacia un proceso de envejecimiento, la comunidad que es objeto de estudio no escapa de esta problemática.

El consultorio médico de la familia No. 41 del reparto Versalles atiende una población de 1 202 habitantes, al ser una extensión territorial tan pequeña –menor de 1 Km²–, no se puede calcular la densidad poblacional, además, el hecho de ser una comunidad formada preferentemente por edificios de cinco plantas, el dato se falsea pues no se evalúa una superficie plana. La población de 60 años y más asciende a 271 personas, lo que representa el 22,5 % de la población total del consultorio. Esa proporción es discretamente mayor que la que exhibió el país en 2020, que era de 21,3 %, según El Anuario estadístico de salud de ese año.¹⁹

Teóricamente se considera que, en poblaciones no influenciadas por el movimiento migratorio, el índice de masculinidad por eda-

des debe partir de valores aproximados a 105 en el nacimiento, e ir disminuyendo paulatinamente hasta alcanzar valores cercanos a 100 alrededor de los 40 años, a partir de donde –por el efecto de la sobre mortalidad masculina– decrecerá en forma acentuada.²⁰⁻²¹ Si se observa la tabla 6, se nota cómo decrece este indicador conforme avanza la edad, llegando a ser de 18 hombres por cada 100 mujeres después de los 85 años. Estos datos se corresponden con los del anuario estadístico,^{19,22} donde se observa predominio femenino creciente en todos los grupos etarios a partir de los 60 años.

Distintos estudios realizados en el país centran sus esfuerzos en investigar todo lo que concierne al adulto mayor. En la investigación realizada por Estrada-Brizuela et al.¹ sobre el “comportamiento de la mortalidad en el adulto mayor según grupos de enfermedades”, el grupo de edades predominante fue el de 75 a 89 años con más de un tercio, observándose, además, un predominio del sexo masculino. En contraposición, García López et al.²³ en su evaluación del estado nutricional en adultos mayores y su relación con enfermedades crónicas no transmisibles observaron un predominio del sexo femenino y de los adultos mayores entre 60 a 74 años, en un 52,57 %, lo cual coincide con la presente investigación.

También Delgado-Pimienta et al.²⁴, en su estudio titulado “Caracterización del adulto mayor en un consultorio médico”, encontró mayor proporción de mueres (55,40 %) y del grupo etario de 60 a 69 años de edad. Mientras Santalla-Corrales et al.²⁵ informan que, entre los adultos mayores encuestados, también predominaron las féminas (53,67 %) y los pacientes entre 60 y 64 años de edad (22,94 %). Todo lo cual coincide con los resultados de la presente investigación.

Estudios realizados en el país concuerdan con los resultados de la presente investigación en cuanto a la escolaridad. En la III Encuesta Nacional de factores de Riesgo (2010–2011)²⁶ se plantea que el 25 % de la población estudiada declaró poseer nivel preuniversitario, los menores niveles educacionales predominaron en el área rural.

A nivel internacional, aunque en contextos diferentes y con sistemas educacionales muy distintos, estudios como el realizado por Aguayo Ormeño,²⁷ informan que en el caso de los adultos mayores de la cuarta edad un 44,6 % cursaron hasta la primaria o preparatoria, en tanto un 22 % llegaron hasta el nivel de humanidades. Finalmente, un 12% declara no haber asistido nunca a un establecimiento educacional.

En este caso, los autores del presente estudio consideran que la escolaridad de la población objeto de estudio es un factor que puede propiciar cambios favorables en los estilos de vida, el comportamiento social, la asimilación de las indicaciones del equipo de salud, así como fomentar la responsabilidad de la población con su salud, permitiéndoles hacer consideraciones al respecto.

El análisis realizado en la III Encuesta Nacional de factores de riesgo²⁶ señala que el 54,8 % de la población cubana refirió estar trabajando, aproximadamente el 50 % pertenecía al sector estatal. Las amas de casa constituyeron el 17,7 % y los jubilados el 15,3%. Vale destacar que estos porcentajes fueron calculados sobre la población total encuestada, donde se incluyeron edades más jóvenes, de ahí la diferencia de proporciones. En contraposición con el presente estudio, según Santalla-Corrales²⁵ el 85,71 % de los adultos mayores analizados fueron jubilados pensionados siendo los predominantes.

La dispensarización es un proceso, continuo y dinámico que per-

mite la evaluación e intervención planificada y coordinada por el equipo básico de salud (EBS) sobre la situación de salud de las personas,²⁸ de ahí que constituya una de las principales acciones específicas del médico y la enfermera de la familia. Este proceso permite clasificar a las personas en uno de los cuatro grupos dispensariales que se describen.

En el estudio realizado por Báez-Cruz et al²⁹ predominó el grupo III (enfermos) con 136 pacientes, lo que representa el 88,3 % de la población estudiada, seguido de los deficientes y discapacitados, siendo 16 pacientes (10,4 %). Por su parte, Díaz Quintana et al³⁰ informa un predominio del grupo dispensarial-III 96 (85 %). También, González Fernández et al³¹ destacan que el grupo dispensarial III fue el de mayor representación con 199 pacientes (86,9 %) Todo lo anterior esta en concordancia a los resultados obtenidos en la presente investigación.

En concordancia con la investigación actual, Arguayo Ormeño²⁷ informa que casi el 45 % de los pacientes de su estudio declaró tener alguna enfermedad crónica por la cual asistía a control. Se destaca, además, que el 35 % del total de los adultos mayores de la cuarta edad declaró problemas de movilidad.

Por su parte, Díaz Quintana et al³⁰ informan que, del total de pacientes, padecían 3 o más enfermedades crónicas 115 (53,5 %). Los trastornos del sueño (69,8 %) en féminas fue la afección más frecuente, y en los hombres las endocrino-metabólicas (81,8 %). Se plantea que aproximadamente el 36 % de los adultos mayores tienen más de tres enfermedades crónicas, con predominio del sexo femenino y en los mayores de 70 años.³²

González Fernández et al³¹ informa en su estudio que en ancianos independientes el índice de comorbilidad bajo fue el predominante en el estudio (86,3 %); Sólo el 4,7 % presentaron enfermedades concomitantes. Los ancianos dependientes registraron un índice de comorbilidad alto del 100 %, por tanto, ninguno de ellos estuvo libre de padecimientos crónicos.

Resulta importante señalar que; la tercera edad es una etapa de la vida en la que el ser humano elabora una reflexión de lo que ha logrado en su trayectoria de vida, así como de las oportunidades que se han dejado pasar o simplemente se han postergado. También suele perderse a seres queridos y amigos, y la incapacidad para participar en actividades que antes solía realizar a menudo. Esto puede resultar en una desestabilidad emocional que da lugar a emociones negativas como la tristeza, la ansiedad, la soledad y la baja autoestima, que a su vez conducen al aislamiento social y la apatía. La consecuencia más grave sería la depresión crónica o la depresión que es recurrente y persistente. Ésta puede tener efectos físicos que incrementan el índice de mortalidad de los hombres y mujeres.

CONCLUSIONES

En la población estudiada, el envejecimiento poblacional se encuentra cada vez más marcado debido a la alta esperanza de vida y la baja fecundidad; por lo que, a pesar que esta fase tiene un punto final claro, la muerte, resulta necesario impulsar acciones para mejorar la calidad de vida en estos pacientes y a su vez fomentar la promoción y prevención de salud enfocada en la tercera edad.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

DEMA: Investigación, redacción-borrador original, curación de datos, análisis formal, software.

JCRO: Redacción-borrador original, curación de datos, análisis formal, software.

JGG: Redacción-borrador original, curación de datos, análisis formal.

JTAC: Metodología, análisis formal, redacción-revisión y edición, visualización, administración del proyecto.

VYGO: Conceptualización, supervisión validación, curación de datos.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- OMS. Envejecimiento y salud [Internet]. Ginebra: OMS; [citado 20 Jun 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Estrada-Brizuela Y, Quiroga-Meriño LE, García-Barreto RM, García-Barreto M, Gómez-Agüero E, Rosa-Torres G. Comportamiento de la mortalidad en el adulto mayor según grupos de enfermedades. *AMC* [Internet]. 2021 [citado 20 Jun 2022];25(3):339-352. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v25n3/1025-0255-amc-25-03-e7794.pdf>
- Belaunde Clausell A, Lluís Ramos GE, Consuegra Ivars G, Piloto Cruz A. Factores predictores de mortalidad en ancianos frágiles. *Rev Cub Med Mil* [Internet]. 2020 [citado 20 Jun 2022];49(1):101-111. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v49n1/1561-3046-mil-49-01-e447.pdf>
- Albizu-Campos Espiñeira JC. La esperanza de vida en Cuba hoy. *Rev Nov Pob* [Internet]. 2018 [citado 20 Jun 2022];14(28):271-97. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rnp/v14n28/1817-4078-rnp-14-28-271.pdf>
- Chinchilla J, Evans-Meza R, Bonilla R, Romero A. Evolución de la carga por enfermedades pulmonares crónicas en Costa Rica, 1990-2014. *Rev Hisp Cienc Salud* [Internet]. 2018 [citado 20 Jun 2022];4(2):65-77. Disponible en: <https://www.uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/365/202>
- Serra Valdés MA, Serra Ruíz M, Viera García M. Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. *Rev Finlay* [Internet]. 2018 [citado 20 Jun 2022];8(2):140-48. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000200008
- Hagiya H, Koyama T, Zamami Y, Tatebe Y, Funahashi T, Shinomiya K, et al. Fall-related mortality trends in older Japanese adults aged ≥65 years: a nationwide observational study. *BMJ Open* [Internet]. 2019 [citado 20 Jun 2022];9(12). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6924807/>
- Macedo Bacurau AG, Olanda Ferraz R, Rita Donalisio M, Stolses Bergamo Francisco PM. Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en ancianos y la vacunación contra la gripe: Estado de São Paulo, Brasil, 1980-2012. *Cad Saú de Pública* [Internet]. 2019 [citado 20 Jun 2022];35(2). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KVVFdp3tGXMSsHmc9XgkNvb/?lang=pt#>
- INEGI. Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas de Edad [Internet]. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2018. [citado 20 Jun 2022]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/edad2018_nal.pdf
- ONEI / CEPDE. Proyecciones de la población cubana 2015-2050. Cuba y provincias [Internet]. La Habana: Oficina Nacional de Estadística e Información; 2020. [citado 20 Jun 2022]. Disponible en: https://oncubaneews.com/wp-content/uploads/2023/04/proyecciones_de_poblacion_2015_2050.pdf
- Castellón RY. El proceso de atención al Adulto Mayor en Cienfuegos: ¿salud o bienestar? *Medisur*. [Internet]. 2020 [citado 20 Jun 2022];18(2):288-291. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisur/msu-2020/msu202s.pdf>
- Monet Alvarez DE, Álvarez Cortés JT, Zayas Fundora E. La vacunación de adultos mayores en Cuba: garantía para una buena salud. *Acta Méd Centro* [Internet]. 2022 [citado 20 Jun 2022];16(2). Disponible en: <https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1557>
- Aiello A. Immunosenescence and Its Hallmarks: How to Oppose Aging Strategically? A Review of Potential Options for Therapeutic Intervention. *Front Immunol* [Internet]. 2019 [citado 20 Jun 2022];10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6773825/pdf/fimmu-10-02247.pdf>
- García Orihuela M. Comorbilidad, estado funcional y terapéutica farmacológica en pacientes geriátricos. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2012 [citado 20 Jun 2022]; 28(4):649-657. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v28n4/mgi08412.pdf>
- Fulop T. Immunosenescence and inflamm-aging as two sides of the same coin: Friends or foes? *Front Immunol* [Internet]. 2018 [citado 20 Jun 2022];8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5767595/pdf/fimmu-08-01960.pdf>
- Lang PO. Reversing T cell immunosenescence: why, who, and how. *Age (Dordr)* [Internet]. 2013. [citado 20 Jun 2022];35(3):609-620. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3636382/>
- Aspinall R. Interventions to restore appropriate immune function in the elderly. *Immun Ageing* [Internet]. 2018 [citado 20 Jun 2022];15:5. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5785902/pdf/12979_2017_Article_111.pdf
- Cuba. Minsap. Anuario Estadístico de Salud 2020 [Internet]. La Habana: Minsap; 2021 [citado 20 Jun 2022]. Disponible en: <https://salud.msp.gov.cu/wp-content/Anuario/Anuario-2020.pdf>
- Chávez Sánchez FR. Células T reguladoras tímicas: su origen, función e importancia en la salud y la enfermedad. *Rev Fac Med (Méx)* [Internet]. 2017 [citado 20 Jun 2022];60(5). Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v60n5/2448-4865-facmed-60-05-36.pdf>
- Zacca Pña E, Zacca González E. Demografía en la Atención primaria de salud. En: Alvarez Sintés R. *Medicina General Integral* [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.p. 787-803. [citado 20 Jun 2022]. Disponible en: https://aulavirtual.sld.cu/pluginfile.php/74420/mod_resource/content/1/medicina_gral_tomo2.pdf
- Toledo Curbelo. *Fundamentos de Salud Pública* [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. [citado 20 Jun 2022]. Disponible en: <http://librodigital.sangregorio.edu.ec/librosusgp/B0057.pdf>
- ONEI / CEPDE. Anuario Demográfico de Cuba 2021. [Internet] La Habana: ONEI / CEPDE; 2022. [citado 20 Jun 2022]. Disponible en: https://oncubaneews.com/wp-content/uploads/2023/04/anuario_demografico_2021_0.pdf
- García López LE, Quevedo Navarro M, Martínez Pérez M, Burón Reyes PL. Estado nutricional en adultos mayores y su relación con enfermedades crónicas no transmisibles. *Medimay*. [Internet]. 2021 [citado 20 Jun 2022];28(4):512-522. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1745/pd>
- Delgado-Pimienta MM, Germán-Flores L, Deulofeu-Cruz Y, Díaz-Pita GF, Bustinzuriaga-Martí I. Caracterización del adulto mayor en un consultorio médico. *Spimed* [Internet]. 2020 [citado 20 Jun 2022];1(1). Disponible en: <http://www.revspimed.sld.cu/index.php/spimed/article/view/7>
- Santalla-Corrales A. Caracterización de los adultos mayores del Policlínico Universitario "Raúl Sánchez". *Univ Méd Pinareña* [Internet]. 2022 [citado: 28-6-22];18(1): e806. Disponible en: <http://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/806>
- Bonet Gorbea M, Varona Pérez P. III Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Cuba 2010-2011 [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015. [citado 20 Jun 2022]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/encuesta_nacional_riesgo/encuesta_completo.pdf
- Aguayo Ormeño I. Caracterización del Adulto Mayor perteneciente a la Cuarta Edad. [Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Asesoría Técnica Parlamentaria]. Chile: BCN; 2019. [citado 20 Jun 2022]. Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27099/1/BCN_IA_042019_Caracterizacion_AM_Cuarta_Edad.pdf
- Cuba. Minsap. Programa del médico y enfermera de la familia: esencia misma de nuestro Sistema Nacional de Salud [Internet]. La Habana: Minsap; 2022. [citado 20 Jun 2022]. Disponible en: <https://salud.msp.gov.cu/programa-del-medico-y-la-enfermera-de-la-familia-esencia-misma-de-nuestro-sistema-nacional-de-salud/>
- Báez-Cruz RM. Caracterización del estado de salud bucal en adultos mayores de un consultorio médico de la familia. *Rev Electr Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*. [Internet]. 2020 [citado 20 Jun 2022];45(5). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/2311>
- Colectivo de autores. Polifarmacia: caracterización en adultos mayores del consultorio médico de familia-15, Palmira 2017 [Internet]. Cienfuegos: Editorial Médica Jims; 2018 [citado 20 Jun 2022]. Disponible en: <https://www.eumed.net/libros/1746/index.html>
- Colectivo de autores. Características sociodemográficas y evaluación funcional del adulto mayor. Cienfuegos: Editorial Médica Jims; 2019 [citado 20 Jun 2022]. Disponible en: https://jimsmedica.com/wp-content/uploads/2019/05/20_EVALUACION-FUNCIONAL-DEL-ADULTO-MAYOR.pdf
- Ortiz-García A, González-Rodríguez R. Caracterización epidemiológica del envejecimiento poblacional en un área de salud. Octubre a diciembre 2017. *Panorama. Cuba y Salud* [Internet]. 2018 [citado 20 Jun 2022];13(1Esp):aprox.4p. Disponible en: <https://revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/990>