



## Trabajo original

Universidad de Ciencias Médicas “Mariana Grajales Coello”. Holguín. 2008.

# Evaluación de algunos aspectos biopsicosociales del anciano. Policlínica “Máximo Gómez”.

**Some elderly biopsychosocial aspects eEvaluation. "Máximo Gomez" Polyclinic.**

*René Borrego Díaz<sup>1</sup>, Kariné González Sapsin<sup>2</sup>, Luís Borrego Díaz<sup>2</sup>, Oscar Díaz Santos<sup>3</sup>*

*Rita María González Morales<sup>4</sup>*

1. Especialista de 1er Grado en Ortopedia. Profesor Instructor. Hospital Universitario “V.I.Lenin”.
2. Máster en Ciencias. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Policlínica Docente “Máximo Gómez Báez”.
3. Especialista de 1er Grado en Anestesiología. Profesor Asistente. Filial Universitaria de la Universidad Médica “Mariana Grajales Coello”.
4. Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Policlínica Docente “Máximo Gómez Báez”.

## RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de evaluar algunos aspectos biopsicosociales del anciano del área urbana de la Policlínica Comunitaria Docente “Máximo Gómez”, municipio Holguín en el período comprendido de enero 2006 al 2008. A los 115 ancianos dispensarizados en el consultorio 3 se les aplicó el examen cognitivo, la escala geriátrica de evaluación funcional y un modelo de encuesta donde se recogieron una serie de variables seleccionadas para el procesamiento de los datos. Los resultados más importantes que obtuvimos fueron: Grupo de edad 60-69, sexo femenino. Los antecedentes patológicos personales más frecuentes fueron la hipertensión arterial, osteoartritis y la cardiopatía isquémica. Presentaron probable deterioro cognitivo el 9,5% de los ancianos y al aplicar la escala geriátrica de evaluación funcional resultó el uso de medicamentos, los trastornos del sueño y los trastornos visuales los ítems más alterados.

*Palabras claves:* aspectos biosicosociales, anciano, escala geriátrica.

## ABSTRACT

A descriptive study was carried out aimed at assessing some biopsychosocial aspects of the elderly at Máximo Gómez Teaching Polyclinic, Holguín from January 2006 to 2008. The sample was constituted by 115 patients, a cognitive examination was applied. The age group between 60-69 years old, females represented the most important results. The most frequent personal pathological antecedents were hypertension, osteoarthritis, ischemic heart disease. 9.5% of the patients had probability of cognitive deterioration. Medication use, sleep and visual disorders were the most affected ones which were determined through geriatric scale for functional evaluation.

*Key words:* biospsychosocial aspects, elderly, geriatric scale.

## **INTRODUCCIÓN**

El envejecimiento es un fenómeno universal dado por una serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas originadas por el paso del tiempo sobre los seres vivos. <sup>(1, 2, 3, 4, 5)</sup> Se afirma que el siglo XXI es el del envejecimiento de la población <sup>(4)</sup>.

La sociedad en conjunto mira con preocupación su futuro más inmediato, observando el gran impacto socio - sanitario que está y estará ejerciendo la población anciana. La transición demográfica con el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad avalan este crecimiento progresivo <sup>(6)</sup>. La Organización de Naciones Unidas en 1998 plantea que en el mundo para los próximos 25 años la población de 65 o más años crecerá de forma global en 2.6 % anualmente, mientras en los menores de 5 años tan solo lo hará en 0.25 % <sup>(7, 8)</sup>.

Cuba transita, por un proceso de envejecimiento poblacional <sup>(9, 10, 11)</sup>. Ubicado nuestro país en el cuarto país más envejecido de América Latina, se dice que en el 2015 subirá a ser el primero y en el 2025 ya se habrá duplicado la proporción actual de gerontes y una de cada cuatro personas será mayor de 60 años. Siendo la expectativa de vida de 75 años <sup>(12, 13, 14, 15)</sup>.

En nuestra área de salud contamos con una población de adulto mayor de 6230 <sup>(13)</sup>. En nuestro consultorio contamos con un índice de Rosett de 16.2% encontrándose nuestra población en vejez demográfica.

Lo anteriormente explicado nos ha motivado como médico de familia a realizar esta investigación para evaluar algunos aspectos biopsicosociales del adulto mayor en nuestra comunidad y poder desarrollar acciones de promoción y prevención con la finalidad no solo de reducir la morbimortalidad prematura sino de preservar la función y calidad de vida.

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo en el consultorio N° 3 perteneciente al área urbana de la Policlínica Comunitaria Docente “Máximo Gómez Báez” del municipio Holguín en los años enero 2006 – enero 2008, con la finalidad de evaluar algunos aspectos biopsicosociales del anciano en nuestra comunidad.

Nuestro universo de trabajo estuvo constituido por los 115 pacientes mayores de 60 años dispensarizados en las historias de salud familiar.

Se confeccionó una encuesta la cual se aplicó a todos los ancianos o al cuidador responsable del adulto mayor que estuviera de acuerdo a participar en la misma, implementada por el propio investigador para reducir las fuentes de errores, en la cual se recogieron las variables de interés. (Anexo-1.)

La información se obtuvo tanto en el consultorio como en visitas al hogar, auxiliándonos en las historias individuales.

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo y antecedentes patológicos personales de enfermedades crónicas.

Se aplicó el mini-examen cognitivo a todos los ancianos teniendo en cuenta las siguientes respuestas <sup>(16,17)</sup>: orientación, cada respuesta correcta un punto. Fijación: lea claramente cada palabra.

Se anotaron puntos como palabras: repita correctamente al primer intento.

Luego repetir hasta seis veces y hacer hincapié en que las recuerde, ya que más tarde se le preguntará.

Concentración y cálculo: si el paciente no entiende, se le debe estimular un poco y se puede reformular la pregunta de la siguiente manera:

Si tiene 30 pesetas y me da 3. ¿Cuántas le quedarán? Y a continuación siga dándome 3. Pero sin repetir la última cifra. Se le dio por cada sustracción correcta en principio hasta 15. Por ejemplo: 30 menos 3 igual a 28 (se dará 0 punto); pero si la siguiente sustracción el resultado es 25, se dará un punto.

En las cifras 5 – 9 – 2 se dio un punto por cada dígito en posición inversa correcta por ejemplo, si dice 9 – 2 – 5, le corresponde solo un punto.

Lenguaje y construcción: Para dar un punto en verde y rojo, tiene que responder exclusivamente (colores), para perro y gato (animales). Si cogió el papel con la mano izquierda es un fallo, si lo dobla más de una vez es otro fallo.

Test de lectura: Recaltar dos veces como máximo que haga y que lea lo que dice el papel, se considera un punto si independientemente de que lo lea en voz alta, cierra los ojos, sin que se le insista verbalmente.

Para escribir una frase si es necesario se puede poner un ejemplo, pero insistiendo que tiene que escribir algo distinto. Se requiere sujeto, verbo y complemento.

Figurar la ejecución correcta requiere que cada pentágono tenga cinco lados y cinco ángulos y tiene que estar entrelazados entre si con dos puntos de contacto.

La escala de deterioro global:

FASE CLÍNICA	PUNTOS
Normal	35-30
Bordenline	29-25
Probable deterioro cognitiva	menos 25

Aplicamos la escala geriátrica de evaluación funcional (EGEF) <sup>(18,19)</sup> a todos los ancianos estudiados, excepto a aquellos que en el mini-exámen cognitivo presentaron probable deterioro cognitivo; en esta situación utilizamos al cuidador responsable del anciano. Ante la duda entre ítems marcamos el inferior.

Fueron consideradas las siguientes categorías: Alterado: Aquel que en el ítem correspondiente en el EGEF estaba en 3 o menos. Sin alteración: El que se encuentra en 5 ó 4.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS:

Para la obtención de la información, utilizamos las historias clínicas individuales y familiares y las entrevistas realizadas a los ancianos. Las encuestas fueron realizadas por la autora de la investigación.

Se revisaron las entrevistas con la finalidad de detectar errores u omisiones. Se utilizaron medidas para variables cuantitativas y cualitativas (números absolutos y por ciento). El texto se procesó en el programa Microsoft Word y se confeccionó una base de datos en Excel; ambos del ambiente operativo Windows 2000.

## **RESULTADO Y DISCUSIÓN**

Los 115 ancianos mayores de 60 años dispensarizados se distribuyeron según edad y sexo (cuadro 1): nuestros resultados fueron: 67 femeninos (58,3 %) y 48 masculinos (41,7 %). El 60,8 % (70 pacientes) estuvieron comprendidos en el grupo de edades entre 60-69 años.

La bibliografía apunta que hay cierta superioridad genética femenina en relación con la longevidad, otros enfatizan en el papel social de cada sexo y las influencias ambientales que rodean al hombre y la mujer <sup>(20)</sup>. Nuestros resultados coinciden con un estudio realizado en Mantua, <sup>(6)</sup> donde prevaleció este grupo de edad, pero en cuanto al sexo difiere del nuestro. Para otros como Hernández, el 63 % de casos fueron del sexo femenino <sup>(20)</sup>.

Los resultados obtenidos en nuestro consultorio pudieran ser explicados porque la población adulta es predominantemente femenina, además el estudio se realizó en un área urbana.

La hipertensión arterial, la osteoartrosis y la cardiopatía isquémica fueron las enfermedades frecuentemente encontradas en nuestro estudio con un 40 %, 36,5 % y 24,3% respectivamente (Cuadro 2); un estudio realizado por el Dr. Martínez y colaboradores obtuvieron un 77,3 % con trastornos cardiovasculares y osteoarticulares 58,7 % <sup>(10)</sup>. La vejez no es una enfermedad, pero si un hecho indiscutible con características específicas que conlleva a una mayor morbilidad. La hipertensión arterial es uno de los problemas de salud más importantes en términos de magnitud del problema y gravedad de sus consecuencias. Los ancianos un grupo de riesgo específico, donde la prevalencia aumenta ya que los cambios estructurales y funcionales que acompañan el proceso de envejecimiento, constituyen un terreno abonado para la mayor incidencia de estas afecciones. En la literatura revisada se plantea que los principales hechos fisiopatológicos, están dados por el aumento de la rigidez arterial de los grandes vasos, aumento de la resistencia periférica y otros factores modificadores de la actividad simpática <sup>(5)</sup>.

La osteoartrosis es la forma más común de artropatía en el anciano (25-85%), es una causa de invalidez frecuente. Algunos autores plantean que dentro de los efectos ocasionados por el envejecimiento se encuentran la disminución de la masa muscular, la disminución de la movilidad articular y un aumento de rigidez de cartílagos, tendones y ligamentos, de ahí la alta incidencia de esta afección en los pacientes estudiados <sup>(20)</sup>.

La cardiopatía isquémica ocupó el tercer lugar dentro de los antecedentes patológicos personales, que pudiera atribuirse a la hipertensión arterial al afectar el corazón como órgano diana, por lo que el médico de familia debe continuar brindado una atención integral <sup>(12)</sup>.

La diabetes mellitus es la más frecuente de las enfermedades metabólicas del ser humano. La diabetes mellitus no es una única enfermedad sino múltiples enfermedades con diferentes bases genéricas y factores precipitantes, aunque no guarda una relación directa con el envejecimiento, nosotros encontramos que un 14,8% de los ancianos estudiados padecían de esta enfermedad <sup>(20)</sup>.

En el cuadro 3, analizamos los resultados del mini-exámen cognitivo y encontramos 39 casos (34%) borderline y con probable deterioro cognitivo 11 ancianos (9,5%), quedando incluidos los tres pacientes con diagnóstico de demencia. En su estudio el Dr. Gómez Viera encontró el 9,4% de sus pacientes con deterioro cognitivo <sup>(17)</sup>.

El estado mental es determinante para la independencia del anciano; el deterioro mental está asociado a la reducción de la capacidad funcional y por tanto los ancianos con alteraciones mentales pueden llegar a ser altamente discapaces.<sup>(12, 16)</sup>.

Las investigaciones más recientes respecto a los efectos del envejecimiento sobre la memoria señalan, que las causas por las que se producen trastornos amnésicos son complejas, ya que existen una base biológica (cambios o pérdidas de células cerebrales), factores psicosociales probablemente de mayor importancia que las limitaciones somáticas, nivel bajo de inteligencia, pérdida de un familiar o amigo que junto a los cambios biológicos contribuyen a su deterioro mental, por tanto, al deteriorarse mentalmente, su calidad de vida es peor <sup>(11)</sup>.

Los ancianos constituyen un grupo de población que presentan características específicas que las definen y diferencian de otros grupos de edades, de allí que la correcta atención es relevante para el médico de familia, siendo uno de los objetivos terapéuticos más importantes en el manejo del anciano, ayudarlo a evitar pérdida innecesaria de la capacidad funcional y mental.

La escala geriátrica de evaluación funcional es un instrumento diagnóstico terapéutico consistente en la valoración de los problemas biológicos, mentales, funcionales y psicosociales de las personas mayores para conseguir un plan adecuado de tratamiento con mejor utilización de los recursos (cuadro 4).

En nuestro estudio los ítems que resultaron alterados fueron: uso de medicamentos con un 73%, siguiendo en orden de frecuencia los trastornos del sueño 67,8% y los trastornos visuales con un 28,7%.

Otros autores han tenido resultados similares a los nuestros <sup>(11, 16)</sup>. En la literatura revisada se plantea que debido a la poli morbilidad observada en los adultos mayores, unido al comportamiento heterogéneo de este grupo, se produce un alto consumo de fármacos, esta polifarmacia acrecienta la posibilidad de reacciones adversas a los medicamentos, además puede ser un factor de riesgo para las caídas, la confusión, la incontinencia, las manifestaciones extrapiramidales. 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 epidemilógicos, 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.

Algunos estudios han indicado alta frecuencia en los trastornos del sueño. Se estima que la dificultad para conciliar y mantener el sueño afecta un 50% de las personas mayores <sup>(18)</sup>.

Los trastornos visuales ocuparon el tercer lugar dentro de los ítems afectados, donde la bibliografía revisada plantea que las causas más comunes en estas edades son las cataratas, el glaucoma, la degeneración macular y la retinopatía, sobre todo la diabética <sup>(12)</sup>.

Por tanto es importante el trabajo del médico de familia en la detección precoz de estas alteraciones ya que el deterioro visual al aparecer en la etapa del adulto mayor crea una afectación severa en las relaciones del individuo con el medio en lo físico, psíquico y lo social. Observamos que los ancianos nuestros cuentan con apoyo familiar, económico y social, siendo los 85% funcionales, aspecto muy importante a tener en cuenta ya que esto permite su buen desvelamiento en la sociedad.

Cuadro 1. Distribución de los pacientes según grupo de edades y sexo.

Grupo de Edades	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
60-69	31	26,9	39	38,9	70	60,8
70-79	10	8,7	19	16,5	29	25,2
80 y más	7	6,1	9	7,9	16	14
Total	48	41,7	67	58,3	115	100

Fuente: Encuesta.

Cuadro 2. Antecedentes patológicos más frecuentes en los ancianos estudiados.

APP	No	%
Hipertensión Arterial	40	46
Osteoartrosis	44	42,5
Cardiopatía Isquémica	28	24,3
Diabetes mellitus	17	14,8
Asma Bronquial	9	7,8
Enf. cerebro vascular	7	6,1
No escolarizado	4	3,5
Demencia	3	2,6

Fuente: Encuesta.

Cuadro 3. Distribución de los pacientes según resultados del Mini-examen cognitivo.

Resultado	No	%
Normal	65	56,5
Bordenline	39	34
Probable deterioro Cognitivo	11	9,5
Total	115	100

Fuente: Mini-examen cognitivo.

Cuadro 4. Distribución de los pacientes según Escala Geriátrica de Evaluación Funcional.

EGEF	Con Alteración		Sin Alteración	
	No	%	No	%
Continencia	9	7,8	106	92,2
Movilidad	15	13	100	87
Equilibrio	17	14,8	98	85,2
Visión	33	28,7	82	71,3
Audición	20	17,4	95	82,6
Uso de medicamentos	84	73	31	27
Sueño	78	67,8	37	32,2
Estado emocional	12	10,4	103	89,6
Memoria	32	27,8	83	72,2
Situación Familiar	7	6,1	108	93,9
Situación social	9	7,8	106	92,2
Situación económica	8	7	107	93
Estado funcional global	17	14,8	98	85,2

Fuente: EGEF

## CONCLUSIONES

El grupo de edad más frecuente fue: 60-69 a predominio del sexo femenino. La hipertensión arterial, osteoartritis y cardiopatía isquémica fueron los antecedentes patológicos personales que predominaron.

En el mini-examen cognitivo solo una minoría de los pacientes presentó probable deterioro cognitivo. Las principales alteraciones en la escala geriátrica fueron: el uso inadecuado de medicamentos, los trastornos del sueño y la visión.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez CA, Causo S C, Orozco G, MI Pino, B IA, Tintores T A. Factores de riesgos asociados a la demencia degenerativa en pacientes geriátricos. Rev. Cubana Med Gen Integr 2003;19(2).
2. Álvarez SR. Salud Familiar: Estrategia de salud familiar. En: Temas de Medicina General Integral. Ciudad Habana: Ed Ciencias Médicas, 2001:p. 69.
3. Días T O, Soler Q, M L García C M. El apgar familiar en ancianos convivientes. Rev. Cubana Med Gen Integr 1998; 14(6): 548.
4. González R L, Fleitas F I, Rodríguez F M, Rodríguez S R. Evaluación médico social de los ancianos. Rea Cub Med Gen Integr 2000; 14(3):221.
5. Finch C, Schneider E L. Senectud y Medicina Geriátrica. Biología del envejecimiento. En: Claude Bennette, Plun F. Cécil Tratado de Medicina Interna . Ed.México: Mc Graw – Hill Interamericana, 1998: p.14-21.
6. Martínez A L, Menéndez JJ, Cáceres ME, Baly M, Vega G E, Prieto R O. Las personas de edad en Cuba. Principales tendencias demográficas y morbimortalidad. Resumed 2000; 12(2):77-90.
7. Álvarez S M, Benitez R JM, Espinosa A JM, Gorroñogretia I A, Lesende IM, Muñoz C, F, et al. Programa Básico de salud: Valoración Geriátrica. Aspectos Demográficos.

Madrid: Ed. Sem FYC Sociedad Española de Medicina de Familia y comunitaria 2000: p. 11-16.

8. ¿Es la depresión un problema de salud en el hogar del adulto mayor? Rev Cubana de enfermería 2003; 19(3).
9. Cruz M E, Sánchez D E, Paredes Pérez MC, Álvarez R D, Céspedes EM. Consumo de micro nutriente en adultos mayores .Rev Cub Salud Púb 2003; 29(2):17-20.
10. Ribero JM. Un reto permanente. Tiempos Méd 2001; 579:7-14.
11. Gil G P. Evaluación del anciano con sospecha de demencia. Papel del médico de atención primaria. Tiempos Méd 2001; 579:15-28.
12. Guillén L, F. Evaluación del anciano con hipertensión sistólica aislada. Tiempos Méd 2001; 579:31-46.
13. Cáceres M, E. El anciano. Indicadores demográficos y salud. CNICM.2001; 28(1):6-15.
14. Cuba. MINSAP. Carpeta metodológica de atención primaria de salud y medicina familiar. Historia de salud familiar: Instrucciones para llenar el modelo. Nivel educacional 2001:142.
15. González M R ¿Cuáles son los diferentes comportamientos ante las drogas? En: SOS alcohol y otras drogas. Santiago de Cuba, 2006: p.28-30.
16. Cuba. MINSAP. Carpeta Metodológica de atención primaria de salud y medicina familiar. VII Reunión Metodológica del MINSAP. Historia de salud familiar: Instrucciones para llenar el modelo. 2001: p.144.
17. Lobo A, Saz P, Marcos G, Díaz JC, Camara C, Ventura T, et al. Revalidación y normalización del mini-examen cognitivo; primera versión del castellano del mini estatus de examinación mental en la población geriátrica. Med Clín 1999; 112(20).
18. Vega G E, et al. Evaluación de la salud en el anciano. Temas de Medicina General Integral: Ed Ciencias Médicas 2001; p. 172-176.
19. Fernández S. Almueña G M, Alonso Ch, O, Blanco B. Factores psicosociales presentes en la tercera edad. Rev Cub Higien Epidemiol 2004; 39(2): 77-81.
20. Machín D MJ, Roque A K, Hernández M G. Consideraciones acerca del paciente geriátrico. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17(5):468-472.

*Correspondencia:* Dra. Kariné González Sapsin. C/20 de Mayo No 2. Rpto Santiesteban Holguín. Teléfono: 42-7997. Correo electrónico: [elena@cristal.hlg.sld.cu](mailto:elena@cristal.hlg.sld.cu)