

## Trabajos originales

### Longevidad: estado cognoscitivo, validismo y calidad de vida

César Martínez Querol<sup>1</sup> y Víctor T. Pérez Martínez<sup>2</sup>

#### RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, con ancianos de 90 años y más del Policlínico “Ana Betancourt” del municipio Playa, durante el período comprendido entre septiembre de 2004 y marzo de 2005, con la intención de evaluar el comportamiento del fenómeno *longevidad* en dicha área de salud y proceder a su caracterización. Se detectaron 70 longevos, lo que representó un índice de prevalencia de 2,3 %; predominó el grupo de 90 a 94 años con un total de 47 (72 %); mientras que solo 3 llegan o sobrepasan los 100 años de edad. El nivel escolar predominante fue el de primaria concluida con el 43 %, y se comprobó un predominio en un 75 % de la raza blanca, en el 66 % de longevos viudos, y el 57 % tuvo antecedentes patológicos familiares de longevidad. Mostraron independencia total en la realización de las actividades básicas de la vida diaria el 38 % y en las instrumentales solo el 14. El 20 % de los longevos exhiben trastornos cognitivos mínimos y el 42 % sufren demencias en sus diferentes modalidades. La calidad de vida es considerada como buena en el 48 % de la muestra.

**Palabras clave:** Comportamiento, longevidad, caracterización, independencia, calidad.

La inmortalización del ser humano continúa siendo un terreno puramente especulativo, sin embargo, otras metas, como la prolongación de la vida útil y la eliminación o atenuación de los inconvenientes de la tercera edad, sí constituyen empeños válidos de la ciencia contemporánea.<sup>1</sup> Desde tiempos remotos (inclusive en la propia comunidad primitiva) comenzó la preocupación del hombre por el misterio de la vida y la muerte, la juventud y la vejez.<sup>2</sup>

Prolongar la vida humana cuanto sea posible ha sido ocupación de un grupo importante de investigadores, y así conocemos que la duración media de la vida en el siglo de bronce no superaba los 18 ó 20 años, durante el imperio romano los 23, en el medioevo los 35 años y en el siglo XIX los 44.

En la década de los años 60 del siglo XX, en los países desarrollados, alcanzó los 70 años, pero actualmente se aproxima ya a los 80, logros que se han obtenido gracias al descenso de la mortalidad infantil, la eliminación de múltiples infecciones en las edades más avanzadas de la vida, y el mejoramiento del diagnóstico y de la terapéutica, entre otros. Los científicos opinan que el perfeccionamiento del medio socioeconómico y científico técnico permitirá, en un futuro cercano, prolongar la vida humana, aproximadamente, en 10 años.<sup>2,3</sup>

La ciencia actual tiene como tarea central, concreta y práctica, mantener la vida del hombre en un nivel estable, ampliar los lapsos de la vida individual y retrasar la aparición de las incapacidades en la ancianidad.<sup>2,3</sup>

La longevidad siempre interesó a los científicos, y para explicarla se elaboraron hipótesis y teorías considerando como sus causas las peculiaridades de las personas, su interrelación con lo circundante, la herencia, etc.<sup>2</sup> Destacados científicos opinan que la longevidad y la larga vida no son exclusiones, sino un fenómeno fisiológico normal. Son longevos los individuos que llegan y sobrepasan los 90 años.<sup>2,3</sup>

En este segmento poblacional el concepto de salud va indisolublemente ligado al de validismo, o sea, a la capacidad de valerse por sí mismo en las actividades del diario vivir.<sup>4,5</sup> Pero la longevidad se ha puesto de manifiesto como la máxima expresión de duración de la vida, siendo, realmente este, un solo aspecto del problema, pues según *Séneca*, citando algunos de sus aforismos, decía: “La fábula, como la vida, no se valora por la longitud, sino por el contenido”... o “La vida, si se sabe utilizar, es bastante larga”.<sup>2</sup>

Motivados por esta interesante temática trabajamos con el grupo de pacientes longevos de la comunidad que atendemos, para evaluar el comportamiento de este fenómeno en nuestra área de salud y proceder a su caracterización.

## **MÉTODOS**

El tipo de estudio realizado es descriptivo, transversal, específicamente en el área del Policlínico Docente “Ana Betancourt”, del municipio Playa, en el período comprendido entre el 1ro. de septiembre de 2004 y el 31 de marzo de 2005, con la intención de evaluar el comportamiento del fenómeno de la longevidad en nuestra comunidad y proceder a su caracterización. Consideramos como longevos todos aquellos senescentes nacidos antes del 31 de diciembre del año 1914.

El universo de estudio lo constituyeron el total de ancianos con edad igual o superior a los 90 años, que en nuestra área de salud totalizaron 70; y después de aplicados los criterios de exclusión (adultos mayores con edad inferior a los 90, su negativa o la de su cuidador principal a cooperar con nuestra investigación, o encontrarse fuera del área de salud, municipio, o del país en el momento de realizarse la entrevista -por lo que dejaron de participar 5-), la muestra quedó finalmente constituida por un total de 65 longevos.

Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta que se tratara de adultos mayores con una edad igual o superior a los 90 años; que accedieron a participar en la investigación, previo consentimiento informado (aspecto ético) del longevo o de su cuidador principal; y encontrarse físicamente en el área de salud.

En cuanto a la delimitación y categorización de las variables se contempló lo siguiente:

- Edad: se confeccionaron 3 grupos de edades, a partir de 90 años (de 90 a 94, de 95 a 99, y con 100 o más años).
- Sexo: se consignan 2 categorías (femenino o masculino).
- Escolaridad: la evaluación del nivel educacional alcanzado se realizó utilizando como referencia la clasificación internacional estándar de educación de la UNESCO, adoptada en París en 1976, en la que se reconocen 7 niveles,<sup>6</sup> aunque nosotros particularmente usamos 6 (sin instrucción, nivel primario sin concluir, nivel primario concluido, secundaria básica, preuniversitario y universitario).

- Ocupación: se consignan solo 2 categorías: jubilados y amas de casa. No se tuvieron en cuenta las restantes categorías (trabajadores activos y por cuenta propia) por no existir en estas edades tan avanzadas.
- Hábitos tóxicos: se tuvo en cuenta el tabaquismo, precisándose la cantidad de cigarrillos o puros consumidos diariamente y el tiempo de consumo; el alcohol, marcando el patrón de consumo actual y en el pasado; así como también el consumo del café, tratando de precisar la cantidad que se ingiere y el tiempo de consumo.
- Antecedentes patológicos personales: fundamentalmente se buscaron los antecedentes de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la HTA, la cardiopatía isquémica, la osteoartritis, las neoplasias, las demencias, etcétera.
- Antecedentes patológicos familiares: se hizo especial énfasis en los antecedentes de longevidad en familiares de primera línea.
- Estado mental o cognitivo: fue evaluado por medio de 2 instrumentos:
  1. El *Mini-Mental Status Examination* (MMSE) o *Test de Folstein*,<sup>7</sup> que puntea las actividades cognoscitivas con un máximo de 30 puntos, estableciéndose como cifra normal, para las personas que poseen la enseñanza primaria concluida o mayor que esta, 24 puntos o más, y para las que tienen un nivel escolar inferior, es decir, carecen de instrucción o no han culminado la enseñanza primaria, 17 puntos o más.
  2. La Escala de Clasificación Clínica de las Demencias o *Scale Rating Dementia* (CDR),<sup>8</sup> que explora la memoria, la orientación, el juicio y la solución de problemas, el funcionamiento del paciente en la comunidad y el hogar, sus pasatiempos y el cuidado personal. Los trastornos cognitivos se clasifican en varios grupos, es decir, partiendo del conglomerado de ancianos normales o saludables (CDR=0), demencia cuestionable (CDR=0,5), demencia ligera (CDR=1), demencia moderada (CDR=2) y demencia severa (CDR=3).
- Validismo: se midió aplicando los índices de *Katz* (anexo 1) y *Lawton* (anexo 2), instrumentos previstos para evaluar la capacidad funcional de los ancianos. En ellos se relacionan numerosas actividades a las que el adulto mayor deberá dar adecuado cumplimiento; y se consideran, además, otras tareas que todavía son capaces de realizar los longevos como: coser, bordar, ayudar en las tareas domésticas, limpiar los jardines, lavar los autos, hacer mandados, atender el teléfono, etc., y que son registradas en las encuestas.
- Cantidad de medicamentos o fármacos que consume diariamente: se registra la cantidad de preparados diarios que ingiere (excluyendo vitaminas y minerales).
- La calidad de vida: a criterio de los autores del presente estudio, se consignó como *buena* si el longevo cumple, de manera óptima, con la totalidad de los siguientes parámetros; es decir, que muestre autonomía y pueda cumplir con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, que goce de un amparo filial satisfactorio (vivir con sus familiares y recibir buen trato, cariño y atención, o aun viviendo solo, que reciba esta misma influencia positiva de familiares, amigos y allegados y se sienta satisfecho), que aunque padezca de enfermedades crónicas no transmisibles que se mantengan tratadas y controladas adecuadamente, y no interfieran con el normal cumplimiento de sus actividades cotidianas, y que manifieste un estado mental satisfactorio (admitiéndose como normales los olvidos seniles benignos que no interfieren con el cumplimiento de las actividades de la vida diaria).

Si el longevo no cumple con la totalidad de los anteriores parámetros catalogamos como *mala* su calidad de vida. Igualmente se consideró una tercera categoría intermedia, la de calidad de vida *regular*, si solo cumple o satisface, justamente, la mitad de los parámetros descritos.

## RESULTADOS

En el estudio se detectaron un total de 70 ancianos con edad igual o superior a los 90 años, lo que representa el 2,3 % de la población geriátrica de nuestra área (n=3 066), aunque hay que señalar que la muestra descendió a 65 porque se excluyeron 5 que estaban fuera del área de salud. El grupo de 90 a 94 años es el más numeroso con 47 longevos (72 %), el de 95 a 99 años incluyó a 15 (23 %), y finalmente, el de 100 años o más contó solo con 3 (5 %). El abuelo más longevo tiene 103 años. En la muestra estudiada predominó el sexo femenino con 42 mujeres (64,6 %), mientras que los hombres representaron el 35,4 % de la muestra (n=23) (tabla 1).

**TABLA 1.** Distribución de nuestros longevos por grupos de edades y sexo

Grupos de edades (en años)	Sexo femenino	%	Sexo masculino	%	Total	%
90-94	30	72	17	74	47	72
95-99	11	26	4	17	15	23
100 o más	1	2	2	9	3	5
Total	42	100	23	100	65	100

Fuente: Investigación realizada.  
(n=65)

Predominó el nivel primario concluido en 28 pacientes (43 %), seguido del primario sin concluir con 22 (33,8 %). Los jubilados representaron el 57 % de la muestra (n=37), seguido de las amas de casa con 43 % (n=28). El estado civil más frecuente fue la viudez, con un total de 43 longevos (66 %), seguido de los casados con 10 (15 %), los solteros con 7 (11 %), y finalmente, los divorciados con solo 5 (8 %).

En relación con la raza, predominó la blanca en 49 adultos mayores (75 %), seguida de la mestiza en 9 (14 %) y de la negra en 7 (11 %). Las enfermedades crónicas no transmisibles más frecuentes fueron la HTA esencial en 37 longevos (57 %), con la hipertensión sistólica aislada como la modalidad más detectada en 16 de ellos (44 %). El segundo lugar lo ocupó el síndrome demencial en 27 pacientes (42 %), y la cardiopatía isquémica en 24 (37 %). Los déficits visuales y auditivos siguieron a continuación en 21 y 17 longevos, los que representaron el 32 y el 26 % de la muestra respectivamente.

En cuanto al comportamiento cuantitativo de las enfermedades crónicas no transmisibles pudimos constatar en los controles de la dispensarización, que solo 4 pacientes (6 %) se hallan libres de estas enfermedades, por lo que fueron ubicados en el grupo dispensarial I. Sufren 1 enfermedad crónica no transmisible un total de 13 longevos (20 %), mientras que padecen 2 o más de estas enfermedades 48 longevos (74 %).

Se comprobó que hubo 14 pacientes (22 %) que no consumían ningún preparado farmacológico, 43 (66 %) entre 1 y 3 preparados, y con 4 o más preparados solo 8 (12 %); así como también que estuvo presente el antecedente familiar de longevidad en familiares de primera línea en 37 ancianos (57 %).

Los hábitos tóxicos más difundidos fueron el tabaquismo en 11 adultos mayores (17 %), el consumo excesivo de café en 22 (33,8 %), y afortunadamente no se detectó alcoholismo en ninguno. Otros factores de riesgo o de fragilidad encontrados fueron la carencia de hijos en 21 de ellos (32 %), deficientes recursos económicos en 18 (28 %), y exhibieron sentimientos de soledad y desamparo 17 para un 26 %.

En relación con la composición de los núcleos familiares donde viven nuestros pacientes, pudimos constatar solo 2 núcleos con 1 anciano solo que totaliza un 3 %, 5 núcleos con parejas de longevos solos (8 %), 1 núcleo con 3 ancianos solos (2 %), y 57 núcleos con otros integrantes (familias multigeneracionales) para un 87 %.

Al comprobar el validismo de nuestros pacientes encontramos dependencia en la realización de 1 ó 2 actividades básicas de la vida diaria en 20 de ellos (31 %), dependientes en 3 ó 4 actividades básicas a 6 (9 %), y, finalmente, dependientes en 5 ó 6 actividades básicas del diario vivir a 14 (22 %). Mostraron independencia total 25 adultos mayores (38 %) (tabla 2).

**TABLA 2.** Resultados de la realización de las actividades básicas del diario vivir (índice de Katz)

Categorías	No.	%
Independientes en todas las actividades básicas de la vida diaria	25	38
Dependientes en 1 ó 2 actividades básicas de la vida diaria	20	31
Dependientes en 3 ó 4 actividades básicas de la vida diaria	6	9
Dependientes en 5 ó 6 actividades básicas de la vida diaria	14	22
Total	65	100

Fuente: Investigación realizada.  
(n= 65)

En las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD) solo resultan independientes 9 longevos (14 %), mostrando dificultades en realizar 1 ó 2 actividades instrumentales 8, para un 12 %, 3 ó 4 actividades instrumentales 12, para un 19 %, 5 ó 6 actividades instrumentales 6, para un 9 %, y dependencia en 7 u 8 actividades instrumentales del diario vivir un total de 30 ancianos para un 46 % (tabla 3). Igualmente realizan algunas tareas en el hogar, como son, coser, tejer, ayudar en la preparación de alimentos o en la limpieza, atender el jardín, lavar el coche, hacer mandados u organizar la ropa solo 12 ancianos que totalizan un 18,4 %.

**TABLA 3.** Resultados de la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria (índice de Lawton)

Categorías	No.	%
Independientes en todas las actividades instrumentales de la vida diaria	9	14
Dependientes en 1 ó 2 actividades instrumentales de la vida diaria	8	12
Dependientes en 3 ó 4 actividades instrumentales de la vida diaria	12	19
Dependientes en 5 ó 6 actividades instrumentales de la vida diaria	6	9
Dependientes en 7 u 8 actividades instrumentales de la vida diaria	30	46
Total	65	100

Fuente: Investigación realizada.  
(n= 65)

En la tabla 4 se expone que no muestran trastornos de la esfera cognitiva 25 pacientes (38 %), 13 (20 %) exhiben trastornos cognitivos mínimos, mientras que 27 (42 %) sufren demencias en sus diferentes modalidades.

**TABLA 4.** Comportamiento de estado mental o cognitivo de nuestros longevos

Categorías	No.	%
Sin trastornos cognitivos	25	38
Trastornos cognitivos mínimos	13	20
Síndrome demencial	27	42
Total	65	100

Fuente: Investigación realizada.  
(n= 65)

La tabla 5, por su parte, expresa que tienen buena calidad de vida 31 adultos mayores (48 %), se consideró mala en 25 (38 %) y regular en solo 9 (14 %) (tabla 5).

**TABLA 5.** Comportamiento de la calidad de vida de nuestros longevos

Categorías	No.	%
Buena	31	48
Regular	9	14
Mala	25	38
Total	65	100

Fuente: Investigación realizada.  
(n=65)

## DISCUSIÓN

En el estudio encontramos una prevalencia de longevos inferior a las declaradas en la literatura revisada al respecto, por ejemplo, en España la población de mayor de 85 años (según publicación del año 1998) fue de 7,07 %,° aunque en nuestro estudio incluimos los ancianos con edad igual o superior a 90 años.

En los últimos años la esperanza de vida ha experimentado un notable incremento, observándose en diversos países una reducción de la mortalidad más acelerada que en épocas anteriores. En EE.UU. la supervivencia de los ancianos es mayor que en Japón y que muchos países europeos, a pesar de que la mortalidad global es más elevada. Esto se atribuye al elevado estándar de atención especializada que se presta a los ancianos o que ellos se procuran. *Manton* describe, recientemente, en los ancianos de los EE.UU. una disminución en la dependencia de la ayuda familiar, así como un acentuado aumento del uso de dispositivos complementarios (caminadores, sillas de ruedas, etc.), y también la realización de modificaciones en la vivienda (instalación de lavabos bajos, duchas con asiento, etcétera.<sup>9,10</sup>

El predominio del sexo femenino coincide con lo reportado en la literatura consultada, que describe que la longevidad es mayor, sustancialmente, en el sexo femenino, sobre todo en países desarrollados.<sup>4,11</sup>

El alto porcentaje de ancianos con nivel primario de escolaridad, consideramos, pueda relacionarse con la etapa que le tocó vivir a esta generación, en que eran ínfimas las posibilidades para el estudio y la superación en nuestro país. En relación con el estado civil predominó, ampliamente, el de la viudez, que es más relevante en mujeres que en hombres, lo que también coincide con los trabajos revisados.<sup>11,12</sup>

Asimismo encontramos un franco predominio de longevos de la raza blanca, lo que está en relación con las peculiaridades de la población de donde se tomó la muestra, ya que se constata una mayoría de este grupo racial en nuestra área de salud.

Las enfermedades crónicas no transmisibles en Cuba constituyen la principal causa de muerte en los ancianos, así como su problema de salud más significativo, en ellas se halla el origen de la mayor parte de las discapacidades que padecen nuestros longevos. Los adultos mayores tienen una constelación de problemas de salud distintos a las de las personas jóvenes, y es la pluripatología un rasgo característico de este grupo o segmento poblacional.<sup>3,10,11</sup> Según datos aportados por la literatura, al respecto, predomina la HTA, las enfermedades cardiovasculares, la enfermedad cerebrovascular, la diabetes mellitus y la enfermedad osteoarticular en la morbilidad de nuestros ancianos.<sup>11</sup> La hipertensión en los ancianos, sobre todo la forma sistólica aislada, exhibe una elevada prevalencia en este grupo poblacional, y constituye un factor de riesgo cardiovascular de primer orden.<sup>13-16</sup>

En Cuba se ha encontrado, en encuestas realizadas, que las personas mayores de 60 años padecen al menos de una enfermedad crónica (aproximadamente el 69,6 %), y el 13,9 % de alguna alteración de los órganos de los sentidos.<sup>17</sup> El síndrome demencial incrementa su prevalencia con la edad, y las tasas se duplican cada 5 años desde los 65 y hasta los 95 años de edad. En España su prevalencia, en ancianos mayores de 80 años, es superior al 30 %.<sup>18</sup>

En estudio realizado en nuestra área de salud en el año 2003, se encontró un total de 16 ancianos con síndrome demencial en el grupo de 90 a 100 años (Martínez C. y Pérez V. Síndrome demencial. Estudio clínico epidemiológico). La diferencia significativa de 27 pacientes detectados en la actual investigación puede deberse a que no se incluyeron, en ese estudio, el 100 % de los senescentes, y además, a 2 años de realizado aquel, la cifra, de seguro, experimentó un incremento.

Consideramos coherente la presencia de trastornos cognitivos ligeros en el estudio realizado en nuestra área de salud en el 2003, con los exhibidos en la presente investigación. En aquel se encontró, aproximadamente, un 7 % de ancianos mayores de 60 años con trastornos cognitivos mínimos; mientras que en el actual se constató un 20 % de ellos con igual trastorno, lo que se debe al aumento exponencial que experimentan estas alteraciones con la edad.

En estudios realizados en España se encuentra una prevalencia de trastornos cognitivos mínimos de alrededor de un 7,1 %, mientras que en Finlandia se dan cifras cercanas al 40 %. Esta disparidad sugiere que dichos trastornos necesitan de estudios más precisos, así como de la validación de los criterios diagnósticos.<sup>18-20</sup>

La polifarmacia es algo común entre nuestros ancianos, y que está explicado por la pluripatología que, generalmente, padecen, a la que se suma la tendencia de este grupo a la automedicación.<sup>21</sup> Sin embargo, en nuestra investigación solamente el 12 % de la muestra consume 4 o más preparados farmacológicos, a pesar de que el 74 % padece 2 o más enfermedades crónicas no transmisibles.

No consideramos relevante el aspecto referente a los hábitos tóxicos, porque, como puede apreciarse, solo el 17 % consume tabaco, y menos de la mitad de la muestra (33,8 %) café.

En publicaciones nacionales se reportan cifras de hasta un 61 % de incapacidad en personas mayores de 80 años, y otras constatan la dependencia funcional, sumamente frecuente, en personas de la cuarta edad (mayores de 80 años) (Quintero DG. Estado funcional de los ancianos. Manuscrito no publicado. CITED. Ciudad de La Habana, 1995) (Gómez GA, Carballo LM, López SR, Piñón MS y Martínez QC. Valoración funcional de un grupo de ancianos. Trabajo presentado en Jornada Municipal de Medicina Familiar del municipio Playa, 1998).

En EE.UU. en ancianos mayores de 85 años, se reporta un ascenso de la disfuncionabilidad entre el 35 y 40 %, afirmándose que la dependencia funcional aumenta en forma relevante con el envejecimiento.<sup>10</sup>

En nuestra investigación encontramos que el 38 % de los adultos mayores son funcionalmente independientes en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, cifra que se incrementa a 69,2 % si se adicionan los que poseen limitaciones en solo 1 ó 2 de estas actividades, mientras que, en las AIVD, que miden además el funcionamiento del anciano fuera del entorno hogareño, se aprecia solamente un 14 % de independencia, que puede ascender a 26,1 % si se añaden los limitados en 1 ó 2 de estas actividades, por lo que se afirma, que en este grupo de edades, la capacidad funcional es aceptable.

Aunque carecemos de cifras referidas en la literatura en relación con la calidad de vida, existen publicaciones, de las regiones georgianas y caucásicas, donde se reportan personas de longevidad muy avanzada que disfrutaban de una excelente calidad de vida, por ejemplo, una orquesta con un director de 123 años, en la que nunca ha dirigido nadie con edad inferior a los 100 años, y en la que todos sus integrantes tienen, actualmente, más de 90 años.<sup>3,22</sup>

La UNESCO define la calidad de vida teniendo en cuenta algunos factores relacionados con la satisfacción de las necesidades básicas de la vida diaria, cuya frustración puede acarrear la aparición de enfermedades.<sup>22</sup>

Numerosos estudios resaltan el papel del bienestar subjetivo en el concepto de calidad de vida, y múltiples investigaciones realizadas en varios países sugieren que el aumento de la esperanza de vida, para ambos sexos, conlleva al incremento en la aparición de discapacidades.<sup>22</sup>

Nuestro trabajo, en cierta medida, corrobora estas afirmaciones, pues el 48 % de nuestros ancianos exhibe una buena calidad de vida, el 42 % sufre de síndrome demencial, solo el 38 % de la muestra exhibe total independencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, y el 14 % en las actividades instrumentales del diario vivir.

## CONCLUSIONES

El índice de prevalencia de longevos en nuestra área de salud no es relevante. Parece ser que los factores genéticos tienen especial significado en el fenómeno de la longevidad, pues se constata un elevado porcentaje de longevos en los antecesores de nuestros abuelos. Aunque las enfermedades crónicas no transmisibles no afectan, significativamente, el validismo de nuestros adultos mayores, los trastornos de la esfera cognitiva, y especialmente, el síndrome demencial, sí comprometen su calidad de vida.

Se comprobó que menos de la mitad de los longevos estudiados cumplen satisfactoriamente las actividades básicas del diario vivir, y en mucho menor cuantía, las instrumentales, lo que demuestra que con el transcurso de los años se incrementan las discapacidades. Se evidenció igualmente un incremento notable del síndrome demencial en este grupo poblacional.

### Anexo 1

#### Índice de Katz

Evaluación de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Códigos: I = independiente    A = requiere asistencia    D = dependiente

Información obtenida del:		Actividad	Guía para evaluación
Paciente	Informante		
I A D	I A D	Bañarse	I = Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda solo para lavarse alguna parte del cuerpo, por ejemplo, la espalda.

			A = Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, y/o recibe ayuda para entrar y salir de la bañera. D = Totalmente incapacitado para darse un baño por sí mismo.
I A D	I A D	Vestirse	I = Coge la ropa y se viste completamente, o recibe exclusivamente ayuda para atarse los zapatos. A = Recibe ayuda para coger la ropa y/o vestirse completamente. D = Totalmente incapacitado para vestirse por sí mismo.
I A D	I A D	Usar el inodoro	I = Va al inodoro, se limpia y se ajusta la ropa. A = Recibe ayuda para acceder al inodoro, limpiarse, ajustarse la ropa y/o recibe ayuda en el uso del orinal. D = Totalmente incapacitado para usar el inodoro.
I A D	I A D	Trasladarse	I = Se levanta y se acuesta, se incorpora y sienta de manera independiente (con o sin el uso de auxiliares mecánicos). A = Recibe ayuda personal o mecánica para realizar estas funciones. D = Totalmente dependiente para levantarse o acostarse o para incorporarse o sentarse, o ambas.
I A D	I A D	Continencia	I = Controla completamente los esfínteres de la micción y defecación. A = Incontinencia en la micción y/o defecación, parcial o total, o necesita control parcial o total por enema, sonda, o uso reglado de orinales. D = Depende totalmente de sonda o colostomía.
I A D	I A D	Alimentarse	I = Sin ayuda. A = Necesita ayuda para comer o necesita ayuda solo para cortar carne o untar el pan. D = Es alimentado por sondas o vía parenteral.

## Anexo 2

### Índice de Lawton

Evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Códigos: I = independiente      A = requiere asistencia      D = dependiente

Información obtenida del:		Actividad	Guía para evaluación
Paciente	Informante		
I A D	I A D	Capacidad para usar el teléfono	I = Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada.

			A = Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a la operadora en caso de emergencia, pero necesita ayuda en marcar los números. D=Totalmente incapacitado para realizar una llamada por teléfono por sí mismo.
I A D	I A D	Uso de medios de transporte	I = Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio auto. A = Solo viaja si lo acompaña alguien. D = No puede viajar en absoluto.
I A D	I A D	Ir de compras	I = Realiza todas las compras con independencia. A = Necesita compañía para realizar cualquier compra. D = Totalmente incapaz de ir de compras.
I A D	I A D	Preparación de la comida	I = Organiza, prepara y sirve las comidas adecuadamente con independencia. A = Calienta, sirve y prepara comidas ligeras, pero no puede mantener una dieta adecuada sin ayuda. D = Necesita que le preparen y sirvan las comidas.
I A D	I A D	Control de sus medicamentos	I = Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta. A = Toma su medicación si alguien se lo recuerda y le prepara la dosis. D = No es capaz de administrarse su medicación.
I A D	I A D	Manejo de sus asuntos económicos	I = Maneja los asuntos económicos con independencia. A = Realiza los gastos cotidianos, pero necesita ayuda para manejar su cuenta de banco y hacer grandes compras, etcétera. D = Incapaz de manejar su dinero.

## SUMMARY

### Longevity: cognitive state, validism and quality of life

A descriptive, cross-sectional study was conducted among the elderly aged 90 and over from “Ana Betancourt” Polyclinic, in Playa municipality, between September 2004 and March 2005, in order to evaluate the behavior of the longevity phenomenon in such health area and to characterize it. 70 longevous individuals were detected, which represented a prevalence index of 2.3 %. There was a predominance of the age group 90-94 with a total of 47 longevous subjects (72 %), whereas only 3 are 100 years old or more. The prevailing educational level was primary school concluded, accounting for 43 %. It was found a predominance in 75 % of the white individuals and in 66 % of the longevous widowers. 57 % had pathological family history of longevity. 38 % showed independence to carry out the basic activities of daily life, and only 14 % to perform instrumental activities. 20 % of the longevous persons had minimum cognitive disorders

and 42 % suffered from dementia in its different modalities. The quality of life is considered as good in 48 % of the sample.

**Key words:** Behavior, longevity, characterization, independence, quality.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cardellá RO, Hernández FR. Envejecimiento en bioquímica médica especializada. La Habana: Edit. C. Médicas; 1999:1458-9.
2. Prieto RO. Duración de la vida humana. En: De Prieto RO, Vega GE. Temas de Gerontología. La Habana: Edit. Ciencia y Técnica; 1996.p.85-90.
3. Rocabrundo MJC, Prieto RO. Duración de la vida y longevidad. En su: Gerontología y Geriatria Clínica. La Habana: Edit. Ciencias Médicas;1992.p.165-74.
4. \_\_\_\_\_ Envejecimiento de la población mundial, un nuevo desafío. En su: Gerontología y Geriatria Clínica. La Habana: Edit. Ciencias Médicas; 1992.p.45-60.
5. Fleytes GO. Atención de enfermería a los ancianos. En: De Prieto RO, Vega GE. Temas de Gerontología. La Habana: Edit. Científico Técnica;1996.p.139-44.
6. Menéndez JJ. Aspectos demográficos y epidemiológicos del envejecimiento. En: Prieto RD, Vega GE. Temas de Gerontología. La Habana: Edit. Ciencia y Técnica; 1996.p.20-7.
7. Folstein MF. Mini- Mental Status Examination de Folstein (MMSE),1975.
8. Hughes, C. Scale Raiting Demencia (CDR) o Escala de clasificación internacional de las demencias; 1982.
9. Altaír LR, Cervera A, Cristofol AR, Gil GP, Ribera CJM. Problemas clínicos más relevantes en el paciente geriátrico. En: Farreras Rozman. Tratado de Medicina Interna. España: 14 ed. Harcourt; 2000. CD-Rom.
10. Manton KG, Vaupel JW. Survival alter the age of 80 in the United States, Sweden, France, England and Japan. NEJM. 1998:1232-5.
11. Vaqué JR, Vilardell TM. Promoción de salud y estrategias preventivas en las personas mayores. Rev Med. 1999;(124):1503-10.
12. San José L, Jacas EC, Selva OA, Vilardell TM. Protocolo de valoración geriátrica. Rev Med. 1999;(124):83-5.
13. Sellén CJ. Hipertensión arterial en el anciano. En su: Hipertensión arterial: diagnóstico, tratamiento y control. La Habana: Edit. Félix Varela; 2002.p.80-93.
14. Cordiés JL, Vázquez VA, Cordiés JMT. Hipertensión en el anciano. Rev Acta Med. 1997;7(1):133-40.
15. Macías CJ. Epidemiología de la hipertensión arterial. Rev. Acta Méd. 1997;7(1):15-24.
16. Colectivo de autores. Norma Nacional de Prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial. La Habana :MINSAP; 1999: 35-6.
17. Vega GE, Menéndez JJ, Prieto RO, González VEG, Leyva SB, Cardoso LN, et al. Atención al adulto mayor. En: Alvarez SR. Temas de Medicina General Integral. La Habana : Edit. Ciencias Médicas; 2001.p.166-94.
18. Alewijn O, Breteler MMB, Van Harskamp F, Claus JC, Van der Cammen TJM, Grobbee DE, et al. Prevalencia de enfermedad de Alzheimer y demencia vascular. Asociación con la educación. El estudio Róterdam. Rev. B.M.J., L. A., Vol. II C.A. y el Caribe 1995.p.15-8.

19. Coria F, Moreno A. Patología clínica y molecular del envejecimiento cerebral. Rev. Supl Neurolog.1997;21(1):14-7.
20. Lipschitz DA, Sullivan DH. Biología del envejecimiento. El anciano enfermo. En: Compendio de Medicina Interna, Cecil, 3ra ed. Madrid: Ed Mc Graw-Hill Interamericana: 1995.p.994-5.
21. Menéndez DL. Terapéutica farmacológica en el anciano. En: De Prieto RO, Vega GE. Temas de Gerontología. La Habana: Edit. Ciencia Técnica; 1996.p.131-8.
22. Quintero DG. Aspectos socio-psicológicos del envejecimiento. Calidad de vida y envejecimiento. En: Prieto RO, Vega GE. Temas de Gerontología. La Habana: Edit. Científico Técnica; 1996.p.28-32.

Recibido: 30 de agosto de 2005. Aprobado: 16 de febrero de 2006.  
Dr. César Martínez Querol. Ave 5ta. C # 9011, entre 90 y 92, Miramar, municipio Playa, Ciudad de La Habana, Cuba.

<sup>1</sup>Especialista I Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente. Director del Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica (EMAG) del Policlínico "Ana Betancourt".  
<sup>2</sup>Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Psiquiatría. Profesor Asistente. Miembro del Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica (EMAG) del Policlínico "Ana Betancourt".