

## Valimiento del adulto mayor en dos consultorios del Policlínico Docente "Hermanos Cruz"

### Value of elderly in two consulting rooms of "Hermanos Cruz" Teaching Polyclinic

Miguel Leonardo López<sup>I</sup>; Amauri de Jesús Miranda Guerra<sup>II</sup>; Lázaro Luis Hernández Vergel<sup>III</sup>

<sup>I</sup>Máster en Medicina Natural y Tradicional. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Docente "Hermanos Cruz". Pinar del Río, Cuba.

<sup>II</sup>Máster en Atención Primaria de Salud. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Hogar Materno "Mariana Grajales". Santa Fe. Playa. La Habana, Cuba.

<sup>III</sup>Máster en Atención Primaria de Salud. Licenciado en Enfermería. Clínica Central "Cira García". Playa. La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** el estudio del envejecimiento y de sus características se ha ido convirtiendo en objeto de atención prioritaria en el marco del justificado interés actual por la senilidad.

**Objetivos:** caracterizar a los pacientes geriátricos según edad y sexo, determinar las discapacidades y el grado de valimiento de estos pacientes.

**Métodos:** estudio descriptivo de corte transversal realizado durante el año 2007 en dos consultorios del médico y la enfermera de la familia (Nos. 112 y 251), del Policlínico Docente "Hermanos Cruz" en Pinar del Río, Cuba. El universo de estudio lo conformaron 142 pacientes adultos mayores. Las variables investigadas fueron: edad, sexo, grado de valimiento y discapacidad. Para la recolección de la información se utilizó el método observacional documental de historias clínicas y la escala geriátrica de evaluación funcional, el Índice de Lawton y la encuesta de factores de riesgo de discapacidad.

**Resultados:** en la muestra predominó el grupo de edad de 70-74 años y el 51,40 % de los pacientes era del sexo masculino. Se encontró discapacidad en el 72,53 %

y la independencia en sus actividades habituales en el grado de valimiento III se halló en el 73,94 %.

**Conclusiones:** algún grado de discapacidad está presente en la mayor parte de los gerontes aunque es frecuente hallar independencia de los ancianos en sus actividades habituales.

**Palabras clave:** Adulto mayor, valimiento, discapacidad.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** aging study and its features has becomes a priority care aim within the current justified interest by senility.

**Objectives:** to characterize the geriatric patients according age and sex, to determine the inabilities and the degree level of these patients.

**Methods:** a cross-sectional and descriptive study was conducted in 2007 in two consulting rooms (Nro. 112 and 251) and family nurse from the "Hermanos Cruz" Teaching Polyclinic in Prinar del Río province, Cuba. Sample included 142 elderly patients. Researched variables included: age, sex, degree level and inability. For information collection we used the documentary observational method of medical records and geriatric scale of functional assessment, Lawton's index and survey on inability risk factors.

**Results:** in sample predominated the age group of 70-74 years and the 51.40 % of patients were males. The 72.53 % had inability and the 73.94 % had independence of habitual activities in degree III level.

**Conclusions:** a level of some inability is present in most of elderlies although with independence in their habitual activities.

**Key words:** Elderly, degree, inability.

---

## INTRODUCCIÓN

La Real Academia Española define el término envejecer como el hacer vieja una persona o cosa, con el pasar de los años o debido al mucho uso; y a la vejez como el estado último de antigüedad de las cosas o personas. Se considera la vejez sinónimo de edad senil o senectud, definida en la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento como el período de la vida humana cuyo comienzo se fija, comúnmente, alrededor de los 60 años, caracterizado por la declinación de todas las facultades.<sup>1</sup>

El envejecimiento es un término de carácter general que puede definirse en relación con fenómenos fisiológicos, conductuales, sociológicos o cronológicos. En sentido estrictamente médico, designa el declive de la capacidad y las funciones fisiológicas que influyen en los factores sociológicos y del comportamiento y es modificado, a su vez, por ellos. Se trata de un proceso heterogéneo e irreversible, que se inicia a partir del momento en que el organismo alcanza la capacidad funcional máxima.<sup>2</sup>

---

La vejez es una etapa por la que actualmente pasan alrededor de 600 millones de personas en el planeta. El fenómeno no solo refleja las tasas más altas de poblaciones de la tercera edad en la historia de la humanidad, la tendencia en el presente siglo es hacia el aumento de los ancianos, incluso en los países subdesarrollados.<sup>3</sup> Cada año se agregan unos 9 millones de ancianos, lo que ascenderá a 14, 5 en el período del 2010 al 2015. En la actualidad, el 77 % de ese aumento será en las regiones desarrolladas y en los primeros 15 años del presente siglo llegará al 80 %. Ya para el 2045, cuando se considera que la población aumentará cada año en 50 millones de personas, aquellos de la tercera edad crecerán a razón de 21 millones anuales, fenómeno que se producirá fundamentalmente en las regiones subdesarrolladas.<sup>3</sup> Esto significa que la proporción de ancianos está incrementándose progresivamente, produciéndose al mismo tiempo un envejecimiento de la población. Se habla no solo del envejecimiento del individuo, sino también del envejecimiento de la sociedad,<sup>4</sup> lo que trae como consecuencia a largo plazo, variaciones en la vida social y económica.<sup>5</sup>

La provincia de Villa Clara es la más envejecida de Cuba y ha entrado al nuevo milenio con más del 15 % de su población en el grupo de 60 años y más.<sup>6</sup>

El aumento de la población anciana ha derivado en un interés, cada vez más creciente, por las enfermedades que la afecta y por el envejecimiento mismo. Debido a la variedad de signos y síntomas, que pueden ser sutiles, evasivos o latentes, una valoración correcta inicial, rápida y sencilla, como lo son la determinación del nivel de discapacidad y grado de valimiento, permitiría al personal médico detectar cambios y alteraciones que ponen en peligro la vida del paciente geriátrico.

Por lo anterior, se considera que hacer esta valoración en la práctica, es un método indispensable que sirve de norma para brindar una atención médica de alta calidad, y para ello, el personal de salud encargado de la atención general y específica a gerontes debe conocer la línea de base o punto de partida de la morbilidad, factores de riesgo y valimiento que le permita establecer las estrategias de trabajo necesarias. Por todo lo anterior se decidió realizar esta investigación, que tiene como objetivo determinar las discapacidades y el grado de valimiento del paciente geriátrico en dos consultorios del médico y la enfermera de la familia (Nos. 112 y 251) del Policlínico Docente "Hermanos Cruz" en Pinar del Río, Cuba durante el año 2007.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en los dos consultorios citados.

El universo de estudio quedó constituido por 142 pacientes adultos mayores (60 años y más) en plenas facultades mentales y dispuestos a participar en la investigación previo su consentimiento.

Se utilizó el método observacional documental de historias clínicas individuales y familiares con el objetivo de obtener información sobre variables demográficas; para determinar las discapacidades y el grado de valimiento se aplicaron la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF) ([anexo 1](#)), el Índice de Lawton (Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, AIVD) ([anexo 2](#)) y Encuesta de Factores de Riesgo de Discapacidad ([anexo 3](#)).

Para evaluar el nivel de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Independiente: cuando realice de forma independiente las 6 actividades.
- Dependiente: cuando realice de forma dependiente al menos una de las actividades.

Para evaluar el nivel de dependencia en las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD) se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Independiente: cuando el anciano pueda realizarlas por si solo, sin ayuda de nadie, solo con orientaciones.
- Dependiente: cuando necesita de otras personas para realizar las actividades.

Se tuvo en cuenta la existencia de tres niveles funcionales determinados por el Índice de Katz y Lawton:

- Nivel I: cuando el paciente sea dependiente para las ABVD.
- Nivel II: cuando el paciente sea independiente para las ABVD, pero dependiente para alguna de las AIVD.
- Nivel III: cuando el paciente sea independiente para las ABVD y AIVD.

### **Técnicas de procesamiento y análisis de la información**

Se realizaron análisis de asociación entre variables cualitativas mediante la prueba de  $X^2$  con 95 % de confianza, se calculó la media, mediana, moda, desviación estándar, la suma, el rango, el valor mínimo y máximo observado así como la varianza.

El análisis y procesamiento de la información obtenida se realizó por medios computarizados.

## **RESULTADOS**

La edad media del grupo fue de 70,74 años con una mediana y moda de 70 años, la desviación estándar de 7,63 y la varianza de 58,36 como se puede observar en la [tabla 1](#).

Tabla 1. Algunos estadígrafos seleccionados para la edad

Estadígrafos	Valores (n =142)
Media	70, 7465
Mediana	70,0000
Moda	70,00
Desviación estándar	7,63942
Varianza	58,36080
Rango	30,00
Mínimo	60,00
Máximo	90,00
Suma	10046,00

Fuente: historias clínicas individuales.

En el análisis de la edad y el sexo ([tabla 2](#)) se observa que predominó el grupo de edad de 70-74 años con un total de 41(28,87 %) pacientes y fue predominante también en la serie estudiada el sexo masculino con 73 (51,40 %) pacientes. Se encontró asociación entre estas dos variables al obtener una  $X^2 = 15,748$  con una  $p \leq 0,6397$  y 7 grados de libertad.

La evaluación de las ABVD se pueden observar en la [tabla 3](#) donde el 100% de los pacientes se evaluaron de independientes para el uso del retrete, la movilidad, la continencia y la alimentación; se encontró dependencia para bañarse y vestirse en el 3, 52 % y 6,33 %, respectivamente con asociación entre el nivel de dependencia e independencia y valores de  $X^2$  superiores a 1(2,032 y 3,768).

En la [tabla 4](#) se muestra la evaluación de las AIVD donde los mayores niveles de dependencia se registraron en la preparación de comidas y lavado de ropa (23,94 % para ambas actividades).

Los niveles funcionales aparecen en la [tabla 5](#), donde se observa predominio del nivel III, con 105 ancianos (73,94% %) seguido del nivel II (19,71%).

Tabla 5. Evaluación funcional según actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria

Nivel funcional	No.	%
Nivel I	9	6,33
Nivel II	28	19,71
Nivel III	105	73,94
Total	142	100,0

Fuente: encuesta.

La discapacidad es uno de los problemas frecuentes en los adultos mayores y en esta investigación se identificaron 103 adultos mayores con algún tipo de discapacidad para el 72,53 % y solo el 27,46 % restante aún no tenían estos problemas. Los datos se resumen en la [tabla 6](#).

Tabla 6. Distribución porcentual de pacientes según discapacidad

Discapacidad	No.	%
Si	103	72,53
No	39	27,46
Total	142	100

Fuente: historias clínicas individuales.

## DISCUSIÓN

*Perera Salcedo*<sup>7</sup> encuentra que el predominio de adultos mayores es en el grupo de 60-69 años de edad, mientras que *Exton, Smith* y otros,<sup>8</sup> indican como inconvenientes para los estudios epidemiológicos, las personas de más de 60 años de edad, pues la magnitud de los cambios que impone en el envejecimiento normal las causas de morbilidad por decenio, es cada vez mayor. También, *Exton* y *Smith* le restan valor a la edad desde el punto de vista estadístico, pues los cambios propios del envejecimiento normal aumentan por cada decenio vivido.<sup>8</sup> La muerte precoz de los más débiles y enfermos, la reducción de la mortalidad y sus posibles causas en edades extremas de la vida, restan valor estadístico a los hallazgos en relación con la edad.

*Hinze*<sup>9</sup> comprueba la influencia del sexo sobre la morbilidad geriátrica en general al determinar que en promedio, la mujer vive más que el hombre en 8 años, lo cual depende de una mayor resistencia del organismo femenino.

Al analizar la tabla 3 se observa que la independencia en las actividades fue lo más frecuente en los ancianos estudiados, es decir, podían alimentarse, vestirse, bañarse, acostarse, levantarse y controlar sus necesidades (micción, defecación), tomar sus medicinas y caminar por un terreno llano sin ayuda, estos resultados coincidieron con los obtenidos en la encuesta de necesidades de los ancianos en América Latina y el Caribe, realizada por la OPS<sup>10</sup> en varios países caribeños donde más del 90 % de los encuestados de 60 años y más pueden realizar igualmente sus necesidades habituales. *Rodríguez Hernández JC*,<sup>11</sup> en su serie de morbilidad y valimiento en pacientes geriátricos encuentra un predominio de ancianos independientes similar a los de esta investigación.

Fue frecuente hallar independencia de los ancianos en sus actividades habituales lo cual está en relación directa con su incorporación a los círculos de abuelos, al impulso de las actividades y la atención directa que se les ha dado a la tercera edad por los médicos de la familia, para mantener a este grupo poblacional como individuos aptos psíquica, física y biológicamente.

La valoración funcional cuyo objetivo es conocer y clasificar el nivel de independencia para la realización de las ABVD es, para los profesionales de la Atención Primaria de Salud, una guía que les ayuda en el diagnóstico y les permite planificar los cuidados, establecer objetivos de rehabilitación y darle seguimiento a la evaluación clínica de los ancianos dependientes.<sup>12</sup> En este estudio se encontraron altos niveles de independencia para las ABVD, al igual que en otros resultados publicados.<sup>13</sup>

El mantener a los ancianos con un nivel de independencia en sus actividades cotidianas los hará más útiles para ellos mismos, su familia y la sociedad.

La evaluación funcional realizada en esta investigación demostró un alto porcentaje de ancianos funcionales. Se tuvo en cuenta que los instrumentos que valoran la capacidad funcional del individuo para desenvolverse con autonomía en su medio incluyen desde las funciones más básicas como alimentación y aseo hasta funciones más complejas como vestirse o utilizar el teléfono<sup>12</sup>. *Tello Velázquez* y otros<sup>14</sup> en su estudio encuentran mayor dependencia en la realización de las compras y preparación de los alimentos (30,00 y 20,00 %, respectivamente).

En este estudio el porcentaje de ancianos dependientes en la realización de las AIVD fue similar al que informa un estudio epidemiológico realizado en países desarrollados, en el que se observa más discapacidad para aquellas actividades que requieren un mayor desplazamiento y esfuerzo físico del individuo.<sup>15</sup>

Los resultados obtenidos de la evaluación funcional de los adultos mayores estudiados fueron similares a los publicados por otros autores.<sup>16-18</sup>

Se ha observado que las discapacidades aumentan progresivamente con la edad, en la presente investigación más del 23 % de los estudiados tenían 75 años o más, lo que puede guardar relación con el predominio de adultos mayores con alguna discapacidad, entre ellos, predominaron las discapacidades osteomioarticulares.

*Tello Velázquez* y otros<sup>14</sup> encuentran resultados similares a los de la presente serie. Otros autores también informan predominio de adultos mayores con discapacidades.<sup>5,7,11,12</sup>

Se concluye que la discapacidad está presente en la mayor parte de los gerontes estudiados, en alguna medida, aunque es frecuente hallar independencia de los ancianos en sus actividades habituales, lo que está en relación directa con su incorporación a los círculos de abuelos, al impulso de las actividades y a la atención directa de los médicos y enfermeras de la familia a este segmento poblacional. La acciones citadas contribuyen a mantener a las personas de la tercera edad aptos psíquica, física y biológicamente. El mantener a los ancianos con un nivel de independencia en sus actividades cotidianas los hace más útiles para ellos mismos, su familia y la sociedad.

## [Anexo 1](#)

### Escala Geriátrica de Evaluación Funcional

#### **Continencia**

5. Perfectamente continente.
4. Ha perdido ocasionalmente el control de la micción.
3. Incontinencia urinaria, con limitaciones en su vida cotidiana.
2. Incontinencia urinaria que le impide realizar su vida cotidiana.
1. Doble incontinencia (urinaria y fecal) con pérdida de autonomía.

### **Movilidad**

5. Se moviliza sin limitaciones tanto dentro como fuera del hogar.
4. Alguna limitación en la movilidad en particular con el transporte público.
3. Dificultades de movilidad que limitan satisfacer su vida cotidiana.
2. Depende para movilizarse de la ayuda de otra persona.
1. Se encuentra totalmente confinado a la cama o al sillón.

### **Equilibrio**

5. No refiere trastornos del equilibrio.
4. Refiere trastornos del equilibrio, pero no afecta su vida cotidiana.
3. Trastornos del equilibrio con caídas y limitaciones de la autonomía.
2. Trastornos del equilibrio lo hacen dependiente en su vida cotidiana.
1. La falta de equilibrio lo mantiene totalmente incapacitado.

### **Visión**

5. Tiene visión normal aunque para ello use lentes.
4. Refiere dificultad para ver pero esto no lo limita en su vida cotidiana.
3. Dificultad para ver que lo limita en sus actividades cotidianas.
2. Problemas de la visión que le obligan a depender de otra persona.
1. Ciego o totalmente incapacitado por la falta de visión.

### **Audición**

5. Tiene audición normal aunque para ello use prótesis auditiva.
4. Refiere dificultad para oír, pero esto no lo limita en su vida cotidiana.
3. Dificultad para oír, con algunas limitaciones en la comunicación.
2. Severos problemas de audición que le limitan la comunicación.
1. Sordo o aislado por falta de audición.

### **Uso de medicamentos**

5. No toma medicamentos, no contar suplementos vitamínicos.
4. Usa menos de 3 de forma habitual.
3. Usa de 3 a 5 por más de un mes o indicados por varios médicos.
2. Usa más de 6 medicamentos.
1. Se automedica o no lleva el control de los medicamentos que toma.

### **Sueño**

5. No refiere trastornos del sueño.
4. Trastornos ocasionales del sueño, no tiene necesidad de somníferos.
3. Debe usar somníferos para lograr el sueño que lo satisfaga.
2. Pese al uso de psicofármacos mantiene trastornos del sueño.
1. Trastornos severos del sueño que le impiden realizar su vida diaria.

### **Estado emocional**

5. Se mantiene usualmente con buen estado de ánimo.
4. Trastornos emocionales ocasionales que supera sin ayuda.
3. Trastornos emocionales que le obligan al uso de psicofármacos.
2. Mantiene limitación por trastornos emocionales aun con tratamiento.
1. Los trastornos emocionales lo incapacitan, intento o idea suicida.

### **Memoria**

5. Buena memoria. Niega trastornos de la misma.
  4. Refiere problemas de memoria pero no limitan sus actividades diarias.
  3. Trastornos evidentes de memoria, que limitan actividades de su vida.
  2. Trastornos de memoria le hacen dependiente parte del tiempo.
-

1. La pérdida de memoria lo mantiene totalmente incapaz y dependiente.

### **Situación familiar**

5. Cuenta con el apoyo familiar que demandan sus necesidades.
4. Existe apoyo familiar, pero tiene limitación en alguna ocasión.
3. El apoyo familiar está restringido a situaciones de crisis.
2. El apoyo familiar es escaso e inseguro, incluso en crisis.
1. Ausencia o abandono familiar total.

### **Situación social**

5. Buena relación social. Apoyo total por vecinos y/o amigos.
4. Buena relación social. Tiene apoyo limitado de vecinos o amigos.
3. Relación social limitada. El apoyo se limita a las crisis.
2. Relación social limitada. Ausencia de apoyo de vecinos y/o amigos.
1. Ausencia de relaciones sociales y de apoyo por vecinos o amigos.

### **Situación económica**

5. Niega problemas económicos.
4. Sus ingresos cubren sus necesidades básicas, pero no otras.
3. Tiene ocasionalmente dificultad para cubrir sus necesidades básicas.
2. Tiene habitualmente dificultad para cubrir sus necesidades básicas.
1. Depende económicamente de la asistencia social.

Se suman los puntos obtenidos en cada ítem y se divide entre 12 que es la cantidad total de ítems evaluados, el estado funcional global será como sigue a continuación:

### **Estado funcional global**

5. Es independiente, activo y está satisfecho de la vida que lleva.

4. Independiente, alguna limitación funcional para sentirse satisfecho.
3. Tiene limitaciones en su vida diaria, lo que exige la ayuda de otros.
2. Depende en su vida diaria de los cuidados de otras personas.
1. Está totalmente incapacitado, exige cuidados constantes.

Instrucciones: Defina el ítem por la respuesta del paciente, si este no coopera utilice la opinión del cuidador responsable. Ante la duda entre ítems marque el inferior.

Fuente: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/escalageriatrica.pdf>

## Anexo 2

Índice de Lawton (Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, AIVD)

### **A. Capacidad para usar el teléfono**

1. Opera el teléfono por su propia iniciativa sin restricciones, busca el número en el dial. 1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos. 1
3. Responde al teléfono, pero no llama. 1
4. No utiliza el teléfono nunca. 0

### **B. Compras**

1. Hace todas las compras necesarias independientemente. 1
2. Compra de forma independiente algunas cosas. 1
3. Necesita ser acompañada para cualquier viaje de compras. 1
4. Completamente incapaz de comprar. 0

### **C. Preparación de alimentos**

1. Planea, prepara y sirve comidas adecuadas de una forma independiente. 1
2. Prepara comidas adecuadas si se le proporcionan los ingredientes. 1
3. Calienta y sirve comidas preparadas. 1

4. Necesita que le preparen y le sirvan las comidas. 0

#### **D. Realizar tareas domésticas**

1. Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (Ej.: trabajos pesados). 1

2. Realiza tareas domésticas ligeras, como fregar los platos, hacer la cama. 1

3. Realiza tareas domésticas ligeras, pero sin alcanzar niveles aceptables de limpieza. 1

4. Necesita ayuda para todas las tareas del mantenimiento de la casa. 1

5. No participa en ninguna tarea de la casa. 0

#### **E. Lavar la ropa**

1. Hace el lavado personal completamente. 1

2. Lava algunas prendas pequeñas. 1

3. Todo el lavado debe ser realizado por otras personas. 0

#### **F. Modo de transportación**

1. Viaja independientemente en transporte público o conduce su propio automóvil. 1

2. Dispone su propio viaje en taxi, pero no utiliza otros transportes públicos. 1

3. Viaja en transporte público cuando va acompañada por otros. 1

4. Viaja limitadamente en taxi o en automóvil con ayuda de otros. 1

5. No viaja en absoluto. 0

#### **G. Responsabilidad con sus propios medicamentos**

1. Es responsable de tomar los medicamentos en las dosis y en las horas adecuadas. 1

2. Es responsable si se le prepara permanentemente los medicamentos en dosis separadas. 1

3. No es capaz de administrarse sus propios medicamentos. 0

## H. Capacidad para manejar las finanzas

1. Maneja independientemente los asuntos económicos (cheques, pago del alquiler, ir al banco). Cobra y sigue las pistas de sus viajes. 1
2. Maneja las compras diarias, pero necesita ayuda para las operaciones del banco, las compras importantes, y otros. 1
3. Incapaz de manejar dinero. 0

Nota: En caso que la respuesta corresponda a la categoría 0 se preguntará desde cuándo perdió la capacidad para la realización de dicha actividad.

### [Anexo 3](#)

Encuesta de factores de riesgo de discapacidad

A continuación se le expondrán algunos problemas que afectan a los ancianos, y quisiera que me dijera si están o no presentes en su vida. Su ayuda a responder sinceramente en cada momento, así como el precisar si los tiene, desde cuándo presenta estos problemas, será muy importante para la realización de la investigación. Por favor responda:

#### **Factores biológicos:**

¿Tiene usted antecedente de enfermedades crónicas? (enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, artrosis, artritis)

\_\_\_\_\_ (Si tiene alguna de las anteriores enfermedades, desde cuándo).

Presencia de secuela posfractura de cadera (deformidad, dolor e impotencia funcional) : \_\_\_\_\_ (Actualmente y desde cuándo)

#### **Factores psicosociales:**

1. ¿Tiene usted personas a las que confiar sus secretos? Sí o No \_\_\_\_\_ (si responde No, desde cuándo).

2. Si viudo(a): ¿Se encuentra afectado por la viudez? Sí o No \_\_\_\_\_ (si responde Sí, desde cuándo).

3. ¿Se encuentra afectado(a) por la pérdida de algún hijo? Sí o No \_\_\_\_\_ (si responde

Sí, desde cuándo).

4. ¿Se encuentra afectado(a) por la pérdida de familiares y (o) amigos? Sí o

No\_\_\_\_\_ (si responde Sí, desde cuándo).

5. ¿Desearía volver a su anterior trabajo? Sí o No\_\_\_\_\_ (si responde Sí, desde cuándo).

6. ¿Considera que se encuentra aislado(a) socialmente o incomunicado(a) de los demás? Sí o No\_\_\_\_\_ (si responde Sí, desde cuándo).

7. ¿Se encuentra inactivo? Sí o No\_\_\_\_\_ (si responde Sí, desde cuándo).

8. ¿Tiene un(a) buen(a) amigo(a)? Sí o No\_\_\_\_\_ (si responde No, desde cuándo).

9. ¿Está satisfecho(a) con las actividades que realiza? Sí o No\_\_\_\_\_ (si responde No, desde cuándo).

10. ¿Sus familiares disponen de tiempo para hablar con Ud.? Sí o No\_\_\_\_\_ (si responde No, desde cuándo).

11. ¿Está adaptado(a) a la jubilación? Sí o No\_\_\_\_\_ (si responde No, desde cuándo).

12. ¿Realiza actividades útiles como las que desempeñaba antes? Sí o No\_\_\_\_\_ (si responde No, desde cuándo).

13. ¿Son malas sus condiciones económicas? Sí o No\_\_\_\_\_ (si responde Sí, desde cuándo).

14. ¿Son malas sus condiciones materiales? Sí o No\_\_\_\_\_ (si responde Sí, desde cuándo).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Núñez Rodríguez LM. Capacidad funcional en ancianos con fractura de cadera. Rev Electrónica Archivo Médico de Camagüey [serie en Internet]. 2002 [citado 10 Ene 2006];6(Supl 4). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2002/v6supl4/698.htm>

2. Márquez Capote E, Ferrer Terrero D, Piñera Martínez M, Verdecia Rosés M. El paciente geriátrico en la Unidad de Cuidados Intensivos. MEDISAN [serie en Internet]. 2003 [citado 4 de Ene 2006];5(4). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol5\\_4\\_01/san06401.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol5_4_01/san06401.htm)

3. López Montañó JL, Valladares Lorenzo R, Cuan Ravinal R, Duménigo Arias O. Morbimortalidad por abdomen agudo en el paciente geriátrico. Rev Electrónica Archivo Médico de Camagüey [serie en Internet]. 2004 [citado 4 de Ene 2006];5(3). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2001/v5n3/454.htm>

4. Agramonte Albalat B, Miranda Miranda M, Herrera Jiménez LF. Dinámica del aprendizaje: una percepción desde el adulto mayor [sitio en Internet]. [citado 10 Ene 2006]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos29/aprendizaje-adulto-mayor/aprendizaje-adulto-mayor.shtml>

5. Morfi Samper R. La salud del adulto mayor en el siglo XXI. Rev Cubana Enfermer [editorial] [serie en Internet]. 2005 [citado 4 de Ene 2006];21(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192005000300001&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000300001&lng=es&nrm=iso)
6. Dirección Nacional de Estadística (DNE). Ministerio de Salud Pública. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. Cifras e indicadores para su estudio 2005. La Habana: DNE;2005.
7. Perera Salcedo. Conservación de la salud en el anciano. Rev Cubana Med Gen Integr. 2004;4(1):31-9.
8. Exton Smith A. Epidemiological Studies: Methodological Considerations. J Clin Nort. 2004;(Supl):1273-4.
9. Hinzl L. Sex differences in morbidity in the olders age. Oxford Journals. 1989;(7585):239-48.
10. La salud de la tercera edad. Resultados preliminares de la encuesta de necesidades los ancianos en América Latina y el Caribe. Bol Sanit Panam. 2003;107(4):31-9.
11. Rodríguez Hernández JC. Influencia del círculo de abuelos sobre la salud. Estudio comparativo entre un grupo de integrantes y un grupo control. Rev Cubana Med Gen Integr. 2004;10(4):321-25.
12. Gilde Gómez MJ. Valoración funcional del anciano en Atención Primaria de Salud. Escalas de valoración funcional [sitio en Internet]. [citado 29 Sep 2006]. Disponible en: <http://sameens.dia.uned.es/Trabajos/T2a/MJGildeGómez/escalas.htm>
13. Santana Vasallo O, Bembibre Tabeada R, García Núñez R, González Ávalos E. Efectos sobre la salud en cuanto a alteraciones en la medicación. Rev Cubana Med Gen Integr. 2004;14(4):316-9.
14. Tello Velázquez YL, Bayarre Veá H, Hernández Páez YM, Herrera Domínguez H. Prevalencia de discapacidad física en ancianos. Municipios "Amancio Rodríguez" y "Jobabo". 1999. Rev Cubana Salud Pública. 2001;27 (1):19-25.
15. Organización Mundial de la Salud. Las condiciones de salud en Las Américas. Washington, D.C.: OPS; 1994. [Publicación Científica No. 549].
16. Megret Caballero A, Naranjo Arroyo M, Fong González Y. Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. Rev Cubana Enfermer. 2002;18(1):43-9.
17. Carmenaty Díaz I, Soler Orozco L. Evaluación funcional del anciano. Rev Cubana Enfermer. 2002;18(3):184-8.
18. Gómez Juanola M, Machín Díaz MJ, Roque Acanda K, Hernández Medina G. Consideraciones del paciente geriátrico. Rev Cubana Enfermer. 2002;18(3):184-8.

Recibido: 10 de julio de 2009.  
Aprobado: 28 de julio de 2009.

*Miguel Leonardo López*. Calle 1ra. C # 29013 Apto 1 entre 290 y 292 Santa Fé,  
municipio Playa. La Habana, Cuba.  
E-mail: [dr.lopez80@fcm.pri.sld.cu](mailto:dr.lopez80@fcm.pri.sld.cu), [lazarohv@infomed.sld.cu](mailto:lazarohv@infomed.sld.cu) ,  
[amauri.miranda@infomed.sld.cu](mailto:amauri.miranda@infomed.sld.cu)

## TRABAJOS ORIGINALES

### **Valimiento del adulto mayor en dos consultorios del Policlínico Docente "Hermanos Cruz"**

### **Value of elderly in two consulting rooms of "Hermanos Cruz" Teaching Polyclinic**

**Miguel Leonardo López<sup>I</sup>; Amauri de Jesús Miranda Guerra<sup>II</sup>; Lázaro Luis  
Hernández Vergel<sup>III</sup>**

<sup>I</sup>Máster en Medicina Natural y Tradicional. Especialista de I Grado en Medicina  
General Integral. Policlínico Docente "Hermanos Cruz". Pinar del Río, Cuba.

<sup>II</sup>Máster en Atención Primaria de Salud. Especialista de I Grado en Medicina General  
Integral. Hogar Materno "Mariana Grajales". Santa Fe. Playa. La Habana, Cuba.

<sup>III</sup>Máster en Atención Primaria de Salud. Licenciado en Enfermería. Clínica Central  
"Cira García". Playa. La Habana, Cuba.

---

## RESUMEN

---

**Introducción:** el estudio del envejecimiento y de sus características se ha ido convirtiendo en objeto de atención prioritaria en el marco del justificado interés actual por la senilidad.

**Objetivos:** caracterizar a los pacientes geriátricos según edad y sexo, determinar las discapacidades y el grado de valimiento de estos pacientes.

**Métodos:** estudio descriptivo de corte transversal realizado durante el año 2007 en dos consultorios del médico y la enfermera de la familia (Nos. 112 y 251), del Policlínico Docente "Hermanos Cruz" en Pinar del Río, Cuba. El universo de estudio lo conformaron 142 pacientes adultos mayores. Las variables investigadas fueron: edad, sexo, grado de valimiento y discapacidad. Para la recolección de la información se utilizó el método observacional documental de historias clínicas y la