

## **Fragilidad del anciano solo: Municipio Pinar del Río, 2006**

### **Vulnerability of the aged living alone: Pinar del Rio municipality, 2006**

**Luis Enrique Olivera Gómez<sup>1</sup>, Omar Gort Cuba<sup>2</sup>, Nora Lemus Fajardo<sup>3</sup>, Reinier Serrano Martínez<sup>4</sup>.**

<sup>1</sup> Instructor. Dr. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Hospital Clínico-Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Pinar del Río.

<sup>2</sup> Instructor. Dr. Especialista de Primer Grado en Geriátría y Gerontología. Hospital Clínico-Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Pinar del Río.

<sup>3</sup> Instructor. Dra. Especialista de Primer Grado en Geriátría y Gerontología. Hospital Clínico-Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Pinar del Río.

<sup>4</sup> Dr. Especialista de Primer Grado en Geriátría y Gerontología. Hospital Clínico-Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Pinar del Río.

---

#### **RESUMEN**

Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo para evaluar la fragilidad del anciano solo en las cuatro Áreas de Salud del municipio Pinar del Río en el año 2006, analizando las condiciones socioeconómicas de estos ancianos, la morbilidad de los mismos, los ingresos en los últimos 12 meses, y su necesidad de asistencia médica y social. Para el estudio se dividen en ancianos solos, atendidos por la familia y ancianos solos no atendidos o desamparados. Se encontró una mayor prevalencia de ancianos solos en las edades de 60 - 75 años en las zonas urbanas y del sexo femenino. Se aprecia una mayor tendencia a las enfermedades Cardiovasculares, Cerebro vasculares, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Cáncer. Más del 30% de los ancianos tienen necesidades socioeconómicas. Los

resultados finales del estudio sugieren un modelo específico para cada localidad con el fin de una mejor atención al anciano solo.

**Palabras Clave:** Anciano, atención médica, atención integral a la salud.

---

## **ABSTRACT**

A descriptive, retrospective study aimed at assessing the vulnerability of the aged living alone in the fourth Health Areas of Pinar del Rio municipality during 2006 was conducted. The socioeconomic conditions, morbidity, hospital admissions in the last 12 months and necessity of medical and social assistance of this group of people were analyzed. To carry out this study the aged were divided into two groups, those being attended by the family and those neglected or defenseless. A higher prevalence of the aged living alone was found: female, ages 60-75 mainly in urban sites. Cardiovascular and cerebrovascular diseases, hypertension, diabetes mellitus and cancer showed a major trend. More than 30% of the aged, presented socioeconomic needs. The final results of the study suggested a specific model for each site with the purpose of improving the care of the aged living alone.

**Key words:** Aged, medical care, comprehensive health care.

---

## **INTRODUCCIÓN**

En la sociedad actual es muy común la existencia de personas de avanzada edad. En casi todos los países el grupo de edad de crecimiento más rápido es el de los ancianos y Cuba no está exenta de ello.

En el caso de la especie humana la esperanza de vida se sitúa en torno a los 120 años y no hay ningún tipo de evidencia demostrada de alguien que en algún lugar del mundo o época de la historia haya sobrepasado esa edad.<sup>1</sup>

En el 2007 vivían en Cuba un millón 600 mil personas con más de 60 años, lo cual representa que un 15,9% de su población está envejecida ubicándose entre los países más envejecidos de Latinoamérica, lo cual es un logro del modelo social que la Revolución Cubana hizo posible. En la provincia de Pinar del Río se estima que la cifra alcanzó los 113 300 adultos mayores cuando concluyó el año 2007, significando que esta exhibe un envejecimiento poblacional de 16.2%, según los estimados demográficos. En el municipio capital hay un total de 2466 de ancianos solos y de ellos 977 (39.6%) son atendidos por sus familiares.<sup>2</sup>

La forma en la que la población envejece no está totalmente determinada por la biología, también está influida por las circunstancias sociales y el ambiente

individual. En consecuencia, el envejecimiento se contempla cada vez más como un proceso que incluye aspectos culturales y psicosociales.<sup>3</sup>

Un aspecto negativo que resulta en muchas ocasiones el acompañante del envejecimiento, es el estado de soledad, considerándose un parámetro que da criterio de fragilidad en los ancianos, dada la vulnerabilidad que ello significa en un individuo en los finales de su vida, con las consecuencias muchas veces presentes de discapacidad y enfermedad.<sup>4</sup>

El paciente anciano padece más enfermedades, es mucho más vulnerable a las agresiones, en él es menor la reserva fisiológica, las patologías se imbrican unas sobre otras en mayor medida que en otras edades, se manifiestan, diagnostican y tratan en muchos casos de otra forma y tienen una mayor implicación social. Todo ello confiere al paciente geriátrico una especificidad que el médico que atiende ancianos, debe conocer y obliga a que deba ser contemplado de una manera integral, por un equipo interdisciplinario constituido por médicos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, dietistas, rehabilitadores y psicogeriatras.<sup>5-6</sup>

La función social se correlaciona con la función física y mental. Una buena situación social ayuda a mantener la autonomía a pesar de las limitaciones funcionales y la implantación de medidas sociales adecuadas permite el desarrollo óptimo de los cuidados a largo plazo en el domicilio.<sup>7-8</sup>

La cualidad de fragilidad asignada a un anciano, dentro de la clínica geriátrica, supone atribuirle la presencia de una situación de alto riesgo de deterioro, fundamentalmente en forma de incapacidad y muerte.<sup>9</sup> El término frágil, "algo que se rompe fácilmente", es suficientemente descriptivo de un grupo de pacientes ancianos relativamente frecuente en la práctica diaria.<sup>10</sup> Su menor reserva o resistencia ante diferentes agresiones les llevarán con mayor o menor rapidez a la pérdida de autonomía.<sup>11</sup> EL problema a resolver con este trabajo es determinar la fragilidad de los ancianos solos en el municipio de Pinar del Río teniendo en cuenta los criterios que más sobresalieron en las encuestas realizadas y sugerir una solución para los mismos implicando a los familiares, vecinos, cuidadores y todas las organizaciones de masa y políticas que están relacionadas con la Comunidad.

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de los ancianos que residen solo en su vivienda, en las cuatro Áreas de Salud del municipio Pinar del Río, atendidos por los Policlínicos Universitarios "Pedro Borrás", "Raúl Sánchez", "Turcios Limas" y "Hermanos Cruz", el cual se hizo con la participación de los trabajadores sociales de los policlínicos y los Médicos Generales Integrales que laboran en cada una de estas áreas con el apoyo del Centro Municipal de Estadística de Pinar del Río, el cual aportó la dirección por Agen (cuadra) y por casas. Se utilizaron los datos de la Encuesta Estadística realizada en el 2006 (Oficina Municipal de Estadísticas de Pinar del Río) al cual tributaron su información todos los Consultorios del Médico de la Familia de dichos Policlínicos.

Se les realizó una encuesta general al universo de ancianos que viven solo en el municipio Pinar del Río 2466, en la cual se plasma edad, sexo, zona de residencia, antecedentes patológicos personales, ingresos hospitalarios en los últimos doce meses y especificando los que son atendidos por sus familiares o no, con el objetivo de determinar si el anciano es frágil o no, según los criterios cubanos de fragilidad.

## **Criterios de Inclusión.**

Todos los ancianos solos, municipio Pinar del Río, de ambos sexos sin distinción de raza, atendido o no, total 2466.

### **Criterios de Exclusión.**

No excluimos a ningún anciano.

### **RESULTADOS**

La evaluación de los resultados de la encuesta permite interrelacionar a los ancianos con variables de alto significado económico, médico y social.

En la tabla No. 1 observamos que el mayor % de ancianos está en las edades comprendidas entre 60 - 80 años de vida.

**Tabla No.1.** Distribución de los ancianos solos por grupos de edades en las áreas de salud del municipio Pinar del Río.

Edades (años)	Hermanos Cruz		Pedro Borrás		Raúl Sánchez		Turcios Limas	
	No	%	No	%	No	%	No	%
<b>60-70</b>	393	48.3	373	45.0	165	45.2	224	40.7
<b>71-80</b>	291	35.7	332	40.1	136	37.2	236	42.8
<b>81-90</b>	112	13.8	101	12.2	60	16.4	74	13.4
<b>&gt; 90</b>	18	2.2	22	2.7	4	1.2	17	3.1
<b>Total</b>	814	100	828	100	365	100	551	100

El crecimiento acelerado de la población urbana y el desarrollo de las ciudades es un fenómeno natural, incontenible y necesario.

**Tabla No. 2** Distribución de los ancianos solos según las enfermedades crónicas no transmisibles mas frecuentes por Áreas de Salud en el municipio Pinar del Río.

	Hermanos Cruz		Pedro Borrás		Raúl Sánchez		Turcios Limas	
Enfermedades	No	%	No	%	No	%	No	%
<b>Insuf. Cardiaca</b>	325	39.9	341	41.2	152	55.6	222	40.3
<b>HTA</b>	705	86.6	715	86.3	183	67.7	433	78.5
<b>C. Isquémica</b>	520	63.8	456	56.0	58	21.2	376	68.2
<b>D Mellitus</b>	65	8.0	62	7.5	47	17.2	37	6.8
<b>Neoplasias</b>	24	3.0	50	6.0	5	1.8	28	5.0
<b>AVE</b>	179	22.0	127	15.3	43	15.6	100	18.2
<b>Total</b>	814	-	828	-	273	-	551	-

Casi la totalidad de los ancianos encuestados tienen tres o más enfermedades concomitantes lo que le acarrea dependencia a la polifarmacia que en ocasiones son muchas (necesarias o no) y en otras no administradas correctamente lo que conlleva a tener uno o más ingresos anuales en el Servicio de Geriátrica.

**Tabla No. 3.** Distribución del anciano solo según necesidades socioeconómicas por áreas de salud del municipio Pinar del Río.

Necesidades	Hermanos Cruz		Pedro Borrás		Raúl Sánchez		Turcios Limas	
	No	%	No	%	No	%	No	%
<b>Hogar de ancianos</b>	2	0.1	4	0.5	2	0.7	4	0.7
<b>Alimentación</b>	234	28.7	257	31.0	208	76.2	150	27.2
<b>Económicas</b>	108	13.3	158	19.0	129	47.2	72	13.1
<b>Vivienda</b>	57	7.0	166	20.0	119	43.5	33	6.0
<b>Total</b>	<b>814</b>	<b>-</b>	<b>828</b>	<b>-</b>	<b>273</b>	<b>-</b>	<b>551</b>	<b>-</b>

Las necesidades socioeconómicas más significativas son hogar de ancianos, económicas (dinero), alimentación y vivienda en mal estado. Y con frecuencia son múltiples en un mismo anciano.

## **DISCUSIÓN**

El mayor % de ancianos está en las edades comprendidas entre 65-75 años. Esto coincide con los resultados de los estudios realizados por Composortega y Prieto (3,4) en la población de la tercera edad en Cuba y en el mundo, donde se ha podido observar un incremento de las edades de 60-80 años siendo en Cuba alrededor de 70 años la esperanza de vida.<sup>4,12</sup>

El Área "Raúl Sánchez" es la zona de menor densidad poblacional y de más malas condiciones higiénico sanitarias en el municipio.

En cuanto al sexo las mujeres habitualmente viven una media de ocho años más que los varones.<sup>13</sup>

En las cuatro Áreas de Salud la mayor parte de los ancianos solos, viven en la zona urbana ya que en el municipio Pinar del Río más del 86 % reside en dicha zona. El crecimiento acelerado de la población urbana y el desarrollo de las ciudades es un fenómeno natural, incontenible y necesario.<sup>14</sup> Esa migración a las ciudades conlleva una importante disminución del número de personas que vive en el campo, es decir, índices de crecimiento negativos en las áreas rurales.

En la tabla No. 1 fueron analizadas algunas de las enfermedades más frecuentes que padecen los ancianos en este estudio.

En primer lugar están las enfermedades cardiovasculares como son la cardiopatía isquémica (incluyendo desde las anginas hasta el infarto agudo del miocardio) la que tiene una incidencia de más del 55 % en todas las Áreas, seguido de la Insuficiencia cardíaca con una media de un 40 % coincidiendo estos resultados con la primera causa de morbi-mortalidad en Cuba.<sup>11,14</sup>

Los ancianos solos, hipertensos en las cuatro áreas de salud ocupan el 74.4% de promedio general coincidiendo con los estudios de prevalencia en Cuba que es superior al 82.2%.<sup>15</sup>

La mortalidad por AVE ha mostrado un incremento progresivo en Cuba desde finales de la década de los años setenta, alcanzando las cifras más altas en 1999, cuando la tasa bruta fue de 75,4 x 100 000 habitantes.<sup>16</sup> En los últimos cinco años en Cuba mueren como promedio anualmente unas 7900 personas por esta causa, de ellos alrededor del 85 % tienen = 60 años, lo que hace a estas edades las de mayor riesgo de morir por estas enfermedades.<sup>1</sup> En el presente estudio el % es bajo debido a que cuando tienen esta enfermedad pasan de anciano solo a anciano acompañado y no entran en el estudio.

El Cáncer es la enfermedad más frecuente en los ancianos y la tercera causa de muerte en Cuba <sup>17</sup> ocupa un 4 % en esta investigación, resultando comprensible si además es frágil el pronóstico es muy malo.

Los ancianos son más susceptibles a las enfermedades.<sup>18</sup> Lo demuestra su mayor riesgo de muerte tras padecer gripes o enfriamientos.<sup>18,19</sup>

El 84% de los pacientes ingresados en el servicio de Geriátría fue consecuencia de la fragilidad del anciano solo en la comunidad ya que las causas que lo motivaron pudieron ser prevenidas con la asistencia adecuada de familiares y cuidadores.

Las causas más frecuentes de la descompensación de su enfermedad de base fueron: olvido de tomar los medicamentos, toma en horario no adecuadas, disminución de las dosis, supresión de los mismos, polifarmacia, mal nutrición, depresión, caídas, abuso de los hábitos tóxicos, deseo de estar atendido (por ello la mejor solución esta en un hospital) la no aceptación en un hogar de ancianos, etc.<sup>20</sup>

Con simples medidas se hubiera podido ahorrar al estado y Sistema de Nacional de Salud mas del 50% del gasto por concepto de días/ paciente.

Las necesidades socioeconómicas mas significativas son las de alimentación con un predominando en las tres Áreas de Salud Hermanos Cruz, Pedro Borrás y Turcios Limas con un 28.9% y en el Raúl Sánchez con un 76.2%. Seguidas de necesidades de tipo económicas con un 13.9% como promedio en las cuatro Áreas de Salud, las viviendas en mal estado es un dato que recogemos de los ancianos según su consideración donde ellos no le dan mayor importancia al aspecto constructivo, su mayor preocupación es la falta de apoyo familiar y la soledad.

De 2466 ancianos solos encuestados en cuatro Áreas de Salud, 1489 (60.4%) no están atendidos y 977 (39.6%) están atendidos por familiares, amigos o instituciones especializadas. (Figura 3)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vega E. Longevidad y duración de la vida. [artículo en internet] Disponible en: <http://www.sld.cu/saludvida/adultomayor/temas.php?idv=5937> [consultado 5 enero 2008]
2. Sistema de Información Estadístico Nacional (SIEN) de Demografía. Anuario Estadístico 2005 [serie en Internet]. [citado 2006]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anuario/?IsisScript=anuario/iah.xis&tag5001=mostrar^m1298&tag5009=STANDARD&tag5008=10&tag5007=Y&tag5003=anuario&tag5021=e&tag5022=2005&tag5023=1298>
3. Martínez Almanza L, Menéndez Jiménez J, Cáceres Manso E, Baly Baly M, Vega García E, Prieto Ramos O. Las personas de edad en Cuba. Principales tendencias demográficas y morbimortalidad. RESUMED[revista en internet]. 1999[citado 4 feb. 2009]; 12(2):77-90. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol12\\_2\\_99/res05299.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol12_2_99/res05299.htm)
4. Prieto O, Vega E. La atención al anciano en Cuba. Desarrollo y perspectivas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1996.
5. Kalache A. Situación global del envejecimiento. Consulta interregional sobre el envejecimiento de la población organizada por el Banco Interamericano de Desarrollo, en la ciudad de Washington el 1-2 junio del 2000 [serie en Internet].

[citado 17 Nov 2003]. Disponible en:  
[http://www.gerontologia.org/envejecimiento\\_poblacional.htm](http://www.gerontologia.org/envejecimiento_poblacional.htm)

6. Alonso Galbán Patricia, Sansó Soberats Félix J, Díaz-Canel Navarro Ana María, Carrasco García Mayra, Oliva Tania. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2007 Mar [citado 17 Nov 2003]; 33(1): Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es)

7. Mussoll J. Resultados de la aplicación en atención primaria de un protocolo de valoración geriátrica integral en ancianos de riesgo. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002; 37 (NM 5):249-53.

8. Mañas R. Aproximación al desarrollo de un Programa Nacional de Investigación sobre Envejecimiento desde el concepto de fragilidad. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2001;36 (NM 3):24-35.

9. De la Fuente C. Fundamentos demográficos y biomédicos para una atención sanitaria específica al anciano. En: Rodríguez Mañas L, Solano Jaurrieta JJ, editores. Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica; 2001.p.15-55.

10. Gómez-Vela, M; Sabeh, EN. Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. España: Instituto Universitario de Investigación en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca; 2001.

11. Rodríguez Mañas L. Envejecimiento y enfermedad: manifestaciones y consecuencias. En: Fernández-Ballesteros R, editor. Gerontología Social. Madrid: Pirámide;2000.p. 153-65.

12. Alarcón T, González Montalvo JI. Fragilidad y vejez compañeros inevitables de camino [editorial]. Rev Esp Geriatr Gerontol 1997; 32 (NM1):1-2.

13. Batzán JJ, Valero C, Regalado P, Carrillo E. Evaluación de la fragilidad en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1997; 32:26-34.

14. Kevin K. Dimensiones demográficas y de la salud en América Latina y el Caribe. Washington DC: OPS; 1994. p. 3-18. (Publicación científica # 546).

15. Batzán Cortés JJ. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. Med Clín. 2000; 115 (NM 18):707-17.

16. Selva A, San José A, Solans A, Villardell M. Características diferenciales de la enfermedad en el anciano. Fragilidad. Medicine (Madr). 1999; 124:5789-96.

17. Organización Panamericana de la salud. Manual de la Organización Panamericana de la Salud para la atención al adulto mayor. Washington: OPS; 2003.

18. Castelblanque E, Albert Cuñat V. ¿Quiénes son los ancianos frágiles-ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del Área Sanitaria de Guadalajara. Medicina General. 2002[citado 17 Nov 2003]; 45:443-680. Disponible en:  
[http://www.medicinageneral.org/revista\\_47/pdf/667-680.pdf](http://www.medicinageneral.org/revista_47/pdf/667-680.pdf).

19. Redin JM. Valoración geriátrica integral (I): Evaluación del paciente geriátrico y concepto de fragilidad. Anales[en internet]. 1999. [citado 17 Nov 2003] 22(Supl 1); [aprox 4 pantallas] Disponible en:  
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/suple5.html>

20. Alonso Galbán P, Sansó Soberats FJ, Díaz Canel Navarro AM, Carrasco García M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Revista Cubana de Salud Pública[revista en internet], ene-mar 2007[citado 17 Nov 2003]; 33(001): Disponible en:  
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/214/21433110/21433110.html>

### **Criterios cubanos de fragilidad (68)**

- Doble incontinencia.
- Alteraciones de movilidad y el equilibrio menor de 4 según Escala Geriátrica de Evaluación Funcional.
- Polifarmacia (uso de tres ó más medicamentos).
- Alteración de todas las variables de la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional en 4 "o" menos.
- APP de Síndrome demencial con:
  - Alteraciones del estado emocional.
  - Alteraciones del sueño.
  - Alteraciones de la movilidad.
  - Alteraciones del uso de medicamentos.
- Deficiente apoyo familiar.
- Deficiente apoyo social.
- Mala situación económica.
- Cualquier combinación de los problemas sociales (situación familiar, social y económica) menores de 4 según Escala Geriátrica de Evaluación Funcional.
- Anciano solo con alguna alteración del Escala Geriátrica de Evaluación Funcional.
- Mayor de 80 años con alguna alteración del Escala Geriátrica de Evaluación Funcional.
- Alteraciones de la memoria menor que 4 según Escala Geriátrica de Evaluación Funcional.

· Alteraciones del estado funcional global menor de 4 según Escala Geriátrica de Evaluación Funcional.

Recibido: 6 de Junio de 2009.

Aprobado: 17 de Septiembre de 2009.

Dr. Luis Enrique Olivera Gómez. Hospital Clínico-Quirúrgico "León Cuervo Rubio".  
Pinar del Río. Teléfono: 751626. E-mail: [meluro@princesa.pri.sld.cu](mailto:meluro@princesa.pri.sld.cu)