artículo original / original article
http://dx.doi.org/10.14482/sun.33.3.10929

Caracterización del estado de salud de los adultos mayores en la región La Libertad (Perú)

Characterization of the health status of the elderly in the region La Libertad (Peru)

Zoila Esperanza Leiton Espinoza[1], Elizabeth Fajardo Ramos[2], Flor Marlene Luna Victoria Mori[3]

Resumen

Objetivo: caracterizar el estado de salud de los adultos mayores en la región La Libertad (Perú).
Materiales y métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio, transversal. Se utilizaron las escalas de valoración Minimental State Examination (MMSE), The Mini Nutritional Assessment (MNA-SF), Geriatric Oral Health Assessment, Index (GOHAI), Functional Assessment Stages (Fast), Escala de Depresión de Yesavage Y Sheikh, Test de Morisky Green, Índice de Katz y Escala de Lawton para actividades de la vida diaria. Se aplicó en las 12 provincias de la región La Libertad. Muestra de 1110 adultos mayores.
Resultados: Este artículo presenta solo una parte de los resultados obtenidos en la investigación realizada con los adultos mayores en la región la Libertad - Perú. El 93,6 % presentó cognición normal. La mayoría percibió su salud como regular. Actividad física adecuada 18,3-27,7 %. Estado nutricional normal 61,1%. Necesitan atención oral 39,7 %. Satisfecho sexualmente 41,9 %. Sus valores más importantes son amor y respeto y 73,3 % está preparado para morir. Vacunados contra influenza 50,5 %. No realizan mamografía ni Papanicolaou 76 % y 70,9 % y un 65 % de varones no realizó examen de próstata. Presentan enfermedad 67,6 %, siendo las principales hipertensión arterial, artritis y diabetes mellitus. Sufrieron caídas 30,5 %. Incontinencia urinaria en mujeres 36,3 %-45,6 % y varones 30%-49%. Depresión 28,9 %. Polifarmacia 35 %. Independientes en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria 83,4 % y 60 %, respectivamente. No tienen seguro de salud 20,7 %.
Conclusiones: Los problemas más importantes se evidencian en inadecuada actividad física, riesgo/malanutrición, escasa cobertura de vacunas y detección de cáncer de mama, cuello uterino y próstata. La hipertensión arterial, artritis y diabetes mellitus poco controladas con significativa presencia de polifarmacia y la no tenencia de seguro de salud.

Palabras claves: salud, adulto mayor, caracterización.

Fecha de recepción: 11 de mayo de 2017
Fecha de aceptación: 25 de junio de 2017

[1] Profesora principal, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo (UNT). Correo: zoilaeleiton@gmail.com
[2] Profesora asistente, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad del Tolima. Correo: efajardo@ut.edu.co
[3] Profesora principal, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo (UNT).

Salud Uninorte
Vol. 33, N° 3, 2017
ISSN 0120-5552
eISSN 2011-7531

Abstract

Objective: to characterize the health status of older adults in the La Libertad (Peru) region.
Materials and methods: Quantitative, descriptive, exploratory, cross-sectional study. Valuation scales were used: Minimental State Examination (MMSE), The Mini Nutritional Assessment (MNA-SF) (GOHAI), Functional Assessment Stages (Fast), Yesavage and Sheikh Depression Scale, Morisky Green Test, Katz Index, and Lawton Scale for activities of daily living. It was applied in the 12 provinces of the region La Libertad. Sample of 1110.
Results: This article presents only a part of the results obtained in the research carried out with older adults in the La Libertad - Peru region.93.6 % presented normal cognition. Most perceived their health as regular. Adequate physical activity 18.3-27.7 %. Normal nutritional status 61.1 %. They need oral attention 39.7 %. Satisfied sexually 41.9 %. Their most important values are love and respect and 73.3 % are prepared to die. Vaccinated against influenza 50.5 %. They did not perform mammography or Papanicolaou 76 % and 70.9 % and 65 % of men did not perform prostate examination. They present disease 67.6 % being the main hypertension, arthritis and diabetes mellitus. They suffered falls 30.5 %. Urinary incontinence in women 36.3 % -45.6 % and men 30 % -49 %. Depression 28.9 %. Polypharmacy 35%. Independent in basic and instrumental activities of daily life 83.4 % and 60 % respectively. They do not have health insurance 20.7 %.
Conclusions: The most important problems are evidenced by inadequate physical activity, risk / malanutrition, poor coverage of vaccines and detection of breast, cervical, and prostate cancer. Arterial hypertension, arthritis and diabetes mellitus poorly controlled with significant presence of polypharmacy and non-possession of health insurance.

Keywords: health, older adult, characterization.

INTRODUCCIÓN

Una buena salud es el mejor recurso para el desarrollo personal, económico y social, y una dimensión importante de la calidad de vida.

El envejecimiento en la población es ahora uno de los mayores triunfos y desafíos de la humanidad, y por ello un reto para la salud pública. Desde comienzos del siglo XXI el mundo está envejeciendo rápidamente, es decir, está sucediendo una revolución de la longevidad. Como resultado de una veloz reducción de la mortalidad y fecundidad, junto con un incremento de vida al nacer en todos los países, alrededor de 810 millones de personas tienen 60 y más años. Cada segundo, dos personas en el mundo celebran su sexagésimo cumpleaños (1). El año 2050 será el punto de inflexión en términos demográficos. Para ese año, el 22 % de la población mundial tendrá 60 y más años, lo cual representará más de 2 billones de estas personas, comparada con el 12 % de 2015 (900 millones) (2). Pero este aumento poblacional ocurrirá en su mayoría en los países de ingresos bajos y medianos, que al 2050 se elevará a 80 % (3).

Los países de América Latina y el Caribe comparten tendencias demográficas similares que afectarán considerablemente las estrategias para el logro de la cobertura universal de salud, de manera que en 2025 serían alrededor de 100 millones, que representarán el 15 %, y para 2050 representarán 25 % (183,7 millones) (1).

También en el Perú en 2016 esta población representó el 9,9 % de la población total, es decir, 3 118 612 personas, que al 2025 alcanzará 12,4 % con cuatro millones y medio y para el 2050 serán 9 millones, que representarán 21,3 % (4). En La Libertad al 2015 fueron el 9,8 %, que representan 182 399, con una

proyección al 2020 de 12 %, siendo una de las regiones con mayor proporción de adultos mayores del Perú (5).

Estas cifras no solo representan un triunfo demográfico de este crecimiento del desarrollo humano complejo y dramático, sino que es uno de los retos más importantes que tendrá ante sí el Perú y la región La Libertad durante el presente siglo por las profundas consecuencias e implicancias en la vida individual, comunitaria y nacional en todas las facetas: sociales, éticas, económicas, políticas, culturales, psicológicas, espirituales y de salud.

La salud continúa siendo en el presente siglo un objetivo prioritario para la mayoría de los países del mundo, y enfatiza que una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social, y una dimensión importante de calidad de vida, y en el Perú los adultos mayores no son la excepción.

El envejecimiento como proceso universal se da paulatinamente mientras pasamos de una etapa a otra, que presenta cambios biosicosociales y espirituales que son complejos, individuales y singulares. En parte esto se debe a que muchos de los mecanismos del envejecimiento son aleatorios, por factores genéticos y de salud. Pero también están fuertemente influenciados por el entorno y el estilo de vida de la persona (6, 7).

En la vejez, la mayoría de los mayores son capaces de tener una vida normal e independencia funcional y lo disfrutan, enfrentado el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal. Sin embargo, en la dimensión biológica se produce un deterioro progresivo, tales como el ciclo del sueño, la alimentación y nutrición, actividad física, apetito sexual, más aún si tienen alguna enfermedad. Puede haber incontinencia o retención urinaria, lo cual produce un gran malestar, problemas de higiene, depresión, aislamiento y ansiedad. Los sentidos más afectados son la vista y el oído con la presencia de presbicia y presbiacusia afectando su vida de relación, independencia y el disfrute del medio que lo rodea (7-13).

Asimismo, una de las tareas más difíciles de la vida es afrontar la muerte, y adaptarse a ella es el logro más importante (12,14). En la vejez, la espiritualidad se intensifica y surge la búsqueda incesante en los adultos mayores de encontrarse así mismo, para darle un nuevo significado y finalidad a su existencia, a fin de lograr la paz consigo mismo, con los demás y con Dios (15,16).

El resultado final de todos los cambios y pérdidas biosicosociales dificultan y restringen la oportunidad de desarrollar sus potencialidades, autorrealización y trascendencia. Por lo que los adultos mayores deben continuar con su desarrollo como un continuo devenir, como "ser haciéndose" en forma permanente y adaptarse como seres autopoiéticos a esta crisis de desarrollo para alcanzar un envejecimiento satisfactorio para vivir con bienestar.

Esta investigación tiene el propósito de proporcionar información científica integral sobre las necesidades y las potencialidades de los adultos mayores de la región La Libertad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio tipo descriptivo transversal, realizado en la región La Libertad durante 2015-2016. La población estuvo constituida por 122 427 personas adultas mayores de 60 años y más de ambos sexos, con una muestra de 1110, que representa a las 12 provincias de la región La Libertad: Trujillo, Ascope, Bolívar, Chepén, Julcan, Otuzco, Pacasmayo, Pataz, Santiago de Chuco, Sánchez Carrión, Gran Chimú y Virú.

Para la recolección de datos se utilizó la "Encuesta sobre Salud y Bienestar de la Persona Adulta Mayor en la Región La Libertad 2015. Una Contribución de Enfermería a la Cobertura Universal de Salud" (SABIPAM-LL), con base en la encuesta SABE propuesta por OPS/OMS (17) y en las tres dimensiones prioritarias de la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento (18). Además se consideraron medidas antropométricas y prueba estación unipodal y prueba timed up and got (levántate y camina) (19-21).

La encuesta general fue validada por los miembros de la Sociedad Peruana de Especialistas de Enfermería en Geriatría y Gerontología, la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor del Perú y Médico Geriatra del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen Essalud (Lima). Posteriormente y a partir de las pruebas piloto se hicieron las adecuaciones necesarias. Además, en la encuesta se consideraron 12 instrumentos válidos y confiables.

Para el procesamiento de datos se utilizó en el programa estadístico IBM SPSS Statistics Versión 23. Los resultados se presentan en tablas de una y doble entrada, de forma numérica y porcentual.

RESULTADOS

Este artículo presenta solo una parte de los resultados obtenidos en la investigación realizada con los adultos mayores en la región la Libertad - Perú.

1. En la evaluación cognitiva con el MMSE el 93,6 % obtiene valores normales y 6,4 % sugiere deterioro, con más desventajas para las mujeres; se incrementa conforme avanza la edad y en aquellos que tiene estudios primarios y sin instrucción. Existe relación altamente significativa entre estado cognitivo con sexo, edad y nivel de instrucción ($P < 0.001$, $P < 0.000$ y $P < 0.000$, respectivamente).
2. El 64,6 % percibe que su estado de salud es regular. Los hombres perciben mejor su salud y los de 85 y más años mayormente percibieron su salud como mala. Existe relación altamente significativa entre percepción de su salud, con sexo y edad ($P < 0.000$).
3. Entre los factores salutogénicos, el 78,2 % realiza actividad física; de ellos, las mujeres hacen más actividad física (45,6 %) que los hombres (32,6 %). No existe relación significativa entre actividad física con sexo ($p = 0.494$). La actividad que más realizan son caminatas (59%).
4. El 61,1 % presentó estado nutricional normal, 35 % riesgo de malnutrición y 3,9 % malnutrición. Las mujeres presentan mejor estado nutricional (33,1 %) que los hombres (28 %), y a mayor edad, mayor compromiso nutricional. Existe relación altamente significativa entre estado nutricional con sexo y edad ($P < 0.002$ y $P < 0.000$, respectivamente).
5. El 41,9 % se siente satisfecho con su vida sexual, poco satisfecho 12,9 %, insatisfecho 1,9 % y no tiene relaciones sexuales 43,3 % (mujeres 30,8 % y hombres 12,5 %). A mayor edad menos satisfacción sexual y práctica de relaciones sexuales. Existe relación altamente significativa entre vida sexual con el sexo y la edad ($P < 0.000$, respectivamente).
6. La religión católica se profesa en el 79,7 %, protestante, evangélica o adventista 15,4 % y no profesa ninguna religión 1,8 %. La religión es importante en el 92,5 %, y es más importante en las mujeres (56,1 %) que en varones (36,3 %). Existe relación altamente significativa con sexo

(P < 0.000) y no relación significativa con la edad (p 0.195).

7. El 76.8 % no tiene miedo a la muerte. Están preparados para un buen morir el 73,3 %, no lo están el 12,6 % y no sabe 14,1 %; las mujeres tienen los mayores porcentajes. No existe relación significativa con sexo (p = 0.655).
8. En la prevención del cáncer de mama, el 50,8 % de las mujeres realiza el autoexamen de mamas en los dos últimos años mensualmente y 64,3 % no ha tenido una evaluación por un profesional de salud. El 76 % no realiza mamografía. Consumen hormonas 4,7 %. El 70,9 % no se ha realizado el examen de Papanicolau en los últimos dos años. En los dos últimos años el 35 % de varones se realizó examen de próstata.
9. La morbilidad sentida se evidencia en el 67,6 % de los adultos mayores que tienen alguna enfermedad o problema de salud y de ellos el 25,3 % son varones y el 42,3 % son mujeres y aumenta con la edad. Existe relación altamente significativa entre morbilidad sentida con el sexo y la edad (P < 0.000, respectivamente).
10. En el manejo y uso de medicamentos, el 44,3 % consume medicamentos para el tratamiento de su enfermedad o molestia; 18,1 % remedios combinados; remedios naturales, hierbas o productos homeopáticos 9.1 % y un 28,5 % no consume.

Tabla 1. Evaluación cognitiva (mmse) según edad y sexo de la persona adulta mayor

VARIABLE		Evaluación Cognitiva				Total	
		Sugiere Deterioro		Normalidad			
		n°	%	n°	%	n°	%
Sexo (1)	Masculino	16	1.4	441	39.7	457	41.2
	Femenino	55	5.0	598	53.9	653	58.8
Edad (2)	60-64 años	10	0.9	242	21.8	252	22.7
	65-69 años	5	0.5	221	19.9	226	20.4
	70-74 años	11	1.0	189	17.0	200	18.0
	75-79 años	9	0.8	187	16.8	196	17.7
	80-84 años	17	1.5	133	12.0	150	13.5
	85-89 años	12	1.1	56	5.0	68	6.1
	90 a más años	7	0.6	11	1.0	18	1.6
Total		71	6.4	1039	93.6	1110	100.0

Fuente: Encuesta SABIPAM (pregunta 31)
X^2 = 10.9 p = 0.001 Altamente significativo
X^2 = 62.6 p = 0.000 Altamente significativo

Tabla 2. Percepción de la salud según edad y sexo de la persona adulta mayor

Variables		Su salud es								Total	
		Excelente		Buena		Regular		Mala			
		n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Sexo (1)	Masculino	19	1.7	133	12.0	267	24.1	38	3.4	457	41.2
	Femenino	9	0.8	148	13.3	450	40.5	46	4.1	653	58.8
Edad (2)	60-64 años	10	0.9	70	6.3	166	15.0	6	0.5	252	22.7
	65-69 años	5	0.5	66	5.9	134	12.1	21	1.9	226	20.4
	70-74 años	8	0.7	41	3.7	139	12.5	12	1.1	200	18.0
	75-79 años	1	0.1	50	4.5	132	11.9	13	1.2	196	17.7
	80-84 años	1	0.1	33	3.0	98	8.8	18	1.6	150	13.5
	85-89 años	3	0.3	19	1.7	34	3.1	12	1.1	68	6.1
	90 a más años	0	0.0	2	0.2	14	1.3	2	0.2	18	1.6
Total		28	2.5	281	25.3	717	64.6	84	7.6	1110	100.0

Fuente: Encuesta SABIPAM (pregunta 32).
$X^2 = 17.8$ p = 0.000 Altamente significativo
$X^2 = 45.4$ p = 0.000 Altamente significativo

Tabla 3. Actividad física según sexo de la persona adulta mayor

En los últimos 6 meses realiza actividad física	Sexo (1)				Total	
	Masculino		Femenino			
	n°	%	n°	%	n°	%
No	95	8.6	147	13.2	242	21.8
Si	362	32.6	506	45.6	868	78.2
Total	457	41.2	653	58.8	1110	100.0

Fuente: Encuesta SABIPAM (pregunta 40).

Si realiza algún tipo de actividad física, en los últimos 6 meses*	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	n°	%	n°	%	n°	%
Ejercicios o gimnasia rítmica	42	4.8	53	6.1	95	10.9
Baila, juegos	34	3.9	48	5.5	82	9.4
Caminata	243	28.0	269	31.0	512	59.0
Natación	4	0.5	9	1.0	13	1.5
Monta bicicleta	28	3.2	18	2.1	46	5.3
Tareas del hogar (aseo, cocina, lavado, etc.)	128	14.7	354	40.8	482	55.5
Trabajos Manuales (carpintería, jardinería, etc.)	95	10.9	75	8.6	170	19.6
Volley Ball, football	6	0.7	9	1.0	15	1.7

*No excluyente n = 868 PAMs que realizan actividad física
(1) X2 = 0.469 p = 0.494 No significativo

Tabla 4. actividad física según edad de la persona adulta mayor

En los últimos 6 meses realiza actividad física	Edad (1)														Total	
	60-64 años		65-69 años		70-74 años		75-79 años		80-84 años		85-89 años		90 a más años			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
No	35	3.2	38	3.4	36	3.2	43	3.9	49	4.4	31	2.8	10	0.9	242	21.8
Si	217	19.5	188	16.9	164	14.8	153	13.8	101	9.1	37	3.3	8	0.7	868	78.2
Total	252	22.7	226	20.4	200	18.0	196	17.7	150	13.5	68	6.1	18	1.6	1110	100.0

Fuente: Encuesta SABIPAM (pregunta 40)(1) X2 = 59.2 p = 0.000 Altamente signi€ativo

En los últimos 6 meses realiza algún tipo de actividad física*	Edad														Total	
	60-64 años		65-69 años		70-74 años		75-79 años		80-84 años		85-89 años		90 a más años			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Ejercicios o gimnasia rítmica	22	2.5	29	3.3	11	1.3	12	1.4	14	1.6	6	0.7	1	0.1	95	10.9
Baila, juegos	26	3.0	27	3.1	12	1.4	10	1.2	3	0.3	1	0.1	3	0.3	82	9.4
Caminata	122	14.1	112	12.9	98	11.3	89	10.3	60	6.9	25	2.9	6	0.7	512	59.0
Natación	6	0.7	1	0.1	4	0.5	2	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	13	1.5
Monta bicicleta	19	2.2	9	1.0	6	0.7	10	1.2	2	0.2	0	0.0	0	0.0	46	5.3
Tareas del hogar (aseo, cocina, lavado, etc.)	126	14.5	111	12.8	95	10.9	81	9.3	42	4.8	25	2.9	2	0.2	482	55.5
Trabajos Manuales (carpintería, jardinería, etc.)	53	6.1	29	3.3	33	3.8	26	3.0	18	2.1	9	1.0	2	0.2	170	19.6
Volley Ball, football	6	0.7	3	0.3	0	0.0	3	0.3	2	0.2	1	0.1	0	0.0	15	1.7

*No excluyente n = 868 PAMs que realizan actividad física.

Tabla 5. Evaluación nutricional de la persona adulta mayor

Variables		Evaluación Nutricional						Total	
		Estado nutricional normal		Riesgo de malnutrición		Malnutrición			
		no	%	no	%	no	%	no	%
Sexo (1)	Masculino	302	28.0	133	12.3	14	1.3	449	41.7
	Femenino	357	33.1	244	22.6	28	2.6	629	58.3
Edad (2)	60-64 años	180	16.7	64	5.9	3	0.3	247	22.9
	65-69 años	143	13.3	75	7.0	6	0.6	224	20.8
	70-74 años	129	12.0	66	6.1	4	0.4	199	18.5
	75-79 años	104	9.6	78	7.2	10	0.9	192	17.8
	80-84 años	68	6.3	62	5.8	10	0.9	140	13.0
	85-89 años	32	3.0	26	2.4	4	0.4	62	5.8
	90 a más años	3	0.3	6	0.6	5	0.5	14	1.3
Total		659	61.1	377	35.0	42	3.9	1078	100.0

Fuente: Encuesta SABIPAM (pregunta 42). n = 1078 PAMs independientes
X2 = 12.2 p = 0.002 Altamente signi€ativo (2) X2 = 77.7 p = 0.000 Altamente signi€ativo

Tabla 6. Vida sexual según edad y sexo de la persona adulta mayor

	Variables	Qué tan satisfecho está usted con su vida sexual								Total	
		Satisfecho		Poco satisfecho		Insatisfecho		No tiene relaciones sexuales			
		n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Sexo (1)	Masculino	224	20.2	85	7.7	9	0.8	139	12.5	457	41.2
	Femenino	241	21.7	58	5.2	12	1.1	342	30.8	653	58.8
Edad (2)	60-64 años	136	12.3	26	2.3	5	0.5	85	7.7	252	22.7
	65-69 años	117	10.5	29	2.6	6	0.5	74	6.7	226	20.4
	70-74 años	81	7.3	35	3.2	1	0.1	83	7.5	200	18.0
	75-79 años	66	5.9	29	2.6	4	0.4	97	8.7	196	17.7
	80-84 años	40	3.6	16	1.4	1	0.1	93	8.4	150	13.5
	85-89 años	20	1.8	7	0.6	2	0.2	39	3.5	68	6.1
	90 a más años	5	0.5	1	0.1	2	0.2	10	0.9	18	1.6
	Total	465	41.9	143	12.9	21	1.9	481	43.3	1110	100.0

Fuente: Encuesta SABIPAM (pregunta 49) .
X2= 16.7 p = 0.000 Altamente signi cativo (2) X2 = 110.0 p = 0.000 Altamente signi cativo
ESPIRITUALIDAD

Tabla 7. Religión que profesa la persona adulta mayor

Cuál es su religión	n!	%
Católica	885	79.7
Protestante, evangélica o adventista	171	15.4
Otro (cristiano, mormón, pentecostes y testigos jehová)	34	3.1
Ninguna	20	1.8
Total	1110	100.0

Fuente: Encuesta SABIPAM (pregunta 50).

Tabla 8. Temor a la muerte de la persona adulta mayor

Tiene miedo a la muerte	n°	%
Si	258	23.2
No	852	76.8
Total	1110	100.0

Fuente: Encuesta SABIPAM (pregunta 53).

Tabla 9a. Autoexamen de mamas en la persona adulta mayor

En los dos últimos años se ha examinado usted misma los senos de forma regular/ mensualmente para ver si tiene nódulos	n°	%
Si	332	50.8
No	321	49.2
Total	653	100.0

Fuente: Encuesta SABIPAM (pregunta 57) n = 653 PAMs mujeres.

Tabla 9b. Examen de papanicolau en la persona adulta mayor mujer

En los últimos dos años le han hecho a usted un Papanicolaou, es decir, la prueba para determinar si tiene cáncer de la cérvix o del cuello uterino	no	%
Si	190	29.1
No	463	70.9
Total	653	100.0

Fuente: Encuesta SABIPAM (pregunta 60) n = 653 PAMs mujeres.

Tabla 9c. Examen de próstata en la persona adulta mayor

En los últimos dos años, ¿alguna vez se ha hecho un examen de próstata para detectar cáncer	no	%
Si	160	35.0
No	297	65.0
Total	457	100.0

Fuente: Encuesta SABIPAM (pregunta 62) n = 653 PAMs mujeres.

Tabla 10a. Morbilidad sentida según sexo y edad de la persona adulta mayor

Variables		Tiene usted actualmente alguna enfermedad o problema de salud				Total	
		Si		N°			
		n°	%	n°	%	n°	%
Sexo (1)	Masculino	281	25.3	176	15.9	457	41.2
	Femenino	469	42.3	184	16.6	653	58.8
Edad (2)	60-64 años	148	13.3	104	9.4	252	22.7
	65-69 años	131	11.8	95	8.6	226	20.4
	70-74 años	144	13.0	56	5.0	200	18.0
	75-79 años	145	13.1	51	4.6	196	17.7
	80-84 años	120	10.8	30	2.7	150	13.5
	85-89 años	51	4.6	17	1.5	68	6.1
	90 a más años	11	1.0	7	0.6	18	1.6
	Total	750	67.6	360	32.4	1110	100.0

Fuente: Encuesta SABIPAM (pregunta 63).
X2 = 13.1 p = 0.000 Altamente significativo (2) X2 = 36.6 p = 0.000 Altamente significativo

Tabla 10b. Morbilidad sentida según enfermedades de la persona adulta mayor

Cuál o cuáles son esas enfermedades *	n	%
Hertension arterial	415	55.3
Artritis	286	38.1
Diabetes mellitus	120	16.0
Enf vascular cerebral	25	3.3
Enfermedad pulmonar cronica	23	3.1
Enf coronaria	21	2.8
Cancer	7	0.9
Alzheimer	6	0.8
Otras	207	27.6

Fuente: Encuesta SABIPAM (pregunta 63).
*No excluyente n= 750 PAMs. con morblidad sentida

Tabla 11. Medicamentos o remedios para el tratamiento de su enfermedad o molestia en la persona adulta mayor

Qué medicamentos o remedios toma o le aplican (administran) para el tratamiento de su enfermedad o molestia	n°	%
Medicamentos	492	44.3
Remedios naturales/ hierbas	98	8.8
Productos homeopáticos	3	0.3
No consume	316	28.5
Medicamentos. Remedios naturales/ hierbas, Productos homeopáticos	201	18.1
Total	1110	100.0

Fuente: Encuesta SABIPAM (pregunta 175).

DISCUSIÓN

En relación con el estado cognitivo de los adultos mayores es común que falle un poco la memoria y disminuya la velocidad de procesamiento de la información, y con frecuencia las personas mayores se quejan de estos cambios. Sin embargo, no todas las funciones cognitivas se deterioran con la edad, y las funciones asociadas con el lenguaje, como la comprensión, la capacidad de leer y el vocabulario, en particular, se mantienen estables durante toda la vida (6).

Los adultos mayores perciben su salud mayormente regular. Este resultado guarda relación con otras investigaciones de España y Colombia que enfatizan que son las mujeres y los de mayor edad los que perciben peor su salud (22). Resultados contradictorios son los de Dueñas (23), al encontrar una precepción de salud alta en 91,7 %, sin embargo, coinciden y se observa signi cancia conforme avanza la edad.

La autopercepción del estado de salud y, en consecuencia, de la calidad de vida, tiene un valor de predicción importante y es un buen indicador de la demanda de servicios sanitarios y para la correcta atención integridad continua y dinámica. Por lo tanto, conocer el estado de salud permitirá adecuar los servicios, establecer prioridades y determinar la e ciencia y la efectividad de las intervenciones.

El haber encontrado que la mayoría practica actividad física, ya sea adecuada o poco adecuada, nos indica que estamos ante un factor salutogénico. Sin embargo, la actividad física como indicador de salud está disminuyendo a nivel mundial en todas las edades, y los niveles de actividad física son menores entre mujeres que en hombres, y en la vejez en ambos sexos, lo cual aumenta los riesgos de mortalidad, enfermedad y discapacidad (2).

Los resultados encontrado de acuerdo con el MNS-SF evidencian que la mayoría de los adulos mayores independientes tiene un estado nutricional normal y se recomienda reevaluación cada año o después de un acontecimiento agudo; pero es preocupante los que están en riesgo, que deben tener un control exhaustivo

del peso y reevaluación cada 3 meses, y los que tuvieron malnutrición, que requieren intervención nutricional, suplementos nutricionales, control exhaustivo del peso y evaluaciones nutricionales exhaustivas a [illegible] de mejorar su calidad de vida.

La sexualidad y el sexo es una de las dimensiones más complejas de la vida humana y constituye un aspecto de vital importancia, ya que es inherente a su naturaleza y obedece a una necesidad [illegible]siológica y emocional; por lo cual es imprescindible que el desarrollo sexual se realice en todas las etapas de ciclo de vida de una manera natural y segura, lo cual favorece la salud, el bienestar y la satisfacción, y la vejez no es la excepción, de ahí la importancia de su abordaje. Los cambios en los órganos sexuales en los adultos mayores no condicionan obligadamente el cese de la actividad sexual, sino que hace que los adultos mayores lo expresen diferente, lo que podrían estar limitando vivir plenamente su sexualidad sino que exigen una adaptación a su nuevo funcionamiento.

Por lo tanto, la sexualidad es considerada un factor condicionante de calidad de vida en los adultos mayores, porque las relaciones íntimas a[illegible]man y refuerzan la propia vida y la vida afectiva, haciéndola a su vez placentera, grati[illegible]cante y saludable; de ahí la importancia de permitir el desarrollo de la sexualidad a través del ciclo de vida, de manera que se llegue a la vejez disfrutando de ella con bienestar y satisfacción, respetando las individualidades.

Los adultos mayores consideraron la muerte como un proceso natural, que hay otra vida después de la muerte; algunos tienen temor a la muerte, dejar a su familia, sus proyectos… y la mayoría re[illegible]ó que está preparado para la muerte.

En general, a los adultos mayores la muerte le causa menos ansiedad y la aceptan más que cualquier otro grupo. En parte ello se debe a que consiguieron la integridad del yo más que cualquier otro grupo, y además de admitir su mortalidad (12).

Por lo tanto, en este caminar del envejecimiento que termina en la muerte todos desean una muerte apacible, pací[illegible]ca, momentos de aceptación, sin sufrimiento, sin dolor, y en compañía. Para ello, la aceptación social de la muerte y el cambio de actitudes, la resolución de con[illegible]ctos y resentimientos en cada individuo, los buenos recursos sociales y familiares permite ofrecer mejores oportunidades y estar preparados para la muerte propia (10).

Según la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), en lo referente a la auto exploración y exploración por el personal de salud de las glándulas mamarias en las adultas mayores, e observa una tendencia lineal descendente a medida que avanza la edad. Esta misma tendencia se observa en la realización del examen de Papanicolaou, y en los varones, el examen de próstata (24).

Sobre la Situación de la Población Adulta Mayor, en Chile y Bolivia reportaron que el 70,2 %-82,0 %, 80 % y 62 % de la población adulta mayor presentó algún problema de salud crónico, que aumenta con la edad y más frecuente en las mujeres (25-28).

Las principales enfermedades crónicas a nivel mundial son las enfermedades cardiovasculares (incluyendo el accidente cerebrovascular), cáncer, enfermedad pulmonar crónica y diabetes (2). Cobra importancia la depresión como problema de salud mental más frecuente, debido a que puede dar lugar a una mayor incapacidad, a muerte prematura y

llegar hasta el suicidio, con una reducción significativa de calidad de vida de la persona mayor.

El envejecimiento poblacional es un factor en sí mismo para las enfermedades crónicas, debido que a nivel biológico el envejecimiento se caracteriza por la acumulación gradual, durante toda la vida, de daños moleculares y celulares, lo que produce un deterioro generalizado y progresivo de muchas funciones del cuerpo, mayor vulnerabilidad a factores del entorno y mayor riesgo de enfermedad y muerte (6).

Existen muchos estudios sobre el uso de medicamentos en adultos mayores. Estudios con resultados superiores tenemos en Chile; según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez (2010), los datos son casi similares a los nuestros, pues el 49% consume 3 o más, lo cual evidencia la polifarmacia (27). De los que consumen por lo menos un medicamento coinciden en España y México (29). Así mismo, reportes de estudios latinoamericanos indican que la prevalencia de incumplimiento de los adultos mayores hipertensos es de 78,4 %, en Chile, 59 % en Colombia y 48 % en Argentina (30), resultados muy similares a los nuestros.

La situación se agrava más aun porque existe una relación estrecha entre pobreza y enfermedades crónica y consumo de medicamentos; sumándose a ello el preocupante comportamiento de la no adherencia al tratamiento el adulto mayor, que según estiman Tablosk (31) y Mauk (8) la no adherencia oscila entre el 40 y el 75 % y que el 10 % de las admisiones hospitalarias se debe a la no adhesión a la medicación. Todos estos aspectos pueden llevar a incrementar el número de visitas a la emergencia y el reingreso hospitalario, y con ellos los costos de salud, a un menor control de la enfermedad crónica, su empeoramiento y la muerte. Situación que hace valorar el mantenimiento de la salud y la calidad de vida de los mayores.

Por otra parte, la afiliación a algún seguro de salud de la población adulta mayor fue de 80,1 %, sea público o privado (26). Mejor situación se encuentra en Uruguay (32) y Colombia (33), no así en Bolivia, donde que la cobertura es menor que lo encontrado, pero sí coinciden en la cantidad de dinero que gastan en salud (28).

Los resultado encontrados evidencian que el sistema de salud en el Perú en muchos aspectos solo queda en declaraciones porque no puede ofrecer el bienestar y salud, ni la cobertura, ni el acceso universal de salud a los peruanos, especialmente a los adultos mayores, que son los más desprotegidos y que muchos de ellos ya no tendrán tiempo para esperar una mejor calidad de vida.

Conflicto de intereses: ninguno.

Financiación: Universidad Nacional de Trujillo (Perú).

REFERENCIAS

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas- Perú (UNFPA). Envejecimiento en el Siglo XXI: Una Celebración y un Desafío. Nueva York; 2012.
2. International Longevity Centre Brazil (ILC-Brazil). Envejecimiento Activo: Un marco político ante la revolución de la longevidad. Brasil: Escuela Andaluza de Salud Pública. 2015.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Caídas. Nota descriptiva n° 344. Octubre de 2012. http:/ / www.who.int/ mediacentre/ factsheets/ fs344/ es/

4. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013-2017. Decreto Supremo Nº 002-2013-MIMP. Dirección de Personas Adultas Mayores- DIPAM. Lima (Perú).
5. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) y Ministerio de Salud (MINSA). IV informe anual de seguimiento al cumplimiento de la ley de las personas adultas mayores del Perú, 2015. Perú.
6. Organización Mundial de La Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: Publicaciones Organización Mundial de la Salud. 2015.
7. Eliopoulos Ch. Enfermería Gerontológica (8ª ed.). China: C&C Offset-China; 2014.
8. Mauk K. Enfermería Geriátrica. Competencias Asistenciales. España: McGraw-Hill-Interamericana.
9. Gutiérrez y cols. Gerontología y Nutrición del Adulto Mayor. (2ª ed.). México: McGraw-Hill Interamericana; 2010.
10. Rodríguez R, Lazcano G, Medina H, Hernández M. Práctica de la Geriatría (3ª ed.). México: Mc Graw-Hill. 2011.
11. Organización Mundial de La Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: Publicaciones Organización Mundial de la Salud; 2015.
12. Papalia D, Sterns H, Feldman R, Camp C. Desarrollo del Adulto y Vejez (3ª ed.). México: McGraw-Hill Educación; 2009.
13. Millán J. Gerontología y Geriatría. Valoración e intervención. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2011.
14. Papalia D, Feldman R, Martorrel G. Desarrollo Humano. (12ª ed.). México: McGraw-Hill Educación; 2012.
15. Kail R, Cavanaugh J. Desarrollo Humano. Una Perspectiva del Ciclo vital (3a ed.). México: Thomson; 2006.
16. Krieger-Blake L. Cambios que afectan a la independencia en los últimos años de la vida. En Mauk K. Enfermería Geriátrica. Competencias Asistenciales. España: McGraw-Hill-Interamericana; 2008.
17. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud (OPS/ OMS). SABE Salud, Bienestar y Envejecimiento en América latina y el Caribe. Proyecto SABE. Washington, D.C.: OPS/ OMS; 1999.
18. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. 8 a 12 de abril de 2002. Nueva York.
19. Ministerio de Salud (MINSAL). Manual de Prevención de caídas en el adulto mayor. Chile: Duplika; 2010.
20. Menéndez-Colino R, Sánchez-Castellano C, de Tena-Fontaneda A, Lázaro del Nogal M, Cuesta-Triana F, Ribera-Casado JM. Utilidad de la estación unipodal en la valoración del riesgo de caídas. Revista española de geriatría y gerontología. 2005;40(S1):18-23. https:/ / doi.org/ 10.1016/ S0211-139X(05)75081-2
21. Organización Mundial de la Salud (OMS). Manual de vigilancia STEPS de la OMS: el método STEP wise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas. Ginebra: OMS; 2016
22. Ruiz E, Arrubla D, Sanabria P. Envejecimiento y Vejez en Colombia. Serie de Estudios a Profundidad ENDS 1990 - 2010. Bogotá.
23. Dueñas M, Bayarre H, Triana E, Rodríguez V. Percepción de salud en adultos mayores de provincia Matanzas. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011; 27(1): 10-12. Disponible en: http:/ / scielo.sld.cu/ pdf/ mgi/ v27n1/ mgi02111.pdf
24. Secretaría de Salud de México. Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE Estado de México. México. Talleres Gráficos. 2012. www.salud.gob.mxwww.cenavece.salud.gob.mx
25. Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE) y Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). Valoración Nutricional del Anciano. España: Novartis; 2007.
26. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Adulta Mayor, abril- mayo- junio, 2016, Informe técnico 3, setiembre, 2016. Perú.

27. Ministerio de Salud (MINSAL). Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores 2014. Subsecretaría de Salud Pública. División de prevención y control de enfermedades departamento de ciclo vital. Chile; 2014.
28. Chumacero M, Escobar F, Mendizabal. Encuesta de Hogares con Personas Adultas mayores y cercanas a la edad de 60 años. EPAM 2011. Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Help Age Internacional. Bolivia: Edolo.
29. Ham R, Gutiérrez L. Salud y bienestar del adulto mayor en Ciudad de Mexico. SABE 2000: Organizacion Panamericana de la Salud; 2005.
30. Pino G. Adhesión al tratamiento en adultos mayores. En Organización Panamericana de la Salud. La Salud de los mayores: una visión Compartida (2a ed.) (pp. 165-184). Washington: OPS; 2011.
31. Tablosky P. Enfermería Gerontológica (2ª ed.). España. Pearson Educación; 2010.
32. Núñez I. Algunos Indicadores de Salud en Personas Mayores. Banco de Previsión Social. Uruguay; 2016. Disponible en: http:/ / www. bps.gub.uy/ bps/ file/ 1588/ 1/ algunos-indicadores-de-salud-en-personas-mayores.-i.-nunez.pdf
33. Dulcey E, Arrubla J, Sanabria P. Serie de Estudios a Profundidad ENDS 1990 - 2010. Envejecimiento y Vejez en Colombia. 2010. Colombia.