

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
ESCUELA DE ESTADÍSTICA
MAESTRÍA PROFESIONAL EN POBLACIÓN Y
SALUD

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

ESTADO DE SALUD, FÍSICO Y MENTAL
DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ÁREA
RURAL DE COSTA RICA, 2000.

Elaborado por:
Rhina Ivette Cáceres Rodas

Tutor:
Dr. Víctor M. Gómez

I Semestre 2002

RESUMEN

El deterioro gradual de las condiciones de salud física y mental que acompañan al proceso de envejecimiento, plantea enormes retos a la capacidad y voluntad de los sectores social y de la salud en proporcionar sistemas coordinados de atención con el propósito de prolongar la esperanza de vida sin discapacidad para los adultos mayores. Actualmente en Costa Rica las personas mayores de 60 años representan cerca del 8% de la población, porcentaje que aumentará sistemáticamente en los años venideros.

Este trabajo tubo como objetivo describir la situación de los adultos mayores de el área rural de Costa Rica, en algunos de los aspectos asociados a su bienestar y calidad de vida, como son : la presencia de enfermedades y discapacidades, el estado nutricional, condición mental y estado de ánimo.

Se utilizaron los datos de la Encuesta de adultos mayores realizada el área rural de Costa Rica a inicios del año 2000.

Los resultados indican que el 15.8% tienen una baja capacidad funcional, el 53.6 % tienen sobrepeso u obesidad, están en la categoría de muy enfermo el 27.9%, el 9.5% presentaron discapacidades físicas moderadas, se encontró 16.4% con severo deterioro cognitivo y en cuanto al estado anímico el 10% se categorizó como deprimido.

Los adultos mayores en Costa Rica presentan los problemas de salud, físicos y mentales propios de esta población y probablemente en la magnitud que se ha observado en otros países de la región.

CONTENIDO

	Pag.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEORICO	
A.Capacidad funcional	3
B. Estado Nutricional	4
C. Estado de Salud	5
D. Discapacidades Físicas	5
E. Deterioro Cognitivo	6
F. Estado Anímico	7
III.METODOLOGÍA	
A. Fuente de datos	8
B. Variables	8
C. Procedimientos	9
IV.RESULTADOS	
A. Características Generales	14
B. Capacidad funcional	14
B. Estado Nutricional	17
C. Estado de Salud	18
D. Discapacidades Físicas	19
E. Deterioro Cognitivo	20
F. Estado Anímico	21
H. Relación entre Estado Físico y Mental	22
V. DISCUSIÓN	24
VI.REFERENCIAS	30
ANEXOS	

I. INTRODUCCIÓN

La transición demográfica ha sido descrita como un proceso de larga duración, como un cambio de una situación inicial –de alto crecimiento demográfico con altas tasas de mortalidad y fecundidad– a un estado final de bajo crecimiento resultado de una combinación de bajos niveles en ambos componentes. (CELADE, 2000).

La mortalidad en la población de Costa Rica ha estado descendiendo por un largo período y ha sido la fuerza inicial y probablemente la principal, que dio origen al rápido ritmo de crecimiento demográfico a mediados de la segunda mitad del Siglo XX. Aunque la mortalidad infantil ha sido el componente que ha declinado más radicalmente, la sobrevivencia entre los adultos también ha aumentado, contribuyendo a la mayor longevidad de la población. (Gómez,2000)

Como consecuencia del cambio reproductivo observado en décadas recientes caracterizado, por un pronunciado descenso de la fecundidad, la población de Costa Rica muestra un creciente envejecimiento que se refleja en el aumento en el porcentaje de personas de mayor edad. Según el censo de 1984, había para entonces un total de 158,144 personas mayores de 60 años (6.5% de la población). Para el año 2000, se reportaron un total 301,474 que representan el 7,9 % de la población y de acuerdo a las proyecciones de población, para el año 2015, el 11.1% de la población costarricense será mayor de 60 años (un total de 557,076 personas).¹

Por mucho tiempo, el acelerado crecimiento poblacional de los países en vías de desarrollo fue la mayor preocupación desde los gobiernos nacionales hasta las agencias y organizacionales internacionales. Las consecuencias de esta acelerada transición demográfica, también experimentada en otros países escasamente han sido previstas y en la actualidad el envejecimiento de la población y las condiciones de vida de las personas en edades avanzadas emergen como una nueva problemática sociodemográfica.

¹ Calculado con datos del Centro Centroamericano de Población (CCP). <http://ccp.ucr.ac.cr>

El incremento relativo de la población adulta mayor es un fenómeno susceptible de mostrar muchas facetas. El deterioro gradual de las condiciones de salud física y mental que acompañan al proceso de envejecimiento así, como la reducción resultante de los años previstos de esperanza de vida activa y saludable son factores indicativos de que el proceso va a conducir a una mayor demanda de servicios de salud. A esta situación se asocia la naturaleza crónica y progresiva de la morbilidad que hace que los servicios tiendan a ser de carácter paliativo y a evitar o demorar el deterioro de las condiciones de salud de los adultos mayores. (OPS, 1997)

El rápido crecimiento de la población que esta envejeciendo plantea enormes retos a la capacidad y la voluntad de los sectores social y de la salud para que proporcionen sistemas coordinados de atención para la prolongación de la esperanza de vida sin discapacidad para las personas adultas mayores.(OPS,2002).

La formulación de políticas y programas implica la disponibilidad de información que permita tomar medidas y acciones oportunas y efectivas en el propósito de proveer a los ancianos las condiciones que les permitan gozar de una buena calidad de vida.

El carácter emergente de la problemática del envejecimiento poblacional es uno de los factores que explica la escasa disponibilidad de información sobre el tema en América Latina, especialmente en los países que como Costa Rica en donde las consecuencias de la transición demográfica solo se han acentuado en años recientes. Es evidente entonces la necesidad de evaluar en forma detallada, los factores que caracterizan las condiciones de vida de los que son ahora adultos mayores y de quienes lo serán en un futuro próximo, con el fin de implementar un modelo aceptable y económicamente viable que asegure el bienestar para estas crecientes cohortes de personas. (Gómez,2000)

Este trabajo tienen como objetivo describir la situación de los adultos mayores de el área rural de Costa Rica, en algunos de los aspectos asociados a su bienestar y calidad de vida, como son : la presencia de enfermedades y discapacidades, el estado nutricional, condición mental y estado de ánimo.

II. MARCO TEÓRICO

La diversidad de padecimientos es una característica de los adultos mayores. Esto se refiere no solo a la presencia de enfermedades sino también a otros aspectos como los problemas funcionales, ciertas dificultades en órganos de los sentidos (visión, audición), desbalances nutricionales, molestias afectivas (depresión), pérdida de memoria, y discapacidades o problemas de movilidad. (Reyes-Ortiz,2000).

A. Capacidad funcional.

Las personas de edad en su gran mayoría siguen estando en buenas condiciones físicas hasta bien entradas en la vejez. Además de poder realizar las tareas de la vida diaria, siguen desempeñando un papel activo en la vida comunitaria. El mantenimiento del máximo de capacidad funcional es tan importante para las personas de edad como el verse libres de enfermedades.

Algunos autores definen el concepto de capacidad funcional como una faceta del constructo de autonomía, en el sentido, de que la funcionalidad esta dada por la habilidad de la persona de realizar de manera independiente las acciones de su vida cotidiana.

La funcionalidad, se refiere a la capacidad que poseen los individuos para realizar sin ayuda las principales actividades de su vida diaria y para adaptarse al medio social que los rodea. (Castro,M;Granados,P. 1991). A menudo su medición se lleva a cabo por medio de las Actividades del Diario Vivir (ADV) y Actividades Instrumentales del Diario Vivir (AIDV).

Las ADV son actividades básicas que se realizan de manera cotidiana, tales como vestirse, usar el servicio sanitario, comer, caminar en una habitación, bañarse, acostarse y levantarse de la cama (moviliarse).

Las AIDV, tienen que ver con actividades domésticas y actividades que permiten al individuo, interactuar con el medio que lo rodea. Incluye actividades como salir lejos de su

casa, hacer compras, manejar su propio dinero, preparar comida, quehaceres ligeros y pesados del hogar, usar el teléfono, tomar sus medicinas.

La capacidad de funcionar puede disminuir si algún trastorno, enfermedad crónica o lesión limita las aptitudes físicas o mentales. En las personas adultas mayores, dicha reducción tiene consecuencias importantes para el trabajo, la jubilación, la salud y las necesidades de atención a largo plazo, así como para el bienestar general. (OMS/OPS,2002)

B. Estado Nutricional

El estado nutricional es la medición que denota el grado en que son satisfechas las necesidades fisiológicas de nutrientes. El equilibrio entre el ingreso y las necesidades de ellos es influido por muchos factores. (Maham,L.; Escott-Stump,S.1996).

Cada vez hay más pruebas de la importancia de una vida activa y la nutrición adecuada para ayudar a prevenir las enfermedades y padecimientos crónicos, reforzar los efectos positivos de la rehabilitación, disminuir la posibilidad de caídas y lesiones, y ayudar a controlar otros factores de riesgo. Se ha comprobado que el régimen alimentario y el ejercicio desempeñan una función positiva para mantener las funciones y prevenir la discapacidad. (OMS/OPS, 2002).

Frecuentemente se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC) como indicador del estado nutricional (Himes,C. 2000). El IMC explica las diferencias en la composición corporal al definir el nivel de adiposidad, con base en la relación entre peso y talla (Stensland; Margolis,1990). Se calcula de siguiente manera:

$$\text{IMC} = \text{Peso en Kilogramos} / \text{Talla (en metros)}^2$$

La puntuación de 20 a 25 se acompaña de riesgo mínimo de muerte temprana. La obesidad se clasifica en tres grados: grado I (25 a 29.9); grado II (30 a 40) y grado III(40 y más). En términos generales IMC de 27 ó más denota obesidad y un mayor peligro de que surjan problemas médicos. Los valores de IMC suelen aumentar con la edad. (Bray,1987).

En algunos estudios se ha informado que el peso corporal aumenta entre los 20 y los 50 años de edad, y que después de los 70 disminuye progresivamente. Respecto a la talla, se ha indicado que en la población adulta, disminuye en la medida en que aumenta la edad. Además se ha encontrado que con la edad, aumenta la cantidad de tejido adiposo en la parte

central del cuerpo, lo cual puede ser un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas y alteraciones metabólicas. (Alemán,H.; Esparza,J.;Valencia,M.;1998)

C. Estado de Salud

El mejoramiento de las condiciones generales de vida y el mayor acceso a los servicios de salud han provocado un descenso en la mortalidad por enfermedades infecciosas y un ascenso marcado de las enfermedades crónicas –tumores malignos,diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares – como las principales causas de muerte. Estas son las que, de manera natural, afectan más a los adultos mayores.

Las diferencias en la esperanza de vida por género indican que los hombres adultos tienen factores de riesgo que los hacen propensos a enfermedades crónicas con un desenlace fatal a edades más tempranas. Por el contrario, las mujeres adultas tienden a los padecimientos crónicos discapacitantes que afectan su calidad de vida durante mayor tiempo. Lo anterior influye directamente sobre las diferencias en los motivos de consulta y hospitalización, y sobre la mayor utilización de los servicios de salud que hacen las mujeres. (Borges, S.; Gómez,H.,1997)

El estudio de los factores determinantes de la salud revela que hay una gama amplia de factores que contribuyen a mejorar la salud de las personas adultas mayores o las ponen en situaciones de riesgo. Estos factores determinantes rara vez existen por separado y, por lo tanto, es raro que respondan a soluciones unidimensionales. Los factores de riesgo centrales son: el aislamiento social y la pobreza; la malnutrición y la vida sedentaria; el estrés, la ansiedad y la depresión. (OMS/OPS,2002)

Las enfermedades crónicas pueden convertirse en una carga sanitaria y financiera onerosa para la persona mayor, su familia y el sistema de atención de salud. Si estas enfermedades crónicas no se previenen o tratan adecuadamente, pueden conducir a una mengua considerable de la capacidad del anciano de funcionar y seguir siendo independiente.(OPS,1997).

D. Discapacidades Físicas

Los sentidos del gusto, olfato, vista, oído y tacto disminuyen a velocidades individuales. La alteración del gusto y el olfato tienden a comenzar alrededor de los 60 años de edad y llegan a ser más graves en las personas de 70 años. (Schiffman, 1994).

La habilidad para reconocer sabores disminuye en los ancianos y puede afectarse por diversas condiciones médicas. La falta de salivación afecta a un alto porcentaje de esta población y altera de manera significativa la ingesta de nutrientes. (David, J.; Sherer, K.; 1994) Las pérdidas dentales son frecuentes entre los ancianos, lo que provoca la utilización de dentaduras postizas, con la cual la masticación es de menor eficacia (Martin, 1991), lo cual puede disminuir o eliminar el consumo de algunos alimentos.

Se estima que un 20-50% de las personas mayores de 65 años presentan algún deterioro visual. Estas limitaciones aumentan el riesgo de caídas, fracturas, aislamientos, depresión, disminución de la capacidad funcional y de la calidad de vida.

Los problemas de audición suelen aumentar con la edad. Los defectos auditivos se asocian a aislamiento social, pero no siempre se admite la asociación con depresión o deterioro cognitivo. Algún estudio ha encontrado relación con una mayor dependencia de las ADV y una peor salud subjetiva. Las causas principales de sordera en los ancianos son la presbiacusia, los tapones de cera y los traumas acústicos.

Después de las deficiencias osteoarticulares los defectos visuales y auditivos son las causas más frecuentes de discapacidad funcional. (Romero, C.; Gorroñoitia, A.; Litago, C.; et al. 2001)

E. Deterioro Cognitivo

Se entiende por "deterioro cognitivo" la alteración de las facultades intelectuales de la persona, entre las que destaca el deterioro de la orientación, de la memoria reciente, del razonamiento, del cálculo, del lenguaje, de la capacidad de realizar tareas complejas y de la capacidad de programación, entre otras.

Con el envejecimiento se produce un declive de las funciones intelectuales, especialmente de los mecanismos de procesamiento de la memoria y de la capacidad de respuesta a tareas complejas, que corresponde a un fenómeno natural y no constituye enfermedad. La

situación de deterioro cognitivo engloba, por el contrario, la afectación de varias funciones cognitivas en un grado superior al esperado para la edad, nivel de salud general y nivel cultural de la persona. (González,R.; Zapata,J.; Pérez,J.; et al. 2001)

La presencia de deterioro cognitivo será el punto de partida para la confirmación de demencia, para cuyo diagnóstico se requiere realizar una historia clínica y una exploración física y mental más exhaustiva. (Romero,C.; Gorroñoitia,A.; Litago,C.; et al. 2001)

F. Estado Anímico

La depresión es una epidemia silenciosa en la vejez (OMS/OPS,2002). La tristeza asociada con pesares normales o dificultades diarias es diferente a la depresión. Una persona triste o apesadumbrada puede continuar con sus actividades regulares. La persona deprimida padece síntomas que interfieren con su capacidad para funcionar normalmente por un largo período de tiempo. La depresión se caracteriza por sentimientos de tristeza o descenso del estado de ánimo, falta de energía e incapacidad para disfrutar de sensaciones placenteras. En el adulto mayor predominan otros síntomas, como la disminución del apetito, problemas de sueño, menor energía vital y pérdida de interés por lo que ocurre en el entorno. Ser viejo no es sinónimo de estar enfermo o de estar necesariamente triste, pero con frecuencia se considera normal un descenso en el estado de ánimo de los ancianos. Esto hace que con mucha frecuencia la depresión no sea detectada ni por los familiares, ni por los profesionales en salud (e incluso tampoco por el propio enfermo), a pesar de que un anciano con frecuencia triste es probablemente un anciano enfermo, física o psíquicamente. La depresión se asocia además con una menor calidad de vida, un incremento de enfermedades físicas e incapacitantes y una muerte prematura. Algunas enfermedades también incrementan el riesgo de depresión, como el Alzheimer, el Parkinson, las enfermedades vasculares cerebrales, la diabetes, las infecciones, el cáncer y el uso crónico de determinados medicamentos, como los psicotrópicos, antihipertensivos y algunos analgésicos.

III. METODOLOGIA

A. Fuentes de Datos.

Los datos utilizados provienen de la Encuesta de adultos mayores realizada en Costa Rica como parte del Proyecto “ Salud Bienestar y envejecimiento en América Latina y el Caribe” (SABE). Esta encuesta fue realizada a inicios del año 2000 y tubo como objetivo caracterizar la población de adultos mayores residentes en el área rural del Valle Central incluyendo la periferia urbana.

La encuesta utilizó las mismas unidades primarias de muestreo de la Encuesta de Hogares. Los entrevistados fueron todas las personas con 60 años y más residentes en las viviendas seleccionadas. En el caso de parejas, se incluyó personas de menor edad, siempre y cuando alguno de los conyuges cumpliera con la norma de edad mencionada.

La muestra total fue de 606 personas.

B. Variables.

Para describir el estado de salud, físico y mental de los ancianos, se elaboraron seis indicadores:

- Capacidad Funcional
- Estado Nutricional
- Condición de Salud
- Discapacidades Físicas
- Deterioro Cognitivo
- Estado Anímico.

Estos indicadores son analizados en función de

- Características generales : edad, sexo y estado conyugal
 - Estatus : escolaridad, condición laboral y el recibir ayuda de parte de la familia
 - Estilo de vida: Consumo de alcohol, fumado y ejercicio.
-

C. Procedimientos

1. Capacidad Funcional.

Con este indicador se evalúa la habilidad de realizar tres tipos de actividades.

- a. Actividades de la vida diaria (AVD): Caminar (caminar en una habitación), ponerse los zapatos, bañarse, comer, movilizarse (acostarse o levantarse de la cama) y usar el servicio sanitario.
- b. Actividades instrumentales del diario vivir (AIDV): Preparar comida, manejar dinero, salir solo (fuera del vecindario), hacer compras de alimentos, usar el teléfono, quehaceres ligeros (hacer la cama, sacudir,etc), quehaceres pesados (limpiar pisos, baños,etc), tomar sus medicinas.
- c. Otras Actividades: Correr (correr o trotar un kilómetro y medio), caminar varias cuadras, permanecer sentado durante dos horas, levantarse de una silla (después de estar sentado un largo rato), subir escaleras (varios pisos), agacharse (además arrodillarse o encorvarse), extender sus brazos (más arriba de sus hombros), jalar o empujar objetos grandes, transportar un peso de 5kg, y levantar una moneda de una mesa.

Se utilizaron un total de 24 ítems para la elaboración de una escala de incapacidad funcional con valores de cero a 24 según el número de limitaciones presentadas. Todas las preguntas refieren a la dificultad de realizar las actividades declarada por la persona encuestada.

En base a esta escala se elaboró un indicador de Capacidad Funcional definiendo tres categorías. De acuerdo al número de dificultades. Así, Capacidad Funcional :

- *Alta*: menos de 4 dificultades
- *Intermedia* : 5 a 8 dificultades
- *Baja* : 9 o más limitaciones.

2. Estado nutricional.

El estado nutricional fue evaluado en base al Índice de Masa Corporal (IMC), el cual se calcula dividiendo el peso (Kg.) entre la estatura (Mts.) elevada al cuadrado.

La interpretación se realizó de acuerdo a los rangos propuesto por la OMS² :

- *Bajo Peso* : menor de 18.5
- *Peso Normal*: 18.5 a 24.99
- *Sobre Peso*: 25.0 a 29.9
- *Obesidad* : 30 ó más

3. Estado de Salud.

La encuesta cuenta con información de una serie de enfermedades que suelen presentarse en la tercera edad. Para la construcción de este indicador, se tomó en cuenta la declaración del encuestado sobre si “ alguna vez un médico o enfermera le dijo que padecía de la enfermedad”. Se incluyeron las siguientes patologías:

- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus
- Cardiopatías
- Artritis
- Osteoporosis
- Enfermedades pulmonares
- Derrame – trombosis
- Tumores
- Enfermedades del Sistema Nervioso.

Además se tomó en cuenta la presencia de ciertos síntomas como: dolor de pecho, hinchazón pies y tobillos, dificultad para respirar, mareos, problemas de espalda, dolor de cabeza, fatiga o cansancio, tos persistente, flemas o silbido en el pecho, problemas en las articulaciones, náusea persistente, transpiración excesiva o sed persistente.

Se elaboraron tres categorías de estado de salud : Sano, enfermo, muy enfermo, según el número de enfermedades reportadas y la presencia de los síntomas antes mencionados.

- *Sano* : cuando la persona declaró no presentar ninguna de las enfermedades.
- *Enfermo*: cuando declaró tener una enfermedad o dos enfermedades pero menos de cinco de los síntomas antes mencionados.

² Report of a WHO consultation on obesity. 1997.

- *Muy enfermo* : cuando la persona reportó presentar dos enfermedades y más de cinco síntomas o cuando declaró padecer tres o más de las enfermedades.

4. Discapacidades Físicas.

El indicador de discapacidad física se elaboró con base en la declaración de limitaciones en el sentido de la vista, oído y boca - dentadura.

En cuanto a limitaciones en la visión, se utilizaron las preguntas sobre como la persona considera que es su visión tanto de cerca como de lejos, utilizando lentes cuando así es requerido.

Las limitaciones auditivas se evaluaron únicamente con la pregunta sobre como calificaría la persona su audición.

Para evaluar problemas o limitaciones con boca y dentadura se utilizó la información sobre dificultades para masticar, tragar, hablar, molestias al comer, limitaciones en el consumo de algunos alimentos y necesidad de medicamentos para molestias en boca y dentadura.

La condición de vista, oído y boca, fue calificada como Excelente, Muy buena, Buena, Regular y Mala. Se rectificó de manera que Excelente, Muy bueno y Bueno pasaron a ser una misma categoría. Es decir que la condición de la vista, del oído y de la boca se categorizó como bueno, regular y malo.

A partir de estas categorías se construyó una escala de discapacidades combinando el estado de los tres sentidos. En cada caso, una respuesta de condición Buena, no suma puntos a la escala de discapacidad, Regular suma un punto, y Malo dos puntos.

Se obtuvo entonces, una escala que va de 0 a 6 a partir de la cual se formaron las categorías de:

- *Ninguna* : cuando el puntaje en la escala es cero o uno
- *Discapacidad Leve* : cuando el puntaje va de 2 a 3 y
- *Discapacidad moderada* : cuando alcanza un puntaje de 4 ó más.

5. Deterioro Cognitivo

En el cuestionario utilizado en la encuesta se incluyen el test Minimental Modificado (Icaza,M.; Albala,C. 1999) , a través del cual se evalúa la condición cognitiva e indicios de

demencia asociada a la edad. Este test incluye seis pruebas que en total alcanzan un puntaje máximo de 19.

A partir de esta puntuación se formaron tres categorías de Deterioro Cognitivo.

- *Deterioro Leve*: Puntaje mayor a 17
- *Deterioro Moderado*: Entre 13 y 16 puntos.
- *Deterioro Severo*: Puntaje menor a 12.

6. Estado Anímico

El indicador de estado anímico con el cual se pretende evaluar la tendencia a problemas de depresión entre los ancianos, se construyó a partir de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, versión reducida (Fleming,K.; Evans,J.; Weber,C.; et al. 1995). Esta escala incluye 14 ítems que cuestionan sobre el sentir de la persona (durante las últimas dos semanas) respecto a satisfacción con su vida, actividades que realiza, como ha estado su ánimo, preocupaciones, etc.

La escala se construye sumando un punto cuando la persona responde “Si” a las preguntas 2,3,5,7, 8, 9, 11, 13 y 14 y cuando responde “No” a las preguntas 1,4,6,10 y 12. A mayor puntaje obtenido mayores indicios de depresión.

Según la interpretación de esta escala se forman las siguientes categorías (Miranda,C 2002):

- *Normal* : una puntuación menor a seis
- *Riesgo de depresión* : puntuación de seis a diez
- *Deprimido* : un puntaje de diez o más .

7. Otras variables

Los indicadores anteriores se analizaron tomando las siguientes variables como independientes:

a. Generales:

- Sexo
 - Edad. Se agrupó de la siguiente manera: 65 años y menos, 66 a 75, 76 a 85 y mayores de 85.
-

- Estado conyugal. Respuesta a la pregunta sobre estado conyugal actual. Se clasificó como: En unión, No unidos y Viudo.
 - b. Estatus:
 - Escolaridad: Respuesta a la pregunta sobre el grado más alto aprobado. Se clasificó como: Ninguna, Primaria incompleta, Primaria completa, Secundaria y más.
 - Condición laboral. Respuesta a la pregunta sobre actividad realizada la semana anterior. Se clasificó como: Trabaja, No trabaja, Pensionado. La encuesta excluye de esta pregunta a las personas que nunca han trabajado (137), por lo que estas fueron incorporadas en la categoría de “No trabaja “ en la variable de condición laboral.
 - Recibe Ayuda. Respuesta a la pregunta sobre si recibe cualquier tipo de ayuda por parte de la familia.
 - c. Estilo de vida:
 - Consumo de alcohol: Respuesta al consumo de bebidas alcohólicas en los últimos tres meses.
 - Fumado: Si, No, Fumó en el pasado.
 - Actividad física: hace ejercicio regularmente.

Una vez analizado cada indicador, se realizaron pruebas de Chi Cuadrado para establecer asociación o relación entre el indicador tanto con las variables independientes como con el resto de indicadores.

Este trabajo fue realizado utilizando el paquete estadístico STATA 7.0.

IV. RESULTADOS

A. Características Generales

La muestra de población esta constituida por un total de 606 personas, el 58% corresponde al sexo femenino.

El promedio de edad es de 71.5 años para los hombres y 69 para las mujeres. Respecto a los grupos de edad el mayor porcentaje corresponde al grupo de 66-75 años que representan el 39% de la muestra, seguido del grupo de 65 y menos que son el 34%, las personas entre los 76 y 85 años son el 20% y los mayores de 85 el 7%. En todos los grupos de edad el porcentaje de mujeres es mayor a excepción del último (85 y más) en el que los hombres son el 55%. En el cuadro 1 se presentan la distribución de la muestra según grupos de edad y sexo.

En lo que respecta al estado conyugal, el mayor porcentaje se encuentra actualmente en unión (64%), el 22% son viudos y no unidos son el 14%. Entre las mujeres el porcentaje de viudez (29%) es mayor que entre los hombres (12%). Este porcentaje también aumenta con la edad.

Respecto a la escolaridad, el 17% no tienen ningún grado de estudio, el porcentaje más alto corresponde a personas que estudiaron algún grado de primaria sin completarla (61%). El 14% tiene primaria completa y cerca de 8% secundaria o más.

En cuanto a la condición laboral, el 69% no trabaja, el 18% trabaja actualmente y el resto están pensionados (13%). El 68% del total de encuestados, recibe algún tipo de ayuda de parte de la familia.

En lo que se refiere a estilo de vida, el 12,5% de los encuestados ha consumido alcohol en los últimos tres meses, el 10% fuma actualmente y el 28% fumó en el pasado. Respecto a actividades físicas, el 23% realiza regularmente ejercicio u otras actividades.

B. Capacidad funcional

1. *Actividades del diario vivir.(ADV)*

El 66% del total de personas, no presentan ninguna dificultad en ADV, el 16% presenta dificultad en una sola de estas y el resto (18%) tienen dificultades en dos ó más actividades.

De las ADV la que presenta mayor porcentaje de dificultad es la de “Ponerse los zapatos”, ya que en esta el 24% presenta limitación, la segunda con mayor porcentaje de dificultad es movilizarse, actividad para la cual el 19% presenta limitación. Según sexo, los porcentajes de dificultad son muy similares en todas las actividades a excepción de movilizarse, en la cual el porcentaje de mujeres (21.3%) es mayor que en hombres (15.8%). En el cuadro 2 se presentan las limitaciones a ADV según sexo.

Es evidente la diferencia en los porcentajes de personas con dificultad en ADV según grupos de edad. Como puede observarse en el gráfico 1, a mayor edad, más alto porcentaje de personas con dificultad, a partir del grupo de 76 –85 años, la diferencia es más notoria.

2. Actividades Instrumentales del diario vivir. (AIDV)

El 64.7% de las personas desarrollan las AIDV sin dificultad, el 13% presenta problemas en alguna de estas y el resto (22%) presentan dos o más dificultades en la realización de estas actividades.

De todas las AIDV, la que presenta un mayor porcentaje de dificultad es la capacidad de salir solos de casa a lugares lejanos (22%), seguido de tomar solo sus medicinas, actividad para la cual presentan dificultad el 12%. Similar porcentaje (11.8%) presentan dificultad para realizar quehaceres pesados en el hogar. En el cuadro 3 se presentan el porcentaje de dificultad de todas las AIDV según sexo, en el que se muestra que las mujeres en general tienen mayores porcentajes de dificultad que los hombres.

Al igual que en las ADV el porcentaje de personas con dificultad aumenta con la edad de manera más importante a partir del grupo de 76 – 85 años. En el gráfico 2 pueden observarse las diferencias.

3. Otras Actividades

En las actividades, únicamente el 13,6% no presentaron ninguna dificultad, el promedio es de 3,4 dificultades para las mujeres y de 2,6 para los hombres. En el gráfico 3 pueden observarse la diferencias en el número de estas limitaciones según sexo.

De estas habilidades la que presenta un mayor porcentaje de personas con dificultad es el correr ó trotar (63.2%), seguido de subir escaleras (50.4%), agacharse- arrodillarse (49.1%). En el cuadro 4 se presentan cada una de las habilidades y el porcentaje que presenta dificultad, según sexo. Puede notarse que en todas estas actividades el porcentaje de mujeres con dificultad es más alto que los hombres.

Al igual que en las actividades anteriores el porcentaje de personas con dificultades aumenta con la edad, como puede verse en el cuadro5.

4. Indicador de Capacidad Funcional

En el indicador de capacidad funcional que combinan los tres tipos de actividades mencionadas anteriormente, se obtuvo que el promedio de limitaciones totales es de 3.9 para los hombres y 4.9 para las mujeres.

El 63.4% tiene una capacidad funcional Alta, el 20.8% capacidad funcional Intermedia y el 15.8% Baja.

En el Cuadro 6 se presentan las categorías de capacidad funcional según cada una de las variables independientes.

El porcentaje de hombres que tiene alta capacidad funcional (70%) es mayor que el porcentaje de mujeres en esta categoría (58.6%) , esto se mantiene en todos los grupos de edad (Cuadro 7). Como es de suponer el porcentaje de personas con alta capacidad funcional está inversamente relacionado con la edad, a mayor edad menor porcentaje de personas con alta capacidad, en el grupo de menores de 65 años el porcentaje es de 73% y en los mayores de 85 es el 23% . A mayor edad este porcentaje disminuye en mayor magnitud.

Respecto al estado conyugal se encontró que entre las personas en unión, el porcentaje que tienen alta capacidad son el 67%, este porcentaje disminuye dos puntos en las personas viudas (65.4%) y 16 puntos porcentuales en las personas no unidas (51%) .

Respecto al comportamiento del indicador de acuerdo al grado de escolaridad, se encontró que el mayor porcentaje de capacidad funcional alta (89%), corresponde al mayor grado de escolaridad, a medida que disminuye el grado, disminuye el porcentaje de personas con alta capacidad funcional.

Tomando en cuenta la condición laboral, se obtuvo que las personas que actualmente trabajan son las que tienen mayor porcentaje de alta capacidad funcional (91.5%) respecto a

las demás condiciones. (Se ubican en esta categoría el 55.6% de los que no trabajan y el 66.8 de los pensionados).

En lo que se refiere a aspectos de estilo de vida, según los resultados las personas que consumen alcohol y fuman actualmente tienen mayores porcentajes de alta capacidad funcional, lo que puede atribuirse a que quienes tienen estos hábitos son personas más jóvenes y son mayormente hombres. Entre las personas que realizan una actividad física ó ejercicio, el 83.3% tiene alta capacidad funcional, entre los que realizan este tipo de actividad el porcentaje es de 57.6%. La actividad física también esta relacionada con edades más jóvenes.

En el cuadro 15 se presenta el estadístico de asociación (chi Cuadrado), entre las variables independientes y el indicador de capacidad funcional. Según esta prueba y sin controlar otras variables , existe asociación entre la capacidad funcional y variables como sexo, edad, estado conyugal, escolaridad, recibir ayuda, consumo de alcohol y ejercicio.

C. Estado nutricional

Respecto a las condiciones del estado nutricional, el promedio de peso para los hombres es de 63.8 Kg. y de 59.9 Kg. para las mujeres, en estatura la media es de 1.62 mts para los hombres y 1.49 mts para mujeres. El peso disminuye a medida avanza la edad, la diferencia en el peso promedio entre el primer y el último grupo es de 12.6 Kg. en hombres y 9.4 Kg. en mujeres .

En cuanto al IMC el promedio fue de 25.8 (24.3 en hombres y 26.9 en mujeres). El IMC disminuye a medida que avanza la edad.

De acuerdo a el IMC se obtuvo que el 5.5% tienen bajo peso, 40.9% peso normal, 35.4% sobre peso y el 18.2% presentan algún grado de obesidad.

En el cuadro 8 se presentan las categorías de estado nutricional según las diferentes variables independientes.

El 49% de los hombres y el 35.1% de las mujeres tienen un estado nutricional normal. En la mujeres se observan porcentajes más altos de sobrepeso y obesidad que en los hombres.

De acuerdo a los grupos de edad, la tendencia es, que a menor edad más alto porcentaje de sobrepeso y obesidad, en el cuadro 9, se presenta la distribución de estado nutricional según

edad y sexo . En el primer grupo de edad, tienen un estado nutricional normal el 28.2% y el 26.5% tienen algún grado de obesidad. En el último grupo tienen peso normal el 53.3% y obesidad el 6.7%.

Respecto a la condición laboral, las personas que trabajan en su mayoría tienen un estado nutricional normal (59%), entre las que no trabajan tienen peso normal el 34.8%. Entre las personas pensionadas el 48% tienen peso normal y presentan el mayor porcentaje de bajo peso respecto a las otras categorías de condición laboral (13.3%).

En cuanto a aspectos relacionados al estilo de vida, entre quienes tienen el hábito de fumar el porcentaje de personas con obesidad (7.3%) es menor y el porcentaje de bajo peso mucho mayor (18.2%) . Entre quienes realizan alguna actividad física el 50.8% tienen peso normal, mayor respecto a quienes no la realizan (38%).

En el cuadro 15 se presentan el estadístico de asociación (chi Cuadrado), entre las variables independientes y el Estado nutricional. Según esta prueba y sin controlar variables confusoras o intervinientes, existe asociación entre el estado nutricional y variables como sexo, edad, condición laboral y hábitos de fumado y ejercicio.

D. Condición de Salud

El 77.3 % de los encuestados declaró padecer al menos una de las enfermedades en estudio (Hipertensión arterial, diabetes, tumores, enfermedades pulmonares, de las articulaciones, cardíacas, nerviosas, derrame o trombosis y osteoporosis). El número de enfermedades declaradas es en promedio 1.3 para hombres y 1.9 para mujeres.

Las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia son en primer lugar la hipertensión arterial que afecta al 42.4% de personas, problemas de las articulaciones al 32.2% , en tercer lugar aparecen las enfermedades pulmonares que afectan al 20.3% y el 19.3% presentan problemas en el sistema nervioso. En el gráfico 4 se presentan cada una de las enfermedades y su distribución según sexo.

Según el indicador de estado de salud, el 22.7 % , se ubica como Sano, el 49.4% como Enfermo y el 27.9 % Muy enfermo.

El porcentaje de mujeres que se ubican en la categoría de Sano (16.2%) es menor que el porcentaje de hombres que se ubican en esta (31.8%). En el cuadro 10 se presentan la

combinación de variables con el indicador del estado de salud y en el cuadro 11 la distribución del indicador según edad y sexo.

Aun que el grupo de 85 años y más es el que presenta menor porcentaje (18.8%) en la categoría de Sano, parecen no haber importantes diferencias en el estado de salud según grupos de edad. Según el estado conyugal entre las personas en unión el porcentaje de personas con salud (24.7%) es mayor respecto a los viudos y no unidos. Las personas viudas presenta el porcentaje más alto en la categoría de Muy enfermo (35%).

El nivel de escolaridad no parece provocar cambios importantes en la categoría de estado de salud.

De acuerdo a condición laboral el porcentaje más alto de Sanos corresponde a quienes trabajan actualmente (36.4%), entre quienes no trabajan están en esta categoría el 19.1% y el 23.7% de los pensionados.

Entre quienes reciben ayuda de sus familiares el estado de salud es más deficientes que en quienes no la reciben. Por lo que podría decirse que la presencia de problemas de salud puede ser motivo o causa de la recepción de ayuda por parte de la familia.

Entre personas con el hábito de fumar y consumo de alcohol es mayor el porcentaje de sanos (hay que tener en cuenta que la mayoría de los que tienen estos hábitos son hombres). Quienes realizan alguna actividad física tienen 31.8% de los casos como Sano, entre quienes no tienen este hábito el porcentaje es de 20%.

El estado de salud resultó según la prueba de chi cuadrado asociado a variables como sexo, estado conyugal, condición laboral, recibir ayuda de familiares y hábitos de consumo de alcohol, fumado y ejercicio. Cuadro15.

E. Discapacidades Físicas

En lo se refiere al estado de la vista el 72.6% de la personas calificaron su visión como buena, porcentaje muy similar calificaron así su audición (72.9%) y el 60.8% de las personas no tienen problemas en el estado de boca y dentadura.

En cuanto al indicador que combina las dificultades en la visión, audición y boca, el 58.8% de las personas no presentan discapacidades. El 31.7% tienen discapacidades leves y el 9.5

tienen discapacidad moderada. En el cuadro 12 se presentan los resultados de la combinación del indicador de discapacidades físicas y otras variables.

Según sexo el porcentaje de personas con ninguna discapacidad es bastante similar (58.5% en mujeres y 59.2% en hombres). Este porcentaje, disminuye a medida que avanza la edad. En el grupo de 65 años y menos, el porcentaje sin discapacidades es de 65.4% en el grupo de 85 y más este porcentaje es de 20%.

Según estado conyugal los porcentajes de personas sin discapacidad se mantienen bastante similares. En lo que respecta a escolaridad, el porcentaje sin discapacidades aumenta a medida que aumenta el nivel escolar. Entre quienes no tienen ningún nivel escolar este porcentaje es de 50%, entre quienes tienen secundaria y más de 74.5%.

Diferencia importante, se observa también según la condición laboral, entre quienes actualmente trabajan, el 70.5% no presentan discapacidad, en esta categoría están el 56.7% de los que no trabajan y el 53.3% de los pensionados.

Entre quienes no reciben ayuda de familiares es mayor el porcentaje sin discapacidad (72.4%). Según hábitos como consumo de alcohol y fumado no hay diferencias importantes. Entre las personas que realizan actividad física no tienen discapacidades el 69.8%, este porcentaje es de 55.3% entre quienes no practican ningún ejercicio.

Según la prueba realizada existe asociación entre el indicador de discapacidad física y variables como edad, escolaridad, condición laboral, recibir ayuda de la familia y hacer actividad física. (Cuadro 15)

F. Deterioro Cognitivo

El test de evaluación cognitiva alcanza un máximo de 19 puntos, el promedio de puntaje fue de 14.9 similar en ambos sexos. A medida que aumenta el nivel de escolaridad aumenta el puntaje obtenido. En las personas que no tienen ningún grado de escolaridad el promedio es de 12.9 y en quienes tiene nivel de secundaria o más es de 17.2. El puntaje también disminuye cuando aumenta la edad, en los menores de 65 años es de 15.9 y en los mayores de 85 es de 10.3 puntos.

El 16.4% de las personas presentó un deterioro cognitivo severo, el 44.2% moderado y el 39.3% leve.

En el cuadro 13 se presentan las categorías de deterioro cognitivo según diferentes variables independientes.

Según sexo los porcentajes en cada categoría son bastante similares, De acuerdo a los grupos de edad como se mostró anteriormente con el promedio de puntaje, a mayor edad el porcentaje de deterioro cognitivo leve disminuye. En el primer grupo de edad el porcentaje de personas con deterioro cognitivo severo es de 7.9% en el grupo de mayores de 85 años es de 62.2%.

En lo que se refiere al estado conyugal, el mayor porcentaje de deterioro leve se ubica entre las personas unidas (41.4%) y el mayor porcentaje de deterioro severo corresponde a las personas viudas 31.75%.

Según nivel de escolaridad entre los que tienen secundaria y más el 72.3% presentan deterioro cognitivo leve, mientras que únicamente el 14% de los que no tienen ningún grado de escolaridad, se ubica en esta categoría.

El 50% de las personas que actualmente trabajan se presentaron un deterioro leve, entre quienes no trabajan y pensionados fue de 38 y 32.5 % respectivamente.

Entre las personas que reciben ayuda de su familia el 21.2% tiene severo deterioro cognitivo. Este porcentaje es de 5.3 entre quienes no reciben esta ayuda.

En aspectos relacionados al estilo de vida, quienes consumen alcohol y tienen alguna actividad física, el porcentaje de deterioro leve es de 55.4% y 47.8 %.

De acuerdo a la prueba de chi cuadrado el deterioro cognitivo sin controlar otras variables, esta asociado a la edad, escolaridad, estado conyugal, recibir ayuda de la familia, consumo de alcohol y actividad física. (Cuadro 15)

G. Estado Anímico

Presentaron un estado anímico normal el 52% de las personas, riesgo de depresión el 37.9% de las personas y el 10.1% presentaron estado de depresión .

En el cuadro 14 se presentan la combinación de las categorías de estado de animo con diferentes variables.

De acuerdo con el sexo no hay diferencias notorias en el estado anímico. Según la edad, aunque las diferencias no son muy grandes, pareciera a medida que avanza la edad se

tiende más a estado de riesgo de depresión, entre los mayores de 76 años el porcentaje más alto se ubica en esta categoría (76-85 años 46% y mayores de 85 años 48%) . En lo que respecta al estado conyugal el 55% de las personas en unión tienen estado anímico normal, viudos y no unidos presentan en esta categoría 46.8 y 43.3% respectivamente.

Parece haber diferencias en el estado anímico de acuerdo al nivel de escolaridad , el porcentaje de ánimo normal aumenta directamente con el nivel escolar. Entre quienes tienen el mayor nivel el 76.2% presenta estado normal, este porcentaje es de 45.2% entre quienes no tiene ningún nivel de escolaridad.

Según la condición laboral quienes no trabajan presentan depresión con mayor frecuencia, el 12.7% de estos se ubican en esta categoría, mientras que quienes trabajan actualmente tienen un porcentaje de 1.2% . Entre los pensionados el 9.2% se ubica en la categoría de deprimidos.

El porcentaje de personas con depresión entre quienes reciben ayuda de familiares es de 13.4%, entre quienes no la reciben es de 3.2%.

En los aspectos de estilo de vida, quienes consumen alcohol refieren menor porcentaje de depresión (1.6%) así como quienes realizan actividad física (5.2%).

De acuerdo a la prueba de asociación de las variables en estudio el estado de animo esta asociado a la escolaridad, condición laboral, recibir ayuda y tener actividad física. (Cuadro 15).

En el cuadro 15 se incluye el cálculo del estadístico de chi cuadrado para establecer asociación entre los diferentes indicadores. Según esta prueba, existe asociación entre todos los indicadores calculados a excepción del estado nutricional y capacidad funcional y estado nutricional con discapacidades físicas.

H. Relación entre estado Mental y físico.

El deterioro cognitivo y estado de ánimo están relacionados a las condiciones físicas del adulto mayor.

En el cuadro 16 se presentan los porcentajes de personas con limitaciones en las ADV y AIDV de acuerdo al deterioro cognitivo y estado anímico.

Se encontró que el porcentaje de personas con dificultades en las ADV y en las AIDV, es mayor entre quienes presentan deterioro cognitivo severo. Quienes tienen un estado anímico normal presentan menores porcentajes de dificultad, en todas las ADV y AIDV que las personas que presentan un decaimiento del estado de ánimo.

En general, un mayor deterioro físico está asociado a una menor capacidad funcional, en el gráfico 5, se presentan las categorías de capacidad funcional y deterioro cognitivo. En el gráfico 6 puede observarse cómo la menor capacidad funcional, está también asociada con un estado anímico depresivo.

El estado anímico está relacionado además con el estado de salud (gráfico 7) y la presencia de discapacidades físicas (gráfico 8).

V. DISCUSIÓN

Según datos del censo del 2000 entre los adultos mayores de Costa Rica el 52% son mujeres, en la muestra estudiada las mujeres representaron el 58%. Los hombres presentaron mejores condiciones de capacidad funcional, mejor estado de salud y menor incidencia de sobrepeso y obesidad que las mujeres.

Como se ha comprobado en muchos estudios, la edad dentro de los mismos adultos mayores marca condiciones diferentes, en este caso las diferencias se encontraron principalmente en aspectos como la capacidad funcional, estado nutricional, las discapacidades físicas y el estado cognitivo.

En general las condiciones de las personas que actualmente trabajan son mejores que las de los que no trabajan y quienes están pensionados, de hecho el tener una buena capacidad funcional, mental y un buen estado de salud es lo que podría definir el que una persona continúe o no trabajando.

Se observa que a excepción del estado nutricional, todos los demás indicadores están asociados al hecho de recibir ayuda de familiares. Quienes reciben esta ayuda suelen estar en condiciones más desfavorables, de lo que se deduce que es precisamente estas condiciones desfavorables ya sea en estado de salud, en capacidad funcional o mental es lo que promueve una mayor ayuda ya sea económica ó en atenciones por parte de los familiares.

Las relaciones encontradas las variables de estilo de vida (fumar, consumo de alcohol y ejercicio) y los indicadores puede estar explicada ó confundida dado que estos aspectos de estilo de vida están muy asociados a la edad y al sexo. (El hacer ejercicio esta relacionado con edades más tempranas y el fumar y consumo de alcohol es más frecuente entre los hombres que entre las mujeres).

En lo que se refiere a la Capacidad Funcional, en el Estudio Multicéntrico sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) coordinado por OPS (1998) en siete ciudades de América Latina, se obtuvo que una de cada cinco personas tenían al menos una limitación

en las ADV, el porcentaje varía de 15 a 30%. Para Costa Rica este porcentaje es de 33% lo que equivale aproximadamente a 2 (1.7) de cada 5 personas con problemas al menos en una de las ADV. Igual sucede con las AIDV. En las AIDV en general las mujeres presentaron mayores limitaciones, lo que puede atribuirse al hecho de que algunas de estas actividades, como los quehaceres del hogar y el hacer compras, no son realizadas cotidianamente por muchos de los hombres y por eso es probable que no reporten dificultad. Las otras actividades que se están evaluando, están más relacionadas a la condición física y son mucho más las personas que presentan dificultades. Aunque muchas de estas actividades no implican acciones de la vida cotidiana, el presentar dificultad para realizarlas puede progresivamente limitar la habilidad de realizar otras ADV y AIDV. En todos los casos es evidente que la capacidad funcional va disminuyendo con la edad. Es difícil definir si la disminución de la capacidad funcional provoca problemas de salud, mentales y anímicos o si bien la ocurrencia de estos favorecen, la disminución de la capacidad funcional, ya que la funcionalidad está fuertemente asociada a muchas de las variables relacionadas a las condiciones de vida (escolaridad, estado conyugal) y casi a todos los indicadores de este estudio, a excepción del estado nutricional. Algunos estudios realizados en países desarrollados han relacionado la incidencia de limitaciones en la capacidad funcional con los problemas de obesidad, lo que no resultó estar asociado en este caso. Esto puede atribuirse a que la obesidad en grados severos en Costa Rica es menos frecuente que los reportados en países desarrollados. Si estos resultados aplicaran a toda la población costarricense, el 15.8% de adultos mayores con baja capacidad funcional, se tradujeran en aproximadamente 48,000 ancianos costarricenses con dificultades para valerse por sí mismos.

De los resultados obtenidos respecto al estado nutricional puede concluirse que hay un porcentaje importante de personas con sobrepeso (sobre todo mujeres), lo que se relaciona con la alta incidencia de enfermedades crónicas asociadas al exceso de peso como la HTA y cardiopatías.

Se observa una tendencia a llegar a los primeros años de la tercera edad con un estado de sobrepeso u obesidad. Como es el proceso fisiológico normal, a medida que avanza la edad las dificultades, limitaciones y padecimientos de la vejez van provocando pérdida de peso,

esto puede llegar en los últimos años de vida incluso a bajo peso. En algunos casos probablemente un estado nutricional catalogado por el IMC como normal podría estar significando una pérdida progresivas de peso que podría ser juzgada como normal o no dependiendo de la magnitud de la disminución.

Los resultados obtenidos en este trabajo, concuerdan con los obtenidos en un estudios realizado en México³, en cuanto al porcentaje de adultos mayores con sobrepeso y obesidad (38.8% y 18.5% respectivamente). En algunos estudios se sostiene que la mortalidad más baja esta asociada a IMC entre 25 y 30 (Mattila,K.; Haavisto,M.; Rajala, S. 1986) que corresponde al rango interpretado por la OMS como sobrepeso. El Committee on Diet and Health, del Food Nutrition Board⁴ indica el punto de corte de 25 – 29 como deseable, de acuerdo con el cual los sujetos clasificados con sobrepeso(por el IMC), se consideran normales.

Un análisis más profundo tomando en cuenta problemas específicos de salud, limitaciones a la capacidad funcional u otras características, permitirían definir más claramente si para el caso de Costa Rica sería más objetivo considerar a las personas que según la clasificación de la OMS aparecen con sobrepeso como con estado nutricional normal.

En este sentido sería provechoso contar con tablas de peso ideal adaptadas a los adultos mayores y al contexto en el cual viven para definir de manera más precisa los rangos de peso que deben considerarse normales.

En cuanto al estado de salud, los resultados obtenidos muestran que ocho de cada 10 personas presenta alguna enfermedad.

En la encuesta SABE, la Hipertensión Arterial (HTA) fue notificada por una de cada dos personas, el porcentaje más bajo se informó en México, D.F., (43%) y el más alto en São Paulo (53%). El porcentaje obtenidos en Costa Rica se asemeja al obtenido en México ya que es de 42.2% (aunque el porcentaje de mujeres con HTA rebasa el 50%). Los problemas de las articulaciones fueron reportados en igual magnitud que en la encuesta SABE, por una de cada tres personas.

³ Alemán,H.; Esparza,J.;Valencia,M.;1998

⁴ Committe on Diet and Health, Food and Nutrition Board. Diet and health implications for reducing chronic disease risk . Washington,DC.National Academy Press,1989.

En esta encuesta una de cada cinco personas informó padecer alguna cardiopatía, la proporción es bastante similar a la obtenida en este estudio. Las cardiopatías, las enfermedades pulmonares y derrame o trombosis fueron las únicas tres enfermedades de las nueve en estudio, en las que los hombres reportaron un mayor porcentaje que las mujeres.

En general, varios estudios sostienen que los hombres tienden a declarar un mejor estado de salud que las mujeres. Esto puede atribuirse a que los hombres consultan y visitan menos los establecimientos de salud, ó también a factores culturales que hacen que los hombres reconozcan, acepten y declaren menos sus padecimientos.

Dado que el indicador se construyó en base al número de enfermedades declaradas por la persona, el porcentaje de mujeres catalogadas como sanas es casi un 50% menor que el porcentaje de hombres en esa categoría.

Llama la atención que la edad resultó no estar significativamente asociada al estado de salud, probablemente esto pueda atribuirse a que la aparición de enfermedades al menos en número (que es lo que se cuantifica con el indicador) esta determinada más por factores ambientales, genéticos, de estilo e vida, etc. que propiamente por la edad. A medida que avanza la edad probablemente la patología se prolonga (de hecho son enfermedades crónicas) y podría en algún momento complicarse pero no necesariamente aumentar en número de enfermedades.

El estado de salud resultó estar asociado a todos los indicadores, lo que de alguna manera evidencia la importancia de la atención integral en al adulto mayor para el logro de una mejor calidad de vida.

En lo que respecta a la evaluación del estado cognitivo, los datos confirman la asociación probada en estudios anteriores entre éste y el nivel de escolaridad. Aunque debe tomarse en cuenta que una de las críticas que se hace al test Minimental, el cual fue aplicado en este caso, es precisamente que puede dar resultados desfavorables entre población con bajo nivel educativo. De manera que no puede atribuirse completamente al nivel de escolaridad, la magnitud del deterioro cognitivo.

Se ha comprobado que el principal factor de riesgo para el problema de demencia es la edad. Los datos evidencian como aumenta el deterioro cognitivo con la edad, lo que puede

explicar el alto porcentaje de personas viudas con deterioro alto (32%). A esto podría atribuirse también la asociación encontrada con el consumo de alcohol ya que quienes tienen ese hábito se ubican en los primeros grupo de edad.

El porcentaje de personas con un deterioro cognitivo severo (16.4%) indica que uno de cada seis ancianos tienen probabilidad de sufrir demencia.

El estado de ánimo está muy asociado a todos los demás indicadores, podría decirse que este es producto de las condiciones generales de vida del anciano y su capacidad de valerse por sí mismo. Estudios en países desarrollados reportan una prevalencia de depresión entre el 6 y 20%. (Miranda, C. 2002). Según los resultados obtenidos para Costa Rica, uno de cada diez tienen ya una depresión establecida (10.1%) y aproximadamente cuatro de cada diez (37.9%) están en riesgo o tienen síntomas de llegar a padecerla.

Las discapacidades físicas están muy relacionadas con la edad, a mayor edad hay más probabilidad de tener múltiples limitaciones, es decir, que simultáneamente se vea afectada la visión, audición y se presenten problemas de boca y/o dentadura. Las discapacidades están altamente asociadas a todos los demás indicadores. Estudios sugieren que los problemas visuales y auditivos son algunas de las más importantes causas de limitaciones en la capacidad funcional. Las limitaciones en los sentidos pueden condicionar en gran medida la calidad de vida de la persona, que a su vez, determina muchos de los aspectos emocionales y de salud en general.

Hay que tomar en cuenta que toda la información en torno a las discapacidades físicas incluidas (vista, oído, boca – dentadura) corresponden a la apreciación del propio individuo.

Pruebas de agudeza visual, test para evaluar audición u otros se han utilizado en otros estudios para diagnosticar de manera más confiable estas discapacidades.

La combinación de aspectos físicos y mentales muestra que el deterioro cognitivo está asociado principalmente a una disminución de la capacidad funcional del individuo y por lo tanto a una pérdida importante de autonomía para el adulto mayor.

La disminución de la capacidad funcional, la presencia de discapacidades y múltiples enfermedades están asociadas a un estado de ánimo de depresión o riesgo de esta.

Es importante tomar en cuenta que la condición en la que las personas llegan a la tercera edad, es fruto de las condiciones sanitarias, socioeconómicas, estilo de vida, etc. que la presiden. Los adultos mayores incluidos en esta muestra, son sobrevivientes de cohortes de personas que vivieron bajo condiciones en muchos aspectos más desfavorables a las condiciones actuales.

Los adultos mayores del área rural en Costa Rica, presenta los problemas de salud, físicos y mentales propios de esta población y probablemente en la magnitud que se ha observado en otros países de la región. Es un hecho que, como ha sido en los países desarrollados (aunque en condiciones diferente) y se vislumbra que será en los países en desarrollo, el aumento de esta población implica mayor atención, más recursos humanos, financieros, institucionales , etc.

El reto para los sistemas sociales y de salud es grande en el propósito no solo de prolongar la vida sino en prolongar los años de vida con calidad y sin discapacidades.

El envejecimiento de la población no tiene que verse como una crisis, ya que las personas adultas mayores sanas contribuyen de muchas maneras al desarrollo de su familia y su comunidad. Por consiguiente, la inversión en la promoción de la salud durante el envejecimiento y el aplazamiento de la aparición de las enfermedades relacionadas con el envejecimiento y las discapacidades no solo significará un éxito para la salud pública, sino que también contribuirá al bienestar de todas las generaciones.(OPS 2002).

VI. REFERENCIAS

A. Referencias citadas.

1. Alemán,H.; Esparza,J.;Valencia,M. Antropometría y composición corporal en personas mayores de 60 años. Importancia de la Actividad Física. Salud Pública Mex 1999; 41:309-316.
 2. Borges, S.; Gómez,H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. Salud Pública Mex 1998;40: 13-23.
 3. Bray, G. Overweigh is risking fate: Definition, classification, prevalence and risk. Ann NY Acad Sci. 249:14,1987.
 4. Castro,M; Granados,P. Definición de un perfil de la tercera edad en Costa Rica. 1991.
 5. Centro Latinoamericano de Demografía. (CELADE). La transición demográfica en América Latina. Agosto 2000.
 6. David, J.; Sherer,K. Applied Nutrition and diet therapy for nurses. Philadelphia, WB Saunders company, 1994.
 7. Fleming,K.; Evans,J.; Weber,C.; et al. Practical Functional Assessment of Elderly Persons: A Primary –Care Approach. Mayo Clin Proc. September 1995. Vol 70
 8. Gómez, V. Salud y Bienestar en los adultos mayores de las áreas rurales de Costa Rica. 2000.
 9. Gómez, V. La transición demográfica y el apoyo en la vejez en las áreas rurales de Costa Rica. Las consecuencias de las transiciones demográficas y epidemiológica. 381-405.
 10. González,R.; Zapata,J.; Pérez,J. et al. Estudio del déficit cognitivo en pacientes ingresados en una residencia geriátrica. Medicina General 2001. 38: 792-796
 11. Himes, C. Obesity, disease, and functional limitation in later life. Demography Volumen 37-Number 1 February 2000 . 73 – 82
 12. Icaza,M.; Albala,C. Minimental State Examination (MMSE) del estudio de Demencia en Chile: Análisis Estadístico. 1999
 13. Maham,L.; Escott-Stump,S. Nutrición y Dietoterapia de Krause.9ª edición. Mexico1996.
-

14. Mattila K, Haavisto M, Rajala S. Body mass index and mortality in the elderly. *Bri Med J* 1986;292:867-868.
15. Miranda,C. Depresión en el anciano. *Medicina General* 2002; 40: 28-31.
16. Organización Mundial para la Salud(OMS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Salud y el Envejecimiento. 36.a Sesión del Subcomite de Planificación y programación del comité ejecutivo.Washigton, 2002.
17. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe sobre el Proyecto multicéntrico : La Salud y los Ancianos. Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud. 1997.
18. Reyes-Ortiz, CA. Diagnósticos más frecuentes en la consulta ambulatoria de geriatría del Hospital Universitario del Valle.Colombia 2000.
19. Romero,C.; Gorroñoitia,A.; Litago,C.; et al. Actividades preventivas en los ancianos. *Atención Primaria* 2001. Vol.28. Supl.2. Noviembre.
20. Schiffman, S. Changes in taste and smell: Drug interactions and food preferences. *Nurt Rev* 52:S11, 1994.
21. Stensland,S.; Margolis,S. Simplifying the calculation of body mass index for quick refrence. 1990.

B. Referencias Consultadas

1. Camiña,F.; Cancela,J.; Romo,V. Pruebas para evaluar la condición física en ancianos (batería ECFA): su fiabilidad. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2000, 35(4): 205-216, 18 Ref.
 2. Camiña,F.; Cancela,J.; Romo,V. La prescripción del ejercicio físico para las personas mayores. Valores normativos de la condición física. Junio, 2001.
 3. Chackiel, J. Las tendencia de la población de América Latina hacia el final de la transición demográfica. Un análisis orientado al sector salud. Las consecuencias de las transiciones demográficas y epidemiológica. 571-597.
 4. Gascón,S. Consulta Interregional sobre el Adulto Mayor. Banco Interamericano de desarrollo. Junio 2000.
-

5. Organización de las Naciones Unidas. (ONU). Plan de acción de Viena sobre el envejecimiento. New York, 1983.
 6. Vargas,S. Diseño metodológico de una tabla de peso y talla para población adulta mayor en Costa Rica. 2000.
-

ANEXOS

CUADROS

Cuadro1
Distribución porcentual por grupo de edad
según sexo.
Costa Rica 2000.

Grupo de edad	Sexo		N
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	
<i>65 ó menos</i>	36.8	63.2	204
<i>66 - 75</i>	43.9	56.1	237
<i>76-85</i>	43.3	56.7	120
<i>85 y más</i>	55.0	45.0	40
Total	42.1	57.9	601

Cuadro2
Proporción de personas con dificultad
para ADV según sexo.
Costa Rica 2000

ADV	Sexo		Total
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	
<i>Poner Zapatos</i>	23.7	23.8	23.8
<i>Movilizarse</i>	15.8	21.3	19.0
<i>Caminar</i>	10.7	11.2	11.0
<i>Bañarse</i>	9.5	9.8	9.6
<i>Usar sanitario</i>	7.9	6.9	7.3
<i>Comer</i>	5.1	5.5	5.3
N	253	348	601

Cuadro 3
Proporción de personas con dificultad para AIDV
según sexo.
Costa Rica 2000

AIDV	Sexo		Total
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	
<i>Salir, lugar lejos</i>	18.6	24.7	22.1
<i>Tomar medicinas</i>	11.5	12.4	12.0
<i>Quehaceres pesados</i>	5.1	16.7	11.8
<i>Llamar por teléfono</i>	9.5	10.6	10.2
<i>Hacer compras</i>	7.1	10.0	9.2
<i>Manejar su dinero</i>	7.1	7.2	7.1
<i>Quehaceres ligeros</i>	2.8	9.5	6.7
<i>Prepar comida</i>	5.1	2.9	3.8
N	253	348	601

Cuadro 4
Proporción de personas con otras limitaciones según sexo.
Costa Rica 2000 .

Actividades	Sexo		Total
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	
<i>Correr o trotar</i>	56.9	67.8	63.2
<i>Subir escaleras</i>	41.5	56.9	50.4
<i>Agacharse...</i>	44.3	52.6	49.1
<i>Levantarse de una silla</i>	34.0	48.6	42.4
<i>Caminar varias calles</i>	30.4	42.5	37.4
<i>Transportar 5 kilos</i>	22.5	42.8	34.3
<i>Estar sentado dos horas</i>	28.1	35.1	32.1
<i>Jalar objeto grande</i>	27.7	31.9	30.1
<i>Extender brazos</i>	15.8	27.6	22.6
<i>Moneda de una mesa</i>	10.7	9.5	10.0
N	253	348	601

Cuadro 5
Proporción de personas con otras limitaciones según
grupos de edad.
Costa Rica 2000

Actividades	Grupo edad			
	<i>65 y menos</i>	<i>66-75</i>	<i>76-85</i>	<i>85 y más</i>
<i>Correr o trotar</i>	56.4	65.0	70.0	67.5
<i>Subir escaleras</i>	41.2	51.9	58.3	65.0
<i>Agacharse...</i>	49.5	46.0	53.3	52.5
<i>Levantarse de una silla</i>	40.7	38.4	48.3	57.5
<i>Caminar varias calles</i>	28.4	35.0	49.2	62.5
<i>Transportar 5 kilos</i>	27.5	33.2	41.7	52.5
<i>Estar sentado dos horas</i>	37.3	26.6	32.5	37.5
<i>Jalar objeto grande</i>	24.0	29.5	37.5	42.5
<i>Extender brazos</i>	21.1	20.7	26.7	30.0
<i>Moneda de una mesa</i>	6.9	8.9	11.7	27.5
N	204	237	120	40

Cuadro 6
Distribución de personas según Capacidad Funcional para
diferentes variables.
Costa Rica 2000.

Variables	Capacidad Funcional			<i>N</i>	
	<i>Alta</i>	<i>Intermedia</i>	<i>Baja</i>		
	Total	63.4	20.8	15.8	601
Sexo					
<i>Femenino</i>		58.6	23.0	18.4	348
<i>Masculino</i>		70.0	17.8	12.3	253
Grupo edad					
<i>65 ó menos</i>		73.0	14.2	12.8	204
<i>66- 75</i>		67.1	21.1	11.8	237
<i>76 - 85</i>		53.3	24.2	22.5	120
<i>85 y más</i>		22.5	42.5	35.0	40
Estado Civil					
<i>En unido</i>		67.1	19.3	13.6	389
<i>Viudo</i>		65.4	18.5	16.1	81
<i>No unido</i>		51.2	26.7	22.1	131
Escolaridad					
<i>Ninguno</i>		56.1	21.4	22.5	98
<i>Primaria incompleta</i>		59.5	24.2	16.3	368
<i>Primaria completa</i>		73.8	14.3	11.9	84
<i>Secundaria o más</i>		89.4	6.4	4.3	47
Condición Laboral					
<i>Trabaja</i>		91.5	8.5	0.0	106
<i>No trabaja</i>		55.7	24.2	20.1	413
<i>Pensionado</i>		66.7	18.5	14.8	81
Recibe ayuda de Familia					
<i>Si</i>		53.5	25.1	21.4	406
<i>No</i>		86.2	11.1	2.7	189
Consumo de alcohol					
<i>Si</i>		77.3	16.0	6.7	75
<i>No</i>		61.4	21.5	17.1	526
Fumado					
<i>No</i>		60.3	23.1	16.6	373
<i>Si</i>		70.0	16.7	13.3	60
<i>Fumó en el pasado</i>		67.9	17.3	14.9	168
Hace ejercicio					
<i>Si</i>		83.3	10.9	5.8	138
<i>No</i>		57.6	23.6	18.8	462

Cuadro 7
Distribución relativa de personas de acuerdo a Capacidad Funcional
según grupo de edad y sexo.
Costa Rica 2000.

Capacidad Funcional	Hombres				Mujeres			
	<i>65 ó menos</i>	<i>66 - 75</i>	<i>76-85</i>	<i>85 y más</i>	<i>65 ó menos</i>	<i>66 - 75</i>	<i>76-85</i>	<i>85 y más</i>
<i>Alta</i>	77.3	75.0	65.4	31.8	70.5	60.9	44.1	11.1
<i>Intermedia</i>	10.7	17.3	15.4	50.0	16.3	24.1	30.9	33.3
<i>Baja</i>	12.0	7.7	19.2	18.2	13.2	15.0	25.0	55.6
N	75	104	52	22	129	133	68	18

Cuadro 9
Distribución relativa de personas de acuerdo a Estado Nutricional
según grupo de edad y sexo.
Costa Rica 2000.

Estado Nutricional	Hombres				Mujeres			
	<i>65 ó menos</i>	<i>66 - 75</i>	<i>76-85</i>	<i>85 y más</i>	<i>65 ó menos</i>	<i>66 - 75</i>	<i>76-85</i>	<i>85 y más</i>
<i>Bajo peso</i>	4.8	9.4	11.1	11.8	2.5	4.3	1.7	0.0
<i>Normal</i>	38.7	45.8	64.4	64.7	22.7	35.9	57.6	40.0
<i>Sobrepeso</i>	41.9	33.3	22.2	23.5	42.0	38.5	25.4	40.0
<i>Obesidad</i>	14.5	11.5	2.2	0.0	32.8	21.4	15.3	20.0
N	62	96	45	17	119	117	59	10

Cuadro 11
Distribución relativa de personas de acuerdo a Condición de Salud
según grupo de edad y sexo.
Costa Rica 2000.

Condición de Salud	Hombres				Mujeres			
	<i>65 ó menos</i>	<i>66 - 75</i>	<i>76-85</i>	<i>85 y más</i>	<i>65 ó menos</i>	<i>66 - 75</i>	<i>76-85</i>	<i>85 y más</i>
<i>Sano</i>	31.5	30.9	35.4	27.8	14.1	18.1	18.5	7.1
<i>Enfermo</i>	49.3	48.5	39.6	44.4	57.9	43.3	52.3	64.3
<i>Muy enfermo</i>	19.2	20.6	25.0	27.8	28.1	38.6	29.2	28.6
N	73	97	48	18	121	127	65	14

Cuadro 8
Distribución porcentual según Estado Nutricional
para diferentes variables.
Costa Rica 2000.

Variables	Estado Nutricional				<i>N</i>
	<i>Bajo</i>	<i>Normal</i>	<i>Sobrepe</i>	<i>Obesi</i>	
Total	5.5	40.9	35.4	18.2	528
Sexo					
<i>Femenino</i>	3.0	35.1	37.4	24.6	305
<i>Masculino</i>	8.6	49.1	32.7	9.6	220
Grupo edad					
<i>65 ó menos</i>	3.3	28.2	42.0	26.5	181
<i>66- 75</i>	6.6	40.4	36.2	16.9	213
<i>76 - 85</i>	5.8	60.6	24.0	9.6	104
<i>85 y más</i>	10.0	53.3	30.0	6.7	30
Estado Civil					
<i>Unido</i>	4.6	37.6	37.0	20.8	346
<i>Viudo</i>	9.7	54.2	26.4	9.7	72
<i>No unido</i>	5.5	42.7	36.4	15.5	110
Escolaridad					
<i>Ninguno</i>	8.1	41.9	39.5	10.5	86
<i>Primaria incompleta</i>	5.6	43.2	30.8	20.5	322
<i>Primaria completa</i>	4.0	30.3	50.0	15.8	76
<i>Secundaria o más</i>	2.4	40.5	35.7	21.4	42
Condición Laboral					
<i>Trabaja</i>	4.2	59.0	28.4	8.0	95
<i>No trabaja</i>	4.0	34.8	38.7	22.6	354
<i>Pensionado</i>	13.3	48.0	29.3	9.3	75
Recibe ayuda de Familia					
<i>Si</i>	5.8	38.2	37.0	19.1	346
<i>No</i>	4.6	46.8	32.4	16.2	173
Consumo de alcohol					
<i>Si</i>	4.3	44.3	30.0	21.4	70
<i>No</i>	5.5	40.4	36.3	17.8	455
Fumado					
<i>No</i>	3.1	37.0	38.2	21.7	322
<i>Si</i>	18.2	50.9	23.6	7.3	55
<i>Fumó en el pasado</i>	5.4	46.0	33.8	14.9	148
Hace ejercicio					
<i>Si</i>	1.6	50.8	29.0	18.6	124
<i>No</i>	6.5	38.0	37.3	18.3	400

Cuadro 10
Distribución porcentual según Condición de Salud
para diferentes variables.
Costa Rica 2000

Variables	Condición de Salud			N	
	<i>Sano</i>	<i>Enfermo</i>	<i>Muy enfermo</i>		
	Total	22.7	49.4	27.9	563
Sexo					
<i>Femenino</i>		16.2	51.4	32.4	327
<i>Masculino</i>		31.8	46.6	21.6	236
Grupo edad					
<i>65 ó menos</i>		20.6	54.6	24.7	194
<i>66- 75</i>		23.7	45.5	30.8	224
<i>76 - 85</i>		25.7	46.9	27.4	113
<i>85 y más</i>		18.8	53.1	28.1	32
Estado Civil					
<i>Unido</i>		24.7	48.4	26.9	368
<i>Viudo</i>		20.0	45.0	35.0	120
<i>No unido</i>		17.3	61.3	21.3	75
Escolaridad					
<i>Ninguno</i>		28.9	44.4	26.7	90
<i>Primaria incompleta</i>		19.9	51.3	28.8	347
<i>Primaria completa</i>		28.2	41.0	30.8	78
<i>Secundaria o más</i>		22.2	57.8	20.0	45
Condición Laboral					
<i>Trabaja</i>		36.4	47.5	16.2	99
<i>No trabaja</i>		19.1	49.1	31.8	387
<i>Pensionado</i>		23.7	52.6	23.7	76
Recibe ayuda de Familia					
<i>Si</i>		19.8	48.4	31.8	378
<i>No</i>		28.9	52.2	18.9	180
Consumo de alcohol					
<i>Si</i>		35.2	49.3	15.5	71
<i>No</i>		20.9	49.4	29.7	492
Fumado					
<i>No</i>		19.0	50.9	30.1	352
<i>Si</i>		42.9	44.6	12.5	56
<i>Fumó en el pasado</i>		23.9	47.7	28.4	155
Hace ejercicio					
<i>Si</i>		31.8	46.2	22.0	132
<i>No</i>		20.0	50.2	29.8	430

Cuadro 12
Distribución porcentual según Discapacidad Física
para diferentes variables.
Costa Rica 2000.

Variables	Discapacidad Física			N
	<i>Ninguna</i>	<i>Moderada</i>	<i>Alta</i>	
Total	58.8	31.7	9.5	587
Sexo				
<i>Femenino</i>	58.5	33.0	8.5	342
<i>Masculino</i>	59.2	29.8	11.0	245
Grupo edad				
<i>65 ó menos</i>	65.4	31.2	3.5	202
<i>66- 75</i>	63.5	27.9	8.6	233
<i>76 - 85</i>	49.6	35.9	14.5	117
<i>85 y más</i>	20.0	45.7	34.3	35
Estado Civil				
<i>Unido</i>	60.3	31.2	8.6	385
<i>Viudo</i>	52.4	34.7	12.9	78
<i>No unido</i>	61.5	29.0	9.0	124
Escolaridad				
<i>Ninguno</i>	50.0	35.9	14.1	92
<i>Primaria incompleta</i>	56.5	33.5	10.0	361
<i>Primaria completa</i>	68.7	26.5	4.8	83
<i>Secundaria o más</i>	74.5	19.2	6.4	47
Condición Laboral				
<i>Trabaja</i>	70.5	25.7	3.8	105
<i>No trabaja</i>	56.7	33.9	9.4	404
<i>Pensionado</i>	53.3	28.6	18.2	77
Recibe ayuda de Familia				
<i>Si</i>	52.6	36.3	11.1	397
<i>No</i>	72.4	21.6	6.0	185
Consumo de alcohol				
<i>Si</i>	62.2	32.4	5.0	74
<i>No</i>	58.3	31.6	10.0	513
Fumado				
<i>No</i>	59.2	32.3	8.5	365
<i>Si</i>	55.2	37.9	6.9	58
<i>Fumó en el pasado</i>	59.2	28.1	12.8	164
Hace ejercicio				
<i>Si</i>	69.9	23.5	6.6	136
<i>No</i>	55.3	34.2	10.4	450

Cuadro 13
Porcentajes por Deterioro Cognitivo según variables de interés.
Costa Rica 1999.

Variables	Deterioro Cognitivo			<i>N</i>
	<i>Leve</i>	<i>Moderado</i>	<i>Alto</i>	
Total	39.3	44.2	16.4	590
Sexo				
<i>Femenino</i>	39.8	45.3	14.9	342
<i>Masculino</i>	38.7	42.7	18.6	248
Grupo edad				
<i><= 65 años</i>	50.5	41.6	7.9	202
<i>66- 75</i>	40.0	49.8	10.2	235
<i>76 - 85</i>	25.9	44.8	29.3	116
<i>>= 85</i>	16.2	21.6	62.2	37
Estado Civil				
<i>Unido</i>	41.4	46.6	12.0	384
<i>Viudo</i>	33.3	34.9	31.8	80
<i>No unido</i>	38.8	47.5	13.8	126
Escolaridad				
<i>Ninguno</i>	14.0	50.5	35.5	93
<i>Primaria incompleta</i>	38.5	46.4	15.1	364
<i>Primaria completa</i>	53.7	40.2	6.1	82
<i>Secundaria o más</i>	72.3	23.4	4.3	47
Condición Laboral				
<i>Trabaja</i>	50.0	38.7	11.3	106
<i>No trabaja</i>	38.0	44.9	17.1	403
<i>Pensionado</i>	32.5	48.8	18.8	80
Recibe ayuda de Familia				
<i>Si</i>	34.5	44.3	21.2	397
<i>No</i>	49.5	45.2	5.3	188
Consumo de alcohol				
<i>Si</i>	55.4	33.8	10.8	74
<i>No</i>	37.0	45.7	17.3	516
Fumado				
<i>No</i>	39.6	45.9	14.5	366
<i>Si</i>	38.3	45.0	16.7	60
<i>Fumó en el pasado</i>	39.0	40.2	20.7	164
Hace ejercicio				
<i>Si</i>	47.8	44.9	7.3	138
<i>No</i>	36.8	44.1	19.1	451

Cuadro 14
Porcentajes por Estado Anímico según variables de interés. Costa Rica 1999.

Variables	Estado Anímico			<i>N</i>
	<i>Normal</i>	<i>Riesgo</i>	<i>Deprimido</i>	
Total	52.0	37.9	10.1	475
Sexo				
<i>Femenino</i>	48.8	40.5	10.8	279
<i>Masculino</i>	56.6	34.2	9.2	196
Grupo edad				
<i><= 65 años</i>	58.0	32.5	9.5	169
<i>66- 75</i>	52.6	37.5	9.9	192
<i>76 - 85</i>	41.6	46.1	12.4	89
<i>>= 85</i>	44.0	48.0	8.0	25
Estado Civil				
<i>Unido</i>	55.1	35.8	9.0	321
<i>Viudo</i>	46.8	40.4	12.8	94
<i>No unido</i>	43.3	45.0	11.7	60
Escolaridad				
<i>Ninguno</i>	45.2	42.5	12.3	73
<i>Primaria incompleta</i>	49.7	39.3	11.0	290
<i>Primaria completa</i>	55.9	38.2	5.9	68
<i>Secundaria o más</i>	76.2	16.7	7.1	42
Condición Laboral				
<i>Trabaja</i>	66.7	32.2	1.2	323
<i>No trabaja</i>	47.7	39.6	12.7	87
<i>Pensionado</i>	53.9	36.9	9.2	65
Recibe ayuda de Familia				
<i>Si</i>	44.4	42.2	13.4	313
<i>No</i>	67.7	29.1	3.2	158
Consumo de alcohol				
<i>Si</i>	59.0	39.3	1.6	61
<i>No</i>	51.0	37.7	11.4	414
Fumado				
<i>No</i>	50.2	39.7	10.1	297
<i>Si</i>	56.5	32.6	10.9	46
<i>Fumó en el pasado</i>	54.6	35.6	9.9	132
Hace ejercicio				
<i>Si</i>	64.7	30.2	5.2	116
<i>No</i>	47.9	40.4	11.7	359

Cuadro 15
Estadístico Chi cuadrado entre variables e indicadores.
Costa Rica 1999.

VARIABLES e INDICADORES	Indicadores					
	<i>Capacidad Funcional</i>	<i>Estado Nutricional</i>	<i>Condición Salud</i>	<i>Discapacidades</i>	<i>Deterioro Cognitivo</i>	<i>Estado Anímico</i>
<i>Sexo</i>	8.4 *	30.4**	21.0**	1.4	1.4	2.9
<i>Grupo edad</i>	43.3 **	40.8**	4.5	50.5**	96.2**	7.5
<i>Estado Civil</i>	11.3 *	13.5*	8.2*	3.5	27.7**	4.5
<i>Escolaridad</i>	24.1 **	15.9	7.6	13.3*	69.5**	13.6*
<i>Condición Laboral</i>	49.1 **	37.4**	18.0**	14.8**	7.4	14.9**
<i>Recibe ayuda de Familia</i>	63.4 **	3.6	12.0**	20.5**	27.2**	26.7**
<i>Consumo alcohol</i>	8.1*	1.5	10.0**	1.7	9.3*	5.7
<i>Fumado</i>	4.4	33.2**	18.1**	4.2	3.5	1.4
<i>Ejercicio</i>	30.8 **	9.8*	8.7*	9.1**	12.3**	10.8**
<i>Capacidad Funcional</i>		3.9	81.3**	82.7**	44.1**	86.8**
<i>Estado Nutricional</i>			20.9**	7.7	14.3*	20.1**
<i>Estado de Salud</i>				45.0*	8.5*	35.0**
<i>Discapacidades Físicas</i>					26.3**	64.7**
<i>Estado Cognitivo</i>						9.5*
<i>Estado Anímico</i>						

* Significativo al 5%

** Significativo al 1%

Cuadro 16
Porcentaje por dificultades en ADV y AIDV según deterioro cognitivo y
Estado Anímico. Costa Rica 2000.

Actividades	Deterioro Cognitivo		Estado anímico	
	<i>Deterioro Alto</i>	<i>Deterioro Mode/leve</i>	<i>Estado Normal</i>	<i>Deprimido o en riesgo</i>
ADV				
<i>Poner Zapatos</i>	41.2	19.7	14.6	30.3
<i>Movilizarse</i>	32.0	16.0	8.5	24.6
<i>Caminar</i>	25.8	6.9	3.6	14.5
<i>Bañarse</i>	25.8	5.5	2.8	14.0
<i>Usar sanitario</i>	16.5	4.9	1.6	10.1
<i>Comer</i>	13.4	3.0	2.0	6.6
AIDV				
<i>Salir, lugar lejos</i>	47.4	16.8	10.9	32.0
<i>Tomar medicinas</i>	40.2	5.5	3.6	18.4
<i>Quehaceres pesados</i>	20.6	10.3	8.1	15.8
<i>Llamar por teléfono</i>	23.7	7.7	6.9	16.2
<i>Hacer compras</i>	20.6	7.1	3.2	13.2
<i>Manejar su dinero</i>	21.6	4.2	2.8	8.8
<i>Quehaceres ligeros</i>	13.4	5.5	4.1	8.8
<i>Prepar comida</i>	12.4	2.0	1.2	4.8
N	97	493	247	228

GRÁFICOS

Gráfico 1
Proporción de personas con dificultad para ADV según grupo de edad.
Costa Rica 2000

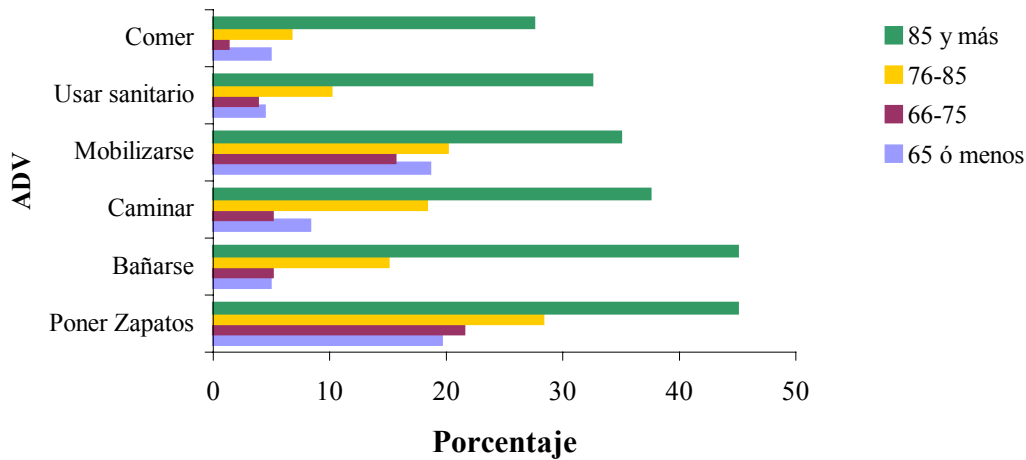


Gráfico 2
Proporción de personas con dificultad para AIDV según grupo de edad.
Costa Rica 2000

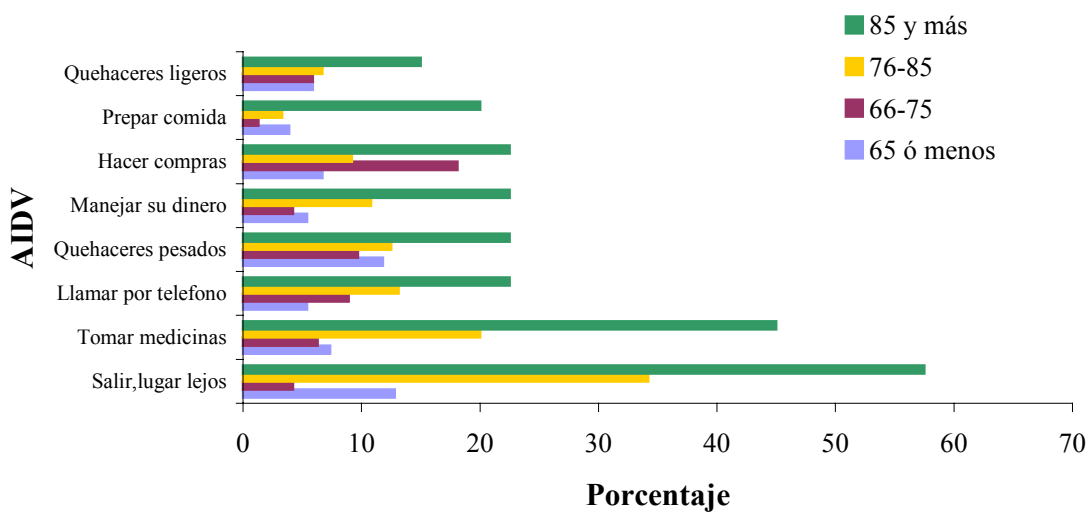


Gráfico 3
Proporción de personas por número de limitaciones o porcentaje según sexo. Costa Rica 2000

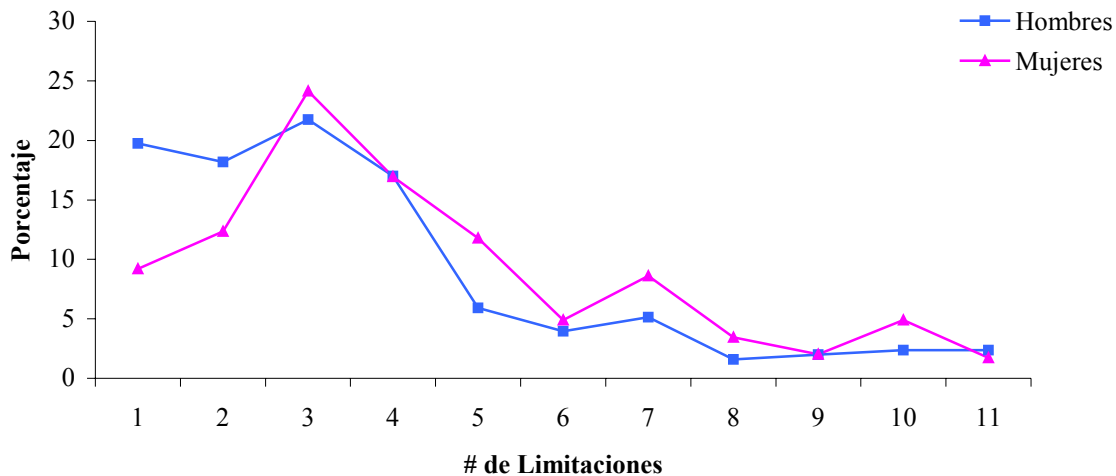


Gráfico 4
Proporción de personas por enfermedad según sexo. Costa Rica 2000

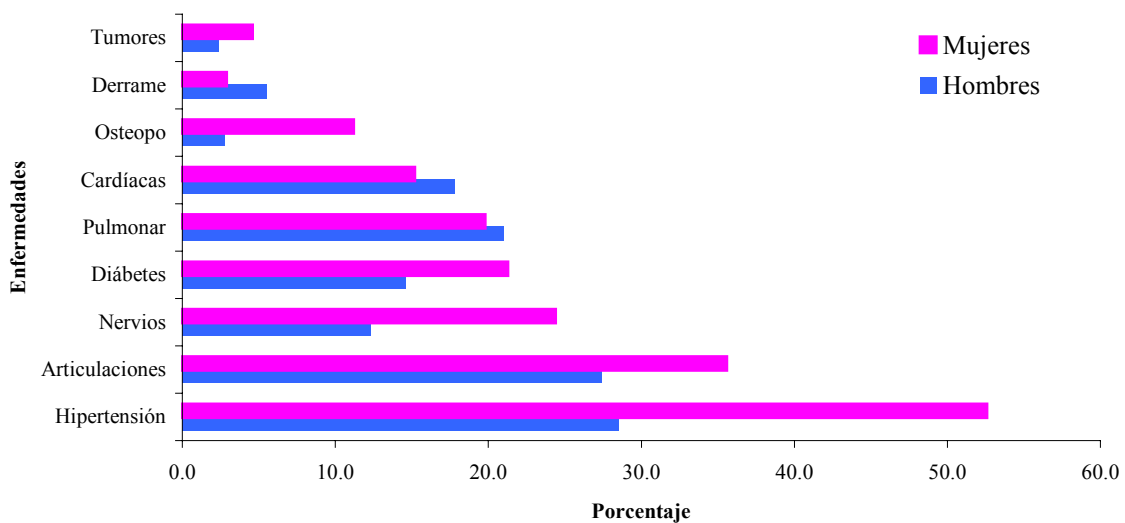


Gráfico 5
Proporción por Capacidad funcional según Deterioro cognitivo.
Costa Rica 2000

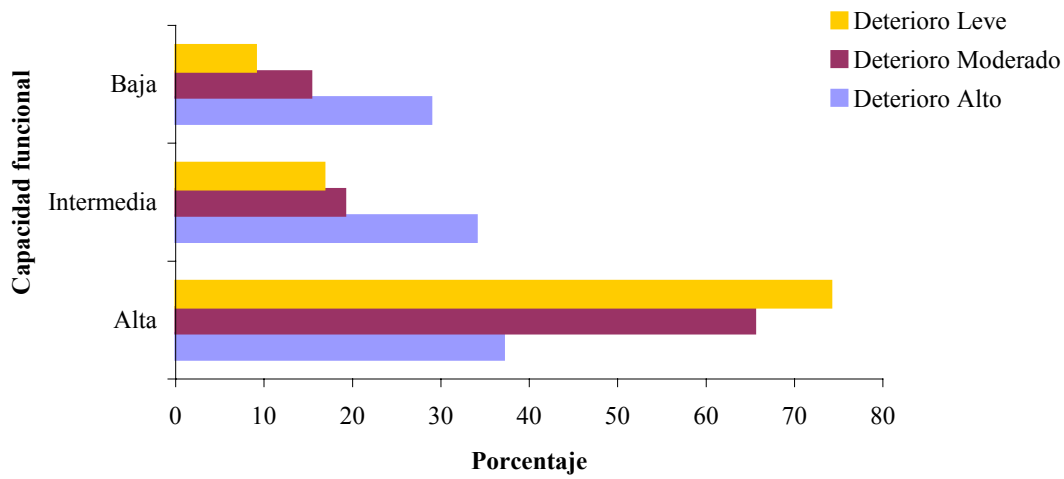


Gráfico 6
Proporción de personas por Capacidad Funcional según Estado Anímico.
Costa Rica 2000

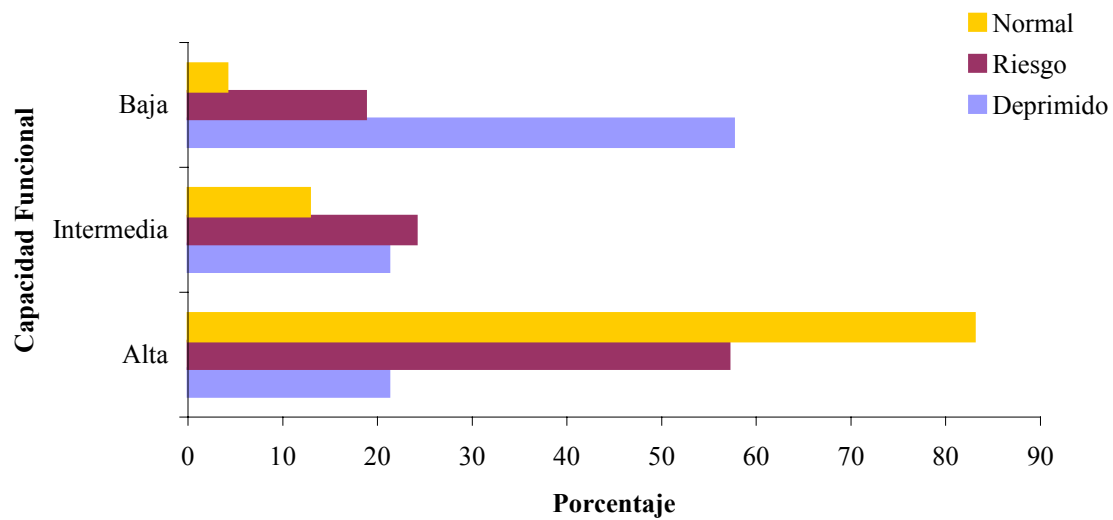


Gráfico 7
Proporción de personas por Condición de Salud según Estado Anímico.
Costa Rica 2000

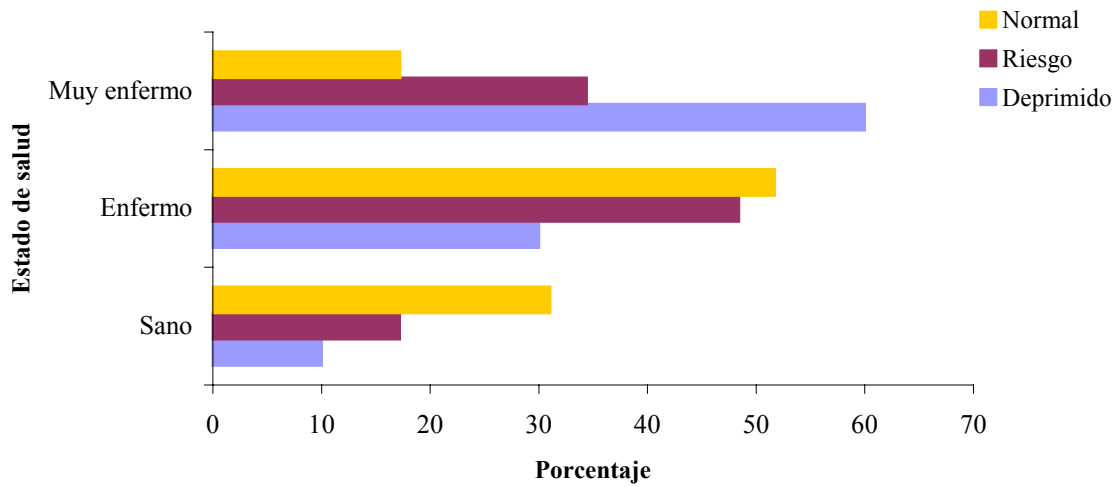


Gráfico 8
Proporción de personas por Discapacidades Físicas según Estado Anímico.
Costa Rica 2000

