

Trabajo Original

Caracterización biopsicosocial del anciano en la comunidad.

Bio - psychosocial characterization of elderly people in a community.

Dra. Tamara Álvarez Gómez¹, Dr. Jorge Enrique Izquierdo Paz¹, Dra. Marisel de la C. Valdes Mijares², Dra. Cristina Cabrera Cabrera³, Dr. Ricardo E. Amurrio Flores⁴, Edwin Giovany Ortiz Rojas⁵

1. Especialista de 1er grado en Gerontología y Geriátrica. Master en Longevidad Satisfactoria. Profesor Asistente.
2. Especialista de 1er grado en Gerontología y Geriátrica. Master en Longevidad Satisfactoria. Profesor Instructor.
3. Especialista de 2do grado en Histología. Master en Longevidad Satisfactoria. Profesor Auxiliar.
4. Especialista de 1er grado en MGI. Residente de Cardiología. Master en Longevidad Satisfactoria.
5. Estudiante de 3er Año de Medicina.

RESUMEN

El envejecimiento poblacional mundial se hace un asunto real y preocupante. En Cuba los adultos mayores representan más del 14 % del total de la población, por lo que se hace necesario conocer más a los ancianos; por lo que el objetivo de este trabajo es caracterizar biopsicosocialmente a los adultos mayores, pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia 24 del Policlínico Docente Celia Sánchez Manduley, de la ciudad de Sancti Spiritus, por no haber estudios previos en dicha área de salud y existir una alta demanda de los servicios hospitalarios por parte de este grupo poblacional. Se realizó un estudio descriptivo transversal, en el período comprendido del 1 de febrero del 2006 al 31 de enero del 2007. La población estuvo conformada por 172 ancianos que representaron la totalidad de adultos mayores pertenecientes al consultorio, porque cumplían con los criterios de inclusión. Los principales resultados mostraron un predominio de las ancianas y del consumo del café y la mayoría estaba poco satisfecho con su calidad de vida. Los ancianos solos predominaron como factor de alto riesgo; la depresión menor, la alteración psicológica más frecuente; la Hipertensión Arterial y las enfermedades osteodegenerativas prevalecieron, siendo los servicios de atención secundaria los de mayor aceptación.

DeCS: ANCIANO SERVICIOS DE SALUD PARA ANCIANOS.

ABSTRACT

The aging of the world population has become a real and disturbing fact. In Cuba the elderly people represent more than 14% of the overall population, therefore it becomes necessary to know these people better. So, the objective of this work is to characterize from the biological and psychosocial points of view the elderly people belonging to the Family Doctor's Clinic # 24 of the Celia Sánchez Manduley Teaching Polyclinic of the city of Sancti Spíritus because there were no previous studies in this health area and there was a high demand of hospital services on the part of this population of patients. A cross-sectional descriptive study was made in the period from February 1 of 2006 to January 31 of 2007. The population was made up of 172 old men that represented the total of elderly people belonging to the clinic, because they fulfilled the inclusion approaches. The main results showed a prevalence of elderly women and coffee intake and most of them were a little satisfied with their quality of life. The elderly men living alone prevailed as a factor of high risk; minor depression was the most frequent psychological disorder. Hypertension and osteodegenerative diseases prevailed, with secondary care services being the ones with the greatest acceptance.

MeSH: AGED HEALTH SERVICES FOR THE AGED.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es la transformación de cualquier aspecto de la realidad que acontece en el proceso de interacción con el medio. El número de personas que en el mundo rebasa la edad de 60 años, aumentó en el siglo XX de 400 millones en la década del 50, a 700 millones en la década del 90; estimándose que para el año 2025 existirán alrededor de 1 200 millones de ancianos (1,2,3).

En Cuba, los adultos mayores representan más del 14 % del total de la población, la relación más alta entre los países latinoamericanos, y se estima que dentro de 20 años uno de cada cuatro habitantes sobrepasará los 60 años de edad. Sancti Spíritus cuenta con un 17.0 % de población geriátrica, superada solo por las provincias de Villa Clara (18.7 %) y Ciudad de la Habana (17.7 %) y la esperanza de vida en Cuba se ha elevado a 76 años de edad (4,5). El interés de este trabajo está centrado en la alta demanda de servicios hospitalarios por parte de los ancianos. En el Archivo de Estadísticas del Hospital Provincial Universitario Camilo Cienfuegos se evidenció que los gerontes pertenecientes al Policlínico Docente Celia Sánchez Manduley eran los más favorecidos con este servicio, específicamente con mayor frecuencia los ancianos pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia 24, lo cual motivó a realizar la investigación, siendo el objetivo de esta: caracterizar biopsicosocialmente a los adultos mayores pertenecientes a este Consultorio Médico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal para la caracterización biopsicosocial de los ancianos pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia 24. Se escogió el período comprendido del 1 de febrero del 2006 al 31 de enero del 2007.

Población de estudio – 172 adultos mayores.

Criterios de inclusión –Se incluyeron los de 60 años y más que aceptaron colaborar con el trabajo
Criterios de exclusión – Ancianos con demencia moderada o severa, que no colaborarán con el estudio.

Se utilizaron las variables edad , sexo , hábitos tóxicos, ancianos alto riesgo o frágiles, alteraciones psicológicas (según la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage se clasificaron en depresión menor de 10 a 14 puntos y depresión mayor más de 14 puntos, el Test de K. Hasegawa y Minimental State Examination se utilizaron en el diagnóstico de estados demenciales), enfermedades crónicas no transmisibles y calidad de vida.

Las actividades de la vida diaria se evaluaron a través del Índice de Katz. Se le aplicó la encuesta epidemiológica (Anexo1), elaborada en 1999 por el Centro Iberoamericano para la Tercera Edad.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra la estructura por grupos de edades y sexo de los ancianos estudiados, predominaron los femeninos (57.5 %) a expensas del grupo de 80 a 89 años , el porcentaje de varones disminuyó con la edad, excepto en el grupo de 90 años y más donde llegó a representar el 60.0 %. En el análisis por edad de la presencia de hábitos tóxicos(tabla 2), el consumo de café fue el más frecuente en los adultos mayores con un 92.4 % de consumidores, apreciándose una disminución en el grupo de 90 años y más, el hábito de fumar se apreció en el 56.4 % de los encuestados, mientras que el consumo de alcohol fue solo de un 2.3 %. Los adultos mayores de alto riesgo se representaron en la tabla 3, donde aquellos que viven solos y los impedidos físicos representaron los mayores porcentajes con 8.1 % y 7.6 %, respectivamente, a expensas de los grupos de 70 a 79 años y de 80 a 89 años con 17.0 % y 13 % en los ancianos solos, y a partir de los 80 años en los impedidos físicos. Las alteraciones psicológicas de la muestra estudiada se reflejan en la tabla 4 en las distintas edades. La depresión menor fue la alteración más frecuente en el total de casos estudiados, alcanzando el mayor porcentaje (80.8 %) en el grupo de 70 a 79 años, la demencia tuvo un total de 13 enfermos que representó el 7.6 %; mientras que la depresión mayor representó solo el 1.2 %. Al analizar los problemas de salud más frecuentes por grupos de edades (tabla 5), se encontró la Hipertensión Arterial (HTA) y las enfermedades del sistema osteomioarticular como las de mayor prevalencia con 59,6 % y 59.3 %, respectivamente. La Diabetes Mellitus (25.6 %) y los accidentes vasculares encefálicos (22.1 %) tuvieron una presentación similar y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) representó el 20.1 % de los ancianos estudiados, con un predominio en las edades entre 70 a 79 años. La utilización de los servicios médicos y su relación con la edad se representan en la tabla 6 , en ella se pudo apreciar que el 90.7 % de los ancianos encuestados acudían a la atención hospitalaria de urgencia, siendo el grupo de 60 a 69 años el más beneficiado con este servicio. El 8.1 % de los gerontes fueron atendidos por el médico de la familia y en relación al grupo de edades fue aumentando su porcentaje a medida que avanza la edad , representando el 20 % en los longevos. Solo el 1.2 % fueron atendidos por el GBT del policlínico y ninguno usó el Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica (EMAG). Se analiza en la tabla 11 la calidad de vida de los adultos mayores en relación con la edad, donde se observó que la condición de poco satisfecho mostró un predominio con 97, para un 56.4 % a expensas del grupo de 90 años y más donde representó el 70 %. La condición de satisfecho representó el 38.4 %; mientras que la de insatisfecho fue solo de 5.2 % con 66 y 9 adultos mayores, respectivamente.

DISCUSIÓN

La mujer anciana presenta una expectativa de vida mayor que el hombre, superándolo en 6 años, Guallar – Castillon y Banegas en sus estudios de calidad de vida, de acuerdo con el sexo, realizados en la población geriátrica española mostraron resultados semejantes a los aquí encontrados (6,7). El consumo de café presentó una mayor aceptación, pero disminuyó notablemente en el grupo de 90 años y más, lo que guarda relación con el deterioro del estado de salud de los gerontes (8). El hábito de fumar se presentó semejante a otras poblaciones estudiadas (9,10,11); sin embargo, otros reportes en España hallaron porcentajes

inferiores (6,7). Los ancianos solos siguen siendo una problemática a nivel mundial, Julio Romero comentó la importancia que se le deben dar a los ancianos frágiles, abordando la fragilidad como punto de corte en la Geriátrica (12). Otros datos similares a los aquí reflejados se comentan por Landefeld y Bliss (13,14), siendo las causas principales de soledad la viudez y falta de apoyo familiar (12). La Depresión, considerándose la alteración psicológica más frecuente en los ancianos que puede representar hasta el 95 % (15,16,17), mientras que en la demencia no se encontró diferencias en comparación con reportes nacionales e internacionales, definiéndola como uno de los primeros problemas que debe enfrentar el siglo XXI (18,19). La HTA se mostró con resultados similares a otros estudios (6,7,21), varias publicaciones en China, Japón y Sri Lanka revelan la alta prevalencia de la HTA en las poblaciones geriátricas, a pesar de los alimentos sanos que consumen (22,23,24), mientras que las enfermedades del SOMA han demostrado tener una alta prevalencia en la ancianidad (8,26,27). En la actualidad la explosión demográfica que ha ocurrido, con un aumento creciente de los adultos mayores, provoca que este grupo poblacional acuda con alta frecuencia a los servicios de atención médica y requiera más ingresos hospitalarios por la pluripatología que presentan, publicaciones cubanas y extranjeras comentan semejantes resultados (1, 2, 6, 28, 29).

La calidad de vida denota una referencia integral de las necesidades básicas humanas, en estrecha relación con el estado de salud, lo cual puede explicar que la condición de poco satisfecho haya sido mayoría, esto puede obedecer a que los senescentes, producto del mismo envejecimiento, comienzan a presentar una serie de afecciones físicas, psicológicas y sociales que aparejado al envejecimiento modifican su calidad de vida (6, 7, 30, 31).

CONCLUSIONES

Hubo un predominio de las ancianas y del consumo del café y la mayoría estaba poco satisfecha con su calidad de vida por la soledad, la falta de apoyo familiar y la pluripatología que presentaban. Los ancianos solos predominaron como factor de alto riesgo, siendo la depresión menor la alteración psicológica más frecuente. La Hipertensión Arterial y las enfermedades osteodegenerativas prevalecieron, siendo los servicios de atención secundaria los de mayor aceptación, por la cantidad de enfermedades crónicas no transmisibles que presentaban los ancianos y el desconocimiento, por parte de ellos y de sus familiares, de los servicios disponibles en la Atención Primaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez A, Álvarez L. Repercusiones del envejecimiento de la población cubana en el sector salud. *Rev Cubana Salud Pública* 2006; 32(2).
2. Alonso P, Sansó F, Díaz-Canel A. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor *Rev. Cubana Salud Pública* 2007. ene-mar 33(1).
3. Holguín R. Envejecimiento activo .*Rev. Buena Salud. México.* 2005. p.1-2.
4. Agencia Inform. Latinoamericana .Analizarán en Cuba envejecimiento poblacional. Nov.2006
5. MINSAP/ Sect. Prov. Salud. Anuario estadístico. Sancti Spiritus. Monografía 2006.
6. Garcia EL, Banegas JR, Perez-Regadera AG. Social network and health-related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. *Qual Life Res.* 2005 mar;14(2):511-20.
7. Guallar-Castillon P, Sendino AR, Banegas JR. Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain. *Soc Sci Med.* 2005 mar;60(6):1229-40.
8. Goebeler S, Jylha M, Hervonen A. Self-reported medical history and self-rated health at age 90. Agreement with medical records. *Aging Clin Exp Res.* 2007 jun;19(3):213-9.
9. Martin LR, Friedman HS. Personality and mortality risk across the life span: the importance of conscientiousness as a biopsychosocial attribute. *Health Psychol.* 2007 jul; 26(4):428-36.
10. García MA. Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo. Un análisis conceptual. *Rev. Digital. Buenos Aires* 2003; 8.
11. Schumacher K, Beck CA, Marren JM. .FAMILY CAREGIVERS: caring for older adults, working with their families. *Am J Nurs.* 2006 aug;106(8):40-9 .
12. Romero J. La Fragilidad como punto de corte en Geriátria. *Rev. Geriatrika* 2006; 22(2):42-6.
13. Landefeld CS. Care of hospitalized older patients: opportunities for hospital-based physicians. *J Hosp Med.* 2006 Jan;1(1):42-7.
14. Bliss MR. The rationale for sitting elderly patients in hospital out of bed for long periods is medically unsubstantiated and detrimental to their recovery. *Med Hypotheses.* 2004;62(4):471-8.
15. Mehta M, Whyte E, Lenze E. Depressive symptoms in late life: associations with apathy, resilience and disability vary between young-old and old-old. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2007 Aug 6.
16. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand.* 2006 May; 113(5):372-87.
17. Zarzosa M, Castro E. ¿Sabemos qué significa envejecer? *Rev. Geriatrika.* 2006; 55-9.
18. Gareri P, De Fazio P, Cotroneo A, Lacava R. Anticholinergic drug-induced delirium in an elderly Alzheimer's dementia patient. *Arch Gerontol Geriatr.* 2007;44 Suppl 1:199-206.
19. Anpalahan M, Gibson SJ. Geriatric syndromes as predictors of adverse outcomes of hospitalization. *Intern Med J.* 2007 Jun 2.
20. Caplan GA, Coconis J, Board N, Sayers A.. Does home treatment affect delirium? A randomised controlled trial of rehabilitation of elderly and care at home or usual treatment (The REACH-OUT trial). *Age Ageing.* 2006 Jan;35(1):53-60.
21. Klocek M, Kawecka-Jaszcz K. [Quality of life in patients with essential arterial hypertension. Part II: The effect of clinical factors]. 2003;60(2):101-6.
22. Chien KL, Hsu HC, Sung FC. Incidence of hypertension and risk of cardiovascular events among ethnic Chinese: report from a community-based cohort study in Taiwan. *J Hypertens.* 2007 Jul;25(7):1355-61.
23. Li W, Liu L..Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in patients attending hospital clinics in China. *J Hypertens.* 2005 Sep;23(9):1667-76.
24. Wijewardene K, Mohideen MR, Mendis S, Fernando DS. Prevalence of hypertension, diabetes and obesity: baseline findings of a population based survey in four provinces in Sri Lanka. *Ceylon Med J.* 2005 Jun;50(2):62.
25. Milisen K, Staelens N, Schwendimann R, De Paepe L. Fall prediction in inpatients by bedside nurses using the St. Thomas's Risk Assessment Tool in Falling Elderly Inpatients (STRATIFY) instrument: a multicenter study. *J Am Geriatr Soc.* 2007 May;55(5):725-33.

26. Williams TA, King G, Hill AM, Rajagopal M. Evaluation of a falls prevention programme in an acute tertiary care hospital. *J Clin Nurs*. 2007 Feb;16(2):316-24.
 27. López-Hernández N, García A, Sánchez J. Retraso extrahospitalario e intrahospitalario en el tratamiento del ictus. *Rev. Neurol*. 2005; 40(9).p.531-6.
 28. Griffiths P, Sironi C. Care needs and point prevalence of post-acute patients in the acute medical wards of an Italian hospital. *Int J Nurs Stud*. 2005 Jul;42(5):507-12.
 29. Banegas JR, Lopez-Garcia E, Graciani A, Guallar-Castillon P. Relationship between obesity, hypertension and diabetes, and health-related quality of life among the elderly. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2007 Jun;14(3):456-62.
 30. Landi F, Onder G, Russo A, Bernabei R. Pressure ulcer and mortality in frail elderly people living in community. *Arch Gerontol Geriatr*. 2007; 44 Supl 1:217-23.
-

ANEXOS

ENCUESTA

Nombres y apellidos Edad Sexo Raza Estado civil

ESTADO DE SALUD - En general cómo considera su estado de salud

1. Muy bueno - Bueno - Regular - Malo - No sabe - No refiere

En caso de presentar enfermedad, especifíquela

1. Diabetes mellitus - Depresión
2. Hipertensión arterial - Demencia
3. Cardiopatía isquémica - Alteraciones de la visión
4. Accd. vascular encefálico - Otros
5. Enfermedad Pulmonar Obstr. Crónica

En qué frecuencia fuma Usted

- Nunca - 1 ó 2 a la semana - Un cigarro diario - 2 a 5 al día - Más de 5 al día - No sabe - No refiere

Con qué frecuencia bebe Usted

- Nunca - 1 ó 2 copas a la semana - Una copa todos los días
- De 2 a 5 copas al día - Más de 5 - No sabe - No refiere

Cuando está enfermo y requiere atención médica, a quién recurre

1. No consulta - Policlínico ó médico de la familia
2. Hospital - Enfermería
3. Curandero ó yerbero - Farmacéutico
4. No sabe - No refiere

En el último año cuántas veces ha utilizado de consulta externa (consultorio)

1. Ninguna vez - Ninguna opción
2. Una vez - No sabe
3. Más de cinco veces - No refiere

En el último año, cuántas veces ha ingresado en el hospital

1. Ninguna vez - Más de 5 veces
2. Una vez - No sabe
3. De 2 a 5 veces - No refiere

A continuación se enlistan algunas de las fuentes de ingreso monetarios, indique de cuál provienen sus ingresos

1. Jubilación ó pensiones - Inversiones - Dinero de cónyuge o conviviente
2. Dinero de hijos - Dinero de otros familiares

3. Dinero de otras personas -Beneficencia pública - Ninguna opción

Qué tipo de pensión recibe Usted

1. Por vejez - Por años de servicio - Por invalidez
2. Por viudez - Otras - No sabe - No refiere

En la actualidad que tan satisfecho está usted con su vida en general

1. Muy insatisfecho - Insatisfecho - Muy satisfecho
2. Satisfecho - No sabe - No refiere

En la actualidad su situación económica le permite satisfacer sus necesidades básicas de vivienda, salud, alimentos, ropa y transporte

1. Muy mal - Mal - Regular - Bien - Muy bien - No sabe - No refiere

En la actualidad señale cuál es el grado de satisfacción que Usted tiene en relación a las necesidades (MS - Muy satisfecho S - Satisfecho MI - Muy insatisfecho I - Insatisfecho)

- Situación económica - Necesidad de ropa
- Situación de salud - Necesidad de tipo social (familiar)
- Necesidad de vivienda - Necesidad de transporte
- Necesidad de alimentación - Necesidad de otro tipo

Cómo Usted calificaría las relaciones de las personas que conviven en su hogar

- - Armoniosas - Inestables - Conflictivas - No sabe - No refiere

En su hogar se toman en cuenta sus opiniones

1. Siempre - Casi siempre - A veces - Casi nunca - Nunca - No refiere

Practica Usted ó ayuda en las labores de su hogar

- - Si - No - A veces - No sabe - No refiere

Le satisface seguir conviviendo en su núcleo familiar - Si - No

De las siguientes actividades, cuáles realiza habitualmente

- Escuchar radio - Visitar a familiares y amigos - Ver TV - Coser, bordar
- Leer periódicos y novela - Eventos deportivos - Ninguna opción

Tabla 1: Relación del sexo según la edad .Policlínico Docente Celia Sánchez Manuley. CMF 24. 1 Febrero 2006 - 31 Enero 2007.

Grupo de edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
60-69	44	51.2	42	48.8	86	50.0
70-79	15	31.9.	32	68.1	47	27.3
80-89	8	27.5	21	72.5	29	16.9
90 y más	6	60.0	4	40.0	10	5.8
Total	73	42.5	99	57.5	172	100

Tabla 2: Distribución de los Hábitos tóxicos según grupo de edades. Policlínico Docente Celia Sánchez Manduley. CMF 24. 1 Febrero 2006 - 31 Enero 2007.

Grupo de edades	Hábitos tóxicos					
	Café		Fumar		Alcohol	
	N	%	N	%	N	%
60-69 n=86	81	94.2	54	62.8	3	3.5
70-79 n=47	43	91.5	31	65.9	1	2.1
80-89 n=29	27	93.1	10	34.5	0	0
90 y más n=10	8	80.0	2	20.0	0	0
Total n=172	159	92.4	97	56.4	4	2.3

Tabla 3: Relación de los Ancianos Alto Riesgo. Policlínico Docente Celia Sánchez Manduley. CMF 24. 1 Febrero 2006 - 31 Enero 2007.

Grupo de edades	Ancianos Alto Riesgo (AAA)							
	Ancianos solos		Impedido Físico		Impedido Mental		Anc. encamado	
	N	%	N	%	N	%	N	%
60-69 n=86	2	2.3	0	0	1	1.2	0	0
70-79 n=47	8	17.0	3	6.4	3	6.4	2	4.3
80-89 n=29	4	13.8	4	13.8	5	17.2	2	6.9
90 y más n=10	0	0	6	60.0	2	20.0	3	30.0
Total n=172	14	8.1	13	7.6	11	6.4	7	4.1

Tabla 4: Relación de las alteraciones psicológicas más frecuentes. Policlínico Docente Celia Sánchez Manduley. CMF 24 .1 Febrero 2006 - 31 Enero 2007.

Grupo de edades	Principales alteraciones psicológicas					
	Depresión menor		Depresión mayor		Demencia	
	N	%	N	%	N	%
60-69 n=86	53	61.6	0	0	1	1.2
70-79 n=47	38	80.8	2	4.2	3	6.4
80-89 n=29	21	72.4	0	0	3	10.3
90 y más n=10	3	30.0	0	0	6	60.0
Total n=172	115	66.9	2	1.2	13	7.6

Tabla 5: Distribución de los Problemas de salud según grupos de edades .Policlínico Docente Celia Sánchez Manduley. CMF 24. 1 Febrero 2006 - 31 Enero 2007.

Grupo de edades	Problemas de Salud más frecuentes											
	HTA		Enfermedades del SOMA		Cardiopatía isquémica		Diabetes mellitus		EPOC		AVE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
60-69 n=86	53	61.6	63	73.2	2	2.3	24	27.9	8	9.3	8	9.3
70-79 n=47	26	55.3	23	48.9	5	10.6	7	14.9	23	48.9	13	27.7
80-89 n=29	9	31.0	7	24.1	17	58.6	11	37.9	4	13.8	14	48.2
90 y más n=10	3	30.0	9	90.0	2	20.0	2	20.0	1	10.0	3	30.0
Total n=172	91	52.9	102	59.3	26	15.1	44	25.6	36	20.1	38	22.1

Tabla 6: Distribución de la Utilización de los Servicios médicos. Policlínico Docente Celia Sánchez Manduley. CMF 24. Febrero 2006 - 31 Enero 2007.

Grupo de edades	Utilización de los Servicios médicos									Total	
	CMF		Atenc. Hospit. Urgencia		EMAG		GBT del Policlínico				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
60-69	3	3.5	83	96.5	0	0	0	0	86	50.0	
70-79	6	12.8	41	87.2	0	0	0	0	47	27.3	
80-89	3	10.3	24	82.7	0	0	2	6.9	29	16.9	
90 y más	2	20.0	8	80.0	0	0	0	0	10	5.8	
Total	14	8.1	156	90.7	0	0	2	1.2	172	100	

Tabla 7: Relación de la Calidad de vida según grupo de edades. Policlínico Docente Celia Sánchez Manduley. CMF 24 .1 Febrero 2006 - 31 Enero 2007.

Grupo de edades	Calidad de vida						Total	
	Satisfecho		Poco satisfecho		Insatisfecho			
	N	%	N	%	N	%	N	%
60-69	32	37.2	51	59.3	3	3.5	86	50.0
70-79	21	44.7	25	53.2	1	2.1	47	27.3
80-89	12	41.4	14	48.3	3	10.3	29	16.9
90y más	1	10.0	7	70.0	2	20.0	10	5.8
Total	66	38.4	97	56.4	9	5.2	172	100