



Población y Salud en Mesoamérica

E-ISSN: 1659-0201

revista@ccp.ucr.ac.cr

Universidad de Costa Rica

Costa Rica

Cáceres Rodas, Rhina Ivette

Estado de salud, físico y mental de los adultos mayores del área rural de Costa Rica, 2000

Población y Salud en Mesoamérica, vol. 1, núm. 2, enero-junio, 2004, p. 0

Universidad de Costa Rica

San José, Costa Rica

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44601203>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## **Estado de salud, físico y mental de los adultos mayores del área rural de Costa Rica, 2000**

*Rhina Ivette Cáceres Rodas<sup>1</sup>*

### **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 tuvo como objetivo describir la situación de los adultos mayores de el área rural de Costa Rica, en algunos 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.

### **1.- 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

---

<sup>1</sup> Master en Población y Salud, Universidad de Costa Rica. Licenciada en Nutrición, Universidad Evangélica de El Salvador

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).<sup>2</sup>

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.

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)

---

<sup>2</sup> Calculado con datos del Centro Centroamericano de Población (CCP). <http://ccp.ucr.ac.cr>

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.

## **2.- METODOLOGÍA.**

### **2.1 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 tuvo 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.

### **2.2 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 variables como: edad, sexo, estado conyugal, escolaridad, condición laboral y el recibir ayuda de parte de la familia.

### **2.3 Procedimientos**

#### ***2.3.1 Capacidad Funcional.***

La capacidad funcional entiende como la habilidad de la persona de realizar de manera independiente las acciones de su vida cotidiana. Con este indicador se evalúa la habilidad de realizar tres tipos de actividades.

- 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.
- 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.

- 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
- *Capacidad Funcional Intermedia* : 5 a 8 dificultades
- *Capacidad Funcional Baja* : 9 o más limitaciones.

### **2.3.2 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 OMS<sup>3</sup> :

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

### **2.3.3 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 de 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, nausea persistente, transpiración excesiva o sed persistente.

---

<sup>3</sup> Report of a WHO consultation on obesity. 1997.

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

#### **2.4 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 cómo 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, tragiar, hablar, molestias al comer, limitaciones en el consumo de algunos alimentos y necesidad de medicamentos para molestias en boca y dentadura.

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.

#### **2.5 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.

#### **2.6 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 .

## 2.7 Otras variables

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

- Sexo
- Edad. Se formaron 4 grupos 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 (as) y Viudo (a).
- 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, por lo que estas en la variable de condición laboral fueron incorporadas en la categoría de “No trabaja”
- Recibe Ayuda. Respuesta a la pregunta sobre si recibe cualquier tipo de ayuda por parte de la familia.

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 elaborados para este estudio.

Este trabajo fue realizado utilizando el paquete estadístico STATA 7.0.

## 3. RESULTADOS.

### 3.1 Características Generales

La muestra de población está 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.

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%.

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%).

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.

### **3.2 Capacidad funcional**

#### **3.2.1      *Actividades del diario vivir.(ADV)***

El 66% del total de personas, no presentan ninguna dificultad en ADV. La actividad 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%). El porcentajes de personas con dificultad en ADV aumenta con la edad.

#### **3.2.2      *Actividades Instrumentales del diario vivir. (AIDV)***

El 64.7% de las personas desarrollan las AIDV sin dificultad. 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 . 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.

#### **3.2.3      *Otras Actividades***

En estas 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.

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 todas estas actividades el porcentaje de mujeres con dificultad es más alto que los hombres.

### **3.2.4      *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 cuatro para los hombres y cinco 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 1 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. 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 (de personas con capacidad funcional alta) disminuye en mayor magnitud.

De acuerdo a la condición laboral, se obtuvo que las personas que actualmente trabajan son las que tienen mayor porcentaje de alta capacidad funcional (91.5%).

De las personas que reciben ayuda de sus familiares el 21.4% tiene baja capacidad funcional, este porcentaje es de 2.7 en quienes no cuentan con dicha ayuda.

En el cuadro 8 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 y recibir ayuda.

### **3.3 Estado nutricional**

Respecto a las condiciones del estado nutricional, el promedio de peso para los hombres es de 64 Kg. y de 60 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 2 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 las 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 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%.

En el cuadro 8 se presentan el estadístico de asociación (chi Cuadrado), entre las variables independientes y el estado nutricional. Según esta prueba, existe asociación entre el estado nutricional y variables como sexo, edad y condición laboral.

### **3.4 Condición de Salud**

El 77.3 % de los encuestados declaró padecer al menos una de las enfermedades en estudio . 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 1 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 es menor que el porcentajes de hombres que se ubican en esta, lo que repite para todos los grupos de edad (cuadro 3). En el cuadro 4 se presentan la combinación de variables con el indicador del estado de salud.

Aunque 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.

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 deficiente 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.

El estado de salud resultó según la prueba de chi cuadrado asociado a variables como sexo, estado conyugal, condición laboral y recibir ayuda de familiares (cuadro 8).

### **3.5 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 5 se presentan los resultados de la combinación del indicador de discapacidades físicas y otras variables.

Según sexo no parece haber diferencias importantes en este indicador. El porcentaje de personas que no presentan discapacidad, 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%.

Entre quienes actualmente trabajan, el 70.5% no presentan discapacidad, este porcentaje es de 56.7% en los que no trabajan y 53.3% en pensionados.

Entre quienes no reciben ayuda de familiares es mayor el porcentaje sin discapacidad (72.4%). Según la prueba realizada hay asociación entre el indicador de discapacidad física y variables como edad, escolaridad, condición laboral y recibir ayuda de la familia. (Cuadro 8).

### **3.6 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. El puntaje disminuye cuando aumenta la edad.

El 16.4% de las personas presentó un deterioro cognitivo severo, el 44.2% moderado y el 39.3% leve. En el cuadro 6 se presentan las categorías de deterioro cognitivo según diferentes variables independientes.

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%.

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.

Según la prueba de chi cuadrado el deterioro cognitivo sin controlar otras variables, esta asociado a la edad, escolaridad, estado conyugal y recibir ayuda de la familia.(Cuadro 8)

### **3.7 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 7 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.

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% .

De acuerdo a la prueba de asociación de las variables en estudio el estado de animo esta asociado a la escolaridad, condición laboral y recibir ayuda. (Cuadro 8).

### **3.8 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 9 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 animo.

En general, un mayor deterioro cognitivo esta asociado a una menor capacidad funcional y esta con un estado anímico depresivo.

El estado anímico esta relacionado además con el estado de salud y la presencia de discapacidades físicas.

En el cuadro 8 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 con capacidad funcional y estado nutricional con discapacidades físicas.

#### **4. 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 determinar 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 lo que promueve una mayor ayuda ya sea económica ó en atenciones por parte de los familiares.

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 si 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 progresiva de peso que podría ser juzgada como normal o no dependiendo de la magnitud de la disminución.

Los resultados obtenidos en este trabajo, coinciden con los obtenidos en un estudio realizado en México<sup>4</sup>, 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 está 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 Board<sup>5</sup> 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.

---

<sup>4</sup> Alemán,H.; Esparza,J.;Valencia,M.;1998

<sup>5</sup> 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 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 obtenido 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.

En esta encuesta (SABE), 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) está determinada más por factores ambientales, genéticos, de estilo de 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 el 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. 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%).

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 esta 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 si 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 esta 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 las 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).

#### 4. REFERENCIAS

##### 4.1 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.9<sup>a</sup> 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 Subcomité 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. Nutr Rev 52:S11, 1994.
21. Stensland,S.; Margolis,S. Simplifying the calculation of body mass index for quick reference. 1990.

#### 4.2 Referencias Consultadas

1. Camiña,F.; Cancela,J.; Romo,V. Pruebas para evaluar la condición física en ancianos (batería ECFA): su fiabilidad. Revista Española de Geriatría 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 tendencias 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 epidemiológicas. 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.

## CUADROS

**Cuadro 1**  
**Distribución de personas según Capacidad Funcional para diferentes variables. Costa Rica 2000.**

<b>Variables</b>	Total	<b>Capacidad Funcional</b>			<b>N</b>
		<b>Alta</b>	<b>Intermedia</b>	<b>Baja</b>	
<b>Sexo</b>					
<i>Femenino</i>	58.6	23.0	18.4	348	
<i>Masculino</i>	70.0	17.8	12.3	253	
<b>Grupo edad</b>					
<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	
<b>Estado Civil</b>					
<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	
<b>Escolaridad</b>					
<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	
<b>Condición Laboral</b>					
<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	
<b>Recibe ayuda de Familia</b>					
<i>Si</i>	53.5	25.1	21.4	406	
<i>No</i>	86.2	11.1	2.7	189	

**Cuadro 2**  
**Distribución porcentual según Estado Nutricional**  
**para diferentes variables. Costa Rica 2000.**

<b>Variables</b>	<b>Estado Nutricional</b>				<b>N</b>
	<b>Bajo</b>	<b>Normal</b>	<b>Sobrepe</b>	<b>Obesi</b>	
Total	<b>5.5</b>	<b>40.9</b>	<b>35.4</b>	<b>18.2</b>	<b>528</b>
<b>Sexo</b>					
<i>Femenino</i>	3.0	35.1	37.4	24.6	305
<i>Masculino</i>	8.6	49.1	32.7	9.6	220
<b>Grupo edad</b>					
<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
<b>Estado Civil</b>					
<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
<b>Escolaridad</b>					
<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
<b>Condición Laboral</b>					
<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
<b>Recibe ayuda de Familia</b>					
<i>Si</i>	5.8	38.2	37.0	19.1	346
<i>No</i>	4.6	46.8	32.4	16.2	173

**Cuadro 3**  
**Distribución relativa de personas de acuerdo a Condición de Salud**  
**según grupo de edad y sexo. Costa Rica 2000.**

<b>Condición de Salud</b>	<b>Hombres</b>				<b>Mujeres</b>			
	65 ó menos	66 - 75	76-85	85 y más	65 ó menos	66 - 75	76-85	85 y más
<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
<b>N</b>	<b>73</b>	<b>97</b>	<b>48</b>	<b>18</b>	<b>121</b>	<b>127</b>	<b>65</b>	<b>14</b>

**Cuadro 4**  
**Distribución porcentual según Condición de Salud**  
**para diferentes variables.**  
**Costa Rica 2000**

<b>Variables</b>	<b>Condición de Salud</b>			
	<i>Sano</i>	<i>Enfermo</i>	<i>Muy enfermo</i>	<i>N</i>
Total	<b>22.7</b>	<b>49.4</b>	<b>27.9</b>	<b>563</b>
<b>Sexo</b>				
<i>Femenino</i>	16.2	51.4	32.4	327
<i>Masculino</i>	31.8	46.6	21.6	236
<b>Grupo edad</b>				
<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
<b>Estado Civil</b>				
<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
<b>Escolaridad</b>				
<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
<b>Condición Laboral</b>				
<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
<b>Recibe ayuda de Familia</b>				
<i>Si</i>	19.8	48.4	31.8	378
<i>No</i>	28.9	52.2	18.9	180

**Cuadro 5**  
**Distribución porcentual según Discapacidad Física**  
**para diferentes variables.**  
**Costa Rica 2000.**

<b>Variables</b>	Total	<b>Discapacidad Física</b>			<b>N</b>
		<b>Ninguna</b>	<b>Moderada</b>	<b>Alta</b>	
<b>Sexo</b>					
<i>Femenino</i>	58.5	33.0	8.5	342	
<i>Masculino</i>	59.2	29.8	11.0	245	
<b>Grupo edad</b>					
<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	
<b>Estado Civil</b>					
<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	
<b>Escolaridad</b>					
<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	
<b>Condición Laboral</b>					
<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	
<b>Recibe ayuda de Familia</b>					
<i>Si</i>	52.6	36.3	11.1	397	
<i>No</i>	72.4	21.6	6.0	185	

**Cuadro 6**  
**Porcentajes por Deterioro Cognitivo según variables de interés.**  
**Costa Rica 1999.**

<b>Variables</b>	Total	<b>Deterioro Cognitivo</b>			<b>N</b>
		<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Alto</b>	
<b>Sexo</b>					
<i>Femenino</i>	39.8	45.3	14.9	342	
<i>Masculino</i>	38.7	42.7	18.6	248	
<b>Grupo edad</b>					
<i>&lt;= 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>&gt;= 85</i>	16.2	21.6	62.2	37	
<b>Estado Civil</b>					
<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	
<b>Escolaridad</b>					
<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	
<b>Condición Laboral</b>					
<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	
<b>Recibe ayuda de Familia</b>					
<i>Si</i>	34.5	44.3	21.2	397	
<i>No</i>	49.5	45.2	5.3	188	

**Cuadro 7**  
**Porcentajes por Estado Anímico según variables de interés. Costa Rica 1999.**

<b>Variables</b>	Total	<b>Estado Anímico</b>			<b>N</b>
		<b>Normal</b>	<b>Riesgo</b>	<b>Deprimido</b>	
<b>Sexo</b>					
<i>Femenino</i>	48.8	40.5	10.8	279	
<i>Masculino</i>	56.6	34.2	9.2	196	
<b>Grupo edad</b>					
<i>&lt;= 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>&gt;= 85</i>	44.0	48.0	8.0	25	
<b>Estado Civil</b>					
<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	
<b>Escolaridad</b>					
<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	
<b>Condición Laboral</b>					
<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	
<b>Recibe ayuda de Familia</b>					
<i>Si</i>	44.4	42.2	13.4	313	
<i>No</i>	67.7	29.1	3.2	158	

**Cuadro 8**  
**Estadístico Chi cuadrado entre variables e indicadores. Costa Rica 1999.**

<b>Variables e Indicadores</b>	<b>Indicadores</b>					
	<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>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 9**  
**Porcentaje por dificultades en ADV y AIDV según deterioro cognitivo y Estado Anímico. Costa Rica 2000.**

<b>Actividades</b>	<b>Deterioro Cognitivo</b>	<b>Estado anímico</b>		
	<i>Deterioro Alto</i>	<i>Deterioro Moderado/leve</i>	<i>Estado Normal</i>	<i>Deprimido o en riesgo</i>
<b>ADV</b>				
<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
<b>AIDV</b>				
<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>Preparar comida</i>	12.4	2.0	1.2	4.8
<b>N</b>	<b>97</b>	<b>493</b>	<b>247</b>	<b>228</b>

## GRAFICOS



