

Universitas Médica
ISSN: 0041-9095
revistascientificasjaveriana@gmail.com
Pontificia Universidad Javeriana
Colombia

DURÁN, ADRIANA; VALDERRAMA, LAURA; URIBE, ANA FERNANDA; GONZÁLEZ, ANGÉLICA; MOLINA, JUAN MÁXIMO

Enfermedad crónica en adultos mayores

Universitas Médica, vol. 51, núm. 1, enero-marzo, 2010, pp. 16-28
Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, Colombia

Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018676003

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en 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

ARTÍCULO ORIGINAL

Enfermedad crónica en adultos mayores

Adriana Durán[1], Laura Valderrama[2], Ana Fernanda Uribe[3], Angélica González[1], Juan Máximo Molina[4]

Resumen

Objetivo. Describir la frecuencia de la enfermedad crónica en adultos mayores de la ciudad de Cali, Colombia.

Metodología. Se seleccionó una muestra de 500 adultos mayores, entre los 60 y 96 años de edad. Se utilizó un cuestionario de factores psicosociales para el adulto mayor diseñado por Baca, González y Uribe.

Resultados. Se observó que la hipertensión, la diabetes y la osteoporosis son las enfermedades más comunes en los adultos mayores, aunque el mayor porcentaje de esta población se encuentra sin ningún tipo de enfermedad. Asimismo, se observó que los adultos mayores casados y viudos presentaban más enfermedades en comparación con los que se encontraban solteros, separados o en unión libre.

Conclusiones. La enfermedad crónica continúa siendo un problema en los adultos mayores y su presencia está relacionada, no sólo con la disminución de la funcionalidad del ser humano, sino también, con el control y la prevención de las enfermedades y la dificultad para acceder a los sistemas de salud.

Palabras clave

Enfermedad crónica, adultez mayor, salud.

1 Psicóloga, Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia.

2 Psicóloga, Grupo Medición y Evaluación Psicológica, Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia.

3 Doctora en Psicología; directora, Departamento de Ciencias Sociales; directora, Grupo de Investigación, Medición y Evaluación Psicológica, Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia.

4 Máster en Gerontología Social, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA), España.

Recibido: 1-10-2009 Revisado: 1-11-2009 Aceptado: 1-12-2009

Title

Chronic disease in older adults

Summary

Objective: To describe the frequency of the chronic disease in older adults in the city of Cali (Colombia).

Methodology: A sample of 500 older adults was selected, between 60 and 96 years of age. A questionnaire of psychosocial factors in older adults designed by Baca, Gonzalez, and Uribe was used.

Results: Hypertension, diabetes and osteoporosis were the most frequent diseases in older adults, although the greater percentage of this population did not refer any pathology. Married and widowers individuals presented more diseases as compared to unmarried, separated and people who live together.

Conclusions: Chronic diseases are still a problem in older adults, their presence is related not only with the decrease of functionality of the human being, but also with the control and prevention of pathologies and the difficulty for accessing to health systems.

Key words

Chronic disease, older adults, health.

Introducción

En Colombia, durante los últimos años, la mortalidad por enfermedades crónicas ha representado más del 25% en la mayoría de los departamentos de predominio urbano y alta densidad de población. Específicamente en Cali, para el año 1995, la primera causa de muerte en mujeres fueron las enfermedades cardiovasculares y la quinta fue la diabetes[1].

Aquellas enfermedades para las cuales aún no se conoce una solución definitiva y el éxito terapéutico consiste en tratamientos paliativos para mantener a la persona en un estado funcional, mediante el consumo constante de fármacos, se les conoce como enfermedades crónicas[2]. Dichas enfermedades, hoy por hoy, son las causantes de la mayoría de muertes y de discapacidades mundiales, pues cerca del 46% de la población mundial tiene alguna enfermedad crónica y, aproximadamente, 60% de los 58 millones de muertes anuales son causadas por enfermedades crónicas[3]. En el 2005, 30% de la mortalidad mundial fue causada por enfermedades cardiovasculares, mientras que el cáncer representó casi 7 millones de muertes anuales en todo el mundo.

En los países más desarrollados, las principales afecciones crónicas de los adultos mayores son las enfermedades osteomusculares, las deficiencias sensoriales y la incontinencia urinaria; asimismo, las afecciones más limitantes son la demencia y las enfermedades cerebrovasculares. En el caso de los países subdesarrollados, las enfermedades agudas y crónicas de los adultos mayores están exacerbadas por la pobreza persistente y la falta de servicios apropiados, y se presentan a más temprana edad [4, 5].

Según algunos estudios, las enfermedades crónicas más comunes son

la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la osteoartrosis, la artritis reumatoidea, las enfermedades cardiovasculares, como las cardiopatías isquémicas, la dislipidemia y las enfermedades cerebrovasculares[6].

El impacto de las enfermedades crónicas en el estado funcional es mayor en los pacientes de edad avanzada, ya que hay déficits en los órganos del cuerpo, la estructura ósea y la masa muscular; al igual, que se reduce el funcionamiento de los órganos sensoriales. Asimismo, son comunes las fallas de la memoria, la actividad intelectual se vuelve más lenta, y disminuye la capacidad de atención, de razonamiento lógico y de cálculo en algunos adultos mayores; estas situaciones, sumadas a las enfermedades crónicas, hacen que el adulto mayor sea incapaz de desarrollar plenamente su autonomía y se incrementa la relación de dependencia con el medio[6, 7].

Así, se puede apreciar cómo la hipertensión arterial, una de las enfermedades más comunes en los adultos mayores, se convierte en un factor de riesgo para el desarrollo de otro tipo de enfermedades, como la coronaria, los accidentes cerebrovasculares, el infarto del miocardio y la enfermedad renal[8]. Por su parte, la diabetes mellitus, como otra de las enfermedades que más se presenta en esta etapa, puede traer complicaciones que causan enfermedades cardiovasculares, retinopatías y problemas renales. La diabetes mellitus y sus complicaciones asociadas junto con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), son las enfermedades que originan más muertes en este grupo de población[9]. Las enfermedades cerebrovasculares y los daños neurológicos que provocan aparecen como la tercera causa de muerte en la población de adultos mayores[10].

En un estudio comparativo realizado en siete ciudades de Latinoamérica y el Caribe, se encontró que las enfermedades crónicas causaban mayor alteración en las actividades instrumentales, como son prepararse una comida, controlar el dinero, salir solo a la calle, subir o descender de un vehículo, realizar las compras de los alimentos, llamar por teléfono, hacer los quehaceres ligeros o pesados de la casa y tomar los medicamentos; mientras que, en las actividades como caminar por la casa, vestirse, bañarse, comer, acostarse o pararse de la cama y usar el baño, se encontró que no había ninguna alteración significativa ni en hombres ni en mujeres.

La alteración en las actividades instrumentales se puede deber a que requieren mayor habilidad para el uso de instrumentos específicos, al igual que mayor integración y mejor equilibrio; se requiere un funcionamiento

adecuado de la cognición, la percepción y los sentidos, así como de habilidades motoras adecuadas, para poder realizarlas. En el tratamiento, se debe tener en cuenta que estas actividades son las que primero se ven afectadas en los adultos mayores, por lo cual se deben establecer mecanismos de seguimiento, para detectar a tiempo la discapacidad y poder mantener intactas las habilidades para realizar las actividades básicas cotidianas[6].

En estos casos, se ha demostrado que una intervención temprana es fundamental para mejorar las actividades de los adultos mayores y, de esta manera, evitar la pérdida de independencia, el riesgo de hospitalización y de muerte; es importante tener en cuenta la edad del paciente[11]. El éxito de la intervención se basa en la identificación de los factores de riesgo de la discapacidad, en promover un cambio en el comportamiento para reducir estos factores de riesgo y en el autocontrol de las condiciones crónicas[12].

En otras investigaciones se han implementado programas de ejercicios de aptitud y movimiento (FAME —*Fitness and Mobility Exercise*—), diseñados para mejorar la actividad cardiorrespiratoria y la fuerza muscular, entre otras. Esto resulta factible y beneficioso para mejorar algunas de las complicaciones secundarias de la inactividad física que sufren los adultos mayores, a causa de las enfermedades osteomusculares crónicas[13].

Por estos motivos, es muy importante que los sistemas de salud respeten las preferencias de sus pacientes y sus necesidades, proporcionen información, comunicación y educación sobre sus necesidades a las personas, y garanticen estabilidad física y emocional, con la participación de la familia, los amigos y quienes componen la red social del paciente[3]. Además, es importante resaltar la alimentación, la cual constituye un aspecto fundamental en la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas. Las estrategias incluyen modificaciones en la dieta según la enfermedad, en el consumo de alimentos específicos y el mantenimiento de un peso óptimo[9].

Se hace necesario un cambio en la conducta, que incluya el aprendizaje, la aceptación y el cumplimiento en la toma de la medicación. El apoyo familiar es importante para reforzar nuevos comportamientos, mejorando de esta manera el cumplimiento del tratamiento en las enfermedades crónicas[14].

Se puede afirmar que las enfermedades crónicas tienen un alto índice de morbilidad y mortalidad, y en muchos casos, son el resultado de las conductas adoptadas por las personas a lo largo de su vida, como fumar, la

falta de sueño, el sedentarismo, las dietas inadecuadas y el consumo de bebidas alcohólicas; por esta razón, la intervención psicológica es importante, pues muchos de estos trastornos médicos presentan componentes conductuales significativos en su etiología o en su mantenimiento, y son susceptibles de modificación y prevención con técnicas psicológicas. Además, debido a la duración significativa de la enfermedad crónica, el individuo necesita aprender a vivir con ella, por lo cual la intervención se debe encaminar a la modificación de la conducta, el control del estrés y la responsabilidad de cada persona con su salud[14].

El objetivo del presente estudio es describir la frecuencia y la tipología de las enfermedades crónicas en adultos mayores de la ciudad de Cali que asisten a centros de día.

Metodología

Muestra

Se seleccionó una muestra no probabilística compuesta por 500 adultos mayores colombianos, de sexo masculino y femenino, que pertenecían a los grupos de la tercera edad constituidos en Cali (tabla 1). La selección de la muestra se hizo cuando los adultos mayores acudían espontáneamente al centro de día y se solicitaba su participación voluntaria, mediante un consentimiento escrito y oral. Se excluyeron a los pacientes institucionalizados y aquéllos con un deterioro cognitivo grave determinado por la prueba mental de Pfeiffer[15].

Instrumentos

Se utilizó un cuestionario de los factores psicosociales en la tercera edad[16] aplicado a todos los adultos del presente estudio. Dicho cuestionario incluyó información relacionada con datos sociodemográficos, como edad, sexo, estado civil e institución a la que asistían, y de las enfermedades que padecían.

Procedimiento

Se realizó un estudio transversal con adultos mayores de 60 años no institucionalizados, asistentes a centros de día de Cali. La aplicación fue hecha por un equipo de psicólogos de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, quienes recibieron una formación común, que incluía sesiones con casos piloto para homogeneizar los criterios de aplicación. Dicho personal fue el encargado de contactar a la población de interés y encuestarlos. Una vez recolectada la información, se hizo un análisis descriptivo, con el objeto de determinar las características esenciales de la muestra.

Resultados

A continuación se expone el análisis descriptivo de los datos recolectados. En primera estancia, se hace una descripción en función de la edad; luego, se expone la frecuencia de los diagnósticos presentes en la muestra y, finalmente, la relación entre los mismos y el estado civil.

La muestra de la presente investigación estuvo conformada por 416 mujeres (83,2%) y 84 hombres (16,8%). El grupo de edad más frecuente (59,8%) fue de los 60 a 69 años de edad, seguido del de 70 a 79 años (34%) (tabla 2).

También, se observó que 41,4% de las personas de esta investigación no presentaba ninguna enfermedad crónica. Sin embargo, 24,6% sufría de hipertensión arterial, 8,6%, de diabetes, y 4,8%, de osteoporosis (tabla 3).

En relación con el estado civil, se encontró que las personas casadas pre-

Tabla 1. Centros de la tercera edad en Cali, Colombia

Instituciones	n	Instituciones	n
Hospital Universitario del Valle	43	Salomia	13
Bellas Canas	31	Siglo XXI	7
Colonia Vijeña	30	Vida y salud	7
Grupo Vida	30	Vivamos mejor	7
Manantial	28	Estrella	6
Integración	27	Alegría de vivir	5
Estrellas de las Ceibas	26	Bello atardecer	5
Bella época	20	Caminos de la vida	5
Brisas de San Antonio	20	Casas blancas	5
Despertar a la vida	19	Edad dorada	5
San Miguel	19	Anhelos de vida	4
Sanidad	15	Ceibas	4
Son de la loma	15	Fantasiosas	4
Miraflores	14	Ilusión de paz	4
Esperanza de vivir	11	Tertuliadero	4
Una luz en el camino	10	Vivir mejor	4
Brisas del oeste	9	Nuevos horizontes	3
Grupo oración	9	Alegría	2
Club de la salud	8	Cotolengo	2
Luz de vida	8	Estrellas de aporebal	2
Motovalle	8	Bellos horizontes	1
		Señor de los cristales	1
			Total: 500

Tabla 2. Rangos de edad en los adultos mayores en función del sexo

Edad (años)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
60 a 69	298	71,6	45	53,6	343	68,6
70 a 79	98	23,5	30	35,7	128	25,6
80 a 89	15	3,6	7	8,3	22	4,4
>90	5	1,2	2	2,3	7	1,4
Total	416		84		500	

Tabla 3. Enfermedades crónicas en adultos mayores

Enfermedades crónicas	n	%
Ninguna	207	41,4
Hipertensión	123	24,6
Artritis	22	4,4
Diabetes	43	8,6
Osteoporosis	24	4,8
Asma	19	3,8
Gastritis	13	2,6
Cáncer	4	0,8
Catarata	6	1,2
Colesterol	9	1,8
Tiroides	5	1,0
Cardiaca	9	1,8
Renal	2	0,4
Arteriosclerosis	4	0,8
Sistema nervioso	10	2,0
Total	500	100,0

sentaban más enfermedades crónicas (40,8%), seguidas de las personas viudas (30,2%). El 38,2% de las personas que sufrían hipertensión eran casadas, mientras que el 35% eran viudas (tabla 4).

Discusión

La presencia de las enfermedades crónicas en el adulto mayor es uno de los factores que más preocupa a los diferentes profesionales de la salud, principalmente, debido a que cada vez más la sociedad actual enfrenta el desarrollo continuo de enfermedades que en un gran porcentaje son causantes de muertes y de discapacidades mundiales, ya que cerca de 46% de la población mundial tiene alguna enfermedad crónica y, aproximadamente, 60% de las muertes anuales son causadas por las mismas[3]. Por lo tanto, es la adultez mayor una etapa de desarrollo en la que el ser humano presenta más condiciones para desarrollar dichas enfermedades, principalmente, por los numerosos cambios físicos y psicológicos, y por la disminución de algunas habilidades. De esta manera, el presente estudio buscaba describir la frecuencia de la enfermedad crónica en adultos mayores de Cali y relacionar su presencia con el estado civil.

Tabla 4. Frecuencia de enfermedad crónica en función del estado civil

Enfermedad crónica	Estado civil										Total
	Casado		Separado		Soltero		Unión libre		Viudo		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ninguna	90	43,5	24	11,6	30	14,5	7	3,4	54	26,1	207
Hipertensión	47	38,2	13	10,6	14	11,4	6	4,9	43	35	123
Artritis	8	36,4	3	13,6	3	13,6	1	4,5	7	31,8	22
Diabetes	13	30,2	3	7,0	8	18,6	3	7	16	37,2	43
Osteoporosis	10	41,7	0	0	3	12,5	1	4,2	10	41,7	24
Asma	9	47,4	1	5,3	4	21,1	0	0	5	26,3	19
Gastritis	5	38,5	0	0	6	46,2	1	7,7	1	7,7	13
Cáncer	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Cataratas	0	0	1	16,7	0	0	0	0	5	83,3	6
Colesterol	4	44,4	2	22,2	0	0	0	0	3	33,3	9
Tiroides	2	40	0	0	2	40	0	0	1	20	5
Cardiaca	4	44,4	0	0	1	11,1	0	0	4	44,4	9
Renal	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Arteriosclerosis	1	25	0	0	1	25	1	25	1	25	4
Sistema nervioso	5	50	0	0	3	30	1	10	1	10	10
Total	204	40,8	47	9,4	75	15	21	4,2	151	30,2	500

En el presente estudio, se encontró que 41,4% de los adultos mayores no tenía ningún tipo de enfermedad, lo que se puede relacionar con los avances científicos y tecnológicos, y el estilo de vida de estas personas durante años anteriores. Sin embargo, como en este caso, continúan presenciándose enfermedades crónicas como hipertensión (24,6%), diabetes (8,6%) y osteoporosis (4,8%); este dato es similar en otros estudios, en los cuales la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y las enfermedades cardiacas son las más frecuentes en los adultos mayores[17-19]. En relación con la hipertensión, es importante mencionar que ésta se convierte en un factor de riesgo para desarrollar otro tipo de enfermedades, como la coronaria y la cerebrovascular, y se considera más frecuente en el sexo femenino y en el grupo menor de 70 años[20].

Específicamente, en Medellín, Colombia, los datos son similares, ya que, según la caracterización que se realizó durante 1997-2002, las enfermedades que más reportaron los adultos mayores fueron hipertensión (38,1%), diabetes (13,2%), artritis (6,8%) y osteoporosis (5,0%)[21, 22]. Por lo tanto, se puede decir que la presencia de las enfermedades crónicas es el resultado de diferentes variables, entre las que se puede mencionar un

inadecuado estilo de vida, el consumo de medicamentos, la soledad, la vida sedentaria y la baja escolaridad[23].

Todo lo anterior ha ocasionado que esta población requiera con mayor urgencia de las entidades de salud, aumentando así la demanda de la atención primaria, las consultas con especialistas, las visitas médicas domiciliarias y los gastos en recursos sanitarios[24]. En los países desarrollados se ha logrado controlar esto pero, lamentablemente, en países como Colombia, el acceso a los servicios de salud es mucho más complicado y el contacto entre la población adulta mayor y el personal sanitario es esporádico, lo que no permite controlar y hacer un seguimiento eficaz de las enfermedades crónicas que se puedan presentar[25].

Sin embargo, es importante resaltar que cada enfermedad trae consigo cambios específicos, por lo que el estudio del adulto mayor debe tener en cuenta su diagnóstico y su individualidad. Se ha encontrado que, en el caso de la hipertensión, la mayoría de los adultos experimenta un miedo constante a la invalidez y, por consiguiente, a la dependencia de otros y a la muerte[26]. En el caso de la diabetes, el sentimiento que más se vivencia es la desesperanza y la fatalidad por la continua amenaza de pérdidas del cuerpo por las amputaciones, lo que los enfrenta con mayor fuerza a la idea de la muerte y al miedo de lo desconocido[27-29].

Por otro lado, en relación con el estado civil, se encontró que el mayor número de enfermedades se presentaban en los adultos mayores casados y viudos. En los casados, la más frecuente fue la hipertensión (38,2%), y en los viudos, la osteoporosis (41,7%). En un estudio transversal, otros autores hallaron que el número medio de enfermedades es mayor en viudos (media=2,00) que en solteros (media=1,36) y casados (media=1,79)[24]. Con respecto a lo anterior, otros autores consideran que los casados tienen menor riesgo de caídas y de declinación de las capacidades cognoscitivas que los viudos, mientras que los viudos o quienes viven solos tienen el doble de riesgo de ser institucionalizados[30]. En general, la enfermedad amenaza con un sinnúmero de pérdidas en todos los aspectos (familiar, social, biológicos, económicos), no sólo en la adultez mayor sino durante todo el ciclo vital. La persona experimenta miedos continuos y se desata una crisis que, en muchos casos, somete al enfermo y a quienes lo rodean a estrés intenso y a inestabilidad emocional.

Teniendo en cuenta lo anterior, se considera que el adulto mayor debe guiar la mayoría de sus esfuerzos a controlar y enfrentar los cambios que

trae consigo la enfermedad crónica. Su estilo de vida debe encaminarse a la práctica constante de actividad física, a involucrarse en actividades de ocio y recreación, a establecer interacciones positivas con pares y familiares, a pertenecer a grupos de apoyo o religiosos y a seguir adecuadamente los tratamientos[31]. En muchos casos, estos aspectos se afectan por la percepción que el adulto mayor tiene de su enfermedad, como pérdida de bienestar y soporte social, invalidez y hasta la muerte[29]. Se convierten en factores de mantenimiento, en los que prevalece la negación y la desesperanza.

Definitivamente, la incidencia de la enfermedad crónica en el adulto mayor es evidente. Por lo tanto, lo importante es establecer estrategias para prevenir su aparición o disminuir sus complicaciones. Esto debe trabajarse en las diversas etapas del ser humano. Se debe incorporar un estilo de vida saludable y una mejor comprensión de la adultez mayor, que permitan la adaptación a esta etapa y que mejoren, por ende, las condiciones de vida en ella.

Asimismo, se deben fomentar los programas dirigidos a los familiares, con el fin de contribuir al cuidado del adulto mayor y a suplir de manera eficaz y pertinente los cuidados que requiera. Hay que proporcionar información, comunicación y educación a las personas en relación con las necesidades específicas de esta etapa, para contribuir con ello a la estabilidad física y, también, emocional, con la participación de la familia, los amigos y quienes componen la red social del paciente[3].

Además, es importante resaltar la importancia del cumplimiento de los tratamientos. La información clara y pertinente sobre los medicamentos que se deben consumir y el proceso que se debe tener en cuenta en cada una de las enfermedades, contribuyen a controlar la sintomatología y, por lo tanto, disminuyen las complicaciones que se puedan presentar[24, 32]. Igualmente, una buena alimentación constituye un aspecto fundamental en la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas; se deben tener en cuenta modificaciones en la dieta, el consumo de alimentos específicos y el mantenimiento de un peso óptimo[9]. Sin embargo, es importante anotar que, a veces, lograr un cambio en el estilo de vida en el adulto mayor resulta complicado, en la medida que la enfermedad crónica es sinónimo de cambios en la dieta y en los niveles de actividad, e ingestión constante de medicamentos[20], lo que ocasiona cambios significativos en el comportamiento. Por lo tanto, se debe contribuir a que el medio en el que se mueve el adulto mayor sea un factor de protección, que brinde protección, apoyo y contribuya, como en este caso, a la toma de medicamentos y a una buena alimentación[14].

Finalmente, en lo que compete a la psicología, es importante que se acompañe y eduque al adulto mayor en su proceso de adaptación a esta etapa, al igual que a sus familiares. Asimismo, son relevantes el diseño y la ejecución de programas de intervención que permitan crear redes de apoyo y de aprendizaje, ya que se ha observado que contribuyen en la estabilidad emocional del adulto mayor, disminuye su sensación de soledad e incrementan la motivación por la actividad física, lo cual es igualmente beneficioso para su funcionamiento cognitivo y físico. Es por ello que la prevención juega un papel fundamental, ejecutada no sólo por los profesionales de la salud, sino también por la familia y el propio sujeto, ya que es el medio por el cual se puede disminuir el riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles y mejorar las condiciones en las que se llega a esta etapa[18]; se requieren comportamientos y estrategias de afrontamiento, que le permitan al adulto mayor adaptarse a la enfermedad.

Agradecimientos

Manifestamos nuestro sincero agradecimiento a entidades internacionales como la Universidad de Granada y su Facultad de Psicología; también, al Grupo de Investigación, Medición y Evaluación Psicológica de la Pontificia Universidad Javeriana, Cali, por su constante colaboración y sus aportes al mejoramiento de la investigación; igualmente, a los adultos mayores entrevistados, por su disponibilidad y por permitirnos conocerlos.

Bibliografía

1. Gómez J. Factores de riesgo y prevalencia de enfermedades. Fecha de consulta: 9 de junio de 2008. Disponible en: http://www.encolombia.com/medicina/materialdeconsulta.
2. Wagner EH. *The role of patient teams in chronic disease management*. BMJ. 2000;320:569-72.
3. Buendía J. *Familia y psicología de la salud*. Madrid: Ediciones Pirámide; 1999.
4. Marín P. *Envejecimiento saludable*. Fecha de consulta: 28 de febrero de 2008. Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatria.
5. Worley H. *Las enfermedades crónicas asedian a los países en desarrollo*. Fecha de consulta: 9 de junio de 2008. Disponible en: http://www.prb.org/SpanishTemplate.cfm?Section.
6. Menéndez J, Guevara A, Arcial N, León EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud* Pública. 2005;17:353-61.
7. Walter G. *Autonomía en la vejez y derechos humanos.* Fecha de consulta: 28 de febrero de 2008. Disponible en: http://www.psiconet.com/tiempo/monografias/autonomia.htm.
8. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, *et al*. The Seventh Report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: The JNC 7 report. *JAMA*. 2003;289:2560-72.

9. Bales C, Fischer J, Orenduff M. Nutritional interventions for age-related chronic disease. *Generations*. 2004;28: 54-60.
10. Klaassen G. Enfermedad cerebrovascular. *Revista de Medicina Interna* (Concepción). 2002;6:1-20.
11. Edwards R. Age differences in the correlates of physical functioning in patients with chronic pain. *J Aging Health*. 2006;18:56-69.
12. Phelan E, Williams B, Penninx B, LoGerfo J, Leveille S. Activities of daily living function and disability in older adults in a randomized trial of the health enhancement program. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004; 59A:838-46.
13. Pang M, Eng J, Dawson A, McKay H, Harris J. A community-based fitness and mobility exercise program for older adults with chronic stroke: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:1667-74.
14. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Fecha de consulta: 10 de octubre 2008. Disponible en: http:// www.paho.org/ Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia. htm.
15. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 1975;23:433-41.
16. Barco ML, González L, Uribe AF. *Estandarización del cuestionario breve de calidad de vida ("cubrecavi") en adultos mayores no institucionalizados de la ciudad de Santiago de Cali*. Cali: Pontificia Universidad Javeriana; 2004.
17. Campillo R, González A. Morbilidad cardiovascular en el adulto mayor. *Rev Cub Med Gen Integ*. 2001;17:540-4.
18. Torres R, Gran M. *Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba*. Cuba: Dirección Nacional de Estadística, Ministerio de Salud Pública; 2004.
19. Valderrama-Gama E, Damián J, Ruigomez A, Martín-Moreno JM. Chronic disease, functional status, and self-ascribed causes of disabilities among noninstitutionalized older people in Spain. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2002;57A:716-21.
20. Rodríguez L, Martínez L, Pria M, Menéndez J. Prevalencia referida de enfermedades no transmisibles en adultos mayores. Ciudad de La Habana, 2000. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 2004;42:1-6.
21. Cardona M, Estrada A. *Envejecer nos "toca" a todos: caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor*. Medellín: Grupo de Investigación Demografía y Salud; 2002.
22. Peng S. *Artritis reumatoidea*. Fecha de consulta: 13 de marzo de 2008. Disponible en: http://www.nlm.nih. gov/medlineplus/spanish/ency/article/ 000431.
23. Rossi M, Triunfo P. *El estado de salud del adulto mayor en Uruguay*. Montevideo: Universidad de la República. 2004;14:1-43.
24. Arjona C, Criado J, Sánchez L. *Enfermedades crónicas y consumo de fármacos en mayores de 65 años*. Med Gen Integl. 2002;47:684-95.
25. Wong R, Peláez M, Palloni A. Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;17: 323-32.
26. Mars V. Aportaciones de las intervenciones y tratamientos psicológicos a la psicopatología y la medicina comportamental. Fecha de consulta: 9 de junio de 2008. Disponible en: http://www. psicologia-online.com/colaboradores/ vmars/medicina.shtml.
27. Muñoz L, Price Y, Gambini L, Costa M. Significados simbólicos de los pacientes

con enfermedades crónicas. *Revista Esca Enfer USP*. 2003;37:77-84.

28. Reyes C, Camacho M, Eschbach K, Markides K. El contexto de la familia y el vecindario en la salida de los ancianos del estudio EPESE hispano. *Colom Med*. 2006;37:45-9.
29. Instituto Nacional sobre el Envejecimiento. Información de salud para personas de la tercera edad 2002. Fecha de consulta: 19 de enero de 2008. Disponible en http://www.niapublications.org/agepages.
30. Martínez C, Pérez V, Carballo M, Larrondo J. Polifarmacia en los adultos mayores. *Rev Cuba Medicina Genl Integ*. 2005;21:1-2.
31. Uribe AF. El proceso de morir y los duelos en la enfermedad crónica. En: Arrivillaga M, Correa D, Salazar I, editores. *Psicología de la salud abordaje integral de la enfermedad crónica*. Bogotá: El Manual Moderno; 2007; 201-23.
32. Uribe AF, Valderrama L. Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Revista Pensamiento Psicológico*. 2007;3:125-36.