



ACUMAR

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD AMBIENTAL

**Informe de la Evaluación Integral de Salud en Áreas de  
Riesgo (EISAR) de la Villa 26, de la Ciudad Autónoma de  
Buenos Aires (CABA).**



<b>I. Introducción.....</b>	<b>5</b>
<b>II. Antecedentes.....</b>	<b>6</b>
<b>III. Metodología de abordaje de las EISAR .....</b>	<b>7</b>
Planificación del trabajo de campo .....	9
<b>IV. Caracterización y diagnóstico de paisaje urbano.....</b>	<b>10</b>
<b>Villa 26. Localización geográfica .....</b>	<b>11</b>
Datos de la población.....	13
Datos sobre servicios .....	13
Proyectos de reubicación .....	13
<b>V. Componente de diagnóstico nutricional.....</b>	<b>14</b>
Niños menores de 6 años.....	14
Embarazadas .....	17
Adultos Mayores.....	19
Resumen de resultados.....	22
Niños .....	22
Embarazadas .....	23
Adultos Mayores.....	23
<b>VI. Componente de Desarrollo Psicomotor .....</b>	<b>24</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>24</b>
<b>Criterios de exclusión .....</b>	<b>25</b>
Enfermedad intercurrente.....	25
Edad insuficiente .....	25
Ambiente inadecuado.....	26
<b>Niños evaluados en hogares.....</b>	<b>26</b>
Resultado de la administración de CPPP .....	26
Resultado de la segunda evaluación con PRUNAPE .....	27
Resultados de PRUNAPE en menores de 6 meses.....	27
Resultado final de CPPP y PRUNAPE .....	27
<b>VII. Componente de Análisis Toxicológico .....</b>	<b>29</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>29</b>
<b>Metodología.....</b>	<b>30</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>31</b>
Distribución de plombemias capilares según valores.....	31
Cromo.....	31
Mercurio.....	31
O-cresol (metabolito urinario del tolueno).....	32
TTMA (metabolito urinario del benceno) .....	32
<b>VIII. Análisis espacial.....</b>	<b>33</b>
<b>Mapas temáticos de la EISAR Villa 26.....</b>	<b>33</b>

<b>Mapas temáticos sobre Plomo capilar.....</b>	<b>36</b>
<b>Mapas temáticos sobre otros Tóxicos.....</b>	<b>38</b>
<b>IX. Componente Adultos Mayores.....</b>	<b>39</b>
Prevalencia de deterioro cognitivo y demencia en Argentina.....	39
Observaciones metodológicas.....	40
Instrumento diagnóstico para el cribado de deterioro cognitivo: Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE). .....	40
Instrumento diagnóstico para evaluar el compromiso o impacto funcional.....	40
Actividades Básicas de la vida Diaria (ABVD).....	40
Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD):.....	40
Cribado de Deterioro cognitivo y Demencia.....	40
Deterioro cognitivo.....	40
Demencia.....	41
Perfil sociodemográfico de la población de 60 años y más.....	41
Sexo y edad.....	41
Nivel educativo.....	44
Determinantes cognitivos y funcionales.....	46
Impacto Funcional.....	46
Estratificación por punto de corte (PC) de sumatoria de MMSE en relación al impacto funcional.....	47
Determinantes sociales del deterioro cognitivo.....	48
Estructura y tamaño del hogar. Formas de convivencia.....	48
Rol del adulto mayor en el contexto familiar.....	50
Situación de pobreza.....	51
Determinantes de accesibilidad previsional y al sistema de salud.....	53
Cobertura de salud.....	53
Factores de Riesgo para enfermedades no transmisibles.....	55
Conclusiones.....	57

## ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 2. Niños menores de 6 años por sexo. Villa 26. ....</i>	<i>14</i>
<i>Tabla 3 . Niños menores de 6 años evaluados según diagnóstico nutricional. Villa 26, año 2013... </i>	<i>15</i>
<i>Tabla 4. Niños &lt; 6 años evaluados según diagnóstico nutricional agrupado Villa 26, 2013. ....</i>	<i>16</i>
<i>Tabla 5. Niños &lt; 6 años evaluados según diagnóstico de anemia y Barrio. Villa 26, año 2013.....</i>	<i>16</i>
<i>Tabla 6. Embarazadas evaluadas según diagnóstico nutricional. Villa 26, año 2013.....</i>	<i>17</i>
<i>Tabla 7. Embarazadas evaluadas según diagnóstico de anemia y Barrio. Villa 26, año 2013.....</i>	<i>18</i>
<i>Tabla 8. Estado Nutricional de los Adultos mayores evaluados según MNA. Villa 26, año 2013.....</i>	<i>19</i>
<i>Tabla 9. Adultos mayores evaluados según índice de masa corporal (IMC). Villa 26, 2013. ....</i>	<i>20</i>
<i>Tabla 10. Adultos mayores evaluados según derivación por Anemia. Villa 26, año 2013. ....</i>	<i>20</i>
<i>Tabla 11. Adultos mayores evaluados según derivación por Hipercolesterolemia. Villa 26, 2013.....</i>	<i>21</i>
<i>Tabla 12. Adultos mayores evaluados según derivación por Hiperglucemia. Villa 26, año 2013.....</i>	<i>21</i>
<i>Tabla 13. Adultos mayores evaluados según derivación por Hipertensión Arterial y Barrio. Villa 26, 2013. ...</i>	<i>21</i>
<i>Tabla 14. Resultado de CPPP.....</i>	<i>26</i>
<i>Tabla 15. Resultado de la aplicación de la PRUNAPE.....</i>	<i>27</i>
<i>Tabla 16. Resultado de PRUNAPE por áreas de riesgo. ....</i>	<i>27</i>
<i>Tabla 17. Resultado final en áreas de riesgo. ....</i>	<i>28</i>
<i>Tabla 17. Distribución de plombemias capilares.....</i>	<i>31</i>

Tabla 20. Grupos de edad de adultos mayores. Villa 26, 2013. ....	43
Tabla 21. Promedios de MMSE según sexo.....	43
Tabla 22. Estadísticos de la variable Edad.....	44
Tabla 23. Promedios de Puntaje MMSE y Rangos.....	44
Tabla 24. Rango de años de escolarización.....	45
Tabla 25. Estadísticos de la variable Años de estudio.....	45
Tabla 26. Estadísticos de la variable nivel educativo.....	45
Tabla 27. Promedios de Puntaje MMSE y rangos de años de educación.....	46
Tabla 29. Adultos mayores de 60 años con al menos 1 AVD instrumental, según sexo.....	47
Tabla 30. Promedios de Puntaje MMSE y rangos etario.....	48
Tabla 31. Hogares por formas de convivencia.....	49
Tabla 32. Hogares por formas de convivencia y relación con MMSE.....	49
Tabla 33. Hogares por universo de estudio.....	50
Tabla 34. Jefes de hogar y deterioro cognitivo.....	50
Tabla 35. Promedio del MMSE según NBI, estructura del hogar y deterioro cognitivo.....	52
Tabla 36. Adultos Mayores que trabajaron al menos una hora.....	53
Tabla 37. Promedio del MMSE según cobertura.....	54
Tabla 38. Promedio del MMSE según si percibe jubilación o pensión.....	54
Tabla 39. Adultos Mayores que han consultado al médico en el último año.....	55
Tabla 40. Adultos Mayores que refirieron que un médico les comunicó que tenían hipertensión arterial.....	56
Tabla 41. Adultos Mayores que refirieron que un médico les comunicó que tenían diabetes.....	56
Tabla 42. Adultos Mayores que refirieron que un médico les comunicó que tenían hipercolesterolemia.....	56
Tabla 43. Adultos que estuvieron internados durante el último año.....	57
Tabla 44. Adultos Mayores que refirieron presentar tristeza.....	57

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Niños menores de 6 años, en porcentajes. Distribución por sexo.....	15
Gráfico 2. Niños < 6 años evaluados según diagnóstico nutricional. Villa 26, año 2013.....	16
Gráfico 3. Niños menores de 6 años evaluados según diagnóstico de anemia. Villa 26, año 2013.....	17
Gráfico 4. Embarazadas evaluadas según diagnóstico nutricional.....	18
Gráfico 5. Embarazadas evaluadas según diagnóstico de anemia.....	19
Gráfico 6. Estado Nutricional de los Adultos Mayores según el MNA. Villa 26, año 2013.....	20
Gráfico 7. Resumen derivaciones de los Adultos Mayores según patologías. Villa 26, año 2013.....	22
Gráfico 8. Distribución de la población de adultos mayores según edad.....	42
Gráfico 9. Distribución poblacional de adultos mayores según edad y sexo.....	43

## ÍNDICE DE IMÁGENES

Ilustración 1. Áreas y manzanas de la Villa 26.....	10
Ilustración 2. Vista General de la Villa 26.....	12
Ilustración 3. Vista Villa 26.....	12
Ilustración 4. Vista de la Villa 26.....	29
Ilustración 5. Viviendas con presencia de menores de 6 años, Villa 26.....	33
Ilustración 6. Viviendas con presencia de embarazadas, Villa 26.....	34
Ilustración 7. Viviendas con presencia de adultos mayores, Villa 26.....	35
Ilustración 8. Cantidad de niños menores de 6 años con Plomo capilar mayor a 5 ug/dl, Villa 26... 36	36
Ilustración 9. Distribución de Plomo capilar en niños menores de 6 años, según VdR.....	37
Ilustración 10. Número y distribución de niños < 6 años con benceno, por vivienda, Villa 26.....	38

## I. Introducción

El presente informe fue realizado con datos provenientes de las bases de datos de los componentes participantes del EISAR. Constituye así el análisis final de los datos relevados en el EISAR de la Villa 26

Se pone de relieve, que dichas encuestas fueron aplicadas por relevamiento censal en sectores seleccionados de los barrios.

Para la presentación de los resultados del EISAR realizado en la Villa 26, se siguió una estructura de presentación que contiene:

- Antecedentes, determinación del área de estudio, caracterización del área evaluada según su ubicación geográfica, perfil demográfico, circunstancias materiales y cartografía básica de la CABA, Villa 26.
- Se incluyen los resultados de la Sala de Situación utilizada para la gestión operativa del EISAR realizado.
- Presentación de resultados del Componentes nutricional.
- Presentación de resultados del Componente de desarrollo psicomotor.
- Presentación de resultados del Componente de análisis toxicológico y anemia.
- Presentación de resultados del análisis espacial.
- Presentación de resultados de la evaluación cognitiva de adultos mayores.

Cada componente realizó una descripción de las variables de resultado observadas en la población y una comparación (si ello correspondía) con los resultados de otros estudios realizados por la DGSA en la CMR, resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud del Ministerio de Salud de la Nación (ENNYS, 2005), resultados del Censo Nacional de Hogares y Población (CNHP) 2010, resultados presentados por el Instituto de la Vivienda de la Ciudad (IVC).

## II. Antecedentes

El día 3 de mayo de 2013 se inició en la Villa 26, de Barracas (CABA), la Evaluación Integral en Áreas de Riesgo (EISAR) que lleva adelante la Dirección General de Salud Ambiental de ACUMAR.

La misma finalizó el día 19 de junio del corriente año. La EISAR de la Villa 26, incluyó:

1. Evaluación social y demográfica de los hogares y población
2. Evaluación nutricional a niños y embarazadas
3. Evaluación del Desarrollo Infantil a niños menores de 6 años
4. Evaluación toxicológica y de anemia a niños menores de 6 años y embarazadas
5. Evaluación del deterioro cognitivo en Adultos Mayores
6. Análisis espacial y diagnóstico del paisaje urbano
7. Abordaje Cualitativo

La población de riesgo evaluada comprendió a:

- Niños menores de 6 años: A quienes se les realiza una evaluación de determinantes sociodemográficos, evaluación nutricional y de ingesta, tamizaje de trastornos del desarrollo infantil, análisis toxicológico y evaluación de anemia por dosaje de hemoglobina (Hb.).
- Embarazadas: Se les realiza una evaluación nutricional y de ingesta, evaluación toxicológica y evaluación de anemia por dosaje de hemoglobina (Hb.).
- Adultos mayores de 60 y más años: Evaluación de posible deterioro cognitivo e impacto en actividades de la vida diaria y evaluación de anemia por dosaje de hemoglobina (Hb.).
- En aquellos hogares en donde algún menor de 6 años haya presentado valores de referencia para los tóxicos evaluados, se invitará a participar de un análisis toxicológico a todo el grupo familiar.
- Se completó vacunación a todas las personas que lo requirieron.
- Se ofreció la realización de una evaluación de factores de riesgo cardiovascular a todas las personas de 18 años y más que lo requiriesen, a través del componente de evaluación de factores de riesgo y vacunación de las EISAR.

### III. Metodología de abordaje de las EISAR

La metodología de abordaje para la realización de las EISAR fue la siguiente:

- I. **Paso 1:** Se realizó una reunión con la presencia de todas las Organizaciones del barrio, participantes de la Secretaría de Salud del sitio donde se realizó la intervención. En este caso autoridades de la CABA. allí se explicó el trabajo por etapas que iba a desarrollarse y se convocó a los vecinos y ciudadanos del barrio a participar acompañando a los equipos en el trabajo que estaba por comenzar.
- II. **Paso 2:** Ingresa al barrio un primer equipo de trabajo denominado como listadores y sensibilizadores. Este equipo realiza un censo de viviendas, hogares y población casa por casa, explicando a cada una de las familias en qué consisten las evaluaciones e invitándolos a participar.  
Se realiza el listado de cada integrante del hogar y con un Sistema de Posicionamiento Global o GPS, se ubica la posición de la vivienda mediante sus coordenadas geográficas.  
El trabajo de los listadores finaliza con la firma del consentimiento informado por parte del padre/madre/tutor/a o adulto responsable del cuidado del niño y con la firma de cada uno de los que integran la población objetivo de la EISAR y a los que se aplicarán evaluaciones específicas.
- III. **Paso 3:** Con los listados de viviendas, hogares y población relevada, se organiza el trabajo para que los equipos de nutricionistas, especialistas en desarrollo infantil y en adultos mayores concurren casa por casa a realizar las evaluaciones correspondientes:
  - a. **A los niños menores de 6 años:** En el hogar los visitan una nutricionista, un especialista en Desarrollo Infantil y un encuestador sociodemográfico quien releva las variables determinantes sociales.  
Las nutricionistas pesan y miden a todos los niños en el domicilio y realizan una encuesta sobre ingesta.  
Las especialistas en desarrollo Infantil aplica el Cuestionario Pre-Pesquisa (CPPP) a todos los niños de 6 meses y más, y menores de 6 años que

cumplan con los criterios de inclusión. A los niños menores de 6 meses se les aplica el cuestionario PRUNAPE. El encuestador aplica un cuestionario de Hogar y Población que releva datos para luego analizar desde los determinantes Sociales de la Salud.

- b. **A las Embarazadas:** En el hogar las visitan una nutricionista, quienes las pesan y miden y le aplican una encuesta sobre ingesta, y un encuestador sociodemográfico releva las variables determinantes sociales.
- c. **A las personas de 60 años y más:** En el hogar se realiza la evaluación nutricional (Peso, talla y encuesta sobre ingesta), se aplican instrumentos para tamizar un posible deterioro cognitivo (Mini Mental State Examination o MMSE), se evalúa el grado de autovalidez a través de la aplicación de los instrumento de Actividades de la Vida Diaria y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria; y un encuestador sociodemográfico releva las variables determinantes sociales.
- d. Todos los equipos son acompañados por vacunadores para completar esquemas de vacunación en los hogares.

IV. **Paso 4:** Una vez realizadas las evaluaciones en hogar se programan aquellas que deben realizarse en las Unidades Sanitarias Móviles o tráileres:

- a. **Los niños menores de 6 años** concurren al Laboratorio Móvil a realizarse el análisis toxicológico y de hemoglobina. En caso de identificarse un niño con niveles de plomo en sangre por encima de los valores de referencia (>VdR) se cita a todo el grupo familiar para invitarlos a realizar una evaluación toxicológica.
- b. Aquellos niños que en el hogar se observó algún problema en el CPPP, se los citó a los consultorios de la Unidad Móvil y se les aplicó la PRUNAPE.
- c. A los adultos de 60 años y más y a las embarazadas, también debieron concurrir al día siguiente para la evaluación de hemoglobina en el Laboratorio Móvil. En el caso de los adultos mayores se los invitó además a participar en la evaluación de factores de riesgo cardiovascular (pruebas de glucemia, colesterol, control de tensión arterial).



En caso de no concurrir el día programado, un equipo va al domicilio para realizar todos los procedimientos necesarios que faciliten su concurrencia a los tráileres para terminar con las pruebas.

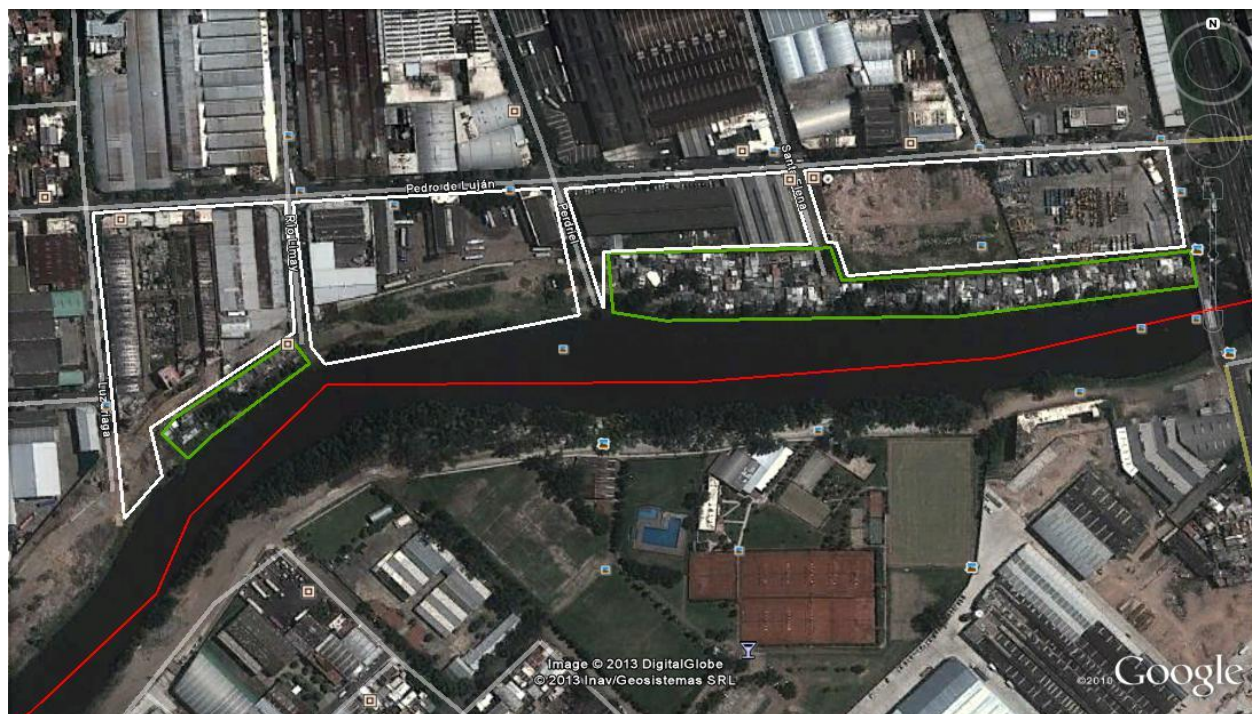
### Planificación del trabajo de campo

Para gestionar el trabajo de los equipos, el territorio fue dividido en áreas y manzanas. A partir de la desagregación del territorio en áreas se procedió con la estimación del número de chicos posible de encontrar en las viviendas. Se realizó un conteo de las viviendas y luego con un factor (2,08) se obtuvo el número de niños menores de 6 años esperados en cada uno de los barrios (áreas) que componen el territorio de Villa 26.

Sobre el esquema de áreas y manzanas se organizaron los recorridos y tal como fue descrito anteriormente en el **Paso 2**, ingresan al barrio los equipos de listadores y sensibilizadores. Estos equipos realizan un censo de viviendas, hogares y población, explicando a cada una de las familias en qué consisten las evaluaciones e invitándolos a participar. Se realiza el listado de cada integrante del hogar y con un GPS, se ubica la posición de la vivienda mediante sus coordenadas geográficas.

Estos mapas base que fueron utilizados para el censo se muestran a continuación.

Ilustración 1. Áreas y manzanas de la Villa 26.



Fuente: Área de Análisis espacial, DGSA, 2013.

#### IV. Caracterización y diagnóstico de paisaje urbano

##### Situación de las villas en la Ciudad de Buenos Aires

En la Ciudad de Buenos Aires hay más de 20 villas. Su localización responde claramente a fuerzas del mercado del suelo. Áreas desvalorizadas o excluidas son propicias para la ocupación. Así, en el sur se concentra la mayor cantidad, principalmente en torno a sectores industriales, anegadizos, contaminados o basurales. El norte, en cambio, fue históricamente más resguardado. A muchas se las conoce por la numeración con que fueran designadas en el Plan de Erradicación de Villas de Emergencia de 1968.

Entre ellas, por ejemplo, la Villa 21-24 en Barracas, la 1-11-14 en Bajo Flores, la 20 en Lugano, la 31 y 31 bis en Retiro, la 3 en Villa Soldati, la 6 en Parque Avellaneda, la 13 y 13 bis en Parque Chacabuco y la 15 en Lugano. También se cuenta con algunos “NHT” (Núcleos Habitacionales Transitorios) en donde fueran alojadas temporalmente familias

procedentes de otras villas, y otros asentamientos de reciente formación, tal como la Villa “Rodrigo Bueno” en Costanera Sur o el Playón de Chacarita.

En los últimos años, las villas no sólo han crecido en extensión sino también en consolidación, con comercios, con servicios comunitarios, con escuelas, con actividades culturales y con espacios de deporte y recreación. Pero -además- creció en densificación, con viviendas que se elevan a más de cinco pisos, con críticas e improvisadas cualidades estructurales. Esto da cuenta de su intensa dinámica urbana, que instaló en su interior un pujante y voraz mercado inmobiliario y especulativo.

El crecimiento de villas y asentamientos informales es consecuencia directa de la dificultad de acceso formal al suelo para grandes porciones de la población. De modo que cómo única salida aparente, mediante estrategias de ocupación y autoconstrucción, o la incorporación al mercado inmobiliario informal, se lanza a las villas una cantidad creciente de habitantes. Mucha migración interna y de países limítrofes así como familias que protagonizaron abruptos descensos en sus niveles socioeconómicos encuentran dentro de las villas respuestas que la propia ciudad abierta no le ofrece.

Acceder al mercado formal de la vivienda implica pagar altos alquileres, contar con garantías y cumplir con los requisitos impuestos por propietarios e inmobiliarias. Estas dificultades alimentan este tipo de respuestas, que se suman otras de similares niveles de precariedad habitacional, con hogares hacinados en cuartos de hotel, pensiones e inquilinatos, por ejemplo.

Tal problemática denota precarias condiciones habitacionales y carencia de infraestructura urbana, desde calles y veredas hasta redes de servicios. La alta ocupación del suelo de forma irregular y la construcción en altura dificultan la provisión de servicios básicos y la accesibilidad. Camiones cisterna para provisión de agua o el transporte público automotor no pueden más que acceder a algunos sectores periféricos

### Villa 26. Localización geográfica

La Villa 26 se encuentra ubicada en Barracas, CABA, y sus límites son los siguientes: paredón paralelo a la calle Pedro de Luján (norte), Riachuelo (este), Calle Perdriel (oeste), y Puente Bosch (sur).

El barrio está comunicado por una larga senda de cemento, muy limpia. La basura, mayormente botellas de vidrio y plástico, flota en el río y forma islotes en algunos tramos.

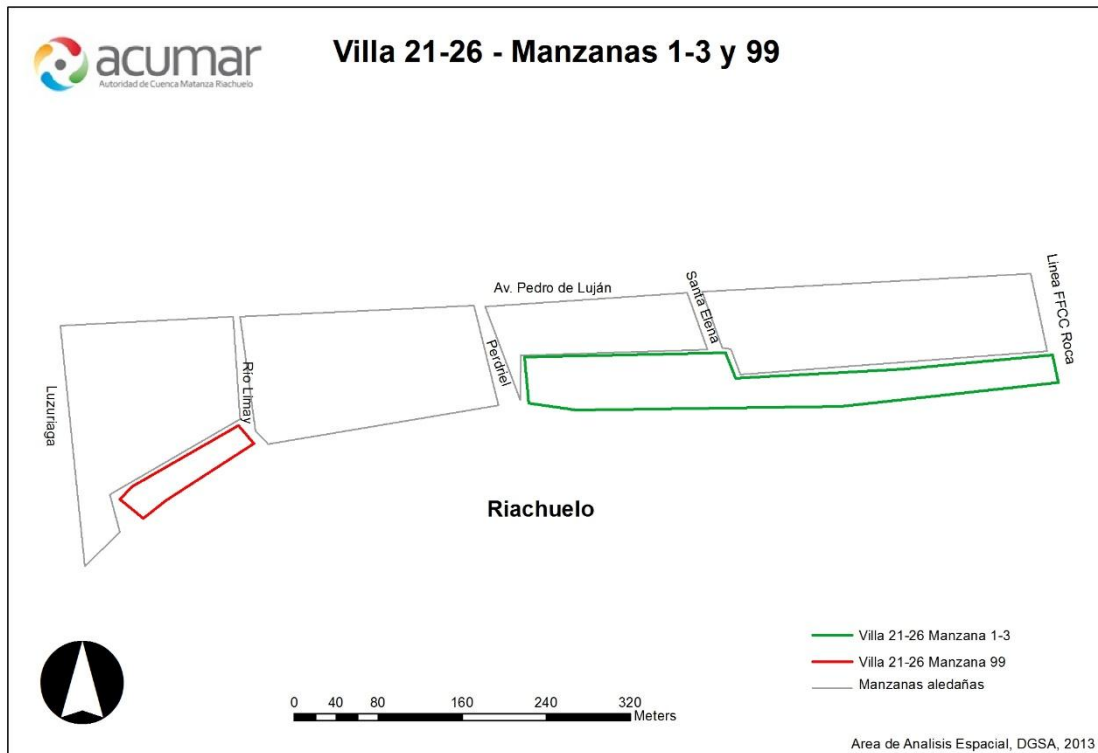
Todas las casas son de ladrillo, muchas tienen revoque y jardines en la parte de adelante. Hay quioscos y almacenes y buena convivencia: la gente seca la ropa afuera, sobre el pasillo.

Ilustración 2. Vista General de la Villa 26.



Fuente: DGSA, 2013

Ilustración 3. Vista Villa 26



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013

## Datos de la población

Según los datos del Censo realizado por el Instituto de Vivienda de la Ciudad (IVC) y publicados por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires,<sup>1</sup> la población de la Villa 26 estaba conformada en el 2005 por 115 viviendas, 159 familias, y 597 personas (se estima que actualmente son 700), con un promedio de 5,9 personas por vivienda.

## Datos sobre servicios

Según el Censo realizado por el IVC, el 83% de las viviendas tiene agua por cañería dentro de la vivienda; el 8,2% tiene agua fuera de la vivienda, pero dentro del terreno; el 0,6% tiene agua fuera del terreno. En el 8,2% de los casos el IVC no pudo obtener datos.

Según datos proporcionados en el 2006 por el IVC, la mayoría de los hogares (91,2%) obtiene el agua a través de la red pública; el 0,6% tiene acceso a ella mediante perforación con bomba a motor y del 8,2% el IVC no pudo obtener datos.

Según datos del IVC de 2006, en relación al desagüe del inodoro la mayoría de los hogares (90,5%) el inodoro tiene desembocadura en la red pública; el 1,2% desemboca sólo a pozo ciego y en el 8,1% de los casos el IVC no pudo obtener datos.

La Villa 26 además posee un comedor llamado Los ángeles que también oficia de refugio.

## Proyectos de reubicación

El IVC previó trasladar a los pobladores de la Villa Riachuelo, ya que estos se encuentran sobre la traza proyectada de la extensión de la Avenida 27 de Febrero, a tres inmuebles que se construirán en:

- Luzuriaga 837, esquina Olavarría 2825/41 (125 viviendas).
- San Antonio 721/51 (64 viviendas).
- Lacarra 2049 (Ex Pedro Chutro 2922/28) (54 viviendas).

---

<sup>1</sup>[http://www.buenosaires.gob.ar/areas/jef\\_gabinete/riachuelo/documentos/villa\\_26\\_riachuelo.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/areas/jef_gabinete/riachuelo/documentos/villa_26_riachuelo.pdf)

## V. Componente de diagnóstico nutricional

El componente de Nutrición evaluó en el periodo del 21/05/13 al 17/06/13 a un total de 89 niños y niñas menores de 6 años<sup>2</sup>, a 8 embarazadas y a un total de 26 Adultos Mayores.

En los niños y embarazadas se realizó una encuesta nutricional y alimentaria; en Adultos Mayores (AM) se realizó una encuesta nutricional que contempla un tamizaje o screening para evaluar riesgo de malnutrición mediante una herramienta adaptada a este grupo de edad.<sup>3</sup>

Para estos tres grupos blanco, la evaluación nutricional se complementó con la determinación de hemoglobina.

Para el grupo de AM se realizaron otras determinaciones que tuvieron por objetivo tamizar factores de riesgo presentes en esta población (glucemia, colesterolemia y tensión arterial, entre otras) e incluirlos en los servicios de salud locales.

Estas determinaciones son obtenidas a través del componente de evaluación de factores de riesgo y vacunación de las EISAR.

Para todos los grupos de edad evaluados se determinó la hemoglobina capilar (realizada por el personal del Componente de Toxicología).

El siguiente informe presenta resultados del diagnóstico nutricional y su relación con las demás variables relevadas.

### Niños menores de 6 años

Tabla 1. Niños menores de 6 años por sexo. Villa 26.

Localidad		Frecuencia	%
Villa 26	Masculino	51	57
	Femenino	38	43
	Total	89	100,0

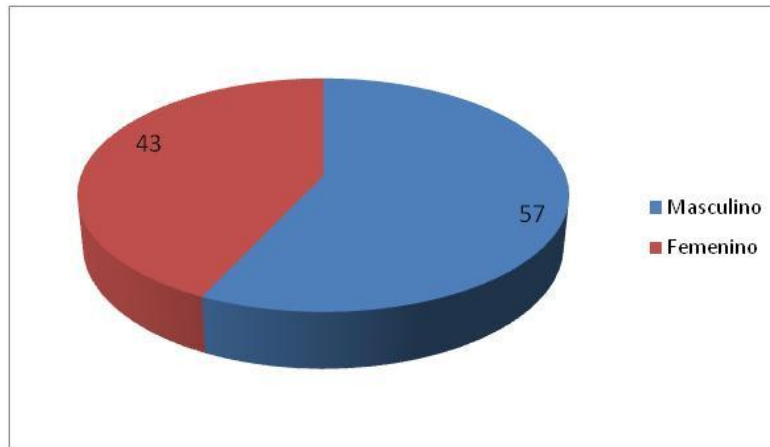
Fuente: DGSA, 2013.

---

<sup>2</sup>Clasificación nutricional según los nuevos estándares de crecimiento de la OMS para la derivación desde el hogar al centro de salud.

<sup>3</sup>MNA (Mini Nutritional Assessment).

Gráfico 1. Niños menores de 6 años, en porcentajes. Distribución por sexo.



Fuente: DGSA, 2013.

La distribución de los niños según el sexo muestra un menor porcentaje de niñas.

Si se relaciona el diagnóstico nutricional según los barrios evaluados, se observó que en la Villa 26 se concentraron los niños con Sobrepeso y Obesidad, y en Villa Lujan se concentraron los niños Acortados.

Tabla 2 . Niños menores de 6 años evaluados según diagnóstico nutricional. Villa 26, año 2013

Villa 26	Diagnóstico nutricional							Total
	Normal	Normal alto	Emaciado con crec. normal	Normal acortado	Sobrepeso	Obeso con crecimiento normal	Obeso alto	
N° Niños	75	1	0	3	1	7	2	89
%	84,2	1,12	0	3,33	1,12	7,88	2,2	100,0

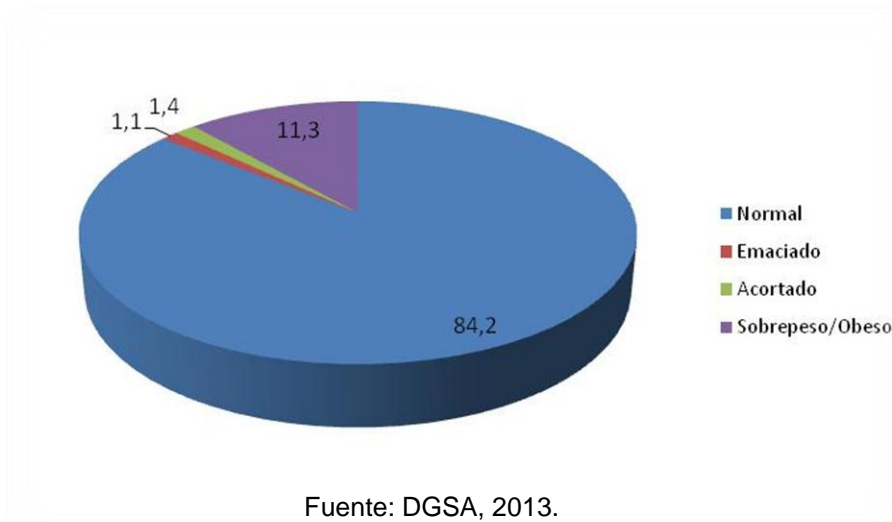
Fuente: DGSA, 2013.

Tabla 3. Niños < 6 años evaluados según diagnóstico nutricional agrupado Villa 26, 2013.

Villa 26	Diagnóstico nutricional agrupado				Total
	Normal	Emaciado	Acortado	Sobrepeso/obesos	
N° Niños	75	1	3	10	89
%	84,2	1,1	3,3	11,2	100

Fuente: DGSA, 2013.

Gráfico 2. Niños < 6 años evaluados según diagnóstico nutricional. Villa 26, año 2013



Fuente: DGSA, 2013.

El 21,6% de los niños/as menores de 6 años de Villa 26 presentaron anemia.

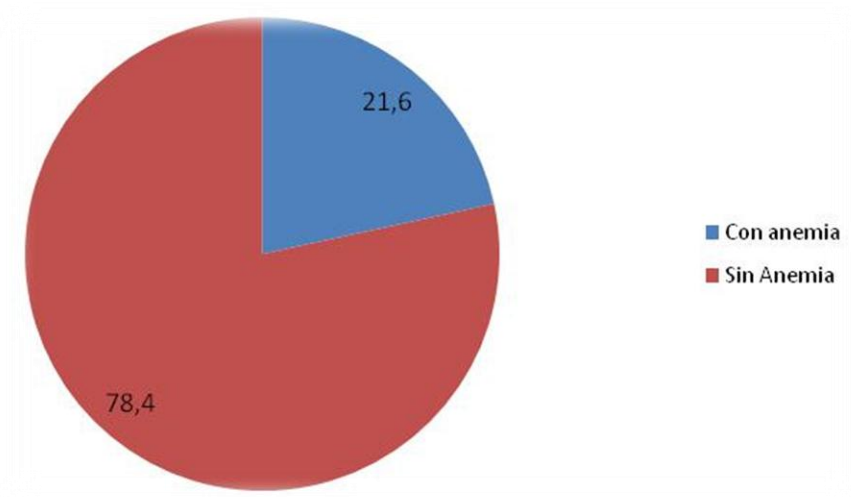
Tabla 4. Niños < 6 años evaluados según diagnóstico de anemia y Barrio. Villa 26, año 2013

Barrio Villa 26	Diagnóstico de anemia				
	Sin anemia	Con anemia	Niños/as evaluados	Sin dato de Hb	Total niños
N° Niños	62	17	79	10	89
%	78,4	21,6	100,0		

Fuente: DGSA, 2013.



Gráfico 3. Niños menores de 6 años evaluados según diagnóstico de anemia. Villa 26, año 2013



Fuente: DGSA, 2013.

#### Embarazadas

El siguiente análisis se realizó sobre un total de 8 embarazadas evaluadas.

Tabla 5. Embarazadas evaluadas según diagnóstico nutricional. Villa 26, año 2013

Barrio Villa 26	Diagnóstico nutricional		Total
	Normal	Sobrepeso	
<b>Frecuencia</b>	3	5	8
<b>%</b>	37,5	62,5	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

El 37,5% (3/8) de las embarazadas presentaron Sobrepeso. Se destaca la ausencia de Bajo Peso en esta población evaluada.

Gráfico 4. Embarazadas evaluadas según diagnóstico nutricional

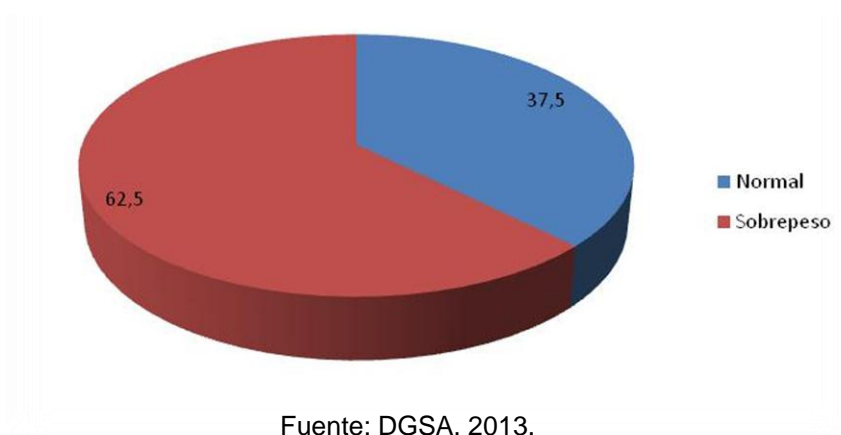


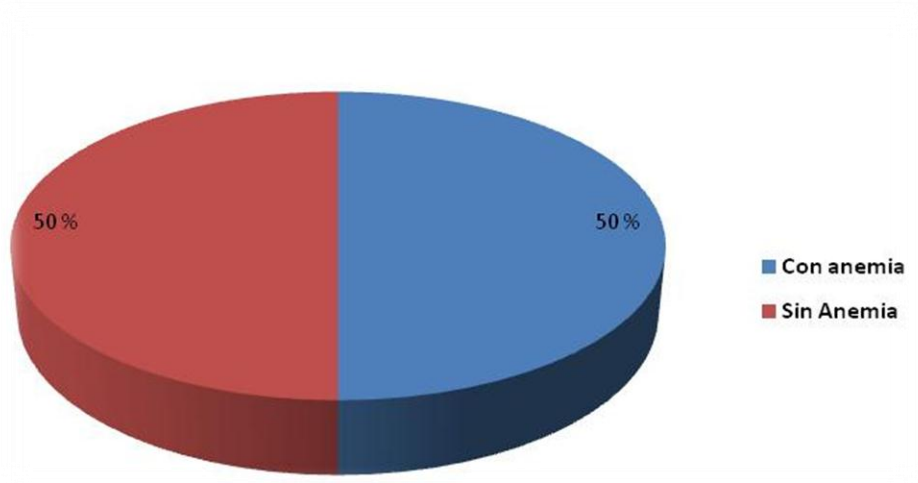
Tabla 6. Embarazadas evaluadas según diagnóstico de anemia y Barrio. Villa 26, año 2013

Barrio Villa 26	Diagnóstico de anemia				Total embarazadas
	Sin anemia	Con anemia	Embarazadas evaluadas	Sin dato de Hb	
	3	3	6	2	8
%	50	50	100,0		

Fuente: DGSA, 2013.

Si bien el universo de embarazadas evaluadas fue pequeño (n: 6), la mitad de ellas (50%) presentó anemia.

Gráfico 5. Embarazadas evaluadas según diagnóstico de anemia



Fuente: DGSA, 2013.

### Adultos Mayores

El siguiente análisis se realizó sobre un total 26 adultos mayores (AM).

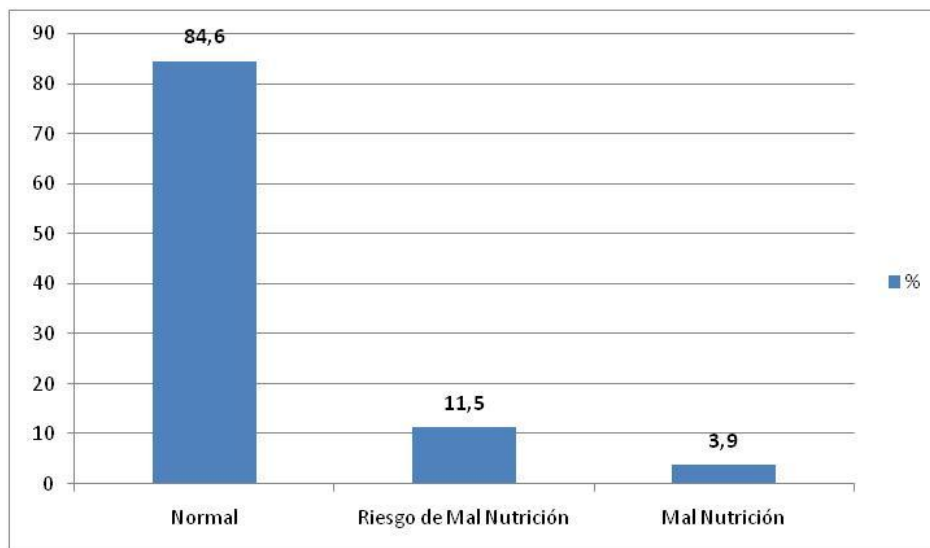
Tabla 7. Estado Nutricional de los Adultos mayores evaluados según MNA<sup>4</sup>. Villa 26, año 2013

Barrio Villa 26	Diagnóstico nutricional			Total
	Normal	Riesgo de mal nutrición	Mal nutrición	
<b>Frecuencia</b>	22	3	1	26
<b>%</b>	84,6	11,5	3,9	100

Fuente: DGSA, 2013.

<sup>4</sup> MNA= Mini Nutritional Assessment.

Gráfico 6. Estado Nutricional de los Adultos Mayores según el MNA. Villa 26, año 2013



Fuente: DGSA, 2013.

El 54% de los Adultos mayores mostró con un IMC mayor a 29, siendo este un indicador de riesgo metabólico.

Tabla 8. Adultos mayores evaluados según índice de masa corporal (IMC). Villa 26, 2013.

Barrio Villa 26	IMC		Total
	hasta 29	mayor a 29	
<b>Frecuencia</b>	14	12	26
<b>%</b>	54	46	100,0

Fuente: DGSA, 2013

El 15% de los AM presentó anemia.

Tabla 9. Adultos mayores evaluados según derivación por Anemia. Villa 26, año 2013.

Barrio	Derivado por Anemia		Total
	No	Si	
<b>Frecuencia</b>	22	4	26
<b>%</b>	85	15	100

Fuente: DGSA, 2013

El 57,7% de los AM evaluados presentó Hipercolesterolemia

Tabla 10. Adultos mayores evaluados según derivación por Hipercolesterolemia. Villa 26, 2013

Barrio Villa 26	Derivado por hipercolesterolemia		Total
	No	Si	
Frecuencia	11	15	26
%	42,3	57,7	100

Fuente: DGSA, 2013

El 15,69% de los AM evaluados presentó Hiperglucemia

Tabla 11. Adultos mayores evaluados según derivación por Hiperglucemia. Villa 26, año 2013

Villa 26	Derivado por Hiperglucemia		Total
	No	Si	
Frecuencia	23	3	26
%	88,4	15,6	100

Fuente: DGSA, 2013

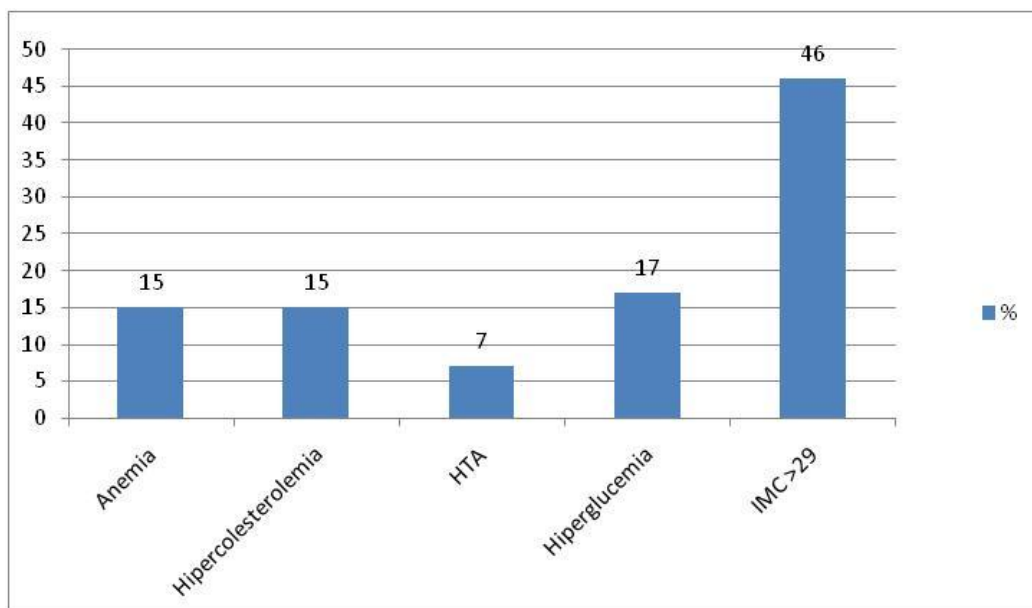
El 27 % de los AM evaluados presentó Hipertensión Arterial.

Tabla 12. Adultos mayores evaluados según derivación por Hipertensión Arterial y Barrio. Villa 26, 2013.

Barrio Villa 26	Derivado por Hipertensión arterial		Total
	No	Si	
Frecuencia	19	7	26
%	73	27	100,0

Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 7. Resumen derivaciones de los Adultos Mayores según patologías.  
Villa 26, año 2013



Fuente: DGSA, 2013

## Resumen de resultados

### Niños

- La proporción de niños y niñas menores de 6 años con estado nutricional normal fue 84,2%.
- El diagnóstico nutricional agrupado en la categoría de Acortados (3,3%) Obesos/sobrepeso (10,0%) y Emaciados (1,1%). Comparados con estudios anteriores se observan prevalencias similares para cada uno de los diagnósticos.
- El 21,6% de los niños y niñas evaluados estaban anémicos.

## Embarazadas

- Con respecto a la evaluación nutricional realizada en Embarazadas, cabe destacar que es una población altamente vulnerable, ya que si bien en números absolutos fueron 8 en total, 62,5% fueron derivadas por diagnóstico nutricional de sobrepeso. **El 50% de las embarazadas evaluadas presentaron Anemia.**

## Adultos Mayores

- El diagnóstico nutricional por MNA mostró que el 84,6 % de los AM presenta normalidad, 14,9% riesgo de Malnutrición y 3,5% malnutrición.
- Dentro de las patologías y riesgos metabólico encontrados se destacan: IMC >29 con el 46%, hiperglucemia con 17 %, siguiendo Anemia e Hipercolesterinemia con 15% en cada caso.

## VI. Componente de Desarrollo Psicomotor

### Introducción

A partir de la Evaluación Integral de Salud en Áreas de Riesgo de Wilde y Acuba, se incorporó una nueva herramienta denominada Cuestionario Prunape Pre Pesquisa (CPPP).

El CPPP ha sido elaborado y validado por la DGSA y consiste en preguntas realizadas a la madre, basadas en las pruebas de desarrollo psicomotor que integran la Prunape.

El CPPP presenta las siguientes ventajas, por lo que se considera que es costo/efectiva:

- Sencillo de administrar.
- No requiere de una capacitación especial.
- No requiere de un consultorio pediátrico formal.
- El tiempo de administración es más corto.

Los niños que fracasaron en la administración del CPPP, fueron derivados a un consultorio pediátrico para una evaluación con la Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE).

El CPPP evalúa niños de 6 meses a 6 años, por este motivo los niños menores de 6 meses fueron evaluados en los hogares con la PRUNAPE, y los que fracasaron fueron derivados a un consultorio pediátrico para una segunda evaluación.

Los niños de 0 a 6 años que fracasaron en la segunda evaluación fueron derivados a centros asistenciales del municipio para su seguimiento.

Los niños que fueron evaluados con CPPP y PRUNAPE en hogares y no concurrieron a la segunda evaluación, fueron derivados al municipio para ser evaluados con Prunape.

Según la normativa de aplicación, la PRUNAPE no se administra en las siguientes circunstancias:

- Si el niño cumple con alguno de los criterios de exclusión
- Si presenta una enfermedad intercurrente
- Si por problemas relacionados con el ambiente no se cumplen las condiciones mínimas para que la prueba pueda ser administrada en forma confiable.



Asimismo, se les administró el cuestionario de desarrollo que contiene preguntas sobre antecedentes patológicos del embarazo, enfermedades respiratorias bajas y diarreas. A continuación se detallan los motivos que no permitieron la aplicación del CPPP y la Prunape.

### Criterios de exclusión

Son aquellos niños que en el momento de la entrada en hogares tienen un diagnóstico de trastorno del desarrollo psicomotor, síndrome genético asociado con problemas madurativos, secuela de accidentes con limitaciones funcionales, etc.

Si bien no se aplica la Prunape en estos casos, los datos relevados en este grupo de niños son importantes porque permiten su comparación con otras fuentes de datos de prevalencia de discapacidades dado que se tratan de deficiencias que generan limitaciones funcionales para un niño de un determinado grupo de edad.

Asimismo, los datos obtenidos no pueden compararse con prevalencias provenientes de fuentes de datos que utilizan el certificado de discapacidad.

### Enfermedad intercurrente

Ingresa en esta categoría aquellos niños que presentaron enfermedades banales en el momento del ingreso al hogar para la aplicación de la Prunape.

Según la normativa del test, aquellos niños que presentaron estas condiciones deberían ser excluidos de su aplicación, pero como se buscó que participen de la evaluación de salud, fueron derivados al consultorio del tráiler cuando dicha enfermedad banal hubiera cedido y el niño se encontrara en condiciones sanitarias de realizar la prueba.

### Edad insuficiente

La normativa indica que en los niños recién nacidos y hasta los 19 días de vida, no debe administrarse la Prunape.

## Ambiente inadecuado

El profesional evalúa durante su ingreso al hogar del niño el siguiente listado de ítems. Si alguno de ellos está presente y entiende que impide la adecuada administración de la Prunape, el niño se deriva para su evaluación a un consultorio habilitado para ello en el tráiler:

- Piso irregular
- Espacio escaso
- Ruidos molestos
- Escasa privacidad
- Ausencia de mobiliario

La incorporación de CPPP en niños de 6 meses a 6 años permitió que todos los niños se evalúen en hogares.

## Niños evaluados en hogares

### Resultado de la administración de CPPP

Se evaluaron con Cuestionario Prunape Pre-Pesquisa a un total de 81 niños. Todos los niños fueron evaluados en hogares.

No pasaron el CPPP un total de 31 niños/as menores de 6 años, lo que representa el **38,3%** de la población estudiada. En la Tabla siguiente se presenta el resultado de la administración de CPPP.

Tabla 13. Resultado de CPPP

Villa 26	Frecuencia	%
Pasan CPPP	50	61,7%
No pasan CPPP	31	38,3%
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

Fuente: DGSA, 2013

## Resultado de la segunda evaluación con PRUNAPE

Los 31 niños que fracasaron en el CPPP fueron evaluados con la Prunape. No pasaron la prueba el 54,51 % de los niños/as (20 niños/as). Estos niños fueron considerados como casos probables de presentar un trastorno en su desarrollo, motivo por el cual se los derivó a los servicios locales de salud, para su diagnóstico, tratamiento, y seguimiento.

Tabla 14. Resultado de la aplicación de la PRUNAPE.

Villa 26	Frecuencia	%
Pasan Prunape	11	<b>45,5%</b>
No pasan Prunape	20	<b>54,5%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100%</b>

Fuente: DGSA, 2013.

## Resultados de PRUNAPE en menores de 6 meses

En hogares se evaluó a un total de 7 niños menores de 6 meses. Uno de ellos fue derivado a tráiler para una segunda evaluación con PRUNAPE pasando esta prueba. Por lo tanto el 100% de los niños pasaron la Prunape.

Tabla 15. Resultado de PRUNAPE por áreas de riesgo.

	Villa 26
Pasan Prunape	6
No pasan Prunape	1*
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>

\*El niño que no pasó Prunape en hogares pasó luego la PRUNAPE en el tráiler.

Fuente: DGSA, 2013.

## Resultado final de CPPP y PRUNAPE

No pasaron la Prunape 20 niños, los cuales se derivaron al municipio niños para su seguimiento.

Tabla 16. Resultado final en áreas de riesgo.

	Villa 26
Pasan Prunape	68
No pasan Prunape	20
Excluido	2
TOTAL	90

Fuente: DGSA, 2013

En total hubo 2 niños evaluados que no fueron evaluados en hogares por tener edad insuficiente para la administración de la PRUNAPE, ambos de la Villa 26. No se identificaron por medio de las pruebas de tamizaje aplicadas niños con discapacidad.

## VII. Componente de Análisis Toxicológico

### Introducción

La villa 26 se encuentra ubicada en el barrio de Barracas en las márgenes del Riachuelo, entre las calles Perdriel, Santa Elena y Villarino. Tiene una extensión aproximada de 300 metros en la que se ubican las precarias viviendas, separadas por un largo pasillo de las que están asentadas en las márgenes del Riachuelo.

En las proximidades se observa la presencia de numerosos edificios productivos en funcionamiento y otros cerrados, depósitos y galpones, algunos relacionados con actividades de servicios de transporte de pasajeros y carga, por lo que el tránsito vehicular es constante sobre todo de camiones y vehículos de transporte de pasajeros.

En las imágenes a continuación se pueden observar las características estructurales y de emplazamiento.

Ilustración 4. Vista de la Villa 26.



Fuente: DGSA, 2013.

### Objetivos

- Determinar la presencia de plomo, mercurio, cromo, benceno y tolueno en niños menores de 6 años residentes en Villa 26.
- Determinar la presencia de plomo en embarazadas.
- Analizar la presencia de determinantes socio-ambientales relacionados tanto con el grado de exposición a los contaminantes ambientales como con los niveles de los bio-marcadores a determinar.

## Metodología

**Plomo:** para las determinaciones de plomo en sangre capilar, se usó el analizador portable (Leadcare®). Este método es considerado como una técnica de screening, que permite realizar un tamizaje<sup>5</sup>. Si el resultado obtenido, es superior a los valores de referencia, está indicada la toma de una muestra de sangre venosa para análisis y confirmación por otra técnica a realizarse en los laboratorios de referencia. El tiempo entre la determinación capilar (screening) y la prueba confirmatoria (venosa) depende esencialmente del valor obtenido en la primera; puede variar desde 3 meses para valores entre 5,1 a 9,9 ug/dl a 24 hs. para valores muy elevados (>45ug/dl)<sup>2</sup>.

Los resultados se expresan en niveles de plomo en sangre capilar (ug/dl). Se tomará como valor de referencia (VdeR) para niños y embarazadas 5ug/dl<sup>6</sup>, (CDC:2012). Todos los niños y embarazadas con niveles de plomo en sangre capilar superior al VdeR serán derivados al Cesac 16 y a la Unidad de Toxicología del Hospital P.de Elizalde, GCABA, para realizar prueba confirmatoria.

**Cromo, Mercurio, Benceno y Tolueno:** El análisis de estos biomarcadores de exposición se realizó en muestras de orina, a niños a partir de los 3 años de edad (con control de esfínteres) para poder cumplir con las condiciones de toma de muestra indicadas por los laboratorios de análisis toxicológicos de referencia de la Red de Acumar, (Cenatoxa, Laboratorio de Toxicología del Hospital Garrahan).

Los resultados se expresan en ug/g creatinina para las determinaciones de mercurio, cromo y TTMA; el resultado de O-Cresol se expresa en mg/g creatinina.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup>ENUDPAT 2010. INFORME 2da. PARTE. Resultados de la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Psicomotor y Análisis Toxicológico en el ámbito de la Cuenca Matanza Riachuelo (CMR).

<sup>6</sup> CDC. Response to Advisory Committee on Childhood Lead Poisoning Prevention Recommendations in "Low Level Lead Exposure Harms Children: A Renewed Call of Primary Prevention" .Junio 2012.

<sup>7</sup>VdeR: Cenatoxa

## Resultados

En el marco de EISAR realizado en Villa 26 se presentan los resultados obtenidos por el Componente Análisis Toxicológico que desarrolló sus actividades de campo entre el 3 y el 19 de junio de 2013.

### Distribución de plombemias capilares según valores.

En lo que respecta la distribución de las plombemias >VdeR los resultados se agruparon en 3 categorías (una para los valores hasta 5ug/dl; otra entre 5,1 y 9,9 ug/dl; y la tercera para los valores de  $\geq 10$  ug/dl o más).

Tabla 17. Distribución de plombemias capilares

Barrio Villa 26	Nivel de plomo capilar			Total niños evaluados
	hasta 5ug/dl	5,1 a 9,9ug/dl	10ug/dl o más	
Frecuencia	67	12	1	80
%	84	15	1	100

Fuente: elaboración en base a EISAR, 2013.

### Embarazadas

Ninguna embarazada presentó resultados de plomo en sangre capilar >VdeR.

### Cromo

- Ninguna muestra obtuvo resultados superiores a los de referencia (rango ND o <LC<sup>8</sup> a 2,4 ug/g creat.)
- Valor de referencia para población no expuesta laboralmente: Cenatoxa, hasta 2,68 ug/g creat.

### Mercurio

- Ninguna muestra obtuvo resultados superiores a los de referencia. (VdeR: 9 ug/g creat. Cenatoxa).

<sup>8</sup> No Detectable (ND) o menor al Límite de Cuantificación (<LC) del instrumental utilizado.

#### O-cresol (metabolito urinario del tolueno)

- Ninguna muestra tuvo resultados superiores a los de referencia.
- Valor de referencia. Cenatoxa < 0,3mg/g creatinina.

#### TTMA (metabolito urinario del benceno)

- 15 muestras tuvieron resultados superiores a los de referencia.
- Valor de referencia: 133ug/g creatinina (Cenatoxa).

#### Manejo de los casos con plombemias capilares superiores a valores de referencia.

Se acordó con los responsables de salud del Departamento de Salud Ambiental (GCABA) y del área programática correspondiente, que los niños con resultados de plomo en sangre capilar >VdeR que requirieran realizar la prueba venosa confirmatoria fueran derivados a la Unidad de Toxicología del Hospital P. de Elizalde.

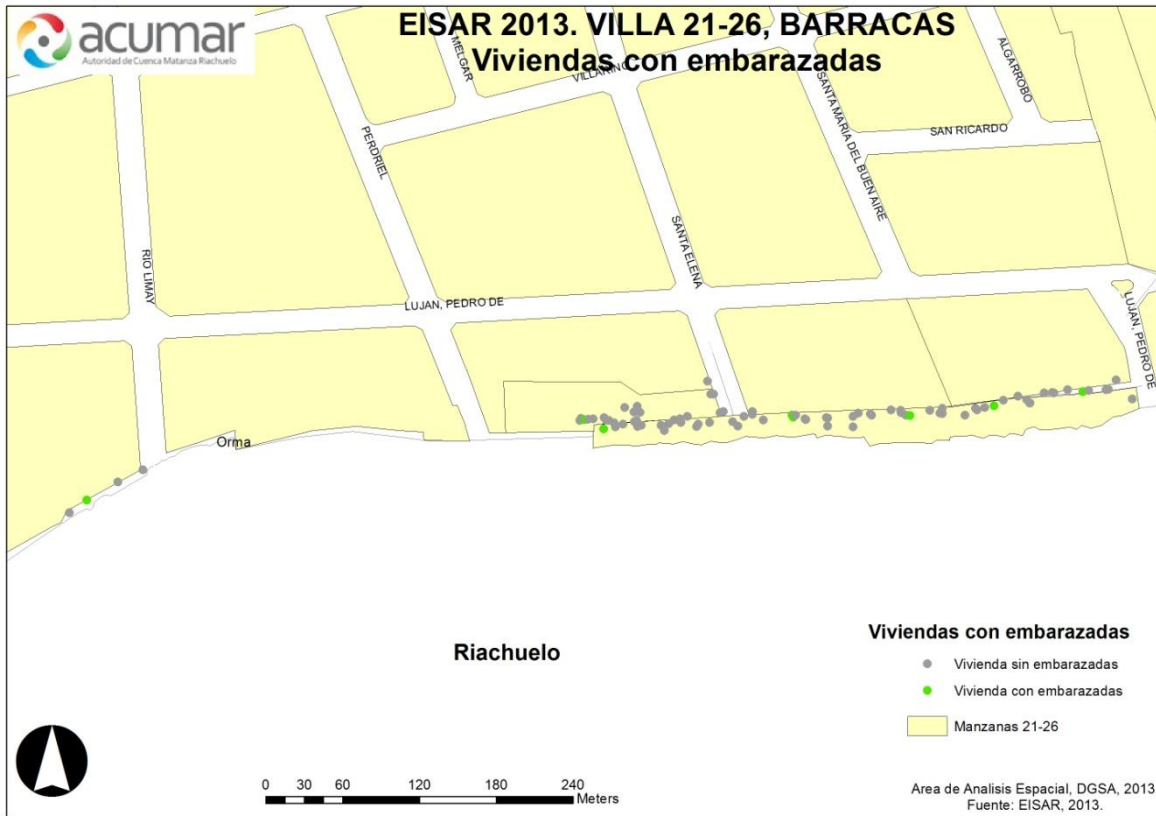
Las muestras fueron enviadas para su análisis al laboratorio de toxicología del Hospital Garrahan.

Teniendo en cuenta lo descripto con anterioridad respecto al tiempo recomendado para realizar las plombemias venosas confirmatorias y dado que la mayoría de los niños con resultados superiores a los VdeR se ubican en el rango comprendido entre 5,1 y 9,9 ug/dl, se está cumpliendo con un cronograma de derivación acorde al nivel de plomo capilar y a la capacidad de respuesta diaria para finalizar la evaluación de los niños restantes y eventualmente sus convivientes.





Ilustración 6. Viviendas con presencia de embarazadas, Villa 26.



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

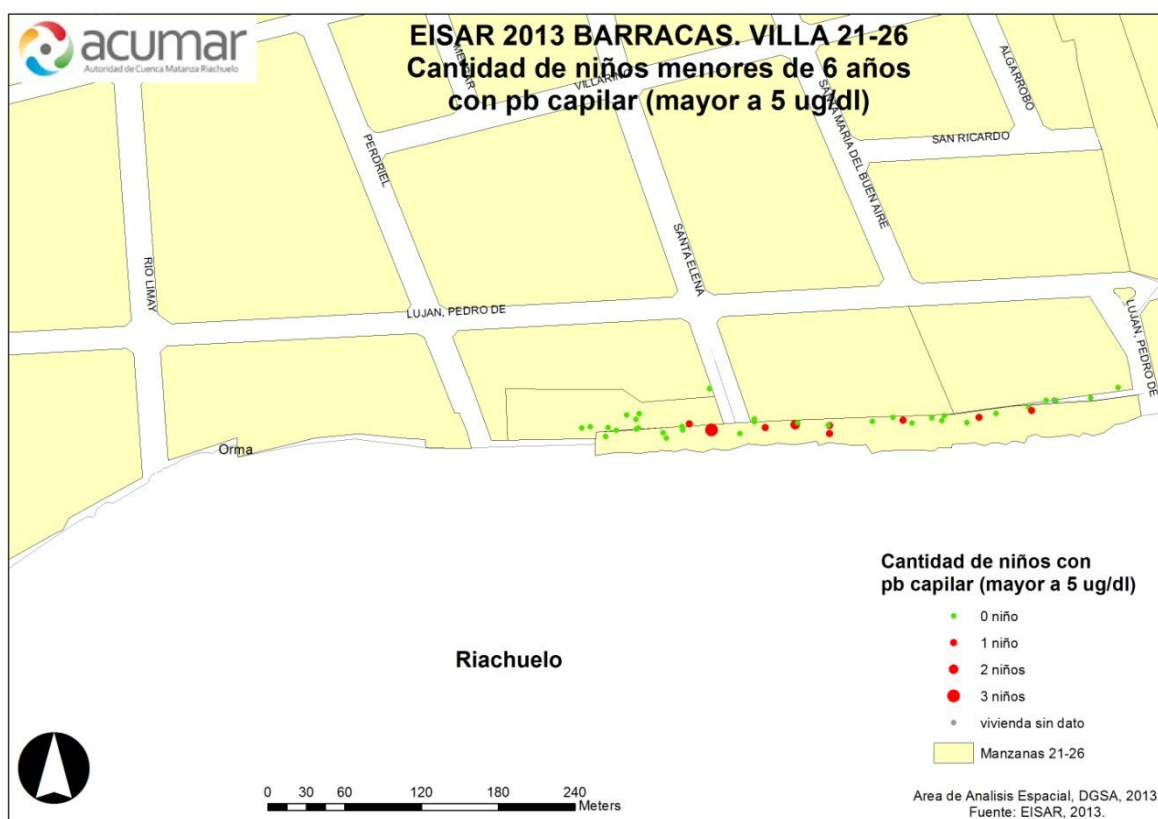
Ilustración 7. Viviendas con presencia de adultos mayores, Villa 26.



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

Mapas temáticos sobre Plomo capilar.

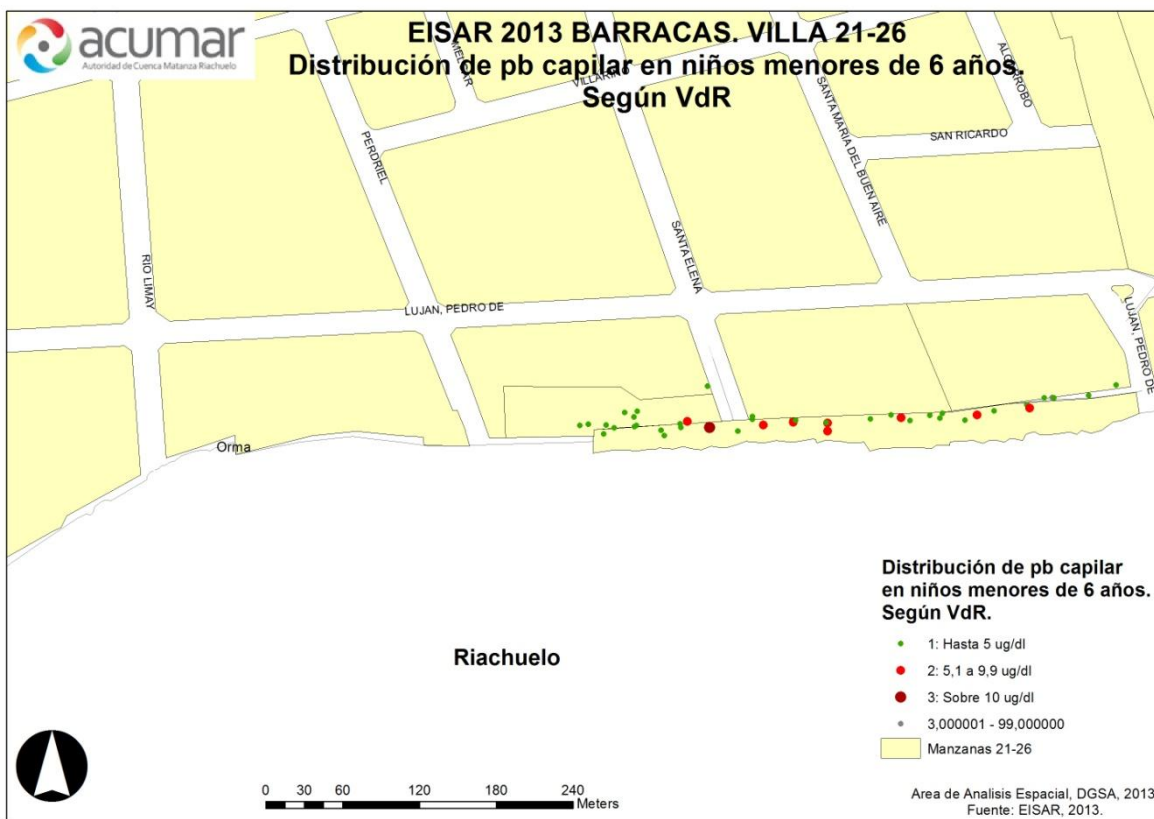
Ilustración 8. Cantidad de niños menores de 6 años con Plomo capilar mayor a 5 ug/dl, Villa 26



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

Ilustración 9. Distribución de Plomo capilar en niños menores de 6 años, según VdR.

Villa 26

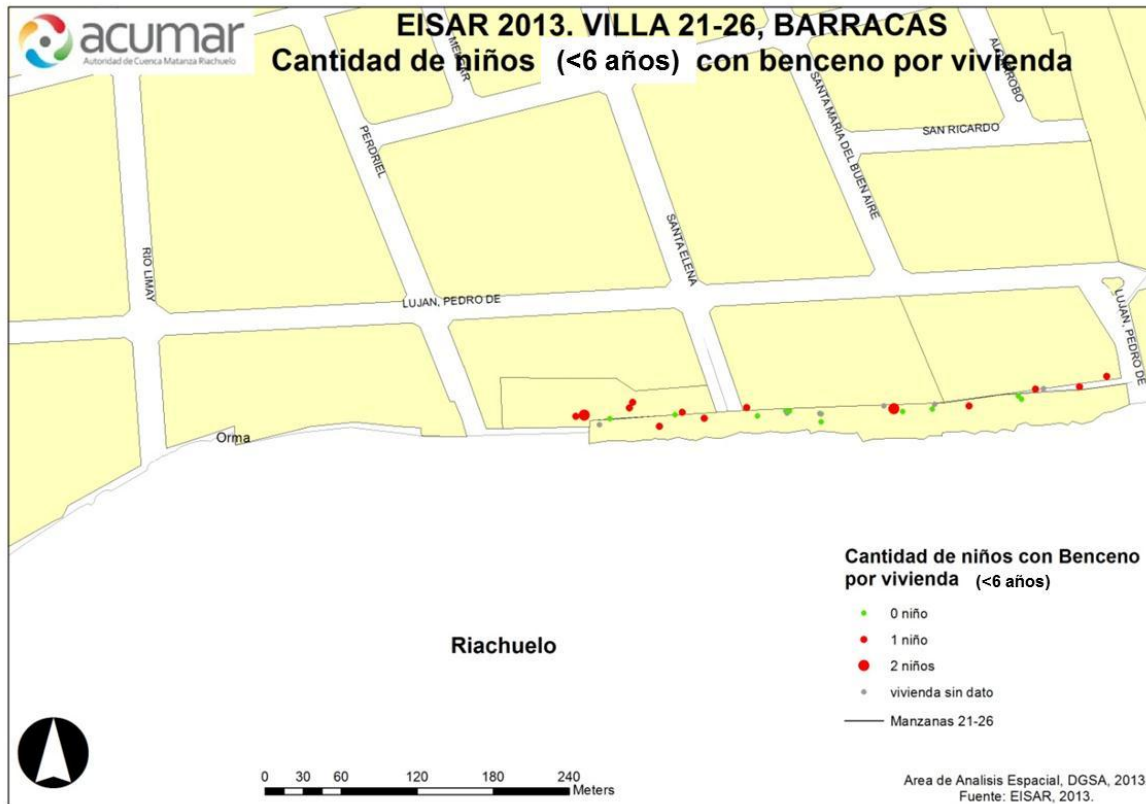


Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

Mapas temáticos sobre otros Tóxicos

Benceno

Ilustración 10. Número y distribución de niños < 6 años con benceno, por vivienda, Villa 26.



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

## IX. Componente Adultos Mayores

### Prevalencia de deterioro cognitivo y demencia en Argentina

Las demencias contribuyen con la mayor tasa de discapacidad entre todas las enfermedades.

En especial, América Latina, China e India mostraron un crecimiento demográfico de personas de edad avanzada y un marcado aumento del número de casos de demencia, sin precedente, siendo la enfermedad de Alzheimer la protagonista (El 50% de las demencias son de este tipo, sumado al 20% que es de origen vascular y el 20% que es mixto).

La prevalencia de la enfermedad de Alzheimer en América Latina indica que entre el 8,4% y el 19,7% de las personas con 60 años o más, especialmente mujeres, pueden padecer un problema cognitivo o demencia. La prevalencia de las demencias se duplica cada cinco años de edad.

La demencia se ha convertido en una creciente preocupación de salud pública en todo el mundo (OMS, 2012), y se espera que su incidencia siga en aumento, especialmente en los países en desarrollo.

Argentina es uno de los países con más alta tasa de envejecimiento de Latinoamérica. Según el censo 2010, en los últimos años se observó un incremento en la proporción de mayores de 60 años, que representan el 14,2% de la población total del país. El aumento de la expectativa de vida y el envejecimiento poblacional, han hecho que las demencias estén entre las patologías más prevalentes. En Argentina la prevalencia de demencia en general está estimada en 12,18 % en adultos mayores de 65 años, pero el estudio poblacional más importante realizado hasta el momento (Estudio CEIBO, su fase piloto en Cañuelas) encontró deterioro cognitivo en el 23 % de las personas mayores de 60 años. Los datos epidemiológicos sobre deterioro cognitivo en América del Sur son escasos.

En la Argentina en general y en la Cuenca Matanza-Riachuelo en particular no se encuentra información precisa que dé cuenta de los procesos de envejecimiento local y su relación con el deterioro cognitivo en personas 60 años y más. No existen en Argentina trabajos epidemiológicos completos con toda la información necesaria para la planificación de estrategias en Salud Pública.

## Observaciones metodológicas

Instrumento diagnóstico para el cribado de deterioro cognitivo: Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE).

Versión original traducida al español y armonizada para los modismos rioplatenses (validada). El MMSE consiste en una serie de módulos que evalúan, memoria de corto y largo plazo, atención, lenguaje, y habilidad viso constructiva.

Instrumento diagnóstico para evaluar el compromiso o impacto funcional

Actividades Básicas de la vida Diaria (ABVD).

Síntesis del Índice de Katz (interroga la necesidad de ayuda al: vestirse, bañarse, comer, asearse, usar el baño, acostarse).

Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD):

Síntesis de Lawton & Brody (interroga actividades de desempeño cotidiano como: manejo de dinero, hablar por teléfono, uso de transporte, etc.). (OPS/OMS, 2000.)

Cribado de Deterioro cognitivo y Demencia

Deterioro cognitivo

Se considera población con probable deterioro cognitivo a aquella que cuenta con un puntaje de MMSE por debajo del punto de corte (PC) según edad y años de educación. El PC es de 24 puntos para un adulto mayor con una edad menor a 75 años complementados con una educación de 5 años o más. En el caso que la edad de 75 años o más y la educación menor a 5 años el punto de corte es de 22.



## Demencia

Se considera población con probable demencia aquella que además de estar por debajo del punto de corte, tiene impacto funcional cognitivo presente (requiere ayuda en al menos una AIVD y/o ABVD) y cambio en los dos últimos años.

## Perfil sociodemográfico de la población de 60 años y más

El perfil sociodemográfico de la población analiza de forma conjunta los adultos mayores de la Villa 26 y los del Asentamiento Magaldi, para facilitar la comunicación de resultados. Ello es así porque el primero presentó un total de 20 AM, y el segundo presentó un bajo número de ellos: 4 AM.

## Sexo y edad.

Del total de adultos mayores encuestados (24), 19/24 (79,2%) personas tenían hasta 75 años, y 5/24 (20,8%) tenían una edad mayor o igual a 75 años.

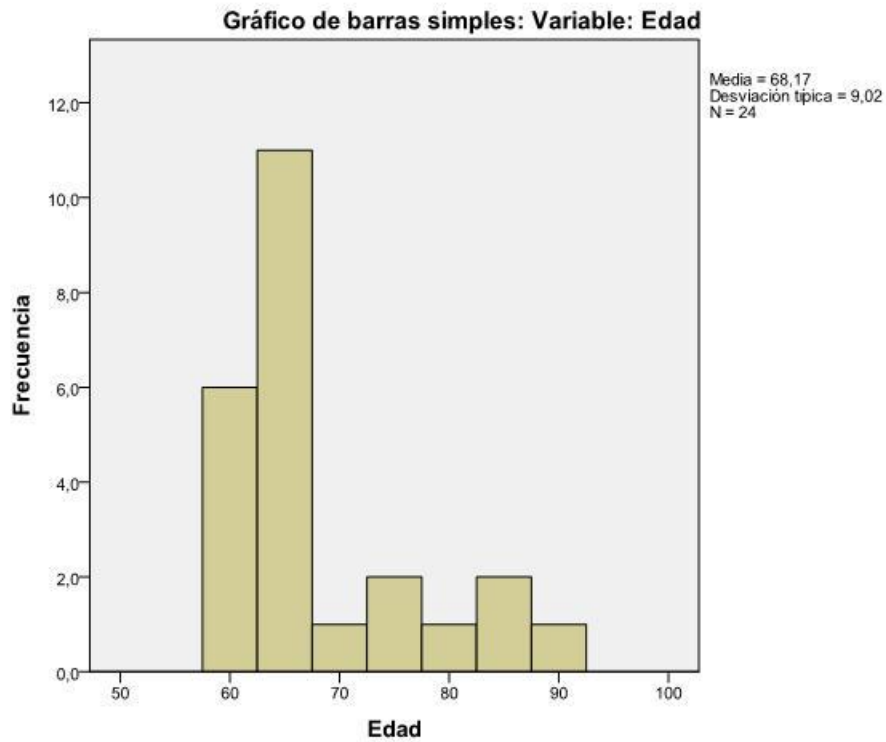
Según los datos del Censo 2010, el número de personas mayores de 60 años ascendía a 5.725.838, representando un 14,3% de la población total.

La media observada de edad fue de 68,2 años (DE= 9 años) y la mediana de edad de 65 años.

El rango se determinó con una base de 60 a 92 años, con una diferencia de 32 años (rango etario de la población). El hecho que la mediana de edad sea de 65 años de edad, es relevante al momento de determinar el envejecimiento de la población evaluada que está claramente por debajo del punto de corte etario de 75 años. La relación del rango etario con el valor del MMSE es relevante en algunos casos, principalmente para el estudio global de la población abordada, ya que en los adultos mayores con un rango etario de hasta 75 años el promedio de MMSE es de 23,39 puntos, mientras que en los que poseen más de 75 años el promedio es de 25,33 planteando una diferencia leve en el puntaje e indicando que la edad en esta población representa un factor muy importante en el rendimiento del MMSE y de la evolución de las funciones cognitivas.

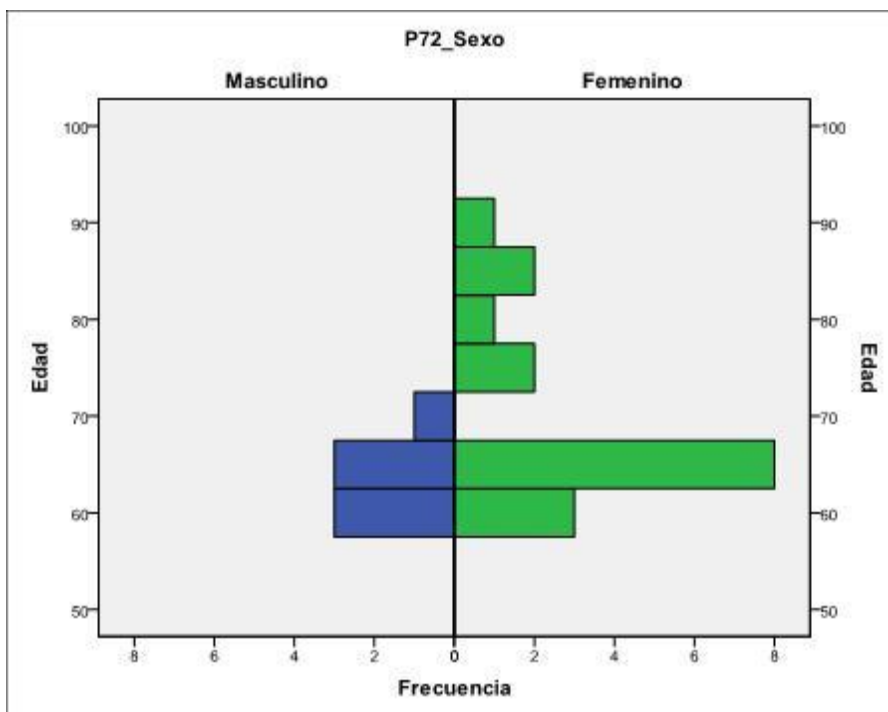
La relación entre MMSE y el sexo del adulto mayor no ha demostrado francas diferencias, ya que el promedio de la suma de MMSE tiene una diferencia menor a un punto (Masculino 26,86 y femenino 26,41, diferencia 0.45), al contrario de lo marcado por su frecuencia, ya que en la población hay una moderada mayoría de adultos mayores del sexo femenino 17/24 (70,8%).

**Gráfico 8.** Distribución de la población de adultos mayores según edad



Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 9. Distribución poblacional de adultos mayores según edad y sexo



Fuente: DGSA, 2013

Tabla 18. Grupos de edad de adultos mayores. Villa 26, 2013.

Grupos de edad	Frecuencia	%
hasta 75 años	19	79,2
76 años y más	5	20,8
Total	24	100,0

Fuente: DGSA, 2013

Tabla 19. Promedios de MMSE según sexo.

Sexo	Puntaje MMSE		
	Frecuencia	Media	Desviación típica
Masculino	7	26,86	2,27
Femenino	17	26,41	2,29
Total	24	26,54	2,25

Fuente: DGSA, 2013

Tabla 20. Estadísticos de la variable Edad

Recuento	24
Media	68,2
Mediana	65
Desviación típica	9,0
Mínimo	60
Máximo	92

Fuente: DGSA, 2013.

Tabla 21 . Promedios de Puntaje MMSE y Rangos.

Rangos de edad	Puntaje MMSE		
	Media	Recuento	Desviación típica
60 a 63 años	27,50	8	1,60
64 a 67 años	26,67	9	2,00
68 a 71 años	25,00	1	.
75 años y más	25,33	6	3,08
Total	26,54	24	2,25

Fuente: DGSA, 2013

#### Nivel educativo.

Si se considera la cantidad de años de estudio en tramos alcanzados por el total de los adultos mayores (24), 7/24, el 29,2% posee menos de 5 años de educación. La media de educación es de 6,4 años.

Es importante contrastar estos datos con los que arroja el censo INDEC 2010 con respecto a la educación de los adultos mayores en la Argentina, donde el 6% de la población adulta mayor es analfabeta. La población adulta mayor es la que presenta los niveles más bajos de educación formal debido a la falta de oferta educativa masiva en su juventud.

Tomando como referencia el nivel educativo de la población estudiada 10/24 (41,7%) no completó la escuela primaria, lo cual tiene una relación directa con el bajo promedio de años de educación encontrado.

Tabla 22. Rango de años de escolarización

Años de escolarización	Frecuencia	%
Menos de 5 años	7	29,2
De 5 a 7 años	12	50,0
De 8 a 12 años	3	12,5
Más de 12 años	2	8,3
Total	24	100,0

Fuente: DGSA, 2013

Tabla 23. Estadísticos de la variable Años de estudio.

Recuento	24
Media	6,4
Mediana	6
Desviación típica	4
Mínimo	1
Máximo	16

Fuente: DGSA, 2013

Tabla 24. Estadísticos de la variable nivel educativo

Máximo nivel educativo alcanzado	Frecuencia	%
Primario incompleto	10	41,7
Primario completo	9	37,5
Secundario inc.	1	4,2
Secundario completo	2	8,3
Terciario incompleto	1	4,2
Terciario completo	1	4,2
Total	24	100,0

Fuente: DGSA, 2013

Tanto la edad como el nivel de instrucción son factores de gran influencia en el rendimiento cognitivo. En este punto el bajo nivel de instrucción es desfavorable para el rendimiento cognitivo de los adultos mayores evaluados, observando que la media de

años de instrucción es de 6,4 años, y que la población adulta mayor oscila entre 1 a 16 años de instrucción, lo que muestra la heterogeneidad de la misma.

La relación entre el nivel educativo y el resultado de la aplicación del MMSE muestra que en los adultos con menos de 5 años de instrucción el puntaje promedio obtenido fue de 25 puntos.

Luego se observa un incremento gradual del puntaje promedio del MMSE llegando en aquellos adultos mayores que tienen 15 o más años de instrucción a un promedio de 27,19 puntos, mostrando una diferencia de 2,19 puntos con el grupo de menos de 5 años de instrucción. En relación al los intervalos de educación descriptos a continuación, presenta un promedio por encima del punto de corte de 22 puntos del MMSE.

Tabla 25. Promedios de Puntaje MMSE y rangos de años de educación.

Rangos de años de escolarización	Puntaje MMSE		
	Media	Recuento	Desviación típica
Menos de 5 años	25,00	7	2,58
De 5 a 7 años	27,08	12	1,88
De 8 a 12 años	28,00	3	1,73
Más de 12 años	26,50	2	2,12
Total	26,54	24	2,25

Fuente: DGSA, 2013

## Determinantes cognitivos y funcionales

### Impacto Funcional

Según la evaluación realizada, ningún adulto mayor presentó impacto funcional, con una diferencia. Todos estos adultos mayores presentaron algún grado de dependencia, pues requirieron de ayuda para realizar sus actividades cotidianas.

Si bien no se ha utilizado los mismos indicadores, es interesante comparar con los datos publicados del censo INDEC 2010 para la presencia de discapacidad en los adultos mayores a nivel nacional (discapacidad motora, del habla, visual, auditiva, mental).

Entre la población de las personas mayores la tendencia es: a mayor edad mayor prevalencia de la discapacidad. Así, mientras que el 37,3% de las personas mayores

tienen alguna discapacidad, este porcentaje alcanza al 64% de los varones y al 60% de las mujeres de 90 a 94 años.

#### Estratificación por punto de corte (PC) de sumatoria de MMSE en relación al impacto funcional

De un total de 24 adultos mayores, a los que se le aplicó el MMSE, 2/24 (8,3%) presentó un probable deterioro cognitivo al estar por debajo del punto de corte, no habiendo ninguno con impacto funcional cognitivo (probable demencia). Ambos residían en la Villa 26.

En forma complementaria del total de la población evaluada, se detectó que ningún adulto mayor presentó una probable demencia (deterioro cognitivo con impacto funcional).

La estratificación de los puntajes del MMSE dentro de los AM con probable deterioro cognitivo (MMSE menor a 24), da la pauta que a menor rango de puntaje de MMSE la proporción del impacto funcional (probable demencia) se incrementa.

El nivel de instrucción, la edad y el compromiso funcional son tres variables que tienen una contingencia y asociación directa en los adultos mayores con un MMSE menor a 24 o 22 según corresponda (probable deterioro cognitivo): a menor nivel de instrucción y mayor rango etario, mayor es la probabilidad de tener un impacto funcional.

Tabla 26. Adultos mayores de 60 años con al menos 1 AVD instrumental, según sexo.

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Al menos un AIVD	Si	7	15	22
	Ninguno	0	2	2
Total		7	17	24

Fuente: DGSA, 2013

Tabla 27. Promedios de Puntaje MMSE y rangos etario

		Tramos MMSE		Total
		Mayor o igual a 24	De 20 a 23	
Grupo etario	75 años o menos	18	1	19
	76 años o más	4	1	5
Total		22	2	24

Fuente: DGSA, 2013

### Determinantes sociales del deterioro cognitivo

#### Estructura y tamaño del hogar. Formas de convivencia

La presencia o ausencia de pareja aporta información sobre el soporte emocional de los adultos mayores.

El familiar conviviente también es fundamental para brindar información acerca del desempeño cognitivo y funcional del adulto mayor.

La relación con un acompañante en el hogar puede impactar en forma positiva o negativa según sea un elemento de sobrecarga o de complemento al momento de la relación con un adulto en curso de deterioro cognitivo.

En relación a las formas de convivencia, 3/24 (12,5%) adultos mayores viven solos (promedio de MMSE de 26,7), 15/24 (62,5%) viven el pareja (promedio de MMSE de 26,9) y 6/24 (25 %) viven con otras personas (promedio de MMSE de 25,7).



Tabla 28. Hogares por formas de convivencia

Deterioro	Estructura del hogar	N
No	Vive solo	3
	Vive en pareja	14
	Vive con otras personas	5
	Total	22
Sí	Vive solo	
	Vive en pareja	1
	Vive con otras personas	1
	Total	2
Total	Vive solo	3
	Vive en pareja	15
	Vive con otras personas	6
	Total	24

Fuente: DGSA, 2013

Poniendo en relación estos datos con los del Censo Nacional de Hogares y Vivienda de 2010, 2.552.958 hogares de Argentina poseen un jefe/a de hogar con una edad de 65 años o más.

Tabla 29. Hogares por formas de convivencia y relación con MMSE

Deterioro	Estructura del hogar	Puntaje medio MMSE	N	Desv. típ.
No	Vive solo	26,7	3	1,5
	Vive en pareja	27,1	14	1,7
	Vive con otras personas	26,8	5	1,8
	Total	27,0	22	1,6
Sí	Vive solo			
	Vive en pareja	23,0	1	.
	Vive con otras personas	20,0	1	.
	Total	21,5	2	2,1
Total	Vive solo	26,7	3	1,5
	Vive en pareja	26,9	15	2,0
	Vive con otras personas	25,7	6	3,2
	Total	26,5	24	2,2

Fuente: DGSA, 2013

La contención familiar es un factor importante que da la pauta de la capacidad de la respuesta que el adulto mayor puede dar a un plan terapéutico y/o de seguimiento.

Si se considera el tipo de hogar en el que vivía el adulto mayor se destaca que 3/24 (12,5%) de los hogares fueron unipersonales y 16/24 (66,7%) fueron hogares con familia completa, siendo este el que representa la mayor proporción.

Tabla 30. Hogares por universo de estudio

Tipo de hogar	Media	N	Desv. típ.
Hogar unipersonal	1,0	3	0,0
Hogar familiar no conyugal	3,0	3	1,0
Familia completa	4,6	16	2,3
Familia monoparental	-	-	-
Hogar no familiar	3,0	2	0,0
Total	3,8	24	2,2

Fuente: DGSA, 2013

#### Rol del adulto mayor en el contexto familiar

Del total de 24 adultos mayores encuestados, 16/24 (66,66%) adultos mayores están a cargo de la jefatura del hogar. De los 16/24 adultos mayores que son jefes de hogar, 1/16 (6,25%) presentan un MMSE menor a 24 puntos, indicando un probable deterioro cognitivo, mientras que 15/16 (93,75%) poseen un MMSE mayor o igual a 24 puntos en promedio (sin probable deterioro cognitivo), indicando de esta manera que la mayor parte de los adultos mayores que son jefes de hogares no presentan deterioro cognitivo.

Tabla 31. Jefes de hogar y deterioro cognitivo.

		Tramos MMSE		
		Mayor o igual a 24	De 20 a 23	Total
		Recuento	Recuento	Recuento
Es Jefe de hogar	Si	15	1	16
	No	7	1	8
	Total	22	2	24

Fuente: DGSA, 2013

## Situación de pobreza

La relación entre la NBI y el grado de deterioro puede dar una pauta sobre las prioridades del hogar al momento de una adherencia al diagnóstico o al tratamiento.

De un total de 24 adultos mayores 10/24 (42%) tienen al menos una condición NBI. En ellos el promedio de puntaje total del MMSE fue de 26,40 mientras que en el grupo sin NBI 14/24 (58%) el puntaje fue de 26,64.

Aunque la diferencia entre ambos grupos es pequeña (0,24 puntos) el dato de relevancia se centra en que ambos grupos tienen un promedio superior al PC establecido de 24, mostrando un punto a favor al momento de establecer las características del hogar a favor o en contra de una adherencia o compliance en el seguimiento y tratamiento de los pacientes.

En los AM “Sin NBI y con probable deterioro cognitivo” el promedio de puntaje de MMSE fue de 21,5 puntos, mientras que en los AM “Sin NBI y sin probable deterioro cognitivo” el promedio de MMSE fue de 27,5 puntos, indicando una diferencia entre los AM sin NBI con y sin probable deterioro cognitivo de 6 puntos, resaltando la importancia de las NBI en relación al deterioro cognitivo.

La condición de actividad del adulto mayor es un elemento esencial en relación a la capacidad de abastecer las necesidades del hogar, ya que su relación con la NBI y el grado de deterioro cognitivo demarca la posibilidad de adhesión a los planes terapéuticos

La condición de actividad del adulto mayor es un elemento esencial en relación a la capacidad de abastecer las necesidades del hogar, ya que su relación con la NBI y el grado de deterioro cognitivo demarca la posibilidad de adhesión a los planes terapéuticos.

De los 24 AM evaluados, 7/24 (29,16%) han trabajado al menos una hora, de los cuales ninguno posee un probable deterioro cognitivo.

De los 24 AM evaluados, 17/24 (70,84%) no han trabajado al menos una hora según refieren, de los cuales 2/17 (11,76%) poseen probable deterioro cognitivo.

La presencia de un “probable deterioro cognitivo” difiere si el AM ha trabajado o no al menos una hora últimamente, ya que hay un 11,76 % más de AM con “probable deterioro

cognitivo en el grupo que no han tenido una actividad laboral de al menos una hora, destacando así la importancia de la actividad laboral.

Tabla 32. Promedio del MMSE según NBI, estructura del hogar y deterioro cognitivo.

Deterioro	Necesidades Básicas Insatisfechas	Convivencia	Media	Recuento	Desviación típica
Sin deterioro	Sin NBI	Vive solo	27,50	2	,71
		Vive en pareja	27,57	7	1,62
		Vive con otras personas	27,33	3	1,15
		Total	27,50	12	1,31
	Con NBI	Vive solo	25,00	1	.
		Vive en pareja	26,71	7	1,80
		Vive con otras personas	26,00	2	2,83
		Total	26,40	10	1,84
	Total	Vive solo	26,67	3	1,53
		Vive en pareja	27,14	14	1,70
		Vive con otras personas	26,80	5	1,79
		Total	27,00	22	1,63
Con deterioro	Sin NBI	Vive en pareja	23,00	1	.
		Vive con otras personas	20,00	1	.
		Total	21,50	2	2,12
	Total	Vive en pareja	23,00	1	.
		Vive con otras personas	20,00	1	.
		Total	21,50	2	2,12
Total	Sin NBI	Vive solo	27,50	2	,71
		Vive en pareja	27,00	8	2,20
		Vive con otras personas	25,50	4	3,79
		Total	26,64	14	2,56
	Con NBI	Vive solo	25,00	1	.
		Vive en pareja	26,71	7	1,80
		Vive con otras personas	26,00	2	2,83
		Total	26,40	10	1,84
	Total	Vive solo	26,67	3	1,53
		Vive en pareja	26,87	15	1,96
		Vive con otras personas	25,67	6	3,20
		Total	26,54	24	2,25

Fuente: DGSA, 2013

Tabla 33. Adultos Mayores que trabajaron al menos una hora.

Trabajó por lo menos una hora		Puntaje del MMSE				Total
		Mayor o igual a 24	De 20 a 23	De 10 a 19	Menor o igual a 9	
	Si	7	0	-	-	7
	%	100,0%	0,0%	-	-	100,0%
	No	15	2	-	-	17
	%	88,2%	11,8%	-	-	100,0%
Total	N	22	2	-	-	24
	%	91,7%	8,3%	-	-	100,0%

Fuente: DGSA, 2013

#### Determinantes de accesibilidad previsional y al sistema de salud

##### Cobertura de salud

Del total de adultos mayores encuestados sobre la cobertura de salud (24), 13/24 (54,2%) adultos mayores tiene obra social (incluye PAMI), mientras que 11/24 (45,8%) adultos mayores, no tiene obra social, prepaga o planes de salud.

De todos los adultos mayores que no poseen ningún tipo de cobertura el promedio de MMSE es de 26,7, mostrando un valor muy cercano del promedio de los intervalos para cada estrato de cobertura de salud.

Este dato tiene la implicancia de la severidad de cada grupo en el direccionamiento al sistema de salud asistencial, ya que tanto los que poseen o no cobertura tiene un valor similar del promedio de MMSE y a su vez de severidad o estratificación del deterioro cognitivo. Los adultos que tienen cobertura de salud van a tener una accesibilidad más ágil al sistema y los que no poseen cobertura demandarán una complejidad similar al sistema público de salud, al momento de requerir de una red de derivaciones y seguimiento.

Esta información muestra que a mayor nivel de deterioro cognitivo la complejidad del sistema de derivación deberían ser mayores a los precisados básicamente.

Tabla 34. Promedio del MMSE según cobertura.

		Puntaje MMSE		
		Media	Recuento	Desviación típica
La cobertura más frecuentemente usada es...	Su obra social (incluye PAMI)	26,38	13	2,43
	No tiene obra social, prepaga o plan estatal	26,70	10	2,21
	Ns/Nc	27,00	1	.
	Total	26,54	24	2,25

Fuente: DGSA, 2013

Es importante contrastar estos valores con los obtenidos por el censo INDEC 2010 para la Cobertura nacional de salud en personas de 60 años y más, que detalla que la población que se encuentra cubierta por algún tipo de cobertura de salud, que, el 78,4% posee obra social (72,2 varones y 83,1 mujeres), mientras que el 5,6 % posee prepagas a través de obras sociales (6,6 varones y 4,8 mujeres). El 4,9% posee prepaga sólo por contratación voluntaria (5,5 varones y 4,4 mujeres), en tanto que el 1,2% se encuentra cubierto por programas y planes estatales de salud (1,3 varones y 1,3 mujeres).

La previsión social es un elemento esencial al momento de relacionarlo con el impacto cognitivo y las herramientas del adultos mayor al momento de recibir una respuesta o contención terapéutica.

El mismo se relaciona en forma directa con la cobertura social del mismo, ya que 12/24 (50%) de los AM se encuentran percibiendo jubilación o pensión, siendo esta cifra muy similar a los AM que poseen como cobertura PAMI.

Tabla 35. Promedio del MMSE según si percibe jubilación o pensión

			Tramos MMSE		
			Mayor o igual a 24	De 20 a 23	Total
Recibe Jubilación o pensión	Si	Recuento	11	1	12
		% de la fila	,9	,1	1,0
	No	Recuento	11	1	12
		% de la fila	,9	,1	1,0
	Total	Recuento	22	2	24
		% de la fila	,9	,1	1,0

Fuente: DGSA, 2013

## Factores de Riesgo para enfermedades no transmisibles

Los Factores de riesgo<sup>9</sup> son un elemento clave en el desarrollo de patologías cognitivas no degenerativas, como ser la hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemias, etc.

Durante el tamizaje poblacional se identificó que del total de adultos mayores evaluados (24), 10/24 (41,66%), refieren poseer entre sus antecedentes un diagnóstico médico de HTA, seguido de hipercolesterolemia con 6 AM (25%) y la diabetes mellitus con 4 AM (16,66%)

Por otro lado de los 24 adultos mayores que han respondido en estas variables, 21/24 (87,5%) han acudido al médico en el último año, y 4/24 (16,66%) han estado internados en el último año.

La tristeza o la apatía son elementos también tuvieron relevancia entre sus antecedentes ya que 15/24 adultos mayores (62,5%) refirieron sentirse tristes.

Estos datos indican que el grupo de adultos mayores evaluados están afectados en su estado de ánimo en igual magnitud que la referida sobre otros factores de riesgo modificando la evolución de su deterioro cognitivo. Por ello el direccionamiento de los adultos mayores al sistema local de salud no sólo es para su seguimiento en patología cognitiva o sus trastornos de la memoria, sino también para el monitoreo de todas estas comorbilidades que pueden modificar la evolución del deterioro, así como para confirmar el diagnóstico por métodos complementarios y su tratamiento.

Tabla 36. Adultos Mayores que han consultado al médico en el último año.

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	Sí	21	87,5	87,5	87,5
	No	3	12,5	12,5	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

Fuente: DGSA, 2013

<sup>9</sup> Es importante señalar que los datos recabados sobre los factores de riesgo son en relación a las respuestas dadas por los adultos mayores encuestados.

Tabla 37. Adultos Mayores que refirieron que un médico les comunicó que tenían hipertensión arterial.

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	Sí	10	41,7	47,6	47,6
	No	11	45,8	52,4	100,0
	Total	21	87,5	100,0	
Perdidos	Sistema	3	12,5		
Total		24	100,0		

Fuente: DGSA, 2013

Tabla 38. Adultos Mayores que refirieron que un médico les comunicó que tenían diabetes.

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	Sí	4	16,7	19,0	19,0
	No	17	70,8	81,0	100,0
	Total	21	87,5	100,0	
Perdidos	Sistema	3	12,5		
Total		24	100,0		

Fuente: DGSA, 2013

Tabla 39. Adultos Mayores que refirieron que un médico les comunicó que tenían hipercolesterolemia

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	Sí	6	25,0	28,6	28,6
	No	15	62,5	71,4	100,0
	Total	21	87,5	100,0	
Perdidos	Sistema	3	12,5		
Total		24	100,0		

Fuente: DGSA, 2013



Tabla 40. Adultos que estuvieron internados durante el último año

		Frecuencia	%	%válido	% acumulado
Válidos	Sí	4	16,7	16,7	16,7
	No	20	83,3	83,3	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

Fuente: DGSA, 2013

Tabla 41. Adultos Mayores que refirieron presentar tristeza.

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	Sí	15	62,5	62,5	62,5
	No	9	37,5	37,5	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

Fuente: DGSA, 2013

## Conclusiones

En la población de adultos mayores de Villa 26 que ha sido encuestada se encuentra que un 79,2 % poseen hasta 75 años de edad, mientras que el 20,8 % poseen una edad igual o mayor a los 75 años.

El 41,7% de los adultos mayores tienen estudios primarios incompletos, habiéndolos completado el 37,5% de ellos.

Como se ha mencionado anteriormente es importante contrastar estos datos con los publicados en el censo INDEC 2010 con respecto a la educación de los adultos mayores en la Argentina, donde el 6% de la población adulta mayor es analfabeta.

La población adulta mayor es la que presenta los más bajos niveles de educación formal debido a la falta de oferta educativa en su juventud.

El 54,2% tiene cobertura de salud (PAMI u otra obra social), y el 50% tiene cobertura previsional (reciben jubilación o pensión).

Los datos encontrados en el cribado de deterioro cognitivo se acercan a los porcentajes descritos en la literatura, aunque se debe tomar en cuenta que cada población estudiada tienen características sociodemográficas propias. El porcentaje de adultos mayores con al menos una NBI es del 42%.

El 70,83% de los adultos mayores se encuentra sin actividad laboral de por lo menos una hora durante la última semana.

Con respecto a la situación familiar, el 12,5% de los adultos mayores viven solos, de los cuales (0%) presentan probable deterioro cognitivo.

Poniendo en relación estos datos con los del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda de 2001, los hogares unipersonales conforman el 17,3% (de todos los hogares unipersonales, el 55% corresponde a personas mayores) y el 26,8% en hogar nuclear completo de pareja sola.

Los datos encontrados en el cribado de deterioro cognitivo se acercan a los porcentajes descritos en la literatura, aunque se debe tomar en cuenta que cada población estudiada tienen características sociodemográficas propias que impactan en estos valores, por lo que no hay un valor que pueda ser representativo a todo el estudio, sino a cada localidad en particular.

El deterioro cognitivo sumado al impacto funcional acerca al cribado de demencia. En este sentido, del 8,3% de los adultos mayores que presentan un MMSE por debajo del punto de corte, ningún AM presenta también impacto funcional. Esto describe el nivel de dependencia de la población de personas de 60 años y más.

Es importante tener en cuenta que en la población estudiada la media observada de edad fue de 68,2 años, por tanto, se trata de una población donde predominan los llamados adultos mayores "jóvenes".

Dentro de los factores de riesgo referidos por el adulto mayor, 10/24 (41,66%), refieren poseer entre sus antecedentes un diagnóstico médico de HTA, seguido de

hipercolesterolemia con 6 AM (25%) y la diabetes mellitus con 4 AM (16,66%). La tristeza o la apatía son elementos también tuvieron relevancia entre sus antecedentes ya que 15/24 adultos mayores (62,5%) refirieron sentirse tristes.

Del 66,66% adultos mayores que son jefes de hogar, el 6,25 % presenta trastorno cognitivo.