

# Desarrollo de un Modelo de Intervención en Salud para Adultos Mayores de Alto Riesgo en la Comunidad.

Klaus Puschel \*, Rosa Walker \*, Paulina Rojas \*, Blanca Peñaloza \*, Hugo Sanchez \*\*, Joaquín Montero \*

(\*) Programa de Medicina Familiar y Comunitaria de La Pontificia Universidad Católica de Chile. Av. Vicuña Mackenna 4686, Santiago, Chile.

(\*\*) A la fecha de la investigación, Director del Consultorio Los Quillayes, Av. Julio Cesar 10905, La Florida, Santiago, Chile.

Autor: Dr. Klaus Puschel. E-Mail: jmontero@osler.med.pvc.cl

## R E S U M E N

La situación de la población de adultos mayores en nuestro país, es sin duda un tema de creciente importancia desde el punto de vista social y político. Así queda reflejado al analizar los numerosos programas que han ido surgiendo a nivel nacional y comunal (4).

Por otra parte, los modelos de intervención en salud en la comunidad, carecen en nuestro país de un adecuado nivel de participación y no poseen claros indicadores de impacto que los validen (9, 10).

El tipo de intervención desarrollado en esta experiencia, pretende lograr un modelo de trabajo con la comunidad que sea participativo, replicable, y por tanto utilice los recursos locales disponibles, y que incorpore indicadores de impacto que permitan tener una clara idea de la eficacia de la intervención que se desarrolla. Al tener estos elementos, se obtiene una estrategia sustentable que le da sentido a la participación comunitaria.

Los resultados favorables en las variables biomédica, funcional, económica y de aislamiento social obtenidos en la población de adultos mayores de alto riesgo en este estudio, hacen suponer que se ha logrado en ellos un avance significativo en su calidad de vida, aunque este parámetro no haya sido medido directamente.

En resumen, puede decirse que el modelo de intervención utilizado logró, mediante la utilización de recursos locales, intervenir en un grupo de adultos mayores de alto riesgo, obteniendo una disminución en el corto plazo en todos sus parámetros de riesgo y provocando modificaciones concretas en el funcionamiento del centro de salud y la organización de la comunidad.

## I N T R O D U C C I O N

Chile es uno de los países con mayor incremento porcentual de su población de adultos mayores (AM) a nivel mundial. Para el período 1991-2020 este incremento ha sido estimado en un 149 % (1). Las variaciones en la tasa de fecundidad global (5.3 en 1960 vs 2.7 en 1990) y esperanza de vida (72 años, 1990) (2) son también indicadores claros del proceso descrito.

Este acelerado desarrollo demográfico, plantea la necesidad urgente de estudiar los factores que determinan la calidad de vida y la mortalidad de los AM en nuestro país, y de esta manera poder intervenir eficientemente en ellos.

En nuestro país, los propios AM han identificado los problemas económicos, de salud y la soledad, como los más importantes que afectan su calidad de vida (3). Esta percepción de los AM, es corroborada al analizar los indicadores de su situación a nivel nacional (4, 5, 6).

La comuna de La Florida en el área sur-oriente de Santiago es una de las más grandes de la RM y del país, cuenta con casi 400.000 habitantes y por tanto a pesar de ser una comuna «joven» (4.7 % de su población son AM vs 7 % a nivel nacional) (Censo 1992) concentra una gran cantidad de los AM del país. En esta comuna, las condiciones de vida de los AM no difieren significativamente de las descritas a nivel nacional (Secplac, 1995) (8). Las condiciones de pobreza de algunos sectores, deterioran aún más los factores señalados. El Consultorio Los Quillayes es uno de los centros de salud que concentra la mayor cantidad de población empobrecida en la comuna (CAS, 1991). Hasta el año 1992, no existía en el territorio asignado a ese centro de salud, programa alguno de desarrollo para el AM (7).

**O B J E T I V O G E N E R A L :**

Desarrollar un modelo de intervención, que permita mejorar la calidad de vida de una población de adultos mayores de bajos recursos y alto riesgo en salud.

**O B J E T I V O S E S P E C I F I C O S :**

1. Identificar un grupo de adultos mayores de la comunidad con alto riesgo en salud.
2. Desarrollar una intervención que logre disminuir los factores de riesgo del grupo identificado, y que integre las organizaciones de la comunidad con las instituciones de salud existentes.
3. Instituir una red de apoyo estable para el cuidado del AM en la comunidad intervenida.

**M E T O D O L O G I A :**

**Población.** La población estudiada, provino de un sector con alto nivel de pobreza (según encuesta CAS, 1991) correspondiente a la unidad vecinal 33 en la comuna de La Florida. Este sector es uno de los dos de mayor demanda asistencial para el centro de salud. De acuerdo al pre-censo del año 92 la población de AM de ese sector correspondía a 580 AM (65 años o más).

Durante un mes, monitoras capacitadas realizaron encuestas casa a casa hasta completar 200 AM, de ellos 30 fueron finalmente excluidos del estudio (18 por cambio de domicilio, 6 con información incompleta, 6 rechazaron ser encuestados).

Luego de la encuesta, se seleccionaron los AM de alto riesgo en salud, que en total correspondieron a 107 (63 %) del grupo original. En ellos se realizó la intervención reevaluando los riesgos un año después, mediante el mismo instrumento.

**Intervención.** En ella existen tres etapas:

1. Formación y capacitación: Se inicia en mayo de 1993. Durante un período de dos meses, el equipo del consultorio capacitó a diez voluntarios de la comunidad en materias básicas de cuidado en salud del AM (aspectos bio-psico-sociales), y en los beneficios e instituciones de ayuda existentes para este grupo etario y cómo acceder a ellos. La capacitación se realizó usando un modelo de educación participativa para adultos (Jane Vella) (11).
2. Intervención en grupo de alto riesgo: Durante 1994 las monitoras visitaron a los AM identificados como de alto riesgo en salud y realizaron intervenciones previamente definidas, en base a las necesidades detectadas. Estas fueron de diversa índole: información, acceso a instituciones de ayuda, soporte emo-

cional, integración a organizaciones comunitarias y cuidados asistenciales entre otros.

3. Consolidación de red de apoyo local para el AM: Durante el año 1995 se constituye un grupo de trabajo estable con las monitoras del AM, con adultos mayores provenientes del grupo de alto riesgo que se integran como monitores, y con organizaciones de AM procedentes del mismo grupo de riesgo, que junto al equipo de salud del consultorio, asume el cuidado de nuevos AM, incluyendo los de otras unidades vecinales.

**Instrumento.** Se elaboró una encuesta ad-hoc por no existir al momento de la intervención, ningún instrumento validado en Chile que permitiera realizar una evaluación integral del AM. La encuesta evaluó cuatro áreas de riesgo en salud:

- Riesgo biomédico: Se incluyeron en los criterios de riesgo, todos los AM que presentaran alguna enfermedad crónica o alteración sensorial (audición, visión) sin control médico al momento de la evaluación.
- Riesgo funcional: Evaluado mediante la escala de Katz. Se incluyeron en el grupo de riesgo todos los AM con dificultad en la deambulación y sin elementos kinésicos de apoyo, así como los postrados.
- Riesgo económico: Se consideraron de alto riesgo, todos los AM que no percibirán ninguna ayuda económica regular.
- Riesgo social: Se incluyeron aquellos AM con alto grado de aislamiento social. Este fue determinado utilizando la escala de Berkman, que fue escogida por su fácil aplicabilidad, así como por su asociación con mortalidad, evaluada en grandes series de AM con aislamiento social (12, 13, 14). A ella se le agregó un ítem de percepción de aislamiento, que se ha considerado de importancia en algunos estudios (15, 26). Además se incluyó una escala breve de recursos sociales, similar a la utilizada actualmente por la Universidad Católica en la evaluación de los AM.

**R E S U L T A D O S**

1. **Identificación de un grupo de AM de alto riesgo en salud:** La descripción de la población estudiada se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 1: CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

**Características generales:**

Nº AM estudiados	170
Edad promedio	73 años (70 % bajo 70 años)
Sexo	30 % masculino (promedio nacional: 40 %)

<b>Area Biomédica:</b>	
HTA	32 %
DM	14 %
Tos crónica	9 %
Problemas osteoarticulares crónicos	9 %
Problemas de visión	55 %
Problemas de audición	20 %
Otros	21 %
Sin problemas	11 %
<b>Area Funcional:</b>	
Sin dependencia AVD	88 %
Con dependencia AVD	10 %
Postrado	2 %
<b>Area Económica:</b>	
Sin ningún recurso estable	12 %
<b>Area Social:</b>	
Aislamiento social.	
• Con aislamiento severo	34 %
(I. Berkman modificado)	
• Actividades Regulares	
Dentro de la casa	55 %
Fuera de la casa	12 %
Sin actividad	13 %
Otros	20 %

En el grupo de AM con alto riesgo en salud quedaron incluidos todos aquellos con una o más áreas comprometidas: riesgo biomédico ( $n = 55$ ), riesgo funcional ( $n = 14$ ), riesgo económico ( $n = 20$ ), y riesgo social ( $n = 55$ ). En total 107 AM.

**2. Intervención en grupo de alto riesgo en salud:** Luego de doce meses de intervención los riesgos en salud fueron reevaluados encontrándose:

**Area biomédica:**

Un 66 % de aquellos con problemas en esta área, ingresaron a los programas y se encontraban en control de sus problemas específicos. Un 70 % de los AM con HTA, la totalidad de los diabéticos y un 80 % de los AM con problemas respiratorios se encontraban en control. Un 34 % de los AM con problemas de visión obtuvo alguna solución del mismo, por otra parte, ningún AM con problemas auditivos pudo obtener algún grado de solución.

**Area Funcional:**

La intervención se desarrolló específicamente sobre aquellos AM con dificultad para deambular y que carecían de apoyo kinésico ( $n = 14$ ). Al final de la intervención, un 42 % de ellos obtuvieron bastón para deambular.

**Area Económica:**

Se consideró a aquellos AM de más alto riesgo, es decir aquellos sin ningún ingreso económico regular, excluyéndose aquellos que contaran con alguna pensión (*asistencial, jubilación viudez*) o que tuvieran alguna actividad laboral remunerada. Al final de la intervención, un 40 % de ellos obtuvieron algún ingreso regular.

**Area Social:**

El aislamiento social fue la variable utilizada para evaluar este parámetro. La escala de Berkman modificada utilizada, identificó a un 34 % de los AM con aislamiento social severo, con un score promedio de  $2.7 + - 1.1$ . Al final de la intervención, el score disminuyó a  $1.5 + - 1.1$ , variación que resultó estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ) al realizar el test de comparación de medias.

**3. Consolidaciones de red de apoyo local para AM:**

La formación de la primera red de apoyo local para AM contiene elementos de desarrollo de la comunidad y del centro de salud. Al final del año 1995 podían identificarse los siguientes elementos de la red de apoyo:

**Nivel de la Comunidad:**

- Desarrollo de un grupo estable de ocho monitores (*que incluyen AM del grupo intervenido*), que desarrollan regularización acciones sobre AM de las unidades vecinales 31, 33 y 34.
- Implementación de un sistema de coordinación regular (*con reuniones quincenales*) entre el grupo de monitores y el equipo de salud del consultorio (*médico, asistente social*) para análisis de casos y definición de intervenciones en AM de riesgo.
- Desarrollo de dos organizaciones de AM de la comunidad (*total 60 AM*) constituidas a partir de AM con alto riesgo social, y coordinación con organizaciones de otras unidades vecinales a nivel comunal.
- Estimulación de autonomía de organizaciones de AM formadas, reflejada en presentación de proyectos (*FOSIS*) y a nivel de monitores, a través de la presentación de un proyecto de intervención anual (*año 96*).

**Nivel del centro de salud:**

El impacto de la intervención a nivel del centro de salud puede observarse al analizar los siguientes productos:

- Implementación de horas de atención preferenciales para AM en riesgo, evaluados a partir de reuniones de coordinación equipo de salud-monitores de la comunidad. Del total de números mensuales disponibles (*10*), sólo se utilizó el 60 %.
- Desarrollo de un sistema preferencial de horas de morbilidad para la población general de AM, en la oficina de selección de morbilidad del consultorio.

- Inclusión de parámetros de riesgo (*social, económico, funcional*) en la atención médica regular de los AM.
- Implementación de un horario de atención preferencial para los AM por parte de la asistente social.
- Integración del equipo de salud del programa del adulto (*médico, asistente social*) con el grupo de monitores de la comunidad, en el diseño y ejecución de las intervenciones en los AM.

## C O N C L U S I O N E S

El tipo de intervención desarrollado en esta experiencia, pretendía lograr un modelo de trabajo con la comunidad que sea participativo, replicable, y por tanto utilice los recursos locales disponibles, y que incorpore indicadores de impacto que permitan tener una clara idea de la eficacia de la intervención a desarrollar. Al tener estos elementos, se obtiene una estrategia sustentable y que le da sentido a la participación comunitaria.

En este orden, la estrategia educativa utilizada en la capacitación de monitores siguiendo el modelo de Vella (11), y el tipo de intervención realizada con la comunidad (*y no sólo hacia la comunidad*), siguiendo a Freire (16) son elementos claves de la intervención.

La estrategia de alto riesgo utilizada en la selección de los adultos mayores parece una herramienta adecuada a nivel local, considerando la restricción de recursos para realizar una intervención a escala poblacional, y al hecho que existen claras evidencias de que el acceso libre a controles de salud de AM en una comunidad, atrae mayoritariamente poblaciones de bajo riesgo y excluye al 20 % de los AM de más alto riesgo (17, 29).

Las variables estudiadas en la definición de calidad de vida del AM consideraron los elementos mencionados por los propios AM en los estudios nacionales (4, 5) y utilizados también en estudios extranjeros (25). Por otra parte, está bien fundamentado el hecho de que este grupo etario concentra el mayor número de factores de riesgo biomédico, el mayor porcentaje de discapacidad funcional (22) y un importante desmedro en su situación económica respecto a otros grupos etarios (2).

El aislamiento social es otra de las variables de calidad de vida estudiadas, esta se ha asociado con un mayor riesgo de mortalidad en la población de AM (*RR: 1.4 - 3.4*) (13, 15) y un mayor daño biomédico (18, 19, 26, 27, 30), funcional (26, 28) y mental (20, 21) en este grupo etario.

Los resultados favorables en las variables biomédica, funcional, económica y aislamiento social obtenidos en la población de AM de alto riesgo en este estudio, hacen suponer que se ha logrado en ellos un avance significativo en su calidad de vida, aunque este parámetro no haya sido medido directamente.

En este trabajo, no se obtuvieron indicadores de impacto de la intervención sobre el sistema de salud o la comunidad, sólo se lograron indicadores a nivel de productos. A pesar de ello, es interesante observar cómo la realización de una intervención con un grupo de AM puede lograr modificaciones concretas en la organización del trabajo en el centro de salud y en el funcionamiento de la propia comunidad intervenida. De todas formas será muy interesante evaluar el grado de impacto de estas modificaciones en ambos sistemas, con indicadores específicos.

Este trabajo posee sin duda, restricciones metodológicas que hay que tener presentes en su análisis.

En primer término el proceso de selección de los AM no fue randomizado, de tal manera que es muy probable que exista aquí un sesgo de selección de la población intervenida. A pesar de ello, el proceso de selección cumplió con su objetivo de identificar a un grupo de AM de alto riesgo en salud, para evaluar en ellos la eficacia del modelo, independientemente del grado de representatividad de la muestra respecto al riesgo de la comunidad.

Por otra parte en el diseño del estudio no se incluyó un grupo control de similares características al intervenido, de tal manera que no es posible asegurar que los cambios en las variables evaluadas al final de la intervención, sean debidas al azar o a otras variables externas al estudio. En este sentido un diseño cuasi experimental que comparara dos comunidades similares asociadas cada una a un centro de salud, hubiera permitido sacar conclusiones más definitivas respecto a la eficacia del modelo de intervención utilizado. Hasta donde es posible analizar, no existieron ni en la comunidad, ni en el grupo estudiado, otras variables externas que hayan podido influir en los resultados.

En resumen, puede decirse que el modelo de intervención utilizado logró, mediante la utilización de recursos locales intervenir en un grupo de AM de alto riesgo, obteniendo una disminución en todos sus parámetros de riesgo y provocando modificaciones concretas en el funcionamiento del centro de salud y la organización de la comunidad.

## Bibliografía

- 1) Escobar M.C. Aspectos epidemiológicos del envejecer en Chile. II Congreso Nacional de Geriatria. Nov. 1992.
- 2) MIDEPLAN. Encuesta de caracterización socioeconómica 1990.
- 3) MIDEPLAN-AÑOS. Implicancia del envejecimiento sobre el desarrollo: El caso de Chile. Primer informe 1992.
- 4) MIDEPLAN. Programa nacional sobre envejecimiento y vejez. Junio 1993.
- 5) Dominguez O. Vejez y envejecimiento. Cuadernos de Salud Pública. Med. UCH. n° 3. Sept. 1988.
- 6) Ministerio de Salud. Anuario Estadístico 1992.
- 7) SECPLAC. Plan de desarrollo comunal de La Florida 1991.
- 8) SECPLAC. Comuna La Florida. 1995.
- 9) MINSAL. Unidad de participación social. Participación social en el sistema público de salud. 1995.
- 10) MINSAL/OPS. Informe final proyecto Evaluación de la participación social para apoyo de la gestión de los servicios de salud. 1994.
- 11) Vella J. Seminario continuo de educación en salud. Pontificia Universidad Católica de Chile. Abril 1993.
- 12) Berkman L. Syme S. Social Networks, host resistance and mortality: a nine year follow up, study of Alameda County residents. Am J Edid. 1987; 126:714.
- 13) Seeman T Kaplan G. Social Networks among the elderly in the Alameda County Study Am J Epidemiol. 1987; 126:714.
- 14) Schoenbach V. Berton H. Social Ties and Mortality in Evans. Evans County, Georgia. Am J Edidem 1988; 123:577.
- 15) Blazer D. Social support and mortality in an elderly community population. Am J Epidem 1982; 115:684.
- 16) Freire P. Pedagogy of the oppressed. Ed. Continuum New York 1989.
- 17) Pathy J. Randomised trial of case finding and surveillance of elderly people at home. Lancet 1992; 340:890.
- 18) Thomas P. Effect social support on stress related changes in cholesterol, uric acid and immune function in an elderly sample. Am J Psychiatry 1985; 142:735.
- 19) Goodwin J. A population based study of functional status and social support of elderly patients newly diagnosed with cancer. Arch. Int. Med. 1991; 114: 451.
- 20) Kaplan. Mastery Stress: Psychosocial Aspects. Am J Psychosocial Aspects. Am J Psych 1981; 138: 413.
- 21) Kaplan G. Psychosocial predictors of depression: Prospective evidence from human population laboratory study. Am J Epidemiol. 1987; 125: 206.
- 22) Jones D. Health maintenance for the frail elderly Ch 7 107- 123. 1992.
- 23) Hendriksen C. Consequences of assessment and intervention among elderly people three year randomised controlled trial BMJ 1984; 289: 1522.
- 24) Thompson HF. Inviting infrequent attenders to attend for a health check costs and benefits. Br j Gen Pract 1990; 40: 16.
- 25) Rice S. Miller M. Study of Quality of life in elderly people. Southern Medical Journal 1990; 83, 8: 941.
- 26) Broadhead WE. Functional versus structural social support and health care. Utilization in a family medicine out patient practice. Medical care 1989; 27, 3: 221.
1. Williams C. The Edgecombe County high blood pressure control program: III Social support, social stressors and treatment dropout. Am J Public Health 1985; 75: 483.
1. Weinberger M. Improving functional status in arthritis: The effects of social support. Soc Sci Med 1986; 23: 899.
1. Vetter NJ. Effects of health visitors working elderly people in general practice. BMJ 1984; 288: 369.
1. House JS. Social relationship and health. Science 1988; 241: 540.