

Factores Condicionantes de Salud en Adultos Mayores de la Comuna de la Pintana

Dr. Alejandro Wulf W,

*Residente de Medicina Familiar mención Adulto, Pontificia Universidad Católica de Chile.
Centro de Salud Familiar El Roble, La Pintana, Santiago.*

Dra. Angélica Montt B,

*Residente de Medicina Familiar mención Adulto, Pontificia Universidad Católica de Chile.
Centro de Salud Familiar El Roble, La Pintana, Santiago.*

Dra. Blanca Peñaloza H,

*Médico de Familia mención Adulto, Pontificia Universidad Católica de Chile.
Directora del Centro de Salud Familiar El Roble, La Pintana, Santiago.*

Docente del Programa de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Luis Villarroel D,

Magister en Estadística, Docente del Departamento de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESUMEN

Introducción: Chile vive una transición demográfica con crecimiento de su población de adultos mayores (AM), lo que obliga al desarrollo de nuevas estrategias para abordar las necesidades de salud de este grupo de riesgo.

Objetivos: Realizar un estudio descriptivo de la situación de salud de adultos mayores residentes en La Pintana, identificar aquellos con más riesgo y definir las áreas que determinan su estado de riesgo.

Metodología: Se seleccionó una muestra por conveniencia de AM de 60 y más años beneficiarios de los cinco Centros de Salud comunales. Se definió como AM en Riesgo a quienes cumplieran con 1 o más de los siguientes criterios: 1) Edad ≥ 75 años, 2) puntaje ≥ 6 en la Escala de Berkman Modificada, 3) Carencia de jubilación pese a cumplir los requisitos para obtenerla, 4) Presencia de enfermedad y carencia de control médico en los últimos 6 meses y, 5) Presencia de alteración en los ítems del Índice de Katz.

Resultados: Se encuestó a 522 AM. Un 85,3% cumplió con algún criterio de riesgo y un 19,9% se encontraba en riesgo severo. El 56,1% tenía 6 o más puntos en la Escala Modificada de Berkman. El riesgo económico, biomédico y funcional fue: 11,6%; 27,2% y 32,5%, respectivamente.

Conclusiones: La mayoría de los AM se encontraban en riesgo moderado a severo, según los criterios de este estudio. El riesgo social y funcional son los más prevalentes. Esto hace necesario incorporar a la atención biomédica realizada por los equipos de salud, estrategias de detección e intervención en el área social y funcional.

Introducción:

Chile es un país que está viviendo un proceso de transición demográfica y epidemiológica hacia el envejecimiento. Existe una disminución en las tasas de fecundidad y mortalidad, y un aumento de la esperanza de vida que alcanza actualmente a 73,8 años en los hombres y 78,9 años en las mujeres.

En nuestro país, se define como adulto mayor (AM) a la población de 60 o más años. En 1992 ellos constituían el 10% de la población nacional, y se estima que en el año 2025 re-

presentarán el 16% de la misma (1-6).

Este grupo etario concentra un mayor porcentaje de riesgo en el área biomédica, funcional y socio-económica, comparado con el resto de la población (11-13). A nivel biomédico, las principales causas de muerte de los ancianos chilenos son las enfermedades cardiovasculares, seguidas por los tumores malignos y en tercer lugar las enfermedades respiratorias. Además, presentan una tasa de consulta tres veces más elevada

que la población general, junto con una mayor tasa de hospitalización y un promedio más alto de días de estada (1,5,14,15). En el área del riesgo social, estudios internacionales demuestran que el aislamiento social es una variable asociada al mayor riesgo de mortalidad (16-18), mayor daño biomédico (19-22), funcional (21,23) y mental (24,25) en este grupo etario. Existe clara evidencia que los equipos de salud de atención primaria tienen dificultad para reconocer las discapacidades funcionales y sociales presentes en los AM (7-9). Un estudio de D. Calkins - 1991-, encontró que el 60% de los médicos de atención primaria fallaban en reconocer o subestimaban las discapacidades funcionales señaladas por los AM, especialmente las relacionadas con actividades básicas de la vida diaria y las sociales (7).

Un reciente estudio chileno evaluó la capacidad del equipo de salud para registrar variables asociadas con deterioro en la funcionalidad en la ficha clínica, destacándose que existe un escaso registro de estas variables y, en especial, de aquellas asociadas con riesgo funcional y psico-social de AM consultantes en condiciones de alto riesgo (10).

La situación de riesgo en salud en nuestro país para los AM es poco conocida. Sólo desde la última década han ido apareciendo, progresivamente, publicaciones nacionales al respecto (1-3,10,26,28,30-38).

En 1987 se estimó que en Chile, el 66% de los AM eran autovalentes, un 30% se encontraba frágil y un 3% aproximado, estaba postrado o era totalmente dependiente (27). Entre 1993 y 1995 se realizó un estudio en La Florida, que utilizó una encuesta de salud que evaluaba el riesgo social, económico, biomédico y funcional presente en ancianos en la comunidad. Se encontró que el 62,9% de los AM estaba en una condición de riesgo de salud, situación que cambió al realizar intervenciones específicas (26).

En septiembre de 1998 la población adulto mayor adscrita de La Pintana era de 7.405 personas, que correspondían al 5,6% del total de usuarios del sistema de salud comunal, y era menor que el promedio nacional, de un 8,5%. Sin embargo, la mayoría de los AM en esta comuna, se encontraba en una situación socio-económica muy desmedrada, con un 44% clasificado bajo la línea de pobreza y un 8% como indigentes (15). De acuerdo a los datos disponibles de Santiago, se concluyó que este grupo etario se encontraba en una condición de mayor riesgo de salud frente a otras comunas (26-28).

Con estas evidencias, los AM residentes en La Pintana representaban una proporción pequeña de la población comunal, pero mostraban alto riesgo por una deteriorada calidad de vida.

De acuerdo a otros estudios, para revertir esta condición y contribuir a la mantención de la calidad de vida de los AM es necesario, en primer lugar, conocer en forma adecuada el riesgo biopsicosocial en que viven, y realizar intervenciones específicas y probadas en aquellos AM que estén en mayor riesgo (3,29).

El objetivo principal de este trabajo fue realizar un estudio descriptivo de la situación de salud de adultos mayores residentes en La Pintana, identificando subgrupos de mayor riesgo y determinando las áreas en que se concentra el riesgo.

Material y Método:

La población objetivo correspondió a AM 60 años, beneficiarios de los 5 Centros de Salud de La Pintana.

La selección de los AM encuestados fue no randomizada y por conveniencia, según la cercanía de sus residencias al centro de salud. El instrumento utilizado fue una encuesta de salud previamente utilizada para evaluar el riesgo de salud de población adulta mayor de bajo nivel socioeconómico, semejante al grupo objetivo de este estudio (26,28). El instrumento evaluó las siguientes áreas de riesgo:

1. **Aislamiento Social:** Se utilizó la Escala de Berkman modificada, debido a su fácil aplicabilidad y por su asociación con mortalidad. Esta escala ha sido utilizada en grandes series de adultos mayores con aislamiento social (16,26). Se consideró elevado el riesgo de aislamiento social, si una persona obtenía un puntaje igual o superior a 6.
2. **Riesgo Biomédico:** Se evaluó mediante la presencia de las siguientes enfermedades: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Asma o Tos Crónica, Artrosis, Problemas de Visión, Problemas de Audición, Alteraciones del Equilibrio y presencia de Síntomas Depresivos. Además, el instrumento evaluó el lugar del control médico y si éste se había realizado en los últimos 6 meses.
3. **Riesgo Económico:** Evaluó si el adulto mayor percibía pensión; su situación laboral y su disponibilidad de ayuda económica adicional.
4. **Riesgo Funcional:** Se utilizó el Índice de Katz para medir la capacidad del adulto mayor para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Se consideró como AM en riesgo, aquel que cumplía con uno o más de los siguientes criterios:

1. Edad 75 años o más.
2. Puntaje 6 o más en la escala de aislamiento social.

3. Carencia de jubilación, pese a cumplir los requisitos para obtenerla.
4. Presencia de alguna enfermedad crónica sin control médico en los últimos seis meses.
5. Dificultad en alguno de los ítems del índice de Katz.

Se definieron las siguientes caracterizaciones del riesgo de salud para la población estudiada: leve, moderado y severo, de acuerdo a la presencia de 1, 2 y 3 o más criterios de riesgos, respectivamente.

La aplicación de la encuesta domiciliaria fue realizada entre el 15 de Mayo y el 30 de Septiembre de 1998 por funcionarios de los centros de salud previamente capacitados.

Para registrar los datos se creó una ficha electrónica en EPI6, se realizó un análisis descriptivo de las variables mediante el programa SAS y se consideró un valor p significativo de < 0,05.

Resultados:

Las características demográficas de la población estudiada se presentan en la Tabla N°1.

	Estudio	La Pintana
Nº de AM	522	7405
Sexo femenino	65%	60%
Edad promedio	72,2 ± 7,5 años	
AM 75 años o más	35,6%	22,5%
Control de Salud en APS	81,6%	72,7%

Tabla N°1: Características demográficas de la población estudiada.

El 85,3% de los AM cumplían con alguno de los criterios de riesgo y un 14,7% no lo presentó. El 52,3% de los ancianos se encontraba en condiciones de riesgo moderado a severo, según los criterios definidos en este estudio, tal como se observa en la Tabla N°2.

Nivel de Riesgo	Nº	Porcentaje
Sin Riesgo	76	14,7%
Leve	171	33,0%
Moderado	168	32,4%
Severo	103	19,9%

Tabla N°2: Nivel de riesgo de la población estudiada. Se considera riesgo leve, moderado y severo, si cumplía con 1, 2 y 3 o más de los siguientes criterios de riesgo: edad 75 años o más, puntaje 6 o más en escala de aislamiento social, no tener jubilación, pese a cumplir los requisitos para obtenerla, presentar alguna enfermedad crónica y no tener control médico los últimos 6 meses, o tener alguna dificultad en alguno de los ítems del índice de Katz.

Al evaluar la situación de salud según las cuatro áreas de riesgo definidas, se destaca que la población estudiada tenía alta prevalencia de aislamiento social y discapacidades funcionales. En el área social, el puntaje promedio de aislamiento del grupo fue $5,9 \pm 2,5$, con un 56,1% con puntaje de 6 puntos o más. En el área económica, el 11,6% de los adultos mayores no tenía una pensión, y de éstos, un 56,1% carecía de ayuda económica y no trabajaba.

El 27,2% de los AM se encontró en riesgo biomédico, destacándose que el 14,6% presentaba como único criterio de riesgo la falta de un control médico en los últimos 6 meses. Los problemas de salud biomédicos más frecuentes fueron los visuales, osteoarticulares y depresivos. El riesgo funcional se manifestó en un 32,5% de los AM, principalmente debido a dificultades para caminar y a la incontinencia urinaria (Ver Tabla N°3).

Area Social	Porcentaje
Vive solo	14,0
Menos de 1 vez al es visitado por familiares	47,8
No participa en grupo comunitario o religioso	53,5
Se siente solo permanentemente	44,5
No cuenta con ayuda en caso de necesidad	51,6
Total en Riesgo	56,1
Area Económica	Porcentaje
Tiene ingreso económico adicional	31,6
Sin pensión e ingreso económico adicional	6,2
Total en Riesgo	11,6
Area Biomédica	Porcentaje
Hipertensión	48,5
Diabetes	14,8
Asma o Tos Crónica	28,8
Problemas Visuales	83,1
Problemas Auditivos	42,9
Problemas Osteoarticulares o Artrosis	71,6
Mareos	46,8
Otros	24,7
Sentirse Triste o Deprimido	73,5
Sin problemas	2,4
Sin control médico en los últimos 6 meses	29,5
Total en Riesgo	27,2
Area Funcional	Porcentaje
Dificultad para bañarse	12,4
Dificultad para vestirse	8,9
Dificultad para alimentarse	6,2
Dificultad para caminar	20,0
Presenta incontinencia urinaria	20,3
Total en Riesgo	32,5

Tabla N°3: Distribución de la población según áreas de riesgo en salud

En el área social, se observa que de los ancianos que participan en grupos sociales o religiosos, un 82,5% vive acompañado por su pareja o algún familiar, frente al 17,5% que vive solo ($p = 0,03$).

Los adultos mayores que se sienten permanentemente solos, un 64,4% no recibe ayuda en caso de necesidad, comparado con un 35,6% sí la obtienen ($p < 0,0001$); un 80,6% percibe que es visitado en forma poco frecuente o nunca y el 19,4% que es visitado frecuentemente por algún familiar o amigo ($p < 0,001$).

El 53% de los hombres vive con pareja y un 36,2% participa en grupos comunitarios, comparado con el 28,4% y el 52,1% de las mujeres, respectivamente ($p = 0,001$).

En el área económica, los AM que están sin pensión presentan una edad promedio menor (67,2 años), comparado con aquellos que si la tienen (73,1 años) ($p < 0,001$).

En el área biomédica, los síntomas depresivos presentaron una asociación estadísticamente significativa con: sexo femenino, puntaje elevado en la escala de aislamiento social, hipertensión, asma o tos crónica, artrosis, problemas visuales, incontinencia urinaria.

Los AM que presentan riesgo funcional tienen un promedio de edad mayor (74,8 años), comparado con aquellos que no lo tienen (70,9 años) ($p < 0,001$).

Conclusiones:

Este estudio confirmó la hipótesis de que los adultos mayores beneficiarios de La Pintana están en una condición de alto riesgo de salud, y que la mayoría de éstos tiene un riesgo moderado a severo. Además, existe una mayor vulnerabilidad de esta población que la encontrada en otros estudios nacionales (3,26-28). Utilizando este mismo instrumento, un estudio entre 1993 y 1995 en la comuna de La Florida, encontró que el 62,9% de los AM estaba en condición de alto riesgo (26), mientras que en La Pintana, -según un estudio piloto realizado entre 1996 y 1997- un 82,9% estaba en esta situación (28). La alta prevalencia de problemas visuales, auditivos y de síntomas depresivos detectado en este trabajo, es similar a los resultados obtenidos en la comuna de Lo Espejo en 1996, al utilizar el cuestionario de Hebert (3). Sin embargo, existen diferencias con el estudio de Marín y cols. realizado en Lo Espejo en 1997, que utilizó tres escalas de la Cruz Roja Española para la valorización geriátrica (1) y con el de O. Domínguez de 1987, que encontró que sólo un 30% de los AM evaluados estaba en situación de fragilidad y cerca del 3% estaba postrado o era totalmente dependiente (27).

La situación de mayor inestabilidad que experimenta este grupo etario en La Pintana la hace presentar una mayor predisposición para un importante deterioro de su calidad de vida o riesgo de institucionalización, según criterios médicos, funcionales, sociales y económicos sugeridos por diferentes autores (26,36,37).

El alto riesgo encontrado en los ancianos de La Pintana, se explica principalmente por el elevado puntaje en la escala de aislamiento social. Existe abundante literatura que demuestra que el aislamiento social está asociado con un mayor riesgo de mortalidad, de daño biomédico, funcional y mental para esta población, según estudios realizados en el extranjero (16-25). Por consiguiente, la evaluación del riesgo social es un área prioritaria, que debe ser abordada en la atención primaria de salud, a través de una estrategia que incorpore tanto al equipo de salud como a la comunidad.

La identificación de subgrupos de adultos mayores en riesgo, a través de la aplicación de un instrumento de tamizaje en la comunidad, es una estrategia adecuada para seleccionar entre éstos, cuáles debieran tener una evaluación geriátrica multidimensional.

Existen evidencias que el libre acceso a controles de salud para esta población, atrae principalmente a los adultos mayores de bajo riesgo y excluye al 20% de aquellos en más alto riesgo (26,38,39). Además, hay que destacar que la atención de los adultos mayores se ha limitado, tradicionalmente en la atención primaria, a un enfoque biomédico de los problemas de salud, y que existe una notoria dificultad en el equipo de salud para reconocer problemas y necesidades en las áreas social y funcional, como ha sido demostrado en estudios nacionales y extranjeros (7-10). Estas áreas fueron precisamente las de mayor riesgo en nuestro estudio.

Los resultados de nuestro trabajo, sugieren la urgencia de desarrollar nuevas destrezas en los equipos de salud, que permitan abordar los problemas psico-sociales de los AM. Las intervenciones en estas áreas requieren necesariamente la interacción con la comunidad.

El diseño de este trabajo presenta algunas limitaciones metodológicas que son necesarias de precisar. En primer lugar, el proceso de selección de los adultos mayores no fue randomizado, debido a que los funcionarios capacitados fueron los encargados de elegir a los ancianos de las distintas villas cercanas a cada centro de salud para la aplicación de la encuesta en la comunidad, pudiendo existir un sesgo de selección.

Por otra parte, el elevado porcentaje de adultos mayores detectados en riesgo, al utilizar una traducción y modificación

de la Escala de Berkman, no validada (*aunque utilizada previamente*) en la población chilena, puede sobrevalorar o subvalorar algunas variables evaluadas.

Esta situación hace necesario que para definir mejor cuáles son las variables predictoras y agravantes del deterioro en la funcionalidad de los adultos mayores pobres de nuestro país, se deba incorporar análisis y estudios que utilicen metodología cualitativa.

En conclusión, este estudio demuestra que es posible implementar una estrategia de detección de adultos mayores de riesgo a nivel comunitario. Además, el instrumento utilizado permite la identificación de subgrupos de mayor vulnerabilidad y la determinación de áreas de concentración del riesgo en salud. Los resultados del estudio permitirán priorizar las áreas de intervención en salud de la población de adultos mayores estudiada.

Agradecimiento:

Al Dr. Klaus Püschel Illanes por su valiosa colaboración en la presentación, corrección y referencias citadas en este trabajo.

Correspondencia a:

Dr. Alejandro Wulf Werner, Programa de Medicina Familiar y Comunitaria Pontificia Universidad Católica de Chile, Av. Vicuña Mackenna 4686, San Joaquín, Santiago. Fono: 6863688 - 3687, fax: 5186760, correo electrónico: gvilches@med.puc.cl

Bibliografía

- 1) Marín P., Kornfeld R., Somlai E., et al. Valoración geriátrica ambulatoria de 2116 adultos mayores pobres. *Rev Med Chile* 1998; 126: 609 – 614.
- 2) Marín P. La situación del adulto mayor en Chile. *Rev Med Chile* 1997; 125: 1207–1212.
- 3) Marín P., Kornfeld R., Escobar C. Medición del riesgo funcional en adultos mayores pobres, con un instrumento validado en Canadá. *Rev Med Chile* 1998; 126:1316 – 1322.
- 4) Albala C., Vio F. Epidemiological transition in Latin America: the case of Chile. *Public Health* 1995; 109: 431–442.
- 5) Anuario de Demografía 1995. Instituto Nacional de Estadísticas Demográficas y Sociales. Servicio de Registro Civil e Identificación. Ministerio de Salud. Chile, 1995.
- 6) Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Censo de Población y Vivienda, Chile. Resultados Generales, Santiago de Chile. Edición Alborada, 1992; 70.
- 7) Calkins D., Rubenstein L., Cleary P., et al. Failure of physicians to recognize functional disability in ambulatory patients. *Ann Intern Med* 1991;114:451–454.
- 8) Freer C. Geriatric screening: a reanalysis of preventive strategies in the care of elderly. *J R Coll Gen Pract* 1985; 35: 288 – 290.
- 9) Rubenstein L. Geriatric assessment: an overview of its impacts. *Clin Geriatr Med* 1987; 3: 1 – 15.

- 10) Wulf A. Evaluación de la atención otorgada a adultos mayores consultantes a Los Centros de Salud Santo Tomás y El Roble de la Comuna de La Pintana. Libro de Resúmenes de la 2ª Jornadas de Proyectos de Residentes del Programa de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica de Chile, 1999.
- 11) Jones D. Health maintenance for frail elderly, 1992; capítulo 7: 107 – 123.
- 12) Rice S., Miller M. Study of quality of life in elderly people. *South Med J* 1990; 83: 941 – 946.
- 13) Mideplan. Encuesta CASEN, 1998.
- 14) Políticas de Salud para el Adulto Mayor. Ministerio de Salud de Chile, 1998.
- 15) Peñaloza B., Aspectos Epidemiológicos y generales del Adulto Mayor en la Pintana. Subdirección Técnica. Departamento de Salud. Ilustre Municipalidad de la Pintana, 1997.
- 16) Berkman L., Syme L. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda county residents. *Am J Epid* 1979; 109: 186-204.
- 17) Seeman T., Kaplan G. Social networks among the elderly in the Alameda County study. *Am J Epid* 1987; 126: 714 – 723.
- 18) Blazer D. Social support and mortality in an elderly community population. *Am J Epid* 1982; 115: 684 – 694.
- 19) Thomas P. Effect social support on stress related changes in cholesterol, uric acid and immune function in an elderly sample. *Am J Psych* 1985; 142: 735–737.
- 20) Goodwin J. A population based study of functional status and social support of elderly patients newly diagnosed with cancer. *Arch Intern Med* 1991; 151: 366-370.
- 21) Broadhead W. Functional versus structural social support and health care. Utilization in a family medicine outpatient practice. *Medical Care* 1989; 27: 221 – 233.
- 22) 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.
- 23) Wienberger M. Improving functional status in arthritis: the effects of social support. *Soc Sci Med* 1986; 23: 899.
- 24) Kaplan G. Mastery of stress: psychosocial aspects. *Am J Psych* 1981; 138: 413–420.
- 25) Kaplan G. Psychosocial predictors of depression: prospective evidence from human population laboratory study. *Am J Epid* 1987; 125: 206 – 220.
- 26) Püschel K., Walker R., Rojas P., et al. Desarrollo de un modelo de intervención en salud para adultos mayores de alto riesgo en la comunidad. *Rev Chil Med Fam* 1999; 1: 31 – 35.
- 27) Domínguez O. Estudio de las necesidades de la población adulta mayor de 60 años y más en Chile. Simposio Internacional sobre "El envejecimiento ante el fenómeno del desarrollo: aspectos multidisciplinarios." Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social. 1987.
- 28) Püschel K., Wulf A., Pantoja T., et al. Condiciones de salud de adultos mayores del Consultorio el Roble, La Pintana. Libro de resumen de trabajos libres de las 4ª Jornadas de salud del adulto y atención primaria, 1998.
- 29) Lachs M., Feinstein A. A simple procedure for screening for functional disability in elderly patients. *Ann Intern Med* 1990; 112: 699 – 706.
- 30) Marín P., Valenzuela E., Reyes P. et al. Evaluación geriátrica de adultos mayores en un Hospital Universitario. *Rev Med Chile* 1994; 122: 1362 – 1366.
- 31) Marín P., Valenzuela E., Saito N., et al. Experiencia piloto en el uso de una ficha de evaluación geriátrica ambulatoria. *Rev Med Chile* 1996; 124: 701 – 706.
- 32) Marín P., Valenzuela E., Castro S., et al. Resultados al aplicar el "Sistema de Clasificación de Pacientes RUG-T18" en ancianos ingresados a un hospital universitario. *Rev Med Chile* 1998; 126: 761 – 768.
- 33) Farfán M., Salazar M. Evaluación de riesgo funcional: un acercamiento integral del adulto mayor en la ciudad de Coyhaique. Libro de resumen de trabajos libres de las 4ª Jornadas de salud del adulto y atención primaria, 1998.
- 34) Quezada M., Quijada L., Salazar M., et al. Encuesta al adulto mayor en consultorio general rural de San Gregorio (1996). Libro de resumen de trabajos libres de las 3ª Jornadas de medicina general del adulto, 1997.
- 35) Silva J., Jerez J., Ercilla A. Casos de consulta de especialidades de geriatría en centro geriátrico año 1996. Libro de resumen de trabajos libres de las 3ª Jornadas de medicina general del adulto, 1997.
- 36) González J., Salgado A. Manejo del paciente anciano en atención primaria. Líneas guía. *Aten Prim* 1992; 9: 219 – 226.
- 37) Organización Mundial de la Salud. Planificación y organización de los servicios geriátricos. Comité de expertos de la OMS. Ginebra, 1974.
- 38) Pathy J. Randomised trial of case and surveillance of elderly people at home. *Lancet* 1992; 340: 890 - 893.