

*Identificación de personas mayores con alto riesgo de
dependencia en medio comunitario rural.*

*Aproximación al estudio de sus determinantes de salud
y curso de vida.*

Tesis Doctoral

*Diego A. Bernardini Zambrini
Departamento de Medicina, Facultad de Medicina,
Universidad de Salamanca – Abril 2009.*

A Tuuli y Runo, mi familia, mi aventura y refugio

*A las cinco generaciones de Bernardinis y Zambrinis,
con bisabuelas, abuelas y abuelos que conocí
y aun hoy disfruto*

*A los mayores de Garcibuey y Villanueva del Conde,
y de todos los pueblos que he podido conocer
trabajadores incansables y sobrevivientes*

Indice

Agradecimientos	5
Refrendo del Director de tesis	8
Abreviaturas	9
Sección 1	
Introducción	11
Objetivos de la tesis	17
Diseño del estudio	17
Bibliografía	21
Sección 2	
Estudio de corte transversal	
Objetivos	24
Objetivos específicos	24
Método y materiales	24
Resultados	27
Datos demograficos y personales	28
Estado de salud y morbilidad	30
Prescripción y uso de medicamentos	37
Habitos de nutrición	42
Perfiles de laboratorio	44
Valoración geriátrica funcional	46
Discusión	49
Conclusiones	60
Bibliografía	61
Sección 3	
Estudio de seguimiento - Seguimiento	
Objetivos	66
Metodo y materiales.....	66
Resultados	68
Autopercepción de salud	69
Consumo y prescripción de medicamentos	73
Valoración funcional geriátrica	77
Discusión	79
Conclusiones	85
Bibliografía	86
Sección 4	
Epidemiología de curso de vida y envejecimiento: Estudio cualitativo	
Introducción	91
Objetivos	94
Metodo y materiales	94
Resultados	95
Aspectos sociales	95
Determinantes de vejez	97
Determinantes de Calidad de vida	104

Índice (continuación)

Discusión	106
Conclusiones	115
Bibliografía	116

Sección 5

Recomendaciones generales para el diseño e implementación de políticas orientadas a personas mayores

Introducción	119
Justificación	120
Recomendaciones basadas en el concepto de "necesidad insatisfecha" y el marco político de Envejecimiento Activo	123
Conclusiones	129
Bibliografía	130

Sección 6

Sumario y anexo - El autor

Sumario	133
Anexo	
Cuestionario de Fase 1	135
Cuestionario de Fase 2	143
Escala de Barthel (ABVD)	144
Escala de Pfeiffer (Cognición)	145
Escala de Barber (Dependencia)	146
El autor - Curriculum Vitae	147

Agradecimientos

Intentar llevar adelante un trabajo de tesis doctoral es de por sí toda una empresa, por esfuerzo, dedicación y trabajo que requiere.

En mi caso personal, por el hecho de no ser español y de querer realizarla en una zona rural y serrana, admito hubiese sido imposible de no ser por la ayuda y el apoyo de muchas personas que compartieron mi día a día en Salamanca.

En primer lugar quiero agradecer la generosidad y la guía de mi director de tesis, el Prof. Juan Macías Núñez, quien sin conocerme, desde un principio no dejó de apoyarme y estimularme en mi quehacer diario, marcándome el camino del esfuerzo y la rigurosidad con su propio ejemplo de trabajo.

En la sierra ha sido de invaluable ayuda el apoyo del Dr. Alfredo Martín Serna, quien facilitó mi llegada y mi aceptación en los pueblos donde se realizó esta tesis. Allí hubo un grupo de personas que supieron aconsejarme y facilitarme mucho de mi quehacer diario, los médicos Roque, Mayte y Domingo, la enfermera Conchi, y todos los integrantes del Centro Médico de Miranda del Castañar en la Sierra de Francia. En mi cotidianeidad serrana también hubo personas con las que pude compartir parte de su vida, y con ello mejorar mis observaciones y enriquecer propias experiencias, mi afecto a Fausto Cabezas en Miranda del Castañar, artesano del vino, a Miriam quien ayudó en gran parte a que pudiera cumplir con mis tiempos durante el primer corte y a la Sra. Teresa, que abrió las puertas de su casa para ofrecerme una cama abrigada, ambas de Villanueva del Conde. Mi reconocimiento al Dr. Antonio Abellan del CSIC, por sus comentarios y generoso diálogo que han sido de notable aporte en la primer etapa de esta tesis.

En mi vida profesional y personal ha habido personas cuya influencia se aprecia en este escrito, a ellas mi especial agradecimiento. A Jorge Galperin, profesor doctor, maestro y amigo, que me mostro como la medicina puede mantener ese halo mágico y personal con cada paciente y de quien, con sus reflexiones, aún hoy aprendo. El Dr. Henri Jouval, mi padre “carioca”, quien siempre me acompañó con su consejo útil, su ayuda y su amistad franca. El Dr Alex Kalache, que me supo rescatar en un momento de lejanía con la medicina

y dejar una impronta imborrable al haberme permitido participar de la vida de OMS en 2003. A Julio Galer, presente en mi recuerdo diario, apoyándome y estimulándome, pero sobre todas las cosas, por creer en mí. Imposible no mencionar al Dr. David Galinski, cuya originaria idea dio origen a este estudio y al Dr. Roberto Kaplan, ambos dos, maestros de maestros y padres de la geriatría.

A mi familia, mis abuelos, padres, hermanos y las cinco generaciones de Bernardinis y Zambrinis, por estar ahí, por enseñarme los valores básicos y elementales de la vida, por acompañarme en este camino.

Mí agradecimiento a la Universidad de Salamanca y al Banco Santander Central Hispano por su apoyo en forma de beca del Programa de Formación de Doctores para Estudiantes Iberoamericanos. Sería injusto no mencionar a la Agencia Española de Cooperación Internacional, por ser el organismo que a través de su beca para completar mi grado de Master me abrió las puertas a lo que vino después. Muchas gracias a España.

Completar el doctorado fue siempre un anhelo y un sueño como amante respetuoso de la academia. A la Universidad de Buenos Aires, especialmente a la Facultad de Medicina, en algún momento mi segundo hogar. Por haberme formado, por haberme dado las herramientas conceptuales y metodológicas necesarias para el análisis crítico de la realidad, por haberme mostrado inolvidables ejemplos de buenos profesores y por haberme hecho amar mi vocación transformada en profesión.

Los años en Salamanca han sido generosos en amistades. Fernando Pedrosa, gracias por tus charlas y escuchas entre cafés y vinos, compañero y amigo en este viaje de estudio y de la vida misma. Al café “El Corrillo” en la persona de Valentín y Norberto, por mantener mi cerebro “cafeinado” y calentito como en casa durante las horas de lectura, amistad, pensamientos y reflexiones en su barra y mesas, y claro! mi espíritu reconfortado con sus Riberas y Ruedas. A Manuela Moraru por su ayuda inestimable en el manejo estadístico de los tantos datos recolectados. A Georgina Paolino por sus aportes en forma de

correcciones y edición ; a Tato Linares, Tania, Carolina, Ana y Arturo su apoyo en la parte final. A Estrella, secretaria del Departamento de Medicina.

Esta tesis no sería posible sin ellos. A los mayores que hoy son ángeles y los que no; en Salamanca, Madrigal de las Altas Torres, Mambblas, Santa María del Tietar, Sotillo de la Adrada, La Adrada, Piedralaves, Casillas, Higuera de las Dueñas, Fresnedilla, Navahondilla, Casavieja, las Cuevas del Valle, San Esteban de la Sierra, Monbeltran, Villanueva de la Sierra, Villarejo, Solosancho, Robledillo, Baterna, La Hija de Dios, Muñogalindo, Burgohondo, Navaluenga, Navalacruz, Naval moral, San Juan de Dios, Navarredondilla, Navarrevisca, Navalosa, Serranillos, Navandrinal, Villanueva de la Sierra, Escalona, Almorox, Aldeaencabo, Paredes de Escalona, Nombela, Hormigos y la Puebla de Sanabria, en las Provincias de Salamanca, Avila, Toledo y Zamora. Todos ellos pueblos donde la práctica clínica me acercó a nuevas formas de vida y nuevos valores, al sufrimiento y al dolor, pero también a la bondad y generosidad. Mi recuerdo y agradecimiento a mis colegas, médicos, enfermeros, técnicos y auxiliares que en esos lugares compartieron mi vida.

Y por supuesto mis gracias a todas las personas de Garcibuey y Villanueva del Conde, a sus bares, a sus costumbres y su saludo amigo.

D. A. B. Z.

Helsinki – Washington DC.
Noviembre - Febrero de 2008/09.

Juan Florencio Macías Núñez, Profesor Titular del Departamento de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca

INFORMA

Que la Tesis Doctoral realizada en esta Universidad por D. Diego Bernardini Zambrini titulada “IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS MAYORES CON ALTO RIESGO DE DEPENDENCIA EN MEDIO COMUNITARIO; Aproximación al estudio de sus determinantes de salud y curso de vida”, bajo mi dirección, reúne los requisitos necesarios de calidad, originalidad y presentación exigibles a una investigación científica y está en condiciones de ser sometida a la valoración del Tribunal encargada de juzgarla.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente en

Salamanca a 13 de abril de 2009

Prof. Dr. D. Juan Florencio Macías Núñez

Abreviaturas

C1	Garcibuey
C2	Villanueva del Conde
ENS	Encuesta Nacional de Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
VFG	Valoración Funcional Geriátrica
APS	Autovaloración de Salud
EC	Enfermedad Coronaria
TA	Tensión Arterial
DM	Diabetes Mellitus
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ACV	Accidente Cerebrovascular
OA	Osteoartritis
HTA	Hipertensión Arterial
ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
USA	Estados Unidos de América
AINES	Antiinflamatorios No Esteroideos
BZD	Benzodiazepinas
EDIS	Encuesta Europea de Valores
INSALUD	Instituto Nacional de Salud

Sección 1

Introducción

Introducción

El envejecimiento es la consecuencia fisiológica del paso del tiempo sobre el organismo. El envejecimiento poblacional es mejor comprendido si se mira al pasado. El envejecimiento como tal es una consecuencia de la transición demográfica, de la caída de la natalidad, la mortalidad y, claramente, del desarrollo tecnológico y social que ha permitido un considerable aumento en la esperanza de vida de un número mayor de personas. Es un triunfo de la humanidad y como tal debe alegrarnos y ser celebrado.

Varias veces me han preguntado desde que llegué a España, ¿qué hace un médico argentino en Salamanca?

Para quienes nos interesa la salud y el cuidado de las personas mayores, estar en uno de los cuatro países más envejecidos de Europa es importante; pero estar en la provincia donde se une un gran porcentaje de adultos mayores con dispersión geográfica, en la comunidad autónoma con mayor peso relativo de envejecimiento es, sin dudas, estar en el lugar y en el momento preciso. Esa es mi respuesta.

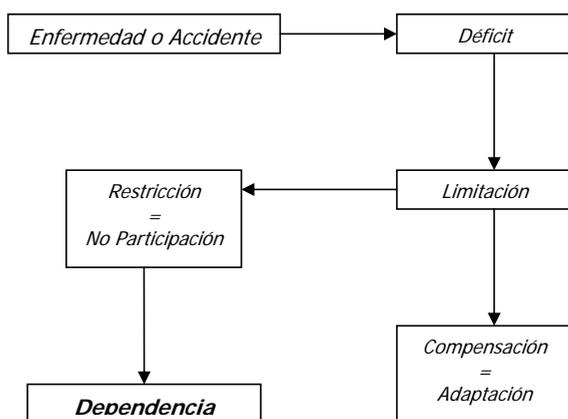
En todas partes del mundo, países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo, la población tiende a envejecer ¹ ². En España particularmente la población de mayores de 65 años pasará de 17,3% en 2005 a 31,3% en 2026³, dentro de este grupo es especialmente notable el incremento que se verá el grupo de mayores de 85 años.

Este estudio tiene entre sus metas intentar ser una “fotografía” del estado de salud de un grupo de personas mayores durante dos años. La forma de vida actual, sus años de juventud y adultez temprana, su forma de trabajo y relaciones familiares y sociales han marcado una forma de vida. Su análisis y comprensión podría ayudar a esclarecer una toma de decisión adecuada en lo asistencial y político para la mejora de la vida de las personas mayores del medio rural español. El aspecto original que encierra está en el grupo elegido,

su condición de ruralidad y en el análisis cuantitativo y cualitativo de los datos y observaciones durante el período de tiempo de estudio.

El marco teórico que la sustenta se basa en la relación discapacidad – dependencia – edad. Dependencia debe entenderse como un *proceso*, que se inicia con la aparición de un *déficit* en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente. Este déficit generalmente implica una *limitación* en la actividad, que cuando no puede compensarse a través o por medio de una adaptación del entorno, provoca una *restricción* en la *participación*, lo que se materializa en *dependencia* de la ayuda que brindan otras personas para realizar las actividades de la vida diaria⁴. Diagrama 1

Diagrama 1 – Proceso secuencial hacia la dependencia



Existe una relación entre edad y dependencia ya que el número de personas con limitaciones en su capacidad funcional aumenta conforme lo hacen los grupos de población de mayor edad. El deterioro funcional es el cauce habitual donde confluyen las consecuencias de las enfermedades y el estado de fragilidad de la persona mayor⁵.

La evidencia muestra una clara correlación entre la prevalencia de situaciones de discapacidad y edad. Mas del 32% de las personas mayores de 65 años tienen alguna discapacidad, mientras que en menores de 65 sólo es del 5%. El aumento de discapacidad es continuo según avanza la edad, pero el

incremento significativo se produce después de los 50 años. Sin embargo, es apropiado recordar que la dependencia puede no aparecer aunque la persona haya alcanzado una edad muy avanzada. Existen una serie de variables de tipo social y ambiental que condicionan muy fuertemente la aparición y el desarrollo de los desencadenantes de la dependencia. Esto quiere decir que es posible prevenir la dependencia promoviendo hábitos saludables, mejorando la eficacia y eficiencia de los sistemas de salud y asegurando el tratamiento precoz de las enfermedades no transmisibles ⁶.

El análisis de las esperanzas de vida ajustadas según el estado de salud muestra que el proceso de aparición de los problemas de salud sigue una determinada pauta temporal ⁷. Como norma general, primero suele aparecer una enfermedad crónica, que conlleva a una posterior auto percepción de un mal estado de salud general. Luego aparecen las limitaciones en la realización de actividades, es decir la discapacidad en sí misma y, luego, con el paso del tiempo, el agravamiento de éstas es lo que determina la necesidad de asistencia en el auto cuidado y las tareas domésticas. Esta pauta de temporalidad en la aparición de problemas de la salud en la vejez no debe ser subestimada. Muchas veces se la considera una cuestión de “sentido común” y su promoción suele ser considerada como “innecesaria”. Las diferentes fases del ciclo vital en el capital de salud son ya una realidad. El poner de relieve la perspectiva temporal y social permite examinar las experiencias de vida de una persona o un grupo de ellas ⁸.

Las condiciones socioeconómicas a lo largo de la vida determinan los riesgos de salud y enfermedad en la edad adulta. Esto significa que la exposición a factores nocivos para la salud, o las posibilidades de fortalecer la salud, están condicionadas socialmente y a que la respuesta de un individuo, que puede modificar los efectos de una exposición anterior o el riesgo de exposiciones futuras, está fuertemente determinada por su experiencia social y económica ⁹. En este sentido, la aproximación que ofrece la perspectiva de curso de vida ofrece un marco de análisis óptimo para su comprensión ¹⁰

El estudio de las condiciones sociales y de cómo éstas influyen y determinan la situación sanitaria de las poblaciones ha sido siempre un tema de interés y relevancia para la medicina y la salud pública general ¹¹. Constituye todo un desafío actual para la investigación en salud pública poder desentrañar los efectos sobre la salud de la compleja interrelación de los factores genéticos, biológicos, sociales y conductuales a lo largo del curso de vida de una persona ¹².

Hoy sabemos que:

- Las enfermedades de un grupo de personas son más que la suma de la enfermedad en un individuo.
- Las poblaciones difieren en su experiencia con las enfermedades.
- La experiencia de la enfermedad dentro de la población, difieren entre los subgrupos que la conforman.
- Las variaciones en el estado de salud pueden ser descriptos y sus causas exploradas si evaluamos aquellas variables de exposición que están asociadas a los patrones de enfermedad.
- El conocimiento de la salud y la enfermedad en la población humana puede ser aplicado a los individuos y viceversa.
- Los planes y las políticas de salud, así como la práctica clínica pueden ser enriquecidos y mejorados por la comprensión de los patrones que conllevan las enfermedades dentro de la población.

El concepto epidemiológico del envejecimiento es una mezcla de componentes biológicos y ambientales: a medida que uno envejece se producen cambios biológicos pero, al mismo tiempo, el organismo absorbe una cantidad de “insultos” ambientales que combinados afectan los patrones de salud y enfermedad a diferentes edades y en diferentes generaciones¹³. En particular, las circunstancias sociales, especialmente las redes de soporte social, en las personas, cambian a diferentes edades y éstas afectan a la salud.

La perspectiva de curso de vida analiza la manera en que las experiencias y la exposición a determinados factores en diferentes fases de la vida se acumulan

y generan desigualdades sociales que se ven reflejadas en la morbilidad y mortalidad en la edad adulta y en la vejez ^{14 15}. En cierta forma, se centra en el estudio de los efectos a largo plazo y en el riesgo a desarrollar enfermedades crónicas a partir de exposiciones a agresiones físicas y sociales durante la gestación, la niñez, adolescencia, adultez y vejez ^{16 17}.

Esta concepción del desarrollo de condiciones de salud fue el modelo predominante de la salud pública de la primera mitad del siglo veinte ^{18 19}. Aún a pesar de esto, el “modelo occidental” de desarrollo de enfermedades se ha basado en la idea de que “los primeros años de vida necesaria y particularmente tienen un efecto crucial en el posterior desarrollo y características de la adultez” ²⁰. La perspectiva de curso de vida ofrece un marco de guía para la investigación en envejecimiento, desarrollo humano y salud. Psicólogos, sociólogos, demógrafos, antropólogos y biólogos han utilizado esta perspectiva desde hace muchos años, sin embargo, los epidemiólogos se han “convertido” al curso de vida más recientemente ²¹. Una muestra de ello es el volumen de publicaciones de los últimos lustros. La búsqueda en Pubmed utilizando como palabras claves “life course” (LC), “ageing AND life course” (A & LC), “ageing AND life course AND epidemiology” (A & LC & E) y “ageing AND life course AND public health” (A & LC & PH) muestra un incremento en el número de publicaciones constante en los últimos años – Tabla 1

Tabla 1 – Resultados de búsqueda en Pubmed según palabras clave y período de tiempo – Número de publicaciones -

	LC	A & LC	A & LC & E	A & LC & PH
1970 - 1975	1	10	0	3
1976 - 1980	5	44	1	10
1981 - 1985	13	51	0	25
1986 - 1990	21	93	2	24
1991 - 1995	39	162	21	63
1996 - 2000	60	159	21	88
2001 - 2005	77	296	60	178
2006 - 2008	47	184	53	116

Fuente: Elaboración propia

Los estilos de vida comienzan en forma muy temprana a jugar un rol importante en la vida de las personas. La familia, los maestros y educadores, las políticas de salud y los servicios son elementos clave en el comienzo y el desarrollo de ambientes saludables o no sobre las personas¹⁰. Los médicos geriatras y los médicos de familia cuidamos y atendemos a nuestros pacientes por muchos años. Somos testigos de cómo en ellos operan los cambios que producen las condiciones de salud y enfermedad, los ciclos económicos propios y de sus sociedades y los lugares donde ellos viven y se desarrollan. La perspectiva de curso de vida no se limita a la salud individual de las personas, sino que considera la transmisión entre generaciones. Vincular factores ambientales, sociales o conductuales podría ayudar a instrumentar respuestas sobre cómo se desarrollan las funciones y cómo las personas envejecen.

La relación discapacidad – dependencia - edad constituye una nueva dimensión de análisis del escenario de salud de corto y mediano plazo que debe ser asumida en sus planos cuantitativo y cualitativo. Esto permitiría una aproximación íntegra a la transición en el tejido social que acarrear los cambios de la estructura familiar, la población cuidadora y la provisión de servicios de cuidado y asistencia sanitaria. La dependencia como tal es una *carga* que debe ser afrontada desde lo sanitario pero con afinidad y apoyo en lo social. La eficacia de las intervenciones en edades tempranas constituye una inversión en salud que se materializara en el futuro, en las edades avanzadas. La perspectiva de curso de vida brinda una óptica novedosa de integración en el estudio de las condiciones de salud de las personas mayores, pudiendo arrojar luz de cara a necesidades sanitarias insatisfechas, así como al proceso de implementación de políticas sanitarias. Los desafíos actuales de la epidemiología incluyen la medición de las exposiciones medioambientales del individuo y las mediciones de las características sociales del grupo de pertenencia. Estas características sociales incluyen la cohesión social, el espíritu de trabajo en equipo o solidaridad o las transiciones económicas que pueden agravar los efectos sobre la salud y no ser completamente captados y descriptos a través de aproximaciones individuales. Ninguna política de salud o plan de atención y cuidados sanitarios es completo sino tiene una aproximación con perspectiva poblacional ¹².

Objetivos de esta tesis

El objetivo de esta tesis es obtener mayor información y conocimiento sobre las condiciones de salud y envejecimiento de las personas de medio comunitario rural, alejados de centros hospitalarios, tratando específicamente de identificar a las personas con alto riesgo de dependencia, de cara a la optimización de la práctica clínica y la mejora en la toma de decisión política.

Muchos estudios han mostrado los efectos de envejecer sobre el estado de salud en cohortes de mayores, pero la mayoría se realizaron en poblaciones de medio urbano. En este caso, se toma en consideración un área donde la literatura es escasa: el medio rural, y la integración de información cuantitativa y cualitativa a partir de la experiencia de campo del investigador, así como la valoración bajo la perspectiva de vida en la búsqueda de indicadores que ayuden a la prevención de dependencia. Para esto, se consideró como fuente de datos una cohorte de mayores de dos municipios de la Provincia de Salamanca. Este escrito se estructuró de la siguiente manera: en el capítulo 2 se describe el estudio de corte transversal que sirvió de base al estudio. El capítulo 3 describe el corte que se realizó a los dos años para medir el seguimiento y objetivar los cambios en las áreas de mayor consideración: la autopercepción de salud, la prescripción farmacológica, la valoración funcional geriátrica y la calidad de vida y sus determinantes. El capítulo 4 integra la información cualitativa obtenida de los registros y de la dinámica de grupos focales implementada durante la segunda entrada de campo. El capítulo 5 enumera las conclusiones y reflexiona con sus hallazgos, de cara a las implicancias para la toma de decisión política en salud.

Diseño del Estudio

Se trata de un estudio longitudinal prospectivo y epidemiológico. Su marco metodológico y el procedimiento diseñado para la recolección e interpretación de la información es una integración de metodología cuantitativa y cualitativa. Se apoya fuertemente en las bases de la epidemiología de campo²² y en la perspectiva de análisis etnográfico²³.

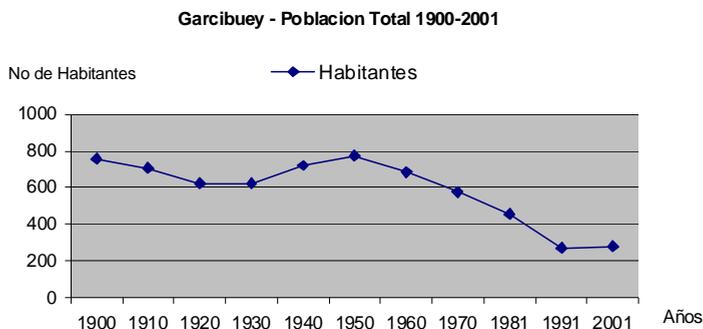
El período de observación fue de dos años. Las cohortes estudiadas correspondieron a dos municipios de la zona de la Sierra de Francia en la Provincia de Salamanca, Garcibuey y Villanueva del Conde. Estos municipios, considerados de “ruralidad estricta”²⁴, se encuentran localizados a 80 y 85 km, respectivamente, de la capital salmantina. Mapa 1

Mapa 1 – Garcibuey y Villanueva del Conde, localización geográfica.



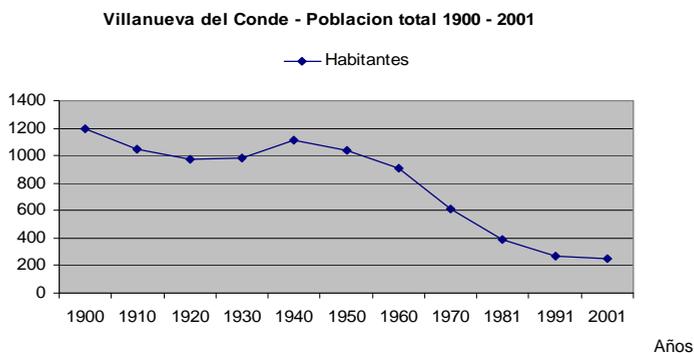
La selección de estas comunidades respondió al hecho de ser estos pueblos dos de los más característicos y representativos de la Sierra de Francia. Sus curvas poblacionales a lo largo de los años, así como las actividades que en ellos sus habitantes realizan hacen de estos pueblos dos fieles representantes de la población de la Provincia de Salamanca. Gráficos 1 y 2

Grafico 1- Curva poblacional de Garcibuey 1900 - 2001



Elaboración propia según datos del INE - 2006

Grafico 2 – Curva poblacional de Villanueva del Conde 1900 - 2001



Elaboración propia según datos del INE - 2006

La línea espacial de tiempo del estudio se corresponde con un T^0 que corresponde a la toma de contacto con ambas poblaciones. En este tiempo, la relación con el médico, la enfermera y las autoridades locales sirvieron para ser reconocidos por sus habitantes y lograr su colaboración y participación futura. Esta etapa, considerada fundamental a la hora de recolectar la información, se extendió por un período de 4 meses e incluyó una prueba piloto con una muestra de 10 personas. El T^1 se corresponde con el primer corte transversal que se realizó entre los meses de octubre de 2005 y febrero de 2006. El T^2

Bibliografía

- ¹ WHO/ALC/Geneva 2002 – Active Ageing: A police framework. Disponible: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf .
- ² Butler RN., Population ageing and health – 1997 BMJ 315, 1082-84
- ³ Carpenter GI., Ageing in the UK and Europe, a snapshot of the future? – 2005 J Am Geriatr Soc 53 (9 suppl) S310-313.
- ⁴ Atención a las personas mayores en situación de dependencia en España – Libro Blanco – Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales - IMSERSO 2004, p22.
- ⁵ Fried LP., Guralnik J., Disability in older adults: Evidence regarding significance, etiology and risk. J Am Geriatr Soc 1997;45:92-100.
- ⁶ Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital - WHO/Geneva 2006 – disponible: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf .
- ⁷ Atención a las personas mayores en situación de dependencia en España, Libro Blanco – Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales – IMSERSO 2005, pg 45.
- ⁸ The Implications for training of embracing – A life course approach to health – WHO/Geneva 2000 – http://www.who.int/ageing/publications/lifecourse/alc_lifecourse_training_en.pdf .
- ⁹ Kud DL, cols., Women´s health in midlife: the influence of the menopause, social factors and health in earlier life - Br J Obstet Gynaecol 1997 Dec;104(12):1419.
- ¹⁰ Blane D, Netuveli G., Stone J., The development of life course epidemiology. Revue d´Epidemiologie et de sante publique 2007.55:31-38.
- ¹¹ Krieger N., Emerging theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. International Journal of Epidemiology 2001;30:668-677.
- ¹² Osler M., The life course perspective: a challenge for public health research and prevention. Eur J Pub Health 2006. 16(3):230 – Editorial.
- ¹³ Bhopal RS. Concepts of epidemiology: an integrated introduction to the ideas, theories, principles, and methods of epidemiology, pg 9 – Oxford Press University 2002.
- ¹⁴ Davey Smith G., Population change and mortality in man and woman – J. Epidemiol Community Health 2001 Jan. 55 (1):9.
- ¹⁵ Leon DA., Infant mortality, stomach cancer, stroke and coronary heart disease: ecological analysis – BMJ 2000 Jun 24.320 (7251) 1705-6.
- ¹⁶ Ben-Shlomo Y, Kuh D., A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. Int J Epidemiol 2002;31:285-293.
- ¹⁷ Kuh D., Ben-Shlomo Y., A life course approach to chronic disease epidemiology, 2nd Ed. Cambridge: Oxford University Press 1997.
- ¹⁸ Marmot M., Social determinants of health inequalities – Lancet 2005 19-25 365(9464):1099-104.
- ¹⁹ Marmot M., Creating healthier societies – 2004 Bulletin of the World Health Organization, 82 (5).
- ²⁰ Clarke AM, Clarke ADB. The formative years? In Clarke AM, Clarke ADB (eds) Early experience: Myth and evidence. New York: The Free Press, 1976.

²¹ Kuh D, Ben Shlomo Y, Lynch J, Hallqvist J, Power C. Life Course Epidemiology – J Epidemiol Community Health 2003,57, 778-83.

²² Field Epidemiology, Gregg M., New York – Oxford University Press 2nd Ed. 2002 – Cap 4 y 5.

²³ Amezcua M. El trabajo de campo etnográfico en salud: una aproximación a la observación participante. Index de Enfermería (Gran) 2000; 30:30-35.

²⁴ García Sáenz B., La Sociedad Rural de Castilla y León ante el próximo siglo. Pag 15 Junta de Castilla y León – 1998 .

Sección 2

Estudio de corte transversal

Objetivos

Identificar a las personas mayores con alto riesgo de dependencia en el medio comunitario rural y analizar sus determinantes de salud.

Objetivos Específicos

- Describir las condiciones de salud de los adultos mayores, respecto de las enfermedades agudas, crónicas, la discapacidad, la deficiencia mental y física.
- Detectar quiénes son los referentes de cuidados primarios de la salud y de la red de sostén social inmediato, así como su contribución relativa a la satisfacción de las necesidades relacionadas con la salud de las personas mayores.
- Analizar las relaciones entre estilo de vida y salud, género y cohorte.
- Elaborar perfiles de riesgo que vinculen morbilidad y mortalidad.

Método y materiales

Se consideraron personas mayores de 65 años de dos municipios de más de 300 habitantes de la comarca de Sierra de Francia, Provincia de Salamanca, perteneciente a la Comunidad de Castilla y León. Los municipios elegidos fueron Garcibuey (C1) y Villanueva del Conde (C2).

Se realizó una revisión sistemática de historias clínicas, tomándose como fecha de corte el 31/12/1940 para el nacimiento de las personas incluidas en el estudio. Este estudio contó con la aprobación y el permiso del médico, la enfermera y el alcalde de los pueblos de los municipios evaluados. La muestra fue de $n = 165$ (94,2%) de las 175 (N total) posibles - Grafico 1 - Se consideraron criterios de exclusión: vivir hace menos de 10 años en el poblado y negarse a participar de la entrevista y el estudio. Los de inclusión fueron tener

historia clínica en el consultorio del pueblo y residencia permanente en él. El objetivo de recolección de datos fue completar entrevistas directas con las personas en cada hogar. Cuando esto no era posible por razones de salud, hospitalización o ausencia temporal se realizó una entrevista por informante sustituto. Utilizamos un cuestionario estructurado similar en características al de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) o al de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) para el estudio SABE ¹. Contiene 4 secciones, (A) datos personales, (B) salud, (C) nutrición y (D) aspectos sociales. Se incluye en ellas una evaluación sobre el uso de fármacos, el estado de salud auto percibido; además de datos sobre la red social de sostén inmediata y percepción de la vejez. En total son 95 preguntas repartidas de la siguiente forma: 16 en la sección A, 46 en la sección B, 5 en la C y 28 en la D. Además a estos datos se le agregan 9 datos obtenidos de la última analítica. Calculamos obtener cerca de 110 datos por persona entrevistada. El contenido de la entrevista incluyó:

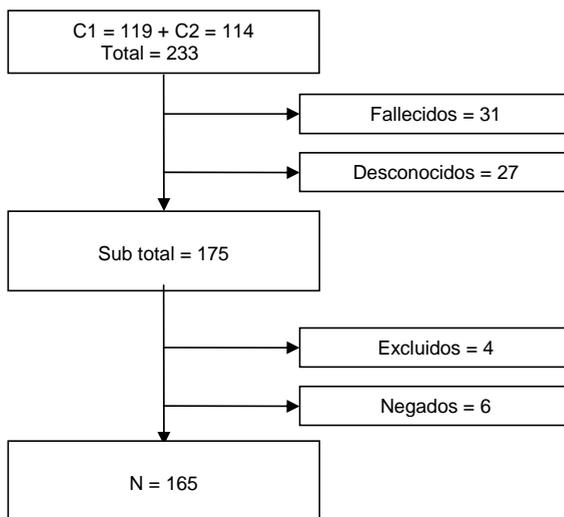
- Medidas de salud, estado funcional, enfermedades actuales, consumo de alcohol, etc.
- Antecedentes de salud y condiciones de vida, hábitos.
- Familia, fecha de muerte de padres, hijos, experiencias migratorias y de cuidadores.
- Ambiente de vivienda.
- Impresiones personales del investigador.

Se realizó además, una valoración geriátrica funcional (VGF). Para esto, se utilizó como instrumento de corte en relación al riesgo de dependencia, el cuestionario de Barber ^{2 3}. También se midieron actividades básicas de la vida diaria (ABVD) con la escala de Barthel ⁴ y la esfera cognitiva se evaluó con el cuestionario de Peiffer ⁵. Dadas las características de estos poblados y su cualidad de medio rural estricto, se decidió no utilizar ningún test de valoración para actividades instrumentales de vida diaria.

A todos los participantes del estudio se les explicó el objetivo del estudio y se les aseguró la confidencialidad y anonimato de su participación, tras lo cual se les pidió su consentimiento oral informado, de acuerdo con los que establecen los principios éticos para las investigaciones con sujetos humanos en la Declaración de Helsinki. Para la codificación y análisis de los datos, se utilizó el programa estadístico SPSS 12.0. con el que se realizaron análisis descriptivos y de significancia.

- En la sección Anexos de este documento se adjunta el instrumento utilizado.

Diagrama de flujo de la muestra –



Fuente: Elaboración propia

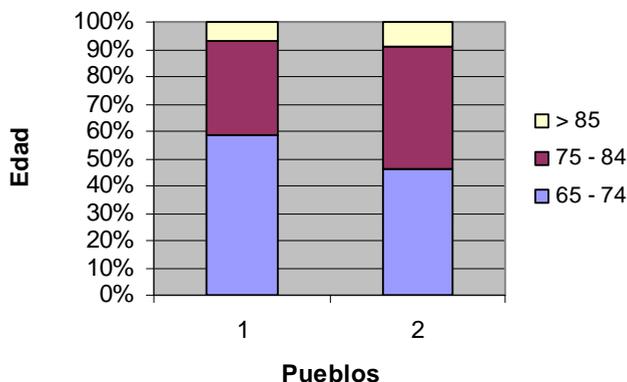
Resultados

Se obtuvo respuesta del 94,2% de la población total posible (N = 175); de las 165 personas evaluadas, 87 (52,7%) fueron de Garcibuey (C1) y 78 (47,3%) de Villanueva del Conde (C2); 88 (46,1%) personas eran del sexo masculino y 76 (53,3%) del sexo femenino. En Garcibuey, se evaluaron a 47 varones y 39 mujeres. En Villanueva del Conde, fueron 41 hombres y 37 mujeres. Las edades medias fueron de 74,2 ~7,1 para los habitantes de Garcibuey y de 75,5 ~ 6 para los de Villanueva del Conde, con un valor promedio para ambos poblados de 74,8~6,6.

El rango de edades se dividió de la siguiente forma: las personas comprendidas entre 65 y 74 años fueron 86 (52,4%) del total, de los cuales 51 (58,6% del total de los mayores de C1) eran de C1 y 36 (46,1% del total de los mayores de C2) eran de C2. Entre 75 y 84 años hubo un total de 65 (39,7%) personas, de las que 30 (34% de los mayores de C1) era de C1 y 35 (46% de los mayores de C2) eran de C2. En cuanto a los mayores de 85 años, hubo un total de 13 (7,8%) de los que 6 (6,8% de los mayores de C1) eran de C1 y 7 (8,9% de los mayores de C2) eran de C2. Gráfico 1 y Tabla 1

Gráfico 1 – Distribución de la población por grupos etarios

Distribucion de la poblacion por grupos de edad



Fuente: Elaboración propia

El 92,9% de las entrevistas fueron realizadas en el propio domicilio de la persona, 11 (7,1%) entrevistas fuera del mismo . El sistema no consideró 10 casos para este análisis. De las 165 personas consideradas en este estudio, 159 (97%) fueron entrevistadas en forma directa, 5 (3%) fueron entrevistas indirectas a través de información proporcionada por sus familiares directos. Un sólo caso no fue considerado en el análisis estadístico.

Tabla 1 - Datos Demográficos

	Garcibuey (C1)	Villanueva (C2)	Total
Muestra Total	87 (52,7%)	78 (47,3%)	165 (100%)
- Hombres	47	41	88 (46,3%)
- Mujeres	40	36	76 (53,7%)
Edad Media	74,2~7,1	75,5~6	74,8~6,6
Edades:			
65-74	51 (58,6%)	36 (46%)	87 (52,4%)
75-84	30 (34,4%)	35 (46%)	65 (39,7%)
>85	6 (6,8%)	7 (8,9%)	13 (7,8%)

Datos demográficos y personales

Cuando se les preguntó: **¿Fue a la escuela de pequeño?** 157 (96,9%) de las personas contestaron afirmativamente, 3 (1,9%) dijeron no haber concurrido, 2 (1,2%) no supieron contestar y 3 fueron perdidos por el sistema. A la pregunta: **¿Recuerda hasta que edad fue?** 112 (71,3%) contestaron haber ido hasta los 14 años, que por otro lado era lo habitual en esas épocas, mientras que 40 (25,5%) sólo lo hicieron hasta los 10 años; 5 (3,1%) no contestaron a la pregunta y 8 casos fueron perdidos por el sistema. Sobre la forma de convivencia en los hogares, **¿Con quién vive Ud.?** 27 (16,6%) viven solos en su casa, 86 (52,8%) viven con su pareja, 3 (1,8%) con algún amigo o amiga y

47 (28,8%) con familiares, 2 casos fueron perdidos por el sistema. Todos ellos manifestaron vivir durante todo el año o la mayor parte de él en estos dos pueblos. **¿Cinco años atrás, Ud. vivía con las mismas personas que ahora?** 126 (76,3%) contestaron que SI, mientras que 34 (21,1%) dijeron que NO, 1 (0,6%) no contestó y 4 casos fueron perdidos por el sistema.

¿Le gusta vivir como así, como vive ahora? 138 (89%) digo que SI, estaba bien viviendo así, 5 (3,2%) dijeron que NO les gustaba como vivían y 10 (6,5%) mostraron sus reservas, en algunos casos cierta resignación, 10 casos fueron perdidos por el sistema. Sobre la **¿Cuántos hijos Ud a tenido?** encontramos los siguientes datos: el 9% (15) de los encuestados dijeron haber tenido un hijo, el 32,9% (53) dos hijos, el 18% (29) tuvieron tres hijos, 8,7% (14) tuvieron cuatro hijos, el 5,6% (9) tuvieron cinco hijos, el 6,2% (10) seis hijos y el 5,6% (9) siete o más hijos. El 13% de nuestros entrevistados (21) no tuvieron descendencia. **¿Vive su padre?**, sólo 4 (2,4%) dijeron tener vivos a su padre y 160 (97,6%) contestaron que NO. Sobre la edad de muerte del progenitor, el 60,2% perdió a su padre cuando éste tenía 70 años o más, mientras que el 35,9% perdió a su padre siendo éste menor a 70 años, 1,9% dijo no recordar la edad de muerte del padre. **¿Vive su madre?** 5 personas (3,1%) tenían a su madre viva, mientras que 158 (96.9%) ya la habían perdido, 2 casos fueron perdidos por el sistema. El 69,2% de los entrevistados perdió a su madre cuando ésta tenía 70 años o más, y 24,5% la perdió cuando era menor de 70, 5 personas no recordaron la edad de muerte. Resultó interesante ver a quiénes se identificaban como posibles ayudas o referentes en caso de tener alguna situación de salud. La pregunta en cuestión fue: **¿En caso de tener algún problema de salud, quién piensa que podría ayudarlo?** 38 (24,1%) contestó que acudiría al médico o que esperaría ayuda de él, 81 (51,3%) piensa que un familiar cercano o connivente sería a quien acudiría, 9 (5,7%) piensa que algún vecino estaría para ayudarlo, 10 (6,3%) contestó la Seguridad Social, 1 (0,6%) la Cruz Roja y 19 (12%) contestó que piensa que nadie podría ayudarlo o que directamente no sabe.

Estado de salud y morbilidad

La evaluación del estado de salud incluyó valoración de la auto percepción del estado de salud (APS) y rastreo de problemas de salud prevalentes en adultos mayores y presencia de co morbilidad. Se incluyeron preguntas que evaluaron enfermedad coronaria (EC) e hipertensión arterial (TA), diabetes, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), accidentes cerebro vasculares (ACV), osteo-artrosis o procesos reumáticos, presencia de caídas en los últimos 12 meses y preguntas sobre síntomas mas comúnmente percibidos. Se interrogó además, sobre el estado del ánimo y la valoración de la vista y audición. Por último, se realizó una revisión de la medicación que consume cada una de las personas entrevistadas.

Las preguntas de evaluación de APS incluyeron: **¿Qué tal se encuentra de salud?** 23 (14,3%) de las respuestas fueron Muy Bien, 82 (50,9%) personas contestaron Buena, 45 (28%) dijeron que su salud era Regular mientras que 8 (5%) contestaron Mala; 4 casos no fueron considerados por el sistema. La segunda pregunta: **Si compara su salud con la de hace un año atrás ¿Qué tal estaba de salud hace un año, igual, mejor o peor?** 39 (24,2%) han contestado que hace un año atrás se encontraban mejor de salud, 101 (62,7%) dicen encontrarse igual y 18 (11,2%) estaban peor hace un año atrás que ahora, 3 (1,8%) no supo contestar y 4 casos fueron eliminados por el sistema.

El dato relevante de esta pregunta es que casi el 25% o uno de cada cuatro personas estaban mejor hace un año atrás que en la actualidad. La última pregunta: **Si compara su estado de salud con el de las personas de su misma edad, o sus quintos más específicamente, ¿Ud. está igual, mejor o peor que ellos de salud?** 62 (38.5%) contestaron encontrarse mejor que sus pares, 74 (46%) dicen verse igual y 21 (13%) refiere encontrarse peor. 4 (2.4%) no han contestado a la pregunta y 4 casos fueron eliminados por el sistema.

La serie de preguntas de rastreo sobre enfermedades y/o problemas de salud, estuvo compuesta por 3 preguntas sobre TA, 4 sobre diabetes, 1 sobre cáncer, 3 en relación a EPOC, 1 a enfermedad coronaria, 1 a accidentes cerebro vasculares, 3 preguntas en relación a procesos osteo artrósicos, dos en

relación a episodios de caídas en los últimos 12 meses, dos preguntas relacionadas a fracturas en el mismo período de tiempo y 1 sobre osteoporosis. Por último, se interrogó sobre la presencia de 11 signos/síntomas comunes durante el último año.

Sobre TA: **¿Alguna vez un médico o enfermera le dijo que Ud. tenía la TA elevada?** 97 (58,8%) contestó afirmativamente y 67 (40,6%) contestó que NO, 1 (0,6%) persona no supo contestar. Se interrogó seguidamente: **¿Está Ud. tomando algún medicamento por este problema?** 72 (74,2%) dijeron que SI estaban medicados mientras que 25 (25,7%) dijeron no tomar medicación, un caso fue desechado por el sistema. **¿Está su TA controlada periódicamente?** 132 (80%) personas contestaron que tienen controles periódicos de TA, mientras que 33 (20%) dijeron no controlar su TA periódicamente. En relación a diabetes: **¿Alguna vez un médico o enfermera le dijo que Ud. tenía diabetes, o sea, los niveles de azúcar altos en sangre?** 23 (13,9%) contestó que SI, mientras que 141 (85,5%) dijo que NO, 1 (0,6) no contestó a la pregunta. **¿Con el fin de controlar sus niveles de azúcar toma medicamentos orales?** De las 23 personas que contestaron afirmativamente, 10 (43,4%) está medicada con hipoglucemiantes orales para el control de su glucemia. **¿Con el fin de controlar sus niveles de azúcar se pone inyecciones?** De los 23 que recibieron un diagnóstico de diabetes, 4 (17,3%) utilizan insulina inyectable. Por último: **¿Con el fin de controlar la diabetes, ha bajado de peso o seguido una dieta especial?** 16 (69,5%) dijeron observar cuidados o seguir un tipo de dieta especial para controlar su nivel de azúcar. El apartado de cáncer sólo incluyó una pregunta: **¿Alguna vez un médico le ha dicho que Ud. tenía cáncer o un tumor maligno?** 14 (8,5%) personas contestaron afirmativamente y 151 (91,5%) contestaron que NO.

Tabla 2 -

Tabla 2 – Procesos neoplásicos según tipo

Procesos neoplásicos según tipo	
Mama	1
Piel	3
Vejiga	1
Próstata	2
Cardias	1
Sin especificar	6
Total	14

Fuente: Elaboración propia

En lo que refiere a enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): **¿Alguna vez un médico o una enfermera le ha dicho si tiene alguna enfermedad pulmonar crónica tal como bronquitis o enfisema?** 16 (9,7%) han contestado afirmativamente y 149 (90,3%) han dicho que NO. **¿Por esta causa recibe oxígeno?** y **¿Por esta causa recibe fisioterapia respiratoria?** fueron las otras dos preguntas relacionadas, encontrando sólo una persona que utilizaba oxígeno por su cuadro respiratorio.

La presencia de enfermedad coronaria fue rastreada con la siguiente pregunta: **¿Alguna vez un médico o una enfermera le dijo si ha tenido un ataque al corazón, una enfermedad coronaria, angina, enfermedad congestiva u otros problemas del corazón?** 36 (22%) contestaron haber tenido al menos un episodio de enfermedad cardiovascular, mientras que 128 (78%) contestaron negativamente. Tabla 3

Los eventos de osteo degenerativos fueron evaluados a través de tres preguntas distintas. La primera fue: **¿Alguna vez un médico o enfermera le ha dicho si tiene artritis, reumatismo o artrosis?** 100 (61%) personas contestaron que SI, mientras que 64 (39%) dijeron que NO. Cuando se preguntó: **¿Tiene dolor, hinchazón o rigidez en las articulaciones?** De los 100 que contestaron a la primera pregunta que Si, 68 (68%) tienen dolor, hinchazón o rigidez en sus articulaciones, mientras que 31 (31%) no presentan

Tabla 3 - Accidentes coronarios

Patología cardiológica según tipo	
Enfermedad Congestiva	4
Trastornos del Ritmo	4
Miocardopatía Dilatada	3
Infarto Agudo de Miocardio	4
Angina	9
Fibrilación Auricular	5
Cirugía de Bypass	1
Cardiopatía Hipertensiva	1
Hipertrofia Ventricular	1
Insuficiencia Valvular	1
Trastornos de la Conducción	3
Angor	1
Sin especificar	7
Total	44

Fuente: Elaboración propia

esas molestias. Entre aquellas 64 personas que manifestaron no haber escuchado nunca de parte de un médico o enfermera que tenían artritis, reumatismo o artrosis, 10 (15,6%) presentan dolor, hinchazón o rigidez en forma habitual, mientras que 53 no refieren estos malestares. Dos casos no fueron considerados por el sistema.

La última pregunta fue: **¿Toma algún medicamento por estos problemas?**

De aquellas 68 personas que manifestaron tener sintomatología positiva, 32 (47%) toman medicación para aliviarla, lo cual llama la atención por la posibilidad de alivio desatendida en el resto. En aquellas personas que no refirieron tener sintomatología positiva, se encontró que hay 7 personas que toman medicación sin tener una indicación apropiada.

Las caídas fueron evaluadas con dos preguntas, una de ellas referente al episodio en sí mismo, y la segunda en relación a las consecuencias médicas. **¿Cuántas veces se ha caído en los últimos 12 meses?** Hubo 17 (10,5%) personas que manifestaron haber sufrido una caída en el último año. De las personas que cayeron, 13 (76,4%) eran mujeres y 4 (23,5%) varones, 12 pertenecen a C2 y 5 a C1. **¿Se lastimó en alguna de estas caídas de forma**

que necesitó ver a algún médico? De ellas, 13 personas debieron acudir al médico por cuidados a consecuencia del episodio. De estas 13 personas, 10 fueron mujeres, de las cuales 9 pertenecen a C2. Se exploraron episodios de fracturas de cadera y muñeca. **¿En los últimos 12 meses, se fracturó la cadera?** y **¿En los últimos 12 meses se fracturó la muñeca?** Sólo encontramos un episodio de fractura de muñeca. La presencia de osteoporosis se buscó a través de la pregunta: **¿Alguna vez un médico le dijo que tenía osteoporosis?** Las respuestas fueron las siguientes: 10 (6,4%) dijeron que SI, 145 (92,4%) contestaron que NO, 2 (1,3%) NS/NC y 8 casos fueron eliminados por el sistema.

En relación a los síntomas de mayor frecuencia las respuestas fueron:

¿Dolor o problemas de espalda?	75 (46,6%)
¿Problemas en las articulaciones (cadera, rodilla, codo, muñeca)?	47 (29,2%)
¿Hinchazón persistente de pies y tobillos?	39 (24,2%)
¿Dolor de cabeza persistente?	39 (24,2%)
¿Mareos persistentes?	38 (23%)
¿Fatiga o cansancio severo?	31 (19,1%)
¿Le ha faltado la respiración estando despierto?	22 (13,6%)
¿Tos persistente, flemas o silbido en el pecho?	20 (12,4%)
¿Dolor en el pecho?	16 (9,9%)
¿Nausea persistente y vomito?	1 (0,6%)
¿Transpiración excesiva o sed persistente?	1 (0,6%)

Se ha explorado la prevalencia de trastornos neuropsiquiátricos (depresión, ansiedad y distimia) en la muestra a través de tres preguntas, una en relación al diagnóstico y otras dos al tratamiento y/o forma de resolución. Me permito aclarar que, a pesar de que en la primera pregunta se interrogó sobre “un problema nervioso”, dicho enunciado tiene el significado al que se orienta nuestro objetivo. Las características de los poblados serranos hacen que aún mantengan a los problemas de salud mental dentro de sus tabúes. La primera pregunta: **¿Alguna vez un médico o enfermera le ha dicho si tiene algún problema nervioso o de memoria?** 41 (25,2%) han contestado que SI,

mientras que 121 (74,2%) NO. Los casos son más comunes en mujeres, 28 (68,2%) que en varones 13 (31,7%). En su distribución por pueblos, encontramos 18 casos en C1 y 23 en C2. En su distribución por edad, 20 (48,7%) casos fueron hallados en el grupo comprendido entre 65 y 74 años, otros 18 (43,9%) casos en el grupo 75 – 84 años. Los restantes tres casos se hallan entre mayores de 85 años. **¿Tiene Ud. tratamiento psiquiátrico o psicológico por este problema?** De aquellos que dieron una respuesta positiva a la primer pregunta, al momento de la entrevista, 9 (22%) tenían tratamiento médico para su problema. De estas 9 personas, 7 eran mujeres y 2 varones. De las 41 personas que contestaron que SI a la pregunta uno, 8 (19,5%) viven solos, 18 (43,9%) con la pareja y 14 (34,1%) con familiares. Un caso fue eliminado por el sistema. Cuando se realizó el cruce con lo que declararon en la pregunta de la sección Datos personales y Demografía “¿Le gusta vivir como vive ahora?” 6 (14,6%) de ellos habían contestado que NO les gustaba vivir como lo hacían, 1 no supo contestar y 30 (73,1%) declararon sentirse a gusto con la forma en la que vivían. Al realizar el cruce con la primer pregunta sobre APS “¿Qué tal se encuentra de salud?” de los 41 que tienen o habían tenido algún problema del ánimo, 22 (53,6%) declararon sentirse regular, mal o no supieron contestar a la pregunta, 15 (36,5%) habían declarado sentirse bien y 2 (4,8%) muy bien.

Al considerar sólo a aquellas 9 personas que están recibiendo tratamiento en el momento de la entrevista sólo uno vive solo, 5 lo hacen con la pareja y 3 con familiares. De estas mismas 9 personas, 3 perciben su estado de salud como bueno, 5 regular, 2 no supieron contestar a la pregunta. **¿Durante los últimos 12 meses ha tomado alguna medicina contra la depresión?** De las 41 personas que contestaron que SI a la pregunta uno, 27 (65,8%) están tomando alguna medicación antidepressiva, 12 (29,2%) NO toman nada y 1 que contestó que NO a la pregunta uno, está medicada. Las 9 personas que manifestaron que SI estaban recibiendo tratamiento psiquiátrico o psicológico, están con tratamiento farmacológico, mientras que hay otras 19 (46,3%) personas que consumen psicofármacos y han contestado que NO reciben tratamiento. Tabla 4

Tabla 4 - Respuesta a las 3 preguntas Salud Mental

Pregunta 1: *¿Alguna vez un doctor o enfermera le ha dicho si tiene Ud. algún problema nervioso o de memoria?*

Si	41 (25,2%)
No	121 (74,2%)

Pregunta 2: *¿Tiene Ud. tratamiento psiquiátrico o psicológico por este problema?*

Si	9 (22%)
Mujeres	28 (68,2%)
Hombres	13 (31,7%)
No	32 (78%)

Pregunta 3: *¿Durante los últimos 12 meses ha tomado alguna medicina contra la depresión?*

Si	27 (76,5%)
No	12 (30%)
Ns/Nc	1 (2,5%)

Fuente: Elaboración propia

Se exploraron los sentidos de la visión y audición. Para esto, se utilizaron una serie de preguntas que abarcaron la función y la utilización de ayudas externas. En el caso de la visión se evaluó la visión de lejos y de cerca. La primera pregunta para evaluar la visión fue: **“¿Qué tal ve de lejos?”** 6 (3,7%) afirmaron ver Excelente, 24 (14,9%) ver Muy Bien, 88 (54,7%) ver Bien, 29 (18%) ver Regular, 11 (6,8%) tener Mala visión y 2 (1,2%) no contestaron a la pregunta. 5 casos no fueron considerados por el sistema. **¿Usa Ud. gafas para ver de lejos?** 46 (28,6%) contestaron que SI y 114 (70,8%) que NO. Resulta interesante mencionar que, de las 29 personas que manifestaron ver Regular, 15 (51,7%), no utilizan gafas y, de aquellas 11 que manifestaron ver mal, 4 (36,6%) tampoco las utilizan. **¿Qué tal ve de cerca?** 1 (0,6%) contestó ver Excelente, 27 (16,9%) ver Muy Bien, 73 (45,6%) ver Bien, 49 (30,6%) ver

Regular y 8 (5%) ver Mal. Hubo 2 (1,3%) que no supieron contestar y 5 casos fueron eliminados por el sistema. A la pregunta: **¿Usa Ud. gafas para ver de cerca?** 109 (68,1%) utilizan gafas mientras que 50 (30,3%) no y una persona que no supo contestar (0,6%). 5 casos no fueron considerados por el sistema. De las 49 personas que contestaron ver Regular, 8 (16,3%) no utilizan gafas para ver de cerca y, de las 8 que ven Mal, sólo 1 (12,5%) no utiliza gafas. El estado de la audición fue evaluado con dos preguntas, una en relación a la percepción del mismo y la otra sobre la utilización de audífonos. Cuando preguntamos: **¿En general diría Ud. que su audición es...?:** 3 (1,9%) personas han contestado Excelente, 24 (14,9%) han contestado Muy Bien, 85 (51,5%) respondieron Buena, 39 (24,2%) afirmaron Regular, 8 (5%) que Mala y 2 (1,2%) no supieron responder. 4 casos no fueron considerados por el sistema. A la pregunta: **¿Usa Ud. algún tipo de aparato para oír mejor?** Sólo 2 (1,2%) personas respondieron que utilizaban audífonos en su vida diaria, mientras que 159 (98,8%) contestaron que no utilizaban esas ayudas. 4 casos fueron eliminados por el sistema.

Prescripción y uso de medicación

La evaluación correspondiente al uso de medicamentos por parte de nuestra población, incluyó al revisión sistemática y personal de todas las medicinas que estuviera tomando la persona en ese momento. 127 (78,8%) pacientes de la muestra consumen al menos un fármaco. Se decidió clasificar el consumo de fármacos en tres rangos: más de 5 prescripciones, entre 1 y 4 fármacos y ninguno. Se halló que 35 (21,7%) tienen prescritos más de 5 medicamentos, 92 (57,1%) entre 1 y 4 fármacos y 34 (21,1%) personas no tienen ninguna medicación. Fueron considerados 161 (97,6%) casos de los 165 posibles, los 4 restantes fueron eliminados por el sistema. Si vemos los resultados por rangos de edad las personas comprendidas entre los 65 y 74 años, 15 (17,8%) de ellas consumen mas de 5 fármacos, 45 (53,3%) entre 1 y 4, mientras que 24 (28,5%) no tienen ninguna medicación indicada. En el grupo de 75 a 84 años, encontramos que 15 (23%) personas toman mas de 5 medicaciones, 42 (65,6%) entre 1 y 4, mientras que 7 (10,9%) de ellas no tienen prescripción alguna. Por último, en el grupo de mayor edad, aquellos comprendidos por

arriba de los 85 años, vemos que 5 (38,4%) consumen más de 5 medicamentos, 5 (38,4%) entre 1 y 4, mientras que 3 (23%) de ellos ninguno.

Tabla 5

Tabla 5 – Consumo de medicación por cantidad y grupo de edad

<i>Edad</i>	<i>> 5</i>	<i>Entre 1-4</i>	<i>Ninguna</i>	<i>Total</i>
<i>65 – 74 años</i>	15 (17,8%)	45 (53,5%)	24 (28,5%)	84 (52,1%)
<i>74 – 84 años</i>	15 (23%)	42 (65,6%)	7 (10,9%)	64 (39,7%)
<i>> de 85 años</i>	5 (38,4%)	5 (38,4%)	3 (23%)	13 (8%)
	35 (21,7%)	92 (57,1%)	34 (21,1%)	161

Fuente: Elaboración propia

El consumo de medicamentos por sexo, 34 (45,9%) son las mujeres medicadas en los pueblos evaluados y 87 (54,1%) los hombres. De las mujeres, 21 (28,3%) de ellas consumen más de 5 medicamentos, 38 (51,3%) entre 1 y 4 prescripciones, y 15 (20,2%) no tienen ninguna medicación. En el caso de los hombres 14 (16%) de ellos toman más de 5 medicaciones, 54 (62%) entre 1 y 4, mientras que 19 (21,8%) de ellos no están medicados. Tabla 6

Tabla 6 – Consumo de medicación según sexo y cantidad

<i>Sexo</i>	<i>> 5</i>	<i>Entre 1-4</i>	<i>Ninguna</i>	<i>Total</i>
<i>Mujeres</i>	21 (28,3%)	38 (51,3%)	15 (20,2%)	74 (45,9%)
<i>Hombres</i>	14 (16%)	54 (62%)	19 (21,8%)	87 (54,1%)
	35 (21,7%)	92 (57,1%)	34 (21,1%)	161

Fuente: Elaboración propia

Se decidió observar qué pasa en el consumo de fármacos según los dos poblados estudiados. En C1 hay 83 (51,5%) personas medicadas, mientras que en C2 hay 78 (48,5%). C1 de aquellas personas medicadas, tiene 14 (16,8%) habitantes que toman más de 5 prescripciones, 51 (61,4%) de ellos entre 1 y 4

fármacos y 18 (21,6%) no toman nada. En el caso de C2, hay 21 (26,9%) personas con más de 5 medicamentos indicados, 41 (52,5%) con entre 1 y 4 medicamentos y 16 (20,5%) personas sin medicación. Tabla 7

Tabla 7 – Consumo de medicamentos según el municipio de origen de la muestra

Municipio	> 5	Entre 1-4	Ninguna	Total
Garcibuey - C1	14 (16,85)	51 (61,4%)	18 (21,6%)	83 (51,5%)
Villanueva - C2	21 (26,9%)	41 (52,5%)	16 (20,5%)	78 (48,5%)
	35 (21,7%)	92 (57,1%)	34 (21,1%)	161

Fuente: Elaboración propia

Se ordenó el consumo de medicamentos de acuerdo al subgrupo terapéutico. Se presentan los resultados en la Tabla 8

Tabla 8 – Clasificación por subgrupo terapéutico de los medicamentos prescritos en la muestra.

Clasificación de los subgrupos terapéuticos		1er Corte	
Cardiovascular:	Antihipertensivos	59	
	Diuréticos	26	
	Asociaciones	12	
	Bloqueantes alfa	3	
	Nitritos	7	
	Antiarrítmicos	2	
	Digital	6	
	Vasodilatador	18	
	Otros	9	142(34,9%)
Digestivo, metabolismo:			
	Antiácidos/antiulcerosos	35	
	Laxantes	6	
	Antiflatulencia	3	
	Espasmolíticos	1	
	Suplementos	8	
	Antidiabéticos	12	
	Antigotosos	7	
	Bifosfonatos	4	76 (18,7%)
Sangre:			
	Antiagregantes	31	
	Hipolipemiantes	23	
	Anticoagulantes	7	
	Antianémicos	4	65 (16%)
Genitourinario:			
	Adenoma de próstata	8	
	Litiasis renal	1	
	Otros	-	9 (2,2%)
Terapia Hormonal:			
	Levotiroxina	1	1 (0,2%)
	Rec. Estrógenos	-	1 (0,2%)
Antimicrobianos:		2	2 (0,4%)
Antineoplásicos:		2	2 (0,4%)
	Metotrexato	2	2 (0,4%)

Tabla 8 – Clasificación por subgrupo terapéutico de los medicamentos prescritos en la muestra. (Continuación)

Ap. Locomotor:	AINES	45	
	Otros	5	50 (12,3%)
Sistema Nervioso:	Benzodiacepinas	15	
	Antidepresivos	17	
	Opioides	1	
	Antiepilépticos	1	
	Otros ansiolíticos	5	
	Antipsicóticos	7	
	Antimigrañosos	2	
	Antiparkinsonianos	-	
	Antivertiginosos	-	52
	Otros	4	(12,8%)
Sistema Respiratorio:	Antiasmáticos	7	
	Mucolíticos	-	
	Antitusígenos	4	11 (2,7%)
Otros:	Antialérgicos	-	
			406

Fuente: Elaboración propia

También se quiso ver la relación entre consumo de medicamentos y la auto percepción de salud. Se encontró que aquellos que perciben su salud como Muy Buena y están medicados son 17 (73,9%) personas de las 23 que se perciben con una salud Muy Buena y que corresponden al (14,6%) de los medicados; 5 con más de 5 medicamentos, 16 con entre 1 y 4 fármacos, y 6 de ellos sin medicación. De las 81 (51,5%) personas que perciben su salud como Buena, hay 81 se hallan medicadas, de ellas 10 con más de 5 prescripciones, 50 con entre 1 y 4 medicamentos, y 21 sin medicación. Aquellos que prescriben su salud como Regular son 45 (28,6%) personas. De éstas, hay 40 (88,8%)

que están medicadas; 17 con más de 5 prescripciones, 23 con entre 1 y 4 fármacos y 5 sin medicación. Las personas que perciben su salud como Mala son 8 (5%), todas ellas están medicadas, 6 con más de 5 medicamentos y 2 con entre 1 y 4 prescripciones. Hubo tres personas que no supieron contestar o responder, de forma tal que no se pudo establecer esta última relación en ellas.

Tabla 9

Tabla 9 – Relación consumo de medicamentos y APS

APS	> 5	Entre 1-4	Ninguna	Total
<i>Muy Buena</i>	1	16	6	23 (14,6%)
<i>Buena</i>	10	50	21	81 (51,5%)
<i>Regular</i>	17	23	5	45 (28,6%)
<i>Mala</i>	6	2	0	8 (5%)
<i>Ns / Nc</i>				3 (1,9%)

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10 – Relación de habitantes según sexo y consumo de medicamentos

Pueblo	Sexo	> 5	Entre 1-4	Ninguna	Total
Garcibuey	Mujer	8	22	7	37
	Varon	6	29	11	46
	Total	14	51	18	83
Villanueva	Mujer	13	16	8	37
	Varon	8	25	8	41
	Total	21	41	16	78

Fuente: Elaboración propia:

Hábitos de nutrición

Los hábitos nutricionales los hemos evaluado con cinco preguntas básicas con las cuales obtener un perfil de riesgo y hábito de vida. **¿Cuántas comidas**

completas toma al día? El programa estadístico analizó las respuestas de 159 personas y eliminó a otras 6. Los resultados fueron: 153 (92,7%) personas realizan entre tres o más comidas completas al día, 2 (2,5%) hacen dos comidas completas, 1 (0,6%) persona sólo considera hacer una comida completa al día y otra (0,6%) no supo contestar a la pregunta. Cuando se interrogo sobre los vasos de liquido consumidos por día, **¿Cuántos vasos o tazas de liquido consume Ud. diariamente?** 3 (5%) personas han contestado tomar menos de 3 vasos diarios, 47 (29,6%) dicen beber entre 3 y 5 vasos de liquido diario y 103 (64,8%) manifiestan beber mas de 5 vasos de liquido diario. Una persona (0,6%) no supo contestar a esta pregunta.

La tercer pregunta realizada tuvo que ver con el estado de la dentadura y cómo esto podría modificar la conducta alimentaria de la persona: **En los últimos 12 meses, ¿Cuántas veces ha tenido que comer menos o cambiar de comida por culpa de sus dientes? ¿Cómo es su dentadura?** Han sido tomados validos por el sistema 150 casos, eliminando 15. Las respuestas que obtuvimos han sido: 37 (24,7%) personas tienen toda la dentadura propia, 15 (9,1%) tienen una fila de dientes no naturales, 95 (63,3%) manifiestan tener las dos filas de su dentadura ortopédica, 2 (1,3%) personas no supieron contestar a la pregunta y una (0,7) dice no tener piezas dentarias. **¿Respecto a su estado nutricional, se considera Ud. bien nutrido?** El sistema consideró para esta pregunta las respuestas de 159 personas, eliminando 6 casos. 159 (98,1%) han manifestado sentirse bien alimentados, 1 (0,6%) dice no estar bien nutrido y 2 (1,2%) no han sabido contestar a esta pregunta.

Dada la alta prevalencia de valores elevados de TA, nos interesó preguntar: **¿Le pone sal a la comida?** 54 (34%) personas han contestado SI, otras 45 (28,3%) han dicho NO, y 59 (37,1%) dicen ponerle "poca", 1 (0,6%) no supo contestar a la pregunta. El sistema consideró 159 casos, eliminando el resto.

Cuando cruzamos los datos entre aquellos que dicen haber sido diagnosticados de valores de TA elevados en algún momento de su vida y el consumo de sal en las comidas diarias, hallamos que, de las personas con TA elevada, 17 (18,4%) consumen sal con sus comidas en forma habitual, 37 (40,2%) no le ponen sal y 38 (41,3%) solo un poco. En el caso de las personas que nunca recibieron un diagnóstico de HTA, 37 (56,9%) utilizan sal en forma

habitual en sus comidas, 7 (10,7%) dicen no utilizarla y otras 21(32,3%) sólo un poco.

Perfiles de laboratorio

De los 165 casos estudiados pudimos evaluar estudios analíticos en 126 de ellos que representan al 77% de los posibles. Lo primero que se quiso saber era la antigüedad de los mismos, para lo cual los separamos en tres rangos de tiempo: aquellos con menos de 6 meses de antigüedad fueron 46 (36,5%), los que tenían entre 6 y 12 meses de antigüedad fueron 25 (19,8%) de los casos y aquellas personas con analíticas mayores a los 12 meses de antigüedad fueron 55 (43,7%). Tabla 17

Tabla 17 – Fecha de analíticas, según sexo y municipio.

<i>Tiempo</i>	<i>Sexo</i>	<i>Municipio</i>		<i>Total</i>
		<i>C1</i>	<i>C2</i>	
< 6 meses	Mujeres	11	11	22
	Varones	13	11	24
	Total	24	22	46
6 a 12 meses	Mujeres	6	4	10
	Varones	7	8	15
	Total	13	12	25
> a 12 meses	Mujeres	11	15	26
	Varones	17	12	29
	Total	28	27	55

Fuente: Elaboración propia

Al analizar en detalle la información de las analíticas se encontró que, de 126 glucemias que analizó el sistema, hay 111 (88,8%) valores dentro de rangos normales, otros 13 (10,4%) casos fueron valores de tolerancia anormal a la glucosa, y hubo 1 (0,8%) solo caso con valores anormales. Si consideramos estos últimos dos grupos, los valores alterados y el valor claramente fuera de lo normal son 14 personas, de las que 9 son de C1 y 3 de C2. Sus controles son en 8 casos menores a 6 meses de antigüedad, en 4 casos de entre los 6 y 12

meses previos y sólo un caso con una antigüedad de ese control mayor a los doce meses.

Los controles de urea en sangre que consideró el sistema estadístico fueron 122 que representaron a casi el 74% de la muestra. Hemos hallado que 79 (64,7%) han sido valores normales y 43 (35,2%) valores fuera de rangos de normalidad. De estos últimos, 11 casos pertenecían a C1 y 32 a C2.

Los valores de creatinina considerados en el análisis fueron 114 (69,1%) de la muestra. Nuestros hallazgos fueron 104 (91,2%) casos con valores normales y 9 (8,8%) de valores fuera de normalidad. De estos últimos casos, 1 perteneció a C1 y 8 a C2. Preocupa que 4 de estos casos, todos pertenecientes a C2, tengan análisis de entre 6 y 12 meses de antigüedad, con un caso cuyo análisis fue mayor al año.

Para el análisis de los uratos en sangres, el estadístico considero 88 (53,3%) casos, de estos 71 (80,6%) fueron valores normales y 17 (19,4%) valores anormales. De estos últimos, 4 casos correspondieron a C1 y 13 a C2. Hubo 7 personas con análisis mayores a los 6 meses, de estos 5 casos pertenecientes a C2 tenían estudios mayores al año de antigüedad.

Los informes sobre colesterol en sangre que consideró el estadístico han sido 123 (74,5%) de la muestra. De estos hay 70 (56,9%) dentro de normalidad y 53 (43,1%) con valores fuera de rango. De estos últimos, 27 pertenecían a C1 y 26 a C2.

Se confeccionaron las medias de los valores de glucemia, uremia, creatinina, colesterol total y triglicéridos. En la Tabla 18 se presentan los resultados. El porcentaje entre paréntesis corresponde al porcentaje de valores sobre el total posible de habitantes de cada pueblo

Tabla 18 – Valores promedio de variables de laboratorio según municipio.

	C1		C2	
Glucemia	99,91	n 61 (70%)	99,01	n 57 (73%)
Urea	0,986	n 61 (70%)	0,975	n 56 (71%)
Creatinina	47,83	n 54 (62%)	44,98	n 57 (73%)
Colesterol Total	216,2	n 61 (70%)	217,7	n 58 (74%)
Triglicéridos	103,2	n 58 (66%)	110,1	n 57 (73%)

Fuente: Elaboración propia

Valoración geriátrica funcional

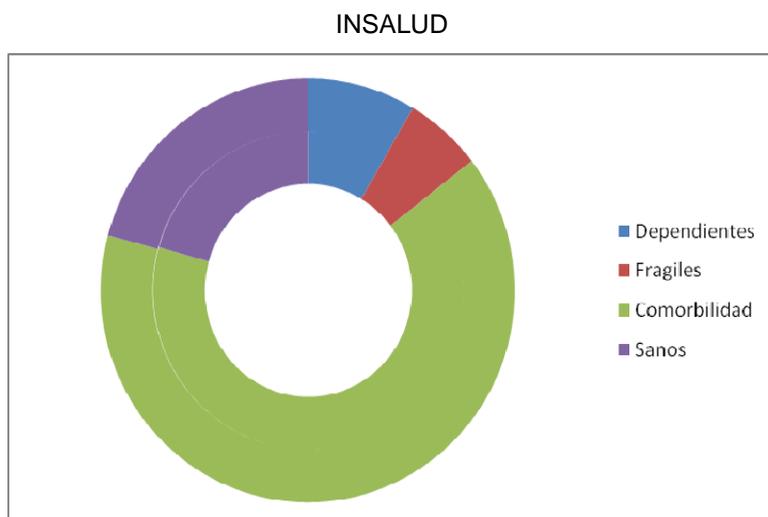
Utilizamos para clasificar el estado de salud de la muestra la tipificación realizada en 1995 por el INSALUD en el documento “Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria de las personas mayores”⁶. Sobre un total de 165 personas, 14 (8,4%) dependientes, 10 (6%) frágiles, 107 (64%) con comorbilidad y 34 (20,6%) sanos. - Tabla 19 - Estos valores cambian a 10 (6%) personas dependientes, 14 frágiles (8,5%), 89 (53,9%) con 2 o más condiciones crónicas y 52 (31,5%) personas sanas según la clasificación de Fried y cols⁷. Gráficos 2 y 3

Tabla 19 – Clasificación según estado de salud (INSALUD)

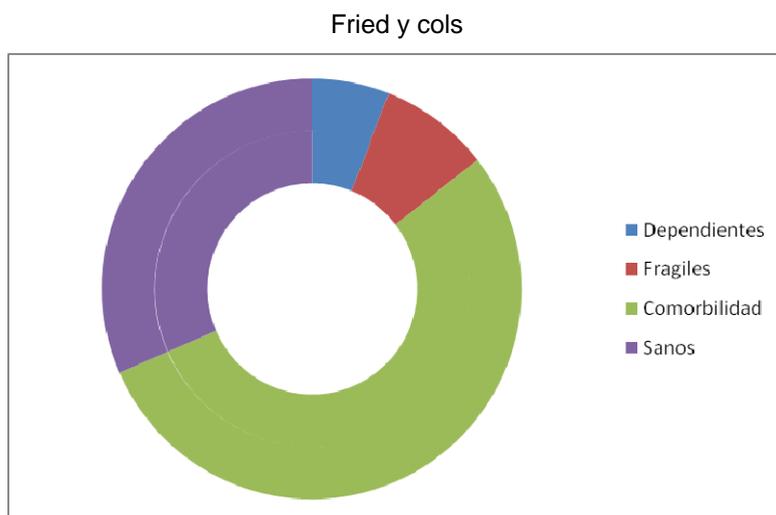
Pueblo	Sexo			Total	Total
	Mujer	Varon	Total		
Garcibuey C1					
Sano		7	12	19	
Cronico		27	33	60	
Fragil		2	0	2	
Dependiente		4	2	6	87
Villanueva C2					
Sano		12	3	15	
Cronico		18	29	47	
Fragil		4	4	8	
Dependiente		3	5	8	78 165

Fuente: Elaboración propia

Gráficos 2 y 3 – Distribución por clasificación de estado de salud según INSALUD y Fried y cols.



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

Utilizamos para evaluar estado de fragilidad y el riesgo de dependencia el cuestionario de Barber. Nuestro sistema estadístico consideró en su análisis 160 casos de los 165 posibles, de ellos 120 fueron negativos y 40 (25%)

positivos. De estos últimos, 19 (47,5%) pertenecen a C1 siendo el 30,1% del total de ese pueblo, 21 (52,5%) a C2 siendo el (36,8%) de dicho pueblo.

Tabla 20 -

Tabla 20 - Escala de Barber para prevención de dependencia, según municipio.

Barber	Municipio		Total
	C1	C2	
Negativo	63	57	120
Positivo	19	21	40
Total	82	78	160

Fuente: Elaboración propia

Dentro de esta escala se encontraron para cada uno de los 9 ítems las siguientes respuestas positivas: **¿Vive solo?** 19 personas cumplían con este punto, **¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si precisa ayuda?** 3 fueron las personas positivas, **¿Hay más de dos días a la semana en que no come comida caliente?** No hubo personas que cumplieran con este punto. **¿Necesita alguien que le ayude a menudo?** Fueron 13 las respuestas afirmativas. **¿Le impide su salud salir a la calle?** 5 fueron las respuestas positivas. **¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?**, 10 afirmativas. **¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus tareas habituales?** 3 fueron las personas que contestaron que Si. **¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?:** 2 afirmativas. **¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?** 16 fueron las personas que contestaron afirmativamente. A continuación se presenta en la Tabla 21 el número de respuestas positivas en el test de Barber según pueblo.

Tabla 21 – Frecuencia de respuestas positivas al Test de Barber.

	Total	
1 ¿Vive solo/a?	19	(11,5%)
2 ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda?	3	(1,8%)
3 ¿Hay más de dos días a la semana en que no come caliente?	-	-
4 ¿Necesita de alguien que lo ayude a menudo?	13	(7,8%)
5 ¿Le impide su salud salir a la calle?	5	(3%)
6 ¿Tiene problemas de salud que le impidan valerse por sí?	10	(6%)
7 ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores?	3	(1,8%)
8 ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?	2	(1,2%)
9 ¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?	16	(9,6%)

Fuente: Elaboración propia

Se utilizó además la escala de Barthel (AIBVD) y Pfeiffer para el área cognitiva con 6 (3,3%) test positivos. Los resultados del test de Barthel fueron 18 (10,9%) test positivos, 4 a dependencia severa, 2 a dependencia grave, dependencia moderada en 3 personas y 9 con valores de dependencia ligera. 8 correspondieron a C1 y 10 a C2. En C2 encontramos 6 personas que pueden ser incluidas en este último grupo a pesar de no presentar valores alterados de Barthel, 3 de ellas reciben asistencia domiciliaria. Estas 6 están dentro de las 8 personas con condición de fragilidad de C2 (tabla 18). Los Pfeiffer positivos fueron 12 (7,2%).

Discusión

La elección de estos dos municipios de la comunidad serrana se debió a que ambos son fieles representantes históricos de asentamientos que han sufrido el continuo y regular declinar de su población. Nuestra muestra alcanza a 165 personas que representan más del 94% de la población posible de incluir, lo que lo convierte en una de sus fortalezas. Todas las personas entrevistadas han cumplido con el criterio de inclusión de vivir la mayor parte del año en el pueblo, lo cual es un elemento que le da mayor representatividad. Otro rasgo de importancia son las 159 entrevistas directas y personales que equivalen al

97% del total, y con esto, la intimidad que brindó el encuentro en el domicilio de la persona en 144 entrevistas que representan el 92,9% del total.

El número de la muestra condiciona a un riguroso seguimiento a fin de disminuir al mínimo posible la pérdida de casos, más allá del inevitable producto de la muerte.

Con independencia de la heterogeneidad que presentan los distintos enclaves rurales, sí puede afirmarse con carácter general que hacerse mayor y vivir los años de vejez en un pequeño pueblo o envejecer en una ciudad, comporta cambios considerables que deben ser analizados en la búsqueda por caracterizar a este grupo de población ⁸.

El análisis de los perfiles demográficos refleja la huella del éxodo femenino de años atrás, siendo la población masculina mayor a la femenina, resultando en una contradicción a la conocida paradoja de la “feminización del envejecimiento” ⁹, al menos en nuestra zona de estudio. Las mujeres representan el 46% y 48% de la población en ambos pueblos respectivamente. En el análisis total de la población, C1 aparece como un pueblo más “joven que C2, puesto que su edad media de 74,2 años es 1.3 mas joven que los 75,5 años de C2. El grupo de población comprendido entre los 65 y 74 años representa en C1 al 46% contra un 58,6% de C2, lo que marca una diferencia del 12,6% a favor de C1; esto es C1 tiene un porcentaje de “mayores jóvenes” mayor que C2. En el grupo de edad entre 75 y 84 años, C1 tiene al 34,4% de sus mayores, mientras que C2 al 46% haciendo que C2 tenga un 11,6% más de mayores en este grupo, una vez más C2 se muestra más envejecido que C1. Por último, en el grupo de mayores de 85 años se vuelve a mostrar la misma tendencia, donde C1 tiene al 6,8% de sus mayores, mientras que C2 al 9,9%, siendo la diferencia de 2,1% a favor de C2.

En términos de la importancia de la transición demográfica ¹⁰ que sufre España en estos tiempos, parece apropiado mencionar que, en la muestra, el 44,1% de los entrevistados manifestaron haber tenido más de dos hijos, cifra que contrasta notablemente con los datos actuales de la tasa de fertilidad del país. El grado de alfabetización de los mayores suele ser determinante en su relación a la salud ¹¹, todos los entrevistados manifestaron saber leer y escribir,

aunque muchos aclaraban “saber defenderse”, permitiéndole sus habilidades de lecto-escritura desenvolverse sin inconvenientes en sus tareas diarias.

El 21% de las personas entrevistadas vivían hace 5 años atrás con otra persona con la que ya no conviven en su domicilio. La pérdida de un familiar cercano, la partida de un hijo, son elementos que pueden condicionar cambios en la vida de un persona. Más del 15% de la muestra vive solo, esto podría presuponer riesgo en sí mismo, sin embargo, las redes de sostén social de los pueblos permiten que esa persona cuente con una “vigilancia” casi permanente e informal de su condición. Este dato es un poco más elevado que el que refiere el IMSERSO ¹² del 13% de mayores que viven solos en medio rural. Resulta interesante considerar, a fines de intervención comunitaria, el elevado porcentaje de personas que conviven con su pareja, puesto que ellos serán los futuros “viudos o viudas” sobre los cuales se podría actuar previniendo lo que supone una futura pérdida.

Un 12% de la muestra no tiene identificado un referente en caso de tener un problema de salud, lo que se interpreta como una potencial situación de riesgo y/o aislamiento. Por otro lado, más del 50% piensa acudir a un familiar; esto debería llevar a evaluar la necesidad de protocolos de actuación ante una urgencia o una solicitud de servicios de salud, a nivel domiciliario.

En cuanto al nivel de satisfacción personal hacia la forma de vida actual, el 89% dijo que SI estaba bien viviendo así, 3,2% dijeron que NO les gustaba como vivían y 6,5% mostraron sus reservas, en algunos casos cierta resignación. Este porcentaje así como las respuestas obtenidas plantean un interrogante que podría ser motivo de futuras investigaciones: ¿qué es lo que no les gusta? ¿Es algo pasible de ser subsanado con asistencia social o forma parte de la propia etapa del curso de vida?

Aquellas personas con pobre o mala APS son el 33% o, lo que es decir, uno de cada tres tiene una pobre percepción de su salud. Este es el grupo de la población sobre el que se debe estar alerta. La APS en el adulto mayor resume un cúmulo de información sobre salud que debería expresarse en medidas físicas, psicológicas y socio económicas ¹³, significa demanda de servicios y permite identificar dónde esta demanda es mayor ¹⁴. Lo importante con esta población es que se asocia a condiciones de salud como enfermedades

crónicas, depresión, incontinencia y discapacidad ¹⁵. Más de 27 estudios en Estados Unidos y otros lugares han establecido que la APS es predictiva de mortalidad independientemente de otros factores ¹⁶. En España se ha hallado un estudio en población rural con resultados contradictorios en un seguimiento a 5 años ¹⁷. Las respuestas de APS comparadas por poblados muestra que, en C1, el 68,7% de la población se percibe bien o muy bien, mientras que, en C2, este porcentaje cae al 61,5%. Aquellos que se perciben con un estado de salud malo o regular son el 28,9% de C1 y 37,17% de C2. Este dato contrasta enormemente con datos del IMSERSO según los cuales sólo un 7% de las personas mayores de medio rural y 12% en ciudades de más de un millón de habitantes perciben su estado de salud como muy bueno. Los datos hallados por Monteserin Nadal, Losada y cols (2008), en un estudio aleatorizado en Barcelona sobre más de 600 personas, coinciden con nuestros datos, siendo un 70% de su muestra la que se percibe con un estado de salud muy bueno o muy bueno ¹⁸

39 (24,2%) han contestado que hace un año atrás se encontraban mejor de salud, 101 (62,7%) igual y 18 (11,2%) estaban peor hace un año atrás, 3 (1,8%) no supo contestar. El 25%, o uno de cada cuatro personas, estaban mejor hace un año atrás y, cuando se interrogó en comparación con sus pares, 21 (13%) dijeron estar peor que ellos. Cabe decir que una de cada cuatro personas percibe un deterioro de su salud que debería ser investigado. Llama la atención la buena percepción que tienen ellos mismos de su salud comparada con sus pares ya que casi el 85% se ve igual o mejor que sus similares.

En nuestra muestra casi el 60% tiene o ha tenido valores de TA elevados en alguna consulta médica, con un porcentaje del 75% de las personas medicadas, lo que coincide con otros datos epidemiológicos ^{19 20 21}. El 80% de las personas hayan manifestado tener controlada periódicamente su TA nos habla de un buen control de salud preventivo, lo que pudo ser comprobado durante las consultas médicas y de enfermería. En estas últimas especialmente, llamó la atención no sólo el control estricto de variables como peso, TA y valores de glucemia (éste en aquellas personas que lo requerían)

así como el aconsejamiento en relación a las conductas de alimentación y a la actividad física, lo que constituye la mejora aproximación al tratamiento de la hipertensión en mayores²². Es notable cómo los mismos habitantes manifiestan el cambio del patrón de alimentación. El consumo de embutidos ha bajado considerablemente, lo que se refleja en el número de matanzas que se realizan en el pueblo. La referencia es que antes cada familia realizaba al menos dos por año y actualmente ese es el número de las que se realizan en todo el pueblo.

El porcentaje de personas con diabetes o valores alterados de glucemia en la muestra fue 14%, comparable con lo obtenido por Cigolle, Langa y cols. (2007)²³ de un 13,2% y al 9% en mayores británicos²⁴, así como algo menor a otros datos epidemiológicos que sostienen entre un 17% para individuos blancos la prevalencia de diabetes mellitus^{25 26}.

6 de los 14 procesos neoplásicos no pudieron ser identificados y 3 han sido neoplasias de piel, lo cual podría estar asociado con las largas jornadas de labor en el campo. Estos casos representan un 8,5% de la muestra, el doble del 4,8% de otros autores²².

El 10% de enfermos pulmonares obstructivos crónicos se halla entre el rango del 7% y 16% descritos por otros autores^{22 27 28}.

El accidente cerebro vascular constituye la tercer causa de muerte en mayores y su aumento está relacionado al aumento de los años de la población²⁹ así como a la presencia de otros factores de riesgo asociados³⁰. El 10% con eventos vasculares cerebrales en la muestra justificaria una búsqueda detallada de su asociación a factores de riesgo y un seguimiento de su capacidad funcional en la prevención de dependencia.

El 61% tiene manifestaciones de procesos degenerativos crónicos en sus articulaciones algo de esperar en un grupo de personas que ha tenido una vida de trabajo tan larga y dura. De los 11 síntomas evaluados, el que apareció con mayor frecuencia fue el dolor de espalda y los dolores articulares con un 46% y 30%, respectivamente.

De las 17 personas (10,5%) que sufrieron caídas en el último año, 13 necesitaron consulta médica, 10 de ellas fueron mujeres, lo que las convierte en las principales “caidoras” y demandantes de servicios sanitarios a consecuencia. Nuestros datos se correlacionan con el 14% de Mendez Ruio y

cols ³¹ están algo por debajo del 15-37% descrito en la revisión sistemática sobre caídas en España realizada por Da Silva Gama, Gomez Conesa y Ferreira (2007) ³² y el 31,78% de Varas Fabras y cols (2006) ³³. Una explicación que podríamos hallar a esto son los altos niveles de actividad física, ya sea por trabajo en el huerto o de gorma recreativa que actuaría como un factor de protección. Lo que llama la atención es que, de las 10 mujeres, 9 pertenecen a C2, lo que abre la inquietud para profundizar en el por qué de esta asociación tan determinante.

La prevalencia de cuadros de dolor osteoartromuscular corresponden a los altos valores de procesos reumáticos encontrados en las preguntas de rastreo pertinente. La mayoría de las enfermedades que provocan dolor crónico musculoesquelético son más frecuentes en mujeres, tal y como ocurre en la bibliografía, en concreto, en el estudio EPIDOR ³⁴, que muestra una relación hombre/mujer similar (aproximadamente 1:3). La prevalencia de las enfermedades reumáticas aumenta con la edad ³⁵. La percepción general en el origen de estos dolores es la alta demanda física que han sufrido estas personas en los años de juventud y adultos joven, siempre relacionados a las labores del campo. Una de las ideas que prevalecen entre los dos pueblos es que los habitantes de C2 han tenido mucho mas trabajo dadas las características de la geografía del territorio. Si bien la distancia por senda entre ambos municipios es de sólo 2 km o 20 minutos de caminata, la orografía de Villanueva del Campo se presenta mucho más escarpada, prevaleciendo en la zona los cultivos en forma de terraplenes o terrazas.

El origen de la dependencia en las personas mayores se encuentra en las condiciones crónicas que generan sufrimiento y baja letalidad, especialmente la artrosis y las deficiencias sensoriales entre todas las otras afecciones crónicas³⁶

La cefalea de carácter tensional se presenta como la causa de mayor origen del síntoma “dolor de cabeza”. La fatiga o cansancio severo se adjudica a los esfuerzos de las labores del campo o huerta. El resto de los síntomas a pesar de que algunos de ellos presentan prevalencia alta, por arriba del 10% como la

falta de aire o la hinchazón de tobillos, no son percibidos de gravedad tanto por la persona como por el personal sanitario de los pueblos. La tos excesiva se adjudica a los frecuentes cuadros respiratorios altos, “catarros”, durante el invierno.

Estos hallazgos permiten asegurar que los trastornos mentales en medio rural, son tan importantes como en medio urbano³⁷. La prevalencia, coincidiendo con otros autores, es mayor en mujeres que en hombres. Un 20% de personas sufren o han sufrido trastornos y viven solas; esto debe ser considerado como un riesgo de recaída o empeoramiento. Otro 43,9% escucharon de un médico o enfermera que han tenido o tienen un trastorno neuropsiquiátrico y viven con su pareja. En total, 2 de cada 3 personas afectadas tienen un círculo conviviente mínimo, fortaleciendo la importancia de un aproximación a la red familiar o social en coincidencia.

Hay un 15% que contestó SI a la pregunta 1, a los que “no les gusta vivir como viven ahora”. Este rasgo y un círculo familiar/social mínimo podrían ser considerados y deberían alertar, dadas las características de la población, hacia una inter consulta especializada.

Un dato que nos parece relevante es que, sobre las 41 personas de respuesta positiva a la pregunta 1, el 65,8% consume medicación, dado que las 9 personas que dijeron estar bajo tratamiento actual reciben medicación, cabría preguntarse por qué existe un grupo tan numeroso medicado. Por otro lado, en el grupo que contestó NO a la pregunta 2, sobre un total de 32 personas, 19 (59,3%) toman fármacos, lo que deja el interrogante de si es por automedicación o reservas personales a declararlo.

En cuanto a la evaluación de la percepción en los sentidos de la vista, un 25% refiere dificultades para ver de lejos y 35% para ver de cerca. Bastante más alto que el 8% de Cigolle y Langa (2007) , claramente hay un gran contraste en la necesidad del uso de gafas para ver de cerca en comparación con el uso de las mismas para ver de lejos. Se cree que éste es un punto muy importante de intervención comunitaria puesto que la dificultad de visión a distancia condiciona a la inmovilidad y es un factor de riesgo de caídas. La mayor

prevalencia de ceguera y problemas visuales puede estar asociada a una limitación al acceso a la asistencia sanitaria debido a factores sociales y económicos ³⁸ Las dos personas que utilizan audífonos afirmaron tener una mala audición. Llamen la atención las otras 45 personas que perciben su audición como regular o mala (29%) y no utilizan ningún tipo de ayuda. Posiblemente se verían beneficiadas por una evaluación periódica así como una estrategia de asesoramiento por parte del servicio médico; máxime cuando es de especial relevancia la detección y atención de las alteraciones del sentido de la vista y oído, ya que cuando son intensos incrementan la vulnerabilidad psicopatológica³⁹.

También merecen especial atención los efectos iatrogónicos de un elevado consumo de fármacos.

El uso y consumo de fármacos es un punto crucial de nuestro estudio. Por grupos etarios, se considera que el punto de interés lo presentan los dos grupos más jóvenes, aquellos entre 65 y 74 años y entre 75 y 84. En el primer grupo, hay un 23% de personas que consumen entre 1 y 4 medicaciones: este es el grupo que, al cambio de edad, conforma el 65% de aquellos comprendidos entre 74 y 84 años con entre 1 y 4 medicaciones. Se cree que aquí es donde se deben fomentar cambios en estilo de vida que puedan hacer a la disminución en la medicación como también en la evaluación del cumplimiento terapéutico. Son las mujeres en mayor porcentaje quienes consumen más de 5 fármacos, su porcentaje es del 28,3% en relación al 16% de los hombres.

Merece ser mencionado el porcentaje de personas que perciben su salud como Regular o Mala: 53 personas (33,6%) del total y su relación con las prescripciones médicas. 23 (43,3%) consumen más de 5 medicaciones y 25 (47,1%) entre 1 y 4 fármacos. Ambas variables podrían predisponer a mayor riesgo de asistencia socio sanitaria. Cada persona de nuestra muestra tiene prescriptos 2,5 fármacos.

Estos resultados coinciden con los descritos por Segade y cols ⁴⁰, Mata y cols ⁴¹, Zunzunegui y cols ⁴² y Pedrera Zamorano y cols ⁴³ que sitúan la media del

consumo de fármacos en ancianos no institucionalizados en un rango entre 2 y 4 fármacos. Sin embargo, han sido superiores a lo descrito por Vega y cols ⁴⁴ en 825 sujetos mayores de 60 años de comunidad rural; e inferior a los encontrados por López-Torres y cols ⁴⁵ en más de 700 personas de más de 65 años no institucionalizadas; Tomás y cols ⁴⁶, en casi 350 personas mayores de 65 años; y Arbas y cols ⁴⁷ en un estudio sobre el consumo de medicamentos en 246 pacientes mayores de 65 años de medio comunitario.

El uso y consumo de múltiples fármacos, debido a las especiales condiciones farmacocinéticas y farmacodinámicas de estos pacientes, produce un elevado número de reacciones adversas ^{48 49} y están en relación directa con el número de fármacos consumidos ⁵⁰.

Del análisis cualitativo del uso de fármacos los grupos más utilizados son antihipertensivos, antiinflamatorios no esteroideos (AINES), los antiácidos/antiulcerosos, antiagregantes, hipolipemiantes, vasodilatadores y, por último, dos que corresponden al grupo de las benzodiacepinas (BZD) y los antidepresivos. Este orden se correlaciona con los datos de morbimortalidad que se presentan en el documento. Dentro del grupo de los antihipertensivos, lo más utilizado son los diuréticos (26 prescripciones), luego los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (23 prescripciones), inhibidores del receptor de angiotensina (13 prescripciones) y las asociaciones de fármacos (12 prescripciones).

El estado de nutrición se juzgó importante en relación a factores cuantitativos más que cualitativos por el estado dental de la mayoría de las personas que era muy pobre y de malas condiciones. La pérdida de piezas dentarias es un fenómeno que en la sierra se manifestaba a partir de la tercera década de vida en las cohortes de mayores. Ante esto, se creyó apropiado realizar un relevamiento del estado de la dentadura y si ésta condicionaba la forma de alimentación. Las observaciones muestran a un gran porcentaje de la muestra con alto deterioro de sus piezas dentales, sólo el 24,7% de las personas entrevistadas mantienen la mayor parte de sus piezas dentales, sin embargo, esto no es inconveniente para mantener niveles saludables de alimentación

según ellos mismos: su propia percepción muestra un alto nivel de personas que se consideran bien alimentadas, el 98,1%. Esto se correlaciona con lo hallado en el teste de Barber item 3, donde ninguna de las personas entrevistadas manifestó “No comer comida caliente al menos dos veces por la semana”. El ritmo de hidratación de las personas de nuestro estudio depende del ritmo de tareas diarias, principalmente del campo y la época estival. Manifiestan sentir un cambio muy notorio en la necesidad de incorporar líquido durante el invierno en relación al verano. En esta época coinciden las tareas de campo más trabajosas, como la recolección de la cereza y el olivo además del mismo verano.

El análisis detallado de los distintos parámetros muestra que: los valores de glucemias alteradas se reparten en forma pareja en ambos municipios, lo mismo que el colesterol y los triglicéridos. Preocupa que 32 de los 43 valores de urea fuera de rango pertenezcan a C2, que 8 de los 9 valores de creatinina alterados sean también del mismo pueblo, lo mismo que 13 de los 17 valores de uratos.

La diferencia hallada en la valoración geriátrica funcional de acuerdo a los criterios del INSALUD⁶ y la clasificación de Fried⁷ radica en que la primera considera paciente con enfermedad crónica a toda aquella persona que padece una o más enfermedades crónicas sin problemas funcionales, mentales o sociales; mientras que Fried y cols. lo hacen con 2 o más de 9 condiciones crónicas incluidas en nuestra base de datos. Las diferencias halladas en el grupo de frágiles y dependientes se explica porque el INSALUD aún considera frágiles a aquellas personas con pérdida incipiente en ABVD cuando todavía son aún recuperables.

Como primera escala de “corte” utilizada para la detección de personas con riesgo de dependencia, el test de Barber es el más empleado en España ⁵¹. Son pocos los trabajos que hayan explorado el uso de este instrumento en diagnóstico ^{52 53}.

Se hallaron 40 test positivos (24,4%). “Vivir solo/ a” es la respuesta positiva que más se repite, mientras que nadie en los dos pueblos deja de comer comida caliente al menos dos veces por semana, dato que coincide con Martin Lasende y cols ⁵⁴. El segundo ítem que más respuestas positivas ha tenido son los ingresos hospitalarios y la necesidad de contar con ayuda de otras personas para las labores diarias. Este test tiene una sensibilidad del 95% si se considera al 80% o más de la población, sin embargo, en España este porcentaje cae al 68% en población urbana y 37% en población rural ⁵⁵. El análisis de las observaciones directas del evaluador ha sido la detección de 32 personas, casi el 20% de la muestra, con alto nivel de vulnerabilidad de acuerdo a la información e inspección recogida durante el contacto con la persona y que requerirían de un seguimiento y atención más detallada.

Los resultados del test de Barthel y la observación en terreno nos pone en una situación de consideración sobre el verdadero valor predictivo en aquellas personas que dan puntajes de dependencia ligera, puesto que casi todas ellas han desarrollado mecanismos compensadores que les permiten llevar una vida normal. Por otro lado, considero que el bajo hallazgo de test de Pfeiffer positivos se debe a que sólo se les ha pasado a aquellas personas en condiciones de contestar; fueron excluidas aquellas personas en situación de dependencia o deterioro grave. Sin embargo, creo que el seguimiento de estas personas con deterioro leve debe ser seguido de cerca por el riesgo de desarrollo de demencias u otras alteraciones mentales⁵⁶.

En términos generales, como tendencia se observa un estado de salud más comprometido en C2 con respecto a C1. Este dato se sustenta en la cantidad de personas dependientes o con necesidad de dependencia, en un estado de salud cuyas variables analíticas reflejan mayor cantidad de personas fuera de rango en C2, por la distribución del consumo de medicamentos, donde C2 tiene un 50% más de personas con 5 prescripciones o más, tiene 3 veces más de personas con BZD prescritas, casi un 50% más de personas con antidepresivos y 2,5 veces más de vasodilatadores indicados que C1. Como agravante está el hecho de que C2 tiene un mayor promedio de edad que C1, particularmente se señaló que casi un 46% de sus mayores tienen entre 74 y

85 años. Estas observaciones tienen su correlato en la percepción subjetiva del estado de salud que los habitantes de un pueblo tienen con respecto al otro.

Conclusiones

Con la metodología empleada, cuantitativa y cualitativa (observador participante), se detectó un 6% - 8,4% de la muestra en situación de fragilidad y el mismo valor en situación de dependencia, según indicadores utilizados por distintos autores. La población que padece comorbilidad es de entre el 54% y el 64,8%, mientras que el porcentaje de población sana en la muestra de medio rural osciló entre 20,6% y 31%.

El hallazgo anterior es de suma importancia puesto que, con medidas muchas veces de bajo costo y alta efectividad, podrían prevenirse situaciones de dependencia.

Si bien el test de Barber tiene aceptación internacional como predictor de discapacidad, creo que no es suficientemente sensible en este tipo de población, siendo éste uno de los hallazgos más importantes del estudio.

De la evaluación con el test de Barthel se hallaron resultados positivos en ambos pueblos sin diferencias importantes, el 40% de ellos con un grado de dependencia ligera siendo este un grupo de riesgo en el que intervenir en forma preventiva.

El pobre estado dental no parece ser predictor de desnutrición, como se suele aceptar universalmente, sin embargo, carecemos de marcadores bioquímicos para una valoración objetiva.

La heterogeneidad del medio rural y la diversidad de variables demográficas, culturales, de actividad, recursos naturales y geográficos, obliga a la revisión de fórmulas capaces que consoliden modelos válidos para la intervención comunitaria con personas mayores .

Bibliografía

- ¹ Pelaez, M; Palloni A, Alfonso JC, Ham-Chande R, Hennis A, Lebrao ML, Leon Diaz E, Pantalides A., Prats O, Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento, 2000: Organización Panamericana de la Salud (OPS/ OMS), 2003.
- ² Barber JH, Wallis JB, Mc Keatin B. A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. *J R Coll Gen Pract*; 30: 49-50. 1980.
- ³ Barber JH, Wallis JB; Geriatric Screening. *J R Coll Gen Pract*; 31: 57. 1981.
- ⁴ Mahoney F, Barthel D; Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*. 1965; 14:61-5.
- ⁵ Lawton MP., Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living – 1969 *Gerontologist* 9, 179-186.
- ⁶ INSALUD “Criterios de orientación de servicios para la atención sanitaria de las personas mayores” 1995.
- ⁷ Fried L., Ferrugi L., Darer J., Williamson J., Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: Implication for improved targeting and care. *J Gerontol* 2004, (59),3:255-63.
- ⁸ Perfiles y Tendencias: Envejecimiento en el mundo rural: Necesidades singulares, políticas específicas - Nº11/ Junio 2004 Pag.4.
- ⁹ WHO, Women, ageing and Health: A Framework for action. Focus on gender. Geneva, WHO 2007.
- ¹⁰ Del Rey Calero J., Gil de Miguel A., Herruzo Cabrera R., Fundamentos de epidemiología para profesionales de la salud. Ed. Ramon Areces Pag 57 – 2007.
- ¹¹ Kickbusch I., Wait S., Navigating Health, The role of health literacy 2006 – Accessible: <http://www.ilcuk.org.uk/downloads/NavigatingHealth%20FINAL.pdf>.
- ¹² Perfiles y Tendencias: Envejecimiento en el mundo rural: Necesidades singulares, políticas específicas - Nº11/ Junio 2004.
- ¹³ Benyamini Y., Gender Differences in the Self rated Health–Mortality Association: It is Poor Self rated Health that Predicts Mortality or Excellent Self rated Health that Predicts Survival? -2003 - *Gerontologist* 43(3):396-405.
- ¹⁴ Rodriguez Wong L., Curso Internacional sobre calidad de vida de las personas mayores – CELADE - Chile 2003.
- ¹⁵ Bath P., Differences Between Older Men and Women in the Self rated Health–Mortality Relationship. - 2003 -*Gerontologist* 43(3):387-395.
- ¹⁶ Idler EL, Benyamini Y. Self rated health and mortality: a review of twenty seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38: 21-37.
- ¹⁷ Sampedro F., Rey Garcia J., Tato A., Beceiro F., Fernandez Merino MC., Autopercepción de la salud en ancianos y mortalidad a los 5 años: estudio en una comunidad rural – *Rev Esp Ger y Gerontol* 2003, 38 (6),311-15.
- ¹⁸ Monteserin Nadal R., Losada S., Cuixart C., Padros Salma J., Gonzalez S., Moral Pelaez I., Fornasini M., Sallas J., Ensayo clinico aleatorizado sobre la eficacia de la valoracion geriatrica integral seguida de intervencion en atencion primaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43(1):5-12.
- ¹⁹ Fagard RH., Epidemiology of hypertension in elderly – 2002 – *Am J. Geriatr Cardiol* 11:23-8.

-
- ²⁰ Mendez-Chacon E., Santamaria-Ulloa C., Rosero BL., Factors associated with hypertension prevalence, unawareness and treatment among Costa Rican elderly. *BMC Public Health*. 2008 Aug 5;8:275.
- ²¹ Min LC., Mehrotra R., Fung CH., Quality indicators for the care of hypertension in vulnerable elders. *JAGS* 2007.55(sup2) 359-65.
- ²² Pathy J., Sinclair A., Morley J., - Principles and Practice of Geriatric Medicine 4th Ed. Wiley & Sons – 2006 – Pg. 550.
- ²³ Cigolle CT., Langa KM., Kaberto MU., Tian Z., Blaum CS. Geriatric conditions and disability: The health and retirement study. *Ann Int Med*. 2007;147:156-64.
- ²⁴ Pathy J., Sinclair A., Morley J., - Principles and Practice of Geriatric Medicine 4th Ed. Wiley & Sons – 2006 – Pg. 1432.
- ²⁵ Shekelle P., Vijan S., Quality indicators for the care of diabetes mellitus in vulnerable elders. *JAGS* 2007, 55(sup2):312-17.
- ²⁶ Prevalence of Diagnosed Diabetes by Age, United States, 1980–2005 - Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Division of Health Interview Statistics, data from the National Health Interview Survey. U.S. <http://www.cdc.gov/diabetes/statistics/prev/national/figbyage.htm>
- ²⁷ Dow L., Carrol M., The ageing lung: structural and functional aspects. In MJ Connolly (ed) *Respiratory Disease in the elderly patients* – 1996 – Chapman & Hall, London pg. 2-17.
- ²⁸ Horsley JR., Sterling IL., Respiratory symptoms among elderly people in the New Forest area as assessed by postal questionnaire – 1991 – *Age & Ageing* 20:325-31.
- ²⁹ Salonen JT, Puska P, Tuomilehto J, Homan K. Relation of blood pressure, serum lipids, and smoking to the risk of cerebral stroke: a longitudinal study in Eastern Finland. *Stroke*. 1982;13:327-333
- ³⁰ Lin CH, Shimizu Y, Kato H, Robertson TL, Furonaka H, Kodama K, Fukunaga Y. Cerebrovascular diseases in a fixed population of Hiroshima and Nagasaki, with special reference to relationship between type and risk factors. *Stroke*. 1984;15:653-660.
- ³¹ Mendez Rubio JI., Zunzunegui MV., Beland F., Prevalencia y factores asociados a las caídas en personas mayores que viven en la comunidad. *Medicina Clinica* 1997,108;4:128-32.
- ³² Silva Gama AZ., Gomez Conesa A., Ferreira M., Epidemiología de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática, 2007. *Rev. Esp. Salud Publica* 2008.82 .1. 43-55.
- ³³ Varas-Fabra F., Castro Martin E., Perula de Torres LA., Fernandez Fernandez MJ., Ruiz Moral R., Enciso Berge I., Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados. *Aten. Primaria* 2006;38(8).
- ³⁴ Gamero F, Gabriel R, Carbonell J, et al. El dolor en las consultas de Reumatología españolas: estudio epidemiológico EPIDOR. *Rev Clin Esp*. 2005; 205:157-63.
- ³⁵ Franco ML, Seoane de Lucas A. Características del dolor crónico en el anciano: tratamiento. *Rev Soc Esp Dolor*, 2001; 8:29-38.
- ³⁶ Wolf JL., Boulton C., Boyd C., Anderson G. Newly report chronic conditions and onset of functional dependency. *J Am Geriatr Soc* 2005;53, 851-5.
- ³⁷ Bernardini Zambrini DA, Martin Serna A., Macias Núñez JF. - Identificación de mayores con trastornos mentales y su relación con auto percepción de salud en medio comunitario rural Estudio de corte transversal – *SEMERGEN* 2008; 34 (10):475-7.

-
- ³⁸ Gipson Ilene K., Turner Virginia M. ¿Son las mujeres más propensas que los hombres a manifestar disfunciones visuales y ceguera?. Arch Soc Esp Oftalmol. 2005;80(6): 325-326.
- ³⁹ Gomez Pavon J., Martin Lesende I., Baztan JJ., Regato P., Formiga F., et cols. Previcion de la dependencia en las personas mayores. Rev Clin Esp 2008., 208(7),361-9.
- ⁴⁰ Segade Buceta XM, García Figueiras A, Cinos Ranos L, Casais Gude XL, Nieto Pol E, González Conde A et al. Patologías crónicas y gasto farmacéutico en mayores de 65 años. Aten Primaria 1992;10:613-615.
- ⁴¹ Mata M, Antoja P, Hernández J, Cano J, Ciurana R, De la Figuera M et al. Estudio de la prescripción de fármacos por patologías crónicas en un centro de asistencia primaria. Aten Primaria 1990;7:119-126.
- ⁴² Zunzunegui MV, Bélaud F, Recalde JM. La utilización de medicamentos en las personas mayores que residen en su comunidad. Rev Esp Geriatr Gerontol 1997;32:109-115.
- ⁴³ Pedrera Zamorano JD., Canal Macías M^{PL}., Lavado García M^{PJ}, Postigo Mota S., Sánchez Belda M., Durán Gómez N.. Study on the health of the elderly in Extremadura: medication and most frequent chronic diseases. Rev. Esp. Salud Publica 1999;73(6):677-86.
- ⁴⁴ Vega Quiroga S, López Gay L, Bermejo Pareja F, De la Rosa Gil L, De Bustos Tabernero M, Sampedro López MD, Fraile Jimeno M, Durán Parra F, Moreno Sobrino T, Gabriel Sánchez R. Consumo de fármacos en población mayor de 60 años en una zona rural. Aten Primaria 1996;17:496-500.
- ⁴⁵ López-Torres Hidalgo J, Cerdá Díaz R, Fernández Olano C, Requena Gallego M, Fernández Casadelrey C, Otero Puime A. Factores asociados al consumo de medicación crónica en personas ancianas. Med Clin (Barc) 1997;108:572-576.
- ⁴⁶ Tomás MT, Centelles F, Valero C, Alcalá A, Cerón A, Soler J, López M. Prescripción crónica de fármacos en pacientes geriátricos de un centro de salud urbano. Aten Primaria 1999;23:121-126.
- ⁴⁷ Arbas E, Garzón R, Suárez A, Buelga C, Pozo M, Comas A, Álvarez M, González-Nuevo JP, Penedo R, Plaza F. Consumo de medicamentos en mayores de 65 años: problemas potenciales y factores asociados. Aten Primaria 1998;22:165-170.
- ⁴⁸ Lázaro del Nogal M, Ribera Casado JM. Tratamiento del paciente anciano con problemas médicos múltiples. Inform Terap Sist Nac Salud 1994;18:109-119.
- ⁴⁹ Willcox SM, Himmelstein DU, Woolhandler S. Inappropriate drug prescribing for the community-dwelling elderly. JAMA 1994;272:292-296.
- ⁵⁰ Nolan L, O'Malley K. Precribing for the elderly. Adverse drug reaction in the elderly. J Am Geriatr Soc 1998;36:142-149.
- ⁵¹ Larizgoitia A., Larizgoitia I. Adapatacion en nuestro medio de una encuesta para la deteccion de ancianos con riesgo de dependencia. Rev Gerontol 1996;6:224-31.
- ⁵² Barber JH, Wallis JB., McKeatin B., A postal screening questionnaire in preventic geriatric care. J. R. Coll Gen Pract. 1980;30:49-50.
- ⁵³ Williams ES., Barley NH., Old people not know to the general practitioner: low risk Group. BMJ 1985;291:251-4.
- ⁵⁴ Martín Lasende I, Rodríguez Andrés C, Utilidad del cuestionario de Barber para seleccionar a personas de 75 años o mas con riesgo de hospitalización, institucionalización o muerte. Rev Esp Geriatr Gerontol 2005;40(6):335-44.
- ⁵⁵ Baztán JJ., Hornillos M., Rodríguez AM. Valoración geriátrica en atención primaria. Semergen 2000;26:77-89.

⁵⁶ Bermejo f., Vega S., Olazaran J., Fernandez C., Gabriel R. Alteracion cognitiva leve del anciano. Rev Clin Esp 1998,198:159-65.

Sección 3

*2do Estudio de campo –
Seguimiento*

Objetivos

El objetivo de esta parte del estudio es describir los cambios en las condiciones de salud de las personas que conformaron la muestra del primer corte luego de dos años de seguimiento, focalizando estas variaciones en la Auto Percepción de Salud (APS), la prescripción farmacológica y la identificación de personas con riesgo de dependencia a través de la Valoración Geriátrica Funcional (VGF).

Método y materiales

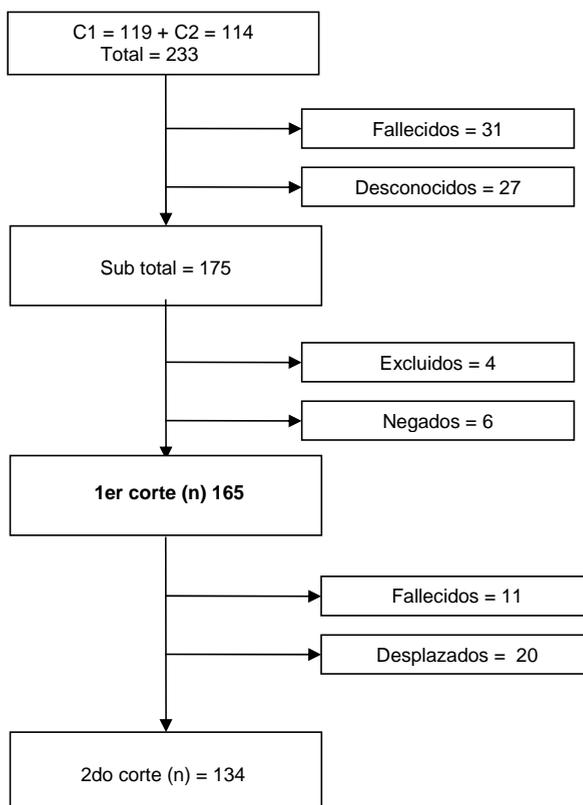
Nuestro punto de partida para esta “segunda entrada de campo” fue la reevaluación de la muestra original. En términos estrictos, el diseño corresponde a un estudio de cohortes prospectivo. La muestra de este segundo corte quedó compuesta por 134 personas en total, 75 (55,9%) de C1 y 59 (44,1%) de C2, lo que representa una pérdida del 18,8% de la muestra original, obteniéndose, por consecuencia, una tasa de respuesta del 81,2%. Encontramos que en C1 habían fallecido 4 de las personas evaluadas originalmente y 6 se encontraban desplazadas; mientras que en C2 los fallecimientos fueron 7 y las personas desplazadas 14. 3 personas estaban ingresadas en residencias al momento del encuestamiento. Diagrama 1 –

Esta etapa del estudio incluyó una etapa de información cuantitativa realizada mediante una revisión sistemática de los registros clínicos y una entrevista con encuesta personal similar al del primer corte. Además, se agregó una etapa de recolección de información cualitativa por medio de grupos focales.

Las encuestas se realizaron en forma personal en cada hogar. Cuando esto no era posible por razones de salud, hospitalización o ausencia temporal se realizó una entrevista por informante sustituto. Se obtuvo información sobre la edad al momento de la entrevista, se evaluó el estado de autopercepción de salud (APS) por medio de las mismas 3 preguntas del primer corte, se evaluó en forma personal y sistemática las prescripciones farmacológicas al momento del encuentro. También se obtuvo información sobre calidad de vida en una

escala de Diferencial Semántico con puntajes de 1 -10, donde 1 representaba lo peor y 10 lo mejor. Allí las personas expresaron con su juicio la intensidad y sentido de elección marcando el punto en que sitúan mejor la calidad de vida respecto a los adjetivos extremos de la escala.

Diagrama de flujo de la muestra 1 –



Fuente: Elaboración propia

Se realizó además una VGF para lo que se utilizó nuevamente el cuestionario de Barber ^{1 2} para identificación de personas con riesgo de dependencia y fragilidad, el test de Barthel ³ para ABVD y el test de Pfeiffer ⁴ para el estado cognitivo. La etapa de obtención de información cualitativa se realizó a través

de la conformación de grupos de discusión focal. La dinámica consistió en la invitación libre y abierta a todos los habitantes de cada uno de los dos pueblos para una serie de 4 reuniones periódicas, el mismo día de la semana y a la misma hora. En total, se realizaron 4 encuentros durante un mes en cada pueblo con el mismo argumento o guía de temas para ambos en cada reunión. La información cualitativa obtenida se presenta en la Sección 4.

A todos los participantes del estudio se les explicó el objetivo del mismo y se les aseguró la confidencialidad y anonimato de su participación, tras lo cual se les pidió su consentimiento oral informado, de acuerdo con los que establecen los principios éticos para las investigaciones con sujetos humanos en la Declaración de Helsinki. Para la codificación y análisis de los datos, se utilizó el programa estadístico SPSS 15.0. con el que se realizaron análisis descriptivos y de significancia. Los datos se obtuvieron entre diciembre de 2007 y abril de 2008.

- En la sección Anexos de este documento se adjunta el instrumento utilizado – Cuestionario 2 -

Resultados

La muestra estuvo compuesta por 134 (n) personas. Se perdieron 31 personas (18,7%) en relación al primer corte: 11 (6,6%) por fallecimiento (4 en C1 y 7 en C2), siendo 5 mujeres y 6 hombres. 3 personas (1,8%), 2 de C2 y 1 de C1, habían resultado ingresadas en residencias al momento de esta segunda evaluación y 17 personas (10,3%) se encontraban desplazadas (5 de C1 y 12 de C2), y de ellas, 6 eran mujeres y 11 hombres. Se realizaron 128 (95,5%) entrevistas directas y 6 (4,5%) indirectas, que correspondieron a 77 (57,4%) personas de C1 y 57 (42,6%) en C2. El número de entrevistas directas, en relación a las personas vistas en el primer corte, representa el 80,5% de las personas evaluadas en ese momento.

La edad media de la muestra fue de 77,1 +/- 6,6 años (IC 95% = 76,12 – 78,17). Se obtuvo información de 70 (52,2%) varones y 64 (47,8%) mujeres.

Autopercepción de salud – Se evaluó este aspecto nuevamente con las mismas tres preguntas empleadas en el primer corte. Encontramos que a la pregunta 1 *¿Qué tal se encuentra de salud?* Sólo una persona (0,8%) contestó sentir que tiene una salud excelente, 15 (11,4%) muy bien, 10 (66,6%) de ellas de C1, 66 (50%) sentían su salud como buena, 33 por cada pueblo, 38 (28,8%) perciben su salud como regular, 23 (60,5%) de C1 y 15 (39,5%) de C2, del total 23 son mujeres y 15 hombres. 7 (5,3%) personas dicen tener una salud mala, 6 (85,7%) de C1 y 1 (14,3%) de C2, de ellas 6 son mujeres. 5 (3,8%) no respondieron a esta pregunta. Tabla 1.

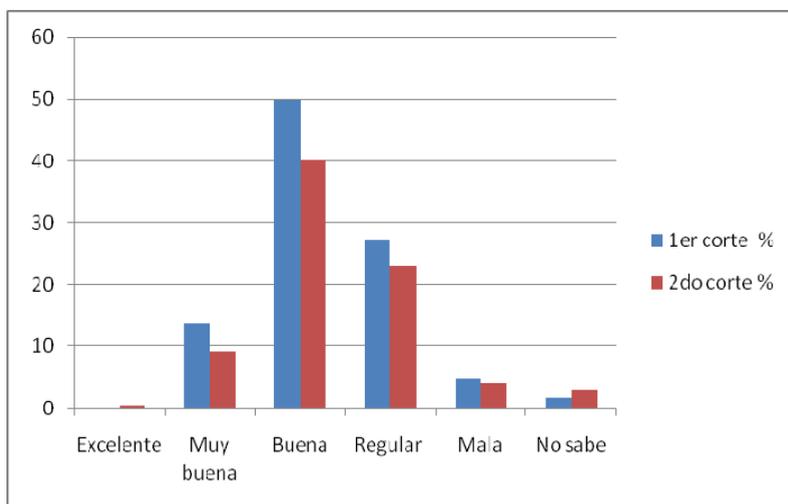
Estos resultados, comparados con los resultados del primer corte, evidencian un empeoramiento significativo en el estado actual de la autopercepción de salud de las personas evaluadas ($p=0.034$). Gráfico 1.

Tabla 1 – Estadísticos descriptivos del total de APS 1 en el 1er y 2do corte

APS1	APS1 1er corte		APS1 2do corte	
	Fc	%	Fc	%
Excelente	0	0	1	0.6
Muy buena	23	13.9	15	9.1
Buena	82	49.7	66	40
Regular	45	27.3	38	23
Mala	8	4.8	7	4.2
No sabe	3	1.8	5	3
Total	161		132	

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 1 – Descriptivo de APS 1 en 1er y 2do corte (Porcentajes)



Fuente: Elaboración propia

A la segunda pregunta, ***Si compara su salud con la de hace un año atrás ¿Qué tal estaba de salud hace un año, igual, mejor o peor?*** 30 (22,9%) personas dijeron haber estado mejor, 17 (56,6%) de C1 y 13 (43,3%) de C2, 16 fueron mujeres y 14 fueron hombres. Otras 63 (48,1%) dicen estar o sentirse igual que hace un año atrás, de ellas 31 son mujeres y 31 hombres, 37 (58,7%) de C1 y 26 (42,3%) de C2. Por último, 34 (26%) personas refieren haber estado peor, 19 (55,8%) de C1 y 15 (44,2%) de C2, 15 son mujeres y 19 son hombres. 3 (2,3%) personas no supieron contestar. Tabla 2

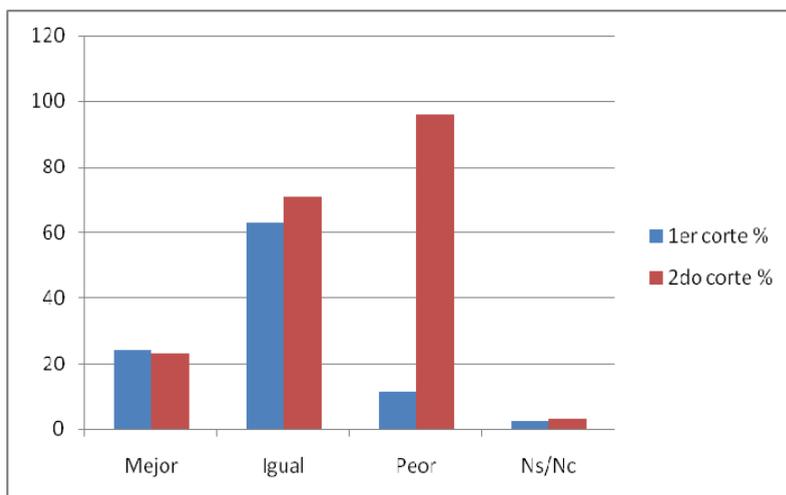
Tabla 2 – Estadísticos descriptivos del total de APS 2 en el 1er y 2do corte

APS2	APS2 1er corte		APS2 2do corte	
	Fc	%	Fc	%
Mejor	39	24.2	30	22.9
Igual	101	62.7	63	71
Peor	18	11.2	34	96
Ns/Nc	3	1.8	4	3.1
Total	161		132	

Fuente: Elaboración propia

En este segundo componente para la medición de la APS, y en forma comparativa con las respuesta obtenidas en el primer corte, también se encontró un empeoramiento general de la condición de salud percibida en relación a un año atrás. Esta variación también se presenta con diferencias significativas ($p=0.008$). Gráfico 2

Gráfico 2 – Descriptivos en APS 2 en 1er y 2do corte (Porcentajes)



Fuente: Elaboración propia

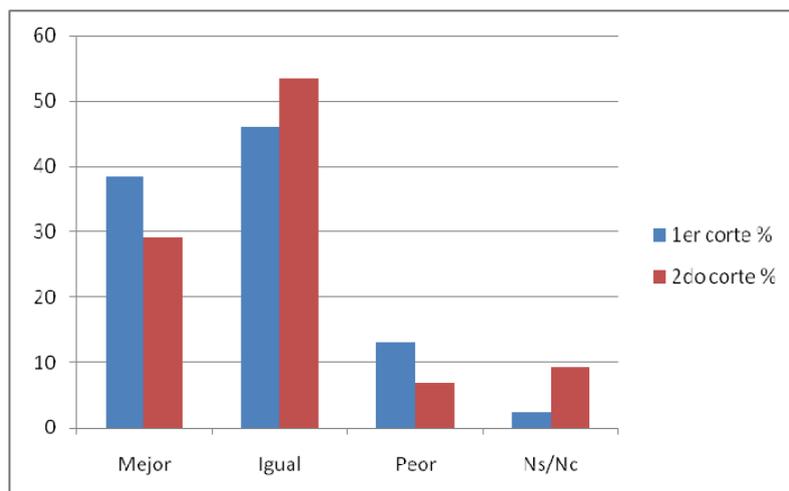
La tercer pregunta fue: ***Si compara su estado de salud con las de las personas de su misma edad, o sus quintos más específicamente, ¿Ud. está igual, mejor o peor que ellos de salud?*** 38 (29%) personas dicen estar mejor que ellos, 23 (60,5%) de C1 y 15 (39,4%) de C2; 15 mujeres y 23 hombres. 70 (53,4%) dicen estar igual, 39 (55,7%) de C1 y 31 (44,3%) de C2, 36 son mujeres y 33 son hombres. Por último, 9 (6,9%) personas dicen estar peor, 3 (33,3%) de C1 y 6 (66,6%) de C2, de ellos 6 son mujeres y 3 son hombres. 10 (7,6%) no han sabido responder. Tabla 3

Tabla 3 – Estadísticos descriptivos del total de APS 3 en el 1er y 2do corte

APS3	APS3 1er corte		APS3 2do corte	
	Fc	%	Fc	%
Mejor	62	38.5	38	29
Igual	74	46	70	53.4
Peor	21	13	9	6.9
Ns/Nc	4	2.4	12	9.2
Total	161		131	

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 3 - Descriptivos en APS 2 en 1er y 2do corte (Porcentajes)



Fuente: Elaboración propia

En esta última pregunta sobre APS también se observa un empeoramiento del status de salud percibido, en este caso hacia sus pares, en relación a las respuesta del primer corte, con diferencias estadísticamente significativas. ($p=0.004$). Gráfico 3

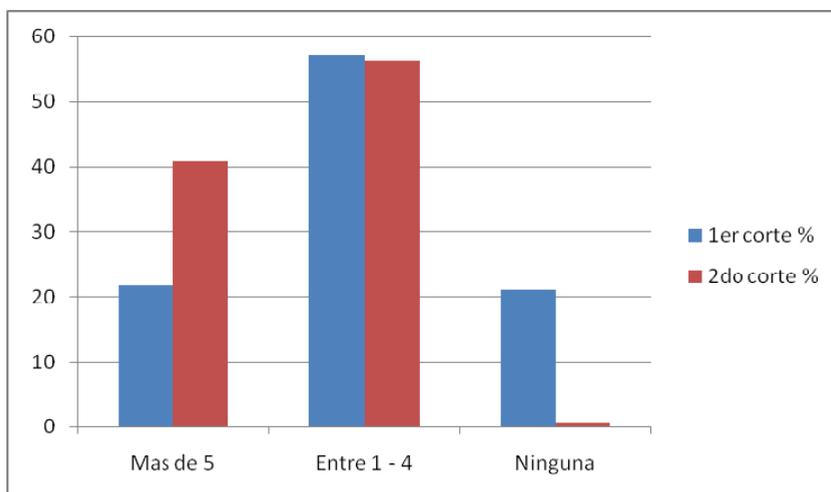
Consumo y prescripción de fármacos. Al explorar el consumo y la prescripción de fármacos, se encontró que 57 (40,7%) personas tienen prescritos 5 o más medicamentos, 32 (56,1%) de C1 y 25 (43,9%) de C2, 27 (47,3%) son mujeres y 30 (52,7%) son hombres. 76 (56,7%) personas consumen entre 1 y 4 fármacos, de ellas 45 (59,2%) son de C1 y 34 (40,8%) de C2, 36 (47,4%) son mujeres y 40 (52,6%) son hombres. Sólo 1 (0,7%) no tenía ningún medicamento prescrito, pertenecía a C1 y era una mujer Tabla 4

Tabla 4 – Descriptivos del consumo de fármacos en 1er y 2do corte

Prescripciones	1er corte		2do corte	
	Fc	%	Fc	%
Mas de 5	35	21.7	57	40.7
Entre 1 - 4	92	57.1	76	56.4
Ninguna	34	21.1	1	0.7
Total	161		134	

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 4 – Variación del consumo de fármacos 1er y 2do corte en porcentajes



Fuente: Elaboración propia

Considerando el consumo de fármacos del primer corte, donde la cifra media era de 1,77 prescripciones por persona, con el segundo ingreso en campo en el que esa cifra aumentó a 1,99 observamos que el aumento en las prescripciones fue estadísticamente significativo ($p=0.000$). Gráfico 4

Tabla 16 - Clasificación por subgrupos terapéuticos de las prescripciones durante el primer y segundo corte del estudio

Clasificación de los subgrupos terapéuticos			
		1er Corte	2do Corte
Cardiovascular:	Antihipertensivos	76	59
	Diureticos	42	26
	Asociaciones	14	12
	Bloqueantes alfa	9	3
	Nitritos	5	7
	Antiarrítmicos	8	2
	Digital	2	6
	Vasodilatador	6	18
	Otros	13	9
		175	142
Digestivo, metabolismo:	Antiácidos/antiulcerosos	46	35
	Laxantes	2	6
	Antiflatulencia	3	3
	Espasmolíticos	3	1
	Suplementos	9	8
	Antidiabéticos	19	12
	Antigotosos	5	7
	Bifosfonatos	2	4
		89	76
Sangre:	Antiagregantes	35	31
	Hipolipemiantes	24	23
	Anticoagulantes	5	7
	Antianémicos	3	4
		67	65
Genitourinario:	Adenoma de próstata	13	8
	Litiasis renal	1	1
	Otros	2	-
		16	9
Terapia Hormonal:	Levotiroxina	1	1
	Rec. Estrogénicos	1	-
		2	1
Antimicrobianos:		1	1
		1	2
Antineoplásicos:	Metotrexato	1	1
		1	2

Tabla 16 - Clasificación por subgrupos terapéuticos de las prescripciones durante el primer y segundo corte del estudio (Continuación)

Ap. Locomotor:	AINES	35		45	
	Otros	5	40	5	50
Sistema Nervioso:	Benzodiazepinas	16		15	
	Antidepresivos	12		17	
	Opioides	1		1	
	Antiepilépticos	2		1	
	Otros ansiolíticos	5		5	
	Antipsicóticos	6		7	
	Antimigrañosos	1		2	
	Antiparkinsonianos	1		-	
	Antivertiginosos	4		-	
	Otros	10	58	4	52
Sistema Respiratorio:	Antiasmáticos	5		7	
	Mucolíticos	2		-	
	Antitusígenos	1	8	4	11
Otros:	Antialérgicos	2	2	-	
		459		406	

Fuente: Elaboración propia

El consumo de medicación creció un 11,6% entre los dos cortes realizados. Las medicaciones para las enfermedades cardiovasculares (hipertensión, angina de pecho, infarto agudo de miocardio, arritmias o insuficiencia cardíaca congestiva) fueron las más indicadas, con 175 indicaciones en la actualidad contra 142 durante la primer evaluación; este aumento representa un cambio del 23%. Los medicamentos para el sistema digestivo y metabólico (antieméticos, antiácidos y protectores, laxantes, antidiabéticos, antigotosos, espasmolíticos y antiinflamatorios intestinales) pasaron a 89 prescripciones contra 76, lo que significa un cambio del 14,7%. Aquellos indicados para la

sangre (antiagregantes, hipolipemiantes, anticoagulantes o antianémicos) casi no tuvieron variación: hubo 67 contra 65 prescripciones (3%). Le siguieron las medicaciones para el sistema nervioso (benzodiazepinas, antipsicóticos, opioides, hipnóticos, pirazolonas, antimigrañosos o antivertiginosos) con una variación de 58 a 52, lo que representa un aumento del 10,4%. El grupo de las prescripciones para el aparato locomotor (AINES y miorelajantes) pasó a 40 prescripciones de las 50 que había anteriormente, lo que es una variación negativa del 20%. Las medicaciones para el sistema genitourinario pasaron a 16 de 9 lo que representa un 77,7%, especialmente en aquellos medicamentos que se indican para el adenoma de próstata. El grupo de psicotrópicos aumentó un 11,2%, siendo las benzodiazepinas el más utilizado (18 ocasiones), los antidepresivos en 13 y otro tipo de medicación, como hipnóticos, en 3 oportunidades. Como dato anexo, parece apropiado mencionar que 16 (11,1%) personas habían sido diagnosticadas, tenido o escuchado de su médico que padecían de depresión.

Valoración Funcional Geriátrica. La valoración con el test de Barber evidenció 64 (46%) personas con test positivo, siendo la diferencia con el primer corte de más del doble y estadísticamente significativa ($p=0.012$), siendo los positivos 30 (46,8%) mujeres y 34 (53,1%) hombres - Tablas 17, 18 y 19.

Tabla 17 – Recuento de valores en 1er y 2do corte

	Barber 2do corte		Total
	Negativo	Positivo	
Barber 1er corte			
Negativo	67	39	120
Positivo	8	21	40
Total	75	64	165

Prueba de Mc Nemar 0,012 (p es menor de 0.0001)

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 18 se presenta la frecuencia de las respuesta mas comunmente halladas y su comparación con el mismo dato durante el primer corte.

Tabla 18 - Frecuencia de respuestas positivas al Test de Barber (2do corte)

	Antes	Despues
1 ¿Vive solo/ a?	19	24
2 ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda?	3	16
3 ¿Necesita de alguien que lo ayude a menudo?	13	3
4 ¿Hay mas de dos dias a la semana que no come caliente?	0	1
5 ¿Le impide su salud salir a la calle?	5	8
6 ¿Tiene problemas de salud que le impidan valerse por si?	10	6
7 ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores?	3	6
8 ¿Le supone mucha dificultad la conversacion porque oye mal?	2	15
9 ¿Ha estado ingresado en el hospital en el ultimo año?	16	21

Fuente: Elaboración propia

La valoración con el test de Barthel arrojó 127 (94,7%) test normales o con deficiencias leves, 73 (57,4%) en C1 y 54 (42,6%) en C2; 60 son mujeres y 67 son hombres. Se hallaron 3 (2,2%) test con valores de deficiencia moderada, entre 45 – 55, 2 en C1 y 1 en C2. Hubo otros 2 (2,2%) test con valores de dependencia grave, 20 – 40 puntos, ambos en C1 y correspondientes a dos mujeres. Por ultimo con el mayor grado de dependencia para las ABVD según la escala de Barthel, hubo 2 (2,2%) personas, una mujer de C1 y un hombre de C2.

La valoración de la esfera cognitiva con el test de Pfeiffer mostró 126 (94%) test normales y 7 (6%) anormales, con 3 o más errores. De estos, 2 fueron de C1 y 5 de C2, 3 mujeres y 4 varones. Si consideramos el resultado de los 12 test positivos del primer corte, es importante mencionar que 4 de las personas fallecidas estaban en ese grupo de positivos.

Discusión

Se considera que los resultados obtenidos deben interpretarse con las limitaciones que presenta la entrevista personal así como las respuestas dadas por otra persona diferente, como la persona cuidadora o un familiar, aunque en este caso la proporción ha sido muy pequeña (4,5%). Un aspecto fuerte del estudio lo constituye la alta tasa de respuesta (80,2%), lo que puede atribuirse en gran medida a la integración en las relaciones interpersonales y la dinámica comunitaria del investigador.

Tal y como se propuso al comienzo de este estudio, se quiso saber qué elementos podían servir de indicadores tempranos y sensibles para la prevención de dependencia.

Esta segunda entrada de campo se desarrolló exitosamente, lográndose información del 81% de las personas que integraron el primer corte. Si bien el período de tiempo de observación ha sido de dos años, es menester señalar que la alta tasa de respuesta y colaboración de las personas que integraron la muestra es una de las ventajas que tienen estos escenarios para la intervención comunitaria, ello es la *participación social*.

El primer indicador de importancia de esta segunda evaluación fue la *Auto percepción de salud (APS)*. En el adulto mayor, esta variable resume un cúmulo de información sobre salud que debería expresarse en medidas físicas, psicológicas y socio económicas ⁵, significa demanda de servicios y permite identificar dónde esta demanda es mayor ⁶. Lo importante con esta población es que se asocia a condiciones de salud como enfermedades crónicas, depresión, incontinencia y discapacidad ⁷. Más de 27 estudios en Estados Unidos y otros lugares han establecido que la APS es predictiva de mortalidad independientemente de otros factores ⁸. En la muestra se ha observado cómo, en un período de sólo dos años, las diferencias han sido significativas hacia una disminución del estado de salud percibido en las tres preguntas utilizadas. Es de interés mencionar que, a diferencia de otras poblaciones⁹ donde los niveles de percepción “malo y regular” son extremadamente altos, aquí ocuparon el 32% en el primer corte y un poco más en el segundo, más del

doble de lo descrito por Suarez Garcia en el estudio Toledo¹⁰. El cambio se apreció en el grupo que se percibía “muy bien” hace dos años, que de 14,3% cayó a un 11,3%. Los datos hallados por Monteserin Nadal, Losada y cols (2008) en un estudio aleatorizado en Barcelona sobre más de 600 personas coinciden con nuestros datos: un 70% de su muestra se percibe con un estado de salud muy bueno o muy bueno¹¹. También es coincidente con estudios de mayor envergadura y seguimiento como el de North Karelia en Finlandia¹² o el Older Americans Research and Services Project¹³ en Estados Unidos o en Japón¹⁴. Una buena APS se asocia a actividad social, a participación o interacción social y esto es un predictor independiente de mortalidad¹⁵; de aquí que como indicadores de *capital social* deban ser vistas como recursos importantes a la hora de la intervención comunitaria¹⁶.

También la APS está relacionada con lo que interpretamos como “Envejecimiento Activo” ya que sentirse activo se correlaciona positivamente con una autopercepción de salud y calidad de vida buena^{17 18}. Lo que queda guarda relación con lo expuesto en la Sección 4 donde se ve que los determinantes de vejez *depender de alguien y no valerse* fueron el primer (20,5%) y el segundo (24,7%) motivo, respectivamente, en ambos cortes.

El segundo indicador considerado fue la prescripción de medicaciones. El consumo de fármacos aumentó de manera significativa. En la segunda entrada, el 40,7% consumía 5 o más medicaciones contra un 21,7% en la primera, casi el doble, un aumento cercano al 100%. En términos generales, hubo un aumento del 11,6% en el consumo de fármacos. Se sabe que los efectos tóxicos y los problemas relacionados a la medicación tienen importantes consecuencias médicas en el paciente y en los servicios de salud¹⁹.

En el consumo general de fármacos, la prescripción alcanza al 97,1% de la población, dato que se muestra superior a lo reportado en otros estudios nacionales como Huelva²⁰ (83,1%), Leganes²¹ (80%), Albacete²² (75,6%); también es una cifra muy superior la Encuesta Nacional de Salud (67,6%)²³, la Encuesta EDIS (58%)²⁴ y algo inferior a lo informado por Torres Hidalgo y cols en más de 700 personas de más de 65 años no institucionalizadas²⁴ y más próximo en similitud al de la Comunidad de Madrid, Nuestros Mayores, (91%)²⁵.

El valor medio de 2 prescripciones promedio por persona de nuestro estudio coinciden con los descritos por Segade y cols²⁶, Mata y cols²⁷, Zunzunegui y cols²² o Eiroa²⁸, quienes sitúan la media del consumo de fármacos en ancianos no institucionalizados en un rango de entre 2 y 4 fármacos. Sin embargo, han sido superiores a lo descrito por Vega y cols²⁹ en 825 sujetos mayores de 60 años de comunidad rural, e inferior a los encontrados por López-Torres y cols²³ en más de 700 personas de más de 65 años no institucionalizadas, Tomás y cols³⁰, en casi 350 personas mayores de 65 años, y Arbas y cols³¹ en un estudio sobre el consumo de medicamentos en 246 pacientes mayores de 65 años de medio comunitario aunque guardan similitud con otros registros sobre población anciana española^{32 33 34 35}. De todas maneras, parece apropiado mencionar que, en la revisión bibliográfica de este apartado, se observa una falta de consenso en la metodología, ya que no hay uniformidad en la edad de inclusión, 60²⁵ o 75 años²⁹, tampoco hay consenso al momento de definir sobre “el momento del consumo”, ya que nuestro estudio lo hace sobre el “consumo actual”, otros “consumo habitual”²² o “en las últimas dos semanas”, como la Encuesta Nacional de Salud²⁴. No se pudo establecer la proporción o el número de medicamentos que se consumen en forma esporádica o sin una pauta establecida, lo que sí es claro es que en nuestra muestra el consumo de fármacos es muy elevado y de proporción. Se sabe que el uso y consumo de múltiples fármacos, debido a las especiales condiciones farmacocinéticas y farmacodinámicas de estos pacientes, produce un elevado número de reacciones adversas^{35 36} y están en relación directa con el número de fármacos consumidos³⁷. Se cree que este alto consumo, por otro lado, está relacionado con la alta prevalencia de condiciones crónicas de la muestra, como se detalla en la Sección 2 – pag 34 - La distribución por subgrupos terapéuticos coincide con la hallada en otros estudios^{22 23 30 38}. Las personas polimedicadas en nuestro estudio fueron el 40,7% habiéndose casi duplicado la proporción en relación a dos años atrás. Este valor es algo más elevado a lo reportado por Valderrama²¹, el estudio de la Consejería de Valencia³⁹ y la Consejería de Madrid²⁶.

La situación funcional⁴⁰ en su propio ambiente fue el punto prioritario en la evaluación de nuestra muestra para tener una impresión completa del estado de salud y su calidad de vida. Para la valoración geriátrica funcional, el

cuestionario de Barber se presenta como un instrumento muy sensible para detectar cambios⁴¹ y sigue siendo el más utilizado en España⁴². En su introducción a nivel nacional, se lo empleó para detectar ancianos con riesgo de dependencia⁴³, a pesar de ello su uso en la actualidad se encuentra cuestionado⁴⁴. De hecho, la preocupación actual por la fragilidad y la falta de consenso sobre un concepto uniforme sobre esta entidad clínica ha llevado a la Sociedad Americana de Geriátrica a establecer líneas de investigación prioritarias en esta área^{45 46}.

Los hallazgos del 46% de la muestra con test de Barber positivos está en concordancia con los dos trabajos de referencia en España, el de Baztan⁴⁷ y cols y el de Larizgoitia⁴⁷ y bastante menor al 62,9% descrito por Martin Lesende¹, aunque los datos en ámbito español varían del 38% al 94%^{48 49}; datos que son muy superiores a lo descrito por autores extranjeros como Rockwood⁵⁰ y cols, 27% de Winograd⁵¹; Brody⁵² describe un rango de 4,8% a los 65 años que se incrementa hasta el 56,3% a los 90 años, Fried⁵³ la sitúa entre el 10 – 20%. Este amplio abanico de valores podría ser interpretado como una falta de consenso sobre qué es “fragilidad” y cómo o de qué forma se la mide.

De las 11 personas que fallecieron, 6 de ellas tenían un test de Barber positivo y 4 positivo también el test de Barthel en el primer corte. Las 6 personas que en el primer corte se identificaron en C2 como subsidiarias de atención diferenciada, por su estado de fragilidad, a pesar de sus resultados negativos en test de Barthel, 2 fallecieron y 3 están desplazados del pueblo, 1 de ellos institucionalizado. Claramente, este hubiese sido el grupo de mayor prioridad de cara a la intervención.

En la revisión sistemática⁵⁴ realizada por Stuck y cols, se evidenciaron datos suficientes para considerar como factores de riesgo del estado de fragilidad a la comorbilidad, la malnutrición, la presencia de caídas, el diagnóstico de depresión, el consumo de polifarmacia, el deterioro visual, una baja auto percepción de salud y una baja red de contactos o participación social. Esto cobra importancia por los hallazgos de nuestro estudio que, en sólo dos años,

mostraron diferencias significativas en tres importantes parámetros con la auto percepción de salud, la prescripción de medicamentos y la calidad de vida; lo que motiva a un seguimiento intensivo y a medidas de intervención comunitaria adecuadas. Sin embargo, por tratarse de un estudio de sólo dos años de seguimiento, se decidió no buscar este tipo de relación por considerar que este período no es un tiempo suficiente para lograr asociaciones confiables del estado de comorbilidad y el riesgo de mortalidad.

Si consideramos los items del test de Barber ha habido incrementos de más del 50% en las preguntas 2 (¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si precisa ayuda?), 7 (¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?) y 8 (¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?). Por otro lado, una disminución apreciable en la pregunta 3 (¿Necesita de alguien que lo ayude a menudo?), que obtuvo 3 respuestas positivas contra 13 en el primer registro, podría ser interpretado como la resolución para aquellas personas afectadas y la espera por el incremento del estado de fragilidad en quienes empeoraron su estado de salud. Coincidimos con Martin Lesende en que existe cierta irrelevancia en el item 4 (¿Hay más de dos días a la semana en que no come comida caliente?), sólo una persona en el segundo corte contestó que sí, y nadie lo hizo en el primero.

Barber^{5 6} en sus trabajos consideró una sensibilidad del 95% y una especificidad del 68% siempre y cuando se identificara al 80% de la población y se hiciera una correcta detección de problemas de salud. De cara a los hallazgos en nuestro estudio, se considera que se requiere de una adaptación a las características de las nuevas cohortes, principalmente si éstas pertenecen al medio rural. Los valores hallados en la prevalencia de deterioro cognitivo con el test de Pfeiffer es coincidente con los hallados en otros estudios en España³⁰⁵⁵, de entre el 5 – 10%.

En relación a las limitaciones de este estudio, la muestra puede considerarse representativa del medio comunitario rural de la Provincia de Salamanca, el tipo de muestreo no es de los que tolera más aleatoriedad pero su fortaleza radica en la inclusión de la casi totalidad de la muestra accesible. Otra de las limitaciones podría ser el sesgo de un único entrevistador, a pesar de ello se

intentó respetar la exhaustividad e imparcialidad de las entrevistas. En lo que hace a las escalas utilizadas, se incluyeron no sólo las más utilizadas sino aquellas que pudieran gozar de mayor aceptabilidad entre nuestro medio. Se decidió no incluir ninguna escala para las actividades instrumentales de la vida diaria por los errores y la falta de rigurosidad a la hora de reflejar las posibilidades de nuestra población por tratarse de un grupo de ruralidad estricta⁵⁶.

Habitualmente, se utiliza el adjetivo “frágil” para clasificar a la población anciana en general⁵⁷, pero lo único que podemos afirmar al respecto luego de la revisión correspondiente es que no existe una definición consensuada y validada del término “fragilidad”; lo que conlleva a la falta de un criterio único y uniforme de cara a la investigación como a la práctica clínica.

La enfermedad, y no la edad, es la principal causa de dependencia. La valoración geriátrica domiciliaria de carácter preventivo es una intervención de carácter poblacional que intenta la identificación de la población mayor con el fin de detectar personas con alto riesgo de fragilidad y cuyo fin es actuar de manera temprana sobre el riesgo de deterioro funcional. El metaanálisis de Stuck y cols reveló que este tipo de intervención disminuye significativamente la mortalidad a los tres años de seguimiento, un estudio posterior del mismo autor lo rebajó al año⁵⁸.

Conclusiones

En sólo dos años de seguimiento, se ha visto cómo indicadores relacionados a la morbi mortalidad como son la APS, el consumo de fármacos y la cuantía del test de Barber positivos se modificaron de manera estadísticamente significativa para peor.

La prescripción de fármacos en la muestra experimentó un incremento dramático con una edad promedio de 77,1 +/- 6,6 años; esto es antes de los 80 años, momento en el que se manifiesta de manera más marcada el consumo de medicamentos. Esta debería ser un área de fuerte intervención clínica.

Nuestros hallazgos del test de Barber concuerdan con los índices de fragilidad de referencia en España aunque tienden a un límite inferior. Sin embargo, considero que la sensibilidad y especificidad de este test no lo hace apropiado para su uso en medio rural. Seguimientos más largos y muestras mayores darían más luz en este sentido.

Creo que, en la población rural, es de suma utilidad y cobra relevancia el entrenamiento del personal sanitario en el cuidado y la atención de las personas mayores así como su contacto directo con el campo y su visión comprensiva de la situación. Del grupo de 6 personas detectados en C2 con un estado de fragilidad "subclínico" (test de Barthel), 2 han fallecido, 3 están desplazados y 1 persona institucionalizada.

Todo programa de intervención comunitaria a través del envejecimiento activo debería ver en la APS su fin fundamental por medio de la participación social, la seguridad y la mejora en la salud de las personas mayores en el medio rural.

Se deben unificar criterios para la detección de la fragilidad, pero lo que es aún más importante es la falta de implementación activa de estrategias de intervención comunitaria orientadas a este grupo de personas.

Bibliografía

- ¹ Barber JH, Wallis JB, Mc Keatin B. A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. *J R Coll Gen Pract*; 30: 49-50. 1980.
- ² Barber JH, Wallis JB; Geriatric Screening. *J R Coll Gen Pract*; 31: 57. 1981.
- ³ Mahoney F, Barthel D; Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*. 1965; 14:61-5.
- ⁴ Lawton MP., Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living – 1969 *Gerontologist* 9, 179-186.
- ⁵ Benyamini Y., Gender Differences in the Self rated Health–Mortality Association: It is Poor Self rated Health that Predicts Mortality or Excellent Self rated Health that Predicts Survival? -2003 - *Gerontologist* 43(3):396-405.
- ⁶ Rodriguez Wong L., Curso Internacional sobre calidad de vida de las personas mayores – CELADE - Chile 2003.
- ⁷ Bath P., Differences Between Older Men and Women in the Self rated Health–Mortality Relationship. - 2003 -*Gerontologist* 43(3):387-395.
- ⁸ Idler EL, Benyamini Y. Self rated health and mortality: a review of twenty seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38: 21-37.
- ⁹ Health of Older Persons, Some findings from the PAHO Multicenter Survey SABE. XXXVIII MEETING OF THE ADVISORY COMMITTEE ON HEALTH RESEARCH - Washington, D.C., 3–5 November 2003 – PAHO - ACHR 38/2003.7 - accesible Noviembre 2008.
- ¹⁰ Suarez Garcia F., Perez M., Peiro Moreno S., Garcia Garcia J. Factores de riesgo de mortalidad a los 4 años en personas mayores. Estudio Toledo. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2008;43(2):76-84.
- ¹¹ Monteserin Nadal R., Losada S., Cuixart C., Padros Salma J., Gonzalez S., Moral Pelaez I., Fornasini M., Sallas J., Ensayo clinico aleatorizado sobre la eficacia de la valoracion geriatrica integral seguida de intervecencion en atencion primaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43(1):5-12.
- ¹² Heistaro S, Vartiainen E, Puska P. Trends in self-rated health in Finland 1972-1992. *Prev Med*. 1996 Sep-Oct;25(5):625-32.
- ¹³ Blazer, D., & Houpt, J., (1979). Perception of poor health in the healthy older adult. *Journal of the American Geriatrics Society*, 27, 330-334.
- ¹⁴ Fujiwara Y, Yoshida H, Amano H, Fukaya T, Liang J, Uchida H, Shinkai S. Predictors of improvement or decline in instrumental activities of daily living among community-dwelling older Japanese. *Gerontology*. 2008;54(6):373-80.
- ¹⁵ Blazer DG. How do you feel about...? Health outcomes in late life and self-perceptions of health and well-being. *Gerontologist*. 2008 Aug;48(4):415-22. Review.
- ¹⁶ Nummela O., Sulander T., Karisto A. Uutela A. Self-rated Health and Social Capital Among Aging People Across the Urban–Rural Dimension. *Int. J. Behav Med* 2009 Feb 19.
- ¹⁷ Bowling A. Enhancing later life: how older people perceive active ageing? *Aging Ment Health*. 2008 May;12(3):293-301.
- ¹⁸ Krochalk PC, Li Y, Chi I. Widowhood and self-rated health among Chinese elders: the effect of economic condition. *Australas J Ageing*. 2008 Mar;27(1):26-32.

-
- ¹⁹ Fick D., Cooper J., Wade W., Waller J., Mac Lean R., Beers M. Updating the Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. Results of a US Consensus Panel of experts. *Arch Int Med* 2003 163, Dec 8/22 2716-24.
- ²⁰ Valderrama Gama E., Rodríguez Artalejo F., Palacios Díaz A., Gabarre Orús P., Pérez del Molino Martín J., Consumo de medicamentos en los ancianos: Resultados de un estudio poblacional. *Rev. Esp. Salud Publica* v.72 n.3 Mayo/Jun. 1998.
- ²¹ Zunzunegui MV, Bélaud F, Recalde JM. La utilización de medicamentos en las personas mayores que residen en su comunidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997;32:109-115.
- ²² López-Torres Hidalgo J, Cerdá Díaz R, Fernández Olano C, Requena Gallego M, Fernández Casadelrey C, Otero Puime A. Factores asociados al consumo de medicación crónica en personas ancianas. *Med Clin (Barc)* 1997;108:572-576.
- ²³ Subdirección General de Información Sanitaria y Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Misniterio de Sanidad y Consumo, 1989.
- ²⁴ Ministerio de Sanidad y Consumo. Uso de medicamentos en la tercera edad. Situación en España. Monografía de Divulgación N° 4. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
- ²⁵ Consejería de salud de la Comunidad de Madrid. Nuestros Mayores: Perfil sociosanitario de la tercera edad de la Comunidad de Madrid. Serie Monografías N° 2. Comunidad de Madrid, 1989.
- ²⁶ Segade Buceta XM, García Figueiras A, Cinos Ralos L, Casais Gude XL, Nieto Pol E, González Conde A et al. Patologías crónicas y gasto farmacéutico en mayores de 65 años. *Aten Primaria* 1992;10:613-615.
- ²⁷ Mata M, Antoja P, Hernández J, Cano J, Ciurana R, De la Figuera M et al. Estudio de la prescripción de fármacos por patologías crónicas en un centro de asistencia primaria. *Aten Primaria* 1990;7:119-126.
- ²⁸ Eiroa P., Valoración multidimensional de la tercera edad en el municipio de Vigo. Santiago de Compostela. Universidad de Santiago de Compostela. 1994.
- ²⁹ Vega Quiroga S, López Gay L, Bermejo Pareja F, De la Rosa Gil L, De Bustos Tabernero M, Sampedro López MD, Fraile Jimeno M, Durán Parra F, Moreno Sobrino T, Gabriel Sánchez R. Consumo de fármacos en población mayor de 60 años en una zona rural. *Aten Primaria* 1996;17:496-500.
- ³⁰ Tomás MT, Centelles F, Valero C, Alcalá A, Cerón A, Soler J, López M. Prescripción crónica de fármacos en pacientes geriátricos de un centro de salud urbano. *Aten Primaria* 1999;23:121-126.
- ³¹ Arbas E, Garzón R, Suárez A, Buelga C, Pozo M, Comas A, Álvarez M, González-Nuevo JP, Penedo R, Plaza F. Consumo de medicamentos en mayores de 65 años: problemas potenciales y factores asociados. *Aten Primaria* 1998;22:165-170.
- ³² Rodríguez F., Martínez B, Saucedo R. Aspectos diferenciales sobre la prescripción de fármacos residentes en la zona nordeste de Granada: estudio sobre 366 individuos. *Med Clin (Barc)* 1993;100:24-2.
- ³³ Lazaro del Nogal M., Ribera JM, Tratamiento del paciente con problemas médicos múltiples. *Inf Ter Sis Nac Salud* 1984; 18 110-120.
- ³⁴ García Sierra JL. Relación Geriatria-Medicina Primaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1991; 26:323-326.
- ³⁵ O'Connell MB, Johnson JF. Evaluación del nivel de conocimiento de los pacientes ancianos sobre su medicación. *Ann Pharmacother* 1992; 26:919-21.
- ³⁶ Willcox SM, Himmelstein DU, Woolhandler S. Inappropriate drug prescribing for the community-dwelling elderly. *JAMA* 1994;272:292-296.

-
- ³⁷ Nolan L, O'Malley K. Prescribing for the elderly. Adverse drug reaction in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1998;36:142-149.
- ³⁸ Vila A., Martin H., Gisbert C., Pardo C., Espinosa E., Andujar MA. Estudio poblacional sobre el consumo de farmacos entre la poblacion mayor de 65 años. *Rev Gerontol* 1993, 3; 25-8.
- ³⁹ Conselleria de Sanitat i Consum. Encuesta de Salud de la Consejeria Valenciana 1990-1991. Valencia: Conselleria de Sanitat y Consum:1993.
- ⁴⁰ Ikegami N., Functional assessment and its place in health care. *N Eng J Med* 1995, 332:598-99.
- ⁴¹ Valderrama E., Perez de Molino J. Una vision critica de las escalas de valoracion funcional traducidas al castellano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997.32, 297-306.
- ⁴² Martin Lesend I., 2006 – Anciano de riesgo en el medio comunitario. Planificacion de cuidados en atencion primaria. Madrid, Informes Portal Mayores 44 – 25/01/2006.
- ⁴³ Larizgoitia A., Larizgoitia I. Adaptacion en nuestro medio de una encuesta para la deteccion de ancianos con riesgo de dependencia. *Rev Gerontol* 1996, 6:224-31.
- ⁴⁴ Martin ML., Gonzalez JI., Otero Puime A. Anciano fragil: Hablamos todos de los mismo? *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2007,42(6):357-60.
- ⁴⁵ Bergman H., Ferrucci L., Guralnik J., Hogan D., Hummel S., Karunanathan S y cols. Frailty, an emerging research and clinical paradigm: Issues and controversies. *J Gerontol A Biol Med Sci* 2007, 62:731-7.
- ⁴⁶ Walston J., Hadley E., Ferrucci L., Guralnik J., Newman A., Studenski S y cols. Research agenda for frailty in older adults: Toward a better understanding of physiology and etiology: Summary from American Geriatrics Society/ National Institute on Ageing and Research Conference on frailty in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2006;54:991-1001.
- ⁴⁷ Baztan Cortes JJ., Gonzalez JI., Solano JJ., Hornillos M., Atencion sanitaria al anciano fragil: de la teoria a la evidencia cientifica. *Med Clin (Barc)* 2000, 115:704-17.
- ⁴⁸ Cortes JA., Mendez E., Koutsourais R., Utrilla J., Macias Rodriguez J., Casado MA. ¿Cuál es la prevalencia de ancianos de alto riesgo en atencion primaria? *Aten Primaria* 1996,18:327-30.
- ⁴⁹ Peñacoba D., Franco A. Perfil del as personas mayores de 75 años que acuden a un centro de salud. *Enferm Com* 2005;1:29-34.
- ⁵⁰ Rockwood K., Howlett SE., MacKnight C., Beattie BL., Bergman H., Regent H. Prevalence, attributes and outcomes of fitness and frailty in community dwelling older adults: report from the Canadian Study of Health and Ageing. *J Gerontol Med Sci.* 2004;59A:1310-7.
- ⁵¹ Winograd CH., Gerety MD., Chung M., cols. Screening for frailty: criteria and prediction of outcomes. *J. Am Geriatr Soc* 1991;39:778-84.
- ⁵² Brody K., Johnson R., Douglas R. Evaluation of a self reported screening instrument to predict frailty outcomes in ageing populations. *Gerontologist* 1997;37:182-91.
- ⁵³ Fried L. Frailty. En: Hazzard RR, Bierman E., Blass J., Ettinger W., Halter J., eds. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 3rd ed. New York, NY: Mc Graw Hill: 1994:1149-55.
- ⁵⁴ Stuck AE., Walther JM., Nikolaus T., Hochman C., Beck JC. Risk factors for functional status decline in community living elderly people. A systematic literature review. *Soc Sci Med* 1999, 48:445-69.

⁵⁵ Bermejo F., Colmenarejo C. Prevalencia de demencia y deterioro cognitivo. Nivel de salud y deterioro cognitivo en los ancianos de Madrid. SG Editores. Fundacion Caja Madrid 1993.

⁵⁶ Garcia Sáenz B., La Sociedad Rural de Castilla y León ante el próximo siglo. Pag 15 Junta de Castilla y León – 1998 .

⁵⁷ Baztan Cortes JJ. Funcion y fragilidad: Que tenemos que medir? Rev Esp Geriatr Gerontol 2006;41(Supl1):36-42.

⁵⁸ Stuck AE., Arohow HU., Steiner A., Alessi CA., Bula CJ., GoldMN et al., A trial of annual in home comprehensive geriatric asessment for elderly people living in the community. N Eng J Med 1995,333:1184-89.

Sección 4

*Epidemiología de curso de vida y
envejecimiento – Estudio cualitativo.*

Introducción

Construido a partir de modelos más holísticos de salud, desarrollados a partir de la I y II Guerra Mundial, surge el marco teórico de la “medicina social” en los años ‘40. Compartir observaciones sobre las disparidades en la salud no necesariamente se traduce en un común entendimiento de la causa. Ese es el punto de partida donde la “*epidemiología social*” toma el nombre tal cual hoy la conocemos ¹.

La epidemiología social surgió como una sub área de la salud pública recientemente; sin embargo, sus conceptos no son nuevos. Es un área de la epidemiología que trata sobre cómo las innumerables relaciones sociales, del pasado y del presente determinan diferentes exposiciones y diferentes estados de salud entre las personas que conforman la población.² que a la identificación de un factor de riesgo determinado, la epidemiología social concierne a cómo las noxas o exposiciones surgen y se distribuyen a través del tejido social. La variable de estudio de la epidemiología social es la salud. Las exposiciones que habitualmente son de interés a los epidemiólogos incluyen factores como el ingreso económico, la educación o el tipo de ocupación. ¿Acaso por qué no toda la gente expuesta a un germen resulta infectada o por qué no todos los infectados desarrollan la enfermedad?

Es una nueva visión que tiene como objetivo hacer de nuestra práctica clínica, una práctica más creativa y responsable, sobre todo para aquellos que hacemos un cuidado y una atención de las mismas personas por un periodo prolongado de tiempo, en el que podemos apreciar y distinguir bajo distintas condiciones económicas, sociales, culturales o políticas que es incidental o contingente en la salud de la persona.

Hablar de dieta y actividad física no sólo concierne a las calorías y la posibilidad o riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular. El acceso a cierto tipo de dieta o la necesidad de ciertas labores están influenciadas por condiciones sociales para el caso.

Desde el punto de vista de la ciencia médica la epidemiología social es importante por cuatro razones: a) elucidar la complejidad de las causas de enfermedad que no son provocadas por un solo agente o un simple proceso, como la enfermedad coronaria, b) cuando los agentes y los procesos son identificados existen otros agentes o variables en la red de determinantes, que en conjunto son susceptibles de intervención, c) las medidas tomadas en estos contextos no sólo mejoran las condiciones de salud frente a un determinado problema, sino que mejoran la salud general en conjunto, d) finalmente, este enfoque de epidemiología social puede ser la clave que impida un reduccionismo hacia la patología por consideración de un enfoque más integral.

Los médicos somos entrenados en que el paciente es lo primero y lo último. La búsqueda de las causas de la enfermedad fuera del individuo enfatiza en la importancia de otras variables para el ciclo salud – enfermedad de las personas. Estudios en poblaciones migrantes muestran que cambios en el medioambiente modifican las tasas de enfermedad ³.

A modo de síntesis, en la epidemiología social contemporánea son tres los marcos teóricos que se utilizan para explicar la distribución de la enfermedad: 1) el psicosocial, que focaliza en las respuestas biológicas endógenas frente a la interacción humana 2) la generación social de la enfermedad y el manejo de las políticas de la salud que pone énfasis en la toma de decisión política y económica sobre las políticas sanitarias 3) la teoría ecosocial y otros multiniveles que dan cabida a nuevas aproximaciones que integran distintas variables o causas¹.

Los cuerpos hablan. En el estudio de la epidemiología del envejecimiento, éste debería ser un principio fundamental. Los cuerpos cuentan más que estados de salud, enfermedad o discapacidad. En su manifiesta forma, ellos muestran su peso, su altura, su físico y su apariencia, su postura y sus deformidades; ellos proveen una evidencia sobre cómo literalmente nuestros cuerpos “incluyen” o “integran” el mundo en el que vivimos, produciendo patrones de salud, enfermedad, discapacidad y muerte⁴.

En esta interpretación, la visión que nos provee la investigación cualitativa surge como algo vital. Pero, ¿qué es lo que hace un investigador cualitativo? Según Denzin y Lincoln (2004)⁵, los investigadores cualitativos estudian la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de o interpretar los fenómenos de acuerdo a los significados que tiene para las personas implicadas. Esto implica la utilización y recogida de gran variedad de datos, provenientes de entrevistas, observaciones, historias de vida, cuestionarios, imágenes o sonidos. En sí, el objetivo de la investigación cualitativa es la comprensión, centrándose en la indagación en los hechos ⁶.

Dentro de la investigación cualitativa en la Sección 1, mencionamos al análisis etnográfico como uno de los pilares en el diseño de este estudio. Si bien existen varias definiciones sobre esto, parece más apropiado tomar la propuesta de Rodríguez Gómez y cols (1999)⁷, que presentan a la *etnografía* como el método de investigación por el que se aprende el modo de vida de una unidad social concreta. A través de esto, lo que se persigue es la descripción o reconstrucción analítica de carácter interpretativo de la cultura, formas de vida y estructura social del grupo investigado.

Según Spindler (1992)⁸, citado por Rodríguez Gómez, los requisitos del método etnográfico son la observación directa, pasar el tiempo suficiente en el escenario, un gran volumen de datos registrados, el carácter *evolutivo* del estudio, la utilización de instrumentos como cuestionarios, la utilización de la cuatificación, un objeto de estudio definido y una contextualización determinada. Mucho de esto hoy lo encontramos en los programas de entrenamiento en epidemiología de campo. Todas estas variables formaron parte en el diseño y realización de este estudio, del cual se presentan sus hallazgos en este apartado.

Objetivos

Utilizando la metodología de análisis cualitativo nuestro objetivo fue explorar el modo y los hábitos de vida, así como definir los determinantes de vejez y de calidad de vida bajo la perspectiva de curso de vida para esta muestra

Material y métodos

La muestra correspondió al mismo grupo de personas que integraron los dos cortes que se presentan en las secciones 2 y 3. Para el análisis de hábitos de vida, determinantes de vejez y calidad de vida se utilizó un cuestionario compuesto por 24 preguntas que correspondió a la sección D del cuestionario principal utilizado en la primer entrada de campo durante octubre 2005 y febrero 2006. Para la valoración de la calidad de vida, se utilizó una escala de Diferencial Semántico con puntajes de 1-10, donde 1 representaba lo peor y 10 lo mejor. Allí ,las personas expresaron con su juicio la intensidad y sentido de elección marcando el punto que sitúa mejor la calidad de vida respecto a los adjetivos extremos de la escala. En la segunda entrada de campo, durante marzo – abril 2008, además del cuestionario de Fase 2, se implementó la técnica de recolección de información y análisis por grupos focales. La dinámica de grupos focales supone entrevistas grupales con 8 – 12 personas y se las suele utilizar para valorar servicios o nuevas ideas. Para esto, se realizaron 4 reuniones en cada pueblo en día y horario fijo. La invitación fue abierta y notificada a todo el pueblo. Se llevaron a cabo en las respectivas Asociaciones de Mayores y el promedio de participantes fue de 14 – 16 en C1 y 12 – 14 en C2. Los temas fueron seleccionados por el investigador previamente y el mismo “*guión temático*” se reprodujo en ambos pueblos. Cada reunión tuvo una duración de 1hs – 1,10hs aproximadamente. Para el análisis de la información obtenida por cuestionarios se utilizó el programa estadístico SPSS 12.0. Para el análisis y la información obtenida en la dinámica de grupos focales se utilizó la técnica de identificación y clasificación de la información obtenida fue categorizada de acuerdo a *Strauss 1998*⁹ a fin de poder obtener un producto lógico que de explicación y sentido dentro del marco de referencia objeto de estudio¹⁰.

Resultados

Aspectos sociales

En primer lugar, se exploró el hábito de consumo de tabaco a través de 4 preguntas. La primera fue: **¿Tiene Ud. o ha tenido el hábito de fumar?** El sistema estadístico consideró 158 preguntas válidas. De los casos considerados, 11 (7%) personas han manifestado fumar actualmente, 37 (23,4%) han dicho que antes fumaban pero ya no lo hacen y 110 (69,9%) nunca han fumado, según su respuesta. De las 11 personas que fuman actualmente, 8 de ellos fuman menos de una cajetilla diaria, 2 de ellos una cajetilla aproximadamente y 1 persona dice fumar dos cajetillas. De estas 11 personas, 7 son hombres y sólo 2 mujeres. Cuando observamos a qué pueblos correspondían los fumadores, hemos visto que 10 de ellos pertenecen a C1 y sólo 1 a C2. Quisimos saber a qué edad habían comenzado, para ello el análisis estadístico consideró a 44 personas de las 48 que fuman actualmente o habían fumado y ya no lo hacen. 24 (54,5%) comenzaron entre los 10 y 19 años, 11 (25%) entre los 20 y 29 años, 4 (9%) entre los 30 y 39 años, 1 (2,2%) después de los 40 años y hubo 3 (6,6%) que no supieron precisar la edad de inicio. En el caso de aquellas personas que manifestaron haber fumado antes y no ahora, se quiso saber a qué edad habían dejado el consumo de tabaco. El paquete estadístico consideró válidas 33 preguntas de las 37 posibles. 2 (6%) personas dejaron el hábito entre los 10 y 19 años, 1 (3%) dijo haberlo hecho entre los 20 y 29 años, 8 (24,2%) entre los 40 y 49 años, 21 (63,6%) luego de haber cumplido los 50 años y una no supo precisar.

Sobre la pertenencia a la asociación de mayores local y las actividades que en ella se desarrollan: **¿Pertenece a alguna asociación de mayores?** Se consideraron las respuestas de 159 personas. 115 (72,3%) han contestado que SI, mientras que 44 (27,7%) han dicho que NO. En C1 de 81 personas que considero el sistema, 60 (74%) pertenecen y 21 no, de las que no pertenecen 3 son mujeres y 18 son varones. En C2 de 78 personas que considero el sistema, 55 (70%) pertenecen y 23 no, de aquellas que no pertenecen 8 son mujeres y 15 son varones. **En los últimos 12 meses ha realizado alguna**

actividad, por lo menos una vez a la semana para distraerse (charlas, excursiones, cursos, partidas), con el fin de saber el grado de participación activa de los mayores en las actividades de la asociación. Las respuestas fueron que 87 (55.4%) personas han participado de estas actividades, mientras que 70 (44.6%) personas no lo han hecho. De aquellas personas que participan 51 (58.6%) son mujeres y 36 (41.3%) son varones, en total 46 (52.8%) de C1 y 41 (47.2%) de C2. De aquellas 70 personas que dicen pertenecer pero no han participado de actividades en los últimos 12 meses, 23 (32.8%) son mujeres y 47 (67.2%) son hombres, 33 (47.1%) de C1 y 37 (52.9%) de C2.

Hemos preguntado sobre hábitos de higiene y auto cuidado. **¿Cada cuanto se asea completamente?** Se consideraron 153 casos. 15 (9.8%) personas manifestaron asearse completamente más de 3 veces por semana, 98 (64.1%) dicen hacerlo una o dos veces por semana, 40 (26.1%) lo hacen cada 10 días. A las mujeres: **¿Cada cuanto va a la peluquería?** Nos han contestado 70 de las 76 posibles. 7 (10%) dicen ir más una vez por mes, 15 (21.4%) van una vez por mes, cada dos meses son 36 (51.4%) de las mujeres entrevistadas, 5 (7.1%) no van y 7 (10%) de ellas no supieron especificar. Analizando un poco más en detalle vemos que las mujeres de C1 son las que van con mayor frecuencia, ya que 14 (41%) de las 34 van al menos 1 vez por mes, mientras que en C2 7 (20%) de las 35 son las que van con la misma frecuencia. Quisimos saber como hacían para la higiene de los pies, específicamente la tarea de cortarse las uñas. **¿Cada cuanto va al podólogo?** De los 155 casos validos para esta pregunta, 127 (81.9%) realizaban esta tarea por si mismos, en 11 (7.1%) casos era un familiar quien realizaba la tarea, 17 (11%) personas contestaron que un podólogo era quien les arreglaba los pies.

Un punto de importante interés fue el poder medir o realizar una estimación de la cantidad de actividad física que realizan los mayores de nuestra muestra. Por nuestra observación esta provenía de las labores del campo o de la caminata diaria que se efectuaba luego del almuerzo y en grupos generalmente. Para eso hicimos una serie de tres preguntas. **¿Cuántos días por semana anda?** Consideramos validos 156 casos. Hubo 116 (74.4%) personas que dijeron hacerlo más de 4 veces por semana, 13 (8.3%) dicen

hacerlo entre 2 y 3 días a la semana, 5 (3.2%) lo hacen sólo una vez por semana y 22 (14.1%) se consideran sedentarios. **¿Hasta donde?** Y seguidamente **¿Cuánto tiempo demora?** Se consideraron 134 y se eliminaron 31 casos. De acuerdo a la interpretación que hemos hecho de sus respuestas, considerando las distancias hasta los puntos dados como referencias encontramos que: 19 (14.2%) dicen realizar entre sus tareas más de 5hs diarias, considerando la pregunta siguiente, 21 (15.7%) entre 3 y 5hs diarias, 94 (70.1%) sólo de 1 a 2 horas diarias. **¿Trabaja en el campo?** Aquí el sistema considero 132. Las personas que sólo realizaban caminata como actividad física fueron 67 (50.8%), aquellos que sólo trabajaban en la finca 27 (20.5%), y los que realizaban ambas actividades fueron 38 (28.8%) personas. Al entrevistar a las personas quienes más andan son las mujeres, 48 en total contra 19 hombres, mientras quienes más trabajan en el campo aun son los hombres 26 contra sólo una mujer que dijo hacerlo. También son los hombres quienes más combinan ambas actividades 29 contra 9 mujeres.

Determinantes de vejez

Una de las cuestiones que me interesó evaluar fue la percepción del estado de vejez en relación a los términos “mayor” y “viejo”. De esta forma, se preguntó:

¿Se considera viejo? Y, seguidamente, **¿Se considera mayor?**

En la primera, el sistema analizó 156 casos. Hubo 70 (44,9%) personas se consideraron mayores, mientras que 86 (55,1%) contestó que NO. En la segunda pregunta, el sistema validó 152 casos, 20 (13,2%) personas SI se vieron viejas, mientras que 130 (85,5%) contestaron que NO, hubo 2 (1,4%) personas que no supieron contestar a esta pregunta. Tablas 11 y 12

Tabla 11 – Auto percepción en relación al término “Viejo”

Auto percepción en relación al término "Viejo" n =152

Si	20 (13,2%)
No	130 (85,5%)
Ns/ Nc	2 (1,4%)

Fuente: Elaboración propia

Tabla 12 – Auto percepción en relación al término “Mayor”

Auto percepción en relación al término "Mayor" n = 156

Si	70 (44,9%)
No	86 (55,1%)

Fuente: Elaboración propia

Analizando más detenidamente estas respuestas, se encontró que 18 personas se vieron viejas y mayores; de éstas, 11 fueron mujeres y 7 hombres. 12 personas eran de C2 y 6 de C1, esto significa que hay más personas en C2 que se perciben peor que en C1. De las 11 mujeres, 7 viven en C2 y 4 en C1, de los 7 varones, 5 son de C2 y 2 de C1.

De aquellos que se vieron mayores y no viejos, 22 eran mujeres y 25 eran varones. De las mujeres 8 de C1 y 14 de C2, mientras que, de los varones, 13 son de C1 y 12 de C2. En total, fueron 21 personas de C1 y 26 de C2.

Hubo dos personas de C1 que no supieron contestar cuando se les hizo estas dos preguntas. Hay dos personas que se ven viejos y no mayores, 1 mujer de C2 y un hombre de C1. Aquellas personas que no se ven ni viejas ni mayores son 34 mujeres y 49 hombres. De las mujeres, son 20 de C1 y 14 de C2, de los varones, son 26 de C1 y 23 de C2. En total, son 46 personas de C1 y 37 de C2.

Tabla 13 –

Cuando se trató de la **identificación de los Determinates de la Vejez**, se propuso incluir esta variable en los dos cortes a realizar a fin de obtener no sólo una mejor identificación de ellos, sino de que estuviera a nuestro favor el hecho de una mayor confianza ganada en los dos años junto a la gente del pueblo que permitiera obtener respuestas de mayor valor representativo.

Tabla 13 – Auto percepción de estado de vejez según municipio y género

Auto percepción de estado de vejez según municipio y género						
Mayor	Viejo	Sexo	Municipio		Total	
			C1	C2		
Si	Si	Mujeres	4	7	11	
		Varones	2	5	7	
		Total	6	12	18	
	No	No	Mujeres	8	14	22
			Varones	13	12	25
			Total	21	26	47
		Ns/ Nc	Mujeres	1	0	1
			Varones	1	0	1
			Total	2	0	2
	No	Si	Mujeres	0	1	1
			Varones	1	0	1
			Total	1	1	2
No		Mujeres	20	14	34	
		Varones	26	23	49	
		Total	46	37	83	

Fuente: Elaboración propia

La pregunta utilizada en el primer corte fue: **¿Qué es lo que Ud. piensa que hace que una persona se ponga vieja?** Obtuvimos 180 respuestas sobre 151 personas. La identificación y clasificación de la información obtenida fue categorizada de acuerdo a *Strauss 1998*¹¹ a fin de poder obtener un producto

lógico que proporcione explicación y sentido dentro del marco de referencia objeto de estudio¹².

“...Depender de alguien/ No poder valerse” fue citado en 37 (20,5%) oportunidades.

“...La falta de fortaleza/ Decaimiento general/ Los dolores físicos, Perder facultades/ No poder hacer nada/ Las propias manías, Esta en la naturaleza de cada uno, La falta de diversión, La tristeza” en 27 casos (15%).

“...Los malos pensamientos/ La falta de ánimo/ Falta de espíritu, falta de ganas de vivir/ Dejarse” 26 (13,8%) veces.

“...Los años” con 23 (12,7%) respuestas.

“...No trabajar/ No hacer nada”, en 16 casos (8,8%).

“...El trabajo en exceso”, 11 respuestas (6,1%).

“...Las enfermedades”, en 5 ocasiones (2,7%).

“...La soledad”, 3 veces (1,6%).

“...El exceso de alcohol y tabaco”, en 1 caso (0,5%)

“...La llegada de la tranquilidad”, 1 vez (0,5%)

“...No sabe/ No contesta” en 30 respuestas (16,6%)

En la segunda entrada de campo, se evaluaron nuevamente cuáles podrían ser los determinantes de vejez más comúnmente identificados por las personas que integraron la muestra. Esta vez se obtuvieron un total de 170 respuestas sobre 131 personas, que correspondieron a 81 (47,6%) respuestas de hombres y 89 (52,8%) de mujeres.

“...El espíritu, la tristeza, la falta de ilusiones, la falta de diversión, pensar en la edad, tiene que ver con la naturaleza de uno mismo, las manías, el luto, una cuestión de mentalidad, el no arreglarse, la falta de fortaleza, la falta de ganas de vivir, la mala leche, el sufrimiento y la insatisfacción...” con 26,4% de los datos que equivalen a 45 respuestas.

“...No manejarse, ser una carga, la dependencia y no valerse...” ocuparon el 24,7% con 42 datos.

“...El no moverse, dejarse, no trabajar, no hacer nada y no participar...” representó el 19,4% con 33 respuestas.

“...Los años y el peso de la vida...” el 11,1% con 19 respuestas.

“...La enfermedad, el decaimiento físico, el comer menos y una peor condición de salud...” el 9,4% con 16 respuestas.

Luego, y con una menor incidencia, le siguieron “el trabajo en el campo” y “el haber trabajado demasiado” con el 4,1% (7 respuestas), “la falta de compañía, el apoyo familiar y la soledad” con el 2,3% (4 respuestas), “el dolor físico” con el 1,1% (2 respuestas) y “el alcohol y el tabaco junto a la llegada de la tranquilidad” con 1 respuesta cada una que representan al 0,5%.

Un punto de análisis y mucha preocupación por lo que ellas representan fue el tema “residencias”. Para ello, interesó saber cuál era la percepción de nuestros mayores hacia el concepto “Residencia para mayores”. Las preguntas fueron dos: **¿Qué opina de las residencias para mayores, ahora que están tan de moda?** El sistema consideró válidas 152 respuestas. Hubo 82 (53,9%) personas que dieron respuestas que permitieron clasificarlas como de imagen “positiva”, 39 (25,7%) de las personas nos respondieron en términos de representación “negativa”, 27 (17,8%) personas dieron respuestas “neutras” y 4 (2,6%) no supieron responder o contestar a esta pregunta.

De aquellas personas que opinaron positivamente sobre las residencias para personas mayores, 40 fueron de C1, 15 fueron mujeres y 25 varones; mientras que 42 eran de C2, 22 mujeres y 20 varones. De quienes dieron respuestas negativas, 19 fueron de C1, de ellas 9 mujeres y 10 varones, de C2 fueron 20 personas, de ellas 7 eran mujeres y 13 varones. Entre quienes nos dieron respuestas “neutras”, 15 eran de C1, de éstos 9 fueron mujeres y 6 varones, mientras que 12 personas de C2 hablaron en forma neutra de las residencias, siendo 6 mujeres y 6 varones. Tabla 14

Tabla 14 – Percepción del concepto “Residencia de mayores”, según género y municipio

Percepción del concepto "Residencia de mayores" n = 152

		Pueblo		
		C1	C2	Total
Positivo	Mujeres	15	22	37
	Varones	25	20	45
	Total	40	42	82
Negativo	Mujeres	9	7	16
	Varones	10	13	23
	Total	19	20	39
Neutro	Mujeres	9	6	15
	Varones	6	6	12
	Total	15	12	27
Ns/ Nc	Mujeres	0	1	1
	Varones	1	2	3
	Total	1	3	4

Fuente: Elaboración propia

Nuestra segunda pregunta se orientó a la actitud de ellos mismos hacia ésta institución: **¿Iría Ud. a una residencia?** Hubo 157 respuestas consideradas válidas por el sistema. 73 (46.5%) respondieron SI, 80 (51%) respondieron que NO, 4 (2.5%) no supieron contestar. Resultó interesante cruzar estas dos preguntas. Las personas que ven “positivas” las residencias y que irían son 55 (35%), de éstas, 29 son mujeres y 26 hombres; 24 de C1 y 31 de C2.

Las personas con imagen “positiva” de una residencia pero que NO irían son en total 24 (15.2%), 7 mujeres y 17 hombres, 14 de C1 y 10 de C2. Hubo 3 personas que no supieron contestar, fueron dos hombres de C1 y una mujer de C2. Veamos la relación de las personas que hablaron en forma “negativa”. 6 personas irían a una residencia a pesar de que no las ven como algo bueno, 2 son mujeres y 4 varones, 1 de C1 y 5 de C2. Aquellas que no sólo las ven como algo “negativo” sino que además NO irían a una residencia son 33; de éstas 14 fueron mujeres y 19 hombres, 18 de C1 y 15 de C2.

Las personas que dieron respuestas “neutras” sobre las residencias pero que SI irían fueron 12, 6 mujeres y 6 varones, 5 personas eran de C1 y 7 de C2. Los que respondieron en forma “neutra” y que NO irían a una residencia fueron 14 personas, 8 mujeres y 6 varones, 9 de C1 y 5 de C2. Tabla 15

Tabla 15 – Relación entre la percepción del concepto “Residencia de mayores” y la actitud a su propio uso

<i>Residencia</i>	<i>Actitud</i>	<i>Género</i>	<i>Municipio</i>		<i>Total</i>	
			<i>C1</i>	<i>C2</i>		
Positivo	Si	Mujeres	11	18	29	
		Varones	13	13	26	
		Total	24	31	55	
	No	Mujeres	Mujeres	4	3	7
			Varones	10	7	17
			Total	14	10	24
		Ns/ Nc	Mujeres	0	1	1
			Varones	2	0	2
			Total	2	1	3
	Negativo	Si	Mujeres	0	2	2
			Varones	1	3	4
			Total	1	5	6
No		Mujeres	9	5	6	
		Varones	9	10	14	
		Total	18	15	19	
Neutro	Si	Mujeres	3	3	6	
		Varones	2	4	6	
		Total	5	7	12	
	No	Mujeres	5	3	8	
		Varones	4	2	6	
		Total	9	5	14	
Ns/Nc	Mujeres	0	1	1		
	Varones	1	2	3		
	Total	1	3	4		

Fuente: Elaboración propia

Determinantes de calidad de vida

Se quiso indagar cómo estas personas ven su vida hoy en día y la forma en la que viven. Para eso se utilizó una escala de referencia analógica seguida de la pregunta: **¿Cómo es su calidad de vida? Contésteme con un número de 1 a 10, donde 1 es lo peor y 10 es lo mejor.** Fueron consideradas 151 personas. Se decidió clasificar los resultados según rangos que agruparan a aquellos que calificaron su calidad de vida como “mala” de 1 a 4 puntos, otro “intermedio” para aquellos que la calificaron entre 5 y 6 puntos y uno para aquellos que la consideraron “buena” entre 7 y 10 puntos. Los resultados fueron, 12 (8%) personas se autocalificaron con una calidad de vida “mala”, otras 34 (22,6%) “intermedia” y 99 (69,6%) personas calificaron su vida como “buena”. Hubo 6 (4%) personas que supieron contestar a esta pregunta. Tabla 16 - Los resultados por pueblos dicen que en el grupo de más baja percepción de la calidad de vida, hubo 8 personas de C1 y 4 de C2, en el grupo intermedio de 5 y 6 puntos hubo 15 de C1 y 19 de C2, mientras que en el grupo de más alto puntaje se ubicaron 50 habitantes de C1 y 49 de C2.

Tabla 16 – Auto percepción de la calidad de vida

Auto percepción de la calidad de vida n = 151	
Entre 1 – 4	12 (8%)
Entre 5 – 6	34 (22,6%)
Entre 7 – 10	99 (69,6%)
Ns/ Nc	6 (4%)

Fuente: Elaboración propia

Se completó el apartado de calidad de vida durante la segunda entrada de campo. Allí se volvió a preguntar, y con la misma escala analógica a fin de comparar, **¿Cómo es su calidad de vida en estos momentos?** Se obtuvo respuesta de 131 personas con un valor promedio de 6,75 que, comparado con los 7,18 de promedio hallados en el primer corte sobre 151 personas consideradas por el programa estadístico, arroja diferencias significativas en

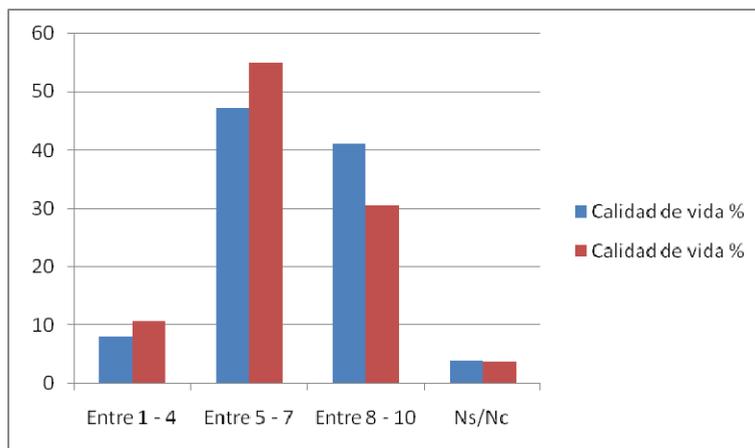
torno a una disminución en la percepción de la calidad de vida de la muestra. (p=0.019) Tabla 17

Tabla 17 – Descriptivo “Calidad de Vida” en 1er y 2do corte

Calidad de vida	1er corte		2do corte	
	Fc	%	Fc	%
Entre 1 - 4	12	8	14	10.7
Entre 5 - 7	71	47.1	72	55
Entre 8 - 10	62	41.1	40	30.5
Ns/Nc	6	4	6	3.8
Total	151		131	

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 1 – Descriptivo “Calidad de vida” 1r y 2do corte (porcentajes)



Fuente: Elaboración propia

La identificación y análisis de los determinantes de la calidad de vida, desde el método cualitativo, se logró mediante la pregunta **“Podría decirnos por favor, ¿de qué depende para Ud su calidad de vida, de qué cosas, de qué situaciones?** Se obtuvieron 186 respuestas.

Los resultados de acuerdo a un orden establecido por frecuencia se presentan a continuación:

"...de los hijos, de la familia y de la compañía de la convivencia"	53 (29,7%)
"...de la salud y de la capacidad de autovalerse"	48 (26,9%)
"...del estado de ánimo"	20 (11,2%)
"...del trabajo (como algo positivo)"	17 (9,5%)
"...del trabajo visto (como algo negativo)"	7 (3,9%)
"...de la disminución de la capacidad de trabajar"	1 (0,5%)
"...de los malestares físicos"	8 (4,4%)
"...de depender de la familia o de un cuidador"	3 (1,6%)
"...de los aspectos materiales"	7 (3,9%)
"...de la soledad y de las pérdidas"	2 (1,1%)
"...del tiempo y de los años vividos"	6 (3,3%)
"...de la alimentación"	5 (2,8%)
"...de estar en el pueblo"	1 (0,5%)

Después de esta pregunta, se interrogó sobre los miedos actuales, apareciendo la palabra muerte o alguna reflexión sobre ésta en 40 (30,5%) oportunidades.

Discusión

La investigación en los distintos aspectos del envejecimiento ha crecido de manera significativa en los últimos años, sin embargo, no todos los aspectos geriátricos o gerontológicos lo han hecho con la misma intensidad. La alta proporción de estudios desarrollados en ámbitos urbanos es una de ellas, la focalización hacia aspectos muy definidos del envejecer es otra.

Intentar dilucidar los patrones de envejecimiento de personas que han pasado casi la totalidad de sus vidas en ámbitos rurales y que hoy aún viven en la comunidad sin situación de dependencia forma parte de este apartado del estudio. Escudriñar en aquellos aspectos que podrían haber actuado como "*factores de protección*" o los que jugaron un rol de "*agresores*", fue el objetivo de la integración de este aspecto cualitativo. Para el desarrollo de las

discusiones se integraron párrafos del material obtenido en los encuentros de los grupos focales de discusión.

Como primer dato de relevancia aparece la conducta relacionada al consumo de tabaco. Los datos sobre tabaquismo mostraron una muy baja prevalencia, sólo el 7% de nuestra población estudiada fuma actualmente., esto es 9 personas de las cuales sólo dos son mujeres. Llama la atención como pauta de comportamiento social de esa época “juvenil pasada” la baja tasa de mujeres que en algún momento de su vida dicen haber fumado. El 95,8% de las mujeres entrevistadas contestaron que nunca habían fumado.

36 varones que dijeron haber fumado antes pero no ahora, el 87% aseguró haber dejado el hábito después de los 40 años. La edad de comienzo fue en 24 casos (54,5%) antes de los 20 años. Se puede, por esto, señalar que aquellas personas que antes fumaban y ahora no lo hacen han pasado un promedio de 25 a 30 años de sus vidas como fumadores activos.

“....por regla general las mujeres en esa época no fumabamos...”

María de Garcibuey

Una fortaleza de este tipo de grupo social y rural lo constituye su grado elevado de *capital social*, entendido en su acepción de *cohesión social* basada en la participación comunitaria de sus integrantes; que suele organizarse en torno a la asociación local o el ayuntamiento.

En la muestra, la pertenencia y la participación en las asociaciones locales de mayores siempre fue mayoritariamente femenina. Los hombres son más propensos a participar, en horas de la tarde, en “la partida” que se realiza en el bar del pueblo. Muchos hombres dicen pertenecer a la asociación por el hecho de pagar su “cuota” anual, aunque en la realidad no participen de sus actividades; de todas maneras, se cree que, sea dentro de la asociación o a través del grupo que se junta en la partida, las redes sociales en ambos pueblos son buenas, llamando la atención cómo están identificadas las personas de hábitos más ermitaños entre los habitantes del pueblo.

“...Yo vivo sola, pero me siento segura, no me da miedo, pero en la capital no, cuando voy allí siempre busco estar con alguno de mis hijos...”

Isabel de Villanueva del Conde

“...Hay mucho menos riesgo aquí que en las ciudades...”

Manuel de Villanueva del Conde

Coincido con Triadó¹³ cuando afirma que en la sociedad rural las personas se relacionan de otra manera, aquí funcionan de manera muy marcados los roles y el status de adscripción, por encima de los logros personales; constituyendo normas de convivencia que poco a poco se han ido imponiendo

En relación al ritmo de aseo, 64% manifestó hacerlo cada 10 días. Muchas de las respuestas se orientaron a responder los sábados. Cabe destacar la diferencia entre el “aseo localizado” que mucho refieren hacer al “aseo completo” al que nos referimos nosotros. Aquí es importante mencionar dos factores observados que condicionan este aseo. Por un lado, el haberse criado en una época donde el agua corriente no tenía el desarrollo que tiene hoy y que permite que cada persona pueda disponer de ella. Por otro lado, las duras condiciones del invierno que, con sistemas de calentamiento eléctricos, vuelven muy oneroso el calentar agua. Sin embargo, muchas de las personas refirieron hacerlo en forma casi diaria en época estival en concordancia con la cosecha de la cereza, ya que el día de trabajo en el campo hace que con el sudor y el polvo, el agua invite más a las personas a un baño.

En la concurrencia a la peluquería, las mujeres de C1 suelen hacerlo más frecuente. El sistema consideró 35 mujeres por pueblo para su análisis y, de éstas, 15 de C1 van al menos 1 vez por mes, mientras que de C2 sólo lo hacen 7. Esto no quiere decir que las mujeres de C2 no vayan, sino que van en forma más espaciada, 14 mujeres de C1 dicen ir cada dos meses, en cambio 22 mujeres de C2 dicen hacerlo en el mismo período.

Fueron 17 las personas que manifestaron recurrir a los servicios de un podólogo, lo que representa el 20% aproximado de la muestra si se consideran

aquellas que además recurren a un familiar para esta tarea. De éstas, 10 personas tenían 80 o más años, evidenciando la necesidad de este servicio en edades avanzadas.

El análisis y la interpretación de los niveles de actividad física realizada por quienes componen la muestra es un punto al que le damos gran importancia en la valoración y el buen estado de salud en general que se pudo observar. Sólo 14% de la muestra se consideró sedentaria. En contraste a esto, el 74,4% de la muestra afirmó realizar actividad física en forma regular al menos 4 veces a la semana; de este porcentaje, el 70% realiza entre 1 y 2 hs. de actividad física por día. De las personas activas, 50,7% realizan caminata mientras que el otro 49,3% o trabajan en el campo o manifiestan realizar ambas actividades, lo que nos refleja que la mitad de la población activa que es casi el 86%, o sea el 43% aún trabaja en el campo.

“...Una persona jubilada en la ciudad se vuelve sedentaria, aquí en cambio siguen trabajando; todos tenemos nuestro huerto...”

Vicente de Garcibuey

Tal como se señaló unos párrafos más arriba, creo firmemente que este nivel de actividad física, sea en forma recreativa o por razones de subsistencia podría ser un determinante muy fuerte de los altos niveles de autonomía de estas personas, sustentado en la masiva evidencia científica que sostiene la asociación de actividad física y salud ¹⁴ ¹⁵. Se sabe de la limitación del método de recolección de información por “auto informe”, sin embargo, este es el modelo más utilizado para estudios epidemiológicos. Al día de hoy, no existe un consenso sobre que otro método o forma de medir actividad física que pueda resultar más exacto y confiable ¹⁶

Para saber qué perciben en relación a su vejez teniendo en cuenta dos términos que se utilizan a diario pero con distinta impronta, “mayor” y “viejo”.

El primer hallazgo que plantea curiosidad es que menos de la mitad, el 44,9%, se ven mayores, lo que habla de un sentimiento o una imagen muy optimista. Sólo hay 20 personas que se perciben viejas en contraposición con 130 que

negaron esa posibilidad cuando se les mencionó. Sin embargo, el rasgo de mayor importancia y que concuerda con otros hallazgos en la misma muestra, es que de las 18 personas que SI se perciben mayores y que SI se perciben viejas, o sea doble respuesta positiva, 11 son mujeres y 7 varones. De las 11 mujeres, 7 pertenecen a C2 y, de los 7 varones, 5 son de C2 y los restantes de C1. Claramente, la percepción sobre el propio estado de vejez es peor en C2 con respecto a C1. Algo que se repitió en varias oportunidades fue cómo las mismas personas referían sentirse jóvenes, en algunos casos, cansarse un poco más con respecto a otros años pasados, pero muchos han mencionado “sin embargo cuando me miro al espejo, me veo mayor, distinto”.

Se quiso saber cómo se relacionaba el verse “viejo” con APS, nuestros hallazgos fueron: en C1 el sistema encontró 7 personas que contestaron a las dos preguntas, 3 perciben su salud bien y 4 regular. En el caso de C2, el programa estadístico consideró a 13 personas que contestaron ambas preguntas, de ellas 6 perciben su salud como buena, 5 como regular y 2 la ven mala. Esto es, de 20 personas en este último cruce que se ven “viejas”, hay 11 que perciben su salud regular o mal.

De las 11 personas que se ven “viejas” y perciben su salud regular o mal, hay 7 que consumen más de 5 medicamentos en forma regular y otras dos tienen entre 1 y 4 prescripciones farmacológicas. Otras 6 personas se ven “viejas” y viven solas, de ellas 5 son de C2, 1 esta polimedicada y se auto percibe regular en su propia salud, mientras que 4 consumen entre 1 y 4 medicaciones, 3 se auto perciben bien de salud y 1 regular. En C1, hay una sola persona que se ve “vieja” que consume entre 1 y 4 medicaciones y vive sola

“...Aquí se vive muy bien, en general creo que aquí la gente está mejor que los de la ciudad, aunque hay de todo...”

Antonio de Villanueva del Conde

“...El aire es mejor aquí, sabemos lo que comemos, es nuestro...”

Joaquin de Garcibuey

“...Estamos más quemados por fuera, por el trabajo de sol a sol, pero somos más vitales que los de la ciudad...”

Virginia de Villanueva del Conde

“...Cuando salgo a caminar con mi amiga en la ciudad tengo que hacer tres paradas, Yo en cambio camino de aquí al castaño gordo y voy en tres cuartos de hora...” - El castaño gordo está a más de 2,5 km. –

Lucia de Villanueva del Conde

Al momento de identificar los determinantes de “cuándo uno se pone viejo” o “qué hace que una persona esté vieja”, claramente la respuesta más repetida fue el depender de un tercero, lo que contrastó con las sólo 5 personas que identificaron a la vejez con enfermedad. Se entiende que esto responde a la característica de una población rural, donde el ingreso económico y de medios de supervivencia está relacionado con las labores del campo. Una ventaja del ámbito rural es que es un medio muy estable, por lo que los factores externos que pudieran influir en los resultados son mínimos¹⁷.

La interpretación que se hace de la imagen que tienen las residencias de tercera edad entre las personas mayores de los municipios, es que, a simple vista, más de la mitad (casi el 54%) las perciben como algo positivo, sin haber diferencias significativas entre ambos pueblos o de género. Por lo pronto, se encontró que 14 (35%) de 40 personas que ven positivamente las residencias y no irían son de C1, mientras que, de 42 en C2, son 10 (23%) los que no irían. Habría que analizar más en detalle en un futuro ese casi 18% de personas que dieron respuestas que se clasificaron como neutras, y ver si logran definirse hacia uno u otro lado. En estos momentos, el 51,8% de las respuestas neutras NO IRIAN a una residencia, 9 (60%) de 15 son de C1 y 5 (41,6%) de 12 son de C2; esto sugiere que una alta proporción de respuestas neutras tienden a ser negativas.

“...para nosotros la residencia es algo inevitable, quien nos va a cuidar?...”

Leonor de Garcibuey

“...Los centros de día no sirven, nosotros durante el día estamos bien, lo que necesitamos es que nos cuiden por las noches...”

Irene de Garcibuey

Hay dos aspectos a detallar. El primero es la sensación de inevitabilidad en la residencia como punto final. Esto constituye una fuente de stress importante cada vez que se menciona el tema. El resultado del grupo focal mostró una “desdramatización” de la situación cuando se intentó la búsqueda de estrategias alternativas a la institucionalización. En este sentido, coincido con otros autores en que una de las mejores maneras de obtener bienestar psicosocial es la potenciación de los recursos personales y sociales^{18 19}. Se hacía referencia reiterada a un modelo distinto de estructura familiar. En forma repetida ellos mismos tenían experiencia de cuidadores de sus propios padres, se incluyó esta pregunta y se encontró que, sobre 85 interrogados, 78 (91,8%) tenía historia de cuidador. Esta cohorte de mayores está viviendo la experiencia de tener a sus hijos desperdigados por toda España y no tener personas que cumplan los roles que ellos cumplieron. Ante esta situación, manifiestan con resignación que la residencia será el camino que a ellos les quede. Otro de los puntos es que muchos de ellos ven bien a la residencia, siempre y cuando esté en el mismo pueblo o muy cercano a él. La expresión es *“para qué voy a ir a una residencia a Salamanca donde no conozco a nadie ni nadie me conoce”*. Este punto, el de la ubicación de la residencia y el “destierro” que supone el traslado del mayor, se plantea como un reto. Se sabe lo inviable de residencias de menos de un determinado número de camas, pero también se sabe de las alternativas a una institucionalización definitiva como supone el ingreso a una residencia. Se está viviendo, y desde hace un tiempo, lo que Roige i Ventura²⁰ señalaron como reducción de los grupos domésticos. La influencia del modelo urbano, con disgregación de los integrantes familiares y el aumento del individualismo, marca las expectativas de quienes permanecen aún, por propia elección o por falta de posibilidad viviendo en ámbitos rurales. Este aspecto es de suma importancia en Castilla y León, donde al mayor nivel de envejecimiento se le debe sumar el del aislamiento producto de la dispersión geográfica.

La calidad de vida en la vejez es un concepto multidimensional^{21 22} que comprende elementos objetivos como subjetivos que confluyen en tres dimensiones básicas: el funcionamiento psicológico, el social y el físico²³.

Existen numerosos estudios que contemplaron la APS para intentar una interpretación del concepto de calidad de vida en las personas mayores, sin embargo, no se ha encontrado ninguno que complementara la información obtenida mediante cuestionarios con la dinámica que emplea grupos focales de discusión como lo hace este estudio. Si bien la muestra es considerablemente pequeña comparada con el estudio Leganes²⁴ (80%) o el estudio ANCO²⁵ (88%), la tasa de respuesta es similar (94% en 1er corte y 81,2% en 2do) y exclusivamente de medio rural.

A partir del propio registro de sus habitantes, lo que se aprecia en la muestra, surgido de la dinámica de grupos focales, es una visión “macro” por decirlo así, donde participan todos los elementos integrados.

“... Aquí vivimos mejor que nuestros padres, tenemos menos felicidad pero más dinero, y se vive más...”

Francisca de Villanueva del Conde

“ La vida está muy bien, no hay el sueldo de otras partes, pero no vivimos la miseria de nuestros padres...”

Manuel de Garcibuey

En este contexto, cobra vital importancia cómo se aprecia, de manera marcada, el concepto de “plasticidad comportamental” de Baltes y Baltes²⁶, donde la dinámica de las pérdidas y las ganancias actúan como un mecanismo de adaptación en una época mayoritariamente de pérdidas e incertidumbre temporal. Esta capacidad de cambio y adaptación a las nuevas situaciones es fundamental para una aceptable calidad de vida del mayor. Los grupos focales nos han permitido ver cómo las circunstancias culturales, contextuales y sociales del grupo y cada individuo les permiten asumir formas efectivas de satisfacción. Disminuir los estresores de este grupo y de cualquier otro suele

ser una tarea encomiable y complicada, sin embargo, la fuerte presencia de *capital humano* de este grupo permitiría su empoderamiento a fin de buscar soluciones concretas a sus demandas. Brandtstadter²⁷ señala que gran parte de lo que somos y sentimos está en relación con nuestras satisfacciones del día a día y el grado de bienestar, por lo que tratándose de personas mayores, y en ambiente rural, considero que esto cobra mayor relevancia. Se intuye con alto grado de certeza que este aspecto es sensiblemente diferente al de los mayores de ambiente urbano.

Finalmente, hay que mencionar que esta aproximación cualitativa al proceso de envejecimiento en medio rural así como a la identificación de sus determinantes ha permitido describir una serie de datos relevantes en el conocimiento de lo que significa envejecer en el entorno rural. Se han identificado indicadores concretos de elementos que generan bienestar o al contrario frustración e insatisfacción.

Conclusiones

Es muy claro y llamó la atención entre los hallazgos la poca relación entre enfermedad y percepción de vejez en los entrevistados.

La principal causa de preocupación de las personas mayores es seguir viviendo más años de su vida en completa condición de salud por lo que representa en sí mismo depender de alguien. Esto se constituye, como se observó, en la principal fuente de sufrimiento y mala percepción de salud.

El grupo familiar primario y la capacidad de autovalerse constituyen los principales determinantes de la calidad de vida autopercibida en este grupo.

Considero que una ingesta condicionada por la pobreza y una elevada carga de gasto calórico por las labores en los años de juventud, podrían haber actuado como factores de protección, condición que hoy es completamente opuesta en las cohortes equivalentes.

También creo que el alto nivel de actividad física es un elemento MUY IMPORTANTE en la propia satisfacción de vida y en el alto nivel de autonomía de nuestra muestra.

Un punto muy sensible lo constituyen las expectativas de los últimos años de vida, donde se agrupa la residencia como espacio final, la soledad ante la dispersión familiar y la migración de su núcleo de residencia.

Por último, se considera que enfoques que integran el método cuantitativo y cualitativo permiten que se incorporen valores o creencias de la persona así como el peso del propio curso de vida a la realidad de la limitación para el desarrollo de actividades de la vida diaria. Como ejemplo es diferente “*estar bien*” a “*sentirse bien*”, una cosa es “*sentir dolor*” y otra muy distinta es “*el sufrimiento*”.

Bibliografía

- ¹ Krieger N., Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J. Epidemiol* 2001;30:668-77.
- ² Oakes J., Kaufman JS., *Methods in social epidemiology*. 2006 Ed. Jossey Bass, USA.
- ³ Marmot M., Harveian Oration: Health in an unequal world. *Lancet* 2006;368:2081-94.
- ⁴ Krieger N., Davey Smith G., “Bodies Counts”, and body counts: social epidemiology and embodying inequality. *Epidemiol Rev* 2004;26:92-103.
- ⁵ Denzin NK., Lincoln YS., *Handbook of qualitative research – 1994* Londres SAGE pp1 – 18.
- ⁶ Rodríguez Gómez G., Gil Flores J., García Jiménez E., *Metodología de la investigación cualitativa 1999* Ediciones Aljibe pg 34.
- ⁷ Rodríguez Gómez G., Gil Flores J., García Jiménez E., *Metodología de la investigación cualitativa 1999* Ediciones Aljibe pg45.
- ⁸ Spindler G., Spindler L. *The handbook of qualitative research in education – 1992* - Eds. Millroy – Preissle. Academic Press pp53.
- ⁹ Strauss A., Corbin J., *Basic Qualitative research. Techniques and procedures for developing Grounded Theory*. London. SAGE Pub 1998.
- ¹⁰ Rodríguez Gómez G., Gil Flores J., García Jiménez E., *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Ediciones Aljibe 1996.
- ¹¹ Strauss A., Corbin J., *Basic Qualitative research. Techniques and procedures for developing Grounded Theory*. London. SAGE Pub 1998.
- ¹² Rodríguez Gómez G., Gil Flores J., García Jiménez E., *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Ediciones Aljibe 1996.
- ¹³ Triadó Tur MC (2003). “Envejecer en entornos rurales” Madrid, IMSERSO, Estudios I+D+I, No 19 www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-19.pdf.
- ¹⁴ Bauman AE., Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000-2003. *J Sci Med Sport* 2004 1:6-19.
- ¹⁵ U.S. Department of Health and Human Services – 1996 – *Physical activity and health: A report of the Surgeon General*. Center of Disease Control and Prevention, National Centre for Chronic Disease Control and Prevention – Atlanta, GA.
- ¹⁶ Valanou EM, Bamia A., *Methodology of physical activity and energy expenditure assessment: a review – J Public Health* 2006, 14:58-656.
- ¹⁷ Ceresuela Lopez A., Rubio Rubio S., Rodriguez Rodriguez B., David Domingo JM., Cuerda Segurlola c., Lorente Aznar T. *Desigualdades sociales y cambios en la calidad de vida de los ancianos en medio rural de Cuenca 1994-2002*. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2008;43 221-8.
- ¹⁸ Lin N., Ensel W. *Life stress and health: stressors and resources*. *American Sociological Review*. 1989;54:382 -99.
- ¹⁹ Cava MJ., Musitu G. *Bienestar psicossocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados*. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia* 2000;10:215-21.

²⁰ Roige i Ventura X., Padres, hijos e hijos. Estrategias residenciales y relaciones entre generaciones. En ICD La mujer en el mundo rural. Barcelona.

²¹ Yanguas JJ., Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Madrid: IMSERSO. Colección de estudios: Serie Personas Mayores 2006 – Accesible: www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/yanguas-analisis-01.pdf.

²² Melendes Moral JC, Tomas Miguel JM., Navarro Pardo E. Analisis del bienestar en la vejez según la edad. Rev Esp Geriatr Gerontol 2008;43(2):90-5.

²³ Iglesias Souto PM., Dosil A. Algunos indicadores de percepción subjetiva implicados en la satisfacción del residente mayor. Propuesta de una escala de medida. Rev Esp Geriatr Gerontol 2005;40:85-91.

²⁴ Leon Galar V., Zunzunegui MV., Beland F. El diseño y la ejecución de la encuesta “Envejecer en Leganez”. Rev Gerontol 1995;5; 215-31.

²⁵ Martinez dela Iglesia J., Perula de Torres LA., Espejo J., Rubio V: Aranda JM., Fonseca FJ. Proyecto ANCO: un estudio sociosanitario de la población mayor de la ciudad de Córdoba. Diseño y ejecución. Rev gerontol 1997;7;82-90.

²⁶ Baltes PB, Baltes M. Psychological perspectives on succesfull ageing: The model of selective optimization and compensation. En: Succesfull ageing. Perspectives from the behavioral sciences. New York. Cambridge University Press; 1990 p.1-34.

²⁷ Brandtstadter J., Lerner RM. Action and self development: Theory and research through the life span. Oaks Ed. SAGE – 1999.

Sección 5

Recomendaciones generales para el diseño e implementación de políticas orientadas a las personas mayores de medio rural.

Introducción

El envejecimiento de la población presupone algunas preguntas fundamentales para aquellas personas encargadas del diseño, la implementación y la ejecución de políticas hacia las personas mayores. ¿Cómo hacer para que las personas se mantengan independientes y activas a pesar de los años?¹ Podría ser una de ellas, aunque si solo por mencionar la lista sería muy larga.

Los desarrollos que se han dado en el campo de la geriatría y gerontología han contribuido a la redefinición de la geriatría como especialidad médica y la gerontología toda como área de estudio y conocimiento.

Nuestra población vive más años que nunca antes y se mantiene activa y saludable hasta cotas cada vez más altas, sin embargo, la prevalencia de condiciones crónicas y el sufrimiento que éstas acarrearán aún son un desafío para los sistemas de salud. Lo racional en las épocas que nos tocan vivir es que toda política pública esté fundamentada en evidencia.

El objetivo de esta sección es, a modo de reflexión final, proponer puntos de análisis en base a los resultados y la experiencia recogida durante el desarrollo del estudio aquí presentado de cara a la implementación de políticas orientadas al cuidado y la atención de las personas mayores de medio rural, fracción que hoy representa algo más del 20% de la población de España².

Justificación

Como punto de partida se puede decir que la “gran entidad” clínica sobre la que gira esta tesis, así como gran parte de la geriatría y algo menos la gerontología, aún no está del todo conceptualizada, hablamos del anciano frágil. Muestra de ello son los siete artículos publicados en la *Revista Española de Geriatría y Gerontología* entre 2005 y 2008 sólo por dar ejemplo. “Uso apropiado del término fragilidad”³, “Fragilidad: Un concepto atractivo con necesidad de desarrollo”⁴, “Función y fragilidad: ¿Qué tenemos que medir?”⁵, “Anciano frágil: ¿Hablamos todos de lo mismo?”⁶, “Eficacia de la valoración geriátrica integral en atención primaria ¿Qué necesitamos?”⁷, “Fragilidad y discapacidad en el anciano” o “RETICEF: una oportunidad para impulsar la investigación española sobre envejecimiento y fragilidad”⁸ son sus títulos respectivos. La falta de definición queda a la vista.

Se conocen las características *per se* del proceso de envejecimiento: universalidad, independencia de factores externos, progresividad, deletereidad e irreversibilidad con base en mecanismos genéticos o celulares si se quiere. Pero también se sabe que hay un envejecimiento que tiene que ver con cómo factores aleatorios como accidentes, u otros de “protección”, (como no haber fumado), intervienen a lo largo del curso de vida interaccionando con los primeros. Se podría poner también desde este punto de vista : se sabe más sobre lo “Qué pasa” y se está empezando a saber “Por qué pasa”. En términos metodológicos, esta es la diferencia, o por qué no mejor decirlo en su sentido opuesto, la integración de dos metodologías diferentes y complementarias: lo cuantitativo y lo cualitativo.

En su forma más manifiesta, las personas producen patrones de salud, enfermedad, discapacidad y muerte⁹ a partir de su integración a un ecosistema determinado.

Muchas veces se ha dicho y se dice: en el campo no se envejece igual que en la ciudad. Sin embargo, poco se ha investigado en torno a estas diferencias.

¿Qué ocurre con el 13% de los mayores españoles que viven en ámbitos rurales menores a 2000 habitantes¹⁰? ¿Acaso envejecen todos de igual manera?

¿Qué hay si a ello le agregamos el peso poblacional que supone que casi el 40% sea mayor a 65 años en poblados como el de este estudio, cifra que duplica al de las ciudades?

Se realizó una revisión de lo indexado en Pubmed, en los últimos 10 años, con los terminos "frailty", "frailty AND elderly AND Spain" y "frailty AND elderly AND rural" y se encontraron 766, 10 y 80 publicaciones respectivas, de las cuales han sido pertinentes a nuestro interés, trabajos hecho en España por autores españoles, 8 trabajos publicados. También se realizó una búsqueda sistemática en los últimos 10 años en las colecciones de las revistas de la *Sociedad Española de Geriátría y Gerontología*, *Atención Primaria*, *Gaceta Sanitaria* y de la *Sociedad Española de Salud Pública* bajo los términos "fragilidad", "valoración geriátrica funcional" y "dependencia".

De esta forma, se conformó la lista que se presenta en la Tabla 1, con la idea de verificar qué antecedentes existen en: el estudio de población estrictamente rural y la integración de la metodología cuantitativa y cualitativa.

Se seleccionaron aquellos trabajos que reportaran evaluación poblacional de tipo transversal o longitudinal en personas mayores con el fin de ver qué antecedentes hay en medio rural y en integración de datos cuantitativos y cualitativos. Se excluyeron aquellos estudios que hayan perseguido un tipo de paciente o cuadro clínico específico, como estudios nutricionales, prevalencia de depresión, incontinencia urinaria o pacientes con fragilidad diagnosticada. Entre los indicadores de la tabla se excluyen los test que conformaron la VGF en caso de haberla habido, los criterios para comorbilidad, fragilidad o polifarmacia. Sólo interesó saber si hay estudios en población rural y la aproximación cuanti-cualitativa.

Sobre un total de 14 citas halladas que reunían los criterios establecidos, sólo seis incluyeron población rural y entre ellos una fue exclusivamente realizada considerando este grupo. Ninguno de los trabajos hallados refirió haber considerado o integrado información de tipo cualitativo.

Tabla 1 – Estudios poblacionales en personas mayores de España.

Autor	Año	Lugar	N	Diseño	Edad	Población
Fernandez Bolaños ¹¹	2008	Madrid	450	Prospectivo	> 75a	Urbana
Ramirez Duque ¹²	2008	Sevilla	662	Prospectivo, 12m	N/e	N/e
Monteserin Nadal ¹³	2008	Barcelona	620	RCT, 18m	N/e	N/e
Cano García ¹⁴	2006	Pontevedra	214	Transversal	>80	N/e
Urbina Torrija ¹⁵	2002	Guadalajara	434	Transversal	>64	Urbana/rural
Brotons ¹⁶	2005	Barcelona	1000	Transversal	>75	N/e
Ichazo Tobella ¹⁷	2004	Barcelona	404	Transversal	>84	N/e
Sitjas Molina ¹⁸	2003	Barcelona	100	Prospectivo, 12m	>75	Urbana
Corrales ¹⁹	2004	Caceres	228	Transversal	>71	Urbana/rural
Perez Carceles ²⁰	2006	Murcia	460	Transversal	>65	Urbana/rural
Suarez Garcia ²¹	2008	Toledo	3900	Prospectivo, 4a	>65	Urbana/rural
Martin Lesende ²²	2005	Cantabria	133	Prospectivo, 12m	>75	Urbana
Martin Lesende ²³	2001	Cantabria	120	Transversal	>75	Rural
Peñacoba Maestre ²⁴	2005	Asturias	316	Transversal	>75	N/e
Mussoll ²⁵	2002	Barcelona	126	Transversal	>65	Urbana

Fuente: Elaboracion propia

Recomendaciones basadas en el concepto²⁶ de *necesidad insatisfecha*^a y el marco político de Envejecimiento Activo

La fragilidad y su consideración para la intervención de carácter comunitario aún sigue siendo un concepto muy “resbaloso”, donde los criterios que la definen como la debilidad, la pérdida de peso, el cansancio autoreportado (exhaustion), el enlentecimiento en la velocidad de marcha y la disminución del nivel de actividad²⁷ requieren de una correcta valoración, interpretación y contextualización en la práctica clínica a fin de evitar el etiquetamiento indebido del paciente (labeling).

La falta de conocimiento acerca de las condiciones de envejecimiento en el medio rural se ven reflejadas en el estado de la evidencia publicada y la necesidad de integrar información cualitativa es un deseo más que una realidad.

¿Cómo planificar entonces correctamente medidas de cuidado para una población de la que intuimos a través de otros grupos “*medianamente similares*”?

¿Cómo adaptar políticas comunitarias a grupos con alto sentido de “*capital social*”?

¿Cómo considerar la relación entre fragilidad y resiliencia^b en un grupo que vivió la posguerra y sus necesidades y hoy disfruta del progreso en un medio estable como los pueblos rurales de España?

El Marco Político de Acción del Envejecimiento Activo propuesto por la OMS está sustentado en tres pilares: Salud, Participación y Seguridad. Los determinantes que lo conforman son la salud y los servicios sociales, los conductuales, los personales, el medioambiente y los determinantes sociales y económicos¹. Existen dos determinantes transversales que son el género y la cultura. Figura 1

^a “Unmet need” como falta de asistencia a una determinada necesidad.

^b Resiliencia como capacidad de adaptación a los cambios del entorno.

Figura 1 – Envejecimiento Activo y sus determinantes



Fuente: Envejecimiento Activo: Marco para la acción política ¹

Siguiendo este marco y con el fin de ordenar ideas se propone un análisis y algunas recomendaciones tendientes a la mejora en la provisión de servicios de asistencia sanitaria para el grupo de personas mayores que habitan, envejecen y envejecerán en el medio rural.

A – Salud y servicios sociales

El cuidado de la salud, en las personas mayores de medio rural, debería estar basado en la atención médica con participación de los servicios sociales y focalizada en la atención primaria local. El nivel de cuidados primarios no está adaptado a las necesidades de los pacientes mayores y menos aún tiene una sensibilidad por lo que significa la diferencia de género. Se deben adoptar estándares en este aspecto y se deben iniciar investigaciones sobre la mejor forma de implementar estos servicios. El paciente mayor es distinto, y la mujer así como el hombre requieren de aproximaciones diferenciadas.

Las estrategias de actuación local deberían estar fuertemente asociadas a la prevención y promoción de la salud interviniendo sobre la modificación de estilos de vida. Para esto debería haber mayor integración entre el personal sanitario y los Centros de Acción Social (CEAS) locales, así como un correcto entrenamiento hacia la atención y el cuidado de las personas mayores. No coincido con lo dicho por Baztan²⁸ en que los beneficios de la geriatría van concretamente al paciente frágil y no al mayor de 65 años. La contradicción del autor se hace manifiesta al justificar la necesidad de cuidados preventivos, progresivos y continuos que deben cumplir los distintos niveles de atención geriátrica, cuestión que excede toda discusión.

La atención y el cuidado de la salud de las personas mayores de medio rural deberían tener una “lente sensible” frente a los trastornos del ánimo y el estado de salud mental, así como de un carácter amplio (comprehensive) hacia aquellas personas necesitadas de cuidados de larga estancia y baja intensidad de intervención o pacientes terminales.

B – Conductuales

El entrenamiento de los trabajadores sanitarios y sociales frente a las características de las personas mayores juega un rol fundamental a la hora de la adherencia y cumplimiento terapéutico. Desde las administraciones regionales, existe una brecha entre lo que significa el “envejecimiento activo” y lo que se promueve en la práctica. El paciente mayor debe estar incluido en la toma de decisión, en esto es importante darle voz a las mujeres.

Es relevante el aumento notorio de las ofertas de formación en personal “especializado” en personas mayores en nuestro medio. Sin embargo, la disparidad en sus objetivos, contenidos, diseños curriculares, carga horaria y personal responsable es notoria. Se debe generar personal especializado en el cuidado de personas mayores no médico, pero su preparación hace necesaria su acreditación por una institución especializada a fin de garantizar mínimos de calidad en la formación de este recurso humano.

Esta preparación facilitaría la modificación de conductas personales hacia la mejora del domicilio (cambio del tipo de brasero – eléctrico-), la disminución de riesgos (aumento de iluminación) o la participación social con fines recreativos.

C – Personales

Las cohortes que envejecen en España son las que vivieron la Guerra Civil y las migraciones. Las cohortes que envejecerán en el mediano plazo son las del bienestar y las de inmigrantes. ¿Cómo se prepara el sistema de salud para afrontar estas diferencias culturales? ¿Qué pasa con las necesidades de una persona mayor que envejece en un pueblo que sufre despoblación? Es recomendable extender y adaptar los cuidados de las personas mayores a estas diferencias a fin de hacerlas “visibles” en el sistema de salud.

Los programas deben tender al aumento de la participación ciudadana de los mayores, de generar “voz” propia en este grupo. Deben tender a facilitar las capacidades de adaptación (resiliencia) como el cocinar en las personas que viven solas, aceptar la asistencia en domicilio o las nuevas tecnologías como la teleasistencia.

D - Social

El alto grado de *capital social* como característica de un grupo homogéneo y estable debería considerarse como una fortaleza hacia el empoderamiento a la hora de la implementación de programas. Es muy difícil aceptar lo que no se conoce. Ante el deseo de la residencia y la inviabilidad de dicho proyecto, la propuesta de un centro de día con la permanencia de una enfermera durante la noche se presentó como una opción válida luego de la discusión en grupo.

El centro de día es un nivel de atención geriátrica, no sólo brinda opciones de recreación o animación como muchas veces se cree, sino que puede ocupar funciones de asistencia geriátrica de relevancia. Se ubica como puente entre los cuidados hospitalarios y la atención comunitaria. Es en estos centros donde se puede apreciar

más objetivamente la situación afectiva y el grado de satisfacción de los pacientes sin menospreciar el hecho de la ubicación privilegiada de este nivel de atención por dar cabida a actividades de enfermería asistencial, de promoción y vigilancia de la salud²⁹.

El determinante social juega un rol significativo a la hora del manejo de situaciones de urgencia, no olvidemos que en el primero corte del estudio el 12% de la muestra pensó que nadie podría ayudarlo en caso de tener algún problema de salud.

E – Medioambiente

Deberían implementarse equipos móviles de valoración domiciliaria con el fin de detectar y disminuir la probabilidad de riesgos en domicilios a través de intervención y subsidios o convenios colectivos. Sería más fácil aceptar el uso de brasero eléctrico si se demuestra su bajo consumo o si lo provee el estado mediante el sistema de adquisición pública por licitación. Aún es frecuente encontrar personas en hogares extremadamente fríos u oscuros por el solo hecho de ahorrar en sus gastos.

La intervención domiciliaria se vuelve altamente costo-efectiva si se piensa en los costos de hospitalización por ingreso ante accidente domiciliario, en este caso la intoxicación por monóxido de carbono o la quemadura por incendio.

La adaptación de los centros de salud y los consultorios, por su parte, en sus aspectos físicos o arquitectónicos deben tender a la mejora en su accesibilidad.

F - Economía

Los incentivos financieros y económicos del mercado tienden a orientarse a lo agudo. Lo urgente suele ser más “espectacular” y redituable. Políticamente, los cuidados “agudos” aún brindan más votos. El sistema debe tender a proteger a los más vulnerables, los mayores, que en definitiva son personas que no entienden de tiempos administrativos o de “Leyes de Dependencia”. Se debe tender a la agilización y resolución de situaciones en forma rápida y efectiva ya que los costos de la demora

siempre suelen ser más altos, ingratos y en este colectivo se suele pagar en consecuencias para la salud y el bienestar. El sistema de salud tiende a una fragmentación de los cuidados y ésto también tiene su costo financiero.

Se deben buscar activamente alianzas y apoyo económico del sector privado a través de programas públicos de mejora de imagen y participación social así como políticas fiscales más amigables que faciliten el acercamiento entre el sector público y privado.

El gasto social en España está por debajo de la media de la Unión Europea y lejos del de los países con un estado de bienestar más consolidado³⁰, considerar esto y una mayor eficiencia en la provision de cuidados sanitarios para nuestros mayores ya es un principio en la búsqueda de soluciones.

Conclusiones

El envejecimiento de la población y el aumento de las condiciones crónicas que este grupo acarrea (enfermedades del corazón, diabetes, cáncer, enfermedades mentales, EPOC, etc.) requiere de una transformación creativa y rápida³¹. En este sentido también es necesario reconocer la presencia de sectores vulnerables como las mujeres y las personas que habitan en el medio rural.

El paciente mayor requiere de un contacto continuo y cercano para el mejor manejo de sus condiciones crónicas y del propio proceso de envejecer. Hoy, la organización del sistema de salud dista mucho de esta necesidad. Es necesario un cambio de paradigma.

A modo de síntesis de esta sección creo necesario remarcar que el proceso de diseño e implementación de políticas así como la planificación de servicios de salud ocurren inevitablemente en un contexto político. Es en este contexto que los profesionales de la salud, las familias, los pacientes y las comunidades deben ser escuchadas y consideradas.

Para finalizar, subrayo una vez más la necesidad de una mejor formación y un aprovechamiento más efectivo del personal sanitario de cara al modelo de población del presente y futuro inmediato, en donde el cuidado y la atención deben estar centrados en el paciente y su familia, favoreciendo la permanencia y el apoyo al paciente mayor en su comunidad.

Bibliografía

- ¹ Active Ageing: A policy framework. WHO/NMH/NPH. 2002 Geneva.
- ² Sancho Cominis J., Reinoso Moreno J. Poblacion y poblamiento rural de España: Un primer analisis a la luz del censo 2001. Serie Geográfica 11:163-176, 2003.
- ³ P Abizanda. L Romero. C Luengo. Uso apropiado del término fragilidad. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005;40:58-9.
- ⁴ Solano Jaurrieta.JJ. Fragilidad: un concepto atractivo con necesidad de desarrollo .Rev Esp Geriatr Gerontol. 2006;41:5-6.
- ⁵ Baztán Cortés Función y fragilidad: ¿qué tenemos que medir? Rev Esp Geriatr Gerontol. 2006;41:36-42.
- ⁶ Martínez Martín. Juan Ignacio González Montalvo. Ángel Otero Puime. Anciano frágil: ¿hablamos todos de lo mismo? Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007;42:357-60.
- ⁷ Martín Lesende I. Eficacia de la valoración geriátrica integral en atención primaria, ¿qué necesitamos? Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;43:3-4.
- ⁸ Rodríguez Mañas L. RETICEF: una oportunidad para impulsar la investigación española sobre envejecimiento y fragilidad. Rev Esp Geriatr Gerontol 2008.43(2)66-70.
- ⁹ Krieguer N., Davey Smith G., “Bodies Counts”, and body counts: social epidemiology and embodying inequality. Epidemiol Rev 2004;26:92-103.
- ¹⁰ Las personas mayores en España – Informe 2002 – IMSERSO – Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/informemayores/informe2006/index.html>.
- ¹¹ Fernandez-Bolaños M, Otero A, Zunzunegui MV, Beland F, Alarcón T, de Hoyos C, Castell MV. Sex differences in the prevalence of frailty in a population aged 75 and older in Spain. J Am Geriatr Soc. 2008 Dec;56(12):2370-1.
- ¹² Ramírez-Duque N, Ollero-Baturone M, Bernabeu-Wittel M, Rincón-Gómez M, Ortiz-Camuñez MA, García-Morillo S. Clinical, functional, mental and sociofamiliar features in pluripathological patients. One-year prospective study in Primary Health Care. Rev Clin Esp. 2008 Jan;208(1):4-11.
- ¹³ Monteserín Nadal R, Altimir Losada S, Brotons Cuixart C, Padrós Selma J, Santa Eugenia González S, Moral Peláez I, Fornasini M, Sellarès Sallas J. Randomized clinical trial on the efficacy of global geriatric assessment in primary care. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008 Jan-Feb;43(1):5-12.
- ¹⁴ Cano García P, Castelo Domínguez R, Pérez Cachafeiro S. ¿Es la fragilidad un hecho en los mayores de 80 años? Estudio de prevalencia. Aten Primaria. 2006;38:413-5.
- ¹⁵ JR Urbina Torija. MJ Flores Mayor. MP García Salazar. E Rodríguez Estremera. L Torres Buisan. RM Torrubias Fernández. El anciano de riesgo en la provincia de Guadalajara. Aten Primaria. 2004;34:293-9.
- ¹⁶ C Brotons. R Monteserín. M Martínez. J Sellarès. A Baulies. M Fornasini. Evaluación de la efectividad de un instrumento para identificar problemas sociales y sanitarios en la población anciana adscrita a un centro de atención primaria. Aten Primaria. 2005;36:317-23.
- ¹⁷ Ichazo Tobella B., Vila García J., Sancho Agredano S., Alegre Alsina N. Valoración de dependencias y salud geriátrica. Aten Primaria. 2004;34:504-5.

-
- ¹⁸ Sitjas Molina E., San José Laporte A., Armadans Gil L., Mundet Tuduri X., Vilardell Tarrés M. Factores predictores del deterioro funcional geriátrico. *Aten Primaria*. 2003;32:282-7.
- ¹⁹ Corrales D., Palomo, L. Magariño Bravo MJ., Alonso G., Torrico P., Barroso A., Merchan V. Capacidad funcional y problemas socioasistenciales de los ancianos del área de salud de Cáceres *Aten Primaria*. 2004;33:426-33.
- ²⁰ Pérez Cárceles MD., Rubio Martínez L., Pereñíguez Barranco JE., Pérez Flores D., Osuna Carrillo E., de Albornoz. Maldonado AL. Detección de fragilidad en atención primaria: situación funcional en población mayor de 65 años demandante de atención sanitaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2006;41:7-14.
- ²¹ Suárez García FM. Pérez Martín FA. Peiró Moreno S. García García SJ. Factores de riesgo de mortalidad a los 4 años en personas mayores. Estudio Toledo. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43:76-84.
- ²² Martín-Lesende I., Rodríguez-Andrés C. Utilidad del cuestionario de Barber para seleccionar a personas de 75 años o más con riesgo de hospitalización, institucionalización o muerte. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005;40:335-44.
- ²³ I Martín Lesende. A García Rodríguez. J L Abajo Angulo. V Olabarría Ateca. J González García. E Rueda Alonso. M Galindo Chico. M J Iribarren Oscoz. Comparación de la situación sanitaria, en base a una Valoración Geriátrica Integral, entre una población rural y urbana de 75 o más años de una misma zona de salud *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001;36:150-5.
- ²⁴ Peñacoba Maestre D., Franco Vidal A. Perfil de las personas mayores de 75 años que acuden a un centro de salud *Rev de Enf Comunitaria* 2005 (5)1,1. Accesible: http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_29-34.php
- ²⁵ Mussoll J., Espinosa MC., Qure D., Serra ME., Pous E., Villaroya I., Puig Domingo M. Resultados de la aplicación en atención primaria de un protocolo de valoración geriátrica integral en ancianos de riesgo. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37(5), 249-53.
- ²⁶ Jackson M., Prevalence and correlates of Unmet Need among the elderly with ADL disabilities. U.S. Department of Health and Human Services. Systemetrics/ Mc Graw Hill. 1991.
- ²⁷ Kuh D. A life course approach to healthy ageing, frailty and capability. *J Gerontol* 2007, (62A)7:717-21.
- ²⁸ Baztan Cortes JJ., Gonzalez JJ., Solano JJ., Hornillos M., Atención sanitaria al anciano fragil: de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 2000, 115:704-17.
- ²⁹ Brocklehurst JC, Geriatrics day hospital. *Age Ageing* 1995;24:89-90.
- ³⁰ Navarro V. Bienestar insuficiente, democracia incompleta. Sobre lo que no se habla en nuestro país. Barcelona: Anagrama, 2002.
- ³¹ Innovative Care for Chronic Conditions: Building blocks for action – Global Report. WHO/MNC/ 2002.

Sección 6

Sumario y anexo.

El autor

Sumario

Esta tesis presenta los hallazgos y la experiencia recogida durante cerca de tres años en dos pueblos de la Provincia de Salamanca, España. El estudio que aquí se presenta intenta ser una fotografía del estado de salud de las personas mayores, analizando los determinantes que la condicionan y como el curso de vida de esta cohorte pudo haber influenciado en su estado actual. Se buscó identificar a aquellas personas con alto riesgo de dependencia a través de los instrumentos más comúnmente utilizados en nuestro medio, pero además se intentó darle una aproximación más comprensiva con el análisis *in situ* de su estilo y medio de vida.

Al momento de esta presentación no se hallaron en la revisión bibliográfica trabajos similares que contemplasen solamente población rural mayor de 65 años y que integrasen en la metodología de estudio y análisis de la información, aspectos cuantitativos y cualitativos. Las fortalezas de este estudio son los dos aspectos antes señalados, pero además lo constituye la alta tasa de respuesta en el primer corte (94%) y en el segundo (86%). Una debilidad y limitación del estudio lo constituye el número total de la muestra (n=165), pero que si comparamos con estudios similares en nuestro medio, no está demasiado alejado del promedio. Otra limitación podría ser el corto período de seguimiento o follow up que fue de 24 meses. Probablemente un mayor (n) de muestra y un mayor período de seguimiento le hubiesen dado mayor precisión y capacidad de argumentación a los hallazgos.

Un sesgo que podría haber intervenido es el hecho de que un sólo investigador hizo las veces de evaluador y coordinador de los grupos focales, sin embargo, el aspecto positivo fue que esto permitió una mayor confianza y apertura de la población.

En la **Sección 1** se presenta el diseño metodológico de este estudio prospectivo de una cohorte de medio rural y presenta el marco conceptual sobre el que se desarrolla la investigación. La **Sección 2** focaliza en el estudio descriptivo y transversal que se realizó en la primera entrada de campo. Se presenta el estado de salud de la muestra con detalle en las variables demográficas, de comorbilidad, consumo de fármacos, síntomas de mayor prevalencia y los hallazgos de la valoración geriátrica funcional. En

base a estos hallazgos, la **Sección 3** se basa en la reevaluación de la muestra orientada específicamente a valorar los cambios o modificaciones en la APS, el consumo de fármacos prescritos, la calidad de vida y la VGF. Los resultados muestran cómo en sólo dos años hubo cambios estadísticamente significativos hacia un empeoramiento de los valores. La **Sección 4** detalla el análisis de la información cualitativa del estudio. Bajo la perspectiva epidemiológica de curso de vida, los hábitos sociales, los estilos de vida, la relación del grupo con el sistema de salud en base a sus necesidades actuales y futuras, considero que nos brindan una detallada visión de aspectos que muchas veces se pasan por alto o simplemente la urgencia de la consulta diaria no nos permite urgar en detalle. La enfermedad, y no la edad, es la principal causa de dependencia.

En la **Sección 5** se intenta en base a los hallazgos y la experiencia de campo sugerir una serie de recomendaciones tomando como referencia los determinantes del Marco Político de Envejecimiento Activo hacia la implementación de políticas basadas en las personas mayores de medio comunitario rural. La evidencia debe ser la base donde se apoye el diseño de políticas y programas de intervención comunitaria. La precocidad de la intervención es un objetivo prioritario en la prevención del deterioro funcional del mayor. Por otro lado, se debe asegurar una continuidad de los cuidados creando los niveles de atención geriátrica faltante en cada comunidad.

Considero que la estrategia para la prevención de la dependencia en personas mayores de medio rural, así como para la promoción de la salud y la vigilancia de la enfermedad, se basan en la intervención sobre las condiciones crónicas y la eficiencia de los servicios sanitarios

Anexo

Cuestionario de Fase 1

SECCION A – DATOS PERSONALES

Nº de cuestionario _____

Fecha __ / __ / ____

Municipio _____

Nombre del entrevistado _____

A1 ¿Cuál es su fecha de nacimiento? Mes..... Año.....

A2 ¿Cuántos años cumplidos tiene Ud.? Años.....

A4 ¿Sabe leer y escribir? Si No NS NR

A5 ¿Fue Ud. a la escuela? Si No

A6 ¿Hasta qué edad fue a la escuela?.....

A7 ¿Vive todo el año aquí en el pueblo? Si No NS NR

A7a ¿Con quién vive?.....

A7b Hace 5 años, ¿vivía con las mismas personas con las que vive ahora? Si No

A8 ¿Le gusta vivir como vive ahora? Si No

A9 ¿Cuántas hijas/ os nacidos vivos tuvo Ud.? N° de hijos.....

A10a ¿Vive su padre? Si No

A10b ¿Qué edad tenía Ud. cuando el murió?

A10c ¿Recuerda cuál fue la causa de su muerte?

A11a ¿Vive su madre? Si No

- A11b ¿Qué edad tenía Ud. cuando ella murió?
- A11c ¿Recuerda cuál fue la causa de su muerte?
- A12 En caso de tener un problema de salud, ¿quién piensa que lo podría ayudar?

SECCION B – ESTADO DE SALUD

Ahora quisiera hacerle unas preguntas sobre su salud

- B1a Diría Ud. que su salud es
"¿Qué tal se encuentra?"
- | | |
|------------------|---|
| Excelente..... | 1 |
| Muy buena..... | 2 |
| Buena..... | 3 |
| Regular..... | 4 |
| Mala..... | 5 |
| No sabe..... | 6 |
| No responde..... | 7 |
- B1b Si compara su salud con la que Ud. tenía de hace doce meses Ud. diría que su salud es mejor/ igual o peor que entonces
"¿Qué tal estaba hace un año?"
- | | |
|------------------|---|
| Mejor..... | 1 |
| Igual..... | 2 |
| Peor..... | 3 |
| No sabe..... | 4 |
| No responde..... | 5 |
- B1c Si compara su salud con otras personas de su edad, Ud. diría que su salud es mejor, igual o peor.
"¿Cree Ud. que está mejor o peor que la gente de sus edad?"
- | | |
|------------------|---|
| Mejor..... | 1 |
| Igual..... | 2 |
| Peor..... | 3 |
| No sabe..... | 4 |
| No responde..... | 5 |
- B2 ¿Alguna vez un médico o enfermera le dijo que tiene la PA alta? Si No NS NR
- B2a ¿Está tomando algún medicamento para bajar la PA? Si No NS NR
- B2b ¿Está su PA generalmente controlada? Si No NS NR

B3	¿Alguna vez un médico o enfermera le ha dicho que Ud. tiene diabetes, es decir niveles altos de azúcar en sangre?	Si	No	NS	NR
B3a	Con el fin de controlar sus niveles de azúcar, ¿toma medicamentos orales?	Si	No	NS	NR
B3b	Con el fin de controlar sus niveles de azúcar, ¿se pone inyecciones?	Si	No	NS	NR
B3c	Con el fin de controlar la diabetes, ¿ha bajado de peso o seguido una dieta especial?	Si	No	NS	NR
B4	¿Alguna vez un médico le ha dicho que Ud. tenía cáncer o un tumor maligno?	Si	No	NS	NR
B5	¿Alguna vez un médico o una enfermera le ha dicho si tiene alguna enfermedad pulmonar crónica tal como bronquitis o enfisema?	Si	No	NS	NR
B5a	¿Por esta causa recibe oxígeno?	Si	No	NS	NR
B5b	¿Por esta causa recibe fisioterapia respiratoria?	Si	No	NS	NR
B6	¿Alguna vez un médico o una enfermera le dijo si ha tenido un ataque al corazón, una enfermedad coronaria, angina, enfermedad congestiva u otros problemas del corazón?	Si	No	NS	NR
B7	¿Alguna vez un médico o una enfermera le dijo si ha tenido una embolia, un derrame, un ataque cerebral, una isquemia o trombosis cerebral?	Si	No	NS	NR

B8	¿Alguna vez un médico o enfermera le ha dicho si tiene artritis, reumatismo o artrosis?	Si	No	NS	NR
B8a	¿Tiene dolor, hinchazón o rigidez en las articulaciones?	Si	No	NS	NR
B8b	¿Toma algún medicamento por estos problemas?	Si	No	NS	NR
B9	¿Cuántas veces se ha caído en los últimos 12 meses?	Si	No	NS	NR
B9a	¿Se lastimó en alguna de estas caídas, de forma que necesitó ver a algún medico?	Si	No	NS	NR
B10	En los últimos 12 meses, ¿se fracturó la cadera?	Si	No	NS	NR
B10a	En los últimos 12 meses, ¿se fracturó la muñeca?	Si	No	NS	NR
B10b	¿Alguna vez un médico le dijo que tenía osteoporosis?	Si	No	NS	NR

En los últimos 12 meses , ha tenido usted.....		Si	No	No sabe	No responde
B11a	dolor en el pecho?				
B11b	hinchazón persistente de pies y tobillos?				
B11c	le ha faltado la respiración estando despierto?				
B11d	mareos persistentes?				
B11e	dolor o problemas de espalda?				
B11f	dolor de cabeza persistente?				
B11g	fatiga o cansancio severo?				
B11h	tos persistente, flemas o silbido en el pecho?				
B11i	problemas en las articulaciones (cadera, rodilla, codo, muñeca, etc.)				

B11j	nausea persistente y vomito?			
B11k	transpiración excesiva o sed persistente?			

B12 Listado de fármacos que el encuestado está tomando

B13 "Qué tal ve de lejos?"

Excelente..... 1
Muy buena..... 2
Buena..... 3
Regular.....4
Mala..... 5
No responde..... 6

B13a ¿Usa Ud. gafas para ver de lejos? Si No NS NR

B13b ¿Qué tal ve de cerca?

Excelente..... 1
Muy buena..... 2
Buena..... 3
Regular.....4
Mala..... 5
No responde.....6

B13c ¿Usa Ud. gafas para ver de cerca? Si No NS NR

B14 ¿Usa Ud. algún tipo de aparato para oír mejor? Si No NS NR

B14a En general. ¿diría Ud. que su audición es...?

Excelente..... 1
Muy buena..... 2
Buena..... 3
Regular.....4
Mala..... 5
No responde.....6

B17a ¿Alguna vez un doctor o enfermera le ha dicho si tiene algún problema nervioso o de memoria?

Si No NS NR

B17b ¿Tiene Ud. tratamiento psiquiátrico o psicológico por este problema?

Si No NS NR

B17c Durante los últimos 12 meses. ¿ha tomado alguna medicina contra la depresión?

Si No NS NR

B11a Usualmente no nos gusta hablar de esto, pero necesito saber para el estudio, si durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido algún escape involuntario?

Si No NS NR

B11b ¿Cuántas veces le ha sucedido en el último mes?

Menos de 5 días1
Entre 5 – 14 días..... 2
Mas de 15 días.....3
No sabe..... 4
No responde.....5

SECCION C – Nutrición

C1 ¿Cuántas comidas completas toma al día?

Una comida.....1
Dos comidas..... 2
Tres o más..... 3
No sabe..... 4
No responde..... 5

C6 ¿Cuántos vasos o tazas de líquido consume Ud. diariamente?

Menos de 3..... 1
De 3 a 5..... 2
+ de 5..... 3
No sabe..... 4
No responde..... 5

C7 En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha tenido que comer menos o cambiar de comida por culpa de sus dientes?

- Siempre..... 1
- Frecuentemente..... 2
- Algunas veces..... 3
- Rara vez..... 4
- Nunca..... 5
- No sabe.....6
- No responde.....7

C9 Respecto a su estado nutricional, ¿se considera Ud. bien nutrido? Si No NS NR

C10 ¿Le pone sal a la comida? Si No NS NR

SECCION D – Hábitos

D1 ¿Tiene Ud. o ha tenido el hábito de fumar? Fuma actualmente.....1
 Antes si, pero ya no.....2
 Nunca he fumado.....3
 No sabe.....4
 No responde.....5

D1a ¿Cuánto fuma diariamente?

D1b ¿Qué edad tenía Ud. cuando empezó a fumar? Edad en años.....

D1c ¿A qué edad dejó de fumar? Edad en años.....

D2 ¿Pertenece a alguna asociación de mayores? Si No NS NR

D2a ¿Le gustaría pertenecer? Si No NS NR

D2b En los últimos 12 meses ¿ha realizado alguna actividad, por lo menos una vez a la semana para distraerse (charlas, excursiones, cursos, partidas)?

Si No NS NR

D2c ¿Continúa haciéndolo? Si No NS NR

D2d ¿Por qué abandonó?.....

- D3 ¿Cada cuánto se asea completamente?.....
- D4 ¿Cada cuánto va a la peluquería?.....
- D5 ¿Cada cuánto va al podólogo?.....
- D6 ¿Cuántos días por semana anda?.....
- D6a ¿Hasta dónde?.....
- D6b ¿Trabaja en el campo?.....
- E1 ¿Se considera viejo? Si No
- E2 ¿Se considera mayor? Si No
- E3 ¿Qué hace que una persona se ponga vieja?.....
.....
- E4 ¿Qué opina de las residencias?.....
.....
- E4a ¿Iría Ud. a una residencia? Si No NS NR
- E8 ¿Cómo es su calidad de vida?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- E8a ¿De qué depende?
- E8b ¿A qué le tiene miedo?

Cuestionario de Fase 2

SECCION A – DATOS PERSONALES

Nº de cuestionario _____

Fecha __ / __ / ____

Municipio _____

Nombre del entrevistado _____

SECCION B – ESTADO DE SALUD

Ahora quisiera hacerle unas preguntas sobre su salud

- B1a Diría Ud. que su salud es
"¿Qué tal se encuentra??"
- | | |
|------------------|---|
| Excelente..... | 1 |
| Muy buena..... | 2 |
| Buena..... | 3 |
| Regular..... | 4 |
| Mala..... | 5 |
| No sabe..... | 6 |
| No responde..... | 7 |
- B1b Si compara su salud con la que Ud. tenía de hace doce meses Ud. diría que su salud es mejor/ igual o peor que entonces
"¿Qué tal estaba hace un año??"
- | | |
|------------------|---|
| Mejor..... | 1 |
| Igual..... | 2 |
| Peor..... | 3 |
| No sabe..... | 4 |
| No responde..... | 5 |
- B1c Si compara su salud con otras personas de su edad, Ud. diría que su salud es mejor, igual o peor.
"¿Cree Ud. que está mejor o peor que la gente de su edad?"
- | | |
|------------------|---|
| Mejor..... | 1 |
| Igual..... | 2 |
| Peor..... | 3 |
| No sabe..... | 4 |
| No responde..... | 5 |
- B12 Listado de fármacos que el encuestado está tomando

E8 ¿Cómo es su calidad de vida?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E8a ¿De qué depende?

Escala de Actividades Básicas de la Vida Diaria (Barthel)

ALIMENTACIÓN	
INDEPENDIENTE. Capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable.	10
AYUDA. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla...	5
DEPENDIENTE.	0
BAÑO	
INDEPENDIENTE. Se lava completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin una persona presente.	5
DEPENDIENTE.	0
VESTIDO	
INDEPENDIENTE. Se viste, se desnuda y ajusta la ropa. Se ata los zapatos. Se pone braguero o corse, si lo precisa.	10
AYUDA. Necesita ayuda, pero al menos la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable.	5
DEPENDIENTE.	0
ASEO PERSONAL	
INDEPENDIENTE. Se lava cara, manos y dientes. Se afeita y maneja el enchufe si usa máquina eléctrica.	10
DEPENDIENTE.	0
DEPOSICIÓN	
CONTINENTE. No presenta episodios de incontinencia. Si necesita enemas o supositorios, se arregla solo.	10
INCONTINENTE OCASIONAL. Episodios ocasionales o necesita ayuda para usar enemas o supositorios.	5
INCONTINENTE.	0
MICCIÓN	
CONTINENTE. No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, atiende a su cuidado solo.	10
INCONTINENTE OCASIONAL. Episodios ocasionales. Necesita ayuda en el uso de sonda o colector.	5
INCONTINENTE.	0
USO DEL RETRETE	
INDEPENDIENTE. Usa el retrete o cuña. Se sienta, se levanta solo o con barras. Se limpia y se pone la ropa solo.	10
AYUDA. Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa.	5
DEPENDIENTE.	0
TRASLADO SILLÓN - CAMA	
INDEPENDIENTE. No necesita ninguna ayuda. Si usa silla de ruedas, lo hace independientemente.	15
MÍNIMA AYUDA. Necesita una mínima ayuda o supervisión.	10
GRAN AYUDA. Es capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado.	5
DEPENDIENTE.	0
DEAMBULACIÓN	
INDEPENDIENTE. Camina al menos 50 metros independientemente o con ayudas (bastón, andador....).	15
AYUDA. Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión.	10
INDEPENDIENTE SILLA DE RUEDAS. Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros.	5
DEPENDIENTE.	0
ESCALERAS	
INDEPENDIENTE. Sube o baja escaleras sin supervisión aunque use barandilla o instrumentos de apoyo.	10
AYUDA. Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras.	5
DEPENDIENTE	0
PUNTUACIÓN TOTAL	

Escala de valoración de la función cognitiva (Pfeiffer)

Tabla 2. Cuestionario abreviado del Estado Mental de Pfeiffer.

Preguntas	Fechas		
1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (Día, mes y año)			
2. ¿Qué día de la semana es hoy?			
3. ¿Dónde estamos ahora?			
4. ¿Cuál es su número de teléfono?			
4a. ¿Cuál es su dirección? (Sólo si no tiene teléfono)			
5. ¿Cuántos años tiene?			
6. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Día, mes y año)			
7. ¿Quién es ahora el presidente del gobierno?			
8. ¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?			
9. ¿Cuáles son los dos apellidos de su madre? (Primero y segundo)			
10. Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar a 0			
PUNTUACIÓN: NÚMERO TOTAL DE ERRORES			

Escala para la valoración del riesgo de dependencia – Test de Barber

- 1 ¿Vive solo/ a?
- 2 ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda?
- 3 ¿Necesita de alguien que lo ayude a menudo?
- 4 ¿Hay mas de dos días a la semana que no come caliente?
- 5 ¿Le impide su salud salir a la calle?
- 6 ¿Tiene problemas de salud que le impidan valerse por si?
- 7 ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores?
- 8 ¿Le supone mucha dificultad la conversacion porque oye mal?
- 9 ¿Ha estado ingresado en el hospital en el ultimo año?

Diego Alejandro Bernardini Zambrini

Curriculum Vitae

FORMACION

1.1 Graduaciones Universitarias

- **Medico – Facultad de Medicina - Universidad de Buenos Aires – 1996**
Titulo homologado en España, con el de Licenciado en Medicina, en Mayo de 2004.
- **Kinesiólogo – Facultad de Medicina - Universidad de Buenos Aires – 1991**
Titulo homologado en España, con el de Fisioterapeuta, en Diciembre de 2003.

1.2 Formación de Postgrado

Programa de Doctorado “Avances en Medicina Interna” – Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca. *Periodo de Investigación - Director: Prof. Dr. Juan Macias Núñez*
Beca de la Universidad de Salamanca – Banco Santander Central Hispano.
2005-2008.

Grado de Salamanca – Diploma de Estudios Avanzados - “Identificación de personas mayores con alto riesgo de dependencia en medio rural. Aproximación al análisis de sus determinantes de salud”
Calificación: Sobresaliente Cum Laude
Septiembre de 2006.

Master en Gerontología - Universidad de Salamanca, Facultad de Psicología,
Beca del Ministerio de Asuntos Exteriores de España, Agencia Española de Cooperación Internacional (MAE AECI)
2003 – 2005.

Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza y Geneva Foundation Medical Education and Research, Universidad de Ginebra, Suiza.
From Research to Practice in Chronic Diseases, WHO/OMS - Curso de Entrenamiento de Postgrado.
Ageing and Life Course Program ALC/WHO y Universidad de Geneva.
Beca de selección y financiamiento World Health Organization OMS / WHO y Geneve Fondation of Medical Education and Research GFMER.
Marzo – Abril 2003.

Social Health Determinants Summer Course – University College of London - UCL
Londres – 2008.

Basics in Health Economy – World Bank Institute
Washington DC, USA – 2009.

Curso de postgrado en formación docente pedagógica – 420hs
Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires
1996 – 2001.

1.3 Especialización Médica

Medicina Familiar: Certificación pendiente ante la Asociación Argentina de Medicina Familiar.

Epidemiología de Campo: Residente por concurso, del Programa de Epidemiología de Campo del Ministerio de Salud de la Nación y la Universidad Nacional de Tucumán. (1er curso realizado durante 2003).

Medicina Deportiva: Curso Superior de Especialista en Medicina Deportiva, de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires, con aprobación de la Universidad de Buenos Aires y el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. (1er curso realizado durante 2002).

1.4 Sociedades Científicas

- Miembro de la Fundación Ginebrina para la Educación Médica y la Investigación.
- Miembro de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología.
- Miembro de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Miembro de la Asociación Argentino –finlandesa de Salud Pública.

1.5 Estancia de Investigación

Organización Mundial de la Salud – Programa de Envejecimiento y Curso de Vida – Ginebra Estancia de investigación desde 01 Mayo – 30 de Junio 2007-

Actividades realizadas:

- **Falls Prevention Project** – Marco para la planificación de políticas e intervenciones comunitarias – Documento de recomendación –
- **Primary Health Care Age Friendly** – Proyecto piloto de recomendaciones prácticas.
- Taller “PubMed”, “Beyond PubMed”, “End Note” –
- Asistencia a la **Asamblea Mundial de la Salud 2007**.
- **2nd World Day of Elder Abuse Prevention**.
- Asistencia a cursos cortos, reuniones técnicas y seminarios.

1.6 Otros Cursos Universitarios de Postgrado

Asignatura “Envejecimiento y Tercera Edad” –Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires –Cursante Libre. 2001.

Curso Básico de Medicina Aeronáutica – 258hs

Instituto Nacional de Medicina Aeroespacial – Fuerza Aérea Argentina (FAA) – Universidad de Buenos Aires - Licencia de “Examinador Médico de Aviación” 2000.

Seminario de Evacuación Aeromédica – 224hs

Instituto Nacional de Medicina Aeroespacial – Fuerza Aérea Argentina (FAA) – Universidad de Buenos Aires 1999.

Curso Universitario Anual de Medicina Familiar- 102hs

Universidad de Buenos Aires – Asociación Argentina de Medicina Familiar – CEMIC 1999.

Curso Universitario Anual de Medicina Familiar – 128hs

Hospital Italiano de Buenos Aires – Universidad de Buenos Aires – Asociación Argentina de Medicina Familiar 1996.

2 ACTIVIDAD PROFESIONAL PREVIA A ESPAÑA, EN ARGENTINA

Medico Residente del Programa de Residencia en Epidemiología de Campo (PRESEC), Ministerio de Salud de la Nación y Universidad Nacional de Tucumán.

Responsable de contenidos, diagramación y locución del Microprograma radial “Curarse en Salud” Difusión en 240 radios del interior del País, con una audiencia aprox. de 3.200.000 oyentes. Único medio en su tipo en el País desde Octubre de 2002- 2004.

Practica privada de la medicina y rehabilitación.

Tareas de voluntariado

- Programa de Prevención de Incidentes en Montaña, Club Andino Bariloche, Bariloche, Patagonia Coordinador y asesor técnico del Registro Epidemiológico de Incidentes, Temporada 2003 - 04

- Consultor Medico del Website fcmx.com, aventurarse.com, triamax.com.

- Medico de expedición, grupos juveniles club Náutico Hacoaj y club Hebraica, Patagonia, 2003.

- Director medico del 10km Cross Country Nike, Buenos Aires, Noviembre 2002

-- Docente invitado Curso de Alta Montaña, Centro Andino de Buenos Aires, 2002.

- Medico consulto de la Compañía de Cazadores de Alta Montaña, Ejercito Argentino, Puente del Inca, Mendoza, 2003.

3 ACTIVIDAD DOCENTE

3.1 Universidad de Salamanca, España

3.1.1 Facultad de Medicina –Asignatura Geriatria – 2003-2008

- *Coordinador de trabajos prácticos.*
- *Docente a cargo de clase teórica.*
- *Coordinador de actividades de investigación .*

3.1.2 Facultad de Psicología – Carrera de Terapia Ocupacional Asignatura Geriatria – 2003 -2008

- *Coordinador de trabajos prácticos.*
- *Docente a cargo de clase teórica.*
- *Coordinador de actividades de investigación.*

Docente invitado de la asignatura Historia de América, Facultad de Geografía y docente invitado del Máster de Estudios de Iberoamérica y Portugal, Universidad de Salamanca 2006-07.

3.1.3 Adventia European Collage of Aeronautics

Asignatura Human Performance and Limitation (Aviation Medicine) – 2005 - 2007

- *Docente a cargo del contenido pedagógico.*

3.2 Universidad de Buenos Aires

3.2.1 Facultad de Medicina –

Departamento de Medicina Familiar – 1998 hasta 2002

- Médico a cargo de alumnos en consultorio privado.
- Examinador de exámenes finales teóricos.

Departamento de Anatomía – 1990 / 1995

- Docente de trabajos prácticos con alumnos a cargo.
- Docente de la Escuela de Ayudantes de Anatomía. Área Ap. Locomotor.
- Tareas de disección.
- Examinador de exámenes parciales prácticos y teóricos.

3.2.2 Escuela de Kinesiología y Fisioterapia –

Docente de la Cátedra Semiopatología Quirúrgica Kinésica 1989 / 1990

Docente de la Cátedra Biomecánica y Anatomía Funcional 1990 / 1992

Docente de la Cátedra Kinefilaxia 1992 / 1996

- Docente a cargo de clases teóricas y prácticas
- Examinador de exámenes parciales prácticos.

3.3 Universidad de Belgrano – Facultad de Postgrado, Curso de doctorado en Sociología 2008.

3.4 Programa de Capacitación para Médicos de Cabecera, dictado por la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires Docente Invitado 1999 / 2002

- Tema: Actividad física, calidad de vida, prescripción, recomendaciones.

3.5 Universidad Adventista Del Plata – Facultad de Medicina – Pcia. Entre Ríos

Docente del Curso de Postgrado “Aptitud Física y Salud” 1996 / 1997

- Temáticas: Actividad física, envejecimiento, prescripción del ejercicio.

3.6 Instituto Nacional de Educación Física “Prof. E. Romero Brest”.

Docente de las materias “Análisis del Movimiento” y “Educación Sanitaria y Primeros Auxilios”

Cargo: Profesor Interino 1993 / 1995

- Docente de clases teóricas.
- Planificación de contenidos y objetivos de las materias.
- Examinador de exámenes de las materias y materias biológicas afines.

4 ACTIVIDAD ACADÉMICA

4.1 Disertaciones en:

< **Simposio Internacional Iberoamericano Japonés sobre geriatría y gerontología** – Como estamos formando a nuestros profesionales ? Desde la Evidencia a la práctica – Buenos Aires – Noviembre 2008.

< **Congreso Anual de la Asociación Mexicana de Geriatría y Gerontología-** “La formación de recursos humanos de cara al envejecimiento poblacional” – Disertante invitado- Agosto – Tlaxcala, México 2008.

< **5to Curso extraordinario de la Universidad de Salamanca “Geriatría Clínica – Dependencia”** “La dependencia en el médico comunitario” – Disertante invitado – Abril – Salamanca, España 2008.

<10ms **Jornadas Regionales – Junta de Castilla y Leon/ Unión General de Trabajadores** – “Significación de la valoración geriátrica integral en el anciano frágil en el medio rural” – Disertante invitado – Noviembre – Salamanca, **España 2007**.

< **3rd Silver Economy European Conference** – La formación en geriatría – Disertación – Noviembre - Sevilla, **España 2007**.

<14º **Congreso Latinoamericano de Nutrición – Disertante invitado al Simposio de Envejecimiento y nutrición-España: Modelo de cambio social y su impacto en la salud nutricional. De la teoría a la práctica.** – Florianópolis, **Brasil – Noviembre 2006**.

<**Conferencia por invitación en Facultad de Medicina CLAEH** – “la importancia de la geriatría en la formación medica actual” – Noviembre – Punta del Este, **Uruguay 2006**.

< **II Congreso MERCOSUR de Geriatría y Gerontología y III Congreso Uruguayo de Gerontología y Geriatría – Disertante invitado** “Reunión Ibero Latinoamericana de Docentes de Geriatría” – Punta del Este, **Uruguay – Octubre 2006**.

< **Docente invitado** a la Maestría de Estudios Latinoamericanos, Instituto de Estudios de Ibero América y Portugal, Universidad de Salamanca – **Octubre 2007**.

< **Asamblea Nacional de IFMSA – Spain** (Internacional Federation Medical Students Association) España – Invitado – Universidad de Oviedo – Oviedo – Octubre, **España 2005**.

< **X Congreso Argentino de Geriatría y Gerontología – La formación geriátrica en pre grado-** Disertante Invitado – Septiembre, Mar del Plata, **Argentina – 2005**.

< **Facultad de Geografía e Historia - Carrera de Historia - Asignatura Historia de América Latina.** Invitado, “El escenario de la salud en América Latina” - Clase Inaugural Curso 2005-06 – **Salamanca**.

< **XVIII Congreso Mundial de Gerontología, Internacional Association Gerontology** Coordinador por invitación del Simpósio “Rehabilitación Preventiva: De que se trata?” Junio 26 – 30, Rio de Janeiro, **Brasil 2005**.

< **Instituto Universitario ISALUD - Maestría de Gestión de Servicios en Gerontología Seminario por invitación:** “Actualización en prevención y detección de personas con alto riesgo de dependencia en la comunidad. Aspectos relacionados con la Intervención comunitaria y la formación profesional. - Junio 24, **Buenos Aires – 2005**.

< **Instituto de Estudios de Ibero América y Portugal – Universidad de Salamanca** Día Mundial de la Salud - Conferencia por invitación “La salud de América Latina, presente y futuro” Salamanca - 7 Abril, **España 2005**.

< **I Semana Intercultural - Mesa de Debate** – Invitado – Universidad de Valencia – Valencia – **España 2004**.

< **XLV Asamblea Nacional de IFMSA** (Internacional Federation Medical Students Association) España – Workshop Envejecimiento – Invitado – Universidad de Alcalá – Alcalá de Henares – **España 2004**.

< **IV Congreso Europeo CEISAL de Latinoamericanistas** – “Envejecimiento Activo: Filosofía y perspectivas” – Bratislava – **Eslovaquia 2004 - Asistencia financiada por la Universidad de Salamanca**.

< **XLVI Congreso de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología - “Redes en Gerontología, una experiencia de integración e intercambio”** – Las Palmas de Gran Canaria – **España 2004**.

< **14tas Jornadas Anuales de estudiantes de Kinesiología y Fisioterapia de la Universidad de Buenos Aires** – Ceremonia Inaugural – Invitado – **Buenos Aires 2003**.

< Club Andino de Bariloche – Programa de Prevención de Accidentes en Montaña – **Taller Programa de Registro de Incidentes en Montaña (PRIM 2003-04)** – Bariloche, **Patagonia 2003.**

< Congreso Latinoamericano de Geriátría y Gerontología – COMLAT -International Association of Gerontology – Expositor – **“Redes y Construcción de Capacidades en Educación Médica”** – Santiago – **Chile 2003.**

< Postgraduate Training Course in Chronic Diseases – Expositor- **“Capacity Building, What kind of health professional we needed, focus on primary care”** – Organización Mundial de la Salud OMS/WHO y Geneva Foundation of Medical Education and Research – Ginebra – **Suiza 2003.**

< 1er Congreso de la Sociedad Argentina de Medicina de Montaña - Expositor – **“Certificado Médico de Aptitud para Deportes de Montaña”, “Evacuación Aeromédica” y “Carreras de Aventura, Entrenamiento Físico, Técnico y Psíquico”** – Mendoza – **Argentina 2002.**

< **Congreso Anual de la Asociación Argentina de Medicina Familiar, AAMF – Expositor - “Muerte Súbita en Jóvenes Deportistas” y “Certificado de Aptitud Física” - Córdoba – Argentina 2001.**

< Congreso Anual de la Asociación Argentina de Medicina Familiar AAMF – Expositor – **“Prescripción del Ejercicio en Adultos, Consensos y Recomendaciones Actuales”** - Buenos Aires – **Argentina 2000.**

< Congreso Anual de la Asociación Argentina de Medicina Familiar, AAMF – Expositor – **Workshop “10 Problemas Médico Deportivos en el Consultorio”** - Mendoza – **Argentina 1999.**

< 1ras Jornadas sobre Calidad de Vida en la Tercera Edad – Universidad de Buenos Aires - Expositor– **“Actividad Física y Calidad de Vida, una cuestión de educación”**- Bs. As, **Argentina 1999.**

< Congreso Internacional Aniversario del Instituto de Educación Física “Prof. E. Romero Brest” – Expositor- **“Actividad Física y Embarazo en el Siglo XXI”** - Buenos Aires - **Argentina 1996.**

< Congreso Latinoamericano de Kinesiología y Fisioterapia – Invitado – **“Isosinécia como metodología de rehabilitación”** - Santiago – **Chile 1994.**

< 8va Gimnasiada Panamericana – Expositor – **“Actividad física en las distintas etapas del desarrollo”**- Bogota – **Colombia 1994.**

< **Congreso Panamericano de Educación Física – Expositor – “Presencia de lesión por sobreuso en adultos que realizan actividad física aeróbica”** - **San José** – Costa Rica 1993.

< Jornadas de Actualización en Rehabilitación – Expositor – **“Actualización en Isocinécia”** - Fundación MAPFRE – Buenos Aires - **Argentina 1992.**

< Congreso Latinoamericano de Kinesiología y Fisioterapia – Expositor - Montevideo – **Uruguay 1991.**

< Jornadas Anuales de Medicina Deportiva – Expositor - Facultad de Medicina – UBA – **Argentina 1991**

< Ciclo de Orientación Vocacional de la Universidad de Buenos Aires para el CBC – Expositor Invitado - **Argentina 1990.**

< 2do Congreso Latinoamericano de Estudiantes de Kinesiología – Expositor – Córdoba – **Argentina 1989.**

< 1er Congreso Latinoamericano de Estudiantes de Kinesiología – Expositor Delegado de la Comisión de Asuntos Académicos – Santiago – **Chile 1988.**

4.2 Presidencia de Mesas

< **Chairman of Invited Symposia** “Preventive Rehabilitation: What does it mean? - XVIII Congreso Mundial de Gerontología, Internacional Gerontology Association , **Río de Janeiro, Brasil – 2005.**

4.3 Reuniones Técnicas

< **IV Simposio Internacional de Educación Médica Geriátrica** – Fundación Academia Europea de Yuste - Reunión técnica de educación médica por invitación – Mayo – Yuste - **España 2006.**

< **Sociedad Castellano Leonesa de Médicos de Familia – Presentación ante PACAP (Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria** – Resultados preliminares de la tesina – Abril, **Valladolid 2006.**

< **III Simposio Internacional de Educación Médica Geriátrica** – Fundación Academia Europea de Yuste - Reunión técnica de educación médica por invitación – Octubre – Yuste - **España 2005.**

< **Moving Toward Implementation of the MIPAA (Madrid International Plan of action on Ageing)** 1ra Edición – Organizado por Naciones Unidas, IMSERSO e Institut Catala de Enveïllement – Disertación: “Educación Médica y envejecimiento, un par estratégico en la construcción del futuro” **Seminario por invitación – Madrid – España 2004.**

< **Ageing in the Americas: Challenge to Health** – Universidad de Miami y Organización Panamericana de la Salud OPS/PAHO – **Invitado Oficial en Representación del Ministerio de Salud y Medio Ambiente - Argentina – Miami – USA 2003.**

4.4 Organización de jornadas, seminarios y/o conferencias

< **Geriatría Clínica, patologías prevalentes del envejecimiento – Co morbilidad – Curso extraordinario** – Miembro Comité Organizador Facultad de Medicina.- Universidad de Salamanca - **Marzo – Salamanca - 2007.**

< **Geriatría Clínica, patologías prevalentes del envejecimiento – La Cronoterapia - Curso extraordinario** – Miembro Comité Organizador Facultad de Medicina.- Universidad de Salamanca - **Marzo – Salamanca - 2006 .**

< **Geriatría Clínica, patologías prevalentes del envejecimiento – HTA e Incumplimiento terapéutico** **Curso extraordinario** – Miembro Comité Organizador Facultad de Medicina.- Universidad de Salamanca - **Marzo – Salamanca - 2005 .**

< **Seminario de Actualización en Geriatría y Gerontología** – Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires – Coordinador - Octubre, Buenos Aires- **Argentina 2005**

< **Conferencia “El Envejecimiento en las Americas”, Organizador y coordinador** Dra. Martha Peláez, Directora Regional del Programa de Envejecimiento y Salud. Organización Panamericana de la Salud OPS/ OMS, Washington. **Salamanca - Abril 26 – 2004.**

< **Seminario “La Salud y el Impacto de las Migraciones” – Organizador y coordinador** Eduardo Sabate MD MPH MBA, Funcionario médico de la NCD/ OMS Geneva – Suiza Lic. Mercedes Lovera, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid – España

Salamanca - Abril 03 – 2004. - <http://www.usal.es/infoprensa/imagenes/archivos/35953.jpg>

< **1er Seminario de Ciencias del Deporte y Carreras de Aventura** – Coordinador Académico y Disertante – Universidad Torcuato Di Tella – Buenos Aires – **Argentina 2002 .**

< *Iras Jornadas Metropolitanas de Estudiantes de Kinesiología* – Presidente de la Comisión Organizadora Facultad de Medicina - UBA - Argentina 1990

4.5 Cursos impartidos

< *Geriatría Clínica, patologías prevalentes del envejecimiento – Fragilidad – Curso extraordinario – “La fragilidad en el medio comunitario”*, Noviembre, Salamanca - 2007.

< *Curso de formación de Cuidadores a Domicilio - Iniciativa Valórate, Modulo Fisioterapia, 30hs – Diputación Provincial de Salamanca - Guijuelo, Salamanca – Abril, 2007.*

< *Curso “Trabajo Social y dependencia. En el ámbito de los cuidados informales: un desafío para el futuro” – Universidad de Oviedo, Escuela Universitaria de Trabajo Social de Gijón – Mayo, España 2006.*

< *1er Curso Introductorio de Medicina Deportiva & Deportes de Aventura – Expositor – Tandil - Argentina 2002.*

4.6 Comunicaciones en Congresos

“Condiciones de morbilidad y frecuencia de síntomas en una cohorte de mayores de medio comunitario rural de Salamanca.” Bernardini D., Martin Serna A., Macias Núñez JF. Congreso de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología – SEGG- Granada 2008.

Detección y sospecha de abuso y maltrato, a través de la valoración geriátrica de un programa de intervención comunitaria institucional”. Bernardini D., Hermida T., Macias Núñez JF. Congreso de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología – SEGG- Granada 2008.

Prescriptions use in community older people of rural areas, Salamanca Province, Spain. Bernardini D., Martin Serna A., Macias Núñez JF., European Congress of Gerontology – San Petersburg, Russia 2007.

“Efectos terapéuticos de la dinámica de la risa sobre el estado de ánimos de un grupo de población mayor” Santos Marcos P., Sanz Herrador L., Cid López I., Bernardini DA, Llorente Pascual. Congreso Sociedad Española de Geriatría y Gerontología – Mallorca 2007.

“Educación Médica Geriátrica: Resultados de una intervención para el cambio de actitudes en estudiantes de medicina de la Universidad de Salamanca, España” – Bernardini D., Jáuregui R., Kaplan R., Macias Nuñez JF:- Congreso Panamericano de Geriatría y Gerontología – Puebla, México – 2007.

Listas de espera quirúrgica – Registro de percepción entre la población de mayores de medio comunitario urbano de la ciudad de Salamanca. XLVIII Congreso de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología Bernardini D., Macias Núñez JF., Alvarez Gregori J. - Pamplona – España 2006.

Actitudes hacia los mayores en estudiantes de carreras relacionadas a la salud de la Universidad de Salamanca, España- XLVII Congreso de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología – Málaga – España 2005.*

**Estudio colaborativo entre la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca y la Organización Mundial de la Salud, Programa de Envejecimiento y Curso de Vida - OMS/ Ginebra.*

Bernardini D.^{o}, Moraru M^{**}, Macias Nuñez J.F.^{*}, Kalache A[‡]
Rev Esp Geriatr Gerontol.2005;40(supl 1), 44.*

“Alertas de Noticias”, un servicio del motor de búsqueda Google. Utilidad en geriatría y gerontología.

Bernardini D, Macias Núñez JF, Kaplan R. XLVII Congreso de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología – Málaga – España 2005.*

Rev Esp Geriatr Gerontol.2005;40(supl 1), 43.

Participación de estudiantes en un proyecto de investigación geriátrica. Reflexiones de un aprendizaje conjunto. Bernardini D., Macías Nuñez JF., Kaplan R.* XLVII Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología – Málaga – España 2005.
Rev Esp Geriatr Gerontol.2005;40(supl 1), 31.

“Salamanca Enseña”. Revista comunitaria de mayores del Centro de Día para PP.MM. “Salamanca”. Santos Marcos P**, Castela González M***, Bernardini D. - XLVII Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología – Málaga – España 2005.
Rev Esp Geriatr Gerontol.2005;40(supl 1), 40.

“Redes en Gerontología, una experiencia de integración e intercambio” - Bernardini D., Quiroz L., Gullías F., Suárez A., Escarai G. - XLVI Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología - Las Palmas de Gran Canaria – España 2004
Rev .Esp. Geriatr Gerontol 2004;39(Supl 2):10-58, 35.

“Noticias publicadas sobre envejecimiento en www.imsersomayores.csic.es. Un año de análisis descriptivo” Bernardini D., Quiroz L., Gullías F., Suarez A. - XLVI Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología - Las Palmas de Gran Canaria – España 2004
Rev .Esp. Geriatr Gerontol 2004;39(Supl 2):10-58, 54.

4.7 Pósters

“Valoración geriátrica de un programa de servicio de comidas a domicilio de un ayuntamiento local para personas mayores” Bernardini D., Hermida T., Macías Nuñez JF. – III Congreso de la Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG) Oviedo 2008.

“Prevalencia de caídas en población rural mayor. Estudio de corte transversal en la Provincia de Salamanca. Bernardini D., Martín Serna A., Macías Nuñez JF.. - XLIX Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología - Palma de Mallorca 2007.

“Identificación de adultos mayores con trastornos neuropsiquiátricos en medio comunitario rural – Estudio de corte transversal” – Bernardini D., Martín Serna A., Macías Nuñez JF., II Congreso de la Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG) Madrid 2006.

“Alertas de Noticias”, un servicio del motor de búsqueda Google. Utilidad en geriatría y gerontología. Bernardini D, Macías Nuñez JF, Kaplan R XVIII Congreso Mundial de Gerontología, International Gerontology Association - Rio de Janeiro, Brasil, 2005.

4.8 Participación

< II Annual Meeting of HEPA Europe (European Network for the Promotion of Health Enhancing Physical Activity) – Asistente – Tampere – **Finlandia 2006.**

< X Congreso Argentino de Geriatria y Gerontología – Coordinador de la Sección de estudiantes de la Sociedad Argentina de Geriatria y Gerontología (en formación) Invitado – Mar del Plata - **Argentina 2005.**

< II Encuentro de Becarios MAE AECE – Asistente por invitación – Instituto Gallego de Cooperación Internacional – Santiago de Compostela – **España 2004.**

< Seminario Internacional sobre Conocimiento e Investigación en el Envejecimiento – Universidad de Salamanca – **España 2003.**

< **International Introductory Team Physician Course – American College Sport Medicine – Asistente – Argentina 2001.**

< **Congreso Anual de la American Academy Family Physician – Asistente - Dallas – USA 2000.**

< **Congreso Anual de la American Academy Family Physician – Asistente - Orlando – USA 1999.**

< **Family Practice Board Review – American Academy Family Physician - Asistente - Seattle – USA 1999.**

< **Congreso Anual de la American Academy Family Physician – Asistente - Bs. As – Argentina 1997.**

< **International Pre Scientific Olympic Congress – International Council Sport Science and Physical Education & Cooper Aerobic Clinic - Asistente - Dallas – USA 1996.**

< **Congreso Anual de la Asociación Argentina de Medicina Familiar – Asistente - Bs. As – Argentina 1996.**

< **Simposio Bianual de Medicina Deportiva – Asistente - CELAFISC – San Pablo – Brasil 1994.**

Publicaciones

Medical doctors migrations. Are we acting late? Introductory study on causes and reasons in advanced medical students from 11 universities of Spain. Bernardini Zambrini DA, Barengo NC, Bardach A., Hanna M., Macias Núñez JF – (Submitted) –

Inequidad en salud y educación Análisis introductorio de cara a un modelo de país. Bernardini DA., Pedrosa F. (In press Revista Evidencia en atención primaria y practica ambulatoria)- LILACS-

Rural Health Primary Health Care Centres, Irresolute intern scenario of conflicts. - Journal of the Spanish Society of General and Rural Medicine – SEMERGEN 2009;35(1)105-06.

The National Health System, the offences and we.....the doctors. Bernardini Zambrini DA. Journal of the Spanish Society of General and Rural Medicine – SEMERGEN 2009;35(3):161.

Are the medical students' attitudes towards older people are modifiable? The University of Salamanca's experience. Bernardini Zambrini DA., Moraru M., Macias Núñez JF. (In press Educación Medica) – SCIELO –

The problem of waiting list. Perceptions in elderly people of a urban community. Bernardini Zambrini DA., Bardach A., Barengo N., Macias Núñez JF. Aten. Primaria 2008; 40 (10):531-7 – PUBMED-

El medio ambiente como determinante de la salud. Bernardini Zambrini DA. Bernardini T. ENRED, Revista digital de la Universidad de Salamanca. Abril 2008.

Latinoamérica, becas e inversión estratégica. Bernardini Zambrini DA. ENRED, Revista digital de la Universidad de Salamanca – Abril 2008.

Attitudes towards the elderly among university students of health care related studies at the University of Salamanca, Spain. – Bernardini Zambrini DA., Moraru M., Hanna M., Kalache A., Macias Nunez JF. J Contin Educ Health Prof 2008; 28(2):86 –PUBMED –

Identificación de mayores con trastornos mentales y su relación con auto percepción de salud en medio comunitario rural Estudio de corte transversal. Bernardini Zambrini DA, Martín Serna A., Macias Núñez JF. Journal of the Spanish Society of General and Rural Medicine – SEMERGEN 2008; 34 (10):475-7.

Health workers, their migration and its consequences. Bernardini Zambrini DA. – Aten. Primaria 2007;39(12)667-8 – PUBMED-

Vientos de cambio en la Asamblea Mundial de la Salud 2007. Bernardini Zambrini DA. – Revista Evidencia en atención primaria y practica ambulatoria, 2007,(10)3;68. –LILACS-

"News alert": a Google search engine service. Its utility in geriatrics and gerontology. Bernardini Zambrini DA., Macias Núñez JF: Aten Primaria. 2006;38(6) | 363-4 – PUBMED -

Isokinetic as methodology of rehabilitation: its current status in Argentina. Bernardini D. Revista Argentina de Medicina del Deporte;15(47):46-53, 1992 – LILACS 207604

Libros y Capítulos de Libros

“Atlas Mundial de la Salud” –

FUNDADEPS – Ministerio de Sanidad y Consumo de España – Fundación Astra Zeneca

Hernán Díaz, Diego Bernardini

Ediciones SM 2007 – ISBN 978 84 675 2239 6

“Geriatría desde el Principio” – Libro de texto para estudiantes de medicina –

Prof. Dr. Juan F. Macías Núñez Editor – 2da Edición – Doyma Ediciones 2005

- Cáp. “Envejecimiento Activo: Filosofía y perspectivas futuras”, en colaboración con el Dr. Alex Kalache, Coordinador de Envejecimiento y Ciclo de Vida, Organización Mundial de la Salud, / Geneva.

-Cáp. “Introducción a la Rehabilitación Geriátrica”, en colaboración con el Dr. José Calvo, Profesor de la Escuela de Fisioterapia de la Universidad de Salamanca

-Cap. “Inmovilidad”, en colaboración con el Prof. Dr. Roberto Kaplan, Profesor visitante de la Universidad de Salamanca y Presidente de la Sociedad Argentina de Geriatría y Gerontología

Editor del CD de apoyo audiovisual para la docencia “Geriatría desde el Principio”

Edición 2004