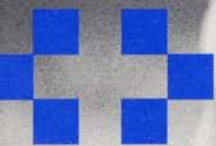


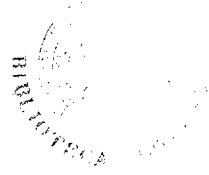
SERIE
Epidemiológica



Servicio
Canario de Salud



Situación Funcional de los
Ancianos en Canarias 1994



Situación *Funcional* de los Ancianos en *Canarias* - 1994

Basilio Javier Anía Lafuente
y el grupo de investigación de la Sociedad Canaria
de Geriátría y Gerontología

UNIVERSIDAD DE LAS ISLAS CANARIAS
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
LIBRO DE REGISTRO
204.490
204.495

Edita: Servicio Canario de Salud
Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales
del Gobierno de Canarias

Coordinación: Imaco 89

Realización: Daute Diseño

Foto portada: Andrés Solana

Impresión: San Nicolás, S.A.

Depósito Legal: G.C. - 189 - 1995

I.S.B.N. 606-22771-1

Investigador Principal:

Basilio Javier Anía Lafuente

Equipo de Investigadores (por orden alfabético):

Carmen Dolores Acosta Morales
Teresa Aparicio Hernández Lastras
María Ángeles Arbona Illada
José Antonio Benítez del Rosario
Ana Isabel Camacho Rodríguez
Elisa Isabel Corujo Rodríguez
Olga Fernández Duque
Leoncia Guerra Hernández
María Dolores González Bermúdez
Lucas González Caballero
Domingo de Guzmán Pérez Hernández
Pilar Mercadal Fañanás
Patricia Morales Rodríguez
Carmen Ortiz Martín
Carlos Prieto Quintana
Sinforiano Rodríguez Moreno
Gladys Rodríguez Saavedra
José María Saavedra Rodríguez
Ángel Julio Santana Santana
Amparo Serrano Sánchez
Miguel Eduardo Socorro Monzón
José Luis Suárez Almenara
José Manuel Zerolo López

Este Proyecto de Investigación ha contado con el apoyo institucional de la Sociedad Canaria de Geriátría y Gerontología, y se ha llevado a cabo con la ayuda de una beca de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales del Gobierno de Canarias, obtenida tras concurrencia pública con otros proyectos de investigación.

Estas apariciones que ya hacemos vanidad de despreciar, eran la gran quimera de nuestros Abuelos, y fueron miradas en estos dos últimos Siglos con tanta seriedad, que muchas personas prudentes creyeron, debían sacrificar con honor su caudal y su mismo reposo a un descubrimiento, en que interesarían servir a la Nación, y hacer de camino su fortuna. La primera expedición, que yo sepa, fue la de Fernando de Troya y Fernando Álvarez, vecinos de Canaria, en 1526; y ésta, que nos da pruebas de la constancia de ánimo de aquellos hombres, es la que debemos siempre mirar como la menos infructuosa de todas cuantas después se han hecho con igual designio; porque, no habiendo encontrado ni la sombra de semejante Isla, trajeron a sus casas la sólida gloria de un desengaño que les hubiera agradecido el Público, si la fantasma de la tierra aparente no tuviese en sí misma el secreto de encantar a cuantos la ven. Ésta ganaba con sus sofisterías tanto terreno, que se creyó prudencia dudar antes de la mala conducta de los Exploradores que de la fidelidad de los propios sentidos; así como en 1570 fueron las apariciones de la Isla de San Borondón tan repetidas y claras, que produjeron en todos los ánimos casi por contagio un prurito de curiosidad, que tenía mucho de impaciencia, se procuró dar en la materia los pasos que debían ser decisivos.

Noticias de la Historia general de las Islas de Canaria
José del Álamo Viera y Clavijo

Agradecimientos

A los ayuntamientos colaboradores, por permitirnos el acceso a la consulta de sus padrones municipales así como por la ayuda recibida, en especial de sus departamentos de Trabajo Social. Mención aparte merece D^a Ana Méndez, trabajadora social del Ayuntamiento de Valle Gran Rey, por su extraordinaria colaboración y por ayudar con sus comentarios y experiencia profesional al buen fin de esta investigación.

A la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales del Gobierno de Canarias, a sus funcionarios D. Pedro Moreno y D. Pedro Serrano que se preocuparon por la buena marcha del proyecto y por salvarle de los escollos burocráticos y, especialmente a su director general, D. Román Rodríguez, por haber ponderado repetidamente la importancia de este estudio y haber confiado en nuestro equipo para llevarlo a cabo.

Al Servicio de Medicina Interna del Hospital Nuestra Señora del Pino de Las Palmas y a su secretaria, la Srta. Encarna Herrera, por su apoyo logístico.

Al Dr. D. Guillermo Albarracín, médico titular de San Sebastián de la Gomera y coordinador de su Centro de Salud, por su extraordinaria colaboración y ayuda, así como por el ofrecimiento de la infraestructura del Centro de Salud para apoyo del estudio en la isla de La Gomera.

A las demás personas e instituciones que han colaborado en este trabajo, en la esperanza de que puedan sentirse representadas en los párrafos anteriores.

Y, finalmente, nuestro agradecimiento de corazón a todos los ancianos y familiares participantes, que nos abrieron las puertas de su casa y de su personalidad de forma altruista y desinteresada, en bien de una comunidad de la que todos formamos parte.

Índice

Presentación	11
Introducción	15
Definición de anciano	17
El envejecimiento demográfico en Canarias	17
Implicaciones socio-sanitarias del envejecimiento demográfico	21
La morbilidad y la incapacidad en las personas de edad avanzada	21
El paciente geriátrico	21
Posibilidades de intervención efectiva en el ámbito de la salud de los ancianos	22
Planificación de la asistencia sociosanitaria a los ancianos	28
Consideraciones sobre la valoración geriátrica	28
Situación socio-sanitaria de los ancianos en España	33
Situación en Canarias	34
Objetivos	34
Métodos	35
Población a estudiar	37
Universo poblacional	37
Muestra poblacional	37
Organización del estudio	40
Elaboración del cuestionario	40
Información a los alcaldes	41
Reunión inicial de coordinación	42
Forma de contactar con los sujetos participantes y obtención del consentimiento informado	42
Normas a seguir para la aplicación del cuestionario	42
Valoración de las respuestas y tabulación	43
Estudio piloto	43
Investigadores participantes	44
Reuniones de coordinación	46
Informatización, explotación de los datos y análisis estadístico	46
Cronograma del estudio	47
Resultados	49
Número de personas estudiado en cada isla	51
Reparto de las personas muestreadas por sexo y año de nacimiento	52



Número de personas muestreadas que no participaron en el estudio y motivos de no participación	53
Comparación del año de nacimiento y sexo de las personas participantes en el estudio con las no participantes	54
Características de las personas participantes en el estudio	54
Resultados globales	59
Resultados estratificados por grupos quinquenales de edad	116
Discusión	199
Representatividad de la muestra del presente estudio	201
Porcentaje de participación y representatividad de la muestra en otras encuestas de salud en población anciana	203
Resultados globales	207
Comparación de los resultados obtenidos en los diferentes estratos quinquenales de edad	221
Validez de las valoraciones de salud	224
Conveniencia de continuar este estudio con un seguimiento longitudinal	225
Conclusiones	227
Bibliografía	231
Anexos	243
Anexo 1	245
Anexo 2	260
Anexo 3	263
Anexo 4	269
Anexo 5	270



Presentación

La vejez, considerada hasta hace poco como un asunto privado y familiar, ha pasado a convertirse en una cuestión social prevalente que obliga a la Administración pública a la aportación de recursos económicos para su necesaria atención.

Por otra parte, la carencia de estudios que indicasen el nivel de salud de los ancianos de la Comunidad Autónoma de Canarias hizo que desde esta Dirección General se apostara decididamente por lograr un acercamiento a esa realidad.

Sólo desde el conocimiento específico sobre la prevalencia de sus diferentes problemas de salud, su relación con la edad, así como el impacto de estos problemas sobre las actividades de este grupo poblacional, es posible determinar y cuantificar los recursos necesarios para su atención.

Con este estudio epidemiológico, de carácter transversal, se persigue, pues, la descripción de la situación de salud de los ancianos de Canarias así como la relación de su nivel de salud con otras variables de carácter socio-demográfico.

Conocer, tal y como se desarrollan en las siguientes páginas, aspectos como la salud física, la capacidad funcional, la salud mental, el nivel socio-económico, o la función social del anciano en Canarias, nos parece indispensable para poder aplicar con eficacia una política rigurosa encaminada a mejorar tanto su calidad como su esperanza de vida.

Desde la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales del Gobierno de Canarias, a través del Servicio Canario de Salud, nos congratulamos de este estudio por lo que de indicativo nos resulta para reorganizar e incrementar los actuales recursos sanitarios dedicados a este importante sector de la población canaria.

Román Rodríguez Rodríguez
Director General de Asistencia Sanitaria



Introducción

Definición de anciano

El umbral de la vejez suele elegirse en los 60 o los 65 años [1], aunque tradicionalmente, la Organización Mundial de la Salud ha incluido a los ancianos en el grupo de edad de 65 años y más [2]. El motivo de esta elección parece depender fundamentalmente de que los 65 años suelen coincidir con la edad de jubilación en la mayoría de los países y, en general, se considera que la vejez comienza con la jubilación [3]. Es a partir de la edad de jubilación cuando se accede a los sistemas de pensiones y a los beneficios especiales previstos para la asistencia sanitaria a las personas ancianas.

Pero es de destacar que, ni siquiera apoyándose en las teorías estocásticas del envejecimiento, existe razón alguna desde el punto de vista biológico para escoger los 65 años, ni ninguna otra edad, como umbral de la vejez. El envejecimiento es un fenómeno biológico extraordinariamente complejo en el que cada individuo de un grupo social, cada sistema fisiológico dentro de cada organismo individual, cada tejido dentro de un sistema orgánico, y cada tipo celular dentro de un tejido parecen tener su propia trayectoria de envejecimiento. Así pues, el envejecimiento debe ser estudiado como partes de un conjunto y entendido como la suma de sus partes [4].

El envejecimiento demográfico en Canarias

El análisis de la estructura de la población de la Comunidad Autónoma de Canarias por grupos quinquenales de edad correspondiente al año 1981 evidenciaba ya que se trataba de una población en fase de transición o intermedia, con una clara disminución de la fecundidad que se manifestaba en una llamativa reducción del número de nacidos entre 1977 y 1981 respecto a los nacidos en el quinquenio anterior [5]. Al comparar la estructura poblacional correspondiente al año 1986 con la del año 1981 se observaba una reducción aún mayor de la fecundidad, lo que indicaba que Canarias había entrado ya de lleno en la tercera etapa de la transición epidemiológica y auguraba un rápido envejecimiento demográfico [6].

Este rápido envejecimiento de la población en Canarias queda reflejado en el incremento del porcentaje de personas mayores de 65 años desde un 8,55% a un 9,51% sobre el total de habitantes de derecho en los 5 años que median entre el Padrón de 1986 y el Censo de 1991. Dentro del grupo de edad de 85 años o más, hemos pasado de una cifra de 8.420 personas en 1986 a 11.089 habitantes en 1991, lo que representa un aumento porcentual del 31,7% en el número de los muy ancianos en sólo 5 años [6,7].

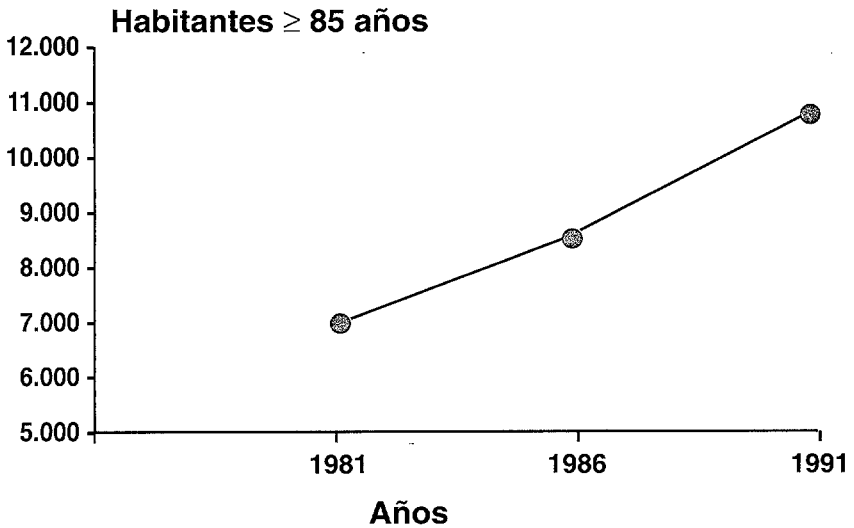
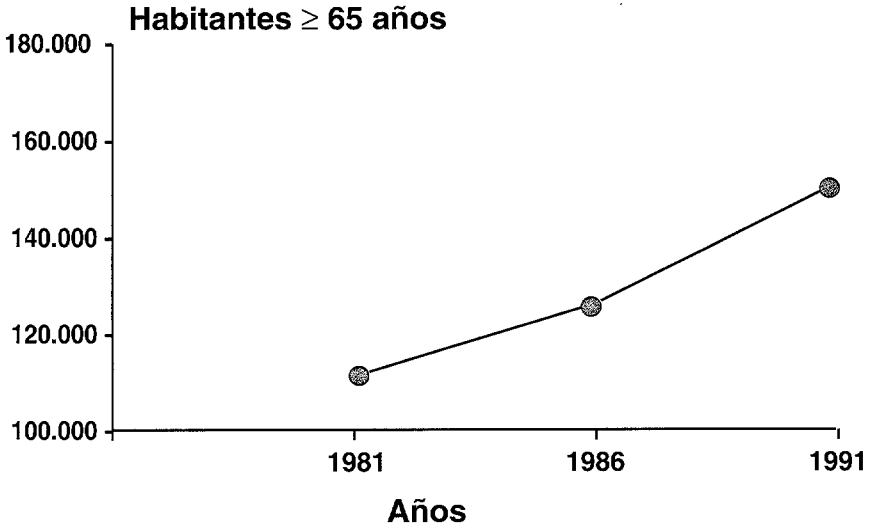
En la Figura 1 se representa gráficamente la evolución de las poblaciones de

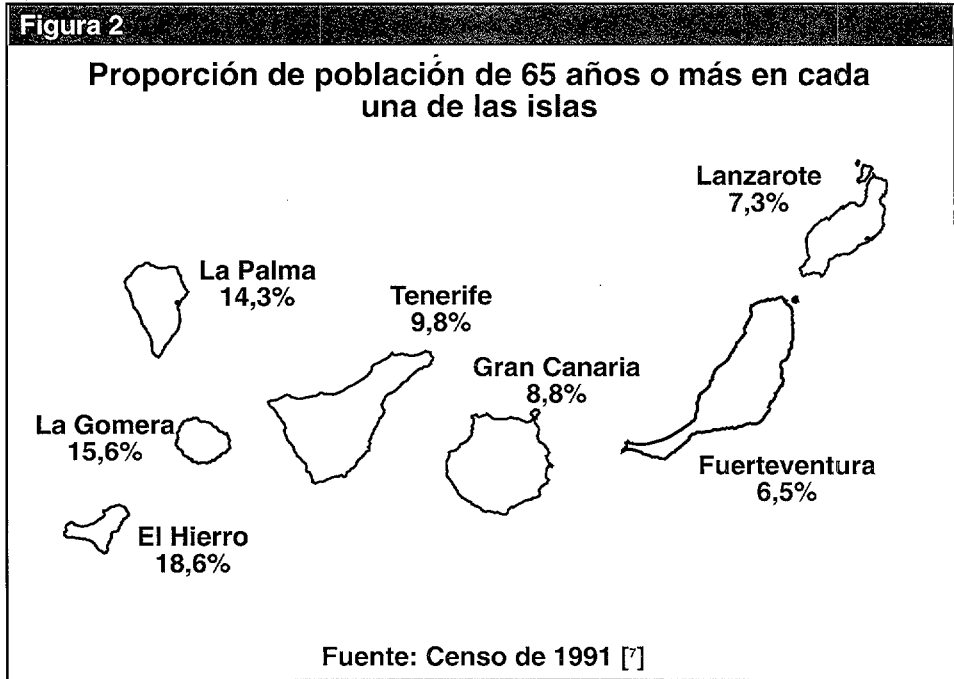
65 años o más y de 85 años o más en Canarias en el decenio 1981-1991.

Al hablar del envejecimiento demográfico dentro de la Comunidad Autónoma de Canarias es obligado hacer mención, no obstante, al desigual porcentaje de envejecimiento en las distintas islas del Archipiélago, que queda reflejado en la Figura 2. Las islas menores orientales son en la actualidad las de población más joven, mientras que las islas menores occidentales son las más envejecidas. Las islas mayores ocupan, también en cuanto a envejecimiento demográfico, una posición intermedia.

Figura 1

Evolución de la población anciana Comunidad autónoma de Canarias





Implicaciones socio-sanitarias del envejecimiento demográfico

El aumento de la esperanza de vida es el correlato positivo del envejecimiento demográfico. Pero por la cuantía de los ancianos y sus problemas, que afectan a toda la comunidad, la vejez hasta ahora asunto privado y familiar ha pasado a ser, en el mundo actual, cuestión social prevalente que hace cambiar los esquemas asistenciales sanitarios, obligando a la Administración pública a aportar recursos económicos para su atención [8].

Entre los nuevos retos que el envejecimiento demográfico obliga a afrontar figura el aumento de la razón de dependencia para las personas añosas (expresada como el número de personas de 65 años o más, dividido por la población económicamente activa) conjuntamente con el mayor gasto social per capita de los ancianos en relación con los jóvenes. Esto implica un extraordinario incremento de los requerimientos a los servicios públicos de pensiones y asistencia socio-sanitaria en todos los países de nuestro entorno europeo occidental [9].

La morbilidad y la incapacidad en las personas de edad avanzada

La salud es la necesidad o problema más acuciante de entre los mencionados por los ancianos españoles entrevistados con ocasión de la elaboración del Libro Blanco de la Geriátría Española [10]. No es de extrañar por tanto que, también en nuestro país, el aumento del número de personas muy ancianas se asocie con un aumento más proporcional del uso de los servicios de asistencia sanitaria [1].

Se estima que la prevalencia de incapacidad se incrementa desde el 12% en el grupo de 65-69 años hasta más del 80% a partir de los 85 años de edad [11]. Así pues, al envejecer la población aumenta el número de personas que necesitan ayuda para las actividades de la vida diaria por parte de familiares, amigos u organizaciones sociales. Pese a esas ayudas, muchos ancianos precisan finalmente el ingreso en instituciones geriátricas o gerontológicas [12].

El paciente geriátrico

El paciente geriátrico es el objetivo principal y el que da la razón de ser a la Geriátría. Se trata de un paciente generalmente mayor de 75 años que presenta varias enfermedades en curso, patologías que, en su evolución natural, van a conducir al paciente a la invalidez o dependencia, deterioro mental más o menos intenso y problemática social asociada. Es importante resaltar, en consecuencia, que la mayoría de los ancianos no son pacientes geriátricos [13].

Posibilidades de intervención efectiva en el ámbito de la salud de los ancianos

Llegado este punto, vamos a comentar una serie de tópicos sobre la prevención de la enfermedad en general y, más específicamente, en los ancianos. Y cuando hablamos de tópicos no nos referimos al anglicismo al uso, sino al correcto significado en español de esta palabra: lugares comunes, sentencias u opiniones que la gente repite mucho [14].

Tópico 1

La mayoría de los ancianos tiene mala salud.-

Falso. Ya en 1972 Williams y colaboradores [15] estudiaron 297 clientes de médicos generales de más de 75 años y los dividieron en tres grupos según su salud:

- Primer grupo: personas sin signos de enfermedad incapacitante, con movilidad normal, capaces de hacer la compra y las tareas domésticas y con estado mental animado. El 60% de los sujetos estaban en este grupo.

- Segundo grupo: personas con mala salud, pero capaces de arreglárselas por sí mismas, aunque sus movimientos estén restringidos. Este grupo abarcó al 36% de los individuos estudiados.

- Tercer grupo: personas con enfermedad incapacitante o deterioro mental que les obligan a permanecer en cama y absolutamente incapaces de cocinar. Sólo el 4% de estos ancianos se incluyó en este grupo.

Tópico 2

Se puede hacer muy poco o nada para prevenir la enfermedad o mejorar la salud de los ancianos.-

Falso. Uno de los mayores triunfos de la medicina geriátrica moderna ha sido la demostración de que en los sujetos muy ancianos es posible cierto grado de rehabilitación, aún en casos desfavorables de ictus, artrosis o demencia [16].

Parece obvio que, para la población anciana, las estrategias de prevención secundaria y terciaria vayan a tener mayor significado que para las personas más jóvenes. En el viejo, los objetivos de la prevención deben dirigirse tanto al mantenimiento de la capacidad funcional como a la prevención de la enfermedad [17]. Por otra parte, la mayoría de enfermedades y situaciones incapacitantes que afligen al anciano son susceptibles de prevención parcial o completa, y la Geriátrica se propone mantener la independencia del anciano más que conseguir su curación [18].

En cuanto a la prevención primaria, si bien resultaría mucho más eficaz si empezara a aplicarse a edades mucho más jóvenes, por ejemplo en relación con las consecuencias respiratorias del hábito tabáquico (bronquitis crónica, cáncer de laringe, etc.) [16], existen evidencias de que la lucha contra los factores de riesgo continúa produciendo dividendos incluso en edades avanzadas [19].

Tópico 3

La mayoría de las personas muy ancianas tiene defectos de visión o audición.-

Cierto. Sólo el 14% de las personas sanas de 80 o más años alcanzan una agudeza visual normal usando lentes correctoras; el 40% de las personas de más de 75 años tienen déficit auditivo (20).

Tópico 4

Es muy difícil cambiar los hábitos nocivos de los ancianos y, además no vale la pena.-

Falso. En ocasiones se comenta que, por ejemplo, no vale la pena que el anciano deje de fumar, dado que, a su edad, ese esfuerzo no le va a redundar en una mejora de su salud. Sin embargo, se ha demostrado que el dejar de fumar a edad avanzada se asocia con una rápida y sostenida disminución de la mortalidad por enfermedad coronaria [21]. Y en la Tercera Edad se pueden utilizar las mismas técnicas de deshabitación tabáquica que en los adultos [22].

Tópico 5

La vacunación no logra prevenir enfermedades importantes en la ancianidad.-

Falso. Está formalmente recomendada la vacunación anual contra la gripe en todas las personas mayores de 65 años. La simple aplicación de una dosis anual de vacuna antigripal por vía subcutánea tiene una efectividad del 70 al 90% en la prevención de la gripe, enfermedad que, en el anciano, tiene una mayor probabilidad de provocar complicaciones [23].

Otra vacuna interesante en la Tercera Edad es la vacuna antineumocócica. Las neumonías o sepsis neumocócicas en el anciano son enfermedades muy graves o mortales que pueden prevenirse en un 70% con la nueva vacuna antineumocócica [24]. Esta vacuna se administra en una única dosis, dado que su efecto protector se prolonga durante años, y puede administrarse simultáneamente con la vacuna antigripal [23].

Por otra parte, la vacuna antitetánica es una de las más seguras y efectivas de que disponemos [25]. Y téngase en cuenta que, aunque es una enfermedad rara, el tétanos tiene una alta letalidad y, además, se produce casi siempre en ancianos [25].

Tópico 6

Las personas mayores se acatarran más a menudo que los jóvenes.-

Falso. Los ancianos que no padecen enfermedad crónica, que son la mayoría, padecen catarros, gripes o similares con la misma frecuencia que los jóvenes. Las tasas de incapacidad temporal por enfermedad aguda no aumentan con la edad si excluimos del cómputo a las personas que padecen enfermedad crónica, situación ésta que sí es mucho más frecuente entre los ancianos [26].

Tópico 7

Los avances de las ciencias de la salud han permitido aumentar la esperanza de vida.-

Cierto. Pero, pese a la contribución de los avances médico-asistenciales y sanitarios, no se debe olvidar la enorme importancia de los factores sociales y ambientales en la mejora de la salud de las poblaciones. Valga como ejemplo el hecho de que las tasas de mortalidad por tuberculosis, tosferina, tifoidea y difteria disminuyeron en las naciones occidentales antes de que estuvieran disponibles vacunas y tratamientos específicos [27].

Fundamentalmente, el aumento de la esperanza de vida al nacer se debe no a un aumento de la edad de fallecimiento de los ancianos, sino, paradójicamente, a la disminución de las muertes prematuras, sobre todo de la mortalidad neonatal. Para las personas de 40 años o más la esperanza de vida ha aumentado relativamente poco; para las de 75 años el incremento es apenas perceptible [28]. Vemos este aspecto representado en la Figura 3. En la Figura 4 observamos la proyección de una esperanza de vida de 85 años de manera prácticamente uniforme para las distintas edades por eliminación de las muertes prematuras. En la Figura 5 podemos ver lo que ocurrirá en ese momento ideal en que se eliminen todas las muertes prematuras: los fallecimientos se darán casi exclusivamente en edades comprendidas entre los 75 y los 90 años. Y en la Figura 6 vemos las curvas de supervivencia de los años 1900 y 1980: esta evolución secular indica que nos vamos acercando a la curva ideal, que sería una curva rectangularizada por desplazamiento al borde superior derecho de la Figura 6, denotando que las muertes se producirían casi exclusivamente en edades avanzadas, salvo una pequeña atrición más o menos constante causada por los traumatismos.

Para los seres humanos, la supervivencia máxima documentada es de 110 a 115 años, y las noticias sobre zonas con personas más longevas han demostrado ser inexactas [29]. La mayor edad alcanzada en España en el período 1970-1984 ha sido la de 114 años [30]. Por desgracia, en los países avanzados el aumento de la esperanza de vida se produce exclusivamente, o casi, a partir de un aumento de los años de incapacidad [21].

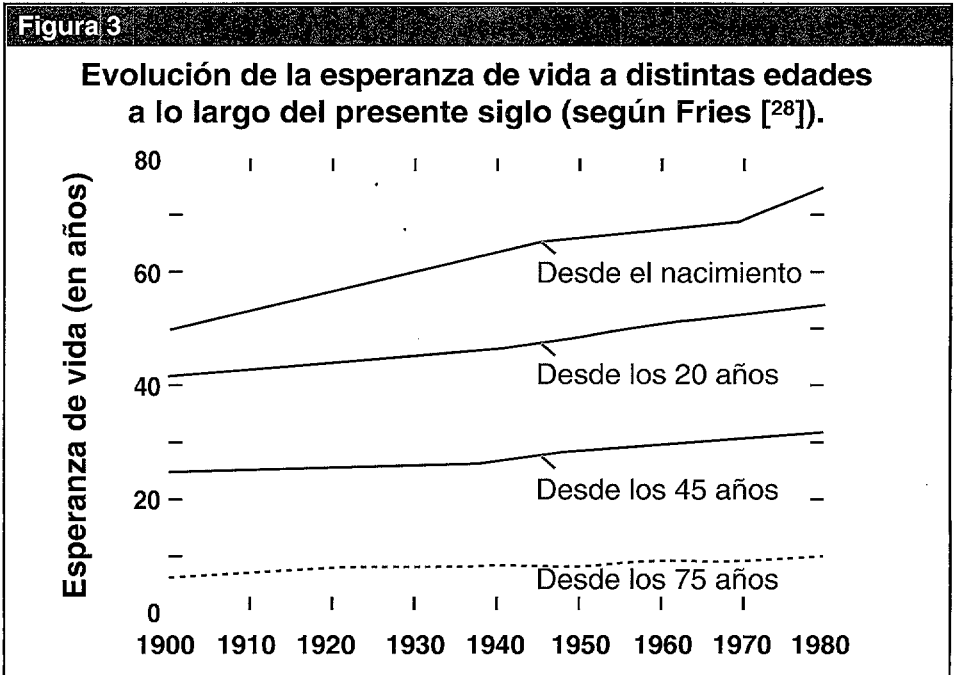


Figura 4

Proyección de la esperanza de vida para las distintas edades por eliminación de las muertes prematuras (según Fries [28]).

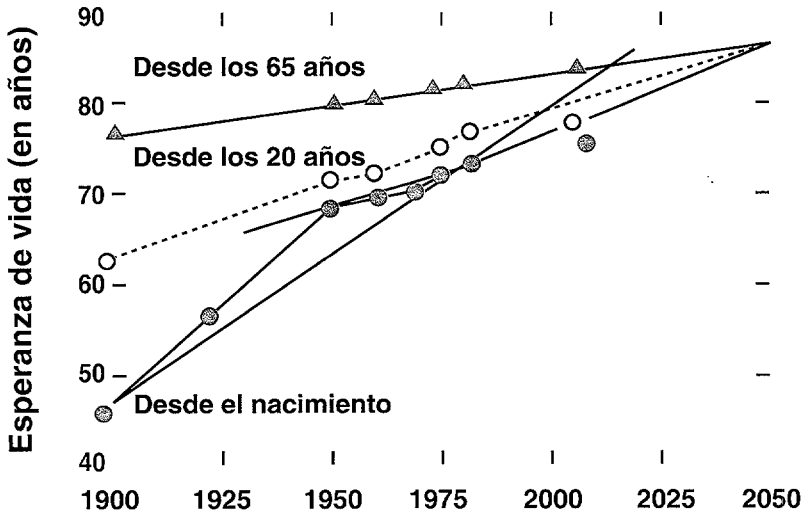


Figura 5

Tasa de mortalidad según edad en ausencia de muertes prematuras (según Fries [28]).

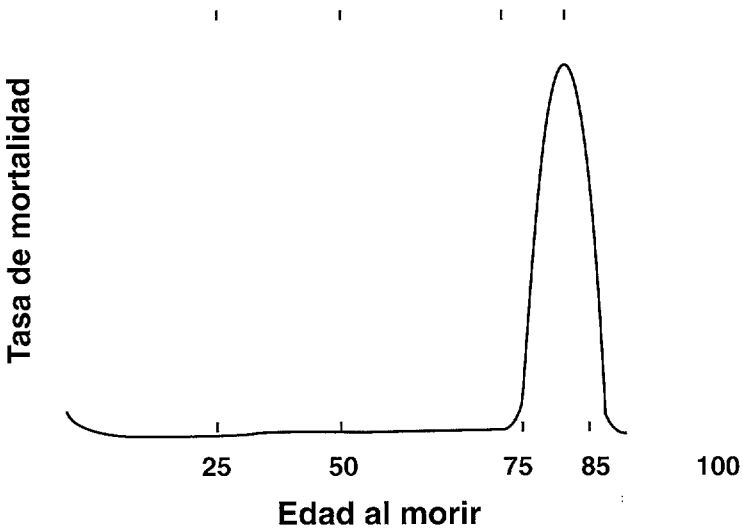
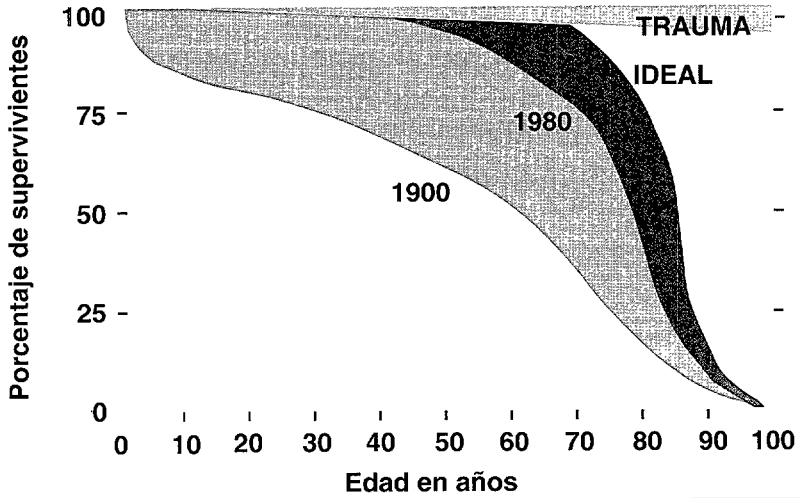


Figura 6

Evolución secular de las curvas de supervivencia y curva ideal, con superposición de los fallecimientos por traumatismo (según Fries [28]).



Planificación de la asistencia socio-sanitaria a los ancianos

Para poder llevar a cabo una planificación adecuada de la asistencia sanitaria y social a los ancianos es preciso conocer sus necesidades. Sólo así podrán coordinarse los servicios geriátricos y gerontológicos con el fin de proporcionar al anciano la atención precisa, evitando la costosa duplicación de servicios [31], y mejorando el rendimiento de los servicios ya establecidos.

La valoración geriátrica integral o comprensiva consiste en la cuantificación de los atributos y déficit médicos, funcionales, mentales y sociales del anciano. La práctica de la valoración geriátrica facilita la detección de las necesidades no atendidas del anciano, haciendo posible así el diseño de un plan racional de recursos sanitarios y sociales [32].

Como método o tecnología básica de la Geriatria, la valoración geriátrica permite situar al paciente geriátrico en el nivel hospitalario geriátrico (Unidad de Agudos, Media Estancia, Larga Estancia, Hospital de Día o Ayuda Geriátrica a Domicilio) o nivel social (Asistencia a Domicilio, Centros de Día o Residencias Asistidas) más idóneo, en el que esté mejor atendido y tenga una digna calidad de vida. En muchos casos será su propio domicilio, con ayuda médica y social por parte del equipo geriátrico interdisciplinario si fuera preciso [33], siendo esto lo ideal, ya que permite al anciano permanecer integrado en su entorno habitual.

Consideraciones sobre la valoración geriátrica

Valoración de la salud física

La cuantificación de la salud física es, probablemente, la parte más difícil del proceso de valoración [34]. La mayoría de programas de valoración no realizan un verdadero intento de cuantificación, sino que únicamente presentan una lista de diagnósticos médicos y medicaciones.

Existen pocos instrumentos para cuantificar realmente la salud física, porque se trata de un concepto complejo que tiene muchas facetas. Cada sistema orgánico tiene su propio conjunto de parámetros que podrían ser cuantificados, como p. ej. el gasto cardíaco o la fracción de eyección del corazón, o el aclaramiento renal de creatinina. Además, cada caso clínico tiene un amplio espectro de gravedad que no se deriva simplemente del diagnóstico, y dos individuos con el mismo diagnóstico pueden tener un estado de salud más dispar que dos personas con diagnósticos diferentes.

Sólo unas pocas entidades diagnósticas se han catalogado razonablemente bien desde el punto de vista de su repercusión en la salud física. El ejemplo lo

tendríamos en las valoraciones del funcionalismo cardiovascular mediante los criterios de la New York Heart Association u otros más detallados establecidos posteriormente [35]. Los instrumentos existentes para la medida de la salud física tienden o bien a limitarse demasiado a una enfermedad concreta o a un sistema orgánico específico (por lo que no permiten comparar pacientes con diferentes diagnósticos), o bien a ser excesivamente inespecíficos y subjetivos.

Así pues, tenemos algunas escalas específicas de enfermedad tales como las pruebas de función pulmonar, así como escalas basadas en el nivel funcional general como la de la tolerancia al ejercicio. Cada una de estas escalas describe sólo una parte de la salud física, ignorando otros sistemas orgánicos o poniendo énfasis en ciertos aspectos mensurables de la función sin tener en cuenta elementos potencialmente importantes que no afectan a la función.

Otros parámetros que podrían medirse y que mantienen una relación cuantitativa, aunque no precisa, con la salud física real son: uso de los servicios médicos (p. ej. visitas médicas, ingresos hospitalarios), actividades diarias restringidas, cantidad de diagnósticos nosológicos específicos y autovaloraciones del nivel de dolor, malestar y salud general.

A pesar de que estos parámetros podrían servir como medidas sustitutivas de la salud física, y que poseen ciertamente alguna relación con ella, la mayoría están limitados por su subjetividad (en el caso de las autovaloraciones) o por la dificultad en la cuantificación (cuando se trata de entidades diagnósticas, síntomas o signos). La utilización de los servicios es un fenómeno objetivo y cuantificable, pero refleja mal la salud real ya que muchos individuos muy enfermos utilizan pocos servicios, y muchos de los grandes usuarios no están tan "enfermos".

En resumen, no existe una escala razonablemente buena de la salud física global. Sin embargo, en ciertas circunstancias son útiles y mensurables ciertos aspectos de la salud como las medidas fisiológicas de sistemas orgánicos específicos, tolerancia al ejercicio, utilización de los servicios médicos o identificación de entidades nosológicas específicas.

Valoración de la capacidad funcional

Las medidas de la capacidad funcional suelen dividirse en dos grupos: las escalas que cuantifican las Actividades de la Vida Diaria Básicas (AVD-B) y las que valoran las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AVD-I).

Las AVD-B son las actividades mínimas que debe realizar un individuo para vivir independientemente sin la necesidad de una ayuda demasiado frecuente

tales como vestirse o lavarse. Las escalas de AVD-I miden la capacidad del individuo para desenvolverse en la comunidad e incluyen funciones complejas como el uso del teléfono, el manejo del dinero o la preparación de comidas.

Quizá la más conocida y estudiada de las medidas de AVD-B sea el índice de Katz [36]. CRUZ JENTOFT ha revisado extensa y minuciosamente las aplicaciones de la versión española del índice de Katz [37]. Dicho índice incluye las seis funciones de bañarse, vestirse, ir al lavabo, trasladarse, continencia esfinteriana y alimentarse. Se cataloga cada función de forma dicotómica, según la capacidad del sujeto para realizar o no la función sin más ayuda que la especificada en dicho formulario. El índice de Katz destaca por su sencillez y por el hecho de que la mayoría de los individuos han perdido y recuperado las seis funciones en progresión natural, por lo que conforma un escalograma de Guttman [38]. Así, si se han perdido dos funciones, probablemente sean las de bañarse y vestirse.

En España han sido muy utilizadas las sencillas Escalas de Cruz Roja de incapacidad física y de incapacidad psíquica [39]. GONZÁLEZ MONTALVO y cols. han demostrado buena correlación entre la Escala de Cruz Roja de incapacidad física y el índice de Katz [40].

Las escalas de AVD-I más utilizadas derivan de la propuesta por Lawton en 1969 en el Philadelphia Geriatric Center [41], que incluye las funciones de telefonar, hacer la compra, cocinar, cuidar de la casa, tomar medicaciones, manejar dinero, hacer la colada y utilizar el transporte público.

Las escalas de AVD-I son más apropiadas para detectar disminuciones de la capacidad funcional en los ancianos que viven en sus domicilios y, por lo tanto, resultan más útiles en Atención Primaria que las escalas de AVD-B. El principal inconveniente de las escalas de AVD-I radica en su énfasis en tareas que habitualmente han sido aprendidas y practicadas básicamente por las mujeres en las cohortes de los actuales ancianos [41], por lo que algunos apartados pueden no ser demasiado adecuados para evaluar a los varones.

Tanto las AVD-B como las AVD-I están incluidas en el apartado del Inventario de Valoración Funcional de Pfeiffer titulado precisamente Actividades de la Vida Diaria [42].

En los años más recientes se ha propuesto incluir en la valoración geriátrica las Actividades de la Vida Diaria Avanzadas (AVD-A), entre las que se incluyen la realización de viajes, la participación en grupos sociales o religiosos o la práctica de algunas aficiones. Por medio de éstas se intentan identificar aquellas actividades de la vida diaria que indiquen una disminución de la función física más precoz que las valoradas con AVD-B y AVD-I. Las actividades que contemplan no son específicas de las personas mayores, pero, teóricamente, es más común su declinar con la edad debido a problemas médicos, psiquiátricos, cognitivos y/o

sociales. No son esenciales para el mantenimiento de la independencia. Es razonable pensar que su valoración permita detectar disminuciones tempranas de la función aunque son necesarios seguimientos a largo plazo para determinar su utilidad clínica [43].

Valoración de la salud mental en geriatría

La valoración del estado mental incluye la medida del funcionamiento cognitivo y del estado afectivo.

Entre los ancianos existe una gran prevalencia de disminución de la capacidad intelectual y de estados depresivos. La depresión en geriatría puede presentarse como una disminución del rendimiento o la capacidad intelectual, causando la llamada pseudodemencia y, por otra parte, la depresión es frecuente en los enfermos con demencia tipo Alzheimer [44]. Mientras que la depresión en el anciano es un proceso tratable, en el que la mayoría de formas de psicoterapia y farmacoterapia pueden utilizarse con éxito [45], en la demencia tipo Alzheimer, que es la más frecuente, sólo existen actualmente medicamentos útiles para el tratamiento sintomático [46]. Y eso a pesar del desarrollo de tratamientos fisiopatológicos en los que, sin embargo, sólo se ha demostrado efectividad a corto plazo [47,48]. Por los motivos apuntados, es conveniente contar con instrumentos de medida de la demencia y la depresión lo más específicos posible.

Las pruebas psicológicas extensas son costosas y muy poco prácticas en geriatría. Pero disponemos ya de instrumentos adecuados para valorar en el anciano los componentes cognitivo y afectivo de la función mental.

Para estudiar el funcionamiento cognitivo, la prueba más clásica es el Cuestionario del Estado Mental (CEM) de Kahn [49]. De él deriva el Cuestionario del Estado Mental Portátil (CEMP) de Pfeiffer [50] que, a pesar de su calificativo de portátil, tiene el mismo número de preguntas (diez) que el de Kahn, del que difiere en que en el CEMP se refunden las tres preguntas sobre día, mes y año en curso en una sola pregunta, y se añaden dos: una sobre el apellido de soltera de la madre del entrevistado y otra de habilidad de cálculo numérico (restar repetidamente 3 de 20 hasta llegar a cero).

También se utiliza ampliamente el "Mini-mental state" de Folstein [51] para el estudio del funcionamiento cognitivo de los ancianos. En España es muy recomendable utilizar la ya clásica versión del "Mini-mental state" adaptada y validada en nuestro país por LOBO y cols., y denominada por estos autores Miniexamen cognoscitivo [52].

La medida del estado afectivo es uno de los grandes retos de la atención geriátrica. Existe poco consenso sobre cómo medir la depresión en el anciano

[33]. En consecuencia, se están utilizando múltiples escalas. De ellas, las más conocidas son las de Zung, Beck, Hopkins y Bradburn [38].

Una escala útil para detectar depresión en Atención Primaria, que puede ser autocumplimentada por los pacientes, y que además es específica para uso en ancianos, es la Geriatric Depression Scale de Yesavage que, sin embargo, puede dar falsos positivos para depresión en los dementes [53].

Valoración del nivel socioeconómico

Explica GINER que el orden económico (en el sentido de red total de propiedad y de relaciones de producción y consumo en una sociedad dada) no es en ningún modo independiente del resto de la estructura social y de la cultura [54].

La valoración directa de los recursos económicos tiene altas probabilidades de levantar suspicacias, especialmente entre los ancianos. Por este motivo se recurre a datos indirectos, bastantes de los cuales implican otros aspectos del nivel socioeconómico o del apoyo social [41].

El concepto de nivel socioeconómico responde a una clasificación jerárquica de acuerdo con niveles de prestigio y estilo de vida. Se basa fundamentalmente en criterios educativos y laborales, y lleva implícita la suposición de que los diferentes estratos son homogéneos en cuanto a hábitos, necesidades, valores y expectativas [55].

Conceptos afines al de nivel socioeconómico son los de entramado social y apoyo social:

-El entramado social se refiere a la red de relaciones sociales que rodean a un individuo y a las características de esos lazos, e incluye aspectos tales como integración emocional, integración social, confianza en el propio valor y el acceso a nuevos contactos y a la diversidad de información.

-El apoyo social se refiere a la ayuda emocional, instrumental, financiera e informativa que el individuo obtiene del entramado social [55].

Valoración de la función social en el anciano

Es característica de la asistencia geriátrica la fusión (y a veces la confusión) entre asistencia sanitaria y social. De hecho, el grueso de la asistencia geriátrica lo llevan a cabo la familia y los amigos y no los profesionales. El médico geriatra, como coordinador del equipo geriátrico interdisciplinario, tiene la responsabilidad de velar para que no se olvide efectuar la valoración del funcionamiento social del

anciano, incluyendo la fuerza de los sistemas de apoyo, con precisión similar a la del funcionamiento en el campo físico y psicológico. Los indicadores objetivos de bienestar social tienen que reemplazar a las intuiciones clínicas y los juicios subjetivos [41].

Las medidas de la función social se usan tanto para ver los resultados de la asistencia recibida por los individuos como para evidenciar la necesidad de servicios para un grupo comunitario [41].

GEORGE y BEARON sugieren que la calidad de vida de los ancianos se deriva de cuatro componentes: satisfacción vital, autoestima, salud general y estado funcional, y nivel socioeconómico [56]. De estos cuatro componentes, KANE y KANE toman la satisfacción vital y el nivel socioeconómico y los reúnen en su concepto de funcionamiento social, el cual perciben como piedra angular de la calidad de vida [41].

Los instrumentos de medición del funcionamiento social de los ancianos pueden dividirse en tres grupos [41] que miden respectivamente:

- recursos e interacciones sociales (entramado social).
- adaptación personal y bienestar subjetivo.
- integración ambiental.

Para el estudio de los recursos e interacciones sociales, el instrumento más conocido es quizás la Escala de Recursos Sociales OARS, que es una parte de la gran batería OARS [57].

Para estudiar el bienestar subjetivo del anciano, una escala práctica y clásica es la Escala de Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia [58].

La integración ambiental puede estudiarse con la prometedora Escala de Integración Persona-Ambiente [59].

A pesar de todo lo indicado, no se ha conseguido un acuerdo sobre los componentes del concepto de salud social y no se dispone de normas para la mayoría de las medidas de valoración del funcionamiento social. No olvidemos que aspectos tales como la "calidad de vida" tienen cualidades subjetivas diferentes para el sujeto, el entrevistador o las personas que les rodean [34].

Situación socio-sanitaria de los ancianos en España

En nuestro país son múltiples las fuentes de datos para valorar el nivel de salud de los ancianos. Entre ellas tenemos los Tomos III (Defunciones) del Movimiento Natural de la Población, la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, la En-

cuesta sobre Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías y los Documentos Técnicos del Instituto Nacional de Servicios Sociales. Pero ninguna de estas fuentes permite hacer una valoración global del estado de salud de los ancianos.

Por lo que respecta a las Encuestas de Salud, son pocas y muy puntuales aquellas con las que contamos. Sin embargo, sus datos aportan información valiosa sobre el estado de salud subjetivo y sobre hábitos y estilos de vida. En el anciano, las Encuestas de Salud son útiles para valorar su estado funcional y su utilización y demanda de servicios socio-sanitarios.

RODRÍGUEZ PÉREZ y BANEGAS han revisado las Encuestas de Salud realizadas en ancianos españoles hasta 1990 [60].

Situación en Canarias

En Canarias se han llevado a cabo aproximaciones sectoriales a la valoración comprensiva de los ancianos [61,62]. Sin embargo, la información referente al deterioro funcional, incapacidad, enfermedad y situación socio-económica de los ancianos en relación con la edad no está recogida en ningún estudio global de la Comunidad Autónoma de Canarias. Esta información es necesaria para una eficiente planificación que permita crear servicios, establecer programas y coordinar recursos para la atención adecuada a nuestros ancianos.

Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es efectuar una estimación válida y fiable del deterioro funcional, incapacidad, enfermedad y situación socio-económica en relación con la edad de los ancianos de la Comunidad Autónoma de Canarias, a partir del estudio de una muestra representativa de dicha población.

Como objetivo secundario nos planteamos la identificación de las principales necesidades sanitarias y sociales no cubiertas de los ancianos canarios.



Métodos

Población a estudiar

Universo poblacional

El universo lo constituye la totalidad de la población de 65 años o más residente en Canarias.

El criterio de inclusión para decidir si un ciudadano es residente en Canarias consiste en su inscripción en el Padrón Municipal correspondiente, actualizado a finales del año 1993. Este criterio coincide con lo expresado en el Artículo 4º, párrafo uno, del Estatuto de Autonomía de Canarias, que dice: "A los efectos del presente Estatuto, gozan de la condición política de canarios los ciudadanos españoles que, de acuerdo con las Leyes Generales del Estado, tengan vecindad administrativa en cualquiera de los municipios de Canarias" [63].

El umbral de los 65 años cumplidos para empezar a considerar a estas personas como ancianos se basa en este criterio generalmente aceptado, y corroborado por la Organización Mundial de la Salud, de considerar esta edad como inicio de la vejez [2].

Muestra poblacional

Personas a estudiar en el conjunto de Canarias

Utilizamos los datos definitivos del Censo de 1991 para estimar numéricamente el tamaño de nuestro universo poblacional. Con la finalidad de facilitar la labor de muestreo, y para evitar la inclusión de personas adicionales al redondear por exceso en los múltiples estratos etarios, se decide llevar a cabo un muestreo aleatorio biestratificado, incluyendo por un lado las personas de 65 a 74 años de edad, y por otro las de 75 años y más. Con el fin de dar mayor peso en el estudio a las personas más ancianas, y obtener mayor fiabilidad o precisión en las estimaciones en este grupo, que se supone más incapacitado, decidimos muestrear el 60% de las personas a estudiar en el grupo de 75 años o más, y el 40% restante entre las personas de 65 a 74 años.

Como en los Padrones Municipales figura la fecha de nacimiento en vez de la edad, y dado que el estudio definitivo iba a dar comienzo a principios del año 1994, se decidió que estos dos estratos iban a estar constituidos respectivamente por las personas nacidas en el año 1918 o antes, y por las personas nacidas entre los años 1919 y 1928, ambos inclusive.

El número de personas a estudiar previsto inicialmente en el proyecto fue de 500 ancianos. Dado que se estimó un porcentaje de no participación de alrede-

dor de un 30%, se decidió muestrear a 700 personas de 65 años o más en el conjunto de Canarias. De los 700 ancianos seleccionados, 280 (40%) debían corresponder a personas de 65 a 74 años y 420 (60%) a ciudadanos de 75 años o más. No se llevó a cabo separación de sexos a la hora de efectuar el muestreo, con la doble intención de, por una parte, facilitar la práctica de dicho muestreo, y por otra permitir la comprobación a posteriori del grado de aleatoriedad y la detección de posibles desviaciones de la rutina de randomización.

Con una muestra de 500 ancianos estudiados, el intervalo de confianza del 95% previsto para las variables binarias en el conjunto de la Comunidad Autónoma de Canarias sería, como máximo, de $\pm 4,4\%$.

La representatividad de la muestra se aseguró mediante la aleatoriedad del muestreo. La autoponderación en los dos grupos etarios facilita las inferencias a la población [64].

Personas a estudiar en cada isla

El cálculo sobre el número de personas a estudiar en cada isla se efectúa manteniendo una fracción de muestreo constante para cada isla y cada uno de los dos grupos etarios. En la Tabla 1 se muestra el número de habitantes de derecho y los correspondientes números de personas a muestrear para cada grupo de edad en cada una de las islas, siempre redondeando por exceso la cifra obtenida, por lo que los totales suman 283 y 425 en vez de las 280 y 420 personas que teníamos previstas en los grupos respectivos de 65-74 y de 75 y más años.

Tabla 1

Habitantes ancianos de Canarias y personas a muestrear

Isla	Nº habitantes*		Nº personas a muestrear	
	65-74 a.	75 y más a.	65-74 a.	75 y más a.
Lanzarote	2760	1980	10	15
Fuerteventura	1400	1016	5	8
Gran Canaria	34936	23953	118	172
Tenerife	35973	24910	121	179
La Gomera	1302	1196	5	9
La Palma	6226	5044	21	37
El Hierro	688	644	3	5
TOTAL	83285	58743	283	425

*Según Censo de 1991 [7]

Personas a estudiar en cada municipio

Dentro de cada isla, el número de personas a estudiar en cada municipio se obtuvo escogiendo tantos números aleatorios como personas a muestrear de entre el total de habitantes de la isla en cada grupo de edad, y asignándolos a cada municipio ordenado alfabéticamente según su contribución a los habitantes de esa edad en el conjunto de la isla. De esta forma se evitaba el incremento que supondría otro redondeo por exceso caso de efectuarse de nuevo un reparto estrictamente proporcional.

Marco de muestreo

El marco de muestreo fue el Padrón actualizado de cada uno de los municipios de Canarias. A los efectos prácticos, y dado que el muestreo se efectuó a finales del año 1993 o en los primeros meses de 1994, se decidió que se escogerían los nacidos entre 1919 y 1928 para constituir el grupo de personas de 65 a 74 años de edad, y los nacidos en 1918 o antes para constituir el grupo de personas de 75 años o más.

Procedimiento de muestreo

La forma de selección de las personas a estudiar en cada municipio fue la siguiente:

- Cuando se pudo disponer del Padrón de Habitantes ordenado separadamente según los dos grupos de edad a estudiar, se obtuvieron tantos números aleatorios como individuos a muestrear de entre el total de empadronados en cada grupo, y se seleccionaron las personas cuyo número de orden correspondía a los números aleatorios obtenidos.

- Como segunda opción, a aplicar en los casos en que el Padrón estaba ordenado alfabéticamente e incluía la totalidad de habitantes del municipio, se muestreó de la siguiente forma:

a/ se escogió aleatoriamente una letra del alfabeto español, que resultó ser la letra "I".

b/ a partir de la primera persona cuyo primer apellido empezaba con la letra "I", se hacía lo siguiente:

- Se saltaba hacia atrás de 10 en 10, escogiendo de entre esas personas las nacidas en 1918 o antes, hasta completar el número de ancianos previsto para esa edad en ese municipio.

- Se saltaba hacia adelante de 10 en 10, escogiendo de entre esos ciudadanos los nacidos entre 1919 y 1928, ambos inclusive, hasta completar el número de personas cuyo estudio estaba previsto en ese municipio y grupo de edad.

Organización del estudio

Elaboración del cuestionario

Como esquema básico se utilizó la versión del Functional Assessment Inventory de Pfeiffer, traducida al español, adaptada a nuestro país y validada en nuestro entorno por el investigador principal [62].

El Functional Assessment Inventory (Inventario de Valoración Funcional) consiste en un cuestionario preparado por Eric Pfeiffer, quien lo ha obtenido a través de una sistemática reducción de cuestiones, la reorganización de algunos apartados y la adición de unas pocas preguntas al OARS Multi-Dimensional Functional Assessment Questionnaire (Cuestionario Multidimensional de Valoración Funcional OARS) [65]. Las siglas OARS se refieren al Older Americans Resources and Services Program (Programa de Recursos y Servicios de los Americanos Ancianos), llevado a cabo por el Centro para el Estudio del Envejecimiento y Desarrollo Humano de la Universidad Duke de Durham, Carolina del Norte, Estados Unidos.

El cuestionario multidimensional OARS, por ser muy completo y minucioso, suele tardar en completarse más de una hora. Su derivado, el Inventario de Valoración Funcional, es más corto, y facilita la medición del funcionamiento del individuo en las siguientes cinco facetas:

- 1.- Recursos sociales
- 2.- Recursos económicos
- 3.- Salud mental
- 4.- Salud física
- 5.- Capacidad de autocuidado (Actividades de la Vida Diaria).

El Inventario de Valoración Funcional explora también la necesidad percibida subjetivamente por el individuo de servicios terapéuticos específicos y/o servicios de apoyo general. Se calcula que se invierte un promedio de 30 minutos con cada cliente para completar el Inventario. El Inventario de Valoración Funcional ha sido evaluado en cuanto a su fiabilidad y validez en el entorno en el que fue concebido [66].

Se suprimió de este Inventario de Valoración Funcional la mayor parte del apartado sobre utilización de servicios y necesidad percibida de los mismos. Aparte de la notable dificultad en la obtención de las respuestas al mismo, dicho apartado está orientado muy específicamente a la actuación individual sobre las perso-

nas entrevistadas. Las cuestiones suprimidas fueron las que se consideró que no tenían sentido en un estudio epidemiológico comunitario que no pretendía generar acciones inmediatas de ayuda o apoyo individual. No obstante, se mantuvo una cuestión de este apartado que nos permitiera estimar en la población estudiada el grado de necesidad sanitaria sentida y no cubierta.

Se añadieron al cuestionario algunos apartados procedentes del Geriatric Assessment Testing and Evaluation System (GATES) [67] con el fin de explorar aspectos de interés sugeridos por los investigadores a raíz del estudio piloto y que no estaban contemplados en el Inventario de Valoración Funcional. Entre los apartados añadidos figura uno titulado “Actividades Sociales” que recoge una serie de Actividades de la Vida Diaria Avanzadas (AVD-A), con el fin de aumentar la sensibilidad para detectar adecuadamente pequeñas minusvalías funcionales en un estudio de ámbito comunitario como el presente. También se añadieron los apartados del GATES titulados “Hábitos saludables” y “Nutrición”, que incluían cuestiones sobre ejercicio, tabaquismo, alcoholismo, alimentación y nutrición.

Finalmente se añadieron 3 preguntas individuales con el fin de detectar molestias podológicas, registrar uso de prótesis dentales y recoger datos sobre intervención de cataratas, aspectos que varios de los investigadores consideramos de interés.

La modificación fundamental en el Inventario de Valoración Funcional consistió en evaluar separadamente los aspectos cognitivo y afectivo, siguiendo las recomendaciones derivadas de la Tesis Doctoral del Investigador Principal [62], en vez de valorar ambos conjuntamente en el apartado de salud mental como estaba previsto en la versión original.

Se mantuvo la numeración del original del Inventario de Valoración Funcional, asignándose numeración complementaria a las cuestiones añadidas. Véase en el Anexo 1 el modelo de cuestionario empleado en la fase definitiva del estudio. En el Anexo 2 se muestra el modelo utilizado para completar el cuestionario cuando se solicitaba el concurso del informador. En el Anexo 3 figura la guía orientativa para asignar números índice del 1 al 6 a las distintas áreas valoradas.

Información a los alcaldes

Con fecha 10 de noviembre de 1993 el investigador principal remitió a todos y cada uno de los alcaldes de los 87 municipios de Canarias la carta informativa con el fin de solicitarles el apoyo de su Ayuntamiento, cuyo modelo se expone en el Anexo 4.

Reunión inicial de coordinación

Tuvo lugar el 13 de noviembre de 1993 en el Colegio de Médicos de Las Palmas. A ella acudieron la totalidad de los investigadores, dedicándose 2 horas a la instrucción sobre generalidades de la valoración geriátrica y sobre aspectos específicos sobre la aplicación del cuestionario de valoración a utilizar. Esta reunión se complementó con la entrega de información escrita detallada sobre las materias tratadas (véase Anexo 5).

Forma de contactar con los sujetos participantes y obtención del consentimiento informado

Cada investigador intentó contactar con los sujetos seleccionados de la forma que consideró más oportuna. Habitualmente se remitió por correo una carta informativa con cierta antelación al contacto personal o telefónico del investigador con la persona a entrevistar. En ocasiones, la carta informativa fue entregada en mano por el investigador. En cualquier caso, se completó la información escrita con información verbal al anciano entrevistado, y/o cuidador en su caso, solicitando su consentimiento para la realización del estudio tras aclarar sus dudas sobre el mismo.

Normas a seguir para la aplicación del cuestionario

El investigador principal había asistido en Tampa (Florida), EEUU, a un Taller de Entrenamiento en el uso del Functional Assessment Inventory dirigido por el propio autor, Dr. Eric Pfeiffer, con lo que pudo transmitir de primera mano a los demás investigadores las directrices necesarias para asegurar una fiabilidad y validez equiparable a la de los demás estudios internacionales llevados a cabo con dicho cuestionario.

Se siguieron las indicaciones contenidas en el Manual de Entrenamiento del Inventario de Valoración Funcional [68]. Se consideró fundamental evitar el dirigismo. Se intentó mantener una actitud neutral en todas las entrevistas, evitando la "complicidad" con el entrevistado o la tendencia natural a darle la razón. Incluso se procuró evitar las expresiones no verbales de asentimiento o aprobación a las contestaciones por parte del entrevistador.

Para vencer la dificultad impuesta por el déficit auditivo de algunos de los entrevistados, se utilizó la voz grave que, además de ser más tranquilizadora, es mejor captada por los ancianos con presbiacusia [68,69].

Las preguntas de la Evaluación Psiquiátrica Abreviada se han formulado al pie de la letra pero, por lo demás, se ha mantenido un estilo conversacional tal y

como indica el mencionado Manual [68]. Estilo que, por otra parte, viene implícito en la propia redacción del Inventario.

Valoración de las respuestas y tabulación

Cuestionario Portátil para el Estado Mental

En dicho cuestionario (preguntas 1.1 a 1.10), se dio como correcta la respuesta a la pregunta sobre el día de hoy si se dijo correctamente el mes y el año y, además, se dio el número del día del mes correcto o el correspondiente al día anterior. La fecha de nacimiento se cotejó con la obtenida del Padrón Municipal. La edad se puntuó como correcta si especificó exactamente los años cumplidos. En cuanto al nombre del Rey se consideró aceptable Juan Carlos, Juan Carlos I u otros más extensos, pero no Carlos ni Juan a secas. Por lo que respecta al nombre del anterior Jefe del Estado, se dio como correcto si respondieron como mínimo Franco. El nombre de la madre del entrevistado se dio como correcto si era un nombre de mujer junto al segundo apellido del sujeto, o bien un nombre de mujer junto a los dos apellidos del entrevistado. En la prueba de la resta de 3 en 3 desde 20 hasta cero se admitió solamente un error consistente en que, por un sola vez, se restaran 2 en vez de 3 en el conjunto de la serie. El resto de este grupo de preguntas se dio por bueno solamente si el entrevistado acertó plenamente.

Puntuación total de la Evaluación Psiquiátrica Abreviada

En la Evaluación Psiquiátrica Abreviada incluida en el formulario del Inventario de Valoración Funcional aparece en mayúsculas el sí o el no según sea una u otra la respuesta que en cada caso indica posible psicopatología. Estos síes y noes en mayúscula vemos que están colocados en un cierto orden para evitar precisamente que el encuestado tienda a contestar sí o no a todas estas preguntas dejándose arrastrar por sus primeras respuestas. En la referida Evaluación, se valoró la puntuación total sumando el número de respuestas en mayúscula, indicadoras de posible psicopatología, de acuerdo con lo indicado en el propio Inventario. Se intentó siempre al máximo que el entrevistado se decidiera, bien por la respuesta afirmativa, bien por la negativa. Pero en las ocasiones en que no logró decidirse, o no logró entender la pregunta, se sumó medio punto. Igualmente se sumó medio punto cuando la pregunta sobre si "le ha costado mantener el equilibrio al andar" no era de aplicación por encontrarse el entrevistado postrado en cama o en silla de ruedas.

Estudio piloto

Cada investigador escogió un municipio grande o mediano de su isla y selec-

cionó las personas que ocupaban los puestos 3º y 9º de la lista de personas de 65 años o más en el Padrón Municipal. Cada uno de los investigadores realizó las dos entrevistas de valoración comentando al investigador principal las dificultades encontradas y efectuando sugerencias tanto sobre modificaciones en el formato del instrumento empleado como sobre las formas de soslayar dichas dificultades.

Investigadores participantes

Todos los investigadores participantes son médicos y miembros de la Sociedad Canaria de Geriátría y Gerontología en cuyo seno se llevó a cabo este trabajo.

El reparto por islas de los investigadores se muestra en la Tabla 2.



Tabla 2

Reparto de investigadores (por orden alfabético) en cada isla

Investigador Principal:

Basilio Javier Anía Lafuente

Lanzarote y Fuerteventura:

Elisa Isabel Corujo Rodríguez (investigadora responsable)

Domingo de Guzmán Pérez Hernández

Gran Canaria

Carmen Dolores Acosta Morales

Basilio Javier Anía Lafuente (investigador responsable)

Leoncia Guerra Hernández

Sinforiano Rodríguez Moreno

José María Saavedra Rodríguez

Ángel Julio Santana Santana

José Luis Suárez Almenara

Tenerife

Teresa Aparicio Hernández-Lastras

María Ángeles Arbona Illada

Ana Isabel Camacho Rodríguez

Patricia Morales Rodríguez

Carmen Ortiz Martín

Amparo Serrano Sánchez

José Manuel Zerolo López (investigador responsable)

La Palma

Miguel Eduardo Socorro Monzón (investigador responsable)

La Gomera

Basilio Javier Anía Lafuente (investigador responsable)

El Hierro

Carmen Dolores Acosta Morales (investigadora responsable)

Reuniones de coordinación

En las islas mayores se llevaron a cabo dos reuniones de coordinación entre el investigador responsable de la isla y el resto de investigadores con el fin de planificar el reparto del trabajo a realizar y resolver las cuestiones pendientes. Asimismo, se llevaron a cabo al menos dos reuniones del investigador principal con cada uno de los investigadores responsables de isla con el fin de armonizar la recogida de datos y unificar criterios.

En el ínterin se mantuvo un contacto telefónico entre el investigador principal y los demás investigadores con el fin de resolver dudas puntuales.

Informatización, explotación de los datos y análisis estadístico

Elaboración de la base de datos y control de calidad

El modelo de cuestionario se elaboró con formato precodificado con el fin de evitar errores y facilitar la grabación informática en una base de datos. Se diseñó mediante el programa Sigma una ficha informática con 175 variables o campos y se grabaron las respuestas obtenidas en la base de datos de dicho programa. Sigma detecta los códigos ilegales en la fase de informatización y, aparte de su propio paquete estadístico, permite la exportación fácil de los datos a otros programas más universales y a paquetes estadísticos más potentes [70].

Las desviaciones extremas fueron doblemente comprobadas. Aparte del periódico contacto telefónico con los investigadores responsables de isla se generó un informe de control de calidad de los datos mediado el estudio que se remitió a todos los investigadores con el fin de mantener la meticulosidad y la exactitud en la obtención de los datos y promover la completa cumplimentación de los cuestionarios.

Análisis y técnicas estadísticas

En el análisis exploratorio se comprobaron, y corrigieron en su caso, las desviaciones extremas en las variables cuantitativas y los casos de relación ilógica en las variables cualitativas.

Se efectuó el análisis estadístico de los datos utilizando fundamentalmente procedimientos univariados y bivariados. Los intervalos de confianza se calcularon mediante el subprograma CONFINT de Computer Programs for Epidemiologic Analysis [71]. Dado que el muestreo fue aleatorio en dos estratos (65-74 y _75 años) con el fin de obtener más precisión en el grupo de personas más añosas, las inferencias al conjunto de la población canaria de 65 años y más se realizaron

ponderando las medias y proporciones obtenidas en cada estrato con su respectiva población según el Censo de Canarias de 1.991 [7].

Los contrastes estadísticos entre dos variables cuantitativas se efectuaron mediante la prueba de la t de Student o con la prueba no paramétrica de Mann-Whitney [72]. Los contrastes entre dos o más porcentajes se realizaron mediante la prueba de χ^2 [73]. Los contrastes entre varias variables cuantitativas se llevaron a cabo mediante el análisis de la varianza para un factor [74]. El χ^2 para la tendencia lineal se calculó aplicando la fórmula de ARMITAGE y BERRY [75] mediante el subprograma TREND de Computer Programs for Epidemiologic Analysis [71].

Se consideró significativa una $P < 0,05$ para los contrastes de hipótesis únicas. Para los contrastes de hipótesis múltiples en el análisis de la varianza se utilizó la corrección de Newman-Keuls [76].

Cronograma del estudio

Fecha de comienzo: 1 de noviembre de 1993

Elaboración y preparación de los cuestionarios iniciales: 1 al 12 de noviembre de 1993

Estudio piloto: 14 de noviembre al 15 de diciembre de 1993

Elaboración y preparación de los cuestionarios definitivos: 16 al 31 de diciembre de 1993.

Muestreo: 16 de diciembre de 1993 al 30 de abril de 1994.

Trabajo de campo y recogida de datos: 1 de enero al 30 de junio de 1994.

Grabación informática: 1 de enero al 10 de julio de 1994.

Explotación estadística: 10 al 15 de julio de 1994.

Evaluación de resultados y discusión: 15 al 31 de julio de 1994.

Redacción de la Memoria-Informe Final: 1 de julio al 31 de agosto de 1994.

Fecha de conclusión del informe final y presentación del trabajo: 1 de septiembre de 1994.



Resultados

Número de personas estudiado en cada isla

El total de personas muestreadas fue de 411. En la Tabla 3 vemos el número de personas incluido en el estudio en cada una de las siete islas, así como nuestro objetivo inicial y el porcentaje de personas estudiadas en relación a dicho objetivo. Ya se indicó en el apartado de Métodos que el número previsto de personas a estudiar estaba en relación proporcional al número de habitantes de 65 a 74 años o de 75 y más años censados en cada una de las islas respecto al total de habitantes de esos dos grupos de edad en el total de la Comunidad Autónoma de Canarias.

Se observa que en El Hierro y Fuerteventura, que son las dos islas con menos población anciana en términos absolutos, el porcentaje de inclusión en el estudio es del 100%. En La Gomera el porcentaje del número de personas incluidas sobre el número previsto es superior al 100% debido a que se sobremuestreó para compensar un porcentaje de ausentes y fallecidos superior al esperado. En Gran Canaria y Lanzarote se llegó a estudiar más de un 90% de las personas inicialmente previstas, y en la isla de La Palma se alcanzó un 65% sobre el objetivo previsto. En Tenerife sólo se llegó a incluir en el estudio un 15% del número inicialmente previsto, lo que se debió fundamentalmente a la negativa de la mayoría de los ayuntamientos de la isla de Tenerife a permitir la consulta del Padrón Municipal para el muestreo de las personas a estudiar.

Tabla 3

Número de personas incluidas en el estudio

Isla	Incluido	Previsto	% sobre Previsto
Lanzarote	23	25	92%
Fuerteventura	13	13	100%
Gran Canaria	263	290	91%
Tenerife	45	300	15%
La Palma	37	57	65%
La Gomera	22	14	157%
El Hierro	8	8	100%
TOTAL	411	707	58%

Reparto de las personas muestreadas por sexo y año de nacimiento

Del total de 411 personas muestreadas fueron varones 162 (39,4%) y mujeres 249 (60,6%).

Veamos en la Tabla 4 los años de nacimiento de las 399 personas muestreadas de las cuales disponíamos de esa información. Se hace referencia al año de nacimiento y no a la edad dado que un pequeño grupo de estas personas habían fallecido en el momento en que intentaron ser entrevistadas.

Tabla 4

Personas muestreadas según quinquenio de nacimiento

Año de nacimiento	Número de personas	% sobre TOTAL
1889-1893	1	0,2
1894-1898	0	0,0
1899-1903	18	4,5
1904-1908	40	10,0
1909-1913	75	18,8
1914-1918	114	28,6
1919-1923	71	17,8
1924-1928	77	19,3
1929-1934	3	0,8
TOTAL	399	

Las 12 personas de las que desconocíamos su año de nacimiento, y que habían sido muestreadas, fueron personas que no pudieron ser localizadas, que habían fallecido, o que declinaron participar en el estudio, y cuya fecha de nacimiento no figuraba entre los datos obtenidos del Padrón Municipal.

Las 3 personas nacidas en el año 1929 o posterior fueron excluidas por no cumplir el criterio de inclusión prefijado en Métodos de haber nacido en 1928 o antes establecido con la finalidad de asegurar que todas la personas incluidas en el estudio tenían 65 años cumplidos en el momento de la entrevista. El muestreo de estas 3 personas se debió a la selección errónea en 2 casos y al error en el año de nacimiento que figuraba en el Padrón en el tercero de ellos.

Veamos en la Tabla 5 el reparto por sexos en cada uno de estos quinquenios de nacimiento.

Tabla 5

Sexo de las personas muestreadas según quinquenio de nacimiento

Años de nacimiento	NºVarones	NºMujeres	% de varones sobre TOTAL
1889-1893	0	1	0,0
1894-1898	0	0	0,0
1899-1903	4	14	22,2
1904-1908	17	23	42,5
1909-1913	28	47	37,3
1914-1918	42	72	36,8
1919-1923	34	37	47,9
1924-1928	33	44	42,9
1929-1934	2	1	66,7
TOTAL	160	239	40,1

Número de personas muestreadas que no participaron en el estudio y motivos de no participación

El número total de personas muestreadas que no participaron en el estudio fue de 126 lo que, como ya hemos indicado anteriormente, representa un porcentaje de no participación del 31%. Los motivos para no participar fueron los detallados en la Tabla 6. Entre ellos destacan las 29 personas seleccionadas que personalmente o por medio de sus familiares se negaron a participar, lo que supone un 7,3% de las 411 personas seleccionadas para el estudio.

Tabla 6

Motivos de no participación

Motivo	Nº personas	% de TOTAL
Fallecido	27	21,4%
Trasladado a otro municipio	20	15,9%
Imposibilidad de localizar la vivienda	9	7,1%
Imposibilidad de contactar con el sujeto	30	23,8%
Negativa por parte del sujeto o familiar	29	23,0%
Otro	11	8,7%
TOTAL	126	

En el apartado "Otro" se incluyen los 3 casos que no habían cumplido aún los 65 años, así como las personas que estaban en el extranjero, o aquellas que no pudieron acordar mutuamente con el investigador un momento adecuado para la entrevista.

Comparación del año de nacimiento y sexo de las personas participantes en el estudio con las no participantes

La distribución de los años de nacimiento de las personas participantes en el estudio no fue estadísticamente diferente de la de los no participantes: $P=0,19$ para la prueba de la t de Student para comparación de medias de muestras no apareadas, y $P=0,11$ para la prueba no paramétrica de Mann-Whitney. Los porcentajes de varones y mujeres tampoco fueron diferentes estadísticamente entre participantes (39% de varones) y no participantes (41% de varones), al obtenerse $P=0,61$ en dicho contraste.

En consecuencia, el similar reparto por sexo y año de nacimiento de ambos grupos de personas indica que no es probable que se hayan producido sesgos importantes por participación selectiva de determinados segmentos de población anciana.

Características de las personas participantes en el estudio

Número de personas participantes y porcentaje de participación sobre el número muestreado y repartidos por islas

El número total de participantes en el estudio que dieron su consentimiento verbal y completaron la entrevista fue de 285. En la Tabla 7 tenemos su reparto por islas junto con el porcentaje de participación en cada una de ellas. El porcentaje de participación más bajo fue el registrado en La Gomera debido al elevado número de personas fallecidas que no habían sido aún eliminadas del Padrón y a que un buen número de personas ancianas allí empadronadas residían temporalmente con sus hijos, en muchos casos en la vecina isla de Tenerife.

En el conjunto de Canarias el porcentaje de no participación fue del 31%, casi idéntico al 30% previsto en el Proyecto.

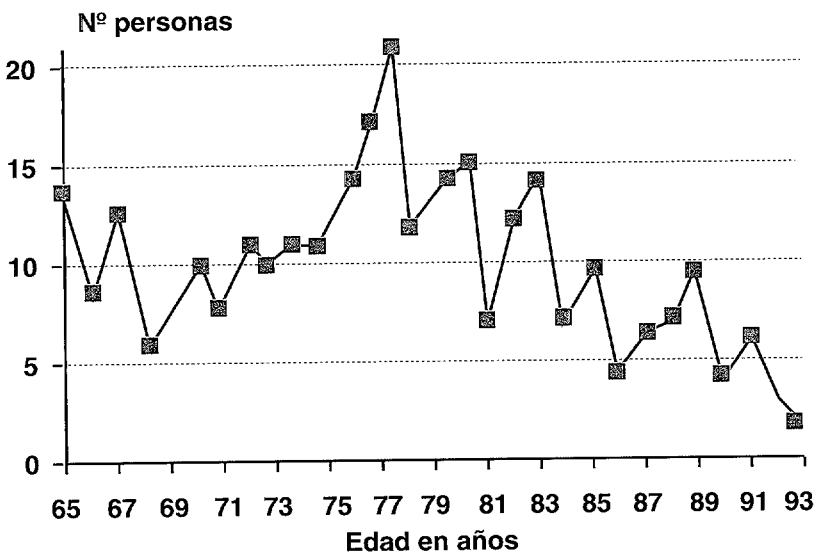
Tabla 7

Personas participantes y porcentaje de participación por islas

Isla	Nº participantes	Nºmuestreado	% participación
Lanzarote	19	23	83%
Fuerteventura	11	13	85%
Gran Canaria	188	263	71%
Tenerife	28	45	62%
La Palma	22	37	59%
La Gomera	10	22	45%
El Hierro	7	8	88%
TOTAL	285	411	69%

Figura 7

Distribución por edad de las personas participantes



Edad y sexo de las personas participantes

En la Figura 7 vemos el polígono de frecuencias de los años cumplidos de las personas que aceptaron participar en el estudio. En él se destaca una moda o valor más frecuente de 77 años. El promedio de edad fue de 77,2 años con una Desviación Estándar (DE) de 7,2 años. El rango fue de 65-93 años, como hemos visto en la Figura 7.

De los 285 participantes, 101 (35,4%) tenían de 65 a 74 años cumplidos. Este porcentaje es ligeramente inferior al 40% previsto en los Métodos para este grupo de edad, lo cual puede deberse en parte a que, al basarnos en el año de nacimiento para la selección aleatoria, y realizar las entrevistas a lo largo del primer semestre de 1994, en más de la mitad de los casos el número de años cumplidos era uno más de lo previsto. Así, el porcentaje de personas de 65 a 75 años cumplidos, inclusive, es del 40,4% del total, lo que nos tranquiliza respecto a la corrección de la selección aleatoria.

Fueron varones 110 (38,6%) de los 285 participantes. En la Figura 8 vemos la comparación de los números de personas de ambos sexos por años cumplidos. En la Figura 9 se muestra esa misma comparación según grupos quinquenales de edad, donde vemos que las mujeres predominan numéricamente en todos estos grupos quinquenales excepto en el de 70 a 74 años de edad en que están prácticamente igualados.

Hora de realización de las entrevistas

La mayoría de las entrevistas se iniciaron entre las 16 y las 20 horas. Vemos en la Figura 10 que la distribución de las horas de inicio de las entrevistas es bimodal, con una segunda moda a las 11 horas, que corresponde a entrevistas efectuadas en su mayoría los fines de semana.

Figura 8

Distribución por edad y sexo de las personas participantes

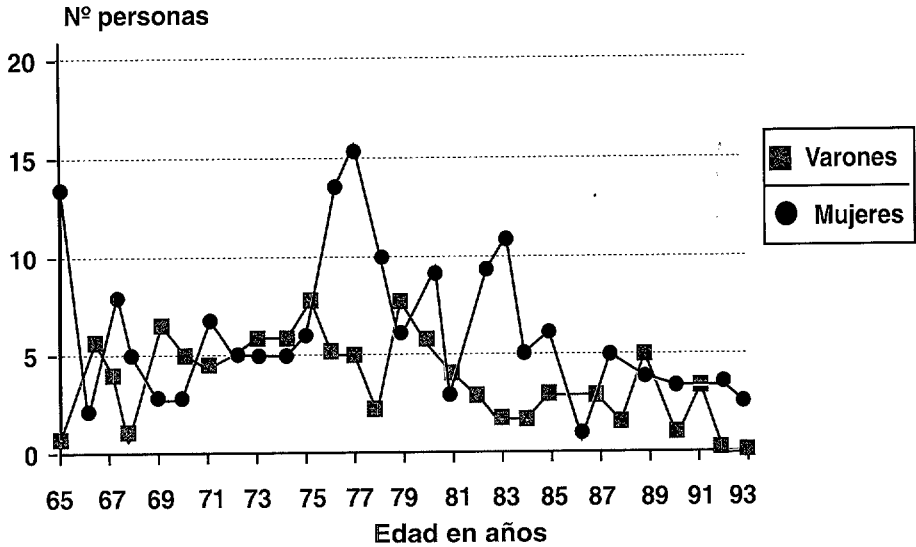


Figura 9

Reparto de varones y mujeres participantes por grupos quincenales de edad

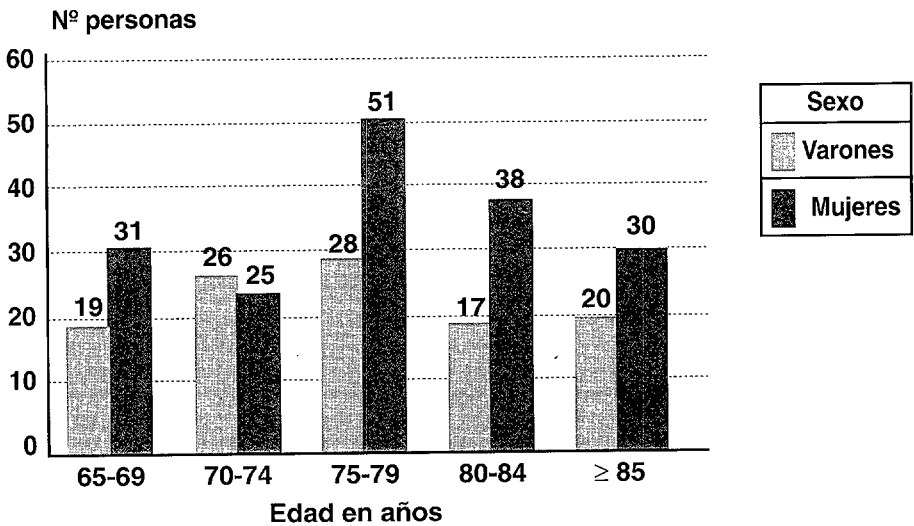
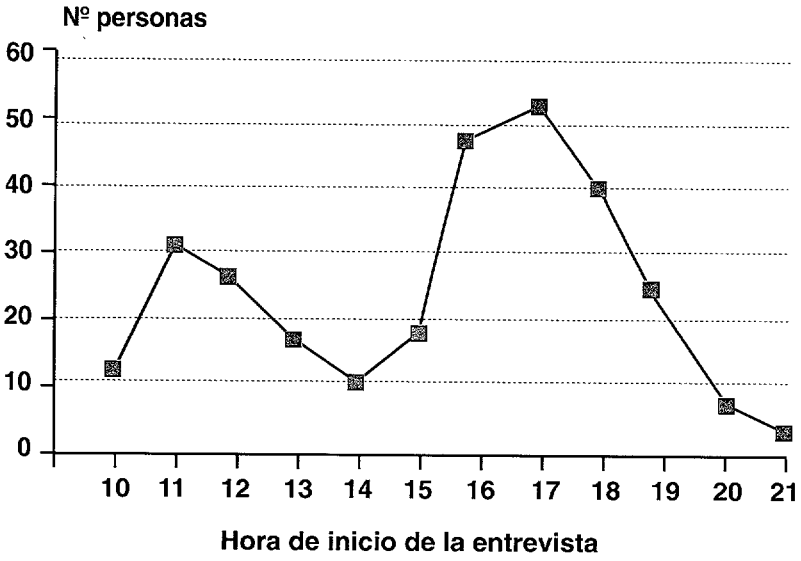


Figura 10

Hora de inicio de las entrevistas



Resultados globales

Porcentaje de escolarización

Un 23,2% de las personas entrevistadas manifestaron que nunca habían asistido a la escuela.

En la Figura 11 podemos ver la distribución de la edad al final de la escolarización de las 207 personas que suministraron ese dato.

Alfabetización declarada

Un 20,5% de las personas estudiadas dijeron no saber leer. La inferencia al conjunto de ancianos de Canarias proporciona un porcentaje de analfabetismo del 17,4% (Intervalo de Confianza del 95%: 12,6%-22,1%).

De los 53 analfabetos, 19 dijeron haber asistido a la escuela hasta una edad promedio de 10,5 años, significativamente inferior ($P=0,0056$) al promedio de 12,8 años de final de la escolarización de las personas alfabetizadas. No obstante, muchos de los ancianos entrevistados dijeron haber asistido a la escuela erráticamente durante sus años escolares.

Hubo 11 personas que sabían leer aunque no habían asistido a la escuela en su infancia. Sin embargo habían sido alfabetizados en la edad adulta, algunos de ellos durante el servicio militar.

Porcentajes de acierto a las preguntas del Cuestionario del Estado Mental

La Figura 12 muestra los porcentajes de acierto a cada una de las preguntas del Cuestionario del Estado Mental Portátil (Short Portable Mental Status Questionnaire - SPMSQ) de Pfeiffer. Dicho porcentaje de aciertos osciló desde un 50% para la prueba de la resta de 3 en 3, hasta un 93% para el nombre de la madre del entrevistado y un 94% para el lugar o edificio en que se encontraba en el momento de la entrevista.

Figura 11

Número de ancianos según edad al final de la escolarización

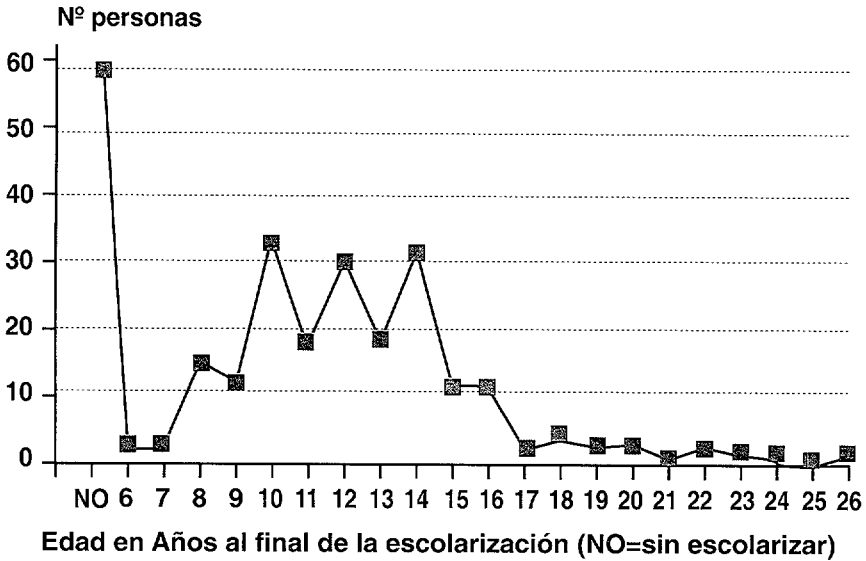
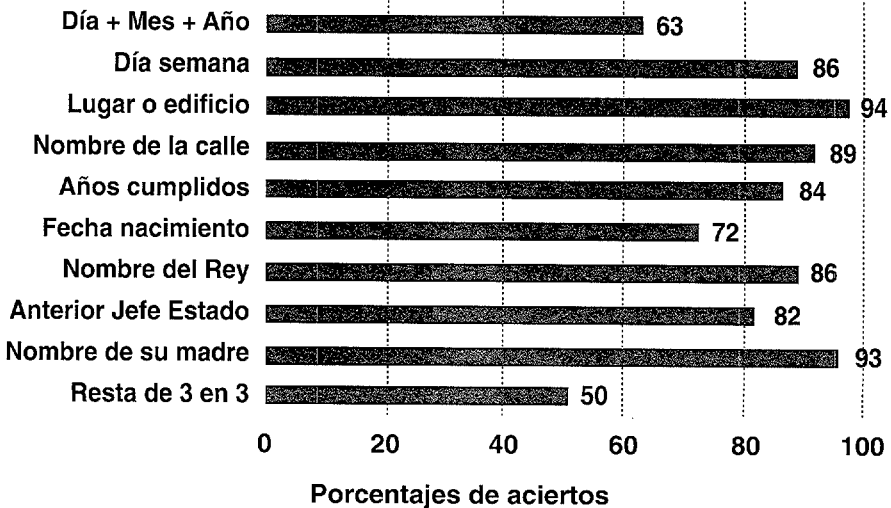


Figura 12

**Porcentajes de acierto por parte de los entrevistados
Cuestionario del Estado Mental Portátil (Pfeiffer)**



Número de errores ajustados en el Cuestionario del Estado Mental

El total de errores cometidos en las 10 preguntas del Cuestionario del Estado Mental Portátil se ajustan a la baja o al alza en un error según el grado de escolarización previo (como puede verse en el modelo de cuestionario que aparece en el Anexo 1). El promedio del número de errores ajustados resultó ser de 1,6. La distribución del número de errores presenta su moda en los 0 errores, disminuyendo en frecuencia progresivamente y con un ligero incremento en frecuencia al llegar a los 9 y 10 errores (véase Figura 13).

El porcentaje de personas que tuvieron 3 errores ajustados o más, para los que se recomendaba utilizar informador para completar el cuestionario si éste estaba disponible, fue del 21,7%. El porcentaje de ancianos que cometieron 5 o más errores ajustados, para los cuales se considera necesario el concurso de un informador para completar los datos proporcionados por la propia persona estudiada, fue del 9,6%. Para el conjunto de ancianos de Canarias el porcentaje ponderado de personas que cometerían 5 errores o más sería del 6,9% (Intervalo de Confianza del 95%: 4,1%-10,4%). Es de señalar que a partir de los 5 errores se considera que el sujeto presenta probablemente una incapacidad cognitiva al menos moderada, lo que puede impedirle realizar una vida normal de modo independiente.

Duración de la residencia previa en la isla

El 97,6% de los entrevistados dijeron llevar residiendo en su isla más de 15 años.

Número de hijos vivos

El promedio de hijos vivos fue de 3,6 por cada entrevistado, promedio idéntico al inferido para el conjunto de ancianos de Canarias. En la Figura 14 tenemos la distribución de dicho número. En ella destaca que lo más frecuente es tener 3 hijos vivos seguido de ninguno.

Figura13

**Errores ajustados cometidos por los entrevistados
Cuestionario del Estado Mental Portátil (Pfeiffer)**

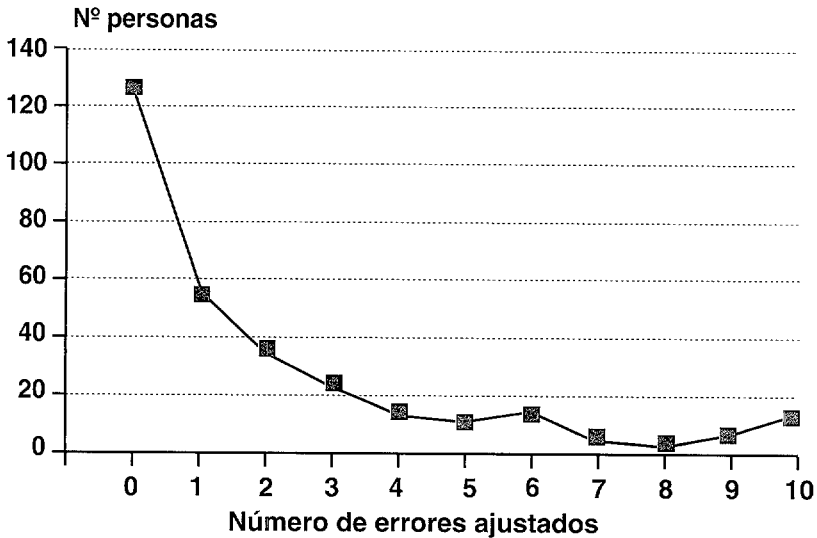
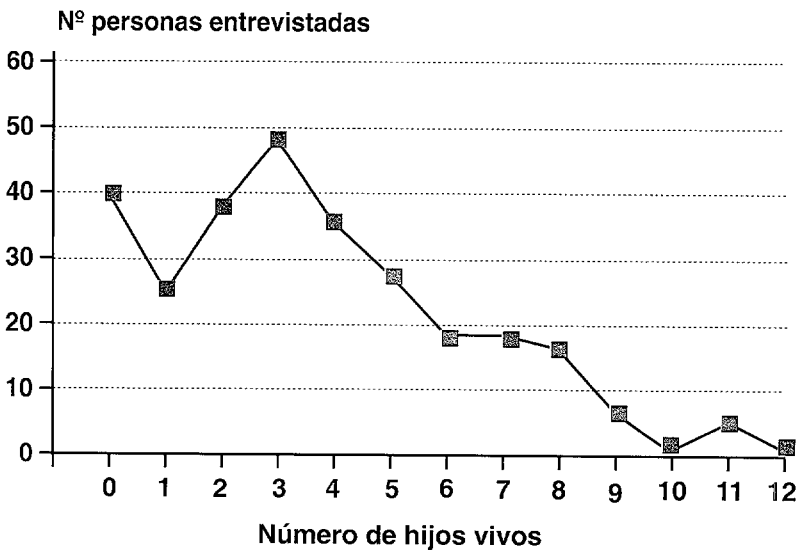


Figura14

Número de entrevistados según número de hijos vivos



Estado civil

Más de la mitad (51,1% exactamente) de las personas estudiadas estaban casadas en el momento de la entrevista. El porcentaje de viudez fue del 38,7%, y el de soltería un 8,2%. Sólo 3 de los ancianos estudiados dijeron estar divorciados, y otros 3 dijeron estar separados legalmente. En la Figura 15 vemos representado gráficamente el reparto según estado civil.

Convivientes

En la Figura 16 puede observarse el número de ancianos estudiados según el tipo respectivo de convivientes. El 14,2% de las personas estudiadas dijeron vivir solas, resultando la inferencia para el conjunto de Canarias de un 10,9% de ancianos que viven solos (Intervalo de Confianza del 95%: 7,3%-14,8%). El 1,8% de personas entrevistadas estaban institucionalizadas, siendo la inferencia para Canarias de un 1,1% de ancianos residiendo en instituciones (Intervalo de Confianza del 95%: 0,2%-3,1%).

Por otra parte, de las 145 personas casadas, 61 (42,1%) convivían con hijos, nietos u otros familiares en el mismo domicilio, además de con su cónyuge. El resto de personas casadas convivía exclusivamente con su cónyuge, salvo una persona casada que dijo vivir sola, y otra que convivía con una persona contratada además de convivir con su cónyuge.

Frecuencia de contactos telefónicos

Véase en la Figura 17 la distribución de las personas estudiadas según el número de llamadas telefónicas efectuadas o recibidas a lo largo de la semana anterior. Destaca que el 26,6% de los entrevistados dicen hablar por teléfono diariamente, mientras que un 31,0% no hablaron por teléfono ninguna vez a lo largo de la semana de referencia, si bien este último porcentaje incluye al grupo no despreciable de ancianos que no tienen teléfono y que se desplazan poco de su domicilio.

Figura 15

Estado civil de las personas estudiadas

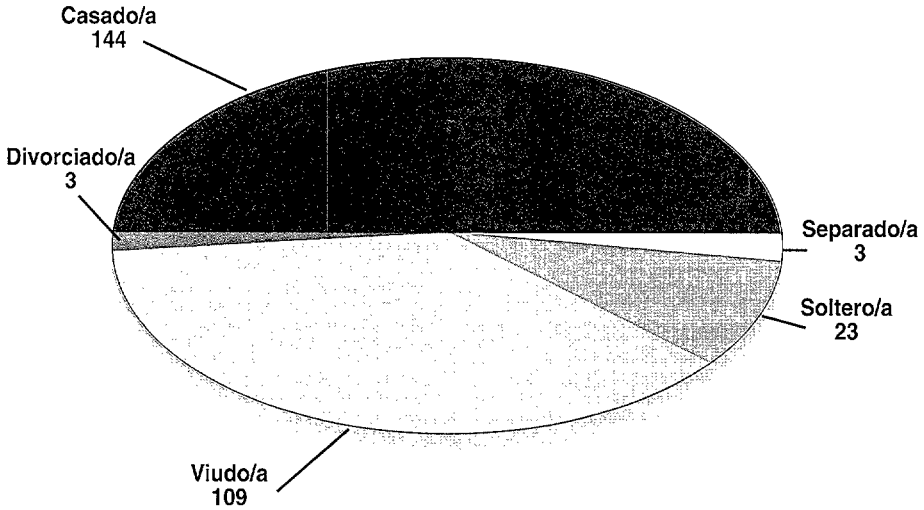


Figura 16

Convivientes de las personas estudiadas

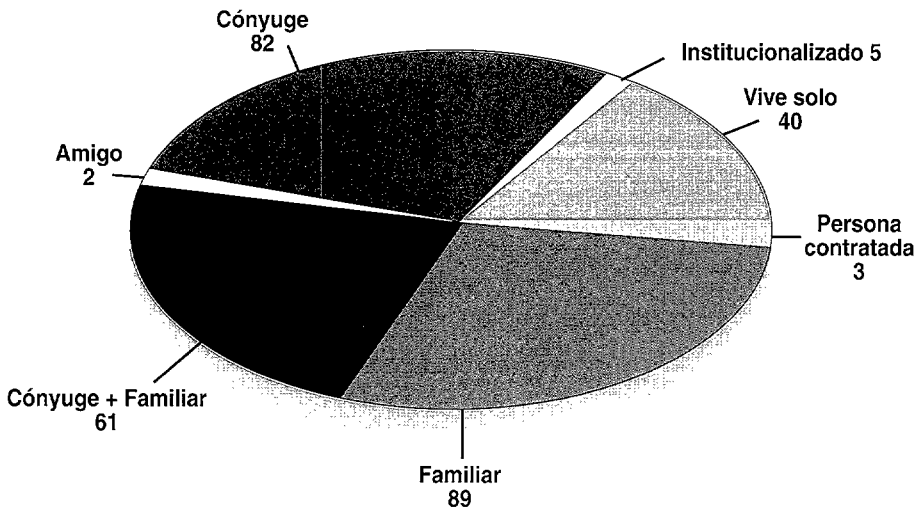
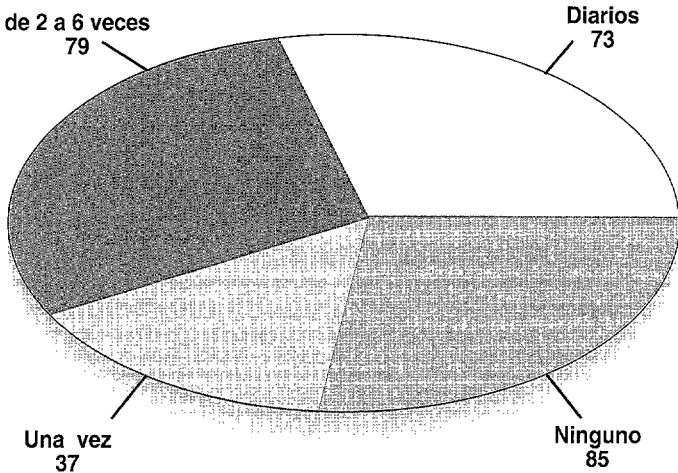


Figura 17

Frecuencia de contactos telefónicos durante la semana anterior



Contactos telefónicos

Frecuencia de contactos personales

Ésta se ha medido a través del número de visitas efectuadas o recibidas, o encuentros con amigos o familiares, a lo largo de la semana anterior, según manifestación del entrevistado. Es de destacar que, como vemos en la Figura 18, hubo 36 personas (12,9%) que no tuvieron durante la semana de referencia ningún contacto personal, aparte del habido con sus convivientes. De estas 36 personas, 24 (66,7%) tampoco tuvieron conversación telefónica alguna durante esa misma semana.

Disponibilidad de confidente

Quince de las personas estudiadas dijeron no tener a nadie en quien confiar. El confidente en el resto de los casos resultó ser el cónyuge u otro familiar en más de un 90% de ocasiones, pero hubo 19 personas que señalaron como confidente a un amigo, y 2 que confiaban plenamente sus problemas a una persona contratada (véase Figura 19).

Posibilidad de recibir distintos tipos de ayuda

Veintiuna personas dijeron no disponer de nadie que quisiera y pudiera ayudarles. De las personas que sí creían disponer de alguien que les ayudara, esa persona fue primordialmente su cónyuge en el 30,8% de casos, y otro familiar en el 60,9%, tal y como vemos en la Figura 20.

En cuanto a la posible duración de esa ayuda, sería de todo el tiempo que fuera necesario (de indefinida duración) en opinión del 72,7% de los entrevistados, como se desprende de la Figura 21.

De los ancianos que nombraron a su cónyuge como ayudante primordial, sólo 1 dijo esperar recibir un ayuda ocasional solamente, mientras que el 53% de quienes esperaban únicamente ayuda de amigos dijeron esperar sólo ayuda ocasional. Curiosamente, las 2 personas que confiaban en la ayuda de una persona contratada esperaban recibir de ella una ayuda indefinida (véase Figura 22).

Figura 18

Frecuencia de visitas durante la semana anterior

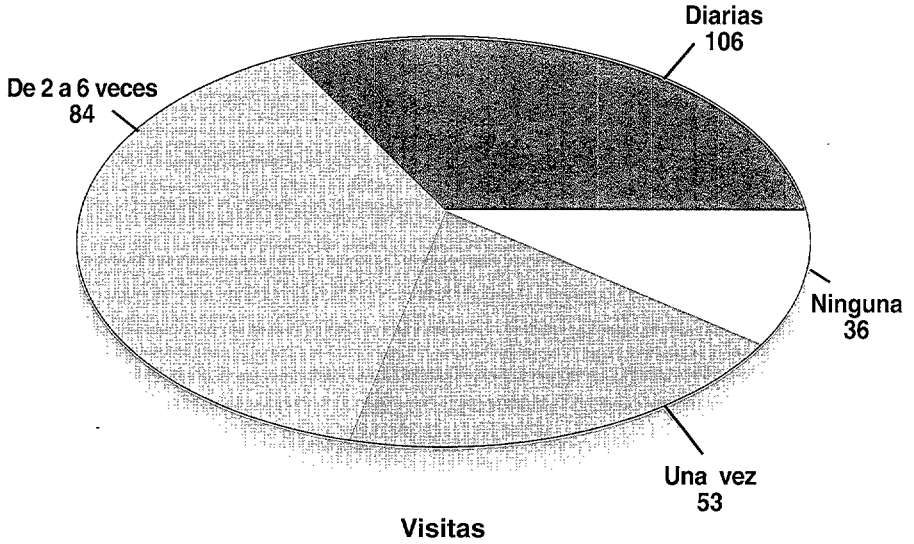


Figura 19

Persona en quien confía

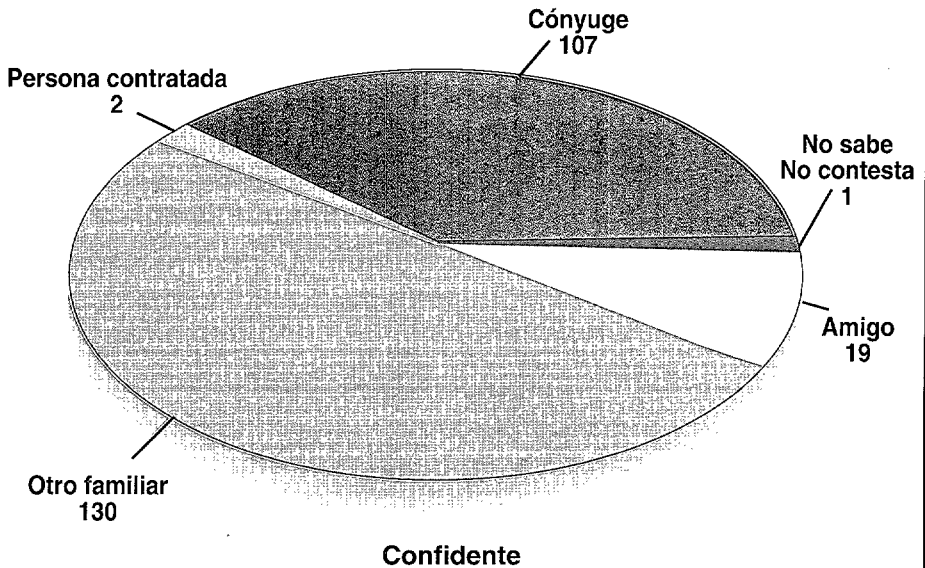
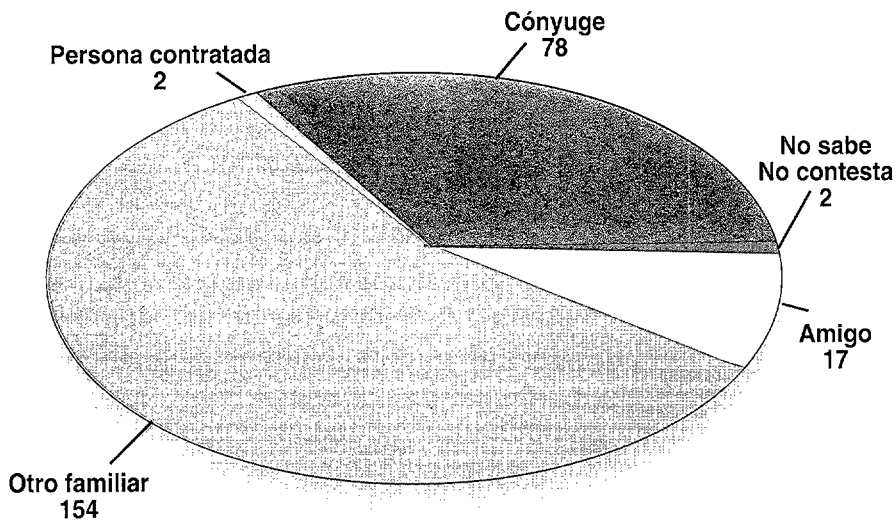


Figura 20

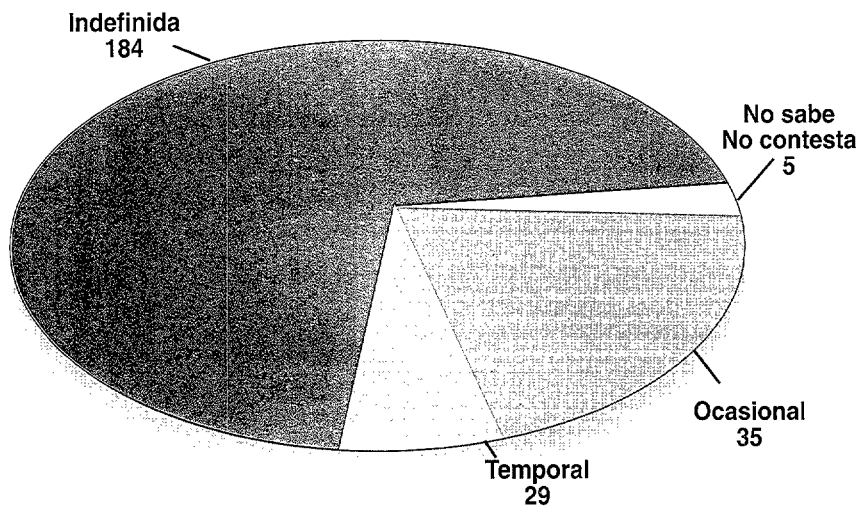
Persona con mayor probabilidad de ayudar



Persona considerada más dispuesta a ayudar

Figura 21

Grado de ayuda que creen poder recibir



Grado de ayuda

Trabajo habitual durante la vida laboral

Preguntados los entrevistados por el trabajo o profesión ejercido durante la mayor parte de la vida laboral, las ocupaciones más frecuentes fueron la de ama de casa (31,0%) y la de agricultor (26,0%), categoría esta última que incluía los pocos casos de personas que se dedicaban a la ganadería más que a la agricultura. Si a esta categoría de agricultor le añadimos el 6,4% de personas que se habían dedicado a la recogida y/o empaquetado de plátanos, tomates u hojas de tabaco, obtenemos un 32,4% de personas dependientes del sector agropecuario que, como vemos, es la ocupación que ha predominado en estas personas de 65 años o más. En la Figura 23 vemos representadas las ocupaciones desempeñadas preferentemente por las personas estudiadas.

Los porcentajes de las ocupaciones de los cónyuges son similares a las de los entrevistados, como no debía ser de otra manera dada la aleatoriedad en la selección de personas a estudiar.

Fuente de ingresos de la unidad familiar

La fuente de ingresos más frecuente para la unidad familiar en la que se encuentra incluida cada una de las personas estudiadas ha sido la pensión única de jubilación (40,0% de casos), seguida de la coexistencia de dos pensiones (16,1%). El cobro de dos pensiones en la unidad familiar se debe en la mayoría de los casos a una pensión correspondiente a cada uno de los cónyuges, y en un grupo menor a viudas que cobraban una pensión de viudedad junto con una pensión asistencial.

Vemos gráficamente en la Figura 24 las posibilidades de fuentes de ingresos, entre las que destacan un 13,2% de ancianos que dijeron recibir una ayuda económica regular de los hijos para complementar la pensión o pensiones que recibían. Esto representa para el conjunto de Canarias que un 12,1% de los ancianos (Intervalo de Confianza del 95%: 8,2%-16,2%) recibiría una ayuda económica habitual de sus hijos para completar sus ingresos o pensiones. Ningún entrevistado dijo depender exclusivamente de la ayuda regular de los hijos u otros familiares para su sustento.

Las 6 personas que están incluidas en la categoría de "Sueldo" como fuente principal de ingresos corresponden bien a personas menores de 70 años que seguían trabajando por cuenta ajena, o bien a profesionales liberales o trabajadores por cuenta propia que seguían en activo en el momento de la entrevista.

El apartado "Otros" recoge otras combinaciones de fuentes de ingresos como puede ser el sueldo de un cónyuge y la pensión del otro en 2 casos, el cobro de una pensión juntamente con un trabajo remunerado de la misma persona en otros 2 casos, y una persona que cobraba una indemnización mensual por un hijo fallecido.

Figura 22

Grado de ayuda según la persona dispuesta a hacerlo

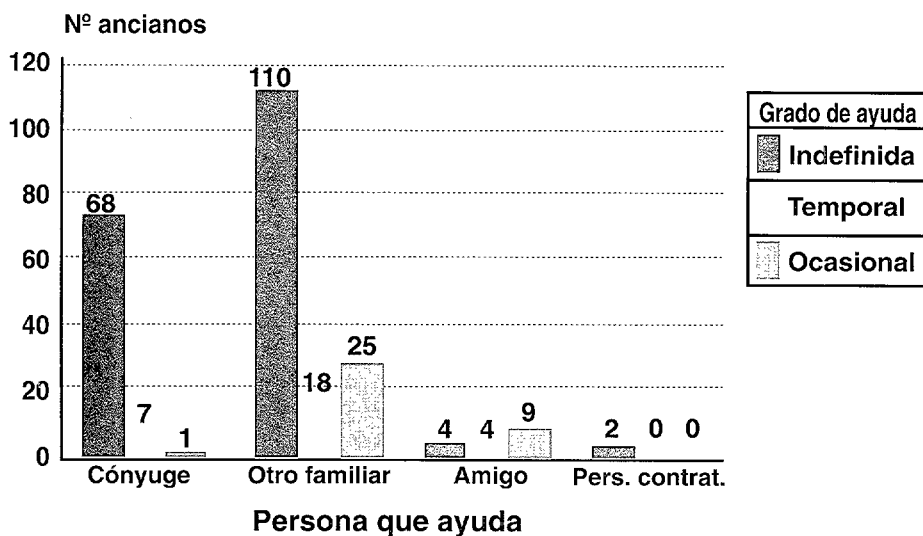


Figura 23

Trabajo habitual durante su vida activa

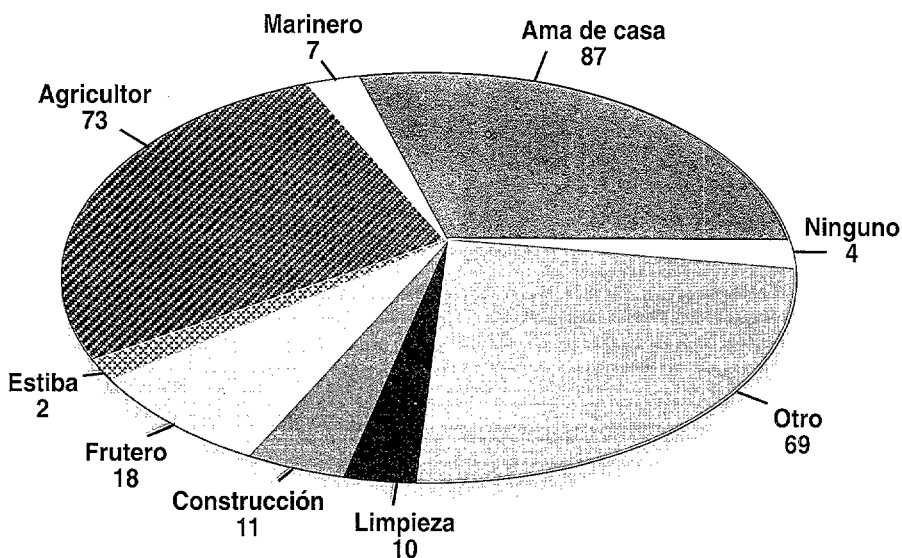
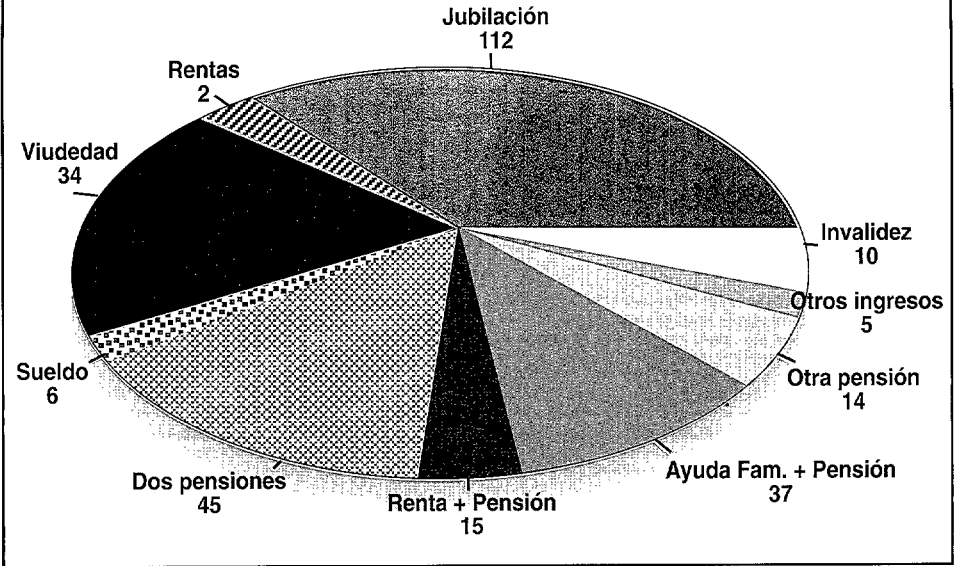


Figura 24

Fuentes de ingresos de la unidad familiar



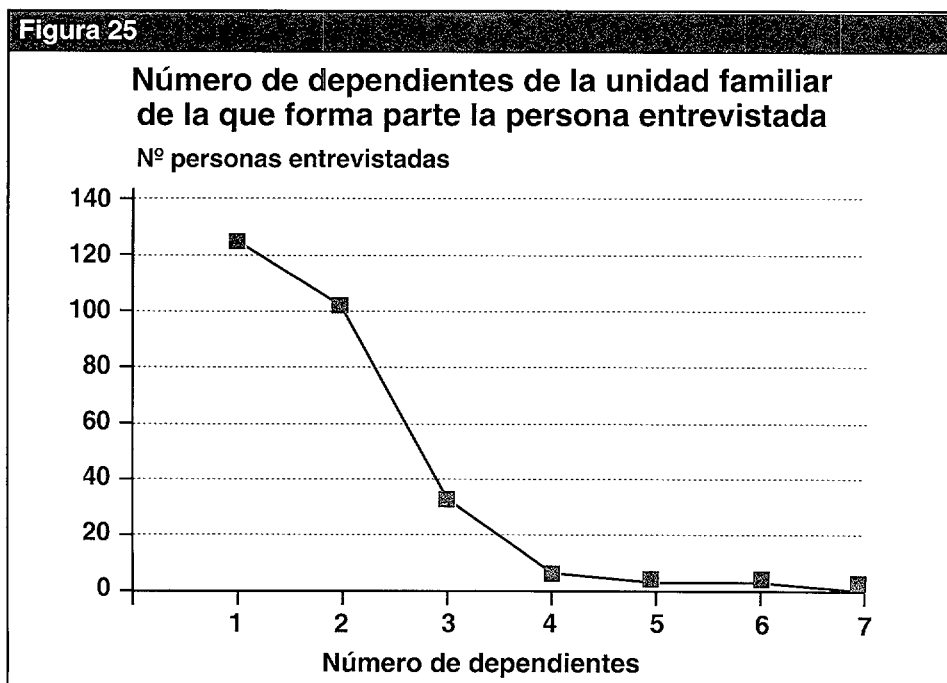
Número de personas dependientes del anciano

Lo vemos gráficamente en la Figura 25. Destaca que en el 16,5% de los casos la unidad familiar en la que está integrado el entrevistado está constituida por 3 o más personas que dependen económicamente de los ingresos del anciano y/o su cónyuge.

Régimen de propiedad o alquiler de la vivienda

El 81,1% de los entrevistados dijeron ser propietarios de su vivienda, de los que sólo un 4,3% estaban aún pagando letras o hipoteca por la misma. La inferencia de ancianos propietarios de su vivienda es del 84,2% (Intervalo de Confianza del 95%: 79,1%-88,1%) para el conjunto de Canarias.

De las 52 personas que dijeron no ser propietarias de su vivienda, 26 (50,0%) estaban viviendo con algún hijo u otro familiar a título gratuito. Otras 14 personas (26,9%) dijeron tener una vivienda pública. De las 9 personas que declararon el alquiler que estaban pagando, 5 pagaban menos de 5.000 ptas. mensuales, 2 entre 5.000 y 10.000 ptas. mensuales, y otras 3 personas dijeron abonar respectivamente 12.000, 23.000 y 50.000 ptas. mensuales.



Tipo de seguro médico

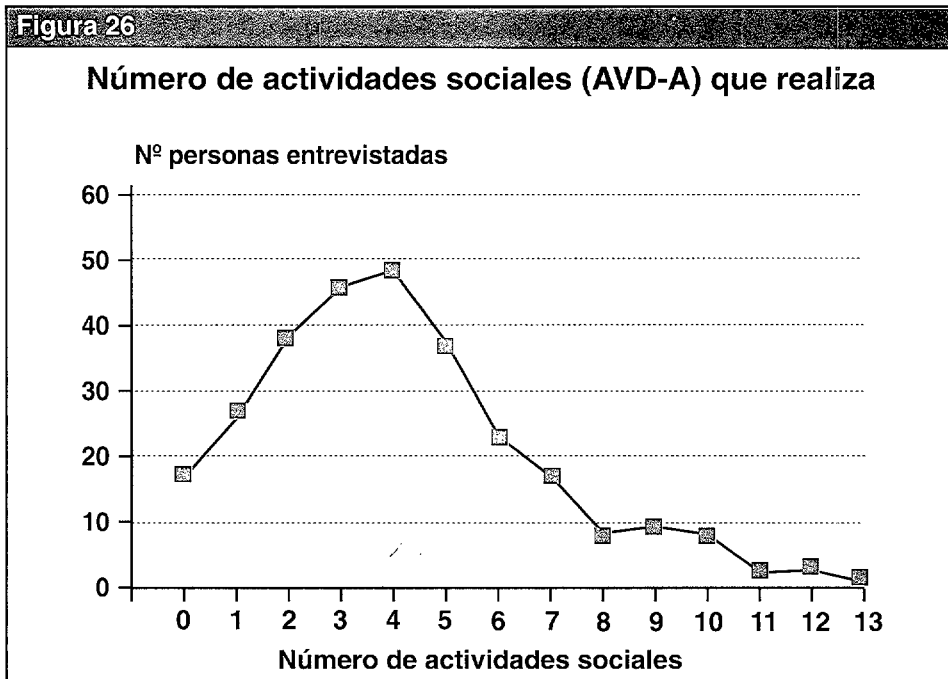
El 94,6% de los participantes en el estudio tenían la asistencia médico-farmacéutica cubierta por la Seguridad Social. El 5,4% restante dependían de la Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado (MUFACE), del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) o tenían una cartilla de Beneficencia recientemente reconvertida a Seguridad Social. Ninguno de los entrevistados dijo carecer de seguro de asistencia médico-farmacéutica.

Posibilidad de permitirse algún gasto superfluo

Sólo el 42,6% de los entrevistados afirmó poderse permitir pequeños caprichos o algún tipo de gastos superfluos, mientras que el 57,4% restante negó categóricamente contar con recursos suficientes como para atender este tipo de gastos.

Número de actividades sociales

El promedio de actividades sociales o de Actividades de la Vida Diaria Avanzadas (AVD-A) practicadas por cada uno de los entrevistados, según manifestaron ellos mismos tras serles leídas las sugerencias orientativas de 16 actividades sociales diferentes incluidas en el cuestionario, fue de 4,1 (Desviación Estándar 2,6), con un rango entre un mínimo de 0 y un máximo de 13 actividades. Véase en la Figura 26 la distribución de personas según el número de AVD-A que practicaba.



Porcentaje de respuestas consideradas normales a cada una de las cuestiones de la Evaluación Psiquiátrica Abreviada

Lo vemos representado gráficamente en la Figura 27. Todos estos porcentajes superan el 50%, pero en todas las preguntas se encuentra más de un 15% de respuestas patológicas salvo en la pregunta sobre si alguna vez habían querido irse de su casa, contestada afirmativamente por un 8,2% de los ancianos, y la pregunta para cribado de paranoia (“¿Hay alguien que esté intentando fastidiarle?”), con un 11,3% de respuestas consideradas anormales.

Todo ello demuestra una elevada sensibilidad de esta Evaluación Psiquiátrica para detectar psicopatología, sea a costa de una baja especificidad, sea al socaire de una prevalencia elevada de problemas psicopatológicos en nuestra población anciana.

Puntuación total en la Evaluación Psiquiátrica Abreviada

El promedio de dicha puntuación, que expresa el número total de respuestas consideradas patológicas, fue de 4,2 (Desviación Estándar 3,5) con un mínimo de 0 y un máximo de 13. En la Figura 28 vemos el detalle del reparto de puntuaciones y en la Figura 29 tenemos el resumen del número de personas con probabilidad de padecer distintos grados de psicopatología de acuerdo con la puntuación obtenida en dicha Evaluación, tal y como aparece en el Anexo 1: psicológicamente sano (0 a 3 puntos), posible psicopatología leve (4 a 5 puntos), clara psicopatología (6 a 10 puntos), y psicopatología severa o hipocondría (11 a 15 puntos).

Grado de preocupación por sus problemas

Lo vemos representado en la Figura 30.

Figura 27

Porcentajes de respuesta considerada normal en la Evaluación Psiquiátrica Abreviada

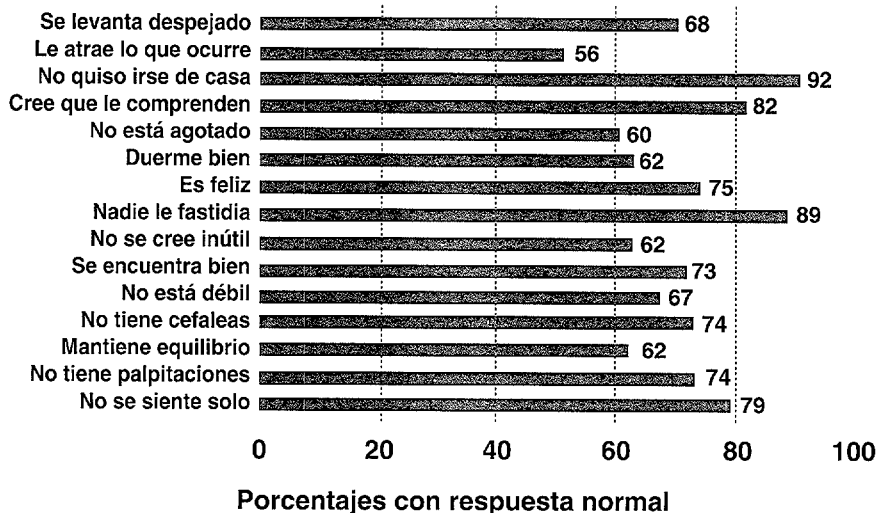


Figura 28

Puntuación total en la Evaluación Psiquiátrica Abreviada (Número de respuestas consideradas patológicas)

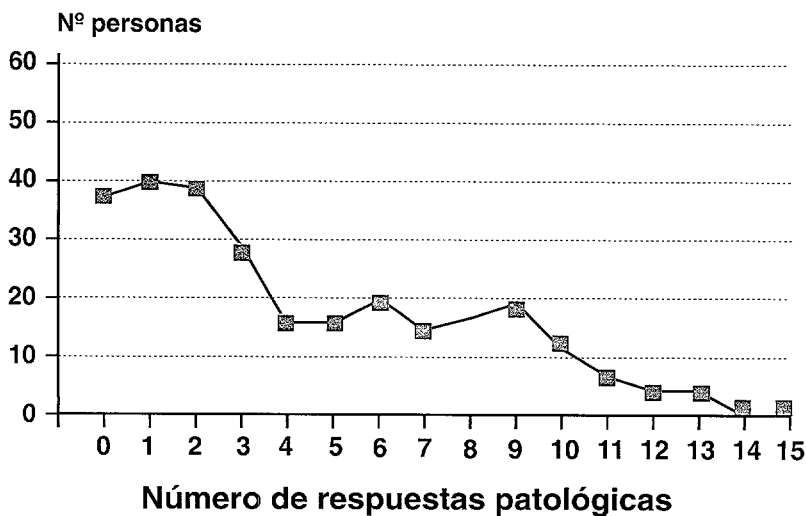


Figura 29

Valoración del grado de psicopatología según puntuación total en la Evaluación Psiquiátrica Abreviada

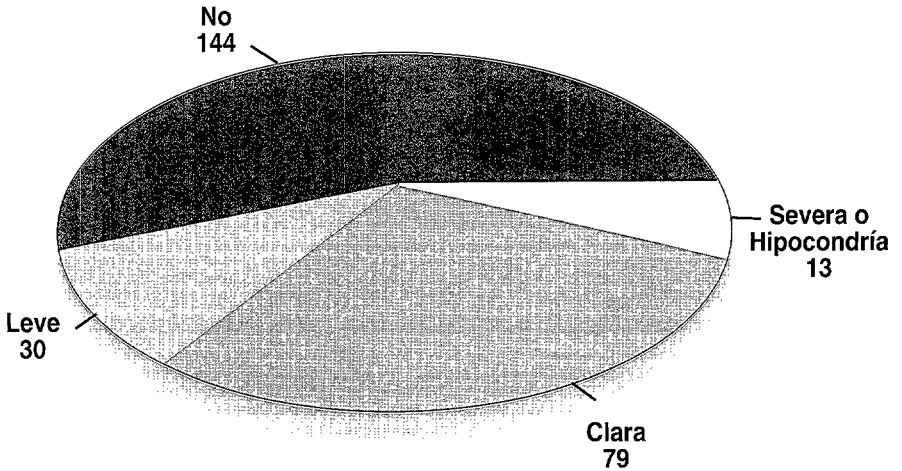
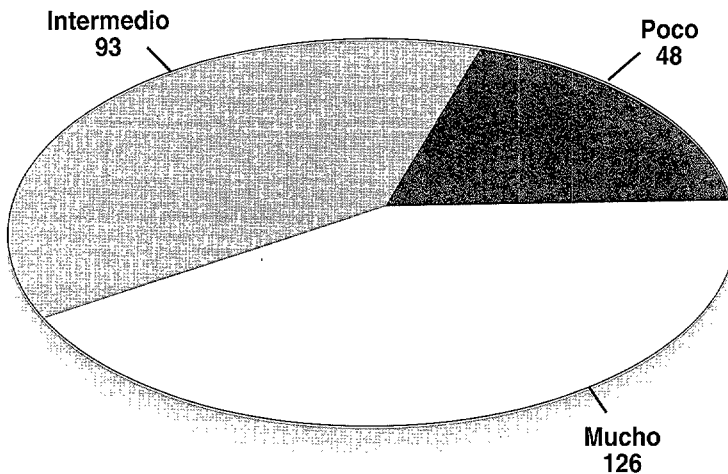


Figura 30

Grado de preocupación por las cosas



Grado de satisfacción con su vida en el momento presente

Un 18,0% de los participantes en el estudio dijeron estar poco satisfechos con su vida en general en el momento de la entrevista, mientras que un 37,2% manifestaron elevada o total satisfacción con su vida actual, datos que vemos representados en la Figura 31.

Autovaloración del estado de salud mental y emocional

El 13,8% de las personas entrevistadas manifestaron tener mala salud mental o emocional en el momento actual, según se observa, entre otros datos, en la Figura 32.

En cuanto a la comparación entre el estado de salud mental y emocional actual y el de 5 años atrás, el 49,4% de los entrevistados lo consideraron similar, y el 39,6% dijeron estar peor, como vemos en la Figura 33.

Véase en la Figura 34 la comparación de la salud mental y emocional actual con la de 5 años atrás, puesta en relación con la autovaloración actual, donde destaca que el 91,9% de las personas que dijeron tener mala salud mental y emocional, y el 59,4% de las que dijeron tenerla regular, manifestaron estar peor que 5 años antes.

Número de visitas médicas

El promedio del número de visitas médicas recibidas durante los 6 meses anteriores a la entrevista (excluyendo posibles visitas durante el ingreso en hospitales o residencias) fue de 4,4 visitas (Desviación Estándar 5,7), con un mínimo de 0 y una cifra máxima de 45. La inferencia para el conjunto de ancianos de Canarias sería de un promedio de 4,5 visitas en el semestre anterior.

En la Figura 35 se representa el reparto de los participantes en el estudio según el número de visitas médicas recibidas en el semestre anterior.

Figura 31

Satisfacción actual con su vida en general

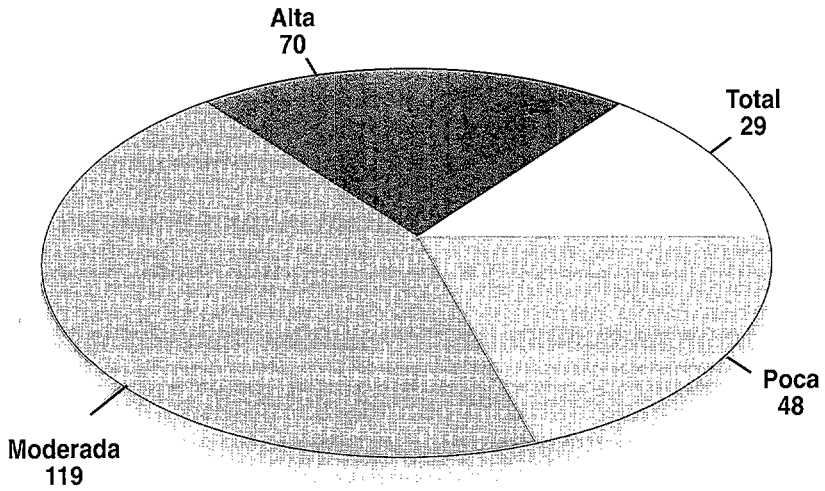
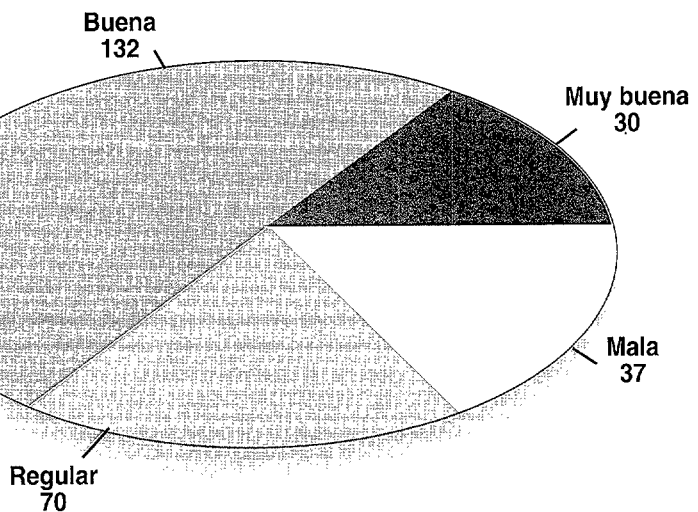


Figura 32

Salud mental y afectiva autopercibidas



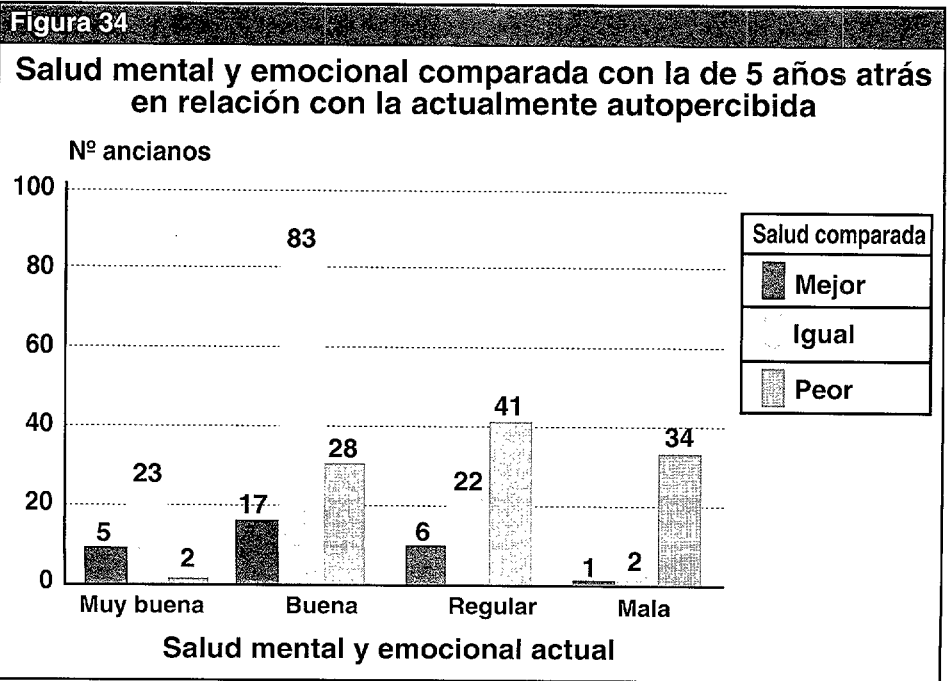
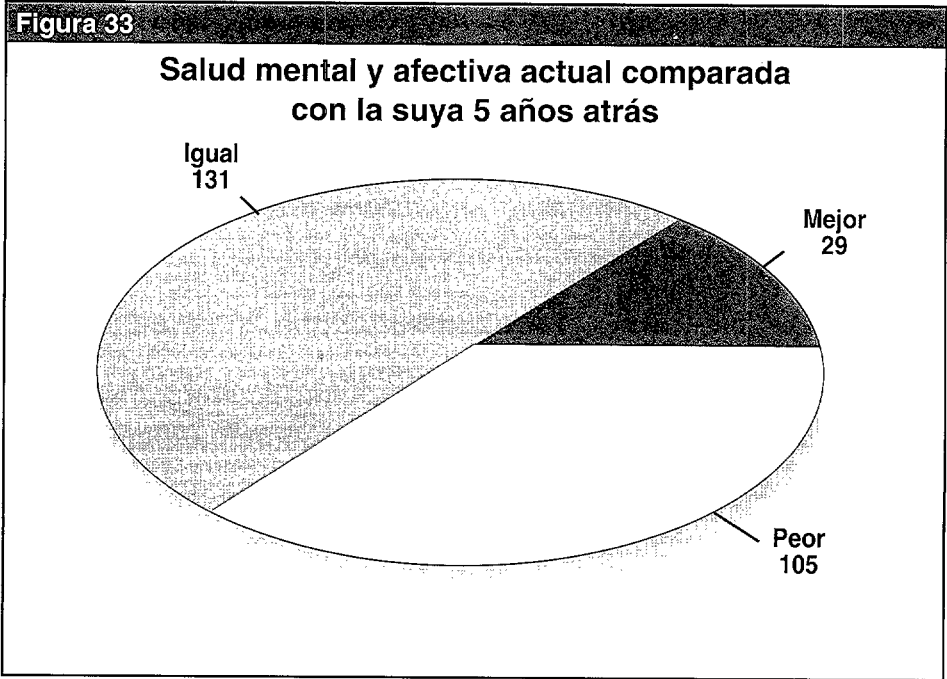
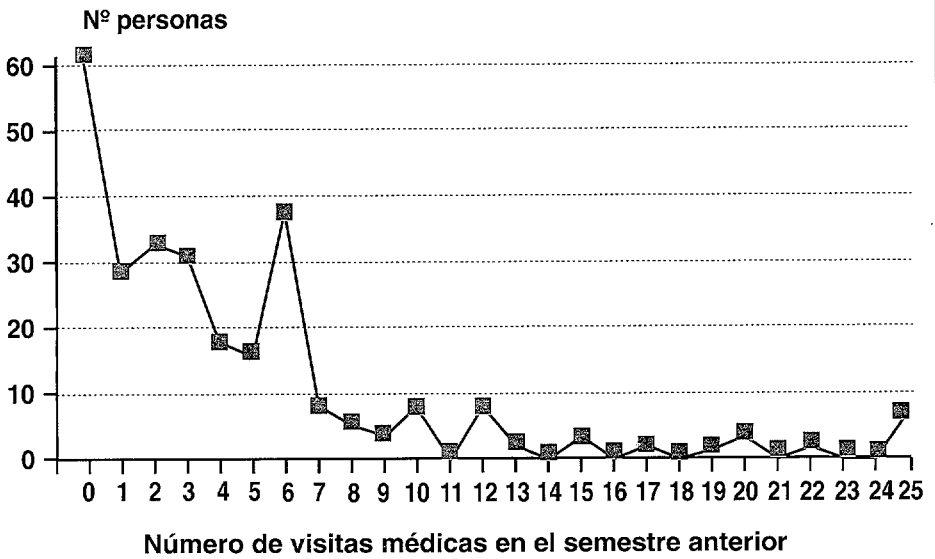


Figura 35

Número de visitas médicas recibidas en el semestre anterior



Número de días de enfermedad

El promedio de días de incapacidad para sus actividades habituales a causa de enfermedad durante el semestre anterior fue de 9,0 (DE 29,7), con un mínimo de 0 y un máximo de 180 días. Para el conjunto de ancianos de Canarias el promedio de días de enfermedad en el semestre anterior sería de 7,9.

Hubo 2 entrevistados que no consiguieron cuantificar el número de días de enfermedad, aunque dijeron que fueron "muchos". Debemos destacar que el 76,8% de los entrevistados no padecieron enfermedad incapacitante alguna a lo largo del semestre anterior.

En la Figura 36 se detalla el reparto de entrevistados según número de días de enfermedad durante el semestre previo para aquellos que manifestaron haber tenido algún día de incapacidad por enfermedad.

Número de días de ingreso hospitalario

El promedio de días de ingreso hospitalario a lo largo de los 6 meses anteriores fue de 2,8 (DE 13,2) con un mínimo de 0 y un máximo de 150 días. Hubo un 90,1% de personas entrevistadas que no habían precisado ingreso hospitalario en ese período. La inferencia para el conjunto de Canarias es de un promedio de 2,4 días de ingreso al semestre por anciano.

En la Figura 37 se muestra el número de los que sí precisaron ingreso en hospital y la duración del mismo.

Número de caídas

El 75,3% de los entrevistados dijeron no haber sufrido ninguna caída en los 6 meses anteriores. En la Figura 38 vemos el reparto del número de caídas sufridas en ese período por el 24,7% que sí había tenido caídas. De nuestros datos se infiere que un 22,4 de los ancianos canarios sufre al menos una caída al semestre.

Miedo a caerse

El 44,4% de los participantes en el estudio refirieron tener miedo a caerse al caminar o salir a la calle. Las personas que tenían miedo a caer habían tenido un número estadísticamente superior de caídas ($P=0,008$), de acuerdo con la prueba no paramétrica de Mann-Whitney, que las personas que dijeron no tener miedo a caerse.

Figura 36

Número de días de incapacidad por enfermedad en el semestre anterior

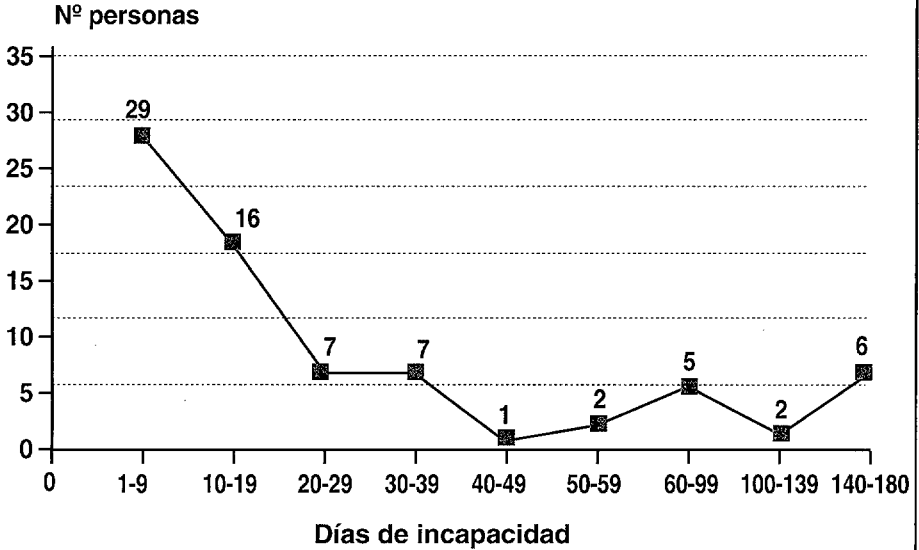
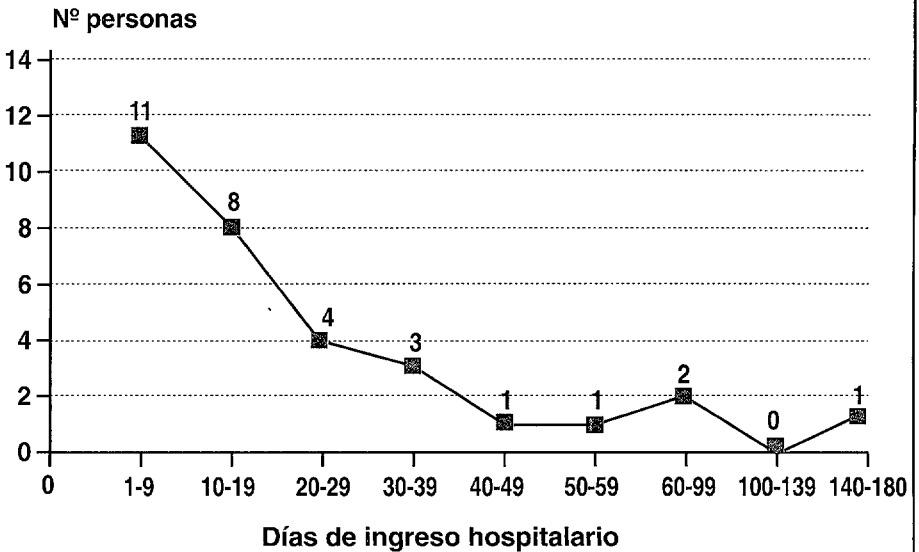
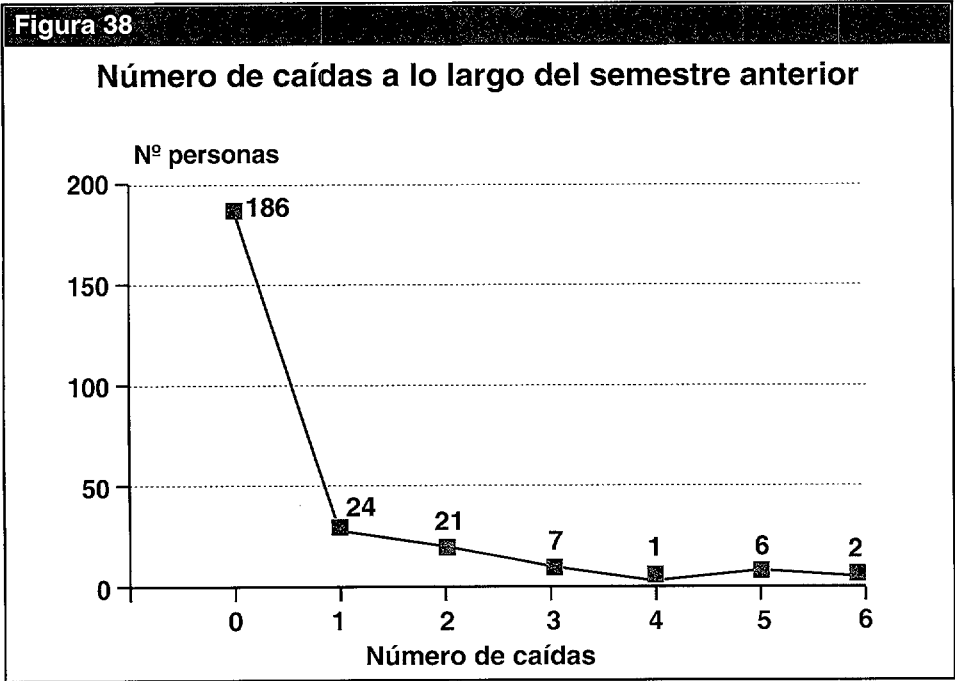


Figura 37

Número de días de ingreso hospitalario en el semestre anterior





Enfermedades actuales y grado de interferencia con su vida

Sólo el 2,9% de los 278 ancianos que respondieron a las preguntas sobre enfermedades resultaron no padecer ninguna de ellas.

En las Figuras 39 a 44 se muestran los números de personas entrevistadas que dijeron padecer o no, en el momento de la entrevista, las enfermedades o afecciones indicadas, así como el grado de interferencia de dichas patologías en su vida habitual.

Considerando los porcentajes de las personas que padecían dichas enfermedades en relación al total de encuestados en ese aspecto, destacamos que el 62,3% de ancianos estudiados aquejaban reumatismo o artritis, el 31,9% tenían cataratas, el 41,4% eran hipertensos, el 18,0% eran diabéticos, el 10,5% padecían úlcera péptica, el 29,5% eran estreñidos, el 8,9% tenían secuelas hemipléjicas, el 5,8% eran parkinsonianos, el 10,5% sufrían secuelas traumatológicas y el 5,4% presentaban dificultades para la expresión hablada.

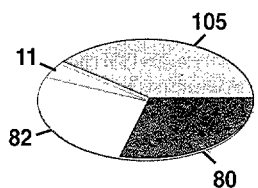
Medicación en el último mes

Sólo el 13,6% de las personas estudiadas habían permanecido sin medicación alguna durante el mes anterior a la entrevista. El porcentaje de ancianos canarios que no se medicó en el mes anterior se infiere en un 15,3% (Intervalo de Confianza del 95%: 11,1%-19,8%)

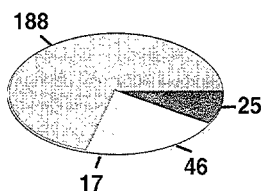
En la Figura 45 podemos ver los números de personas y el peso relativo de determinados grupos terapéuticos entre el 86,4% restante de ancianos que dijeron haber tomado algún fármaco en ese período.

Figura 39

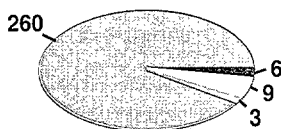
Presencia de enfermedad y grado de interferencia con su vida habitual



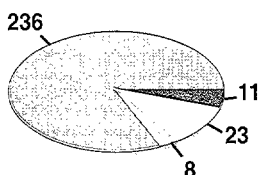
Reumatismo o artritis



Catarata



Asma

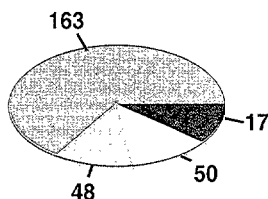


Bronquitis

Enfermedad / Interferencia	
	No
	Nada
	Un poco
	Mucho

Figura 40

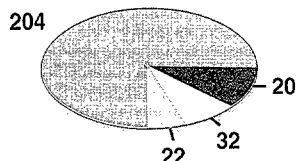
Presencia de enfermedad y grado de interferencia con su vida habitual



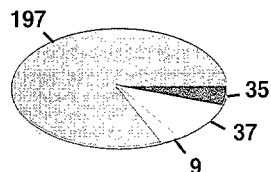
Hipertensión



Tuberculosis



Cardiopatía



Trastornos circulatorios

Enfermedad / Interferencia	
	No
	Nada
	Un poco
	Mucho



Figura 41

Presencia de enfermedad y grado de interferencia con su vida habitual

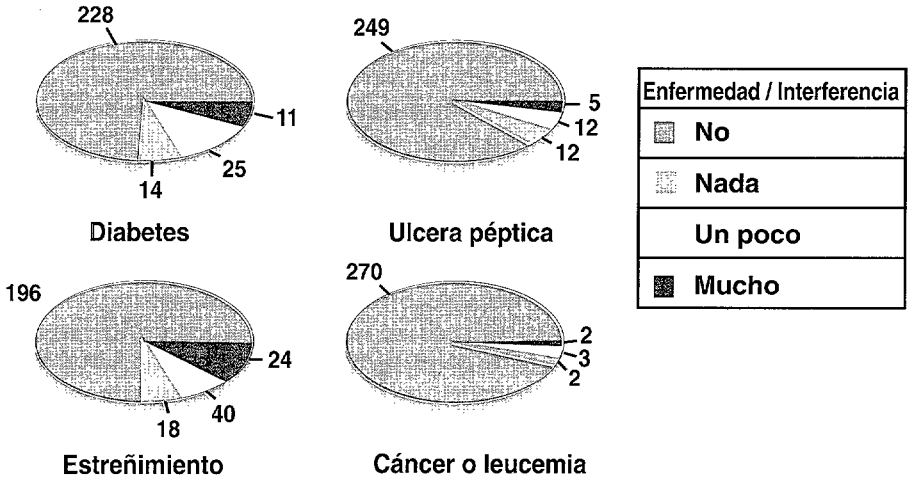


Figura 42

Presencia de enfermedad y grado de interferencia con su vida habitual

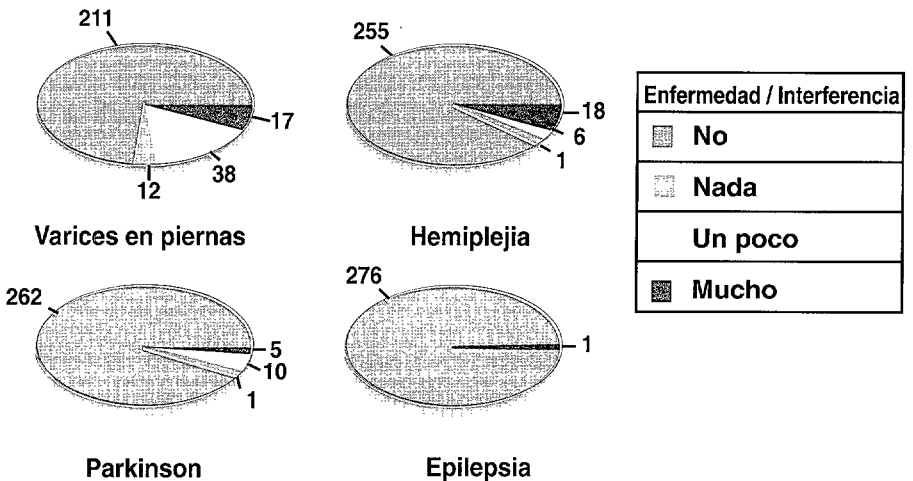


Figura 43

Presencia de enfermedad y grado de interferencia con su vida habitual

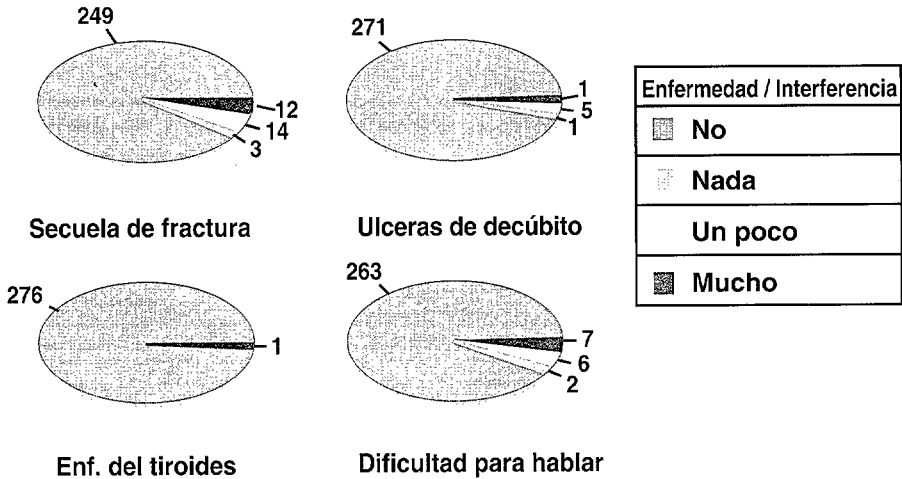
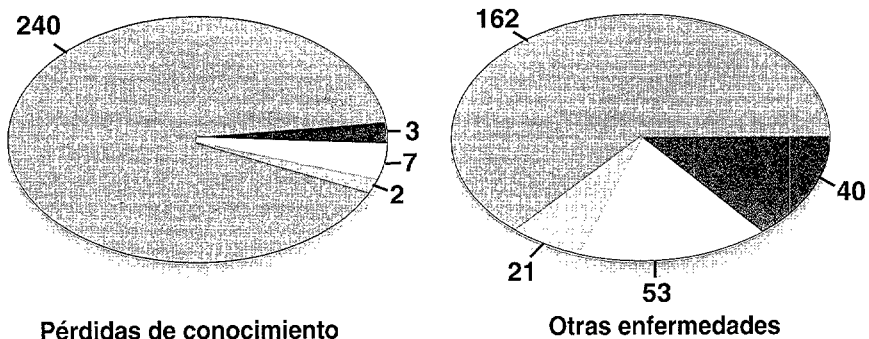


Figura 44

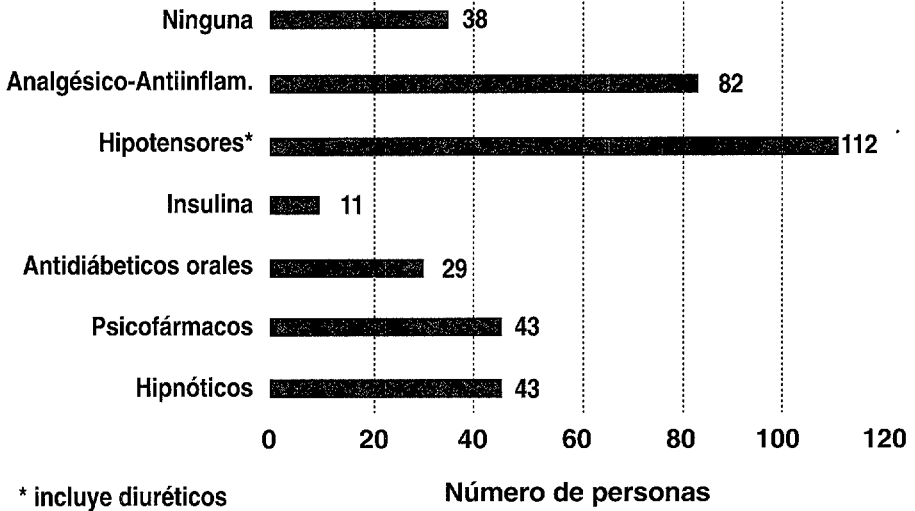
Presencia de enfermedad y grado de interferencia con su vida habitual



Enfermedad / Interferencia	
No	Un poco
Nada	Mucho

Figura 45

Grupos seleccionados de medicación tomados durante el mes anterior



Autovaloración de salud general

En la Figura 46 se muestra la autovaloración de su salud actual efectuada por los encuestados, y en la Figura 47 la comparación subjetiva entre su salud actual y la que tenían 5 años antes.

En la Figura 48 se pone en relación la autovaloración de la salud actual con la comparación con el estado de salud 5 años atrás.

Limitaciones en su actividad habitual a causa de sus problemas de salud general

La Figura 49 muestra el grado en que sus problemas de salud impiden a cada uno de los encuestados desenvolverse en su vida normal. La siguiente Figura, número 50, detalla este grado de limitación en la actividad normal a causa de sus problemas de salud en relación a su propia valoración de salud general.

Práctica de ejercicio físico

En la Figura 51 se describe la frecuencia de ejercicio físico declarada por el conjunto de los ancianos entrevistados, destacando que el 38,5% de ellos dijeron no practicar ningún tipo de ejercicio. En el conjunto de Canarias la inferencia es de un 35,5% de ancianos que no practican ejercicio (Intervalo de Confianza del 95%: 29,6%-41,2%).

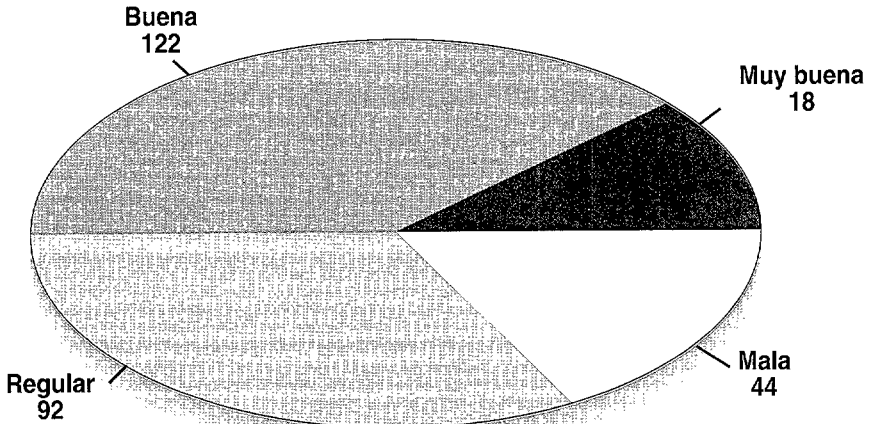
Molestias en los pies al caminar

El 30,5% de los ancianos refirieron tener molestias en los pies al caminar. Para el conjunto de Canarias el porcentaje de ancianos con molestias en pies al caminar sería del 32,3% (Intervalo de Confianza del 95%: 26,3%-38,6%)

El porcentaje fue estadísticamente superior en las personas que dijeron no hacer ningún tipo de ejercicio físico ($P=0,005$). En la Figura 52 se muestra la relación entre la frecuencia de ejercicio físico y la existencia o no de molestias en los pies al caminar.

Figura 46

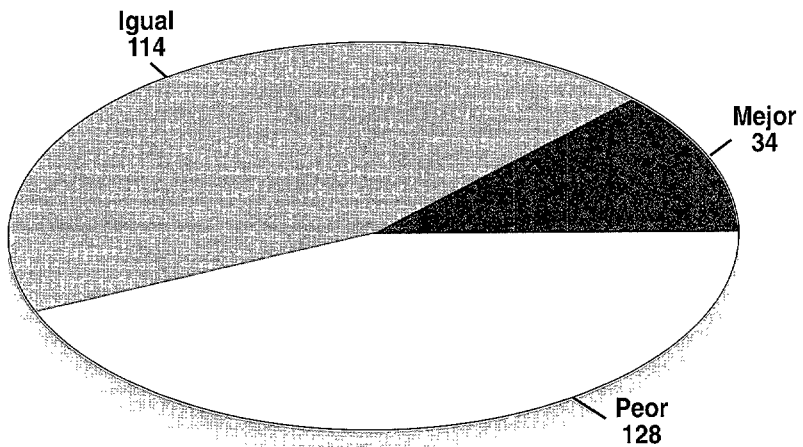
Autovaloración de salud general en el momento actual



Salud general

Figura 47

Salud general actual comparada con la suya 5 años atrás



Evolución de su salud general en 5 años

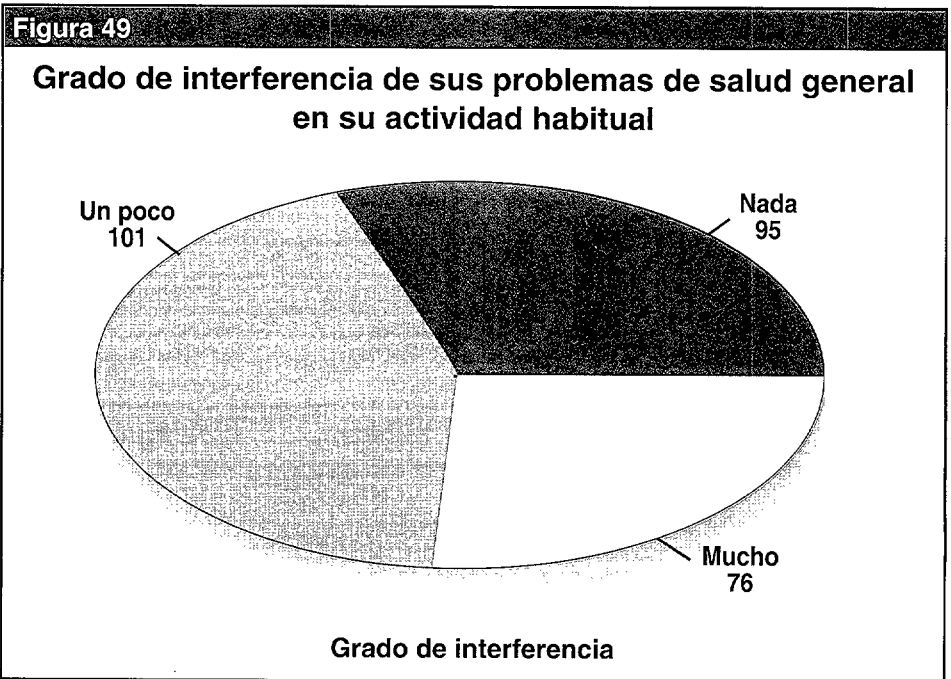
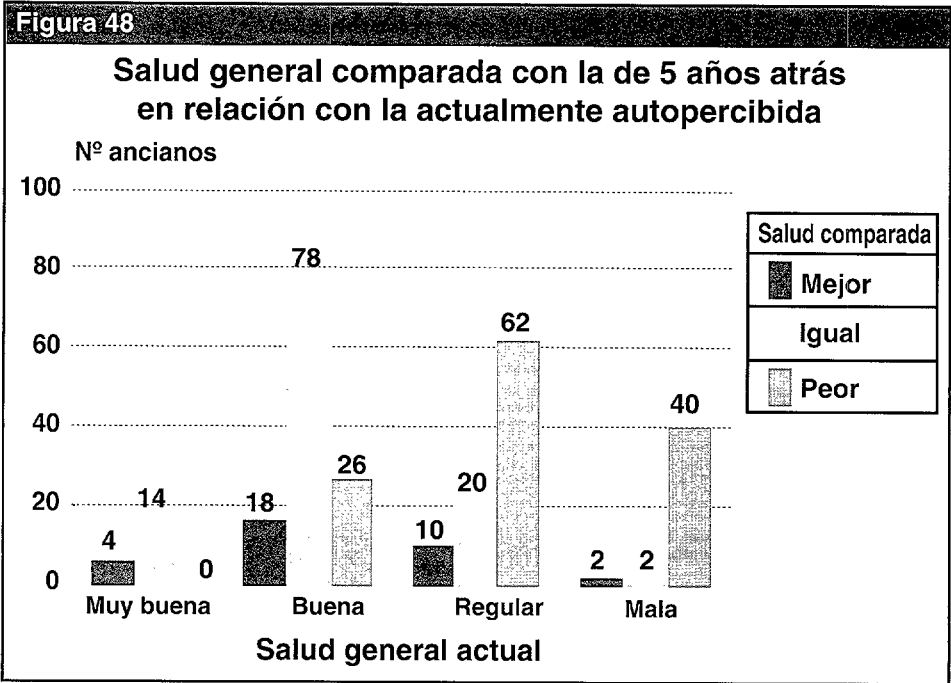


Figura 50

Interferencia de sus problemas de salud en sus actividades en relación con la salud general actualmente autopercebida

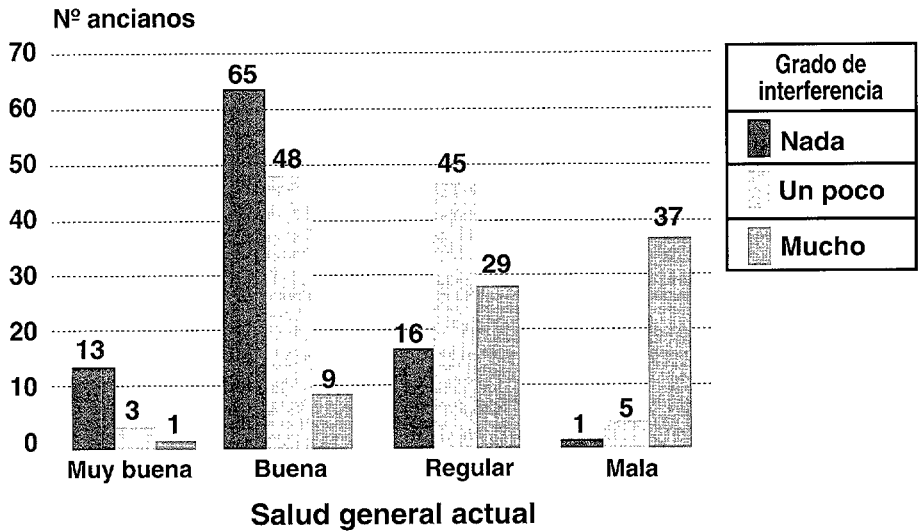
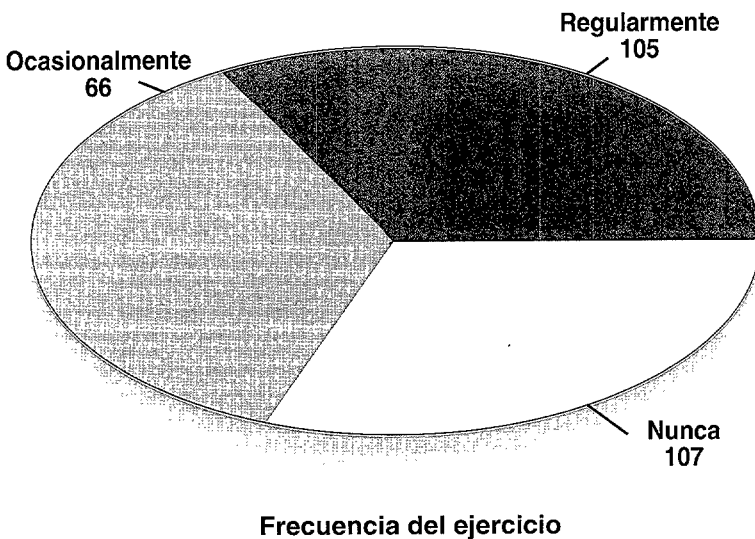
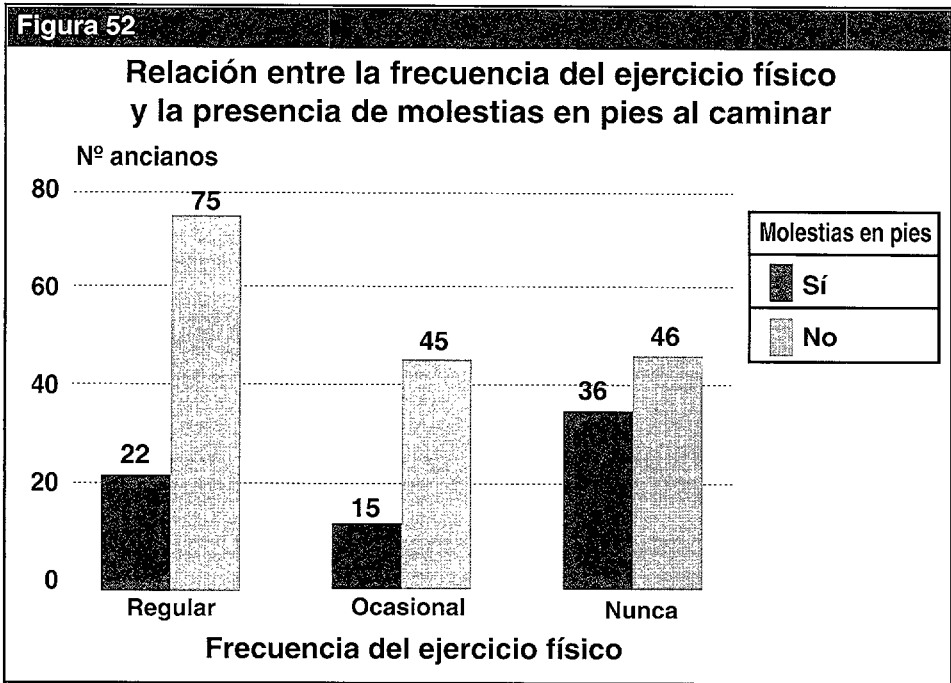


Figura 51

Práctica de ejercicio físico





Hábito alcohólico

El 28,9% de los entrevistados dijeron tomar bebidas alcohólicas, siendo este porcentaje inferido para el conjunto de Canarias del 28,8% (Intervalo de Confianza del 95%: 23,3%-34,3%).

El porcentaje de bebedores fue muy diferente en ambos sexos: 56,5% entre los varones y 10,9% entre las mujeres ($P < 0,00001$), según vemos en la Figura 53.

De entre los bebedores, un 27,5% contestó afirmativamente a la pregunta sobre si alguno de sus familiares le había dicho que bebía mucho, y un 24,3% respondió afirmativamente a la pregunta de si, alguna vez, algún médico le había recomendado que bebiera menos o que dejara de beber. No obstante, solamente el 17,6% de los entrevistados contestaron afirmativamente a ambas preguntas de forma simultánea.

Hábito tabáquico

Sólo un 11,9% de las personas estudiadas se declararon fumadoras en el momento de la entrevista y un 63,9% nunca habían fumado. La inferencia del porcentaje de no fumadores para el conjunto de ancianos canarios del 62,0% (Intervalo de Confianza del 95%: 55,7%-67,5%). En la Figura 54 vemos representado gráficamente el número varones y mujeres según su hábito tabáquico, que se demuestra que es claramente más infrecuente entre las mujeres ($P < 0,00001$).

Audición subjetiva

En la Figura 55 se muestra el número de entrevistados clasificados según su audición subjetiva. Destaca un 12,1% de personas que consideran que oyen mal, y un 0,7% adicional estaban sordos. La inferencia de ancianos con mala audición para el conjunto de Canarias es del 10,7%, con un 0,8% adicional de sordos.

Uso de audífono

Del conjunto de personas estudiadas, solamente 9 dijeron utilizar audífono, de los cuales 4 dijeron tener mala audición, 4 dijeron tenerla regular y 1 dijo tenerla buena.

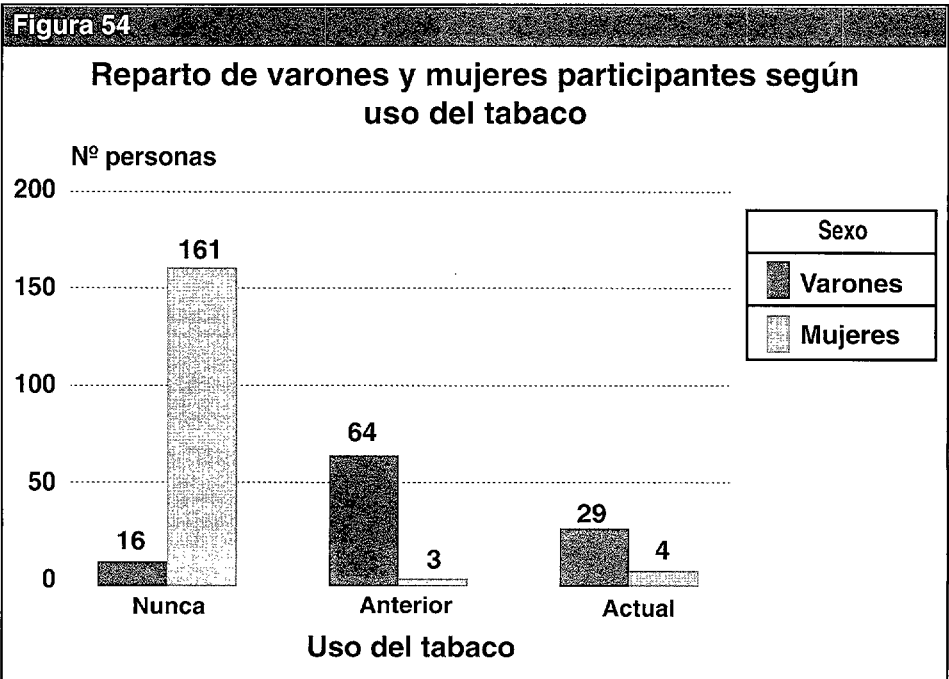
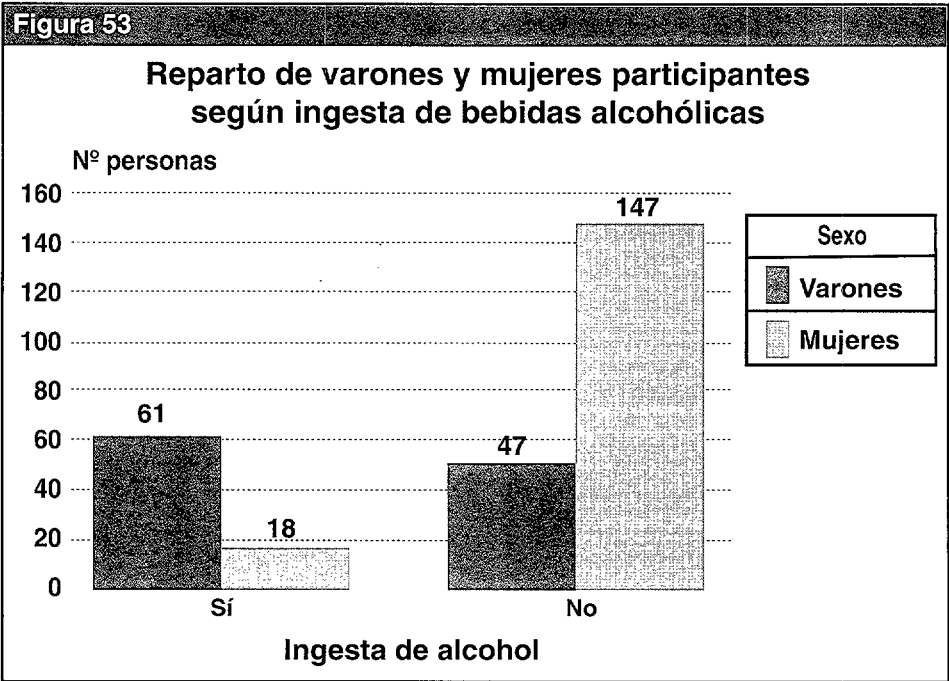
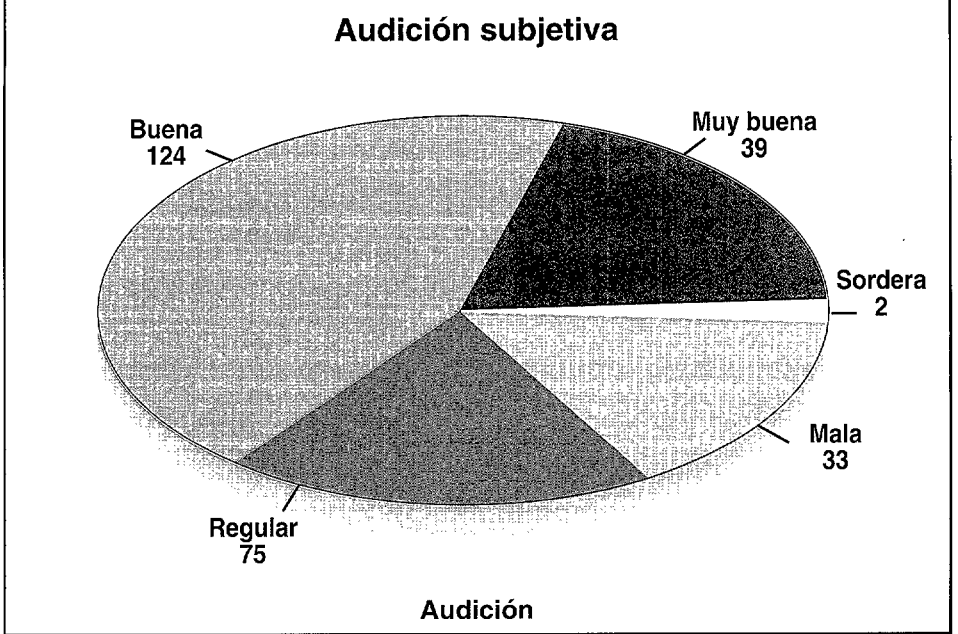


Figura 55



Visión subjetiva

Esta clasificación se muestra en la Figura 56. Destaca el 19,3% de ancianos con mala visión subjetiva pese a la posible utilización de gafas o lentillas, y un 1,1% adicional de ciegos totales. La inferencia del porcentaje de ancianos de Canarias con mala visión subjetiva es del 17,1% y de un 0,7% adicional de ciegos.

Uso de gafas o lentillas

Lo vemos representado en la Figura 57. Más de las dos terceras partes de los ancianos usaban gafas para corregir la refracción.

Número de operados de cataratas

Lo vemos detallado en la Figura 58. Vemos que en nuestra población el número de personas con afaquia quirúrgica portadoras de lente intraocular es aún minoritario.

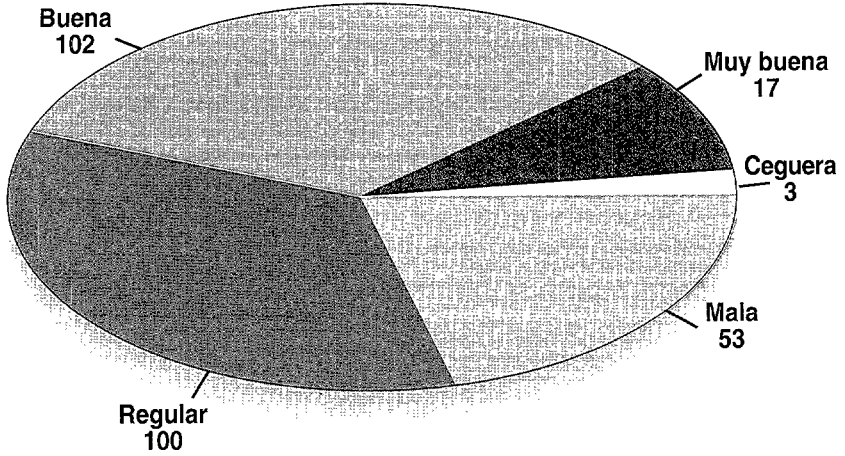
Es de destacar que el 23,7% de las personas entrevistadas que no habían sido operadas de cataratas manifestaban, sin embargo, tener cataratas que interferían con las actividades de su vida normal, como se muestra en la Figura 59. La inferencia para el conjunto de Canarias es de un 20,6% (Intervalo de Confianza del 95%: 15,4%-26,0%) de ancianos con mala visión por cataratas entre los no operados de las mismas.

Otros problemas que afectan seriamente a la salud

Un 21,0% de los participantes en el estudio respondieron afirmativamente a la pregunta sobre si tenían otros problemas que afectarían seriamente a su salud. Dicha pregunta estaba situada al final de la parte del cuestionario referente a la salud física, y en algo más de la mitad de los casos el "otro problema" mencionado aquí ya había sido considerado en apartados anteriores. No obstante, las respuestas positivas a esta pregunta indican que una quinta parte de los entrevistados aún consideraban llegado este punto que su principal problema de salud no había sido considerado.

Figura 56

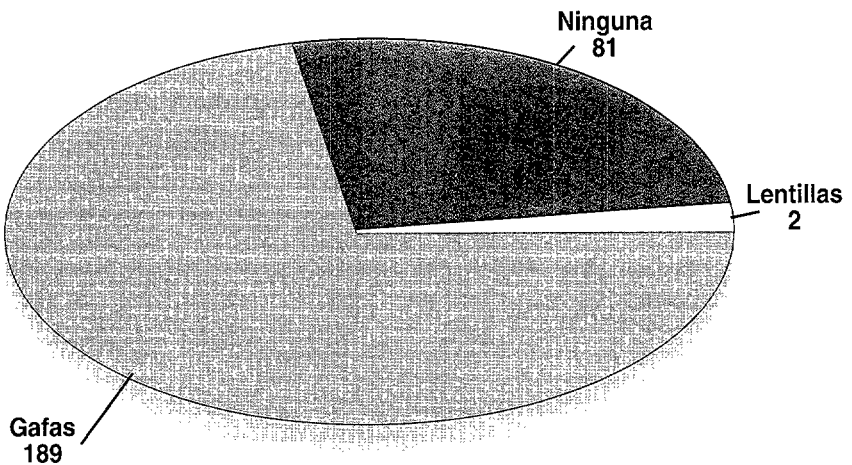
Visión Subjetiva



Visión

Figura 57

Uso de gafas o lentillas



Corrección refractiva que utiliza

Figura 58

Número y tipo de operaciones de catarata

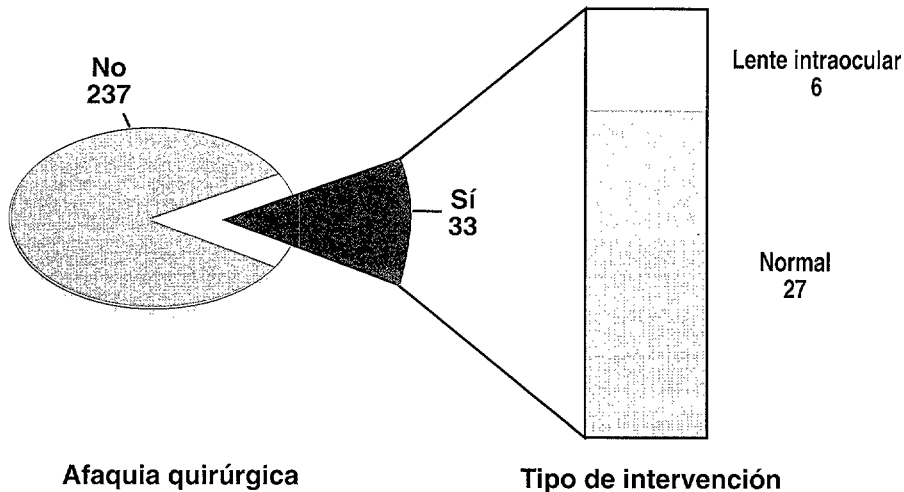
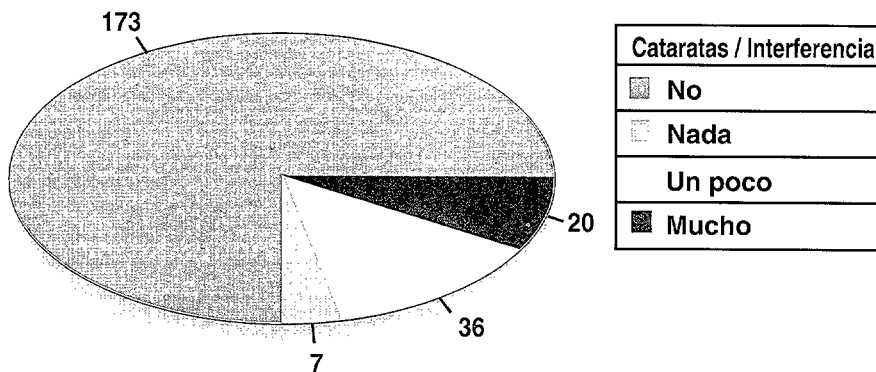


Figura 59

Presencia de cataratas en personas no operadas y grado de interferencia con su vida habitual



Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AVD-I)

En las Figuras 60 y 61 se muestran los respectivos números de personas sin incapacidad, con necesidad de ayuda y con incapacidad total para cada una de las 7 AVD-I encuestadas. La limpieza de la casa generó el más alto porcentaje de respuestas con incapacidad parcial o total (43,8%), mientras que la toma de medicamentos fue la AVD-I con menor porcentaje de incapacidad parcial o total (19,8%). El 42,3% eran capaces en todas las AVD-I, siendo la inferencia para el conjunto de ancianos canarios de un 50,9% (Intervalo de Confianza del 95%: 44,6%-56,8%) de capaces en todas las AVD-I.

Actividades Básicas de la Vida Diaria (AVD-B)

Vemos en las Figuras 62 y 63 que los porcentajes de incapacidad para las AVD-B son relativamente bajos como corresponde a una muestra domiciliaria como la presente. Dentro de las AVD-B el menor porcentaje de incapacidad parcial o total se registró en la actividad de comer (8,6%), mientras que el mayor porcentaje de dependencia parcial o total se encontró en la actividad baño-ducha (24,8%). El 70,6% eran capaces en todas las AVD-B, siendo la inferencia para el conjunto de ancianos canarios de un 77,7% (Intervalo de Confianza del 95%: 72,3%-82,4%) de capaces en todas las AVD-B.

Incontinencia urinaria

El 13,3% de los ancianos encuestados dijeron tener incontinencia urinaria frecuente y un 31,3% adicional manifestaron incontinencia urinaria ocasional. Lo vemos reflejado gráficamente en la Figura 64.

La inferencia de los porcentajes de incontinencia urinaria para el conjunto de ancianos de Canarias sería del 11,4% (Intervalo de Confianza del 95%: 7,7%-15,4%) para la frecuente, y de un 30,2% (Intervalo de Confianza del 95%: 24,5%-35,6%) para la ocasional.

Uso de ayudas técnicas

Vemos en la Figura 65 el número de entrevistados que dijeron utilizar determinadas ayudas técnicas de uso más frecuente entre los ancianos. Destaca un 6,3% de usuarios de silla de ruedas y un 11,4% de usuarios de absorbentes de incontinencia. Los correspondientes porcentajes para el conjunto de ancianos de Canarias serían un 5,4% de usuarios de silla de ruedas y un 10,4% de usuarios de absorbentes de incontinencia. Ninguno de los ancianos estudiados utilizaba bolsa de colostomía.

Figura 60

**Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (ADV-I)
Capacidad para desempeñarlas**

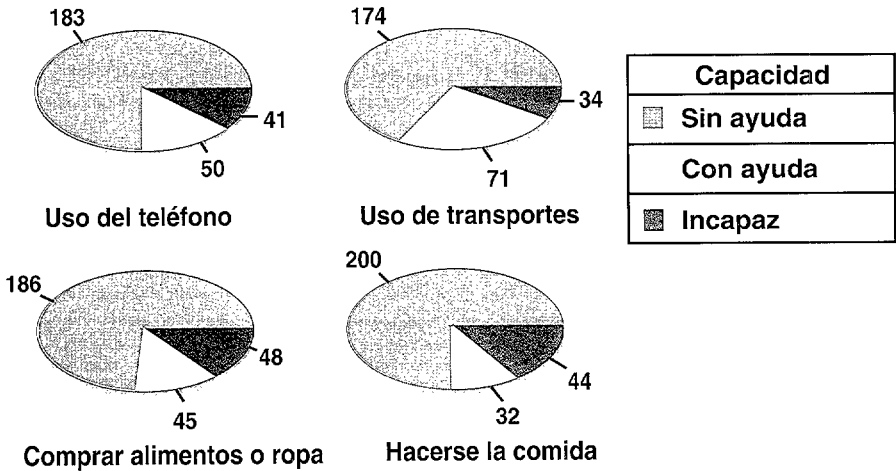


Figura 61

**Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AVD-I)
Capacidad para desempeñarlas**

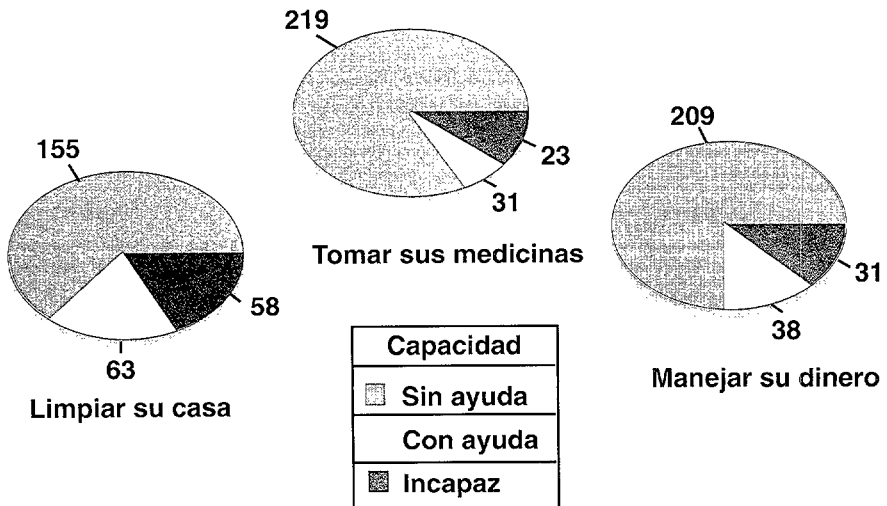


Figura 62

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AVD-B) Capacidad para desempeñarlas

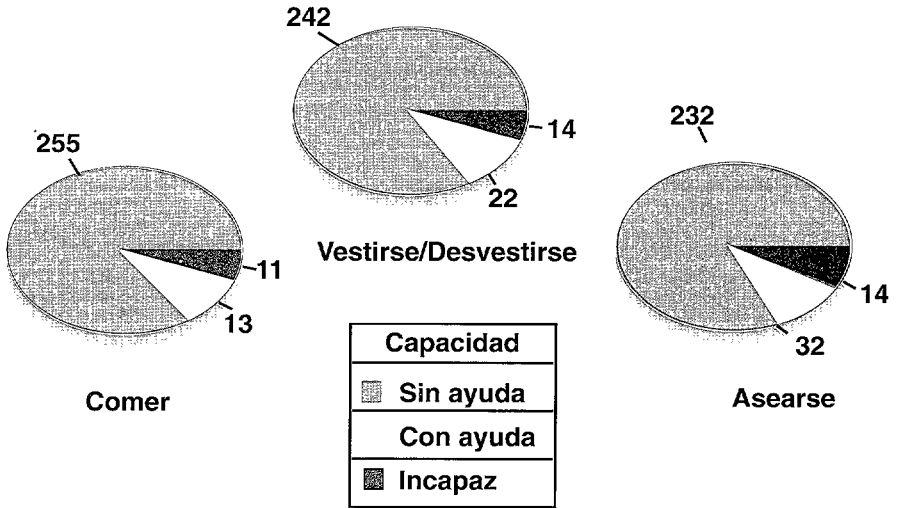
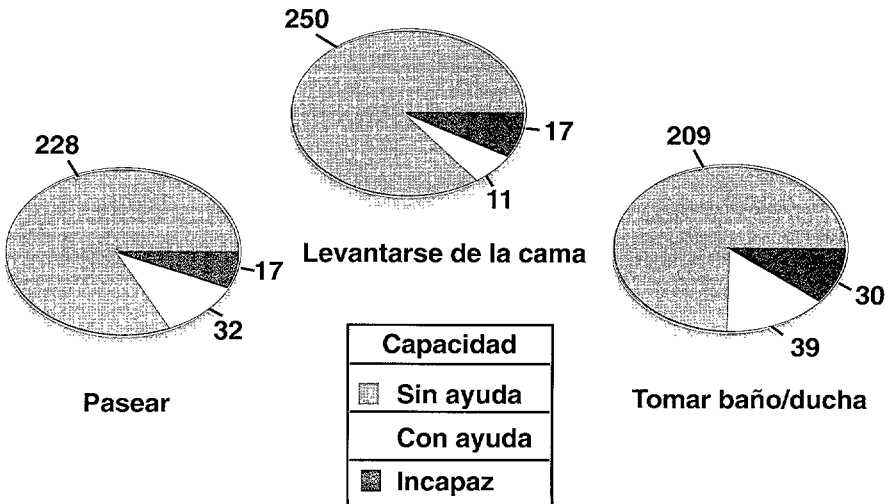
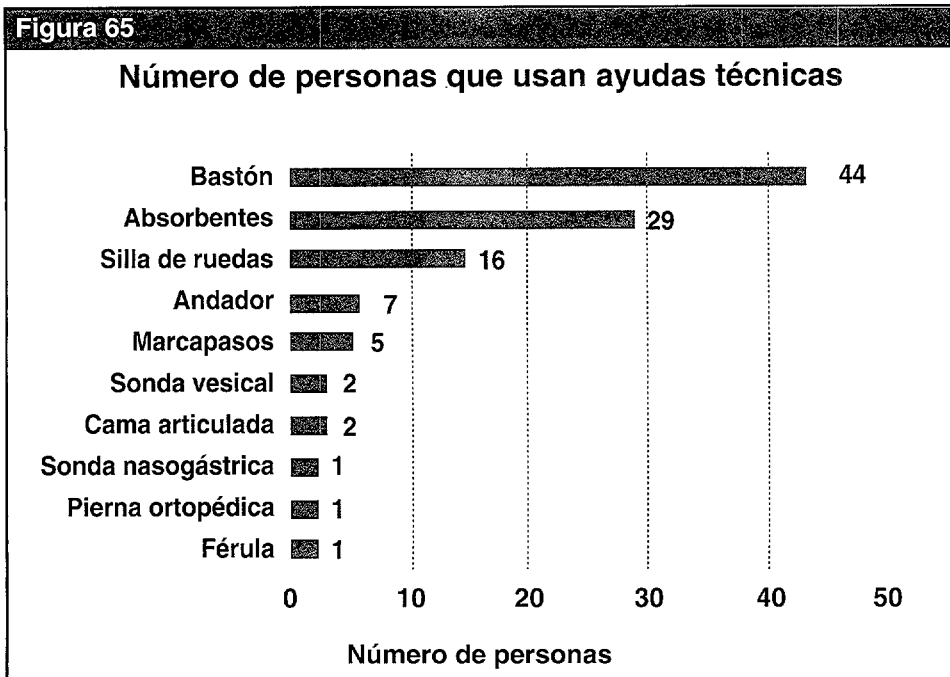
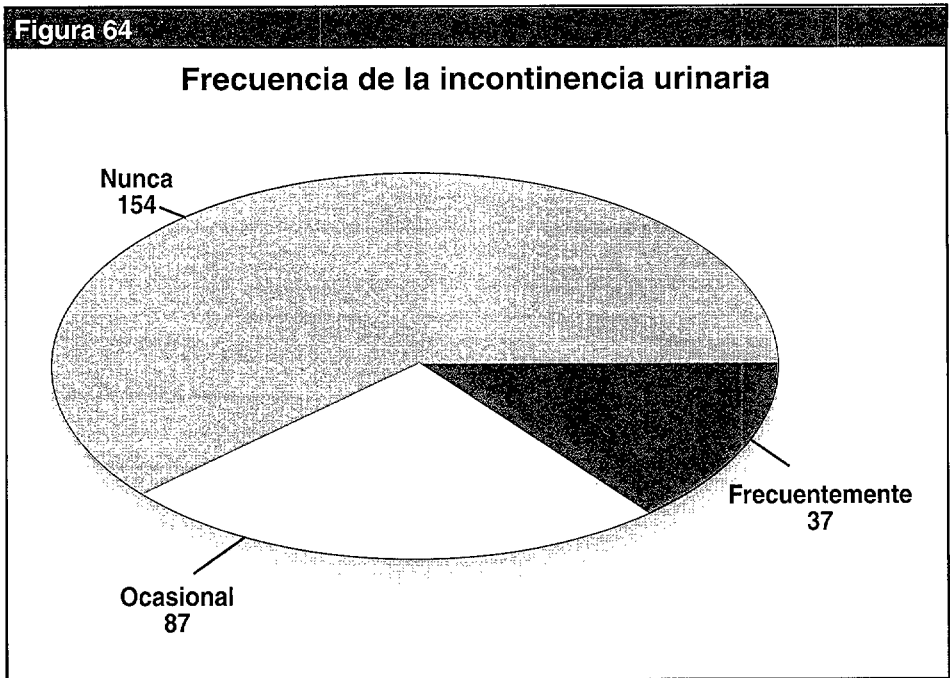


Figura 63

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AVD-B) Capacidad para desempeñarlas





Sólo cinco de los usuarios de ayudas técnicas dijeron tener dificultades para utilizarlas. Uno de ellos refería problemas burocráticos para la consecución de los absorbentes de incontinencia que precisaba. Los otros cuatro eran usuarios de sillas de ruedas y/o andadores que relataban tener dificultades para su manejo.

Necesidad de asistencia médica adicional

El 19,1% de los participantes dijeron necesitar asistencia médica adicional a la que ya estaban recibiendo, como se aprecia gráficamente en la Figura 66.

Apetito

Solamente el 7,6% de los encuestados dijeron tener poco apetito, como vemos en la Figura 67.

Dentición y masticación

El 56,6% de las personas incluidas en el estudio eran portadoras de prótesis dentaria. En el conjunto de ancianos de Canarias inferimos un 54,4% (Intervalo de Confianza del 95%: 48,1%-60,1%) de portadores de prótesis dentaria.

Por otra parte, el 39,4% de los encuestados dijeron tener problemas masticatorios, e inferimos un 36,9% para los ancianos canarios en su conjunto. El porcentaje de personas con problemas masticatorios era significativamente inferior ($P=0,02$) en los portadores de prótesis (33,1%) que en los que no portaban prótesis dentaria (47,5%). (Véase Figura 68).

Evolución del peso en el último semestre

Vemos en la Figura 69 el número de entrevistados según hubieran perdido o ganado peso en los últimos 6 meses o hubieran mantenido el mismo. Al relacionar la evolución del peso corporal con el apetito, resulta que, entre las personas con buen apetito, dijeron haber perdido peso el 21,2%, mientras que entre las que tenían poco apetito la pérdida de peso referida se produjo en el 47,6% ($P=0,006$). (Figura 70).

Figura 66

Necesidad de asistencia médica adicional

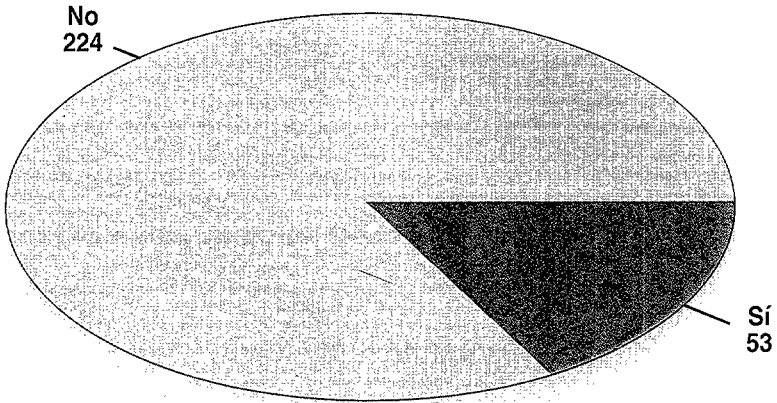
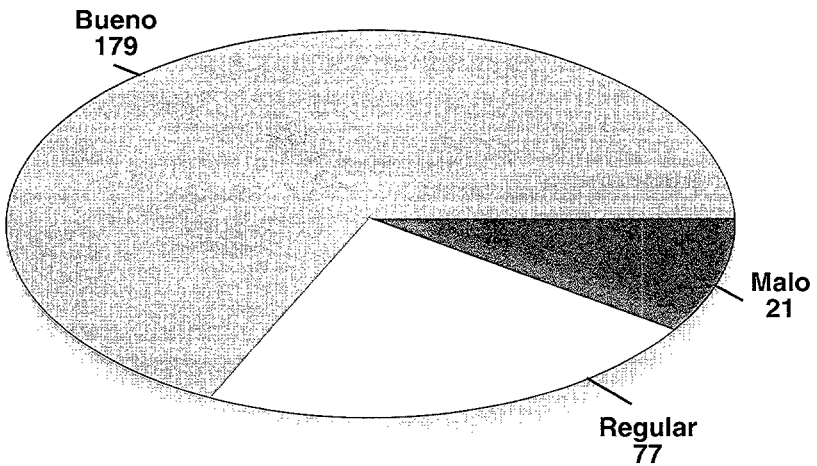


Figura 67

Autovaloración del apetito por los entrevistados



Apetito

Figura 68

Problemas masticatorios en ancianos con y sin prótesis dentaria

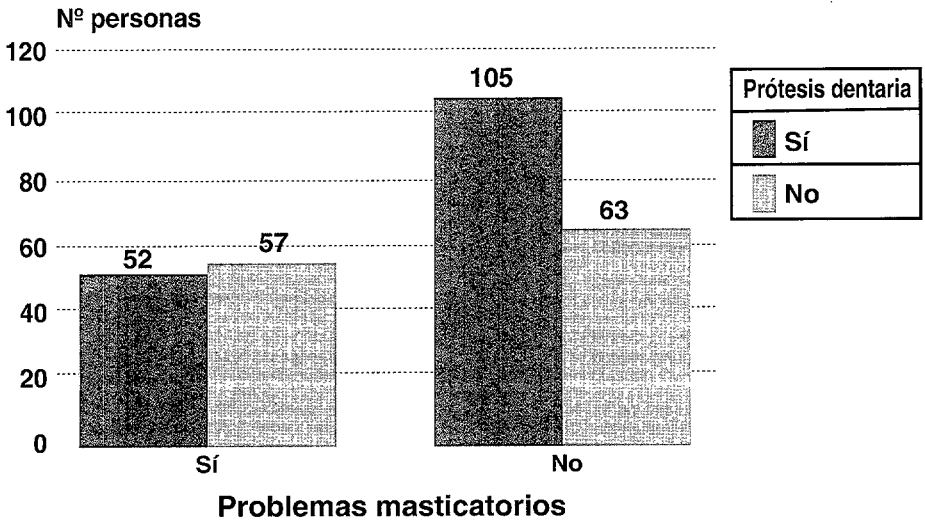
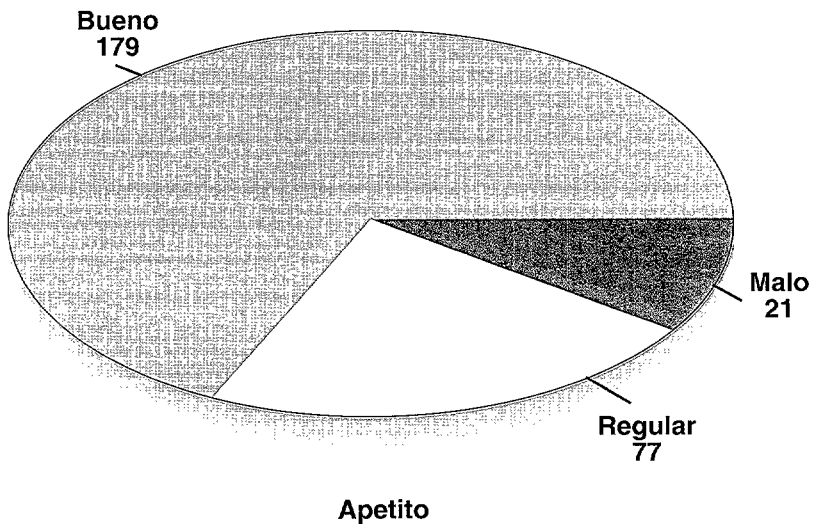
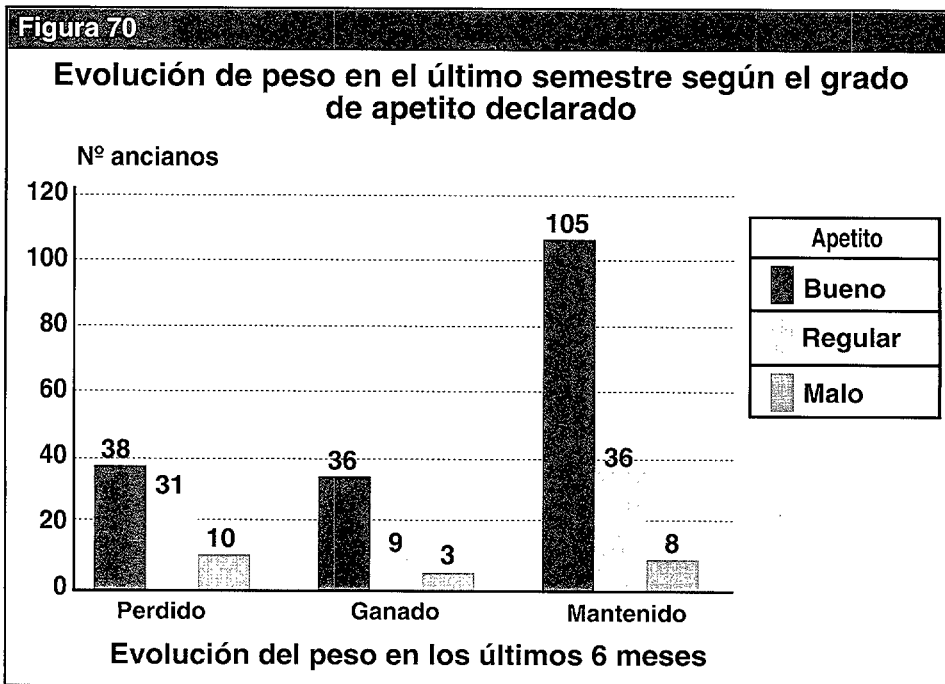


Figura 69

Grado de apetito declarado





Dieta por prescripción médica

La estaban siguiendo el 33,2% de los encuestados en el momento del estudio.

Duración de la entrevista

El promedio fue de 36,0 minutos (DE 13,5), con un mínimo de 9 minutos en una persona demenciada que respondió a muy pocas de las preguntas, y un máximo de 112 en un anciano de origen extranjero que tenía dificultades con el idioma, por lo que podríamos considerar a este último un valor extremo y excluirlo de la distribución, lo cual sin embargo solamente hace disminuir el promedio de duración de la entrevista en 0,2 minutos. Los percentiles 5 y 95 de duración de la entrevista fueron de 20 y 60 minutos respectivamente, lo que indica que el 95% de las entrevistas duraron como máximo 1 hora.

En la Figura 71 se muestra el polígono de frecuencias de la duración de la entrevista.

Fiabilidad de las respuestas según apreciación del investigador

Vemos en la Figura 72 la fiabilidad de las respuestas a las preguntas objetivas y subjetivas (o por los informadores, en su caso, para las preguntas objetivas), según valoración subjetiva realizada por el investigador que acababa de llevar a cabo cada una de las entrevistas. Es de destacar que solamente el 2,5% y el 5,0% de las entrevistas fueron consideradas poco o nada fiables en las respuestas a las preguntas objetivas y subjetivas respectivamente.

En un 4,3% de casos el déficit cognitivo de la persona estudiada impidió totalmente la obtención de respuestas a las preguntas subjetivas.

Figura 71

Duración de la entrevista

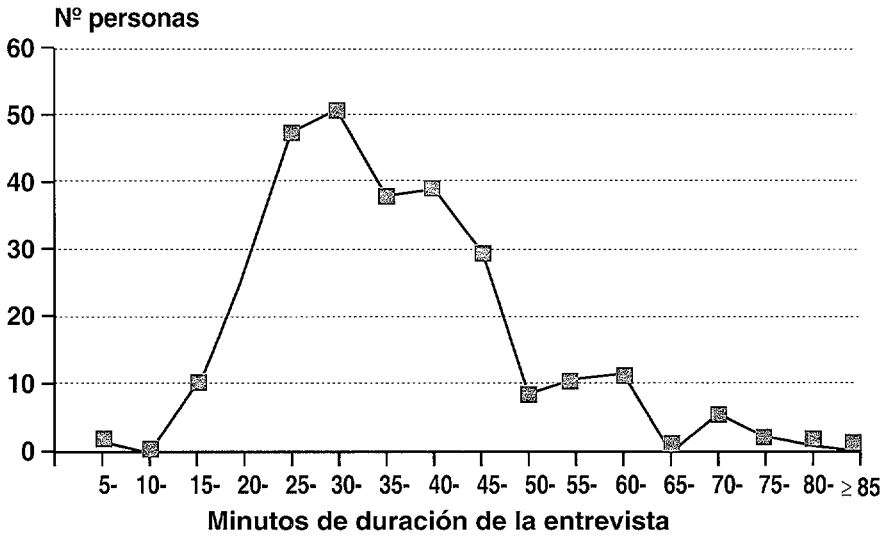
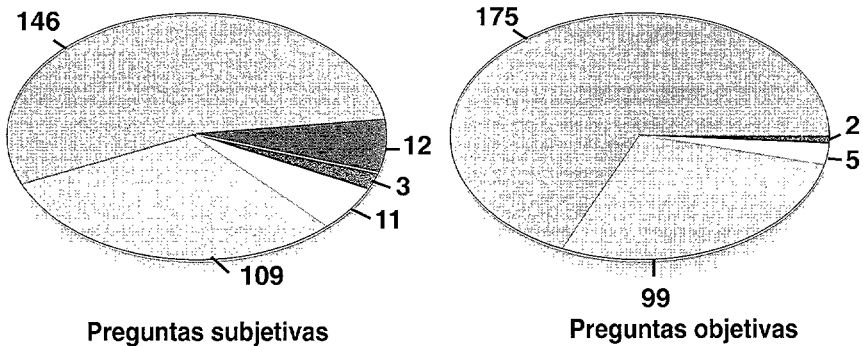


Figura 72

Fiabilidad de las respuestas



Fiabilidad	
	Total
	Mayoría
	Minoría
	Nula
	No obtenidas

Apreciación por el investigador de la actitud de los sujetos entrevistados

En la Figura 73 se muestran los porcentajes de personas entrevistadas que presentaron diferentes actitudes según apreciación del investigador que obtuvo los datos. Destaca que un 18,9% de las personas estudiadas se mostraron deprimidas o llorosas durante la entrevista y un 14,2% estaban temerosas, ansiosas o tensas. La actitud del 11,3% de los entrevistados fue considerada suspicaz, y el 13,8% fueron catalogados como excesivamente habladores.

Catalogación por el investigador de los recursos socioeconómicos, de la salud mental y física y de la capacidad funcional

La puntuación utilizada para esta catalogación oscila desde el 1 al 6, dígitos asignados de acuerdo con el Anexo 3, según lo cual en general el 1 se asigna a una persona con una situación o condición excelente, y el 6 corresponde a los casos con máximo déficit o deterioro. Dicha catalogación fue efectuada por el investigador en cada caso inmediatamente después de concluida la entrevista.

En las Figuras 74 y 75 vemos la catalogación de los recursos sociales y económicos respectivamente.

Las Figuras 76 y 77 muestran la clasificación del estado cognitivo y del estado afectivo.

El reparto de las personas estudiadas según su salud física y según su capacidad funcional (medida en relación con la suficiencia para las Actividades de la Vida Diaria Básicas e Instrumentales) lo vemos en las Figuras 78 y 79 respectivamente.

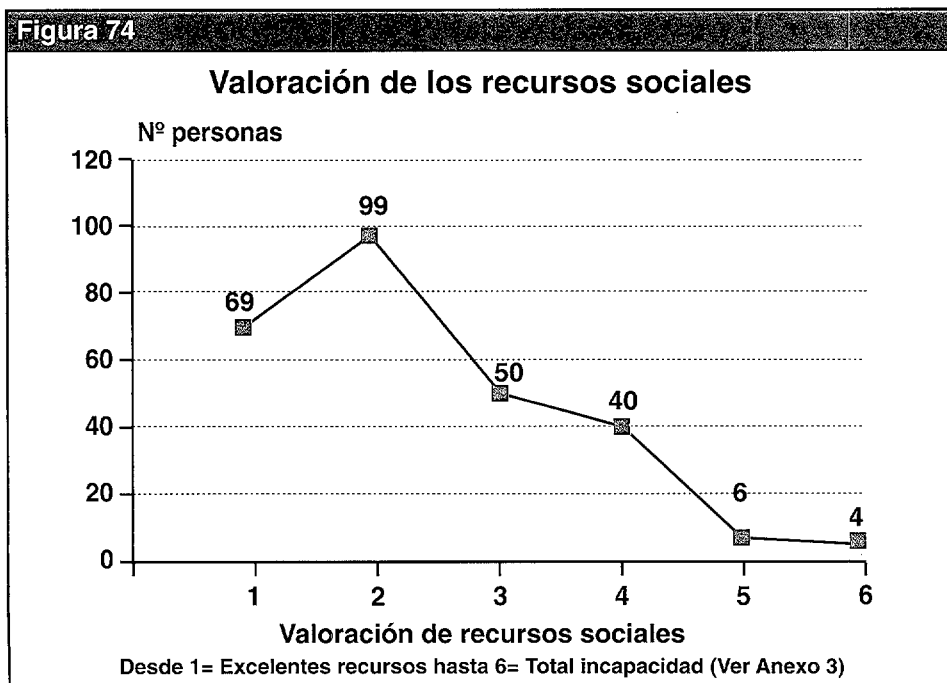
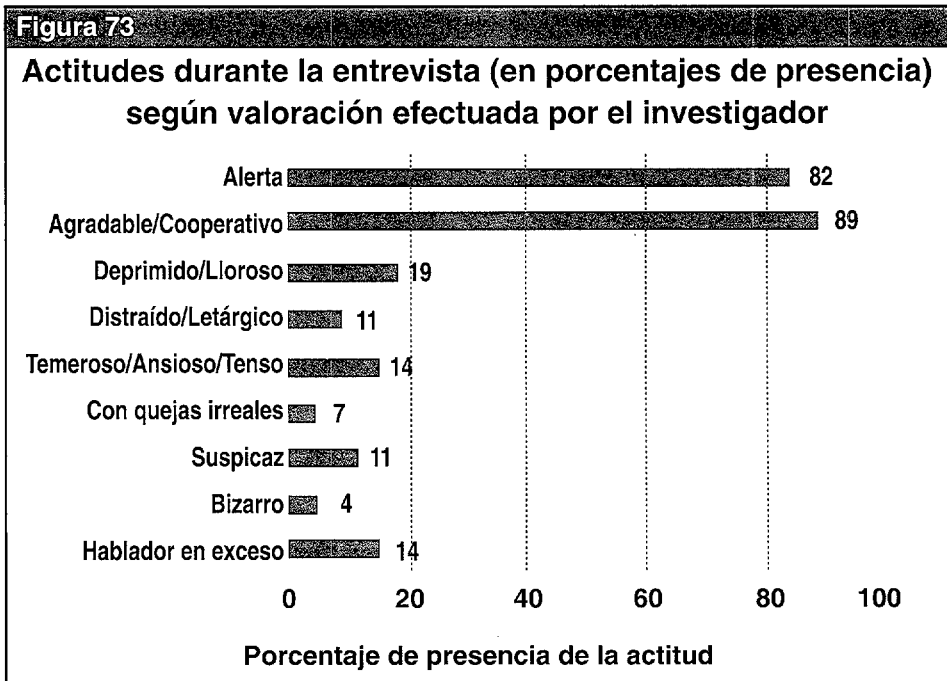
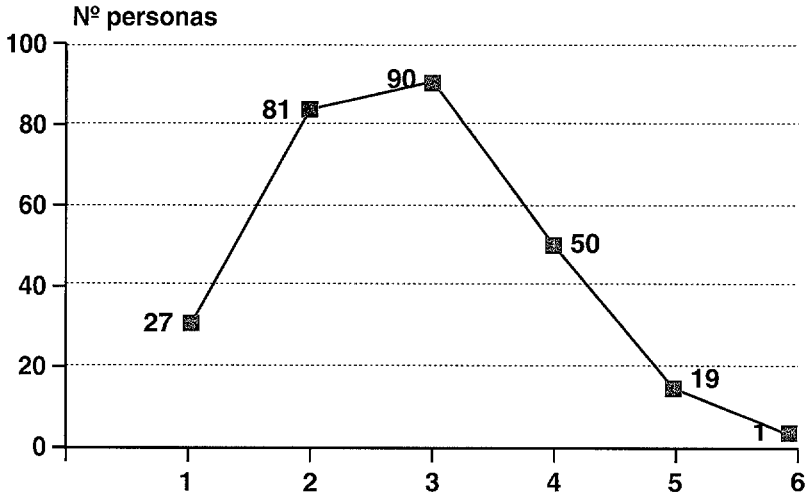


Figura 75

Valoración de los recursos económicos

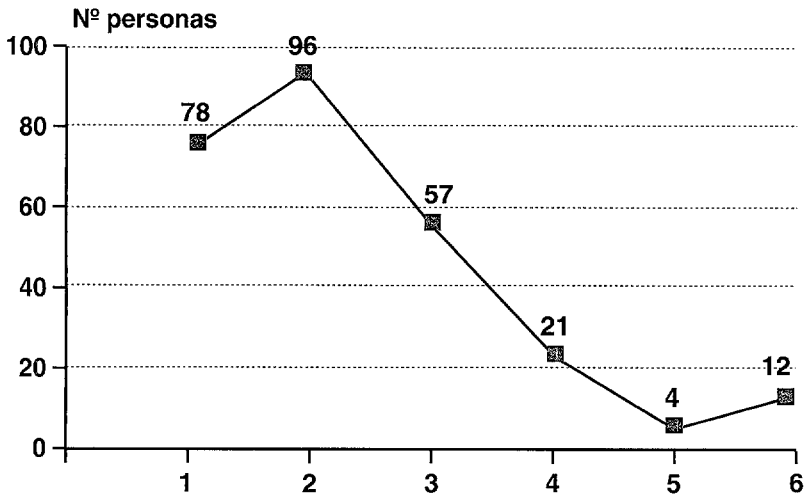


Valoración de recursos económicos

Desde 1= Excelentes recursos hasta 6= Total incapacidad (Ver Anexo 3)

Figura 76

Valoración del estado cognitivo



Valoración del estado cognitivo

Desde 1= Excelentes recursos hasta 6= Total incapacidad (Ver Anexo 3)

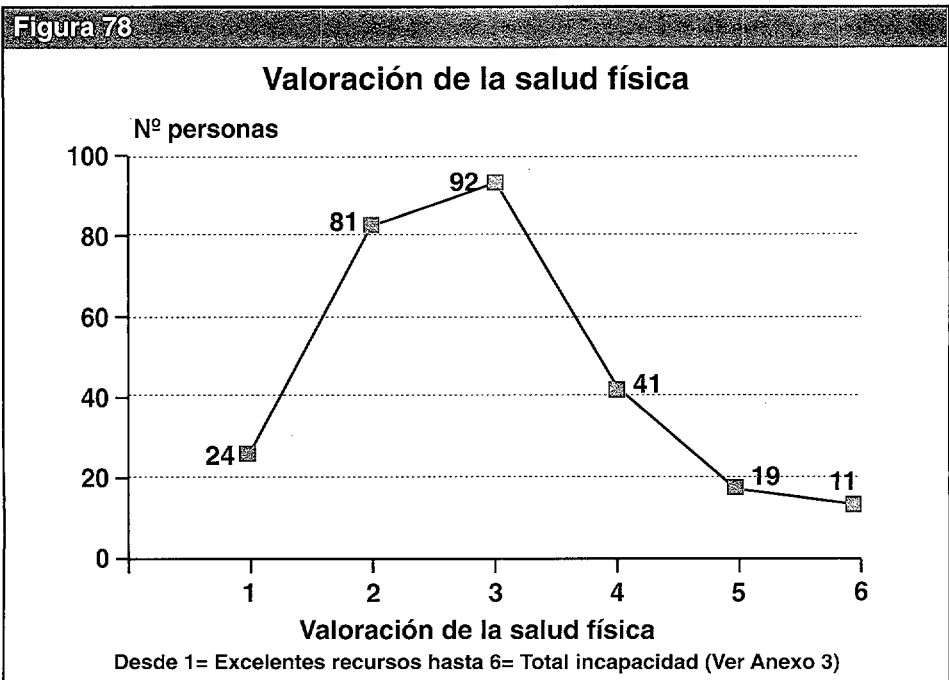
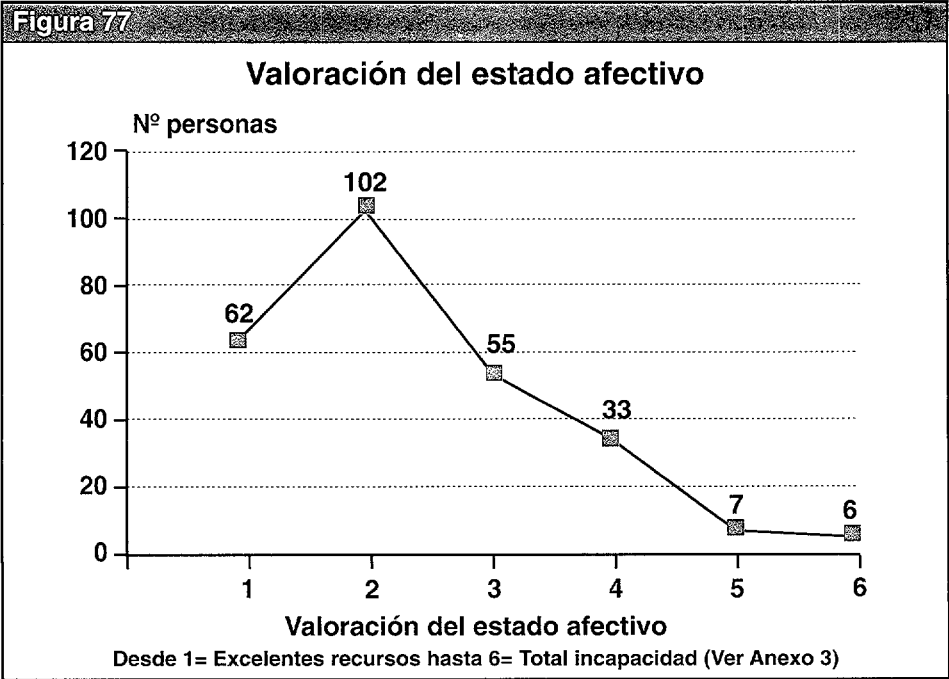
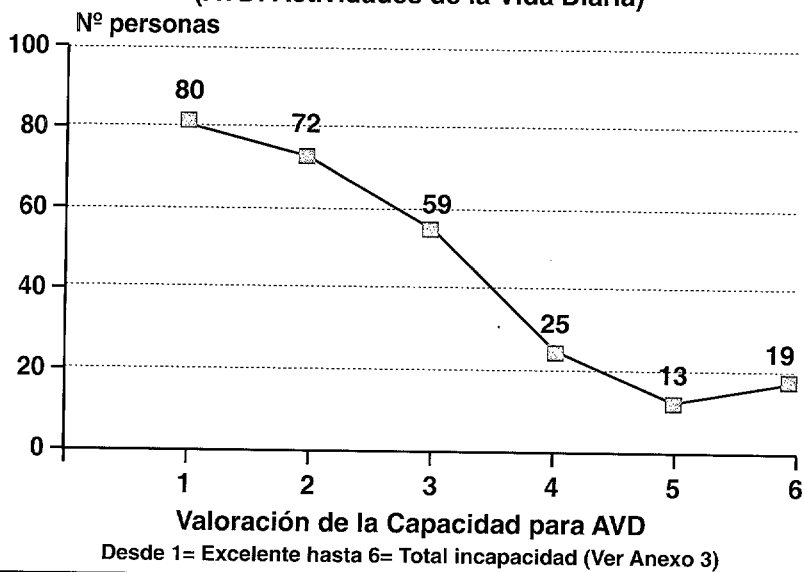


Figura 79

Valoración de capacidad para las AVD (AVD: Actividades de la Vida Diaria)



Si consideramos que con una puntuación de 3 debe considerarse la necesidad de apoyo en ese área, y que con una puntuación de 4 a 6 está claramente indicado el apoyo o ayuda al anciano en ese aspecto, en la Figura 80 se nos muestra el número de personas estudiadas que podrían necesitar, o necesitan claramente, ayuda o apoyo en cada una de estas seis áreas.

En cuanto a la incapacidad total acumulada, que es una composición aditiva simple de las seis áreas, vemos en la Figura 81 el polígono de frecuencias de cada una de las puntuaciones. Estas pueden teóricamente oscilar desde un mínimo de 6 a un máximo de 36. Es de destacar que el 3,8% de los ancianos estudiados presentaban una situación excelente en todas y cada una de estas áreas.

Resultados estratificados por grupos quinquenales de edad

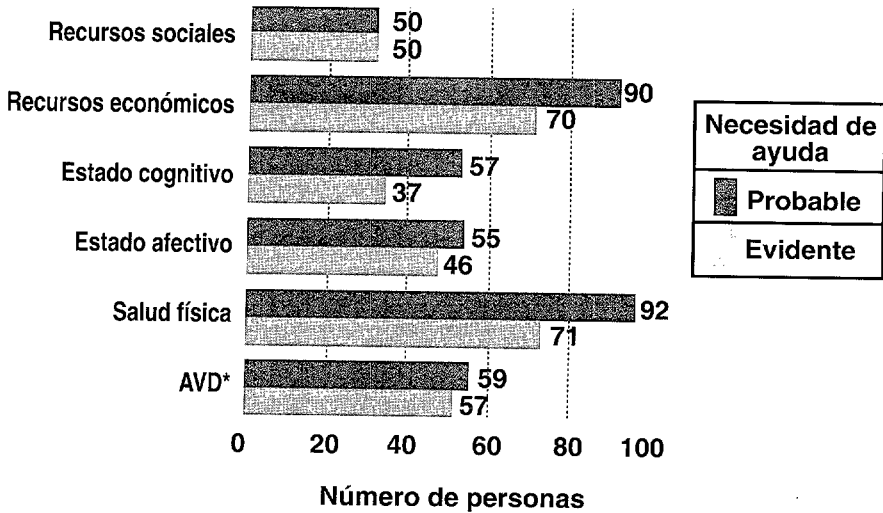
Grado de escolarización

En la Figura 82 tenemos el número de personas estudiadas en cada estrato quinquenal que fueron escolarizadas en su infancia. El porcentaje de escolarización es progresivamente menor al aumentar la edad de los entrevistados, lo que se confirma estadísticamente por un χ^2 para la tendencia lineal de 21,10 ($P < 0,00001$), mientras que el χ^2 para la desviación de dicha tendencia es de 4,84 ($P = 0,18$).

No obstante, para los ancianos que sí habían sido escolarizados, aunque el promedio de edad al final de la escolarización parece ser menor en los de mayor edad (Tabla 8), estas diferencias no son significativas estadísticamente.

Figura 80

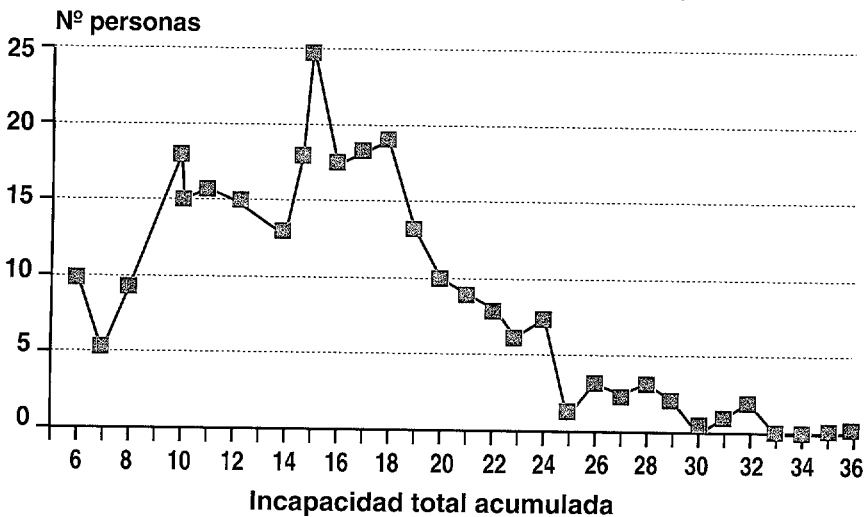
Necesidad de ayuda en las distintas áreas



*AVD: Actividades de la Vida Diaria

Figura 81

Incapacidad total acumulada (Suma aritmética de las 6 valoraciones)



Desde 6= Excelente en todas hasta 36= total incapacidad en todas

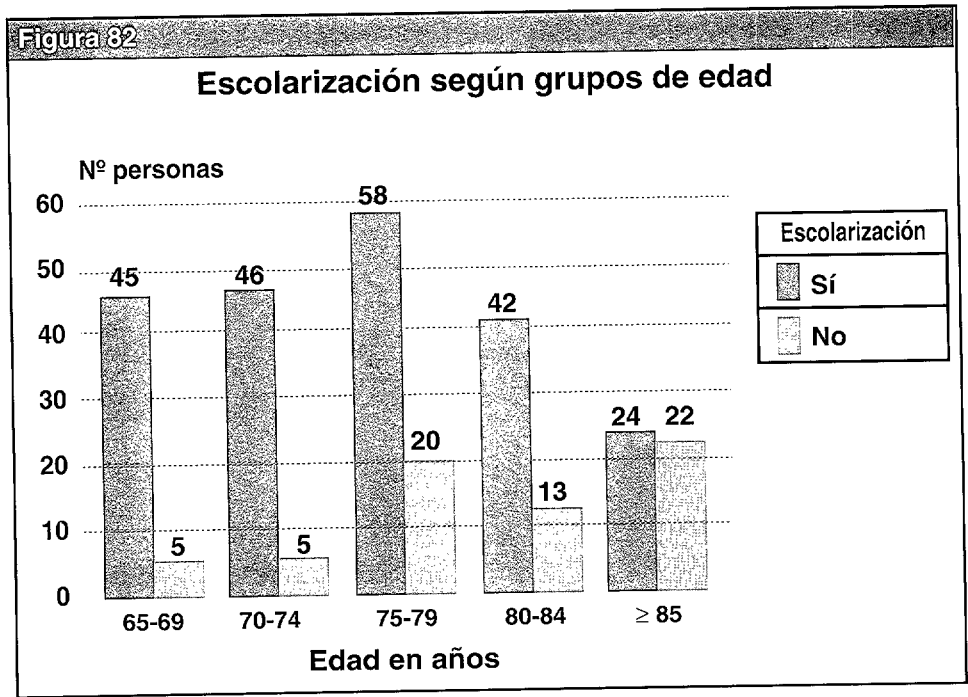


Tabla 8

Edad (en años) al final de la escolarización según grupos de edad

Grupo de edad	Media (DE) de años	Rango
65-69 años	13,2 (3,3)	8-23
70-74 años	13,2 (3,8)	6-24
75-79 años	12,0 (2,4)	8-20
80-84 años	12,5 (3,7)	7-26
85 años y más	11,8 (3,2)	8-18

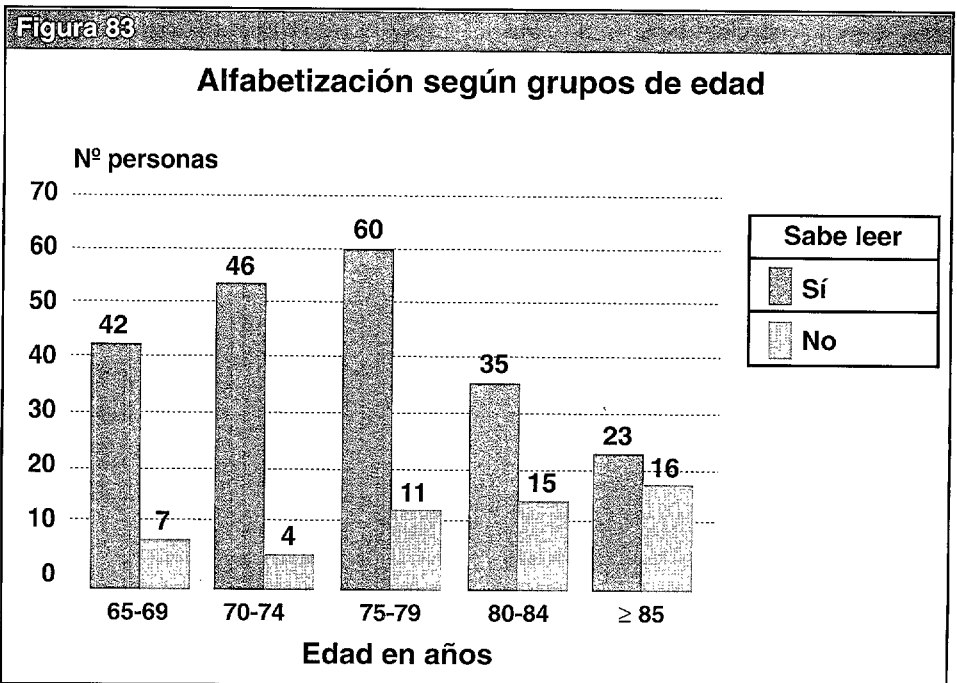
DE: Desviación Estándar.

Porcentaje de alfabetización

Vemos su relación con la edad en la Figura 83. Es significativo estadísticamente (χ^2 para la tendencia lineal de 21,10; $P=0,0001$) el aumento del porcentaje de analfabetos con la edad, que alcanza un 41,0% en el estrato de personas de 85 años y más.

Porcentajes de acierto a las preguntas del Cuestionario del Estado Mental

Las Figuras 84 a 93 muestran los porcentajes de acierto a cada una de las preguntas del Cuestionario del Estado Mental Portátil (Short Portable Mental Status Questionnaire - SPMSQ) de Pfeiffer, estratificados por grupos quinquenales de edad. El porcentaje de aciertos disminuyó linealmente con la edad de forma estadísticamente significativa en las siguientes cuestiones: el día de la semana, la edad en años cumplidos, la fecha de nacimiento, el nombre del Rey, el nombre del anterior Jefe del Estado, el nombre de la madre del entrevistado y la prueba de la resta de 3 en 3.



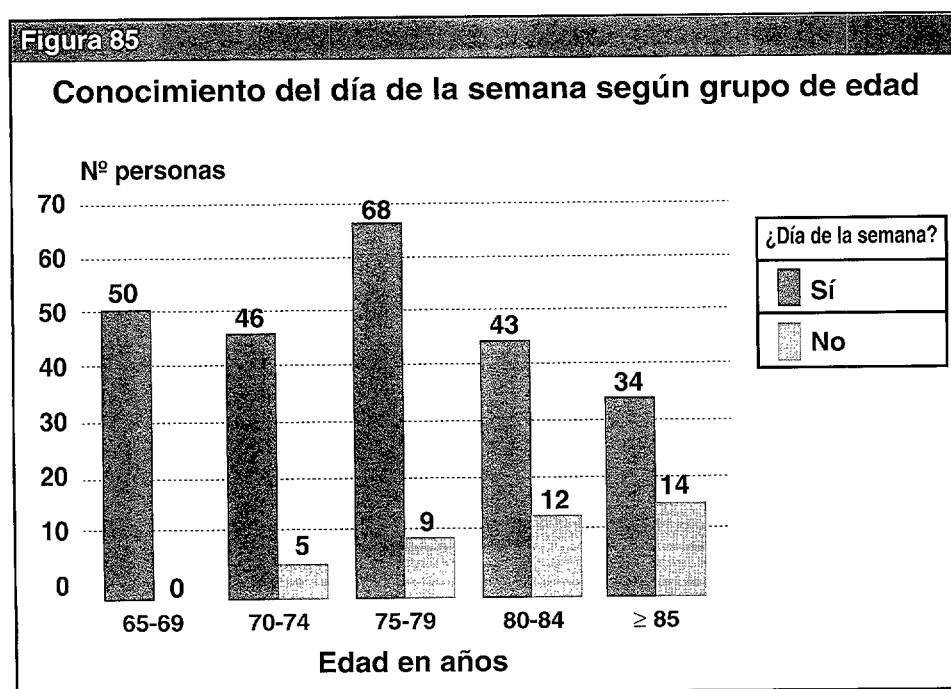
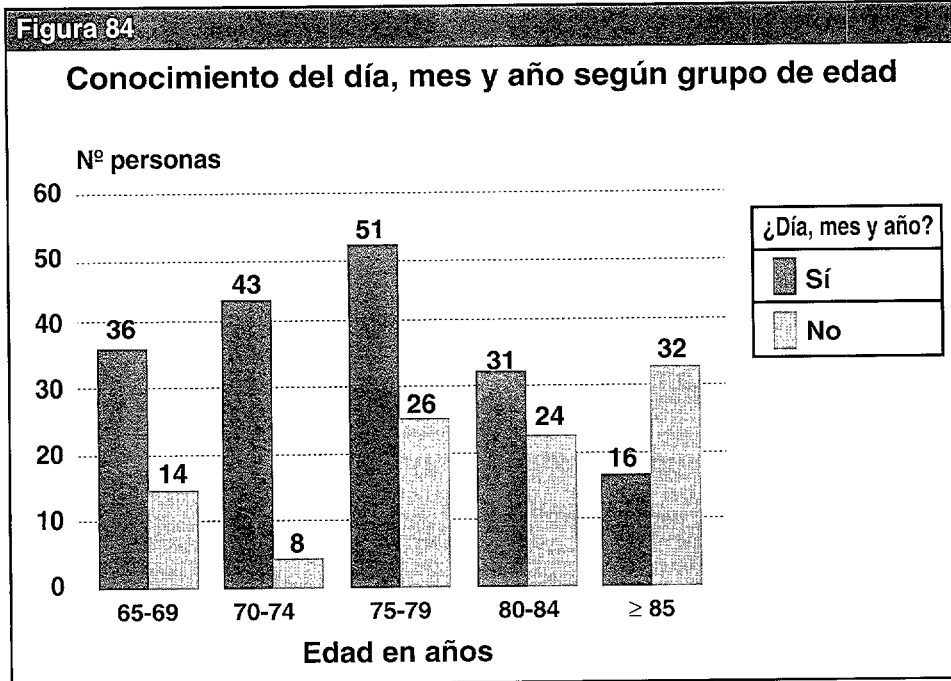


Figura 86

Conocimiento del lugar en que se encuentra según grupo de edad

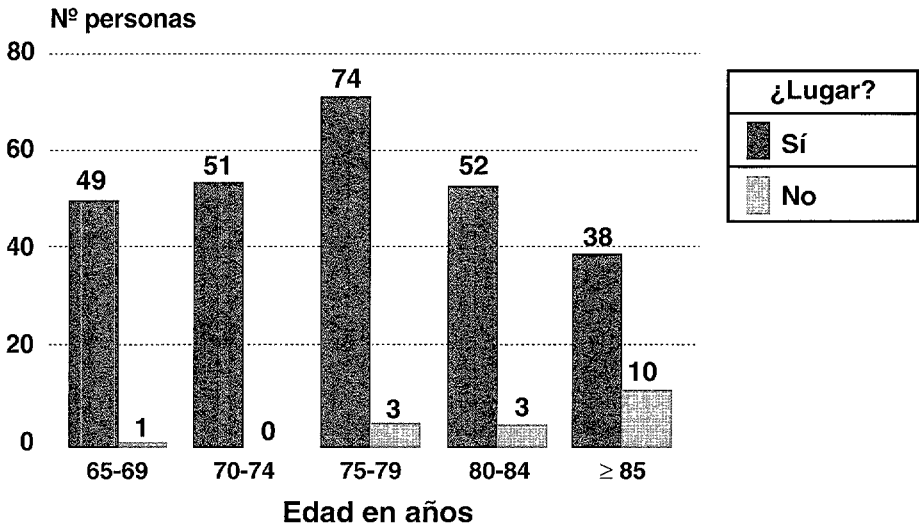


Figura 87

Conocimiento de la calle en la que vive según grupo de edad

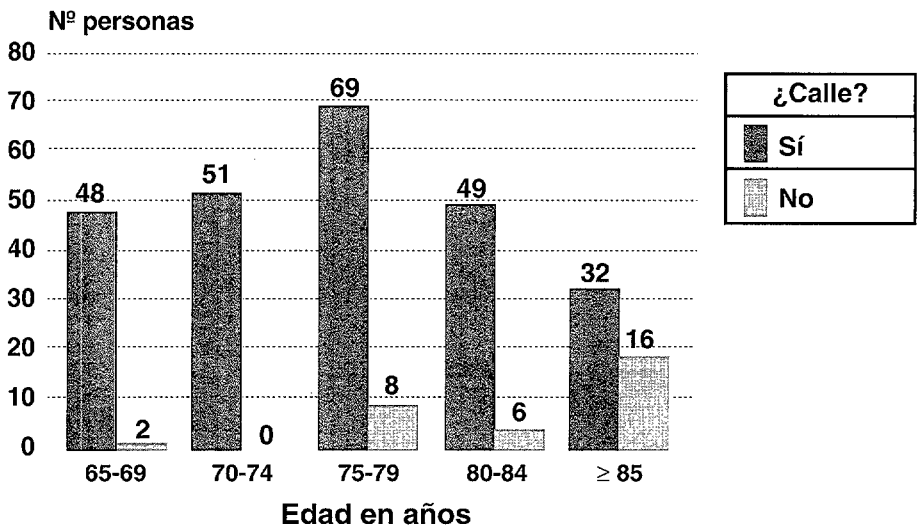


Figura 88

Conocimiento de su edad en años cumplidos según grupo de edad

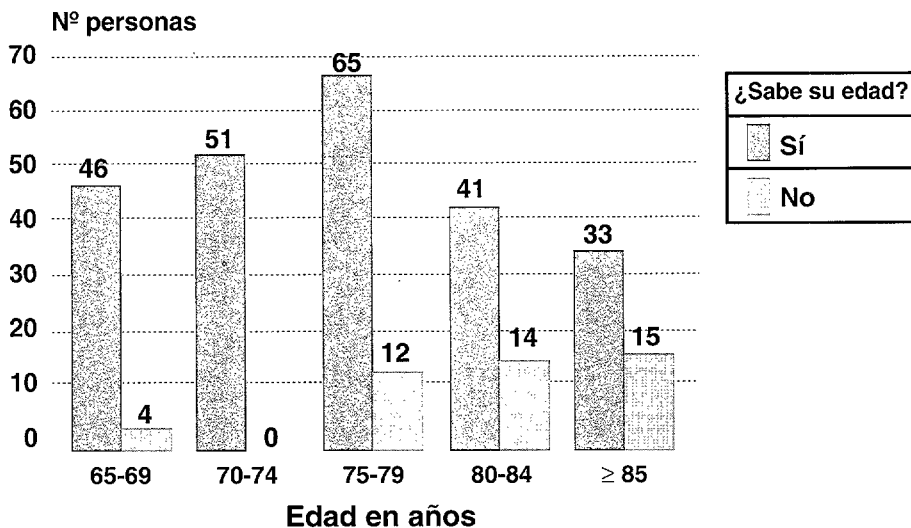


Figura 89

Conocimiento de su fecha de nacimiento según grupo de edad

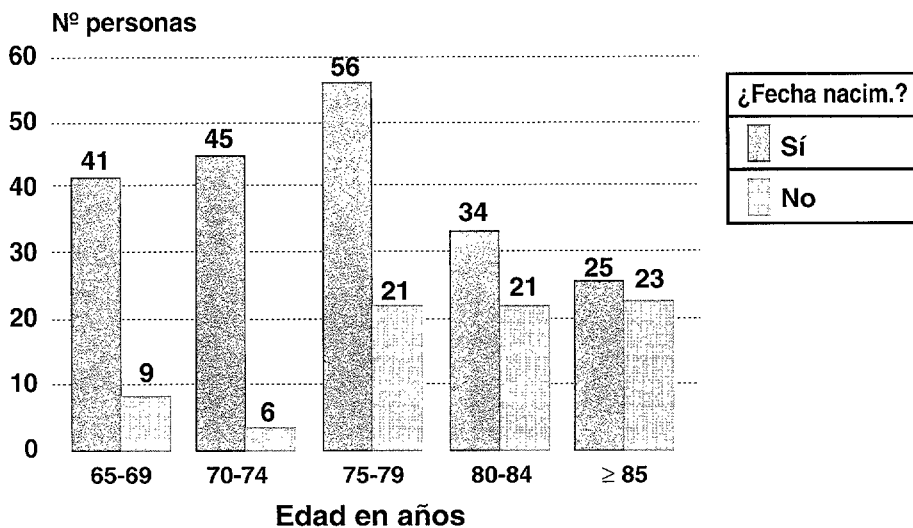


Figura 90

Conocimiento del nombre del actual Rey de España según grupo de edad

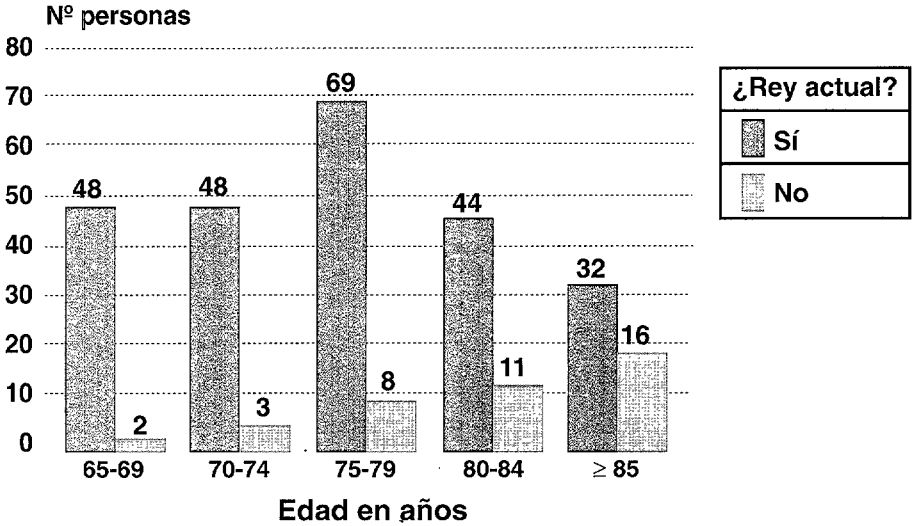
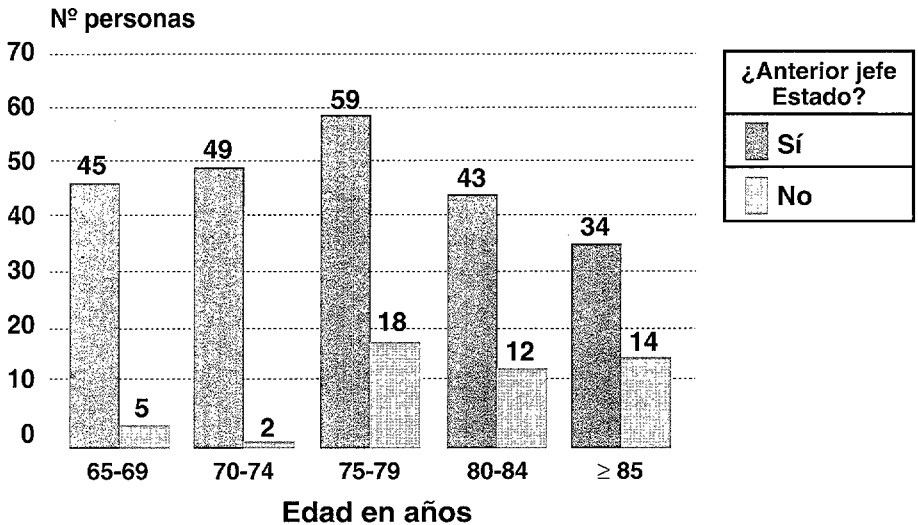
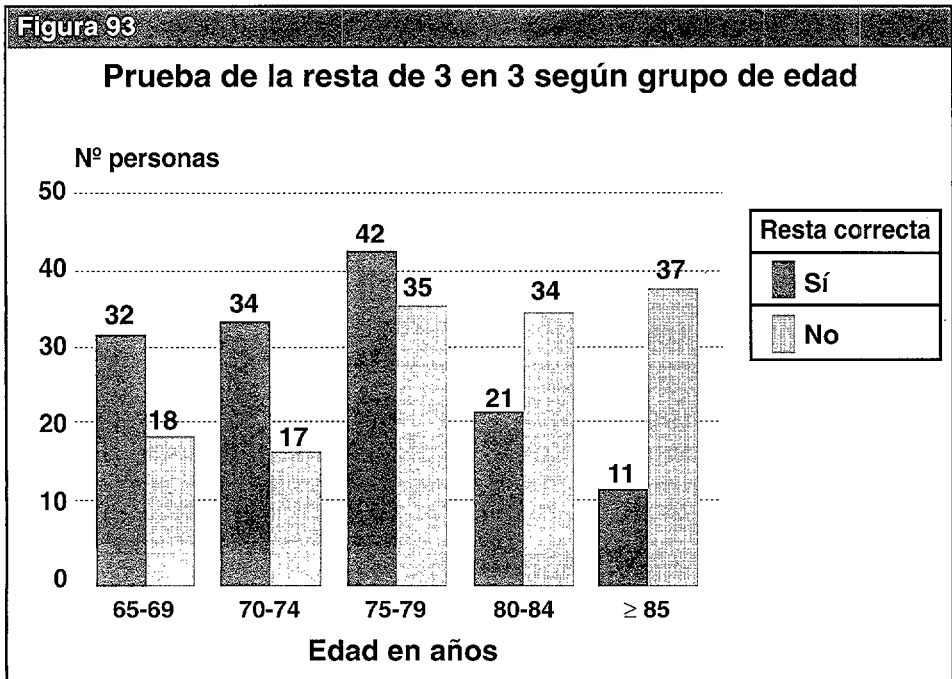
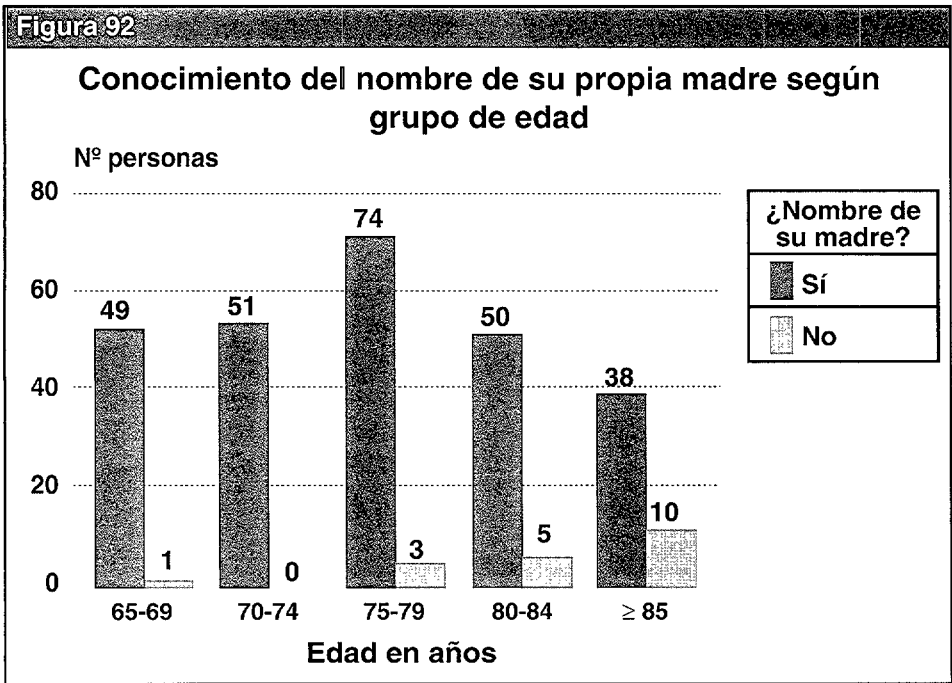


Figura 91

Conocimiento del nombre del anterior Jefe del Estado según grupo de edad





En todos los casos, el porcentaje de aciertos fue algo mayor en el grupo de 70 a 74 años que en el de 65 a 69 años, sin que ello impidiera la significación estadística de las tendencias mencionadas.

Número de errores ajustados en el Cuestionario del Estado Mental

El número de errores ajustados se obtiene al totalizar el número de errores en las 10 preguntas del Cuestionario de Pfeiffer, restándole 1 punto si la escolarización terminó antes de los 14 años y sumándole un punto si continuó estudiando después de los 16 años.

El promedio de los errores ajustados lo vemos en la Tabla 9. A partir de los 80 años es significativo el aumento de errores respecto a los menores de 75 años. En el grupo de edad de 85 años y más el número de errores ajustados es significativamente superior al de todos los demás ancianos de menor edad. El porcentaje de personas con 5 o más errores ajustados (que se considera que tienen probablemente una incapacidad cognitiva al menos moderada) fue del 4,0% en el grupo de 65-69 años y del 7,6% en el grupo de 75-79 años, alcanzó el 24,0% en los ancianos de 85 y más años.

Tabla 9

Número de errores ajustados en el Cuestionario del Estado Mental según grupos de edad

Grupo de edad	Media (DE) de errores	Rango de errores
65-69 años	0,8 (1,3)	0-6
70-74 años	0,6 (0,9)	0-3
75-79 años	1,4 (2,1)	0-10
80-84 años	2,0 (2,4)	0-10
85 años y más	3,3 (3,2)	0-10

DE: Desviación Estándar.

Duración de la residencia previa en la isla

En la Tabla 10 se muestra el número de ancianos de cada edad según la duración previa de su residencia en la isla en la que vivían en el momento del estudio.

Tabla 10

Número de personas según años de residencia previa en la isla

Grupo de edad	<5 años	5-10 años	11-15 años	>15 años
65-69 años	0	1	0	41
70-74 años	0	0	2	45
75-79 años	0	1	0	71
80-84 años	2	0	0	48
85 años y más	0	0	0	44
TOTAL	2	2	2	249

Número de hijos vivos

Fue estadísticamente similar en todos los grupos de edad. Los promedios, desviaciones estándar y rangos se muestran en la Tabla 11.

Tabla 11

Número de hijos vivos según grupos de edad

Grupo de edad	Media (DE) de hijos vivos	Rango
65-69 años	3,9 (2,8)	0-11
70-74 años	3,5 (2,4)	0-11
75-79 años	3,6 (2,8)	0-12
80-84 años	3,2 (2,5)	0-9
85 años y más	3,9 (2,8)	0-9

DE: Desviación Estándar.

Estado civil

El reparto de los estados civiles según edad se detalla en la Tabla 12.

Tabla 12

Número de personas según estado civil

Grupo de edad	Casados	Viudos	Divorc.	Separados	Solteros
65-69 años	38	8	0	1	3
70-74 años	34	12	1	0	4
75-79 años	44	27	1	1	6
80-84 años	15	32	0	1	5
85 años y más	13	30	1	0	5
TOTAL	144	109	3	3	23

En la Figura 94 podemos observar como el porcentaje de casados disminuye linealmente con la edad a la vez que el porcentaje de viudez aumenta también linealmente. La linealidad se demuestra en ambos casos por un χ^2 para la tendencia lineal con $P < 0,00001$, mientras que el χ^2 para la desviación de dicha tendencia lineal da una $P = 0,4$ en ambos casos.

Convivientes

En la Tabla 13 se muestra el número de personas en cada grupo quinquenal de edad clasificados de acuerdo con el tipo de sus convivientes, en la que llama la atención el elevado número de personas de 75 años o más que viven solas.

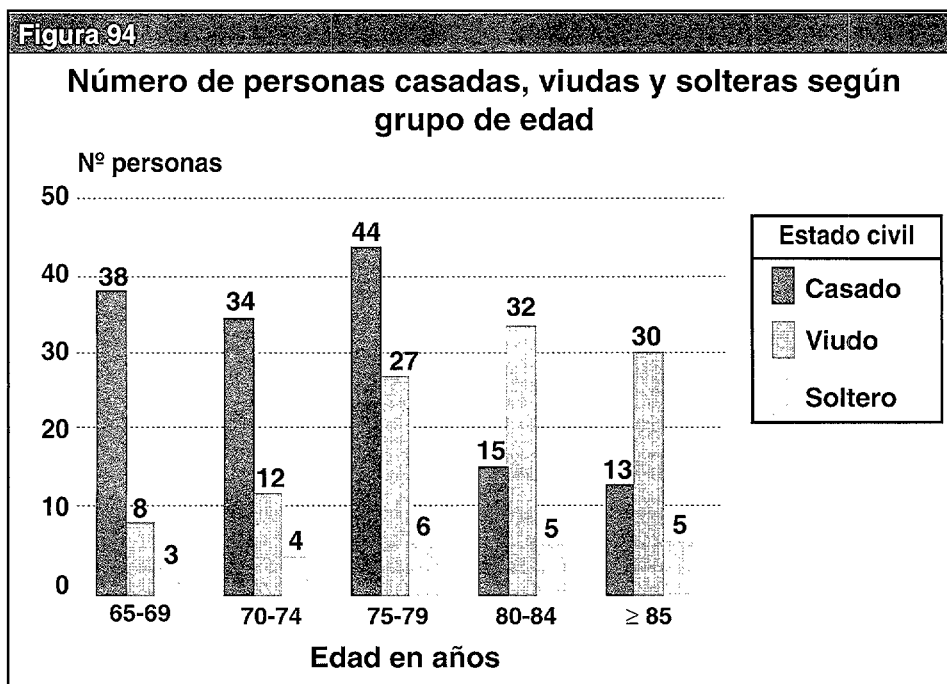


Tabla 13

Número de personas según tipo de convivientes

Grupo de edad	Cónyuge	Otro Fam.	Cónyuge+Fam.	Amigo	P.contratada	Ninguno	Institución
65-69 años	19	10	19	1	0	1	0
70-74 años	16	12	17	1	1	4	0
75-79 años	29	23	15	0	0	11	1
80-84 años	9	19	6	0	2	13	4
85 años y más	9	25	4	0	0	11	0
TOTAL	82	89	61	2	3	40	5

Frecuencia de contactos telefónicos

En la Tabla 14 se muestra el reparto de los ancianos entrevistados según el número de contactos telefónicos declarados en la semana anterior. El porcentaje de personas sin ningún contacto telefónico va aumentando linealmente de forma estadísticamente significativa al aumentar la edad.

Tabla 14

Número de personas según frecuencia de contactos telefónicos en la semana previa

Grupo de edad	Diarios	2-6 Veces	Una vez	Ninguna
65-69 años	22	12	4	12
70-74 años	11	23	7	10
75-79 años	22	24	9	22
80-84 años	12	13	8	18
85 años y más	6	7	9	23
TOTAL	73	79	37	85

Frecuencia de contactos personales

Vemos en la Tabla 15 el reparto por edades del número de ancianos según el número de visitas efectuadas o recibidas a lo largo de la semana anterior sin que se demuestre ningún patrón diferenciador a este respecto en relación con la edad. En consecuencia, pese al avance de la edad, parece mantenerse el número de contactos personales.

Tabla 15

Número de personas según frecuencia de contactos personales en la semana previa

Grupo de edad	Diarios	2-6 Veces	Una vez	Ninguna
65-69 años	18	17	7	8
70-74 años	21	12	12	6
75-79 años	28	26	13	11
80-84 años	21	17	12	2
85 años y más	18	12	9	9
TOTAL	106	84	53	36

Disponibilidad de confidente

Pese que hay una tendencia a que las personas más añosas tengan más probabilidad de carecer de confidente, como se ve en la Figura 95, esta tendencia no es estadísticamente significativa ($P=0,11$).

En la Tabla 16 se muestra cual es el confidente más preeminente de entre los identificados por los entrevistados que dijeron tener alguien en quien confiar.

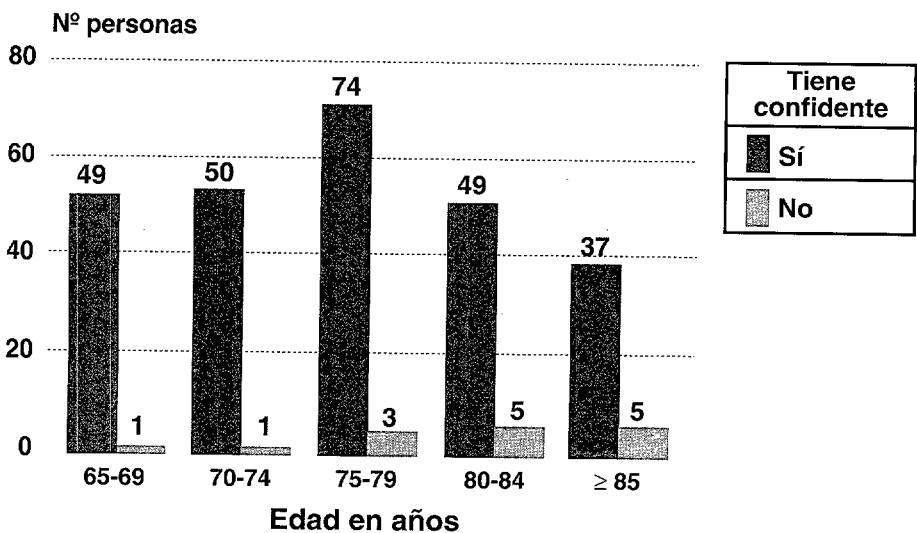
Tabla 16

Relación del confidente con el entrevistado

Grupo de edad	Cónyuge	Otro Familiar	Amigo	Pers.Contratada
65-69 años	29	18	2	0
70-74 años	27	18	4	0
75-79 años	36	30	6	2
80-84 años	8	36	5	0
85 años y más	7	28	2	0
TOTAL	107	130	19	2

Figura 95

Disponibilidad de confidente según grupo de edad



Posibilidad de recibir distintos tipos de ayuda

En la Figura 96 se muestra la disponibilidad de una persona que pudiera ayudar al anciano, que no fue estadísticamente diferente ($P=0,86$) en los distintos estratos de edad.

La duración de la ayuda que el entrevistado prevé poder recibir podemos verla en la Figura 97, en la que no destaca ningún patrón especial en relación con la edad.

En cuanto a la persona disponible para ayudar al anciano, su relación con éste se detalla en la Tabla 17, en la que puede observarse que, a partir de los 80 años, la disponibilidad del cónyuge para ayudar se reduce drásticamente, quedando sin embargo dicha reducción compensada por el aumento relativo en el número de otros familiares dispuestos a ayudar. Esto permite el que se mantenga en los distintos estratos de edad la posibilidad de recibir ayuda ya que, por otra parte, el porcentaje de personas que pueden recibir ayuda de amigos o personas contratadas se mantiene en un nivel testimonial.

Tabla 17

Relación de la persona disponible para ayudar con el entrevistado

Grupo de edad	Cónyuge	Otro Familiar	Amigo	Pers. Contratada
65-69 años	22	21	3	0
70-74 año	18	23	4	1
75-79 años	25	39	6	0
80-84 años	4	41	3	1
85 años y más	9	30	1	0
TOTAL	78	154	17	2

Figura 96

Disponibilidad de persona que puede ayudar según grupo de edad

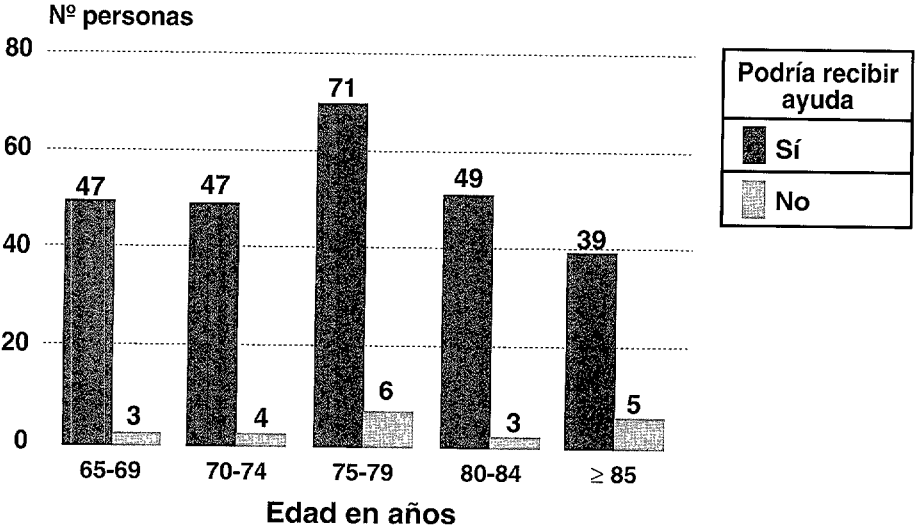
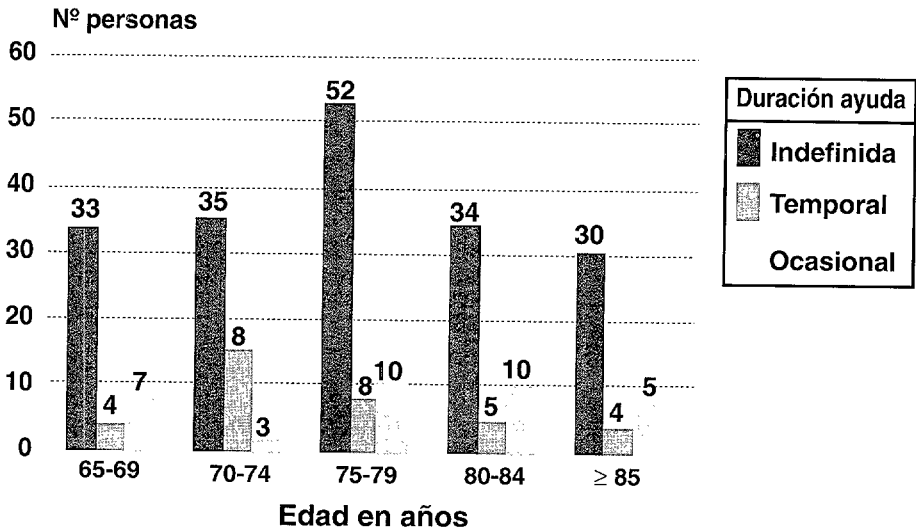


Figura 97

Duración de la ayuda previsible según grupo de edad



Trabajo habitual durante la vida laboral

No hemos detectado diferencias significativas entre los distintos grupos de edad en cuanto a los porcentajes de ocupaciones previas de los entrevistados o de sus cónyuges.

Fuente de ingresos de la unidad familiar

Vemos en la Tabla 18 el reparto de personas de los distintos grupos de edad según las distintas fuentes de ingresos declaradas. No detectamos en estos datos ningún patrón claro de cambio de las fuentes de ingresos con la edad.

Tabla 18

Número de ancianos según fuente de ingresos de la unidad familiar

Grupo de edad	Sueldo	Rentas	Jubilación	Invalidez	Viudedad	Otrap	Dosp	Renta+ P	Ayuda + P	Otras
65-69 años	4	0	18	2	4	1	12	2	5	1
70-74 años	2	0	23	1	5	2	8	4	5	1
75-79 años	0	0	36	4	6	2	13	3	13	2
80-84 años	0	0	17	3	11	5	8	4	5	0
85 años y más	0	2	18	0	8	4	4	2	9	1
TOTAL	6	2	112	10	34	14	45	15	37	5

P: Pensión-Pensiones.

Otrap: Pensiones asistenciales o no contributivas, salvo en 2 casos en que se trataba de pensiones generadas en el extranjero.

Número de personas dependientes del anciano

En la Tabla 19 vemos reflejado el número de personas dependientes económicamente del anciano y/o su cónyuge donde se observa que el número de dependientes disminuye con la edad, siendo significativamente menor ($P < 0,05$) en los ancianos de 80 y más años respecto a los de menos de 75 años.

Tabla 19

Número de personas dependientes económicamente según edad

Grupo de edad	Media (DE) de dependientes	Rango
65-69 años	2,4 (1,1)	1-6
70-74 años	2,0 (0,8)	1-4
75-79 años	1,7 (0,8)	1-6
80-84 años	1,5 (1,2)	1-7
85 años y más	1,4 (0,7)	1-3

DE: Desviación Estándar.

Régimen de propiedad o alquiler de la vivienda

El porcentaje de ancianos que dicen ser propietarios de su vivienda va disminuyendo linealmente con la edad, como se demuestra por un χ^2 para la tendencia lineal con $P=0,003$, mientras que el χ^2 para la desviación de dicha tendencia lineal da una $P=0,92$. Esta disminución de la proporción de propietarios de su vivienda con la edad la vemos gráficamente representada en la Figura 98.

El número de personas de cada grupo etario que son propietarias de su vivienda pero que aún la están pagando mediante letras o hipoteca lo mostramos en la Figura 99, donde destaca un 14% de personas de 65 a 69 años, significativamente superior ($P=0,003$ mediante la prueba exacta de Fisher) al 1,8% de personas de 70 años o más que aún están pagando o amortizando su propia vivienda.

En la Tabla 20 vemos, de entre los ancianos que no eran propietarios de su vivienda, el número de ellos en cada grupo de edad que proporcionaron la información que se muestra.

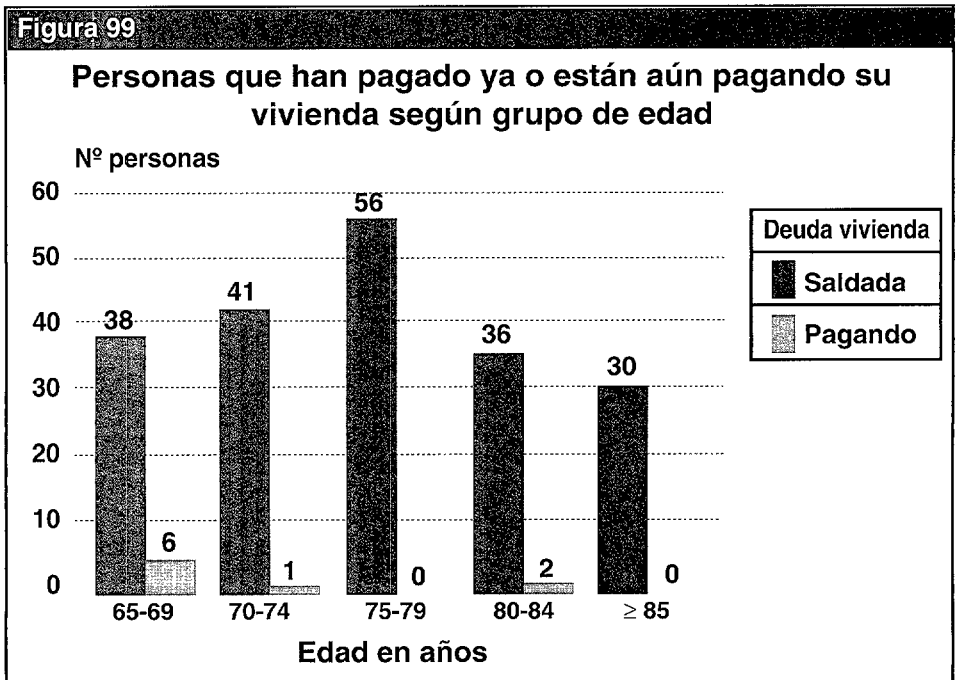
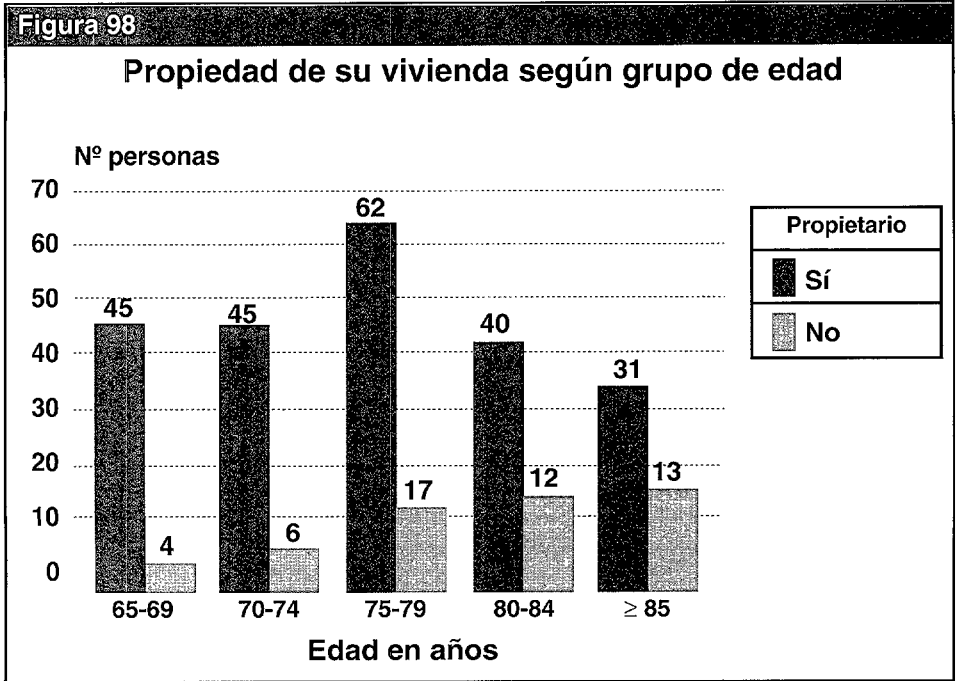


Tabla 20

Régimen de vivienda de los ancianos no propietarios de la misma

Grupo de edad	VP/Prestada	Vive con familiar	Paga alquiler
65-69 años	2	2	1
70-74 años	1	4	1
75-79 años	6	8	4
80-84 años	1	4	5
85 años y más	4	8	1
TOTAL	14	26	12

VP/Prestada: Utiliza una Vivienda Pública, o bien reside en una vivienda prestada.

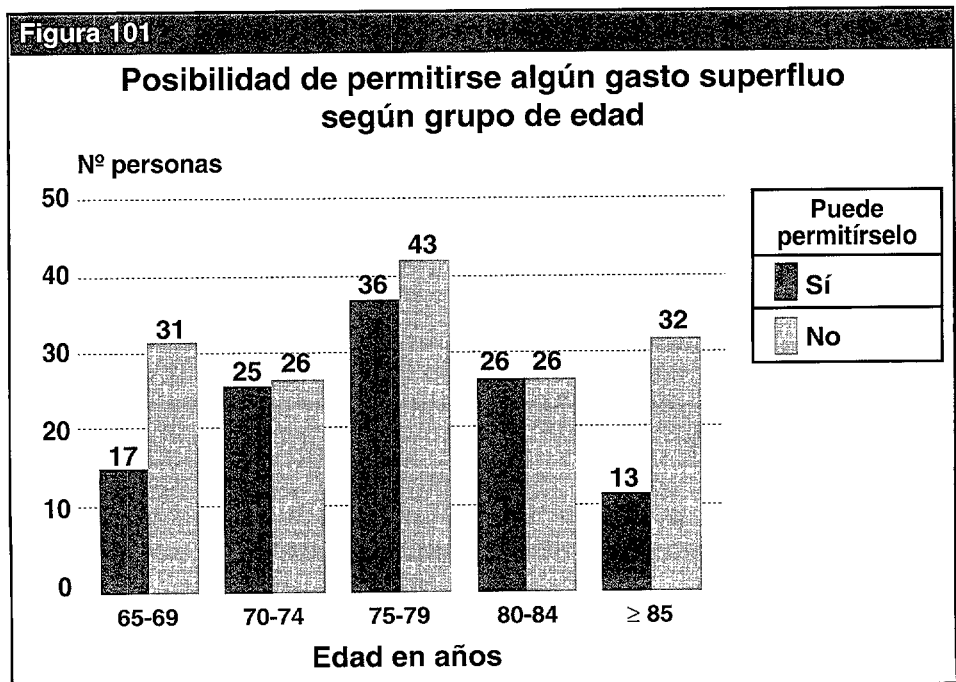
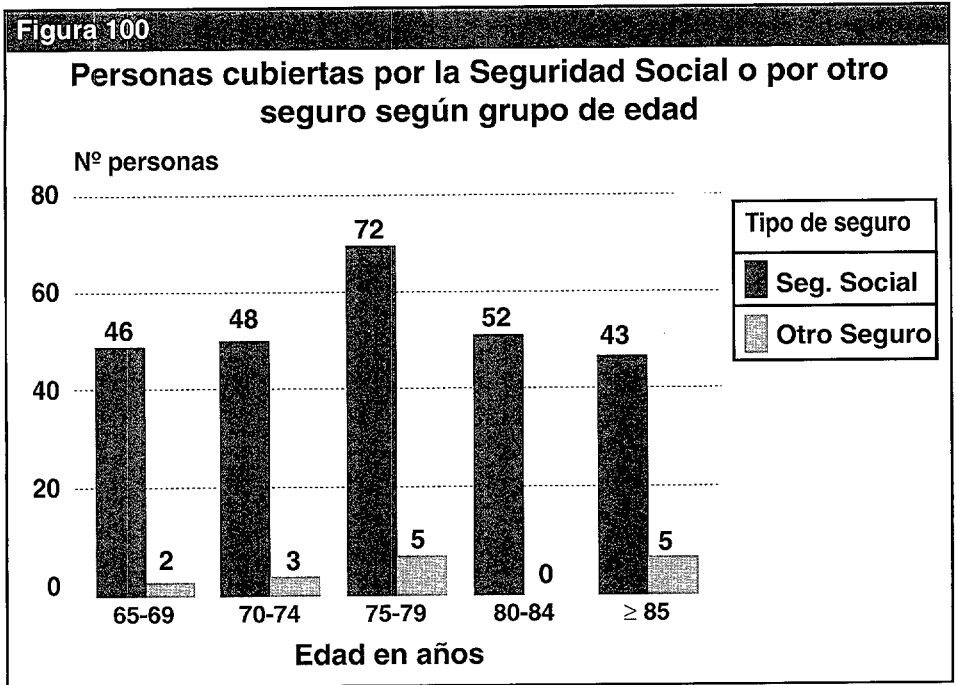
Tipo de seguro médico

En la Figura 100 vemos el número de personas que dijeron tener su asistencia médico-farmacéutica cubierta por la Seguridad Social o por otro tipo de seguro en los distintos grupos de edad. Las diferencias entre porcentajes de cobertura con cargo a la Seguridad Social no alcanzan significación estadística ($P=0,23$).

Posibilidad de permitirse algún gasto superfluo

En la Figura 101 se muestra el reparto por edad de las personas que dijeron poder o no permitirse algunos pequeños caprichos o gastos superfluos.

El porcentaje de personas que manifestaron poder permitirse algún gasto superfluo no arrojó diferencias estadísticamente significativas ($P=0,15$) entre los distintos grupos de edad.



Número de actividades sociales

En la Tabla 21 se detalla el número de actividades sociales o Actividades de la Vida Diaria Avanzadas (AVD-A) que practicaba cada uno de los entrevistados en los distintos grupos de edad, según manifestación de ellos mismos. El promedio de AVD-A llevadas a cabo por las personas de 80 años o más es significativamente inferior ($P < 0,01$) al promedio de actividades practicadas por las personas de menos de 75 años.

Tabla 21

Número de actividades sociales (AVD-A) según edad

Grupo de edad	Media (DE) de AVD-A	Rango
65-69 años	5,2 (2,5)	2-11
70-74 años	5,0 (2,8)	0-13
75-79 años	4,4 (2,4)	0-10
80-84 años	3,2 (2,6)	0-12
85 años y más	2,5 (2,1)	0-8

AVD-A: Actividades de la Vida Diaria Avanzadas.

DE: Desviación Estándar.

Número de respuestas normales y patológicas a cada una de las cuestiones de la Evaluación Psiquiátrica Abreviada en cada grupo de edad

Lo vemos representado gráficamente en las Figuras 102 a 116, en las que aparecen en oscuro las respuestas consideradas patológicas.

Los porcentajes de respuestas patológicas solamente variaron de forma estadísticamente significativa con la edad en la pregunta "¿Se siente inútil a veces?", detectándose una tendencia lineal ($P=0,03$) al aumento de la sensación subjetiva de inutilidad con la edad.

Figura 102

Personas que se levantan o no despejadas o descansadas según grupo de edad

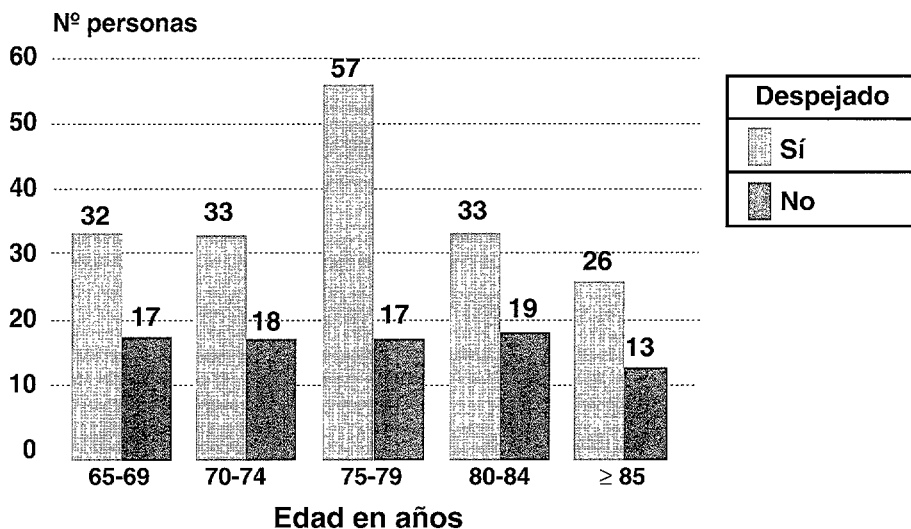


Figura 103

Personas a quienes les atrae o no lo que sucede a su alrededor según grupo de edad

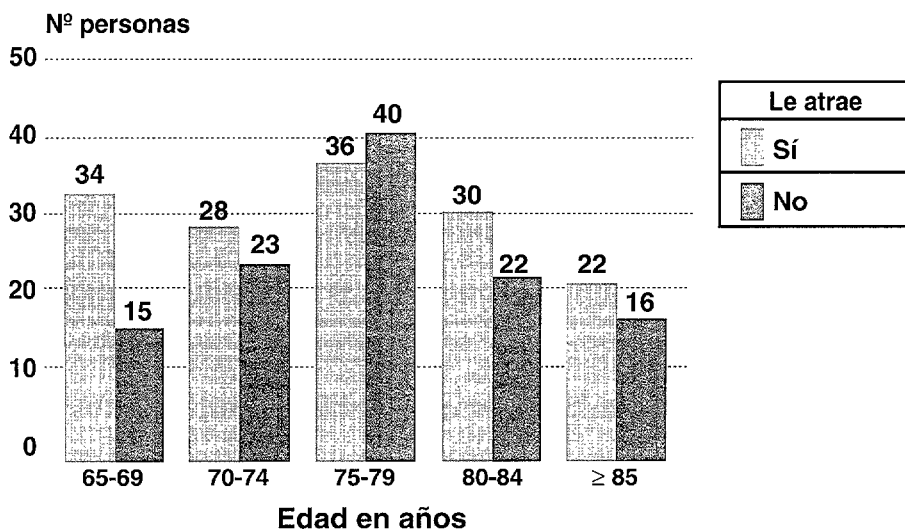


Figura104

Personas que han querido o no irse alguna vez de su casa según grupo de edad

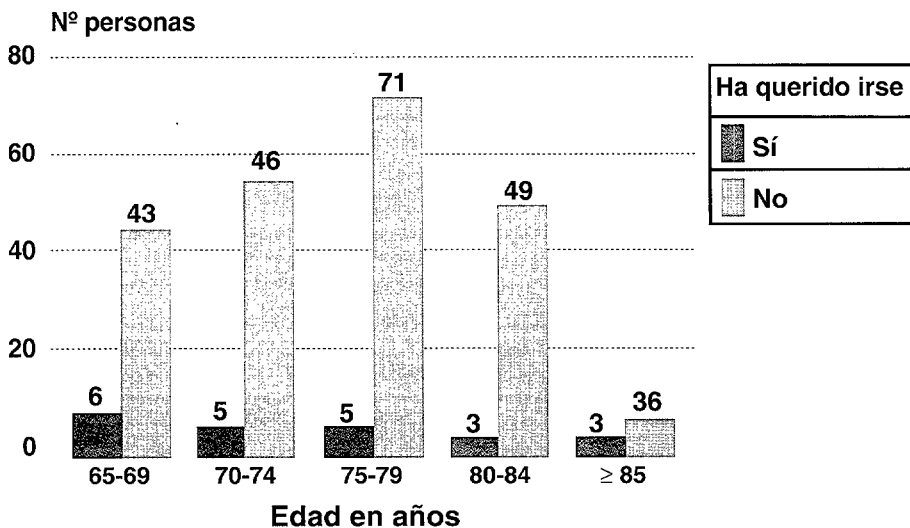


Figura 105

Personas que consideran o no que nadie les comprende según grupo de edad

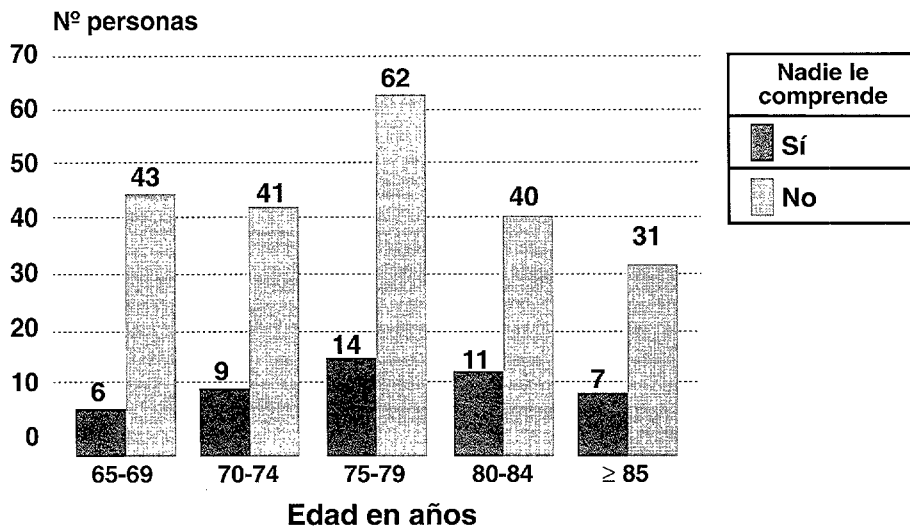


Figura 106

Personas que han pasado o no días o semanas en que "no podían más", según grupo de edad

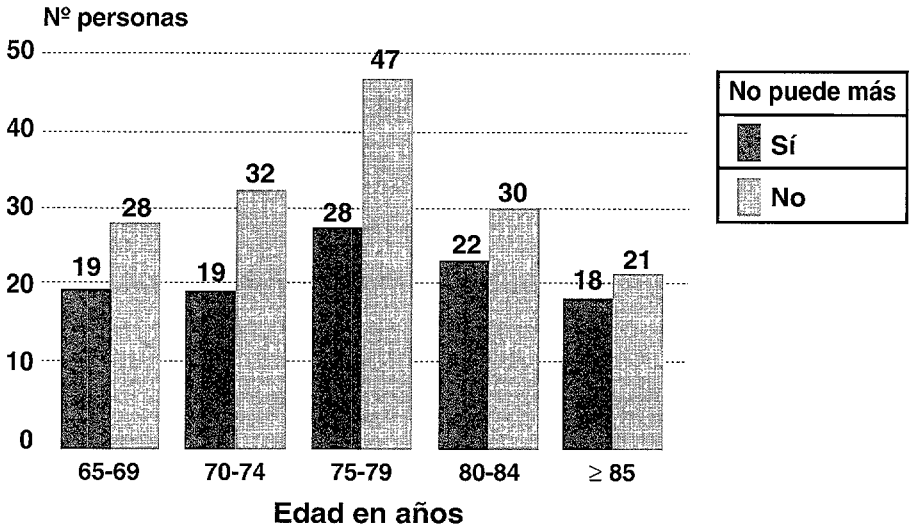


Figura 107

Personas que dicen dormir mal o no según grupo de edad

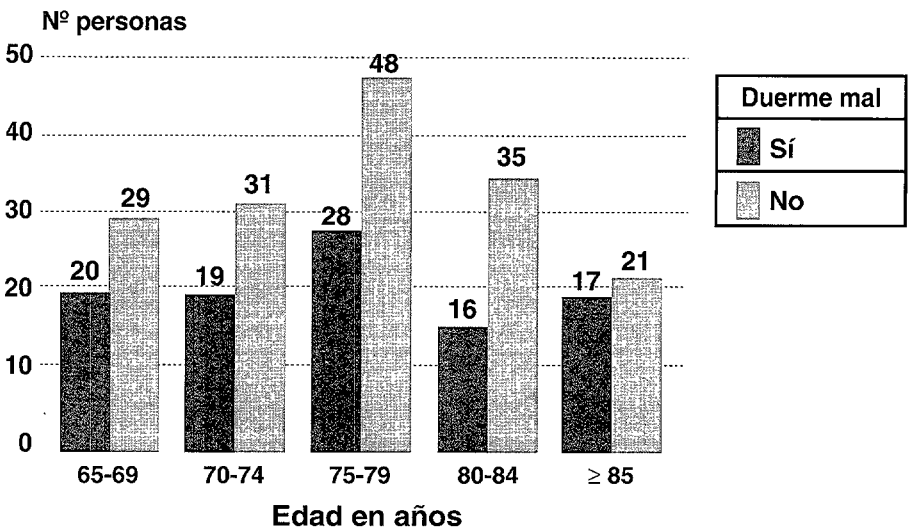


Figura 108

Personas que dicen o no ser felices la mayor parte del tiempo según grupo de edad

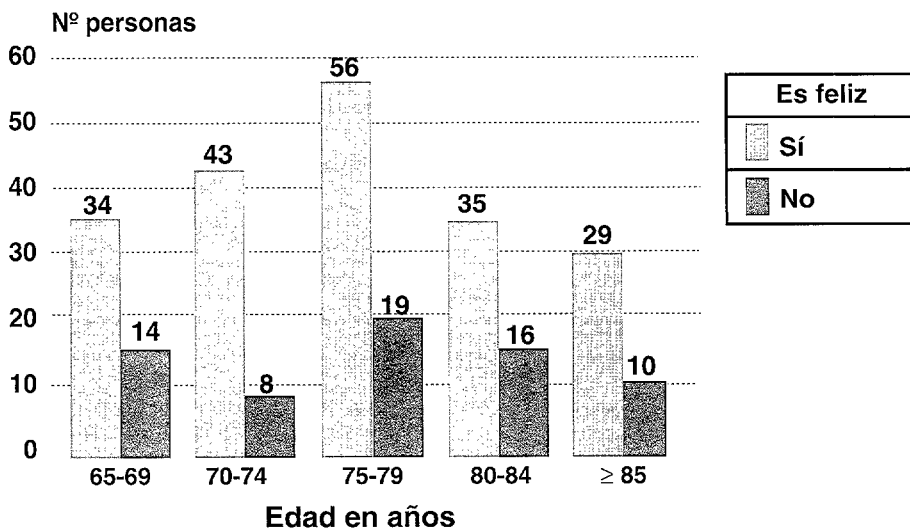


Figura 109

Personas que creen o no que alguien está intentando fastidiarles según grupo de edad

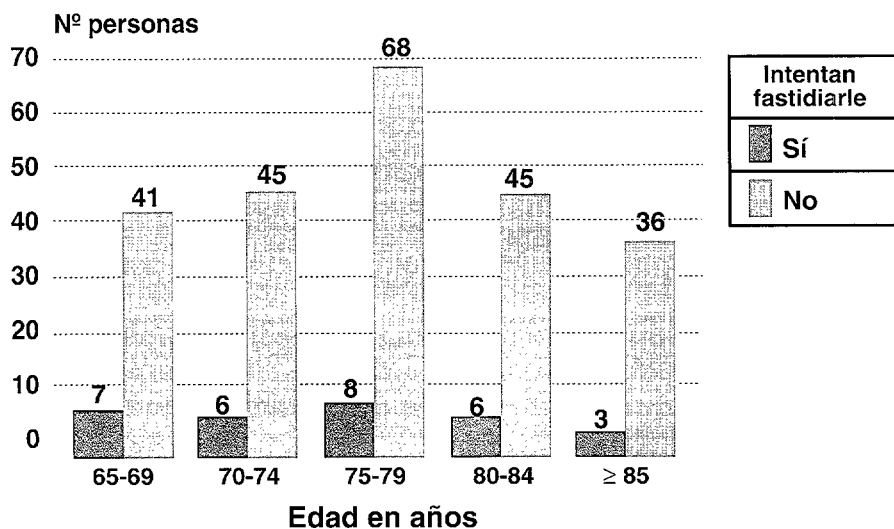


Figura 110

Personas que se sienten o no inútiles a veces según grupo de edad

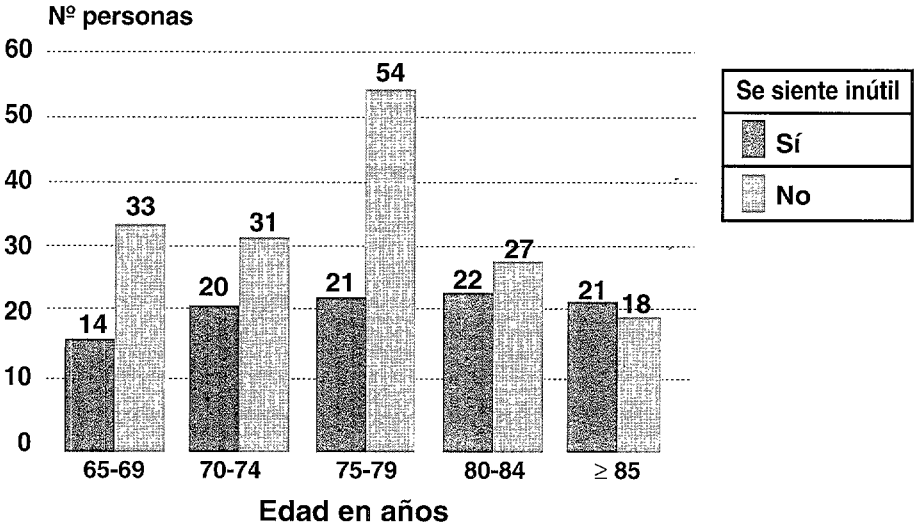
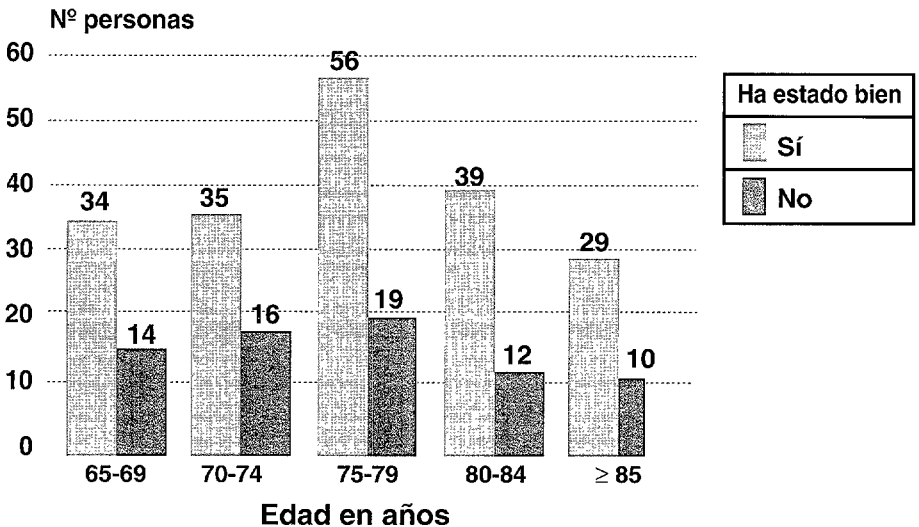


Figura 111

Personas que se han encontrado bien o no la mayor parte del tiempo durante los últimos años según grupo de edad



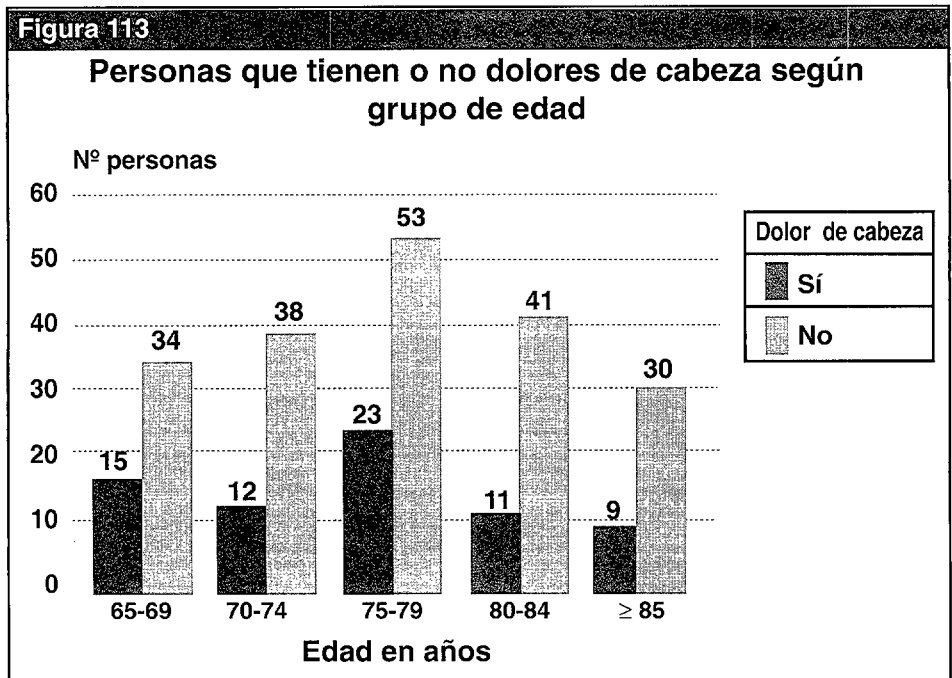
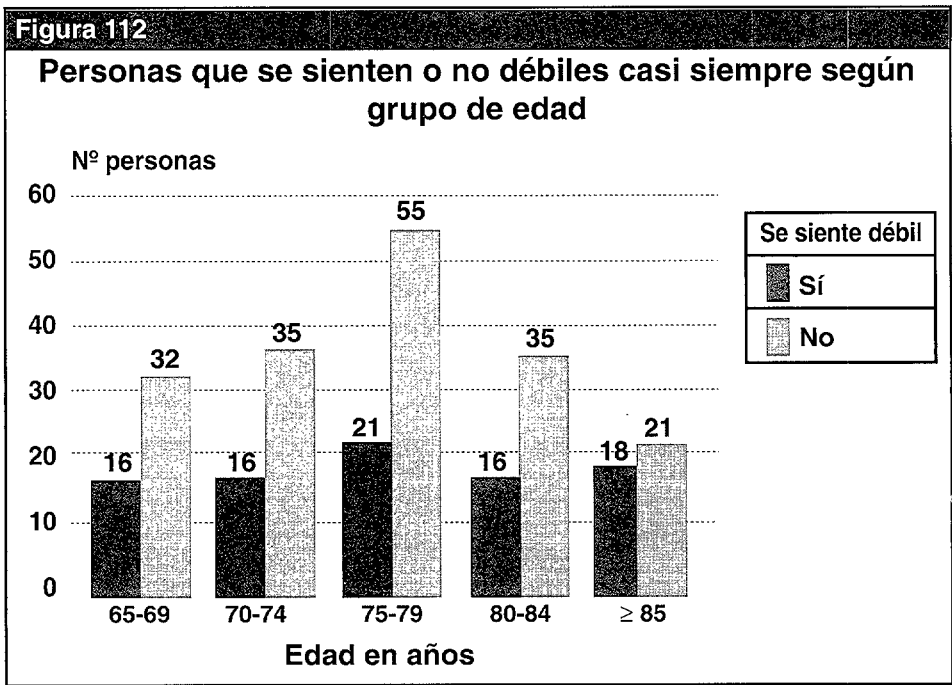


Figura 114

Personas a quienes les ha costado o no mantener el equilibrio según grupo de edad

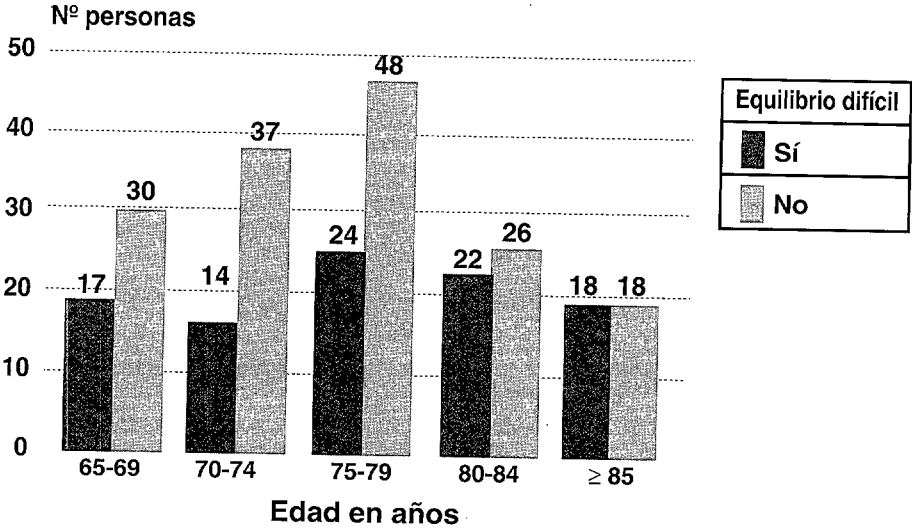
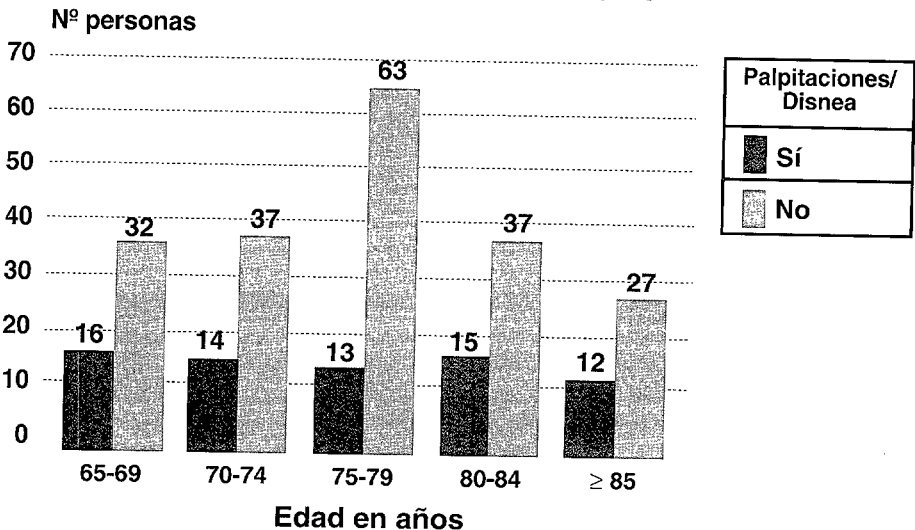
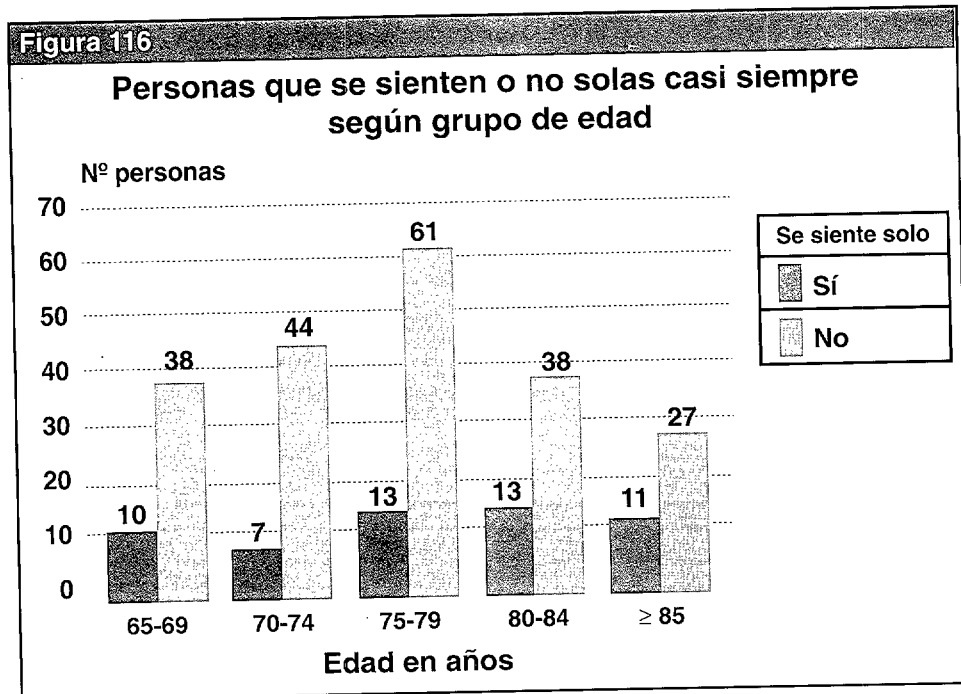


Figura 115

Personas a quienes les molestan o no los latidos del corazón o la falta de aire, según grupo de edad





Número total de respuestas patológicas en la Evaluación Psiquiátrica Abreviada

El promedio del número total de respuestas consideradas patológicas en la Evaluación Psiquiátrica Abreviada, reflejado en la puntuación total de la misma, fue estadísticamente similar en todos los grupos de edad. Veamos el resumen de las puntuaciones totales en la Tabla 22.

Tabla 22

Puntuación total en la Evaluación Psiquiátrica Abreviada según grupos de edad

Grupo de edad	Media (DE) de Puntuación	Rango
65-69 años	4,2 (3,7)	0-13
70-74 años	4,0 (3,6)	0-12
75-79 años	3,9 (3,6)	0-13
80-84 años	4,4 (3,3)	0-12
85 años y más	4,8 (3,5)	0-13

DE: Desviación Estándar.

Grado de preocupación por sus problemas

El grado de preocupación por sus problemas, según autovaloración del entrevistado, no varió estadísticamente con la edad ($P=0,30$). Lo vemos detallado en la Tabla 23.

Tabla 23

Grado de preocupación por sus problemas

Preocupación

Grupo de edad	Poca	Intermedia	Mucha
65-69 años	8	10	31
70-74 años	8	20	23
75-79 años	14	27	36
80-84 años	8	21	22
85 años y más	10	15	14
TOTAL	48	93	126

Grado de satisfacción con su vida en el momento presente

Tampoco varió significativamente con la edad ($P=0,63$) el grado de satisfacción de los entrevistados con su vida en el momento presente. Se detallan en la Tabla 24 las correspondientes frecuencias absolutas.

Tabla 24

Grado de satisfacción con su vida actual

Satisfacción

Grupo de edad	Total	Mucha	Bastante	Poca
65-69 años	7	12	20	9
70-74 años	5	13	23	10
75-79 años	10	19	35	13
80-84 años	6	17	17	11
85 años y más	1	9	24	5
TOTAL	29	70	119	48

Autovaloración del estado de salud mental y emocional

La autovaloración del estado de salud mental y emocional en el momento presente no se modificó estadísticamente ($P=0,63$) con la edad. En la Tabla 25 se muestra el reparto del número de entrevistados según grupo de edad y respuesta a esta cuestión.

Tabla 25

Estado de salud mental y emocional actual

Salud mental y emocional

Grupo de edad	Muy buena	Buena	Regular	Mala
65-69 años	3	21	13	11
70-74 años	7	27	10	7
75-79 años	11	37	19	10
80-84 años	4	29	14	5
85 años y más	5	18	14	4
TOTAL	30	132	70	37

En cuanto a la comparación de su estado de salud actual con el de hace 5 años tampoco se detectan diferencias significativas ($P=0,44$) con la edad. Vemos el detalle del reparto de respuestas en la Tabla 26.

Tabla 26

Comparación de su salud mental y emocional actual con la de hace 5 años

Grupo de edad	Mejor	Igual	Peor
65-69 años	9	19	20
70-74 años	2	27	22
75-79 años	10	40	26
80-84 años	5	26	20
85 años y más	3	19	17
TOTAL	29	131	105

Número de visitas médicas

El número de visitas médicas recibidas durante los 6 meses anteriores a la entrevista (excluyendo posibles visitas durante el ingreso en hospitales o residencias) fue estadísticamente similar en los distintos grupos de edad. En la Tabla 27 se resumen las distribuciones de los números de visitas médicas por grupos quinquenales de edad.

Tabla 27

Número de visitas médicas recibidas en el semestre anterior según grupos de edad

Grupo de edad	Media (DE) de visitas	Rango
65-69 años	5,1 (7,2)	0-40
70-74 años	4,2 (5,2)	0-22
75-79 años	4,2 (4,4)	0-25
80-84 años	4,1 (4,2)	0-19
85 años y más	4,5 (7,8)	0-45

DE: Desviación Estándar.

Número de días de enfermedad

El promedio de días de incapacidad para las actividades habituales a causa de enfermedad durante el semestre anterior no varió estadísticamente al aumentar la edad. Véanse en la Tabla 28 las respectivas distribuciones.

Tabla 28

**Número de días de enfermedad en el semestre anterior
según grupos de edad**

Grupo de edad	Media (DE) de días enfermo	Rango
65-69 años	4,9 (13,2)	0-75
70-74 años	6,8 (26,8)	0-180
75-79 años	11,2 (29,7)	0-180
80-84 años	7,4 (26,5)	0-180
85 años y más	14,0 (45,1)	0-180

DE: Desviación Estándar.

Número de días de ingreso hospitalario

El promedio de días de ingreso hospitalario por causa no psiquiátrica a lo largo de los 6 meses anteriores no experimentó variaciones estadísticamente significativas con la edad. En la Tabla 29 se resume como se distribuyen los días de ingreso hospitalario en los distintos estratos etarios.

Tabla 29

**Número de días de hospitalización en el semestre anterior
según grupos de edad**

Grupo de edad	Media (DE) de días hospitalizado	Rango
65-69 años	3,1 (13,8)	0-90
70-74 años	0,3 (1,6)	0-9
75-79 años	3,6 (18,2)	0-150
80-84 años	1,9 (5,8)	0-30
85 años y más	5,1 (15,6)	0-90

DE: Desviación Estándar.

Número de caídas

El número de caídas sufridas a lo largo de los 6 meses anteriores no varió significativamente con la edad. Vemos indicada la distribución de dicho número en los distintos grupos de edad en la Tabla 30.

Tabla 30

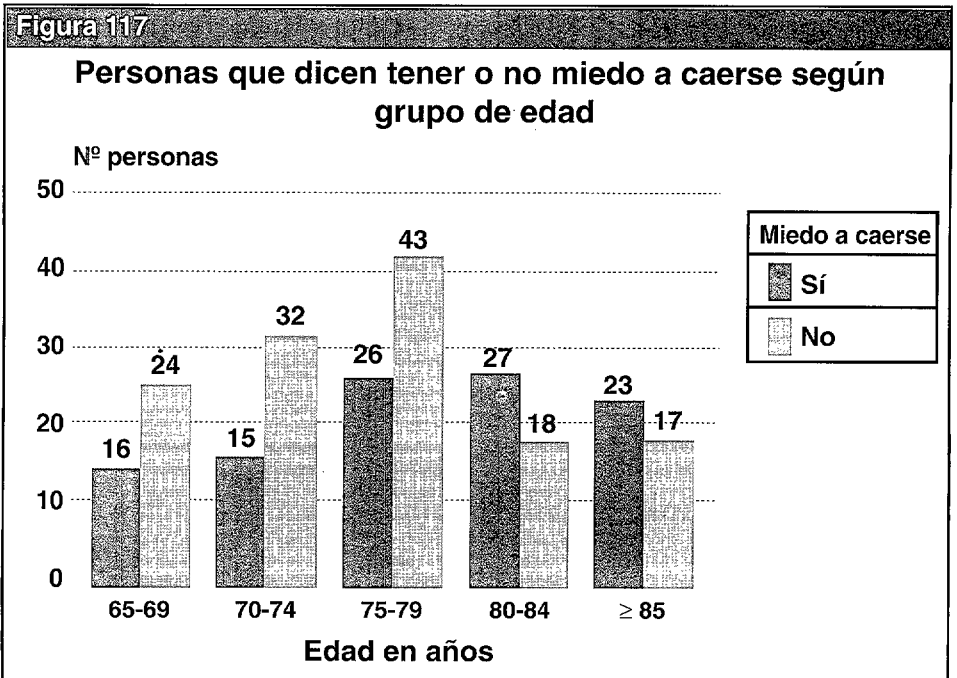
Número de caídas sufridas a lo largo del semestre anterior según grupos de edad

Grupo de edad	Media (DE) de caídas	Rango
65-69 años	0,4 (1,0)	0-5
70-74 años	0,4 (1,0)	0-6
75-79 años	0,7 (1,3)	0-6
80-84 años	0,6 (1,2)	0-6
85 años y más	0,6 (1,5)	0-7

DE: Desviación Estándar.

Miedo a caerse

El porcentaje de personas que manifestaron tener miedo a caerse varió significativamente ($P=0,02$) en los distintos grupos etarios a expensas de un incremento lineal ($P=0,008$) al aumentar la edad. En la Figura 117 se muestra el número de ancianos que dijeron tener o no miedo a caerse en cada estrato quinquenal.



Enfermedades actuales y grado de interferencia con su vida

A continuación se presentan en las Tablas 30 a 50 los números de personas de los distintos grupos quinquenales de edad que manifestaron estar libres de cada una de las enfermedades o afecciones indicadas, así como el reparto de las personas que dijeron tener dichos padecimientos en el momento de la entrevista, clasificadas según el grado de interferencia con las actividades de su vida normal.

Solamente en el caso de la hemiplejía ($P=0,002$) y en el apartado "Otras enfermedades" ($P=0,04$) existe una variación estadísticamente significativa con la edad. Es de destacar que el 24% de las personas de 85 años o más padecían hemiplejía, y que esta afección interfería mucho con sus actividades habituales en 10 de las 12 personas que la presentaban.

La variación en los porcentajes de afectación por reumatismo o artritis con la edad se encuentran exactamente en el límite de la significación ($P=0,05$). En el resto de afecciones la variación con la edad no es significativa.

Tabla 30

Reumatismo o artritis: afectación actual

Interferencia con sus actividades

Grupo de edad	No padece	Nada	Un poco	Mucho
65-69 años	10	3	13	22
70-74 años	18	4	16	13
75-79 años	37	3	25	14
80-84 años	19	0	15	19
85 años y más	21	1	13	12
TOTAL	105	11	82	80

Tabla 31

Cataratas: afectación actual

Interferencia con sus actividades

Grupo de edad	No padece	Nada	Un poco	Mucho
65-69 años	39	2	4	3
70-74 años	38	5	7	1
75-79 años	52	5	13	9
80-84 años	33	3	11	5
85 años y más	26	2	11	7
TOTAL	188	17	46	25

Tabla 32

Asma: afectación actual

Interferencia con sus actividades

Grupo de edad	No padece	Nada	Un poco	Mucho
65-69 años	44	1	1	2
70-74 años	48	0	2	1
75-79 años	77	0	0	2
80-84 años	50	1	2	0
85 años y más	41	1	4	1
TOTAL	260	3	9	6

Tabla 33

Bronquitis crónica: afectación actual

Interferencia con sus actividades

Grupo de edad	No padece	Nada	Un poco	Mucho
65-69 años	39	3	3	3
70-74 años	43	0	7	1
75-79 años	66	3	7	3
80-84 años	50	1	1	1
85 años y más	38	1	5	3
TOTAL	236	8	23	11

Tabla 34

Tuberculosis: afectación actual

Interferencia con sus actividades

Grupo de edad	No padece	Nada	Un poco	Mucho
65-69 años	47	1	0	0
70-74 años	51	0	0	0
75-79 años	78	1	0	0
80-84 años	53	0	0	0
85 años y más	46	1	0	0
TOTAL	275	3	0	0

Tabla 35

Hipertensión arterial: afectación actual

Interferencia con sus actividades

Grupo de edad	No padece	Nada	Un poco	Mucho
65-69 años	33	6	4	5
70-74 años	30	8	10	3
75-79 años	43	14	18	4
80-84 años	27	13	10	3
85 años y más	30	7	8	2
TOTAL	163	48	50	17

Tabla 36

Cardiopatía: afectación actual

Interferencia con sus actividades

Grupo de edad	No padece	Nada	Un poco	Mucho
65-69 años	38	3	3	4
70-74 años	43	2	3	3
75-79 años	57	7	7	8
80-84 años	36	7	8	2
85 años y más	30	3	11	3
TOTAL	204	22	32	20

Tabla 37

Problemas circulatorios: afectación actual

Interferencia con sus actividades

Grupo de edad	No padece	Nada	Un poco	Mucho
65-69 años	34	2	4	8
70-74 años	36	1	6	8
75-79 años	61	2	10	6
80-84 años	39	3	7	4
85 años y más	27	1	10	9
TOTAL	197	9	37	35

Tabla 38

Diabetes: afectación actual

Interferencia con sus actividades

Grupo de edad	No padece	Nada	Un poco	Mucho
65-69 años	33	5	7	3
70-74 años	42	4	2	3
75-79 años	68	1	6	4
80-84 años	47	1	5	0
85 años y más	38	3	5	1
TOTAL	228	14	25	11

Tabla 39

Úlcera gástrica o duodenal: afectación actual

Interferencia con sus actividades

Grupo de edad	No padece	Nada	Un poco	Mucho
65-69 años	43	1	2	2
70-74 años	45	2	4	0
75-79 años	67	5	5	2
80-84 años	51	2	0	0
85 años y más	43	2	1	1
TOTAL	249	12	12	5

Tabla 40

Estreñimiento: afectación actual

Interferencia con sus actividades

Grupo de edad	No padece	Nada	Un poco	Mucho
65-69 años	38	2	1	7
70-74 años	39	2	7	3
75-79 años	54	7	12	6
80-84 años	37	3	9	4
85 años y más	28	4	11	4
TOTAL	196	18	40	24

Tabla 41

Cáncer o leucemia: afectación actual

Interferencia con sus actividades

Grupo de edad	No padece	Nada	Un poco	Mucho
65-69 años	47	0	1	0
70-74 años	50	0	1	0
75-79 años	75	2	1	1
80-84 años	52	0	0	0
85 años y más	46	0	0	1
TOTAL	270	2	3	2

Tabla 42

Varices en piernas: afectación actual

Interferencia con sus actividades

Grupo de edad	No padece	Nada	Un poco	Mucho
65-69 años	37	1	5	5
70-74 años	36	6	5	4
75-79 años	60	3	11	5
80-84 años	41	1	10	1
85 años y más	37	1	7	2
TOTAL	211	12	38	17

Tabla 43

Hemiplejía: afectación actual

Interferencia con sus actividades

Grupo de edad	No padece	Nada	Un poco	Mucho
65-69 años	45	0	2	1
70-74 años	48	1	0	2
75-79 años	77	0	0	2
80-84 años	48	0	2	3
85 años y más	37	0	2	10
TOTAL	255	1	6	18

Tabla 44

Parkinson: afectación actual

Interferencia con sus actividades

Grupo de edad	No padece	Nada	Un poco	Mucho
65-69 años	47	0	1	0
70-74 años	51	0	0	0
75-79 años	73	1	3	2
80-84 años	49	0	2	2
85 años y más	42	0	4	1
TOTAL	262	1	10	5

Tabla 45

Epilepsia: afectación actual

Interferencia con sus actividades

Grupo de edad	No padece	Nada	Un poco	Mucho
65-69 años	48	0	0	0
70-74 años	51	0	0	0
75-79 años	78	1	0	0
80-84 años	53	0	0	0
85 años y más	46	0	0	1
TOTAL	276	1	0	1

Tabla 46

Úlceras de decúbito: afectación actual

Interferencia con sus actividades

Grupo de edad	No padece	Nada	Un poco	Mucho
65-69 años	48	0	0	0
70-74 años	48	1	2	0
75-79 años	77	0	1	1
80-84 años	53	0	0	0
85 años y más	45	0	2	0
TOTAL	271	1	5	1

Tabla 47

Secuela de fractura: afectación actual

Interferencia con sus actividades

Grupo de edad	No padece	Nada	Un poco	Mucho
65-69 años	45	0	1	2
70-74 años	47	1	1	2
75-79 años	67	2	8	2
80-84 años	47	0	3	3
85 años y más	43	0	1	3
TOTAL	249	3	14	12

Tabla 48

Dificultad para hablar: afectación actual

Interferencia con sus actividades

Grupo de edad	No padece	Nada	Un poco	Mucho
65-69 años	43	1	2	2
70-74 años	50	0	1	0
75-79 años	77	0	1	1
80-84 años	51	0	0	2
85 años y más	42	1	2	2
TOTAL	263	2	6	7

Tabla 49

Pérdidas de conocimiento: afectación actual

Interferencia con sus actividades

Grupo de edad	No padece	Nada	Un poco	Mucho
65-69 años	36	0	2	2
70-74 años	46	0	0	1
75-79 años	68	1	3	0
80-84 años	48	1	0	0
85 años y más	42	0	2	0
TOTAL	240	2	7	3

Tabla 50

Otras enfermedades o afecciones: afectación actual

Interferencia con sus actividades

Grupo de edad	No padece	Nada	Un poco	Mucho
65-69 años	16	6	17	9
70-74 años	32	5	9	5
75-79 años	47	7	13	12
80-84 años	36	2	6	8
85 años y más	31	1	8	6
TOTAL	162	21	53	40

Medicación en el último mes

Vemos en la Tabla 51 el número de ancianos en cada grupo de edad que estaban tomando o habían tomado en el mes anterior algún medicamento perteneciente a alguno de los grupos terapéuticos seleccionados.

Tabla 51

Toma de medicación durante el mes anterior según grupos de edad

Grupo de edad	Ninguna	Analgésico*	Hipotensor†	Insulina	ADO‡	Psicofármacos	Hipnóticos
65-69 años	8	19	13	2	8	12	4
70-74 años	10	16	21	2	5	9	6
75-79 años	9	22	38	4	6	7	16
80-84 años	5	15	19	3	3	9	10
85 años y más	6	10	21	0	7	6	7
TOTAL	38	82	112	11	29	43	43

* incluye antiinflamatorios no esteroideos

† incluye diuréticos

‡ AntiDiabéticos Orales

Autovaloración de salud general

En la Figura 118 se muestra la autovaloración de su salud actual efectuada por los encuestados y estratificada por grupos de edad. No existen diferencias estadísticamente significativas en dicha autovaloración con la edad ($P=0,46$).

La Figura 119 muestra la comparación subjetiva entre su salud actual y la que tenían 5 años antes, también por grupos de edad. Aquí las diferencias son significativas ($P=0,025$) a expensas de un mayor número de respuestas de empeoramiento en las personas de más edad.

Limitaciones en su actividad habitual a causa de sus problemas de salud general

La Figura 120 muestra el grado en que sus problemas de salud impiden, a cada uno de los encuestados en cada grupo de edad, llevar a cabo sus actividades habituales. No hemos detectado variación significativa de estas limitaciones con la edad ($P=0,08$).

Práctica de ejercicio físico

En la Figura 121 se describe la frecuencia o régimen de ejercicio físico practicado por las personas estudiadas de cada grupo de edad. Tampoco en este aspecto se alcanza el umbral de la significación estadística ($P=0,06$) al comparar la frecuencia con que las personas de distintas edades dicen practicar ejercicio físico.

Molestias en los pies al caminar

En la Figura 122 se muestra el número de personas en cada grupo quinquenal de edad que dijeron tener molestias en los pies al caminar.

El porcentaje de personas con molestias podológicas es heterogéneo ($P=0,017$) en los distintos grupos de edad, pero no sigue ningún patrón de aumento o disminución lineal con la edad ($P=0,86$).

Figura 118

Autovaloración de su salud general actual según grupo de edad

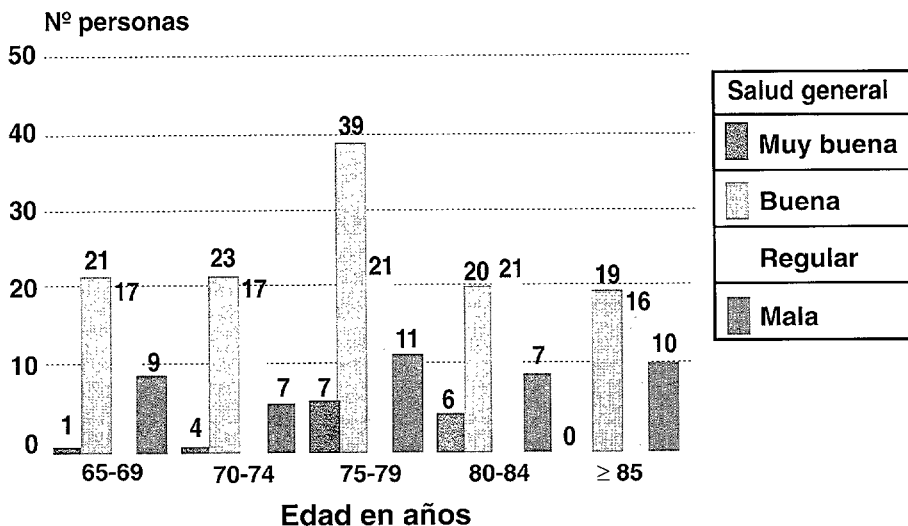


Figura 119

Salud general actual comparada con la de 5 años atrás según grupo de edad

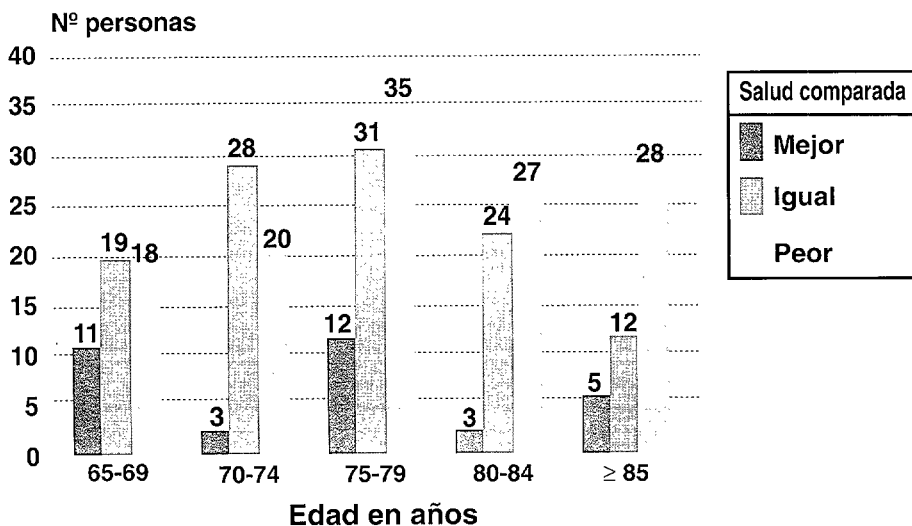


Figura 120

Grado de limitación de sus actividades a causa de sus problemas de salud general según grupo de edad

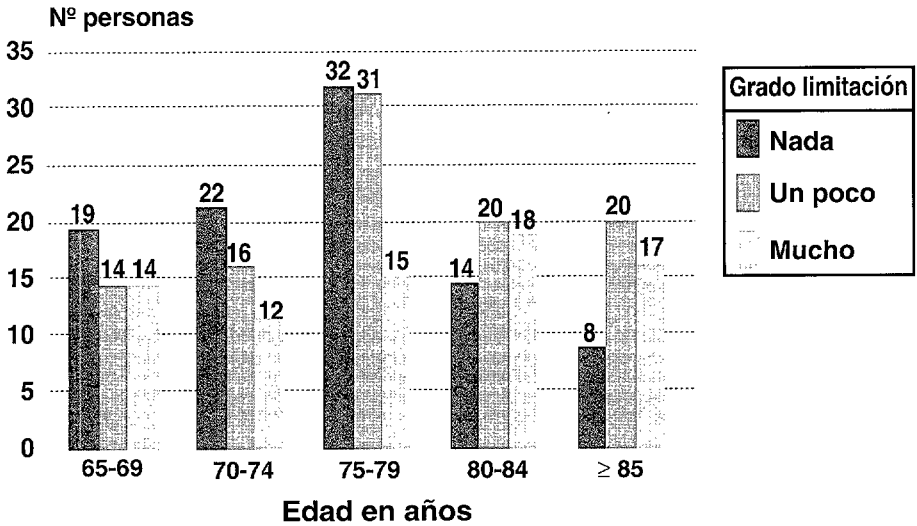
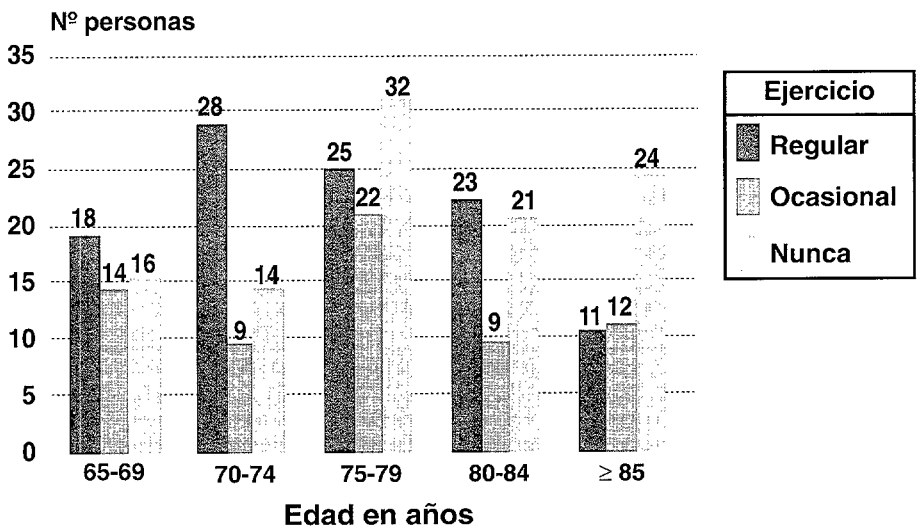
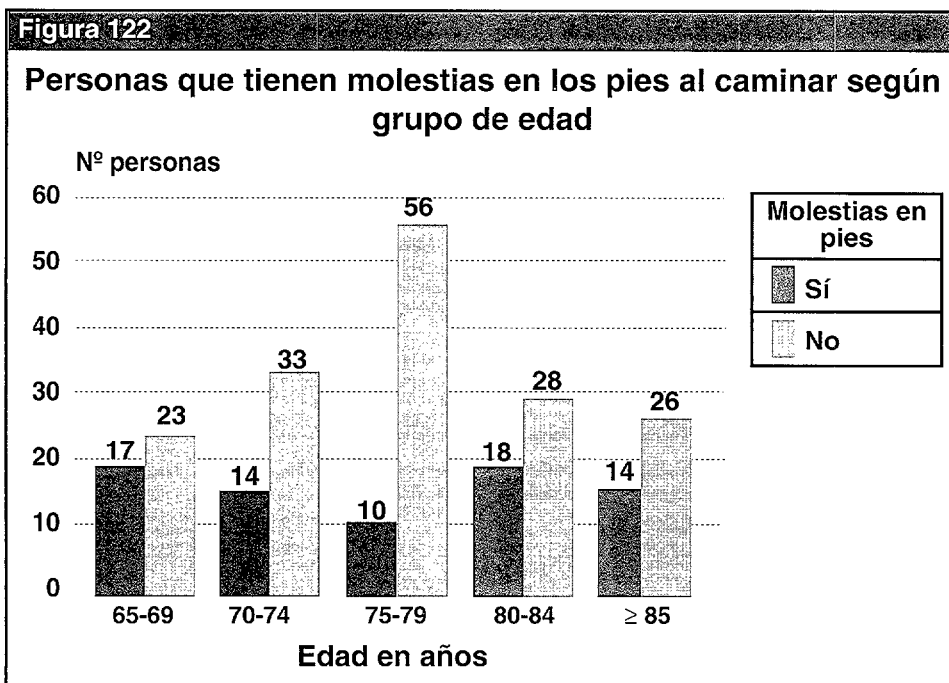


Figura 121

Régimen de ejercicio practicado según grupo de edad





Hábito alcohólico

Vemos en la Figura 123 el reparto según grupos de edad de las personas que dicen tomar o haber tomado bebidas alcohólicas. No existe relación estadística entre el hábito alcohólico y la edad ($P=0,40$).

Entre las personas que dicen tomar o haber tomado bebidas alcohólicas en cada grupo de edad, la Figura 124 muestra el número de aquellas a quienes sus familiares o amigos han dicho que beben mucho, y la Figura 125 el número de personas a quienes su médico les ha recomendado que beban menos o dejen de beber. En ninguno de estos dos casos se detecta relación estadística con la edad ($P=0,54$ en ambos casos).

Hábito tabáquico

En la Figura 126 se muestra el número de entrevistados en cada grupo etario según que nunca hayan sido fumadores o que tengan un hábito tabáquico actual o previo. No hemos encontrado diferencias significativas con la edad en relación con el hábito tabáquico ($P=0,33$).

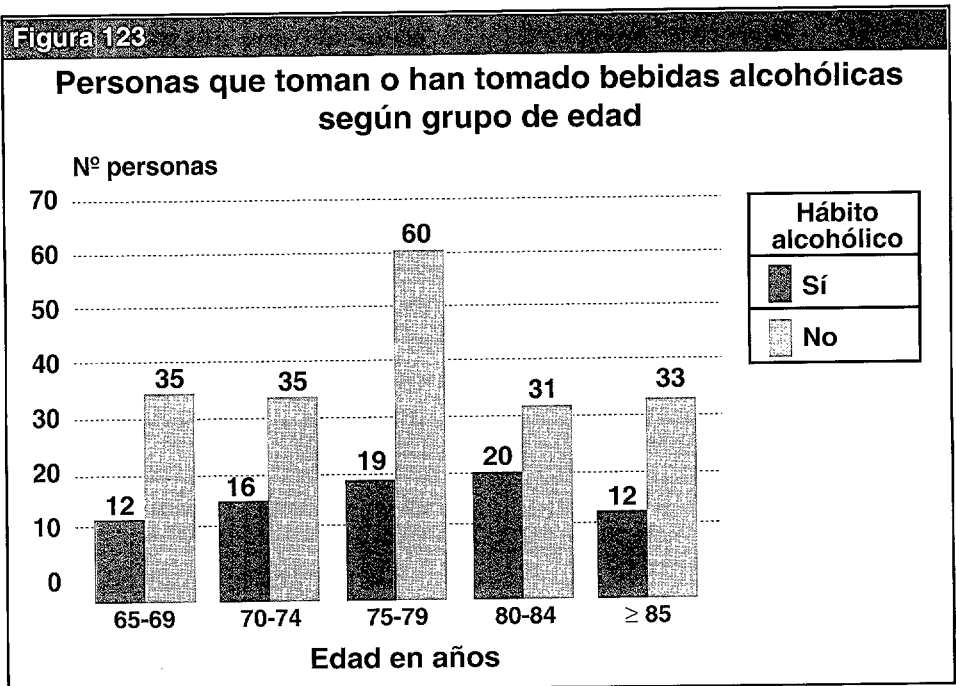


Figura 124

Bebedores de alcohol a quienes su familia o amigos les han dicho que beben mucho según grupo de edad

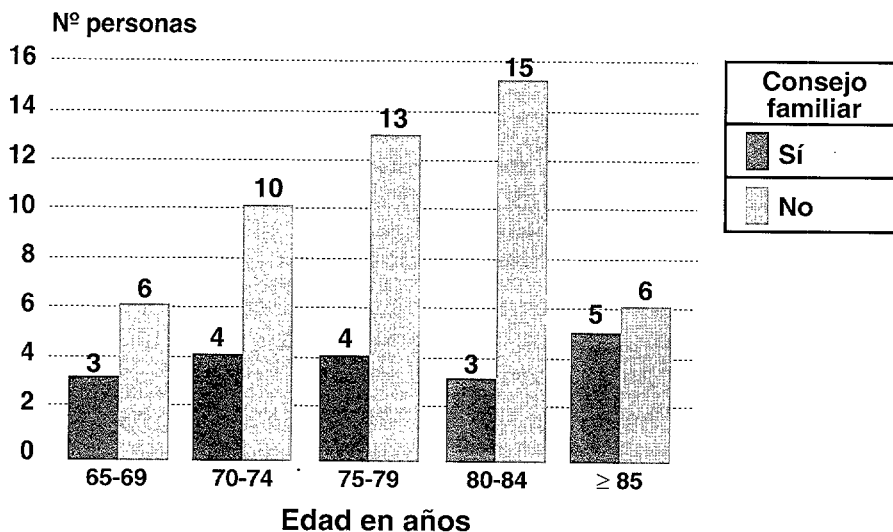


Figura 125

Bebedores de alcohol a quienes algún médico ha recomendado que beban menos o dejen de beber según grupo de edad

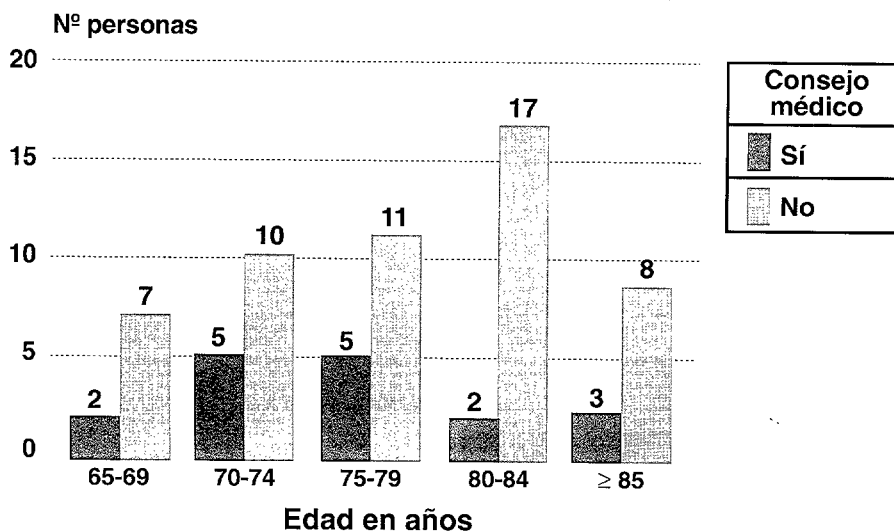
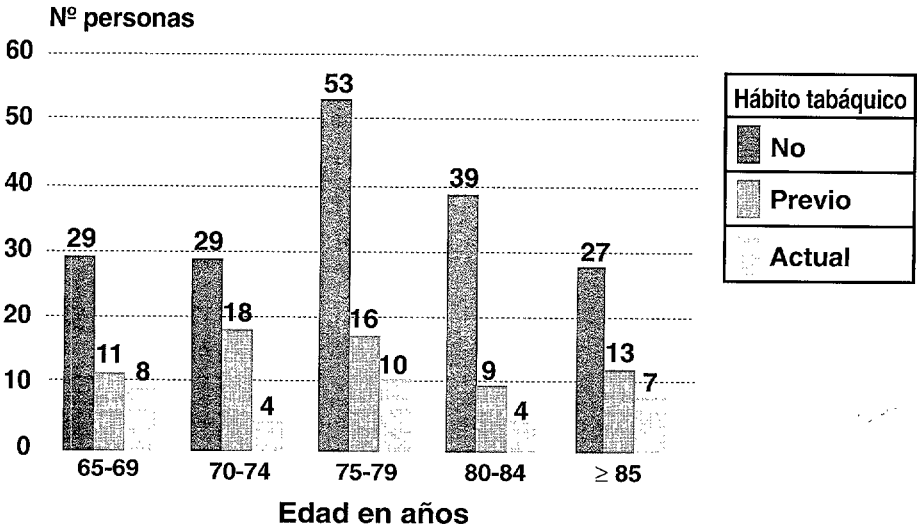


Figura 126

Hábito tabáquico actual o previo según grupo de edad



Audición subjetiva

En la Tabla 52 se muestra el reparto según grupos de edad del número de entrevistados clasificados según su audición subjetiva. No existen diferencias significativas en cuanto a audición subjetiva en relación con la edad ($P=0,57$)

Tabla 52

Audición subjetiva

Grupo de edad	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Sordera
65-69 años	8	21	15	3	1
70-74 años	8	30	8	5	0
75-79 años	12	34	22	10	0
80-84 años	6	23	14	8	0
85 años y más	5	16	16	7	1
TOTAL	39	124	75	33	2

Uso de audífono

Vemos reflejado en la Figura 127 el uso de audífono a las distintas edades sin que la diferencia sea significativa ($P=0,47$).

Visión subjetiva

En la Tabla 53 se detalla el número de personas de cada grupo de edad según su visión subjetiva. Hay una diferencia estadísticamente significativa entre las proporciones en las distintas edades ($P=0,045$) a expensas de una peor visión subjetiva en las personas más viejas, como efectivamente se ratifica estadísticamente al comparar en cada grupo de edad las personas con buena o muy buena visión subjetiva con las que tienen mala visión y obtener un χ^2 para la tendencia lineal de 14,78 ($P=0,0001$).

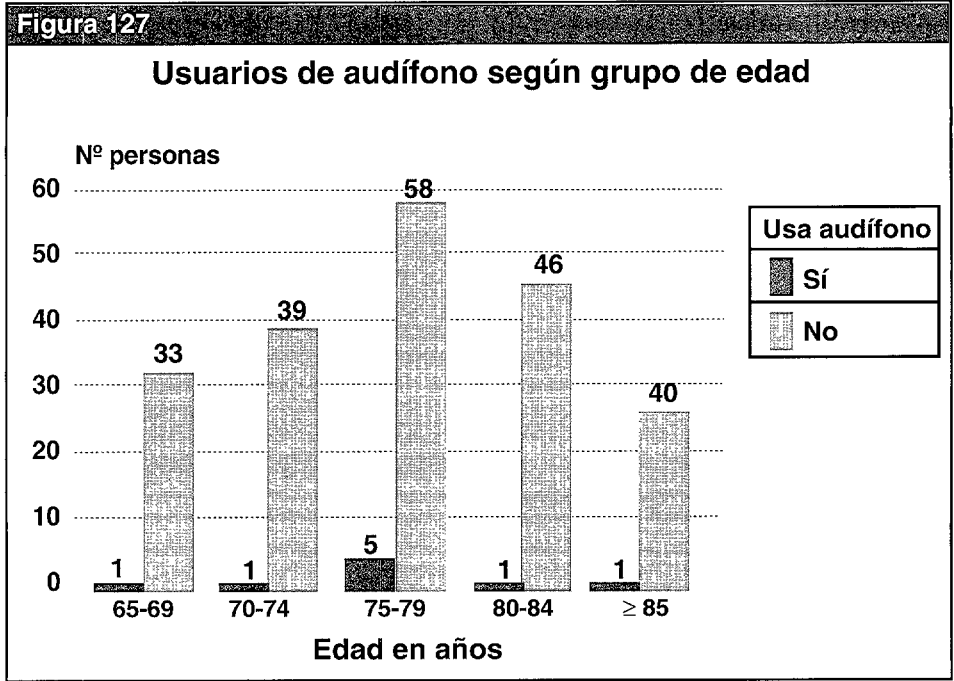


Tabla 53

Visión subjetiva

Grupo de edad	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Ceguera
65-69 años	3	23	15	7	0
70-74 años	5	23	17	6	0
75-79 años	6	30	29	12	2
80-84 años	3	18	19	11	1
85 años y más	0	8	20	17	0
TOTAL	17	102	100	53	3

Uso de gafas o lentillas

En la Figura 128 se muestra el número de personas que usaban gafas o lentes de contacto en cada grupo de edad. Con la edad parece disminuir el porcentaje de personas que dicen usar gafas, pero dicha disminución no alcanza el rango de la significación estadística ($P=0,092$).

Número de operados de cataratas

Lo vemos repartido por grupos de edad en la Figura 129. Existe un diferente porcentaje de personas con afaquia quirúrgica ($P=0,016$) a expensas de una mayor frecuencia de esta condición en las personas más provecetas.

Otros problemas que afectan seriamente a la salud

A la cuestión sobre si tenían otros problemas que afectaran seriamente a su salud, efectuada a los ancianos al final de todo el cuestionario de salud física, respondieron de manera estadísticamente similar ($P=0,22$) los entrevistados de los distintos grupos de edad, como vemos en la Figura 130.

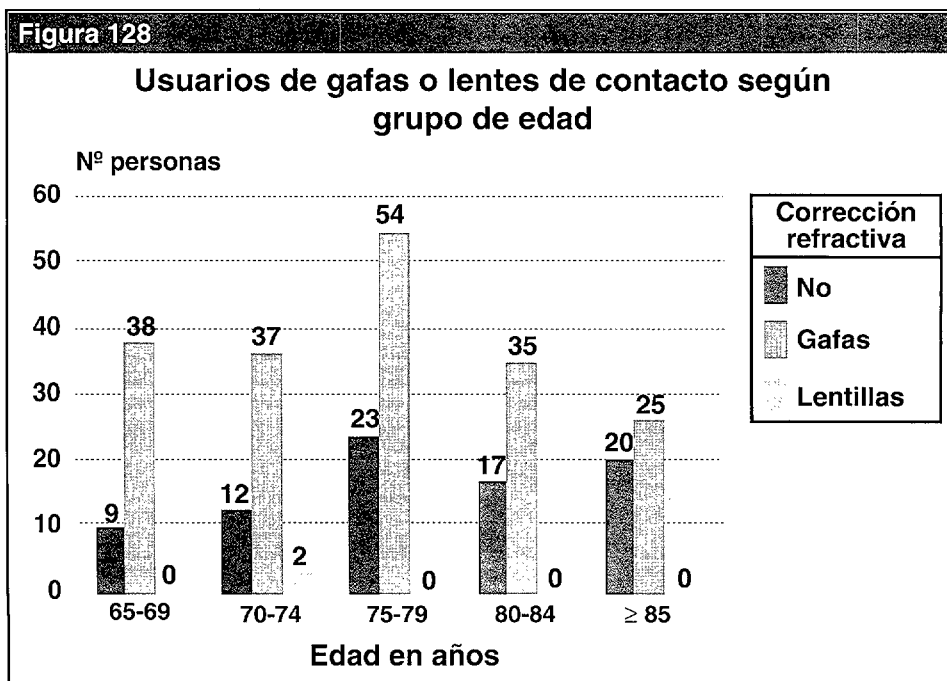


Figura 129

Personas intervenidas de catarata según grupo de edad

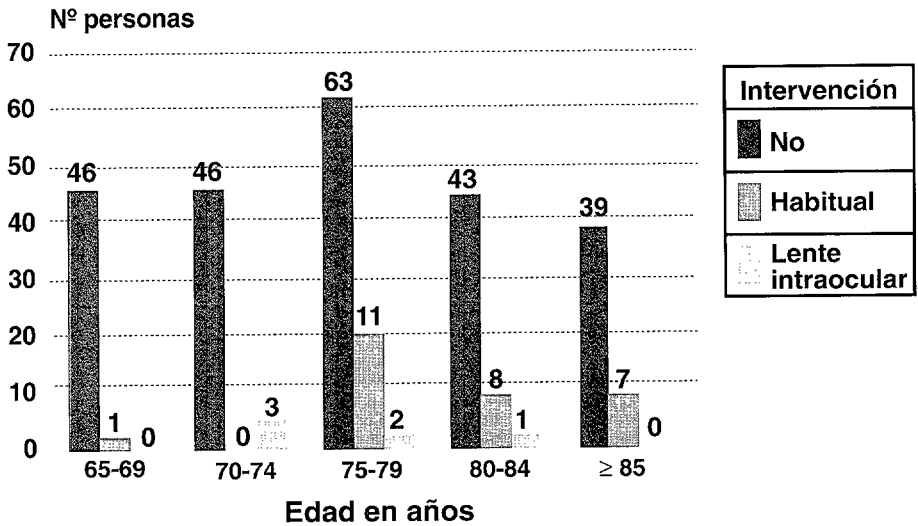
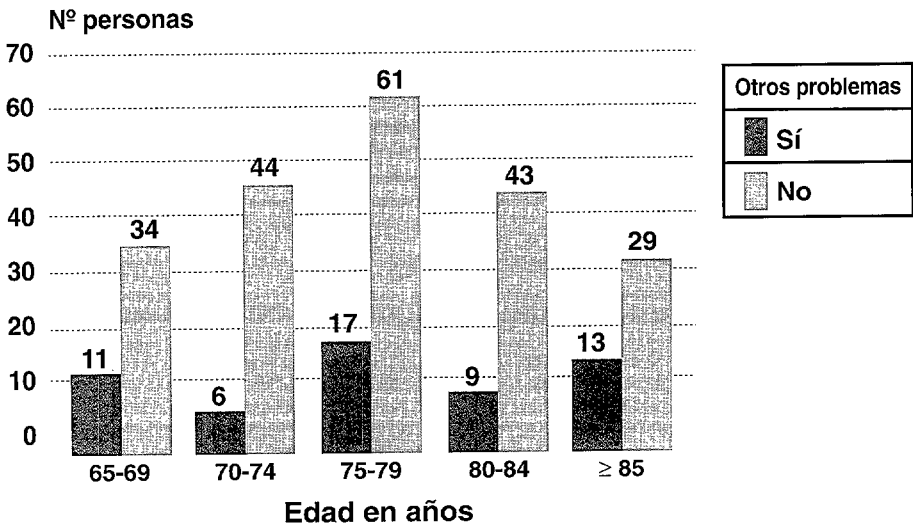


Figura 130

Presencia de otros problemas de salud adicionales según grupo de edad



Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AVD-I)

En las Figuras 131 a 137 se muestran los respectivos números de personas sin incapacidad, con necesidad de ayuda y con incapacidad total en cada uno de los estratos quinquenales de edad para cada una de las AVD-I encuestadas.

En las siete AVD-I existe una diferencia muy significativa ($P < 0,00001$) entre los distintos estratos, a expensas de una mayor incapacidad para las AVD-I al avanzar la edad, como podemos observar en las mencionadas Figuras 131 a 137.

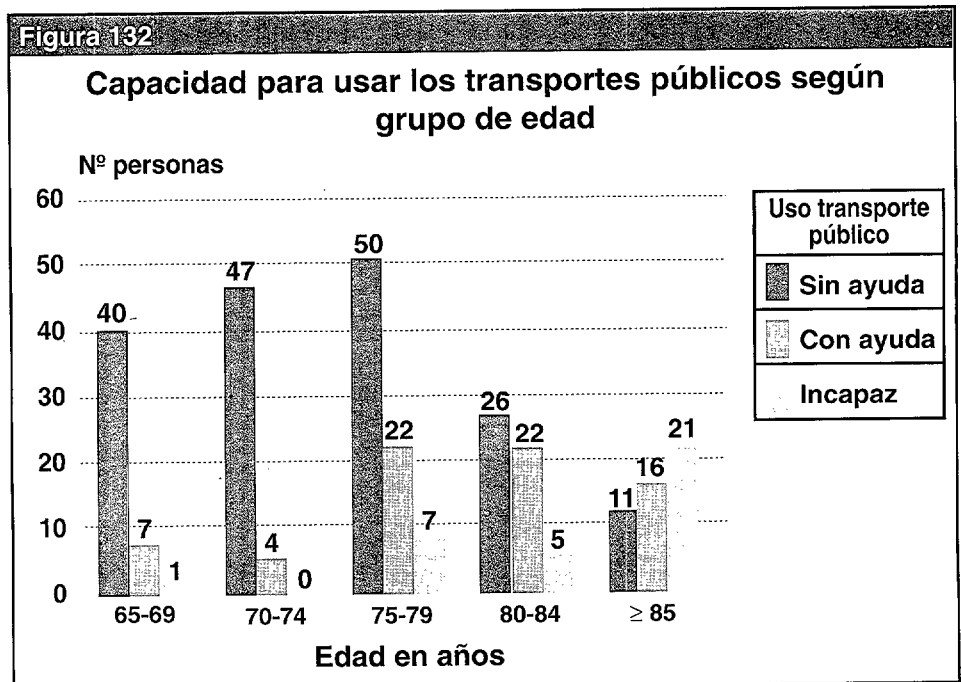
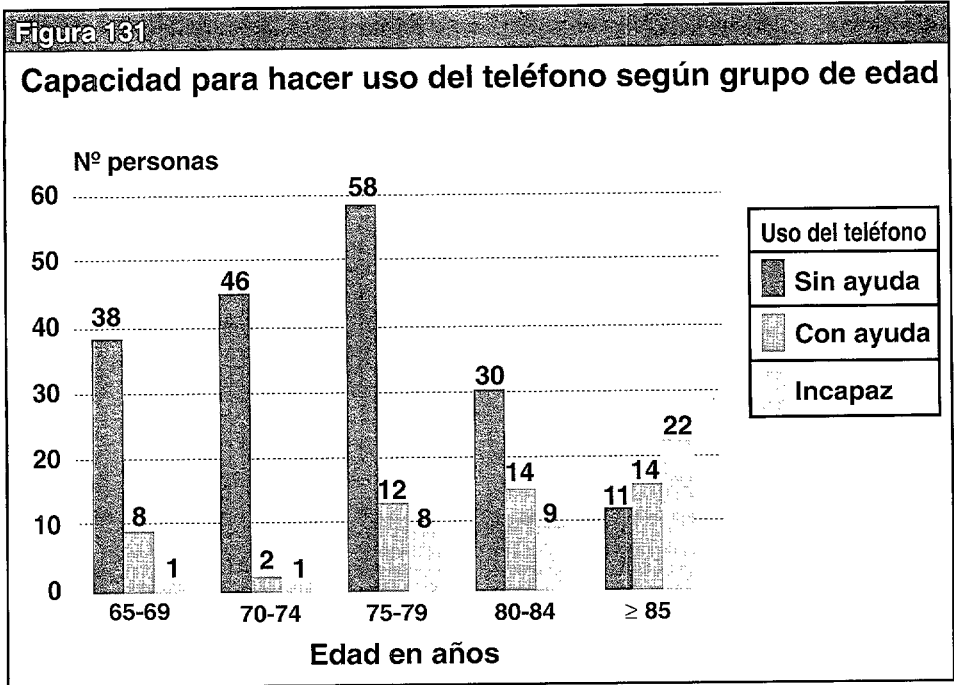
Actividades Básicas de la Vida Diaria (AVD-B)

Vemos en las Figuras 138 a 143 los números de personas en cada grupo de edad que tuvieron o no alguna incapacidad para llevar a cabo las AVD-B.

Comparando las personas que no tenían ninguna incapacidad con las que sí la tenían se demuestra en todas las AVD-B una heterogeneidad estadísticamente significativa ($P < 0,001$) en los porcentajes de personas sin incapacidad en las distintas edades. Dicha heterogeneidad se produce a expensas de una mayor tendencia a la incapacidad en edades avanzadas. Esta tendencia es lineal en todas las AVD-B excepto en las actividades de pasear y de bañarse/ ducharse que presentan sendas elevaciones bruscas de la incapacidad en el grupo de edad de 85 años y más, como podemos observar en las Figuras 141 y 143.

Incontinencia urinaria

Aunque puede observarse una cierta tendencia a mayor porcentaje de incontinentes en edades avanzadas en la Figura 144, esta tendencia no alcanza el umbral de la significación estadística ($P = 0,07$).



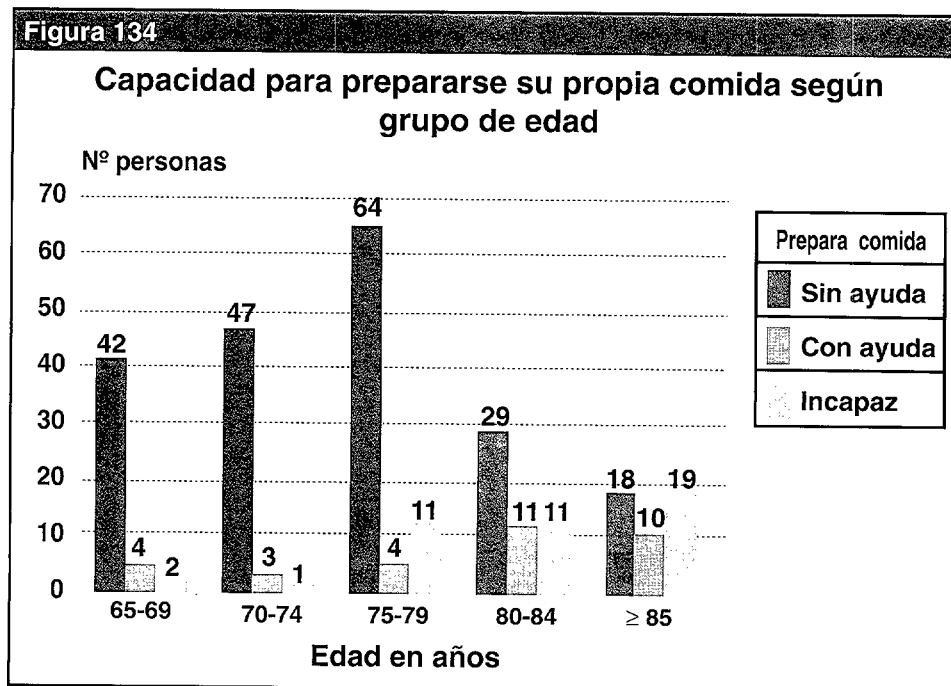
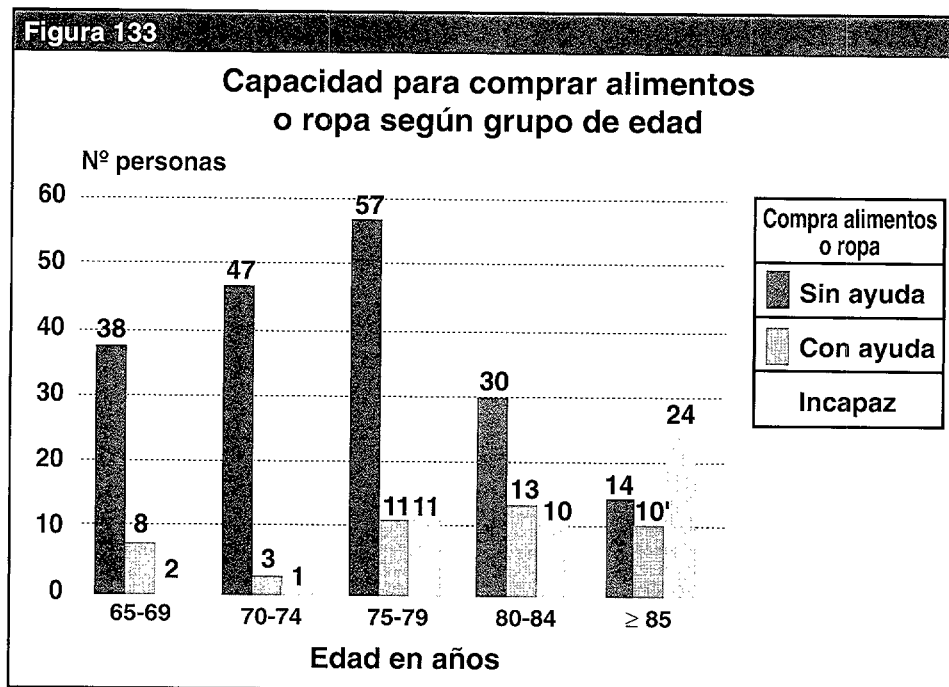


Figura 135

Capacidad para limpiar su casa según grupo de edad

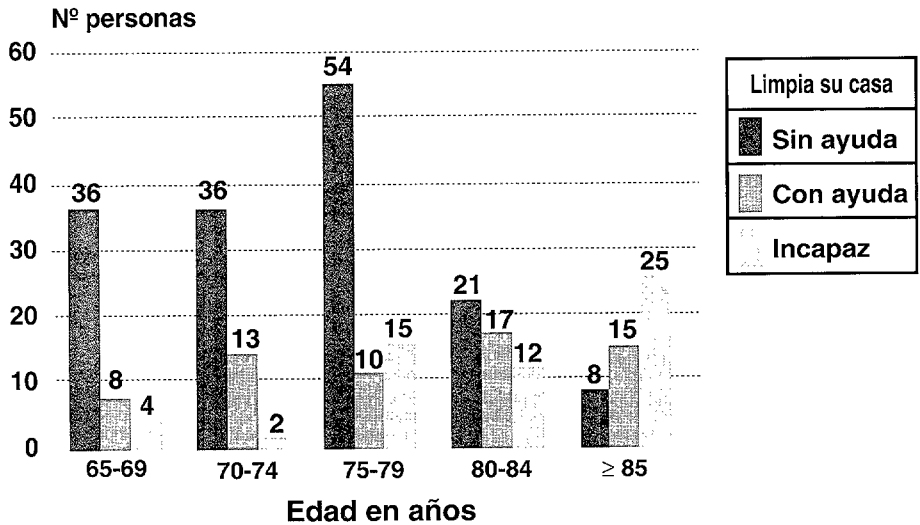
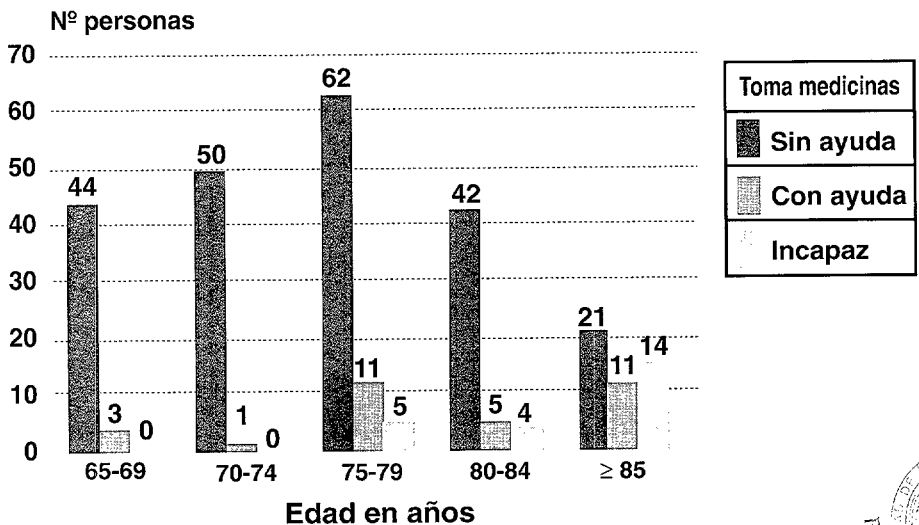
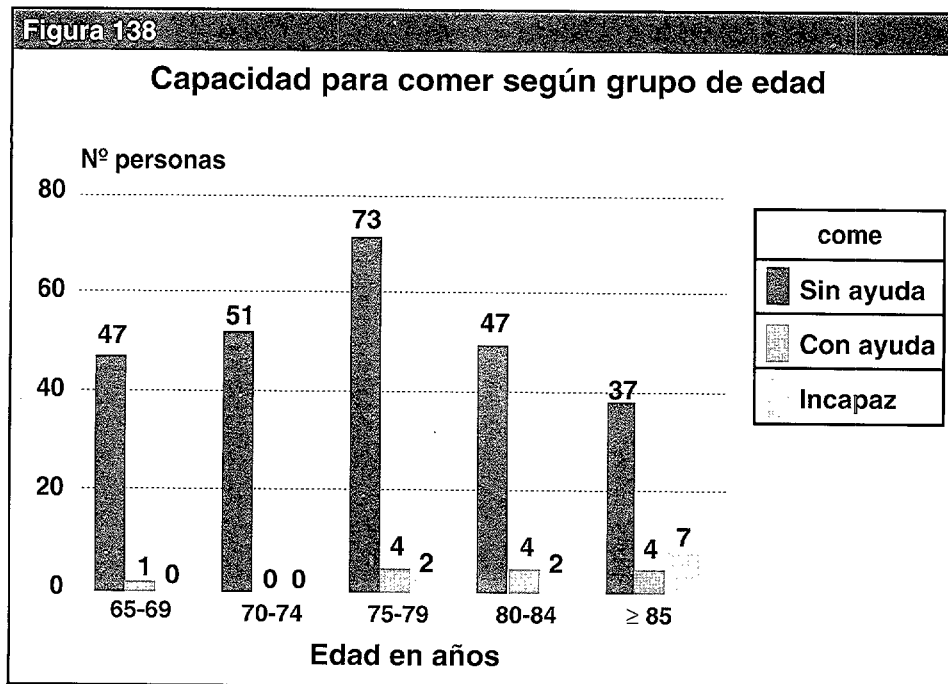
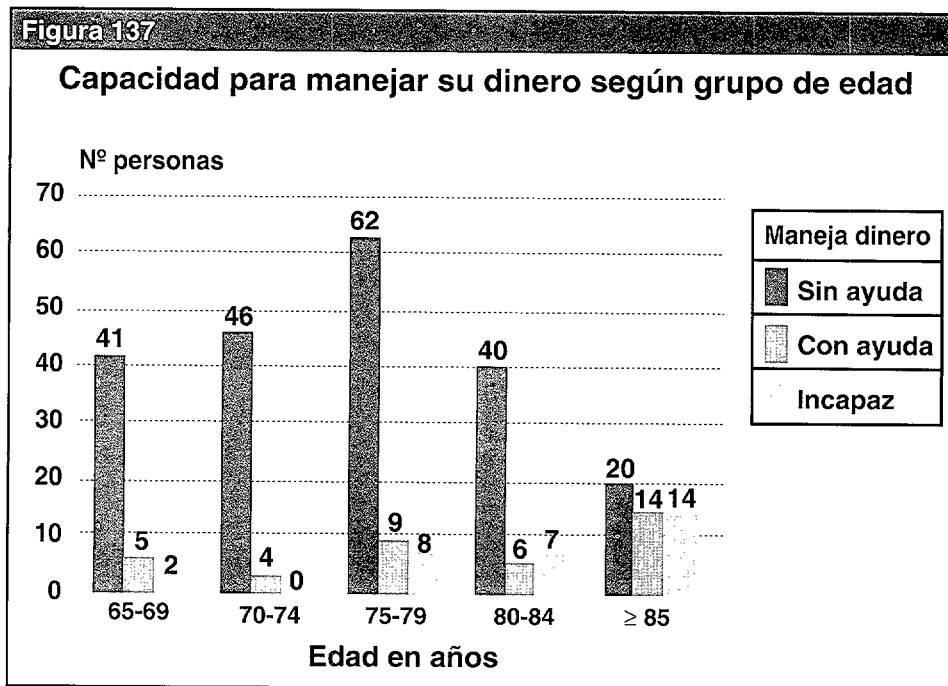
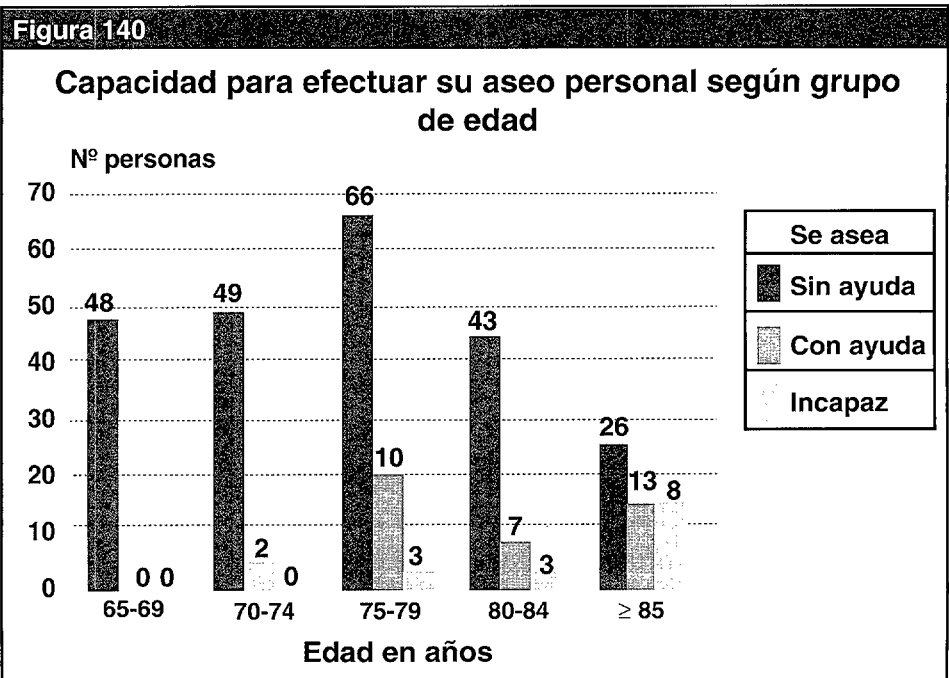
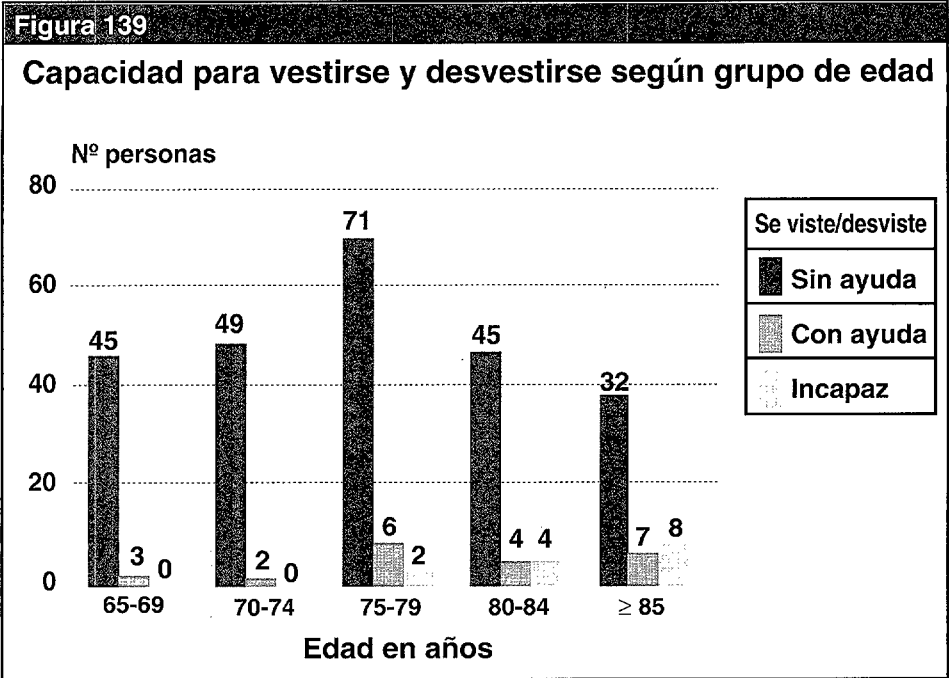


Figura 136

Capacidad para tomar sus medicinas según grupo de edad







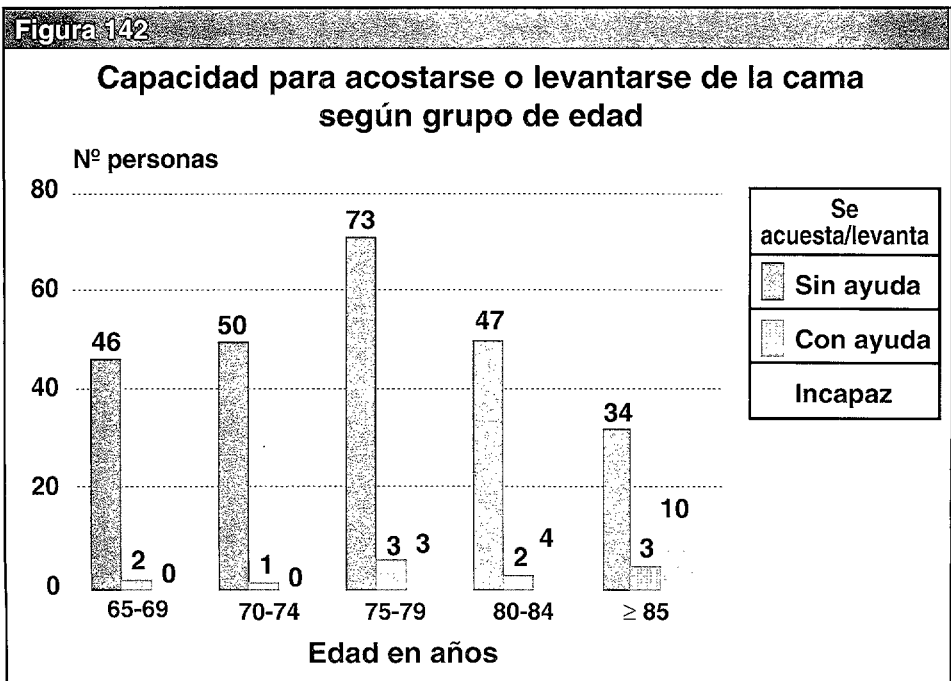
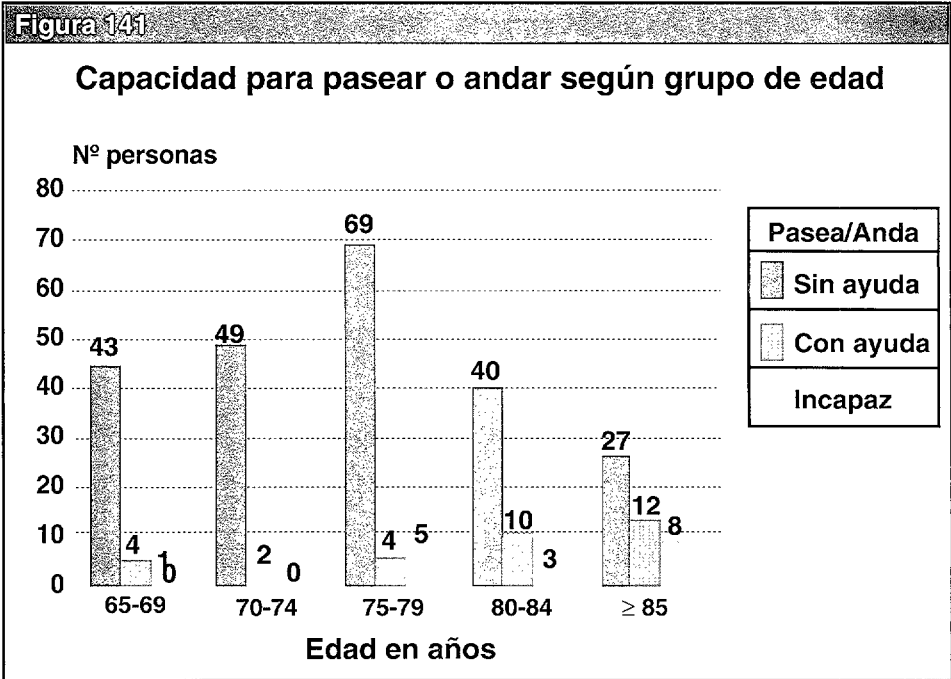


Figura 143

Capacidad para bañarse o ducharse según grupo de edad

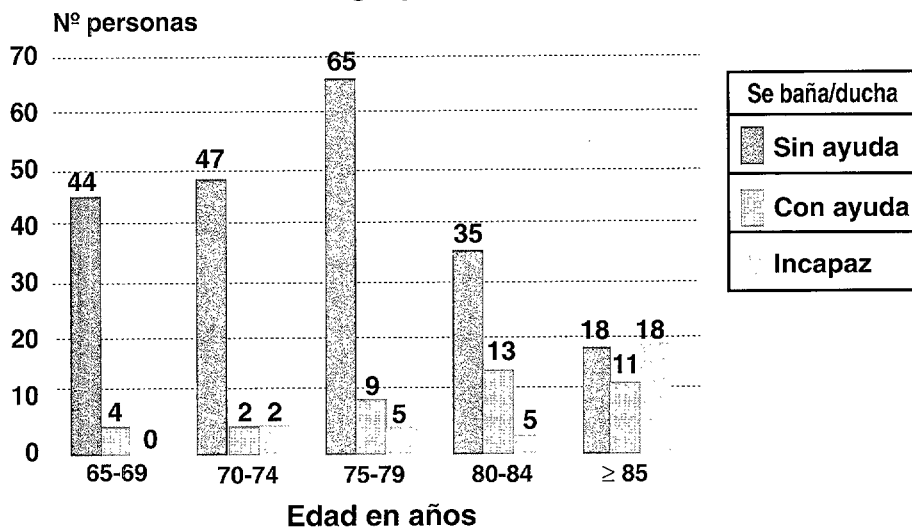
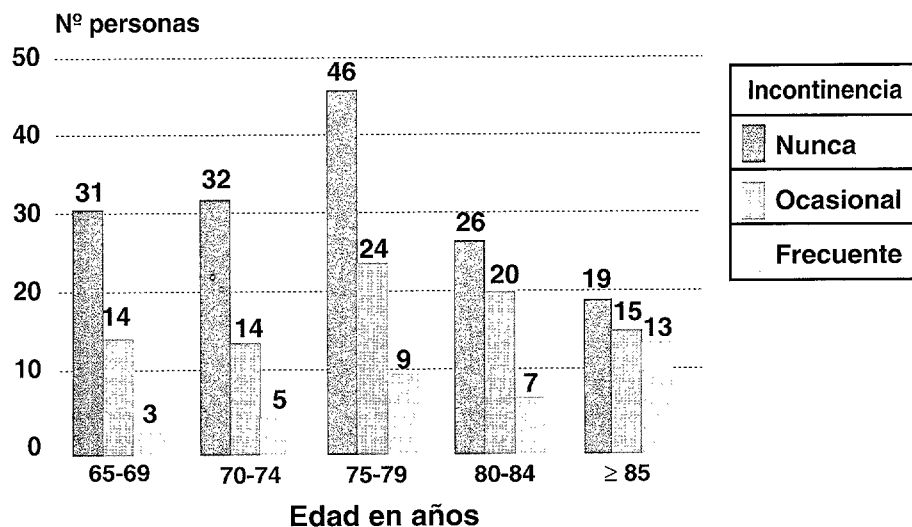


Figura 144

Personas con incontinencia urinaria según grupo de edad



Uso de determinadas ayudas técnicas

Vemos reflejado en la Figura 145 el uso de determinadas ayudas técnicas de uso más frecuente entre la población anciana estudiada según estratos de edad. Llama la atención la notable frecuencia de uso de absorbentes para incontinencia, sillas de ruedas y andadores en las personas de 85 años y más.

Necesidad de asistencia médica adicional

No varió estadísticamente con la edad ($P=0,92$), según vemos representado en la Figura 146.

Apetito

La calidad del apetito que dijeron tener los entrevistados no varió significativamente con la edad ($P=0,89$). Podemos ver el reparto correspondiente en la Figura 147.

Dentición y masticación

El uso de prótesis dentaria según la edad fue heterogéneo estadísticamente ($P=0,044$) a expensas de una mayor probabilidad de uso de prótesis en el grupo de personas entre 75 y 79 años, como puede verse en la Figura 148.

En la Figura 149 vemos la frecuencia de problemas masticatorios en los distintos grupos de edad, cuyas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($P=0,23$).

Evolución del peso en el último semestre

La vemos en la Figura 150. No existe diferencia significativa en la variación de peso en los últimos 6 meses relatada por los entrevistados en relación con la edad ($P=0,50$).

Figura 145

Uso de determinadas ayudas técnicas según grupo de edad

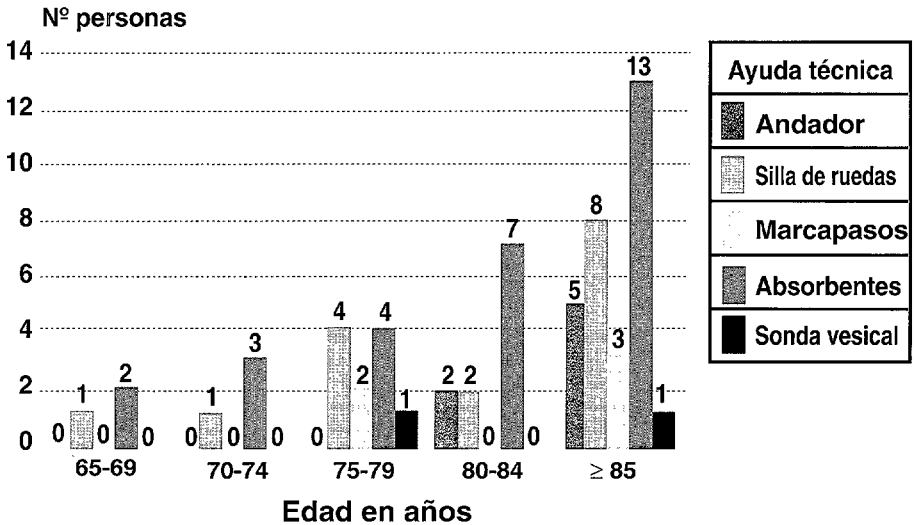


Figura 146

Personas que dicen necesitar asistencia médica adicional según grupo de edad

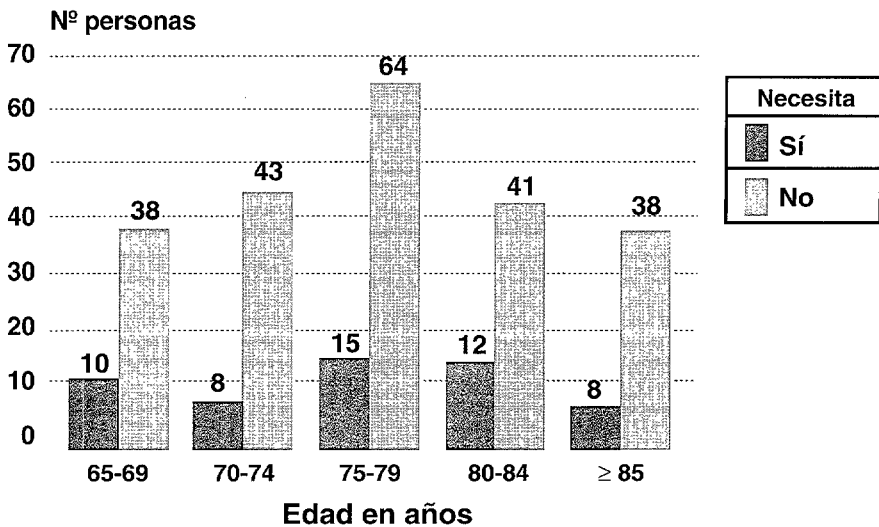


Figura 147

Apetito según grupo de edad

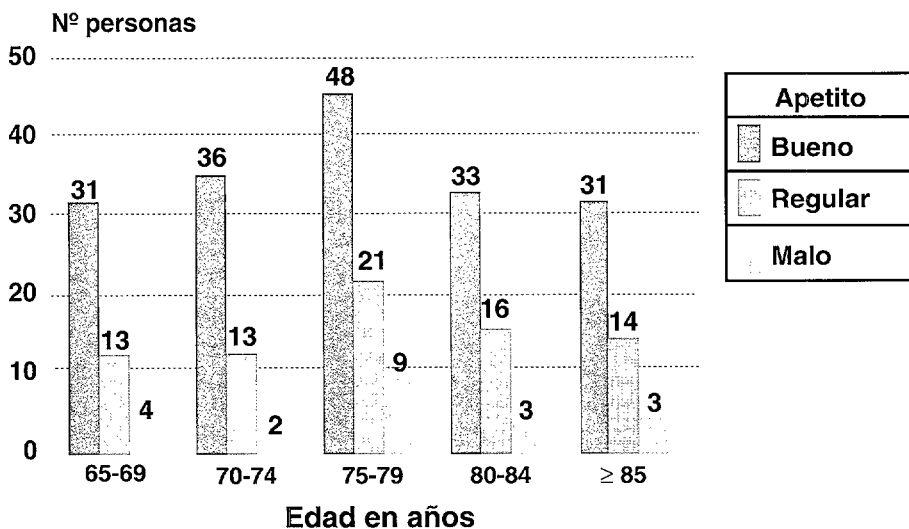


Figura 148

Uso de prótesis dentaria según grupo de edad

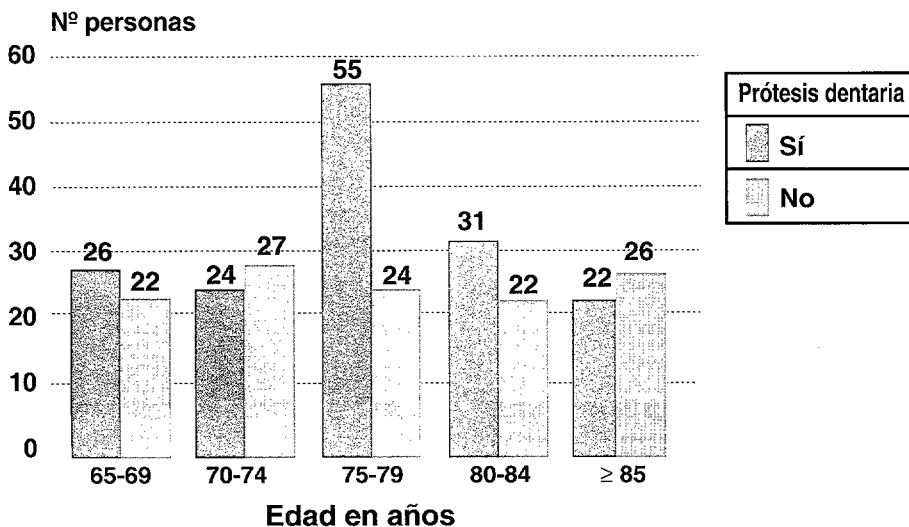


Figura 149

Presencia de dificultades o problemas masticatorios según grupo de edad

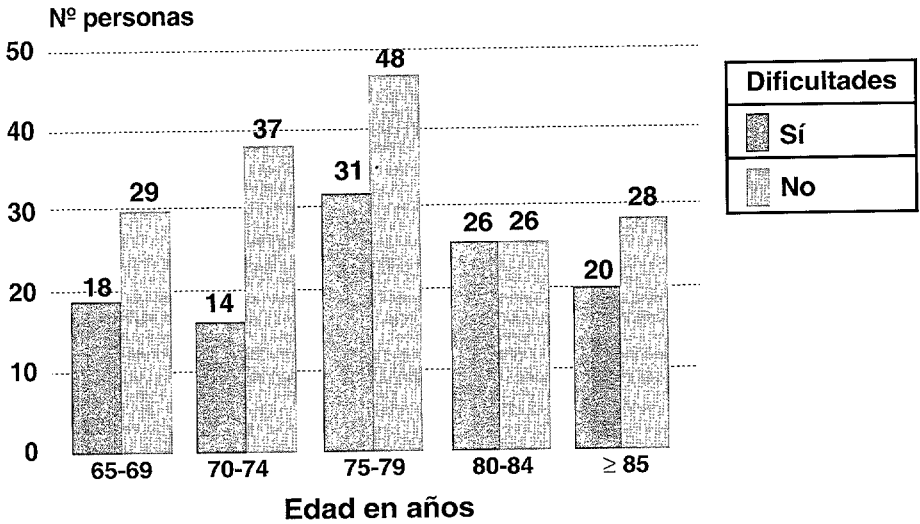
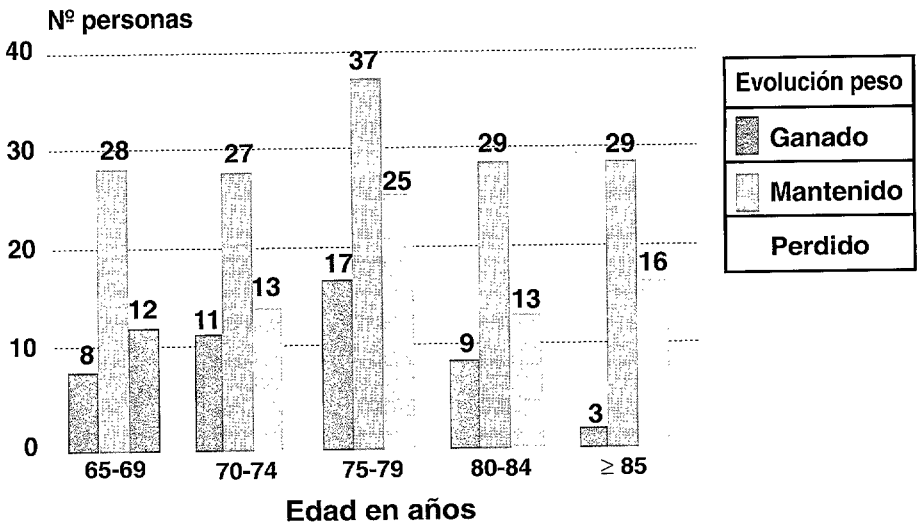


Figura 150

Variación de peso en los últimos 6 meses según grupo de edad



Dieta por prescripción médica

La probabilidad de seguir una dieta por prescripción médica no varió significativamente con la edad ($P=0,055$). La vemos gráficamente en la Figura 151.

Duración de la entrevista

En la Tabla 54 se resumen las distribuciones de los minutos de duración de las entrevistas en los distintos grupos de edad, eliminando previamente el valor extremo de 112 minutos de la persona que tenía dificultades idiomáticas. Únicamente el grupo de mayor edad mostró una mayor duración de la entrevista al compararlo con el grupo de 70 a 74 años, que fue el más breve ($P<0,05$).

Tabla 54

Duración de la entrevista según grupos de edad

Grupo de edad	Media (DE) en minutos	Rango
65-69 años	34,3 (13,0)	9-75
70-74 años	31,6 (9,8)	15-60
75-79 años	37,0 (12,7)	15-70
80-84 años	36,1 (11,2)	15-60
85 años y más	39,4 (15,5)	15-80

DE: Desviación Estándar.

Procedencia de las respuestas a las preguntas objetivas

En la Figura 152 se muestra el número de personas en cada grupo de edad que necesitaron del concurso de un informador (familiar, allegado o cuidador) para ayudarles a completar las respuestas a las preguntas sobre cuestiones objetivas.

Estadísticamente es significativa la tendencia lineal a una mayor necesidad de utilizar al informador en las edades avanzadas ($P<0,0001$).

Figura 151

Personas que siguen dieta por recomendación médica según grupo de edad

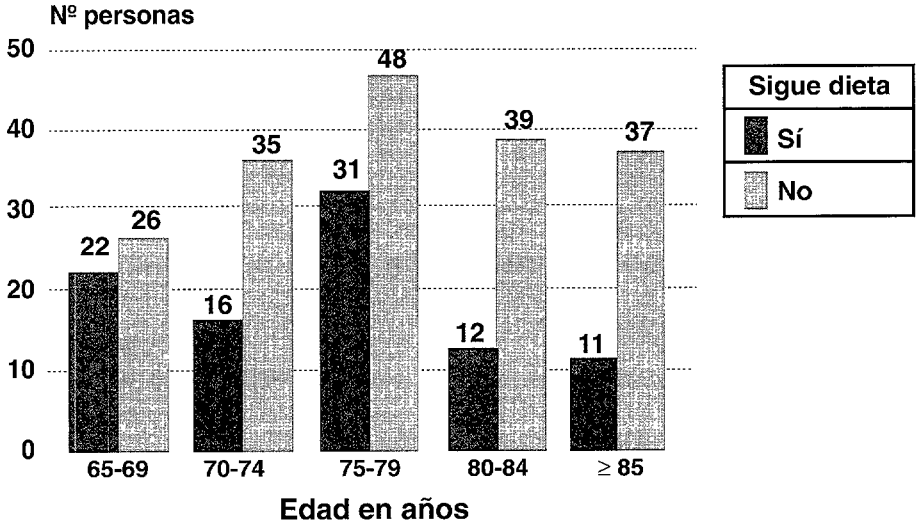
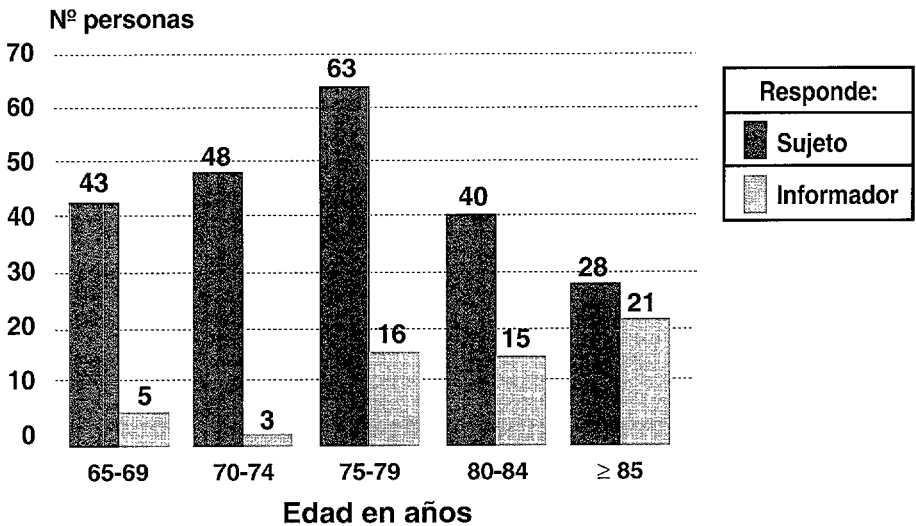


Figura 152

Procedencia de las respuestas a las preguntas objetivas según grupo de edad



Fiabilidad de las respuestas a las preguntas objetivas

Esta fiabilidad, valorada por el investigador que efectuó la entrevista en cada caso inmediatamente después de la misma, la vemos repartida por edades en la Figura 153. No existe variación significativa de estas fiabilidades con la edad ($P=0,56$).

Fiabilidad de las respuestas a las preguntas subjetivas

También fue valorada por el investigador actuante la fiabilidad de las respuestas a las preguntas subjetivas, mostrándose en la Figura 154 el reparto de fiabilidades según la edad. En la misma Figura 154 se indica el número de personas que no fueron capaces de responder siquiera a las preguntas subjetivas, debido a su severo deterioro cognitivo, que sí experimentó un aumento notable con la edad.

Apreciación por el investigador de la actitud de los sujetos entrevistados

La vemos en las Figuras 155 a 163, en las cuales se destaca en oscuro la presunta actitud anormal.

Es de destacar una menor tendencia estadísticamente significativa ($P=0,04$) a la actitud depresiva con la mayor edad. El resto de actitudes estudiadas no sufrieron modificación significativa con la edad.



Figura 153

Fiabilidad de las respuestas a preguntas objetivas según grupo de edad

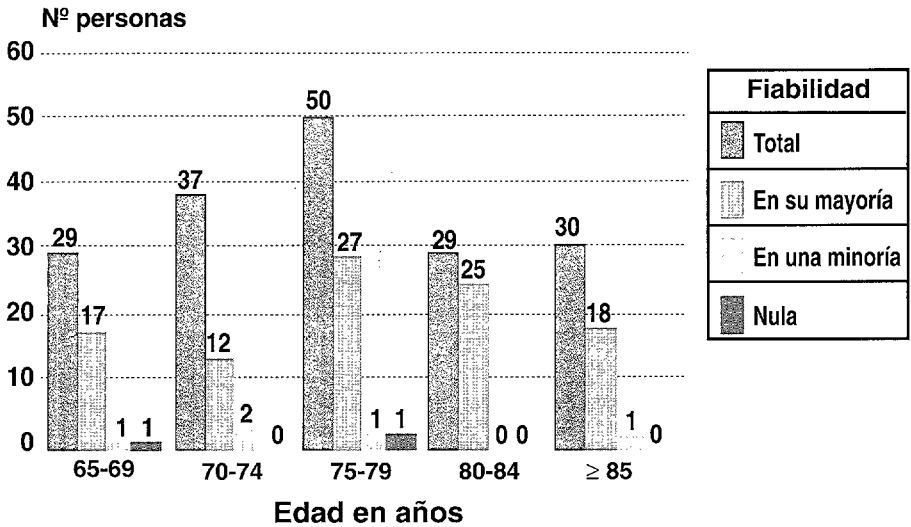
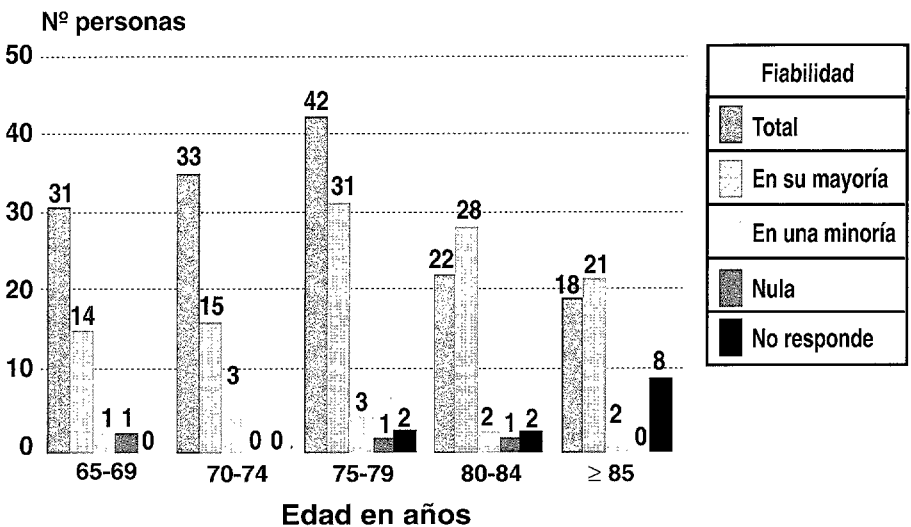


Figura 154

Fiabilidad de las respuestas a preguntas subjetivas según grupo de edad



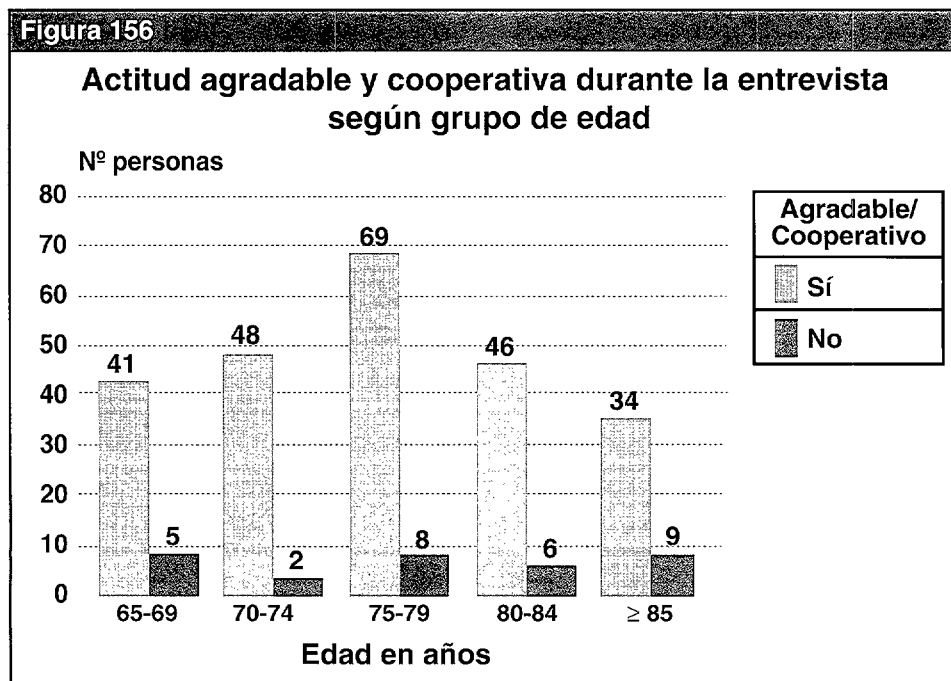
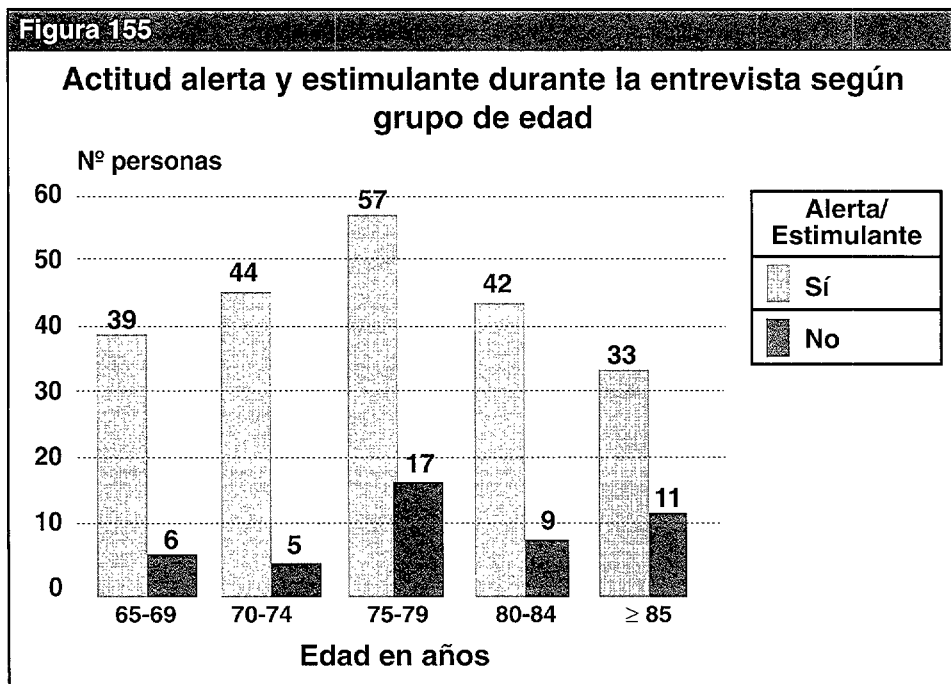


Figura 157

Actitud deprimida o llorosa durante la entrevista según grupo de edad

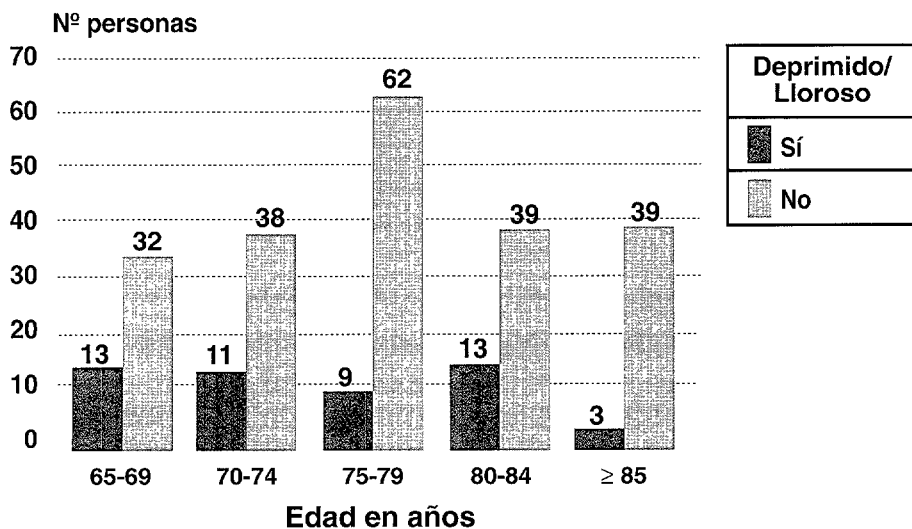


Figura 158

Actitud distraída o letárgica durante la entrevista según grupo de edad

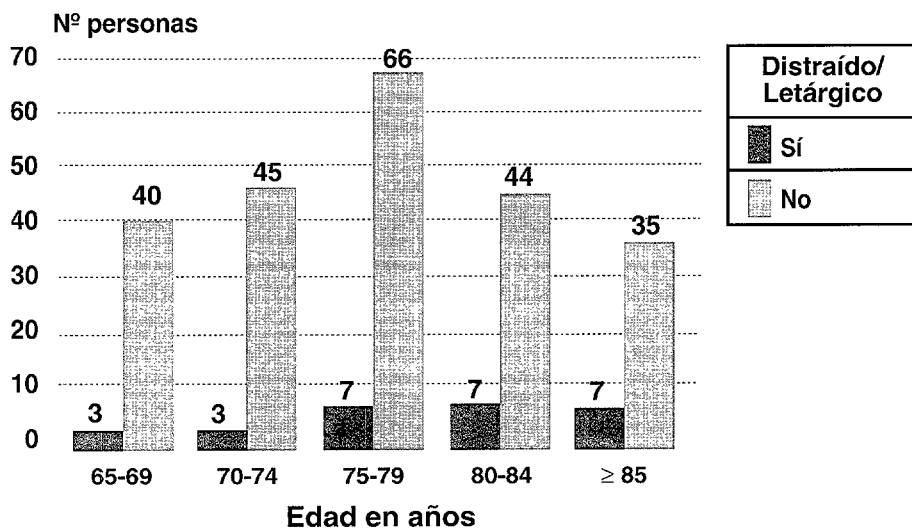


Figura 159

Actitud temerosa, ansiosa o tensa durante la entrevista según grupo de edad

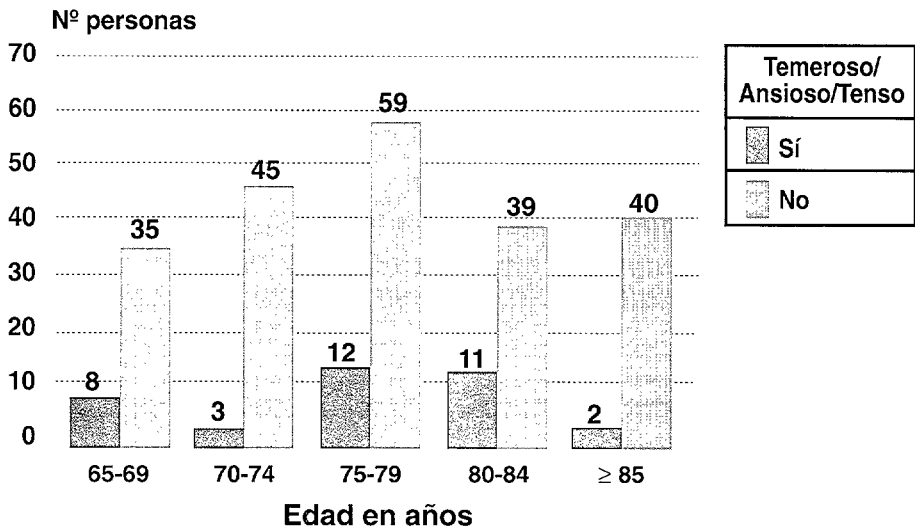


Figura 160

Actitud llena de quejas irreales durante la entrevista según grupo de edad

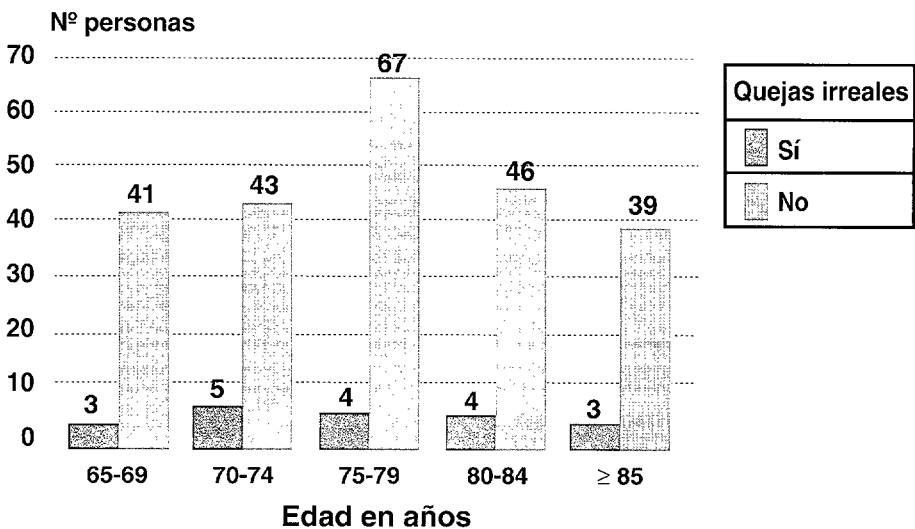


Figura 161

Actitud suspicaz o desconfiada durante la entrevista según grupo de edad

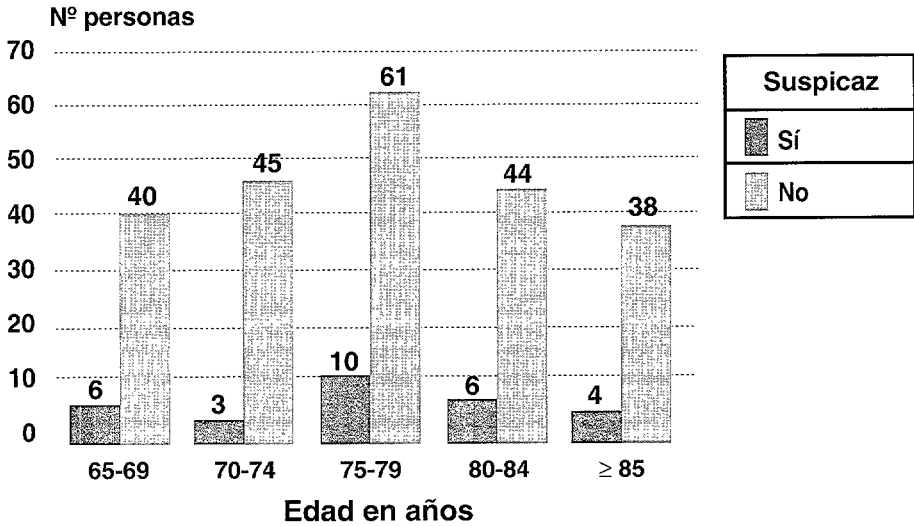


Figura 162

Actitud bizarra o inapropiada durante la entrevista según grupo de edad

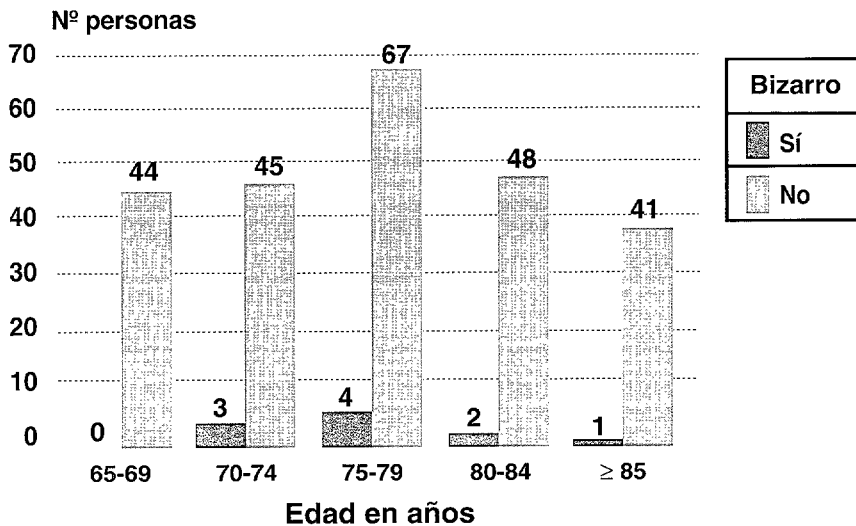
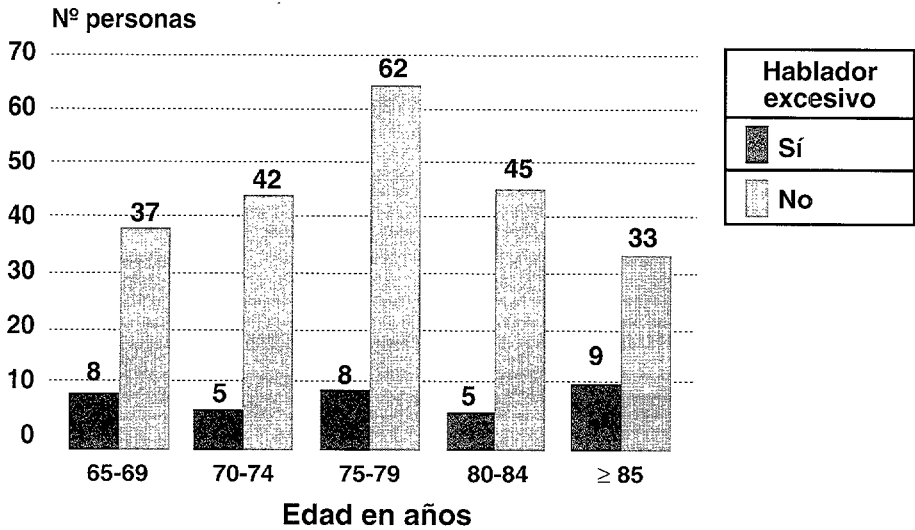


Figura 163

Actitud excesivamente habladora durante la entrevista según grupo de edad



Catalogación por el investigador de los recursos socioeconómicos, de la salud mental y física y de la capacidad funcional

Dicha catalogación o valoración fue efectuada por el investigador en cada caso inmediatamente después de concluida la entrevista y consta de 6 apartados. En cada uno de estos apartados el número 1 se asigna a una persona con una situación o condición excelente, y el 6 corresponde a los casos con máximo déficit o deterioro. Como guía orientativa para la asignación del número índice se utilizó el Anexo 3.

En la Tabla 55 vemos la distribución de los recursos sociales, en la que no existe variación significativa en relación con la edad.

Tabla 55

Valoración de los recursos sociales según grupos de edad

Grupo de edad	Media (DE) de recursos sociales	Rango
65-69 años	2,3 (1,0)	1-4
70-74 años	2,4 (1,2)	1-5
75-79 años	2,3 (1,2)	1-6
80-84 años	2,3 (1,1)	1-4
85 años y más	2,6 (1,3)	1-6

DE: Desviación Estándar.

La distribución de los recursos económicos se muestra en la Tabla 56, en la que se observa una tendencia uniforme a una mayor incapacidad económica con la edad que, sin embargo no llega a alcanzar significación estadística ($P=0,055$) en el análisis de la varianza.

Tabla 56

Valoración de los recursos económicos según grupos de edad

Grupo de edad	Media (DE) de recursos económicos	Rango
65-69 años	2,6 (1,0)	1-5
70-74 años	2,6 (1,0)	1-6
75-79 años	2,8 (1,1)	1-5
80-84 años	2,9 (1,0)	1-5
85 años y más	3,2 (1,2)	1-5

DE: Desviación Estándar.

Como vemos en la Tabla 57, el estado cognitivo mostró un empeoramiento con la edad estadísticamente significativo ($P < 0,01$) al comparar el grupo de 85 años y más con el resto de sujetos del estudio.

Tabla 57

Valoración del estado cognitivo según grupos de edad

Grupo de edad	Media (DE) de valoración cognitiva	Rango
65-69 años	1,9 (0,9)	1-4
70-74 años	1,8 (0,8)	1-4
75-79 años	2,2 (1,2)	1-6
80-84 años	2,4 (1,2)	1-6
85 años y más	3,2 (1,5)	1-6

DE: Desviación Estándar.

La valoración del estado afectivo fue estadísticamente similar en todos los grupos de edad. El resumen de la misma se muestra en la Tabla 58.

Tabla 58

Valoración del estado afectivo según grupos de edad

Grupo de edad	Media (DE) de valoración afectiva	Rango
65-69 años	2,3 (1,1)	1-5
70-74 años	2,2 (1,1)	1-4
75-79 años	2,3 (1,2)	1-6
80-84 años	2,4 (1,2)	1-6
85 años y más	2,8 (1,2)	1-6

DE: Desviación Estándar.

La valoración de la salud física empeoró con la edad, según se muestra en la Tabla 59, pero sólo resulta estadísticamente significativa ($P < 0,05$) la diferencia entre el grupo de 85 años y más y el resto.

Tabla 59

Valoración de la salud física según grupos de edad

Grupo de edad	Media (DE) de salud física	Rango
65-69 años	2,7 (1,2)	1-5
70-74 años	2,4 (1,0)	1-5
75-79 años	3,0 (1,2)	1-6
80-84 años	3,0 (1,2)	1-6
85 años y más	3,5 (1,3)	1-6

DE: Desviación Estándar.

La valoración de la capacidad para las Actividades de la Vida Diaria (AVD), de forma conjunta para las Básicas (AVD-B) y para las Instrumentales (AVD-I), también mostró empeoramiento con la edad (véase Tabla 60) pero esta valoración sólo fue significativamente peor en el caso de las personas de 80 años en adelante comparado con todos los grupos de menor edad ($P < 0,05$).

Tabla 60

**Valoración de la capacidad para las Actividades de la Vida Diaria
según grupos de edad**

Grupo de edad	Media (DE) de capacidad AVD	Rango
65-69 años	1,8 (1,1)	1-5
70-74 años	1,9 (0,9)	1-5
75-79 años	2,4 (1,4)	1-6
80-84 años	2,8 (1,5)	1-6
85 años y más	3,7 (1,6)	1-6

DE: Desviación Estándar.

La valoración de la incapacidad total acumulada es una suma aritmética de las valoraciones anteriores que, por tanto, puede teóricamente oscilar desde un mínimo de 6, que representaría un funcionalismo excelente en las seis áreas, hasta un máximo de 36 que indicaría una incapacidad total en los seis aspectos. Vemos en la Tabla 61 la distribución de incapacidades totales acumuladas según edad, demostrándose estadísticamente ($P < 0,01$) una mayor incapacidad global en las personas de 85 años y más respecto al resto de personas estudiadas.

Tabla 61

Valoración de la incapacidad total acumulada según grupos de edad

Grupo de edad	Media (DE) de incapacidad total	Rango
65-69 años	13,6 (4,8)	6-24
70-74 años	13,3 (4,5)	6-23
75-79 años	15,0 (5,4)	6-32
80-84 años	15,9 (5,2)	6-29
85 años y más	18,8 (5,6)	7-32

DE: Desviación Estándar.

Discusión

Representatividad de la muestra del presente estudio

Necesidad de que la muestra sea aleatoria

Una de las características necesarias de un estudio epidemiológico como el presente es la capacidad de efectuar generalizaciones sobre el universo poblacional en el que estamos interesados a partir del estudio de una muestra de dicho universo poblacional. Para que los resultados obtenidos del estudio de la muestra sean generalizables, es decir, que tengan validez externa [77], es necesario que la muestra sea representativa de la población correspondiente. En principio deben excluirse todos los métodos que se basan en la selección arbitraria o en voluntarios [78].

Si la población está irregularmente distribuida con respecto a ciertas variables importantes conocidas, como la edad, puede ser conveniente tomar una muestra estratificada o ponderada. Al analizar los resultados será fácil generalizar los datos a la población original haciendo dentro de cada clase las correcciones necesarias de acuerdo con el factor de ponderación particular utilizado. De todas formas, la mayor parte de los resultados habrán de darse en forma de datos específicos de edad [78].

Importancia de una elevada tasa de respuestas

Es extraordinariamente importante obtener una elevada tasa de respuestas, ya que los sujetos que no responden tienden a ofrecer características sanitarias distintas de las del resto de la muestra y, por consiguiente, su exclusión da lugar a un sesgo. Por desgracia, es frecuente que no se pueda predecir ni la dirección ni la importancia del sesgo: algunos individuos se niegan a acudir al examen porque consideran que están sanos y no desean que se les moleste, mientras que otros proceden de la misma manera porque se encuentran enfermos y tienen miedo. La importancia del sesgo introducido dependerá de la prevalencia del proceso estudiado (cuando se estudia un proceso de elevada prevalencia es menos probable que la tasa baja de respuestas llegue a tener importancia), de la proporción de sujetos que no responden y, dentro de estos últimos, de la frecuencia de casos atípicos [78].

No existe ninguna base firme que permita predecir el éxito del reclutamiento. El interés que se ponga en el trabajo, la importancia que se conceda a los intereses verdaderos de la comunidad y el acierto en la planificación pueden lograr índices de respuesta que se acerquen al 100%, especialmente en las comunidades rurales. Los grupos profesionales y las poblaciones urbanas en general pueden plantear problemas de motivación más difíciles [78].

Tasa de reclutamiento o participación en el presente estudio

Nuestro estudio se planificó sobremuestreando en aproximadamente un 30% para compensar el efecto de la no participación, pero sin posibilidad de sustitución. Fueron muestreadas 411 personas, obteniéndose una participación global de 69%. Pero si de esas 411 personas descontamos los individuos fallecidos, trasladados, inelegibles o ilocalizables, nos queda un grupo de 314 personas de 65 años o más a las que se intentó entrevistar. De estas 314 personas participaron en el estudio 285, lo que representa una tasa de participación del 90,8% del total de personas contactadas.

Pese a la escasa colaboración institucional encontrada en la isla de Tenerife, no pensamos que ello haya introducido sesgos de importancia en los resultados globales para Canarias dado que no es de esperar, a priori, que los habitantes de los municipios cuyos ayuntamientos no han brindado facilidades para el estudio vayan a diferir de los del resto de Canarias. En consecuencia, consideramos que nuestros datos son representativos de la totalidad de la Comunidad Autónoma de Canarias.

Similitud entre las personas muestreadas que participaron en el estudio y las que no participaron

Hemos visto que no existen diferencias significativas en cuanto a la distribución por sexos ($P=0,61$) y años de nacimiento ($P=0,19$) entre las personas muestreadas que no participaron y las que sí participaron en el estudio. Este resultado hace poco probable la existencia de sesgos por participación selectiva de determinados grupos de población, por lo que descartamos la existencia de sesgos por falta de respuesta (non-response bias) o por falta de participación (non-participant bias) [77].

Comparación entre la distribución por edad y sexo de las personas participantes y las del universo poblacional

Hemos querido comparar el número de participantes en el estudio en cada grupo quinquenal de edad y sexo con la población de su misma edad y sexo que figura en el Censo del año 1991 [7].

Dado que la fracción de muestreo fue mayor a partir de los 75 años de edad, efectuamos la comparación en primer lugar entre varones y mujeres participantes de 65-69 años y de 70-74 años con los respectivos habitantes de Canarias de esa edad y sexo, obteniendo una $\chi^2=5,60$ a la que corresponde una $P=0,13$, lo que indica que las fracciones de participación sobre el total de la población en esos 4 estratos de edad y sexo no son heterogéneas estadísticamente.

Comparando ahora los varones y mujeres participantes de 75-79, 80-84 y 85 y más años de edad con los respectivos habitantes de Canarias de la misma edad y sexo resulta una $\chi^2=13,07$, a la que corresponde una $P=0,023$. Al sugerir este resultado que las fracciones de participación sobre el total de la población de su sexo y edad han sido heterogéneas, hemos revisado las mencionadas fracciones que se muestran en la Tabla 62. Llama la atención que la fracción de participación es superior en las personas más ancianas.

Tabla 62

Fracciones de participación en personas de 75 años y más

% de la población censada participante

Edad en años	Varones	Mujeres
75-79	0,231%	0,300%
80-84	0,235%	0,334%
85 y más	0,560%	0,400%

Porcentaje de participación y representatividad de la muestra en otras encuestas de salud en población anciana

Revisión de las Encuestas de Salud en población anciana

En su revisión del año 1990 sobre las Encuestas de Salud efectuadas en España que han incluido a población anciana, RODRÍGUEZ PÉREZ y BANEGAS [60] presentan un resumen comparativo de las Encuestas de Salud en ancianos españoles pero no ofrecen datos sobre los respectivos porcentajes de participación en las mismas.

Estudio de BERMEJO y cols. [79]

Fecha.- Se llevó a cabo el estudio de campo a partir de octubre de 1988 y terminó en los primeros meses de 1990.

Lugar.- Área metropolitana de Madrid.

Tipo de muestreo.- Se tomaron tres muestras aleatorias, estratificadas quinquenalmente, y representativas de la población de 65 y más años de edad de tres barrios diferentes de la mitad sur del área metropolitana de Madrid. En cada uno de estos barrios se seleccionaron tres tripletas de unas 100 personas cada una con el fin de sustituir los individuos que no pudieron ser localizados por falle-

cimiento, cambio de domicilio u otras causas. En uno de los barrios se incrementó la muestra en 53 personas más. No se especifica en el estudio publicado el número de sustituciones efectuado en las tripletas, pero se hace constar que en tres ocasiones no se pudo localizar ni al sujeto diana ni a sus dos sustitutos.

Tasa de participación.-De las aproximadamente 900 personas muestreadas se seleccionaron finalmente para el estudio 352 ciudadanos que pudieron ser localizados y contactados, de los cuales sólo 257 (73,0%) accedieron a realizar la entrevista domiciliaria completa. De los 95 restantes, 40 sujetos (11,4% del total) realizaron un protocolo reducido de salud remitido y reenviado por correo.

Comentarios y comparación con nuestro estudio.- Es de hacer notar que el diseño del estudio de BERMEJO y cols. encierra el riesgo de un sesgo de selección por el hecho de seleccionar dentro de las tripletas individuos de características demográficas similares pero de más fácil localización y, por tanto, de menor movilidad. Y este mismo diseño impide utilizar luego estos mismos indicadores demográficos para detectar posibles sesgos, quedando los mismos encubiertos. A este problema se añade el de la falta de información proporcionada al publicar los resultados respecto al número de sustituciones efectuadas dentro de las tripletas.

Nuestra tasa de participación del 90,8% del total de personas contactadas es superior incluso a la suma de los porcentajes de participación en la entrevista y en el protocolo reducido por correo del estudio de BERMEJO y cols. Por lo tanto, consideramos que nuestro estudio tiene muchas más probabilidades de ser más representativo del universo poblacional de personas de 65 años o más que el de BERMEJO y cols., dada la menor tasa de rechazos y la menor probabilidad de sesgos de selección.

El estudio de BERMEJO y cols. se limitó a tres barrios de características sociodemográficas dispares, mientras que el nuestro abarca toda la Comunidad Autónoma de Canarias.

Libro Blanco "El médico y la Tercera Edad" [10]

Fecha.-La fecha de realización de las encuestas no queda especificada, pero tiene que ser anterior al año 1986 en que se publicó el Libro Blanco que recoge los resultados de la misma.

Lugar.- España peninsular.

Tipo de muestreo.- En el apartado de Métodos se dice que la selección se hizo aleatoriamente, pero al presentar los Resultados se encuentra una discordancia

entre el 51,8% de varones entre las personas encuestadas y el 40% de varones que correspondería según los datos del Instituto Nacional de Estadística para esas edades. La explicación que se da en el Libro Blanco (en su apartado 2.1.1.) es la siguiente: la encuesta se llevó a cabo 1/3 en domicilio, 1/3 en la calle y 1/3 restante en centros y lugares de reunión de ancianos (clubes y residencias). Ello puede indicar, pues, la mayor movilidad del hombre y por tanto su mayor presencia en la calle y en centros sociales, y una posible mayor permanencia de las mujeres en el hogar.

Tamaño de la muestra.- 1.500 personas de más de 65 años residentes en la España peninsular.

Tasa de participación.- No se especifica el porcentaje de participación. Únicamente se dice textualmente que la muestra real fue de 1.491 ancianos, con una desviación de -9 ancianos sobre la muestra teórica de 1.500 ya mencionada. No parece plausible pensar que solamente haya habido 9 negativas entre un total de 1.500 personas encuestadas.

Comentario.- Los mismos autores del Libro Blanco reconocen sesgos importantes en la elección de su muestra, que pueden comprometer seriamente la validez y generalizabilidad de sus resultados.

Al haberse limitado la selección de la muestra a la España peninsular, es lógico pensar que sus conclusiones no pueden extrapolarse fácilmente a las islas Canarias.

Primera Encuesta de Salud de Barcelona de 1983 [80]

Fecha.-La recogida de datos se llevó a cabo desde el 23-1-83 al 6-6-83.

Lugar.-Ciudad de Barcelona.

Tipo de muestreo.- Muestreo aleatorio estratificado en dos etapas. La unidad primaria de muestreo fue el domicilio familiar. La muestra de población entrevistada fue equivalente en edad y sexo a la correspondiente al Censo de 1981 correspondiente a la ciudad de Barcelona: el porcentaje de encuestados de edad ≥ 60 años fue del 19,2% mientras que en el Censo de Barcelona correspondían 18,4%.

Tamaño.- 2.420 personas.

Tasa de participación.- La tasa global de no participación fue del 18,7%, que incluye como motivos más importantes la imposibilidad de contactar con ningún

miembro de la familia seleccionada y la negación a contestar a la encuesta.

Comentario.- Esta Primera Encuesta de Salud de Barcelona no estuvo dirigida específicamente al estudio de los ancianos.

Segunda Encuesta de Salud de Barcelona de 1986 [81]

Fecha.- La recolección de datos se realizó entre diciembre de 1985 y enero de 1987.

Lugar.-Ciudad de Barcelona.

Tipo de muestreo.-Se seleccionó una muestra representativa de la población anciana de Barcelona a través de un muestreo aleatorio de los domicilios familiares, con estratificación proporcional por el distrito municipal y el tamaño familiar.

Tamaño.- No disponemos de ese dato.

Tasa de participación.- La tasa de respuesta a dicha encuesta fue del 82,9%.

Comentario.- En esta Segunda Encuesta de Salud de Barcelona se incluyó un cuestionario específico destinado a la población residente no institucionalizada de 65 o más años.

Encuesta Nacional de Salud de 1987 [82]

Fecha.-El trabajo de campo se realizó en julio de 1987.

Lugar.-Toda España excepto Ceuta y Melilla.

Tipo de muestreo.- El universo es la población española de 1 y más años.

El procedimiento de muestreo, para cada submuestra, ha sido polietápico y estratificado por tamaño de hábitat. La selección de las unidades primarias (municipios) se ha hecho de forma aleatoria proporcional; la de las unidades secundarias (secciones) de forma aleatoria simple; y la de los individuos por cuotas de sexo y edad.

Tamaño.- 39.752 entrevistas, de las que el 25% corresponden al cuestionario infantil (de 1 a 15 años) y el 75% restante al de adultos. El número de entrevistas que correspondió a personas de más de 65 años fue de 4.177.

Tasa de participación.- No se especifica.

Comentario.- La Encuesta Nacional de Salud de 1987 no estuvo específicamente orientada al estudio de los problemas de salud de los ancianos.

Perfil sociosanitario de la Tercera Edad en la Comunidad de Madrid [60]

Fecha.- No consta, pero los datos fueron publicados en 1989.

Lugar.- Comunidad Autónoma de Madrid, en tres estratos según hábitat rural, intermedio o urbano.

Tipo de muestreo.- El universo es la población mayor de 65 años no ingresada en residencias, hospitales ni otras instituciones.

El muestreo se hizo por conglomerado polietápico (tipo de hábitat-vivienda-individuo) con estratificación proporcional de las unidades de primera etapa. Se efectuó reemplazamiento del 7,3% por cuestionarios incorrectos.

Tamaño.-2.005 individuos.

Comentario.-Este perfil sociosanitario fue llevado a cabo por una empresa privada, pero por otra parte se utilizó el OARS modificado y la escala de AVD de Katz, por lo que parte de los datos obtenidos pueden ser directamente comparados con los nuestros.

Sin embargo, RODRÍGUEZ PÉREZ y BANEGAS [60] comentan repetidamente las variadas fuentes de sesgo de este estudio y critican la falta de precisión en la definición de las enfermedades detectadas.

Resultados globales

Aunque los resultados estratificados por grupos quinquenales de edad que se ofrecen permiten calcular las medias y porcentajes que corresponderían a la población global de Canarias, se ha considerado oportuno presentar estas inferencias ya calculadas en las cuestiones que se han considerado más relevantes.

Alfabetización declarada

Un indicador de la contribución de la educación a la salud lo constituye el índice de alfabetismo -concretamente alfabetismo funcional- entendiendo por tal el porcentaje de población que ha adquirido un nivel suficiente de alfabetización. Una persona se considera funcionalmente alfabetizada cuando puede practicar todas las actividades en las que la alfabetización es indispensable para integrarse eficazmente en la sociedad en la que vive. Este indicador se obtiene de los

censos de población y de los padrones municipales. Tiene la limitación de que el alfabetismo declarado por el interesado no es lo mismo que el alfabetismo funcional, por lo que los datos deberían apoyarse en pruebas objetivas, no en la apreciación personal de los propios interesados [83].

Según nuestro estudio, el 17,4% de los ancianos de Canarias no saben leer. Este porcentaje está cercano al 19,1% de habitantes de Canarias de edad igual o superior a 65 años que se declararon analfabetos con motivo del Censo de 1991 [84]. Y desde luego, el 19,1% de analfabetismo en ancianos de Canarias según el Censo cae de lleno en el Intervalo de Confianza del 95% de porcentaje de analfabetismo para nuestro estudio, que sería: 12,6%-22,1%.

En el Perfil Sociosanitario de la Tercera Edad en la Comunidad de Madrid el 13% de los encuestados eran analfabetos y el 18,4% casi analfabetos [60]. En el estudio de BERMEJO y cols. resultaron ser analfabetos totales el 13,4%, y analfabetos funcionales un 13,4% adicional [79].

Nuestro criterio de analfabetismo no ha sido el de analfabeto funcional, sino simplemente el de las personas que dijeron no saber leer. Este criterio parece similar al de la autodeclaración como analfabeto en la hoja censal y, de hecho, la cercanía de los porcentajes así viene a ratificarlo.

Porcentaje de personas con posible demencia

La prevalencia de demencia en el estudio de BERMEJO y cols. fue del 10,1% (Intervalo de Confianza del 95%: 6,9% - 13,3%) [79], mientras que en nuestro estudio encontramos una probable incapacidad cognitiva en el 9,6% de los ancianos participantes e inferimos un 6,9% (IC 95%: 4,1%-10,4%) para el conjunto de Canarias.

En la Tabla 63 vemos la comparación entre las edades de las personas participantes en el estudio de BERMEJO y en el nuestro.

Tabla 63

Comparación de edades entre el estudio de BERMEJO [79] y el presente

Años de edad

Estudio	Media	DE	Rango	N
BERMEJO	74,3	6,3	65-90	352
Canarias	77,2	7,2	65-93	285

DE: Desviación Estándar

N: Número de personas estudiadas

Aunque la comparación de medias para muestras no apareadas es altamente significativa ($P < 0,001$), la diferencia absoluta de las medias es de solamente 2,9 años, y ello nos permite efectuar comparaciones en cuanto a la prevalencia de demencia en las personas estudiadas por nosotros y por BERMEJO y cols. Comparaciones que, de otro modo, no serían posibles habida cuenta de que la prevalencia de demencia aumenta marcadamente con la edad, como queda demostrado en diferentes estudios europeos que han encontrado una prevalencia de demencia tipo Alzheimer (que es la más frecuente) de 0,3% al 0,6% en el grupo de 60-69 años de edad. Esta prevalencia se eleva hasta un 10,2% a 12,1% entre los 80 y 89 años de edad, y que alcanza hasta un 28,0% entre las personas de 90 años y más [85].

Es de destacar que el 9,6% de probable incapacidad cognitiva en nuestra muestra, calculado a partir del número de sujetos con 5 o más errores ajustados en el Cuestionario del Estado Mental Portátil de Pfeiffer, coincide con prácticamente con el centro del Intervalo de Confianza para la prevalencia de demencia calculado por BERMEJO y cols., que incluyó un estudio hospitalario y una entrevista a los 6 meses para asegurar el diagnóstico de demencia en sus sujetos, en aplicación del DSM-III-R [86].

El porcentaje de analfabetos totales en la muestra de BERMEJO es del 13,4% [79], significativamente inferior ($P = 0,023$) al 20,5% de personas que no sabían leer de la nuestra. Pese a ello, y a que la incidencia de demencia es mayor entre las personas de menor nivel cultural y educativo [87], creemos que el ajuste efectuado en el CEMP de Pfeiffer según el nivel educativo alcanzado es eficaz en ajustar también la prevalencia de deterioro cognitivo a la real.

Número de hijos vivos

No hemos encontrado un dato similar en otras encuestas de salud efectuadas a ancianos y, de hecho, RODRÍGUEZ PÉREZ y BANEGAS [60] parecen indicar en su revisión de las Encuestas de Salud españolas en ancianos que ninguna de ellas contiene información sobre este apartado de indudable interés por el enorme potencial de apoyo social estable a la persona de edad avanzada.

El Censo de 1991 recoge solamente el número y la media de hijos nacidos vivos del conjunto de las mujeres de 50 y más años. La media resulta ser de 3,15 hijos nacidos vivos por mujer de 50 y más años, cifra que resulta inferior al promedio de 3,6 hijos vivos calculado para el conjunto de los ancianos de Canarias. Es posible que ello se deba a que la natalidad y fecundidad en las cohortes más añosas es superior a la de las cohortes más recientes, como comentan también BERMEJO y cols. que encuentran una media de hijos habidos de 3,2 por anciano estudiado [79].

Estado civil

Veamos en la Tabla 64 la comparación entre los porcentajes de los estados civiles de las personas de 65 años o más residentes en Canarias según el Censo de 1991 y los respectivos porcentajes (y sus respectivos Intervalos de Confianza) calculados a partir de nuestra muestra.

Tabla 64

Comparación de los estados civiles de las personas de 65 años o más calculados a partir de nuestra muestra y en el Censo de 1991 de Canarias

Estado civil	% calculado	IC95%calculado	% Canarias
Solteros/as	7,7	4,7-11,2	10,5
Casados/as	58,3	52,2-64,0	55,3
Viudos/as	31,9	26,5-37,7	33,2
Divorciados/as	1,0	0,1-2,5	0,4
Separados/as	1,0	0,1-2,5	0,7

IC95%: Intervalo de Confianza del 95%.

Se observa que todos nuestros intervalos de confianza del 95% incluyen los porcentajes obtenidos del Censo para el mismo grupo de edad. Ello nos reafirma una vez más en la bondad de nuestro muestreo y en la probable ausencia de sesgos de importancia.

Porcentaje de ancianos que viven solos

Según nuestro estudio, el 10,9% (Intervalo de Confianza del 95%: 7,3%-14,8%) de los ancianos de Canarias viven solos, porcentaje claramente menor al 19,9% de las personas de 65 años o más residentes en Barcelona ^[81] y al 18,4% de ancianos residentes en la Comunidad de Madrid que vivían solos ^[60].

Porcentaje de ancianos institucionalizados

La Encuesta de Salud de Barcelona de 1986 y, en general, las encuestas cuya unidad de muestreo es el domicilio familiar excluyen a los ancianos institucionalizados. Otras encuestas los excluyen específicamente en su apartado de Métodos.

En nuestro estudio la unidad de muestreo fueron los individuos, y el marco de muestreo los padrones municipales que también recogen a los ancianos

institucionalizados en su ámbito. Los pacientes hospitalizados por enfermedad aguda en el momento del estudio fueron en ocasiones entrevistados en el mismo hospital, y en otras se difirió temporalmente la entrevista, pero en cualquier caso se atribuyó su residencia a su propio domicilio y no al hospital. El porcentaje de ancianos institucionalizados en Canarias sería del 1,1% (Intervalo de Confianza del 95%: 0,2%-3,1%) y se refiere, por lo tanto, a personas que vivían de forma permanente en establecimientos colectivos, que es como se denominan a efectos censales [7].

Este porcentaje es claramente inferior a los porcentajes de ancianos institucionalizados en los Estados Unidos, que se calcula que van desde algo menos de un 2% para las personas de 65 a 74 años hasta un 20% en las de 85 años y más, pasando por un 7% aproximadamente de las personas de edad situada entre los 75 y los 84 años [86].

En el Censo de 1991 consta que un 0,5% del conjunto de habitantes de Canarias vive en establecimientos colectivos, pero no hemos encontrado ese dato desglosado por grupos de edad [89].

Ancianos que reciben ayuda económica de otras personas

En el Perfil Sociosanitario de la Tercera Edad en la Comunidad de Madrid, el 3,4% de los encuestados recibía ayuda económica de otra persona y el 0,4% de ellos estaba completamente desamparados económicamente. No obstante, se especificaba que esta proporción podía estar infravalorada por el hecho de no analizar las personas institucionalizadas [60].

Según nuestro estudio, el 12,1% de los ancianos canarios dependerían de la ayuda económica regular por parte de amigos o familiares para completar su pensión o pensiones. Sin embargo, ninguno de los participantes dijo carecer de pensión en su unidad familiar.

Régimen de propiedad de la vivienda

El 84,2% (Intervalo de Confianza del 95%: 79,1%-88,1%) de ancianos de Canarias que serían propietarios de su vivienda es prácticamente idéntico al 80,9% de personas de 65 y más años residentes en Madrid que poseían casa propia entre las estudiadas por BERMEJO y cols [79]. Sin embargo, en el Perfil Sociosanitario de la Tercera Edad en la Comunidad de Madrid, sólo el 57,1% de los ancianos tenían vivienda de su propiedad, estando el 24,5% en régimen de alquiler y el 18,3% viviendo con sus hijos o familiares [60]. No comprendemos el origen de la discrepancia entre estos datos y los de BERMEJO y cols. tomados de una zona de la misma Comunidad de Madrid.

Grado de psicopatología

Según la Encuesta Nacional de Salud de 1987, el 15,5% de los españoles de 65 años o más padecían problemas psíquicos [79].

La Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca encontró, en un 7,6% de los ancianos, un equilibrio afectivo negativo utilizando la escala de equilibrio afectivo de Bradburn [60].

En el estudio de BERMEJO y cols. se encontró depresión sentida en el 12,5% de los sujetos (Intervalo de Confianza del 95%: 8,8%-16,2%) y, aunque se utilizó la escala de Yesavage [90], estos autores no proporcionan los resultados de la misma por ofrecerles dudas sobre su valor diagnóstico en este tipo de muestras.

Nosotros hemos encontrado un 5,1% (Intervalo de Confianza del 95%: 2,6%-8,2%) de ancianos canarios con psicopatología severa o hipocondría, y un 31,8% adicional (Intervalo de Confianza del 95%: 26,0%-37,5%) con clara psicopatología. No hemos aplicado en nuestro estudio una escala específica de depresión, sino la Evaluación Psiquiátrica Abreviada, que, como vemos en el Anexo 1, incluye 15 preguntas de las cuales 7 (las correspondientes a las letras a/, b/, e/, f/, g/, i/ y o/) se relacionan con la depresión, mientras que las preguntas c/, d/ y h/ se relacionan con la paranoia y desde la j/ hasta la n/ inclusive exploran la ansiedad [91]. Pero si consideramos que la ansiedad es muchas veces un síntoma accesorio de la depresión [92], los resultados de 11 o más respuestas patológicas que se asocian con psicopatología severa o hipocondría pueden achacarse a depresión casi con seguridad, pudiéndose además achacar a depresión una parte de las personas con 6 a 10 respuestas patológicas a las que se cataloga de claramente psicopatológicas.

Número de visitas médicas

En los ancianos canarios el promedio de visitas médicas en el último semestre habría sido de 4,5, a lo que corresponderían 9,0 visitas al año por término medio. Este promedio resulta algo inferior a la media de 14,4 consultas por anciano registradas en la Encuesta de Salud de Barcelona de 1986 y al promedio de 13,6 consultas por anciano y año encontradas en la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca llevada a cabo desde mayo de 1985 a mayo de 1986 [60].

Número de días de enfermedad

El promedio de días de restricción de la actividad habitual por enfermedad en el semestre anterior para los ancianos de Canarias sería de 7,7, a lo que corresponderían 15,4 días por año. Esta cifra es algo menor a los 18 días obtenidos en

la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, y a los 20 días por año de restricción de la actividad en la Encuesta de Salud de Barcelona de 1986 [60].

Necesidad de hospitalización

El 9,3% de los ancianos canarios habrían estado ingresados en un hospital a lo largo del semestre anterior. Este porcentaje es superior al de los ancianos de Barcelona, de los que solamente un 8,4% referían haber sido hospitalizados a lo largo del último año. Según la Encuesta Nacional de Salud, el 10,9% de los varones y el 6,5% de las mujeres mayores de 65 años habían sido hospitalizados al menos una vez en el último año, lo que indica que los ancianos canarios parecen haber sido hospitalizados en mayor proporción [60].

Enfermedades actuales

Porcentaje de personas que no padecen ninguna enfermedad

El porcentaje de ancianos libres de enfermedad, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud, fue del 15,3%. BERMEJO y cols. encuentran que sólo poco más del 6% de su muestra de ancianos está libre de enfermedad [79]. Según la Encuesta de Salud de Barcelona de 1986, el 88% de los ancianos referían padecer algún tipo de trastorno crónico, y el 90% de las personas de más de 65 años que participaron en la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca referían tener algún problema de salud [60].

En el presente estudio solamente el 2,8% de las personas encuestadas (Intervalo de Confianza del 95%: 1,2%-5,6%) dijeron no padecer en ese momento ninguna de las enfermedades o afecciones listadas en el cuestionario empleado. Este dato parecería indicar que los ancianos canarios son más proclives a padecer enfermedades que el resto de los ancianos españoles. Sin embargo, BERMEJO y cols. comentan que en otros estudios el porcentaje de ancianos libres de enfermedad ha oscilado entre el 0,1% y el 30%, y que variaciones tan notables se pueden explicar por la diferente metodología y los criterios de inclusión utilizados (estructura etaria, padecimientos incluidos, etc.) [79]. En el presente estudio es de hacer notar que todos los encuestadores eran médicos y que, además, la lista de enfermedades utilizada era amplia e incluía afecciones o síntomas muy frecuentes, como el estreñimiento, y que todo ello contribuye a disminuir el porcentaje de personas consideradas sanas.

Prevalencia de enfermedades

La prevalencia comparada de las varias enfermedades frecuentes en personas de 65 años o más se muestra en la Tabla 65. La discrepancia que más nos

llama la atención en dicha Tabla al comparar nuestros resultados con los datos ya publicados es una prevalencia de diabetes mellitus en Canarias que es aproximadamente el doble que en el resto de España. Esta observación coincide con nuestro trabajo previo que encontró, en las 50 provincias españolas, una fuerte correlación positiva entre la prevalencia de diabetes mellitus y la temperatura media anual; en dicho estudio, las dos provincias canarias se encontraban entre las de más elevada prevalencia [93].

Tabla 65

Prevalencia de enfermedades crónicas en distintos estudios en personas de 65 años o más

Porcentaje de personas que dicen padecerla

Enfermedad	Bermejo ^[79]	ENS*	Barcelona ^[81]	EEUU†	Canarias
Reumatismo	71,6	51,1	51	49,6	65,6
Hipertensión art.	41,5	24,9	20	39	39,6
Cardiopatía	23,6	13,7	13	15,7	23,6
Bronquitis crónica	23,0	14,1	11		15,8
Diabetes mellitus	11,4	11,0	9	8,9	20,2
Hemiplejía	8,4				7,9
Varices en piernas		16,1	16	7,8	24,9

* Datos elaborados por BERMEJO y cols. a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1987.

† Tomado de: American Medical Association. White paper on elderly health. Arch Intern Med 1990; 150: 2459-2472.

Consumo de fármacos

En el estudio de BERMEJO y cols., el 20,5% de los ancianos se mantenían sin tomar ningún fármaco en el momento de la entrevista [79]. Sin embargo, en el Perfil Sociosanitario de la Tercera Edad en la Comunidad de Madrid se evidenció que el 94% de los mayores de 65 años toma algún medicamento, y que casi la tercera parte toma cuatro o más [60].

En la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, el 67,3% de las personas mayores de 65 años había consumido algún tipo de medicamento en los dos días anteriores [60].

La Encuesta Nacional de Salud de 1987 pone de manifiesto que el 62,6% de los varones y el 73,4% de las mujeres mayores de 65 años habían consumido algún tipo de fármaco en las 2 semanas precedentes [60]. GÓMEZ de la CÁMARA comenta que en la Encuesta Nacional de Salud existen diferencias de difícil explicación entre comunidades autónomas, mostrando Asturias el menor porcentaje de consumo de fármacos en ancianos (49,8%), y Navarra el más elevado (79,0%) [94].

Del estudio de El Libro Blanco [10] se desprende que el 65,7% de la población mayor de 65 años sigue algún tratamiento medicamentoso, por lo que se deduce que la mayoría de los ancianos consumen medicamentos de forma regular .

Según nuestros resultados, sólo el 15,3% de los ancianos canarios habrían permanecido sin medicación alguna durante el mes anterior a la entrevista. Pese a estas diferencias en el período “ventana” para la utilización de medicación, da la impresión de que el porcentaje de ancianos canarios que consumen habitualmente fármacos es mayor que en otras zonas de España, puesto que la gran mayoría de los fármacos que tomaban las personas participantes en nuestro estudio eran medicaciones de uso continuo o habitual, por lo que el porcentaje de ancianos sin medicación hubiera disminuido poco al restringir a un lapso de tiempo más corto el período considerado para el estudio de toma de medicamentos.

Consumo de tranquilizantes e hipnóticos

De acuerdo con un estudio de la Cruz Roja Española llevado a cabo en 1984 y titulado “El consumo de drogas en España”, el 8,2% de las personas de 69 años o más habían tomado tranquilizantes en los últimos 6 meses, y el 11,6% de las personas de igual edad habían tomado hipnóticos en igual período de tiempo [83].

Según nuestros datos, al menos un 17,5% de los ancianos canarios habían tomado psicofármacos, y un 13,5% habría tomado hipnóticos en el mes anterior, lo que parece indicar un consumo algo superior al registrado en el estudio de Cruz Roja.

Porcentaje de ancianos autodeclarados diabéticos en tratamiento farmacológico hipoglucemiante.-

De acuerdo con los datos de las Figuras 41 y 45, de los 50 participantes en nuestro estudio que dijeron padecer diabetes, 40 (80%) estaban con tratamiento farmacológico hipoglucemiante. De estas 40 personas, 11 (28%) estaban en tratamiento con insulina y 29 (72%) tomaban hipoglucemiantes orales. Esta relación de 1:2,6 entre el uso relativo de insulinas e hipoglucemiantes orales por los ancianos de nuestro estudio se mantiene dentro del rango de 1:2 a 1:4 calculado

para las diferentes provincias españolas de acuerdo con las Dosis Diarias Definidas consumidas por cada 1.000 beneficiarios de la Seguridad Social [95].

Autovaloración de salud general

En el Perfil Sociosanitario de la Comunidad de Madrid, el 21% de los ancianos consideró malo su estado de salud, y el 6% muy malo [60].

Según la Encuesta Nacional de Salud de 1987, el 16,8% de los ancianos varones y el 22,2% de las ancianas referían tener un estado de salud malo o muy malo [60].

De acuerdo con el Libro Blanco de la Geriátría Española, el 17% de los ancianos dicen tener mala o muy mala salud [10].

Según el presente estudio, el 16,0% (IC95%: 11,8%-20,8%) de los ancianos de Canarias consideran que tienen mala salud general, por lo que nuestros resultados son similares a los de la Encuesta Nacional de Salud y a los del Libro Blanco.

Sedentarismo

El 48,2% de los ciudadanos españoles de 65 años o más son sedentarios, de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1987 [83].

Según la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, el sedentarismo para la actividad habitual y durante el tiempo libre se registran respectivamente en el 55,8% y 89,6% de los varones [60].

De acuerdo con BERMEJO y cols, sólo el 54,8% de los ancianos de su muestra camina más de 1 Km. al día, y un 15,9% de los sujetos no salen de casa [79].

Según nuestro estudio, el 35,5% de los ancianos canarios no practican ningún tipo de ejercicio físico. No obstante hay que señalar que, entre los entrevistados que sí dijeron practicar ejercicio, bien ocasional o regular, una buena parte llevaban a cabo un ejercicio de muy baja intensidad y/o duración.

Molestias en los pies

Según la Encuesta Nacional de Salud de 1987, el 17,2% de las personas de más de 65 años tenían problemas en los pies [79], pero parece ser que dichos problemas se referían a edemas maleolares [82].

Según nuestros datos, el 32,3% de los ancianos de Canarias sufrirían molestias en los pies al caminar. No obstante, una parte de los participantes tenían

molestias referidas de otras zonas del miembro inferior.

Es difícil comparar nuestro resultado con el de la Encuesta Nacional de Salud, dado que no conocemos la formulación exacta de la pregunta en la misma, y la multiplicidad de patologías que pueden afectar los pies de los ancianos (problemas circulatorios arteriales o venosos, ortopédicos, infecciosos, etc.) hacen que una simple pregunta sobre el particular sea insuficiente y se precisen varias para detallar y disgregar estas múltiples patologías.

Hábito alcohólico

Según la Encuesta Nacional de Salud de 1987, el 46,0% de los ancianos españoles de ambos sexos eran consumidores de alcohol, dándose este hábito en el 62,4% de los varones y en el 33,8% de las mujeres. El porcentaje de bebedores considerados excesivos entre las personas de 65 años y más de ambos sexos fue del 1,5% (3,1% entre los varones y 0,3% entre las mujeres) [83].

En la Encuesta de Salud de Barcelona de 1986, el 62,1% de las personas de 65 años o más dijeron ingerir muy poco alcohol, mientras que el 10,8% dijo ingerir una moderada cantidad de alcohol y un 0,9% admitió ingerir bastante/mucho alcohol [81].

BERMEJO y cols. encontraron que un 29,4% de los ancianos de su muestra bebían habitualmente, siendo este hábito más frecuente en el hombre (50%) que en la mujer (15%) ($P < 0,001$). De entre los bebedores, consideraron que un 29% cumplían criterios de consumo de alcohol en exceso (más de 39 gramos en el varón y de 24 gramos en la mujer) [79].

Recordemos que nuestros datos fueron: 28,8% de ancianos bebedores de alcohol, con hábito alcohólico de un 56,5% entre los varones y 10,9% entre las mujeres ($P < 0,00001$). Por lo tanto concuerdan en gran parte con los de BERMEJO y cols., pero en nuestro estudio estos porcentajes se refieren a consumo actual o previo de bebidas alcohólicas, mientras que a los datos arriba indicados del estudio de BERMEJO y cols. habría que añadirles un 38,3% adicional de ancianos que habían abandonado el consumo de alcohol en los últimos años.

Hábito tabáquico

Según la Encuesta Nacional de Salud de 1987, entre los ancianos españoles el 95,7% de las mujeres y el 34,4% de los varones no son fumadores, mientras que el 95,0% de las mujeres y el 22,7% de los varones declararon que nunca habían fumado [83].

La Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca considera que el

9,1% y el 16,9% de los varones ancianos son fumadores excesivos o moderados respectivamente [60].

En la Encuesta de Salud de Barcelona de 1986, el 26% de los varones y el 2,7% de las mujeres mayores de 65 años eran fumadores [60]. En conjunto eran fumadores el 12,8% de los ancianos y ex-fumadores un 20,5% adicional [81].

En el estudio de BERMEJO y cols., el 14,5% de los encuestados de ambos sexos eran fumadores en el momento de la entrevista, y el 34,8% eran ex-fumadores [79]. El porcentaje de fumadores actuales entre los varones era de un 33,9% y entre las mujeres de un 1,3%, una diferencia estadísticamente muy significativa ($P < 0,001$).

En nuestro estudio hemos encontrado que son fumadores el 12,0% de los ancianos canarios y ex-fumadores un 26,0% adicional. Entre los varones eran fumadores en el momento de la entrevista el 26,6%, en contraste con sólo un 2,4% de mujeres, diferencia también muy significativa ($P < 0,00001$).

Audición y visión subjetivas

De acuerdo con la Encuesta de Salud de Barcelona de 1986, el 20,9% de los ancianos de esa ciudad tiene dificultad para oír una conversación normal, y el 77,5% tiene algún "problema de vista" (sic) [81].

Según la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, el 15% de las personas mayores de 65 años residentes en esa comunidad tenían problemas de audición y el 84% referían tener problemas de visión [60].

En el estudio de BERMEJO y cols. el déficit auditivo alcanzó al 31,9% de los ancianos, mientras que el 30,0% tenían déficit visual [79].

En el Perfil Sociosanitario de la Comunidad de Madrid, el 83% de los ancianos encuestados usaba gafas, pese a lo cual el 50% de todos los encuestados tenía problemas de visión pese a la utilización de lentes correctoras. El 33% presentaba déficits auditivos más o menos intensos, pero sólo utilizaban audífono el 6%, y de ellos sólo la décima parte conseguían corregir el déficit [60].

Recordemos que según nuestro estudio el 10,7% de los ancianos canarios oyen mal y un 0,8% adicional están totalmente sordos, mientras que un 17,1% tienen mala visión subjetiva pese a la corrección refractiva y un 0,7% adicional están totalmente ciegos.

El 70,2% de ancianos encuestados usaban gafas o lentillas, pero sólo el 3,2% utilizaban audífono.

Llama la atención la notable disparidad en los porcentajes de déficit auditivo y visual en distintos estudios realizados en ancianos que viven en la comunidad. Pensamos que ello puede deberse a influencia de las preguntas y/o gradaciones utilizadas, por lo que convendría unificar criterios respecto a lo que se considera déficit visual o auditivo en futuros estudios epidemiológicos a llevar a cabo en la senectud.

El problema de las cataratas

En un estudio realizado en 1.981 en una muestra aleatoria de la población rural de la provincia de Madrid, el 10,4% de las personas de 65 años o más y el 14,8% de las personas de 75 años o más padecían incapacidad a causa de cataratas [60].

En nuestro estudio hemos visto que el 20,6% de los ancianos canarios que no han sido operadas de cataratas estarían incapacitados a causa de las mismas, lo que indica una elevada prevalencia de esta causa remediable de déficit visual e implica una llamada de atención a las autoridades sanitarias para la mejora de la asistencia oftalmológica en este aspecto tan específico de la población geriátrica.

Incapacidad para las Actividades de la Vida Diaria (AVD)

Según la Encuesta de Salud de Barcelona, el 43% de los ancianos tienen problemas para realizar alguna de las AVD y un 15% no es capaz de realizar ninguna sin ayuda [60].

En una Encuesta Sociosanitaria llevada a cabo en 1988 en una muestra aleatoria de 590 personas mayores de 65 años en Guadix (Granada), en la que se valoraron las AVD mediante una escala de 14 ítems, se encontró que el 61% de los sujetos no tenían dificultades para realizar las actividades domésticas y el 73% podían atender a su cuidado personal. Las mayores dificultades eran para hacer las compras (26%) y bañarse (29%) [60].

En el Perfil Sociosanitario de la Comunidad de Madrid, el 72,7% de los ancianos eran independientes para las AVD Básicas (AVD-B) [60].

El 77,7% de los ancianos de Canarias podrían, según nuestro estudio, llevar a cabo todas las AVD-B sin ayuda, porcentaje muy cercano al obtenido en la Comunidad de Madrid. Pero sólo el 50,9% de nuestros ancianos podrían realizar todas las AVD Instrumentales (AVD-I) sin ayuda. De las AVD-B, la que generó más dificultades fue la de bañarse/ ducharse, y de las AVD-I la de la limpieza de la casa, como hemos visto en las Figuras 60 a 63. Aún siendo la actividad de comer la AVD-B más resistente a la incapacidad, hasta un 8,6% de los ancianos necesitaban ayuda para realizar esta actividad tan básica para la supervivencia.

Porcentaje de incontinentes

El Perfil Sociosanitario de la Comunidad de Madrid encontró que el 13% de los ancianos tenían incontinencia urinaria de algún grado, y el 4% incontinencia fecal [60].

Nuestro 11,4% de ancianos con incontinencia urinaria frecuente es prácticamente idéntico al obtenido en la Comunidad de Madrid, pero entre los ancianos canarios un 30,2% adicional tendría incontinencia urinaria ocasional, lo que da idea de la notable magnitud de este problema sanitario.

Uso de ayudas técnicas

En el estudio realizado en 1981 en una muestra aleatoria de la población rural de la provincia de Madrid, el 15,9% de las personas de 75 años o más necesitaban bastones o muletas, y el 0,3% de las de 65 años o más usaban silla de ruedas [60].

En nuestro estudio, al menos el 15,4% de los encuestados usaban bastón, y el 5,6% utilizaban silla de ruedas. Pese al mayor peso del segmento de población de 75 años y más en nuestro estudio, está claro que el número de usuarios de sillas de ruedas en los ancianos canarios resulta muy superior, por lo que sería conveniente que estudios ulteriores exploraran con más detalle las etiologías causantes de este mayor uso de sillas de ruedas en nuestra población senecta.

Es de destacar el uso de los absorbentes de incontinencia por más de un 10% de los ancianos. Por tratarse de productos de reciente implantación no hemos encontrado datos comparativos de su uso en las Encuestas de Salud revisadas, pero dado su elevado coste para la asistencia sanitaria de la Seguridad Social hemos creído interesante reseñarlo.

Dentición y masticación

En la Encuesta de Salud de Barcelona de 1986, el 30,1% de los ancianos tenían problemas para masticar los alimentos sólidos y un 65% había perdido al menos la mitad de su dentadura [61].

Según nuestro estudio, el 36,9% de los ancianos de Canarias tendrían problemas masticatorios y un 54,4% serían portadores de prótesis dentaria.

Los problemas masticatorios fueron significativamente ($P=0,02$) menos frecuentes en los portadores de prótesis dentaria que en los ancianos que no la portaban. Esto viene a indicar que, pese a los posibles problemas derivados del uso de las prótesis dentarias, en el conjunto de la población anciana las prótesis dentarias mejoran la capacidad masticatoria.

Comparación de los resultados obtenidos en los diferentes estratos quinquenales de edad

Son escasas las fuentes de comparación de los datos que nosotros hemos estratificado por edad. A continuación se comparan con nuestros datos los resultados estratificados por los mismos grupos quinquenales de edad obtenidos en otros estudios.

Prevalencia de demencia según edad

BERMEJO y cols. encuentran una prevalencia de demencia alrededor del 5% en los grupos de 65 a 69 y de 70 a 74 años, pero esta prevalencia sufre a partir de los 75 años un incremento progresivo hasta alcanzar un 30% de prevalencia de demencia en las personas de 85 años y más [79].

Nosotros hemos estimado nuestros porcentajes de probable incapacidad cognitiva a partir del número de sujetos con 5 o más errores ajustados en el Cuestionario del Estado Mental Portátil de Pfeiffer. Repartiendo por grupos quinquenales de edad a los participantes con 5 o más errores en el Pfeiffer obtenemos la Tabla 66, que nos permite comparar nuestra prevalencia de probable incapacidad cognitiva con la prevalencia de demencias diagnosticadas por BERMEJO y cols. en los mismos grupos de edad. Como vemos, las estimaciones de BERMEJO y cols. caen dentro de nuestros respectivos intervalos de confianza del 95%, excepto en el grupo de 80-84 años en que la estimación de BERMEJO y cols. es algo mayor al límite superior de nuestro intervalo de confianza. De todos modos, el paralelismo es bastante notable.

Tabla 66

Comparación de la prevalencia de probable incapacidad cognitiva en Canarias con la prevalencia de demencia en el estudio de BERMEJO [79]

Grupo de edad	Canarias (IC 95%)	Bermejo
65-69 años	4,0% (0,4%-13,7%)	5,1%
70-74 años	0,0% (0,0%- 5,7%)	5,2%
75-79 años	7,6% (2,8%-15,8%)	11,4%
80-84 años	7,3% (2,0%-17,6%)	19,0%
85 años y más	24,0% (13,0%-38,2%)	29,6%

IC: Intervalo de confianza.

Estabilidad de la prevalencia de depresión con la edad

BERMEJO y cols. encuentran que la frecuencia de depresión en los distintos grupos de edad se mantiene, aunque existe una ligera disminución en el grupo de 85 años y más [79]. Nosotros, hemos encontrado que la puntuación total obtenida en la Evaluación Psiquiátrica Abreviada no varía significativamente con la edad, y ya hemos señalado antes que las puntuaciones altas en dicha Evaluación en grupos de población son muy probablemente indicativas de una alta prevalencia de depresión en dicha población.

Frecuencia de enfermedades según la edad

BERMEJO y cols. presentan gráficamente, según grupos quinquenales de edad, las prevalencias de distintas enfermedades en los ancianos: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatías, cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades articulares y accidentes cerebrovasculares. En ninguna de ellas se hace evidente ningún patrón de claro aumento o disminución con la edad. Pero estos autores señalan en su texto que la artrosis incrementa su prevalencia desde el 71% en los sujetos de edad inferior a 70 años hasta el 81% en los de edad superior a 84 años [79].

En nuestro estudio sólo hemos encontrado un aumento de las afecciones reumáticas en el límite de la significación estadística ($P=0,05$), y un aumento claro de la prevalencia de hemiplejías en los grupos más añosos ($P=0,002$).

Problemas visuales y auditivos según la edad

BERMEJO y cols. encuentran un incremento notable en los déficit sensoriales con la edad que pasan desde el 18,5% en los trastornos visuales y 23,4% en los auditivos en los sujetos más jóvenes, hasta el 57,1% en los trastornos visuales y 72,7% en los auditivos en los individuos mayores de 84 años [79].

Nosotros hemos constatado también una peor visión subjetiva con el aumento de la edad, aunque no hemos encontrado clara pérdida de la audición subjetiva en los grupos más añosos.

Prevalencia de incapacidad según edad

Ya hemos comentado que el Perfil Sociosanitario de la Tercera Edad en la Comunidad de Madrid utilizó la escala de AVD-B de Katz [60]. Veamos en la Tabla 67 la comparación de nuestros porcentajes de incapacidad en alguna de las AVD-B comparados con los de Madrid, estratificados por grupos de edad. Observamos que los porcentajes de incapacidad en la Comunidad de Madrid están dentro de

nuestros intervalos de confianza, salvo en el caso del grupo de 75-79 años, en que supera ligeramente su límite superior. En ambos casos dichos porcentajes aumentan claramente en las edades avanzadas, como es lógico esperar dados los incrementos en la incapacidad para cada una de las AVD-B con la edad.

Tabla 67

Porcentajes de incapacidad en alguna de las AVD-B en Canarias y en la Comunidad de Madrid [60] según grupos de edad

Grupo de edad	Canarias (IC 95%)	Madrid
65-69 años	14,6% (6,0%-27,8%)	15,3%
70-74 años	7,8% (2,2%-18,9%)	18,6%
75-79 años	22,8% (14,1%-33,6%)	34,6%
80-84 años	35,8% (23,1%-50,2%)	48,7%
85 años y más	70,8% (55,9%-83,1%)	73,8%

AVD-B: Actividades de la Vida Diaria Básicas.

IC: Intervalo de Confianza.

En el Perfil Sociosanitario de la Comunidad de Madrid encontraron, además, que los ancianos más incapacitados para las AVD-B causaban más ingresos en hospitales [60]. Nosotros hemos reanalizado nuestros datos en ese sentido y hemos comprobado que las personas que tenían incapacidad en alguna de las AVD-B tenían una media de días de ingreso hospitalario significativamente superior ($P=0,004$) a la de los ancianos que no tenían incapacidad alguna en las AVD-B, y que asimismo tenían más días de incapacidad por enfermedad ($P=0,04$), pero no más visitas médicas ($P=0,51$) a lo largo del semestre precedente. Hay que tener en cuenta que la media de edad de las personas con incapacidad en alguna de las AVD-B era más de 5 años superior a la de las personas sin incapacidad en las AVD-B, y esta diferencia era significativa con $P<0,001$. No obstante, en la comparación de los días de ingreso hospitalario por grupos quinquenales de edad, presentada en la Tabla 29, no se alcanzó la significación estadística.

No hemos encontrado datos en otros estudios españoles sobre la prevalencia de incapacidad para alguna de las AVD-I en los distintos grupos de edad. Nosotros hemos calculado la nuestra que se compara en la Tabla 68 con la de los ancianos estadounidenses de los mismos grupos de edad [96]. Como puede apreciarse, tanto en nuestro estudio como en EEUU aumenta la incapacidad para las AVD-I con la edad, si bien los porcentajes de incapacidad en EEUU son constantemente más bajos, probablemente por usar un criterio diferente respecto al um-

bral de incapacidad. Es llamativo que en Canarias la incapacidad para alguna de las AVD-I llega casi a alcanzar el 90% a partir de los 85 años de edad.

Tabla 68

Porcentajes de incapacidad en alguna de las AVD-I en Canarias y los Estados Unidos [96] según grupos de edad

Grupo de edad	Canarias (IC 95%)	EEUU
65-69 años	37,5% (24,0%-52,6%)	18,1%
70-74 años	37,2% (24,1%-51,9%)	23,7%
75-79 años	50,6% (39,1%-62,1%)	29,2%
80-84 años	77,4% (63,8%-87,7%)	40,0%
85 años y más	89,6% (77,3%-96,6%)	55,2%

AVD-I: Actividades de la Vida Diaria Instrumentales

IC: Intervalo de Confianza.

Posibilidad de sesgo de selección

Resulta llamativo que, en casi todos los parámetros estudiados por nosotros, las personas de 65 a 69 años de edad están en conjunto peor que los participantes en el estrato de 70 a 74 años de edad. A pesar de los datos estadísticos tranquilizadores respecto a la ausencia de sesgos, y pese a todas nuestras cautelas para evitarlos, no podemos descartar que pueda haberse producido un sesgo de selección por participación selectiva de los más incapacitados del estrato de 65 a 69 años, dada la elevada movilidad que aún conservan las personas sanas de ese grupo de edad.

Validez de las valoraciones de salud

La carencia de una definición operativa de salud dificulta extraordinariamente evaluar la validez de los estudios sobre calidad de vida y sobre valoración de la salud. HYLAND intenta conciliar diversos acercamientos al estudio de dicha validez y concluye afirmando que la valoración de la salud depende crucialmente de la percepción subjetiva de su salud por parte del paciente. Pero esta percepción y evaluación subjetivas no son unitarias, sino que dependen, por una parte, del conocimiento de los eventos, y por otra de la evaluación de los mismos, procesos que se realizan de forma independiente y que utilizan diferentes estructuras neurológicas [97].

En ocasiones se critica la utilización exclusiva de cuestionarios para la evaluación de los niveles de salud y de incapacidad, como se ha llevado a cabo en el presente estudio. Pese a que REUBEN y cols. presentan datos que apoyan el uso de mediciones objetivas para completar las autovaloraciones de salud e incapacidad [98], MYERS y cols. no encontraron que las mediciones objetivas de la capacidad funcional fueran psicométricamente superiores a las autovaloraciones mediante cuestionario [99].

Existen estudios recientes que demuestran tanto la utilidad de la valoración funcional mediante cuestionario como predictor de mortalidad [100], como la relación entre la autovaloración de la salud con la capacidad funcional subjetiva y objetiva [101] y con la mortalidad por enfermedades crónicas [102].

Conveniencia de continuar este estudio con un seguimiento longitudinal

Este es un estudio transversal, en un momento de tiempo único. Un estudio consistente sobre la morbilidad y los problemas de salud requeriría una dimensión temporal [82], con un seguimiento de la supervivencia, de la evolución de las incapacidades y del uso de servicios asistenciales de cada uno de los ancianos estudiados.

Por ello resultaría de interés que esta investigación tuviese una continuidad temporal, y que al menos parte de las preguntas se refiriesen al mismo grupo o panel de personas a lo largo del tiempo, lo que nos permitiría evaluar la validez predictiva de los datos obtenidos [77], identificar las características de los ancianos en riesgo de deterioro biopsicosocial [103], discernir la existencia de efectos de cohorte que explicarían una declinación de funciones en los ancianos menos brusca de la sugerida por este estudio transversal [104] y detectar las acciones más efectivas para la promoción de la salud y la prevención del deterioro funcional en la ancianidad [105].



Conclusiones

Ha sido factible llevar a cabo la valoración geriátrica integral o comprensiva a domicilio de una muestra representativa de ancianos de Canarias, pero han sido necesarios una dedicación extraordinaria y un esfuerzo ímprobo por parte del investigador principal y los demás miembros del equipo de investigadores.

El número de personas de 65 años o más, incluidas en el estudio, fue de 285, habiéndose conseguido que aceptaran participar en el mismo más del 90% de los ancianos contactados.

El promedio de duración de las entrevistas de valoración fue de 36 minutos, con lo que se evitó el cansancio de los ancianos participantes y la posibilidad de generar respuestas erróneas por ese motivo.

Los resultados más destacables del estudio son, a nuestro juicio, los siguientes:

-El 10,8% de los ancianos canarios viven solos, porcentaje algo inferior al de otros estudios nacionales, lo que quizás pueda estar en relación con el notable promedio de 3,6 hijos vivos por anciano.

-El 1,1% de los habitantes de Canarias de 65 años o más están institucionalizados, porcentaje muy inferior al de otros países desarrollados, por lo que es de esperar una fuerte demanda de plazas en instituciones geriátricas o gerontológicas en los próximos años.

-El 12% de los ancianos de Canarias dicen recibir ayuda económica regular por parte de sus amigos o familiares para completar su pensión o pensiones, siendo este porcentaje bastante superior al de otras zonas de España.

-Casi un 25% de las personas de edad residentes en Canarias sufren alguna caída cada semestre.

-Los ancianos canarios reciben menos visitas médicas pero se hospitalizan más que en el resto de España.

-De entre las enfermedades crónicas que más afectan a los ancianos destaca en Canarias la diabetes, que es dos veces más frecuente entre nuestros ancianos que en el resto de ancianos españoles.

-El consumo de fármacos entre los ancianos parece ser algo mayor en Canarias que en el resto de España.

-El 21% de los ancianos canarios que no han sido operados de cataratas

están incapacitadas a causa de las mismas, lo que indica una elevada prevalencia de esta causa remediable de déficit visual.

-El 78% de los ancianos de Canarias podrían llevar a cabo todas las Actividades de la Vida Diaria (AVD) Básicas (AVD-B) sin ayuda, pero sólo el 51% de nuestros ancianos podrían realizar todas las AVD Instrumentales (AVD-I) sin ayuda.

-El 11% de nuestros ancianos tiene incontinencia urinaria frecuente, y un 30% adicional refiere tenerla ocasional.

-El 39% de los encuestados tenían problemas masticatorios, parte de los cuales podrían corregirse si aumentara el porcentaje de portadores de prótesis dentaria.

-Con las edades avanzadas aumenta la repercusión funcional de las hemiplejías y de las afecciones reumáticas en la población anciana de Canarias.

-Al avanzar la edad aumentan en nuestros ancianos los problemas visuales, pero no las dificultades auditivas.

-A partir de los 85 años se alcanzan en Canarias porcentajes de incapacidad para alguna de las AVD-B y para alguna de las AVD-I del 71% y del 90% respectivamente.

La continuación de esta importante y difícil investigación transversal mediante un estudio de seguimiento longitudinal abriría unas perspectivas extraordinarias de enriquecimiento de nuestros conocimientos sobre el envejecimiento de los ciudadanos de Canarias y sobre las actuaciones más eficaces para lograr para todos una vejez cada vez más saludable.



Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Planificación y organización de los servicios geriátricos. Ginebra: OMS, 1974. (Serie de Informes Técnicos nº 548).
2. Organización Mundial de la Salud. Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos. Ginebra: OMS, 1984. (Serie de Informes Técnicos nº 706)
3. Gray JAM. Aspectos sociales y comunitarios del envejecimiento. En: Pathy MSJ, ed. Principios y práctica de la medicina geriátrica. Madrid: Ediciones CEA, 1988; 17-56.
4. Cristofalo VJ, Gerhard GS, Pignolo RJ. Molecular biology of aging. Surg Clin North Am 1994; 74 (1): 1-21.
5. Moreno Ramis PA. Estudio de población, mortalidad y fecundidad en Canarias. Santa Cruz de Tenerife: Gobierno de Canarias, 1990; 27.
6. Centro de Estadística y Documentación de Canarias. Padrón municipal - Habitantes de Canarias - 1986. Volumen 1. Las Palmas G.C.: Consejería de Economía y Hacienda del Gobierno de Canarias, 1988.
7. Instituto Canario de Estadística. Censo de población y viviendas - Canarias - 1991. Avance de resultados. Las Palmas G.C.: Consejería de Economía y Hacienda del Gobierno de Canarias, 1992.
8. Jiménez Herrero F. Bases demográficas de la geriatría. En: Jiménez Herrero F, ed. Gerontología 1992. Madrid: Ediciones CEA, 1991; 3-14.
9. OCDE/OECD. Ageing populations. The social policy implications. París: OCDE/OECD, 1988.
10. Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief y Sociedad Española de Geriatría. Estudio sociológico - Libro blanco: El médico y la tercera edad. Situación actual de la prevención, tratamiento y organización asistencial de la enfermedad en la Tercera Edad. Madrid: Laboratorios Beecham, 1986.
11. Akhtar AJ, Broe GA, Crombie A, McLean WMR, Andrews GR, Baird FI. Disability and dependency in the elderly at home. Age Ageing 1973; 2: 102-111.
12. Feinberg AW. Financing long-term care: the need for a National Health Plan. Ann Intern Med 1988; 108: 295-296.
13. Salgado Alba A. Geriatría, especialidad médica. En: Salgado Alba A, Guillén Llera F, eds. Manual de geriatría. Barcelona: Salvat, 1990; 29-40.

14. Moliner M. Diccionario de uso del español. Madrid: Gredos, 1977.
15. Williams EI, Bennett FM, Nixon JV, Nicholson MR, Gabert J. Sociomedical study of patients over 75 in general practice. *Br Med J* 1972; 2: 445-448.
16. Williamson J. Medicina preventiva. En: Exton-Smith AN, Weksler ME, ed. *Tratado de geriatría*. Barcelona: Jims, 1988: 41-53.
17. German PS, Fried LP. Prevention and the elderly: public health issues and strategies. *Annu Rev Public Health* 1989; 10: 319-332.
18. Kallenberg GA, Beck JC. Care of the geriatric patient. En: Rakel RE, ed. *Textbook of family practice*. Filadelfia: Saunders, 1984: 244-282.
19. Kaplan GA, Haan MN, Cohen RD. Risk factors and the study of prevention in the elderly: methodological issues. En: Wallace RB, Woolson RF, eds. *The epidemiologic study of the elderly*. Nueva York: Oxford University Press, 1992: 20-36.
20. Minaker K, Rowe J. Clinical problems in geriatrics. En: Branch WT, ed. *Office practice of medicine*. Filadelfia: Saunders, 1987: 1083-1097.
21. Rowe JW. Health care of the elderly. *N Engl J Med* 1985; 312: 827-835.
22. Health and Public Policy Committee, American College of Physicians. Methods for stopping cigarette smoking. *Ann Intern Med* 1986; 105: 281-291.
23. O'Malley PJ, Epstein AM. Immunization of the adult. En: Branch WT, ed. *Office practice of medicine*. Filadelfia: Saunders, 1987: 1255-1263.
24. Sims RV, Steinmann WC, McConville JH, King LR, Zwick WC, Schwartz JS. The clinical effectiveness of pneumococcal vaccine in the elderly. *Ann Intern Med* 1988; 108: 653-657.
25. Christie AB. *Infectious diseases: epidemiology and clinical practice*. Edimburgo: Churchill Livingstone, 1980.
26. Wilkins R, Adams OB. Changes in the healthfulness of life of the elderly population: an empirical approach. *Rev Epidem Santé Publ* 1987; 35: 225-235.
27. Klein SD. Class, culture, and health. En: Last JM, ed. *Maxcy-Rosenau public health and preventive medicine*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts, 1980: 1021-1034.

28. Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 1980; 303: 130-135.

29. Schneider EL, Brody JA. Aging, natural death, and the compression of morbidity: another view. *N Engl J Med* 1983; 309: 854-856.

30. Arbelo Curbelo A, Arbelo López de Letona A. La mortalidad general en España. Año 1984. *Tribuna Médica* 16-22 dic 1988: 3-4.

31. Middleton L, Miller L, Greene J. Case management. En: Pfeiffer E, ed. *Issues in long-term care and Alzheimer's disease*. Tampa, Florida: Suncoast Gerontology Center, 1985.

32. Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment, pp 724-727. En: Solomon DH, moderador. *New issues in geriatric care*. *Ann Intern Med* 1988; 108: 718-732.

33. Salgado Alba A, González Montalvo JI. Importancia de la valoración geriátrica. En: Salgado Alba A, Alarcón Alarcón MT. *Valoración del paciente anciano*. Barcelona: Masson, 1993; 1-18.

34. Rubenstein LZ, Abrass IB. Valoración geriátrica. En: Exton-Smith AN, Weksler ME, ed. *Tratado de geriatría*. Barcelona: Jims, 1988; 20-30.

35. Goldman L, Hashimoto B, Cook F, Loscalzo A. Comparative reproducibility and validity of systems for assessing cardiovascular functional class: advantages of a new specific activity scale. *Circulation* 1981; 64: 1227-1234.

36. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185:914-919.

37. Cruz Jentoft AJ. El índice de Katz. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1991; 26: 338-348.

38. Abramson JH. *Survey methods in community medicine*. Edimburgo: Churchill Livingstone, 1990; 128-129.

39. Salgado Alba A, Guillén Llera F. Unidades geriátricas de hospitalización. En: Salgado Alba A, Guillén Llera F, eds. *Manual de geriatría*. Barcelona: Salvat, 1990; 53-60.

40. González Montalvo JI, Rodríguez Pascual C, Diestro Martín P, Casado

Casado MT, Vallejo Pezuela MI, Calvo Catalán MJ. Valoración funcional: Comparación de la escala de Cruz Roja con el índice de Katz. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1991; 26 (3): 197-202.

41. Kane RA, Kane RL. *Assessing the elderly. A practical guide to measurement.* Lexington, Massachusetts: Lexington, 1981:59-62.

42. Burton B, Cairl R, Keller D, Pfeiffer E. *Functional Assessment Inventory. Training manual.* Tampa, Florida: Suncoast Gerontology Center - University of South Florida, 1983.

43. Alarcón Alarcón MT, González Montalvo JI, Salgado Alba A. Valoración funcional del paciente anciano. En: Salgado Alba A, Alarcón Alarcón MT. *Valoración del paciente anciano.* Barcelona: Masson, 1993; 47-72.

44. Yoshikawa TT, Beck JC. *Gerontology and geriatric medicine.* En: Stein JH, ed. *Internal medicine.* Boston: Little, Brown and Company, 1987:2307-2318.

45. Cohen D, Eisdorfer C. Alteraciones depresivas. En: Exton-Smith AN, Weksler ME, ed. *Tratado de geriatría.* Barcelona: Jims, 1988; 129-139.

46. Katzman R. Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 1986; 314:964-973.

47. Summers WK, Majovski LV, Marsh GM, Tachiki K, Kling A. Oral tetrahydroaminoacridine in long-term treatment of senile dementia, Alzheimer type. *N Engl J Med* 1986; 315:1241-1245.

48. Davis KL, Mohs RC. Cholinergic drugs in Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 1986; 315:1286-1287.

49. Barclay L, Blass JP. Evaluación y tratamiento del paciente con alteración del conocimiento. En: Exton-Smith AN, Weksler ME, ed. *Tratado de geriatría.* Barcelona: Jims, 1988; 108-121.

50. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975; 23: 433-441.

51. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res* 1975; 12:189-198.

52. Lobo A, Ezquerro J, Gómez Burgada F, Sala JM, Seva Díaz A. El minixamen cognoscitivo (un "test" sencillo, práctico, para detectar alteraciones

intelectuales en pacientes médicos). Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría 1979; 7 (3): 189-202.

53. Mercé Cortes J, Cruz Jentoft AJ. Evaluación funcional del anciano. En: Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ. Geriátria. Madrid: Idepsa, 1991; 7-14.

54. Giner S. Sociología. Barcelona: Ediciones Península, 1976; 117.

55. Latour Pérez J, Álvarez-Dardet Díaz C. La medición del nivel socioeconómico. Med Clin (Barc) 1989; 92: 470-474.

56. George LK, Bearon LB. Quality of life in older persons: meaning and measurement. Nueva York: Human Sciences Press, 1980.

57. Duke University Center for the Study of Aging and Human Development. OARS multidimensional functional assessment questionnaire. Durham, North Carolina: Older Americans Resources and Services Program of the Duke University, 1975.

58. Lawton MP. The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision. J Gerontol 1975; 30:85-89.

59. Coulton C. Developing an instrument to measure person-environment fit. Journal of Social Service Research 1979; 3:159-173.

60. Rodríguez Pérez MP, Banegas Banegas JR. La situación sociosanitaria de los ancianos en España: revisión actualizada de las encuestas de salud. En: Grupo de Trabajo sobre Envejecimiento. Epidemiología del envejecimiento en España. Madrid: Fondo de Investigación Sanitaria, 1990; 53-77.

61. Pérez Hernández DG. Estudio sociosanitario de la población anciana de Lanzarote. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina, Universidad de La Laguna, 1990.

62. Anía Lafuente BJ. Evaluación multidimensional de los residentes en Centros de Crónicos de la Seguridad Social de la isla de Gran Canaria. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna, 1989.

63. Ley Orgánica 10/1982, de 10 de Agosto, de Estatuto de Autonomía de Canarias (Boletín Oficial del Estado núm. 195, de 16-8-82).

64. Armitage P, Berry G. Statistical methods in medical research. Oxford: Blackwell, 1987; 160-168.

65. Duke University Center for the Study of Aging and Human Development. OARS multidimensional functional assessment questionnaire. Durham, North Carolina: Older Americans Resources and Services Program of the Duke University, 1975.

66. Cairl RE, Pfeiffer E, Keller DM, Burke H, Samis HV. An evaluation of the reliability and validity of the Functional Assessment Inventory. *J Am Geriatr Soc* 1983; 31: 607-612.

67. Cairl RE, Pfeiffer E, Keller D. Geriatric Assessment Testing and Evaluation System (GATES). Tampa (Florida): Suncoast Gerontology Center, 1988.

68. Burton B, Cairl R, Keller D, Pfeiffer E. Functional Assessment Inventory. Training manual. Tampa (Florida): Suncoast Gerontology Center - University of South Florida, 1983.

69. Mace NL, Rabins PV. 36 horas al día. Guía para los familiares de los pacientes de Alzheimer. Barcelona: Áncora, 1991.

70. Sigma: Base de datos bioestadística. Madrid: Horus Hardware, 1989.

71. Gahlinger PM, Abramson JH. Computer programs for epidemiologic analysis. Honolulu, Hawaii: Makapuu Medical Press, 1993; 164-167.

72. Altman DG. Practical statistics for medical research. Londres: Chapman & Hall, 1991.

73. Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. Nueva York: Wiley, 1981.

74. Neter J, Wasserman W, Kutner MH. Applied linear statistical models. Regression, analysis of variance, and experimental designs. Homewood, Illinois: Irwin, 1990.

75. Armitage P, Berry G. Statistical methods in medical research. Oxford: Blackwell, 1987; 372.

76. Zar JH. Biostatistical analysis. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1984.

77. Abramson JH. Survey methods in community medicine. Edimburgo: Churchill Livingstone, 1990; 246-247.

78. Rose GA, Blackburn H, Gillum RF, Prineas RJ. Métodos de encuesta so-

bre enfermedades cardiovasculares. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1982. (Serie de Monografías OMS nº 56).

79. Bermejo Pareja F. Nivel de salud y deterioro cognitivo en los ancianos. Estudio poblacional en tres barrios de Madrid. Barcelona: SG Editores, 1993.

80. Antó Boqué JM, Company Serrat A, Domingo Salvany A. Enquesta de salut de Barcelona - 1983. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 1984.

81. Alonso J, Ruigómez A, Antó JM. La Salud de los ancianos de Barcelona. En: Grupo de Trabajo sobre Envejecimiento. Epidemiología del envejecimiento: recopilación de datos y estudios españoles. Madrid: Fondo de Investigación Sanitaria, 1990; 223-233.

82. Guillén MF. Estructura social y salud. Análisis del acceso a la asistencia sanitaria y los niveles de salud a partir de la Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1990.

83. Subdirección General de Información Sanitaria y Epidemiología. Indicadores de salud. (Elaboración de los indicadores propuestos para el seguimiento del progreso hacia la Salud Para Todos en la región europea). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.

84. Instituto Canario de Estadística. Censo de población y viviendas - Canarias - 1991. La población: características principales. Comunidad Autónoma e islas. Las Palmas G.C.: Consejería de Economía y Hacienda del Gobierno de Canarias, 1993; 9.

85. Breteler MMB, Claus JJ, van Duijn CM, Launer LJ, Hofman A. Epidemiology of Alzheimer's disease. *Epidemiol Rev* 1992; 14: 59-82.

86. American Psychiatric Association. DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1990.

87. White L, Katzman R, Losonczy K, Salive M, Wallace R, Berkman L, et al. Association of education with incidence of cognitive impairment in three established populations for epidemiologic studies of the elderly. *J Clin Epidemiol* 1994, 47 (4): 363-374.

88. Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. Essentials of geriatrics. Nueva York: McGraw-Hill, 1994.

89. Instituto Canario de Estadística. Censo de población y viviendas - Cana-

rias - 1991. Avance de resultados. Las Palmas G.C.: Consejería de Economía y Hacienda del Gobierno de Canarias, 1992; 15.

90. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiat Res* 1983; 17: 37-49.

91. Anía Lafuente BJ, Sierra López A. Detección de psicopatología en dos poblaciones de ancianos institucionalizados a partir de un cuestionario. *Rev Clin Esp* 1991; 189: 129-132.

92. Vallejo-Nágera JA. Introducción a la psiquiatría. Barcelona: Editorial Científico-Médica, 1974; 206.

93. Anía BJ. Correlación entre prevalencia de diabetes mellitus y temperatura media anual. *Med Clin (Barc)* 1988; 91: 41-44.

94. Gómez de la Cámara A. Uso de medicamentos en los ancianos. En: Grupo de Trabajo sobre Envejecimiento. Epidemiología del envejecimiento: recopilación de datos y estudios españoles. Madrid: Fondo de Investigación Sanitaria, 1990; 107-117.

95. Barbeira Barja JM, Levy Mahfoda M, García Iñesta A. Consumo de medicamentos antidiabéticos. Uso relativo de antidiabéticos orales respecto a insulinas. *Inf Ter Secur Soc* 1983; 7: 112-118.

96. Dawson D, Hendershot G, Fulton J. Aging in the eighties: functional limitations of individuals age 65 years and over. *National Center for Health Statistics AdvanceData* 1987; 133: 1-11.

97. Hyland ME. The validity of health assessments: resolving some recent differences. *J Clin Epidemiol* 1993; 46 (9): 1019-1023.

98. Reuben DB, Siu AL, Kimpau S. The predictive validity of self-report and performance-based measures of function and health. *J Gerontol* 1992; 47 (4): M106-M110.

99. Myers AM, Holliday PJ, Harvey KA, Hutchinson KS. Functional performance measures: are they superior to self-assessments?. *J Gerontol* 1993; 48 (5): M196-M206.

100. Reuben DB, Rubenstein LV, Hirsch SH, Hays RD. Value of functional status as a predictor of mortality: results of a prospective study. *Am J Med* 1992; 93: 663-669.

101. Mulrow CD, Gerety MB, Cornell JE, Lawrence VA, Kanten DN. The relationship between disease and function and perceived health in very frail elders. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 374-380.

102. Pijls LTJ, Feskens EJM, Kromhout D. Self-rated health, mortality, and chronic diseases in elderly men. The Zutphen Study, 1985-1990. *Am J Epidemiol* 1993; 138 (10): 840-848.

103. Manton KG, Singer BH, Suzman RM. The scientific and policy needs for improved health forecasting models for elderly populations. En: Manton KG, Singer BH, Suzman RM, eds. *Forecasting the health of elderly populations*. Nueva York: Springer-Verlag, 1993; 3-35.

104. Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. *Science* 1987; 237: 143-149.

105. Mor V, Murphy J, Masterson-Allen S, Willey C, Razmpour A, Jackson ME, et al. Risk of functional decline among well elders. *J Clin Epidemiol* 1989; 42 (9): 895-904.



Anexos

Anexo 1

Buenas tardes. Soy el Dr. _____. Le voy a hacer muchas preguntas: sobre su salud, sobre su situación familiar, y sobre cómo se encuentra en general. Se trata de un estudio que estamos haciendo para ver cómo podemos mejorar la asistencia que reciben en Canarias las personas de 65 años o más. Lo que Vd. responda es confidencial, o sea, que queda entre nosotros.

¿Me dice su nombre, por favor?.

NOMBRE:

DIRECCION:

Municipio:

Isla:

Teléfono:

Entrevistador:

Lugar de la entrevista:

Fecha:

Hora:

¿Fue Vd. a la escuela de pequeño?

1 Sí

2 No (PASAR al cuestionario para el estado mental)

¿Hasta qué edad fue a la escuela?: Hasta los _____ años?

¿Llegó a aprender a leer?

1 Sí

2 No

1.-Cuestionario para el estado mental.- Ahora le voy a hacer unas preguntas para ver cómo contesta Vd.

1.1 ¿Qué día es hoy? DIA _____ MES _____ AÑO _____

1.2 ¿Qué día de la semana es hoy? _____

1.3 ¿Cómo se llama este lugar (o este edificio)? _____

1.4 ¿En qué calle vive Vd.? _____

1.5 ¿Qué edad tiene Vd.? _____ AÑOS

1.6 ¿En qué fecha nació Vd.? DIA _____ MES _____ AÑO _____

1.7 ¿Cómo se llama el Rey que tenemos ahora en España? _____

1.8 ¿Quién mandaba en España antes que el Rey? _____

1.9 ¿Cómo se llamaba su madre de Vd.? _____

1.10 Si a 20 le quitamos 3 quedan _____, y si le quitamos otros 3 quedan _____, _____, _____, _____, _____, _____ (hasta llegar a cero)

Sumar los errores. Restarle uno si dejó la escuela antes de los 14 años. Añadirle uno si siguió estudiando después de los 16 años. Anotar el total de errores ajustados: _____ ERRORES AJUSTADOS

VALORACION:

0-2 Continuar entrevista. Intelectualmente intacto

3-4 Continuar entrevista. Usar informador si lo hay

5-7 Continuar entrevista si el paciente responde. Si es incapaz, seguir el patrón 8-10. Necesario el informador.

8-10 Preguntar sólo los números subrayados y en negrita (preguntas subjetivas). Preguntar al informador todo lo demás, aparte de su sección propia.

SOCIODEMOGRAFIA

2.-Sexo del sujeto

1 Varón

2 Mujer

(Obtener del cuestionario de estado mental si el sujeto es fiable. Si no lo es, preguntárselo al informador)

4.-Fecha de nacimiento:

5.-Edad:

7.-¿Cuánto tiempo lleva viviendo en la isla?

1 Residencia temporal (más de 1 mes pero menos de 6 meses al año)

2 Menos de 5 años

3 5-10 años

4 11-15 años

5 Más de 15 años

RECURSOS SOCIALES

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su familia y amigos.

9.-¿Tiene Vd hijos vivos? ¿Cuántos? _____

8.-¿Está Vd. **ahora** casado, viudo, divorciado, separado o soltero?

1 Casado

2 Viudo

3 Divorciado

4 Separado

5 Soltero

10.-¿Quién vive con Vd.?

1 Nadie

2 Marido o esposa

3 Otro(s) familiar(es) _____

4 Amigo(s)

5 Persona contratada _____

6 Vive en una institución _____

11.-En la última semana, ¿cuántas veces habló por teléfono con alguien (amigos, familiares u otros)? (tanto si les llamó Vd. como si ellos le llamaron)

1 Una vez al día o más

2 2-6 veces

3 Una vez

4 Ninguna

12.-Durante la pasada semana, ¿cuántas veces pasó un rato con alguna persona que no viva con Vd. (tanto si fue Vd. a verla como si ella vino a verle a Vd., como si quedaron en algún sitio)?

1 Una vez al día o más

2 2-6 veces

3 Una vez

4 Ninguna

13.-¿Hay alguien en quien Vd. pueda confiar?

1 Sí

2 No (PASAR a 15)

14.-¿Quién es esa persona?

Relación: 1. Marido o esposa

2. Otro familiar _____

3. Amigo

4. Persona contratada _____

15.-¿Hay alguien que pudiera cuidar de Vd. o ayudarle en algo si lo necesitara? (por ejemplo su marido/esposa, un familiar o un amigo)

1 Sí

2 No hay nadie que quiera y pueda ayudarme (PASAR a 18.-)

16.-¿Podría esta persona (o personas) cuidar de Vd. indefinidamente, o sólo una temporadita, o sólo echarle una mano de vez en cuando (p. ej. llevarle al médico o prepararle alguna comida)?

1 Alguien podría cuidarle indefinidamente (tanto tiempo como lo necesitara)

2 Alguien podría cuidarle una temporadita (de unas pocas semanas a unos pocos meses)

3 Alguien podría echarle una mano (llevarle al médico, hacerle alguna

comida, etc.)

17.-¿Quién es esa persona?

- Relación: 1. Marido o esposa
2. Otro familiar _____
3. Amigo
4. Persona contratada _____

RECURSOS ECONOMICOS

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su trabajo o profesión.

19.-¿En qué ha trabajado la mayor parte de su vida?

- 1 Nunca ha trabajado (explicar) _____
2 Ama de casa
3 Otros (ESPECIFICAR detalladamente) _____

20.-¿Trabaja o trabajó alguna vez su marido/esposa? (se refiere al cónyuge con el que estuvo casado más tiempo)

- 1 Sí
2 No (PASAR a 22.-)
3 Soltero (PASAR a 22.-)

21.-¿En qué trabajaba?(ESPECIFICAR) _____

22.-Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre sus ingresos. El dinero que cobra, ¿de dónde proviene? (el suyo y el del cónyuge) (Aquí se pueden señalar varias respuestas a la vez).

- 1 Sueldo
2 Rentas
3 Jubilación
4 Invalidez
5 Viudedad
6 Otras pensiones: _____
7 Ayuda regular de los hijos
8 Otras: _____

23.-¿Cuántas personas, incluyéndole a Vd., viven de sus ingresos? (es decir, dependen de Vd. en más de un 50 %): _____ personas.

24.-¿Es propietario de su vivienda?

- 1 Sí (PREGUNTAR 25 y 26)
2 No (PREGUNTAR 27 y 28)

25.-¿Cuánto calcula que vale? (o: ¿Por cuánto la vendería?): _____ millones.

26.-¿Es ya suya del todo o está aún pagando letras o hipoteca?

- 1 Propietario definitivo
- 2 Aún la está pagando

27.-¿Cuánto paga de alquiler al mes? _____ Ptas.

28.-¿Vive en una vivienda pública o tiene alguien que le pague el alquiler?

- 1 Sí, tengo vivienda pública o me pagan el alquiler
- 2 No, ninguna de las dos cosas

29.-¿Tiene cartilla de la Seguridad Social?

- 1 Sí
- 2 No

30.-¿Tiene algún otro tipo de seguro?

- 1 Sí (ESPECIFICAR) _____
- 2 No

31.-¿Puede Vd. permitirse pequeños caprichos como salir a comer a un restaurante o comprarse un objeto o prenda que le guste y que no necesite? (P. ej. una camisa o blusa de otro color, o un transistor)

- 1 Sí
- 2 No

ACTIVIDADES SOCIALES

31bis.-¿Qué hace Vd. en su tiempo libre?

- 1 Trabajar en la casa
- 2 Trabajar en el jardín o huerto
- 3 Ir al cine
- 4 Ir al teatro, conferencias o conciertos
- 5 Ir de compras
- 6 Asistir a reuniones o ir a clubs deportivos u hogares de 3ª

edad _____

- 7 Coser, hacer ganchillo o tricotar
- 8 Leer (especificar) _____
- 9 Trabajar en alguna afición o "hobby" _____
- 10 Escuchar la radio o ver la televisión
- 11 Escribir cartas
- 12 Participar en actividades de la comunidad o de la iglesia.
- 13 Jugar al golf u otros deportes _____

- 14 Jugar a cartas u otros juegos de mesa _____
15 Pasear o viajar _____
16 Estar con amigos o ir a visitarlos _____
17 Otra actividad _____
18 Otra actividad _____

Contar número de actividades sociales _____

SALUD MENTAL

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre cómo se encuentra de ánimo o sobre sus preocupaciones. De momento sólo va a tener que contestar sí o no.

34.-EVALUACION PSIQUIATRICA ABREVIADA

(Las preguntas se refieren al momento actual. Si no está claramente decidido, anote lo más aproximado. Rodear con un círculo el sí o el no)

- a/¿Se levanta despejado y descansado casi todas las mañanas? **sí NO**
b/¿Hay en su vida muchas cosas que le interesan o atraen? **sí NO**
(o bien: ¿Le llama mucho la atención lo que sucede a su alrededor?)
c/¿Ha querido, a veces, irse de su casa? **SI no**
d/¿Le parece que nadie le comprende? **SI no**
e/¿Ha pasado días o semanas últimamente en que "no podía más"? (o bien: "que estaba muy agotado"?) **SI no**
f/¿Duerme Vd. mal? **SI no**
g/¿Es Vd. feliz la mayor parte del tiempo? **sí NO**
h/¿Hay alguien que esté intentando fastidiarle? **SI no**
i/¿Se siente inútil a veces? **SI no**
j/Durante los últimos años, ¿se ha encontrado bien la mayor parte del tiempo? **sí NO**
k/¿Se siente débil casi siempre? **SI no**
l/¿Tiene Vd. dolores de cabeza? **SI no**
m/¿Le ha costado mantener el equilibrio al andar? **SI no**
(si está encamado o va en silla de ruedas, subrayar lo que proceda y no hacer la pregunta)
n/¿Le molestan los latidos del corazón o la falta de aire? **SI no**
o/Aún estando con gente, ¿se siente solo casi siempre? **SI no**

PUNTUACION TOTAL (número de círculos en mayúsculas) _____

Valoración: 0-3 Psicológicamente sano
4-5 Posible psicopatología leve
6-10 Clara psicopatología

11-15 Psicopatología severa o hipocondría

35.-¿Se preocupa Vd. mucho por las cosas, poco, o una cosa intermedia?

- 1 Poco o nada
- 2 Una cosa intermedia
- 3 Mucho

36.-En conjunto, cómo está de satisfecho con su vida en general en este momento?

- 1 Totalmente (del todo) satisfecho
- 2 Muy satisfecho
- 3 Bastante satisfecho
- 4 Poco satisfecho

37.-¿Cómo diría que está Vd. ahora “de cabeza y de nervios”?

- 1 Muy bien
- 2 Bien
- 3 Regular
- 4 Mal

38.-¿Está ahora “de cabeza y de nervios” mejor, igual o peor que hace cinco años?

- 1 Mejor
- 2 Igual
- 3 Peor

SALUD FISICA

Vamos a hablar ahora de la salud de su cuerpo.

39.-En los últimos seis meses, ¿cuántas veces ha ido al médico? (excluyendo visitas durante su ingreso en Hospital o Residencia): _____ veces

40.-En los últimos 6 meses, ¿cuántos días ha estado tan enfermo (malucho) que ha sido incapaz de hacer su vida normal? (excepto días ingresado): _____ días enfermo

41.-En los últimos 6 meses, ¿cuántos días pasó en el hospital? (por enfermedad no psiquiátrica): _____ días en hospital

42.-Ahora le voy a leer una lista de enfermedades. Me dice si las padece Vd. ahora. Si no le suenan diga que no. (Si contesta “Si” hacer un círculo en la letra y preguntar: “¿Le molesta mucho para hacer su vida normal, un poco o nada?”. Señalar la respuesta.)

- m. "Cortisona" (en pastillas o inyecciones)
- n. Antibióticos
- o. Para los nervios o la depresión
- p. Para dormir (una vez a la semana o más)
- q. Hormonas masculinas o femeninas (incluyendo anticonceptivos)
- r. Otros (ESPECIFICAR)

44.-¿Cómo diría que está Vd. ahora de salud en conjunto?. ¿Muy bien, bien, regular o mal?

- 1 Muy bien
- 2 Bien
- 3 Regular
- 4 Mal

45.-Su salud, ¿es ahora mejor, igual o peor que hace cinco años?

- 1 Mejor
- 2 Igual
- 3 Peor

46.-Sus problemas de salud, ¿le afectan mucho, un poco o nada para desenvolverse en su vida normal?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Mucho

47.-¿Hace Vd. ejercicio?

- 1 Regularmente
- 2 Ocasionalmente
- 3 Nada en absoluto

47 bis.-¿Tiene ahora molestias en los pies al caminar?

- 1 Sí (Especificar por qué) _____
- 2 No

48.-¿Toma o ha tomado bebidas alcohólicas?

- 1 Sí
- 2 No (PASAR A PREGUNTA 50)

48 bis.-Alguno de sus familiares o amigos le ha dicho que bebe mucho?

- 1 Sí
- 2 No

49.-¿Le ha aconsejado alguna vez un médico que beba menos o que deje de beber?

- 1 Sí
- 2 No

50.-¿Cómo diría que tiene el oído? ¿Oye Vd. muy bien, bien, regular o mal?

- 1 Muy bien
- 2 Bien
- 3 Regular
- 4 Mal
- 5 Totalmente sordo

50 bis.-¿Usa audífono?

- 1 Sí
- 2 No

51.-¿Cómo ve Vd.? ¿Tiene la vista muy buena, buena ,regular o mala, o está totalmente ciego? (CON GAFAS O LENTILLAS)

- 1 Muy buena
- 2 Buena
- 3 Regular
- 4 Mala
- 5 Totalmente ciego

51 bis.-¿Está operado de cataratas?

- 1 Sí (operación normal)
- 2 No
- 3 Sí, con lente intraocular

51 tris.-¿Usa gafas o lentillas?

- 1 Sí, gafas
- 2 No
- 3 Sí, lentillas

51-4.-¿Es o ha sido fumador?

- 1 No, nunca ha fumado
- 2 Dejó de fumar hace _____
- 3 Fuma actualmente _____ (nº cigarrillos, puros, pipas)

52.-¿Tiene Vd. ahora otros problemas físicos o enfermedades que afecten seriamente a su salud?

- 1 Sí (ESPECIFICAR) _____
- 2 No

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Ahora voy a preguntarle sobre cosas que todos necesitamos hacer en nuestra vida diaria. Deberá decirme si puede realizar estas actividades sin ayuda, o si necesita ayuda, o si no lo puede hacer.

53.- ¿Puede llamar por teléfono...

- 1 Sin ayuda (incluido buscar el número y marcar)
- 2 Necesita ayuda (tienen que buscarle el número o marcarle, o necesita un teléfono especialmente adaptado)
- 3 Totalmente incapaz de usar el teléfono

54.-¿Puede ir a sitios donde no pueda llegar andando?

- 1 Sin ayuda (puede viajar solo en autobuses, taxis o conducir su propio coche)
- 2 Con alguna ayuda (necesita a alguien que le ayude o acompañe cuando viaja)
- 3 Incapaz de viajar como no sea en un vehículo especializado como una ambulancia.

55.-¿Puede Vd. comprar alimentos o ropa? (SUPONIENDO QUE LE LLEVAN)

- 1 Sin ayuda (sabe comprar lo que necesita)
- 2 Necesita que alguien le acompañe en todas las compras
- 3 Totalmente incapaz de ir de compras

56.-¿Puede hacerse la comida?

- 1 Sin ayuda (él mismo decide y cocina lo que va a comer)
- 2 Con ayuda (puede preparar algunas cosas pero no puede cocinarlo todo)
- 3 Incapaz de preparar comida alguna

57.-¿Puede hacer la limpieza de su casa?

- 1 Sin ayuda (puede fregar el piso o los suelos, etc.)
- 2 Necesita ayuda (para las faenas pesadas, pero no para las ligeras)
- 3 Totalmente incapaz de limpiar su casa

58.-¿Puede Vd. tomar sus medicinas?

- 1 Sin ayuda (en las dosis correctas y en el momento adecuado)
- 2 Necesita ayuda (puede tomar sus medicinas si alguien se las prepara y/o le recuerda que las tome)
- 3 Totalmente incapaz de tomarse sus medicinas

59.-¿Puede Vd. manejar su dinero?

- 1 Sin ayuda (extender cheques, pagar recibos, etc.)
- 2 Con alguna ayuda (puede hacer compras pero necesita ayuda para extender cheques o pagar recibos)
- 3 Totalmente incapaz de manejar su dinero

60.-¿Puede Vd. comer...

- 1 Sin ayuda (capaz de alimentarse completamente él solo)
- 2 Necesita ayuda (p. ej. para cortar la carne, etc.)
- 3 Totalmente incapaz de alimentarse solo

61.-¿Puede Vd. vestirse y desvestirse...

- 1 Sin ayuda (capaz de escoger las prendas y ponérselas y quitárselas solo)
- 2 Necesita ayuda
- 3 Totalmente incapaz

62.-¿Puede Vd. asearse... (peinarse, o afeitarse si es varón)

- 1 Sin ayuda
- 2 Necesita ayuda
- 3 Totalmente incapaz de cuidar de su aspecto o apariencia

63.-¿Puede pasear o andar...

- 1 Sin ayuda (salvo un bastón)
- 2 Con ayuda de otra persona o con el uso de muletas, andador, etc.
- 3 Totalmente incapaz de andar o pasear

64.-¿Puede acostarse o levantarse de la cama...

- 1 Sin ayuda de otra persona ni de ningún artilugio
- 2 Con ayuda de otra persona o mediante un artilugio o aparato
- 3 Totalmente dependiente de alguien que le levante

65.-¿Puede tomar un baño o una ducha...

- 1 Sin ayuda
- 2 Necesita ayuda para entrar o salir de la bañera o precisa agarres especiales en la bañera
- 3 Totalmente incapaz de bañarse o ducharse solo

66.-¿Se le ha escapado alguna vez la orina?

- 1 Nunca
- 2 Alguna vez
- 3 Frecuentemente (o bien utiliza sonda vesical)

69 bis.-Ahora voy a preguntarle sobre el uso de aparatos de ayuda o equipos

médicos que algunas personas de edad pueden necesitar:

- 1 Bastón para caminar
- 2 Andador
- 3 Silla de ruedas
- 4 Férula o aparato de sujeción para las piernas
- 5 Marcapasos (para el corazón)
- 6 Bolsa de colostomía
- 7 "Pañales" o absorbentes de incontinencia
- 8 Sonda vesical
- 9 Otros aparatos o equipos _____
- 10 Ninguno

69 tris.-¿Tiene problemas con estos aparatos o equipos?

- 1 Sí (especificar)_____
- 2 No

70.-¿Cree que necesita atención médica o tratamiento además de los que está recibiendo actualmente?

- 1 Sí
- 2 No

ALIMENTACION Y NUTRICION

Ahora le voy a preguntar por su alimentación

71.-¿Qué tal apetito tiene?

- 1 Bueno
- 2 Regular
- 3 Malo

72.-¿Usa dentadura postiza?

- 1 Sí
- 2 No

73.-¿Tiene problemas para masticar los alimentos?

- 1 Sí
- 2 No

74.-¿Ha perdido o ganado peso en los últimos 6 meses?

- 1 Ha perdido peso
- 2 Ha ganado peso
- 3 Ha mantenido su peso

75.-¿Está siguiendo alguna dieta especial por recomendación médica?

- 1 Sí (especificar) _____
- 2 No

(AHORA SE DESPIDE DEL ENTREVISTADO) Hora: _____

Bueno, ya hemos terminado las preguntas. Muchas gracias por su colaboración. Creo que ahora tenemos datos que pueden orientarnos para organizar mejor la atención integral a la Tercera Edad. Ha sido un placer charlar con Vd.

LOS RESTANTES PUNTOS DEBEN CONTESTARSE INMEDIATAMENTE DESPUES DE TERMINAR LA ENTREVISTA CON EL SUJETO Y/O INFORMADOR

84.-Duración de la entrevista en minutos _____

85.-Información objetiva obtenida de

- 1 Sujeto
- 2 Familiar (ESPECIFICAR) _____
- 3 Otro (ESPECIFICAR) _____

86.-Las preguntas objetivas (obtenidas del sujeto y/o informador) son

- 1 Totalmente fiables
- 2 Fiables en la mayoría de puntos
- 3 Fiables en una minoría de puntos
- 4 Totalmente faltas de fiabilidad

87.-Las preguntas subjetivas (en recuadro, obtenibles sólo del sujeto) son

- 1 Totalmente fiables
- 2 Fiables en la mayoría de puntos
- 3 Fiables en una minoría de puntos
- 4 Totalmente faltas de fiabilidad
- 5 No obtenidas

88.-¿Por qué no respondió el sujeto a las preguntas? (SEA CONCRETO)

89.-Durante la entrevista, ¿le llamó la atención el comportamiento del sujeto como ... (SEÑALAR CON UN CIRCULO SI o NO)

- a. SI no Mentalmente alerta y estimulante
- b. SI no Agradable y cooperativo
- c. sí NO Deprimido y/o lloroso
- d. sí NO Distráido o letárgico
- e. sí NO Temeroso, ansioso o extremadamente tenso
- f. sí NO Lleno de quejas físicas irreales
- g. sí NO Suspicaaz o desconfiado (más de lo razonable)

- h. sí NO Actitud o pensamiento bizarro (fabulación) o inapropiado
- i. sí NO Excesivamente hablador o claramente entusiasmado

90.-Valoración de recursos **sociales** (VER ANEXO Y MARCAR CON CIRCULO)

1 2 3 4 5 6

91.-Valoración de recursos **económicos** (VER ANEXO Y MARCAR CON CIRCULO)

1 2 3 4 5 6

92a.-Valoración de **estado cognitivo** (VER ANEXO Y MARCAR CON CIRCULO)

1 2 3 4 5 6

92b.-Valoración de **estado afectivo** (VER ANEXO Y MARCAR CON CIRCULO)

1 2 3 4 5 6

93.-Valoración de **salud física** (VER ANEXO Y MARCAR CON CIRCULO)

1 2 3 4 5 6

94.-Valoración de las actividades de la vida diaria (VER ANEXO Y MARCAR CON CIRCULO)

1 2 3 4 5 6

95.-Total de incapacidad acumulativa

(Suma de 90 a 94 inclusive) _____

Anexo 2

SUPLEMENTO

Preguntas a formular al informador basadas en su conocimiento del sujeto. Si el sujeto no es fiable, es necesario formular estas preguntas. Si el sujeto es fiable y hay informador accesible, deben ser también formuladas.

Paciente: _____

Informador: _____

Relación del informador con el paciente: _____

Fecha: _____

RECURSOS SOCIALES

73.-¿Qué tal se lleva ___ con su familia y amigos?

- 1 Muy bien
- 2 Bastante bien (tiene algún problema o conflicto con ellos)
- 3 Mal (tiene considerables problemas o conflictos con ellos)
- Insuficiente información sobre el sujeto para responder

74.-¿Hay alguien (aparte de alguna Institución) que pudiera cuidar de ella si estuviera enfermo o incapacitado, p. ej. su marido o esposa, un familiar o un amigo?

- 1 Sí
- 2 No (PASAR A PREGUNTA 77)
- 3 Insuficiente información para responder (PASAR A 77)

75.-¿Podría esta persona cuidar de él/ella durante el tiempo que fuera necesario, o sólo una temporadita, o sólo echarle una mano de vez en cuando (p. ej. llevarle al médico, prepararle la comida, etc.)?

- 1 Podría cuidarle indefinidamente (el tiempo que fuera necesario)
- 2 Podría cuidarle una temporadita (unas pocas semanas a unos pocos meses)
- 3 Podría echarle una mano de vez en cuando (llevarle al médico o hacerle la comida)
- 4 Insuficiente información para responder

76.-¿Quién es esta persona? Nombre _____

- Relación:
 1. Marido o esposa
 2. Otro familiar (ESPECIFICAR) _____
 3. Amigo
 4. Persona contratada

SALUD FISICA

77.-¿Cómo diría que es, actualmente, el estado de salud de ___?

- 1 Excelente
- 2 Bueno
- 3 Regular
- 4 Malo

78.-Le impiden sus problemas de salud llevar a cabo las actividades que él/ella desean realizar?

- 1 No, en absoluto
- 2 Un poco
- 3 Mucho

SALUD MENTAL

79.-¿Demuestra ___ tener sentido común en sus juicios y decisiones cotidianos?

- 1 Sí
- 2 No

80.-¿Es él/ella capaz de enfrentarse o sobrellevar los problemas importantes que le afectan?

- 1 Sí
- 2 No

81.-¿Cómo valoraría su salud mental o emocional o su capacidad de razonar en el momento actual, comparándolo con una persona de su edad que viva independientemente?

- 1 Excelente
- 2 Buena
- 3 Regular
- 4 Mala

82.-¿Es su salud mental o emocional o su capacidad de razonar mejor, igual o peor que hace cinco años?

- 1 Mejor
- 2 Igual
- 3 Peor

RECURSOS ECONOMICOS

83.-En su opinión, ¿están los requerimientos básicos de ___ bien atendidos,

Situación Funcional de los Ancianos en Canarias - 1994 _____

apenas atendidos o no atendidos?

Bien at. Apenas at. No atendido

- a. Alimentación
- b. Vivienda o cobijo
- c. Vestido
- d. Asistencia médica
- e. Caprichos

	Bien at.	Apenas at.	No atendido
a. Alimentación			
b. Vivienda o cobijo			
c. Vestido			
d. Asistencia médica			
e. Caprichos			

ANEXO 3

ANEXO 1

VALORACIÓN DE RECURSOS SOCIALES

90.- Señalar con un círculo el número que mejor describe las circunstancias actuales de la persona. Las preguntas sobre recursos sociales son los números 8-17 y 73-76.

1.- Recursos sociales excelentes. Las relaciones sociales son muy satisfactorias y extensas; al menos una persona cuidaría de él/ella indefinidamente.

2.- Buenos recursos sociales. Las relaciones sociales son bastante satisfactorias y adecuadas, y al menos una persona cuidaría de él/ella indefinidamente.

O BIEN

Las relaciones sociales son muy satisfactorias y extensas, y sólo le cuidarían una temporadita.

3.- Ligeramente incapacitado socialmente. Las relaciones sociales son insatisfactorias, pobres, escasas; pero al menos una persona le cuidaría indefinidamente.

O BIEN

Las relaciones sociales son bastante satisfactorias, adecuadas; y sólo le cuidarían una temporadita.

4.- Moderadamente incapacitado socialmente. Las relaciones sociales son insatisfactorias, pobres, escasas; y sólo le cuidarían una temporadita.

O BIEN

Las relaciones sociales son, al menos, adecuadas o satisfactorias; pero sólo le echarían una mano ocasionalmente.

5.- Severamente incapacitado socialmente.- Las relaciones sociales son pobres, escasas; y sólo le echarían una mano ocasionalmente.

O BIEN

Las relaciones sociales son, al menos, satisfactorias o adecuadas; pero nadie le echaría una mano.

6.- Totalmente incapacitado socialmente. Las relaciones sociales son insatisfactorias, pobres, escasas; y nadie le echaría una mano.

VALORACIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS

90.- Señalar con un círculo el número que mejor describe las circunstancias actuales de la persona. Las preguntas sobre recursos económicos son los números 18-31 y 83.

1.- Excelentes recursos económicos. Los ingresos son amplios; el sujeto tiene reservas.

2.- Satisfactorios recursos económicos. Los ingresos son amplios; el sujeto no tiene reservas.

O BIEN

Los ingresos son adecuados; el sujeto tiene reservas.

3.- Ligera incapacidad económica. Los ingresos son adecuados; el sujeto no tiene reservas.

O BIEN

Los ingresos son algo inadecuados; el sujeto tiene reservas.

4.- Moderada incapacidad económica. Los ingresos son algo inadecuados; el sujeto no tiene reservas.

5.- Severa limitación económica. Los ingresos son totalmente inadecuados; el sujeto puede o no tener reservas.

6.- Total incapacidad económica. El sujeto es pobre, totalmente desprovisto de ingresos y reservas.

VALORACIÓN DE SALUD MENTAL (COGNITIVA)

91.- Señalar con un círculo el número que mejor describe el funcionamiento actual de la persona. Las preguntas sobre la salud mental en el aspecto cognitivo son la número 1 (Cuestionario para el Estado Mental), 37, 38, 58, 79-82 y 89a.

1.-Excelente salud mental cognitiva. Está intelectualmente alerta y afronta sus problemas vitales corrientes con facilidad.

2.-Buena salud mental cognitiva. Maneja sus problemas vitales rutinarios e importantes satisfactoriamente y está intelectualmente intacto.

3.- Ligera incapacidad mental cognitiva. Ligera incapacidad intelectual. Continúa manejando satisfactoriamente sus problemas vitales rutinarios, pero no los importantes.

4.- Moderada incapacidad mental cognitiva. Moderada incapacidad intelectual. Capaz de tomar decisiones rutinarias de sentido común, pero incapaz de manejar problemas vitales importantes.

5.- Severa incapacidad mental cognitiva. Severa incapacidad intelectual que interfiere con los juicios rutinarios y la toma de decisiones en la vida diaria.

6.- Total incapacidad cognitiva. Totalmente incapacitado intelectualmente. Necesita supervisión constante o intermitente.

VALORACIÓN DE LA SALUD MENTAL (AFECTIVA)

92b. Señalar con un círculo el número que mejor describe el funcionamiento actual de la persona. Las preguntas sobre la salud mental en el aspecto afectivo son las número 34-38, 43 (ítems o y p), 58, 79-82 y 89 b-i.

1.- Excelente salud mental afectiva. Disfruta claramente de la vida y está libre de síntoma psiquiátricos.

2.-Buena salud mental afectiva. Está libre de síntomas psiquiátricos.

3.- Ligera incapacidad mental afectiva. Tiene síntomas psiquiátricos ligeros.

4.- Moderada incapacidad mental afectiva. Tiene claros síntomas psiquiátricos.

5.- Severa incapacidad mental afectiva. Tiene síntomas psiquiátricos severos que interfieren con los juicios rutinarios y la toma de decisiones en la vida diaria.

6.- Total incapacidad afectiva. Francamente psicótico. Necesita supervisión constante o intermitente debido a su comportamiento claramente anormal o potencialmente peligroso.

VALORACIÓN DE LA SALUD FÍSICA

93.- Señalar con un círculo el número que mejor describe el funcionamiento actual de la persona. Las preguntas sobre la salud física son las número 39-52, 70, 77 y 80.

1.-Excelente salud física. Practica ejercicio intenso, bien regularmente, bien de vez en cuando.

2.-Buena salud física. Sin enfermedades o incapacidades significativas. Sólo necesita asistencia médica rutinaria tal como controles anuales.

3.- Ligera incapacidad física. Tiene solamente enfermedades y/o incapacidades leves que podrían beneficiarse del tratamiento médico o de medidas correctoras.

4.- Moderada incapacidad física. Tiene una o más enfermedades o incapacidades que, o son dolorosas, o requieren tratamiento médico sustancial.

5.- Severa incapacidad física. Tiene una o más enfermedades o incapacidades que son muy dolorosas, o que ponen en peligro su vida, o que requieren intenso tratamiento médico.

6.- Total incapacidad física. Postrado en cama, requiere asistencia médica continuada o cuidados de enfermería para mantener sus funciones vitales.

VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

94.- Señalar con un círculo el número que mejor describe la capacidad actual de la persona. Las preguntas sobre Actividades de la Vida Diaria (AVD) son las número 53-68.

1.-Excelente capacidad para las AVD. Puede realizar todas las AVD con facilidad y sin ayuda.

2.-Buena capacidad para las AVD. Puede llevar a cabo todas las AVD sin ayuda.

3.- Ligera incapacidad para AVD. Puede realizar todas las AVD excepto una, dos o tres, para las cuales necesita ayuda, pero no todos los días necesariamente. Puede apañárselas un día suelto cualquiera sin ayuda. Es capaz de prepararse su propia comida.

4.- Moderada incapacidad para las AVD. Habitualmente necesita ayuda en cuatro o más AVD pero es capaz de arreglárselas cualquier día suelto sin ayuda. O habitualmente necesita que le ayuden a prepararse la comida.

5.- Severa incapacidad para las AVD. Necesita que le ayuden todos los días, pero no durante todo el día o la noche, para llevar a cabo la mayoría de las AVD.

6.- Total incapacidad para las AVD. Necesita ayuda durante todo el día y/o la noche para llevar a cabo las AVD.

ANEXO 4

Ilmo. Sr. Alcalde del
Excmo. Ayuntamiento de

Las Palmas G.C., 10 de noviembre de 1993

Estimado Sr. Alcalde:

Me complace ponerme en contacto con Vd. para informarle que la Sociedad Canaria de Geriátría y Gerontología está llevando adelante un Proyecto de Investigación titulado *Estudio del deterioro funcional, incapacidad, enfermedad y situación socio-económica en relación con la edad de los ancianos de la Comunidad Autónoma de Canarias*. Dicha investigación está financiada por la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales del Gobierno de Canarias y se ajusta a los principios internacionales de bioética, por lo que la confidencialidad de los datos individuales está garantizada.

Se trata de una investigación científica que va a ser pionera en el mundo en varios aspectos, pero que entraña una gran dificultad: requiere una estrecha colaboración de las autoridades y de los ciudadanos con los investigadores.

Espero de Vd. que acoja esta iniciativa con el mismo entusiasmo que el equipo investigador. Como Investigador Principal de este Proyecto me permito solicitarle el máximo apoyo. Nos es imprescindible consultar el Padrón Municipal para poder seleccionar las personas de edad a estudiar en _____ y necesitamos la ayuda del Ayuntamiento para transmitir a los vecinos de su municipio la importancia de este Proyecto.

Los resultados de este trabajo permitirán conocer a fondo los problemas médico-sociales de nuestros mayores y ayudarán a todos los organismos públicos de Canarias a mejorar los recursos y servicios destinados a nuestros ancianos. La colaboración de las personas seleccionadas, y de ese Ayuntamiento, nos ayudará a obtener datos fidedignos y hará que los vecinos de _____ estén adecuadamente representados en la Memoria Final, que será publicada.

Reciba un saludo cordial mío y de los demás Investigadores.

Dr. Basilio J. Anía
Investigador Principal

ANEXO 5

PRIMERA REUNION DE COORDINACION

Estudio del deterioro funcional, incapacidad, enfermedad y situación socio-económica en relación con la edad de los ancianos de la Comunidad Autónoma de Canarias.

Resumen del Protocolo del Estudio

1.-Reunión informativa y de coordinación en el Colegio de Médicos de Las Palmas el 13-11-93.

2.-Estudio piloto: dos ancianos por cada Investigador, con remisión de los cuestionarios, así como los comentarios de las dificultades encontradas y de las sugerencias de mejora, al Investigador Principal.

3.-Carta a los Alcaldes para informarles y solicitarles apoyo del Ayuntamiento.

4.-Randomización a través del Padrón Municipal mediante números aleatorios.

5.-Remisión de una carta a los ancianos a estudiar, en la que se les solicita su consentimiento informado.

6.-Contacto telefónico entre el Investigador y cada sujeto a estudiar para establecer una cita.

7.-Realización de las entrevistas personales.

8.-Remisión de los cuestionarios al Investigador Principal a medida que vayan siendo cumplimentados.

9.-Seguimiento del estudio y control de calidad por parte del Investigador Principal, quien informará periódicamente al resto de Investigadores.

GENERALIDADES SOBRE VALORACION GERIATRICA

El estilo de entrevista debe ser conversacional y relajado, pero ateniéndose al cuestionario. De esta manera tendremos una experiencia agradable y, a la vez, obtendremos los datos necesarios para la investigación.

La valoración geriátrica ayuda a conocer las necesidades del anciano y, por lo tanto, a satisfacerlas. Si se hace correctamente pasaremos un rato agradable y enriquecedor. Si se hace incorrectamente experimentaremos frustración, obtendremos datos sesgados y perderemos nuestro tiempo y el del sujeto. Las conversaciones con personas mayores nunca son aburridas (especialmente la primera vez...). Debemos tener confianza en que la información que recojamos puede ser útil para el sujeto estudiado y con seguridad ayudará a mejorar la asistencia a los ancianos en Canarias.

Vamos a repasar brevemente los errores más frecuentes en la valoración geriátrica:

-No desarrollar una buena relación inicial

- Saltarse preguntas del cuestionario
- Dirigir las respuestas del sujeto
- Comprobación inadecuada
- Manejo deficiente de situaciones difíciles.

- No desarrollar una buena relación inicial.- Es fundamental que el proceso de citación y la presentación inicial no sean traumáticos. Se inicia la entrevista con unos breves comentarios sobre lo que se va a hacer y su importancia, lo que suele dar paso a una charla inicial que hay que procurar que no se alargue excesivamente.

Hay que comportarse profesionalmente, pero estar relajados y adoptar un estilo conversacional. Es fundamental asegurar al sujeto que los datos obtenidos serán confidenciales, y para ello hay que empezar procurando que la entrevista se lleve a cabo a solas con el entrevistado.

- Saltarse preguntas del cuestionario.- No hay que dar por sentado ninguna respuesta. Hay que hacer todas las preguntas. Las preguntas que nos puedan parecer embarazosas, p. ej. sobre continencia, suelen ser bien tomadas por los ancianos si se hacen de forma respetuosa. Pero si algún sujeto se ofendiera, se le puede decir "Estamos haciendo este estudio en una gran variedad de personas que pueden estar en situación muy diferente de la suya. Puede ser que algunas preguntas no sean apropiadas para Vd., pero todas son importantes".

Es esencial conocer los detalles e intrínquilos del cuestionario para saber si algunas de las preguntas pueden ser modificadas si el sujeto no las entiende y para poder contestar a las dudas del entrevistado.

Hay que confiar en el cuestionario, y si el propio investigador tiene dudas, debe preguntar.

- Dirigir las respuestas del sujeto.- Es un error frecuente, especialmente de los médicos. La técnica de la evaluación geriátrica difiere de la de la anamnesis clínica en que aquella requiere ajustarse estrictamente al cuestionario, mientras que la historia clínica la vamos dirigiendo según lo que el paciente nos va contando.

No hay que suponer de antemano lo que el anciano nos va a contestar, sino que hay que anotar la respuesta que nos da cuando le preguntamos de la manera más neutral posible. Hay que seguir las siguientes normas:

*No expresar nuestras propias opiniones.

*No sugerir respuestas. A veces el sujeto quiere que le ayudemos a decidir y hay que andar con cuidado: hay que darle tiempo y podemos presentarle de nuevo las opciones, pero sin dirigirle hacia ninguna de ellas.

*No meter prisa al entrevistado ni mostrar impaciencia.

*No saltarse ninguna pregunta. El anciano tiene derecho a dar su opinión a todas y cada una de las preguntas.

- Comprobación inadecuada.- Si no estamos seguros de que el sujeto ha entendido la pregunta o no sabe qué contestar, hay que hacer alguna de las siguientes comprobaciones:

*Que el sujeto ha considerado todas las opciones de respuesta.

*Que el sujeto es capaz de aclarar qué significa para él la respuesta escogida.

*Darle una breve oportunidad para matizar su respuesta.

- Manejo deficiente de situaciones difíciles.- Aunque lo normal es que la entrevista sea agradable, ocasionalmente podemos encontrar un sujeto triste o agresivo. Esto requiere de nosotros un comportamiento a la vez humano y profesional.

Ante el sujeto o situación triste hay que mostrar comprensión pero no lástima. Si el entrevistado llora hay que evitar que se sienta incómodo. Se interrumpirá brevemente el cuestionario y se le confortará. Se le preguntará si le hemos incomodado con alguna pregunta y se le hará notar que "sé que algunas preguntas son delicadas y le agradezco su esfuerzo".

Al sujeto agresivo hay que afrontarle con mucho tacto y preguntarle por qué está enfadado. Si no nos lo explica, volveremos a explicarle nosotros lo que estamos haciendo. La mayoría de los agresivos colaborarán bastante bien.

Un problema especial es el que plantea el sujeto excesivamente hablador, al que hay que redirigir a menudo al camino marcado por el cuestionario.

Otro problema es el del anciano suspicaz al inicio cuando se le hacen las preguntas sobre el estado mental. A veces el entrevistado nos comenta algo enfadado si es que pretendemos "pasarle un test" o si "creemos que está chiflado". Hay que explicar que son preguntas corrientes, que se le hacen a todo el mundo, y que a unas personas les pueden parecer demasiado fáciles y a otras muy difíciles, pero que todas las preguntas son importantes.

El tono de voz debe ser grave y las preguntas deben hacerse pausadamente, sobre todo si existe sordera. Hay que procurar colocarse frente a la luz, para que el anciano pueda ver mejor los movimientos de nuestra boca.

Hay que evitar totalmente las muestras de aprobación o desaprobación, sean verbales o no.

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR EL CUESTIONARIO

Tras la presentación y la charla inicial con el paciente, se cumplimentan los datos de identificación y se pasa al Cuestionario del Estado Mental. En éste hay que anotar exactamente las respuestas que nos da el sujeto, sin decirle si está acertando o no. Si pregunta si ha acertado, simplemente se le dice que lo está haciendo bien.

Las preguntas 1.1 y 1.2 tiene que contestarlas sin mirar el reloj ni consultar un calendario. A la pregunta 1.3 debe contestar si está en su casa, o en la de un amigo o familiar, o en otro lugar, según corresponda, pero no hay que darle pistas. En la pregunta 1.10 no se debe repetir el número anterior del que hay que resta 3. Al final del Cuestionario del Estado Mental tendremos una indicación sobre la forma de continuar y si se precisa informador. En todo caso, las preguntas subrayadas y en negrita siempre hay que intentarlas.

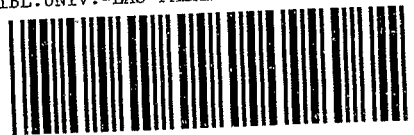
En las preguntas posteriores con varias respuestas alternativas hay que hacer un círculo en el número elegido.

En la pregunta 42 poner una cruz en la casilla elegida (nada, un poco o mucho) solamente en las enfermedades que dice tener.

Preguntas de valoración (90 a 95): atenerse a lo descrito en el Anexo entregado.

El Suplemento se rellenará solamente si entrevistamos a un informador.

BIBL. UNIV. - LAS PALMAS DE GRAN CANARIA



204495

BIG 613.98 ANI sit.





GOBIERNO DE CANARIAS
Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales



**Servicio
Canario de Salud**

