



ISSN: 1697-090X

Inicio Home

Indice del
volumen Volume
index

Comité Editorial
Editorial Board

Comité Científico
Scientific
Committee

Normas para los
autores
Instruction to
Authors

Derechos de autor
Copyright

Contacto/Contact:



VALORACIÓN GERIÁTRICA DE ANCIANOS DE MUY BAJOS RECURSOS SOCIO-ECONÓMICOS EN LA ARGENTINA

José Ricardo Jáuregui^{1,3}, Ricardo La Valle², Carlos G. Musso³,
Roberto Kaplan.^{3,4}

¹Sección de Geriatria y ² Servicio de Medicina Familiar - Hospital Italiano de Buenos Aires.

³ División de Geriatria - Hospital Italiano de San Justo, Agustín Rocca. Argentina

⁴Profesor de Medicina Geriátrica de la Universidad de Buenos Aires - Argentina y de la Universidad de Salamanca - España.

[carlos.musso @ hospitalitaliano.org.ar](mailto:carlos.musso@hospitalitaliano.org.ar)

Rev Electron Biomed / Electron J Biomed 2011;1:28-36.

[English version](#)

[Comentario del revisor José Luis Hernández Cáceres PhD.](#) Profesor Titular de la Universidad Médica de La Habana. Cuba.

[Comentario del revisor Dr. Ignacio Martínez Sancho MD.](#) Médico de Familia. Centro de Salud "Gamonal Antigüa". Burgos, España.

RESUMEN

Objetivos: Describir el estado funcional, socio-económico y la situación ambiental de una población muy pobre de ancianos (mayores de 65 años) de Argentina, y su relación con su autonomía.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo y prospectivo. El instrumento empleado fue la escala de la Cruz Roja en español. La evaluación arriba mencionada fue completada aplicando un segundo instrumento para evaluación social descripto por Marin y colaboradores en Chile en 1994. Además, se recolectó información general de la población estudiada, como: condiciones ambientales, familiares y sociales. La comparación estadística se realizó mediante prueba de Chi-cuadrado, mientras que el test de Student o un test no paramétrico fue empleado según la distribución de los datos.

Resultado: De una muestra de 219 personas, con una edad media 69 ± 6 años, se obtuvo la evaluación funcional de cada uno de ellos aplicando la escala de la Cruz Roja, clasificando los datos según la edad (mayor o menor de 75 años), educación, ingreso económico y género. No se halló diferencia estadísticamente significativa entre los grupos etareos comparados, en ninguna de las escalas aplicadas ($p=NS$, ANOVA-Bonferroni).

Conclusion: No se halló diferencia estadísticamente significativa entre las personas estudiadas ni en los estados funcionales, habilidad para realizar tareas de la vida diaria, ni estado cognitivo en función de su edad, género, nivel educativo y económico.

PALABRAS CLAVE: Valoración funcional. Geriatria. Escasez de recursos económicos. Autonomía

SUMMARY: MULTIDIMENSIONAL ASSESSMENT OF OLD PEOPLE OF VERY LOW INCOME IN ARGENTINA

Objective: To describe the functional state, socio-economic status, and environmental situation of a very poor elderly (older than 65 years old) population in Argentina, and its relationship with their autonomy.

Methods: This was a descriptive and prospective study, the applied instrument was the Spanish Red Cross Scales. The above mentioned evaluation was completed by applying a second instrument for social evaluation described by Marin et al in Chile in 1994. Besides, other general information was collected from the studied population such as: environmental, family, and social conditions. A group of inhabitants of a shanty town was evaluated. Statistical analysis was based on Chi-square test, while Student t test or non parametric one were applied on the data depending on their distribution.

Results: A sample of 219 people, with a mean value age of 69 ± 6 years old, was functionally evaluated using the Spanish Red Cross Scale, being the obtained data classified by age (less or older than 75 years old), education, income, and gender. There was no statistical difference between both age groups in any scale value ($p=NS$, ANOVA-Bonferroni).

Conclusion: No significant difference was found in the functional state, capability for performing daily life activities, cognitive state among the studied people depending on their age, gender, educational level and economic income.

KEY WORDS: Old people. Functional state. Low income. Autonomy

INTRODUCCIÓN

Según Epstein, se entiende por valoración geriátrica integral (VGI) el "*proceso diagnóstico, usualmente inter-disciplinario destinado a precisar los recursos y problemas médicos, psico-sociales, funcionales y medio ambientales de un anciano con el objeto de desarrollar un plan global de tratamiento y seguimiento a largo plazo para mejorar los desenlaces en los ancianos frágiles*"¹

Es el instrumento de la Geriátrica, utilizado en la Gran Bretaña desde el año 1946, y finalmente reivindicado en 1987 como la herramienta con poder de discriminación suficiente para detectar los múltiples problemas que presenta el paciente anciano². La VGI surge como respuesta a la alta prevalencia de necesidades no diagnosticadas de disfunciones y dependencias reversibles o prevenibles que escapan, a la tradicional valoración clínica biomédica; es multidimensional y dinámica, ocupándose de cuantificar tanto las capacidades como las alteraciones importantes de la esfera médica, funcional, mental y social de la población anciana. Permite conocer el grado de autonomía, así como el grado de dependencia y/o la necesidad de asistencia para realizar actividades en la vida diaria.

Para obtener el mejor uso de los recursos, se recomienda utilizar instrumentos de VGI estandarizados y validados internacionalmente.

En nuestro país no se conocen datos que evalúen la capacidad funcional de los pacientes de más de 65 años de edad que viven bajo la línea de pobreza con sus necesidades básicas insatisfechas, pobres de toda pobreza, pero sí hay datos publicados en países vecinos que nos muestran una relación entre edad, pobreza y deterioro funcional³.

Las condiciones que influyen marcadamente en la capacidad de desenvolverse en el medio para poder ser autoválido y autónomo, son la edad, la condición física, el estado funcional y mental, la situación socio-económica y el medio ambiente. La pérdida de esta autonomía por envejecimiento, así como por la pérdida de masa muscular (sarcopenia), las múltiples comorbilidades, el bajo poder adquisitivo, la movilidad restringida, un medio hostil, entre otros factores, conducen a una situación de dependencia y de enfermedad progresiva, deletérea y acumulativa difícil de contener⁴⁻⁶. En función de lo expuesto y con el objetivo de describir una realidad poco explorada en la Argentina, y con la intención de detectar factores asociados a un estado de envejecimiento exitoso en un medio hostil, se decidió la utilización de instrumentos de valoración estandarizados y validados internacionalmente para realizar una valoración geriátrica de las actividades de la vida diaria, estado cognitivo y capacidades instrumentales, así como el medio socio-económico y del hogar en donde estos mayores extremadamente pobres residen.

Consideramos que el análisis de estos datos será de utilidad para los diferentes agentes de salud, para planificar cuidados más adecuados para esta población.

En la República Argentina hay 3.030.112 personas mayores de 65 años, de las cuales, cien mil son ancianos pobres estructurales. Tenemos un 15% de analfabetismo en este grupo etario y el 75% sólo perciben una jubilación mínima⁷⁻⁹. Son escasas las publicaciones sobre estudios de valoración geriátrica en nuestro país, por lo que estimamos que es importante dar a conocer los resultados obtenidos al efectuarse una VGI inicial como parte de un proyecto destinado a ayudar a ancianos pobres que habitan en una comuna del cinturón poblacional que rodea nuestra capital federal. Al usar de este modo un instrumento de VGI, éste nos

permitirá identificar mejor a la población en riesgo y concentrar nuestros recursos en esta población diana, ya que es una de las formas rápidas de cuantificar el nivel de incapacidad^{2, 10}.

El objetivo de nuestro trabajo es describir el estado funcional, la condición socio-económica y la situación ambiental, de una muestra de personas mayores de 65 años de muy bajos recursos económicos en la República Argentina.

MATERIAL Y MÉTODOS :

Muestra: Criterios de Inclusión, exclusión y eliminación: La participación en el estudio fue absolutamente voluntaria y anónima. Fueron incluidas en el estudio aquellas personas mayores de 65 años que residieran en las localidades elegidas y que aceptaran la aplicación del instrumento. Fueron eliminados aquellos instrumentos que presentaban defectos o incoherencias en su confección.

Instrumento utilizado:

El instrumento aplicado permite explorar los siguientes aspectos: datos socio-ambientales de los participantes, la evaluación funcional de los mismos y la valoración del hogar.

Se usaron las Escalas de la Cruz Roja Española, que tienen una evaluación funcional y mental, y son una de las formas de VGI validadas internacionalmente con valores de sensibilidad y especificidad cercanos al 80% y con coeficientes de correlación en torno de 0.80 o superiores¹¹.

Escala de la Cruz Roja

0 Totalmente normal

1 Realiza las actividades de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad

2 Alguna dificultad para realizar los actos de la vida diaria. Deambula con ayuda de un bastón o similar.

3 Grave dificultad para realizar los actos de la vida diaria. Deambula con dificultad ayudado por una persona. Incontinente ocasional.

4 Necesita ayuda para casi todas las actividades de la vida diaria. Deambula con extrema dificultad ayudado por dos personas. Incontinente habitual.

5. Inmovilidad en cama o sillón. Dependencia total. Necesita cuidados continuados de enfermería

Este instrumento de VGI es muy fácil de comprender y requiere de una capacitación simple para aplicarla, ya que las tres escalas tienen una puntuación de 0 a 5 (siendo 0 lo peor y 5 lo mejor).

Para la clasificación de un paciente en algunos de los 6 grados de la escala se requiere obtener la información que permite incluir a un paciente en el grado más acorde a su situación, no necesita la aplicación de otras escalas, ni es necesaria una validación previa con otros instrumentos. A dicho instrumento se le agregó una escala de evaluación social cuyo uso fue publicado en Chile por Marín y cols en el año 1994¹².

Además se tomaron datos generales del medio socio-ambiental donde convivían los ancianos, las condiciones de vida existentes al momento de la evaluación y la conformación del grupo familiar en el que estaban.

Metodología:

Diseño: descriptivo, observacional, transversal, y prospectivo.

Técnicas y procedimientos para la recolección de los datos: En el año 2006 se realizó la aplicación del instrumento a los habitantes de una "villa miseria" (término que designa en Argentina un conjunto habitacional de personas de bajos recursos económicos y sin condiciones formales de urbanización), ubicada en el Partido de San Martín, Provincia de Buenos. Los encuestadores fueron integrantes de la Residencia de Medicina General del Hospital Belgrano, y médicos del Programa de Geriatría del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires, quienes fueron previamente entrenados en la utilización del instrumento.

En 2008 el mismo instrumento fue aplicado a un grupo de habitantes de la localidad de San Justo, del Partido de La Matanza, Provincia de Buenos Aires en los consultorios externos del Hospital Italiano Agustín Rocca de San Justo.

Elaboración estadística: Se utilizaron medidas de posición y dispersión para la descripción de la muestra. Para la comparación de proporciones se utilizó el test de CHI cuadrado y la comparación de promedios usando análisis de varianza o el test t de Student según la normalidad de las variables. A efectos del procesamiento de datos se usaron los programas informáticos: Excel XP, Access XP y Fox Pro for Windows. Paquete estadístico Stata IC 10.

RESULTADOS

Aceptaron participar 227 personas de las 250 contactadas en las comunidades seleccionadas. Fueron eliminadas 8 encuestas por defectos en su confección.

Se analizó una muestra de 219 personas con una media de edad de 69,86 5,83 años, mediana = 67 años, y un rango de 65 a 91

años. La muestra estaba compuesta por 87 hombres con una media de edad de $69,08 \pm 5,07$ años y un rango de 65 a 85 años y 132 mujeres con una media de edad de $70,38 \pm 6,25$ años y un rango de 65 a 91 años (tabla 1).

Tabla 1: Datos socio ambientales

Variable	n	%
Femeninos	132	60.27
Pareja actual	116	52.97
Documentado	212	96.80
Nacionalidad argentina	177	80.82
Teléfono	85	38.81
Composición Familiar		
Pareja	116	52.97
Hijo	135	61.64
Nieto	117	53.42
Político	55	25.11
Inquilino	2	0.91
Otro	4	1.83
Cuidadores	190	86.76
Atención Médica		
Ninguna	14	6.39
Hospital	156	71.23
CAPS	46	21.00
Particular	9	4.11
Otro	30	13.70
Trabaja	66	30.56
Tienen Jubilación o pensión	71	32.42
Vacuna Antigripal	32	14.61
Medio de transporte que utiliza		
Ninguno	23	10.50
Bicicleta	20	9.13
Colectivo	113	51.60
Remise	94	42.92
Otro	10	4.57
Duerme en		
Piso	2	0.91
Cama	217	99.09
Duerme con		
Solo	123	56.16
Pareja	79	36.07
Hijo	10	4.57
Nieto	9	4.11
Otro	0	0,00
Nº de Convivientes		
1	28	12.61
2 a 5	140	63.06
Más de 5	54	24.32
Medicación / Alternativo	111	49.32
Lee y Escribe	168	76.71

El ingreso económico mensual promedio individual fue de \$146.57, y el ingreso económico mensual promedio por grupo familiar de pertenencia del anciano fue de \$365.20, siendo la canasta básica en la Argentina para ese momento de \$700⁹ (tabla 2).

Tabla 2: Evaluación básica del hogar

Variable	N	%
Agua		
Red	80	36.53
Pozo	141	64.38
Baño		
Cloaca	195	89.04
Pozo	22	10.05
Letrina	2	0.91
N° de ambientes (promedio)	3	1.16
Iluminación		
Eléctrica	219	100.00
Otra	0	0.00
Calefacción		
Eléctrica	114	52.05
Kerosene	17	7.76
Gas	49	22.37
Otra	2	0.91
Construcción		
Material	217	99.09
Chapa	172	78.54
Madera	17	7.76
Otra	31	14.16
Piso		
Tierra	0	0.00
Cemento	156	71.23
Cerámica	84	38.36
Otro	2	0.91
Heladera	217	99.09
Cocina	219	100.00
Televisor	212	96.80
Mobiliario	219	100.00
Seguridad	209	95.43
Arma de fuego	21	9.59

En cuanto a la evaluación funcional y social por escala de la Cruz Roja se obtuvieron los siguientes datos, los cuales fueron analizados por menores y mayores de 75 años, y a su vez en escolarizados y no escolarizados, niveles de ingreso y sexo (Tabla 3).

Gráfico 1: Grupos etarios

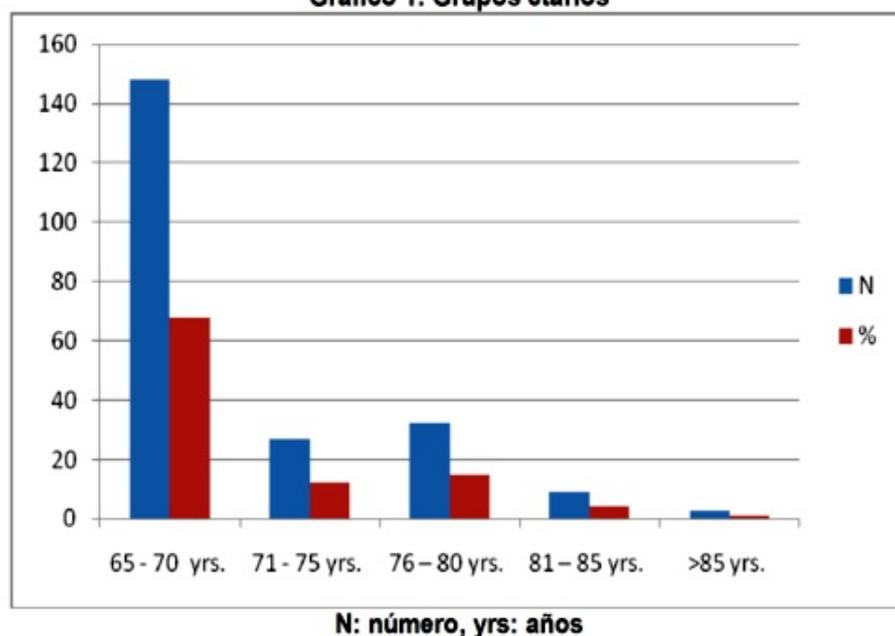
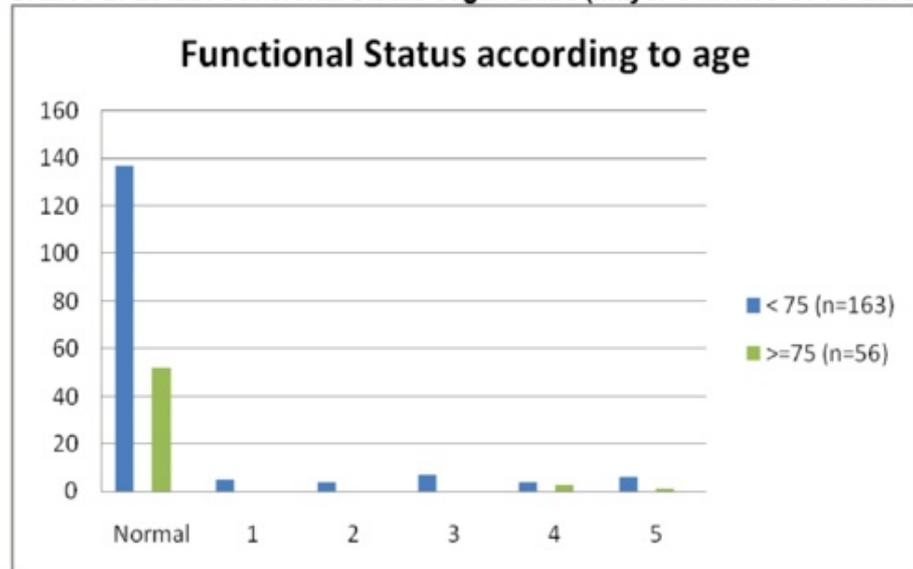


Tabla 3: Distribución de pacientes según edad

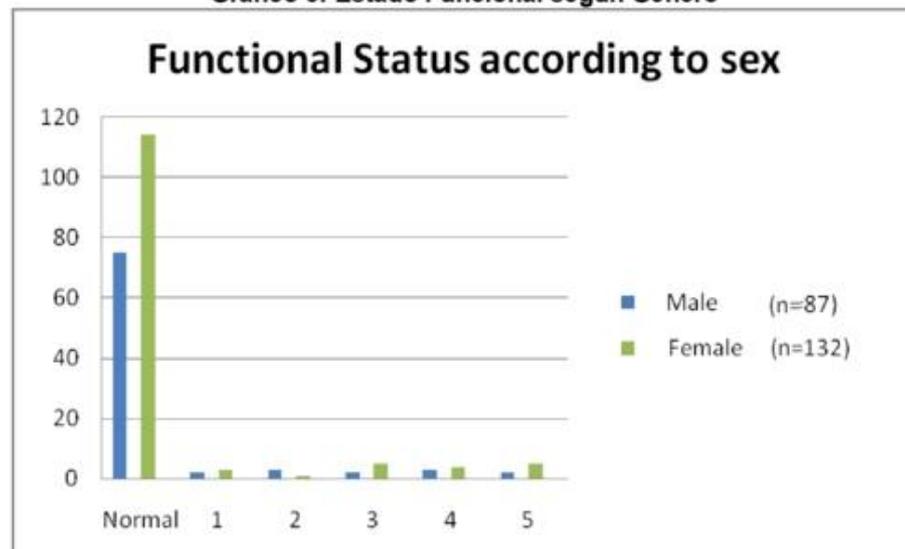
Pacientes	N	%
Menores de 75 años	163	74.43
Mayores de 75 años	56	25.57
Entre 65 y 70 años	148	67.58
Entre 71 y 75 años	27	12.33
Entre 76 y 80 años	32	14.61
Entre 81 y 85 años	9	4.11
Mayores a 85 años	3	1.37

No hay diferencias estadísticas en ninguno de los valores de la escala en los dos grupos de edades ($P = NS$, Test de anova con corrección de Bonferroni). (Gráfico 1)

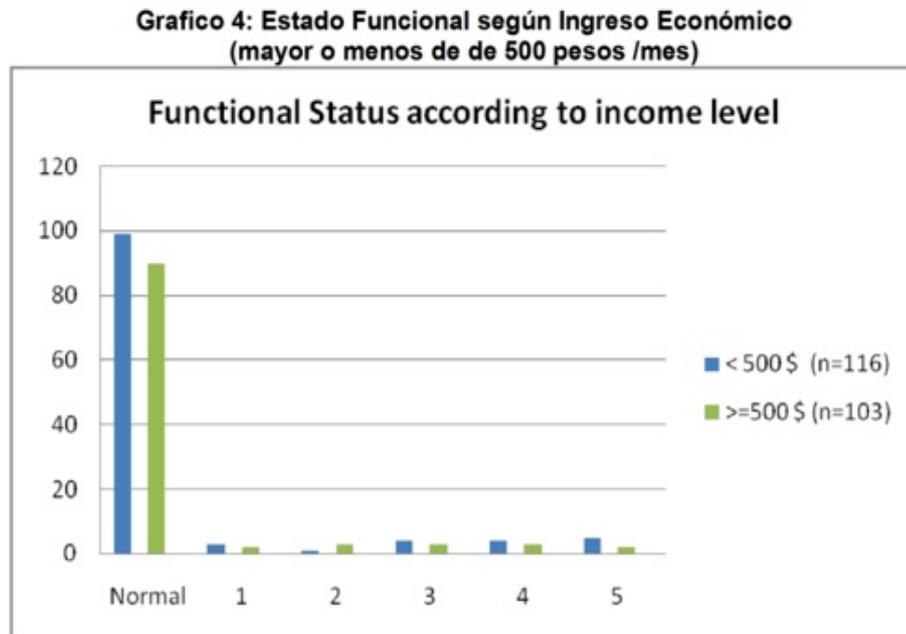
Comparando sólo los pacientes con valoración normal la diferencia no es significativa ($P=0.09$). Agrupando aquellos pacientes con mayor limitación (escalas del 3 al 5), tampoco se observan diferencias ($P = 0.74$) (Gráficos 2-5)

Gráfico 2: Estado Funcional Status según Edad (mayor o menos de 75 años)

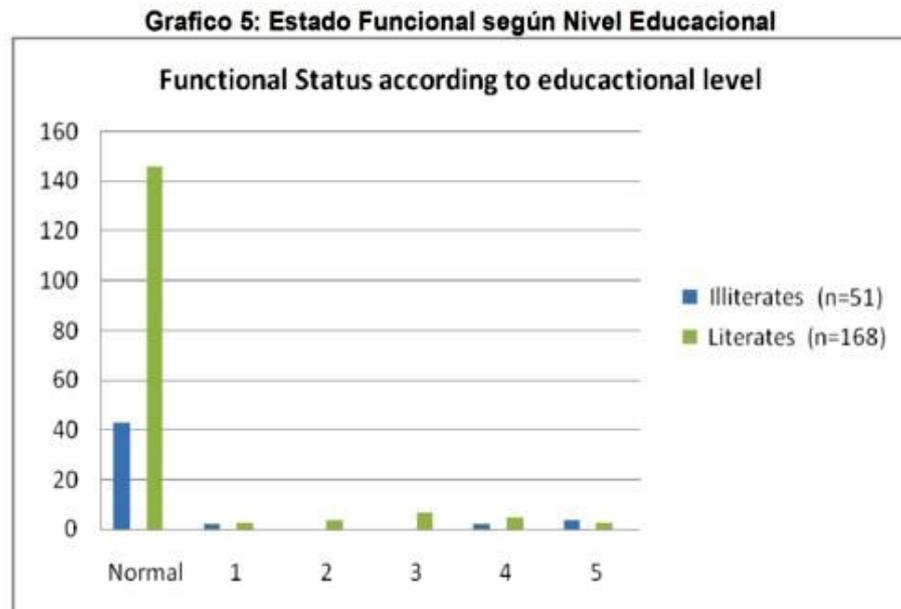
No hay diferencias estadísticas en ninguno de los valores de la escala en los dos grupos ($P = NS$)

Gráfico 3: Estado Funcional según Género

No hay diferencias estadísticas en ninguno de los valores de la escala en los dos grupos (P = NS)



No hay diferencias estadísticas en ninguno de los valores de la escala en los dos grupos (P = NS)



DISCUSIÓN:

El sentido común nos dicen que no debemos considerar a todos los miembros de un determinado período de edad como iguales, pero el tiempo no es la única dimensión de la vida. El envejecimiento es un proceso y la ancianidad un período con límites borrosos. Existen múltiples experiencias a lo largo de la vida y características personales que hacen a cada persona, única en su vejez. Evidentemente comparten procesos comunes de la biología del envejecimiento entre ellos que los va diferenciando a lo largo del paso de los años y va generando experiencias biológicas que los diferencian¹³. Este fenómeno se denomina "variabilidad interindividual". Este desarrollo individual es multidimensional a través de las dimensiones biológicas, sociales y psicológicas del sujeto. El desarrollo es multidimensional desde que involucra las ganancias (crecimiento y desarrollo) y las pérdidas (Deterioros) dentro y a través de diferentes áreas de funcionamiento¹⁴.

En el mismo sentido, algunos individuos tienen una única biografía que refleja el tiempo histórico que ellos vivieron, así como tienen características personales que modelan el proceso de envejecimiento de cada uno. La trayectoria de salud a lo largo de la

vida siempre se superpone a la trayectoria de la vida del individuo. Una cuestión frecuentemente observada en gerontología y geriatría es "por qué" algunos individuos tienen buena salud y envejecen bien, mientras que otros desarrollan mala salud, tienen un curso de vida más corto, y con la edad tienden a fragilizarse o volverse dependientes y discapacitados¹⁵.

Basados en estos conceptos, nos planteamos evaluar una población de ancianos en malas condiciones socioeconómicas con el presupuesto que deberíamos hallar una salud más deteriorada que se sumaría a la mala calidad de vida de los sujetos. Nuestros hallazgos no nos permiten avalar esta teoría, si bien se encontró una diferencia del 8% en los resultados de la escala funcional entre los menores de 65 años y los mayores de 75 años, esto no fue estadísticamente significativo, entendiéndose que esto se podría deber a que la "n" de la muestra fue pequeña para sacar conclusiones válidas, o que es posible que la población enferma o los sujetos que hayan muerto, lo hayan hecho en edades más tempranas debido a la hostilidad del medio.

Probablemente nosotros sólo hallamos a los sobrevivientes que nos sorprendieron con su estado funcional a pesar de no tener educación, y vivir con ingresos escasos bajo la línea de pobreza. Los determinantes sociales de la salud evidentemente impactan en la niñez y la adultez joven, llegando pocos sujetos a avanzada edad. Una especie de resiliencia social que lleva a los más aptos a sobrevivir en las peores condiciones de vida, siendo muchos de ellos sostén de familias de tres o más generaciones. Es cierto que no se hallaron muchos sujetos de más de 85 años en la muestra, lo que probablemente esté ligado a una expectativa de vida al nacer de esta población de alrededor de 70 años para ambos sexos⁷.

Deberíamos plantearnos investigaciones futuras acerca del ciclo vital de las personas y el impacto de los determinantes sociales y de la salud en ellos, comparando personas sanas y socialmente exitosas (económicamente y con acceso a la educación), *versus* estas poblaciones marginales (escasos o nulos ingresos y sin educación) para buscar diferencias en cuanto a la calidad de envejecimiento que ellos vayan a tener, así como detectar causas posibles de ser modificables para mejorar esta condición en edades avanzadas. En otras palabras evaluar su capital de salud y como lo mantienen o pierden en el curso de la vida.

CONCLUSIONES:

Se han descrito el estado funcional, la condición socio-económica y la situación ambiental, de una muestra de 219 personas mayores de 65 años de muy bajos recursos económicos que viven en condiciones socio-económicas de extrema pobreza en dos villas miserias del conurbano de la ciudad de Buenos Aires, en la República Argentina.

No se han podido encontrar diferencias estadísticamente significativas en su estado funcional, capacidad para realizar las actividades de la vida diaria o estado cognitivo en relación a la edad, el sexo, el nivel de educación o el ingreso económico.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses en este trabajo, y ser responsables de los resultados y sus opiniones.

AGRADECIMIENTOS

A Susana Kulberg MD. y Marina De la Iglesia MD. del Hospital Gral. Belgrano - Servicio de Medicina General. San Martín, Buenos Aires, Argentina, por su compromiso con la evaluación de personas ancianas en condiciones extremadamente duras.

A Kimberly B Fischer, Estudiante de Medicina de la Cornell University, School of Medicine, NY, USA, por su ayuda a corregir este trabajo durante su rotación en Buenos Aires investigando en Geriatría en nuestro departamento.

REFERENCIAS:

- 1.- Epstein AM, Hall JA, Besdine R, Cumella E Jr, Feldstein M, McNeil BJ, Rowe JW. The emergence of geriatric assessment units. The "new technology of geriatrics". *Ann Intern Med.* 1987;106:299-303.
- 2.- Rubenstein LZ. Exposing the iceberg of unrecognized disability. The benefits of functional assessment of the elderly. *Arch Intern Med.* 1987; 147:419-420.
- 3.- Marín RK, Somlai E, Valenzuela E, Castro A. Valoración geriátrica ambulatoria de 2116 adultos mayores pobres. *Rev Med Chile.* 1998. 126:609-614.
- 4.- Freedman VA, Martin LG, Schoeni RF. Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States: a systematic review. *JAMA.* 2002;288:3137-3146.
- 5.- Parker MG, Thorslund M. Health trends in the elderly population: getting better and getting worse. *Gerontologist.* 2007 Apr;47(2):150-158.
- 6.- Schoeni RF, Freedman VA, Martin LG. Why is late-life disability declining?. *Milbank Q.* 2008;86:47-89.
- 7.- INDEC, B series, selected characteristics. Federal District. INDEC (Inst. Nac. de Estadística y censos): Buenos Aires, 2001.

8.- INDEC, General Characteristics. Buenos Aires, 2001.

9.- INDEC-CELADE, Projections of population according to gender and age; 1990-2010 Series 2, Demographic Analysis. INDEC: Buenos Aires, 2001.

10.- Marín PP, Valenzuela E, Reyes P. Evaluación geriátrica de adultos mayores en un Hospital Universitario. Rev Méd Chile 1996; 122: 1362-1366.

11.- González JI, Rodríguez C, Diestro P, Casado MT, Vallejo MI, Calvo MJ. Valoración funcional: comparación de la escala de Cruz Roja con el índice de Katz. Rev Esp Geriat Geront 1991; 26:197-202.

12.- Marín PP, Valenzuela E, Saito N, Castro S, Hoyl T. Experiencia piloto en el uso de una ficha de evaluación geriátrica ambulatoria. Rev Méd Chile 1996; 124: 701-706.

13.- Gavrilov LA, Gavrilova NS. Early-life programming of aging and longevity: the idea of high initial damage load (the HIDL hypothesis). Ann N Y Acad Sci. 2004 Jun;1019:496-501.

14.- Guimaraes RM. Health capital, life course and ageing. Gerontology, 2007; 53:96-101.

15.- Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. Lancet. 2009;374:1196-208

Comentario del revisor José Luis Hernández Cáceres PhD. Profesor Titular de la Universidad Médica de La Habana. Cuba.

La atención a los más vulnerables, más allá de todo credo político o de fe, es un imperativo de toda sociedad civilizada y justa. En nuestra era global, conocemos mucho acerca de muchos índices que aparentemente caracterizan a una sociedad (producto interno bruto, índice de desarrollo humano, etc.). Sin embargo desconocemos acerca de las muchas facetas que permiten conocer las condiciones reales que determinan la salud de diferentes sectores de la población.

En este sentido, es digno de encomio el trabajo realizado por los colegas de la República Argentina. Esperamos que este estudio sirva de base para otros que deben realizarse en otras partes de América Latina.

Como muestran los autores, los resultados obtenidos ilustran que la realidad no siempre se aviene con lo plausiblemente esperado, y esto precisamente otorga mayor valía al presente estudio, pues solamente conociendo la situación real de este grupo tan vulnerable es posible acometer una ayuda acorde a sus necesidades.

Comentario del revisor Dr. Ignacio Martínez Sancho MD. Médico de Familia. Centro de Salud "Gamonal Antigua". Burgos, España.

Este interesante estudio nos introduce en la importancia de la valoración geriátrica integral (VGI), herramienta fundamental para conocer el grado de autonomía y de dependencia y por tanto, valorar la necesidad de ayuda que precisan los ancianos para la realización de las actividades diarias.

Es bien conocida la relación entre edad, pobreza y deterioro funcional, por lo que los estudios que analizan las características de una valoración geriátrica son imprescindibles para la planificación de los cuidados sanitarios en esa población.

Este estudio utiliza escalas validadas que permiten la evaluación funcional y mental en una población muy pobre de ancianos, no encontrando diferencias en ambas facetas en función de la edad, género, nivel educativo y económico.

**Recibido: 14 de julio de 2010. Recibido revisado 6 de marzo de 2011
Publicado 16 de abril de 2011**