

Evaluación geriátrica inicial en una comunidad urbana y una rural en Chile con las “Escalas de la Cruz Roja Española y Social UC Chile”

P.P. Marín^a, T. Hoyl^a, E. Valenzuela^a, H. Gac^a y S.P. Wallace^b

^aPrograma Geriatría y Gerontología. Departamento de Medicina Interna. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile. Chile. ^bSchool of Public Health. University of California-Los Angeles, Los Angeles, California, EE.UU.

RESUMEN

La mayoría de los adultos mayores funcionan adecuadamente y no requieren una evaluación geriátrica exhaustiva. No obstante existe un grupo en riesgo de declive, en el cual una detección precoz es vital para evitar mayor deterioro.

Este artículo presenta los hallazgos de un estudio a gran escala de cribado geriátrico en una población rural y otra urbana de bajos ingresos, en Chile. Se documenta la utilidad de un instrumento simple, la “Escala de la Cruz Roja y Social UC Chile”, para identificar sujetos con deterioro funcional, mental o social, que podrían beneficiarse de una valoración geriátrica integral. Se añade de una evaluación social (la Escala Social UC Chile) a las Escalas funcional y mental de la Cruz Roja, lo que agrega importante información.

Se encontró que los adultos mayores rurales tenían mayor discapacidad física y mejor soporte social que sus pares urbanos. No hubo diferencias en la evaluación mental de ambas comunidades.

La “Escala de la Cruz Roja y Social UC Chile” resultó ser un instrumento útil que puede ayudar a identificar a aquellos adultos mayores que podrían beneficiarse de una valoración geriátrica integral.

Palabras clave

Valoración geriátrica. Atención primaria. Evaluación social. Escalas de Cruz Roja.

Initial geriatric evaluations in one urban and one rural community in Chile using the “Spanish Red Cross scale and the social scale of the Universidad Católica in Chile”

ABSTRACT

Most elderly individuals show adequate functioning and do not require extensive geriatric assessment or treatment. However, the early identification of individuals with risk factors for decline is essential to prevent further deterioration.

This article presents the findings of large-scale geriatric screening in two low-income communities (one urban and one rural) in Chile. The usefulness of a simple screening tool (the Red Cross scale and the social scale of the Universidad Católica in Chile) to identify physically, mentally, and socially impaired older adults who could benefit from full geriatric assessment was evaluated. Our addition of a social support impairment scale (the social scale of the Universidad Católica in Chile) to the functional and mental impairment scales of the Spanish Red Cross provided important new information.

We found that elderly adults in rural areas had greater physical disability and stronger social support than their urban counterparts. Mental impairment did not differ between the two communities.

The Red Cross scale and the social scale of the Universidad Católica in Chile is a useful tool that can help to identify older adults who could benefit from further geriatric assessment.

Key words

Geriatric assessment. Primary care. Social support. Red Cross assessment scales.

Correspondencia: Dr. Pedro Paulo Marín Larraín.
Programa de Geriatría, Departamento de Medicina Interna.
Facultad de Medicina P.U.C.
Casilla 114-D. Santiago de Chile.
Correo electrónico: ppmarin@med.puc.cl

Esta investigación fue apoyada, en parte, por el Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS) a la Pontificia Universidad Católica de Chile. S. Wallace fue apoyado, en parte, por una Beca de la Fulbright Foundation durante el análisis y escritura de este artículo.

Recibido el 05-05-02; aceptado el 18-07-03.

INTRODUCCIÓN

La valoración geriátrica integral (VGI) es considerada la nueva tecnología que aporta la geriatría como rama de la medicina del adulto¹. Basada en los beneficios demostrados, se recomienda internacionalmente realizar una VGI tanto a los adultos mayores que están viviendo en la comunidad como a aquellos que se encuentran

hospitalizados. Se ha demostrado que la VGI puede ayudar, entre otros objetivos, a establecer mejor los diagnósticos, planificar el tratamiento, mejorar o mantener la funcionalidad, establecer el ambiente de vida más adecuado y monitorizar el curso de la enfermedad y/o la respuesta a las intervenciones medicosociales efectuadas¹⁻³. La VGI se basa en investigaciones que han identificado diversos factores de riesgo que, al ser detectados oportunamente, se pueden intervenir. Además, la VGI permite predecir un posible deterioro funcional futuro¹⁻¹⁰.

Es reconocido que en atención primaria el enfoque médico clásico, que se basa sólo en el diagnóstico clínico, no es suficientemente descriptivo como para abarcar las múltiples necesidades biomedicosociales y los riesgos de muchos de los ancianos frágiles que viven en sus hogares y que consultan en un centro de salud³⁻⁹. Por ello, en la atención inicial de un adulto mayor se recomienda realizar algún tipo de evaluación geriátrica utilizando cuestionarios estructurados que contengan escalas simples y validadas⁶⁻¹². Estas escalas permiten obtener una información más completa y útil que orienta sobre a quiénes derivar a los programas medicosociales disponibles. Uno de los cuestionarios simples y rápidos de usar es el de las Escalas de la Cruz Roja (ECR), utilizadas en España¹³⁻¹⁶ y que han demostrado tener coeficientes de correlación de 0,80 con otras escalas internacionales ampliamente usadas para medir la funcionalidad (escala de Katz) y el estado cognitivo (SPMSQ de Pfeiffer)^{14,15}.

Chile es un país en transición demográfica avanzada. Un 10,4% de su población tiene 60 años o más, y actualmente la esperanza de vida al nacer es de 75,5 años¹⁷. Las principales causas de muerte son las enfermedades del aparato circulatorio y las neoplasias¹⁸. A pesar del creciente número de adultos mayores en Chile, el desarrollo de los servicios medicosociales enfocados a este grupo etario no está ampliamente desarrollado¹⁹. Tampoco está bien descrito el porcentaje de adultos mayores frágiles que vive en la comunidad^{11,19-22}. Nosotros proponemos que el uso de una Ficha de Evaluación Geriátrica Rápida puede servir para conocer mejor la situación chilena y así poder planificar cómo mejorar la atención y los servicios brindados a esta población.

Éste es un trabajo transversal descriptivo en el que presentamos nuestra experiencia y los resultados obtenidos al efectuar una evaluación geriátrica inicial, mediante el uso de tres escalas (mental, funcional y social) denominadas "Escalas de la Cruz Roja y Social UC Chile". Esta evaluación fue realizada como parte de un estudio destinado a conocer mejor la situación de riesgo medicosocial de los adultos mayores ambulatorios en Chile. Se compara a un grupo de adultos mayores que vive en una comunidad urbana pobre con un grupo que habita en una comunidad rural.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el año 1996 el Gobierno de Chile invitó a competir por fondos concursables, dependientes del Fondo de Solidaridad Social (FOSIS), para desarrollar programas destinados a mejorar la calidad de vida de ancianos pobres. La Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC), a través del Programa de Geriatría y Gerontología de la Facultad de Medicina y el Programa para el Adulto Mayor de la Vicerrectoría Académica, postuló con un proyecto integral y obtuvo la posibilidad de trabajar desde 1997 a 1999 en la comunidad de Lo Espejo, de Santiago de Chile. Esta comunidad es urbana y tiene una población censal de 121.075 habitantes, de los cuales el 9,62% son adultos mayores de 65 años (11.647 personas). Parte de estos resultados ya han sido publicados²⁰. Se efectuó la misma evaluación geriátrica inicial en la comunidad rural de San Vicente de Tagua Tagua (ubicada en la VI Región del país), que tiene una población total de 35.167 personas, de las cuales 2.285 (6,5%) son mayores de 65 años.

La importancia del apoyo social para el adulto mayor con discapacidad es un factor ampliamente reconocido. Se sabe que las discapacidades física y mental determinan demandas adicionales en la red de apoyo social, y que un soporte social insuficiente se asocia a peor pronóstico en el adulto mayor discapacitado. Es por ello que en la evaluación de los participantes se añadió a las ECR, un instrumento de valoración social, la "Evaluación de Apoyo Social UC". Esta escala dimensiona dos aspectos que son importantes: la fuerza del soporte social y la disponibilidad de éste, es decir, la relación entre el cuidador potencial y el adulto mayor, y la probable duración de este soporte. La escala consta de 5 categorías, de acuerdo con las escalas de evaluación mental y funcional de la Cruz Roja. El 0 corresponde a la persona que podría recibir cuidados indefinidos por un familiar cercano (apoyo social óptimo), y el 5, a la que no dispone de posibilidades de apoyo y/o cuidado alguno (nulo apoyo social). Esta estratificación está fuertemente asociada a otros indicadores de soporte social en el presente trabajo, como son vivir solo y la propia disponibilidad de ayuda en caso de necesitarlo (no mostrado). Esta escala ha sido previamente utilizada en Chile por el Programa de Geriatría y Gerontología PUC¹². En la tabla 1 se detallan las características de la Escala Social UC y su puntuación.

Este nuevo instrumento utilizado fue denominado "Escalas de Valoración Geriátrica Cruz Roja y Social UC Chile (ECR-UC)". Consiste en tres escalas muy simples de comprender y que requieren sólo una mínima capacitación para aplicarla; todas las escalas tienen una puntuación de 0 a 5 (siendo 0 lo mejor y 5 lo peor), lo que permite una rápida evaluación inicial de la fragilidad existente en ese adulto mayor¹².

Durante los meses de marzo y abril de 1997 se realizó una amplia convocatoria a los adultos mayores de ambas

TABLA 1. Escala Social UC Chile

0	Puede recibir apoyo y/o cuidados indefinidos por un familiar cercano
1	Puede recibir apoyo y/o cuidados indefinidos por una persona no perteneciente a la familia
2	Puede recibir apoyo y/o cuidados temporales (meses) por un familiar cercano
3	Puede recibir apoyo y/o cuidados temporales (meses) por un cuidador no perteneciente a la familia
4	Puede recibir apoyo y/o cuidados esporádicos (durante algunos días) por un familiar o por una persona ajena a la familia
5	No dispone de posibilidades de apoyo y/o cuidados, o son muy escasos

comunidades para ser sometidos a una evaluación geriátrica inicial. Esta invitación se divulgó mediante panfletos repartidos en centros comunitarios, municipalidades, iglesias y otros lugares públicos de alta afluencia de adultos mayores, y además fue difundida por las radios locales. Los adultos mayores que concurrieron a la evaluación fueron entrevistados por parte de nuestro equipo multidisciplinario de geriatría, más personal local previamente capacitado en el uso de las tres escalas (voluntarios entrenados por equipo profesional). La evaluación se hizo durante 2 semanas, y participaron 50 entrevistadores en la comunidad urbana y 30 entrevistadores en la comunidad rural. Se les aplicaron las ECR-UC más otras preguntas sobre funcionalidad, necesidad de ayuda para las actividades de la vida diaria, uso de elementos de apoyo, problemas de salud y evaluación subjetiva de memoria, entre otros.

Los resultados fueron analizados usando el programa de análisis estadístico SPSS, realizándose la comparación de porcentajes con la prueba de χ^2 y la comparación de medias usando el análisis de varianza o la prueba de la t de Student. Además se realizó regresión logística en los grupos estudiados, para ajustar por sexo y edad la valoración funcional, mental y social.

RESULTADOS

En la tabla 2 se describen las características generales de la población estudiada. Se evaluaron 1.137 adultos mayores que habitan en la comunidad urbana Lo Espejo de Santiago de Chile, cuya edad media fue de $71,9 \pm 5,6$ años DE (rango de 65 a 96 años), de los cuales 28,5% eran mayores de 75 años y 65,5% eran mujeres. En la comunidad rural de San Vicente de Tagua Tagua se evaluó a 1.227 adultos mayores que tienen significativamente mayor edad (media, $73,2 \pm 7,8$ años; 38% mayores de 75 años) y en los cuales hubo porcentualmente más varones (49%) que los evaluados en la comunidad urbana. Como se describe en la misma tabla, esta distribución demográfica es similar al resto de la población nacional según datos obtenidos de la Encuesta Nacional bianual CASEN, donde se reporta que en Santiago el 34% de los adultos mayores tienen más de 75 años y el 60% son mujeres²¹, y en áreas rurales de Chile el 39% tienen más de 75 años y el 50% son mujeres.

En el proceso de evaluar la validez de las ECR-UC se utilizaron diversas preguntas marcadoras de alteración funcional, mental y social. Al comparar la Evaluación Funcional de la Cruz Roja con otros marcadores de funcionalidad como la propia satisfacción de "necesidad de ayuda para alguna de las actividades de la vida diaria", se observó que sólo el 14% de los adultos mayores considerados como "normales" (puntuación 0) en "ECR-Evaluación Funcional" reportaban necesitar ayuda para alguna de las actividades diarias. Si en la evaluación funcional la puntuación era cuatro, el 100% de los adultos mayores respondió necesitar ayuda en las actividades de la vida diaria. Encontramos además que el incremento en la puntuación de la "ECR-Evaluación Funcional" va paralelo a un alza en el porcentaje de adultos mayores que reportan uso de elementos de apoyo como bastón, andador o silla de ruedas, y/o que presentan un problema de salud que los hace permanecer dentro de su hogar.

Respecto a "ECR- Evaluación Mental", encontramos que a mayor puntuación (es decir, peor desempeño),

TABLA 2. Características de la muestra en adultos mayores de 65 años, en dos comunidades en Chile (evaluados y según encuesta CASEN)

Comunidad	Rural	Urbana	p	Encuesta rural*	Encuesta Santiago*	p
Número de adultos mayores	1.227	1.137		2.638	5.340	
Edad en años ± DS	$73,2 \pm 7,0$	$71,9 \pm 5,6$	***	$73,5 \pm 7,0$	$73,1 \pm 6,7$	**
Mayores de 75 años	37,7%	28,5%	***	39,3%	33,9%	***
Rango de edad (años)	65-104	65-96		65-99	65-99	
Sexo femenino	51,0%	65,5%	***	50,0%	60,4%	***

* Encuesta representativa nacional CASEN – 1998; p obtenida mediante χ^2 o t de Student, según sea apropiado; ** p < 0,01. *** p < 0,001.

también hubo un incremento en el porcentaje de aquellos que reportaron "problemas de memoria", "necesitar ayuda en las actividades diarias" o "necesitar ayuda para contestar el cuestionario".

En la "Escala Social UC" se encontró que de todos los sujetos con puntuación de cinco (riesgo más alto), el 43,2% viven solos, y tres de cada cuatro personas reportan que no cuentan con la ayuda de alguien cercano en caso de necesidad.

En la tabla 3 describimos los resultados de la comunidad rural y la comunidad urbana pobre, usando las ECR-UC. Al agruparlos se observa que, según la clasificación de sus capacidades, la mayoría de los adultos mayores de ambas comunidades están clasificados con puntuación

cero (normal) en la evaluación funcional y de apoyo social. En la evaluación mental, las cifras de adultos mayores clasificados con alteraciones claras (puntuación dos o más) son cerca de un 10%. Estos resultados son similares a lo esperado en una población que acude a consulta en ambulatorios^{20,22}.

Observamos diferencias estadísticamente significativas entre los adultos mayores que viven en la comunidad rural y en la comunidad urbana. En la evaluación *funcional*, los adultos mayores rurales fueron clasificados en peores condiciones, hay menos sujetos evaluados como "normales" (cero) y hay porcentajes más altos de adultos mayores con limitaciones (puntuación 2 a 5). Así es como adultos mayores rurales tienen una media funcional peor (0,63) comparado con la media de los adultos ma-

TABLA 3. Comparación de la evaluación geriátrica entre la comunidad rural y urbana en Chile

Comunidad	Rural	Urbana	Valor p
Número de adultos mayores (n)	1.227	1.137	
Evaluación funcional			
0 = Camina normal; se vale por sí mismo	63,3%	65,2%	χ^2***
1 = Algunas dificultades desplazamientos complejos	21,7	28,3	
2 = Ocasional apoyo AVD; bastón o similar	9,0	6,1	
3 = Graves dificultades AVD; ayuda de una persona	2,6	0,4	
4 = Ayuda AVD de dos personas; incontinencia habitual	1,7	0	
5 = Inmovilizado, cuidados continuos, incontinente	1,7	0,1	
Promedio	0,63 ± 1,06	0,42 ± 0,64	***
Evaluación mental			
0 = Normal	48,2%	46,9%	χ^2***
1 = Trastornos leves memoria; conversación normal	43,9	43,5	
2 = Claras alteraciones memoria; conversación imperfecta	5,0	8,1	
3 = Graves alteraciones memoria y orientación	1,6	1,3	
4 = Desorientación completa	0,6	0,2	
5 = Demencia avanzada, vida vegetativa	0,7	0	
Promedio	0,64 ± 7,9	0,64 ± 7,0	NS
Evaluación de apoyo social			
0 = Indefinidos por familiar cercano	78,5%	68,6%	χ^2***
1 = Indefinidos por persona no familiar	9,5	15,7	
2 = Temporal (meses) por familiar cercano	2,4	7,2	
3 = Temporales por cuidador no familiar	1,3	1,5	
4 = Ocasional, personal ajeno a la familia	3,0	1,1	
5 = No dispone o son muy escasos	5,2	6,0	
Promedio	0,56 ± 1,33	0,69 ± 1,33	*
Resumen. Porcentaje de adultos mayores con más limitaciones			
Funcional (2-5)	15,0%	6,5%	***
Mental (2-5)	7,8	9,6	NS
Función 2-5 y/o mental 2-5	17,8	14,0	*
Social (1-5)	21,5	31,4	***
Social 1-5 y (función 2-5 y/o mental 2-5)	5,0	5,9	NS

AVD = Actividad de la vida diaria; * p < 0,05. ** p < 0,01. *** p < 0,001. NS = no significativo.

iores urbanos (0,42; $p < 0,001$). En la evaluación *mental* no encontramos diferencias significativas en las puntuaciones promedio de ambas poblaciones.

Al agrupar a los adultos mayores con mayor riesgo (puntuación funcional entre 2 y 5, y/o mental entre 2 y 5), se observa que hay un mayor porcentaje de adultos mayores rurales en esta mala condición, en comparación con la población urbana (17% rural frente a 14,8% urbana; $p < 0,05$).

Con respecto a la evaluación de *apoyo social* con la Escala Social UC Chile, los adultos mayores rurales tuvieron una mayor probabilidad de disponer de un potencial apoyo familiar comparado con los adultos mayores urbanos (78,5% frente a 68,6%), destacando que los urbanos eran, eso sí, más dependientes en un apoyo no familiar pero indefinido (15,7% frente a 9,5%; $p < 0,05$). Este apoyo puede ser considerado menos estable que un apoyo familiar directo, de lo que resulta la obtención de una evaluación promedio peor (más alta) en la comunidad urbana.

En el resumen de la tabla 3 se aprecia que existe un 14-17% de adultos mayores frágiles (con evaluación funcional y/o mental entre 2 y 5). Dentro de ellos existe un subgrupo de muy alto riesgo, aproximadamente un 5%, que corresponde a aquellos adultos mayores que además de estar discapacitados funcional y/o mentalmente, tienen un apoyo social muy escaso. No hay diferencias estadísticamente significativas entre el porcentaje de sujetos muy frágiles en comunidades rurales y urbanas.

En resumen, en las estadísticas descriptivas, los adultos mayores en la comunidad rural obtuvieron puntuaciones funcionales peores, mejor apoyo social, y puntuaciones mentales similares a los de la comunidad urbana.

Dado que hubo una diferencia de edad y sexo entre las poblaciones estudiadas en ambas comunidades, se realizó una regresión logística de la probabilidad de tener puntuación de 2 o más en la escala funcional y otra regresión logística para dos o más puntos en la evaluación mental. Después de controlar por sexo y edad, encontramos que los adultos mayores en la comunidad rural tienen un riesgo (*odds ratio*) 2,2 veces más alto ($p < 0,001$; intervalo de confianza del 95%, 1,6-2,9) de tener peor función física (puntuación 2 a 5) que los adultos mayores de la comunidad urbana. La edad, por sí misma, también se asocia con mala función física, pero el sexo no. Los resultados de la regresión logística sobre evaluación mental son inversos, es decir, los adultos mayores rurales tienen un riesgo (*odds ratio*) de 0,62 ($p < 0,01$; intervalo de confianza del 95%, 0,46-0,85), lo que significa que aquellos con la misma edad y sexo en la comunidad rural tienen menos probabilidades de tener claras alteraciones de memoria o estar peor mentalmente que los adultos mayores de la comunidad urbana.

Al analizar el potencial apoyo social, controlando por sexo y edad, los adultos mayores de la comunidad rural también tuvieron un riesgo menor de débil apoyo social (puntuación 1-5 o 2-5) que los de la comunidad urbana. Los adultos mayores rurales tienen un riesgo, controlando por edad y sexo, de 0,69 ($p < 0,001$; intervalo de confianza del 95%, 0,54-0,88) de apoyo social temporal, ocasional, o no disponible comparado con los adultos mayores urbanos (puntuación 2 a 5). Ni la edad ni el sexo tienen un efecto significativo en esta regresión. Es destacable que en ninguna de las evaluaciones previas se aprecie que la variable sexo tenga alguna asociación estadísticamente significativa.

DISCUSIÓN

La mayoría de los sistemas de salud de los países en vías de desarrollo y/o pobres están impulsando un modelo basado en la atención primaria. Este modelo es desarrollado por médicos generales y está enfocado principalmente a la atención y solución de problemas maternoinfantiles²³. Chile no es una excepción a esto, y a pesar de estar ya en una transición demográfica avanzada^{18,19}, con una población de adultos mayores cada vez más numerosa, nuestro sistema de salud no está enfocado a los problemas de este grupo etario¹⁹. Sabemos que con una población más envejecida ocurre una transición en el espectro de patologías prevalentes, con una disminución de la proporción de patologías agudas y un incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles. Estas últimas son las responsables de limitar e invalidar a los adultos mayores. El aumento creciente en el número de adultos mayores que está acudiendo a la atención primaria ha impuesto nuevos desafíos a los sistemas de salud. Existen progresivas nuevas demandas para identificar y tratar adecuadamente a adultos mayores con limitación funcional, sin que el personal de salud que ahí trabaja tenga los conocimientos y herramientas para hacerlo eficazmente. Por un lado la mayoría de los equipos de salud primaria no están capacitados para ello, y, por otro, se desconoce a nivel local las condiciones de fragilidad y las necesidades de la población de adultos mayores consultantes.

La ECR es un instrumento prometedor para evaluar la condición mental y funcional en los adultos mayores y ha sido ampliamente utilizado y validado con otras escalas de uso internacional¹³⁻¹⁶. Este instrumento sería de utilidad para identificar a los adultos mayores que se beneficiarían de atención geriátrica adicional. En nuestra investigación, la ECR-UC, usada previamente en nuestro hospital universitario¹², resultó ser también un instrumento rápido y fácil de administrar en la práctica clínica comunitaria, en lugares de bajos ingresos urbanos y rurales. Por ello, pudiera ser de utilidad como instrumento de cribado geriátrico inicial en poblaciones de adultos mayores que viven en la comunidad. Basado en la información obtenida con las escalas, sería posible focalizar

a los adultos mayores hacia programas comunitarios existentes y/o derivar a los que corresponda a una VGI por un equipo capacitado.

Pérez del Molino¹⁶ refiere que la ECR no permite la valoración de la incapacidad, sino sólo la cuantificación del nivel de incapacidad, lo que implicaría su detección previa con otro instrumento. Esto ha sido rebatido por otros autores¹³⁻¹⁵, ya que las cualidades de las ECR han sido ya testadas, con valores de sensibilidad y especificidad cercanas o superiores al 80% y con coeficientes de correlación cercanos a 0,80. Habría un cierto consenso en que la función de la ECR es precisamente la cuantificación-graduación del nivel de incapacidad y no su exploración exhaustiva, por lo que no sustituye a otros instrumentos más complejos, sino que se complementan. Además, es un sistema sencillo y útil para la transmisión de la información entre los miembros del equipo de salud.

Para que estas escalas sean de utilidad real en la práctica clínica, es importante definir puntos de corte que permitan distinguir a los adultos mayores de alto riesgo. Después de examinar la asociación entre otras preguntas de discapacidad y ECR-Mental y Funcional, se determinó que una puntuación mayor o igual a 2 identifica a los sujetos con alta probabilidad de requerir mayor asistencia. Este punto de corte también focaliza la atención en un porcentaje de población de adultos mayores relativamente pequeña (cerca del 15%), que son aquellos con mayores necesidades. La literatura^{1-3,7-9} describe que el impacto de la discapacidad mental y funcional se ve afectado de modo importante por la disponibilidad y calidad de apoyo social de que disponga el adulto mayor enfermo^{23,24}. Para cubrir esta necesidad se complementa la información con la "Escala Social UC" desarrollada por nosotros, que permite en forma rápida saber si el adulto mayor dispone o no de apoyo social, la calidad (familiar frente a no familiar) y el tiempo (indefinido frente a temporal) potencial de éste. Debido a la diferencia en el apoyo potencial entre el aportado por familiares y el aportado por no-familiares, se asignó un punto de corte de "uno o más" como indicativo de adultos mayores en riesgo en la eventualidad de requerir cuidado de terceras personas. Al usar el punto de corte de "uno" encontramos que cerca de un tercio de los adultos mayores con limitaciones mentales y funcionales no dispondrían de un adecuado apoyo social (sería nulo o muy escaso), transformándolos en sujetos del más alto nivel de riesgo (tabla 3).

Al usar esta nueva escala de cribado geriátrico inicial en poblaciones urbanas y rurales ambulatorias en Chile encontramos, después de ajustar por sexo y edad, que los adultos mayores rurales en general presentan más limitaciones funcionales, menores limitaciones mentales y tienen mejor apoyo social que los adultos mayores urbanos. Este hallazgo era para nosotros predecible, ya que los adultos mayores rurales en general se exigen diariamente más desde el punto vista funcional y motor, pero tienen menos exigencias cognitivas, y además frecuentemente disponen de familias numerosas y cercanas, por lo que su apoyo social es estable. Esta observación sugiere que las diferencias encontradas podrían ser resultado del contexto ambiental más que reflejar capacidades mentales y físicas absolutas. Sería de utilidad, en trabajos futuros, aplicar pruebas cuantitativas de función cognitiva y física para discriminar si las diferencias observadas son debidas a factores ambientales o a la capacidad individual real. En las áreas rurales, la mayor disponibilidad de apoyo familiar y social parece compensar los mayores niveles de discapacidad global.

A medida que nuestro país envejece, de modo similar a lo que ocurre en otros países pobres o en vías de desarrollo, es esencial identificar y validar un instrumento fácil de emplear en atención primaria para identificar a aquellos adultos mayores en riesgo. Dado que los recursos son muy limitados, esto permitiría focalizar los escasos recursos disponibles en ellos y sus familias. Nuestra investigación sugiere que la ECR-UC puede ser un instrumento útil para este fin. También sugiere que es necesario dar más atención y recursos a los adultos mayores en zonas urbanas y rurales, tomando en cuenta que tienen un perfil diferente de problemas y necesidades bio-médico-sociales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rubenstein LZ. An overview of the comprehensive geriatric assessment: rationale, history, program models and basic components. En: Rubenstein LZ, Wieland D, Bernbei R, eds. Geriatric Assessment Technology: the state of the art. Milan: Kurtis, 1995; p. 1-10.
2. Pérez del Molino JM, Moya López MJ. Valoración Geriátrica: conceptos generales. En: Guillén Llera F, Pérez del Molino JM, eds. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Madrid: Masson, 1994; p. 49-57.
3. Williams EL. Evolving methods for comprehensive assessment by general practitioners: the UK experience. En: Rubenstein LZ, Wieland D, Bernbei R, eds. Geriatric Assessment Technology: the state of the art. Milan: Kurtis, 1995; p. 255-64.
4. Rubenstein LZ. Exposing the iceberg of unrecognized disability: the benefits of functional assessment of the elderly. Arch Intern Med 1987;147:419-20.
5. Calkins DR, Rubenstein LZ, Cleary PD, Davies AR, Jette AM, Fink A, Kosecoff J, Young RT, Brook RH, Delbanco TL. Failure of physicians to recognize functional disability in ambulatory patients. Ann Intern Med 1991; 114:451-4.
6. Brenneman KS. Approach to the elderly patient. Geriatric Review Syllabus: a core curriculum in Geriatric Medicine. 2nd ed. New York: Kendall/Hunt Co., 1996; p. 53-104.
7. Swift CG. The problem-orientated approach to Geriatric Medicine. En: Pathy MSJ, ed. Principles and Practice of Geriatric Medicine. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons, 1991; p. 299-312.
8. Kane RL. Evaluating the elderly patient. En: Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB, eds. Essentials of Clinical Geriatrics. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Inc., 1994; p. 44-82.
9. British Geriatric Society. A report of joint workshop of the Research Unit of the Royal College of Physicians and the British Geriatric Society. Standardized assessment scales for elderly people. London: Royal College of Physicians of London and the British Geriatric Society, 1992.
10. Torres González M. Valoración Geriátrica Integral. Parte II. En: Guillén Llera F, Pérez del Molino Martín J, eds. Síndromes y cuidados en el paciente Geriátrico. Barcelona: Masson SA, 1994; p. 49-104.
11. Marín PP, Valenzuela E, Saito NK, Castro S, Hoyl T. Experiencia piloto en el uso de una ficha de evaluación geriátrica ambulatoria. Rev Méd Chile 1996;124:701-6.

12. Marín PP, Valenzuela E, Reyes P, Cubillos AM, Molina O, Guidi D. Evaluación geriátrica de adultos mayores en un Hospital Universitario. *Rev Méd Chile* 1994;122:1362-6.
13. Regalado P, Valero C, González Montalvo JL, Salgado A. Las escalas de la Cruz Roja veinticinco años después. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997;32:93-9.
14. González JL, Rodríguez L, Ruipérez I. Validación del SPMSQ de Pfeiffer y de la Escala de Incapacidad Mental de la Cruz Roja en la detección del deterioro mental en los pacientes externos de un Servicio de Geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1992;27:129-33.
15. González JL, Rodríguez M, Diestro P, Casado MT, Vallejo MI, Calvo MJ. Valoración funcional: relación de la Escala de la Cruz Roja con el Índice de Katz. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1991;26:197-202.
16. Pérez Molino J, Valderrama M, Cornejo A. Cuestiones sobre la utilidad, simplicidad y validez de las escalas de las escalas de Cruz Roja. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997;32:307-9.
17. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Censo de Población y Vivienda, Chile. Resultados Generales. Santiago de Chile: Edición Alborada, 1992; p. 70.
18. Albala C, Vio F. Epidemiological transition in Latin America: the case of Chile. *Public Health* 1995;109:431-42.
19. Marín PP. La situación del adulto mayor en Chile [artículo especial]. *Rev Méd Chile* 1998;125:1207-12.
20. Marín PP, Kornfeld R, Somlai E, Valenzuela E, Castro S. Valoración geriátrica ambulatoria de 2.116 adultos mayores pobres. *Rev Méd Chile* 1998;126:609-14.
21. Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN). Situación de los adultos mayores en Chile 1996. Encuesta de caracterización socioeconómica nacional-CASEN. Santiago de Chile, octubre 1997.
22. Marín PP, Kornfeld R, Escobar MC. Medición del riesgo funcional de adultos mayores pobres con un instrumento validado en Canadá. *Rev Méd Chile* 1998;126:1316-22.
23. Anzola Pérez E, Galinsky D, Morales Martínez F, Salas A, Sánchez M, eds. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington DC: OPS, 1994. Publicación Científica n.º 546.
24. Victor CR. Old Age in Modern Society. London: Croom Helm, 1987.