

Evaluación de la efectividad de un instrumento para identificar problemas sociales y sanitarios en la población anciana adscrita a un centro de atención primaria

C. Brotons^a, R. Monteserín^a, M. Martínez^a, J. Sellarès^a, A. Baulies^a y M. Fornasini^{a,b}

Objetivos. Evaluar el grado de respuesta a un cuestionario multidimensional autoadministrado en pacientes de 75 años de edad o mayores adscritos a un centro de salud de atención primaria y establecer las prevalencias de problemas sociales, cognitivos y con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, morbilidad, polifarmacia, actividad física y caídas.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal, basado en cuestionario autoadministrado enviado por correo postal.

Emplazamiento. Un centro de atención primaria de Barcelona.

Participantes. Un total de 1.299 ancianos de 75 años de edad o mayores.

Mediciones principales. Entorno social, actividades de la vida diaria, problemas sensoriales, morbilidad, síntomas físicos, entre ellos, incontinencia de esfínteres, estado cognitivo y uso de medicación.

Resultados. La tasa de respuesta fue del 68%. La edad promedio (\pm desviación estándar) de las mujeres que participaron fue significativamente mayor que la de los varones ($82,5 \pm 5,3$ frente a $81,6 \pm 5,0$ años, respectivamente). Una proporción significativamente mayor de mujeres que de varones vivían solas (el 38,2 frente al 10,9%), tenían dificultades para mantener su casa acogedora (el 15,6 frente al 8,8%) y llegar a final de mes con suficientes recursos monetarios (el 18,0 frente al 13,6%). Globalmente, hubo una mayor proporción de mujeres que de varones que presentaban problemas médicos, problemas cognitivos, depresión y dificultades para llevar a cabo actividades de la vida diaria. Los sujetos que tenían dificultades para llegar a final de mes con suficientes recursos monetarios también presentaron globalmente mayores prevalencias de problemas en todas las dimensiones de esta evaluación. Los sujetos que vivían solos tenían una prevalencia menor de problemas en todas las dimensiones, pero una prevalencia mayor de depresión.

Conclusión. La evaluación multidimensional en ancianos por correo postal es un procedimiento eficaz que permite identificar múltiples problemas sociales y sanitarios. Además, es factible identificar a los más frágiles, para posteriormente realizar intervenciones preventivas y curativas, así como su seguimiento.

Palabras clave: Valoración geriátrica global. Ancianos. Atención primaria. Método postal. Efectividad.

ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF AN INSTRUMENT TO IDENTIFY HEALTH AND SOCIAL PROBLEMS IN AN ELDERLY POPULATION FROM A PRIMARY HEALTH CARE CENTER

Objective. To assess the response rate to a multi-dimensional, self administered questionnaire in patients ≥ 75 years old attending a primary health care center and to establish the prevalences of problems in the following dimensions: socio-economical, cognitive, morbidity, polypharmacy, physical activity, falls, and activities of the daily living.

Design. Cross-sectional descriptive study based on a self-administered questionnaire posted by mail.

Setting. A primary health care center in Barcelona.

Participants. A total of 1299 patients ≥ 75 years old.

Main measurements. Social surroundings, activities of the daily living, sensorial problems, morbidity, physical symptoms including sphincter's incontinence, cognitive status, and medication use.

Results. The response rate was 68% (95% CI, 0.65-0.70). The average age of the women who participated was significantly greater than the one of the men (82.5 ± 5.3 vs 81.6 ± 5.0 , respectively). A significantly greater proportion of women than of men lived single (38.2 vs 10.9%); they had difficulties to maintain its house cosy (15.6 vs 8.8%) and they had difficulties to make ends meet (18.0 vs 13.6%). Globally, there were a greater proportion of women than of men whom they had: medical problems, cognitive problems, depression, and difficulties to carry out activities of the daily living. Overall, subjects that have had difficulties to make ends meet had greater prevalences of problems in all the dimensions of this evaluation. On the other hand, subjects that lived single had lower prevalences of problems in all the dimensions except they had a greater prevalence of depression.

Conclusion. The multidimensional evaluation in elderly patients by the postal method is an efficient procedure that allows identifying many socioeconomic and health problems. In addition, it is feasible to identify to most fragile subjects and latter on to carry out preventive and curative interventions on them as well as to make their follow up.

Key words: Comprehensive geriatric evaluation. Elderly patient. Primary care. Postal method. Effectiveness

^aCentro de Atención Primaria Sardenya. Servei Català de la Salut. Barcelona. España.

^bUniversidad San Francisco de Quito. Quito. Ecuador.

Fuente de financiación: Fundació Agrupació Mútua (premio Àmbit de la Vejez).

Correspondencia: C. Brotons. Unidad de Investigación. CAP de Sardenya. Sardenya, 466. 08025 Barcelona. España. Correo electrónico: cbrotons@capsardenya.net

Manuscrito recibido el 3 de mayo de 2004. Manuscrito aceptado para su publicación el 17 de enero de 2005.

Introducción

El envejecimiento poblacional tiene un gran impacto económico, sanitario, familiar, social y político. En el año 2000, el 10% de la población mundial eran personas mayores de 60 años. Este porcentaje era de un 20% en los países desarrollados y del 8% o menos en los países menos desarrollados. En Europa, para el año 2050 podrían representar un 35%¹. En España ha habido un aumento progresivo de la población de ancianos. El porcentaje de mayores de 65 años ha aumentado del 5% en 1900 al 15% en 2001, y llegará al 20% en el año 2031².

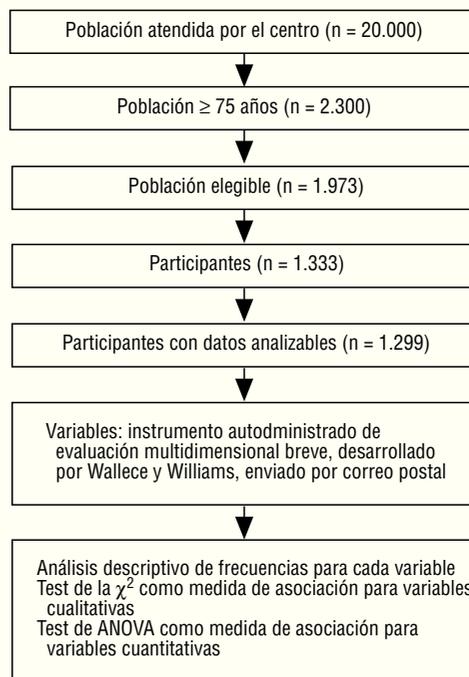
Estos cambios demográficos podrían generar un notable incremento del número de ancianos, de personas dependientes, así como un fuerte incremento de los costes asistenciales y sociosanitarios. Esto llevaría a un déficit de los sistemas de cobertura social, desde las pensiones hasta las atenciones sanitarias a la familia³. Para el 86% de los ancianos la salud es lo más importante. Consideran que su salud es buena el 40%, mientras que un 30% de los mayores de 80 años afirma que su salud es deficiente⁴.

Múltiples estudios en ancianos han documentado altas cifras de problemas sociosanitarios no diagnosticados en las consultas médicas⁵⁻⁸, lo que ha incitado el desarrollo de evaluaciones globales con un amplio enfoque sociosanitario^{9,10}. La valoración geriátrica global identifica y cuantifica los problemas de los ancianos para posteriormente ofrecerles tratamiento e implementar acciones de prevención¹¹⁻¹³. La evaluación global se ha estudiado en ensayos clínicos, con resultados heterogéneos, y todavía existe incertidumbre sobre cuál es el método óptimo para realizar un cribado inicial¹⁴⁻¹⁶. Smeeth et al¹⁷, en un reciente ensayo clínico realizado en Inglaterra, compararon diversos métodos de administración de un cuestionario de evaluación en ancianos. El método postal presentó una mayor respuesta que la entrevista realizada por el médico o la enfermera, pero hubo un porcentaje mayor de datos perdidos. El objetivo del presente estudio ha sido determinar las prevalencias de problemas sociales, cognitivos y con las actividades de la vida diaria, caídas, morbilidad, polifarmacia y actividad física, así como el grado de respuesta a un cuestionario postal de evaluación global, en pacientes de edad ≥ 75 años adscritos a un centro de salud de atención primaria.

Material y métodos

En este estudio transversal se seleccionó a todos los sujetos de 75 años de edad o mayores que no tuvieran una enfermedad terminal o una alteración cognitiva grave y que no estuvieran institucionalizados. Se les identificó a través de la historia clínica informatizada de un centro de atención primaria. Se les envió por correo postal, hasta un máximo de 2 veces, un cuestionario auto-

Material y métodos
Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio descriptivo, transversal, para determinar la prevalencia de problemas en el anciano en múltiples dimensiones a través del correo postal.

administrado y un sobre sellado de retorno postal. Se utilizó una adaptación al castellano del cuestionario de evaluación multidimensional breve desarrollado por Wallace y Williams⁹, que cubre el entorno social, actividades de la vida diaria, problemas sensoriales, morbilidad, síntomas físicos, estado cognitivo y uso de medicación. Además, se añadieron preguntas sobre hábitos tóxicos (anexo 1, disponible en Internet). El correcto entendimiento e interpretación de las preguntas se verificaron previamente con un estudio piloto, en el que se administró el cuestionario a 10 pacientes seleccionados al azar mayores de 75 años.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo mediante proporciones y estadísticas de tendencia central y de dispersión. Para detectar diferencias entre grupos se utilizaron las pruebas de la χ^2 y ANOVA. Se utilizó el programa SPSS para Windows versión 10. Los resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$) se describirán con el término «significativo».

Resultados

Al primer envío de cuestionarios respondió un 47,4% de las 1.973 personas elegibles. Al segundo envío contestó el

TABLA 1 Frecuencias (%) y medias (\pm desviación estándar) de las características sociodemográficas de la población, por género

Variable	Mujeres	Varones	Total	p
Participación	820/1.243 (66,0%)	479/730 (65,6%)	1.299/1.973 (65,8%) ^a	0,873
N.º de sujetos	820 (63,1%)	479 (36,9%)	1.299	< 0,0005
Edad	(años) 82,5 \pm 5,3	81,6 \pm 5,0	82,3 \pm 5,4	0,004
Viven solos	307/804 (38,2%)	51/470 (10,9%)	358/1.274 (28,1%)	< 0,0005
Casi no se relacionan con otras personas	67/820 (8,2%)	33/479 (6,9%)	100/1.299 (7,7%)	0,400
Dificultades para mantener la casa acogedora	121/778 (15,6%)	40/455 (8,8%)	161/1.233 (13,1%)	0,001
Dificultades para llegar a fin de mes	148/820 (18,0%)	65/479 (13,6%)	213/1.299 (16,4%)	0,035

^aHubo 34 datos perdidos en función del sexo, con lo cual la tasa de participación fue del 66,7%.

TABLA 2 Frecuencias de actividades de la vida diaria de la población, por sexos

Variable	Mujeres	Varones	Total	p
No pueden cortarse las uñas solos	405/801 (50,6%)	149/466 (32,0%)	554/1.267 (43,7%)	< 0,0005
No pueden vestirse solos	83/801 (10,4%)	39/462 (8,4%)	122/1.263 (9,7%)	0,266
No pueden cocinar solos	139/779 (17,8%)	134/391 (34,3%)	273/1.170 (23,3%)	< 0,0005
No pueden realizar tareas domésticas ligeras	222/794 (28,0%)	112/448 (25,0%)	334/1.242 (26,9%)	0,259
No pueden subir escaleras	151/781 (19,3%)	46/444 (10,4%)	197/1.225 (16,1%)	0,001
No pueden lavarse	169/805 (21,0%)	59/464 (12,7%)	228/1.269 (18,0%)	< 0,0005
No pueden caminar 50 m	108/771 (14,0%)	36/438 (8,2%)	144/1.209 (11,9%)	0,003
No pueden hacer la compra	229/795 (28,8%)	92/432 (21,3%)	321/1.227 (26,2%)	0,004
Han sufrido 1 o más caídas en los últimos 6 meses	223/801 (27,8%)	89/465 (19,1%)	312/1.266 (24,6%)	0,001

TABLA 3 Frecuencias y promedios de problemas médicos y medicación de la población, por sexos

Variable	Mujeres	Varones	Total	p
No físicamente activos	350/804 (43,5%)	159/466 (34,1%)	509/1.270 (40,1%)	0,001
Deficiencia auditiva grave	88/806 (10,9%)	48/471 (10,2%)	136/1.277 (10,6%)	0,684
Deficiencia visual grave	138/796 (17,3%)	57/471 (12,1%)	195/1.267 (15,4%)	0,013
Vómitos con sangre	3/820 (0,4%)	6/479 (1,3%)	9/1.299 (0,7%)	0,130
Tos con esputo con sangre	4/820 (0,5%)	11/479 (2,3%)	15/1.299 (1,2%)	0,003
Falta de respiración en sedestación	108/820 (13,2%)	51/479 (10,6%)	159/1.299 (12,2%)	0,181
Edema matutino de piernas	179/820 (21,8%)	66/479 (13,8%)	245/1.299 (18,9%)	< 0,0005
Pérdida > 3 kg de peso en 6 meses	71/820 (8,7%)	30/479 (6,3%)	101/1.299 (7,8%)	0,120
Incontinencia urinaria	385/800 (48,1%)	144/461 (31,2%)	529/1.261 (42,0%)	< 0,0005
Incontinencia fecal	117/802 (14,6%)	62/470 (13,2%)	179/1.272 (14,1%)	0,489
Alguna medicación	744/802 (92,8%)	434/467 (92,9%)	1.178/1.269 (92,8%)	0,912
Promedio de medicamentos	4,12 \pm 2,34	4,06 \pm 2,36	4,09 \pm 2,34	0,727

38,3% de 1.038. La respuesta global fue del 67,6%. Los sujetos elegibles y los que participaron tenían como promedio 82,3 años (rango, 75-103). La participación de las mujeres (66%) fue similar a la de los varones (65,6%). La edad promedio (\pm desviación estándar) de las mujeres que participaron fue significativamente mayor que la de los

varones (82,5 \pm 5,3 frente a 81,6 \pm 5,0 años, respectivamente).

En las tablas 1-4 se presentan las frecuencias y promedios por sexos de las características sociodemográficas, las actividades de la vida diaria, problemas médicos, la toma de medicamentos y los problemas cognitivos. Las mujeres

TABLA 4 Frecuencias y promedios de salud mental, aspectos cognitivos y hábitos tóxicos de la población, por sexos

Variable	Mujeres	Varones	Total	p
Se sienten deprimidos frecuentemente	262/802 (32,7%)	71/473 (15,0%)	333/1.275 (26,1%)	< 0,0005
Problemas de memoria diaria frecuente	211/802 (26,3%)	107/471 (22,7%)	318/1.273 (25,0%)	0,153
Dificultades para recordar la toma de medicamentos	58/747 (7,8%)	34/438 (7,8%)	92/1185 (7,8%)	0,999
Dificultades para llevar las cuentas de casa	205/782 (26,2%)	70/471 (14,9%)	275/1253 (21,9%)	< 0,0005
Dibujo incorrecto del círculo	235/820 (28,7%)	99/479 (20,7%)	334/1.299 (25,7%)	0,001
Dibujo incorrecto de los números	257/820 (31,3%)	104/479 (21,7%)	361/1.299 (27,8%)	< 0,0005
Dibujo incorrecto de la hora	353/820 (43%)	163/479 (34%)	516/1.299 (39,7%)	0,001
Tres dibujos correctos	440/817 (53,9%)	304/479 (63,5%)	744/1.296 (57,4%)	0,001
Tabaquismo	10/774 (1,3%)	47/454 (10,4%)	57/1.228 (4,6%)	< 0,0005
Número de cigarrillos	6,5 ± 2,52	6,6 ± 6,35	6,58 ± 6,04	0,978
Alcohol	273/800 (34,1%)	283/464 (61,0%)	556/1.264 (44,0%)	< 0,0005

TABLA 5 Frecuencias de actividades de la vida diaria según las dificultades económicas

Variable	Dificultades económicas		Total	p
	Sí	No		
No pueden cortarse las uñas por sí solos	117/212 (55,2%)	421/1.073 (40,6%)	538/1.285 (41,9%)	< 0,0005
No pueden vestirse solos	40/208 (19,2%)	71/1.038 (6,8%)	111/1.246 (8,9%)	< 0,0005
No pueden cocinar solos	67/197 (34,0%)	191/960 (19,9%)	258/1.157 (22,3%)	< 0,0005
No pueden realizar tareas domésticas ligeras	80/204 (39,2%)	242/1.021 (23,7%)	322/1.225 (26,3%)	< 0,0005
No pueden subir escaleras	58/204 (28,4%)	132/1.003 (13,2%)	190/1.207 (15,7%)	< 0,0005
No pueden lavarse	69/213 (32,4%)	149/1.037 (14,4%)	218/1.250 (17,4%)	< 0,0005
No pueden caminar 50 m	47/205 (22,9%)	86/986 (8,7%)	133/1.191 (11,2%)	< 0,0005
No pueden hacer la compra	69/207 (33,3%)	238/1.003 (23,7%)	307/1.210 (25,4%)	0,004
Han sufrido 1 o más caídas en los últimos 6 meses	69/209 (33,0%)	227/1.030 (22,0%)	296/1.239 (23,9%)	0,001

presentaron, respecto a los varones, las siguientes diferencias significativas: un porcentaje superior vivían solas, les era difícil mantener su casa acogedora y habían tenido problemas económicos. Globalmente, un mayor porcentaje de mujeres presentaba problemas médicos y limitaciones en las actividades de la vida diaria. En aspectos cognitivos y de salud mental, presentaban mayores porcentajes de problemas, y eran significativos los de depresión, dificultades para llevar las cuentas de casa y dibujos incorrectos del reloj. El consumo de alcohol y tabaco era significativamente más común entre los varones.

Los sujetos que tenían dificultades económicas eran significativamente diferentes de los que no las tenían según las siguientes variables sociodemográficas: más a menudo eran mujeres, se relacionaban menos socialmente y podían pedir ayuda a sus contactos sociales con menos frecuencia. Los sujetos que tenían dificultades económicas presentaron porcentajes significativamente mayores de limitaciones en todas las actividades de la vida diaria (tabla 5). Los

ancianos con dificultades económicas tuvieron porcentajes significativamente mayores en varios problemas médicos, de salud mental y aspectos cognitivos, que se presentan en la tabla 6. Los sujetos que vivían solos tuvieron, en un porcentaje significativamente mayor, más relaciones sociales que los que vivían acompañados. En general, presentaron porcentajes significativamente inferiores de limitaciones en actividades de la vida diaria, con excepción de las caídas sufridas en los últimos 6 meses. También presentaron cifras significativamente menores de poca actividad física, deficiencia auditiva grave, deficiencia visual grave, falta de respiración e incontinencia fecal, y como promedio tomaban un menor número de medicamentos. Presentaban porcentajes significativamente menores de problemas de memoria diaria, para llevar las cuentas de casa y para recordar la toma de medicamentos, pero tenían un porcentaje significativamente mayor de depresión.

Para establecer el porcentaje de pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva se identificó a los sujetos con edema

TABLA 6 Frecuencias y promedios de problemas médicos, salud mental y aspectos cognitivos según las dificultades económicas

Variable	Dificultades económicas		Total	p
	Sí	No		
Poco o nada activos físicamente	106/213 (49,8%)	393/1.039 (37,8%)	499/1.252 (39,9%)	0,001
Deficiencia auditiva grave	37/218 (17,0%)	91/1.041 (8,7%)	128/1.259 (10,2%)	< 0,0005
Deficiencia visual grave	54/219 (24,7%)	127/1.032 (12,3%)	181/1.251 (14,5%)	< 0,0005
Edema matutino de piernas	61/219 (27,9%)	175/1.060 (16,5%)	236/1.279 (18,5%)	< 0,0005
Pérdida > 3 kg de peso en 6 meses	25/219 (11,4%)	73/1.060 (6,9%)	98/1.279 (7,7%)	0,022
Incontinencia urinaria	107/217 (49,3%)	410/1.026 (40,0%)	517/1.243 (41,6%)	0,011
Incontinencia fecal	47/216 (21,8%)	122/1.050 (11,6%)	169/1.266 (13,3%)	< 0,0005
Dificultades para recordar la toma de medicamentos	25/172 (14,5%)	64/896 (7,1%)	89/1.068 (8,0%)	0,001
Se sienten deprimidos frecuentemente	95/218 (43,6%)	234/1.057 (22,1%)	329/1.275 (25,8%)	< 0,0005
Problemas de memoria diaria frecuente	78/219 (35,6%)	234/1.055 (22,2%)	312/1.274 (24,5%)	< 0,0005
Dificultades para llevar las cuentas de casa	82/212 (38,7%)	190/1.049 (18,1%)	272/1.261 (21,6%)	< 0,0005
Tres dibujos correctos	109/218 (50,0%)	633/1.058 (59,8%)	742/1.276 (58,2%)	0,001

matutino de piernas (19%) y, a la vez, alguno de los siguientes síntomas: falta de respiración en sedestación (5%) o hablando (4%), incapacidad o ligera dificultad para caminar 50 m (11%).

Los sujetos que habían sufrido 4 caídas tomaban 5,1 fármacos al día, en tanto que los que no habían sufrido ninguna tomaban 3,8 fármacos ($p < 0,005$). Los activos físicamente presentaron un promedio de 3,2 caídas, en comparación con los nada activos físicamente, que sufrieron una media de 5,2 ($p < 0,005$).

Los ancianos deprimidos habían sufrido al menos una caída con mayor frecuencia que los que no padecían depresión (el 38 frente al 19%, respectivamente). Los sujetos sin problemas visuales habían presentado, en un porcentaje significativamente menor, una o más caídas (un 16%, frente a un 33% de los sujetos que refirieron una ligera carencia visual y un 38% de los sujetos con carencia visual grave). Los ancianos con deficiencias auditivas también presentaron un porcentaje significativamente mayor de caídas.

Hubo asociaciones directas significativas entre la frecuencia de caídas y los problemas de memoria diarios, las dificultades para llevar sus cuentas y para recordar la toma de medicamentos. Quienes no sufrieron caídas tenían porcentajes significativamente menores de problemas físicos, con actividades de la vida diaria e incontinencia de esfínteres.

Los sujetos que tenían problemas físicos y limitaciones en actividades de la vida diaria presentaron porcentajes significativamente mayores de depresión. Los sujetos con problemas sensoriales auditivos o visuales presentaron también porcentajes significativamente mayores de depresión que quienes no tenían esos problemas (el 43 frente al 24% y el 44 frente al 23%, respectivamente). También hubo

porcentajes significativamente mayores de depresión entre los sujetos con incontinencia urinaria (39%) y fecal (42%) que en los individuos sin esos problemas (el 17 y el 23%, respectivamente). Los ancianos con incontinencia de esfínteres tenían menos relaciones sociales que quienes no la presentaban (el 31 frente al 20%).

Tomaban un promedio significativamente mayor de fármacos los ancianos que vivían acompañados, con problemas en las actividades de la vida diaria, con problemas cognitivos, con incontinencia de esfínteres, con problemas sensoriales y con más morbilidad.

Discusión

El instrumento utilizado para la identificación de problemas sociales y sanitarios no se ha empleado previamente en nuestro entorno. Tampoco se ha realizado una validación formal de dicho instrumento al castellano. La participación del 68% indica que el método postal es eficiente para la evaluación global en la población de 75 o más años de edad. Este hallazgo apoya su realización periódica para implementar programas preventivos y curativos en atención primaria y asistencia social. Todavía es controvertido el impacto positivo en la salud de este tipo de abordaje; no obstante, la mayoría de los estudios no ha tenido en cuenta la situación funcional y la calidad de vida. Un estudio danés encontró una reducción significativa de la mortalidad y de las hospitalizaciones^{16,18}. La menor participación en nuestro estudio comparada con la tasa de respuesta del 83,5% del estudio de Smeeth et al¹⁷ antes comentado podría deberse al mayor tamaño de muestra de este último, a diferencias culturales, al nivel de salud de la población y quizá al número de envíos postales recordatorios. Este es-

Discusión

Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- En ancianos se han documentado cifras altas de problemas sociales y sanitarios no diagnosticados en las consultas médicas.
- Hay incertidumbre sobre el método óptimo para realizar el cribado inicial en la evaluación global.

Qué aporta este estudio

- La valoración geriátrica global por el método postal es efectiva y permite identificar y cuantificar múltiples problemas sociales y sanitarios en el anciano.

tudio concuerda con el de Smeeth et al en que la participación de varones y mujeres fue similar y que los que participaron fueron más jóvenes que los que no respondieron. En nuestro estudio no disponemos de otra información de los que no respondieron, por lo que no podemos descartar algún sesgo de selección en este sentido.

Las diferencias observadas entre varones y mujeres respecto a dificultades de la vida diaria, problemas médicos, cognitivos y de salud mental podrían explicarse, aunque quizá no en su totalidad, porque las mujeres tenían una edad promedio mayor, viven solas más frecuentemente y tienen menos contactos y apoyo social¹⁹. Además, el estado de salud percibido se asocia a la educación²⁰. Aunque este estudio no recogió dicha información, es probable que las mujeres de esa generación hayan tenido menor nivel de educación que los varones.

El 17% de los ancianos tenía dificultades económicas, porcentaje cercano al 15% de hogares en Cataluña de acuerdo con una encuesta reciente, aunque ese mismo estudio manifiesta que, cuando el sustentador principal es mayor de 74 años, la pobreza alcanza a un 48%²¹. Los sujetos con dificultades económicas tuvieron niveles menos favorables en casi todos los aspectos sociosanitarios. Es sabido que la pobreza se asocia con múltiples problemas sociosanitarios en el anciano, entre ellos la fragilidad^{22,23}.

Los ancianos que vivían solos presentaron menores porcentajes de problemas socioeconómicos, médicos, sensoriales, cognitivos y con actividades de la vida diaria. Sin embargo, tuvieron porcentajes mayores estadísticamente significativos de depresión, hallazgo que coincide con el de otros estudios²⁴. Es lógico pensar que los ancianos que viven solos lo hacen porque conservan un buen nivel de salud y gozan de independencia económica; además, un alto porcentaje de ellos suele tener un alto grado de contactos

y redes sociales de apoyo, como se ha observado en algunos estudios^{19,25}. La evaluación global por el método postal también permite detectar a los pacientes con alguna enfermedad, crónica como la insuficiencia cardíaca congestiva. Otros estudios realizados en el ámbito de la atención primaria, pero utilizando un método diferente, observaron una prevalencia de insuficiencia cardíaca tanto sistólica como diastólica en pacientes mayores de 75 años de un 9%²⁶, dentro del rango observado en este trabajo (entre un 4 y un 11%). Estos resultados deben valorarse con precaución por las dificultades metodológicas de los estudios de prevalencia de la insuficiencia cardíaca.

La polifarmacia, el déficit sensorial y los problemas cognitivos tuvieron una relación significativa con un mayor número de caídas, mientras que la actividad física fue un factor de protección. Otros estudios²⁷ han observado que los predictores más importantes de caídas en mujeres son las enfermedades crónicas y las enfermedades múltiples más que el número de medicamentos. Sin embargo, los antidepresivos, los ansiolíticos y los hipnóticos sí aparecían como predictores.

La incontinencia urinaria fue significativamente mayor en las mujeres (48%) que en los varones (31%), aunque la prevalencia entre éstos fue mayor que la descrita en otros estudios (17-23%)²⁸⁻³⁰. Esta diferencia podría deberse al grado de salud de la población o a los métodos de diagnóstico. Hubo una asociación significativa entre incontinencia y depresión e incontinencia y aislamiento social. Otros estudios descriptivos también han observado una asociación entre la incontinencia urinaria y la depresión³¹. Las mujeres presentaron porcentajes significativamente mayores de problemas cognitivos. Quizá la mayor edad de las mujeres, su menor frecuencia de relaciones sociales y, posiblemente, su menor nivel de instrucción son factores que podrían explicar dicho hallazgo. Se ha observado en diversos estudios que el aislamiento social y una mayor edad son importantes factores de riesgo de deterioro cognitivo^{19,32}.

La valoración geriátrica global por el método postal es efectiva y permite identificar y cuantificar múltiples problemas sociosanitarios en el anciano. Además, es factible identificar a los más frágiles, para posteriormente realizar intervenciones preventivas y curativas, así como un seguimiento de los mismos. La utilización de este instrumento también permite efectuar propuestas concretas sobre los recursos sanitarios necesarios en relación con una determinada intervención. Son necesarios más estudios sobre el impacto en la salud y calidad de vida de intervenciones derivadas de este tipo de abordaje.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento especial a los Dres. Elisabet Rayó, Aser Muñoz, Marisa Galán, Ignacio Saez y José Manuel da Pena, por los comentarios hechos a este manuscrito; a las administrativas Lydia Orsellí y Laia Menero, por su ayuda en el registro informático, y a Ricardo Asensio, por su ayuda en el manejo de las bases de datos para la identificación de los pacientes.

Bibliografía

1. United Nations. Department of Economic and social Affairs, Population New York: UNO; 1999. World population prospects. The 1998 revision. Vol II: sex and age.
2. Instituto Nacional de Estadística. Evolución de la población española, 1887-2031. Anuario Estadístico. Proyección de la Población Española para el período 1980-2010. Madrid: INE; 1984.
3. Conselleria de Benestar Social. Llibre blanc de la dependència de la gent gran. Repensar l'atenció a la gent gran amb dependència. Barcelona: Conselleria de Benestar Social. Generalitat de Catalunya; 2002.
4. CIS-IMSERSO. La soledad de las personas mayores. Estudio 2.279, febrero de 1998. Madrid: IMSERSO; 1998.
5. Smeeth L, Fletcher AE, Hanciles S, Evans J, Wormald R. Screening older people for impaired vision in primary care: cluster randomised trial. *BMJ*. 2003;327:1027-31.
6. Smeeth L, Fletcher AE, Siu-Woon Ng E, Stirling E, et al. Reduced hearing, ownership, and use of hearing aids in elderly people in the UK: the MRC Trial of the Assessment and Management of Older People in the Community: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2002;359:1466-70.
7. Angel RJ, Frisco M, Angel JL, Chiriboga DA. Financial strain and health among elderly Mexican-origin individuals. *J Health Soc Behav*. 2003;44:536-51.
8. Antonucci TC, Lansford JE, Akiyama H, Smith J, et al. Differences between men and women in social relations, resource deficits, and depressive symptomatology during later life in four nations. *J Soc Issues*. 2002;58:767-84.
9. Royal College of General practitioners. Health checks for people aged 75 and over. Occasional paper 59. London: Royal College of General Practitioners; 1993. p. 993.
10. Kane RA, Kane RL. Assessing the elderly. Lexington: Lexington Books; 1981.
11. NIH Consensus Statement. Geriatric assessment methods for clinical decision making NIH Consensus Statement. 1987;6:1-21.
12. De Alba C, Gorroñoigoitia A, Litago C, Martín I, Luque A. Actividades preventivas en los ancianos. *Aten Primaria*. 2001;28:161-80.
13. Guillén F, López-Dóriga P. Aspectos específicos del diagnóstico en la persona mayor. Valoración geriátrica. Anamnesis y exploración física. Indicaciones de pruebas complementarias. *Medicine*. 1995;6:3845-53.
14. Tulloch AJ, Moore V. A randomized controlled trial of of geriatric screening and surveillance in general practice. *J Roy Coll Gen Pract*. 1979;29:733-42.
15. Vetter NJ, Jones DA, Victor CR. Effect of health visitors working with elderly patients in general practice: a randomized controlled trial. *BMJ*. 1984;288:369-72.
16. Hendriksen C, Lund E, Stromgard E. Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomized controlled trial. *BMJ*. 1984;289:1522-4.
17. Smeeth L, Fletcher AE, Stirling S, et al. Randomised comparison of three methods of administering a screening questionnaire to elderly people: findings from the MRC trial of the assessment and management of older people in the community. *BMJ*. 2001;323:1-7.
18. Hendriksen C, Lund E, Stromgard E. Hospitalization of elderly people. A three year controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 1989;37:117-22.
19. Zunzunegui MV, Alvarado BE, Del Ser T, Otero A. Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003;58:93-100.
20. Coma A, Martí M, Fernández E. Educación y clase social basada en la ocupación: su interrelación como indicadores de posición socioeconómica en el estudio de las desigualdades sociales mediante encuestas de salud. *Aten Primaria*. 2003;32:208-15.
21. Disponible en: www.caixacat.es/obrasocial/noticias/unsolmon/cas/observatori.html
22. Fried LP, Kronmal RA, Newman AB, Bild DE, Mittelmark MB, Polak JF, et al. Risk factors for 5-year mortality in older adults: the Cardiovascular Health Study. *JAMA*. 1998;279:585-92.
23. Miller DK, Carter ME, Miller JP, Fornoff JE, Bentley JA, Boyd SD, et al. Inner-city older blacks have high levels of functional disability. *J Am Geriatr Soc*. 1996;44:1166-73.
24. Stek ML, Gussekloo J, Beekman AT, Van Tilburg W, Westendorp RG. Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: the Leiden 85-plus study. *J Affect Disord*. 2004;78:193-200.
25. Keller BK, Magnuson TM, Cernin PA, Stoner JA, Potter JF. The significance of social network in a geriatric assessment population. *Aging Clin Exp Res*. 2003;15:512-7.
26. Diller PM, Smucker DR, David B, Graham RJ. Congestive heart failure due to diastolic or systolic dysfunction. Frequency and patient characteristics in an ambulatory setting. *Arch Fam Med*. 1999;8:414-20.
27. Lawlor DA, Patel R, Ebrahim S. Association between falls in elderly women and chronic diseases and drug use: cross sectional study. *BMJ*. 2003;327:712-7.
28. Boyle P, Robertson C, Mazzetta C, Keech M, Hobbs FD, Fourcade R, et al, por el UrEpiK Study Group. The prevalence of male urinary incontinence in four centres: the UREPIK study. *BJU Int*. 2003;92:943-7.
29. Molander U, Sundh V, Steen B. Urinary incontinence and related symptoms in older men and women studied longitudinally between 70 and 97 years of age. A population study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2002;35:237-44.
30. Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003;82:327-38.
31. Nygaard I, Turvey C, Burns TL, Crischilles E, Wallace R. Urinary incontinence and depression in middle-aged United States women. *Obstet Gynecol*. 2003;101:149-56.
32. Tervo S, Kivipelto M, Hanninen T, Vanhanen M, Hallikainen M, Mannerman A, et al. Incidence and risk factors for mild cognitive impairment: a population-based three-year follow-up study of cognitively healthy elderly subjects. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2004;17:196-203.

ANEXO 1 **Cuestionario de evaluación e identificación de los problemas sociosanitarios de la población mayor de 74 años**

N.º de identificación: _____

Fecha de nacimiento: __/__/____

Sexo:

Varón

Mujer

Fecha de realización del cuestionario: __/__/____

La mayoría de las preguntas que se le van a realizar están relacionadas con la salud. Se le darán varias respuestas a elegir. Por favor, marque con una X la respuesta que crea más adecuada:

Pregunta 1.

a) ¿Vive alguien con usted?

Sí

No

b) Si la respuesta es «sí», ¿cuida usted generalmente de esa persona ayudándola a lavarse, vestirse, pasear, etc.?

Sí

No

c) ¿Tiene usted algún pariente, vecino o amigo a quien pudiera pedir ayuda en el caso de que la necesitara?

Sí

No

d) ¿Se relaciona con otras personas que no vivan con usted (amigos, vecinos o parientes)?

Diariamente

2-3 veces por semana

Menos de un par de veces por semana

Casi nunca

Pregunta 2.

En el último año, ¿ha tenido usted dificultades para mantener su casa acogedora y confortable?

Nunca

A veces

A menudo

Siempre

Pregunta 3.

En los últimos 6 meses, ¿en cuántas ocasiones ha sufrido usted una caída en su casa?

Ninguna vez

1 vez

2 veces

3 veces

4 veces

Más de 4 veces

Pregunta 4.

Si se comparase con otras personas de su edad, usted se describiría a sí mismo como:

Muy activo físicamente

Bastante activo físicamente

No muy activo físicamente

Nada activo físicamente

Continúa en la página siguiente

**ANEXO
1**

Cuestionario de evaluación e identificación de los problemas sociosanitarios de la población mayor de 74 años (continuación)

Pregunta 5.

A continuación se exponen diferentes actividades en que las personas suelen encontrar dificultades para llevar a cabo.

Para cada una de ellas, pregúntese: ¿realiza dicha actividad por sí mismo o la podría realizar? Si es incapaz de llevarla a cabo, ¿recibe usted ayuda para poder realizarla?

	Sin dificultad	Con algo de dificultad	Incapaz de hacerlo solo pero habitualmente tengo ayuda	Incapaz de hacerlo solo y habitualmente no tengo ayuda
Cortarse las uñas de los pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestirse usted solo, incluyendo abrochar cremalleras o botones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Llevar a cabo tareas domésticas ligeras o realizar reparaciones sencillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir y bajar escaleras (utilizando bastón, muletas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavarse (baño o ducha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar 50 m (si es necesario utilizando muletas, bastón, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer la compra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregunta 6.

¿Tiene usted alguna dificultad para escuchar y comprender lo que dice una persona en una habitación en silencio si le hablan en un tono de voz normal (incluso cuando lleva usted el audífono o aparato para oír)?

Ninguna dificultad

- Ligera dificultad
 Mucha dificultad

Pregunta 7.

¿Tiene usted alguna dificultad para leer la prensa incluso cuando lleva gafas?

Ninguna dificultad

- Ligera dificultad
 Mucha dificultad

Pregunta 8.

Recientemente ha tenido:

Vómitos de sangre

- Sí
 No

Tos con esputo con sangre

- Sí
 No

Falta de respiración mientras se encontraba sentado en una silla

- Sí
 No

Falta de respiración mientras hablaba

- Sí
 No

Hinchazón de las piernas al levantarse por la mañana (hasta las rodillas)

- Sí
 No

Pérdida de peso de más de 3 kg en los últimos 6 meses sin causa aparente

- Sí
 No

Continúa en la página siguiente

**ANEXO
1**

Cuestionario de evaluación e identificación de los problemas sociosanitarios de la población mayor de 74 años (continuación)

Pregunta 9.

a) ¿En alguna ocasión se ha orinado por no ser capaz de llegar a tiempo al lavabo, o cuando estaba dormido/a, o por estornudar o toser?

- Sí
- No (Si la respuesta es «no», pase a la pregunta 10)

b) Si la respuesta es «sí», ¿con qué frecuencia le ocurre?

- Cada día
- Al menos 1 vez por semana
- Menos de 1 vez por semana
- No es aplicable (portador de sonda vesical, colector o pañal)

c) ¿Son más que unas pocas gotas?

- Sí
- No
- No es aplicable (portador de sonda vesical, colector o pañal)

Pregunta 10.

a) ¿En alguna ocasión se ha defecado encima (hacerse caca)?

- Sí
- No

b) Si la respuesta es «sí», ¿con qué frecuencia le ocurre?

- Cada día
- Al menos 1 vez por semana
- Menos de 1 vez por semana
- No es aplicable (portador de pañal)

Pregunta 11.

a) ¿Está usted tomando alguna medicación recetada por su médico?

- Sí
- No (Si la respuesta es «no», pase a la pregunta 12)

b) Si la respuesta es «sí», ¿cuántos medicamentos diferentes toma?

N.º de medicamentos:

c) ¿Tiene usted dificultades para recordar cuándo debe tomar los medicamentos?

- Nunca
- Ocasionalmente
- Con frecuencia
- Siempre
- No es aplicable

Pregunta 12.

¿Ha tenido usted alguna vez dificultades para poder llegar a final de mes? Es decir, ¿le resulta difícil poder sufragar todos sus gastos?

- Nunca
- Ocasionalmente
- A menudo
- Siempre

Pregunta 13.

¿Tiene usted alguna dificultad para llevar sus cuentas? Es decir, ¿para pagar las facturas, calcular el cambio de las compras, etc.?

- Nunca
- Ocasionalmente
- A menudo
- Siempre

Continúa en la página siguiente

**ANEXO
1**

Cuestionario de evaluación e identificación de los problemas sociosanitarios de la población mayor de 74 años (continuación)

Pregunta 14.

¿Se siente usted triste, deprimido o abatido?

- Nunca
- Ocasionalmente
- A menudo
- Siempre

Pregunta 15.

¿Tiene usted problemas con su memoria del día a día?

- Nunca
- Ocasionalmente
- A menudo
- Siempre

Pregunta 16.

a) Durante este último año, ¿ha tomado usted alguna bebida que contenga alcohol?

- Sí
- No

b) Durante la última semana, ¿cuántas bebidas ha tomado usted de las que se citan a continuación?

- Licores:
- N.º de copas

Vino, jerez u oporto:

N.º de vasos

Cerveza:

N.º de quintos o medianas

Pregunta 17.

a) ¿Fuma cigarrillos o puritos?

- Sí
- No (Si la respuesta es «no», pase a la pregunta 18)

b) Si la respuesta es «sí», ¿cuántos cigarrillos o puritos suele fumar diariamente?

N.º de cigarrillos o puritos:

Pregunta 18.

Dibuje en el espacio en blanco un reloj y ponga todos los números en su interior. Posteriormente, dibuje las agujas del reloj marcando las 11.10 horas.

¿Desea realizar algún comentario acerca del cuestionario?

.....
.....
.....
.....
.....

Gracias por su colaboración.