

GEROINFO. PUBLICACIÓN DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Título: Prioridades en las investigaciones gerontológicas para soluciones prácticas al envejecimiento en la región.

Autor: Dr. Jesús Menéndez Jiménez
Especialista II Grado en Gerontología y Geriatria
E-Mail: jmj@infomed.sld.cu

Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED)
Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.
CP 10400.
geroinfo@infomed.sld.cu

Resumen:

Los resultados de las investigaciones en epidemiología gerontológica son de utilidad para formular, evaluar, aplicar políticas y programas de salud para los adultos mayores. En nuestra región existen múltiples áreas de problemas a estudiar: servicios de salud, servicios sociales, economía, vivienda, transporte, familia, morbilidad, mortalidad, discapacidad, necesidades, etc. Pero debe existir una jerarquía que indique la prioridad que corresponde a estas investigaciones. Este orden debe responder a la situación que presenten las personas de edad avanzada de cada país, teniendo en cuenta aspectos como situación sociodemográfica y proyecciones demográficas, morbilidad y mortalidad, uso y disponibilidad de servicios sociales y de salud y discapacidad. Se esbozan detalles de los aspectos mencionados y se brindan algunos criterios que pueden ser adoptados para establecer la priorización de las investigaciones.

Palabras Claves: Investigaciones; prioridades; envejecimiento.

Introducción

Los resultados de las investigaciones en epidemiología gerontológica son de utilidad para formular, evaluar, aplicar políticas y programas de salud para los adultos mayores. Sus resultados ofrecen una base científica sólida que permite mejorar su bienestar y calidad de vida, obtener conocimientos relacionados con el envejecimiento y hacer posible un uso más eficaz de los recursos destinados a estos. La Asamblea General de las Naciones Unidas, en sus resoluciones 46/91, 46/94 y 45/106, planteó un conjunto de objetivos globales sobre envejecimiento para el año 2001, a fin de proporcionar un enfoque práctico a los amplios objetivos del Plan Internacional de Acción y acelerar su implementación⁽¹⁾. Posteriormente, la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento planteó como uno de sus objetivos, la elaboración y utilización de instrumentos para mejorar el conocimiento del estado de salud de las personas mayores y monitorear sus cambios⁽²⁾.

En una revisión realizada sobre epidemiología geriátrica se incluyeron más de 450 referencias sobre demografía, mortalidad, morbilidad y discapacidad⁽³⁾. Aunque las implicaciones de estos estudios son múltiples, existen pocos datos para crear una base operacional que permita una adecuada selección de políticas de salud para personas de edad avanzada. Por otro lado, las personas mayores son a menudo excluidas de los estudios⁽⁴⁻⁶⁾.

Desarrollo

En nuestra región, ¿cuáles deben ser las prioridades de investigación?

Existen múltiples áreas de problemas a estudiar: servicios de salud, servicios sociales, economía, vivienda, transporte, familia, morbilidad, mortalidad, discapacidad, necesidades, etc. Pero debe existir una jerarquía que indique la prioridad que corresponde a estas investigaciones. Este orden debe responder a la situación que presenten las personas de edad avanzada de cada país, teniendo en cuenta aspectos como:

- Situación sociodemográfica y proyecciones demográficas
- Morbilidad y mortalidad
- Uso y disponibilidad de servicios sociales y de salud
- Discapacidad

La investigación sobre el envejecimiento debe reconocerse de forma independiente y tener en cuenta la obtención clara de los mecanismos que provocan la previa vulnerabilidad ante el desarrollo de trastornos relacionados con la edad ⁽⁷⁾. Se analizan a continuación, algunos de los tópicos que pueden ser de interés general en los países del área y se realiza una propuesta de **criterios de priorización**.

- **Demografía:** Los estudios de la población adulta mayor por edades, género, convivencia, estructura familiar, escolaridad e ingresos económicos, entre otros, permiten el cálculo de proyecciones y la caracterización de este grupo.

En los próximos años, se espera un aumento importante en el número y proporción de personas mayores de 60 años en toda Centroamérica, Latinoamérica y el Caribe. De un 5,6% de personas de 65 años o más, América Latina y el Caribe pasarán a 6,7% en el 2010, y a un 8,7% en el 2020, correspondiendo al área del Caribe el mayor envejecimiento (10,2%). Este envejecimiento obedece, entre otros motivos y como una de sus causas principales, a una disminución de las tasas de natalidad: de 21,7 por 1000 en el período 2000-2005, descenderá a 17,2 por 1000 en el período 2015-2020 ⁽⁸⁾

Paralelamente, el aumento de la esperanza de vida al nacer será importante: en el quinquenio 2000-2005 América Latina y el Caribe tenían 68,3 años, y se espera que en el período del 2015 al 2020, alcanzará los 78,1 años ⁽⁸⁾.

Como es sabido, el segmento de la población que más rápido crece es el de los ancianos, pero aun dentro de ellos, crece aun más velozmente el grupo de los viejos-viejos, es decir, el

de los mayores de 75 años, a los que debe prestársele mayor atención. Este grupo representa como promedio entre el 1 y el 2% de toda la población de Latinoamérica, aunque muchos países del Caribe tienen proporciones entre el 3 y el 4%, igual que Argentina y Uruguay⁽⁹⁾.

La viudez es otro fenómeno creciente, fundamentalmente entre las mujeres. Al tener una esperanza de vida más larga, las mujeres tienen más tiempo para permanecer viudas, y a esto se suma que los hombres, al enviudar, se vuelven a casar con más frecuencia que las mujeres.

Por otro lado, al aumentar el número total de ancianos en la sociedad, aumentan también el de los ancianos solos. En la Ciudad de Habana, según el estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), el 10,7% de los adultos mayores viven solos, y el 11,2% viven solo con otra persona también mayor de edad⁽¹⁰⁾. Estos individuos pueden tomarse especialmente frágiles para permanecer en la comunidad, y se convierten en grandes consumidores de servicios sociales y de salud. Tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados, cualquiera sea el índice de envejecimiento, la familia continúa como el principal proveedor de atención al anciano. Por lo tanto es importante investigar la carga que representa para la familia la atención de a los ancianos, en especial para aquellos de sus miembros sobre los que recae dicha atención, para de esta manera proponer sistemas de apoyo a la familia más eficaces.

- **Estado de salud:** Los factores que intervienen en el estado de salud de una población son:
 - Modos, estilos y conductas
 - Factores ambientales
 - Factores biológicos
 - Servicios de salud
 - Factores económicos

Estos aspectos deben ser evaluados para conocer el peso que tiene cada uno de ellos en el estado de salud de la población anciana, el cual varía de acuerdo al desarrollo de cada país. La evaluación del estado de salud en los ancianos debe incluir, enfocados desde esta óptica, la evaluación física, psicológica, social y el funcionamiento en la vida diaria ⁽¹¹⁾. La autoevaluación de salud es un enfoque racional y económico que ha demostrado ser útil en la predicción de sobrevida como factor independiente ⁽¹⁰⁾.

La morbilidad y la mortalidad intervienen también en el estado de salud. En los países en vías de desarrollo las enfermedades crónicas no transmisibles van desplazando a las infecto-contagiosas en el cuadro de morbimortalidad, fenómeno que no se presenta con igual intensidad en los países subdesarrollados. Estas últimas aún aportan allí el mayor número de casos, aunque también se manifiesta un franco ascenso de las crónicas no transmisibles. Cuando se estudia la morbilidad, debe tenerse en cuenta que distintas personas con la misma enfermedad, pueden tener diferentes repercusiones de ésta sobre el validismo. Esto puede deberse al tiempo de evolución de la enfermedad, su intensidad, su control, sus complicaciones, la presencia de factores externos, el estado de salud previo del individuo, etc.

El estudio de la morbilidad puede abordarse de distintas formas. Posiblemente la más barata sea a través de encuestas. Estas pueden incluir preguntas sobre ⁽¹²⁾:

- *Enfermedades y medicación.* Se le pregunta al individuo sobre las enfermedades que padece y sobre los medicamentos que consume.

- *Uso de servicios médicos.* Se puede utilizar como indicador indirecto de morbilidad, aunque pierde valor al evaluar personas con distintas posibilidades de atención médica, por razones de distancia, estilo de trabajo médico, acceso a la atención especializada, etc.

- *Lista de síntomas.* Debe tenerse en cuenta la presentación atípica de las enfermedades y el hecho de que muchos adultos mayores, familiares y aún los propios médicos, las asocian al

proceso normal de envejecimiento, siendo procesos que realmente involucran una o varias enfermedades.

En el citado estudio SABE, en Ciudad de La Habana 3 de cada 10 personas refirieron problemas visuales (aún con lentes) y el 35% consideraron que tenían dificultades auditivas (10).

El deterioro cognoscitivo es otra causa importante de discapacidad y de uso de servicios médicos y sociales. Se estima que entre 5 y el 10% de las personas de más de 65 años y entre 20 y el 30% de las mayores de 85 años presentan algún tipo de demencia (13).

Por otra parte, el estudio de la mortalidad debe tener en cuenta que la “causa básica” de muerte entre las personas de edad avanzada a menudo se transforma en “causas básicas”, pues realmente se trata de múltiples situaciones que interactúan entre sí, de manera que resulta muy difícil de definir la contribución de cada una de ellas a la mortalidad. Las enfermedades crónicas son las principales causas básicas de muerte en los mayores de 60 años, aún en países subdesarrollados. Estas enfermedades se caracterizan por la presencia de factores de riesgo que aceleran su aparición, son universales, se inician en etapas tempranas de la vida, son progresivas, tienen un umbral sintomatológico por encima del cual se hacen patentes desde el punto de vista clínico y están causadas por múltiples factores.

Los accidentes tales como caídas, del tránsito, incendios y otros, también son importantes causas de muerte. Las caídas asociadas en relación a la mortalidad son más frecuentes en enclaves urbanos, en mujeres y en personas que viven solas, con varios problemas médicos y que ingieren múltiples medicamentos.

Uno de los objetivos de salud en esta etapa de la vida es la disminución de la discapacidad, que a su vez forma parte del estado de salud. Su prevalencia, como resultante de la prolongación de la vida y del aumento de las enfermedades crónicas, ha aumentado y

constituye una carga importante a los sistemas económicos, sociales y de salud que consumen gran cantidad de los recursos destinados a esta atención. A pesar de que con el aumento de la edad se observa un aumento de la discapacidad, la mayoría de los ancianos son independientes.

Es conocido que la discapacidad afecta más a las mujeres, fundamentalmente por encima de los 75 años ⁽¹⁴⁾. Al tener estas una esperanza de vida mayor, se observará un incremento notable de la discapacidad. Por consiguiente, los hombres tienen una esperanza de vida más corta pero más activa.

La capacidad física se pierde lenta y progresivamente a partir de los 20 años, pero la incapacidad de una persona para llevar a cabo ciertas tareas solo acontece cuando se traspasa el umbral específico para esa función. Se han identificado varios posibles factores de riesgo para desarrollar discapacidad, y se ha propuesto el estado frágil como un estado precursor en el cual la persona adulta mayor está en riesgo de desarrollar discapacidad. Si esta idea logra operativizarse, los estudios de causalidad, prevalencia y caracterización del adulto mayor frágil deben cobrar creciente relevancia en los próximos años.

Habitualmente, las llamadas actividades de la vida diaria (AVD) se utilizan para evaluar el grado de discapacidad de los ancianos o de las poblaciones. Las definiciones de estas varían poco de un estudio a otro, y por ejemplo, Fillembaum las define como la capacidad de valerse por sí mismo y desarrollar las actividades propias de la vida cotidiana ⁽¹²⁾. Si bien hay consenso sobre cuáles son las AVD, los instrumentos para medirlas son múltiples. En general, la prevalencia de discapacidad varía entre un 2 y un 15% entre ancianos que viven en la comunidad. Estas diferencias obedecen fundamentalmente a las distintas formas de preguntar el nivel de dificultad que presenta el individuo para la realización de las actividades o los

distintos grados de ayuda que se establecen ⁽¹⁵⁾. A esto se suman las diferencias que pueden existir entre el diseño de las distintas investigaciones, fundamentalmente en lo referente a la recolección de datos ⁽¹⁶⁾. Todos estos aspectos deben tenerse en cuenta al comparar estudios sobre prevalencia de discapacidad. La frecuencia de discapacidad, enfermedades no transmisibles y (por autorreporte) y comorbilidad en algunas ciudades de América Latina y el Caribe puede apreciarse en la tabla 1.

Tabla 1: Prevalencia de discapacidades y de enfermedades no transmisibles en adultos mayores.

	BUENOS AIRES		BRIDGETOWN		SAO PAULO		SANTIAGO DE CHILE		LA HABANA		MÉXICO		MONTEVIDEO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Dificultad ABVD	193	18.6	250	13.8	508	23.7	290	22.3	390	20.5	242	19.4	243	16.8
Dificultad AIVD	298	28.7	426	23.5	863	40.3	414	31.8	529	27.8	356	28.6	246	17.0
Hipertensión Arterial	509	49.0	868	47.9	1153	53.8	680	52.3	840	44.1	537	43.1	649	44.9
Diabetes Mellitus	130	12.5	403	22.2	380	17.7	173	13.3	290	15.2	273	21.9	188	13.0
Cáncer	51	4.9	64	3.5	79	3.7	59	4.5	66	3.5	25	2.0	87	6.0
EPOC	88	8.5	76	4.2	270	12.6	165	12.7	239	12.6	121	9.7	133	9.2
Cardiopatía Isquémica	210	20.2	214	11.8	456	21.3	438	33.7	462	24.3	122	9.8	333	23.1
ECV	49	4.7	102	5.6	170	7.9	90	6.9	195	10.2	68	5.5	57	4.0
Artrosis	549	52.8	850	46.9	704	32.8	410	31.5	1093	57.4	308	24.7	676	46.8
Nº de enfermedades														
0	191	18.4	425	23.5	498	23.2	252	19.4	362	19.0	391	31.4	335	23.2
1	373	35.9	575	31.7	643	30.0	456	35.0	573	30.1	430	34.5	450	31.2
2	274	26.4	515	28.4	573	26.7	319	24.5	507	26.6	287	23.0	391	27.1
3	151	14.5	225	12.4	313	14.6	193	14.8	286	15.0	109	8.7	194	13.4
4	38	3.7	63	3.5	98	4.6	67	5.2	150	7.9	27	2.2	61	4.2
5	12	1.1	9	0.5	16	0.8	10	0.8	22	1.1	3	0.2	13	0.9
6	0	0.0	0	0.0	2	0.1	4	0.3	5	0.3	0	0.0	0	0.0

Menéndez J; Guevara A; Arcia N y cols: Enfermedades crónicas y limitación funcional en Adultos Mayores: estudio comparativo de siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 17 (5/6); 353-61.

- **Calidad de vida:** Actualmente han alcanzado prominencia los estudios sobre calidad de vida, analizándola como una categoría globalizadora que incluye, entre otros: el estado de salud, factores económicos, sociales y ambientales. Una de las

mayores dificultades de los estudios sobre calidad de vida estriba en una falta de operacionalización de la misma y en el hecho de que, al ser tan amplia, permite abordajes desde numerosos puntos de vista, lo cual, si bien la enriquece, entorpece la comparabilidad entre diversos estudios que intentan medirla, aunque para un mismo conjunto de aspectos, se pueden comparar distintos tiempos en estudios longitudinales.

- **Vigilancia epidemiológica:** Consiste en la recolección sistemática e interpretación de los datos de un evento de salud determinado. Utilizándose para el monitoreo de tendencias, inclusión de casos en un estudio, determinación de factores de riesgo, y en la planificación e intervenciones de programas de salud. Estos estudios son caros, pero permiten evaluar tendencias en los patrones de salud, discapacidad, enfermedades y otros de acuerdo al fin con que se han diseñado.

Por último, deben mencionarse las investigaciones dirigidas a la evaluación de la calidad de la atención. Esta se compone de 4 aspectos fundamentales:

- El sistema de salud,
- La atención profesional y técnica,
- Las relaciones interpersonales entre el equipo profesional y el anciano,
- Costo de la atención⁽¹⁷⁾.

Dentro de los distintos métodos que miden esta evaluación se destaca la de los trazadores⁽¹⁸⁾.

Las prioridades de investigación deben establecerse con acuerdo a las necesidades locales, aún en aquellos países en que el envejecimiento no genere un problema médico-social acuciante. Debe tomarse en cuenta que las necesidades de los ancianos en la región son, de

manera general, similares; lo que las diferencia es el orden de prioridad que le debe otorgar el país.

Para establecer los criterios de prioridad, pueden seguirse diversos caminos. No obstante, sea cual sea la vía que se utilice, deben tenerse en cuenta los siguientes criterios. Los mismos fueron elaborados para la priorización de proyectos, pero son adaptables para la priorización de las investigaciones, dado que estas pueden presentarse en forma de proyectos ⁽¹⁹⁾:

Magnitud. Se considerarán elementos tales como la frecuencia de presentación del problema, la tendencia del mismo y el número y tipo de población afectada.

Severidad. Se considerarán elementos tales como la gravedad del problema; la accesibilidad; el nivel de insatisfacción de la población e impacto negativo sobre la situación de salud; y la repercusión social, económica, técnica, cultural y ambiental de no enfrentarlo.

Vulnerabilidad. Se considerará si el problema tiene solución técnica y si se dispone de los recursos humanos y materiales para enfrentarlo y si la solución probable es aceptable por la población.

Costos. A considera los aportes nacionales y extranjeros, los gastos de preinversión, inversión y recurrentes, así como el costo-efectividad de la investigación.

Criterios del donante. En el caso de que existan persona o instituciones que donarán dinero para la investigación, deben tenerse en cuenta los motivos del donante.

Las investigaciones deben llevarse a cabo por equipos integrados por especialistas de diversas ramas con el fin de lograr un abordaje multidisciplinario, el cual es imprescindible en este tipo de estudio. Para ello es muy útil la vinculación de distintas instituciones que, de una u otra forma, intervienen en la solución de los problemas de los ancianos.

Conclusiones

La epidemiología, como ciencia básica de la salud pública, y en particular de la medicina preventiva, está llamada a ser un pilar fundamental en la investigación gerontológica. A través de ella se pueden identificar claves etiológicas, monitorear las enfermedades y determinar las características de individuos normales, entre otros problemas. Son necesarios estudios longitudinales para utilizar sus resultados en ensayos de intervención, si aspiramos a que nuestras políticas de salud sean científicas. Las intervenciones en cuanto a gerontología preventiva se refieren, deben enfocarse a problemas y soluciones a corto plazo, equilibrando los riesgos y los costos, así como los beneficios potenciales de la intervención⁽⁴⁻⁹⁾

Debe tenerse en cuenta el estudio de las ventajas que pueden ofrecer las diversas instalaciones de asistencia sanitaria y los métodos de organización de servicios integrados para las personas de edad avanzada dentro del sistema sanitario general. A su vez, hay que estudiar la relación costo-beneficio y costo-eficacia para conocer cuál es la política sanitaria y social más adecuada desde el punto de vista económico y humano.

Sería muy útil la creación de instrumentos estandarizados, a través de los cuales se obtenga información de la población adulta mayor de la región, de forma tal que permita la comparación de los datos entre los distintos países. Estos instrumentos pueden emplearse en estudios internacionales, y de ellos derivarse la creación de bases de datos que proporcionen a los investigadores conocimientos del quehacer en otras áreas comunes y facilitar la adquisición de datos y evitar que se duplique información.

Finalmente, es de gran importancia la continuidad de la adquisición de nuevos conocimientos y la aplicación intensa y rápida de los mismos y en la transferencia de tecnologías con la debida consideración de la diversidad cultural y social.

• **Referencias Bibliográficas:**

- 1- United Nations. Forty Seventh Session. New York, October 1992: Global targets on aging for the year 2001. *Bold* 1992; 3:3-5.
- 2- Naciones Unidas. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid 2002. A/Conf.197/9 Nueva Cork, 2002.
- 3- White L.R. Geriatric epidemiology. *Ann Rev Gerontol Geriatr* 1987; 8:215-311.
- 4- Davies A.M. Epidemiology and Services for the aged. In: The challenge of aging societies. *Pub Health Reports* 1988; 103:515-520.
- 5- Bernstein MS; Constanza MC; Morabia A: Association of physical activity intensity levels with overweight and obesity in a population-based sample of adults. *Prev Med* 2004 38: 94-104.
- 6- Herrmam F: geriatric Epidemiology: practical considerations when involving elderly subjets in studies. *Swiss med wkly* 2004; 134: 117-25.
- 7- Franco OH y cols: Ten commandments for the future of ageing research in the UK: a vision for action. *BMC Geriatrics* 2007; 10(7): 1-7.
- 8- CEPAL: Anario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2006.
- 9- Rojas F. *Estado de Salud en la Tercera Edad*. La Habana: Ediciones ECIMED; 1993.
- 10- Alfonso JC; León EM; Menéndez J y cols: Salud, Bienestar y Envejecimiento. Informe final de Ciudad de La Habana. 2002.
- 11- Rubenstein L.V., Calkins D.R., Greenfield S., Jette A., Meenan R., Nevius M.A., et al. Health Status assessment for elderly patients. Report of the Society of General Internal Medicine Task Force on Health Assessment. *J' Am Geriatr Society* 1988; 37:562-569.
- 12- Fillembaum G. *The well-being of the elderly*. 1984.(WHO off-set publication No. 84)

- 13- Tavares A . Jr. Enfermedades Mentales. En: Anzola E: *La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa*. Washington D.C.: OPS; 1994. (Publicación Científica No. 546). pp: 172-179.
- 14- Buchner D.M., Wagner E.H. Preventing Social Health. *Clinics in Geriatric Medicine* 1992; 8(1):1-17.
- 15- Guralnik I.M. and Simonsick E.M. Physical disability in older Americans. *J' Gerontol* 1993; 48 (Special issue):3-12.
- 16- Picavet H.S.J., van den Bos A.M. Comparing survey data on functional disability: The impact of some methodological differences. *J' Epidemiology and Community Health* 1996; 50:86-93.
- 17- Donabedian A . Quality and cost: choice and responsibilities. *Inquiry* 1988; 1(25): 90-100.
- 18- Fleishman R.: Evaluación de la calidad de la atención al anciano. En: Anzola E. *La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa*. Washington D.C.: OPS; 1994. (Publicación Científica No. 546). pp: 369-380.
- 19- Hernán Rosenberg. Curso “Elaboración y Mercadeo de Proyectos”. Organización Panamericana de la Salud, Washington, marzo 1997.