



<https://doi.org/10.24245/mim.v39i1.7293>

Frecuencia de problemas sociales en adultos mayores: estudio comparativo en población hospitalaria ambulatoria de Lima-Callao y comunidades altoandinas peruanas

Social problems frequency in elderly: A comparative study in hospital outpatient population of Lima-Callao and high Andean Peruvian communities.

María Verónica Zea-Burga,¹ Fernando Runzer-Colmenares,¹ José Parodi²

Resumen

OBJETIVO: Determinar los factores asociados con problemas sociofamiliares en las poblaciones del estudio CEMENA Frailty Study (población urbana de Lima-Callao atendida a nivel ambulatorio en un hospital de alta complejidad) y del estudio Andes Frail (en poblaciones de los Andes de comunidades altoandinas peruanas).

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, analítico, transversal que utilizó los datos de los estudios CEMENA Frailty Study y Andes Frail. La variable "problema social" se evaluó mediante la Escala Sociofamiliar de Gijón, con un punto de corte de 10 puntos. El análisis estadístico se hizo mediante regresión de Poisson.

RESULTADOS: El tamaño final de la muestra fue de 2119 participantes. Encontramos una frecuencia de problemas sociofamiliares según la Escala de Gijón del 40.4% (n = 856) utilizando ambas bases de datos, los factores asociados con la variable dependiente fueron la edad, el sexo y vivir solo. Respecto al grupo etario, los participantes de 71 a 80 años representaron un 45.2% (n = 958) y los mayores de 80 años un 33.7% (n = 715); el sexo masculino correspondió al 54.9% (n = 1161) y un 15.4% (n = 328) reportaron vivir solos.

CONCLUSIONES: Pertenecer al grupo etario entre 71 y 80 años, ser de sexo masculino y vivir solo incrementan las probabilidades de sufrir problemas sociofamiliares en los adultos mayores de comunidades altoandinas y de Lima-Callao; sin embargo, los factores asociados de manera independiente en cada una de las poblaciones varían.

PALABRAS CLAVE: Fragilidad; adultos mayores; geriatría; peruano.

Abstract

OBJECTIVE: To determine the factors associated to socio-family problems in the study populations of CEMENA Frailty Study (urban population of Lima-Callao ambulatory assisted in a hospital of high complexity) and of the study Andes Frail (in populations of Los Andes of Peruvian high Andean communities).

MATERIALS AND METHODS: An observational, analytical cross-sectional study was conducted using the CEMENA Frailty Study and the Andes Frail Study data. The main variable was "social problems" measured with Social Familial Gijon Scale with a score greater than 10; the statistical analysis was performed with Poisson regression.

RESULTS: The sample size was 2119 participants. We found a frequency of social problems measured with Gijon Scale of 40.4% (n = 856), factors associated to the main variable were age, living alone and sex. The most frequent age groups were 71 to 80

¹ Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.

² Universidad de San Martín de Porres, Facultades de Medicina Humana, Centro de Investigación del Envejecimiento (CIEN), Lima, Perú.

Recibido: 10 de enero 2022

Aceptado: 6 de febrero 2022

Correspondencia

Fernando Runzer Colmenares
rasamper@utmb.edu

Este artículo debe citarse como: Zea-Burga MV, Runzer-Colmenares F, Parodi J. Frecuencia de problemas sociales en adultos mayores: estudio comparativo en población hospitalaria ambulatoria de Lima-Callao y comunidades altoandinas peruanas. Med Int Méx 2023; 39 (1): 20-32.



years (45.2%, n = 958), and older than 80 years old (33.7%, n = 715); the sample had male gender in 54.9% (n = 1661) and 15.4% (n = 328) reported living alone.

CONCLUSIONS: Being at the age between 71 and 80 years, male gender, and living alone increase the risk to suffer social problems in elderly of high Andean communities and elderly of Lima-Callao, treated in geriatrics services, although factors associated to each population varies independently.

KEYWORDS: Frailty; Aged; Geriatrics; Peruvian.

ANTECEDENTES

En países latinoamericanos suele considerarse adulto mayor a los ciudadanos que tienen 60 años o más,¹ que atraviesan por una etapa de múltiples cambios fisiológicos que significan necesidades y requerimientos distintos.² En los últimos años se ha podido observar un crecimiento de esta población, lo que significa un incremento de alteraciones para el desarrollo normal de sus actividades y requerimiento de ayuda y cuidados,¹ lo que obliga a garantizar una adecuada calidad de vida que está enfocada en cuatro parámetros de la salud, que son las áreas física, mental, funcional y social.³

En ese sentido, los condicionantes sociales de la salud son determinantes para la salud y bienestar del adulto mayor. Ellos incluyen el ámbito demográfico y cultural que influyen en la calidad de la atención oportuna. La desigualdad de salud entre los distintos países afecta la vida de la población; sin embargo, se les considera factores potencialmente modificables.⁴ En un informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe se estableció que en el ámbito social de los adultos mayores de Latinoamérica el difícil acceso a los servicios sociales, la ausencia de las organizaciones sociales, el bajo gasto social público y la poca capacidad del estado para

manejlar la demanda social han ocasionado un ambiente social negativo, y en un estudio realizado en México se encontró que existe una relación estrecha entre la calidad de vida del adulto mayor, el grado de instrucción, el estado civil y ser derechohabiente.⁵

No se han encontrado muchos estudios que comparan los problemas sociales entre las poblaciones rurales y de zonas urbanas, y es importante tener en cuenta que comparar este tipo de poblaciones permitirá diferenciar cuáles son los factores de riesgo que ocasionan los problemas sociales del adulto mayor de diferentes niveles sociodemográficos, así como adecuar las intervenciones a los contextos de cada población. La zona de vivienda y otros factores tendrían un efecto diferente en la salud de la persona, por lo que es necesario que las políticas de gestión de problemas de salud tengan en cuenta este tipo de estudios para poder intervenir de manera adecuada. En la región, los adultos mayores representan el 11% de la población, se espera que la cifra incremente al 17% en 2030, y para 2050 uno de cada cuatro habitantes representará esta parte de la población, por lo que un plan integral es mandatorio.⁶

En el Manual de Atención Integrada para las Personas Mayores (ICOPE), proporcionado por

la Organización Mundial de la Salud, se define que el envejecimiento saludable es aquel determinado por la capacidad funcional que, a su vez, es determinada por la capacidad intrínseca (es decir, la capacidad física y mental) y el entorno que puede ser físico y social. Por tanto, si existe un descenso progresivo de la capacidad intrínseca del adulto mayor, el entorno puede mantener u optimizar la capacidad funcional. Es fundamental asegurar la calidad de vida mediante un adecuado entorno social, como el acceso a centros comunitarios y entidades públicas, así como la participación social, por tanto, si las autoridades no toman en cuenta estos parámetros será difícil garantizar la salud de los adultos mayores, principales usuarios de la mayor parte de los servicios sanitarios.^{7,8}

En el Informe Mundial del Envejecimiento de 2015 de OMS, se establece la definición de cuidados a largo plazo como el medio para que los adultos mayores con riesgo o pérdida de capacidad funcional puedan asegurar un envejecimiento saludable, su importancia radica en permitir una adecuada calidad de vida reforzando la prevención de futuras complicaciones; entre las recomendaciones se sugiere iniciar un plan nacional basado en la realidad de cada país, formar un equipo de trabajo y reconocer los derechos de los adultos mayores y de sus cuidadores.⁹

Es importante estudiar de forma diferenciada los factores relacionados con el soporte sociofamiliar en las poblaciones altoandinas y de zonas urbanas debido a que las diferencias sociodemográficas mostrarán distintos factores que ponen en potencial riesgo la calidad de vida de los adultos mayores. Esto repercutiría potencialmente en forma global a la población adulta mayor y podría dar pie a investigaciones que tengan como objetivo el cuidado integral de esta población con un enfoque a servicios a largo plazo.^{10,11,12}

El objetivo de este estudio fue determinar los factores asociados con problema sociofamiliar en las poblaciones del estudio CEMENA *Frailty Study* (población urbana de Lima-Callao atendida a nivel ambulatorio en un hospital de alta complejidad) y del estudio *Andes Frail* (en poblaciones de los Andes de comunidades altoandinas peruanas).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, analítico, transversal utilizando los datos del estudio CEMENA *Frailty Study*¹³ y del estudio *Andes Frail*.¹⁴

La población de este estudio estuvo conformada por la combinación de las bases de datos de los estudios mencionados.

El CEMENA *Frailty Study* se realizó entre 2010 y 2015 en el servicio de geriatría del Centro Médico Naval (CEMENA) de Perú, localizado en el Callao; cuenta con datos de 1896 participantes, mayores de 60 años, atendidos en niveles asistenciales ambulatorios de dicho hospital. El objetivo de ese estudio fue determinar los factores asociados con fragilidad. En esta investigación se excluyeron los pacientes con discapacidad, que requerían atención en casa, pacientes que fueron hospitalizados al inicio del estudio y sujetos con neoplasias o infección por VIH-SIDA.

Además, se utilizaron los datos del estudio *Andes Frail*, que cuenta con datos de 453 adultos mayores reclutados entre 2013 y 2020, residentes de 12 comunidades de los Andes peruanos ubicados a 1500 msnm o más. El muestreo de dicho estudio fue no probabilístico y se logró reclutar a más del 95% de adultos mayores de cada una de las localidades que fueron escogidas de manera no probabilística. En dicho estudio, se excluyeron los pacientes con discapacidad cognitiva severa e incapacidad para realizar las pruebas físicas y funcionales por discapacidad visual y auditiva.



El tamaño muestral inicial para este estudio fue de 2349. Se excluyeron los datos de 230 participantes por datos faltantes para la variable “problemas sociales”, medida con la Escala de Gijón, ascendiendo el tamaño de muestra final a 2119 datos de participantes.

Potencia estadística

Asumiendo una frecuencia de problema social en adultos mayores de comunidades rurales latinoamericanas del 32%¹⁵ y una frecuencia de problema social en adultos mayores de la comunidad del 13%,¹⁶ usando el programa OpenEpi versión 3.0 y una fórmula de estudios transversales se calculó una potencia estadística del 100%.

Variables y recolección de datos

La variable principal analizada fue “problemas sociales” evaluada con la Escala Sociofamiliar de Gijón, y con un punto de corte de 10 o más definió la existencia de problemas sociales.¹⁵

Características sociodemográficas: se contó con información sobre sexo, edad, grado de instrucción (educación menor o igual a 11 años y educación mayor a 11 años) y vivir solo (sí o no). En el estudio *Andes Frail* se obtuvo la información por autorreporte confirmado por el reporte del cuidador y en el caso del *CEMENA Frailty Study* la información fue, además, corroborada por la historia clínica.

Para la variable “multimorbilidad” se contó con información sobre hipertensión arterial, EPOC, diabetes mellitus y artrosis de columna lumbar. Además, se contó con el dato de obesidad definido con la fórmula según IMC (mayor igual a 30). Con esos antecedentes se creó la variable, categorizada de la siguiente manera: ninguna, una, y dos o más.

El antecedente de caídas se obtuvo con una pregunta del cuestionario SARC-F (ninguna caída, al menos una caída).¹⁷

Hábitos nocivos: autorreporte del consumo de tabaco (sí, no), alcohol (sí, no) y café (sí, no). La polifarmacia se define como consumo de cinco fármacos o más.¹⁸ Uso de servicios de salud: definida como el antecedente de hospitalizaciones y requerimiento de visita al servicio de emergencias durante el último año, categorizada como: requerimiento de servicios de salud y no requerimiento. Se evaluó la dependencia funcional para actividades básicas de la vida diaria mediante el Índice de Barthel,¹⁹ un puntaje menor o igual a 95 se definió como dependencia funcional. Se evaluaron los trastornos neurocognitivos mediante el cuestionario de Pfeiffer,²⁰ un puntaje de cinco o más corregido según educación se consideró positivo. El riesgo de depresión se evaluó con el cuestionario de Yesavage²¹ de cinco ítems, un puntaje de tres o más se consideró positivo. El rendimiento físico se evaluó con el Short Physical Performance Battery,²² un puntaje menor o igual a 8 se consideró bajo rendimiento físico.²² El trastorno del equilibrio se evaluó con la prueba de alcance funcional, el punto de corte de 20.32 cm definió mala capacidad de equilibrio.¹⁴

Análisis estadístico

Para el análisis descriptivo se calcularon frecuencias y porcentajes. El análisis bivariado se realizó mediante la prueba χ^2 . Finalmente, se construyeron dos modelos de regresión de Poisson ajustados utilizando todas las variables del estudio, por ser las variables de confusión según la bibliografía. Se construyó un modelo con las variables del estudio *Andes Frail* y un modelo para las del estudio *CEMENA Frailty Study* considerando el uso de variancia robusta, ambos ajustados por todas las covariables presentes. Se calcularon

las razones de prevalencia y sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Se usó el programa Stata versión 15.0 para dichos análisis.

Normas éticas

La base de datos se encuentra codificada y no cuenta con ningún dato personal de los participantes por medio del cual se les podría identificar. Además, ambos estudios fueron aprobados por un comité de ética. El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Científica del Sur (224-2021-PRE15).

RESULTADOS

Se unificaron las dos bases de datos tomando en consideración las variables que tenían en común. En total se contó con 2349 registros de participantes, de los cuales 453 eran del estudio *Andes Frail* y 1896 eran del estudio *CEMENA Frailty Study*. A continuación, se eliminaron datos de 230 participantes que tenían información faltante de la variable Escala de Gijón. El tamaño final de la muestra fue de 2119 participantes.

En el **Cuadro 1** se muestra el análisis descriptivo de las variables de nuestro estudio, donde encontramos que el 79.4% (n = 1884) de los participantes fueron del estudio *CEMENA Frailty Study* y un 20.5% (n = 485) del estudio *Andes Frail*. Además, encontramos una frecuencia de problemas sociofamiliares según la Escala de Gijón del 40.4% (n = 856), el grupo etario más frecuente fue el de 71 a 80 años con un 45.2% (n = 958), seguido por los mayores de 80 años con un 33.7% (n = 715); la población predominante fue de sexo masculino con el 54.9% (n = 1161) y un 15.4% (n = 328) reportaron vivir solos. El análisis descriptivo del resto de variables se muestra en el **Cuadro 1**.

En el **Cuadro 2** podemos apreciar el análisis bivariado entre problemas sociales y la procedencia

Cuadro 1. Análisis descriptivo de las variables de estudio (n = 2119) (continúa en la siguiente página)

| Variables | Núm. | % |
|--------------------------------------|------|------|
| Edad | | |
| 60-70 años | 444 | 20.9 |
| 71-80 años | 958 | 45.2 |
| > 80 años | 715 | 33.7 |
| Sexo | | |
| Femenino | 953 | 45 |
| Masculino | 1161 | 54.9 |
| Grado de instrucción | | |
| Educación mayor a 11 años | 877 | 41.9 |
| Educación menor o igual a 11 años | 1215 | 58 |
| Vivir solo | | |
| No | 1791 | 84.5 |
| Sí | 328 | 15.4 |
| Multimorbilidades* | | |
| Ninguna | 449 | 21.1 |
| Una enfermedad | 898 | 42.3 |
| Dos o más enfermedades | 772 | 36.4 |
| Antecedente de caídas | | |
| No | 853 | 40.2 |
| Sí | 1266 | 59.7 |
| Uso de servicio de emergencia | | |
| No | 493 | 23.2 |
| Sí | 1626 | 76.7 |
| Antecedente hospitalizaciones | | |
| No | 1218 | 57.4 |
| Sí | 901 | 42.5 |
| Consumo de tabaco | | |
| No | 901 | 42.5 |
| Sí | 1218 | 57.4 |
| Consumo de alcohol | | |
| No | 1246 | 58.8 |
| Sí | 873 | 41.2 |



Cuadro 1. Análisis descriptivo de las variables de estudio (n = 2119) (continuación)

| Variables | Núm. | % |
|---|------|------|
| Consumo de café | | |
| No | 1289 | 60.8 |
| Sí | 829 | 39.1 |
| Dependencia funcional | | |
| Dependencia funcional (< 95 puntos) | 732 | 34.5 |
| No dependencia funcional (≥ 95 puntos) | 1387 | 65.4 |
| Trastornos neurocognitivos | | |
| Negativo (< 5 puntos) | 1708 | 80.7 |
| Positivo (≥ 5 puntos) | 408 | 19.2 |
| Riesgo de depresión | | |
| Negativo (< 3 puntos) | 1496 | 72.4 |
| Positivo (≥ 3 puntos) | 569 | 27.5 |
| Rendimiento físico | | |
| Rendimiento físico normal (≥ 9 puntos) | 1203 | 56.7 |
| Pobre rendimiento físico (< 9 puntos) | 916 | 43.2 |
| Prueba de alcance funcional | | |
| Buena capacidad de equilibrio (> 20.32 cm) | 1227 | 58 |
| Mala capacidad de equilibrio (≤ 20.32 cm) | 886 | 41.9 |
| Polifarmacia | | |
| No (< 5 fármacos) | 1537 | 72.9 |
| Sí (≥ 5 fármacos) | 569 | 27 |
| Soporte sociofamiliar | | |
| Normal (< 10 puntos) | 1263 | 59.6 |
| Problemas sociales (≥ 10 puntos) | 856 | 40.4 |
| Tipo de paciente | | |
| Andes | 435 | 20.5 |
| Lima-Callao | 1884 | 79.4 |

* Multimorbilidades: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, artrosis de columna lumbar, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

de los participantes del estudio, observamos que la frecuencia de problemas sociales en los participantes del estudio *Andes Frail* fue del 92.1% (n

= 401) en comparación con la frecuencia en los participantes del estudio *CEMENA Frailty Study*, donde fue del 27% (n = 455) con diferencias estadísticamente significativas.

En el **Cuadro 3** se observa el análisis bivariado en relación con el soporte sociofamiliar en la población del estudio. Con respecto a las variables sociodemográficas, se encontró que en los pacientes de 71 a 80 años y mayores a 80 años la frecuencia de problemas sociales fue mayor que en los pacientes más jóvenes con porcentajes que superaron el 40 y 30%, respectivamente. Además, encontramos que en pacientes del sexo femenino la frecuencia de problemas sociales fue mayor, en la población con educación menor o igual a once años la frecuencia de problemas sociales fue del 31.1% (n = 362) y en los que reportaron vivir solos fue del 17.7% (n = 152). Con respecto a la multimorbilidad, encontramos que los que reportaron tener una enfermedad tuvieron una frecuencia de problema sociofamiliar del 42.9% (n = 368).

Asimismo, en la población con riesgo de depresión se halló una frecuencia de problema social del 58.7% (n = 484); la población con bajo rendimiento físico tuvo una frecuencia de problema social del 69.9% (n = 599), mientras que la población con mala capacidad de equilibrio medida mediante la prueba de alcance funcional tuvo una frecuencia del 67.3% de problema social (n = 574). Por último, la población que tenía polifarmacia tuvo una frecuencia del 48.2% de problema sociofamiliar (n = 413).

Cuadro 3

En el **Cuadro 4** podemos apreciar dos regresiones de Poisson para determinar factores relacionados con escaso soporte familiar según el tipo de población del estudio, vemos que los factores asociados con escaso soporte sociofamiliar en la población del estudio *CEMENA Frailty Study* fueron vivir solo, antecedente de caídas, riesgo

Cuadro 2. Análisis bivariado entre problemas sociales y ambas poblaciones de estudio (n = 2119)

| Problemas sociales | <i>Andes Frail</i> | | <i>CEMENA Frailty Study</i> | | p* |
|--------------------|--------------------|-------|-----------------------------|-------|---------|
| | Núm. | % | Núm. | % | |
| No | 34 | 7.82 | 1299 | 72.98 | |
| Sí | 401 | 92.18 | 455 | 27.02 | < 0.001 |

* Análisis realizado con la prueba χ^2 .

Cuadro 3. Análisis bivariado entre soporte sociofamiliar y demás covariables del estudio (n = 2119) (continúa en la siguiente página)

| Variables | Soporte sociofamiliar | | | | p* |
|---|-----------------------|-------|------|-------|---------|
| | Núm. | % | Núm. | % | |
| Edad | | | | | < 0.001 |
| 60-70 años | 233 | 18.45 | 211 | 24.71 | |
| 71-80 años | 579 | 45.84 | 379 | 44.38 | |
| > 80 años | 451 | 35.71 | 264 | 30.91 | |
| Sexo | | | | | < 0.001 |
| Femenino | 518 | 41.11 | 435 | 50.94 | |
| Masculino | 742 | 58.89 | 419 | 49.06 | |
| Grado de instrucción | | | | | < 0.001 |
| Educación >11 años | 298 | 23.82 | 579 | 68.85 | |
| Educación ≤11 años | 953 | 76.18 | 262 | 31.15 | |
| Vivir solo | | | | | < 0.017 |
| No | 1087 | 86.06 | 704 | 82.24 | |
| Sí | 176 | 13.94 | 152 | 17.76 | |
| Multimorbilidades | | | | | < 0.001 |
| Ninguna | 181 | 14.33 | 268 | 31.31 | |
| Una enfermedad | 530 | 41.96 | 368 | 42.99 | |
| Dos o más enfermedades | 552 | 43.71 | 220 | 25.70 | |
| Antecedente de caídas | | | | | < 0.051 |
| No | 530 | 41.96 | 323 | 37.73 | |
| Sí | 733 | 58.04 | 533 | 62.27 | |
| Uso de servicio de emergencias | | | | | < 0.001 |
| No | 244 | 19.32 | 249 | 29.09 | |
| Sí | 1019 | 80.68 | 607 | 70.91 | |
| Antecedente de hospitalizaciones | | | | | < 0.001 |
| No | 635 | 50.28 | 583 | 68.11 | |
| Sí | 628 | 49.72 | 273 | 31.89 | |

**Cuadro 3.** Análisis bivariado entre soporte sociofamiliar y demás covariables del estudio (n = 2119) (continuación)

| Variables | Soporte sociofamiliar | | | | p* |
|---|--|---|------|-------|----|
| | Ausencia de problemas sociales (< 10 puntos) | Presencia de problemas sociales (≥ 10 puntos) | Núm. | % | |
| Consumo de tabaco | | | | | |
| No | 360 | 28.50 | 541 | 63.20 | |
| Sí | 903 | 71.50 | 315 | 36.80 | |
| Consumo de alcohol | | | | | |
| No | 681 | 53.92 | 565 | 66.00 | |
| Sí | 582 | 46.08 | 291 | 34.00 | |
| Consumo de café | | | | | |
| No | 713 | 56.45 | 576 | 67.37 | |
| Sí | 550 | 43.55 | 279 | 32.63 | |
| Trastornos neurocognitivos | | | | | |
| Negativo (< 5 puntos) | 1193 | 94.68 | 515 | 60.16 | |
| Positivo (≥ 5 puntos) | 67 | 5.32 | 341 | 39.84 | |
| Riesgo de depresión | | | | | |
| Negativo (< 3 puntos) | 1156 | 93.15 | 340 | 41.26 | |
| Positivo (≥ 3 puntos) | 85 | 6.85 | 484 | 58.74 | |
| Rendimiento físico | | | | | |
| Rendimiento físico normal (≥ 9 puntos) | 946 | 74.90 | 257 | 30.02 | |
| Pobre rendimiento físico (< 9 puntos) | 317 | 25.10 | 599 | 69.98 | |
| Prueba de alcance funcional | | | | | |
| Buena capacidad de equilibrio (> 20.32 cm) | 949 | 75.26 | 278 | 32.63 | |
| Mala capacidad de equilibrio (≤ 20.32 cm) | 312 | 24.74 | 574 | 67.37 | |
| Polifarmacia | | | | | |
| No (menos de 5 fármacos) | 1094 | 87.52 | 443 | 51.75 | |
| Sí (5 o más fármacos) | 156 | 12.48 | 413 | 48.25 | |

* Análisis realizado con la prueba χ^2 .

** Multimorbilidades: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, artrosis de columna lumbar, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

de depresión, bajo rendimiento físico, trastorno del equilibrio y polifarmacia, siendo todos estos factores de riesgo y los factores asociados con escaso soporte familiar en la población del estudio *Andes Frail* fueron la edad, vivir solo, tener dos o más comorbilidades, trastornos neurocognitivos, la depresión y la polifarmacia, considerándose

todos ellos factores de riesgo; para mayor detalle ver el **Cuadro 4**.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue determinar los factores asociados con problema sociofami-

Cuadro 4. Análisis de regresión de Poisson para determinar factores asociados con escaso soporte sociofamiliar (n = 2119) (continúa en la siguiente página)

| Variables | Modelo ajustado | | Modelo ajustado | |
|---|----------------------|-------------|----------------------|-------------|
| | CEMENA Frailty Study | Andes Frail | CEMENA Frailty Study | Andes Frail |
| Edad | | | | |
| 60-70 años | | Referencia | | Referencia |
| 71-80 años | 0.89 | (0.76-1.06) | 1.08 | (1.01-1.14) |
| > 80 años | 0.91 | (0.75-1.09) | 1.11 | (1.04-1.19) |
| Sexo | | | | |
| Femenino | | Referencia | | Referencia |
| Masculino | 1.01 | (0.91-1.13) | 0.95 | (0.89-1.01) |
| Grado de instrucción | | | | |
| Educación > 11 años | | Referencia | | Referencia |
| Educación ≤ 11 años | 0.76 | (0.65-1.01) | 0.76 | (0.65-1.01) |
| Vivir solo | | | | |
| No | | Referencia | | Referencia |
| Sí | 1.22 | (1.06-1.41) | 1.09 | (1.04-1.14) |
| Multimorbilidades** | | | | |
| Ninguna | | Referencia | | Referencia |
| Una enfermedad | 0.96 | (0.79-1.16) | 1.02 | (0.95-1.09) |
| Dos o más enfermedades | 0.91 | (0.76-1.09) | 1.10 | (1.05-1.19) |
| Antecedente de caídas | | | | |
| No | | Referencia | | Referencia |
| Sí | 1.18 | (1.02-1.36) | 0.97 | (0.88-1.06) |
| Uso de servicio de emergencias | | | | |
| No | | Referencia | | Referencia |
| Sí | 1.02 | (0.88-1.18) | 1.04 | (0.97-1.12) |
| Antecedente de hospitalizaciones | | | | |
| No | | Referencia | | Referencia |
| Sí | 0.91 | (0.81-1.02) | 1.00 | (0.92-1.10) |
| Consumo de tabaco | | | | |
| No | | Referencia | | Referencia |
| Sí | 0.88 | (0.75-1.03) | 0.98 | (0.89-1.08) |
| Consumo de alcohol | | | | |
| No | | Referencia | | Referencia |
| Sí | 0.78 | (0.70-1.07) | 1.02 | (0.95-1.10) |
| Consumo de café | | | | |
| No | | Referencia | | Referencia |
| Sí | 1.06 | (0.96-1.18) | 0.86 | (0.79-1.09) |



Cuadro 4. Análisis de regresión de Poisson para determinar factores asociados con escaso soporte sociofamiliar (n = 2119) (continuación)

| Variables | Modelo ajustado | | Modelo ajustado | |
|---|----------------------|-------------|----------------------|-------------|
| | CEMENA Frailty Study | Andes Frail | CEMENA Frailty Study | Andes Frail |
| Trastornos neurocognitivos | | | | |
| Negativo (< 5 puntos) | | Referencia | | Referencia |
| Positivo (≥ 5 puntos) | 1.10 | (0.88-1.37) | 1.09 | (1.08-1.16) |
| Riesgo de depresión | | | | |
| Negativo (< 3 puntos) | | Referencia | | Referencia |
| Positivo (≥ 3 puntos) | 2.49 | (1.87-3.31) | 1.06 | (1.01-1.14) |
| Rendimiento físico | | | | |
| Rendimiento físico normal (≥ 9 puntos) | | Referencia | | Referencia |
| Pobre rendimiento físico (< 9 puntos) | 1.68 | (1.36-2.08) | 1.02 | (0.94-1.11) |
| Prueba de alcance funcional | | | | |
| Buena capacidad de equilibrio (> 20.32 cm) | | Referencia | | Referencia |
| Mala capacidad de equilibrio (≤ 20.32 cm) | 1.55 | (1.20-2.01) | 0.99 | (0.92-1.06) |
| Polifarmacia | | | | |
| No (menos de 5 fármacos) | | Referencia | | Referencia |
| Sí (5 o más fármacos) | 5.68 | (3.72-8.68) | 1.06 | (1.01-1.13) |

Modelos ajustados por las variables presentes en las tablas.

Datos expresados como razones de prevalencia (intervalo de confianza al 95%).

** Multimorbilidades: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, artrosis de columna lumbar, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

liar en las poblaciones del estudio *CEMENA Frailty Study* (población urbana de Lima-Callao atendida a nivel ambulatorio en un hospital de alta complejidad) y del estudio *Andes Frail* (en poblaciones de los Andes de comunidades altoandinas peruanas), y encontramos que los factores asociados en común en las poblaciones de los estudios *CEMENA Frailty Study* y *Andes Frail* asociadas con escaso soporte sociofamiliar fueron vivir solo, el riesgo de depresión, el bajo rendimiento físico y la polifarmacia.

En un estudio realizado en España en una población de área urbana en adultos mayores de 75 años, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los aspectos negativos de las relaciones sociales y el riesgo de depresión, resultados similares a los de nuestro estudio.²³

Mientras que en un estudio realizado en Inglaterra en una población de área urbana en adultos mayores, se encontró una asociación longitudinal entre la desvinculación social y el aislamiento doméstico con un bajo rendimiento físico medido con el SPPB, resultados similares a los de nuestro estudio.²⁴ Por otro lado, en un estudio realizado en Singapur en una población urbana en adultos mayores se encontró que vivir solo se relaciona con mal estado psicosocial debido a la soledad, entre otros factores, con resultados similares a los que encontramos en nuestro estudio.²⁵ Además, en un estudio realizado en adultos mayores en Cuba a nivel comunitario de zonas urbanas, se encontró que los factores sociales influyen en la administración inadecuada de medicamentos que conlleva a la polifarmacia, con hallazgos comparables a los nuestros.²⁶

Encontramos que el antecedente de caídas en nuestro estudio fue un factor asociado con problemas sociofamiliares en población urbana, al igual que en un estudio realizado en Perú de forma ambulatoria donde se encontró que las caídas de causa intrínseca y extrínseca tienen relación estadísticamente significativa con problemas sociales.²⁷ Mientras que en un estudio realizado en Estados Unidos en adultos mayores de una zona urbana se encontró que una mala capacidad de equilibrio tiene consecuencias negativas en el aspecto social del adulto mayor, como la dificultad de participación social.²⁸

Con respecto a los trastornos neurocognitivos, en nuestro estudio encontramos que era un factor asociado con problemas sociofamiliares en poblaciones adultas mayores de comunidades altoandinas. Al respecto, un estudio realizado en adultos mayores de una zona comunitaria de Chile, encontró que los pacientes con trastornos neurocognitivos tenían mayor riesgo sociofamiliar, con resultados que coinciden con nuestros hallazgos.²⁹ Asimismo, un estudio realizado en una población de adultos mayores de una zona rural de la India encontró que la multimorbilidad se asocia con problemas ambientales y los cambios sociales de la población.³⁰ Por último, se encontró que, a mayor edad, existe mayor riesgo de tener problemas sociales en la población rural; en la zona rural de China se realizó un estudio a personas mayores de 60 años donde se observó que a mayor edad se incrementaba el riesgo de problemas sociales, afectando sus derechos, por ejemplo, el acceso a los servicios públicos, resultados similares a los encontrados en nuestro estudio.³¹

Este estudio se enfoca a los factores asociados con problemas sociofamiliares en poblaciones de grupos etarios similares, pero con procesos de envejecimiento modulados por factores ambientales y sociales diferentes. Por otra parte, el entorno social, refiriéndonos a accesos, redes,

servicios básicos y soporte familiar, es muy dispar en las poblaciones estudiadas, lo que se evidencia en la diferencia en los factores que se asocian con problemas sociofamiliares en cada una de ellas, lo que significaría que el tamizaje, diagnóstico y especialmente las intervenciones en ambos ámbitos deberían ser diferenciadas.^{32,33}

Se encontró que vivir solo representa un factor de riesgo importante de sufrir problemas sociales en las comunidades altoandinas; según el informe mundial de la OMS 2015, es importante detectar este grupo entre los adultos mayores para poder optimizar sus necesidades y permitir su adecuada cobertura mediante un plan de cuidados a largo plazo que potencie la capacidad funcional del adulto mayor generando una adecuada calidad de vida.⁹

Limitaciones

Es un estudio con diseño transversal, por lo que no puede evaluarse la causalidad entre las covariables y la variable dependiente, y variables asociadas con problemas sociofamiliares. El muestreo no probabilístico de ambos estudios podría afectar la representatividad de las conclusiones a nivel poblacional.

CONCLUSIONES

Los factores asociados con escaso soporte familiar en la población altoandina fueron la edad avanzada, vivir solo, la multimorbilidad, la existencia de trastornos neurocognitivos, la depresión y la polifarmacia, mientras que los factores asociados en población atendida por el servicio de geriatría en Lima-Callao fueron vivir solo, antecedente de caídas, depresión, bajo rendimiento físico, trastornos del equilibrio y la polifarmacia.

Pese a las limitaciones, éste es un estudio que compara dos poblaciones diferentes en relación



con los factores asociados con problemas sociofamiliares y destaca la interdisciplinariedad con las que tendrían que ser evaluados los adultos mayores a nivel comunitario, en atención primaria, en comparación con los pacientes que requieren una evaluación de mayor complejidad, pues los requerimientos son diferentes e individuales, por tanto, estos resultados servirán para futuras intervenciones donde se realicen evaluaciones de manera diferenciada según el grado de fragilidad, dependencia funcional y multimorbilidad que tengan los pacientes. Es importante también tener en cuenta que los factores sociales influyen en todos los dominios de la capacidad intrínseca, necesaria para asegurar un envejecimiento saludable.

Por último, debe crearse un plan nacional de cada región con una visión holística, tomando en cuenta aspectos sociales, como el reto de la implementación y optimización de actividades de cuidados a largo plazo planteados por la OMS reforzando la capacidad funcional de los adultos mayores, determinante en la calidad de vida.

REFERENCIAS

1. Aranco N, Stampini M, Ibarrarán P, Medellín N. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo. Resumen de políticas nº IDB-PB-273. Enero 2018.
2. Salech MF, Jara LR, Michea AL. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Rev Med Clin Condes 2012; 23 (1): 19-29.
3. Hernandez-Huayta J, Chavez-Meneses S, Carreazo NY. Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública 2016; 33 (4): 680-8. doi: 10.17843/rpmesp.2016.334.2551.
4. Alfaro-Alfaro N. Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social. Salud Jalisco 2014; 1 (1).
5. Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: World Health Organization; 2020. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. FIAPAM: América Latina envejece a pasos de gigante [Internet]. [cited 2021 May 13]. Available from: <https://fiapam.org/america-latina-envejece-a-pasos-de-gigante/>.
7. Banerjee A, Sadana R. Integrated care for older people (ICOPE): From Guidelines to demonstrating feasibility. J Frailty Aging 2020; 1-2.
8. Parodi JF, Runzer-Colmenares FM. Impacto del soporte social sobre la movilidad limitada en personas mayores de comunidades altoandinas peruanas. Rev Panam Salud Pública 2021; 45. doi: 10.26633/RPSP.2021.88.
9. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, 2015.
10. Atención integrada para las personas mayores (ICOPE). Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NCSA 3.0 IGO.
11. D'Hyver de las Deses C, Alonso-Reyes MP, Herrera-Landero A, Aldrete-Velasco JA. Envejecimiento exitoso. Una visión entre médicos. Med Int Mex. 2019; 35 (1): 45-60. <https://doi.org/10.24245/mim. v35i1.2451>.
12. Piña-Basulto Ol. Consideraciones bioéticas en la atención del envejecimiento. Med Int Mex 2012; 28 (6): 603-607.
13. Runzer F, Parodi JF. CEMENA Frailty Study. Figshare. Dataset 2020. <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.13059011.v2>.
14. Urrunaga-Pastor D, Moncada-Mapelli E, Runzer-Colmenares F, Bailón-Valdez Z, Samper-Ternent R, Rodríguez-Mañas L, et al. Factors associated with poor balance ability in older adults of nine high-altitude communities. Arch Gerontol Geriatr 2018; 77: 108-114. doi: 10.1016/j.archger.2018.04.013.
15. Del Brutto OH, Mera RM, Recalde BY, Costa AF. Social determinants of health and risk of SARS-CoV-2 infection in community-dwelling older adults living in a rural Latin American setting. J Community Health 2021; 46 (2): 292-7. doi: 10.1007/s10900-020-00887-9.
16. Lee DR, Santo EC, Lo JC, Ritterman Weintraub ML, Patton M, Gordon NP. Understanding functional and social risk characteristics of frail older adults: a cross-sectional survey study. BMC Fam Pract 2018; 19 (1): 170.
17. Malmstrom K, Morley J. SARC-F: A simple questionnaire to rapidly diagnose sarcopenia JAMDA 2013; 14: 531e532.
18. Polifarmacia y morbilidad en adultos mayores [Internet]. [cited 2021 May 13]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864012702705>.
19. Wade DT, Collin C. The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability? Int Disabil Stud 1988; 10 (2): 64-7. doi: 10.3109/0963828809164105.
20. Díaz-Cabezas R, Marulanda-Mejía F, Martínez-Arias MH. Prevalencia de deterioro cognitivo y demencia en mayores de 65 años en una población urbana colombiana. Acta Neurol Colomb 2013; 29: 141-151.
21. Cabañero-Martínez MJ, Cabrero-García J, Richart-Martínez M, Muñoz-Mendoza CL, et al. Revisión estructurada de las escalas de depresión en personas mayores. Int J Clin Health Psychol 2007; 7 (3): 823-846.
22. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al, Writing Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2), and the Extended Group for EWGSOP2, Sarcopenia: revised

- European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing 2019; 48 (1): 16-31. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>.
23. Molés-Julio MP, Esteve-Clavero A, Lucas-Miralles MV, Folch-Ayora A. Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. Enferm Glob 2019; 18 (55): 58-82. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401>.
24. Philip KEJ, Polkey MI, Hopkinson NS, et al. Social isolation, loneliness and physical performance in older-adults: fixed effects analyses of a cohort study. Sci Rep 2020; 10: 13908. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-70483-3>.
25. Lim LL, Kua EH. Living alone, loneliness, and psychological well-being of older persons in Singapore. Curr Gerontol Geriatr Res 2011. doi: 10.1155/2011/673181.
26. Serra-Urra M, Germán-Meliz JL. Polifarmacia en el adulto mayor. Rev Haban Cienc Méd 2013; 12 (1): 142-151.
27. Silva-Fhon JR, Partezani-Rodrigues R, Miyamura K, Fuentes-Neira W. Causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor. Enferm Univ 2019; 16 (1): 31-40.
28. Lin HW, Bhattacharyya N. Balance disorders in the elderly: Epidemiology and functional impact. Laryngoscope 2012; 122: 1858-1861. doi: 10.1002/lary.23376.
29. Chandía-Reyes V, Luengo-Martínez C. Relación entre hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 con deterioro cognitivo en adultos mayores. Gerokomos 2019; 30 (4): 172-175.
30. Hiremath SS. The health status of rural elderly women in India: A case study. Int J Criminol Sociological Theory 2012; 5 (3): 960-963.
31. Feng W. Social exclusion of the elderly in contemporary China: One empirical study based on the surveys in six provinces. China Development Research Foundation.
32. Lifshitz A. Edgar Morin y la educación médica del futuro. Med Int Méx 2019; 35 (2): 187-189.
33. Marengoni A, Calderón-Larrañaga A. Health inequalities in ageing: towards a multidimensional lifecourse approach. Lancet Public Health 2020; 5 (7): e364-e365. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30093-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30093-1).

AVISO PARA LOS AUTORES

Medicina Interna de México tiene una nueva plataforma de gestión para envío de artículos. En: www.revisionporpares.com/index.php/MIM/login podrá inscribirse en nuestra base de datos administrada por el sistema *Open Journal Systems* (OJS) que ofrece las siguientes ventajas para los autores:

- Subir sus artículos directamente al sistema.
- Conocer, en cualquier momento, el estado de los artículos enviados, es decir, si ya fueron asignados a un revisor, aceptados con o sin cambios, o rechazados.
- Participar en el proceso editorial corrigiendo y modificando sus artículos hasta su aceptación final.