GEROKOMOS
Volumen VII
Número 17
Páginas 53 a 62
Junio 1996

Rincón científico

ORIGINALES

M.ª I. Cabrera Acosta

Estado de salud y capacidad funcional de la población mayor de 75 años, no institucionalizados, de la Isla de El Hierro*

Enfermera. Complejo Hospitalario "Ntra. Sra. de la Candelaria". Tenerife.

* Premio SEEGG - B. Braun Medical, S.A. a la mejor comunicación. Edición 1996, Tenerife, abril 1996.

Correspondencia:
Mª Isabel Cabrera Acosta
Unidad de Investigación (2ª planta Traumatología)
Complejo Hospitalario "Ntra. Sra. Candelaria"
Carretera del Rosario, s/n
38010 Tenerife

RESUMEN

Objetivo: Identificar a la población mayor de 75 años, no institucionalizada, que requiere atención socio-sanitaria en la Isla de El Hierro.
Material y método: Estudio transversal de una muestra aleatoria (n = 100) de un total de 697 ancianos. Por medio de una entrevista personal se recogió información: sociodemográfica, el estado de salud, y capacidad funcional (evaluadas a través de las actividades de la vida diaria). El análisis de los resultados se hizo con ayuda del paquete estadístico SPSS.
Contenido: La edad media es 81,2 años. El 60% eran mujeres. El 25% del total de los ancianos vivían solos. El 44% eran analfabetos. El 68% no dispone de cuarto de baño dentro de la vivienda. El 12% manifestó tener una salud «buena». Las mujeres tenían más trastornos crónicos que los hombres. A medida que aumentaba la edad, la coexistencia de dos o más trastornos crónicos disminuía. El 19% de los ancianos necesitaba ayuda para las actividades del cuidado personal y el 80% necesitaba ayuda para las actividades domésticas. La variable que se asoció con mayor fuerza a la incapacidad de realizar las actividades de la vida diaria fue: la

SUMMARY

Objective: *Identify non-institutionalized persons over 75 who require social support and health care in Isla de El Hierro, Canary Islands, Spain.*
Material and methods: *Cross-section study of a random sample (n =100) taken from a total of 697 elderly subjects. Personal interviews were used to collect information on: social and demographic factors, health status, and functional capacity (assessed by daily living activities). Results were analyzed using the SPSS statistical package.*
Results: *Our group had a mean age of 81.2 years, 60% women, 25% living alone, 44% illiterate, 68% without indoor bathroom, and 12% good health. The women had more chronic disorders than men. With increasing age, the coexistence of two or more chronic disorders decreased. Nineteen percent of the elderly required help for personal care activities and 80% needed help for domestic tasks. The variable most closely associated with disability for daily life activities was coexistence of chronic disease (p<0.001).*
Conclusions: *Habitat conditions, social services, and health care should be improved.*

coexistencia de trastornos crónicos (p < 0,001). *Conclusiones:* Mejorar las condiciones de hábitat, los servicios sociales y sanitarios.

PALABRAS CLAVE

Estado de salud; Capacidad funcional; Ancianos mayores de 75 años de El Hierro.

KEY WORDS

Health status; Functional capacity.

INTRODUCCION

La pirámide de edades de las poblaciones europeas se está modificando racionalmente como consecuencia de la caída de la natalidad y del aumento de la esperanza de vida en las edades más avanzadas.

Según los datos publicados por el Instituto Nacional de Servicios Sociales, en el año 1991, la población española de 60 años y más de edad será, en el año 2010, de más de 8.350.000, lo que viene a significar que para esa fecha uno de cada cinco españoles tendrá más de 60 años.

Las personas de 80 y más años, que en 1986 suponen el 2,4% del conjunto de la población, pasarán a representar el 3,7% del conjunto en el año 2010; por lo que en términos comparativos éste es el grupo que experimentará un crecimiento más intenso.

En Canarias, en el año 1990, había 133.931 habitantes de 65 años de edad; en el año 2010, habrá 192.759 habitantes de 65 y más años de edad. Los mayores índices de crecimiento se darán en Las Palmas alcanzando un 50% mayor al terminar la primera década del próximo siglo, con respecto al año 1986, mientras que en Santa Cruz de Tenerife oscilará entre 40-50%. Resaltando que la población de personas de 80 y más años sobre el total de personas de tercera edad estimadas, para el año 2010 en Santa Cruz de Tenerife, oscilará entre un 20-21,9%, mientras que en Las Palmas se estima que será menos de un 20% (Inserso, 1991).

Actualmente, la población de Canarias es joven, pero está envejeciendo claramente. En la Isla de El Hierro, la población mayor de 65 años alcanza en la actualidad un 18%, estando por encima de la media nacional, que es de un 13%.

El envejecimiento de la población comporta implicaciones importantes en los servicios sociales y sanitarios. Desde el punto de vista social, los ancianos son más susceptibles a la pérdida del apoyo social y familiar y, por tanto sufren aislamiento con mayor frecuencia. Por otro lado, los grupos de edad más avanzada presentan una mayor prevalencia de problemas de salud e incapacidad. Como el envejecimiento de la población producirá, probablemente, un aumento de la necesidad y la utilización de servicios sanitarios, éstos deberán adecuarse para atender a una población más anciana (3).

El objetivo de este trabajo es identificar a la población mayor de 75 años, que requieren atención socio-sanitaria en la Isla de El Hierro y proveer información para la planificación de servicios de esta población, que viven en su domicilio.

MATERIAL Y METODO

Población

La población diana de este estudio es la población de 75 y más años de la Isla de El Hierro, siendo un total de 697. De esta población hemos tomado como muestra aleatoria representativa de las 363 personas mayores de 75 años que viven en su domicilio, pertenecientes al Ayuntamiento de Frontera, cuyos resultados los podemos extrapolar al resto de la población de la Isla de El Hierro por presentar características sociodemográficas idénticas.

Muestra

El marco del muestreo está constituido por el padrón Municipal actualizado en marzo de 1993 de la población de Frontera.

El tamaño de la muestra necesario para obtener una precisión o error muestral del 3% con un nivel de confianza del 95% y con una estimación a "priori" de la proporción de las variables p = 0,10, es de n = 187.

Repitiendo los cálculos anteriores, estimando una prevalencia del 10% y requiriendo una precisión del 5%, obtenemos el tamaño de la muestra, sería de n = 100, optamos por esta segunda estrategia de muestreo, donde hemos utilizado la fórmula del tamaño muestral para poblaciones finitas.

Las 100 personas de 75 y más años de edad, no institucionalizadas que constituyen la muestra, fueron seleccionados por muestreo aleatorio estratificado no proporcional, según sexo y edad, se realizó un análisis ponderado de los resultados globales del estudio; se han seleccionado 50 personas comprendidas entre 75-84 años de edad, otras 50 personas cuya edad es de 85 y más años. Con respecto a la variable sexo, de los 50 seleccionados para cada estrato de edad se seleccionaron al azar 25 mujeres y 25 hombres. Esta selección se realizó así, para que hubiera una mayor representatividad de los ancianos con mayor incapacidad funcional.

Características del cuestionario

El instrumento empleado en este estudio transversal consta de las siguientes variables, siendo todas ellas validadas en dos estudios piloto: en Móstoles y en Puerta de Toledo en el año 1992, y en el estudio "Envejecer en Leganés" en el año 1994, todos estos estudios realizados en la Comunidad de Madrid. La validez de contenido y la validez predictiva del instrumento estaba anteriormente probada en estudios extranjeros, establecida en estudios con el EPESE, el Mc Arthur Succesful Aging Study, El Hispanic Hanes, la Encuesta de Salud de Quebec y la Encuesta sobre Envejecimiento y Autonomía de Statique Canadá.

Las variables que forman parte del cuestionario están estructuradas en secciones:

Sección A: Datos demográficos

La edad, el sexo, estado civil, el tiempo que lleva en dicho estado.

Sección B: Estado de Salud

1. Salud percibida: pregunta sobre la autopercepción de la salud (¿cómo describiría su estado de salud en la actualidad? Muy Bueno, Bueno, Regular, Malo o Muy Malo).
2. Lista de Condiciones Crónicas. Seleccionadas a partir de las listas de condiciones crónicas que se utilizan en el EPESE ("Establishment of Population for Epidemiologic Studies of Elderly"). La pregunta que se les realizó fue la siguiente: ¿tiene problemas de salud? como:
   - La Tensión alta con o sin medicación.
   - Enfermedad del Corazón.
   - Problemas de Circulación Periférica.
   - Accidentes Cerebro Vasculares o Derrame Cerebral.
   - Problemas Respiratorios.
   - Problemas del Aparato Digestivo (gastritis, úlcera, hernia de hiato).
   - Diabetes, azúcar en sangre u orina.
   - Cataratas o Glaucoma.
   - Dolores articulares o en los huesos (reumatismo o artritis).
   - Tumor o Cáncer.
   - Problemas Emocionales, depresión, ansiedad, insomnio.
   - Enfermedad de Parkinson.
   - Problemas de Deterioro Mental o Enfermedad de Alzheimer.

Sección C: Autonomía

Capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (AVD) relacionadas con el cuidado personal (escala originalmente propuesta por Katz y modificada en estudios posteriores), con escala de medida sobre la necesidad de ayuda para realizar cada tarea (puede sin ayuda, puede con ayuda y no puede realizar la tarea de ninguna manera) o dicho de otra manera sería: capaz, con ayuda e incapaz. Se incluye la fuente de ayuda, el vínculo entre la persona mayor.

Capacidad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria o actividades para el mantenimiento del medio ambiente (AMMA), como son las actividades relacionadas con el mantenimiento del hogar y las de relación con el exterior (escala propuesta por Lawton y modificada en estudios posteriores).

Las Actividades relacionadas con el Cuidado y la Higiene Personal (ACP). Son las actividades básicas en la vida de cualquier persona cuya incapacidad determina dependencia física muy importante. Estas son todas aquellas actividades que se tienen que realizar diariamente:

1. Caminar a través de una habitación pequeña.
2. Salir de la cama.
3. Levantarse de la silla.
4. Aseo personal (peinarse, lavarse la cara, cepillarse los dientes, afeitarse).
5. Vestirse (ponerse una camisa, abotonarla, ponerse los zapatos).
6. Comer (cortar la carne, coger el vaso, beber).
7. Usar el retrete.

Actividades relacionadas con el Mantenimiento del Medio Ambiente (AMMA). Son todas aquellas actividades, que no necesariamente se tienen que realizar todos los días, relacionadas con las tareas domésticas, y con la vida fuera del hogar.

1. Actividades relacionadas con las tareas de la casa, son aquellas actividades que implican la realización de las mismas con independencia y por tanto un mantenimiento en la calidad de vida de cualquier persona.
   - Cocinar: prepararse la comida.
   - Hacer el trabajo ligero de la casa: hacer las camas, lavar platos, barrer, limpiar el polvo.
   - Hacer el trabajo pesado de la casa: lavar, planchar, fregar suelos y ventanas.
2. Actividades relacionadas con la vida fuera del hogar, la imposibilidad en la realización de las mismas conlleva a un aislamiento, una incomunicación con el mundo exterior, por lo que repercutirá en su estado de salud, tanto físico como psíquico.
   Estas son:
   - Manejar su propio dinero.
   - Usar el teléfono.
3. En esta clasificación incluimos aquellas actividades que no se hacen todos los días como:
   - Bañarse o ducharse todo el cuerpo.
   - Cortarse la uñas de los pies.

Sección D: Variables Sociodemográficas

Se recoge información sobre la convivencia, las condiciones de la vivienda, la propiedad, equipamiento. También se recoge información sobre los ingresos económicos y el nivel de instrucción.

Recogida de datos

La recogida de datos se realizó desde el día 16 al 31 de julio de 1993. Se realizaron las entrevistas por la propia autora, entrenada para tal fin, en el propio domicilio del anciano seleccionado al azar, con un cuestionario precodificado, validado, con fiabilidad y valor predictivo determinado en estudios anteriores, ya mencionados anteriormente.

Como reflejamos, anteriormente en la previsión de individuos, se sustituyó el 2,75% de los domicilios por las siguientes causas: 1,75% por defunción y un 1% por encontrarse fuera de la isla, bien estaban en otra isla o en el extranjero. En un solo caso el anciano no podía contestar debido a su deteriorado estado de salud, y/o el 6% respondieron por el anciano sus familiares. No hubo rechazos por parte de los ancianos mayores de 75 años de la Isla de El Hierro.

Todos los cuestionarios fueron revisados. Finalizada la fase de recogida de información se procedió a la depuración, informatización de los cuestionarios.

El análisis de los resultados se hizo a través del paquete estadístico SPSS, utilizándose las medidas y test estadísticos: las relaciones entre variables categóricas, contrastes de proporciones y Chi cuadrado (X^2).

RESULTADOS

Del total de los individuos seleccionados al azar de la población de 75 años y más del Municipio de Frontera de la Isla de El Hierro, la tasa de respuesta fue del 100%, no hubo ningún rechazo.

La forma en que el anciano participa en la obtención de la respuesta es la siguiente manera: el 74% responde sólo, el 26% responde acompañado; de éstos, el 12% responde acompañado por sus hijos, el 10% responde acompañado por su esposo/a y el 4% responde acompañado por otros miembros de la familia. Las personas que respondieron por el anciano de forma total fue un 6%, mientras que respondieron parcialmente por el anciano un 20%. Las características sociodemográficas aparecen en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución de la población según el sexo, la edad, el estado civil, convivencia, nivel de estudios e ingresos económicos (en porcentajes ponderados)

	Hombre	*Mujer*	*75-84 años*	*85 y + años*	*Totales*
Soltero	7,0	5,9	5,6	8,9	6,4
Casado	69,0	45,2	61,6	33,5	54,8
Viudo	22,8	61,6	32,8	53,6	37,9
Divorciado/ separado	1,0	1,0	0,0	4,0	1,0
vive solo	20,8	29,0	23,2	33,6	25,7
No estudios	31,8	52,4	40,0	58,7	44,3
Menos 50.000 ptas	55,0	93,0	77,6	78,5	77,8

Destacamos que el 60% eran mujeres, siendo el extracto de edad comprendido 75-84 años un 76% de la población. Había más mujeres de 85 y más años (14,5%), frente a un 9,6% de hombres. Un 48% de las mujeres eran viudas, de las cuales viven un 29% solas, perciben menos ingresos económicos que los hombres; sólo el 7% de las mujeres ingresan más de 50.000, frente a los hombres (45%). El 68% no dispone de cuarto de baño dentro de la vivienda. Todas estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

Tabla 2. Estado de salud percibido según la edad y el sexo (en porcentajes ponderados)

Salud percibida	*Hombres* 75-84	*Hombres* 85 +	*Total*	*Mujeres* 75,84	*Mujeres* 85 +	*Total*
Bueno	25,0	36,0	27,7	0,0	8,4	2,0
Regular	42,0	48,0	43,2	60,0	33,3	53,7
Malo	33,0	12,0	28,0	32,0	50,0	36,2
Muy malo	0,0	4,0	1,4	8,0	8,3	8,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En la tabla 2 los resultados obtenidos han sido significativos. Donde podemos observar que los hombres a medida que aumenta la edad no se encuentran peor de salud, exceptuando los que se encuentran «regular» que son un 48% de los ancianos de 85 y más años frente al 42% de los que pertenecen al grupo de edad de 75-84 años con una significación de $p < 0,02$. En las mujeres, las diferencias han sido significativas ($p < 0,001$) entre los dos grupos de edad se sentían «bien» un 8% correspondiente a las de 85 y más años, mientras las mujeres que pertenecen al grupo de 75-84 años se sienten «regular» en un 60% frente a los mayores de 85 años (33%). Las patologías más frecuentes encontradas son las siguientes por este orden: hipertensión arterial (HTA) en un 59%, afeccio-

Tabla 3. Prevalencia de las condiciones crónicas según edad y sexo (en porcentajes ponderados)

Problemas de salud	*75-84 años*	*84 y + años*	*Hombres*	*Mujeres*	*Total (%)*	*Total (Núm)*
HTA	64,8	39,2*	35,0	74,3*	58,6	49
Circ. periférica	59,0	39,2*	47,2	59,1*	54,4	48
Enf. corazón	21,6	31,2	24,0	23,9	23,9	26
ACV	6,4	16,0*	16,0	13,9*	8,7	12
Enf. reumática	61,6	39,2*	47,2	62,2*	56,2	49
Cataratas	20,0	27,2	20,0	22,9	21,8	23
Probl. respiratorios	20,0	20,0	22,9	18,1	20,0	21
Probl. digestivos	14,4	14,4	21,1	9,9*	14,4	15
Génito-Urinarios	12,8	14,4	21,1	9,9*	14,4	15
Diabetes	8,4	5,6	8,0	7,0	7,4	7
Depresión	15,2	8,8	7,0	18,1*	13,7	11
Tumores	8,0	0,0*	6,1	6,1	6,1	4
Enferm. Alzheimer	1,6	2,4	3,0	1,0	1,8	2
Enferm. Parkinson	0,0	1,6*	1,0	0,0	0,4	1

*($p < 0,05$)

nes reumáticas en un 56%, problemas de circulación periférica en un 54%, enfermedad del corazón en un 24%, cataratas-glaucomas en un 22%, problemas respiratorios en un 20%, problemas digestivos en un 14%, depresión, problemas génito-urinarios en un 13%, accidente cerebro-vascular, diabetes, tumores, deterioro mental o enfermedad de Alzheimer y Parkinson, todos estos problemas situados por debajo del 9%. Estudiando la prevalencia de las enfermedades crónicas respecto a la edad y al sexo como vemos en la tabla 3, hay una marcada diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$) con respecto al sexo, en la distribución de la HTA, un 74% de los afectados eran mujeres frente a un 35%. La depresión se daba más en las mujeres (18,1%) que en los hombres (7%). Las enfermedades reumáticas según la edad resulta significativa la diferencia, los más jóvenes del extracto de la muestra la padecen en un 62% frente a los mayores de 85 años (39%). Estableciendo una relación entre las variables: el sexo, la edad y el número de condiciones crónicas o patologías, resultan significativas las diferencias entre sexos ($p < 0,001$), diremos que las mujeres tenían más trastornos crónicos que los hombres (Tabla 4). La mayoría de los ancianos podían realizar las actividades de la vida diaria (AVD), siendo las actividades domésticas o aquellas que no se realizan todos los días, necesariamente, encontraban mayor limitación e incluso no contaban con ayuda (Tabla 5). A medida que aumenta la edad aumenta la incapacidad tanto en las actividades del cuidado personal (ACP) como en las domésticas (AMMA). Así pues, los ancianos de 85 y más años eran incapaces en al menos una ACP en un 35%, mientras que los más jóvenes presentaban una incapacidad de un 14%, ($p < 0,01$). La incapacidad presentada en las AMMA eran mayores que las ACP, los mayores de 85 años eran incapaces de realizar dos o más actividades (61%), frente a los más jóvenes (13%) ($p < 0,01$). Con respecto al sexo resulta la diferencia significativa, tanto para las ACP como para las AMMA; encontramos mayor incidencia de incapacidad en los hombres en al menos una actividad

Tabla 4. Número de condiciones crónicas según el sexo y la edad. El Hierro 1993 (en porcentajes ponderados)

Nº condiciones crónicas	*Hombres*		*Total*	*Mujeres*		*Total*
	75-84	*85 +*		*75-84*	*85 +*	
Ninguna	12,0	20,0	13,9	0,0	4,0	1,0
Una	8,0	16,0	9,9	16,0	24,0	17,9
Dos-tres	48,0	40,0	46,1	48,0	40,0	46,1
Cuatro y +	32,0	24,0	30,1	36,0	32,0	35,0

Tabla 5. Capacidad funcional y presencia de ayuda para realizar las AVD (en porcentajes ponderados)

Actividades	*Capaz*	*Capaz con ayuda*	*Incapaz*	*Presencia de ayuda*	
				Sí	*No*
— Caminar a través de una habitación pequeña	94,0	3,0	3,0	3,0	3,0
— Aseo personal (peinarse, afeitarse, lavarse la cara)	89,0	5,4	5,6	11,0	0,0
— Vestirse (ponerse, abotonar una camisa, ponerse unos zapatos)	92,5	4,5	3,0	7,2	0,4
— Comer (cortar la comida, coger vaso, beber...)	96,6	2,2	1,2	3,4	0,0
— Salir de la cama	93,0	2,2	4,8	6,4	0,6
— Levantarse de la silla	92,1	3,7	4,3	7,3	0,7
— Usar el retrete	92,8	2,4	4,8	4,8	2,4
— Cortarse las uñas de los pies	58,3	22,4	19,3	40,0	1,7
— Bañarse o ducharse	91,0	4,7	4,3	9,0	0,0
— Preparar la comida	57,3	29,0	13,7	41,5	1,2
— Hacer el trabajo pesado de la casa (lavar, planchar...)	31,3	47,8	20,9	64,5	4,2
— Hacer el trabajo ligero de la casa (hacer camas, barrer...)	66,2	24,9	8,9	33,2	0,6
— Usar el teléfono	72,0	7,6	20,4	21,3	6,7
— Manejar su propio dinero	84,0	10,2	5,8	15,3	0,7

Tabla 6. Relación entre las enfermedades crónicas y las incapacidades para llevar a cabo las AVD (en porcentajes ponderados)

Enfermedades más frecuentes	*Incapacidad para realizar*		*Capacidad para realizar*	
	ACP	*AMMA*	*ACP*	*AMMA*
HTA	12,2	73,5	87,8	26,5
Enf. corazón	13,0	90,8	87,0	9,2
Probl. circulación p.	13,9	78,6	86,1	21,4
ACV	34,0	100,0	66,0	0,0
Diabetes	24,2	75,5	75,8	24,5
Enf. reumática	17,4	81,7	82,6	18,3
Probl. emocionales	30,8	73,4	69,2	26,6
Probl. digestivos	59,8	86,2	40,2	13,8
Cáncer o tumor	20,0	60,0	80,0	30,0
Cataratas, probl. gen. urin.	47,0	79,7	84,9	20,2
Deter. mental, Parkinson	0,0	100,0	100,0	0,0

(ACP: 12%; AMMA: 30%) frente a las mujeres (ACP: 4,9%; AMMA: 24%) ($p < 0,05$). La asociación entre la incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria y las siguientes patologías crónicas: HTA, problemas de circulación periférica, ACV, enfermedad reumática, problemas digestivos, problemas emocionales, y cardiopatías resultaron estadísticamente significativas (Tabla 6).

DISCUSION

Las personas mayores de 75 años que viven en la Isla de El Hierro tienen una edad media de 81,2 años, el 60% son mujeres, el 40% son hombres; aproximadamente la mitad están casados. Uno de cada cuatro ancianos vive solo, casi la mitad no han tenido ninguna escolarización, más de la mitad disponen de menos de 50.000 pesetas al mes. La mujer requiere especial atención, ya que está en desventaja con respecto al hombre: tiene menos ingresos propios al mes, menor nivel de escolarización, más de la mitad están viudas y viven solas (29%). También, los más viejos están en peor situación que los más jóvenes: tienen menor nivel de estudios, menores ingresos económicos y mayores necesidades económicas. Todo esto está relacionado con la mayor proporción de mujeres (14,5%) con respecto a los hombres (9,6%) en las edades más avanzadas. Al analizar las condiciones de la vivienda, el 68% no tiene cuarto de baño dentro de la casa.

Solamente el 12% de la población califica su estado de salud como «bueno», mientras el 38,3% la califica de «malo y muy malo»; a pesar de esta mala percepción de la salud, hay un 21% que no tiene o tiene solamente una enfermedad o trastorno crónico. Las condiciones crónicas más frecuentes son: la hipertensión arterial, las enfermedades reumáticas (artrosis), los problemas de circulación periférica, enfermedad del corazón y las cataratas, aunque existen diferencias importantes según la edad y el sexo. Las mujeres tienen más número de trastornos crónicos que los hombres. A medida que avanza la edad, la coexistencia de dos o más trastornos crónicos disminuye, posiblemente sea debido a que esta población es la superviviente.

Con respecto a la incapacidad funcional, el 19% declara necesitar ayuda para alguna actividad de cuidado personal, mientras que cuatro de cada cinco necesitan ayuda para realizar alguna actividad relacionada con el entorno o medio ambiente. La incapacidad funcional es diferente para el hombre y la mujer; mientras que las mujeres menores de 85 años conservan su capacidad funcional o casi la totalidad, sólo el 60% de las mujeres de 85 años y más declaran ser incapaces de llevar a cabo sus actividades del cuidado personal. Tres de cada cuatro hombres se declaran capaces de realizar las actividades del cuidado personal, independientemente de la edad; mientras que uno de cada cuatro son capaces de realizar las actividades relacionas con el mantenimiento del medio ambiente o del entorno. La población de 75 años y más de la Isla de El Hierro se siente peor de salud (12%) que otras poblaciones españolas. Según la Encuesta Nacional de Salud de 1986, el 38% de las personas mayores se sienten «bien» de salud. Estos resultados coinciden con los de Madrid (Nuestros Mayores) (34%), Bilbao, Valencia. Sin embargo, en Barcelona la Encuesta de Salud de dicha ciudad el 60% se siente bien de salud, estas diferencias en percepción de salud pueden ser debidas a diferencias sociales, económicas y culturales en la población de estudio.

La población de El Hierro en cuanto a los ingresos mensuales, sólo el 22% cuenta con más de 50.000 pesetas, cifra por debajo del salario mínimo

interprofesional en el momento del estudio, comparado con el 37,4% de la población de Madrid (1).

Mientras que la mayoría de los ancianos de Barcelona han completado los estudios primarios, en la Isla de El Hierro la escolarización ha sido prácticamente inexistente para los ancianos; además hay diferencias con respecto al sexo, al igual que en otros estudios como en Madrid (1, 4), donde la diferencia entre sexos es notable.

Las mujeres perciben peor la salud que los hombres, esta diferencia es constante en todos los estudios realizados con las personas mayores (1, 3, 4), y se puede explicar por las diferencias socioeconómicas entre sexos. Las diferencias percibidas en los grupos de edad son muy pequeñas, como ocurre en el resto de los estudios realizados.

Las condiciones crónicas tienen una distribución similar al resto de los estudios realizados en España, ligeramente superiores en la Encuesta de Nuestros Mayores de la CAM. Aunque, los datos se basan en el autoinforme, diversos estudios demuestran la alta concordancia de esta información y la que consta en la historia clínica de las personas mayores.

El número medio de las condiciones crónicas por persona fue de 2,8 en los hombres y de 3,1 en las mujeres, en la población mayor de la Isla de El Hierro, similar al estudio de Barcelona. En la CAM (1) la pluripatología es más ostensible entre las mujeres que entre los hombres, 3,2 enfermedades como media por mujer, frente a 2,8 entre los hombres. Los trastornos crónicos más prevalentes fueron: la hipertensión arterial (58,6%), la artrosis (56,2%), y los problemas circulatorios (54,4%). Se demostró relación entre los trastornos crónicos por grupo de edad, donde la media por persona entre los 75-84 años es de 3,1 ± 1,9, mientras que los ancianos de 85 y más años es de 2,6 ± 1,7 se puede interpretar como los ancianos mayores de 85 años tienen menos trastornos crónicos, debido a los que sobreviven son más resistentes, aunque en menor número de población mayor de la Isla.

Nuestra estimación de la incapacidad, es ligeramente inferior al estudio de Nuestros Mayores de la CAM, donde el 72,7% son independientes, con una capacidad leve un 19,7%, con una capacidad moderada o grave un 7,6%. En nuestro estudio el 81% es capaz, mientras que el 7,7% presenta una incapacidad leve, un 11,3% con una incapacidad moderada-grave. En el estudio de la población de Barcelona aproximadamente, el 10% presentan incapacidad.

En otros estudios españoles, la incapacidad es más prevalente en las mujeres que en los hombres para todos los grupos de edad, pero, en este estudio no es así; en el grupo de edad de 75-84 años la incapacidad de los hombres es mayor que de las mujeres. Además, la incapacidad aumenta con la edad en las mujeres, pero, no ocurre así con los hombres, tanto para las actividades del cuidado personal como para las del mantenimiento del medio ambiente.

Merece especial atención el grupo de los ancianos que viven solos, en el estudio de Nuestros Mayores de la CAM, el 18% de los casos viven solos; de estos las mujeres (26%) viven solas y los hombres (6%). En la población de Barcelona, el 19,9% viven solos; el 8,6% de los hombres, mientras las mujeres (27%). En el estudio de la Tercera Edad en España Necesidades y Demandas, el 19,4% de los ancianos viven solos; el 10,3% de los hombres, mientras que las mujeres un 26,2%. En nuestro estudio hay más ancianos que viven solos bajo su propio techo, el 25,7% viven solos; los hombres (20,8%), mientras que las mujeres (29%). La mayoría tienen apoyo familiar de sus hijos, en particular recae sobre las mujeres de la familia (esposas o hijas), que viven cerca de su domicilio, pero no obstante necesitan ayuda socio-sanitaria. Estudios similares a éste demuestran que un 96% de los ancianos desean permanecer en sus domicilios y que la potenciación de los servicios de ayuda domiciliaria dentro de una Geriatría organizada, puede reducir los ingresos en residencias o en instituciones geriátricas, significando un impacto positivo para ellos, ya que mejora su calidad de vida y reduce su mortalidad (32-34). En nuestro estudio la proporción de incapacidad de los ancianos que viven solos (11,3%), en el estudio de Barcelona, el 19,3% son incapaces de realizar al menos una actividad. De los datos de que disponemos en general tienen sus necesidades cubiertas en la AMMA, pero esa ayuda habría que completarla para las actividades del cuidado personal (ACP). Para terminar, la población mayor de 75 años de la Isla de El Hierro tiene un perfil de morbilidad y de incapacidad similar al de otras poblaciones españolas, aunque perciben peor su salud. Quizás la mala percepción

de la salud se deba a las difíciles condiciones de vida reflejadas en el bajo nivel de ingresos, en el bajo nivel de instrucción y las malas condiciones de la vivienda. Por otra parte, la mayor parte de las necesidades de servicios están cubiertas por la familia, pero existen personas con necesidades NO cubiertas en las actividades de la vida diaria, siendo prioritarias las actividades del cuidado personal.

Además, los resultados presentados aquí deben valorarse teniendo en cuenta diversas limitaciones que podrían afectar a la validez de las estimaciones obtenidas. En primer lugar, el hecho que el estudio se haya realizado en una muestra de la población no institucionalizada, conduce a una sobrevaloración del estado de salud y funcional de los ancianos. En segundo lugar, la información proviene de una entrevista sin examen médico, pero, la medicación que tomaban coincidía con la patología que los ancianos referían presentar al igual que coincidía con informes médicos que los ancianos tenían. Partiendo de este estudio, sabiendo el uso y demanda de los servicios socio-sanitarios se llegaría: a mejorar los ya existentes y a planificar los ausentes, alcanzando una cobertura a toda la población anciana de la Isla de El Hierro, de igual forma para toda Canarias.

AGRADECIMIENTOS

A la doctora Mª Victoria Zunzunegui Pastor, por su paciencia y guía en los aspectos metodológicos y conceptuales.

Al doctor Fernando de la Mata Cotanda, por su interés en el tema y ayuda en la investigación.

A la doctora Pilar Matud y a mis amigos/as por su apoyo moral.

A la población de la Isla de El Hierro y a sus instituciones, por su colaboración en la obtención de información y hacer uso de sus recursos de forma desinteresada.

A la Consejería de Sanidad y Viceconsejería de Asuntos Sociales de Canarias, por atender mis demandas.

Muy especialmente, a mi familia, por su comprensión y apoyo constante.

BIBLIOGRAFIA

1. "NUESTROS MAYORES". Comunidad Autónoma de Madrid. Madrid: Consejería de Salud. Series Monográficas. 1989.
2. "ENCUESTA NACIONAL DE SALUD". Ministerio de Sanidad y Consumo. 1987.
3. RUIGOMEZ, A.; ALONSO, J.; ANTO, J. M. "Salud percibida y capacidad funcional de la población anciana no institucionalizada de Barcelona". Gaceta Sanitaria 1991; 24: 117-124.
4. "LA TERCERA EDAD EN ESPAÑA: NECESIDADES Y DEMANDAS". Ministerio de Asuntos Sociales. INSERSO. 1990.
5. "EPIDEMIOLOGIA DEL ENVEJECIMIENTO EN ESPAÑA". FIS. 1990.
6. "LA TERCERA EDAD EN ESPAÑA: ASPECTOS CUANTITATIVOS". Ministerio de Asuntos Sociales. INSERSO. 1989.
7. CORONI-HUNTLEY, J.; BROCK, D. B.; OSTFELD, A.; TAYLOR, J. O.; WALLACE, R. B. "Established population for epidemiologic studies of the elderly". Washington. Bethesda: National Institute of Aging. 1986.
8. KATZ, S. C.; FORD, A. B.; MOSKOWITZ, R. W., et al. "Studies of illnes in the aged. The index of A.D.L., Standardized measure of biologic and psychosocial function". JAMA 1963; 185: 914-919.
9. LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. "Assessment of older people: self maintaining and intrumental activities of daily living". Gerontologist 1969; 9: 179-186.
10. BAZO, M. T. "La Sociedad Anciana". CIS. 1990.
11. ADREW, A.; GUCCIONE, P. T., et al. "The effects of specific medical conditions on the functional limitations of elders in the Framingham Study". Am J Public Healt 1994; 84: 351-358.
12. APPLEGATE W. B.; BLASS, J. P.; WILLIAMS, T. G. "Instruments for the functional assessment of older patients". N Engl J Med 1990; 322: 1207-1214.
13. KANE, R. A.; KANE, R. L. "Evaluación de las necesidades en los Ancianos. Guía práctica sobre los instrumentos de medición". En: Gerontología y Sociedad. SG Editores. 1992.
14. SEEMAN, T. E.; BERKEMAN, L. "Structural Characteristics of social networks and their relationship with social support in the elderly: Who provides support". Soc Sci Med 1988; 2: 737-749.
15. ARBELO, A.; HERNANDEZ, G.; ARBELO, A. "Demografía sanitaria de la ansiedad". Ministerio de Sanidad y Consumo. 1989.
16. GUILLEMARD, A. M. "Análisis de las Políticas de Vejez en Europa". INSERSO. 1992.

17. CASTELLS, M.; ORTIZ, L. P. "Análisis de las Políticas de Vejez en España en el contexto Europeo". INSERSO, 1992.
18. "ZONAS ESPECIALES DE SALUD DE CANARIAS". Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad, Trabajo Servicios Sociales del Gobierno de Canarias, 1991.
19. CARRILLO, E.; PERALES, R.; ZUAZAGOITIA, J. I. "Estudio sobre las necesidades de atención socio-sanitarias de las personas mayores en el Municipio de Móstoles". Fundación Caja Madrid, 1994.
20. CHRISCHILLES, E. A.; FOLEY, D. J.; WALLACE, R. B., et al. "Use of medications by persons 65 and over". J Gerontol 1992; 47: M137-M144.
21. PAHOR, M.; GURALMIK, J. "Classification systems for Drug Data collection and analysis in Epidemiologic studies". (En preparación).
22. BERND WEYENER. "Concepts and measurements of prestige". Am Rev Social 1992; 18: 253-280.
23. GAMZEBOOM, B. G.; GRAFF, P. M.; TREIMAN, D. "Standard international socio-economic index of ocupational status". Social Science Research 1992; 21: 1-56.
24. BELAND, F. "Identifying Profiles of Service Requirements in a Non Institutionalized Elderly Population". J Chron Dis 1987; 40: 51-64.
25. TILQUIN, C.; SICOTTE, C.; TOUSINGNANT, F, et al. "CT-MSP 81: L'évaluation des services requis et la mesure des ressources requises par le béneficiare". Montréal: EROS, Département d'administration de la Santé. Université de Montréal, 1981.
26. TILQUIN, C.; VANDERSTRAETEN, G.; FOURNIER, J. "El sistema CTMSP. Evaluación de las necesidades de los ancianos". Rev Rol Enferm 1989; 121: 48-54.
27. RICE, D. P.; FEELMAN, J. J. "Living Longer in the United States: Demographic Changes and Health Needs of the Elderly". Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society 1983; 61 (3): 363-396.
28. DAVIS, K. "Computer Assisted Planning: Aplication to Health of the Elderly by the year 2000". World health statistics quarterly 1984; 37: 271-279.
29. "LIBRO BLANCO DE LA TERCERA EDAD. ESTUDIO PILOTO DE GÜIMAR". Viceconsejería de Asuntos Sociales del Gobierno de Canarias, 1992.
30. DEMAREST, G. B.; OSLER, T. M.; CLEVENGER, F. W. "Injuries in the elderly: Evaluation and initial response". Geriatrics 1990; 45: 36-42.
31. ESCHER, J. E.; O'DELL, C.; GAMBER, S. R. "Typical geriatric accidents and how to prevent them" Geriatrics 1989; 44: 54-69.
32. SORENSEN, K. H. "A Socio-medical population study of the elderly in the city of Copenhagen 1978/79". Danish Medical Bulletin 1982; 29: 280-285.
33. LICHTENSTEIN, H.; WINOGRAD, C. H. "Geriatric consultation: a functional aproach". J Ger Soc 1984; 32: 356-361.
34. FURHAM, A.; PENDLETON, D. "The assesment of social skill deficits in the ederly". Aging Human Developement 1983; 17: 29-38.
35. KAPLAN, G. A."Epidemiologic observations on the compression of morbidity". J Aging Health 1991; 3: 155-171.
36. HARRIS, T.; KOVAR, M. G.; SUZMAN, R, et al. "Longitudinal study of physical ability in the oldest-old". Am J Public Health 1989; 79: 698-702.
37. "PADRON MUNICIPAL DEL AYUNTAMIENTO DE FRONTERA ISLA DEL HIERRO". Marzo 1993.
38. "PADRON MUNICIPAL DEL AYUNTAMIENTO DE VALVERDE ISLA DEL HIERRO". Junio 1993.
39. "CENSO DE POBLACION Y VIVIENDAS DE CANARIAS. EL HIERRO". Instituto Canario de Estadística, 1991: 225-243.
40. O.M.S. "Health planning for the elderly". Budapest, 1982.
41. PINEAULT, R. "La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias". 2ª edición. Barcelona: Masson, S.A., 1989.
42. ORUETA, R.; LOPEZ, F. "Conceptos razonados de salud pública y atención primaria". Madrid: Luzan 5, S.A., 1990.
43. "EL MEDICO Y LA TERCERA EDAD". Gabinete de estudios sociológicos Bernard Krief y Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Madrid: Lab. Beecham, 1986: 245.
44. "CONTRATO PROGRAMA". Insalud. Gerencia de Atención Primaria, 1994.
45. PIEDROLA, G. "Medicina preventiva y salud pública". Barcelona: Ed. Masson-Salvat Medicina, 1991.
46. O.N.U. "Periodical on aging". Volumen I. Nueva York, 1984.