

Actividad, inactividad y discapacidad entre los adultos mayores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social*

Sandra Reyes,¹ Peter Beaman,² Carmen García-Peña,³
Claudia Espinel,⁴ Grupo Nacional de Investigación
sobre el Envejecimiento en el IMSS⁵

Introducción

El desarrollo científico y tecnológico, el desarrollo social y económico y las intervenciones para reducir el crecimiento poblacional y la muerte prematura han tenido como consecuencia el incremento del número de años que la población esperaría vivir. Sin embargo, no sabemos si ese número de años seguirá incrementándose en el futuro o si hay un límite natural para la esperanza de vida.^{1,2}

La mejoría en el estado de salud de la población, particularmente entre los niños y adultos jóvenes sin duda ha jugado un papel fundamental en los años extras de vida ganados a lo largo del tiempo. Sin embargo, el envejecimiento individual junto con la larga exposición a numerosos factores de riesgo han provocado un incremento en la prevalencia y aparición de nuevas enfermedades. La discusión de hasta dónde hay un límite para el incremento en la esperanza de vida o hasta dónde los años adicionales de vida serán saludables se inició hace más de dos décadas, pero todavía hay evidencias contrarias acerca de uno y otro generadas en los países desarrollados.³

La relación entre necesidades de salud, envejecimiento e incremento de la esperanza de vida se ha presentado en dos posibles escenarios: compresión de la

* Esta investigación fue realizada gracias a los fondos proporcionados por la Coordinación de Investigación Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), dirigida en ese periodo por el doctor Onofre Muñoz.

¹ Bedford PCT. Servicio Nacional de Salud. Inglaterra, Reino Unido.

² Departamento de Ciencias Sociales. Universidad de Loughborough. Reino Unido

³ Coordinación de Atención Médica. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Área Envejecimiento. IMSS.

⁴ Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Área Envejecimiento. Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS.

⁵ Integrado por personal de las diferentes coordinaciones de la Dirección de Prestaciones Sociales y Económicas y la Dirección de Prestaciones Médicas.

morbilidad y la dependencia^{4,5,6} y extensión del periodo de morbilidad y dependencia.^{7,8}

La teoría de la compresión de la morbilidad^{9,10} establece que el periodo de enfermedad se puede comprimir hacia el final de la vida ya que los individuos tienen un periodo de vida biológicamente determinado, que difícilmente se ha incrementado en los últimos 100 000 años,¹¹ por su parte, la capacidad física disminuye lentamente, en especial si se elimina la exposición a factores de riesgo. En consecuencia, los individuos podrían vivir un periodo de tiempo más largo con la energía y autosuficiencia que ayudaría a disminuir la dependencia física y económica. De acuerdo con esta teoría, la muerte natural ocurriría cuando alguno de los órganos del cuerpo humano esté estresado más allá de su capacidad, de manera que resulte imposible preservar el equilibrio corporal.

En contraste, la teoría de la extensión del periodo de enfermedad dice que los seres humanos tienen un reloj biológico inalterable que podría agregar años de vida sin ningún límite. Si la edad a la muerte se incrementara más rápido que la edad de inicio de la enfermedad o la discapacidad, la población crónicamente enferma y dependiente y el periodo de enfermedad, se incrementarían.^{9,10}

Aunque la investigación en este campo sigue desarrollándose,¹² no hay consenso con respecto a las teorías. En especial, no se tiene mucha información acerca de los países en desarrollo donde las cohortes, los factores de riesgo, la esperanza de vida, la prevalencia de enfermedades agudas y crónicas y la edad a la muerte tienen un comportamiento significativamente diferente a lo que ocurre en los países desarrollados.

Independientemente de cuál de las dos teorías pudiera acercarse más a la forma en que la población envejecerá y morirá en nuestro país, la prevalencia de discapacidad o dependencia entre los adultos mayores, es afortunadamente todavía muy baja si se compara con otros países. Es particularmente baja si sólo se considera como dependientes a aquellos que tienen dificultad o incapacidad de atender por sí mismos sus necesidades de atención básica personal y de higiene (actividades básicas de la vida diaria -AVD- de Katz).¹³ Efectivamente la dependencia en las AVD es un indicador de la consecuencia final de la discapacidad cuando la dependencia es severa. Sin embargo, para hacer una evaluación más integral de otras esferas, es necesario evaluar el deterioro mental, el deterioro de la agudeza auditiva y visual, el estado de la dentadura, y qué tanto los adultos mayores son física y mentalmente activos, independientemente de algunas restricciones generadas por sus problemas de salud.

Este capítulo es resultado del análisis de la Encuesta Nacional sobre el Envejecimiento en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Se puede revisar más

información sobre la metodología y la muestra en publicaciones previas.¹⁴ Estará dividido en seis secciones, la primera es la introducción que será seguida por la presentación de las actividades en las que los adultos mayores participan. En la tercera sección presentaremos la prevalencia de independencia en actividades instrumentales y la prevalencia de dependencia en las AVD; en la cuarta se mostrará la prevalencia de diversos tipos de deterioro que pueden causar discapacidad si no se logran corregir y en la quinta sección presentaremos la frecuencia con la que los problemas de salud afectan las actividades de los adultos mayores. Al final se expondrán algunas conclusiones.

Actividades físicas organizadas

Casi 15% de los adultos mayores derechohabientes del IMSS refirieron realizar alguna actividad física organizada en forma regular. Como se puede ver en el cuadro I, la frecuencia en este tipo de actividad fue significativamente mayor en la Dirección Regional Norte (18%), especialmente fue dos veces mayor que la frecuencia notificada en la Dirección Regional Occidente (9%).

Más de dos quintas partes de los adultos mayores entrevistados refirieron realizar caminatas, mientras que casi otra quinta parte mencionó participar en gimnasia; practican natación 8% y cachibol 6.5% (cuadro I).

Aun cuando la caminata fue el tipo de actividad física organizada más frecuentemente referida por los adultos mayores en todas las direcciones regionales, la frecuencia fue superior a 60% en las direcciones Norte y Occidente, mientras que sólo alcanzó 33% en la Centro. En esta última, la frecuencia de los que dijeron practicar alguna forma de gimnasia fue significativamente mayor al resto de las direcciones regionales donde esta actividad tuvo una frecuencia entre 8 y 9%. La natación fue notificada por uno de cada 10 de los adultos mayores que dijeron realizar actividades físicas en la Dirección Regional Centro, pero sólo entre 4% y 5% en las otras regiones. En las direcciones Norte y Sur la frecuencia de los que dijeron practicar cachibol fue significativamente mayor (12%) que en la Dirección Centro donde sólo 3% dijo practicarlo y 9% en la Occidente.

La frecuencia baja de las actividades físicas programadas entre los derechohabientes, independientemente de que el IMSS cuenta con la infraestructura necesaria para la organización y práctica de estas actividades, cuestiona la forma en que las actividades se están organizando (lugares, horarios, costos), la promoción que se realiza de ellas entre los derechohabientes adultos mayores, y más aún la cercanía de los servicios para con una de las poblaciones prioritarias.

Cuadro 1
Actividad física organizada entre los adultos mayores
derechohabientes del IMSS, porcentajes por Direcciones Regionales.
Encuesta Nacional sobre Envejecimiento, 1998-1999

	Direcciones Regionales				Total
	Centro	Norte	Occidente	Sur	
Población base	9 698	3 730	4 154	3 994	21 576
Realizan alguna actividad física	18.1	9.1	14.6	11.7	14.7
Tenis	1.0	0.9	0.5	0.2	0.8
Fútbol	1.7	0.9	2.0	1.9	1.7
Cachibol	3.3	11.8	8.6	12.2	6.5
Gimnasia	30.7	7.7	8.7	8.1	20.7
Voleibol	0.5	3.3	2.1	1.3	1.2
Caminata	33.4	61.2	62.9	51.4	44.7
Ciclismo	5.5	8.0	5.0	7.1	5.9
Carreras	4.0	1.5	1.3	0.9	2.8
Bailan	1.6	2.1	8.4	6.4	3.7
Básquetbol	0.9	3.3	2.5	2.1	1.6
Natación	11.1	4.7	4.1	3.9	8.0
Van al gimnasio	1.2	2.1	1.8	0.6	1.3
Squash	0.2	0.3	0.2		0.2
Población base	1 757	338	606	467	3 168

Otras actividades físicas, mentales y sociales

Todos los adultos mayores entrevistados, de una u otra manera, realizaban algún tipo de actividad. Sin embargo, la mayoría de las actividades más frecuentemente realizadas implicaron actividades sociales y mentales, y sólo dos de las siete realizadas por más de 50% de los entrevistados, implicaban actividad física. Como se puede ver en el cuadro II, la actividad más frecuente fue ver la televisión durante la semana (85% de los adultos mayores). Casi 70% de ellos dijeron hablar con otras personas y hacer el quehacer; 67% de los entrevistados refirieron caminar en la calle y una proporción similar dijo ver televisión durante el fin de semana, mientras que alrededor de 60% dijeron oír radio, rezar o reunirse con grupos religiosos. La proporción más baja de entrevistados se observó entre los que asistieron a diferentes tipos de cursos y pláticas (entre 4 y 12%).

Cuadro II
Otras actividades físicas, mentales y sociales notificadas
por los adultos mayores derechohabientes del IMSS,
en porcentajes por Direcciones Regionales.
Encuesta Nacional sobre Envejecimiento, 1998-1999

	Direcciones Regionales				Total
	Centro	Norte	Occidente	Sur	
Asisten a otros cursos	3.0	4.0	3.2	4.2	3.4
Asisten a curso de arte o artesanía	3.2	3.8	5.0	5.1	4.0
Van a la playa	1.4	2.3	6.3	7.1	3.6
Andan en bicicleta	2.8	7.3	6.8	7.3	5.2
Asisten a otras actividades culturales	5.4	9.3	8.8	12.0	8.0
Asisten a pláticas	7.4	14.2	15.2	15.4	11.7
Van al campo	6.8	21.0	17.6	21.3	14.2
Cuidan animales	22.1	23.6	19.4	24.9	22.4
Cuidan niños	21.3	30.4	24.8	27.6	24.8
Hacen llamadas telefónicas	42.5	36.9	32.8	27.9	36.9
Se reúnen con personas de su edad	18.7	32.8	31.2	28.2	25.5
Planean actividades	30.2	21.6	22.9	30.0	27.2
Toman el sol	34.2	32.7	27.8	31.2	32.1
Leen periódicos	40.6	46.4	36.3	40.6	40.8
Visitan a amigos o familiares	42.5	48.4	46.2	42.4	44.2
Toman siesta	39.9	44.3	49.4	45.3	43.6
Rezan o se reúnen con grupos religiosos	65.0	51.4	50.6	52.5	57.4
Ven TV el fin de semana	71.3	57.4	62.5	61.9	65.4
Hacen el quehacer	72.5	63.2	69.4	65.7	69.0
Escuchan radio	62.2	58.2	55.2	65.8	60.8
Caminan en la calle	63.7	70.4	67.1	70.1	66.8
Hablan con otras personas	63.4	74.3	79.2	70.5	69.8
Ven TV durante la semana	88.1	83.5	84.6	81.6	85.4
Población base	9 224	3 729	4 154	3 994	21 101

Aunque las actividades más frecuentes fueron similares al promedio nacional, hay algunas diferencias regionales que es importante destacar. Las tres actividades más frecuentes entre los adultos mayores de la Dirección Regional Centro fueron ver TV durante la semana, hacer el quehacer y ver televisión durante el fin de

semana (88, 72 y 71%, respectivamente), actividades que implican poco contacto con otras personas. Entre 62 y 65% de los adultos mayores notificaron rezar o reunirse con grupos religiosos, caminar en la calle o hablar con otras personas. En las direcciones regionales Norte y Sur las actividades más frecuentes fueron ver televisión durante la semana, hablar con otras personas y caminar en la calle (84, 74 y 70%; y 82, 71 y 70%, respectivamente). Una proporción menor que en la Dirección Centro refirieron hacer quehacer u oír la radio. En la Dirección Regional Occidente las actividades más frecuentemente notificadas por los adultos mayores fueron ver televisión durante la semana, hablar con otras personas y hacer el quehacer (85, 79 y 69%, respectivamente).

La actividad menos referida entre los adultos mayores en las direcciones regionales Centro y Norte fue ir a la playa, lo cual no es sorprendente ya que sólo una delegación en cada una de esas direcciones tiene costa. Sin embargo, llama la atención que la asistencia a cursos sea tan baja en todas las regiones. La asistencia a pláticas fue notificada un poco más frecuentemente en las regiones Norte, Occidente y Sur, pero en la dirección Centro la frecuencia alcanzó sólo la mitad de la informada en las otras regiones. La proporción de los adultos mayores que mencionaron cuidar niños fue significativamente mayor en la Dirección Regional Norte, mientras que la proporción de los que refirieron cuidar animales fue mayor en la Dirección Regional Sur.

Independencia en actividades instrumentales de la vida diaria

Este grupo de actividades (AIVD) fueron propuestas por Lawton y Brody¹⁴ en 1969 con el objetivo de evaluar la independencia funcional para desarrollar tareas simples que son parte esencial de la vida adulta. Estas actividades son evaluadas en los siguientes grupos: preparar alimentos, usar transporte público o manejar su propio medio de transporte, manejar su dinero, comprar el mandado y objetos de cuidado personal, hacer quehacer ligero y pesado, tomar sus medicamentos correctamente y usar el teléfono. Esta clasificación de AIVD ha sido muy útil en Estados Unidos y en otros países desarrollados. Sin embargo, se han observado algunas dificultades cuando se trata de evaluar a adultos mayores con otra cultura y lenguaje, ya que algunas de las actividades no tienen una aplicación directa y otras tienen orientación hacia un determinado sub-grupo. Por ejemplo, muchos de los adultos mayores masculinos no preparan comida o hacen quehacer no porque no puedan sino porque no acostumbran hacerlo.

Hay muchas adaptaciones en otros idiomas y aún en el idioma español; sin embargo, la diversidad cultural de nuestros adultos mayores en el ámbito nacional nos permitió adecuar una lista suficientemente exhaustiva de actividades que

podieran ser relevantes para los diversos grupos. Las mismas preguntas fueron utilizadas al entrevistar a todos los adultos mayores pero siempre hubo la alternativa “no acostumbra hacerlo”, para aquellos que podían hacerlo pero no lo hacían por no habituarlo; al realizar el análisis esa opción fue eliminada.

Más de 90% de los adultos mayores derechohabientes del IMSS en el país podían ir a la iglesia, subir y bajar escaleras, preparar sus comidas, caminar fuera de la casa, contestar el teléfono, hacer su cama, hacer quehacer ligero, recibir mensajes para otras personas, controlar sus medicamentos y manejar su dinero sin la ayuda de otras personas. Entre 80 y 90% podían ir al campo o la playa, ir al molino, cuidar sus animales, ir a la tintorería, cuidar de sus pies y uñas, lavar y planchar su ropa, ir al banco, usar transporte, hacer su mandado y hacer sus pagos. Sólo 74% notificó poder realizar quehacer pesado.

Como se puede ver, la mayoría de los adultos mayores fueron capaces de realizar las diversas actividades que no implicaban salir de su casa. Una proporción menor pero alta podía realizar las actividades que implicaban salir de la casa y seguir procesos físicos y mentales más complejos. La menor proporción de los que informaron poder realizar quehacer pesado sin la ayuda de otros puede ser explicada por el esfuerzo físico requerido para llevar a cabo esas actividades. En mayores o menores proporciones las distribuciones de aquellos capaces de realizar las diversas actividades instrumentales fueron similares al comportamiento en el ámbito nacional.

Actividades básicas de la vida diaria

Como se mencionó anteriormente, las AVD se usan con mucha frecuencia como indicadores de independencia. En esta sección, se consideró como dependientes a los sujetos incapaces de realizar todas las actividades básicas de la vida diaria sin ayuda, o dicho en otras palabras, a los que requerían de la ayuda de otra persona en por lo menos una de esas actividades. Reconocemos que este indicador sólo mide un nivel de dependencia grave en el cual los adultos mayores necesitan ayuda para las tareas de sobrevivencia más elementales, como levantarse de la cama o alimentarse a sí mismos. Sin embargo, esta sección se complementa con las anteriores para dar una imagen más clara de la actividad, inactividad y discapacidad entre los adultos mayores derechohabientes del IMSS.

Como puede verse en el cuadro IV, casi 5% de la población del estudio requerían de la ayuda de alguien más para bañarse, ya que no lo podían realizar por sí mismos aun con dificultad. Casi 4% requerían de ayuda para vestirse, 3.5% para moverse de un lugar a otro dentro de la casa, 3.4% para ir al baño, 2.4% para alimentarse a sí mismos y 0.8% tenían incontinencia urinaria y/o fecal. Se clasificaron como dependientes en actividades de la vida diaria 5.5%.

Cuadro III
Independencia en diversas actividades instrumentales
de la vida diaria de los adultos mayores derechohabientes
del IMSS, en porcentajes por Direcciones Regionales.
Encuesta Nacional sobre Envejecimiento, 1998-1999

	Direcciones Regionales				Total
	Centro	Norte	Occidente	Sur	
Realizan quehacer pesado	79.1	64.9	73.9	74.1	73.8
Van al campo o la playa	85.0	76.3	81.7	82.1	81.5
Van al molino	82.7	79.2	86.7	87.5	83.9
Cuidan sus animales	90.2	80.7	85.2	86.9	86.3
Van a la tintorería	87.9	82.8	86.4	87.3	86.3
Cuidan de sus pies y uñas	84.3	89.1	87.1	89.4	86.5
Lavan y planchan su ropa	90.3	80.4	87.6	86.9	87.2
Van al banco	88.8	86.6	86.4	87.6	87.5
Usan transporte	87.7	86.6	86.6	89.5	87.6
Hacen su mandado	92.2	84.3	89.2	89.9	89.6
Realizan sus pagos	91.3	88.9	87.8	89.5	89.8
Van a la iglesia	93.1	86.8	91.1	91.6	91.3
Suben y bajan escaleras	93.6	86.9	90.8	90.9	91.5
Preparan su comida	93.9	87.0	91.5	91.2	91.6
Preparan el desayuno	94.2	87.8	92.0	91.7	92.1
Caminan fuera de la casa	93.5	90.7	92.8	91.6	92.5
Contestan el teléfono	95.8	93.3	93.2	92.9	94.5
Hacen su cama	95.2	93.5	94.1	94.4	94.5
Realizan quehacer ligero	96.7	93.3	94.0	94.3	95.1
Reciben mensajes para otras personas	96.7	94.8	94.2	94.5	95.5
Controlan sus medicamentos	95.9	95.2	95.4	95.5	95.6
Manejan su dinero	97.6	94.9	94.4	95.7	96.2
Población base	9 224	3 729	4 154	3 994	21 101

La prevalencia de dependencia en AVD fue mayor en la Dirección Regional Centro (5.8%), seguida por la Sur (5.7%), la Norte (5.0%) y la Occidente (4.8%); estas diferencias fueron estadísticamente significativas. Aunque se encontraron variaciones en la frecuencia de dependencia en cada una de las actividades (cuadro IV), el orden notificado en el ámbito nacional, de acuerdo con el tipo de dependencia,

Cuadro IV
Dependencia en actividades básicas de la vida diaria
de los adultos mayores derechohabientes del IMSS,
en porcentajes por Direcciones Regionales.
Encuesta Nacional sobre Envejecimiento, 1998-1999

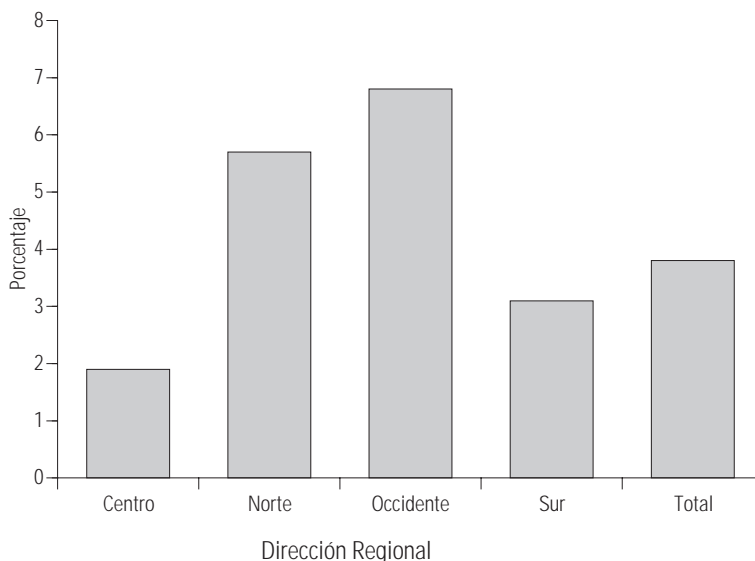
Dirección Regional	Dependientes en AVD	Se bañan	Se visten	Se alimentan	Van al baño	Van de un lugar a otro en casa	Incontinencia	Total
Centro	5.8	4.6	3.7	2.0	3.2	3.4	1.1	9 090
Norte	5.0	5.6	4.8	3.5	4.3	4.3	0.8	3 418
Occidente	4.8	3.5	3.2	2.3	2.8	2.8	0.6	3 847
Sur	5.7	4.2	3.7	2.3	3.3	3.4	0.5	3 800
Total	5.5	4.5	3.8	2.4	3.4	3.5	0.8	20 155

fue estable en todas las regiones (de mayor a menor: vestirse, moverse, ir al baño, alimentarse e incontinencia).

Deterioro cognitivo

Únicamente 3.9% de los adultos mayores presentaron deterioro cognitivo en la muestra nacional, de acuerdo con los resultados de la aplicación de la versión validada de la Mini Evaluación del Estado Mental (MMSE, por sus siglas en inglés).¹⁵ Como se puede ver en la figura 1, la prevalencia de deterioro cognitivo fue significativamente mayor en la Delegación Regional Occidente (7%); 6% en la Dirección Regional Norte, 3% en la Sur y 2% en la Centro. Debido a que la escala está ajustada por el nivel de escolaridad, sabemos que esta variable no se está reflejando en los resultados. Sin embargo, algunos de los derechohabientes adultos mayores pudieran haber estado deprimidos, y ello pudo haber afectado los resultados obtenidos en el MMSE. Independientemente de si hay un deterioro cognitivo real o hay una sobre-estimación generada por el estado de depresión, el IMSS debiera destinar más recursos a los programas de salud mental para prevenir o mejorar ambos problemas comunes y raramente diagnosticados entre los adultos mayores.

Figura 1
Prevalencia de deterioro cognitivo de acuerdo con los resultados de la MMSE. Encuesta Nacional sobre Envejecimiento, 1998-1999



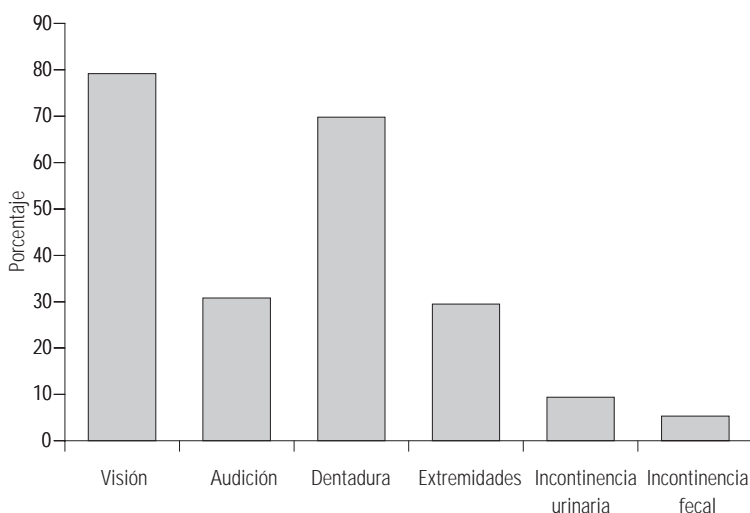
MMSE: Mini evaluación del Estado Mental

Deterioro de otras funciones

El deterioro de las funciones auditivas y visuales, de la dentadura, de la capacidad para realizar movimientos con brazos y piernas y la incontinencia, son aspectos relacionados con el proceso de envejecimiento. Sin embargo, ello no quiere decir que este tipo de daño no deba corregirse en cualquiera de las formas existentes posibles. Cuando el deterioro de estas funciones está presente y no se corrige, algunos aspectos de la vida de los adultos mayores pueden afectarse y producir discapacidad.

El 80% de los adultos mayores derechohabientes del IMSS en el país notificaron tener problemas con su agudeza visual (figura 2), pero sólo 63% de ellos dijeron usar lentes para corregir el problema. La diferencia de 17% podría tener su explicación en aquellos casos en los que pudieran estar presentes enfermedades oculares relacionadas con la edad, como degeneración macular, glaucoma o cataratas y en donde el uso de lentes no tendría ningún efecto, pero siempre existiría la posibilidad

Figura 2
Prevalencia de deterioro en diversas funciones
de adultos mayores derechohabientes del IMSS.
Encuesta Nacional sobre Envejecimiento, 1998-1999



de intervenciones quirúrgicas. Sólo en una minoría de los casos extremos tal vez fuera imposible llevar a cabo alguna acción. Aunque se observaron diferencias entre las direcciones, sólo la prevalencia en la Dirección Regional Centro fue significativamente mayor que en la Sur.

Siete de cada 10 adultos mayores informaron tener problemas con su dentadura (figura 2). Estos problemas fueron “no corregidos” en una importante cantidad de casos; la mayor proporción fue notificada también en la Dirección Regional Centro (76%), seguida por la Dirección Norte (68%), Occidente (67%) y Sur (63%). La importancia de tener una dentadura útil al final de la vida se justifica no sólo por las molestias causadas entre los adultos mayores, sino también por la gran prevalencia de problemas de nutrición, donde la salud dental juega un papel primordial.

Casi una tercera parte de los adultos mayores (31%) notificaron problemas auditivos (figura 2), pero sólo 4% refirió usar un aparato para mejorar su capacidad auditiva. En las direcciones regionales Occidente y Sur los problemas auditivos se informaron con una frecuencia ligeramente mayor, pero la diferencia no fue significativa. La disminución de la capacidad auditiva es uno de los problemas que con

mayor frecuencia se dan por hecho como parte del proceso de envejecimiento y en consecuencia pasa inadvertido por los trabajadores de la salud, ya que los adultos mayores o sus familiares no lo notifican y a su vez los médicos y enfermeras no lo preguntan. Está por demás decir que los problemas auditivos, sobre todo si no son corregidos, causan discapacidad, afectan la vida social y familiar de los adultos mayores generándoles problemas de comunicación y los lleva al aislamiento. Por otro lado, los problemas auditivos pueden incrementar el riesgo de accidentes sobre todo entre quienes realizan actividades fuera de la casa.

De los entrevistados 30% notificó problemas para mover sus brazos o piernas (figura 2), ya sea por condiciones motoras o de dolor. Las variaciones regionales fueron muy importantes, 39% de los adultos mayores en la Dirección Regional Centro informaron tener estos problemas, mientras que sólo 31% en la Norte, 25% en la Occidente y 13% en la Sur. Sólo 1.6% de los que refirieron problemas con brazos o piernas requerían de silla de ruedas, 0.8% muletas, 2.9% aparato ortopédico, 1.5% andadera y 5.7% bastón.

Casi uno de cada 10 adultos mayores informaron tener problemas de incontinencia urinaria (figura 2), con la frecuencia más alta de nuevo en la región Centro (12%), seguida por la Occidente con 8%, la Norte con 7% y la proporción más baja observada en la Sur (6.5%). La prevalencia de incontinencia fecal es afortunadamente muy baja (3.7% de los adultos mayores entrevistados) y en la mayoría de los casos la incontinencia es parcial. La direcciones regionales Norte y Occidente notificaron prevalencias significativamente más altas (4.5%) que la Centro (3.2%) y Sur (3.4%).

Únicamente 1.2% de los adultos mayores notificaron usar pañales y 0.5%, el uso de sonda urinaria. Los adultos mayores que refirieron incontinencia también corren el riesgo de aislamiento debido al olor que despiden de su cuerpo y a la falta de movilidad generada al querer evitar o reducir los incidentes generados por la incontinencia. Existen informes acerca de la posibilidad de corregir la incontinencia con ejercicios una vez que ha sido detectada en forma temprana. Sin embargo, al igual que los otros problemas expuestos en esta sección, la mayoría de las ocasiones la incontinencia pasa inadvertida pues no se pregunta y los adultos mayores no informan sobre ella por pena.

Interferencia de los problemas de salud en las actividades diarias

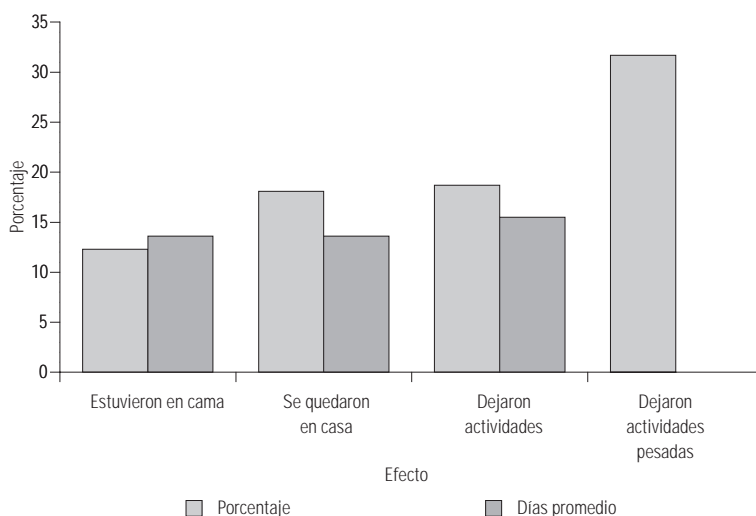
Aunque se reconoce la importancia de estos indicadores en la evaluación integral de las necesidades de los adultos mayores, muy pocas veces se indaga al respecto en las encuestas nacionales entre los mayores de 60 años, ya que las preguntas en

otros grupos de población tienen la intención de evaluar las pérdidas económicas generadas por la incapacidad causada por problemas de salud.

Como se puede ver en la figura 3, 32% de los adultos mayores entrevistados informaron haber dejado de hacer actividades pesadas por problemas de salud en los últimos dos meses. La mayor frecuencia se observó en la Dirección Regional Centro (37%) y la menor en la Occidente (27%).

Casi dos quintas partes de los entrevistados notificaron haber dejado de hacer sus actividades cotidianas o haberse quedado en casa por problemas de salud durante los últimos dos meses, con un promedio de 15 días en cada caso en ese periodo. La mayor frecuencia se observó en la Dirección Regional Centro en ambos indicadores (22%), pero el mayor número de días promedio por persona se observó en la Dirección Regional Norte (16.6 días y 15.6 días, respectivamente).

Figura 3
Prevalencia de actividades afectadas por problemas de salud y número promedio de días en adultos mayores derechohabientes del IMSS.
Encuesta Nacional sobre Envejecimiento, 1998-1999



Finalmente casi 13% de los adultos mayores entrevistados informaron haber estado en cama por problemas de salud, con un promedio de 13.5 días por persona. La Dirección Regional Centro mostró la prevalencia y número de días promedio más alto (15% con 14.4 días en promedio) comparado con la Norte con 10% y 13.8 días, la Occidente con 12% y 12 días y la Sur con 11% y 12 días en promedio.

Conclusiones

La mayoría de los adultos mayores derechohabientes del IMSS son independientes en actividades básicas de la vida diaria, sin embargo una proporción mayor requiere apoyo para el desarrollo de actividades instrumentales, sobre todo con aquellas que tienen que realizarse fuera de la casa.

La proporción de adultos mayores que realizan actividades físicas programadas y asisten a cursos y pláticas es todavía muy baja a pesar de que el IMSS tiene áreas específicamente diseñadas para las prestaciones sociales dirigidas a poblaciones vulnerables como los adultos mayores. Se tiene que evaluar detenidamente cuáles son las razones por las que los derechohabientes no hacen uso de sus servicios más frecuentemente y, en su caso, tratar de reducir las barreras y acercar más esos servicios a los derechohabientes.

Es alta la prevalencia de deterioro sensorial, dental, motor y mental, sobre todo en aquellos casos en que el deterioro no ha sido detectado, mejorado o corregido. La falta de detección de estos problemas no es exclusiva del IMSS, pero como en otros casos, el Instituto debe estar a la vanguardia en la detección y corrección ya que el deterioro puede generar discapacidad y aislamiento en esta población vulnerable.

A pesar de que la proporción de adultos mayores que tuvieron que estar en cama o modificar sus actividades por problemas de salud es relativamente baja, el número de días promedio que los problemas de salud les afectaron, es alto. Especialmente porque en dos semanas de ocho en los dos meses, los adultos mayores seguramente requirieron de atención de parte de sus familiares para poder satisfacer actividades básicas o instrumentales.

Referencias

1. Olshansky SJ. Mortality crossovers and selective survival in human and nonhuman populations. *New developments in mortality. Gerontologist.* 1995;35:583-7.
2. Olshansky SJ, Carnes BA, Cassel C. The future of long life. *Science.* 1998; 281: 1612-3.
3. Robine JM, Jagger J, Mathers CD, Crimmins E, Suzman R. Determining health expectancies. Chichester: Wiley Inc, 2003.

4. Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 1980; 303: 130-5.
5. Kalache A, Aboderin I, Hoskins I. Compression of morbidity and active ageing: key priorities for public health policy in the 21st century. *Bull World Health Organ* 2002; 80:243-244.
6. Hubert HB, Bloch DA, Oehlert JW, Fries JF. Lifestyle habits and compression of morbidity. *J Gerontology: Medical Sciences* 2002;57:347-351.
7. Gruenberg EM. The failure of success. *Milbank Memorial Fund Q* 1977;55:3-24.
8. Verbrugge LM. Longer life but worsening health? Trends in health and mortality of middle-aged and older persons. *Milbank Q* 1984;62:475-519.
9. Moody H. Ageing, meaning and the allocation of resources. *Ageing Society* 1995;15:163-183.
10. Cassel C, Neugarten B. The goals of medicine in an ageing society. En: Binstock R, Post S, ed. *Too old for health care? Controversies in medicine, law, economics, and ethics*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1991: 75-91.
11. Zweifel P, Ferrari M. Is there a Sisyphus syndrome in health care? *Health Economics Worldwide* 1992;311-330.
12. Roos N, Havens B, Black C. Living longer but doing worse: assessing health status in elderly persons at two points in time in Manitoba, Canada, 1971 and 1983. *Soc Sci Med* 1993;36:273-282.
13. Lamb VL. Health expectancy research in North American countries. En: Robine JM, Jagger J, Mathers CD, Crimmins E, Suzman R, ed. *Determining health expectancies*. Chichester: Wiley Inc., 2003.
14. Reyes-Frausto S, Beaman P, Paredes A, Cortes A, Cárdenas L, De León R. Opinión positiva acerca de los servicios de salud en el IMSS. Adultos de 60 años y más. *Rev Med IMSS* 2002;40:145-152.
15. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
16. Reyes S, Beaman PE, García-Peña C, Villa MA, Heres J, Córdova A, Jagger C. Validation of a modified version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in Spanish. (Aceptado para su publicación) *Aging, Neuropsychology, and Cognition* 2004;11(1):1-11.

