

AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD, PRESENCIA DE ENFERMEDADES Y DISCAPACIDADES EN ANCIANOS DE MANIZALES

José Fernando Gómez M.

Carmen Lucía Curcio B.

Programa de Investigaciones en Gerontología y Geriatria. Universidad de Caldas;

e-mail: josefergomez@ telecom.com.co

Felipe Matijasevic

Estudiante Educación Física y Recreación. Universidad de Caldas

Resumen

Introducción: El concepto de auto percepción de salud se introdujo en la década de los cincuenta, y desde entonces numerosos estudios han documentado la validez de su medición y ha sido ampliamente aceptado como una medida sensible y confiable del estado de salud general, al integrar una medición subjetiva como indicador del estado de salud física.

Objetivo: Hacer una aproximación a la autopercepción de salud de los ancianos en Manizales y correlacionarla con las enfermedades informadas y el estado de funcionalidad auto-reportado.

Materiales y métodos: Es una investigación epidemiológica de carácter descriptivo y transversal. Se hizo un muestreo aleatorio de conglomerados con una muestra de 250 ancianos mayores de 65 años. Se utilizó un cuestionario estructurado y precodificado, aplicado mediante entrevista personal. La autopercepción de salud fue valorada mediante tres preguntas, la primera si se sentían o no saludables, en segundo lugar como calificaban su salud en una escala ordinal de muy buena a muy mala y finalmente se les solicitó comparar su salud con otras personas de la misma edad, según estuvieran mejor, igual o peor que ellas.

Resultados: Existe una mayor proporción de ancianos entre 65 y 69 años (34%), el 58.8% representado por mujeres, de las cuales el 48% en estado de viudez, en comparación con el 71% de los hombres estaba casado. El 27% de la población tenía menos de 5 años de educación. El 58.8 % de la población se siente saluda-

ble, con una mayor proporción de hombres. El 18.8% afirma tener muy buena salud, el 30.4% dice que buena, el 40.4% término medio, 9.2% mala y 2.4% muy mala. El 58% aseguró sentirse mejor que los de su misma edad. Se encontró una mejor autopercepción en los grupos más jóvenes ($p < 0.05$). Al relacionar no sentirse saludable con la presencia de enfermedades se encontró una asociación estadística significativa ($p < 0.001$). Existe una asociación entre presentar al menos una enfermedad con mala autopercepción de salud (OR: 4.82 IC 95% 1.76-13.90 $p < 0.01$). También existe asociación entre los puntajes totales de la escala de Barthel y Lawton modificada y la calificación del estado de salud: a mejor puntaje, mejor calificación de salud ($p < 0.01$).

Discusión: Este estudio permite confirmar que los ancianos en Manizales presentan las mismas tendencias, en cuanto a autopercepción de salud informadas en la literatura, pero con las mujeres y los grupos de mayor edad con peor auto percepción de salud. Además de una asociación importante entre autopercepción de salud, enfermedades crónicas discapacitantes y capacidad funcional, especialmente con la escala de Barthel. Se requieren estudios que permitan una forma óptima de valorarla, y además es necesario establecer el papel de otros factores de las áreas psicológica y social en la autopercepción de salud de esta población.

Palabras clave: Autopercepción de salud, discapacidad, actividades de la vida diaria

Self-rated health, presence of diseases and disabilities in elderly in Manizales, Colombia

Summary

Introduction: Since the self-rated health concept was introduced in the fifties numerous studies have documented the validity of that measurement and has been widely accepted as a sensible and reliable measurement of general health state, integrating a subjective measurement as indicator of physical health.

Objective: to realize an approach to the self-rated health of the elderly in Manizales, Colombia and to correlate it with diseases informed and the self-reported functional ability reported by them.

Materials and methods: Descriptive and cross-sectional study. A randomized sample of 250 elderly people with 65 years and over. A structured pre-codified questionnaire was used, applied by personal interview. The self-rated health was evaluated by means of three questions, first, if they felt or unfelt health, secondly, they described their health in a ordinal scale as very good to very bad and thirdly they were asked to compare their health with other people of the same age, according to were better, equal or worse than they.

Results: There was a greater proportion of elderly between 65 and 69 years (34%). 58.8% represented by women of who 48% was widow in comparison with 71% of the men who was married. 27% of the population had less than 5 years of education and 58.8% of the population feels with a good health with a greater proportion of men. 18.8% informs to have very good health, the 30.4% with good health, the 40.4% fairly, 9.2% bad health and 2,4% very bad health. In compared health 58% assured to feel better than those of their same age. It was better self rated health in the youngest groups ($p < 0.05$). There is a statistical relation with bad health and disease presence ($p < 0.01$) and an association exists among presenting at least one illness with bad self-rated health (OR: 4.82 IC 95% 1.76-13.90 $p < 0.001$). Also association among the total scores of Barthel (ADL) and Lawton modified (IADL) scales with self-rated health was found, with higher scores better qualification of health ($p < 0.001$).

Discussion: This study permits to confirm that the elderly people in Manizales present the same tendencies of self-rated health reported in the literature, but with the women and the older groups with worse self-rated health. Moreover, an important association among self-

rated health with chronic illnesses and functional ability, both ADL and IADL scale was found, especially with the ADL Barthel scale. Studies are required that permit identify the best way to measure it and is necessary to establish the role of other factors such social and psychological areas in the self-rated health in this population.

Introducción

El concepto de autopercepción de salud se incluyó a partir de la década de los cincuenta (Tuckman y Lorge, 1953) y desde entonces numerosos estudios han documentado la validez de su medición. Ha sido ampliamente aceptada como una medida sensible y confiable del estado de salud general, al integrar una medición subjetiva como indicador -puesto que se ha comprobado que es un predictor independiente y significativo de mortalidad en ancianos, especialmente en hombres (Idler, Kasl y col., 1990, Kaplan, Barel y col., 1988, Lee 2000)-, así como de discapacidad en las Actividades Básicas Cotidianas (ABC) (Kaplan, Strawbridge, 1993, Idler y Kasl, 1995).

Está influida por la función física, la presencia de enfermedades y la existencia de discapacidades y limitaciones funcionales. Muchas investigaciones sugieren que también la afectan los hábitos y conductas saludables, el uso de servicios de salud, el soporte social y la religiosidad (Kaplan y Camacho, 1983, Deeg y cols. 1989).

Numerosos estudios, tanto transversales como longitudinales, han demostrado que una autopercepción de buena salud se correlaciona con bajo número de condiciones crónicas, ausencia de discapacidades severas, mejor soporte social, bajo estrés, mejor satisfacción con la vida y mejores ejecución física y cognoscitiva (Idler y Benyamini, 1997). Sin embargo la autopercepción de salud puede tener diferentes respuestas dependiendo de los grupos de ancianos evaluados, especialmente cuando se incluyen minorías étnicas como los latinos en Estados Unidos, quienes presentan una pobre autopercepción de salud (McGee y cols, 1999, Finch y cols., 2002)

El objetivo de esta investigación es hacer una aproximación a la autopercepción de salud de los ancianos en Manizales, Colombia, y correlacionarla con las enfermedades informadas y el estado de funcionalidad reportado por ellos mismos.

Materiales y métodos

El presente estudio se constituye en una investigación epidemiológica de carácter descriptivo y transversal. Se consideró como universo la población mayor de 65 años, radicada en el área urbana de la ciudad de Manizales. Basados en la división administrativa en comunas, se tomaron estas como los conglomerados a partir de los cuales se seleccionaron las unidades de muestreo, que en esta investigación correspondieron a los barrios de cada comuna. Fueron escogidas al azar cuatro comunas y en cada una de ellas se hizo un barrido, barrio por barrio, hasta completar la muestra requerida de 250 ancianos mayores de 65 años.

Se utilizó un cuestionario estructurado, precodificado, aplicado mediante entrevista personal que incluía preguntas acerca de aspectos demográficos generales y evaluación de la autopercepción de salud. En cuanto a la presencia de enfermedades se hizo una lista de chequeo de las patologías crónicas más prevalentes en esta población, con tres posibilidades de respuesta: Sí, No y No Sabe. Se utilizó la escala de Barthel para el ABC físico (ABCF) (Baztán y col., 1993) y una escala de Lawton modificada para valorar las ABC instrumentales (ABCI) (Curcio y col., 2001).

La autopercepción de salud fue valorada mediante tres preguntas: si se sentían o no saludables; cómo calificaban su salud en una escala ordinal de muy buena a muy mala y finalmente se les solicitó comparar su salud con otras personas de la misma edad, según estuvieran mejor, igual o peor que ellas (ver anexo 1).

El análisis estadístico se realizó usando el programa EPIINFO, versión 6.04d. Las variables se analizaron a un nivel simple: proporciones, medidas de tendencia central y de dispersión. Se hizo además un cruce dicotómico y estratificado de variables, tomando rangos de edad en grupos quinquenales y sexo, y a su vez estos dos con las demás variables. Un valor de $p < 0.05$ fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados

En la tabla 1 se muestran los aspectos demográficos de la población.

Respecto a la distribución por grupos de edad se encon-

tró, como se esperaba, una mayor proporción de ancianos jóvenes; en cuanto al estado civil, al discriminar por sexo, es evidente que existe una mayor proporción de hombres casados, 71%, mientras que sólo 35.4% de las

Características sociodemográficas de la población	
Característica	Porcentaje n= 250
Edad promedio (DE)	74.1 (7)
Hombres	41.2
Mujeres	58.8
Grupos de edad	
65-69	34.0
70-74	25.6
75-79	18.0
80 y más	22.4
Estado civil	
Solteros	8.4
Casados	50.0
Viudos	34.8
Separado - divorciado	4.8
Unión libre	2.0
Escolaridad	
Analfabetismo	9.2
Menos que primaria	18.8
Primaria completa	14.4
Menos que secundaria	27.2
Secundaria completa	12
Universitario	18.4

Tabla 1.

mujeres lo estaba. De otro lado mientras el 15.5% de los hombres y el 48.3% de las mujeres han enviudado, la unión libre es más frecuente en hombres, 2.9% vs. 0.68%, y existe el doble de solteras, 10.2% vs. 5.8%.

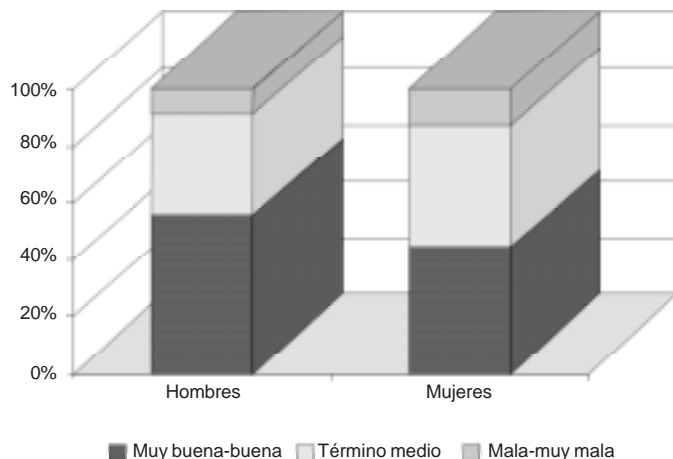
En lo relacionado con el número de años de educación formal se encontró un rango de 20, con un coeficiente de variación de 86.36%, lo cual indica una gran heterogeneidad en este aspecto, con un porcentaje de me-

nos que primaria y analfabetismo de 27.1% del total de la población.

A la pregunta de cómo considera su salud actualmente, el 58.8 % contestó que se sentía bien de salud o saludable, y el resto que no; una mayor proporción de hombres que de mujeres refiere sentirse saludable (65% vs. 54.4%), sin diferencias estadísticas. El 18.8% de los ancianos afirma tener muy buena salud, mientras que el 30.4% dice que buena; el 40.4% la considera término medio, 9.2% afirma tener mala salud y 2.4% muy mala. Es evidente una peor autopercepción de salud entre las mujeres, pero sin diferencias estadísticas con los hombres (ver figura 1). El 58% aseguró sentirse mejor que los de su misma edad, y 31.2% afirmó sentirse más o menos igual. Al comparar su salud el 62.6% de las mujeres estaba mejor, comparado con el 51.5% de los hombres; el 26.5% de ellas y el 51.5% de ellos estaba igual a alguien de la misma edad, mientras que el 8.8% de las mujeres y el 6.8% de los hombres se consideraba peor, y al igual que con las otras dos preguntas, no se encontraron diferencias estadísticas entre hombres y mujeres.

Al discriminar por grupos de edad se encontró una mejor autopercepción en los más jóvenes ($p < 0.05$), y al calificar la salud el porcentaje de mala y muy mala se incrementa con la edad, desde 11.7% en el grupo más joven a 22.4% en el de mayor edad, pero sin diferencias estadísticas. La salud comparada por grupos de edad

Fig. 1 Distribución de la población según autopercepción de salud por género

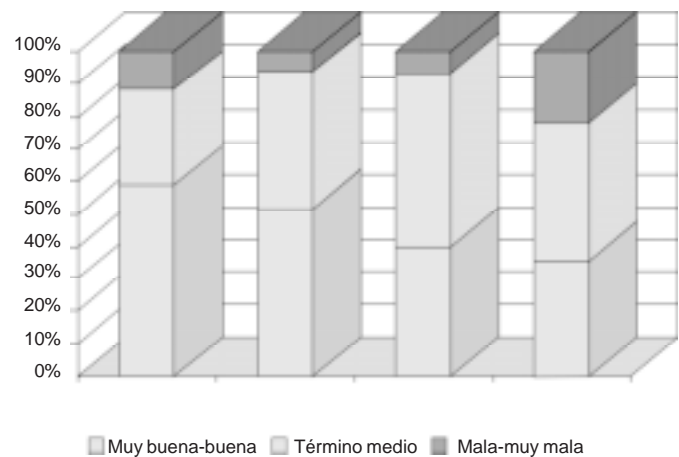


muestra que más de la mitad (entre 52% y 60%) de los ancianos en todas las edades se siente mejor que otras personas de su misma edad ($p < 0.05$, ver figura 2).

Mediante análisis bivariado se encontró asociación entre autopercepción de salud y nivel educativo ($p < 0.01$). El analfabetismo y tener menos de cinco años de educación se relaciona estrechamente con pobre percepción (OR: 2.75 IC 95% 1.45-5.25 ($p < 0.001$)).

El 88% ($n = 220$) de la población reportó al menos una enfermedad crónica. Al diferenciar por sexo se encontró que mientras el 77% de los hombres refería tener al menos una, en las mujeres era 96% ($p < 0.001$). En cuanto a grupos etáreos, es evidente el aumento del porcentaje de quienes reportan la presencia de enfermedades al aumentar la edad, pero sin diferencias es-

Fig. 2 Distribución de la población según autopercepción de salud por grupo de edad



estadísticas. Cabe anotar que el 2.1% del total de la población no sabe si presenta las enfermedades incluidas en la lista de chequeo.

Un poco más de la mitad (53.2%) refiere sufrir hipertensión arterial, y casi la mitad (49.2%) várices; en tercer lugar se encuentra la artritis (en forma genérica) con 43.2%. En la tabla 2 se presentan los porcentajes por género.

Al relacionar, sentirse saludable con la presencia de enfermedades se encontró una asociación estadística significativa ($p < 0.001$). El 39.6% de los que reportaron

enfermedades no se sentían saludables; el 12% de ellos tenía una pobre auto percepción (mala y muy mala) y el 43.1% la consideraron regular. Existe una asociación entre presentar al menos una enfermedad y la mala auto percepción de salud (OR: 4.82 IC 95% 1.76-13.90 $p < 0.001$), pero al comparar su salud, solamente el 8.6% de los que informaba una enfermedad se sentía peor que los otros, sin diferencias estadísticas. De otro lado, el 13.3% de los que no reportaba ninguna enfer-

Presencia de enfermedades crónicas auto reportadas, por género			
Enfermedad	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
Hipertensión Arterial	47.6	57.1	53.2
Várices	30.1	62.5	49.2
Artritis	29.1	53.1	43.2
Problemas de circulación	25.2	51.0	40.4
Enfermedades del corazón	26.2	28.6	27.6
Cataratas	19.4	31.3	26.5
Bronquitis/ Enfisema	21.4	27.2	24.8
Diabetes mellitus	8.7	19.0	14.8
Fractura de Miembros Inf.	10.7	10.9	10.8
Fractura de cadera	4.9	6.1	5.6
Enf. cerebro vascular	3.9	4.1	4.0
Cáncer	1.9	0.68	1.2

Tabla 2.

medad crónica referían no sentirse saludables; el 80% la refieren como buena, o muy buena, y el 73.3% está mejor que alguien de la misma edad, pero al igual que los ancianos enfermos, se encontraron diferencias estadísticas solamente en las dos primeras preguntas y no al compararla.

En la tabla 3 se presentan los porcentajes de las personas que refirieron la presencia de enfermedades según como califican su salud. No se incluye la calificación de término medio.

En cuanto a las Actividades Básicas Cotidianas, los resultados de la Escala de Barthel (ABC físico) indican que el 64.8% de los ancianos tuvo un puntaje de 100, es decir, completamente independientes. En la tabla 4

se muestra en orden decreciente, el porcentaje de ancianos con limitación funcional o discapacidad.

Al correlacionar ABC físico con auto percepción de salud, se encontró que 26.2% de los que presenta discapacidad o limitación funcional en alguna de las actividades refiere no sentirse saludable, con una aso-

Auto percepción de salud y presencia de enfermedades			
Enfermedad	Muy buena y buena	Mala muy mala	P
Enfermedades del corazón	26.1	72.5	<0.01
Diabetes mellitus	24.3	70.3	<0.01
Artritis	32.4	62.0	<0.01
Hipertensión arterial	42.9	55.6	<0.01
Cataratas	37.8	77.3	<0.05
Bronquitis/Enfisema	35.5	58.1	<0.05
Várices	42.2	55.3	NS
Fracturas piernas	33.3	63.0	NS
Fractura de cadera	35.7	63.0	NS
Enf. cerebro vascular	50.0	40.0	NS
Cáncer	0	66.6	NS

Tabla 3.

ciación estadística significativa ($p < 0.001$). También existe asociación entre el puntaje total de la escala y la calificación del estado de salud: a mejor puntaje, mejor calificación de salud ($p < 0.001$).

En ABC instrumental (ABCI) las 3 principales actividades en las cuales se presenta dependencia son: hacer trabajo pesado en casa, cortarse las uñas de los pies y realizar trabajo liviano en casa (ver tabla 5).

Al correlacionar ABC instrumental con auto percepción de salud, se encontró que 60% de los que presentan discapacidad o limitación funcional en alguna de las actividades refieren no sentirse saludables, sin diferencias estadísticas. Al igual que con ABCF existe asociación entre el puntaje total de la escala y la calificación del estado de salud encontrando que, a mejor puntaje (o sea mayor independencia en las ABCI), mejor calificación ($p < 0.001$).

Porcentaje de ancianos con limitación funcional o discapacidad en cada uno de los ítems de la escala de Barthel			
Actividad	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
Micción	15.5	21.1	18.8
Subir y bajar escalones	9.5	23.8	18.0
Arreglo personal	4.9	10.2	8.0
Vestido	5.9	8.8	7.6
Baño	4.9	7.5	6.4
Traslados	4.9	6.1	5.6
Deposición	2.9	7.5	5.6
Uso del Sanitario	3.9	5.5	4.8
Deambulaci3n	6.9	2.8	4.4
Alimentaci3n	1.0	3.4	2.4

Tabla 4.

Porcentaje de hombres y mujeres con limitaci3n funcional y discapacidad en cada uno de los ítems de la escala de Lawton			
Actividad	Discapacidad		
	Hombres	Mujeres	Total
Trabajo pesado	57.2	57.9	57.6
Cortarse las uñas de los pies	27.1	46.3	38.4
Trabajo liviano en casa	38.8	19.7	27.6
Salir de casa	14.6	36.0	27.2
Hacer su propia comida	34.3	19.1	25.3
Cortarse las uñas de las manos	16.5	26.5	22.4
Manipular llaves	10.7	13.6	12.4
Caminar por las habitaciones	6.8	11.6	9.6
Manejar su dinero	8.7	10.9	9.6
Encender/apagar radio TV.	8.7	10.2	9.6
Tomar medicamentos	11.7	8.1	9.6
Abrir y cerrar ventanas	7.8	7.5	8
Prender y apagar luces	7.7	6.1	6.8

Tabla 5.

Discusi3n

Este estudio revela que la mitad de la poblaci3n que vive en la comunidad, en Manizales, se considera saludable y en mejores condiciones que personas de su misma

edad; sin embargo al calificarla la consideran como término medio. Las mujeres tienen peor auto percepci3n de salud y se deteriora en forma progresiva con la edad. Adem3s, existe un 11% de la poblaci3n que tiene una pobre auto percepci3n de salud, que se constituye en un grupo de riesgo para desarrollar discapacidad y mortalidad, especialmente aquellos con bajo nivel educativo.

Los porcentajes de auto percepci3n de salud en la literatura mundial son muy variables, por lo general se informa en la mayoría de publicaciones que entre una tercera parte y la mitad de la poblaci3n anciana, especialmente las mujeres, no se considera saludable (Heikinen y col., 1983). En otro estudio epidemiol3gico realizado en países asiáticos, se encontr3 que alrededor de la mitad no se siente saludable, aumentando hasta tres cuartas partes en pueblos con mala calidad de vida como Filipinas, y al igual que en la presente investigaci3n la auto percepci3n de salud se deteriora en los grupos de mayor edad (Andrews y col., 1986).

Al comparar los resultados de este estudio con los de la encuesta nacional sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud de los ancianos colombianos, se encuentran similitudes considerables puesto que en el paíís el 28% considera su salud buena, el 56% regular y el 15% mala, especialmente en las mujeres de Bogotá y de la regi3n del Pacífico (Carmona y Moreno 1991).

Tambi3n se han encontrado diferencias entre las áreas urbanas y rurales, donde estos últimos presentan peor auto percepci3n de salud (Hays y col., 1996). En un estudio realizado por los autores en el área rural cafetera, utilizando la misma metodología, al comparar con estos resultados, se confirma que el anciano rural se siente menos saludable (47% vs. 58%), pero existe un porcentaje similar a la ciudad, de 12%, de ancianos que reporta una pobre salud, especialmente mujeres (G3mez y Curcio, 2004)

El encontrar una asociaci3n estadística entre la auto percepci3n, calificada en una escala ordinal o dicot3mica, y no cuando la salud se compara, podría estar indicando las diferencias culturales que influyen la auto percepci3n de la salud. Por ejemplo los norteamericanos tienden a percibir su salud más pobre aunque ellos informan menos enfermedades que los ingleses o daneses, a diferencia de los negros americanos, que a pesar de tener más enfermedades se consideran con mejor salud que los blancos (Jylha M y col., 1998), y

los latinos en Estados Unidos tienen 3.6 mayor probabilidad de reportar una pobre salud (Shetterly y col., 1996). Además parece ser que los adjetivos utilizados para la autopercepción de salud pueden ser diferentes entre hispanos y angloparlantes pues, mientras los primeros eligen regular, como en este estudio, los segundos eligen bien, que podría estar mostrando las diferencias de construcción del concepto de salud entre diversas culturas (Angel y Guarnaccia, 1989).

En este estudio se hallaron asociaciones entre la edad, con sentirse o no saludable, y la salud con otra persona de la misma edad, pero no con la calificación del estado actual de salud. Verbrugge y Balaban (1989) sugieren que la autopercepción de salud tiene un componente psicológico que hace que la persona se vea a sí misma como sana o enferma. Para Baltes y Mayer (2001) la autopercepción puede ser intra e interindividual: sentirse saludable y calificar la salud es un aspecto intraindividual, comparar la salud con otras personas de la misma edad es interindividual; la declinación de la auto percepción de buena salud que ocurre con la edad refleja las variaciones intraindividuales, en cambio las comparaciones con otras personas (variaciones interindividuales), se incrementan favorablemente con el paso de los años.

En el presente estudio se encontró peor autopercepción de salud entre las mujeres y los grupos de mayor edad. Investigaciones previas han demostrado que la autopercepción de pobre salud se incrementa con la edad aunque no haya cambios en la prevalencia de enfermedades (Scroll y col., 1996). El estudio LSOA (Longitudinal Study on Aging, Kovar, 1987) reporta porcentajes similares a los hallados en el presente, en cuanto calificación subjetiva del estado de salud. Sin embargo, a diferencia de éste, ellos plantean que los muy viejos perciben mejor su salud que los más jóvenes aunque presenten similares problemas de salud. Con relación al género, la autopercepción fue mejor entre las mujeres que en los hombres, resultados diferentes a los encontrados en este estudio, en los cuales los aspectos culturales podrían ser la razón de esta diferencia. El Zutphen Elderly Study realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública y Medio Ambiente de Holanda en hombres nacidos entre 1900 y 1920 (Hoeymas y col., 1996) concluye que la auto percepción de salud no se relaciona con la edad, especialmente después de los 70 años, puesto que los ancianos toman como grupo de referencia otros ancianos en los

cuales las discapacidades son la norma, lo que hace que califiquen su salud positivamente, y además con el paso del tiempo van estableciendo mecanismos adaptativos para las limitaciones funcionales, lo cual hace que acepten el deterioro y lo consideren como parte del proceso normal de envejecimiento.

Leinonen y col. (2002) al hacer el seguimiento de la valoración subjetiva del estado de salud en ancianos finlandeses, afirman que la estabilidad es más común que el cambio y refleja sistemáticamente las condiciones de salud, la capacidad funcional y las actividades físicas y sociales. Para los autores, la relativamente alta estabilidad en la autopercepción indica que con el incremento de la edad los ancianos se adaptan a peores condiciones de salud. Esta adaptación juega un papel importante que se refleja en la valoración subjetiva. También demuestra que el deterioro evidente en las evaluaciones objetivas no se refleja subjetivamente y sugiere que las estrategias de adaptación a este deterioro están dadas por modificación de las expectativas, aspiraciones y normas o que lo ven como parte del proceso normal de envejecimiento y ajustan a ello sus estándares de buena salud. Además, el deterioro relacionado con la edad usualmente es un proceso gradual al cual se adaptan lentamente, sin modificar simultáneamente su autopercepción de salud; es decir, hay una reorganización cognoscitiva por nuevos procesos internos. La estabilidad también puede indicar la comparación con otras personas en peores condiciones o con mayores desventajas. Las pocas fluctuaciones en autopercepción están dadas por los cambios grandes o bruscos en el estado de salud o en la sintomatología de las enfermedades, que hacen que la capacidad funcional también cambie.

En cuanto a la presencia de enfermedades crónicas, de un lado una pequeña proporción (12%) no refiere ninguna enfermedad, dato acorde con el rango reportado en la literatura acerca del autorreporte de enfermedades en mayores de 60 años en Colombia (Diago, 1997), y del otro lado, los porcentajes son similares a los informados para la carga de la enfermedad, con las enfermedades cardiovasculares en primer lugar (hipertensión, patologías circulatorias y cardíacas), especialmente en mujeres, datos estos que concuerdan con lo encontrado en este estudio (Ministerio de Salud, Carga de la enfermedad, 1994). La presencia de várices en el segundo lugar, es una situación peculiar en la región y puede es-

tar originando problemas en la deambulaci3n. El bajo porcentaje de c3ncer, contra lo esperado en Colombia, podr3a deberse a una menor supervivencia.

Se ha establecido que la presencia de enfermedades es un predictor significativo de autopercepci3n de salud (Yu y col., 1997) y en el LSOA (Kovar., 1987). Se plantea que muchas condiciones cr3nicas tienen efectos directos sobre la autopercepci3n de salud, independientemente de la presencia de discapacidad o limitaci3n funcional. En el estudio actual se encontr3 asociaci3n significativa entre la presencia de enfermedades y percepci3n de salud mala y muy mala, especialmente cardiopat3as, artritis y diabetes mellitus, posiblemente por las limitaciones funcionales y discapacidades que generan, y porque regularmente son progresivas. Lammi y col. (1989) concluyen, a diferencia del estudio Framingham, que las enfermedades por s3 mismas son fuertes predictoras de discapacidad m3s que los h3bitos no saludables, y que los ancianos juzgan su calidad de vida y su salud, m3s desde el punto de vista de la capacidad de ejecutar sus actividades de la vida diaria en forma independiente o no. En este estudio se encontr3 asociaci3n significativa con ambas, tanto con enfermedades como con capacidad funcional.

De otro lado, el encontrar la mitad de los ancianos con presencia de enfermedad, pero que ten3an una buena autopercepci3n de salud, podr3a estar relacionado con el concepto del estudio de Berl3n donde se encontr3 que posiblemente la "buena salud" entre los ancianos no significa ausencia de enfermedad o discapacidad, pero s3 ausencia de dolencias o quejas (Baltes y Mayer, 2001). Adem3s tener pocas enfermedades, mejor capacidad funcional, pocos s3ntomas, mejor visi3n, pocos medicamentos ingeridos y mejor educaci3n, fueron todos significativamente asociados con una buena autopercepci3n de salud en dos comunidades, con culturas diferentes (Jylha y cols., 1998).

Se ha encontrado que la autopercepci3n de salud es un fuerte predictor de mortalidad (Tsuji y col., 1994), de capacidad funcional (Idler y Kasl, 1995) y de envejecimiento exitoso (Roos y Havens, 1991). Wolinsky y col. (1994) sugieren tres explicaciones para la asociaci3n de mortalidad con mala autopercepci3n: esta 3ltima estimula el sistema neurol3gico en el cual ocurren cambios bioqu3micos, lo cual compromete el sistema inmune y hace al individuo m3s susceptible a enfermedades

oportunistas. Una pobre autopercepci3n de salud refleja que el individuo detecta cambios precl3nicos en la funci3n. La tercera posibilidad es el efecto directo de la pobre autopercepci3n que posterga las conductas de protecci3n. Esto puede implicar que existe un grupo de riesgo constituido por aquellos que tienen una mala autopercepci3n de salud, 11.8% si se consideran los que califican su salud como mala, porcentaje que asciende a cerca del 40% si se toma en cuenta no sentirse saludable.

Respecto a los hallazgos de asociaci3n de mala autopercepci3n con capacidad funcional el encontrar asociaci3n estad3sticamente significativa entre el puntaje total y los 3tems por separado en la escala de Barthel, a diferencia de la escala de ABCI donde solamente puntajes totales bajos est3n asociados, est3n indicando el impacto que tiene la capacidad funcional, especialmente las actividades de supervivencia, en la autopercepci3n de salud. En el estudio de Greiner, en monjas (Nun Study, 1996) se encontr3 que 1.4% de la poblaci3n estudiada, 629, entre 75 y 102 a3os, era dependiente en ABC f3sico y exist3a una correlaci3n entre la dependencia y la autopercepci3n de funci3n y de salud: a mayor nivel de dependencia peor autopercepci3n de funci3n. Tamb3en reportan un incremento dram3tico entre la p3rdida de dependencia para ba3arse, caminar e incorporarse de una silla, con la calificaci3n de mala o pobre. En el presente estudio se encontraron asociaciones con traslados ($p < 0.005$) y con subir y bajar escalones ($p < 0.001$) que son actividades fundamentales para la movilidad y por tanto, para la independencia. Lee y Shinkai (2003) examinaron patrones de asociaci3n de autopercepci3n de salud y discapacidad entre ancianos coreanos y japoneses que viv3an en la comunidad y encontraron que ambos aspectos estaban fuertemente asociados; sin embargo exist3an algunas diferencias: las mujeres coreanas eval3an su salud m3s favorablemente que los hombres. En este estudio tambi3n se encontraron asociaciones entre la presencia de discapacidades y limitaciones, tanto en ABCF como ABCI, con no sentirse saludable, calificar la salud como mala y muy mala y compararla con personas de la misma edad, aunque, las mujeres reportaron peor autopercepci3n de salud que los hombres.

Varios estudios han demostrado la importancia del deterioro de las ABC en la autopercepci3n de salud, y se postula que 3sta es un indicador din3mico de declinaci3n,

tanto en funcionamiento como en salud, más que una medida estática y que sería la razón de su efecto independiente sobre la mortalidad (Idler y Benyamini, 1997).

En conclusión, este estudio permite confirmar que los ancianos en Manizales presentan las mismas tendencias, en cuanto a autopercepción de salud, informadas en la literatura, pero con las mujeres y los grupos de mayor edad con peor autopercepción de salud. Además de una asociación importante con enfermedades crónicas discapacitantes, problemas de visión y capacidad funcional, especialmente con la escala de Barthel del ABCF. Se requieren estudios ulteriores que permitan establecer si con una sola pregunta o con varias, o con una respuesta dicotómica o en escala ordinal, se tiene una mayor precisión de la autopercepción de salud. Además es necesario establecer el papel de otros factores de las áreas psicológica y social en la autopercepción de salud de esta población.

Bibliografía

1. Andrews GR, Esterman AJ, Braunack-Mayer AJ, Rungie CM. Aging in the Western Pacific: a four country study. WHO. Regional Office for the Western Pacific. Manila 1986 p. 33-35.
2. Angel R, Guarnaccia P. Mind, body, and culture: somatization among Hispanics. *Soc Sci Med* 1989; 28 (12): 1229-38.
3. Baltes PB, Mayer KR (Eds). *The Berlin aging study. Aging from 70 to 100*. Cambridge University Press. Cambridge. 2001. ISBN 0 521 62134 8.
4. Baztán JJ, Pérez de Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebro vascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993; 28: 32-40.
5. Carmona F, Moreno L. Encuesta nacional de conocimientos, actitudes y prácticas en salud. Colombia, 1986-1989. La ancianidad (Proyecto: tercera edad). Ministerio de salud, Santa Fe de Bogotá 1991 p. 77-79.
6. Curcio CL, Gómez JF, Galeano C. Validez y reproducibilidad de las medidas de evaluación basadas en la ejecución. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001; 35:82-88.
7. Deeg DJH, Van Zonneveld RJ, Van Der Maas P, Habbema JDF. Medical and social predictors of longevity in the elderly: total predictive value and interdependence. *Soc Sci Med* 1989; 29 (11): 1271-80.
8. Diago JL. Programa Salud del Ancianos. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención. Subdirección de prevención. Programa patologías generales, crónicas y degenerativas. Bogotá. 1997.
9. Finch BK, Hummer RA, Reindl M, Vega WA. Validity of self-rated health among Latino(a)s. *Am J Epidemiol* 2002; 155: 755-9.
10. Gómez JF, Curcio CL. Envejecimiento rural: el anciano en las zonas cafeteras colombianas. Cuadernos de Investigación No. 3. Facultad de Ciencias para la Salud. Universidad de Caldas. 2004 ISBN 958-8231-02-7 p. 58-60.
11. Greiner PA, Snowdon DA, Greiner LH. The relationships of self-related health to concurrent functional ability, functional decline, and mortality: findings from the nun study. *J Gerontol* 1996; 5:S234-S241.
12. Hays JC, Schoenfeld D, Blazer DG, Gold DT. Global self-ratings of health and mortality: hazard in the North Carolina Piedmont. *J of Clin Epidemiol* 1996; 49: 969-979.
13. Heikkinen E, Waters WE, Brzezinski ZJ. The elderly in eleven countries. A sociomedical survey. *Public Health in Europe* 21. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen. 1983 p 37-59.
14. Hoeymans N, Feskens EJM, Van den Bos GAM, Kromhout D. Measuring functional status: cross sectional and longitudinal association between performance and self-report (Zutphen Elderly Study 1990-1993) *Clin Epidemiol* 1996; 49, 10:1103-1110.
15. Idler EL y Kasl SV. Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? *J Gerontol Med Sci* 1995; 50B: S344-S353.
16. Idler EL, Benyamini Y. Self rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J of Health and Social Behavior* 1997; 38: 21-37.
17. Idler EL, Kasl SV, Lemke JH. Self-evaluated health mortality among the elderly en New Haven, Connecticut, and Iowa and Washington counties, Iowa, 1982-1986 *Am J Epidemiol* 1990; 131: 91-103.
18. Jylha M, Guralnik JM, Ferrucci L, Jokela J, Heikkinen E. Is self-rated health comparable across cul-

- tures and genders? *J of Gerontol Soc Sci* 1998; 53B: S144-S152.
19. Kaplan GA, Barell V, Lusky A. Subjective state of health and survival in elderly adults. *J Gerontol: Soc Sci* 1988; 43: S114-120.
 20. Kaplan GA, Camacho T. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *Am J Epidemiol* 1983; 117 (3): 292-304.
 21. Kaplan GA, Strawbridge WJ, Camacho T, Cohen RD. Factors associated with change in physical functioning in the elderly. *J of Aging and Health* 1993; 5: 140-153.
 22. Kovar MG. The Longitudinal Study on Aging: The 1986 reinterview public use file. Proceedings 1987 Public Health Conference on Records and Statistics. DHHS pub. No. (PHS) 88-1214. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 1987.
 23. Lammi UK, Kivela SL, Nissinen A, et al. Predictors of disability in elderly finish men. A longitudinal study. *J Clim epidemiol* 1989; 42, 12:1215-1225.
 24. Lee Y, Shinkai S. A comparison of correlates of self-rated health and functional disability in older persons in the Far East: Japan and Korea. *Arch Gerontol Geriatr* 2003; 37;1:63-76.
 25. Lee Y. The predictive value of self assessed general, physical and mental health on functional declines and mortality in older adults. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54; 2: 123-9.
 26. Leinonen R, Heikkinen E, Jylha M. Changes in health, functional performance and activity predict changes in self-rated health: a 10-year follow-up study in older people. *Arch Gerontol Geriatr* 2002; 35:79-92.
 27. McGee DL, Liao Y, Cao G and col. Self-reported health status and mortality in a multiethnic US cohort. *Am J Epidemiol* 1999; 149: 41-6.
 28. Ministerio de Salud. La carga de la enfermedad en Colombia. Santa Fe de Bogotá. 1994; p.32-35.
 29. Roos NP and Havens B. Predictors of successful aging: a twelve-year study of Manitoba elderly. *Am J Public Health* 1991; 81: 63-68.
 30. Scroll M, Bjornsbo-Scroll K, Frnt N, Livingstone MB. Health and physical performance of elderly Europeans. SENeca investigators. *Eur J Clin Nutr* 1996; 50 Suppl 2: S105-S111.
 31. Shetterly S, Baxter J, Mason LD, Hamman RF. Self-rated health among Hispanics vs. non-Hispanic white adults: The San Luis Valley health and aging study. *Am J of Public Health* 1996; 86: 1798-1801.
 32. Tsuji I, Minami Y, Keyl PM. The predictive power of self-rated health, activities of daily living, and ambulatory activity for cause-specific mortality among the elderly: a three-year follow-up in urban Japan. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 153-156.
 33. Tuckman J, Lorge I. Somatic and psychological complaints in older people in institution and at home. *Geriatrics* 1953; 8:274-279.
 34. Verbrugge LM, Balaban DJ. Patterns of change in disability and well-being. *Med Care* 1989; 27 (3 suppl):S128-S147.
 35. Wolinsky FD, Callahan CM, Johnson RJ. Subjective health status and mortality in the elderly. Facts and research in gerontology: Epidemiology. Canadian Edition Serdi Publisher 1994; p 13-28.
 36. Yu LC, Zhang AY, Draper P, Kassab C, Miles T. Cultural correlates of self-perceived health status among Chinese elderly. *J Cross Cult Gerontol* 1997; 12; 1:73-89.

Anexo 1: Cuestionario de autopercepción de salud

Autopercepción de salud

Acerca de su salud, ¿actualmente se siente saludable? Si No

Considera su salud: Muy buena Buena Término medio Muy mala

Comparada su salud con otras personas de la misma edad, la suya es:

Mejor Más o menos igual Peor No sabe