

EA prevenibles. En este sentido, en el caso de los pacientes, todo apunta a que estamos todavía eligiendo el camino a recorrer y que las experiencias que involucran a los pacientes como segundo control tendrán que esperar todavía a que sepamos trasladar mejor la información sobre los riesgos inherentes de la atención sanitaria. En el caso de los profesionales, parece que ya hemos andado un importante trecho, pero aunque resulta intrínsecamente positivo que una parte importante de los participantes en el estudio reconozca que existen riesgos, no deja de generar cierta preocupación el porcentaje de quienes consideran que en ambos procesos la ocurrencia de EA es infrecuente o de muy rara ocurrencia.

José Joaquín Mira, D en Psic.<sup>(1)</sup>  
jose.mira@umh.es  
Susana Lorenzo, D en M.<sup>(2)</sup>  
Virtudes Pérez-Jover, D en Psic.<sup>(1)</sup>  
Julián Vitaller, D en M.<sup>(1,3)</sup>

<sup>(1)</sup> Universidad Miguel Hernández. Elche, España.

<sup>(2)</sup> Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid, España.

<sup>(3)</sup> Inspección Médica. Conselleria Sanitat. Elche, España.

## Referencias

1. Singer SJ, Gaba DM, Falwell A, Lin S, Hayes J, Baker L. Patient safety climate in 92 US hospitals: differences by work area and discipline. *Med Care*. 2009;47:23-31.
2. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors. *JAMA*. 2003;289:1001-1007.
3. Mira JJ. Pacientes por la seguridad de los pacientes. El papel del paciente en la seguridad de los pacientes. *Medicina Preventiva*. 2011; XVI: 5-11.
4. Schwappach DL. Review: engaging patients as vigilant partners in safety: a systematic review. *Med Care Res Rev* 2010;67:119-148.
5. Aranaz-Andrés JM, Limón R, Mira JJ, Aibar C, Gea MT, Agra Y, and the ENEAS Working Group. What makes hospitalized patients more vulnerable and increases their risk of experiencing an adverse event? *International Journal for Quality in Health Care* 2011; 23:705-711.
6. Robinson AR, Hohmann KB, Rifkin JJ, Topp D, Gilroy CM, Pickard JA et al. Physician and Public Opinions on Quality of Health Care and the Problem of Medical Errors. *Arch Intern Med*. 2002;162:2186-2190.

7. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman AJ. Consumer perceptions of safety in hospitals. *BMC Public Health*. 2006;6:41

8. Mira JJ, Lorenzo S, Vitaller J, Ziadi M, Ortiz L, Ignacio E, et al. El punto de vista de los pacientes sobre la seguridad clínica de los hospitales. Validación del Cuestionario de Percepción de Seguridad. *Revista Médica de Chile*. 2009; 137;1441-1448.

## Perfil biopsicosocial de los muy mayores en Colima (80+)

*Señor editor:* Por la presente deseamos informar del estudio realizado en el contexto del Proyecto Fonciyct (CASOE-NAC-094670), cuyo objetivo fundamental ha sido describir en términos físicos, psicológicos y sociales una muestra de personas de 80 años o más que mantienen su capacidad cognitiva y viven en la comunidad en el estado de Colima. Inicialmente contamos con una muestra representativa de personas mayores de 80 años de la ciudad de Colima, de las cuales se evaluaron 121. A todas ellas se les administraron pruebas de valoración del estado cognitivo (SPSMQ)<sup>1</sup> y del estado físico (Escala de Barthel).<sup>2</sup> De las 121 personas valoradas, 63.6% presentaron un estado cognitivo normal y 56.9% no necesitan ningún tipo de ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). En los casos en que existe dependencia física para la realización de ABVD, 34.9% es dependencia leve y 8.2% presenta mayor grado de dependencia. En los casos de deterioro cognitivo, 16.8% presenta deterioro leve frente a 19.6% que manifiesta otros grados de deterioro cognitivo más severo. El número de personas que preservan su funcionamiento cognitivo pero son dependientes en las ABVD es mayor que el de las personas independientes en las ABVD que sufren deterioro cognitivo (20.7 vs 15.1% respectivamente). Las 69 personas que mostraron un estado cognitivo considerado normal fueron entrevistados mediante el protocolo PELEA,<sup>3,4</sup> que cuenta con los siguientes dominios: salud física y comportamental,

estado físico, funcionamiento cognitivo, funcionamiento afectivo y funcionamiento social.

La caracterización de la muestra evaluada de personas de 80 o más años es la siguiente. *Sociodemográfico:* 52.2% de los entrevistados son mujeres, la media de edad fue de 85 años (DT=3.67; intervalo 79-94 años). El 59.4% son viudos, 30.4% están casados y 10.1% son solteros o divorciados. El 36.2% de la muestra no ha recibido educación formal y de los que sí, 42.1% recibió entre 1-3 años de educación. El 91.1% de la muestra se ocupó en trabajo de baja cualificación y alta exigencia física. El 23.2% de las personas entrevistadas viven solas. El 63.2% no recibe ingresos. *Funcionamiento intelectual:* puesto que el funcionamiento intelectual era un criterio de inclusión, el examen del estado mental nos muestra un grupo de personas con una capacidad cognitiva preservada (MMSE=23.06) con una adecuada plasticidad cognitiva. Encontramos diferencias significativas entre personas con y sin educación (MMSE= 24 vs 21, respectivamente). *Funcionamiento afectivo:* 67.7% dice sentirse bastante o muy satisfecho con la vida. Al compararse con el pasado, 41.2% informan menor satisfacción y sólo 20.6% informa sentirse más satisfecho en la actualidad. Las personas que viven acompañadas informan una emocionalidad negativa más alta que las que viven solas (mayor intensidad en temerosos, irritados, tensos y asustados). *Relaciones sociales:* 76.8% de las personas entrevistadas viven acompañadas por su familia (pareja, hijos, nietos y en menor medida otros familiares), en muchos casos son altamente dependientes económicamente. El 86.8% se sienten bastante o muy satisfechos con las personas con las que viven y 75.4% se siente bastante o muy satisfecho con la relación que tiene con su familia. Además, 45% mantiene una relación frecuente con amigos. El 85.5% considera que cuenta siempre con la ayuda de otras personas cuando la necesita. Estos datos dan cuenta de relaciones sociales frecuentes y satisfactorias.

Sin embargo, debemos destacar que 23.2% de los muy mayores entrevistados vive solo, que 11.6% no se reúne ni tiene noticias de ningún familiar, que 7.2% ve a sus familiares menos de una vez al mes, que 37.7% dice no tener ningún amigo y que 1.4% piensa que nunca tiene a nadie que le ayuda cuando lo necesita. *Frecuencia de actividades de ocio:* los muy mayores entrevistados invierten tiempo con mayor frecuencia (diariamente) en ver amigos o parientes, ver la televisión, pasear o hacer ejercicio e ir a la iglesia. Las actividades que realizan en menor medida (nunca) son pasatiempos; leer, ir a espectáculos, excursiones, escuchar la radio o viajar. Las personas con mayor educación dedican más tiempo a las actividades de ocio. Con respecto a las actividades productivas, la única actividad a la que mayoritariamente dedican tiempo diariamente los mayores entrevistados son las tareas del hogar. Las mujeres realizan más actividades productivas que los hombres. En cuanto a la salud, 72.5% de los sujetos informa no tener ningún problema que interfiera con sus actividades, a pesar de que 31.9% utiliza bastón y 15.9% andador. El 85.5% informa no presentar ninguna dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Los que dicen no poder valerse por sí mismos tienen muchas

dificultades para andar, usar el teléfono y el transporte público. Las personas entrevistadas muestran estilos de vida saludables (escaso o nulo consumo de tabaco y alcohol) y practican actividad física (36.2% ligera, 36.2% moderada). En cuanto al estado de las viviendas, 46.3% de los hogares visitados están algo desordenados, desordenados o muy desordenados. Además en algunas de estas casas las personas conviven con animales que provocan malos olores y suciedad. Con respecto a los medios de comunicación utilizados, 66% tiene teléfono en sus domicilios y solo 11.3% tiene internet.

Estos resultados son descriptivos y nos han permitido caracterizar la muestra de personas de 80 años o más años. Esta información ha sido entregada a la Secretaría de Salud del estado de Colima (entidad coordinadora del Proyecto CASOENAC) junto con una serie de sugerencias sobre políticas y acciones públicas que procuren un mayor bienestar en las personas muy mayores.

### Agradecimientos

La presente investigación ha sido financiada por el Fondo de Cooperación Internacional en Ciencia y Tecnología Unión Europea-México (FONCICYT) al proyecto CASOENAC (Cambio Socio-

demográfico y Envejecimiento Activo) código 94670, en su convocatoria C002-2008-1/ALA-127 249, concedido a los Servicios de Salud del estado de Colima. Este estudio ha sido realizado desde la Universidad Autónoma de Madrid como miembro del Consorcio CASOENAC. Nuestro agradecimiento a las personas que aceptaron colaborar en el estudio.

Maria Ángeles Molina<sup>(1)</sup>  
 mangelles.molina@uam.es  
 m.molina.psi.uam@gmail.com  
 Rocío Fernández-Ballesteros, PhD<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Universidad Autónoma de Madrid.  
 Madrid, España.

### Referencias

1. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in the elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society* 1975;23:433-441.
2. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J* 1965;14:61-65.
3. Fernández-Ballesteros R, Zamarrón MD, Rüdinger G, Schroots HJJ, Heikkinen E, Charzeska L, et al. Assessing competence: the European Survey on Aging Protocol (ESAP). *Gerontology* 2004;50:330-347.
4. Fernández-Ballesteros R, Zamarrón MD, López MD, Molina MA, Díez-Nicolás J, Montero P, et al. Successful ageing: criteria and predictors. *Psychology in Spain* 2011;15:94-101.