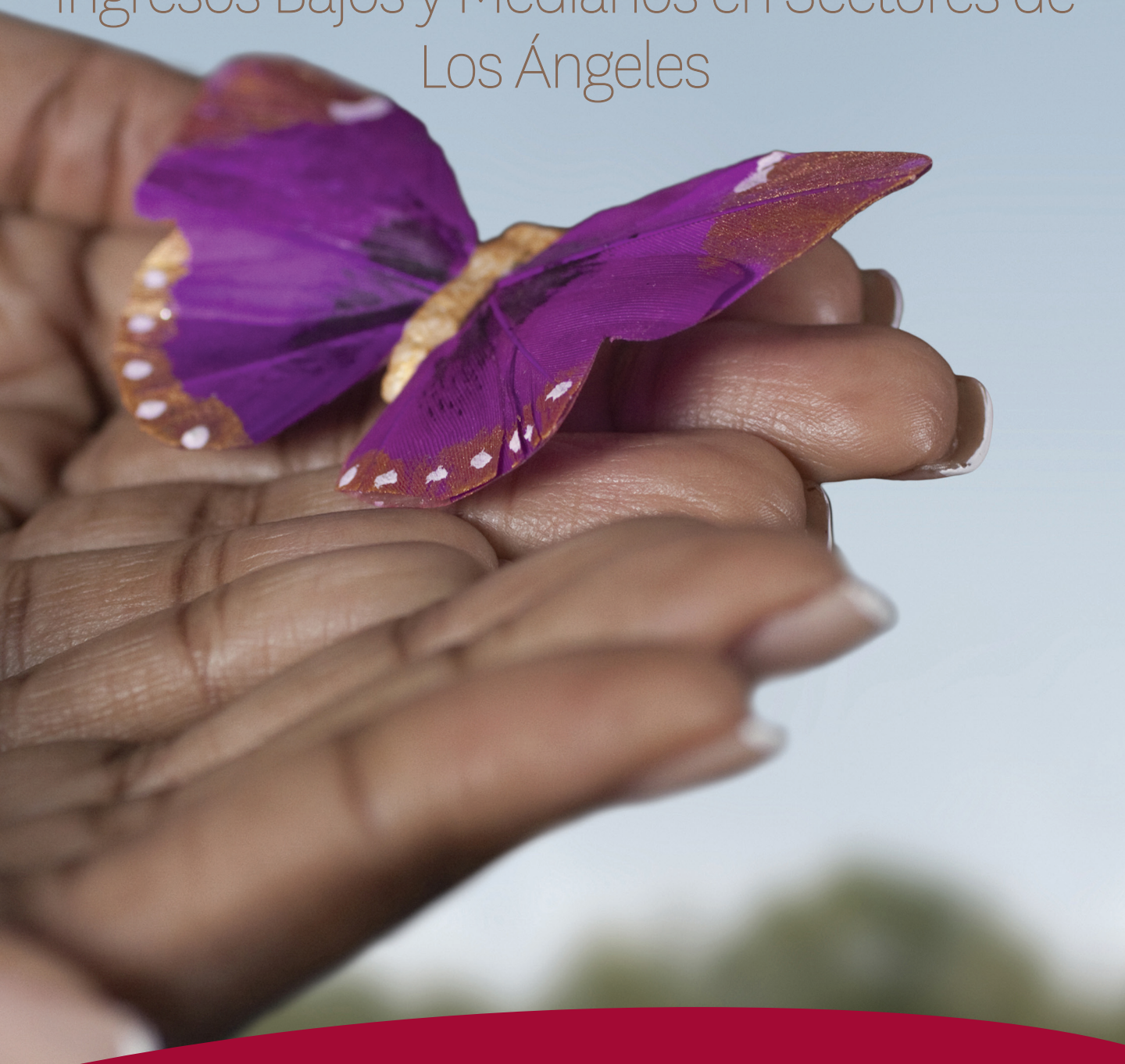
El Estado Actual de los Latinos y Afro-Americanos de la Tercera Edad con Ingresos Bajos y Medianos en Sectores de Los Ángeles



USC Social Work
USC Edward R. Roybal Institute on Aging

De la investigación a la práctica

Reconocimientos

El equipo de encuesta de la Universidad del Sur de California (USC) del Instituto para el Envejecimiento Edward R. Roybal les da las gracias a los residentes de las comunidades del Este y Sur de Los Ángeles quienes nos abrieron las puertas de sus casas y vidas al participar en nuestra encuesta.

Los investigadores principales de esta encuesta piloto fueron William A. Vega, PhD y Karen D. Lincoln, PhD. Los co-investigadores fueron Maria P. Aranda, PhD y Donald A. Lloyd, PhD. Los investigadores son profesores en la Facultad de Trabajos Sociales de USC.

Le expresamos una especial deuda de gratitud al Dr. Lloyd, el principal autor de este reporte. Además, estamos agradecidos al personal del Instituto Roybal de USC: Iris Aguilar quien revisó secciones del reporte y ofreció comentarios significativos, y Vincent Lim por su ayuda editorial y trabajo en el diseño de este reporte. También debemos agradecer a Brian Goodman, el diseñador gráfico en la Facultad de Trabajos Sociales de USC, quien ofreció su asesoramiento y orientación para este reporte.

También deseamos expresar gratitud a nuestro equipo de encuesta muy dedicado que trabajó arduamente para recolectar información

Las opiniones en este reporte son del equipo de encuesta del Instituto de USC Roybal y no son necesariamente las mismas opiniones de Facultad de Trabajos Sociales de USC.

Cita Sugerida

Instituto para el Envejecimiento Edward R. Roybal de USC. El Estado Actual de los Latinos y Afro-Americanos de la Tercera Edad con Ingresos Bajos y Medianos en Sectores de Los Ángeles. Los Ángeles, CA: Instituto para el Envejecimiento Edward R. Roybal de USC, 2012.

Financiamiento

Esta encuesta fue financiada por “Southern California Clinical and Translational Science Institute” (SC-CTSI beca # 1UL1RR031986-01) y por la Facultad de Trabajos Sociales de USC por medio de los fondos de beneficia para investigaciones innovadoras establecidos por Frances G. and Ernest P. Larson (Junta Revisora Institucional # UP-10-00394-AM001).

Prológo

La generación de niños de la posguerra y sus padres han cambiado la faz de la tierra. Los Ángeles, junto con el resto del país están envejeciendo. Se espera que la población de la tercera edad sea el doble en las décadas futuras y sus caras serán muy diferentes de la actualidad.

En el Condado de Los Ángeles el cambio en demográfica ha resultado en un aumento de en el número de residentes ancianos de grupos minoritarios raciales y étnicos de la población general, una tendencia que muy probablemente aumentará las desigualdades de salud en las próximas décadas dentro de la población de la tercera edad y también entre los que actualmente tienen entre 45-64 años de edad. Un encuesta de residentes mayores en el Condado de Los Ángeles en 2007-2008 indicó grandes diferencias raciales/étnicas en cuanto a las necesidades en varias áreas de salud: manejo de medicamento, información de salud, información de beneficios y ayuda y necesidad de cuidadores.[1]Ancianos Blanco/Caucásicos (no Latinos) indicaron menos necesidades en estas áreas.

La misión a largo plazo del Instituto Roybal de USC es colaborar con miembros de la comunidad para construir una base de datos locales que informen el diseño y el desarrollo de prácticas de prevención e intervenciones con la intención de mejorar la salud y la calidad de vida para residentes mayores de minorías en Los Ángeles. Hacia ese fin, durante el primer semestre de 2011, entrevistadores del Instituto Roybal de USC visitaron sectores de Los Ángeles para reunir información sobre la salud física y mental, vecindario y estilo de vida, actividad física, características de recreación y redes sociales, fuentes y conocimiento sobre medicamentos, nutrición, acceso y la utilización de servicios de salud.

El propósito era descubrir las condiciones actuales de vida y salud entre los residentes más mayores en el Este y Sur de Los Ángeles. Futuras demográficas en Los Ángeles traerán desafíos superiores y oportunidades para proveedores de salud y servicios humanitarios. Deseamos que lo que hemos descubierto ofrezca entendimiento valioso para personas claves de la comunidad y provean una guía para los creadores de política, lideres de organizaciones de servicios y practicantes que trabajan para hacerle frente a las necesidades críticas de la población de la tercera edad del Condado de Los Ángeles.

Karen D. Lincoln, PhD
Director Asociado

William A. Vega, PhD
Director Ejecutivo

Universidad del Sur de California
Instituto para el Envejecimiento Edward R. Roybal
Facultad de Trabajos Sociales
Los Ángeles, California
Abril, 2012

Resumen Ejecutivo

Este reporte se enfoca en una parte específica de la población de la tercera edad del Condado de Los Ángeles y su lucha con la inseguridad económica y problemas de salud crónicos lo cual proveerá una vislumbre de lo que nos aguarda el futuro.

El Instituto Roybal de USC condujo una encuesta comunitaria para determinar—en el clima económico actual—las condiciones actuales de vivienda y salud de personas de la tercera edad en el Este y Sur de Los Ángeles. Cada vez más ancianos de grupos minoritarios de las áreas de esta encuesta están viviendo con bajos ingresos que hace una década[2], lo cual nos hace pensar cómo están satisfaciendo sus necesidades diarias.

Entre otros hallazgos, encontramos que no existen diferencias sociales al grado de cómo han sido afectados por la crisis económica aunque el impacto fue menos severo para los más viejos. Sobre todo nuestra encuesta indicó porcentajes altísimos de daños psicológicos en comparación con otros Latinos y Afro-Americanos en el mismo grupo de edad en el Condado de Los Ángeles. El porcentaje de obesidad también fue altísimo comparado al porcentaje del condado para la misma edad y grupo étnico.

A pesar de estos desafíos de salud, dificultades económicas y posible amenaza de aislamiento social afectando a los de la tercera edad existen señas de esperanza indicando logro personal y oportunidades para agencias de servicios para ayudar en la mejora de servicios comunitarios lo cual facilitara éxito para las personas en su vejez.

Hallazgos Claves

- Personas mayores de edad que viven con otros generalmente manifiestan mejor salud física y mental. Alrededor del 21% de los que viven solos indicaron salud física "mala" en comparación con 8% que vivían con otras personas. Alrededor del 11% de los que viven solos indicaron salud mental "mala" en comparación con 6% de los que viven con otras personas.
- Ancianos de menos edad fueron afectados más por la crisis económica. Participantes entre 60-69 años indicaron el mayor número de condiciones adversas relacionadas a la crisis económica. No encontramos diferencias significativas en el número promedio de desafíos económicos entre hombres y mujeres o entre Latinos y Afro-Americanos. Sin embargo, Latinos eran más propensos a vivir con bajos ingresos que Afro-Americanos. (66% y 43%, respectivamente).
- Mujeres y ancianos con bajos ingresos eran más propensos a limitaciones en las actividades. Existen consecuencias del cuidado personal e independencia para personas de bajos ingresos. Entre los residentes encuestados, 73% indicaron limitaciones relacionadas a actividades rigurosas y 56% tenían limitaciones al agacharse, ponerse en cuclillas o arrodillándose. Caminar un cuarto de milla fue un desafío para el 36%.
- La obesidad es una gran preocupación entre la población mayor de edad que fue entrevistada. Se reconoce a la obesidad como una enfermedad alarmante en la población de los Estados Unidos y más del 80% de los encuestados estaban clínicamente sobrepeso u obesos. Las mujeres eran más propensas a ser obesas (50%) que los hombres (31%).
- Fragilidad aumenta el riesgo de grave sufrimiento psicológico. La prevalencia de fragilidad y la alta tasa de participantes pre-frágiles del encuesta fue alarmante: 18% eran frágiles y 67% eran pre-frágiles. Cerca del 29% de los frágiles estaban padeciendo de grave sufrimiento psicológico. A pesar de eso, la prevalencia de fragilidad era menor entre individuos viviendo con otras personas.

Introducción

Elegimos entrevistadores que eran culturalmente sensibles a las personas de la tercera edad Afro-Americano o Latinos para conducir entrevistas de persona a persona con más de 250 residentes Latinos y Afro-Americanos, por lo general en sus hogares. Antes de la entrevista se hizo una breve evaluación cognitiva; cuando un adulto mayor no podía cumplir con la evaluación cognitiva el cuidador proveía la información usando una versión resumida del cuestionario. Los participantes fueron elegidos al azar de viviendas en el Sur y Este de Los Ángeles para que representaran grupos minoritarios en su vejez viviendo en esas comunidades. Sin embargo, les exhortamos a tener presente que nuestros resultados no representan a todo el complejo demográfico del Sur y Este de Los Ángeles. Deseamos que nuestros hallazgos provean un entendimiento útil para que personas clave de la comunidad puedan tomar decisiones informadas y puedan ofrecer guía a creadores de política locales, lideres de organizaciones de servicio y practicantes de programas de envejecidos y salud.

¿A quien se describe en este reporte?

Las entrevistas se condujeron cara a cara con 114 Latinos y 139 Afro-Americanos con una edad promedia de 74 años y abarcaron entre 60 a 100, viviendo en el Sur de Los Ángeles (mayormente en comunidades de Crenshaw e Inglewood) y el Este de Los Ángeles (mayormente Boyle Heights y el Noroeste de Los Ángeles). Otra vez, les exhortamos a nuestros lectores que nuestros resultados no tienen la intención de representar a todo la área del Sur o el Este de Los Ángeles. Las áreas que escogimos para el encuesta fueron escogidas porque tenían la tasa más alta de residentes de la tercera edad Afro-Americanos y Latinos. Los participantes han vivido un promedio de 46 años en el Condado de Los Ángeles. Dos-terceras partes de los participantes de la encuesta nacieron en los Estados Unidos; el 33% (85 individuos) habían nacido fuera de los Estados Unidos pero llevaban un promedio de 37 años en este país. Poco más de la mitad (56%) de los que nacieron en el extranjero eran de México y el resto eran predominantemente de Centro América (el porcentaje más alto (13%) de inmigrantes de Centro América eran de El Salvador).

El porcentaje de hombres y mujeres de mayor edad que estaban casados era más o menos igual para Latinos y Afro-Americanos.

- 25% en la encuesta tenía un cónyuge ó pareja domestica;
- 30% de los casados eran varones;
- hombres (40%) eran dos veces más probable que mujeres (19%) de estar actualmente casados o viviendo como casados.

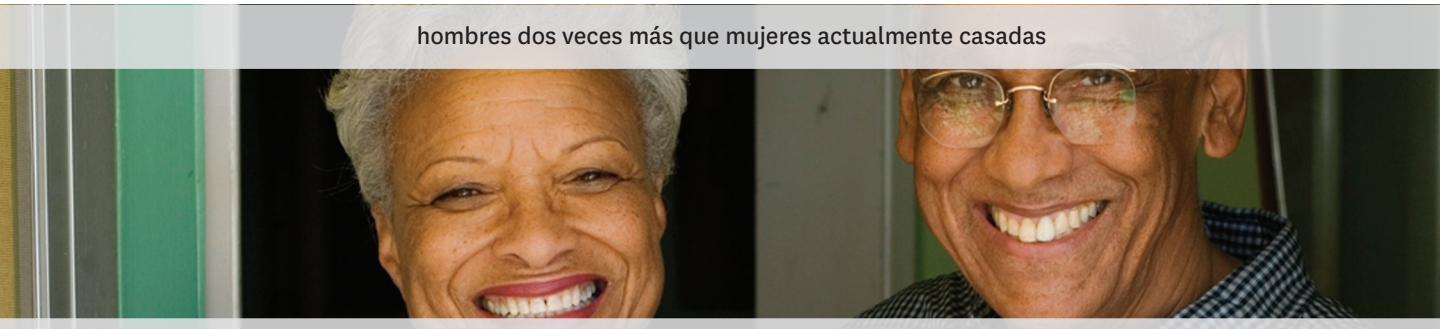
Cerca de la mitad de los participantes poseían un nivel de educación menor del cuarto año (44.5%), mientras que los Afro-Americanos superaban (79% habían obtenido un diploma de bachiller o GED, [signos de equivalencia en inglés] entre los Latinos (27%); más de la mitad de Latinos poseían un nivel de educación menor del octavo grado (52.2%).

Características de Participantes:

- **253 encuestas para análisis (12 fueron entrevistas indirectas)**
- **180 mujeres, 73 hombres; 58% viven solos**
- **65 casados, 77 enviudados, 88 divorciados, 23 nunca casados**
- **edad promedio 74 (entre 60 a 100)**
- **114 Latinos, 139 Afro-Americanos**
- **85 nacidos fuera de EE. UU, promedio de 37 años aquí (70% de los Latinos, 5% Afro-Americanos emigraron)**
- **95% ha vivido en el Condado de Los Ángeles por más de 10 años**
- **45% no terminaron la escuela secundaria, promedio 10.6 años**

¿Cuáles son sus circunstancias económicas?

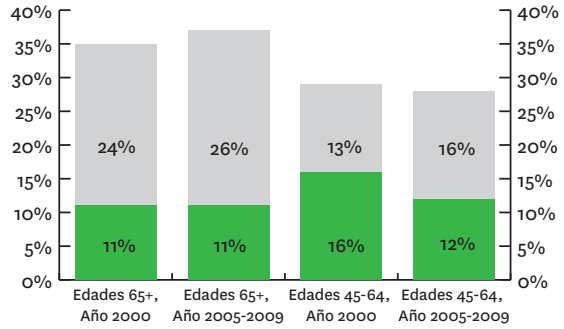
Como indica en la Figura 1, la proporción de personas en su vejez viviendo con ingresos limitados ha aumentado



más minorías en su vejez viven con bajos ingresos que hace una década

algo en la última década. Según los promedios de los más recientes 5 años (2005-2009) del Censo de Comunidades Americanas (EE. UU.), 11.4% de residentes de 65 años y mayor del área de encuesta tenían ingresos menores del FPL (signos del nivel de pobreza federal en inglés), un poco más alto del 11.0% en el Censo del 2000. Sin embargo, 37.6% de la población mayor vivían con un ingreso dos veces más bajo del FPL, un aumento de 2.6% desde 2000. En contraste, el porcentaje de residentes en la misma área entre 45-64 años experimentaron ningún cambio en la última década. (Estos estimados de cambios son conservativos ya que la crisis económica empezó a mediados del periodo de 5 años; información más reciente al nivel de secciones censales no está disponible.)

Fig. 1: Razón de Probabilidades de Pobreza por Edades en Grupos *Sectores Censales cubiertos en la áreas de la encuesta, 2000 Censos y Encuesta Comunitaria Americana 2005-2009*



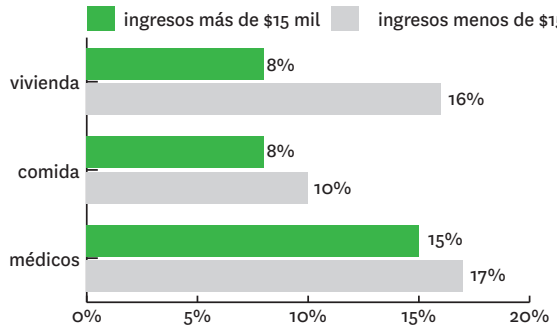
Más de tres-cuartas partes de los participantes de la encuesta (78%) indicaron que se habían retirado de su empleo y cerca del 9% estaban trabajando (mayormente de medio tiempo). Solo el 3% indicaron su estatus como "desempleado." Deudas fueron un problema grande para esta parte de la población. Una cuarta parte de los participantes dijeron que había por lo menos un mes del ultimo año que no pudieron pagar una deuda personal o del hogar (además de un préstamo de automóvil, un préstamo de negocio o hipoteca); 15% dijeron que ésa había sido su situación por los últimos 12 meses. Una tercera parte eran dueños de la casa en la cual vivían. Se preguntó a todos si todavía estarían endeudados si vendían todas sus posesiones y el 20% dijo que sí.

Más de la mitad (52.9%) informaron ingresos anuales menos de $15 mil por año. Latinos eran más propensos a tener bajos ingresos que Afro-Americanos (65.6% y 42.7%, respectivamente).

Más de una tercera parte indicó que era "algo difícil" o "muy difícil" pagar por su vivienda (37.7%), comida (34.0%), y gastos médicos (38.8%), y la proporción con ingresos menos de $15 mil que dijeron que cumplir con los pagos era algo o muy difícil fue similar (casi 45%) para los tres tipos de gastos. Existe una diferencia sin embargo cuando se compara solo a los que dijeron que era "muy difícil" cumplir con los pagos.

Figura 2 demuestra que bajos ingresos está claramente relacionado con la dificultad de cumplir con los gastos de vivienda, mientras que proporciones similares de los participantes por encima de y menos de ingresos de $15 mil indicaron que es muy difícil pagar los gastos médicos. Una proporción muy baja en ambos grupos de ingresos dijeron que es muy difícil pagar por la comida. Cuando se les preguntó si costo fue una razón que les impidió ir a un doctor cuando surgió la necesidad en el ultimo año muy pocos (7.5%) dijeron que sí.

Fig. 2: Muy Difícil para Pagar...



Presupuestos mensuales eran extremadamente apretados para la mayoría de nuestros participantes. Les preguntamos, "¿Al fin del mes, por lo general les sobra

dinero o tienen lo suficiente para cumplir o no tienen suficiente para cumplir?" Mientras que 1 en 5 dijeron que tenían algo de dinero que les sobraba, 42.2% dijeron que no había suficiente; Latinos eran más propensos que Afro-Americanos a decir "no suficiente" (48.6% y 37.3%, respectivamente), mientras que proporciones iguales dijeron "solo suficiente" (38% y 37%).

Algunos cambios en las circunstancias económicas de los participantes fueron el resultado de la crisis económica reciente. De los siete cambios que preguntamos, la pérdida de empleo de un miembro en la familia que no fuera el participante era el más frecuente con 38.4% seguido por la necesidad de vender posesiones o agotar los ahorros para pagar cuentas según 29.9% y el haber perdido la fuente usual de ingresos, según el 24.9%.

¿Cuáles cambios han surgido como resultado de la situación económica del país?

- **alguien en la familia perdió su empleo y no ha podido conseguir otro (38%)**
- **tuvo que vender algo valioso o agotar sus ahorros (30%)**
- **no ha podido pagar las cuentas lo cual podía hacer antes (28%)**
- **ha perdido su fuente de ingresos (25%)**
- **alguien en el hogar perdió su empleo y ha encontrado otro con menos paga (16%)**
- **alguien se mudó por razones económicas (14%)**
- **tuvo que mudarse fuera de su hogar y vivir en otro sitio (13%)**

¿Están las personas de la tercera edad de grupos minoritarios bien socializados?

Hallamos que cerca de 6 de cada 10 de los participantes encuestados vivían solos. Esta tasa de vivir solos era mayor que la tasa para el mismo grupo de edad a nivel estatal. La CHIS (signos de Encuesta/Entrevista de Salud de California en inglés) indica que el 22% de todos los ancianos viven solos con tasas de 26% para Afro-Americanos y 16% para Latinos.[3] Es posible que esto se atribuya a la gran proporción de nuestros participantes encuestados que habían enviudado, estaban separados, divorciados o que nunca se habían casado (74%) en comparación con los de igual estatus en la muestra del CHIS de Californianos de edades de 60 años o más (40%).

En esta encuesta, mujeres eran más propensas a vivir solas (61%) que los hombres (49%), y Afro-Americanos eran más propensos a lo mismo (63%) que Latinos (51%). Aunque solo el 6% de los casados vivían solos, la mayor tasa era de los que nunca se habían casado (83%). Residentes que habían nacido en el extranjero (mayormente Latino) eran menos propensos a vivir solos (51%) en comparación con los que habían nacido en EE. UU. (61%). Aunque el 58% de todos los participantes vivían solos, los que fueron entrevistados en apartamentos económicos para personas mayores de edad independientes (73 de 253 participantes) indicaron que vivían solos (89%) en comparación con los que vivían viviendas comunes (45%). Cuando se excluyó a los que vivían en apartamentos económicos para personas mayores de edad independientes la tasa total de los que vivían solos era menor pero el patrón demográfico existía.

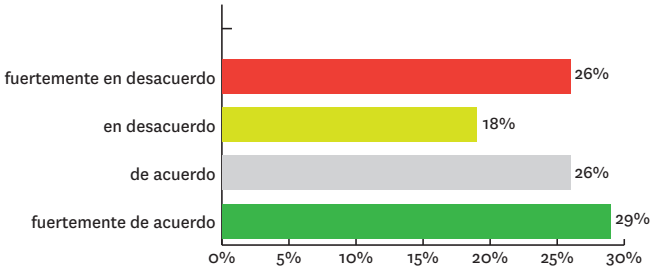
Más de la mitad de los que vivían solos dijeron "tener contacto con familiares casi todos los días" (57%). Asumimos que la mayoría de los mayores que viven con otras personas viven con familiares; pero menos de la mitad de los que viven con otras personas (42%) dijeron que tenían contacto casi a diario con familiares que vivían en otro lugar. La diferencia de tener contacto casi a diario con amistades era algo favorable para quienes viven solos (50% en comparación con 31%) de los que viven con otras personas. Similarmente, los que viven con otras personas eran tres veces más propensos al indicar que tenían menos contacto mensual con amistades (21%) en comparación con los que viven solos (7%).

muchos viven solos pero mantienen sus relaciones sociales

aunque más de la mitad está en acuerdo (de acuerdo y fuertemente de acuerdo) que hay tiendas accesibles a pie, cerca de la mitad no tiene esa comodidad

¿Qué tan accesibles están las tiendas?

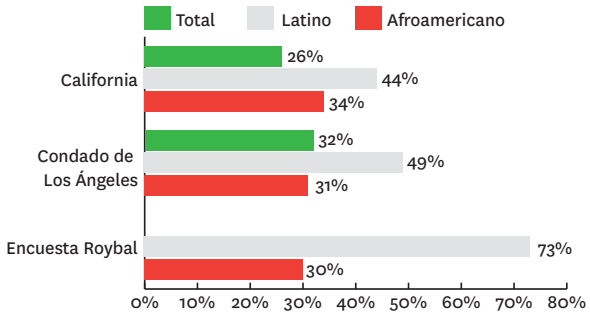
Fig. 3: Tiendas están a una Distancia Fácil de Caminar



El vivir con otras personas – ¿está relacionado a tener buena salud?

Preguntamos, "En general actualmente, ¿Diría usted que su salud física es excelente, muy buena, regular o mala?" "Excelente," "muy buena," "buena," "normal," o "mala". El porcentaje de los que dijeron que su salud física era "normal" o "mala" fue casi idéntico a los que vivían con otras personas (48%) y los que vivían solos (50%).

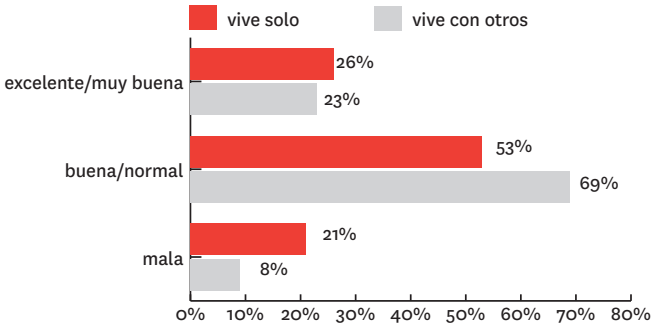
Fig. 4: Salud en General "Normal" o "Mala"
Fuente: CHIS submuestras de edades 60+ tasas del estado y condado



Sin embargo, esto cambió drásticamente cuando se comparó salud "mala" en una categoría separada en la Figura 5: mientras que el 8% de los que viven con otras personas indicaron salud física mala, la tasa es 21% de los que viven solos.

Similarmente, cuando se les preguntó sobre su salud mental actual, 6% de los participantes que viven con otros indicaron "mala" mientras que esta tasa fue 11% de los que viven solos. Sin embargo, la presencia de grave sufrimiento psicológicos, usando una prueba instrumental clínica sugiere que no existe gran diferencia (10% vs 12%). Sin embargo, la prevalencia de grave sufrimiento psicológico en nuestra encuesta fue mucho mayor en comparación con Afro-Americanos y Latinos de 60 años y mayor en el CHIS para el Condado de Los Ángeles, donde la tasa en combinación es solo 4%.

Fig. 5: En General Salud Física

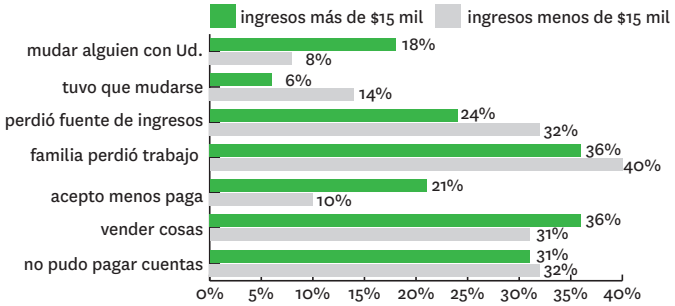


¿Son la salud y actividades del diario vivir limitaciones relacionadas a circunstancias económicas?

Tomamos en consideración dos factores de circunstancias económicas: nivel de ingresos del hogar y el número de condiciones adversas relacionados a la crisis económica. Para medir lo ultimo, preguntamos si: a) si alguien ha tenido que mudarse con ellos por pérdida de trabajo o problemas financieros; b) si el participante tuvo que mudarse y vivir en otro lugar; c) había perdido su fuente habitual de ingresos; d) un familiar perdió su trabajo y no ha podido encontrar otro; e) un familiar perdió su trabajo y obtuvo otro con menos paga; f) tuvo que vender algo muy valioso o agotar sus ahorros para poder vivir; y g) no

pudo pagar las deudas que paga a tiempo antes de que hubiera estos problemas económicos. Como se muestra en la Figura 6, lo que predominó más en las consecuencias económicas fue que un familiar perdió su empleo, el haber vendido algo valioso o agotar sus ahorros y el haber perdido su fuente de ingresos. Interesantemente, como se muestra en la Figura 6, la medida de bajos ingresos del hogar no estaba relacionada con los indicadores de impacto económico. En nuestra encuesta de residentes de 60 años y mayores, el grupo más joven (60-69) tuvo el número mayor de consecuencia económica, promedio 2.3, seguido por el próximo grupo de mayores (70-79) con un promedio de 1.6, y el grupo menos afectado de 80 años y mayor, con un promedio de 1.1. No hubo ninguna diferencia en el promedio de consecuencias económicas entre hombres y mujeres o entre Latinos y Afro-Americanos.

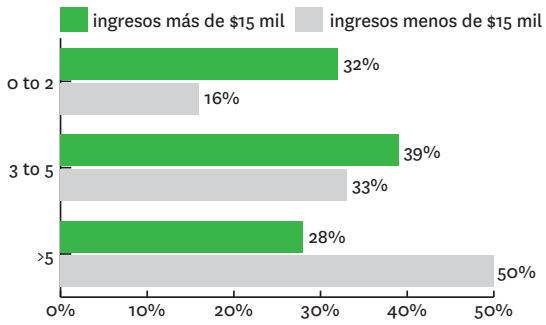
Fig. 6: Consecuencias Económicas



La medida de resumen de impacto económico no estuvo relacionada con sus respuestas de salud física o mental; evaluaciones adicionales no revelaron alguna relación entre este número y nuestras medidas de condiciones de vida, limitaciones en las actividades o depresión. Encontramos dos asociaciones relacionados a cambios de economía a nivel individual y salud; el que alguien se haya mudado con ellos estuvo relacionado a mejorar la salud física mientras que un familiar que ha perdido su empleo estuvo relacionado a haber tenido más enfermedades en la vida.

De 23 enfermedades de vida que preguntamos, el más predominante fue hipertensión (73%), artritis (63%), diabetes (37%), problemas de visión (29%), y problemas de espalda (28%). Solo cuatro participantes dijeron que nunca habían tenido ninguna de las condiciones en nuestra lista, mientras que el número promedio de enfermedades de vida era cuatro. El número de estas enfermedades estuvo muy relacionado al nivel de ingresos. Como indica la Figura 7, la mitad de los que están en la categoría de bajos ingresos indicaron más de cinco enfermedades. Un patrón parecido ocurre en relación a la salud física (auto respuestas) con un 60% del grupo de bajos ingresos indicando "normal o muy mal" en comparación con el 34% de los participantes con mayor ingresos y salud mental (auto respuestas) con un 35% y 18% respectivamente indicando "normal o mala."

Fig. 7: Problemas de Salud durante la Vida



La encuesta también midió limitaciones en las actividades de la vida diaria (AVD) tomando en cuenta el número de actividades del diario vivir que el participante no pudo hacer por si solo sin dificultad. El vivir solo no estuvo relacionado con estas limitaciones entre mujeres mientras que hombres que viven solos aparentaron tener poco menos limitación que los que viven con otras personas.

Las limitaciones en las actividades de la vida diaria se midieron usando 10 preguntas sobre actividades básicas del diario vivir y 14 actividades instrumentales, con una puntuación en base al número de actividades en cada lista que el participante indicó haber tenido dificultad. Treinta y ocho personas indicaron no haber tenido limitaciones mientras que 40 indicaron solo una; 87 tenían entre 2 y 5 limitaciones, mientras que 88 tenían más de 5. Ambos tipos de limitaciones en las actividades de la vida diaria están relacionados con el nivel de ingreso del hogar como indica la Figura 8.

Las mujeres tuvieron un porcentaje mucho más alto de limitaciones en las actividades básicas que los hombres,

salud física y mental es peor para quienes viven solos

ancianos menores fuertemente afectados por reciente crisis económica

Fig. 8: Limitaciones en Actividades

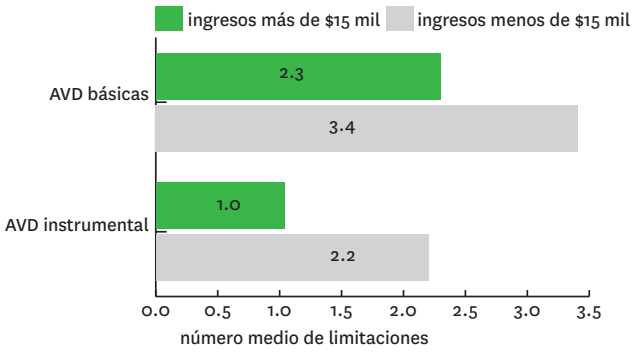
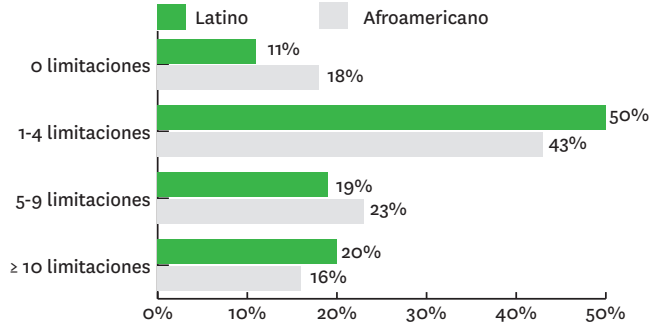


Fig. 9: Limitaciones de Actividad por Raza/Etnicidad
puntuaciones de la combinación de 10 actividades básicas del diario vivir y 14 actividades instrumentales



mientras que no hubo diferencia en el nivel de limitaciones en las actividades instrumentales. Las diferencias de raza/etnicidad se refleja en la Figura 9. Las limitaciones en las actividades de la vida diaria más frecuente fueron:

- al hacer actividades rigurosas (73%),
- al agacharse, al ponerse en cuclillas o arrodillarse (56%),
- levantando o cargando 10 libras. (38%),
- caminando un cuarto de milla (36%), y
- no poder subir 10 escalones sin descansar (30%).
- dificultad con quehaceres livianos estuvo al tope de la lista de actividades instrumentales (25%),
- dificultad al lavar ropa (22%),
- ir de compras por comida o artículos personales (20%),
- dificultad al preparar una comida sin ayuda (20%),
- no tener el control de evacuación y orina completo (18%).

¿Hasta qué grado están relacionadas las limitaciones en las actividades, salud física y salud mental?

Se midieron síntomas de depresión de los últimos 30 días usando una versión abreviada la escala del "Centre for Epidemiologic Studies" – Síntomas de Depresión (CES-D). La puntuación promedio de depresión fue significativamente más alta en el grupo de bajos ingresos. Otra medida de malestar psicológico que se usó, Kessler-6, también reveló diferencias significativas en grupos con ingresos. Una versión dicotómica de esta medida de grave sufrimiento psicológico aumentó en el grupo de bajos ingresos (14% positivo en comparación con 8%) pero la relación no fue estadísticamente significativa.

Además de medir actividades de la vida diaria, también evaluamos las tasas de fragilidad de los participantes. A pesar de que muchas agencias comunitarias de servicios ayudan a adultos mayores frágiles, la definición de fragilidad difiere grandemente en los sectores de servicios. Con propósito de este encuesta, definiremos fragilidad como un síndrome de geriatría que va más allá de impedimentos funcionales y es marcado por un bajón significativo de reservas en el organismo. Utilizando una medida de fragilidad compuesto de auto análisis y funcionamiento, encontramos las siguientes tasas de fragilidad:

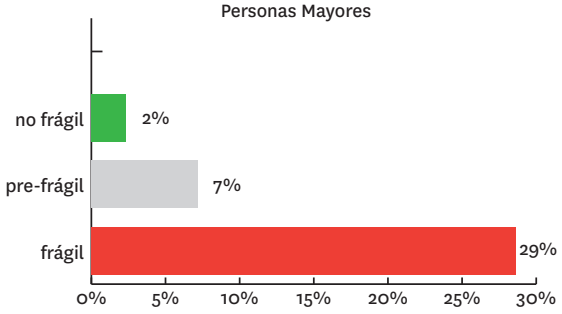
- 18% eran frágiles,
- 67% pre-frágil, y
- 15% no frágil.

Esto significa que casi 9 de 10 participantes fueron clasificados como frágiles o pre-frágiles. Esto es significativo porque el estatus de fragilidad ha sido

relacionado con aumento en el riesgo de caídas, cuidadores agobiados y mortalidad.

También quisimos evaluar si fragilidad estaba relacionada a la salud mental. Como indica la Figura 10, encontramos que grave sufrimiento psicológico aumenta el estatus de fragilidad. En otras palabras, personas clasificadas como frágiles (29%) eran 4 veces más probable de indicar grave sufrimiento psicológico que los que eran pre-frágiles (7%), y casi 10 veces más probable como los que no eran frágiles (2%).

Fig. 10: Grave Sufrimiento Psicológico relacionado al Estado de Fragilidad entre Personas Mayores



Hubo una conexión clara entre el número de limitaciones en las actividades de la vida diaria y el número de enfermedades durante la vida. Usando una medida que combina actividades básicas e instrumentales, encontramos un promedio de 3.0 enfermedades entre los que tenían no más de una limitación de actividad, 4.6 enfermedades entre los que tenían entre 2 a 5 limitaciones, y un promedio de 6.3 enfermedades de vida entre los participantes que indicaron 5 limitaciones en las actividades. Las enfermedades más entre lazadas con un nivel de limitación en las actividades fueron artritis, derrame cerebral, problemas circulatorios (o "endurecimiento arterial") y osteoporosis.

En consonancia con la relación entre enfermedades durante la vida y limitaciones en las actividades, la tasa de salud física pobre, demostrado en Figura 11, aumentó con el aumento del nivel de limitaciones. La medida de auto análisis sobre todo en salud mental indicó el mismo patrón de salud física en Figura 12.

Aumento en limitaciones en las actividades estuvo relacionado a puntuaciones altas de síntomas depresivos usando la CES-Dy un nivel alto del índice de masa corporal (BMI), lo cual es en proporción del peso ideal según estatura y un indicador de obesidad.

Fig. 11: En General Salud Fisica y Limitaciones de Actividades

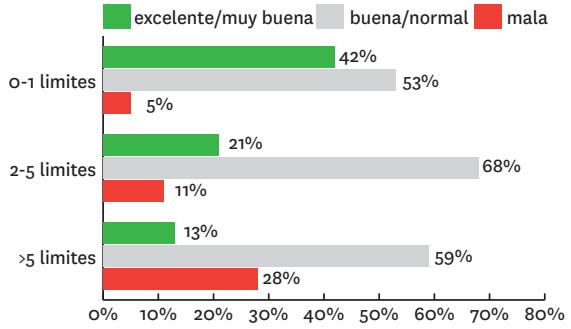
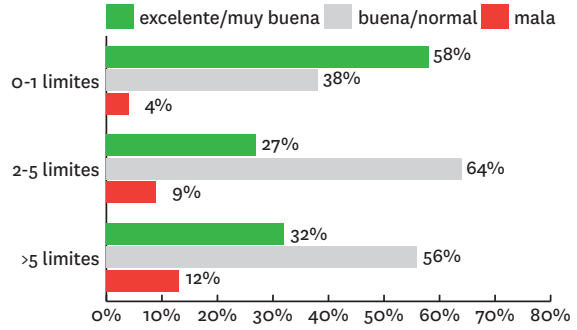


Fig. 12: En General Salud Mental y Limitaciones de Actividades



¿Qué factores están relacionados a la obesidad?

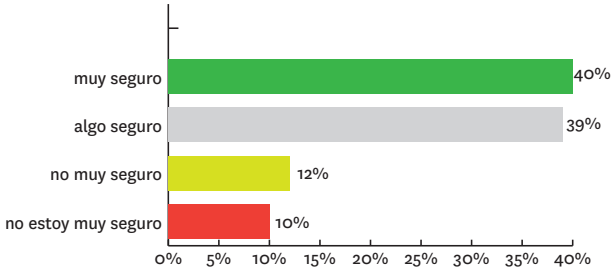
Se reconoce que la obesidad va en aumento ligero en la población de EE. UU. y minorías en la vejez no son inmunes. En nuestra encuesta casi la mitad (45%) tenía un índice de masa corporal mayor de 30, lo cual es el punto que distingue los que son obesos de los que están sobrepeso o no sobrepeso. La tasa de la obesidad disminuyó con la edad. De los que tenían entre 60 y 69 años, 56% eran obesos, y 50% entre 70 y 79 años, y 19% en el grupo mayor. Esto pudiera ser porque personas obesas tienen

menos limitaciones en las actividades para los que tienen ingresos altos

más del 80% en esta encuesta estaban clínicamente sobrepeso u obeso

una duración de vida más corta. Aunque no encontramos ninguna diferencia entre los grupos étnicos, mujeres eran mucho más propensas a ser obesas (50%) que hombres (31%). En comparación con el nivel de CHIS de 74% de Latinos y Afro-Americanos 60 años y mayor en el Condado de Los Ángeles que están sobrepeso u obesos, nuestra encuesta tenía 82% en esas categorías.

Fig. 13: ¿Qué tan Seguro esta Usted de que Come las Frutas y Verduras que Necesita?



Limitaciones en las actividades de la vida diaria eran más comunes entre los obesos, al igual que el número de enfermedades durante sus vidas, mientras que no encontramos ninguna conexión entre obesidad y la salud mental. Diabetes, lo cual se discute frecuentemente al hablar de la epidemia de la obesidad, se encontró que 44% de los obesos en nuestro encuesta, en comparación a 31% entre los que estaban sobrepeso o con un peso normal. Por lo tanto fue una sorpresa encontrar que no hubo ninguna diferencia en sus respuestas de salud propia sobre todo en la salud física entre los obesos y los que no lo eran.

Resumiendo las diferencias entre grupos sociales

Nuestra encuesta de las personas de la tercera edad en la comunidad incluyó una gama extendida de temas. Pensamos que seria útil describir de manera resumida cómo les ha ido a personas de diferentes grupos sociales dentro de esta población al recibir ayudas sociales y psicológicas para apoyarlos en su envejecimiento. Para poder resumir esta información creamos un índice para representar lo que hemos llamado "calidad de vida (CDV) para personas mayores de edad." Esta medida cubre cuatro áreas: integración social, comunidad, infraestructura y el sentido propio de control. Una persona que es significativamente integrado de manear social tiene comunicación constante con amigos y parientes, no vive solo y tiene una relación intima con su pareja. La dimensión comunitaria de CDV se indica por vivir con otras personas que comparten valores, que ofrecen su cooperación y ayuda, y provee un sentido de pertenencia. La infraestructura comunitaria para apoyar a las personas de la tercera edad incluye transportación adecuada, seguridad y tener servicios accesibles. Finalmente, calidad de vida depende de la capacidad de actuar para mantener lo que se desea y efectuar cambios que no existen—una habilidad que primeramente depende de tener un sentido propio de control.

Contamos siete componentes para formar una puntuación para cada participante encuestado con una gama de 0 a 7. Los componentes son: 1) vive con por lo menos una o más personas; 2) es casado o viviendo como casado; 3) vive en una comunidad que esta más allá de la puntuación promedio de barrio de cohesión; 4) la comunidad está más allá de la puntuación promedio de accesibilidad; 5) tiene una puntuación más allá del promedio de un índice de 5 puntos que domina personalmente; 6) tiene contacto a diario con parientes que viven en otro lugar; y 7) por lo menos tiene contacto semanal con amigos.

La puntuación modelo en nuestro encuesta es 3 de un posible 7 componentes CDV; solo 4 participantes encuestados no poseían estos componentes y 9 individuos tenían los 7. Sesenta y una (25.5%) personas tenían una puntuación promedio de 3. En ese grupo, el componente más común era contacto con amigos, seguido por contacto con parientes viviendo fuera del hogar. El estar casados (o el equivalente) fue el factor menos común entre los que tenían un CDV promedio. Correspondientemente, ni uno de las 28 personas con una puntuación de CDV 1 tenía un cónyuge o pareja intima.

Algunas diferencias de grupo con un nivel promedio de CDV eran aparentes. Afro-Americanos tenían una puntuación promedio más alto (3.58) que los Latinos

(3.07); la puntuación promedio aumenta significativamente con un nivel de educación más alto; y no es de extrañar que la puntuación sea más alta para los casados (4.66) comparados a los que habían estado casados (2.95) y los que nunca se han casado (2.50). Es significativo que la diferencia entre los casados y otras personas fue mayor a 1.0, lo que sugiere que el matrimonio está acompañado de otros componentes CDV. No hubo ninguna diferencia entre hombre y mujer pero el índice disminuye significativamente con edad.

El índice CDV está relacionado con la salud: encontramos que disminuye con un auto análisis pobre de salud física, salud mental y un aumento de limitaciones en las actividades. La relación más fuerte es con salud mental. (La relación es –.35 con una medida de auto análisis de salud mental y -.35 con una versión de 12 de la escala del "Centre for Epidemiologic Studies" – Síntomas de Depresión.

Mientras que el tener problemas de salud y limitaciones en las actividades pudiera mermar los componentes del CDV, pudiera ser el caso que estos elementos socio-ambientales y psicológicos pudieran ser una protección contra problemas de salud en la edad avanzada.

Conclusión

Entrevistamos a 253 Latinos y Afro-Americanos con 60 años y mayor que viven en comunidades de Los Ángeles que fueron elegidos por su concentración de Latinos y Afro-Americanos. Aprendimos sobre su situación económica actual frente a la crisis económica reciente, su situación de vivienda y relaciones sociales, y patrones de limitaciones de actividades y su historial médico. No hallamos diferencias de grupo social al grado que fueron afectados estos residentes por la crisis económica, con la excepción de que fue menos severo para los participantes de edad más avanzada. No se hallaron diferencias significativas en la salud con relación a las circunstancias diferentes como resultado de cambios recientes. Sin embargo, sí hubo mayor privación material entre Latinos que poseen un nivel de educación menor y un ingreso promedio, y que viven en una área homogéneo que las personas Afro-Americanas de nuestro encuesta. Asumimos que las fuentes actuales de economía reflejan circunstancias socioeconómicas a largo plazo para nuestros participantes. Dificultad en pagar por su vivienda fue la diferencia más significativa entre los de bajos ingresos en nuestra encuesta de ingresos promedio y los de mayores ingresos. Los de bajos ingresos se relacionaron a peores salud física y mental y más limitaciones en las actividades. Hallamos que los que viven solos generalmente tenían contacto frecuente con amigos y parientes que viven fuera del hogar como los que viven con otras personas, pero indicaron un promedio de salud mental mala. Sobre todo, los participantes de la encuesta tuvieron una tasa drásticamente más alta de grave sufrimiento psicológico comparado con Latinos y Afro-Americanos en el mismo grupo de edad en el Condado de Los Ángeles. La tasa de individuos con sobrepeso y obesidad fue más alta que la tasa para todo el condado para personas de la misma edad y grupo étnicos.

A pesar de todos los desafíos para personas de la tercera edad hay muchas señales de esperanza que muestran un conjunto de logro personal y oportunidades para agencias de servicios para ayudar a mejorar y potenciar servicios comunitarios que facilitará éxito al envejecer.

los adultos mayores en el Sur y Este de Los Ángeles son muy ingeniosos

Apendice Metodológico

Nuestra muestra de participantes se generó de viviendas seleccionadas al azar dentro de secciones censales del Este y Sur de Los Ángeles que habían sido escogidos para rendir una probabilidad mayor de hallar residentes Latinos y Afro-Americanos de 60 años y más de edad. Compramos listas de direcciones para las comunidades preseleccionadas y enviamos cartas a los hogares para describir el proyecto y anunciar que nuestro personal visitaría su área prontamente. Contratamos y entrenamos a nueve encuestadores quienes eran Latinos o Afro-Americanos para conducir las entrevistas de encuesta personalmente. Se hizo una cita para la entrevista con el posible participante cuando se halló calificado y estuvo de acuerdo en participar. Se pagó una suma modesta de $20 a los que participaron. Las entrevistas duraron aproximadamente 90 minutos como promedio. Se preparó al personal sobre el objetivo de la encuesta, hacer las preguntas de encuesta de manera imparcial, tomar medidas físicas como el peso/estatura, y una caminata medida, y en procedimientos para asegurarle al participante un sentido de confidencialidad y seguridad.

Nuestras preguntas fueron el resultado de una variedad de encuestas de ciencias sociales y fuentes psicológicas, y algunas fueron reducidas para brevedad ya que era nuestro objetivo reducir la carga del participante. Las que se mencionan en este reporte están incluidas en las referencias arriba mencionadas.

Algunos de los conceptos del reporte se mencionan aquí. La capacidad para responder personalmente a las preguntas de la encuesta fueron evaluadas utilizando Callahan Prueba Cognitivos Breves.[4] K-6 es una serie de seis preguntas que evocan síntomas psicológicos durante el ultimo mes, diseñado para distinguir participantes con posible enfermedad mental grave.[5] Utilizamos una versión de 12 puntos del original 20 puntos de escala del "Centre for Epidemiologic Studies" – Síntomas de Depresión, lo cual evalúa síntomas depresivos durante los últimos 30 días.[6]

Estatus de pobreza se mide en el Censo EE. UU. con un método que considera ingresos y otros factores que determinan el estatus de pobreza. Del glosario del Departamento: "...el Departamento de Censo usa un conjunto de umbrales de ingresos de dinero que varían entre tamaño de familia y composición para determinar quien es pobre. Si el total de ingresos para una familia o individuo no emparentado cae por debajo del umbral relevante de pobreza, entonces la familia o el individuo no emparentado es clasificado como estando 'debajo del nivel de pobreza'." Nosotros proveemos información de censo que describe una población por debajo de este umbral y por en medio de ese nivel y un umbral que es el doble. El termino "síndrome geriátrico" se utiliza para reflejar enfermedades clínicas en personas de la tercera edad que no son parte de categorías discretas de enfermedades. Muchas de esas enfermedades más comunes bajo el cuidado de un geriatra incluyen delirio, caídas, fragilidad, mareos, incontinencia urinaria y sincope, son clasificadas como síndromes geriátricos. Bajas reservas se refiere a la fisiopatología de capacidad reducida de la función de un órgano, lo cual resulta en fallo del órgano y discapacidad funcional, conocida como homeostático.

Cuando las entrevistas llegaron a su término, el personal devolvió los cuestionarios y apuntes de visitas a nuestra oficina, donde estudiante-asistentes inscribieron la información para análisis. Los archivos informativos y cuestionarios están guardados con seguridad en armonía con las guías de la Junta Revisora Institucional de USC para la protección de sujetos humanos.

Referencias

[1] Community and Senior Services, County of Los Angeles. "LA County Seniors Count!: Survey of the Older Adult Population." Los Angeles, CA. County of Los Angeles: 2008.

[2] U.S. Census Bureau. Census 2000; 2009 American Community Survey.

[3] California Health Interview Survey (CHIS), 2009. University of California [www.chis.ucla.edu, accessed February 2 2012].

[4] Callahan, Christopher M., Frederick W. Unverzagt, Siu L. Hui, Anthony J. Perkins, and Hugh C. Hendrie. (2002). "Six-Item Screener to Identify Cognitive Impairment Among Potential Subjects for Clinical Research. *Medical Care*, 40 (9): 771-781.

[5] Kessler, Ronald C., Peggy R. Barker, Lisa J. Colpe, Joan F. Epstein, Joseph C. Gfroerer, Eva Hiripi, Mary J. Howes, Sharone-Lise T. Normand, Ronald W. Manderscheid, Ellen E. Walters, and Alan M. Zaslavsky. (2003). "Screening for Serious Mental Illness in the General Population." *Archives of General Psychiatry*, 60:184-18.

[6] Radloff, Lenore S. (1977). "The CES-D Scale: A New Self-Report Depression Scale for Research in the General Population." *Applied Psychological Measurement*, 1:385-401.

Para más información sobre este reporte, favor de comunicarse con:

University of Southern California
Edward R. Roybal Institute on Aging
School of Social Work
Montgomery Ross Fisher Building
669 West 34th Street
Los Angeles, CA 90089-0411
(213) 740-1887
uscroybal@usc.edu

Diseño: Vincent Lim
Impresión: Chromatic, Inc.

University of Southern California
Edward R. Roybal Institute on Aging
School of Social Work

Montgomery Ross Fisher Building
669 West 34th Street
Los Angeles, CA 90089-0411
(213) 740-1887

roybal.usc.edu

USC Social Work
USC Edward R. Roybal Institute on Aging

De la investigación a la práctica