VOCES DESDE EL TRABAJO SOCIAL, 2024
VOL. 12 /NO. 1 /Pág. 34-54
www.revistavocests.org

DOI: 10.31919/voces.v12i1.322

Prevalencia de enfermedades cardiovasculares en Puerto Rico: un análisis secundario

Virgen M. Rivera Gómez [1]
José Rodríguez Gómez [2]

OPEN ACCESS PEER-REVIEWED

Cómo citar/citation:
Rivera Gómez, V. M.; & Rodríguez Gómez, J. (2024). Prevalencia de enfermedades cardiovasculares en Puerto Rico: un análisis secundario. Voces desde el Trabajo Social, 12(1), 34-54. https://doi.org/10.31919/voces.v12i1.322

Recibido/received:
25 de febrero de 2024

Revisado/reviewed:
22 de agosto de 2024

Aceptado/accepted:
1 de noviembre de 2024

Derechos de autoría/ Copyright:
© 2024. Rivera Gómez, V. M.; & Rodríguez Gómez, J. Este es un artículo de acceso abierto y distribuido bajo los términos de la licencia y políticas de Creative Commons Attribution 4.0 International License.

Resumen

La población de residentes de Puerto Rico ha cambiado notablemente en los últimos años, con un aumento en el número de hogares con personas de 65 años o más, alcanzando cuatro de cada diez en cincuenta municipios entre 2017 y 2021. Este proyecto es un análisis secundario de datos del estudio "Alzheimer Dementia Screening in Puerto Rican Elderly Sample" de Rodríguez-Gómez et al. (2019), cuyo objetivo es destacar las desigualdades en salud pública que enfrentan los adultos mayores. Se realizaron correlaciones producto-momento de Pearson para analizar la relación entre la zona residencial y un diagnóstico positivo de enfermedades cardiovasculares, así como entre el ingreso y dicho diagnóstico. No se encontraron correlaciones significativas ($p < .05$) entre ingreso y enfermedades cardiovasculares ni entre zona residencial y enfermedades cardiovasculares, aunque sí se observó una correlación significativa entre ingreso y zona residencial. Se recomienda realizar estudios que exploren el uso de servicios de Medicare en Puerto Rico, incluyendo la distribución de proveedores que aceptan cobertura de Medicare, la concentración de beneficiarios en distintas regiones y la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos.

Palabras Clave: adultos mayores; salud pública; Medicare; enfermedades cardiacas; Puerto Rico

Sumario

Introducción. Revisión de literatura. Justificación. Hipótesis. Metodología. Materiales e instrumento. Procedimiento para garantizar los derechos de los participantes en la investigación original. Diseño de la investigación. Procedimientos generales. Análisis estadístico. Resultados y conclusión. Referencias.

[EN] Prevalence of cardiovascular diseases in Puerto Rico: A secondary analysis

Abstract

The population of Puerto Rico (PR) has changed significantly in recent years. During the 2017-2021 period, four out of ten households in fifty municipalities had one or more people aged 65 or older. This project consists of a secondary analysis of data collected from the "Alzheimer Dementia Screening in Puerto Rican Elderly Sample" study by Rodríguez-Gómez, et al., (2019). The purpose of the study is to present the inequalities experienced by older adults in multiple aspects of public health. Pearson's product moment correlations were performed to evaluate the relationship between the participants' residential area and a positive diagnosis of cardiovascular diseases and the relationship between the person's income and a positive diagnosis of cardiovascular diseases. No significant correlation was found ($p<.05$) between income and cardiovascular diseases or residential area and cardiovascular diseases, but there was a significant correlation ($p<.05$) between income and residential area. It is recommended to conduct studies that explore the use of Medicare services in PR, such as: how many beneficiaries use Medicare Part D, how many providers accept Medicare coverage, and the region of the island where these providers and beneficiaries are concentrated. A study exploring beneficiaries' satisfaction with services received by Medicare plans and providers is also recommended.

Keywords: elderly people; public health; Medicare; heart disease; Puerto Rico

Datos de los autores:

[1] Virgen M. Rivera Gómez

Virgen, es madre de Ariana. Estudiante de doctorado en psicología clínica en la Universidad Albizu. Ha servido en el Ejército de los Estados Unidos por más de 19 años.

vrivera807@sju.albizu.edu

ORCID ID https://orcid.org/0000-0001-8760-9019

[2] José Rodríguez Gómez

Catedrático en la Universidad Carlos Albizu en el programa PhD de Psicología Clínica. Tiene en su haber sobre 125 artículos académicos con revisión de pares y sobre 7 libros en sus áreas de peritaje.

jrodriguez@albizu.edu

ORCID ID https://orcid.org/0000-0001-9544-6002

Introducción

El proceso de envejecimiento se define como un proceso universal de cambios biológicos, psicológicos y sociales que se caracterizan por ser progresivos y que le confieren al individuo viejo una minusvalía anatómica y funcional que culmina con la muerte. Sin embargo, se reconoce que existen múltiples factores que hacen el proceso de envejecer singular para cada individuo, haciéndolo así uno más adaptativo (Rodriguez-Gómez, et al., 2019).

Según el Censo de los Estados Unidos y el Instituto de Estadísticas de Puerto Rico, la población de adultos mayores en Puerto Rico ha crecido significativamente en los últimos diez años. Durante 2017-2021, cuatro de cada diez hogares en cincuenta municipios incluían a una o más personas de 65 años o más, comparado con solo doce municipios en el periodo 2012-2016. En general, el porcentaje de hogares con personas de 65 años o más aumentó de 35.1% a 40.6%, un cambio estadísticamente significativo.

Envejecer es un proceso universal, parte del ciclo de vida de todo organismo vivo y que culmina en la muerte. A pesar de ser un proceso universal, también es un proceso individual de cada persona, es decir, aunque todos envejecemos no todos lo hacemos de la misma forma o a la misma velocidad. Este proceso genera alteraciones en diversos aspectos de la vida familiar, social e individual del

puertorriqueño (Rodriguez-Gómez, et al., 2019). Tomando en consideración el aumento de personas mayores en los hogares de Puerto Rico y reconociendo los retos de dicha población, es necesario identificar retos adicionales que van atados a otros aspectos sociales y que pudieran presentar dificultades mayores para algunos grupos de personas mayores.

Revisión de literatura

La Carta de Derechos y la Política Pública del Gobierno a Favor de los Adultos Mayores define como adultos mayores aquellas personas de 60 años o más, definición que utilizaremos en esta investigación, aunque el Censo de los Estados Unidos los describe como personas de 65 años o más. La población de adultos mayores enfrenta mayores desigualdades en salud pública debido a su vulnerabilidad y condiciones sociales adversas, lo que los expone a riesgos significativos. Con el aumento global de esta población, incluyendo en Puerto Rico, las políticas públicas ineficientes, condiciones económicas desfavorables y la falta de sensibilidad hacia sus necesidades agravan su riesgo de inequidad, especialmente en temas de salud. Es fundamental crear conciencia y abordar los determinantes sociales que los excluyen de servicios esenciales que impactan su calidad de vida (Rodríguez-Gómez, 2018).

La Carta de Derechos y la Política Publica del Gobierno a Favor de los Adultos Mayores, Ley Núm. 121 de 1 de agosto de 2019, según enmendada, tiene dentro de sus objetivos establecer un orden público e interés social. Crear condiciones para la protección, atención, bienestar y desarrollo de los adultos mayores desde los 60 años permite su plena integración al desarrollo social, económico, político y cultural de Puerto Rico, según la Organización Mundial de la Salud.

Dentro de las políticas públicas que esta carta garantiza se encuentran:

1. El Gobierno de Puerto Rico y sus agencias facilitarán el acceso de los adultos mayores a los servicios y recursos públicos en toda la isla, conforme a sus derechos reconocidos por esta Ley.

2. Extender la expectativa de vida saludable, promoviendo la salud, el envejecimiento activo y la participación social mediante:

    a. Acceso a servicios de calidad a través de toda la isla, tanto para el sistema público como el privado. Un sistema de cuido integral y continuo que facilite la inclusión social y la vida en comunidad no importa su diversidad funcional o cognitiva en su lugar de preferencia, ya

sea su casa o institución. Los estudios y especialistas geriátricos y gerontólogos entre los profesionales de la salud y sociales.

3. Propiciar que todo adulto mayor en Puerto Rico logre tener oportunidades de alcanzar un nivel de bienestar económico y prosperidad o, de ser necesario, acceso a aquellos programas gubernamentales que le permitan atender sus necesidades básicas. Elementos:

a. Prolongar la vida productiva laboral de los adultos mayores, según sea el deseo del individuo, en la fuerza laboral o empresarial. Fomentar la protección de los activos de la población y educar sobre el fraude y la explotación financiera. Promover la capacitación de planificación y manejo de finanzas para la seguridad en el retiro.

4. Facilitar el desarrollo de un Puerto Rico en que los adultos mayores puedan vivir en la comunidad, según su preferencia, con dignidad y acceso a servicios esenciales mediante:

a. Acceso a una vivienda apropiada y segura en un ambiente saludable. Promoción de un mercado de vivienda alineado con la demografía. Desarrollo de vivienda de personas mayores en áreas urbanas para más integración y acceso a los servicios.

5. Promover el valor, integración y el respeto del adulto mayor en nuestra sociedad mediante la protección de su salud física o mental y la propiedad contra amenazas, hostigamiento, coacción o perturbación por parte de cualquier persona natural o jurídica.

6. Propiciar el acceso a la justicia para que los adultos mayores puedan hacer uso equitativo de los mecanismos y procesos establecidos para prevenir la violación de sus derechos individuales, resolver controversias y obtener remedios legales.

7. La vigencia efectiva de los derechos consignados en la Carta de Derechos de la Constitución de Puerto Rico, así como de las leyes y reglamentos que le sean aplicables.

8. La uniformidad de las leyes y servicios a favor de las personas adultas mayores del país, por lo que el término adulto mayor, que se refiere a toda persona de sesenta (60) años o más, se utilice de manera uniforme en las Leyes y Reglamentos dirigida a la población.

La carta de derechos incluye los siguientes incisos, resumidos a continuación:

1. Generales, integridad, dignidad y preferencia:

a. La carta de derechos garantiza a las personas mayores el respeto de sus derechos constitucionales, protección en salud y bienestar, y acceso sin discriminación a empleo y servicios públicos esenciales. Asegura su derecho a ser escuchados, elegir su lugar de residencia, y vivir en un entorno seguro, libre de abuso y restricciones injustificadas. También defiende la privacidad de su correspondencia y la confidencialidad de expedientes clínicos, y les permite recurrir a la justicia para proteger sus derechos. Además, promueve su desarrollo, previene el abandono y la explotación, y exige atención adecuada por parte de instituciones y la sociedad.

2. Salud, alimentación y familia:

a. Las personas mayores tienen derecho a un acceso prioritario y de calidad a los servicios de salud, con un enfoque integral y gerontológico que promueva su bienestar físico, mental y emocional. Esto incluye atención respetuosa, orientación en salud y nutrición, y participación en decisiones de tratamiento, excepto en casos de incapacidad judicial. También se les garantiza salud preventiva, el derecho a vivir en familia o mantener contacto, un ambiente digno, acceso a una alimentación adecuada y, tras el alta médica, retorno a su hogar o centro de cuidado.

3. Trabajo:

a. Las personas mayores tienen derecho a igualdad de oportunidades para trabajar o participar en actividades productivas. Pueden elegir su actividad laboral y seguir siendo activos en la sociedad en roles remunerados o voluntarios, según sus habilidades. También tienen derecho a empleo en instituciones públicas y privadas, capacitación, condiciones laborales dignas, horarios accesibles y reducciones de impuestos que mejoren su nivel de vida.

4. Asistencia social:

a. Las personas mayores tienen derecho a acceder a programas de asistencia social en situaciones de vulnerabilidad, desamparo, desempleo o discapacidad. También deben tener

acceso a viviendas dignas y adaptadas a sus necesidades, así como programas que faciliten su desplazamiento en diferentes espacios. En situaciones de riesgo, pueden acceder a atención integral en hogares o albergues. Tienen derecho a decidir su ingreso a cuidados prolongados y a ejercer sus derechos en internamientos involuntarios, además de participar en programas de turismo social según la política pública del Gobierno de Puerto Rico.

5. Participación:

a. Las personas mayores tienen derecho a participar en el desarrollo social mediante la formulación de decisiones que impacten su bienestar. Pueden asociarse y formar organizaciones para influir en acciones dirigidas a su sector, contribuir en procesos educativos y participar en la vida cívica, cultural, deportiva y recreativa. También pueden integrarse en órganos de consulta, recibir reconocimientos por sus aportes y organizar grupos de apoyo que fortalezcan la vida social y comunitaria.

6.Principios jurídicos:

a. Las personas mayores tienen derecho a disfrutar plenamente de sus derechos, sin discriminación y con perspectiva de género. Deben recibir un trato digno en procedimientos judiciales, contar con asesoría gratuita del estado y, cuando sea necesario, un representante legal para proteger su patrimonio. También tienen derecho a decidir libremente sobre la tutela de su persona y bienes.

7. Educación e información:

a. Las personas mayores tienen derecho a que las instituciones educativas incluyan programas de capacitación y desarrollo específicos para ellos. También deben recibir información sobre programas de atención integral y planificación de vida, así como capacitación en nuevas tecnologías, con talleres cada 90 días en municipios y comunidades.

8. Establecimiento de cuidado:

a. Las personas mayores tienen derecho a un trato digno en los establecimientos de cuidado, con información clara sobre servicios y costos. Al ingreso, deben ser informados de su estado

de salud y participar en su tratamiento, con la opción de rechazar tratamientos experimentales. No pueden ser discriminados por la fuente de pago ni trasladados sin su consentimiento, salvo razones médicas o legales con un plan de reubicación notificado con 30 días de anticipación. Tienen derecho a vivir sin abuso y sin restricciones físicas o químicas, salvo para su seguridad bajo orden médica. Además, se garantiza su privacidad en correspondencia, visitas y comunicación, así como el manejo de sus finanzas y la confidencialidad de sus expedientes. También pueden elegir su vestimenta, espacio personal, y mantener privacidad con su cónyuge; se debe respetar su capacidad de decisión en su ubicación, salvo en situaciones de emergencia.

9. Reclusión en establecimiento residencial o médico-hospitalario:

a. En el proceso de admisión voluntaria de adultos mayores a instituciones, deben otorgarse las mismas garantías legales que a cualquier ciudadano, respetándose estos derechos durante el tratamiento, su término y seguimiento. En casos de reclusión involuntaria, el adulto mayor tiene derecho a una audiencia para discutir su reclusión, a que el tiempo de internamiento no exceda lo permitido por ley, a participar en vistas médicas o legales, y a consultar con abogados. También puede solicitar asistencia legal gratuita si es indigente y un experto independiente para evaluar su caso. Las instituciones deben registrar los datos de contacto de la persona responsable de su cuidado tras el alta, y en caso de abandono, informar a la Policía de Puerto Rico y al Departamento de la Familia.

10. Legislaciones especiales:

a. Las personas mayores tienen derecho a recibir material didáctico y cultural gratuito, entrenamiento laboral y subsidios para alquiler y mejoras de movilidad en el hogar. También gozan de entrada gratuita a eventos y transporte público en instalaciones gubernamentales, y de exenciones fiscales en la venta de su vivienda principal.

> En el empleo, deben tener igualdad de condiciones salariales y beneficios, y pueden reclamar judicialmente el derecho a recibir alimentos, alojamiento, y atención médica de familiares cercanos. Además, si carecen de apoyo familiar, tienen derecho a un plan funerario gratuito y pueden trabajar para el gobierno sin afectar sus beneficios de pensión.

A pesar de esta carta de derechos y de las políticas públicas establecidas por el Gobierno de Puerto Rico, el 38% de la población de 65 años o más, vive bajo el nivel de pobreza, según la información recopilada por el Censo de Estados Unidos en 2020.

La pobreza entre los adultos mayores en Puerto Rico representa un desafío para el gobierno y el sistema de salud, especialmente debido a los costos asociados con enfermedades crónicas como trastornos neurocognitivos, problemas cardíacos y cáncer, principales causas de mortalidad en esta población (Rodríguez-Gómez, 2018). Según el Centers for Disease Control and Prevention (CDC), el mal control de la presión arterial afecta a 5 millones de adultos mayores en Estados Unidos; su informe Signos Vitales (2016) revela que siete de cada diez personas de 65 años o más tienen hipertensión, aunque casi la mitad no la controla adecuadamente.

El Medicare es un seguro de salud, del gobierno federal para personas de 65 años o más, este seguro tiene varias coberturas o partes que ayudan a cubrir diferentes costos de servicios de salud (medicare.gov). La Parte A cubre hospitalizaciones y cuidados en el hogar; la Parte B cubre citas médicas, equipos médicos y servicios preventivos. La Parte C (Medicare Advantage) es un plan privado que combina los beneficios de las Partes A, B y D, y la Parte D ayuda con los costos de medicamentos recetados (CDC).

Según el informe Signos Vitales (2016), 5 millones de beneficiarios de Medicare Parte D mayores de 65 años no toman sus medicamentos para la presión arterial adecuadamente, lo que incrementa el riesgo de enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, enfermedad renal y muerte (CDC, 2016). El informe, basado en datos de 2014 de más de 18.5 millones de inscritos, analiza factores como geografía, raza, sexo, ingresos y tipo de medicamento en las tasas de adherencia. Se encontró que las tasas más altas de falta de adherencia se dan en los estados del sur de Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes (CDC, 2016).

El estudio de Camacho-Mercado et al. (2016) comparó dos

regiones socioeconómicas en Puerto Rico: el área metropolitana (Carolina, Guaynabo, Trujillo Alto y San Juan) y el área noroeste central (incluyendo municipios como Aguadilla, Aibonito, Arecibo, y otros). Encontraron que el área metropolitana está cinco veces más poblada y tiene una mayor concentración de hospitales por milla cuadrada que la región noroeste central. Además, el ingreso promedio en el área metropolitana es de $16,192 anuales, más del doble del ingreso promedio en el área noroeste central ($7,991). También hay una diferencia significativa en los niveles de pobreza: 48% de la población en el noroeste central vive bajo el nivel de pobreza, en comparación con el 29% en el área metropolitana.

A las diferencias estructurales y socioeconómicas en Puerto Rico se suman el deterioro de la economía y el éxodo de profesionales de salud, lo cual amenaza la infraestructura del sistema de salud, especialmente fuera del área metropolitana (Perreira et al., 2017). Según Perreira, et al. (2017), 72 de las 78 municipalidades en Puerto Rico han sido identificadas como áreas medicamente desatendidas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) por sus siglas en ingles. El estudio de Perreira et al. (2017), basado en entrevistas a expertos del sector salud, identificó varios problemas: dificultad para acceder a especialistas, el enfoque de los planes médicos en reducir costos en lugar de coordinar cuidados y la falta de adherencia al tratamiento debido a limitaciones financieras. La inelegibilidad de los residentes de Puerto Rico para el beneficio de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) agrava esta situación, ya que muchos beneficiarios de Medicare no pueden costear sus medicamentos y deben reducir dosis o saltar tratamientos.

Justificación

Los adultos mayores enfrentan desigualdades en salud pública agravadas por su fragilidad y condiciones sociales adversas, lo que aumenta su riesgo de exclusión de servicios vitales (Rodríguez-Gómez, 2018). En Puerto Rico, problemas de infraestructura en salud, escasez de proveedores y altos costos de medicamentos complican aún más su acceso a cuidados (Perreira et al., 2017). Este estudio busca contribuir a la literatura y promover cambios en políticas públicas que mejoren la distribución y accesibilidad de servicios médicos para los adultos mayores, una población en crecimiento que merece nuestro cuidado y respeto (Censo, 2020).

Hipótesis

H0: No existirán diferencias estadísticamente significativas en

los adultos mayores, a un nivel p<.05 en la prevalencia de enfermedades cardiovasculares en el área metropolitana, en comparación con el resto de la isla, según reportados en el estudio titulado, Prueba de detección de demencia tipo Alzheimer en una muestra de ancianos puertorriqueños de Rodríguez-Gómez et al., (2019).

H0: El ingreso económico de los adultos mayores, según reportado en el estudio de Rodríguez-Gómez, González-Viruet, Román-Marrero y Rodríguez-Benítez (2019) sobre detección de demencia tipo Alzheimer en ancianos puertorriqueños, presenta una correlación inversa significativa (índice de .26 o mayor, p < .05) con la prevalencia de enfermedades cardiovasculares, de acuerdo con los hallazgos de Champion (1981).

Metodología

Este proyecto es un análisis secundario de datos del estudio "Alzheimer Dementia Screening in Puerto Rican Elderly Sample" de Rodríguez-Gómez et al. (2019), presentado en el Tercer Simposio Interdisciplinario de Investigación de la Escuela de Medicina San Juan Bautista en Caguas, Puerto Rico. El estudio original buscó desarrollar una batería neuropsicológica para el cernimiento de Alzheimer en adultos mayores puertorriqueños (60 a 100 años) y evaluar la sensibilidad y especificidad de los instrumentos. Las pruebas incluidas fueron el CERAD, MMSE, EIWA-III (subpruebas de Retención de Dígitos y Semejanzas) y la Prueba del Reloj de Tuokko. La muestra consistió en 143 participantes (103 mujeres y 39 hombres) de 60 a 100 años, residentes de égidas o miembros de la American Association of Retired Persons (AARP) en municipios como Bayamón, Fajardo, Ponce, y San Juan.

Criterios de inclusión y exclusión de la investigación original.

Los criterios de inclusión de la investigación original eran que los participantes tuvieran entre 60 a 100 años, fueran residentes de egidas o sean miembros de AARP en los municipios de Bayamón, Castañer, Fajardo, Guayama, Mayagüez, Ponce, San Juan y Vieques. Los criterios de exclusión fueron, ser menor de 60 años, no residir en egidas o no ser miembros de AARP de los municipios: Bayamón, Castañer, Fajardo, Guayama, Mayagüez, Ponce, San Juan y Vieques.

Criterios de inclusión y exclusión de la investigación secundaria.

Los criterios de inclusión de esta investigación consisten en ser parte inicial de la investigación original titulada Alzheimer Dementia Screening in Puerto Rican Elderly Sample de Rodríguez-Gómez, et al.,

(2019). Los participantes debían tener entre 60 a 100 años, fueran residentes de egidas o sean miembros de AARP en los municipios de Bayamón, Castañer, Fajardo, Guayama, Mayagüez, Ponce, San Juan y Vieques. Los criterios de exclusión fueron, ser menor de 60 años, no residir en egidas o no ser miembros de AARP de los municipios: Bayamón, Castañer, Fajardo, Guayama, Mayagüez, Ponce, San Juan y Vieques y no haber sido parte del estudio original.

Materiales e instrumento

Carta de consentimiento para acceso a base de datos.

Se completó una carta donde el Dr. Rodriguez-Gómez, investigador principal del estudio, (autores adicionales del estudio fueron, González-Viruet, Román-Marrero y Rodríguez-Benítez) autoriza la utilización de la base de datos recopilados en el estudio original realizado en el 2019 para ser utilizados en este estudio secundario.

Base de datos del estudio original, Rodríguez-Gómez, et al., (2019).

La base de datos original fue creada con el programa SPSS (versión 23) e incluye información demográfica (género, edad, estado civil, ingreso, entre otros), auto-reporte de enfermedades físicas y mentales, y medidas de funcionamiento cognitivo (lenguaje, atención, memoria, dominio visoespacial) basadas en los criterios del National Institute on Aging and Alzheimer's Association (NIA-AA). También contiene puntuaciones del Mini-Mental State Examination (MMSE), validado para Puerto Rico, para detectar deterioro cognitivo en áreas como orientación y memoria (De la Rubia Ortí et al., 2017). Los datos están codificados para proteger la identidad de los participantes.

Procedimiento para garantizar los derechos de los participantes en la investigación original

Según la investigación de Rodríguez-Gómez et al. (2019), los participantes fueron informados sobre el carácter voluntario del estudio, la confidencialidad de sus datos, los beneficios, riesgos y la duración de su participación, con el derecho a retirarse sin penalidad en cualquier momento. Se les entregó una hoja de consentimiento informado, que incluía detalles sobre el estudio, los investigadores, el Comité de Ética de la Universidad Albizu y posibles usos de los datos. Para proteger la confidencialidad, a cada participante se le asignó un número de control para los instrumentos, evitando vincular su identidad directamente con los datos.

Investigación secundaria

En esta investigación secundaria, no habrá contacto con los participantes, lo cual elimina riesgos para ellos. Se utilizará la base de datos del estudio original de Rodríguez-Gómez et al. (2019), con permiso del investigador principal, Dr. Rodríguez Gómez. Se analizarán datos demográficos (región, pueblo, zona residencial e ingreso) y enfermedades cardiovasculares. La investigadora principal, su supervisor Dr. José Rodríguez-Gómez y la Dra. Lymaries Padilla-Cotto tendrán acceso a estos datos, y el Comité de Ética de la Universidad Albizu puede revisarlos. La base de datos será destruida con la presencia de un testigo después de cinco años.

Diseño de la investigación

El diseño de esta investigación es un análisis secundario. El análisis secundario se centra en el uso de datos previamente recolectados para responder nuevas preguntas de investigación o reinterpretar los datos en un contexto diferente. Este enfoque teórico se fundamenta en la idea de maximizar el valor de los datos existentes y en la posibilidad de obtener nuevos conocimientos sin necesidad de realizar una nueva recolección de datos. La teoría detrás del análisis secundario se apoya en la suposición de que los datos originales son válidos y confiables, por lo que pueden ser reutilizados para nuevas preguntas o enfoques (Cheng, H.G. y Phillips, M.R., 2014). El análisis secundario presenta varias limitaciones, como el uso de bases de datos recopiladas con fines específicos del análisis primario, lo que puede restringir el análisis y la interpretación de los resultados, así como la selección, tamaño y representación de la muestra, que puede no ajustarse a las necesidades del estudio secundario. Además, no hay control sobre la recolección y calidad de los datos, y a veces faltan datos relevantes para los nuevos objetivos del análisis (INCAP, 2023). Sin embargo, también ofrece ventajas, como ahorro en costos y tiempo de planificación y preparación de la base de datos (INCAP, 2023). Un análisis secundario se basa en la teoría de que los datos pueden tener múltiples interpretaciones y aplicaciones, siempre que sean interpretados en función de las características originales de la muestra y el contexto en el que fueron recolectados (Cheng, H.G. y Phillips, M.R., 2014). En este estudio se podrán realizar contrastes de grupos para determinar si existen diferencias significativas entre las variables sociodemográficas (pueblo e ingreso) y enfermedades cardiovasculares.

Procedimientos generales

Investigación original

La investigación original recibió la aprobación del Comité de Ética en la Investigación (IRB) de la Universidad Albizu, Recinto de San Juan. La muestra fue de participación voluntaria y se obtuvo mediante disponibilidad. los participantes recibieron una hoja de consentimiento informado con detalles de la investigación y los contactos de los investigadores y el presidente del IRB. Se les informó que los resultados podrían usarse en futuras investigaciones, garantizando su confidencialidad. Se les administró una hoja de datos sociodemográficos y una batería de evaluación neuropsicológica. No hubo eventos adversos, y los datos se almacenaron bajo llave para análisis futuros o presentaciones, con el permiso del Dr. José Rodríguez-Gómez.

Investigación secundaria

La investigadora principal, su supervisor Dr. José Rodríguez Gómez y la lectora Dra. Lymaries Padilla-Cotto tuvieron acceso a la base de datos, mientras que el Comité de Ética en la Investigación (IRB) de la Universidad Albizu conservó el derecho de revisar los documentos y procesos. La investigación secundaria utilizó la base de datos completa (n = 143) para análisis estadísticos de datos sociodemográficos (género, edad, región, estado civil, entre otros) y enfermedades cardiovasculares, sin contacto directo con los participantes ni adición de muestra, eliminando así posibles riesgos. Toda la información se almacenará bajo llave y podrá usarse para futuras presentaciones, preservando la confidencialidad.

Análisis estadístico

Se utilizó el programa estadístico SPSS-X versión 23, para llevar a cabo análisis de frecuencias, porcentajes, coeficientes de correlación producto momento de Pearson para determinar las relaciones entre las variables. En los resultados se establecerá un nivel de significancia menor de $p < .05$ en los análisis de correlación, utilizando a Champion (1981).

Resultados y conclusión

Este estudio secundario tiene como propósito presentar las desigualdades que experimentan los adultos mayores en múltiples aspectos de salud pública (Rodriguez-Gomez, 2018). Dentro de los problemas se encuentran: infraestructura de salud en Puerto Rico, escasez de proveedores

o dificultad alcanzando los proveedores que quedan, pues la mayoría se encuentran concentrados en el área metropolitana y los altos costos de medicamentos o copagos que dificultan su tratamiento médico (Perreira et al., 2017). De tal forma que, se aporte a la literatura, y crear conciencia sobre la desigualdad de distribución de servicios médicos o acceso a estos.

Características sociodemográficas

El numero de la muestra es de 143 participantes, las características utilizadas en el estudio secundario son las siguientes: La mayoría de los participantes fueron féminas (72%), un (61%) de los participantes residían fuera del área metropolitana siendo la mayoría de estos residentes del pueblo de Ponce (20%). La edad e ingreso promedio de los entrevistados fue 73 años y $1,502 respectivamente, el 50% afirmó tener condiciones cardiovasculares, un 31% posee un bachillerato y la mayoría de los participantes (34%) estaban casados.

Género	N	%
No contestó	1	0.7%
Femenino	103	72.0%
Masculino	39	27.3%

Zona	N	%
Área Metropolitana	55	38.5%
Fuera del Área Metropolitana	88	61.5%

Grado Académico	N	%
	1	0.7%
Bachillerato	45	31.5%
Doctorado	1	0.7%
Escuela Elemental	16	11.2%
Escuela Superior	44	30.8%
Maestría	18	12.6%
Escuela Intermedia	14	9.8%
No Educación	4	2.8%

Pueblo	N	%
Bayamón	3	2.1%
Castañer	4	2.8%
Guayama	20	14.0%
Hato Rey	21	14.7%
Iares	2	1.4%
Lares	15	10.5%
Levitown	12	8.4%
Levittown	6	4.2%
Mayaguez	4	2.8%
Mayagüez	3	2.1%
Ponce	29	20.3%
Rio Piedra	1	0.7%

Santurce	6	4.2%
Toa Baja	1	0.7%
Viequez	16	1.2%

Edad	N	%
61	7	4.9%
62	8	5.6%
63	4	2.8%
64	7	4.9%
65	4	2.8%
66	9	6.3%
67	6	4.2%
68	2	1.4%
69	8	5.6%
70	4	2.8%
71	4	2.8%
72	7	4.9%
73	9	6.3%
74	4	2.8%
75	5	3.5%
76	5	3.5%
77	5	3.5%
78	5	3.5%
79	5	3.5%
80	3	2.1%
81	4	2.8%
82	9	6.3%
83	4	2.8%
84	1	0.7%
85	4	2.8%
86	2	1.4%
87	3	2.1%
88	2	1.4%
89	1	0.7%
91	1	0.7%
94	1	0.7%

Enfermedad Cardiaca	N	%
No	70	49.0%
Se desconoce	1	0.7%
Si	72	50.3%

Ingreso	N	%
Se desconoce	7	4.9%
1. $0-$500	32	22.4%
2. $501-$1000	36	25.2%
3. $1001-$1500	28	19.6%
4. $1501-$2000	17	11.9%
5. $2001-$2500	6	4.2%
6. $2501-$3000	5	3.5%
7. $3001-$3500	3	2.1%
8. $3501-$4000	3	2.1%
9. $4001-$4500	2	1.4%
11. $4501-$5000	0	0%
12. $5001-$5500	1	0.7%

13. $5501-$6000	1	0.7%
14. $6001-$6500	1	0.7%
15. $6501-more	1	0.7%
Total	143	100%

Estado Civil	N	%
Casado/a	49	34.3%
Divorciado/a	21	14.7%
Relación Consensuada	1	0.7%
Soltero/a	24	16.8%
Viudo/a	48	33.6%

Resultados

Se realizó una correlación de Pearson para evaluar la relación entre la zona residencial y el diagnóstico de enfermedades cardiovasculares, sin encontrar una relación significativa, r (143) = -0.77, p = .358. Tampoco se encontró una relación significativa entre el ingreso y el diagnóstico de enfermedades cardiovasculares, r (136) = -.005, p = .956. Sin embargo, sí hubo una correlación significativa, aunque débil, entre zona residencial e ingreso, r (136) = .193, p = .024, lo cual valida el estudio de Camacho-Mercado et al. (2016), que establece que los ingresos promedio son mayores en el área metropolitana.

		Enfermedad Cardiovascular	Ingreso	Zona Res
Enfermedad Cardiovascular	Pearson Correlation	1	-.005	-.077
	Sig (2-tailed)		.956	.358
	N	143	136	143
Ingreso	Pearson Correlation	-.005	1	.193*
	Sig (2-tailed)	.956		.024
	N	136	136	136
Zona Res	Pearson Correlation	-.077	.193*	1
	Sig (2-tailed)	.358	.024	
	N	143	136	143

**. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).*

Conclusión

Dentro de las correlaciones realizadas no se encontró una correlación significativa (p<.05) entre el ingreso y enfermedades cardiovasculares o zona residencial y enfermedades cardiovasculares, pero se pudo observar que había una correlación significativa (p<.05) entre ingreso y zona residencial. Es decir, que vivir en la zona metropolitana puede asociarse a un mayor ingreso que vivir fuera de dicha zona, validando información obtenida del estudio de Camacho-Mercado, et al., (2016). que establece que el ingreso promedio de los municipios que comprenden el área metropolitana es de $16,192 anual, más del doble que el área noroeste central de la Isla, cuyo ingreso promedio anual es de $7,991. Entre las limitaciones del

estudio se encuentra el uso de bases de datos recopiladas para el análisis primario, lo cual podría restringir la interpretación de los resultados, así como la selección y representación de la muestra. Los participantes del estudio original eran residentes de égidas o miembros de AARP en municipios específicos, lo cual podría implicar mayor acceso a cuidados médicos en comparación con otros grupos. Se sugiere repetir este análisis con nuevos datos que amplíen la muestra para incluir tanto residentes de égidas como personas que no lo son. También se recomienda explorar el uso de Medicare en Puerto Rico, incluyendo la distribución de proveedores y beneficiarios de la Parte D, y evaluar la satisfacción con los servicios de Medicare.

La literatura muestra un cambio significativo en la población de adultos mayores en Puerto Rico, que ahora representa el 40.6% de los hogares. El 38% vive bajo el nivel de pobreza, sin acceso a SSI, con escasez de médicos especialistas y transporte público inadecuado. Estos factores agravan su situación económica y afectan su salud y calidad de vida. Como sugiere García Gutiérrez (2018), es necesario reflexionar sobre las necesidades y desafíos de esta población.

Aunque la Carta de Derechos y la Política Pública del Gobierno a Favor de los Adultos Mayores (Ley Núm. 121 de 1 de agosto de 2019) establece derechos fundamentales como acceso a servicios médicos y libertad económica, estos derechos se ven obstaculizados por barreras en su implementación. Un ejemplo es el acceso a transporte: aunque algunos adultos mayores pueden manejar, muchos viven en áreas rurales alejadas del área metropolitana, donde se concentran los especialistas médicos. Factores como falta de transportación confiable, problemas de salud, largas distancias, dificultan su acceso a la atención médica necesaria. La ausencia de un transporte público funcional, como lo eran las "guaguas públicas" de antaño, limitan su capacidad para realizar actividades esenciales. Aunque existen planes médicos que ofrecen transporte, estos no son gratuitos y, una vez más, la falta de ingresos coloca a esta población en una desventaja considerable. Estoy de acuerdo con García Gutiérrez, A. (2018) en que la educación y orientación son claves para empoderar a los adultos mayores y que las políticas públicas deben enfocarse en promover su participación en la sociedad.

Si bien la Carta de Derechos ofrece un marco amplio y completo, su implementación sigue siendo insuficiente. Muchos

adultos mayores en Puerto Rico carecen de acceso a servicios de salud, empleo y recursos básicos, quedando atrapados en un ciclo de pobreza que afecta gravemente su bienestar. Nuestros adultos mayores no son una carga para el país; es el país el que ha fallado al eliminar servicios sin reemplazarlos. Debemos recordar que todos seguiremos este mismo camino, y asegurar el bienestar de nuestros mayores es construir un futuro digno para todos.

Referencias

Camacho-Mercado, C.L, Figueroa, R., Acosta,H., Arnold, S.E. y Vega, I.E. (2016) Profiling of Alzheimer's disease patients in Puerto Rico: A comparison of two distinct socioeconomics areas. SAGE Open Medicine, Volume 4, 1-8. Sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav DOI:10.1177/2050312115627826

Carta de Derechos y la Política Pública del Gobierno a Favor de los Adultos Mayores (Ley Núm. 121 de 1 de agosto de 2019, según enmendada). http://www.ogp.pr.gov

CDC Signos Vitales. (13 de septiembre de 2016). El mal control de la presión arterial pone en riesgo a 5 millones de personas mayores en los Estados Unidos. https://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p_vs_presionarterial_091316.html

Cheng, H. G., & Phillips, M. R. (2014). Secondary analysis of existing data: Opportunities and implementation. Shanghai Archives of Psychiatry, 26(6), 371-375.

De la Rubia Ortí, J.E, Sanchez Alvarez, C., Selvi Sabater, P., Bueno Cayo, A.M. Sancho Castillo, S., Rochina, M.J., Hu Yang, I. (marzo 2017). Influencia del aceite de coco enenfermos de alzhéimer a nivel cognitivo. Nutrición Hospitalaria, Volumen 34 (2) 352-356. Doi: 10.20960/nh.780

García Gutiérrez, A. (2018). Vejez en Puerto Rico: Una mirada multidisciplinaria desde el trabajo social. VOCES, 6(1), 154-173.

INCAP (Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá). Análisis Secundario de Datos.

Recuperado 15 de junio de 2023 de http://www.incap.int/sisvan/index.php/es/areas-tematicas/herramientas-operacionales-de-apoyo/analisis-secundario-de-datos

Junta de Planificación de Puerto Rico (2013). Resumen económico de Puerto Rico. Suplemento Especial. Recuperado de http://gis.jp.pr.gov/Externo-Econ/Reto%20Demogr%C3%A1fico/Suplemento%20Adultos%20Mayores%20Diciembre%202013.pdf

Medicare.gov (2023). Partes de Medicare. https://es.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/medicare-basics/parts-of-medicare

Perreira, K., Peters, R., Lallemand, N. y Zuckerman, S. (2017). Puerto Rico Health Care Infrastructure Assessment. Washington, DC: Urban Institute.

Rodriguez-Gomez, J.R., (2018) Los Determinantes Sociales de la Salud en la Vejez: Algunas Consideraciones Relevantes y Practicas para la Psicología en Puerto Rico. Ciencias de la Conducta, Volumen 33 (1), 171-208.

Rodríguez-Gómez, González-Viruet, Román-Marrero y Rodríguez-Benítez (2019) "Alzheimer Dementia Screening in Puerto Rican Elderly Sample" (Prueba de detección de demencia tipo Alzheimer en una muestra de ancianos puertorriqueños). Estudio presentado en el Tercer Simposio Interdisciplinario de Investigación en la Escuela de Medicina San Juan Bautista, Caguas, Puerto Rico.

Rodríguez-Gómez, J.R., Rodríguez Benítez, R., González, M.; Díaz, O.V., Feliciano, M. (2012). Demencia tipo Alzheimer en una muestra de ancianos puertorriqueños: Estudio piloto sobre la utilidad y evaluación de una batería de cernimiento. Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico 102(4), 54-63.

Rodriguez-Gomez, J.R., Rodriguez Pagan, D., Gonzalez, M.J., Delgado Medina, T. y Rodriguez Pagan, K. (2019). Inicios de la Validación de la Escala para Explorar

Actitudes Espirituales y Religiosas en Ancianos con una Muestra Puertorriqueña: Un estudio Piloto. Ciencias de la Conducta, Volumen 33 (1), 183-214.

United State Census Bureau. (8 de diciembre de 2022). Firme el incremento de hogares con personas 65 años o más en Puerto Rico. https://censo.estadisticas.pr/Comunicado-de-prensa/2022-12-08t122613

United State Census Bureau (2000). Census 2000 data for Puerto Rico. Recuperado de https://www.census.gov/census2000/states/pr.html