

Factores contextuales y enfermedades que favorecen la dependencia. Villa María-Villa Nueva, 2008-09.

María F. Álvarez y Carola L. Bertone.

Cita:

María F. Álvarez y Carola L. Bertone (2009). *Factores contextuales y enfermedades que favorecen la dependencia. Villa María- Villa Nueva, 2008-09. X Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, San Fernando del Valle de Catamarca.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-058/44>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eoTk/Voq>

Sesión 10. Mortalidad, morbilidad y condiciones de vida

Organiza: Comisión Científica de Mortalidad Morbilidad

Coordinadora: Dra. Dora Celton (UNC-CONICET)

Título: **Factores contextuales y enfermedades que favorecen la dependencia.**

Villa María- Villa Nueva, 2008-09.

Álvarez, María F., UNVM- CEPyD – mfsalvarez@gmail.com

Bertone, Carola L., CEA- CEPyD – clbertone@hotmail.com

Resumen

Los adultos mayores, debido al envejecimiento poblacional y al aumento de la esperanza de vida, están ocupando cada vez un mayor porcentaje en la distribución por edad de la población, al mismo tiempo que se está produciendo un cambio en la estructura de los hogares, y en la organización de las familias.

En el proceso de la vejez se genera una vulnerabilidad relacionada no solo con la enfermedad, sino también con su repercusión en el estatus funcional, es decir, con el quebrantamiento de la autonomía, así como también, con la capacidad de respuesta del entorno para brindar apoyo social al anciano. Como consecuencia de este proceso surge la necesidad de identificar los factores que inciden en la aparición de la discapacidad y la dependencia en mayores, aspectos que afectan negativamente la calidad de vida de este grupo poblacional, que emerge de un proceso global fruto de la interacción entre la persona y el contexto.

El presente trabajo tiene como objeto identificar los indicadores sociales y demográficos que pueden estimarse como predictores de la dependencia de las personas mayores.

Aspectos tales como: sexo, edad, condición de diabético, con quién vive, algunas características de la vivienda, relaciones y contactos sociales, apoyo de la red social e ingresos del hogar, podrían ser aplicados como predictores del riesgo de ser dependiente. Ser hombre, mayor de 64 años, diabético, con ingresos menores a la canasta básica alimentaria, que no sale de su domicilio y sin apoyo social, aumenta considerablemente su chance de ser dependiente.

Introducción

Los adultos mayores, debido al envejecimiento poblacional y al aumento de la esperanza de vida, están ocupando cada vez un mayor porcentaje en la distribución por edad de la población, al mismo tiempo que se está produciendo un cambio en la estructura de los hogares, y en la organización económica de las familias.

En el proceso de la vejez se genera una vulnerabilidad relacionada no solo con la enfermedad, sino también con su repercusión en el estatus funcional, es decir, con el quebrantamiento de la autonomía, así como también, con la capacidad de respuesta del entorno para brindar apoyo social al anciano que envejece.

Como consecuencia de este proceso surge la necesidad de identificar los factores que inciden en la aparición de la discapacidad y la dependencia en mayores, aspectos que afectan negativamente la calidad de vida de este grupo poblacional, que emerge de un proceso global fruto de la interacción entre la persona y el contexto en el que ésta se desarrolla. Existe consenso entre los profesionales del área de la salud acerca de que los factores sociales y contextuales influyen sobre la salud y el deterioro funcional, aunque no siempre son valorados.

En la bibliografía consultada se estudian generalmente los aspectos biológicos de este fenómeno de la tercera edad con algunos acercamientos psicosociales en menor medida. Se considera que el envejecimiento poblacional amenaza el sistema de salud. Se sabe que las personas mayores consumen más servicios socio- sanitarios y medicamentos que otros grupos de edad. El impacto sobre el sistema de salud, del notable volumen de personas mayores será consecuencia de las condiciones de vida de la población y de los índices de dependencia.

La cuestión central que se plantea, en relación a la prolongación de la vida, es: ¿Se puede aceptar un empeoramiento de la calidad de vida en la vejez? o ¿Se puede tratar por todos los medios de posponer la morbilidad y la dependencia?

Según algunas investigaciones vinculadas con los adultos mayores, para posponer la dependencia se debería trabajar de dos maneras: utilizar procedimientos eficaces que retrasen o limiten la aparición de discapacidad funcional en enfermedades médicas o quirúrgicas, y detectar a tiempo aquellos factores que puedan producir potencialmente limitaciones funcionales y dependencia o sea la detección de ancianos en situación de

riesgo. Todo esto tendiente a implementar ciertas intervenciones socio -sanitarias, fundamentalmente preventivas.

La dependencia comienza así a ser considerada un tema fundamental para el abordaje del envejecimiento patológico, de la comprensión de la morbilidad y del necesario ajuste de costos/beneficios de las intervenciones de salud en las personas mayores, y el impacto que tiene sobre la economía familiar. El conocimiento profundo sobre el tema apunta a una optimización de los recursos sociales y sanitarios abaratando los costos de una serie de intervenciones que, numerosas veces, no consiguen el objetivo de mejorar la calidad de vida de estas personas.

En esta investigación se estudiaron los aspectos sociales que se relacionan con la discapacidad y la dependencia que presentan los mayores de 44 años, residentes en hogares particulares, en un conglomerado urbano del interior de la provincia de Córdoba. Se realizó la valoración funcional (dependencia) a través de instrumentos de relevamiento conocidos, que evalúan la realización de las actividades de la vida diaria y además se indagó sobre aspectos sociodemográficos y de conductas habituales que pueden afectar la salud.

Objetivo general

Identificar los indicadores sociales y demográficos que pueden estimarse como predictores de la dependencia de las personas mayores de 44 años.

Objetivos específicos

- Categorizar la dependencia de las personas entrevistadas según las puntuaciones obtenidas por el Índice de Barthel y la Escala del Centro Geriátrico de Filadelfia de Lawton.
- Caracterizar a los adultos mayores dependientes según las variables socio-demográficas relevadas.
- Analizar las correlaciones bivariadas entre las puntuaciones obtenidas para evaluar la dependencia y los demás indicadores.
- Aplicar un modelo de análisis multivariado para determinar los indicadores que pueden obtenerse como predictores de la dependencia funcional.

Metodología

Para el presente estudio se utilizó una fuente primaria construida a partir de una encuesta realizada a mayores de 44 años que residen habitualmente (más de 5 años) en hogares particulares de las ciudades de Villa María y Villa Nueva. La exclusión se produjo al no firmar el consentimiento informado para el examen médico.

El operativo se realizó en diferentes barrios de la ciudad, la muestra fue de 1166 personas aproximadamente, tomada desde mayo a diciembre del 2008 y febrero-marzo del 2009. Se determinaron 120 puntos muestrales distribuidos en el conglomerado según densidad de población, pero no se pudo respetar la distribución exacta, ya que en algunos barrios la población se negó a participar y en otros lo hizo de forma reticente.

La unidad de análisis fue la persona.

El formulario de relevamiento consta de varios apartados, en el que se destacan dos tipos de variables: las socio-demográficas, y las específicas vinculadas con: la dependencia, la calidad de vida, el apoyo social y la participación, dirigidas a valorar la autonomía de los adultos mayores.

Las variables socio-demográficas que se relevaron fueron: Sexo, Edad, Situación conyugal (presente), Máximo nivel de instrucción y Actividad laboral

La valoración de la autonomía se estimó a través de la **dependencia**, que se mide mediante una variable ordinal y se releva a través de dos escalas:

⇒ Escala de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (Tabla N° 1) fue elaborado por Barthel en 1965 para medir la evolución de los sujetos con procesos neuromusculares y musculoesqueléticos, incluye diez áreas y ha sido ampliamente utilizada en unidades de Rehabilitación.

La puntuación total de máxima independencia y de dependencia es de 95 y 0 respectivamente. El índice de Barthel monitoriza cambios en la evolución del paciente en parcelas de actividades básicas de la vida diaria. Las diferentes puntuaciones se interpretan de la siguiente forma:

Categoría	Puntaje
Independencia total	Mayor a 80
Dependencia leve o independencia	60-80
Dependencia moderada	40-55
Dependencia severa	20-35
Dependencia total	Menor a 20

Esta escala numérica es relativamente sensible al cambio y es recomendada por la British Geriatrics Society y el Royal College of Physicians. Por su validez, sensibilidad y fiabilidad, es útil para describir el estado funcional y sus cambios en el tiempo.

- ⇒ Escala de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) de Lawton y Brody, también conocida como Philadelphia Geriatric Center-Instrumental Activities Daily Living, publicada en 1969 (Tabla N°2).

Los resultados se agrupan en las siguientes categorías:

Categoría	Puntaje
Dependencia total	0-1
Algún grado de dependencia	2-7
Independiente	8

Se aplicó un modelo de análisis multivariado (ver Tabla N° 4), regresión logística binaria, con la cual se intentó seleccionar las variables que podrían ser predictoras de la dependencia.

Se utilizaron las siguientes variables:

VARIABLES USADAS	CATEGORÍAS BASE
Grupo de edad	Hasta 54 años
Si tiene Diabetes Mellitus	No
Sexo	Mujer
Recursos socio-familiares	Situación social problemática

Se aplicó el modelo sobre una muestra de desarrollo en la que se emparejó la cantidad de casos de personas dependiente y personas independientes. En base a los coeficientes que resultan de la regresión se calculó la probabilidad de que una persona sea

dependiente utilizando sólo las preguntas que construyen las variables utilizadas en el modelo. El modelo predice en un 74% la ocurrencia del fenómeno.

Valoración de la salud

“El envejecimiento es un proceso fisiológico que se inicia en el momento de la concepción y se hace más evidente después de la madurez...”. No se puede ignorar el hecho que envejecer es un proceso de deterioro caracterizado por una vulnerabilidad aumentada y una viabilidad disminuida que se da en el tiempo y que progresivamente disminuye la reserva fisiológica. Se lo considera como la suma de todos los cambios que ocurren en un organismo con el paso del tiempo. Este proceso está dado por el conjunto de cambios que se asocian al paso del tiempo y que dan como resultado una capacidad cada vez menor de adaptación a los retos de la vida. El envejecimiento no es una enfermedad, pero sí genera vulnerabilidad. Aunque todos los seres vivos envejecen como parte de un fenómeno universal, es un proceso totalmente individual, ya que cada quien envejece de manera diferente. (Sánchez-Gavito, 2000).

La Organización Mundial de la Salud en su declaración de principios de 1948, definió a la salud como “el completo bienestar físico, mental y social, y no únicamente la ausencia de enfermedad o invalidez”. De esta manera, se enfatiza que la salud no es patrimonio sólo del cuerpo, sino del individuo en su totalidad. También puede propiciar que el organismo se deteriore por diversas enfermedades que se van presentando; es por ello que dentro de las muchas necesidades de la población adulta mayor, se encuentra la de salud. (Sánchez-Gavito, 2000)

Para hablar de salud de las personas adultas mayores hay que hablar de funcionalidad. Vale la pena ampliar este concepto por la importancia que ha tomado su significado en el desarrollo de las personas adultas mayores. La funcionalidad ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud como el mejor indicador del efecto de la enfermedad en el estilo de vida y nivel de independencia de la persona.

La valoración funcional se divide en básica e instrumental o intermedia:

La básica es la imposibilidad de salir de un cuarto o una casa sin ayuda, o la incapacidad de realizar las actividades de la vida cotidiana o de “supervivencia” como alimentarse, moverse de un lugar a otro, bañarse o vestirse.

La valoración funcional instrumental está relacionada con la capacidad de realizar actividades más complejas como la administración del hogar, del uso del dinero, de actividades laborales, salir de compras o cocinar, manejar un vehículo, todas ellas necesarias para llevar una vida independiente. En este grupo está la mayoría de las personas adultas mayores.

Para cerrar el círculo no se puede dejar de lado el concepto de autonomía, el cual significa la capacidad para actuar y determinar el destino de la vida a partir de la manera de ser de cada quien (Sánchez-Gavito, 2000).



A medida que los individuos envejecen, la imposibilidad de realizar autónomamente algunas actividades cotidianas acontece por dos motivos no excluyentes: por un lado, la dependencia puede tener su origen en una o, generalmente, varias enfermedades crónicas; por otro lado, puede ser el reflejo de una pérdida general en las funciones fisiológicas atribuibles al proceso global de senescencia (Manton *et al.*, 1997). El segundo motivo, por su parte, tiene que ver con la pérdida de vitalidad que experimentan la mayoría de los organismos con la edad. No obstante, independientemente de que el origen de la discapacidad funcional de un individuo concreto sea uno u otro, lo importante es comprender que ambos tipos de motivos (enfermedades crónicas y proceso de senescencia) sólo aparecen y provocan problemas de dependencia en algunas personas de edad avanzada. El por qué de este fenómeno reside en el hecho de que existen una serie de variables de tipo social y ambiental (además de los factores genéticos), que condicionan la aparición y el desarrollo de los desencadenantes de la dependencia, en las que los individuos difieren entre sí.

Así, se define a una persona dependiente como aquella que durante un período prolongado de tiempo requiere de ayuda para realizar ciertas actividades cotidianas (vestirse, comer, asearse...), que serán analizadas en detalle más adelante. No obstante, la evidencia empírica disponible muestra, tanto en el ámbito nacional como internacional, la estrecha relación existente entre dependencia y edad: esto es, el

porcentaje de individuos que soportan limitaciones en su capacidad funcional aumenta conforme se consideran cohortes poblacionales de mayor edad. Asimismo, ese aumento en las tasas de prevalencia por grupos etarios no se produce a un ritmo constante, sino que existe una edad (alrededor de los 80 años) en que dicho aumento se acelera notablemente. Por ello, si a la irrevocabilidad de la vejez se le añade el escenario de futuro que plantean las proyecciones demográficas, caracterizado por un notable incremento en el número de personas mayores, no es extraño que el incipiente debate que ha surgido sobre la cuestión de la dependencia aluda a ésta como un problema acuciante, estrechamente vinculado al envejecimiento demográfico (Marín-Casanovas, 2005).

Para la geriatría es importante tener esta visión global o bio-psico-social de la salud. Las interacciones entre lo físico, lo mental y lo social son mucho más perceptibles, e intervienen unas con otras con mayor impacto por la fragilidad en el equilibrio orgánico de las personas adultas mayores. No se gana mucho luchando contra los males físicos y psicológicos, si no hay un apoyo social que justifique la batalla y posteriormente mantenga los resultados obtenidos. De poco sirve curar un órgano y descuidar el ánimo. La geriatría enfoca su actividad en la calidad de vida, procura siempre la independencia y la participación social de la persona adulta mayor.

Los estudios sobre envejecimiento conceden una importancia creciente al conocimiento de los factores que generan una mayor vulnerabilidad en el proceso de vejez. Esta **vulnerabilidad o fragilidad** está relacionada no solo con la enfermedad, sino también con su repercusión en el estatus funcional, así como con la capacidad de respuesta del entorno para brindar apoyo social al anciano que envejece.

Por otra parte, la mayoría de los autores asumen que las manifestaciones de la fragilidad son eminentemente físicas pero se estaría ante un constructo multifactorial. En concreto, desde una perspectiva sistémica se asume que la fragilidad no es un fenómeno, sino más bien un proceso fruto de la interacción entre la persona y el contexto en el que ésta se desarrolla.

Se debe diferenciar el envejecimiento en salud, del envejecimiento con patologías y/o discapacidad. A lo largo del ciclo vital la pérdida de funciones no se realiza bruscamente, sino que es un proceso en marcha una vez alcanzada la máxima potencialidad y que se inicia alrededor de los 30 años con una gran variabilidad individual e interindividual. Hay una serie de cambios relacionados con la edad que son universales y forman parte del envejecimiento normal. Además de las particularidades

de la evaluación del mayor en el aspecto físico, biológico o fisiopatológico, la persona mayor está expuesta a múltiples problemas asociados al envejecimiento que condicionan su independencia, capacidad de autocuidado y autovalimiento. Estos problemas que tienen la misma importancia que los puramente biomédicos derivan de los aspectos cognitivos, emocionales, funcionales y sociales, y deberían ser evaluados de forma conjunta para conseguir una visión integral de la persona. (Castellón Sánchez, 2002).

Es así que, la Valoración Geriátrica Integral (VGI) o Valoración geriátrica exhaustiva es un proceso diagnóstico de evaluación del adulto mayor, multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar las capacidades y problemas biomédicos, psicológicos, funcionales y sociales que pueda presentar el geronte, con la finalidad de elaborar un plan exhaustivo de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo así como la óptima utilización de recursos para afrontarlos. Es importante destacar el carácter multidimensional de la VGI en su aplicación de forma interdisciplinaria, con la participación de diferentes profesionales, médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, pedagogos, etc. (Castellón Sánchez, 2002).

Para la VGI se usan métodos clásicos como la historia clínica y la exploración física, e instrumentos más específicos denominados escalas de valoración, las cuales facilitan la detección de problemas y su evaluación evolutiva, incrementan la objetividad y reproductividad de la valoración, y ayudan a la comunicación y entendimiento entre los diferentes profesionales que atienden al mayor.

Desde esta perspectiva integral de la valoración es necesario indagar sobre diferentes aspectos del adulto mayor:

La valoración biomédica

Contempla los antecedentes personales, la revisión por síntomas, la historia farmacológica y la enfermedad actual. Se realiza la revisión completa por síntomas, enfocando aquellos más prevalentes e importantes. Esto ayuda a solucionar las dificultades del interrogatorio, a medir las reservas fisiológicas y a detectar futuros problemas más complejos. En ocasiones esta sintomatología descubrirá los síndromes

geriátricos (alteración audio-visual, del estado de ánimo, deterioro cognitivo, malnutrición, estreñimiento, incontinencia, inmovilismo o caídas, etc.).

El estado funcional

Depende de la capacidad intrínseca del individuo, de los cuidados recibidos y del entorno ambiental. La capacidad para realizar actividades es importante en la evaluación, es tan importante, que de ellas dependerá el permanecer en su domicilio o en una institución. La valoración funcional ha de determinarse para un fin, en un ambiente y en un momento concreto, para detectar amenaza o deterioro real.

El componente sociodemográfico

Es un factor crítico en el examen geriátrico para valorar el impacto de una enfermedad en la salud total y las necesidades de servicios. Los principales elementos a valorar son: el máximo nivel de instrucción alcanzado, la profesión, el estado civil, las características e instalaciones de la vivienda, la relación familiar-amigos, la expectativa que tienen de su futuro (de importancia vital), el estado económico y el ocio o los pasatiempos.

Existe una imperiosa necesidad de identificar los factores que inciden en la aparición de la discapacidad y la dependencia en mayores, aspectos que afectan negativamente la calidad de vida de este grupo poblacional.

Aunque generalmente la fragilidad, la discapacidad y la dependencia coexisten, la fragilidad parece ser previa y, por ende, susceptible de intervención temprana. Por lo tanto, resulta fundamental identificar los factores que se ponen en juego en este constructo, ya que de esta manera se podrán elaborar intervenciones dirigidas a prevenir o intervenir de forma más efectiva en los procesos de discapacidad y dependencia.

El término adulto mayor frágil ha variado mucho su significado dependiendo de los autores; para algunos la marca es la existencia de determinados procesos clínicos, para otros, la dependencia en actividades de la vida diaria, otros, la necesidad de institucionalización. De modo genérico el adulto mayor frágil tiene un estado con reservas fisiológicas disminuidas, lo que conlleva asociado un aumento de riesgo de discapacidad, una pérdida de la resistencia y un aumento de la vulnerabilidad manifestada por mayor morbilidad y mortalidad. Así pues, la situación de fragilidad

representa un estado de vulnerabilidad fisiológica asociada a factores de riesgo vinculados a factores sociales o económicos, como también a estilo de vida como inactividad, inmovilidad y déficit nutricionales, entre otros.

El mayor frágil presenta problemas complejos que interactúan sobre su estado funcional y calidad de vida, siendo necesario un equipo multidisciplinario que aborde de forma multidimensional los problemas de salud y trabaje interdisciplinariamente.

Los factores de riesgo de discapacidad/dependencia se podrían agrupar como un compendio de problemas derivados de:

- El envejecimiento biológico con alteraciones del equilibrio y la marcha por múltiples deficiencias sensoriales, de respuesta muscular, equilibrio, etc.
- Enfermedades agudas o crónicas, conocidas o no.
- Factores de riesgo por mal estilo de vida, factores sociales o económicos.
- Factores de riesgo por inactividad, inmovilidad, déficit nutricionales y otros desusos.

Según la OMS, la mejor manera de medir la salud de los mayores es midiendo su funcionalidad. Se entiende por función la capacidad de ejecutar, de manera autónoma, aquellas acciones más o menos complejas, que componen nuestro quehacer cotidiano en una manera deseada a nivel individual y social. La dependencia de los mayores en términos de funcionalidad se relaciona con la mortalidad a corto plazo y con la probabilidad de institucionalización.

La medición de la función física en personas con discapacidad se enfoca en capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria, valorándose como incapacidad para realizarlas aún con ayuda, capaz sin ayuda de otras personas o capaz pero con asistencia. Se pueden distinguir dos grandes áreas de evaluación, las actividades de la vida diaria (ABVD) básicas y las instrumentales (AIVD).

Una persona dependiente, es aquella que durante un período prolongado de tiempo requiere de ayuda de otra persona para realizar ciertas actividades cotidianas. A este respecto, desde los trabajos pioneros de Katz *et al.* (1963) y Lawton y Brody (1969), los investigadores suelen distinguir entre dos grupos de actividades: por un lado, las orientadas al cuidado personal, que en terminología anglosajona reciben la denominación de «actividades de la vida diaria» (AVDs), como por ejemplo comer o asearse; y, por otro lado, aquellas cuyo propósito es mantener el medio ambiente de la

persona, las denominadas «actividades instrumentales de la vida diaria» (AIVDs), como por ejemplo comprar o preparar la comida.

Así pues, a la hora de determinar cuál es el número de personas dependientes en una población, bastaría con saber qué sujetos precisan de ayuda para realizar ciertas AVDs y determinadas AIVDs. En este punto, no obstante, las investigaciones no siempre siguen el mismo camino. En concreto, éstas difieren en cuanto a la elección de las AVDs y las AIVDs a considerar. Lamentablemente, este hecho provoca que los resultados de prevalencia obtenidos por los diferentes estudios sean poco comparables entre sí; esto es, resulta imposible determinar hasta qué punto las diferencias observadas en los resultados son reales o, por el contrario, responden a una distinta elección en cuanto a las actividades.

Caracterización de los adultos mayores dependientes

Existen un porcentaje levemente mayor de personas entre 54 a 65 años dependientes que las de entre 65 y 74 años. Y el porcentaje de personas de más de 75 años que padecen algún grado de dependencia es mayor que los que son totalmente independientes.

La situación conyugal de los mayores con algún grado de dependencia varía según se lo analice si ésta es a las ABVD o a las AIVD. Poco más del 50% de los dependientes para las actividades básicas están en pareja, mientras que más del 60% de los independientes están en esa condición. Hay que tener en cuenta aquí que existe una diferencia en la esperanza de vida masculina y femenina, entonces probablemente las personas mayores, en general las afectadas por un grado de dependencia superior, y que además son mujeres, estén en situación de viudez. Ahora bien, si evaluamos las actividades instrumentales, más del 70% de los dependientes totales no están en pareja. Sin embargo para aquellos que presentan algún grado menor de dependencia o bien son independientes, no difiere del análisis hecho por las ABVD. No hay diferencia significativa entre los que conviven en pareja y los que no lo hacen.

Con respecto al máximo nivel de instrucción alcanzado por las personas mayores de 44 años diferenciadas por su dependencia en las ABVD y en las AIVD, se aprecia que los

dependientes presentan nivel más bajo. Vale aclarar que el número de personas dependientes son de mayor edad y que la escolaridad en su niñez sólo comprendía el primario. Aún así, existe un alto porcentaje dentro de estos que no termino ese nivel. Existe un bajo porcentaje de personas con nivel medio y superior. En parte explicado quizás por lo antedicho. Hay diferencias significativas entre las personas que no terminaron el primario y las que tiene secundario terminado.

La mayoría de las personas dependientes no trabaja sino que es parte de la población inactiva, llámese como tal a jubilados, pensionados, a los que no buscan trabajo, discapacitados y amas de casa. En cambio entre los independientes la mayoría están activos todavía porque no están en edad de jubilarse, aunque dentro ese grupo también hay personas inactivas en un número no despreciable.

La ocupación principal que han tenido o tienen las personas entrevistadas ha sido la de obreros o empleados y trabajadores no formales.

No existe una diferencia entre las profesiones u ocupaciones de las personas con alguna dependencia de las que no la presentan.

Resultados

De la población estudiada, sólo el 5% son dependientes en las AIVD y el 8 % son dependientes en las ABVD; a pesar de que poco más del 10% dice utilizar algún dispositivo de apoyo para la realización de sus tareas habituales.

Aunque todo sugiriera que las mujeres eran las más afectadas por la dependencia, no se hallaron diferencias significativas que avalaran que así fuera, sino todo lo contrario. Al realizar el modelo de regresión lineal, el hecho de **ser hombre aumenta la chance de ser dependiente** (ver tabla N° 6).

Otro factor que influye en el desarrollo o no de la dependencia, como era de esperarse es la edad. A mayor edad habría mayor dependencia. De hecho algunos autores consideran a las personas de más de 80 años de edad como dependientes sólo por el hecho de haber alcanzado esa edad. Pero el presente trabajo revela que **alrededor de los 65 años o tal vez un poco antes ya se comienza a gestar la dependencia** (ver Gráfico N°2 y 3).

En cuanto a los aspectos sociales, el hecho de vivir en pareja podría ser un apoyo social fundamental en la vida de un adulto mayor, ya que el cuidado mutuo, lo afectivo, y algunos otros aspectos que se ponen en juego podrían actuar como un factor protector de la dependencia del adulto mayor. Sin embargo **la situación conyugal no tiene relación con el grado de dependencia de las personas, como así tampoco el hecho de tener o no hijos** (ver gráficos N° 4 y 5).

El máximo nivel de instrucción alcanzado por los adultos entrevistados muestra en general que muchos no pasaron del nivel inicial y hay escaso número de personas que han alcanzado el nivel superior. Las diferencias entre los que no alcanzaron a terminar el nivel inicial y los que terminaron el secundario fueron significativas, entonces estos datos hacen pensar que, **quienes tuvieron mejor educación deben haber obtenido puestos de trabajo y jubilaciones mejores, y esto pudo haber influido en el nivel socioeconómico de su hogar, e indirectamente en su grado de dependencia** (ver gráficos N° 6 y 7)..

Aspectos tales como: sexo, edad, condición de diabético, con quién vive, algunas características de la vivienda, relaciones y contactos sociales, apoyo de la red social e ingresos del hogar, podrían ser aplicados como **predictores del riesgo de ser dependiente** (ver Tabla N° 4).

Al confrontar los resultados de esta investigación con un antecedente considerado (Aimar, 2008), en general, las conclusiones vinculadas con la dependencia son coincidentes, aunque no sea acertada la confrontación de los resultados ya que el diseño del trabajo de Aimar es descriptivo.

El conocimiento de los predictores sociales podría abaratar los costos sanitarios, al detectar tempranamente los grupos de riesgo y optimizar el empleo de los recursos.

Cuadros y Gráficos

Tabla N° 1	
ESCALA DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) DE BARTHEL	
COMER	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
5	NECESITA AYUDA para cortar la carne o el pan, pero es capaz de comer solo
0	DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado por otra persona
VESTIRSE	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda
5	NECESITA AYUDA. Realiza sólo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	DEPENDIENTE.
ARREGLARSE	
5	INDEPENDIENTE. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
0	DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda
DEPOSICIÓN	
10	CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia.
5	ACCIDENTE OCASIONAL. Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios
0	INCONTINENTE.
MICCIÓN (Valorar la situación en la semana anterior)	
10	CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí sólo.
5	ACCIDENTE OCASIONAL. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos.
0	INCONTINENTE.
IR AL RETRETE	
10	INDEPENDIENTE. Entra y sale sólo y no necesita ayuda de otra persona
5	NECESITA AYUDA. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse sólo.
0	DEPENDIENTE. Incapaz de manejarse sin una ayuda mayor.
TRASLADO SILLÓN – CAMA (Transferencias)	
15	INDEPENDIENTE. No precisa ayuda
10	MÍNIMA AYUDA. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física
5	GRAN AYUDA. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
0	DEPENDIENTE. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.
DEAMBULACIÓN	
15	INDEPENDIENTE. Puede andar 50 metros, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela sólo.
10	NECESITA AYUDA. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador.
5	INDEPENDIENTE (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión.
0	DEPENDIENTE
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona
5	NECESITA AYUDA
0	DEPENDIENTE. Incapaz de salvar escalones.
<20: dependencia total; 20-40: dependencia grave; 45-55: moderada; 60 o más: leve	
Fuente: ATENCIÓN al paciente pluripatológico: proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud, [2002].	

Tabla N° 2

ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos	1
3. Contesta el teléfono pero no marca	0
4. No usa el teléfono	0
B. IR DE COMPRAS	
1. Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
2. Compra con independencia pequeñas cosas	0
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra	0
4. Completamente incapaz de ir de compras	0
C. Preparación de la comida	
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes	0
3. Caliente y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada	0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida	0
D. CUIDAR LA CASA	
1. Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar los platos o hacer camas	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa	1
5. No participa en ninguna tarea doméstica	0
E. LAVADO DE ROPA	
1. Realiza completamente el lavado de ropa personal	1
2. Lava ropa pequeña	1
3. Necesita que otro se ocupe del lavado	0
F. MEDIO DE TRANSPORTE	
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche	1
2. Capaz de organizar su propio transporte usando taxi, pero no usa transportes públicos	1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1
4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	0
5. No viaja	0
G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN	
1. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas	1
2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas	0
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0
H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO	
1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos	1
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc...	1
3. Incapaz de manejar dinero	0
Máxima dependencia 0 puntos	Independencia total 8 puntos

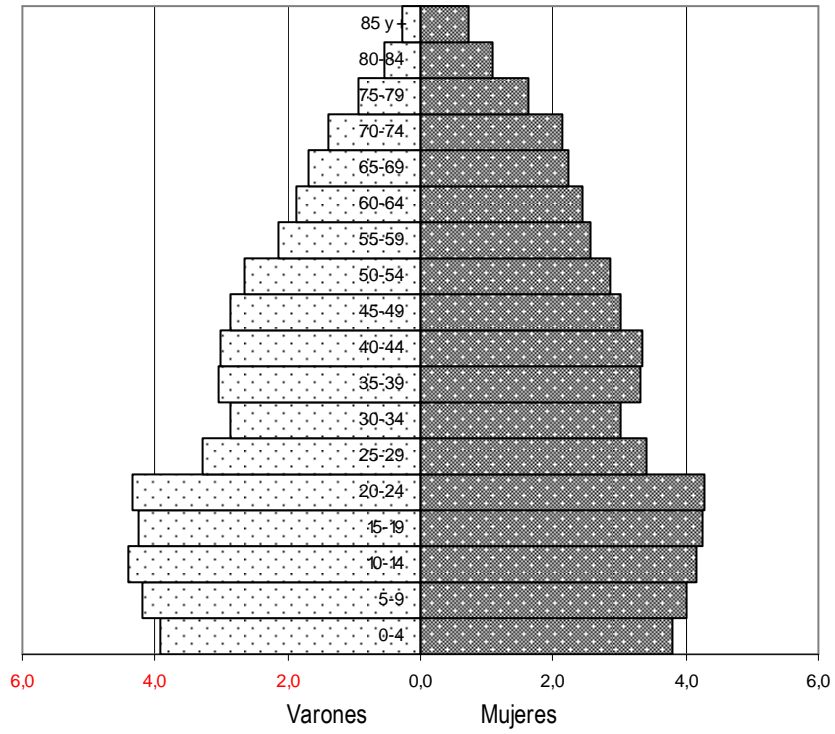
Fuente: ATENCIÓN al paciente pluripatológico: proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud, [2002].

Tabla N° 3							
Variables en la ecuación del Modelo de Regresión Binaria							
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1(a)	Grupo de edad			13,667	3	,003	
	Gruedad(2)	1,861	,818	5,175	1	,023	6,431
	Gruedad(3)	2,199	,823	7,134	1	,008	9,013
	Gruedad(4)	3,463	,944	13,466	1	,000	31,904
	Escala socio-familiar			13,247	2	,001	
	escaflia(1)	-2,789	,767	13,203	1	,000	,062
	escaflia(2)	-2,575	,878	8,599	1	,003	,076
	sexo(1)	1,079	,605	3,180	1	,075	2,941
	Diabetes(1)	1,482	,748	3,926	1	,048	4,400
a Variable(s) entered on step 1: gruedad2, escaflia, sexo, c5.							
Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos del proyecto ¿Nos Ves? Villa María 2008-2009							

Tabla N°4						
Correlaciones entre las principales variables						
		ABVD	AIVD	Calidad de Vida	Participación Social	Escala Sociofamiliar
ABVD	Pearson Correlation	0= Dependencia total 85= Independencia total				
	Sig. (2-tailed)					
	N					
AIVD	Pearson Correlation	,424(**)	0= Dependencia total 8= Independencia total			
	Sig. (2-tailed)	,000				
	N	1100				
Calidad de Vida	Pearson Correlation	,132(**)	,104(*)	0= Baja calidad de vida 17= Alta calidad de vida		
	Sig. (2-tailed)	,002	,015			
	N	1100	1100			
Participación Social	Pearson Correlation	,160(**)	,123(**)	,126(**)	0= No participa 60= máxima participación social	
	Sig. (2-tailed)	,000	,006	,005		
	N	1010	1010	1010		
Escala Sociofamiliar	Pearson Correlation	-,123(**)	-,153(**)	-,298(**)	-,197(**)	0= Normal 19= Problemática situación social
	Sig. (2-tailed)	,005	,000	,000	,000	
	N	1038	1038	1038	958	
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).						
* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).						
Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos del proyecto ¿Nos Ves? Villa María 2008-2009						

Gráfico N° 1

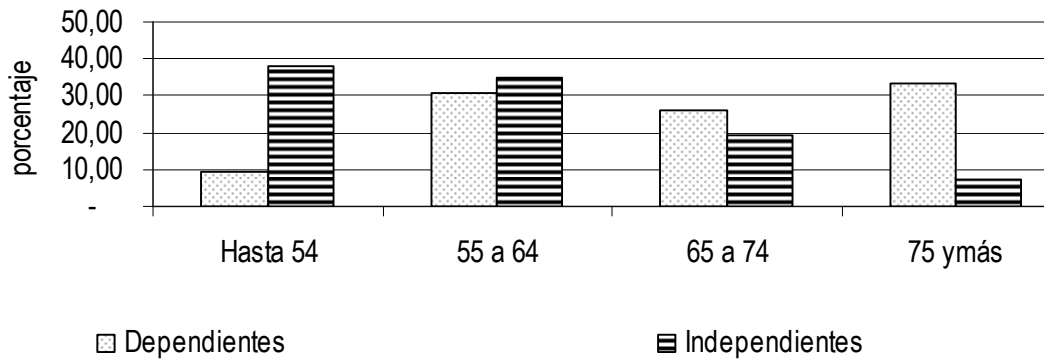
Pirámide poblacional de la ciudad de Villa María (General San Martín).
Provincia de Córdoba. Año 2001.



Fuente: Elaboración propia a partir del Censo Nacional de Personas, Hogares y Viviendas 2001. INDEC

Gráfico N° 2

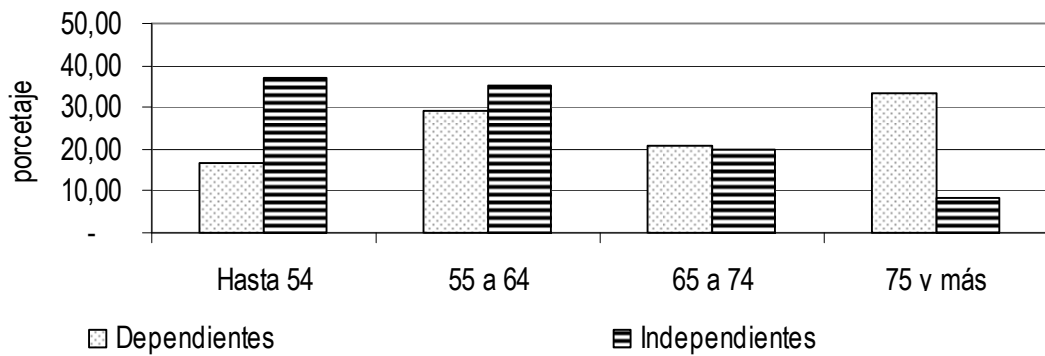
Dependencia de las personas según el Índice de Barthel por grupo de edades.



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta Proyecto ¿NOS VES? Villa María. 2008-2009

Gráfico N° 3

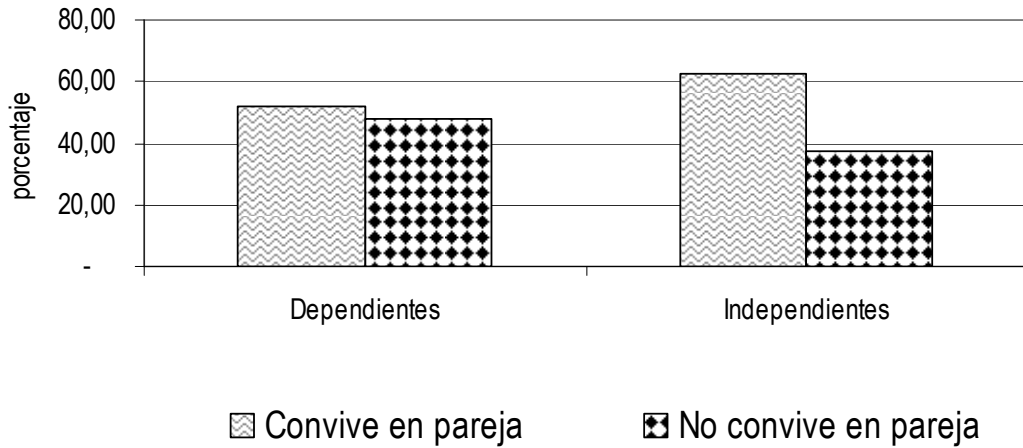
Dependencia de las personas según la Escala de las AIVD por grupo de edades.



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta Proyecto ¿NOS VES? Villa María. 2008-2009

Gráfico N° 4

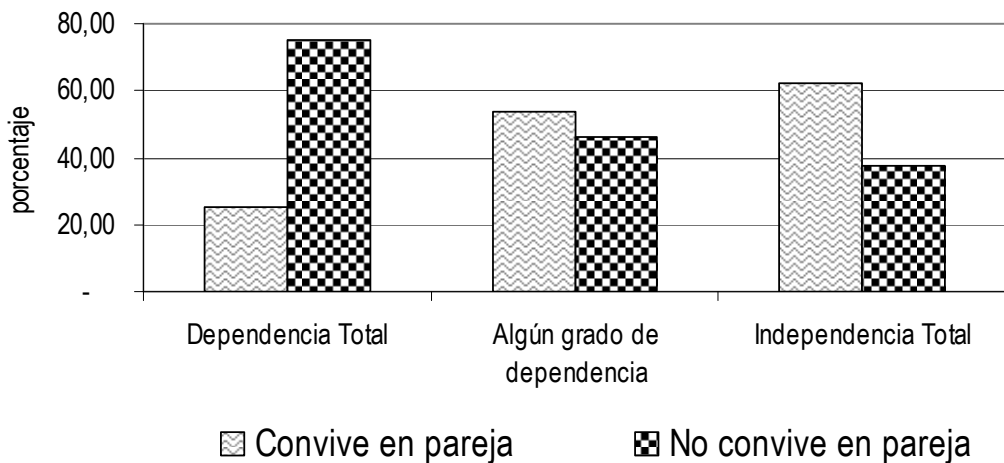
Dependencia de las personas mayores de 44 años de edad según el Índice de Barthel por situación conyugal.



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta Proyecto ¿NOS VES? Villa María. 2008-2009

Gráfico N° 5

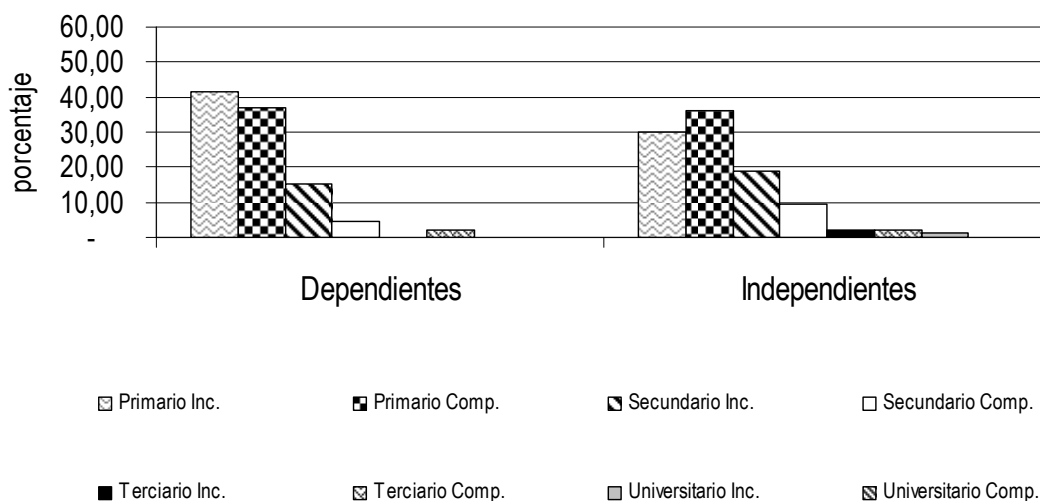
Dependencia de las personas mayores de 44 años de edad según la Escala de las AIVD por situación conyugal.



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta Proyecto ¿NOS VES? Villa María. 2008-2009

Gráfico N° 6

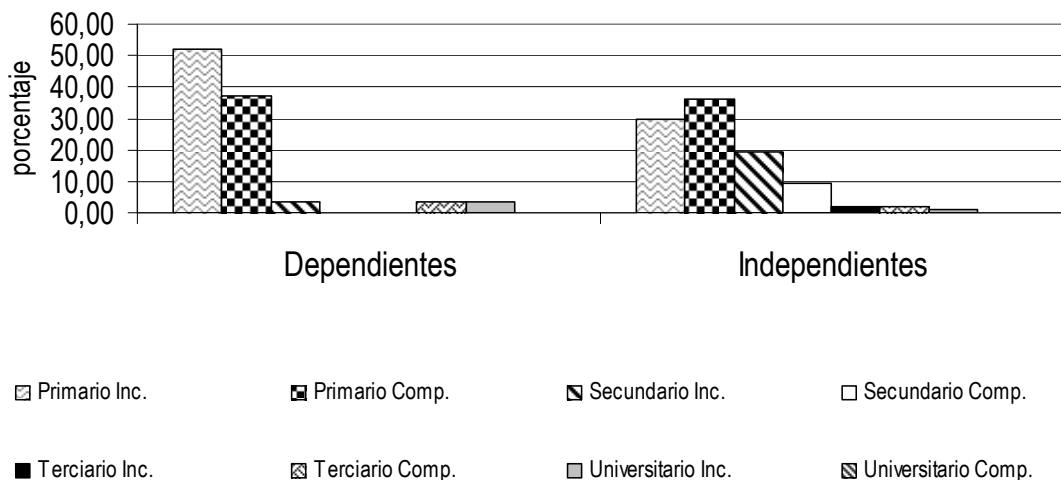
Dependencia de las personas mayores de 44 años de edad según el Índice de Barthel por Máximo Nivel de Instrucción.



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta Proyecto ¿NOS VES? Villa María. 2008-2009

Gráfico N° 7

Dependencia de las personas mayores de 44 años de edad según la Escala de las AIVD por Máximo Nivel de Instrucción.



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta Proyecto ¿NOS VES? Villa María. 2008-2009

Bibliografía

- Muñoz Elipe ,Má Paz, Condicionantes afectivos de la fragilidad en personas mayores. Tesis Doctoral. Granada- España. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Granada; 2006.
- Pantelides, Alejandra y otros; Informe final. Proyecto SABE, Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe. OPS-BID-CENEP; 2002; Buenos Aires- Argentina.
- Casado Marín, D., López i Casanovas, G. (2001) *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Colección Estudios Sociales, nº 6, Fundación la Caixa. Barcelona; 2001.
- Guzmán, José Miguel; Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. Centro Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población. Santiago de Chile, Mayo de 2002.
- CELADE, Envejecimiento: cuatro facetas de una sociedad para todas las edades. LC/DEM/G. 174, Serie A, N° 309. Santiago de Chile, Naciones Unidas-CEPAL; 1997.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina). Panorama Social de América Latina. Santiago de Chile. Naciones Unidas. 2000.
- Sánchez-Gavito, Ana; MANUAL DE PREVENCIÓN Y AUTOCUIDADO PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES 1a. edición, Gobierno del Distrito Federal. ISBN 968-816-329-5 .México; Agosto 2000
- Castellón Sánchez del Pino, J.J. Alberto (coordinador del área geriátrica en los cursos de gerontología universidad de Granada). Valoración geriátrica. Aula acreditada. El médico interactivo. Diario electrónico de la sanidad. Recuperado de <http://www.medynet.com/elmedico/aula2002/tema9/vgeriatrica.htm> (N de T: En Español: Actualizado diariamente a las 20 hs.).
- CEPAL. Boletín demográfico. AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN 1950-2050 LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN: POPULATION AGEING. AÑO/ YEAR XXXVI, No. 72. Julio / July 2003.
- Aimar, Angela y otros; Perfil del Adulto Mayor de la ciudad de Villa María, Provincia de Córdoba, en los años 2006-2007. UNVM. Córdoba-Argentina; 2008.
- Alarcón, Ma. Teresa, Valoración Geriátrica: Utilidad predictiva en el estudio y seguimiento del paciente Geriátrico Hospitalizado. Tesis Doctoral. Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Madrid – España; 1996.
- Blázquez, Julio, Valoración Integral del paciente pluripatológico. Reunión de medicina interna de la comunidad de Valencia. Hospital San Vicente. 2006. Recuperado de <http://smicv.org/htdocs/pdf/paciente%20pluripatologico%203.pdf>
- Caste Blanco, E. ¿Quiénes son ancianos frágiles - ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del Área Sanitaria de Guadalajara, 2002.
- Chávez Jimeno, Helver. Fragilidad, un nuevo síndrome geriátrico. Instituto de Gerontología, Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Lima - Perú.Revista virtual. Diagnóstico. Julio-agosto 2003. Volumen 42- número 4. Recuperado de <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2003/julago03/161-163.html> [02 de Agosto, 2007]

- Fragilidad en ancianos, MG – Medicina Geriátrica. (Septiembre- 2006). Recuperado de <http://www.medicinageriatrica.com.ar/viewnews.php?id=EEVAkEyZFFGdIzDXRz> [2007, 10 de Agosto]. Fragilidad en ancianos: caso clínico comentado.#12859 - 18:16 01/12/2006. Foro de Atención al Anciano en el Nivel Primario. Recuperado de www.portalesmedicos.com. [12 de Agosto, 2007]
- Fragilidad en los Ancianos. 1997. Recuperado http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-478/eu/contenidos/informacion/medicos_vigia/eu_4327/adjuntos/05c.pdf. [03 Agosto,2007]