

Factores sociales e individuales que explican la dependencia funcional de los Adultos Mayores de cuatro ciudades latinoamericanas.

Bertone, Carola Leticia, Torres, Victor Eduardo y Andrada, Marcos Javier.

Cita:

Bertone, Carola Leticia, Torres, Victor Eduardo y Andrada, Marcos Javier (2011). *Factores sociales e individuales que explican la dependencia funcional de los Adultos Mayores de cuatro ciudades latinoamericanas*. IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/marcos.andrada/9>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pCMz/bnu>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Factores sociales e individuales que explican la dependencia funcional de los Adultos Mayores de cuatro ciudades latinoamericanas.

Autores:

Bertone, Carola L. CIECS-CONICET. Email: bertonecarol@hotmail.com

Torres, V. Eduardo Roque. F.CE-UNC, CIECS-CONICET. Email: torresedu@gmail.com

Andrada, Marcos J. CIECS-CONICET. Email: marcosandrada80@gmail.com

Resumen

El porcentaje de Adultos Mayores (AM) en la distribución por edad de la población es cada vez mayor debido al aumento de la esperanza de vida y al envejecimiento de la población. Según CEPAL (2009), el porcentaje de personas mayores de 60 años será 24,8 en el 2050.

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 objetivo identificar los factores sociales-demográficos e individuales que se relacionan con la dependencia funcional de los adultos mayores.

Se trata de un estudio transversal cuyas fuentes de datos serán las Encuestas Multicéntricas Salud Bienestar Y Envejecimiento (SABE) realizadas entre el 1999 y el año 2000 en Buenos Aires (Argentina), Montevideo (Uruguay), y São Paulo (Brasil); y una encuesta realizada en una ciudad del interior de Argentina en el periodo 2008-2009, de estructura similar a las anteriores.

Se aplicará para cada ciudad un modelo de regresión logística binaria en el que se incluirán diversas variables con la finalidad de determinar qué características del AM explican mejor la pérdida de la autonomía.

En base a los modelos que se estimen para cada una de las cuatro ciudades, se espera obtener resultados acerca de los factores que se asocian a la dependencia funcional de los adultos mayores. Comparar los resultados entre las ciudades permitirá diferenciar los factores propios de alguna región en particular con los estructurales. El principal aporte radica en obtener medidas que cuantifican el grado en que cada una de las características predispone al adulto mayor a ser funcionalmente dependiente.

Introducción

En las sociedades actuales hay dos hechos que llaman la atención en torno al tema del envejecimiento: las personas viven en promedio más años que antes y hay un importante crecimiento en el número de personas en edades avanzadas. Estos dos aspectos constituyen conceptos diferentes aunque relacionados. El primero es la prolongación de la vida de los individuos; el segundo corresponde al envejecimiento de las poblaciones, que generalmente se expresa en un aumento en la proporción de personas mayores. Este último es la consecuencia del proceso de transición demográfica que se caracteriza por los descensos de la mortalidad, precisamente por la prolongación de la vida, y de la fecundidad (Chakiel, 2000).

Durante la segunda mitad del siglo pasado el número de personas de 60 y más años de edad, en Latinoamérica y el Caribe, se duplicaba cada 25 años, mientras que en los próximos 25 años aumentará en 2 veces y media. En números absolutos la población de adultos mayores del año 2000 al 2025 pasará de 40 millones a 96 millones. Ello significa en términos porcentuales que en el primer cuarto de este siglo las personas de 60 años y más de edad alcanzarán el 14 por ciento de la población total, y se prevé en el 2050 se acercará a un cuarto de la población (23,3 por ciento) (Chakiel, 2004).

Argentina presenta un envejecimiento poblacional moderadamente avanzado, con una relación viejos/jóvenes de 58,1%. Y se espera que para el año 2025 el porcentaje de personas argentinas mayores de 60 años sea de 17,1%, y para el 2050 de 24,8% (CEPAL, 2009).

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 y de la salud de la población.

La adultez mayor está considerada como un periodo en el que la persona experimenta numerosos cambios, que si bien dependen del estilo de vida, y del sistema social y familiar, influyen continuamente en las diversas áreas de funcionamiento (Popolo, 2001 citado por Durán et al., 2008). Lo anterior es, en muchos casos, producto de la disminución progresiva del funcionamiento biológico, que lleva a que el adulto mayor experimente transformaciones que pueden llevar a la pérdida de la autonomía, que se traduce en la necesidad de depender de otros y deriva en un impacto familiar y social (Aristizábal, 2000; Tello, Bayarre, Hernández & Herrera, 2001, citados por Durán et al. 2008). Entonces, 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 (Alonso Galbán, 2007). Para hablar de salud de las personas adultas mayores, entonces hay que hablar de autonomía, de funcionalidad.

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. De hecho, la Organización Mundial de la Salud en su clasificación internacional de deficiencias, actividades y participación (2001), definía la dependencia como: “la restricción o ausencia de capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal; entre las actividades observadas se encuentran las actividades de la vida diaria (asearse, vestirse, comer y beber y cuidar del propio bienestar), preparar la comida y cuidar de la vivienda, así como participar en la movilidad” (Berjano, 2005).

Las limitaciones funcionales, definidas como la restricción de las capacidades físicas o mentales para efectuar las tareas que requiere una vida independiente, son importantes predictores de mortalidad, morbilidad y discapacidad en el adulto mayor (Arroyo et al. 2007), y con la probabilidad de institucionalización.

Cabe destacar que, en el caso en que se origine una pérdida de las habilidades funcionales normales, la persona, los roles y tareas definidos socialmente se ven afectados, y el nivel de socialización del adulto tiende a disminuir (Ocampo, 2004). Es allí donde aparece el concepto de discapacidad, definido por Bejarano (2005) como un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la pérdida de capacidad física o intelectual, requieren de la asistencia o ayuda para realizar actividades de la vida diaria. Éstas se operacionalizan en funciones principales, como vestirse, bañarse, utilizar los servicios, o en la disminución de la autonomía para consumir alimentos. Tal situación lleva a que aumente la dependencia de otros y ocasiona sentimientos de frustración, inutilidad y tristeza por la pérdida de control sobre la vida propia. Por tanto, la disminución en la capacidad funcional se afronta de manera más positiva cuando el adulto mayor cuenta con un entorno ambiental seguro, vínculos familiares, un ingreso económico estable y acceso a la atención en salud (Pérez & García, 2003).

El envejecimiento poblacional repercute en todos los aspectos de la vida: la familia, la economía, los servicios de salud y el tejido social en general. La longevidad les brinda a las familias el beneficio de un largo contacto entre miembros de tres o cuatro generaciones. También obliga a las sociedades a modificar el ciclo del trabajo y la jubilación, y a las instituciones a invertir lo necesario para dotar a los proveedores de

servicios sociales y de atención sanitaria de conocimientos y aptitudes que les permitan prestar asistencia a lo largo de la vida entera (Peláez, 2005).

La cuestión central que se plantea, en relación a la prolongación de la vida, es: ¿Cómo se podrá afrontar esta realidad desde las familias, la sociedad, el estado como garante de los derechos de los adultos mayores? o ¿Se podrá posponer la morbilidad y la dependencia de nuestros futuros AM?

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.

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.

La salud pública que parte del conocimiento tendrá que superar el simple conocimiento científico del desarrollo y bienestar infantiles para poder erigir los cimientos de una buena calidad de vida y de una buena capacidad funcional en la vejez. La planificación necesaria para hacerle frente a una sociedad que envejece depende de que haya datos sobre diversos aspectos integrados de la vida (la salud, el trabajo, los ingresos, las relaciones sociales) que permitan orientar las funciones y servicios del ámbito sanitario hacia las necesidades de una población de más edad (Peláez,2005).

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.

Antecedentes

Menéndez et al. (2005) realizaron un trabajo que tuvo como objetivo identificar la relación entre determinadas enfermedades crónicas y la presencia de discapacidad en habitantes de 60 años en centros urbanos de América Latina y el Caribe que participaron en el estudio multicéntrico Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE). Para ello utilizaron como variables dependientes la dificultad para realizar actividades básicas y actividades instrumentales de la vida diaria (ABVD y AIVD, respectivamente). Cabe destacar que ambas variables se consideraron dicotómicas: con dificultad para realizar al menos una de las actividades o sin dificultades. Las variables independientes, recopiladas mediante autoinforme, fueron la edad, el sexo, el nivel educacional, el vivir solo o acompañado, la evaluación de la propia salud y la presencia o no de hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica (CI), enfermedades cerebrovasculares (ECV) y artrosis. Evaluaron la presencia de depresión y deterioro cognoscitivo en los participantes y calcularon el índice de masa corporal. A los fines de comparar el grado de influencia de las diferentes variables sobre la discapacidad, calcularon un coeficiente estandarizado para cada caso. Estos autores mostraron una asociación directa con dificultades para realizar ABVD y AIVD en quienes padecen de un mayor número de enfermedades crónicas (ACV o artrosis), también en caso de tener mayor edad, ser mujer, considerar su propia salud como mala, tener deterioro cognoscitivo, y padecer de depresión. Afirmar además que como las dificultades de los adultos mayores para realizar AIVD son las primeras en aparecer, se deben establecer mecanismos de seguimiento que permitan detectar tempranamente este tipo de discapacidad.

Más tarde, un estudio realizado por Arroyo et al. (2007), tuvo como objetivo de estudio determinar la asociación de indicadores antropométricos y de composición corporal con funcionalidad en el adulto mayor. Concluyó que no se observó asociación entre limitación funcional y categorías de estado nutricional, ni entre niveles de riesgo de circunferencia de cintura y limitación funcional; aunque las razones de prevalencia de limitación funcional fueron menores en los grupos con sobrepeso y obesidad, no alcanzaron significación estadística. Tampoco se observó asociación entre limitaciones funcionales y porcentaje de grasa corporal. Para este trabajo se tomó una submuestra de 377 sujetos de 65 años y más estratificada por sexo y edad, seleccionada de la muestra total de SABE en forma aleatoria e independiente con respecto a las características clínicas. de los adultos mayores estudiados en el proyecto multicéntrico SABE (Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento) Chile. Los adultos mayores fueron entrevistados para obtener datos demográficos, antecedentes de enfermedades crónicas e información sobre funcionalidad y movilidad. Luego se realizó una evaluación

antropométrica completa y se les solicitó efectuar algunas acciones de movilidad. Las capacidades funcionales se midieron usando tres tipos de variables autorreportadas (ABVD), (AIVD) y limitaciones en movilidad o actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD). Para definir limitación funcional se utilizó el reporte de dificultades en al menos 1 AVD o 1 AIVD o 2 AAVD. Se incluyeron dentro de las AAVD algunas de las actividades propuestas por Nagi¹⁸ como agacharse, levantar 5 kg de peso y recoger una moneda desde una superficie lisa, las cuales fueron observadas y registradas. En la búsqueda de indicadores antropométricos y funcionales que mejor se correlacionen con la funcionalidad, el principal hallazgo de este estudio fue la estrecha relación de la dinamometría con la funcionalidad y con la habilidad para efectuar actividades de movilidad.

Al mismo tiempo, Camargos et al. (2005) plantearon un trabajo con el fin de determinar, para individuos de 60 años y más, por sexo y edad, en el Municipio de San Pablo, año 2000, la expectativa de vida libre incapacidad funcional, y con incapacidad funcional. En este último caso, plantearon medir los años que son vividos con y sin dependencia. Utilizaron datos censales y de la Fundación Sistema Estatal de Análisis de Datos (SEADE), y datos de la encuesta SABE. En este caso la dependencia fue definida como la necesidad de ayuda al menos a una actividad de la vida diaria. Concluyeron que a pesar de que las mujeres paulistas presentan una mayor expectativa de vida que los hombres, fue menor la proporción de años vividos libres de incapacidad funcional. Al mismo tiempo los años con incapacidad funcional y dependencia también fue mayor en las mujeres.

En el año 2007, Durán et al., en su trabajo "Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores" se plantearon como objetivo identificar la relación entre las variables, habilidades funcionales e integración social del adulto mayor y conocer si existen diferencias en función del sexo, la edad y el estado civil, mediante el Breve cuestionario de calidad de vida (CUBRECAVI) (Fernández-Ballesteros & Zamarrón, 1996). Se trató de un estudio transversal con adultos mayores de 60 años, asistentes a centros de día de la ciudad de Santiago de Cali (Colombia), a partir de una muestra no probabilística compuesta por un total de 500 adultos mayores que acudían espontáneamente a dicho centro. Se excluyeron a pacientes institucionalizados y con un deterioro cognitivo severo, según el Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ). Los resultados mostraron diferencias significativas en la integración social en función del estado civil, siendo mayor en los adultos mayores solteros y viudos. En función de la edad, se encuentran diferencias significativas en las habilidades funcionales, siendo mayor en los adultos entre los 60 y 65 años. No se encontraron diferencias significativas en función del sexo. Se concluye que la autonomía y las

habilidades funcionales del adulto mayor están estrechamente relacionadas con la frecuencia de las actividades físicas y de integración social, lo que favorece su calidad de vida y obstaculiza la aparición de cambios biopsicosociales significativos en esta etapa.

En ese mismo año, Correia Alves et al., investigaron la influencia de enfermedades crónicas en la capacidad funcional (ABVD y AIVD) de los adultos mayores, controlando por edad, sexo, arreglos familiares, educación y presencia de otras comorbilidades. Utilizaron datos de las encuestas SABE que residentes en San Pablo, Brasil. En comparación con la categoría de referencia independiente, las enfermedades ejercen una significativa influencia en la categoría dependiente en las AIVD, son la enfermedad cardíaca (OR = 1,82), la artrosis (OR = 1,59), la enfermedad pulmonar crónica (OR = 1,50) y la hipertensión arterial (OR = 1,39). En cuanto a los resultados de la categoría dependiente, las AIDV y ABVD los resultados muestran que la enfermedad pulmonar (OR = 2,58), la artrosis (OR = 2,27), la hipertensión arterial (OR = 2,13) y la patología cardíaca (OR = 2,10) demuestran un fuerte efecto. Todos los resultados son estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

Por último, Oliver, et al. (2009) se propusieron generar un modelo estructural multifactorial que explique la dependencia funcional y el bienestar a partir de algunas características sociodemográficas asociadas con esos dominios, en adultos mayores de la República Dominicana. Se trató de un estudio transversal mediante encuesta en una muestra de 1 397 personas de 65 años o más representativa de la población de adultos mayores de la República Dominicana. Se recabó información sociodemográfica de los entrevistados (sexo, edad, nivel de estudios, si realizaba alguna actividad remunerada y nivel de ingresos) y los datos necesarios para calcular el índice de Barthel y las respuestas a las preguntas de las escalas del bienestar psicológico de Ryff. Para identificar las relaciones entre las variables de interés se probaron tres modelos de ecuaciones estructurales. El modelo estructural de ajuste más satisfactorio relacionó las características sociodemográficas con la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las dimensiones del bienestar psicológico de las escalas de Ryff sin proponer factores latentes. La capacidad predictiva del modelo para las variables endógenas fue débil. Encontraron que la edad se relacionó negativamente con algunas dimensiones del bienestar y con la capacidad para realizar las ABVD; el sexo se relacionó con la dimensión de relaciones positivas con otros; y el nivel de estudios influyó positivamente sobre el dominio del ambiente, el crecimiento personal y el propósito en la vida, así como en la capacidad para realizar las ABVD.

Objetivo general

Identificar los factores sociales-demográficos e individuales que se relacionan con la dependencia funcional de los adultos mayores.

Objetivos específicos

Aplicar para cada ciudad un modelo de regresión logística binaria en el que incluyan las mismas variables con la finalidad de determinar qué características del AM explican mejor la pérdida de la autonomía.

Metodología

En este estudio se utilizaron las Encuestas Multicéntricas Salud Bienestar Y Envejecimiento (SABE) realizadas entre el 1999 y el año 2000 en Buenos Aires (Argentina), Montevideo (Uruguay), y São Paulo (Brasil); y una encuesta realizada en una ciudad del interior de Argentina en el periodo 2008-2009, de estructura similar a las anteriores. Esta última encuesta fue 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 800 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. Y para el presente se tomaron las personas mayores de 60 años de edad.

Las variables socio-demográficas que se utilizaron para el modelo fueron: Sexo, Edad, con quién vive. Además se utilizó la información sobre si padece o padeció cardiopatía, enfermedad respiratoria crónica, ACV, infarto o derrame cerebral.

Respecto a la variable sobre la autonomía o dependencia funcional, existieron algunas diferencias entre las encuestas SABE y la del interior de Argentina es su captación. Se realizaron adaptaciones para lograr la comparación.

El cuestionario de las encuestas SABE se divide en varios módulos, de los que se utilizaron: características demográficas básicas, enfermedades crónicas, actividades de la vida diaria (AVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (Albala et al., 2007). Cabe destacar que en la proyecto realizado en la ciudad cordobesa, se realizó el componente de medidas antropométricas (peso, estatura, altura de rodilla,

circunferencia del brazo, circunferencia de la cintura y la cadera, pliegue tricípital, circunferencia de la pantorrilla y ancho de la muñeca) pero no se utilizara por conflicto de intereses. Pero no se aplicaron las pruebas sencillas para evaluar el estado funcional (sostenerse en un solo pie, agacharse y acuclillarse, y levantarse y sentarse sin ayuda) (Albala et al., 2007).

Para construir el modelo de regresión, la valoración de la autonomía se estimó a través 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	Categoría del modelo
Independencia total	Mayor a 80	Independiente
Dependencia leve o independencia	60-80	
Dependencia moderada	40-55	Dependiente
Dependencia severa	20-35	
Dependencia total	Menor a 20	
Fuente: Elaboración propia.		

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	Categoría del modelo
Dependencia total	0-1	Independiente
Algún grado de dependencia	2-7	Dependiente
Independiente	8	
Fuente: Elaboración propia.		

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.

El modelo de análisis multivariado (regresión logística binaria), tiene la intención de seleccionar las características que podrían ser predictoras de la dependencia aplicables a diferentes realidades latinoamericanas.

Se utilizaron las variables, con las categorías planteadas en la siguiente tabla:

Porcentaje de casos observados							
Sexo	Argentina	Uruguay	Cuba	Mejico	Brasil	Chile	Villa María
Mujer	63	63,5	63	59,1	59	65,6	61,5
Hombre	37	35,5	37	40,9	41	34,4	38,5
Edad							
60-69	47	47	46,4	55,6	37,7	47,6	52,8
70-79	40	39,5	31,8	30,9	37,8	34,7	38,7
80+	13	13,5	21,8	13,5	24,6	17,7	8,5

Vive Solo O Acompañado

Solo	27	18,8	11,3	11,5	15,7	12,7	22,6
Acompañado	73	81,2	88,7	88,5	84,3	87,3	77,4

Problemas Cardíacos

Si	20	23,1	24,3	9,9	21,3	33,9	26
No	80	76,9	75,7	91,9	78,7	66,1	74

Tiene Enfermedad Pulmonar

Si	8	9,2	12,5	9,7	12,6	12,7	12,9
No	92	90,8	87,5	90,3	87,4	87,3	87,1

Ataque Cerebral

Si	5	4	10,3	5,5	7,9	6,9	5,1
No	95	96	89,7	94,5	92,1	93,1	94,9

Dependiente O Independiente

Independiente	41	42,4	42	45,7	34,1	44,8	83,4
Dependiente	59	57,6	58	54,3	65,9	55,2	16,6

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de las bases de datos de cada país.

Para los países del proyecto SABE se construyó una variable que indica si cada persona es dependiente o independiente, la cual constituye la variable dependiente en cada uno de los modelos logísticos binarios estimados. Como puede observarse, (excepto en Brasil) el porcentaje de dependientes es similar en cada uno de los países. Sin embargo, como en el caso de Villa María la proporción de ambos grupos es muy diferente, se construyeron diversas muestras aleatorias con similar cuantía en cada uno de ellos y se hicieron las estimaciones correspondientes para evaluar si los resultados eran similares y poder establecer conclusiones con mayor seguridad.

Resultados

Variable	OR						
	Argentina	Uruguay	Cuba	Méjico	Brasil	Chile	Villa María
Sexo Femenino vs. Masc.	0.74*	0.63*	1.01***	0.85***	0.41*	0.69*	0.60***
Edad 60 – 69 versus 80+	0.16*	0.38*	0.20*	0.23*	0.14*	0.30*	0.55***
Edad 70 – 79 versus 80+	0.27*	0.50*	0.33*	0.36*	0.31*	0.41*	1.19***
Vive solo vs. Acompañado	1.31**	1.15**	1.56*	1.19***	2.13*	1.42*	1.03***
Tuvo Ataque cardíaco vs. No	1.70*	1.43*	1.47*	1.38***	1.39*	1.12***	0.96***
Tuvo Enf. Pulmonar vs. No	1.55**	1.83*	1.49*	1.83*	1.34**	1.48*	1.58**
Tuvo ACV vs. No	2.13*	2.25*	2.23*	1.93*	3.58*	2.13*	0.55***

* significativa al 95%

** significativa al 90%

*** no significativa

En base a la tabla anteriormente expuesta en general se observan similares resultados para los seis países considerados en este trabajo: las mujeres presentan menor propensión a ser dependientes que los hombres, a medida que las personas se acercan al grupo de 80 años y más crece rápidamente la propensión. Al respecto, Marín-Casnovas, (2005) comentaba que no obstante, la evidencia empírica disponible muestra, 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.

De igual modo, aquellos que viven solos versus aquellos que lo hacen acompañados. Asimismo, el antecedente de haber tenido un ataque cardíaco o enfermedad pulmonar favorece la propensión a la dependencia. Sin embargo, el factor más importante es

haber sufrido un ACV ya que aquellos que lo han tenido poseen el doble de propensión a ser dependientes que aquellos que no.¹

Respecto a las variables utilizadas en el trabajo, es importante destacar que las enfermedades coronarias, los infartos cardíacos y cerebrales, como así también los accidentes cerebro-vasculares hemorrágicos son complicaciones de enfermedades de alta prevalencia como lo son la Diabetes Mellitus y la Hipertensión arterial pero que al aplicarlas en este modelo no plasmaron los resultados esperados. Esto sugiere que son necesarios estudios longitudinales para evaluar mejor este fenómeno.

Esto pone de manifiesto dos aspectos relevantes: en primer lugar queda en evidencia la importancia de los cuidados sobre ciertos aspectos de la salud que luego repercuten en la dependencia durante la edad adulta y, en segundo término, merece la atención ya que conocer estos resultados brinda una posible herramienta con la cual es posible construir un cuestionario breve y simple con el cual se puede pronosticar el riesgo de dependencia que un adulto posee.

En el caso de la encuesta realizada en Villa María, las variables consideradas no resultaron estadísticamente significativas lo cual podría estar explicado ya que el método de recolección de la muestra fue diferente y por ello los individuos bajo análisis pueden presentar diferentes características. Sin embargo, debido a la estabilidad de los resultados obtenidos en las encuestas SABE en los diferentes países se considera que los mismos son sólidos y que los factores considerados provocan similares efectos sobre la dependencia de los adultos de los seis países.

¹ Todos aquellos resultados con OR menor que 1 hacen disminuir la propensión a la dependencia con respecto a la categoría base de comparación, y viceversa para aquellos mayor que 1.

Anexos

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].

Bibliografía

- Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5/6):307–22.
- Alonso Galbán, P., Sansó Soberats, F.J., Díaz-Canel Navarro, A. M., Carrasco García, M., Oliva, T. Envejecimiento Poblacional Y Fragilidad En El Adulto Mayor. *Rev Cubana Salud Pública* 2007;33(1)
- Arroyo,P., Lera, L., Sánchez, H., Bunout, D., Santos, J.L., Albala, C. Indicadores Antropométricos Y Composición Corporal En El Adulto Mayor . *Rev Méd Chile* 2007; 135: 846-854
- Berjano, Enrique. Dependencia Y Calidad De Vida En Las Personas Mayores. *Rev Mult Gerontol* 2005;15(3):144-154.
- Camargos MCS, Perpétuo IHO, Machado CJ. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5/6):379–86.
- Casado Marín, D., López I Casanovas, G. Vejez, Dependencia Y Cuidados De Larga Duración. Situación Actual Y Perspectivas De Futuro. Colección Estudios Sociales, Nº 6, Fundación La Caixa. Barcelona; 2001.
- CEPAL (Comisión Económica Para América Latina). Panorama Social De América Latina. Santiago De Chile. Naciones Unidas. 2000.
- 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.
- Correia Alves,L., Quinet Leimann, B. C., López Vasconcelos, M. E., Sá Carvalho, M., Godoi Vasconcelos, A. G., Oliveira da Fonseca, T. C., Lebrão, M. L., Laurenti, R. Influência Das Doenças Crônicas Na Capacidade Funcional De Idosos *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(8):1924-1930, ago, 2007
- Durán, D. M., Orbegoz Valderrama, L. J., Uribe-Rodríguez, A. F., Uribe Linde, J. M. Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Univ. Psychol. Bogotá, Colombia* V. 7 No. 1 PP. 263-270 enero-abril 2008 ISSN 1657-9267.
- 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.

- Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública. 2005;17(5/6):353–61
- 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.
- Peláez, Martha. La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas. Editorial. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 17(5/6), 2005
- Oliver A, Navarro E, Meléndez JC, Molina C, Tomás JM. Modelo de ecuaciones estructurales para predecir el bienestar y la dependencia funcional en adultos mayores de la República Dominicana. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(3):189–96.