

Dependencia evitable para las actividades de la vida diaria: una perspectiva de género

C. Tomás^a, M.V. Zunzunegui^b, L.A. Moreno^a y C. Germán^a

^aDepartamento de Enfermería. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.

^bDepartamento de Medicina Social y Preventiva. Universidad de Montreal. Québec. Canadá.

RESUMEN

Introducción: El objetivo del estudio es describir las diferencias de género en la dependencia para las actividades instrumentales o de mantenimiento del ambiente (AMA) en personas mayores de 75 años y examinar las variables asociadas con la dependencia para estas actividades en hombres y mujeres españoles.

Población y método: Los datos proceden de un estudio transversal de la población mayor de 75 años que vivía en sus hogares en la Zona Básica de Salud Santa Lucía de Zaragoza capital, en el año 1998 (n = 351) y se cumplimentaron a través de una entrevista personal. Se utilizó la escala de Lawton-Brody para la dependencia en las AMA, el Short Portable Mental Status Questionnaire para el déficit cognitivo, la Geriatric Depression Scale para la sintomatología depresiva y el índice de Katz para la dependencia en las actividades del cuidado personal. Se comparó la dependencia para las AMA que se realizan dentro y fuera del hogar en hombres y mujeres. Se aplicó un análisis de regresión logística multivariable para evaluar las asociaciones de las variables sociodemográficas y los indicadores de salud con la dependencia en las AMA, por separado para hombres y para mujeres.

Resultados: La dependencia para las AMA en nuestra población es muy elevada. En los hombres, la dependencia para las AMA dentro y fuera del hogar no está asociada a las características sociodemográficas ni a los indicadores de salud. En las mujeres, tener una edad avanzada, padecer déficit cognitivo e incapacidad para las actividades del cuidado personal están asociados con una mayor prevalencia de dependencia para las AMA que se realizan dentro del hogar, y la edad avanzada y los síntomas depresivos se asocian con una mayor dependencia para las AMA que se realizan fuera del hogar.

Conclusiones: La prevalencia de dependencia es mayor en hombres que en mujeres. En éstas, la dependencia se asocia con su estado de salud, pero no sucede lo mismo en los hombres. El desarrollo de políticas de igualdad de géneros en la distribución de

las tareas del hogar podría reducir la dependencia en las actividades ambientales, especialmente en los hombres.

Palabras clave

Envejecimiento. Actividades instrumentales. Dependencia. Género.

Avoidable dependence in activities of daily living: a gender perspective

ABSTRACT

Introduction: The aim of this study was to describe gender-related differences in dependence in instrumental activities of daily living (IADL) in people older than 75 years, and to assess the variables associated with dependence in these activities in Spanish men and women.

Patients and method: We performed a cross-sectional study of people older than 75 years living at home in the basic health area of Santa Lucía in the city of Zaragoza (Spain) in 1998 (n = 351). Data were obtained through personal interview. The Lawton-Brody scale for IADL, the Short Portable Mental Status Questionnaire for cognitive deficit, the Geriatric Depression Scale for depressive symptomatology, and the Katz index for self-care activities were also used. Dependence in IADL inside and outside the home were compared in men and women. To assess the relationship between sociodemographic variables and health indicators with dependence in IADL, two multivariate multiple logistic regression models were applied separately for men and women.

Results: The level of dependence in IADL in our population was very high. In men, dependence in IADL inside and outside the home was not associated with sociodemographic characteristics or health indicators. In women, old age, impaired cognitive function, and dependence in self-care activities were associated with a higher prevalence of dependence in IADL inside the home; old age and depressive symptoms were associated with greater dependence in IADL performed outside the home.

Conclusions: The prevalence of dependence is higher in men than in women. Dependence is associated with health status in women but not in men. The development of gender equality policies aiming to promote the distribution of household tasks could reduce dependence in environmental activities, especially in men.

Key words

Ageing. Instrumental activities. Dependency. Gender.

Correspondencia: Dra. C. Tomás.

Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza.

Domingo Miral, s/n. 50009 Zaragoza. España.

Correo electrónico: ctomas@posta.unizar.es

Recibido el 08-05-03; aceptado el 20-10-03.

Este trabajo se realizó con un Proyecto de Investigación financiado por CONSI + D (Diputación General de Aragón [DGA]; PCM 4394).

INTRODUCCIÓN

Para las personas mayores, el mantenimiento de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria es importante para continuar residiendo de forma independiente en sus hogares y en su comunidad. La incapacidad no es inherente a la persona ni acompaña inexorablemente a la vejez. Se produce cuando existe un vacío entre la capacidad personal para desarrollar determinadas actividades y la demanda de la sociedad en la que se vive. Esto implica una interrelación de la persona con su ambiente^{1,2}. El proceso de la dependencia para las actividades de la vida diaria (AVD) se va construyendo a lo largo de la vida. Más específicamente, las actividades de mantenimiento del ambiente (AMA), también llamadas actividades instrumentales (*instrumental activities of daily living*), tienen un claro componente de género³ que puede estar influyendo en la dependencia para estas actividades y creando una demanda de atención que podría ser evitada. Las actividades de mantenimiento del ambiente son tareas que se realizan en el interior (limpieza, hacer la comida, lavar la ropa, manejo de medicamentos), o fuera del hogar (comprar, utilizar el transporte, manejo de dinero, uso del teléfono). Tradicionalmente, algunas de estas tareas eran casi exclusivas de la mujer y otras debían ser realizadas por los hombres. Nuestra hipótesis es que el género, como construcción social que asigna funciones específicas a hombres y a mujeres, influye en la dependencia para las AMA. De confirmarse esta hipótesis, se podría sugerir que la dependencia asociada al género es evitable, ya que estas diferencias disminuirían si hombres y mujeres estuvieran expuestos a las mismas funciones en las diferentes etapas de la vida. Además, si los factores asociados con la dependencia en las AMA son diferentes para los hombres y para las mujeres, la prevención de las incapacidades en las AMA debería realizarse mediante intervenciones para reducir la discapacidad que tuvieran un enfoque de género.

El objetivo de este trabajo es doble. En primer lugar, nos preguntamos si existen algunas diferencias de género en la dependencia para las AMA y si éstas se traducen en que los hombres sean más dependientes para las actividades que se realizan dentro del hogar y las mujeres estén en desventaja en las actividades que se realizan fuera del hogar. En segundo lugar, nos preguntamos si los factores asociados a la dependencia en las AMA son los mismos para los hombres que para las mujeres.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Los datos proceden de un estudio transversal de la población mayor de 75 años que vivía en sus domicilios en la Zona Básica de Salud Santa Lucía de Zaragoza capital, en el año 1998.

Para la selección de la muestra se tomó como referencia la tarjeta sanitaria. La población mayor de 75 años

con tarjeta sanitaria perteneciente a la zona de salud de nuestro estudio es de 2.988 personas, con 2.025 mujeres y 963 hombres. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado por edad y género, teniendo en cuenta 3 grupos de edad: de 75-79 años, de 80-84 años y mayores de 85 años, que incluía a 455 mujeres y 274 hombres. De éstos, cumplían los criterios de admisibilidad 300/455 mujeres y 154/274 hombres; el resto no los cumplía por traslado de domicilio, institucionalización o fallecimiento. De ellos, 228/300 mujeres y 123/154 hombres aceptaron participar en el estudio, lo que supuso una proporción de respuestas de 76% para las mujeres y de 80% para los hombres.

En cuanto a la medida de las variables, la dependencia en las AMA se midió con la escala de Lawton-Brody⁴. Para este trabajo se consideraron de forma separada las actividades que se realizan dentro del hogar (AMAD), como limpiar la casa, lavar la ropa, cocinar o tomar los medicamentos, y las actividades que se realizan fuera del hogar (AMAF), como comprar, usar el teléfono, usar el transporte público o manejar el dinero. Se clasificó como «autónomas» a las personas capaces de realizar todas las actividades sin ayuda, y se consideró como «dependientes» a las que necesitaban algún tipo de ayuda o no eran capaces de realizar al menos una de las actividades.

La variable independiente es el género. La asociación del género con la dependencia se estudió controlando por los factores sociodemográficos (edad, nivel de instrucción, ocupación) y de salud (déficit cognitivo, síntomas depresivos, salud autopercebida e incapacidad en las actividades de cuidado personal) que pueden influir en la dependencia en las AMA.

La edad se categorizó en tres grupos: 75-79 años, 80-84 años y ≥ 85 años. El nivel de estudios se agrupó en primaria incompleta, primaria completa, bachiller y superiores; para el estudio de la ocupación se tomó como referencia la clasificación propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología⁵, agrupándola para el análisis en trabajadores manuales, no manuales y amas de casa.

El déficit cognitivo se evaluó a través del número de errores en el *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ)⁶. La sintomatología depresiva se midió con el número de síntomas en la *Geriatric Depression Scale*, que establece el punto de corte de 5 a 9 síntomas como una «depresión leve» y ≥ 10 síntomas como una «depresión establecida», utilizándose en el análisis como variable continua⁷. La incapacidad en las actividades del cuidado personal (ACP) se evaluó a través del índice de Katz⁸, con un rango de 1-6, y la percepción de salud (¿cómo diría usted que es su salud actualmente?) se valoró de 1 a 5 (muy buena, buena, regular, mala y muy mala).

Las fuentes de información para la elaboración del cuestionario fueron la Encuesta de Salud de Cataluña⁹,

los cuestionarios aplicados por el INSERSO¹⁰ y otros de elaboración propia. La captación de los individuos se realizó a través del envío de una carta y tres llamadas telefónicas para la localización. Se solicitó su consentimiento para participar en el estudio y se estableció el momento de la cita para la entrevista. Ésta fue realizada por 5 enfermeras previamente entrenadas.

Análisis

En primer lugar, se comparó la frecuencia de dependencia en las AMAD y en las AMAF en hombres y en mujeres. En segundo lugar, se realizó un análisis bivariable por separado para hombres y para mujeres para identificar las variables socioeconómicas y los indicadores de salud asociados a la dependencia en las AMD y en las AMAF. Se aplicó el test de la χ^2 para la comparación de proporciones y el de la t de Student para la comparación de medias, considerando estadísticamente significativo un valor de $p = 0,05$. Por último, se ajustaron modelos de regresión logística, por separado para hombres y mujeres, tomando como variables dependientes la «dependencia para las AMAD» y «dependencia para las AMAF». Se introdujeron en los modelos las variables que tenían asociaciones estadísticamente significativas en el análisis bivariable. Por último, para probar formalmente la modificación de la asociación entre género y dependencia en las AMAD y AMAF y las variables sugeridas por el análisis de regresión logística (depresión, déficit cognitivo e incapacidad en ACP), se incluyeron los términos de interacción «género-sintomatología depresiva», «género-déficit cognitivo» y «género-incapacidad en las ACP». El análisis estadístico de los resultados se realizó con el programa SPSS 10.0

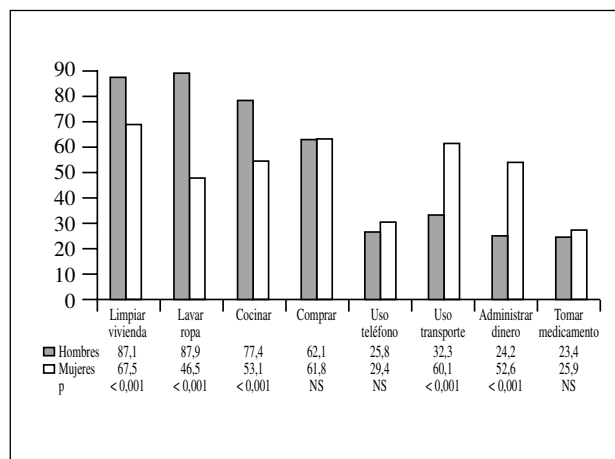


Figura. 1. Porcentaje de personas mayores dependientes para las actividades ambientales en hombres y mujeres.

RESULTADOS

La prevalencia de dependencia para las AMA en nuestra población es muy elevada, de un 96,8% para los hombres y de un 79,4% para las mujeres. La prevalencia de dependencia en las AMAD es del 91,1% en hombres y del 53,9% en mujeres, y en las AMAF del 80,6% y del 66,2%, respectivamente. Por grupos de edad (75-79 años, 80-84 años y mayores de 84 años), los hombres presentan un porcentaje de dependencia del 98,2, 91,9 y 100% y las mujeres del 67,1, 73,8 y 96,3%, respectivamente (tabla 1). La distribución por género de la dependencia según el tipo de actividad evaluada en la escala de Lawton-Brody se presenta en la figura 1. Los hombres presentan una mayor dependencia para las actividades de dentro del hogar, como lavar la ropa, asear la vivienda o cocinar ($p < 0,001$).

TABLA 1. Asociaciones bivariadas entre las variables sociodemográficas y la dependencia para las actividades ambientales dentro y fuera del hogar según el género

	Dependencia para las AMAD				Dependencia para las AMAF			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	%	p	%	p	%	p	%	p
Total	91,0		53,9	< 0,001	80,6		66,2	< 0,05
Edad (años)								
75-79	91,1		32,9		80,4		48,8	
80-84	86,1		43,1		78,4		56,9	
≥ 85	96,7	NS	84,0	< 0,001	83,3	NS	91,4	< 0,001
Ocupación								
No manual	86,4		28,6		72,7		57,1	
Manual	92,1		53,4		82,2		62,7	
Ama de casa	—	NS	55,6	NS	—	NS	70,7	NS
Educación								
Primaria incompleta	94,1		58,2		86,3		69,2	
Primaria completa	87,8		51,8		73,5		64,0	
Bachiller y superior	91,3	NS	45,5	NS	82,6	NS	63,6	NS

NS: no significativo.

AMAD: actividades ambientales dentro del hogar; AMAF: actividades ambientales fuera del hogar.

TABLA 2. Asociaciones bivariadas entre los indicadores de salud y la dependencia en las actividades ambientales dentro y fuera del hogar según el género

	AMAD			AMAF		
	Autónoma Media \pm DE	Dependiente Media \pm DE	p	Autónoma Media \pm DE	Dependiente Media \pm DE	p
Hombres						
Número de errores en SPMSQ	0,30 \pm 0,67	1,09 \pm 1,98	NS	0,30 \pm 0,56	1,20 \pm 2,09	0,04
Número de síntomas depresivos	4,09 \pm 1,58	4,42 \pm 2,31	NS	4,25 \pm 1,80	4,43 \pm 2,36	NS
Salud percibida	2,09 \pm 0,54	2,32 \pm 0,82	NS	2,17 \pm 0,64	2,33 \pm 0,84	NS
Incapacidad en ACP	0	1,79 \pm 1,72	NS	1,08 \pm 0,28	1,88 \pm 1,81	0,03
Mujeres						
Número de errores en SPMSQ	0,55 \pm 0,87	1,93 \pm 2,07	< 0,001	0,52 \pm 0,91	1,67 \pm 1,95	< 0,001
Número de síntomas depresivos	4,88 \pm 2,11	6,39 \pm 2,56	< 0,001	4,58 \pm 2,20	6,23 \pm 2,40	< 0,001
Salud percibida	2,30 \pm 0,65	2,78 \pm 0,95	< 0,001	2,21 \pm 0,66	2,72 \pm 0,89	< 0,001
Incapacidad en ACP	1,27 \pm 0,54	2,93 \pm 2,25	< 0,001	1,27 \pm 0,90	2,61 \pm 2,08	< 0,001

DE: desviación estándar de la media; SPMSQ: déficit cognitivo medido con el Short Portable Mental Status Questionnaire; ACP: actividades de cuidado personal; AMAD: actividades ambientales dentro del hogar; AMAF: actividades ambientales fuera del hogar.

Las actividades de comprar y manejar los medicamentos presentan un porcentaje similar de dependencia en ambos géneros, mientras que en la utilización del transporte o manejar el dinero las mujeres presentan un mayor porcentaje de dependencia ($p < 0,001$).

Los resultados de los análisis bivariados para los hombres muestran que la dependencia para las AMAD no se encuentra influida por ninguna de las variables estudiadas (tablas 1 y 2). Respecto a las AMAF, la media de errores en el déficit cognitivo en los individuos dependientes es superior a la de los autónomos (1,2 frente a 0,30; $p = 0,04$) y la media de actividades para las que es dependiente en las ACP es superior en los dependientes para las AMAF que en los autónomos (1,88 frente a 1,08; $p = 0,03$; tabla 2).

La proporción de mujeres dependientes para las AMAD aumenta con la edad ($p < 0,001$) (tabla 1). La media de errores en el déficit cognitivo es mayor en las mujeres dependientes para las AMAD (1,93 frente a 0,55; $p < 0,001$); la media de síntomas depresivos es superior en las mujeres dependientes respecto a las autónomas (6,39 frente a 4,88). La percepción de salud es peor en las mujeres con dependencia, y la media de ACP para las que son dependientes es mayor en las que tienen dependencia para las AMAD (2,93 frente a 1,27). Todas las variables presentan diferencias significativas, con valores de $p < 0,001$. Respecto a las AMAF, se mantiene la misma tendencia que para las AMAD (tablas 1 y 2).

En el análisis multivariante realizado en los hombres, ninguna de las variables resultó significativamente asociada para las AMAD y AMAF. No se encontraron asocia-

ciones entre la dependencia para las AMAD y las AMAF; es decir, los hombres dependientes para esas actividades lo son independientemente de la edad, el déficit cognitivo o la depresión.

En las mujeres, la probabilidad de ser dependientes para las AMAD está en función de la edad; las mayores de 84 años tienen mayor probabilidad de ser dependientes, así como las que tienen mayor deterioro cognitivo y las que son dependientes para las ACP (tabla 3). La probabilidad de ser más dependientes para las AMAF está asociada con la edad, ser mayor de 84 años y tener un mayor número de síntomas depresivos (tabla 3).

Para probar si las asociaciones entre géneros y la dependencia en las AMAD dependen de la función cognitiva y la dependencia para las ACP, como sugieren los análisis previos, se ajustó un modelo de regresión logística a todos los datos, incluyendo los términos de interacción «función cognitiva-género» e «índice de Katz-género». La dependencia para las ACP está fuertemente asociada con la dependencia en AMAD, tanto en hombres como en mujeres. Además, la función cognitiva modifica la asociación entre género y dependencia en las AMAD ($p = 0,05$). Mientras que en los hombres la dependencia en las AMAD no depende de la función cognitiva, en las mujeres, la dependencia en AMAD aumenta de forma significativa a medida que empeora la función cognitiva.

De forma análoga, para probar formalmente la modificación de la asociación entre género y dependencia en las AMAF según la sintomatología depresiva, sugerida por los análisis de regresión logística anteriores, se ajus-

TABLA 3. Estimación de las razones de ventaja (*odds ratio* [OR]) de las variables asociadas a la dependencia para las actividades ambientales dentro y fuera del hogar en mujeres. Resultados de la regresión logística multivariante

	AMAD		AMAF	
	OR	IC del 95%	OR	IC del 95%
Edad (años)				
80-84/75-79	1,04	0,43-2,47	0,95	0,42-2,08
≥ 85/75-79	6,09	2,51-14,78	6,14	2,29-16,38
Déficit cognitivo (0-10)	1,52	1,10-2,09	1,33	0,95-1,85
Depresión; número síntomas (0-15)	1,13	0,95-1,34	1,20	1,01-1,42
Salud percibida; mala/buena	1,17	0,53-2,5	1,66	0,77-3,54
Incapacidad ACP (1-6)	2,19	1,34-3,58	1,53	0,97-2,39

ACP: actividades de cuidado personal; AMAD: actividades ambientales dentro del hogar; AMAF: actividades ambientales fuera del hogar.

tó una regresión logística a todos los datos y se incluyó el término de interacción «género-sintomatología depresiva». Los resultados confirman una modificación de efecto ($p = 0,05$). Mientras que en los hombres la dependencia en AMAF no está asociada a la depresión, en las mujeres, la dependencia en las AMAF aumenta a medida que se incrementan los síntomas depresivos.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos demuestran una mayor dependencia en las actividades instrumentales en los hombres que en las mujeres, tanto para las que se realizan dentro del hogar como para las que se realizan fuera. Además, la dependencia en las mujeres está asociada con su estado de salud física y mental, mientras que en los hombres, el estado de salud no se asocia con la dependencia. En las mujeres, la dependencia en las AMAD aumenta de forma significativa a medida que empeora la función cognitiva, pero no así en los hombres. Mientras que en los hombres la dependencia en las AMAF no está asociada con la sintomatología depresiva, en las mujeres, la dependencia en estas actividades aumenta a medida que se incrementan los síntomas depresivos.

Es sabido que los hombres tienen mayor incidencia de accidentes cerebrovasculares, cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cirrosis, pero las mujeres tienen mayor riesgo de casi todas las enfermedades crónicas restantes: osteoporosis, artritis, hipertensión, diabetes, depresión y problemas genitourinarios. La ventaja de las mujeres en la enfermedad cardiovascular desaparece después de la menopausia, cuando la incidencia de cardiopatía en mujeres iguala e incluso excede la de los hombres. El resultado de estas diferencias es que las mujeres viven más años con limitaciones funcionales y discapacidades.

Sin embargo, según nuestros datos sobre personas mayores que residen en sus hogares en la ciudad de Zaragoza, se observa una paradoja que sólo puede ex-

plicarse por la cultura. Para los hombres, la dependencia en las actividades de la vida diaria que son necesarias para mantener una vida autónoma en el domicilio (actividades instrumentales de la vida diaria) no está en función de su estado de salud ni de su estado de discapacidad. Sin embargo, cuando restringimos nuestra atención a las mujeres constatamos una fuerte asociación entre la mala salud física y mental y la discapacidad para realizar las actividades necesarias para mantener una vida independiente. La interpretación es sencilla: para mantener el hogar, los hombres dependen de la ayuda de una mujer, pero ésta es una dependencia cultural que nada tiene que ver con el estado de salud. Las mujeres, por el contrario, necesitan ayuda cuando su estado de salud no les permite desenvolverse por sí solas.

El patrón de dependencia por actividades coincide con el de otros estudios. La limpieza de la vivienda es la actividad para la que se presenta mayor dependencia, resultado que coincide con los del estudio de Leganés¹¹. El uso del teléfono es una de las actividades para las que presentan una menor dependencia, con unos resultados similares a los obtenidos en el estudio de Laukannen¹², así como el uso del transporte y la realización de las compras. En el estudio de Berlín¹³, en el que se excluyen las actividades con un claro componente de género, como preparar la comida, también se obtuvieron diferencias de género en el uso del transporte, observando una mayor dependencia en las mujeres. En nuestro estudio se aprecia una convergencia de géneros en la actividad de comprar, como señala también Bennett¹⁴, y la autonomía para administrar el dinero es elevada, lo mismo que para los medicamentos.

Al analizar la diferencia en las distintas variables que integran la escala de Lawton-Brody, se refleja la influencia de las funciones asignadas a hombres y mujeres a lo largo de la vida. Los hombres son más dependientes para las tareas que tradicionalmente han desempeñado las mujeres, como aseo de la vivienda, lavar la ropa y cocinar, y son menos dependientes que las mujeres para utilizar el transporte o manejar el dinero.

Las diferencias de género encontradas en nuestro estudio suponen ventajas para las mujeres, ya que el mantenimiento de la función social durante su vida les ayuda a preservar una mayor autonomía en las actividades dentro del hogar, y desventajas para los hombres, ya que presentan una mayor dependencia para estas actividades. Respecto a las actividades externas, las mujeres estarían en desventaja al presentar una mayor dependencia en alguna de ellas, debido también a la influencia del papel social desarrollado a lo largo de la vida^{3,14-17}.

En nuestro estudio la prevalencia de dependencia para las AMA es muy elevada en ambos géneros y superior a las encontradas en el estudio de Laganés¹¹, Extremadura¹⁸, proyectos ANCO¹⁹ o por Katz et al²⁰, que lo estudian en poblaciones mayores de 65 o 70 años. Los estudios que presentan una superior prevalencia de dependencia en mujeres lo atribuyen a una mayor prevalencia de alteraciones musculoesqueléticas y de procesos crónicos^{21,22}.

Estos resultados tienen repercusiones en la planificación de los servicios de apoyo, tanto formales como informales (p. ej., la dificultad de salir a la calle puede incrementar el aumento de visitas a domicilio por parte de los servicios formales), y en las estimaciones sobre el incremento de la dependencia en nuestra sociedad, ya que esta dependencia se podría reducir si se implementaran programas de aprendizaje para realizar las AMA que redujeran la dependencia cultural, fundamentalmente de los hombres²³.

Se podría pensar que en este estudio se ha valorado a una cohorte de personas muy mayores y probablemente expuestas a formas de vida poco comunes en la actualidad y, por tanto, sin trascendencia histórica para las generaciones venideras. Pero ¿dónde está la evidencia que nos permite afirmar que ésta es una situación del pasado que no se repetirá en las nuevas generaciones? Es cierto que la proporción de mujeres que trabaja fuera del hogar aumenta de forma acusada, tanto en España como en otros países, en especial entre las mujeres menores de 45 años. Este incremento es mayor entre las cohortes más jóvenes y se ha observado un aumento de la proporción de hijos hombres que realizan tareas de cuidador^{24,25}, pero compartir las tareas domésticas no es la norma. En el subconsciente colectivo, las tareas domésticas son aún responsabilidad de la mujer y el hombre responsable reconoce que «debe ayudarla», al igual que ella colabora con su sueldo trabajando fuera de casa. El mantenimiento de esta distribución del trabajo doméstico supone riesgos y costes, principalmente para la mujer, como un empleo menos estable, un menor salario por el mismo puesto de trabajo y menos pensión en la jubilación, con un peor estado de salud.

Así, se podría avanzar la hipótesis de que, en ausencia de una política activa de igualdad de género que fuerce a las empresas a ofrecer las mismas oportunidades de

trabajo, empleo y jubilación a los hombres y las mujeres, y en ausencia de una política social que facilite un equilibrio entre el trabajo remunerado y no remunerado, las mujeres tendremos mayor probabilidad de llegar a la vejez más pobres y enfermas que los hombres de nuestra misma edad, y esto no se podrá explicar simplemente por causas biológicas. Debido al menor número de años de vida laboral activa y a las desigualdades en los puestos de trabajo y en los sueldos, las mujeres mayores se encontrarán con recursos económicos inferiores a los de los hombres. Esta peor economía se asocia a una peor salud e integración social.

¿Qué se necesita? Podemos avanzar las siguientes necesidades. Para las parejas jóvenes, programas de ayuda a la familia para equilibrar el trabajo remunerado y el no remunerado. Para las personas de edad media, programas universales que cubran los cuidados a las situaciones de dependencia de los padres y familiares con necesidades de cuidados de larga duración. Para las personas mayores, programas de aprendizaje para reducir la dependencia de origen cultural en las actividades instrumentales.

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro agradecimiento al equipo del Centro de Salud San Pablo por su colaboración y a las personas que respondieron a los cuestionarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Soc Sci Med* 1994; 38:1-14.
2. Williams J, Lyons B, Rowland D. Unmet long-term care needs of elderly people in the community: a review of the literature. *Home Health Care Services Quarterly* 1997;16:93-119.
3. Peek MK, Coward RT. Gender differences in the risk of developing disability among older adults with arthritis. *J Aging Health* 1999;11:131-50.
4. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist* 1969;9:179-86.
5. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. La medición de la clase social en ciencias de la salud. Barcelona: SG Editores, 1995.
6. Pfeiffer A. Short Portable Mental Status Questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975; 23:433-41.
7. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982-83;17:37-49.
8. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW, Cleveland JMA. Studies of illness in the aged. *JAMA* 1963;185:94-9.
9. Ferrando J, Nebot M, Borrell C, Egea L. Apoyo social y estado de salud percibido en población no institucionalizada de más de 60 años. *Gac Sanit* 1996;10:174-82.
10. Ministerio de Asuntos Sociales. Cuidados en la vejez. El apoyo informal. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSSERSO), 1995.
11. Beland F, Zunzunegui MV. El perfil de las incapacidades funcionales en las personas mayores. *Rev Gerontol* 1995;5:232-42.

12. Laukannen P, Karppi P, Heikkinen E, Kauppinen M. Coping with activities of daily living in different care settings. *Age Ageing* 2001;30:489-94.
13. Smith J, Baltes MM. The role of gender in very old age: profiles of functioning and everyday life patterns. *Psychol Aging* 1998;13:676-95.
14. Bennett KM. Gender and longitudinal changes in physical activities in later life. *Age Ageing* 1998;27(Suppl 3):24-8.
15. Encuesta Nacional de Salud, 1997. Disponible en: http://www.msc.es/salud/epidemiologia/ies/encuesta/texto_comp.htm.
16. Beckett LA, Brock DB, Lemke JH, Mendes de Leon CF, Guralnik JM, Fillenbaum GG, et al. Analysis of change in self-reported physical function among older persons in four population studies. *Am J Epidemiol* 1996;143:766-78.
17. Harwood RH, Prince MJ, Mann AH, Ebrahim S. The prevalence of diagnoses, impairments, disabilities and handicaps in a population of elderly people living in a defined geographical area: the Gospel Oak project. *Age Ageing* 1998;27:707-14.
18. Pedrera Zamorano JD, Canal Macías JM, Lavado García JM, Postigo Mota S, Sánchez Belda M, Durán Gómez N. Estudio de salud de las personas mayores en Extremadura: consumo de fármacos y patologías crónicas más frecuentes. *Rev Esp Salud Pública* 1998;73:677-86.
19. Espejo Espejo J, Martínez de la Iglesia J, Aranda Lara JM, Rubio Cuadrado V, Enciso Bergé I, Zunzunegui Pastor MV, et al. Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores socio sanitarios asociados (proyecto ANCO). *Aten Primaria* 1997;20:21-35.
20. Katz SJ, Kabeto M, Langa KM. Gender disparities in the receipt of home care for elderly people with disability in the United States. *JAMA* 2000;284:3022-7.
21. Wray LA, Blaum CS. Explaining the role of sex on disability: a population based-study. *The Gerontologist* 2001;47:499-510.
22. Barer B. Men and women aging differently. *Int J Aging Human Develop* 1994;38:29-40.
23. Tennstedt SL, Sullivan LM, McKinlay JB, D'Agostino FB. How important is functional status as a predictor of service use by older people? *J Aging Health* 1990;2:439-61.
24. Sancho Castiello M, coordinador. *Envejecer en España. II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Abril 2002. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2002.
25. Arber S, Lahelma E. Inequalities in women's and men's ill-health: Britain and Finland compared. *Soc Sci Med* 1993;37:1055-68.