

Detección de fragilidad en atención primaria: situación funcional en población mayor de 65 años demandante de atención sanitaria

M. Dolores Pérez Cárceles^a, Luis Rubio Martínez^b, Juan Enrique Pereñíguez Barranco^b, Domingo Pérez Flores^c, Eduardo Osuna Carrillo de Albornoz^d y Aurelio Luna Maldonado^d

^aDepartamento de Medicina Legal y Forense. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. Murcia. España.

^bMedicina de Familia. Centro de Salud de Espinardo. Murcia. España.

^cDepartamento de Bioestadística. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. Murcia. España.

^dDepartamento de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. Murcia. España.

RESUMEN

Introducción: detectar la discapacidad e identificar factores asociados debe ser un objetivo fundamental en atención primaria de salud como primer paso para prevenir la dependencia. Se estudia la prevalencia de discapacidad funcional en un grupo de mayores de 65 años demandante de atención sanitaria, definiendo el perfil de sujeto dependiente en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Material y métodos: estudio descriptivo transversal. La muestra se obtuvo del conjunto de pacientes que acuden demandando asistencia sanitaria a centros de salud de la Región de Murcia. La capacidad funcional para ABVD (índice de Katz) se relaciona con distintas variables sociodemográficas.

Resultados: se evaluó a 460 sujetos (53,3% mujeres), con una edad media de 74,1 años (desviación estándar: 5,7). El 27,8% de los sujetos presenta dependencia para alguna de las ABVD: desde el 23,5% que necesita ayuda para vestirse, hasta el 11,7% para alimentarse. El 11,1% presenta dependencia para todas las ABVD. Existe una asociación estadísticamente significativa entre dependencia y edad avanzada, ser viudo, residir en casa de otros familiares, mayoritariamente hijos, en zonas semiurbanas, y percibir menores ingresos ($p < 0,05$). No hubo asociación entre dependencia y sexo o escolaridad.

Conclusiones: la mayoría de los sujetos mayores de 65 años de la muestra tienen una excelente capacidad funcional. Tratándose de pacientes que pueden acudir a la consulta, una cuarta parte presenta limitación en la realización de alguna de las ABVD. La independencia funcional se asocia a tener menos edad, vivir en pareja en el domicilio propio y percibir mayores ingresos.

Palabras clave

Actividades básicas de la vida diaria. Discapacidad. Envejecimiento.

Detection of frailty in people aged 65 years and older seeking medical attention in a primary care centre

ABSTRACT

Introduction: detecting incapacity and identifying associated factors should be among the principal concerns of primary care as a first step in preventing dependence. The aims of this study were to determine the prevalence of functional incapacity by using the Katz index in patients aged 65 years and older seeking medical attention and to define the profile of persons dependent for basic activities of daily living (BADL).

Material and methods: a descriptive, cross-sectional study was performed. The sample was obtained from all patients attending a primary care centre in the region of Murcia (Spain). Functional capacity in BADL (Katz index) was assessed and various sociodemographic variables were recorded.

Results: four-hundred sixty patients (53.3% women) were assessed. The mean age was 74.1% (SD: 5.7). A total of 27.8% of the patients were assessed as dependent for at least one BADL, the highest figure being for those in need of help to dress themselves (23.5%) and the lowest for feeding (11.7%). Dependence for all BADL was found in 11.1%. A statistically significant association was found between functional capacity and old age, widowhood, living in the home of relatives, usually their own children, living in semi-urban areas, and having a low income ($p < 0.05$). No correlation was found between dependence and gender or educational level.

Conclusions: most patients aged more than 65 years old in the sample had excellent functional capacity. Although all the patients were able to attend the centre, 27.8% had some limitation in performing BADL. The best functional capacity was associated with lower age, living in a couple, and having a high income.

Key words

Activities of daily living. Incapacity. Ageing.

INTRODUCCIÓN

La atención médica correcta al paciente anciano es compleja, ya que existen muchos factores asociados que

Correspondencia: Dra. M.D. Pérez Cárceles.

Área de Medicina Legal y Forense. Universidad de Murcia.

Campus de Espinardo. 30100 Espinardo. Murcia. España.

Correo electrónico: mdperez@um.es

han de tenerse en consideración. El médico de familia se convierte en el receptor de los problemas sociales, económicos y sanitarios del anciano o de su familia y tiene que canalizarlos, sin posibilidad en muchas ocasiones de encontrar una solución adecuada¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el envejecimiento activo como «el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez, señalando además que la salud del anciano como mejor se mide es en términos de función, siendo la capacidad funcional mejor indicador de salud que el estudio de prevalencia de enfermedades»². El término «capacidad funcional», en su sentido más amplio, significa la habilidad para relacionarse, adaptarse a los elementos del entorno y desarrollar las actividades de la vida diaria; está incluido en el ámbito de la salud, el cual a su vez se incluye dentro de la concepción de «calidad de vida».

Una persona es dependiente cuando presenta una pérdida más o menos importante de su capacidad funcional y necesita la ayuda de otras personas para poder desenvolverse en la vida diaria, por lo que esas necesidades básicas han de ser satisfechas por personas próximas al entorno, como ocurre en la mayoría de las ocasiones, o bien suponen el ingreso del sujeto en una institución pública o privada³.

La valoración del estado funcional tiene como objetivo cualificar y cuantificar la habilidad para el autocuidado, aplicada a las áreas denominadas colectivamente «actividades básicas de la vida diaria» (ABVD) dispuestas según una jerarquía y que constituyen uno de los fundamentos de la valoración funcional.

La detección de la discapacidad y la identificación de los factores asociados debe ser un objetivo fundamental de la atención primaria de salud como primer paso para prevenir la dependencia. Se han identificado numerosos factores asociados a la dependencia, tales como las desigualdades sociales y económicas⁴⁻⁶, la edad⁷⁻⁹, el sexo^{10,11} o la presencia de patología crónica^{12,13}.

Los médicos de familia son los profesionales sanitarios en mejores condiciones para retrasar y reducir el riesgo de dependencia en la población mayor, ya que más del 90% de los problemas que presentan este grupo de edad se abordan y manejan sin traspasar el ámbito de la atención primaria. La cercanía y el conocimiento global que estos profesionales tienen de los pacientes pueden ayudar en gran medida a detectar precozmente una situación de dependencia y, por tanto, a buscar soluciones cuando todavía es posible.

La valoración de la capacidad funcional en atención primaria ha de llevarse a cabo mediante escalas sencillas, rápidas de administrar y validadas ampliamente como es

el índice de Katz. Dicha escala puede aplicarse al anciano entrevistado directamente sin necesidad de contar con la participación del cuidador, y es fiable en el medio de atención primaria¹⁴.

Diversos estudios en España han abordado el estudio de la capacidad funcional de los ancianos en diferentes grupos poblacionales, y para contribuir a aumentar el conocimiento de esta situación desarrollamos este estudio en la Región de Murcia, teniendo como objetivos:

1. Determinar la prevalencia de la capacidad funcional en pacientes mayores de 65 años que acuden demandando asistencia sanitaria a centros de salud mediante el índice de Katz.
2. Definir el perfil del sujeto dependiente en alguna de las ABVD.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo y transversal, realizado mediante encuesta administrada directamente a los sujetos. La población objeto de estudio son pacientes mayores de 65 años que acuden en demanda de asistencia sanitaria a distintos centros de salud de la Región de Murcia, excluyendo a los pacientes que demandan exclusivamente atención domiciliaria. El tamaño de la muestra fue de 460 personas, necesario para estimar la prevalencia de personas con dependencia funcional con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 4% y una prevalencia previsible de un 25%.

A estos pacientes se les aplicó, previo consentimiento, un cuestionario compuesto por:

1. *Índice de Katz*. Este índice evalúa la capacidad funcional a partir de las ABVD esenciales para el autocuidado, valorando de manera dicotómica (en términos de dependencia o independencia para cada actividad) la capacidad del sujeto para moverse, vestirse, lavarse, ir al servicio sin ayuda, continencia esfinteriana y alimentarse.
2. Las características sociodemográficas evaluadas fueron: sexo, edad, estado civil, con quién o quiénes convive, dónde reside, estudios realizados, pensión que percibe al mes y tipo de centro de salud al que pertenece.

Los cuestionarios fueron cumplimentados por un médico de familia en 3 centros de salud (urbano, semiurbano y rural) pertenecientes al área de salud I de la Región de Murcia. Fueron contestados por el mismo paciente cuando acudía al centro de salud en demanda de asistencia sanitaria. Antes de realizar el cuestionario se explicó previamente a cada uno de los pacientes su objetivo y posteriormente se les solicitó el consentimiento para realizar la entrevista.

Como establece el índice de Katz, se clasificó a los ancianos según la pérdida de la función en:

- A. Independiente en todas las funciones.
- B. Dependiente en una de las funciones.
- C. Dependiente en una función más dependiente en bañarse.
- D. Dependiente en una función, más en bañarse y vestirse.
- E. Dependiente en una función, más bañarse, más vestirse, más en el uso del váter.
- F. Dependiente en una función, más bañarse, más vestirse, más en el uso del váter y en la movilización.
- G. Dependiente en todas las funciones.
- H. Dependiente en al menos 2 funciones pero no clasificables como C, D, E o F.

El único criterio de exclusión establecido fue la presencia de déficit cognitivo que imposibilitara la entrevista.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 11.0. Se realizó un estudio descriptivo, y para el análisis de la relación entre variables cualitativas el test χ^2 de Pearson y el test exacto de Fisher. Cuando se consideró pertinente se obtuvieron los intervalos de confianza (IC) de las proporciones al nivel de confianza del 95%. Se admitió la existencia de diferencias estadísticamente significativas cuando el nivel de significación fue inferior a 0,05.

RESULTADOS

Obtuvimos una tasa de respuesta del 100%, ya que en ningún caso los ancianos seleccionados se negaron a participar en el estudio.

La distribución por sexo fue de 215 varones (46,7%) y 245 mujeres (53,3%), con una edad media \pm desviación estándar de $74,1 \pm 5,7$ y con un rango entre 65 y 91 años. Existen diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,043$) entre la edad y el sexo. Así, excepto en el grupo de edad más joven (65-69 años) en el que predominan los varones (57,3%), en el resto de los grupos de edad (70-74, 75-79, ≥ 80 años) el predominio es del sexo femenino. Las características sociodemográficas de la muestra estudiada se recogen en la tabla 1. Observamos que el perfil más frecuente de personas mayores de 65 años que demandan asistencia sanitaria en atención primaria en nuestra población está en el grupo de edad de 70 a 74 años (31,7%), son sujetos casados que conviven con el cónyuge (32,2%) o con el cónyuge e hijos (32,2%), que residen en su propia vivienda (87,6%), en zona semiurbana (56,1%), son analfabetos funcionales (52%) y perciben una pensión de entre 301 y 600 euros (64,8%).

Con referencia al índice de Katz para la evaluación de la capacidad funcional a través de las ABVD encontramos que el 72,2% (IC del 95%, 67,8-76,2) de los pacientes era independiente en todas las ABVD, y el 27,8% (IC del 95%, 23,8-32,2), dependiente en una o más ABVD (tabla 2). La figura 1 recoge las prevalencias para cada una de las actividades diarias medidas por el índice de Katz. En la figu-

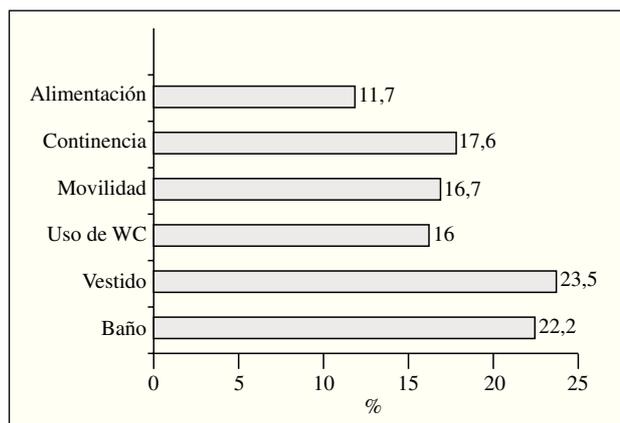


Figura 1. Porcentaje de sujetos dependientes para cada una de las actividades básicas de la vida diaria (n = 128).

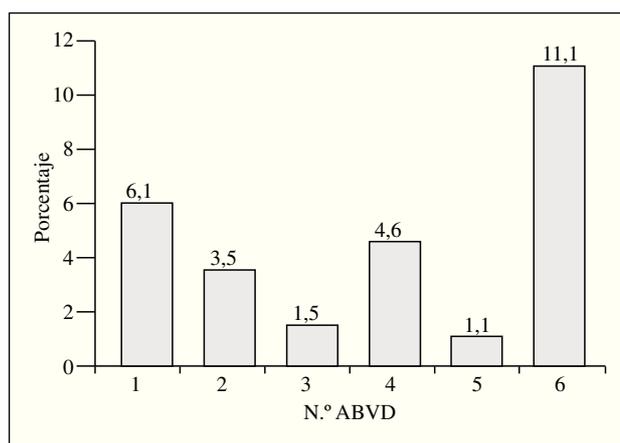


Figura 2. Distribución del porcentaje de sujetos en función del número de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) para las que son dependientes.

ra 2 aparecen representados el número de sujetos dependientes en relación con el número de ABVD.

Encontramos diferentes asociaciones estadísticamente significativas entre la variable ser o no dependiente para las ABVD y las características sociodemográficas (tabla 3). Observamos un aumento progresivo de pacientes dependientes a medida que aumenta la edad; así, en el grupo de edad de entre 65 y 69 años sólo hay el 10,2% de sujetos dependientes, y la cifra se eleva al 35,2% para sujetos mayores de 75 años. El estado civil de los sujetos dependientes es mayoritariamente el de casados (55,5%) o viudos (41,4%). En cuanto a la convivencia, los porcentajes más elevados de sujetos dependientes conviven con hijos, o bien con éstos y el cónyuge (35,9 y 36,7%, respectivamente), mientras que el 9,4% de los sujetos dependientes para alguna de las actividades vive solo; el 20,3% de los sujetos dependientes vive en casa de otros familiares y el 11,7%, de forma rotatoria; en el caso de los sujetos independientes estos porcentajes disminuyen al

TABLA 1. Características sociodemográficas de la muestra

Variables	Total		Varones		Mujeres		p
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje	
	460		215	(46,7)	245	(53,3)	
Grupos de edad							< 0,043
65-69	110	(23,9)	63	(29,3)	47	(19,2)	
70-74	146	(31,7)	67	(31,2)	79	(32,2)	
75-79	116	(25,2)	52	(24,2)	64	(26,1)	
≥ 80	88	(19,1)	33	(15,3)	55	(22,4)	
Estado civil							ns
Casado	294	(63,9)	137	(63,7)	157	(64,1)	
Soltero	22	(4,8)	8	(3,7)	14	(5,7)	
Separado	12	(2,6)	9	(4,2)	3	(1,2)	
Viudo	132	(28,7)	61	(28,4)	71	(29,0)	
Convivencia							ns
Solo	74	(16,1)	35	(16,3)	39	(15,9)	
Cónyuge	148	(32,2)	76	(35,3)	72	(29,4)	
Hijos	88	(19,1)	40	(18,6)	48	(19,6)	
Cónyuge e hijos	148	(32,2)	64	(29,8)	84	(34,3)	
Otros familiares	2	(0,4)	0		2	(0,8)	
Residencia							ns
Casa	403	(87,6)	192	(89,3)	211	(86,1)	
Familia	37	(8,0)	16	(7,4)	21	(8,6)	
Rotatoria	20	(4,3)	7	(3,3)	13	(5,3)	
Estudios							ns
Analfabeto	239	(52,0)	112	(52,1)	127	(51,8)	
Algunos estudios	221	(48,0)	103	(47,9)	118	(48,2)	
Pensión (euros)							< 0,001
≤ 300	25	(5,4)	3	(1,4)	22	(9,0)	
301-600	298	(64,8)	123	(57,2)	175	(71,4)	
601-900	121	(26,3)	75	(34,9)	46	(18,8)	
≥ 900	16	(3,5)	14	(6,5)	2	(0,8)	
Centro de salud							ns
Urbano	127	(27,6)	54	(25,1)	73	(29,8)	
Semiurbano	258	(56,1)	126	(58,6)	132	(53,9)	
Rural	75	(16,3)	35	(16,3)	40	(16,3)	

ns: no significativo; p: nivel de significación.

TABLA 2. Índice de Katz* en los sujetos de la muestra (n = 460)

Katz	Frecuencia	Porcentaje
A	332	72,2
B	28	6,1
C	6	1,3
D	4	0,9
E	9	1,9
F	5	1,1
G	51	11,1
H	25	5,4
Total	460	100

*Para la explicación de las puntuaciones del índice de Katz, véase el texto.

3,3 y al 1,5%, respectivamente. Encontramos también una asociación estadísticamente significativa entre ser o no dependiente y el nivel de renta que perciben estos sujetos, de manera que en el grupo de sujetos que perciben menos de 300 euros/mes o entre 301 y 600 euros/mes los porcentajes de dependencia son del 24% y del 35,9%, respectivamente, y la prevalencia disminuye al 11,6 y al 6,3% para los que reciben entre 601 y 900 euros/mes y más de 900 euros/mes, respectivamente. En los centros semiurbanos es donde existe la mayor prevalencia de sujetos dependientes (32,6%), y la prevalencia es menor (18,7%) en el medio rural. Todas estas diferencias se mantienen con independencia del sexo (tabla 3).

Según este estudio, el perfil del sujeto anciano dependiente es: mayor de 75 años (p < 0,001), casado (p <

TABLA 3. Relación entre dependencia y diversos factores sociodemográficos según el sexo

	Varones (n = 215)		p	Mujeres (n = 245)		p
	Dependientes n = 54	Independientes n = 161		Dependientes n = 74	Independientes n = 171	
Edad			<0,0001			< 0,001
65-69	7 (13,0)*	56 (34,7)		6 (8,1)	41 (23,9)	
70-74	12 (22,2)	55 (34,2)		13 (17,6)	66 (38,6)	
75-79	20 (37,0)	32 (19,9)		25 (33,8)	39 (22,8)	
≥ 80	15 (27,8)	18 (11,2)		30 (40,5)	25 (14,6)	
Estado civil			0,026			0,033
Casado	29 (53,7)	108 (67,1)		42 (56,8)	115 (67,3)	
Soltero	2 (3,7)	6 (3,7)		2 (2,7)	12 (7,0)	
Separado	0	9 (5,6)		0	3 (1,7)	
Viudo	23 (42,6)	38 (23,6)		30 (40,5)	41 (24,0)	
Convivencia			0,001			< 0,001
Solo	6 (11,1)	29 (18,0)		6 (8,1)	33 (19,3)	
Cónyuge	12 (22,2)	64 (39,7)		11 (14,9)	61 (35,7)	
Hijos	19 (35,2)	21 (13,0)		27 (36,5)	21 (12,3)	
Cónyuge + hijos	17 (31,5)	47 (29,2)		30 (40,5)	54 (31,6)	
Otros	0	0		0	2 (1,1)	
Residencia			< 0,001			< 0,001
Su casa	39 (72,2)	153 (95,0)		48 (64,9)	163 (95,3)	
Con familia	10 (18,5)	6 (3,7)		16 (21,6)	5 (2,9)	
Rotatoria	5 (9,3)	2 (1,2)		10 (13,5)	3 (1,8)	
Estudios			ns			ns
Analfabeto funcional	27 (50,0)	85 (52,8)		38 (51,4)	89 (52,0)	
Algunos estudios	27 (50,0)	76 (47,2)		36 (48,6)	82 (48,0)	
Euros/mes			< 0,0001			0,014
≤ 300	1 (1,9)	2 (1,2)		5 (6,8)	17 (9,9)	
301-600	44 (81,5)	79 (49,1)		63 (85,1)	112 (65,5)	
601-900	8 (14,8)	67 (41,6)		6 (8,1)	40 (23,4)	
> 900	1 (1,9)	13 (8,1)		0	2 (1,2)	
Centro de salud			ns			ns
Urbano	12 (22,2)	42 (26,1)		18 (24,3)	55 (32,2)	
Semiurbano	38 (70,4)	88 (54,7)		46 (62,2)	86 (50,3)	
Rural	4 (7,4)	31 (19,2)		10 (13,5)	30 (17,5)	

*Número (porcentaje respecto al total de la columna).

ns: no significativo; p: nivel de significación.

0,001), que convive con sus hijos, con cónyuge o no ($p < 0,001$), y en casa propia del anciano ($p < 0,001$), además de otros condicionantes económicos y geográficos propios de esta muestra.

DISCUSIÓN

La mayoría de las personas mayores de 65 años de la muestra tienen una capacidad funcional total. Sin embargo, a pesar de tratarse de pacientes que pueden acudir a la consulta, existe un 27,8% que presenta limitación en la realización de alguna de las ABVD. La independencia en la capacidad funcional se asocia a tener menos edad, vivir en pareja en el domicilio propio y percibir mayores ingresos económicos.

El estudio presenta limitaciones en relación con la población estudiada, ya que se incluye solamente a aquellos pacientes que acuden al centro de salud, descartando a los más dependientes, que reciben solamente consultas domiciliarias. Sin embargo, este grupo de sujetos más frágiles que no acuden al centro de salud es muy pequeño, ya que en nuestro medio la cohesión familiar es muy importante y, salvo graves limitaciones, la mayoría de los pacientes mayores de 65 años con disminución en su capacidad funcional acude a la consulta acompañados por familiares. También quedan excluidos los que presentan diagnóstico de deterioro cognitivo, por lo que la prevalencia de discapacidad puede encontrarse infraestimada.

Muchas personas desarrollan incapacidades en épocas tardías de la vida relacionadas con el deterioro del enveje-

cimiento, por la aparición de una enfermedad crónica o una enfermedad degenerativa. El objetivo de valorar la capacidad funcional es cualificar y cuantificar la capacidad para la movilización y realización de las actividades de la vida diaria¹⁵, y la valoración funcional es la guía para planificar los cuidados a largo plazo de los ancianos dependientes^{7,16}.

Se han utilizado diversos métodos para determinar la capacidad funcional de los ancianos y la selección de la muestra en la mayoría de los trabajos difiere, lo que dificulta en cierta medida la posible comparación de resultados obtenidos en diferentes grupos de población, y por otro lado la posibilidad de conocer cuál es la situación de capacidad funcional de los ancianos en todo el país a partir de datos proporcionados por diferentes investigadores.

En los últimos años en España el índice de Katz se utiliza de forma habitual en diferentes investigaciones. Se centra en la valoración de las ABVD más relevantes y es de fácil manejo y comprensión, presenta un buen valor predictivo y una alta especificidad para obtener información acerca del pronóstico y la dinámica evolutiva de las disfunciones en el proceso de envejecimiento¹⁷⁻¹⁹. En nuestros resultados la mayoría de los pacientes tienen una capacidad funcional total, y la proporción de sujetos independientes para todas las actividades según el índice de Katz es del 72,2%, similar a la señalada por la Encuesta Nacional de Salud (74,4%) o por otros autores que encuentran resultados parecidos: 74,6%²⁰, 79%²¹ y 76,5%²² obtenidos en poblaciones similares a la nuestra.

Al compararla con prevalencias encontradas por otros investigadores en poblaciones generales, nuestra proporción de sujetos independientes es inferior, como en el caso de las halladas por Benítez del Rosario et al²³ (que encuentran un 85,4% de sujetos independientes), Valde-rrama Gama et al²⁴ (84,7%) o Álvarez Solar et al¹⁴ (82,7%), o estudios realizados en otros países como Italia (87%)²⁵, Suecia (83%)²⁶, e inferior a la obtenida en otras ciudades españolas con una población mucho mayor, como Madrid (60,4%)²⁷ o Barcelona (60,6%)¹.

Algunos autores²³ excluyen la incontinencia urinaria en la percepción de la incapacidad, ya que consideran que debería valorarse solamente como causa de incapacidad funcional para ABVD en el caso de sujetos inmovilizados o con déficit cognitivo, ya que en esa situación sí sería necesaria la ayuda de una tercera persona.

Según las diferentes actividades, la proporción de dependencia más elevada en nuestro estudio es para vestirse (23,5%), lo que difiere de estudios como el de Álvarez Solar et al¹⁴, en el que la función más afectada era bañarse (13,8%), coincidiendo con ellos (2,6%) en que la actividad menos afectada es la necesidad de ayuda para la alimentación (11,7%). Hay que destacar en nuestros resultados la elevada proporción de sujetos dependientes para las 6 ABVD (n = 51; 11,1%). Ramos et al¹⁶ demues-

tran que los ancianos con una dependencia importante para las 6 ABVD tienen 3 veces más riesgo de morir que los que no necesitan ninguna ayuda para realizarlas.

Encontramos proporciones significativamente más elevadas en relación directa con la edad, situación que ocurre en todos los estudios consultados^{1,20,28}. El porcentaje de ancianos dependientes en nuestra muestra casi se duplica en rangos de 5 años (65-69 años = 10,2%; 70-74 años = 19,5%), y se triplica a partir de los 75 años (75-79 = 35,2%; ≥ 80 años = 35,2%).

No hemos hallado diferencias estadísticamente significativas respecto al sexo, aunque el número de mujeres dependientes es mayor que el de varones (57,8 frente a 42,2%), similar a lo encontrado por diferentes autores^{1,14,20,24,26-29}. Llama la atención la baja escolaridad de la muestra estudiada, ya que la mitad de la población (50,8%) son analfabetos funcionales, sin diferencias estadísticamente significativas entre sujetos dependientes e independientes. La tasa de analfabetismo funcional en España se ha reducido del 22% en 1980 al 17% en 2000, y en la Región de Murcia la tasa de alfabetización de adultos se sitúa por debajo de la media nacional³⁰. Recientemente Morales et al³¹ refieren que el analfabetismo constituye un importante factor de riesgo de demencia, y tanto el bajo rendimiento cognitivo como la disminución de la capacidad funcional se asocian a un mayor riesgo de mortalidad.

Mayoritariamente los sujetos dependientes están casados (40,2%), aunque en otros estudios predominan los viudos²⁸. En relación con el modelo de convivencia, la mayor proporción conviven con hijos, o con éstos y la pareja (72,6%); por tanto, la familia es la unidad básica de prestación de servicios a los ancianos, situación que contrasta con la de las grandes ciudades, donde es más habitual la persona mayor que vive sola o se encuentra institucionalizada.

En nuestro caso, de los sujetos que viven solos existe un 16,2% que son dependientes para alguna ABVD, por lo que sería necesario analizar en mayor profundidad la situación en la que viven estas personas. Espejo et al³² encuentran también que el 13% de las personas mayores que viven solas no son totalmente autónomas para realizar las actividades de la vida diaria. Existen algunas investigaciones que demuestran la relación existente entre la incapacidad para realizar las ABVD con el sentimiento de soledad que afecta a estos ancianos^{33,34}; sin embargo, cuando en esta situación de incapacidad funcional los sujetos viven en residencias no existe una asociación con la sensación de soledad de estos ancianos, sino que por el contrario les facilita mantener contactos sociales^{35,36}.

También hay que destacar que en nuestra muestra encontramos que los sujetos que viven en casa de familiares, mayoritariamente hijos, o bien de forma rotatoria, en el 70,3 y el 75%, respectivamente, son sujetos con de-

pendencia para alguna de las ABVD. Los cuidados de personas dependientes se realizan en gran medida en el seno familiar, y en menor proporción en la red de servicios sociosanitarios^{37,38}. En general, predomina la visión de que la responsabilidad del cuidado de la persona dependiente es de la familia, y se aprecia una preocupación por la falta de recursos y apoyos³⁹. No hay que olvidar la soledad de los cuidadores, así como los conflictos interpersonales que surgen en las familias cuando aparece una situación de dependencia.

Otro factor que se asocia a la dependencia es el nivel de renta: a más edad, mayor necesidad de asistencia y menor disponibilidad económica. Observamos que entre los ancianos con rentas inferiores a 600 euros/mes hay un 59,9% de sujetos dependientes, y el 93,8% de los que tienen rentas por encima de los 900 euros/mes son sujetos con plena capacidad funcional. Estos resultados sugieren que las personas con mayor autonomía física tienen mejor capacidad para su desarrollo personal y acceso a los recursos. Aunque numerosos estudios han demostrado que una mejor situación socioeconómica se relaciona con un mayor nivel de salud y con menores índices de mortalidad^{4,5}, las investigaciones que relacionan los factores socioeconómicos con la capacidad funcional son menos abundantes. Estudios como el de Rautio et al⁶ demuestran que el factor económico, entre otros, se encuentra significativamente asociado con la capacidad física y mental de los ancianos.

Como reflexión final se debe hacer hincapié en que las incapacidades asociadas con el envejecimiento y la aparición de enfermedades crónicas son potencialmente prevenibles o, al menos, su aparición puede retrasarse. Así, por ejemplo, durante los últimos 20 años se ha producido una importante disminución de los índices de discapacidades específicas de la edad en Estados Unidos, el Reino Unido, Suecia y otros países desarrollados²⁹. A la vista de los resultados de este estudio, consideramos que existe una necesidad de ejercer una actitud más activa para la promoción personal en sujetos con limitaciones funcionales, especialmente desde la atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bayó J, Fernández Aramburu MC, Orfila F, Dalfó J, Casajuana J, Vila MA, et al. Autopercepción de salud y evaluación integral del paciente anciano en un centro de atención primaria. *Aten Primaria*. 1996;17:273-9.
2. WHO. The public health aspects of the aging of the population. Copenhagen: World Health Organization; 1959.
3. Álvarez Solar M. La importancia de la funcionalidad en la persona mayor. En: Grupo de Trabajo de Atención al mayor de la SEMFYC, editores. Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria. Barcelona: SEMFYC; 2004. p. 9-21.
4. Thorslund M, Lundberg O. Health and inequalities among the oldest old. *J Aging Health*. 1994;6:51-69.
5. Dahl E, Birkelund GE. Health inequalities in later life in a social democratic welfare state. *Soc Sci Med*. 1997;44:871-81.
6. Rautio N, Heikkinen E, Heikkinen RL. The association of socio-economic factors with physical and mental capacity in elderly men and women. *Arch Gerontol Geriatr*. 2001;33:163-78.
7. Fillembaum GG. The well being of the elderly: Approaches to multidimensional assessment. Geneva: World Health Organization; 1984.
8. Katz S. Assessing self-maintenance: Activities of living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc*. 1983;31:721-7.
9. Monserrat J. El coste de la dependencia. *Rev Mult Gerontol*. 2003;13:194-200.
10. Tomás C, Zunzunegui MV, Moreno LA, Germán C. Dependencia evitable para las actividades de la vida diaria: una perspectiva de género. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2003;38:327-33.
11. Abellán A, Puga MD. Una estimación de la dependencia en España. *Rev Mult Gerontol*. 2004;14:301-3.
12. Abellán A. La discapacidad en España. *Rev Mult Gerontol*. 2001;11:35-7.
13. De la Revilla L, Espinosa Almendro JM. La atención domiciliar y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. *Aten Primaria*. 2003;31:587-91.
14. Álvarez Solar M, De Alaiz Rojo AT, Brun Gurpegui E, Cabaneros Vicente JJ, Calzon Frechoso M, Cosío Rodríguez I, et al. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. *Aten Primaria*. 1992;10:812-6.
15. Guillén Llera F, López-Doriga P. Aspectos específicos del diagnóstico en la persona mayor. Valoración geriátrica. Anamnesis y exploración física. Indicaciones de pruebas complementarias. *Medicine (Barcelona)*. 1995;6:3845-53.
16. Ramos LR, Simoes EJ, Albert MS. Dependence in activities of daily living and cognitive impairment strongly predicted mortality in older urban residents in Brazil: A 2-year follow-up. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49:1168-75.
17. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *J Am Med Assoc*. 1963;185:914-9.
18. Katz S, Dowuns TD, Cash HR. Progress in the development of the Index of ADL. *Gerontologist*. 1970;10:28-30.
19. Tornquist K, Lovgren M, Soderfeld B. Sensitivity, specificity and predictive value in Katz's and Barthel's ADL indices applied on patients in long term nursing care. *Scand J Caring Sci*. 1990;4:99-106.
20. García Serrano MJ, Tobias Ferrer J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Aten Primaria*. 2001;27:484-8.
21. Fernández F, Puigdollers JM. Alternativas asistenciales en geriatría. *Rev Clin Esp*. 1988;183:331-2.
22. Suárez García F, Oterino de la Fuente D, Peiró Moreno S, García García F, Libroero J, Pérez Martín A, et al. Estado de salud de las personas ancianas y hospitalización en servicios geriátricos, médicos y quirúrgicos. Estudio poblacional en Toledo. *Rev Esp Salud Pública*. 2000;74:149-61.
23. Benítez del Rosario MA, Hernández Estévez P, de Armas J, Barreto J, Rodríguez Morales H. Clasificación funcional del anciano en atención primaria de salud: propuesta de un método. *Aten Primaria*. 1995;5:548-54.
24. Valderrama Gama E, Rodríguez Artalejo F, Gabarre Orús P, Palacios Díaz A, Pérez del Molino Martín J. Dependencia en el autocuidado y deambulación en los ancianos de una comunidad rural. *Aten Primaria*. 1998;21:213-8.
25. Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *Br Med J*. 1998;316:1348-51.
26. Sonn U. Longitudinal studies of dependence in daily life activities among elderly persons. *Scand J Rehabil Med Suppl*. 1996;34:1-35.
27. Damian J, Ruigomez A, Pastor V, Martín-Moreno JM. Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. *J Epidemiol Community Health*. 1999;53:412-6.
28. López Verdejo MA, López-Torres Hidalgo J, Fernández Olano C, Del Campo del Campo JM, Galdón Blesa P, Otero Puime A. Situación funcional de los ancianos con cataratas. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002;37:101-10.
29. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002;37:74-105.
30. Herrero C, Soler A, Villar A. Capital humano y desarrollo humano en España, sus Comunidades Autónomas y provincias 1980-2000. Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas; 2004. Disponible en: www.ivie.es
31. Morales JM, Bermejo FP, Benito-León J, Rivera-Navarro J, Trincado R, Gabriel R, et al. Methods and demographic findings of the baseline survey of the NEDICES cohort: a door-to-door survey of neurological disorders in three communities from Central Spain. *Public Health*. 2004;118:426-33.

32. Espejo J, Martínez de la Iglesia J, Aranda JM, Rubio V, Enciso I, Zunzunegui MV, et al. Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores sociosanitarios asociados (proyecto ANCO). *Aten Primaria*. 1997;20:3-11.
33. Holmen K, Ericsson K, Winblad B. Loneliness and living conditions of the oldest old. *Scand J Soc Med*. 1994;22:15-9.
34. Bearsen BV, Smith JH, Sniijders T, Knipscheer KPM. Do personal conditions and circumstances surrounding partner loss explain loneliness in newly bereaved older adults? *Aging Soc*. 1999;19:441-69.
35. Bondevik M, Skogstad A. The oldest old, ADL, social contact and loneliness. *West J Nurs Res*. 1998;20:325-43.
36. Drageset J. The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: a survey among residents in nursing homes. *Scand J Caring Sci*. 2004;18:65-71.
37. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Ayuda informal a personas mayores. Estudio CIS n.º 2117. Madrid: CIS; 1996.
38. Durán MA. Los costes invisibles de la enfermedad. Madrid: BBV; 1999.
39. Delicado Useros MV, Candel Parra E, Alfaro Espín A, López Máñez M, García Borge C. Interacción de enfermeras y cuidadoras informales de personas dependientes. *Aten Primaria*. 2004;33:193-9.