

ORIGINAL/Sección Ciencias Sociales y del Comportamiento

Modelos de convivencia de las personas mayores en Cataluña. Impacto del deterioro de la salud en la independencia residencial

Pilar Zueras^{a,*} y Marc Ajenjo Cosp^b^a Departamento de Geografía, Universidad Autónoma de Barcelona, Centre d'Estudis Demogràfics, Bellaterra, Barcelona, España^b Departamento de Sociología, Universidad Autónoma de Barcelona, Centre d'Estudis Demogràfics, Bellaterra, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 14 de diciembre de 2009

Aceptado el 28 de abril de 2010

Palabras clave:

Personas mayores

Formas de convivencia

Salud

Dependencia

RESUMEN

Objetivos: Identificar el efecto del deterioro del estado de salud en las situaciones de dependencia residencial.

Material y métodos: Estudio transversal de los microdatos de la Encuesta de Salud de Cataluña (2006), que cuenta con una muestra de 3.566 mayores de 64 años. Mediante regresión logística bivariada y multivariada, se analizan factores sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, nivel de estudios y tamaño del municipio) y de salud (salud percibida y grado de dependencia para las ABVD y AIVD) susceptibles de estar asociados a la dependencia residencial de los mayores.

Resultados: El análisis multivariado muestra que los factores más discriminantes en las formas de convivencia y que más vulneran la independencia residencial de hombres y mujeres son la edad, el estado civil y el deterioro de la salud. Para los hombres, ser mayor de 79 años (OR > 4), soltero o viudo (OR=6,4), y tener alguna dependencia en AIVD (OR > 2,8) están asociados con la dependencia residencial. Mientras que para las mujeres, ser mayor de 79 años (OR > 4), soltera (OR=6,8) o viuda (OR=11,8), y tener tres o más dependencias en AIVD (OR=2,7) están asociados con la dependencia residencial. Asimismo, el tamaño del municipio y el nivel de estudios (en este último caso sólo para los hombres), presentan valores significativos ($p < 0,05$).

Conclusión: A pesar de que el deterioro de la salud, y sobre todo la dependencia en las AIVD, inciden en la dependencia residencial, su influencia es menor que la de otras variables de carácter sociodemográfico, como son el estado civil o la edad. Además su influencia es mucho mayor entre los hombres que entre las mujeres, las cuales viven de manera independiente hasta que tienen muy limitada su vida cotidiana, mientras que ellos recurren más fácilmente a la dependencia residencial.

© 2009 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Living arrangements of elderly adults in Catalonia (Spain). The impact of health deterioration on residential independence

A B S T R A C T

Objectives: To identify the effect of health deterioration on residential dependency.

Material and methods: We performed a cross-sectional analysis of the microdata from the Catalan Survey of Health (2006), which features a sample of 3566 individuals aged 65 and over. A set of socio-demographic (sex, age, marital status, educational level and municipality size), as well as health variables (self-rated health, BADL and IADL dependency) associated with residential dependency are analysed by bivariate and multivariate logistic regression.

Results: Multivariate analysis shows that age, marital status and health are the variables that most affect living arrangements and cohabitation. Among men, being aged 80 or over (OR > 4), being unmarried or widowed (OR=6.4) and having one or more IADL dependencies (OR > 2.8) increases the risk of residential dependency. Whereas for women being aged 80 and over (OR > 4), being unmarried (OR=6.8) or widowed (OR=11.8) and having three or more IADL dependencies (OR=2.7) is associated with residential dependency. Municipality size and the level of education (in the latter case only for men) are also significant determining factors ($P < 0.05$).

Keywords:

Elderly

Living arrangements

Health

Dependency

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pzueras@ced.uab.es (P. Zueras).

Conclusion: Although health deterioration, and especially IADL dependency, affects residential dependency, its impact is lower than that of socio-demographic variables, such as marital status or age. What is more, health has a greater influence on men than women, who live independently until they experience great difficulty in coping with their activities of daily living. On the other hand, men seem to fall more easily into residential dependency once they experience any IADL dependency.

© 2009 SEGG. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En la última década, la dependencia funcional de las personas ha ganado visibilidad como problema social. La evolución de las dinámicas demográficas, así como las transformaciones sociales relacionadas con la familia y la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, han puesto de manifiesto la necesidad de repensar las bases de un estado de bienestar familiarista y adecuarlo a las necesidades de las personas dependientes y sus familias. En el contexto de un importante crecimiento relativo y absoluto de la población de 65 y más años interesa conocer cómo el deterioro de la salud de los mayores afecta a sus modos de convivencia.

La proporción de personas mayores de 64 años en Cataluña se ha más que triplicado a lo largo del siglo xx. Este cambio espectacular se ha concentrado especialmente en dos décadas. En el periodo 1976-1996 el descenso de la fecundidad y la llegada de generaciones muy llenas a los 65 años originaron un fuerte envejecimiento de la población que se ralentizó en la siguiente década, marcada por una intensa inmigración y un aumento de la fecundidad combinados con la llegada a los 65 años de las generaciones vacías nacidas durante la guerra civil¹.

La mejora en la supervivencia de las generaciones ha permitido que una proporción importante de los efectivos iniciales alcancen las edades maduras y la primera vejez. Lo que supone que el actual paréntesis en el proceso de envejecimiento demográfico vendrá seguido por un periodo de crecimiento absoluto de los mayores de 64 años cuando lleguen a engrosar este grupo las generaciones más llenas nacidas durante el *baby boom*¹.

Asimismo, en las últimas décadas, las ganancias obtenidas en materia de esperanza de vida se concentran en las edades avanzadas, dando lugar a la rectangularización de la curva de supervivencia. Todo ello ha contribuido a un importante desarrollo de la investigación de las condiciones de salud de la población mayor que, desde la primera encuesta sobre discapacidades realizada en España en 1986, presta especial atención a las situaciones de dependencia funcional que han pasado de ser un fenómeno minoritario a generalizarse entre las personas de edad más avanzada².

La posposición en el tiempo de la muerte tiene repercusiones relevantes en el ámbito de la salud, pero también en el personal, familiar y social. El aumento de la esperanza de vida contribuye a modificar tanto la estructura de la familia y los lazos de solidaridad intergeneracional como las estrategias biográficas y su reordenación por edades³. Y todo ello tiene implicaciones en los modelos de convivencia de las personas mayores. Las formas de convivencia son dinámicas, están condicionadas por las estrategias de formación familiar y van cambiando a lo largo del curso de vida adaptándose a las circunstancias. En la vejez estos cambios están también afectados por la defunción del cónyuge.

El objetivo de este trabajo es doble: aproximarse a las formas de convivencia de los mayores en Cataluña atendiendo a su independencia residencial e identificar el efecto del deterioro de su estado de salud, y en particular de su autonomía funcional, en las situaciones de dependencia residencial.

Entendemos que alguien dispone de independencia residencial si vive, en un sentido muy amplio del término, *en su casa*. En los casos de coresidencia con hijos u otros miembros diferentes de la

pareja prestamos especial atención a la percepción del propio entrevistado respecto a su posición relativa dentro del hogar mediante la identificación de la persona de referencia en el hogar. No contemplamos la capacidad de vivir de manera autónoma, ya que a menudo las necesidades que puedan tener los mayores se resuelven en el seno de la pareja o la familia, o a través de servicios externos.

Nuestro objeto de estudio son las personas que en 2006 tienen 65 y más años, nacidas en los primeros 40 años del siglo xx. Para estas generaciones, de elevada nupcialidad y en una sociedad en que la pauta general es la neolocalidad, la forma de convivencia predominante en las edades más jóvenes es la vida en pareja. La mayor incidencia de viudedad entre las mujeres contribuye a aumentar el peso de la vida en solitario entre la población femenina a medida que avanza la edad, así como la convivencia con hijos y otros coresidentes ajenos a su núcleo familiar – principalmente el cónyuge del hijo y sus descendientes^{4,1}. A pesar de que la cohabitación multigeneracional puede considerarse una forma de transferencia intergeneracional, no informa sobre la dirección del flujo, es decir, sobre la posición relativa de las personas mayores para identificar cuál de las generaciones se encuentra en situación de dependencia familiar⁵. Por ello, nos fijamos en la persona de referencia. Somos conscientes de la inespecificidad y subjetividad de la pregunta sobre la persona de referencia, pero precisamente por su contenido subjetivo la consideramos relevante. Siguiendo la misma lógica en que se basa el estudio de Ruggles y Heggeness sobre la configuración de la coresidencia intergeneracional en los países en vías de desarrollo, entendemos que la respuesta tiene que ver con la percepción de la situación de uno mismo dentro del hogar en cuanto a capacidad de decisión, asunción de responsabilidad o autoridad⁶.

Este estudio se enmarca en una línea de investigación ya abierta que contempla el estado de salud y la capacidad funcional como uno de los determinantes de los modelos de convivencia de las personas mayores^{7,8} conjuntamente con la capacidad económica^{9,10} y con la disponibilidad de hijos u otros familiares¹¹⁻¹⁴. Las conclusiones de estos estudios ponen de manifiesto las diferencias observadas respecto del sexo y el estado civil. Asimismo, el estudio de las condiciones de vida de los mayores en diversos países europeos, destaca que estar casado y tener buena salud favorecen la independencia residencial, siendo el estado civil y la salud las variables más discriminantes en el total de países analizados¹⁵.

Respecto a los no casados, la discapacidad disminuye su probabilidad de vivir en solitario¹³ con mayor efecto sobre las mujeres que sobre los hombres⁷, aunque la influencia de la discapacidad sobre las mujeres se reduce en la medida en que aumentan sus ingresos⁹. Igualmente, la disponibilidad de recursos económicos aumenta la probabilidad de vivir solo^{9,10} mientras que el mayor número de hijos aumenta la probabilidad de vivir con hijos¹⁴.

La hipótesis de partida es que las formas de convivencia de las personas mayores están condicionadas por la configuración familiar, en especial por su estado civil, y que, a edades avanzadas, el deterioro de la salud, y en especial de la autonomía funcional, vulnera su independencia residencial.

Material y métodos

Los datos proceden de la última edición de la Encuesta de Salud de Cataluña, realizada en 2006 por el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya¹⁶. Los entrevistados son una muestra de personas residentes en Cataluña, no institucionalizadas, representativas de cada una de las unidades territoriales definidas y seleccionadas a partir del Registro de Población del IDESCAT. Respondiendo a los objetivos del Plan de Salud de Cataluña, se llevaron a cabo 18.126 entrevistas, de las cuales 3.566 se realizaron a individuos mayores de 64 años; un 9% de ellos a través de informador indirecto cuando la persona estaba incapacitada para responder al cuestionario¹⁷.

Para captar la independencia residencial nos fijamos en la persona de referencia del hogar, que asumimos equivalente al cabeza de familia. Esta variable no se pudo complementar con información sobre la tenencia de la vivienda o la permanencia en ella ya que la encuesta no la facilita. Si el entrevistado declara ser él o su pareja la persona de referencia consideramos que tiene independencia residencial. Lo que conlleva que, por definición, las personas mayores que viven solas o sólo con su pareja conservan su independencia residencial. Construimos una tipología de convivencia a partir de la persona de referencia que contempla cuatro posibles estados: vivir solo, sólo con la pareja, en otras situaciones independientes y en dependencia residencial.

La encuesta presenta algunas limitaciones que afectan a nuestra investigación. En primer lugar, el sesgo que comportan las personas que están institucionalizadas y que quedan fuera de observación. El censo de 2001 recoge que un 2,2% de las personas de 65 y más años en Cataluña viven en residencias colectivas. La proporción de institucionalizados es mayor a edades avanzadas –un 8,1% de los que tienen 85 años y más–, así como entre las mujeres, que en estas edades viven en residencias colectivas en proporción muy superior a los hombres (9,4% y 4,8% respectivamente)¹⁸. En segundo lugar, cabe destacar que una parte de la población queda oculta por defecto de empadronamiento. Nos referimos a las personas mayores que residen en casa de sus hijos de manera habitual o bien alternando entre el domicilio de diferentes hijos y que pueden estar empadronadas todavía en el que había sido su domicilio habitual, lo que supondría una subestimación de las personas que viven en situación de dependencia residencial. El hecho de que se desconozcan las substituciones que hubo que hacer en el trabajo de campo, y sobre todo su distribución por edades, no permite una aproximación, ni siquiera de forma indirecta, a la magnitud de este fenómeno.

El análisis de los datos se ha llevado a cabo en 2 fases. En la primera, observamos las formas de convivencia por edad explorando las diferencias por sexo, estado civil, nivel de estudios y hábitat de residencia. No se incluye la variable de estratificación social porque está construida a partir de la persona de referencia del hogar, lo que plantea serios problemas en este análisis. En primer lugar, porque la persona de referencia del hogar es una variable interviniente en nuestra definición de independencia residencial, y la inclusión de la clase social en su análisis produciría interferencias. En segundo lugar, si la persona de referencia no es ni el entrevistado ni su pareja, esta variable no recoge lo que ha sido su estrato social a lo largo del curso vital, el cual sería un factor explicativo de las condiciones de vida en su vejez.

En la segunda parte incorporamos, además, los indicadores de salud para explorar la incidencia de la dependencia residencial entre las personas mayores y mostramos los resultados de un análisis multivariado mediante regresión logística siguiendo el procedimiento paso a paso, planteando dos modelos diferenciados por sexo.

Los indicadores de autonomía funcional se han construido a partir de algunas de las preguntas sobre la dificultad para realizar

las actividades de la vida diaria (AVD) sobre las que interroga la encuesta. Para cada una de ellas, los entrevistados valoran el grado de dificultad y a la vez si reciben ayuda para realizarla, y se considera que no tienen autonomía si contestan que tienen Bastante dificultad o No pueden hacerlo y, además, no contesta que No necesitan ayuda.

A partir de esta información se han construido dos indicadores de autonomía funcional que se han agrupado en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) –que contemplan el cuidado personal– y actividades instrumentales (AIVD) –que se refieren a las gestiones de asuntos propios e interacciones con el entorno– siguiendo los criterios de clasificación utilizados para la confección de los índices de Katz¹⁹ y de Lawton y Brody²⁰, respectivamente (anexo 1). Estas variables miden el número de actividades para las cuales el individuo es dependiente, y consideran tres estados: No tiene, de 1 a 2 actividades y 3 o más.

Igualmente, se ha tenido en cuenta la salud autopercibida –recodificada en dos categorías excluyentes distinguiendo los que declaran tener buena salud (buena, muy buena o excelente) de los que no (regular o mala).

Resultados

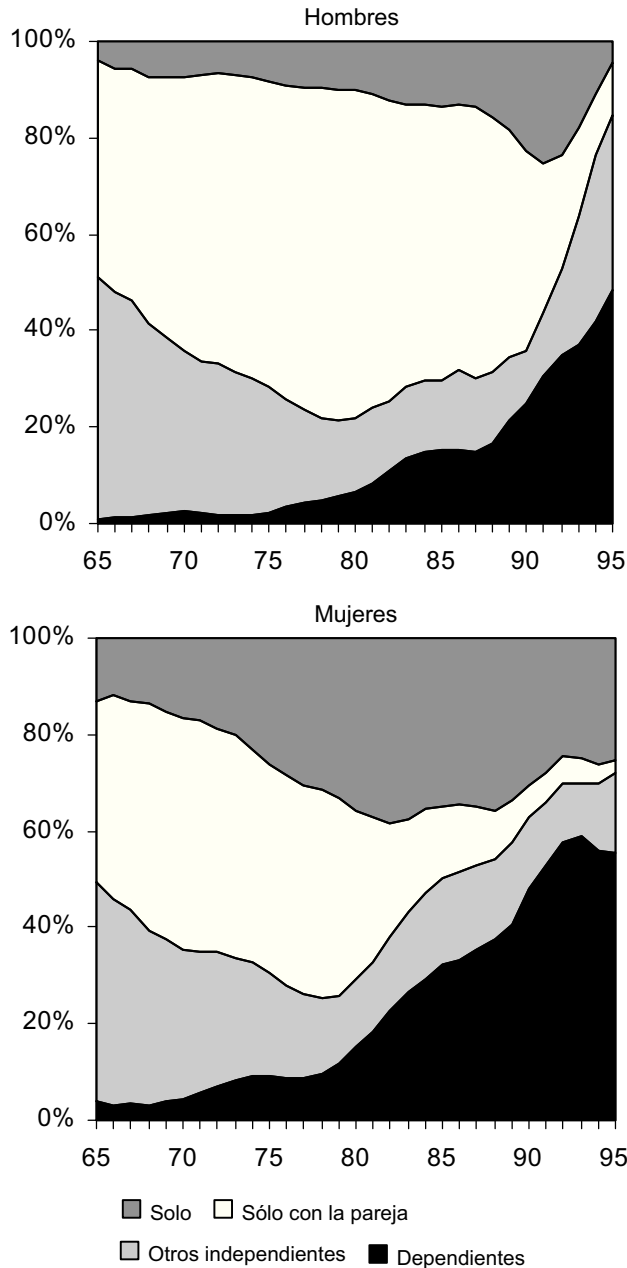
Las personas mayores son mayoritariamente independientes residencialmente: un 19,2% vive en solitario, un 44,3% sólo en pareja y un 24,3% en otras formas de independencia residencial, mientras que tan solo un 12,3% presenta dependencia residencial. Sin embargo, se observan patrones claramente diferenciados según la edad (fig. 1) señalando un punto de inflexión entre los 75–80 años, edad a partir de la cual aumenta la incidencia de dependencia residencial (28,8%), que en edades más jóvenes es muy minoritaria (5,4%).

Las formas de convivencia de hombres y mujeres son relativamente parecidas a los 65 años, mientras que a los 80 años las diferencias son muy notorias. En las primeras edades, a causa de la emancipación de los hijos y la mortalidad de los ascendientes, disminuye para ambos sexos la proporción de lo que hemos denominado como otras situaciones de independencia. Este descenso tiene efectos muy distintos en hombres y mujeres como consecuencia de las diferencias en la supervivencia: para ellos comporta una creciente proporción de la vida sólo en pareja, mientras que para ellas significa una creciente proporción de la vida en solitario; diferencias que se conservan hasta edades avanzadas. Y es que la mayor mortalidad de los hombres comporta una menor presencia de mujeres casadas y, en consecuencia, un menor porcentaje de convivencia sólo con la pareja.

Así, una parte importante de las diferencias están asociadas con el estado civil (fig. 2). La mayor incidencia de viudedad entre las mujeres se debe principalmente a las diferencias en cuanto a supervivencia, de modo que la mayor presencia de solitarias en edades intermedias que en edades más jóvenes debe ser leída en términos de cambio de estado civil. La dependencia residencial es más frecuente entre los no casados a todas las edades. De hecho, a igualdad de estado civil y edad, las formas de convivencia de hombres y mujeres son similares, tal y como veremos más adelante.

Al analizar la incidencia del nivel de estudios sobre las formas de convivencia lo más notorio es la relación claramente inversa que se observa sobre la dependencia residencial, de modo que a mayor nivel de estudios menor prevalencia de las situaciones de dependencia (fig. 3).

Los patrones de convivencia muestran también algunas diferencias según el tamaño del municipio (fig. 4). Cuanto más pequeños son los municipios, menos frecuente es la vida en



*Con el fin de eliminar las irregularidades propias del azar, en los gráficos contruidos sobre la edad hemos utilizado una media móvil que comprende un intervalo de cuatro edades, y una nueva media móvil que nos permite suavizar más las líneas de tendencia. En las primeras y últimas edades esta media se ha calculado sobrerrepresentando la edad central. A pesar de ello, los datos para los mayores de 95 años mostraban una gran variabilidad, de manera que únicamente hemos representado hasta esa edad.

Figura 1. Formas de convivencia por sexo y edad (%).

solitario y, a su vez, la dependencia residencial aumenta a edades algo más jóvenes y alcanza proporciones más elevadas entre la población de edad avanzada.

A pesar de que estar casado, tener un nivel de estudios elevado o vivir en municipios urbanos reduce la dependencia residencial, persiste un patrón de edad que se caracteriza por un cambio importante de tendencia entre los 75-80 años, momento en el que las situaciones de dependencia residencial aumentan considerablemente, que podría estar relacionado con el deterioro de la salud y de la autonomía funcional a esas edades. Efectivamente, a partir de estas edades se observa una mayor prevalencia de dependencia residencial entre aquellos que están afectados por

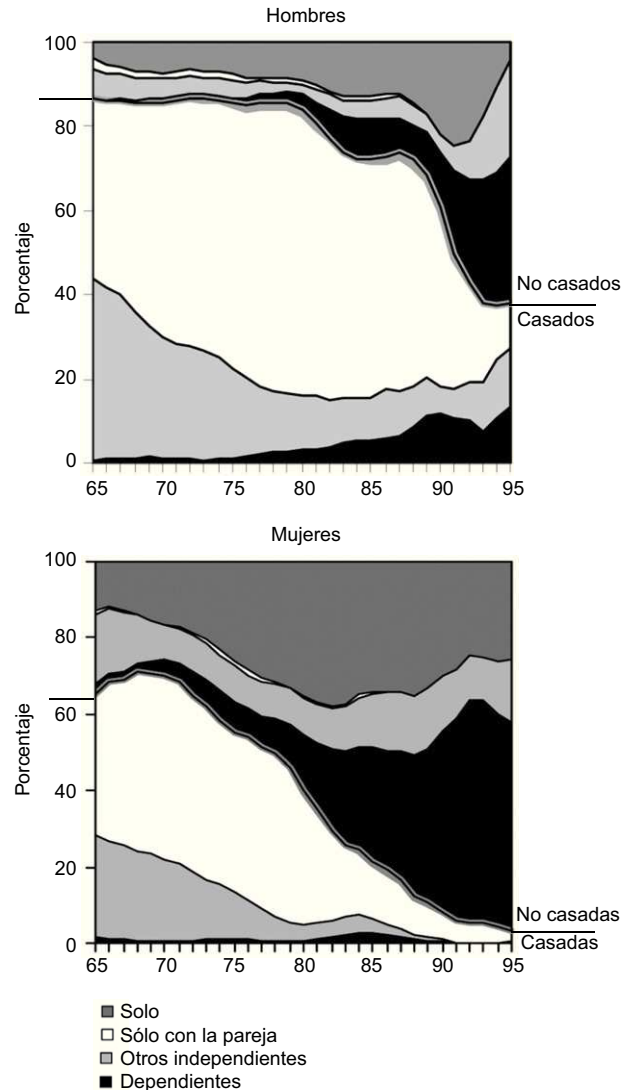


Figura 2. Formas de convivencia por sexo, estado civil y edad (%).

alguna dependencia funcional así como mayor presencia de solitarios entre los que no presentan dependencia funcional (fig. 5). El ajuste de un modelo de regresión logística que incorpora las variables sociodemográficas y de salud permite comprobar el efecto de cada una de las variables sobre la dependencia residencial a igualdad del resto de variables.

Como hemos avanzado, a igualdad del resto de variables, las formas de convivencia de hombres y mujeres son similares. Inicialmente se ha desarrollado un modelo conjunto para los dos sexos, del que cabe destacar que en este modelo el sexo no aparecía como variable significativa. De hecho, si se analiza sólo el sexo, la *odd ratio* entre hombres y mujeres no es despreciable, toma un valor de 3. Sin embargo, al introducir el resto de variables deviene no significativa. Este cambio se produce al introducir el estado civil en los modelos: las mayores tasas de dependencia residencial observadas en las mujeres tienen su raíz en la menor esperanza de vida de los hombres, la cual genera un elevado número de viudas; y es esta sobremortalidad masculina la que comporta una mayor dependencia residencial femenina. Finalmente se ha optado por mostrar dos modelos separados, uno para hombres y otro para mujeres realizando un análisis bivariado y otro multivariante (tabla 1), que presentan resultados interesantes.

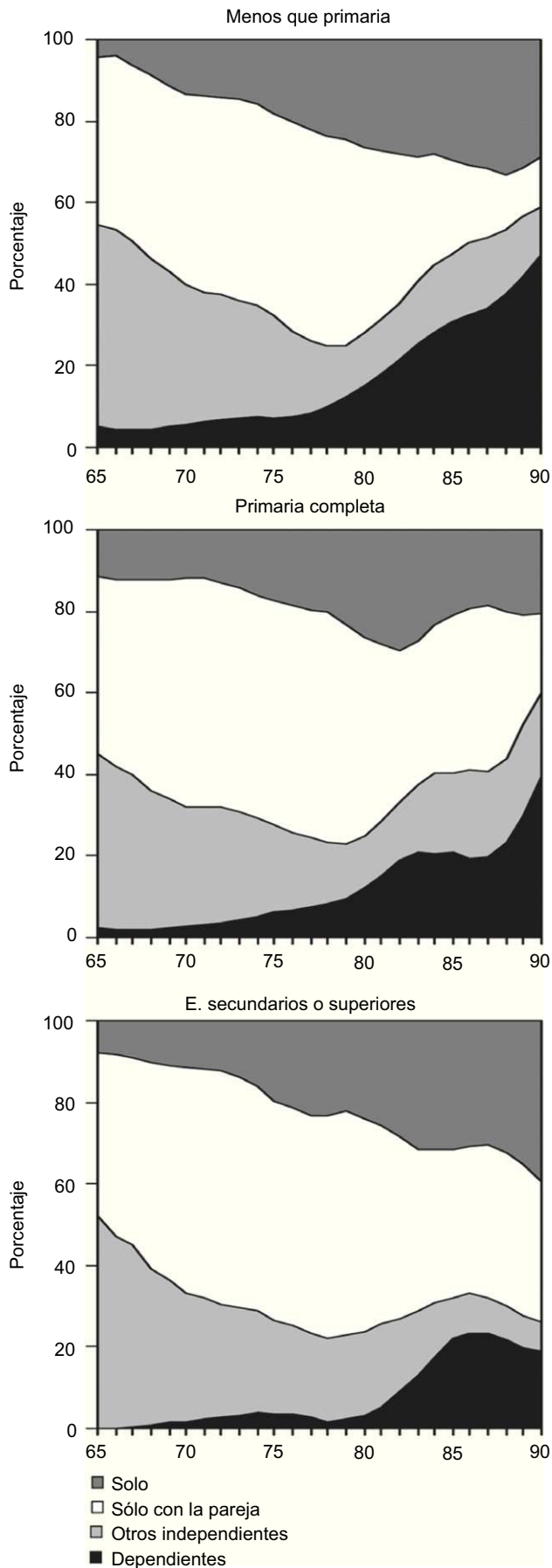


Figura 3. Formas de convivencia por nivel de estudios.

El análisis bivariado muestra, en primer lugar, lo que ya se ha descrito hasta el momento, que las variables sociodemográficas con mayor impacto sobre la dependencia residencial son la edad y el estado civil, mientras que el nivel de estudios y el tamaño del municipio generan menores diferencias. También muestra la importancia de las variables relacionadas con la salud, y que ésta incide algo más en hombres que en mujeres, siendo la salud autopercibida menos importante que la autonomía funcional.

Si bien la salud genera menores diferencias que las variables sociodemográficas, su importancia no deja de ser significativa. Así, en todos los tests que se han evaluado, el resultado final ha sido la incorporación al modelo de una variable de salud, incluso cuando sólo se permitía la entrada de la salud autopercibida, la que menos aporta. Esto confirmaría que, a igualdad de condiciones en el resto de variables, el deterioro de la salud afecta a la independencia residencial de los mayores y que, de acuerdo con estudios previos⁷, los indicadores de autonomía funcional son más explicativos que la percepción de la propia salud. Además, también en el modelo multivariable se observa que su efecto es superior en los hombres que en las mujeres.

De los indicadores de salud, el que más explica las situaciones de dependencia residencial en ambos sexos es la dependencia para las AIVD, que afecta al desarrollo de actividades de interacción con el entorno, que tienen un componente más psíquico que las ABVD. El hecho que las AIVD sean más significativas que las ABVD se podría explicar porque prácticamente la totalidad de los que padecen dependencia en alguna ABVD padecen también dependencia en alguna AIVD, pero no al contrario.

Respecto al resto de variables observamos los siguientes resultados. A pesar de que a igualdad del resto de variables la aportación de la edad se reduce, sigue siendo muy importante, siendo, junto al estado civil, la variable que más aporta al modelo. Se vislumbra claramente el cambio que se produce a partir de los 80 años: hasta los 75 años las diferencias no son significativas, entre 75-80 años se trata de una edad de transición, mientras que a partir de ese momento la dependencia residencial es significativamente mayor.

En cuanto al estado civil, cabe destacar dos resultados. En primer lugar, la diferencia más importante se da entre estar casado o no: si en términos brutos estar soltero tienen menor transcendencia que estar soltera, a igualdad del resto de variables, la situación se equilibra. En segundo lugar, en términos de dependencia residencial no es lo mismo ser viudo que viuda: la *odd ratio* entre viudos y casados es algo superior a 6, mientras que entre viudas y casadas es casi el doble.

El nivel de estudios incide más en la dependencia residencial de los hombres que de las mujeres, llegando incluso a no ser significativo a igualdad del resto de variables. La única variable que mantiene su aportación inalterable es el tamaño del municipio, lo que viene a mostrar que el sistema de protección de los municipios pequeños es transversal. Además, la diferencia importante se halla solamente entre los municipios más rurales y el resto, mientras que a partir de un cierto tamaño las diferencias o no son significativas o son pequeñas.

Discusión

Los resultados obtenidos muestran que, a igualdad del resto de variables, las *odd ratio* de dependencia para las AIVD son significativamente mayores entre los hombres que entre las mujeres, para las que lo que es significativo en las formas de convivencia es tener dificultades y necesitar ayuda para realizar la mitad o más de las AIVD consideradas. De lo que podemos concluir que las mujeres viven de manera independiente hasta que tienen muy limitada su vida cotidiana y que los hombres recurren más

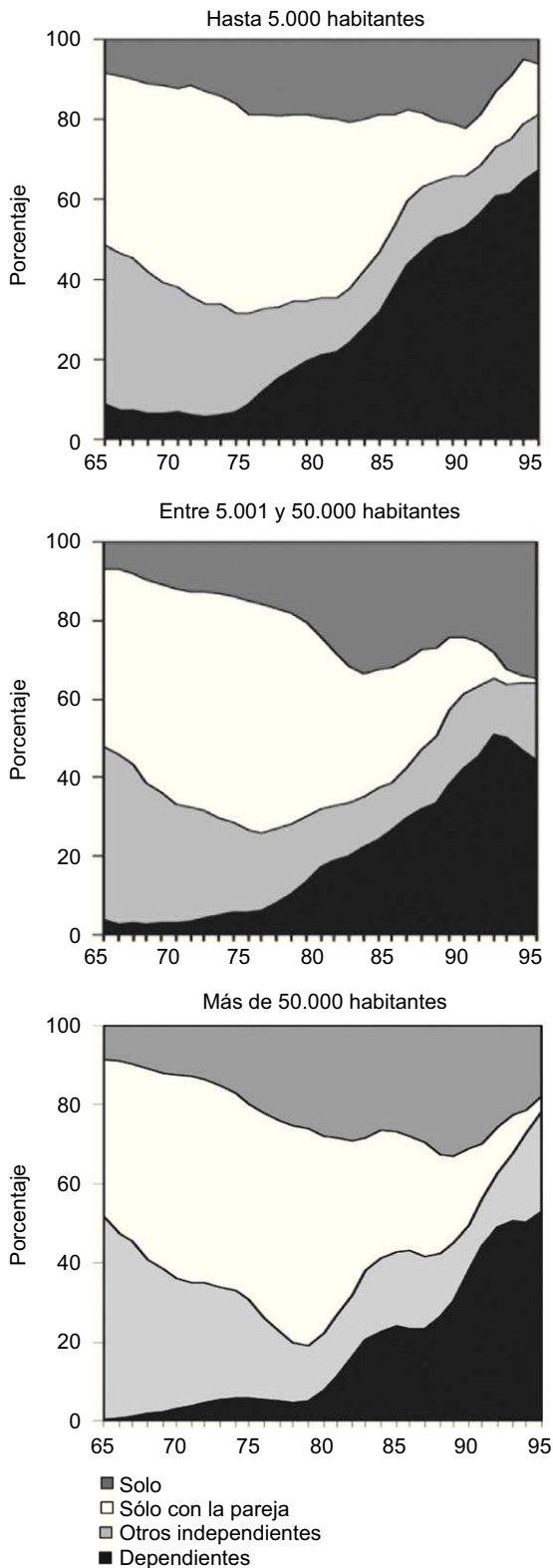


Figura 4. Formas de convivencia por tamaño del municipio.

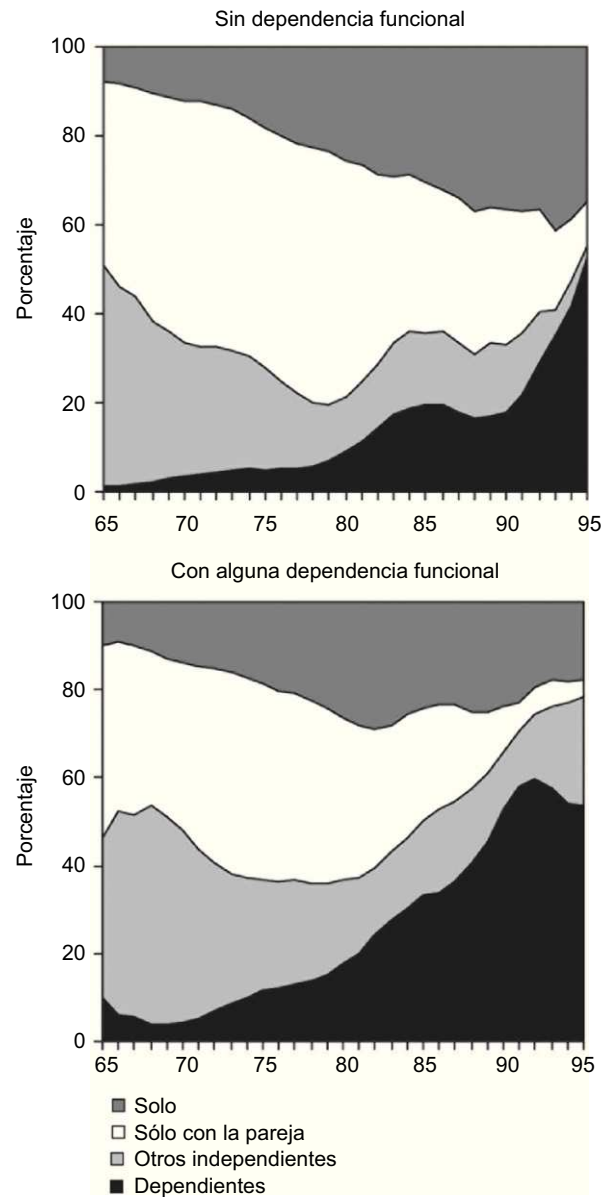


Figura 5. Formas de convivencia según dependencia funcional.

fácilmente a la dependencia residencial que ellas. Algunos estudios sugieren que la dependencia en las AIVD podría presentar un fuerte componente de género que perjudicaría a los hombres²¹.

A pesar de que la prevalencia de dependencia funcional es más elevada y precoz entre las mujeres²², a igualdad de las variables incluidas en el modelo, la pérdida de autonomía funcional tiene

un mayor impacto en la dependencia residencial de los hombres que de las mujeres. Lo que hace pensar que ellas están afectadas por otras circunstancias que tienen mayor relevancia en su situación convivencial y que podrían estar asociadas a la capacidad económica, según evidencian otros trabajos⁹. Al no haber incluido ninguna variable estrictamente económica en el modelo, es posible que la información sobre la desventaja económica entre las mujeres quede recogida en la categoría de viudas y de dependencia funcional grave, como exponemos a continuación.

Se intuye que el diferente impacto que presenta la viudedad frente a la soltería entre las mujeres, y que no se observa entre los hombres, se podría explicar parcialmente por el diferente comportamiento de las mujeres solteras y casadas de estas generaciones respecto de la actividad laboral –que constata el elevado porcentaje de jubiladas entre las solteras (81,0%) frente al de casadas y viudas (43,5% y 44,8% respectivamente). En este sentido, el efecto combinado de la reducción de ingresos que se deriva de la viudedad en el caso de las mujeres, por un lado, y la disponibilidad de hijos de las viudas que aumenta la posibilidad

Tabla 1
Factores determinantes de la dependencia residencial en los hombres y las mujeres

	Hombres				Mujeres			
	Incidencia de las variables por separado		Incidencia del conjunto de variables		Incidencia de las variables por separado		Incidencia del conjunto de variables	
	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)
Edad	0,000		0,000		0,000		0,000	
65-69	ref.	1,00	ref.	1,00	ref.	1,00	ref.	1,00
70-74	0,987	0,91	0,718	0,78	0,040	2,56	0,187	2,16
75-79	0,023	3,08	0,102	2,45	0,000	3,29	0,013	2,04
80-84	0,000	7,80	0,000	4,15	0,000	10,70	0,000	4,03
85 y más	0,000	18,53	0,000	5,53	0,000	21,72	0,000	5,49
Estado civil	0,000		0,000		0,000		0,000	
Casado/a	ref.	1,00	ref.	1,00	ref.	1,00	ref.	1,00
Soltero/a	0,001	4,95	0,000	6,33	0,000	9,92	0,000	6,83
Viudo/a, Separado/a o Divorciado/a*	0,000	9,80	0,000	6,45	0,000	19,53	0,000	11,80
Nivel de estudios	0,000		0,004		0,000		0,000	
Menos que Primaria	0,000	4,09	0,001	2,47	0,000	2,48		
Primaria completa	0,004	2,56	0,016	2,11	0,072	1,45		
Estudios Secundarios o Superiores	ref.	1,00	ref.	1,00	ref.	1,00		
Tamaño del municipio	0,003		0,013		0,000		0,000	
Hasta 5.000 hab.	0,004	2,3	0,016	2,42	0,000	2,19	0,000	2,86
De 5.001 a 50.000 hab.	0,972	1,19	0,899	1,33	0,072	1,30	0,032	1,43
Más de 50.000 hab.	ref.	1,00	ref.	1,00	ref.	1,00	ref.	
Salud percibida								
Buena, Muy buena o Excelente	ref.	1,00			ref.	1,00		
Regular o Mala	0,000	2,00			0,041	1,32		
Grado de dependencia ABVD	0,000	0,000			0,000	0,000		
No tiene	ref.	1,00			ref.	1,00		
1 o 2	0,000	3,72			0,000	2,81		
3 o más	0,000	5,27			0,000	5,60		
Grado de dependencia AIVD	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	
No tiene	ref.	1,00	ref.	1,00	ref.	1,00	ref.	1,00
1 o 2	0,000	4,19	0,002	2,84	0,000	1,80	0,172	1,26
3 o más	0,000	8,66	0,000	4,31	0,000	6,02	0,000	2,69
Constante		Es diferente en cada variable	0,000	0,004		Es diferente en cada variable	0,000	0,007

En el modelo completo la bondad de ajuste del modelo proporciona un valor de R2L=0,269 para los hombres y de R2L=0,279 para las mujeres. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Salud de Cataluña 2006.

* Estas tres categorías se han agregado debido a la escasez de separados y divorciados (1,7%) y tras haber comprobado que sus formas de convivencia son similares a las de los viudos.

respecto de las solteras de ser acogidas por descendientes en caso de necesidad^{13,14}, por otro, explicaría una mayor probabilidad de dependencia residencial para las viudas que para las solteras respecto de las casadas.

Asimismo, el hecho que el nivel de estudios y el estatus socioeconómico sean más discriminantes en la dependencia funcional de las mujeres que de los hombres² justifica nuestra interpretación y explica en parte que el nivel de instrucción sea irrelevante en el estudio multivariado de la prevalencia de dependencia residencial de las mujeres. Asimismo, posiblemente el nivel de estudios de las mujeres de estas generaciones no sea tan determinante de lo que han sido su estrato social y condiciones de vida a lo largo del curso vital como podrían serlo en las que han sido sus parejas. Esta hipótesis no se ha podido testar al no disponer de dicha información en esta encuesta.

En cuanto a nuestra hipótesis, y de acuerdo con otros trabajos¹⁵, el estudio confirma que el estado civil y el deterioro de la salud son las variables más discriminantes en las formas de convivencia y que más vulneran la independencia residencial de hombres y mujeres; siendo más importante la pérdida del cónyuge para ellas que para ellos y más determinante la dependencia funcional para los hombres que para las mujeres.

Sin embargo, a igualdad del resto de las variables, la edad sigue teniendo un efecto importante en la dependencia residencial para los que tienen 80 años o más que afecta a ambos sexos. Estas diferencias pueden deberse bien a un efecto de edad, bien a un efecto de generación, o a una combinación de ambos. Por un lado, es

posible que la fragilidad o la soledad de los más mayores favorezcan la reagrupación aunque no varíen otras condiciones de salud o convivencia. Por otro lado, este resultado podría estar traduciendo un cambio generacional en la convivencia familiar hacia una disminución de la coresidencia multigeneracional. Desde el pasado, este modelo de convivencia había sido más frecuente en Cataluña y otras regiones del norte de España al estar vinculado a las normas de transmisión patrimonial basadas en la indivisibilidad de la herencia²³. Estas normas tenían más sentido en una época con mayor participación agraria, aunque la norma social de convivencia podría seguir vigente en las zonas rurales, lo que explicaría la transversalidad del sistema de protección de los municipios pequeños.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Este artículo forma parte de la tesis de la primera autora que, bajo la dirección de la Dra. Anna Cabré, se realiza en el marco del Doctorado de Demografía de la Universidad Autónoma de Barcelona. Su elaboración ha sido posible gracias al programa FPU del Ministerio de Ciencia e Innovación.

El estudio se ha desarrollado en el marco del proyecto de investigación del Plan I+D 2004-2007 que concede el Ministerio de Educación y Ciencia para el estudio «El futuro de la actividad, la salud y la dependencia en España. Una aproximación generacional desde la Demografía» (Referencia SEJ2006-002686).

Se agradece al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya habernos facilitado el acceso a los microdatos de la edición de 2006 de la Encuesta de Salud de Cataluña.

Anexo 1. Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria consideradas

Actividades de la Vida Diaria (AVD) consideradas	
Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)	Actividades instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)
Comer solo	Cocinar su comida
Entrar y salir de la cama	Ir al mercado/hacer la compra personal
Ir al lavabo	Hacer las tareas del hogar rutinarias
Vestirse y desvestirse	Utilizar el teléfono
Bañarse o ducharse	Administrar el dinero o pagar los recibos
(solo hombres) Afeitarse	Salir a la calle
Peinarse	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Salud de Cataluña 2006.

Bibliografía

- Pérez Díaz J, Miret Gamundi P, Ajenjo Cosp M. La gent gran a Catalunya. En: Fundació Jaume Bofill, editor. *Condicions de vida i desigualtats a Catalunya, 2001-2005*. Barcelona: Mediterrània; 2008. p. 181-284.
- Puga González D. Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España, una previsión a 2010. Madrid: Fundación Pfizer; 2002.
- Cabrè A, Domingo A, Menacho MT. Demografía y crecimiento de la población española durante el siglo XX. En: Pimentel M, editor. *Mediterráneo económico. Procesos migratorios, economía y personas*. Almería: Cajamar; 2002. p. 121-38.
- Castejón P, Sancho M. Modelos de convivencia. En: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, editor. *A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores*. Encuesta 2006. Madrid: IMSERSO; 2007. p. 9-26.
- Velkoff VA. Future research directions in living arrangements and well being of the elderly. *Popul Bull UN*. 2001;42/43:376-85.
- Ruggles S, Heggeness M. Intergenerational coresidence in developing countries. *Popul Dev Rev*. 2008;34:253-81.
- Borsch-Supan A, Kotlikoff LJ, Morris JN. The dynamics of living arrangements of the elderly. National Bureau of Economic Research, NBER Working Paper No. W2787; 1988. Disponible en SSRN: <http://www.ssrn.com/abstract=268189>.
- Worobey J, Angel R. Functional capacity and living arrangements of unmarried elderly persons. *J Gerontol*. 1990;45:95-101.
- Bishop C. Living arrangement choices of elderly singles: Effects of income and disability. *Health Care Finance Rev*. 1986;7:65-73.
- Mutchler JE, Burr JA. A longitudinal analysis of household and nonhousehold living arrangements in later life. *Demography*. 1991;28:375-90.
- Wolf DA, Soldo BJ. Household composition choices of older unmarried women. *Demography*. 1988;25:387-403.
- Wolf DA, Burch TK, Matthews BJ. Kin availability and the living arrangements of older unmarried women: Canada, 1985. *Can Stud Popul*. 1990;17:49-70.
- Spitze G, Logan JR, Robinson J. Family structure and changes in living arrangements among elderly nonmarried parents. *J Gerontol*. 1992;47: S289-96.
- Iacovou M. Health, wealth and progeny: Explaining the living arrangements of older European women. Institute for Social and Economic Research Essex University. 2000 (Paper 8). Disponible en: <http://www.ideas.repec.org/p/ese/iserwp/2000-08.html>.
- Festy P, Rychtarikova J. Living conditions for the elderly in the late twentieth century. En: Gaymu J, Festy P, Poulain M, Beets G, editores. *Future elderly living conditions in Europe*. París: INED; 2008. p. 41-70.
- Departament de Salut. *Enquesta de Salut de Catalunya 2006*. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2006.
- Mompert A, Medina A, Brugulat P, Tresserras R. Encuesta de salud de Cataluña 2006. Un instrumento de planificación sanitaria. *Índice. Revista de Estadística y Sociedad*. 2007;20:19-22.
- Instituto Nacional de Estadística. *Censos de Población y Viviendas de 2001*. Disponible en: http://www.ine.es/prodyser/micro_censopv.htm.
- Katz S, Akpom CA. 12. Index of ADL. *Medical Care*. 1976;14:116-8.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9:179-86.
- Zunzunegui MV, Tomás C, Moreno LA, Germán C. Dependencia evitable para las actividades de la vida diaria: una perspectiva de género. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2003;38:327-33.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010*. Informe de salut de Catalunya. *Avaluació dels objectius de salut*. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació; 2009.
- Reher D. *La familia en España: pasado y presente*. Madrid: Alianza Editorial; 1996.