

Manuela Alcañiz^I

Pilar Brugulat^{II}

Montserrat Guillén^I

Antonia Medina-Bustos^{II}

Anna Mompert-Penina^{III}

Aïda Solé-Auró^{IV}

Riesgo de dependencia asociado a la salud, el apoyo social y el estilo de vida

Risk of dependence associated with health, social support, and lifestyle

RESUMEN

OBJETIVO: Analizar la prevalencia de personas en riesgo de dependencia y los factores asociados.

MÉTODOS: El estudio se basó en datos de la Encuesta de Salud de Cataluña, España, realizada de 2010 a 2011. A partir de una muestra aleatoria de 3.842 individuos, de 15 años o más, se llevaron a cabo modelos de regresión logística para clasificar a los individuos según el estado de su autonomía personal. Se plantearon modelos predictivos para identificar las variables susceptibles de intervención que permitieran distinguir a los individuos dependientes de aquellos en riesgo. Se consideraron variables acerca del estado de salud, apoyo social y estilos de vida.

RESULTADOS: El 18,6% de la población presentó riesgo de dependencia, con efecto más acusado a partir de los 65 años. En comparación con este colectivo, los individuos que se declararon dependientes (11,0%) manifestaron problemas para realizar las actividades cotidianas y obtuvieron apoyo para ello. Estilos de vida, como fumar, consumir alcohol en exceso y ser sedentario se asociaron con mayor probabilidad de dependencia, en particular para las mujeres.

CONCLUSIONES: Las dificultades para llevar a cabo las actividades cotidianas preceden a la aparición de dependencia. Preservar la propia autonomía y desenvolverse sin recibir apoyo aparecen como factores protectores. La adopción de un estilo de vida activo y saludable contribuye a reducir el riesgo de dependencia.

DESCRIPTORES: Dependencia. Factores de Riesgo. Autonomía Personal. Estilo de Vida. Actividades Cotidianas. Envejecimiento. Modelos Logísticos.

^I Departamento de Econometría, Estadística y Economía Española. Riskcenter - Institut de Recerca en Economia Aplicada. Universitat de Barcelona. Barcelona, España

^{II} Servicio del Plan de Salud. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona, España

^{III} Instituto de Estadística de Cataluña. Generalitat de Catalunya. Barcelona, España

^{IV} Institut National d'Études Démographiques. París, Francia

Correspondencia | Correspondence:

Manuela Alcañiz
Departamento de Econometría, Estadística y Economía Española Universitat de Barcelona
Diagonal, 690 08034 Barcelona, España
E-mail: malcaniz@ub.edu

Recibido: 19/5/2014
Aprobado: 20/10/2014

Artículo disponible en español y inglés en:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the prevalence of individuals at risk of dependence and its associated factors.

METHODS: The study was based on data from the Catalan Health Survey, Spain conducted in 2010 and 2011. Logistic regression models from a random sample of 3,842 individuals aged ≥ 15 years were used to classify individuals according to the state of their personal autonomy. Predictive models were proposed to identify indicators that helped distinguish dependent individuals from those at risk of dependence. Variables on health status, social support, and lifestyles were considered.

RESULTS: We found that 18.6% of the population presented a risk of dependence, especially after age 65. Compared with this group, individuals who reported dependence (11.0%) had difficulties performing activities of daily living and had to receive support to perform them. Habits such as smoking, excessive alcohol consumption, and being sedentary were associated with a higher probability of dependence, particularly for women.

CONCLUSIONS: Difficulties in carrying out activities of daily living precede the onset of dependence. Preserving personal autonomy and function without receiving support appear to be a preventive factor. Adopting an active and healthy lifestyle helps reduce the risk of dependence.

DESCRIPTORS: Dependence. Risk Factors. Personal Autonomy. Lifestyle. Activities of Daily Living. Aging. Logistic Models.

INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida de la población de Cataluña (España) está entre las más altas del mundo. Debido al aumento de la longevidad, el porcentaje de población de mayor edad es superior al de muchos países.²⁰ Cataluña tenía una población de casi 7,6 millones de personas en 2011, de las que el 17,0% tenía 65 años o más y el 2,5% superaba los 85 años.^a Las ganancias en longevidad deberían ir acompañadas de un aumento de la calidad de vida de las personas mayores. Sin embargo, el número de personas que padecen trastornos crónicos, discapacidades y limitaciones funcionales generando situaciones de dependencia ha aumentado en cifras absolutas en las últimas décadas.^{1,18} Además, el aumento de la esperanza de vida²² causa un impacto notable sobre la planificación de los servicios sanitarios y contribuye a multiplicar el gasto socioeconómico debido a la necesidad de cuidados de larga duración.^{9,19} Un análisis profundo de la situación puede advertirnos de las tendencias que presenta un fenómeno de enorme complejidad como es el envejecimiento y su relación con el estado de salud. Sin embargo, se dispone de escasa información poblacional sobre la vinculación de los trastornos que afectan a la autonomía personal con

el estado de salud, el uso de servicios sanitarios y los estilos de vida. Este conocimiento resulta fundamental para la previsión de una respuesta social y sanitaria óptima, que posibilite incrementos de la longevidad con calidad de vida.

Este estudio tiene como objetivo analizar la prevalencia de personas en riesgo de dependencia y los factores asociados.

Se describe cuál es el alcance de la dependencia en la población residente en Cataluña en el bienio 2010-2011, y se identifican las variables que se asocian a la falta de autonomía personal. A continuación, se identifican los individuos con elevada probabilidad de ver mermadas sus capacidades hasta el punto de requerir la ayuda de otras personas para desenvolverse en su vida cotidiana. Mediante modelos de regresión logística, se determinan algunas variables que discriminan la población dependiente de la que está en riesgo. Se trata de indicadores predictivos, modificables mediante intervención asistencial o actuaciones preventivas, cuyo control puede posponer o evitar la necesidad de recibir cuidados.

^a Instituto de Estadística de Cataluña. Indicadores demográficos. Población según sexo y edad quinquenal. Barcelona (ES); 2011 [citado 2014 abr 2]. Disponible en: <http://www.idescat.cat/es/poblacio/poblestructura.html>

MÉTODOS

Los datos del estudio proceden de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) 2010-2011.^b Se trata de una encuesta oficial de periodicidad semestral, prevista en el Plan Estadístico de Cataluña vigente^c y que respeta todos los principios del Código de Buenas Prácticas de las Estadísticas Europeas.^d Se seleccionaron alrededor de 2.500 individuos no institucionalizados y residentes en Cataluña en cada oleada muestral. Se realizó una entrevista mediante cuestionario estructurado asistido por ordenador. La entrevista fue personal, y se realizó, a través de un informador indirecto en caso de que la persona no pudiera contestar por edad o incapacidad.

La recogida de datos de la ESCA se inició en el segundo semestre de 2010. Las entrevistas realizadas en ese período, sumadas a las llevadas a cabo en el primer semestre de 2011, permitieron disponer de una muestra de 4.873 individuos. Dicha muestra incluyó 3.842 personas (1.918 hombres y 1.924 mujeres) de 15 años y más, de las cuales 913 eran > 65 años. El 2,9% de las respuestas procedieron de un informador indirecto. El bloque básico de preguntas recababa información sobre estado de salud, uso de servicios sanitarios, consumo de medicamentos, hábitos saludables, limitación de actividades y caracterización sociodemográfica de la población. Se prestó especial atención a los temas relacionados con las personas mayores, a su autonomía personal y al apoyo social que reciben, en los módulos complementarios que se utilizaron en los dos semestres citados.

En Europa, ha habido un esfuerzo en los últimos años por unificar el vocabulario y concretar las definiciones de los conceptos relacionados con la salud y la autonomía personal. Las definiciones de estos términos, utilizadas en este trabajo, se basaron en las recomendaciones del Consejo de Europa^e y de la Organización Mundial de la Salud.^f

Dependencia es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra/otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Autonomía es la capacidad de controlar, afrontar y tomar decisiones personales por propia iniciativa acerca de cómo vivir

de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria. A raíz de una lesión accidental es posible perder la autonomía personal de forma repentina, si bien normalmente la pérdida es paulatina. Se tratarán como sinónimos población dependiente y población con falta de autonomía personal.

La variable que utiliza la ESCA para valorar si existe falta de autonomía personal se basa en la percepción de la propia persona (o informador indirecto) sobre cuál es la gravedad de sus limitaciones o la necesidad de ayuda que requiere. Se pregunta si “a causa de un problema de salud, la persona necesita la ayuda o la compañía de otras personas para realizar las actividades habituales de la vida cotidiana”, ya sea regularmente o bien de forma ocasional. Se la considera dependiente en caso de respuesta afirmativa. Estudios epidemiológicos y clínicos utilizan valoraciones subjetivas de la dependencia similares,¹³ dado que no parece existir gran divergencia entre la autopercepción de la necesidad de cuidados y la situación objetiva.¹⁴

Cualquier análisis estadístico basado en datos primarios de la ESCA requiere considerar su diseño muestral complejo. Ello implica la necesidad de: (i) usar ponderaciones que asignen a cada individuo el peso que le corresponde en la población, según su sexo, grupo de edad y región sanitaria; (ii) tener en cuenta la combinación de estratos y clústers en el cálculo de los errores estándar de los estimadores.^{2,8} Se ha utilizado el procedimiento SURVEYFREQ de SAS 9.2. (SAS Institute Inc., 2009).

La población en riesgo de dependencia fue detectada y caracterizada (Figura). Tras presentar un análisis de las prevalencias de dependencia para las variables incluidas en el estudio (Tabla 1), se propuso un modelo de regresión logística binaria para cada sexo (Figura, Modelo 1). El modelo explica la presencia o ausencia de dependencia en la población catalana ≥ 15 años. Se incluyeron como variables explicativas: grupo de edad (15 a 44 años, 45 a 64 años, 65 a 74 años, 75 a 84 años, y ≥ 85 años), nivel de estudios (primarios o sin estudios, secundarios y universitarios), visitas a urgencias (haber acudido al servicio de urgencias en el año previo a la entrevista), hospitalización (haber sido hospitalizado al menos una vez durante los 12 meses anteriores a la entrevista) y consumo de medicamentos (haber tomado algún medicamento en los dos días previos a la entrevista).

^b Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya. Encuesta de Salud de Cataluña, 2010-2014. Ficha técnica. Barcelona (ES); 2014 [citado 2014 abr 5]. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/El%20Departament/Indicadors%20de%20salut/Enquestes/02_enquesta_catalunya_continua/fitxatecnica_esca.pdf

^c Parlamento de Cataluña (ES). Ley 13/2010, de 21 de mayo, del Plan Estadístico de Cataluña 2011-2014. DOGC. 28 Mayo 2010.

^d Eurostat. European Statistics Code of Practice. Luxembourg: Eurostat Publications Office; 2011.

^e Consejo de Europa. Recomendación 98 de 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia, 1998 [citado 2014 abr 6]. Disponible en: <http://sid.usal.es/docs/F3/LYN10476/3-10476.pdf>

^f Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, 2001. Ginebra; 2001 [citado 2014 abr 6]. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>

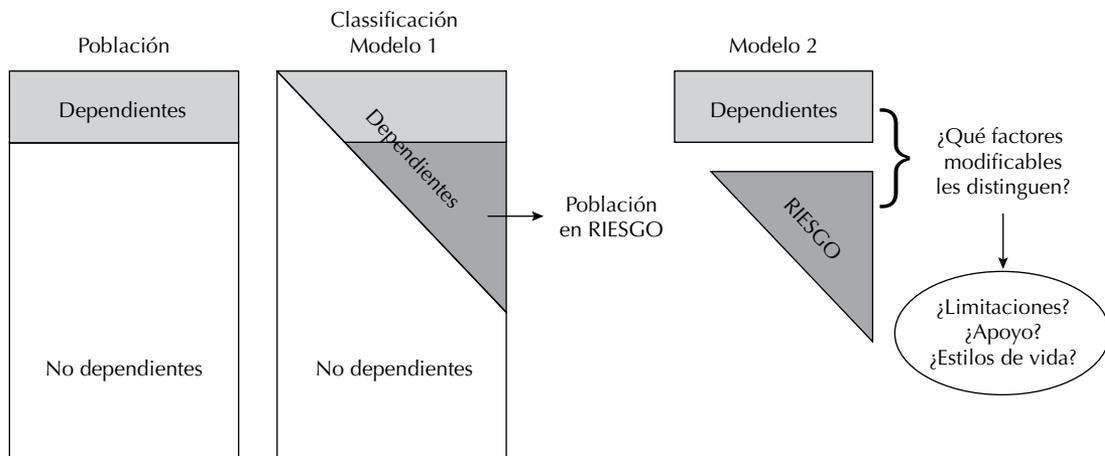


Figura. Detección y caracterización de la población en riesgo de dependencia. Cataluña, España, 2010 a 2011.

Tabla 1. Prevalencia de dependencia por sexo. Cataluña, España, 2010 a 2011.

Variable	Hombres		Mujeres	
	Prevalencia	IC95%	Prevalencia	IC95%
Dependientes	7,7	6,6;8,9	14,1	12,3;15,8
Grupo de edad (años)				
15 a 44	4,2	2,9;5,5	3,8	2,3;5,4
45 a 64	6,4	4,4;8,5	11,2	8,3;14,2
65 a 74	10,2	5,6;14,7	21,2	15,2;27,1
75 a 84	26,9	18,8;35,0	45,5	37,0;53,9
85 y más	59,8	49,7;69,9	76,9	69,2;84,5
Nivel de estudios				
Primarios y sin estudios	17,6	14,2;21,0	30,5	26,8;34,2
Secundarios	4,9	3,6;6,2	8,2	6,3;10,0
Universitarios	4,5	2,1;6,9	5,9	3,2;8,6
Utilización de servicios sanitarios				
Urgencias				
Sí	11,0	8,5;13,6	20,0	16,9;23,1
No	6,3	5,1;7,5	10,6	9,0;12,3
Hospitalización				
Sí	27,4	20,2;34,6	28,0	22,5;33,5
No	6,1	5,0;7,2	12,5	10,8;14,3
Consumo de medicamentos				
Sí	11,5	9,7;13,3	17,8	15,7;20,0
No	3,0	1,8;4,2	2,2	0,8;3,5
Dimensiones EQ-5D				
Problemas para caminar				
Tiene algunos/Muchos	43,3	36,4;50,1	57,9	52,9;62,9
No tiene	3,4	2,6;4,3	4,5	3,3;5,6
Problemas para lavarse/Vestirse				
Tiene algunos/Muchos	80,5	71,6;89,3	85,1	80,4;89,8
No tiene	4,8	3,8;5,7	8,9	7,4;10,3

Continua

Continuación

Problemas actividades vida cotidiana				
Tiene algunos/Muchos	63,2	56,0;70,4	72,5	66,9;78,0
No tiene	3,1	2,3;4,0	4,7	3,5;5,8
Dolor o malestar				
Tiene moderado/Intenso	21,1	17,4;24,9	30,0	26,6;33,4
No tiene	3,8	2,9;4,8	3,4	2,5;4,4
Ansiedad o depresión				
Tiene moderada/Intensa	22,9	17,9;27,9	35,3	31,0;39,6
No tiene	5,3	4,2;6,3	7,1	5,8;8,3
Trastorno crónico autopercebido				
Sí	15,6	12,7;18,5	28,8	25,5;32,1
No	3,8	2,8;4,8	4,0	2,9;5,1
Apoyo social afectivo				
Bajo	27,1	14,7;39,5	23,4	14,4;32,4
Normal	7,2	6,1;8,3	13,7	12,0;15,4
Apoyo social confidencial				
Bajo	27,2	20,5;33,9	25,8	18,0;33,6
Normal	6,5	5,5;7,6	13,2	11,5;15,0
Apoyo en actividades cotidianas				
Recibe ayuda	85,3	78,1;92,6	89,6	84,6;94,5
No recibe/No necesita ayuda	4,7	3,7;5,7	6,5	5,3;7,7
Factores de riesgo				
Consumo de tabaco				
Fumador	4,7	3,0;6,3	6,6	4,0;9,2
Exfumador/No fumador	7,4	5,9;8,9	13,9	11,9;15,9
Consumo de alcohol				
Bebedor de riesgo	4,1	0,4;7,7	12,5	1,4;23,6
No bebedor/Moderado	6,7	5,5;7,8	12,1	10,5;13,8
Sedentarismo				
Sí	18,2	14,6;21,7	29,0	24,7;33,2
No	3,0	2,1;3,8	5,7	4,4;7,1
Tamaño muestral, N	1.918	–	1.924	–

Fuente: Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) 2010-2011. Población de 15 años y más.
EQ-5D: cuestionario European Quality of Life (5 dimensiones)

El Modelo 1 permite clasificar a los individuos según su probabilidad de pérdida de autonomía personal. Si esa probabilidad supera un cierto umbral, el modelo predecirá que el individuo es dependiente. Con objeto de lograr una correcta clasificación, se buscó qué punto de corte maximiza el índice de Youden, que es la suma de la sensibilidad y la especificidad del modelo menos una unidad.¹⁶ Dicho valor minimiza simultáneamente el número de falsos positivos y de falsos negativos, y hace máxima el área bajo la curva ROC,²⁵ garantizando el mayor número de individuos bien clasificados. Un individuo está en riesgo si la probabilidad de

dependencia que le asigna el modelo es $> 9,0\%$ para los hombres y $> 13,0\%$ para las mujeres. A través de la clasificación que llevan a cabo los modelos logísticos, se consigue cuantificar de forma conservadora el volumen de población que, manteniendo aún su autonomía personal, comparte características objetivables con los individuos dependientes (Figura). Por tanto, se encuentra en riesgo de llegar a una situación de dependencia.

Para averiguar qué factores modificables protegen a estos individuos no dependientes del deterioro de sus funciones, se estimó un segundo modelo de regresión

logística, cuya variable respuesta recoge si el individuo es efectivamente dependiente o si no lo es, pero está en riesgo (Figura, Modelo 2). Se distinguieron dos grupos de edad, según la persona estuviera por encima o por debajo de los 65 años, edad habitual a la que finaliza la vida laboral en España. Variables referentes al estado de salud, el apoyo social y los estilos de vida se incorporaron como explicativas en el Modelo 2: presencia de problemas para caminar, lavarse o vestirse, realizar actividades cotidianas, tener dolor o malestar, o estar ansioso o deprimido (dimensiones del EQ-5D, instrumento multidimensional estandarizado que mide la calidad de vida en relación a la salud a través de las 5 variables citadas);^{10,17} autopercepción de algún trastorno crónico de entre una relación de 33 posibles trastornos; recibir apoyo social de tipo afectivo, es decir, ser objeto de expresiones de amor y empatía (puntuación de un total de cuatro variables del cuestionario de Duke-UNC-11) o de tipo confidencial, es decir, contar con otras personas para comunicarse, recibir información y consejo, o compartir inquietudes (7 variables);⁵ recibir apoyo en actividades cotidianas; consumo de alcohol (bebedor de riesgo, frente a no bebedor o bebedor moderado);⁷ consumo de tabaco (fumador, frente a ex-fumador o no fumador) y sedentarismo (estar sentado la mayor parte de la jornada, frente a realizar un mínimo de actividad física).

RESULTADOS

El 7,7% de los hombres y el 14,1% de las mujeres ≥ 15 años declararon ser dependientes, ya que requerían ayuda en sus actividades diarias (Tabla 1). El porcentaje de dependientes se incrementó rápidamente con la edad, y la prevalencia para las mujeres fue significativamente superior a la de los hombres entre los 65 y los 84 años. Se observaron mayores porcentajes de dependencia en los grupos de educación inferior, con mayor prevalencia en las mujeres, excepto para el grupo con estudios universitarios. Los dependientes, y especialmente las mujeres, acudieron a urgencias con mayor frecuencia que la población no dependiente. Más del 27,0% de la población hospitalizada sufrió esta condición, sin que existiesen diferencias significativas por sexo. El consumo de medicamentos, la movilidad limitada, el dolor, la ansiedad o depresión y la autopercepción de sufrir algún trastorno crónico se asociaron a la dependencia, con mayor intensidad en el sexo femenino. Cuando el apoyo social fue bajo o cuando se recibió soporte en las actividades cotidianas, la propensión a la dependencia fue más elevada para ambos sexos. El sedentarismo se asoció con la dependencia (18,2% y 29,0%, para hombres y mujeres, respectivamente). Los porcentajes de población fumadora o bebedora de riesgo fueron inferiores entre los dependientes en comparación con a la población general.

Tabla 2. Regresión logística para la presencia de dependencia por sexo (*odds-ratios*). Cataluña, España, 2010 a 2011.

Variable	Hombres	Mujeres
Grupo de edad (años)		
15 a 44	–	–
45 a 64	1,1	3,0 ^a
65 a 74	1,1	5,2 ^a
75 a 84	2,9 ^a	13,1 ^a
85 y más	12,7 ^a	55,4 ^a
Nivel de estudios		
Primarios y sin estudios	–	–
Secundarios	0,4 ^a	0,6 ^b
Universitarios	0,3 ^a	0,6 ^c
Urgencias	1,2	2,2 ^a
Hospitalización	3,5 ^a	2,3 ^a
Consumo de medicamentos	2,2 ^a	3,5 ^a
N	1.917	1.923
P-valor de la RV	< 0,001	< 0,001
% clasificación correcta	80,9	83,3

Fuente: Encuesta de Salud de Cataluña, 2010-2011.

RV: razón de verosimilitud

Significación OR: ^a1,0%; ^b5,0%; ^c10,0%.

(–) Categoría de referencia.

Las personas dependientes, respecto a las que no lo eran, mostraron edades avanzadas (OR = 2,9 / OR = 12,7 y OR = 13,1 / OR = 55,4, respectivamente, para hombres y mujeres de 75 años a 84 años/ ≥ 85 años), menor nivel de estudios (OR = 0,5 para estudios secundarios o universitarios), habían sido hospitalizadas en los últimos 12 meses (OR = 3,5 para hombres y OR = 2,3 para mujeres), y habían tomado medicamentos en los dos últimos días (OR = 2,2 para hombres y OR = 3,5 para mujeres) (Modelo 1; Tabla 2). El uso de los servicios de urgencias solo discriminó en el caso de las mujeres (OR = 2,2).

Cerca de 702.000 individuos ≥ 15 años declararon tener dependencia en Cataluña en el bienio 2010 a 2011 (11,0% de la población total) (Tabla 3). Las personas que no presentaron pérdida de autonomía, a pesar de que el modelo les asignaba riesgo significativo, casi 1,2 millones de personas (18,6% de la población), fueron aquellas que corrían peligro de ver mermadas sus capacidades hasta perder su autonomía personal, ya que compartían características con la población que ya requería ayuda (Figura). Por otro lado, más de 4,5 millones de personas no presentaron dependencia ni estuvieron en riesgo.

El riesgo de dependencia fue mayor para los individuos que superaban los 65 años y que, por tanto, ya habían finalizado su vida laboral. El 55,7% compartieron características con los individuos ya dependientes.

Tabla 3. Población estimada (miles de personas) según la presencia o riesgo de dependencia, por grupos de edad y sexo. Cataluña, España, 2010 a 2011.

Variable		Presenta		No presenta, pero tiene riesgo		No presenta y no tiene riesgo	
		N	%	N	%	N	%
15 a 64 años	Hombres	131	5,0	275	10,4	2.225	84,6
	Mujeres	166	6,6	217	8,6	2.144	84,8
	Total	297	5,8	492	9,5	4.369	84,7
≥ 65 años	Hombres	114	21,4	282	52,9	137	25,7
	Mujeres	291	40,0	420	57,8	16	2,2
	Total	405	32,1	702	55,7	153	12,2
Total	Hombres	245	7,7	557	17,6	2.362	74,7
	Mujeres	457	14,1	637	19,6	2.160	66,4
	Total	702	11,0	1.194	18,6	4.522	70,4

Fuente: Encuesta de Salud de Cataluña, 2010-2011. Población de 15 años y más. Los porcentajes suman 100% en cada fila.

Las diferencias entre sexos fueron importantes a partir de los 65 años: el 40,0% de las mujeres y poco más del 20,0% de los hombres declararon necesitar ayuda; el 2,2% de las mujeres de 65 años o más estuvieron libres de riesgo, frente al 25,7% de los hombres. La situación fue más favorable para los menores de 65 años: el 9,5% tuvieron riesgo de dependencia, mientras que un 5,8% declararon que padecían falta de autonomía personal, sin que existiesen diferencias significativas entre hombres y mujeres.

VARIABLES DEL CUESTIONARIO EQ-5D SE VINCULARON A LA PRESENCIA DE DETERIORO FÍSICO Y MENTAL. La presencia de problemas para caminar fue un rasgo diferencial entre los individuos que tenían dependencia establecida y los que estaban en riesgo de adquirirla. Estos problemas para desplazarse aparecieron antes en los varones (OR = 3,7; de 15 a 64 años), que en las mujeres, quienes mostraron OR significativa (2,9) a partir de los 65 años. Los hombres que se declararon dependientes manifestaron más problemas para lavarse y vestirse (OR = 5,1; a partir de los 65 años); no existió asociación para las mujeres.

Las dificultades para realizar actividades cotidianas incrementaron significativamente la probabilidad de declararse dependiente (OR = 2,7 y OR = 3,2 para hombres y mujeres, respectivamente), con valor especialmente alto para las mujeres de 15 a 64 años (OR = 6,9). La población dependiente más joven sufrió mayor dolor o malestar que su población de riesgo (OR = 2,0 en hombres y OR = 2,4 en mujeres), sin que hubiera diferencias para los más mayores. Solo a partir de los 65 años las mujeres dependientes padecieron más ansiedad o depresión que su población de riesgo (OR = 2,0).

La autopercepción de algún trastorno crónico se asoció con la presencia de dependencia (OR = 2,7). El apoyo

social afectivo se relacionó con la presencia de dependencia en ambos sexos. Así como los hombres dependientes recibieron menos expresiones de amor y empatía que sus congéneres en riesgo (OR = 0,9), las mujeres recibieron más (OR = 1,1), sin diferencias significativas por grupos de edad, excepto para los varones de 15 a 64 años (OR = 0,8). El apoyo social de tipo confidencial influyó significativamente en las mujeres mayores, quienes recibieron menos apoyo que su correspondiente población de riesgo (OR = 0,9). El hecho de recibir apoyo en actividades cotidianas se asoció intensamente con situaciones ya consolidadas de falta de autonomía personal en todas las edades (OR = 11,7 para los hombres y OR = 11,3 para las mujeres) (Modelo 2; Tabla 4).

Los tres factores de riesgo considerados, alcohol, tabaco y sedentarismo, discriminaron a la población dependiente de aquella en riesgo, sobre todo para el sexo femenino (OR = 2,2 para el hábito de fumar; OR = 12,2 para bebedores de riesgo, y OR = 3,4 para sedentarismo). Las mujeres entre 15 y 64 años presentaron asociación intensa entre dependencia y consumo excesivo de alcohol (OR = 24,4). No se observaron diferencias relevantes en cuanto a consumo de tabaco ni de alcohol en los hombres. Los dependientes fueron más sedentarios que su población de riesgo entre los 15 y los 64 años (OR = 1,9).

DISCUSIÓN

Un porcentaje significativo de la población catalana de 15 años o más está en riesgo de dependencia, si bien bien la necesidad de apoyo aún no se ha manifestado. Dicha condición afecta casi a 1/5 de la población, mientras que el 25,7% de los varones y el 2,2% de las mujeres se pueden considerar en bajo riesgo de dependencia a partir de los 65 años. Las mujeres aparecen como el colectivo más vulnerable al envejecimiento, al tiempo que son las más longevas, en línea con otros estudios.²⁴

Tabla 4. Modelos de regresión logística para explicar las diferencias entre la población que declara dependencia y su respectiva población en riesgo (*odds-ratios*), por grupos de edad y sexo. Cataluña, España, 2010 a 2011.

Variable	15 a 64 años		≥ 65 años		Total	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Problemas para						
Caminar	3,7 ^b	0,8	1,1	2,9 ^b	1,3	1,3
Lavarse y vestirse	2,0	0,2	5,1 ^b	2,0	3,7 ^b	1,2
Actividades cotidianas	0,6	6,9 ^a	5,0 ^b	2,0 ^c	2,7 ^b	3,2 ^a
Dolor o malestar	2,0 ^c	2,4 ^c	0,7	1,2	1,2	1,6 ^c
Ansiedad o depresión	1,4	1,4	1,7	2,0 ^c	1,3	2,0 ^b
Trastorno crónico autopercebido	1,2	0,8	2,7 ^c	0,7	1,7 ^c	0,8
Apoyo social afectivo	0,8 ^b	1,1	0,9	1,1	0,9 ^c	1,1 ^c
Apoyo social confidencial	1,1	1,0	0,9	0,9 ^b	1,0	0,9 ^c
Apoyo en actividades cotidianas	– ^d	– ^d	14,5 ^a	11,5 ^a	11,7 ^a	11,3 ^a
Factores de riesgo						
Fumador	0,6	1,7	0,7	1,8	1,0	2,2 ^b
Consumo de alcohol	0,6	24,4 ^a	0,1	0,7	0,5	12,2 ^a
Sedentarismo	1,9 ^c	2,0	1,3	5,1 ^a	1,3	3,4 ^a
N	250	233	307	413	557	646
P-valor de la RV	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
% clasificación correcta	82,2	83,2	91,6	84,9	86,1	83,8

Fuente: Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) 2010-2011. Población de 15 años y más.

RV: razón de verosimilitud

Significación OR: ^a1,0%; ^b5,0%; ^c10,0%.

^dEn la submuestra estudiada, la totalidad de los dependientes y solo ellos reciben apoyo en las actividades cotidianas.

La condición de dependiente está fuertemente asociada con mayor uso de los servicios sanitarios – visitas a urgencias y hospitalizaciones – y elevado consumo de fármacos en ambos sexos, especialmente en las mujeres. La sanidad en España tiene carácter público. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad asignó un 61,0% de su crédito al Programa de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia en 2014.⁸ Así, los costes que genera la salud, incluyendo los relacionados con los cuidados de larga duración, suponen una partida muy significativa del presupuesto de dicho Ministerio.

La dependencia de los varones se inicia con problemas para caminar, dolor o malestar, bajo apoyo social afectivo y sedentarismo. Si dicha conjunción de factores no se detecta y se modifica a tiempo, el individuo en riesgo emprenderá un progresivo declive hacia la pérdida de autonomía a partir de los 65 años. Su evolución clínica podría incluir mayor dificultad para llevar a cabo su aseo personal y realizar las actividades cotidianas, limitación que se ha asociado a un estado severo de dependencia.¹¹ Además, se espera que sufra mayor número de enfermedades crónicas y que tenga que buscar el apoyo de cuidadores para desenvolverse en su día a día. El profesional sanitario debe estar

atento a los síntomas que preceden a la aparición de la dependencia. Mejorar su movilidad será de especial importancia para que la persona pueda adoptar un estilo de vida más activo. La posibilidad de desplazarse sin sentir dolor le permitirá al tiempo aumentar su interacción social, buscando el apoyo afectivo que necesita para sentirse bien.

De la misma forma, la presencia de problemas para realizar actividades cotidianas, como trabajar o llevar a cabo las tareas del hogar, y el sentir dolor o malestar son factores de detección temprana de riesgo de dependencia en la población femenina. Un elemento muy revelador, que no se observa en los hombres, es el consumo excesivo de alcohol. Si bien la ingesta moderada de alcohol tiene efectos beneficiosos para el sistema cardiovascular y para las funciones cognitivas en las personas mayores,¹² su consumo de riesgo se asocia intensamente a la dependencia en las mujeres entre 15 y 64 años. La moderación en el consumo de bebidas alcohólicas puede ser un factor relevante para frenar la pérdida de autonomía personal. Si esta termina instaurándose, la mujer dependiente acusará una disminución significativa en su calidad de vida en relación a la salud a partir de los 65 años: adoptará un estilo de vida sedentario, lo que conlleva debilidad

⁸ Gobierno de España. Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014. BOE. 26 dic 2013.

muscular en las piernas y riesgo de caídas²³ así como, reducción de la movilidad;¹⁵ sufrirá ansiedad o depresión; acusará una baja frecuencia de contactos sociales, y requerirá de terceros para su atención y cuidado.

No se dispone de datos actuales sobre personas institucionalizadas. Se trata de un colectivo extremadamente frágil, cuya inclusión causaría incrementos en la prevalencia de los trastornos estudiados, sobre todo en edades avanzadas, como mostraba la Encuesta de Salud a la Población Institucionalizada de Cataluña (ESPI), en 2006.^h Por otro lado, como la ESCA no ofrece información sobre la severidad de la dependencia, esta no ha sido tenida en cuenta, como sí hacen otros autores³ partiendo de fuentes sobre discapacidad más específicas.

A pesar de estas limitaciones, este estudio muestra resultados que permiten identificar los factores de riesgo a los que prestar atención para retrasar la aparición de la dependencia: la identificación de estos indicios precoces para cada sexo resulta fundamental para frenar a tiempo el declive funcional⁴ y el desamparo social que sufren los individuos en riesgo.²¹ La adecuada planificación de estrategias preventivas es una vía eficaz para preservar la salud y la autonomía de las personas mayores,⁶ sin incurrir en costes sociosanitarios difíciles de sobrellevar. Las políticas sanitarias deben utilizarse como herramientas protectoras que faciliten un envejecimiento saludable con más años de calidad de vida para todos los grupos de población.

REFERENCIAS

1. Abellán A, Esparza C, Castejón P, Pérez J. Epidemiology of disability and dependency in old age in Spain. *Gac Sanit*. 2011;25(Suppl 2):5-11. DOI:10.1016/j.gaceta.2011.07.010
2. Alcañiz-Zanón M, Mompert-Penina A, Guillén-Estany M, Medina-Bustos A, Aragay-Barbany JM, Brugulat-Guiteras P, et al. Nuevo diseño de la Encuesta de Salud de Cataluña (2010-2014): un paso adelante en planificación y evaluación sanitaria. *Gac Sanit*. 2014;28(4):338-340. DOI:10.1016/j.gaceta.2013.12.004
3. Alegre A, Ayuso M, Guillén M, Monteverde M, Pociello E. Tasa de dependencia de la población española no institucionalizada y criterios de valoración de la severidad. *Rev Esp Salud Publica*. 2005;79(3):351-63. DOI:10.1590/S1135-57272005000300004
4. Alexandre TS, Corona LP, Nunes DP, Ferreira JL, Oliveira YA, Lebrao ML. Gender differences in incidence and determinants of disability in activities of daily living among elderly individuals: SABE study. *Arch Gerontol Geriat*. 2012;55(2):431-7. DOI:10.1016/j.archger.2012.04.001
5. Broadhead WE, Gelbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire - Measurement of social support in family medicine patients. *Med Care*. 1988;26(7):709-23. DOI:10.1097/00005650-198807000-00006
6. Clark F, Jackson J, Carlson M, Chou CP, Cherry BJ, Jordan-Marsh M, et al. Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66(9):782-90. DOI:10.1136/jech.2009.099754
7. Colom J, Contel M, Segura L, Gual A. Intervención en poblaciones de riesgo (2): los bebedores de riesgo. *Adicciones*. 2002;14(Suppl 1):375-85.
8. Da Silva NN, Roncalli AG. Sampling plan, weighting process and design effects of the Brazilian Oral Health Survey. *Rev Saude Publica*. 2013;47(Suppl 3):3-11. DOI:10.1590/S0034-8910.2013047004362
9. de Meijer C, Koopmanschap M, d'Uva TB, van Doorslaer E. Determinants of long-term care spending: Age, time to death or disability? *J Health Econ*. 2011;30(2):425-38. DOI:10.1016/j.jhealeco.2010.12.010
10. EuroQol Group. EuroQol - A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. 1990;16(3):199-208. DOI:10.1016/0168-8510(90)90421-9
11. Gispert R, Clot-Razquin G, Rivero A, Freitas A, Ruiz-Ramos M, Ruiz C, et al. Dependence profile in Spain: an analysis from the disability survey of 1999. *Rev Esp Salud Publica*. 2008;82(6):653-65. DOI:10.1590/S1135-57272008000600006
12. Hogenkamp PS, Benedict C, Sjogren P, Kilander L, Lind L, Schioth HB. Late-life alcohol consumption and cognitive function in elderly men. *Age*. 2014;36(1):243-9. DOI:10.1007/s11357-013-9538-7
13. Hoogendijk EO, Muntinga ME, van Leeuwen KM, van der Horst HE, Deeg DJH, Hermsen LAH, et al. Self-perceived met and unmet care needs of frail older adults in primary care. *Arch Gerontol Geriat*. 2014;58(1):37-42. DOI:10.1016/j.archger.2013.09.001
14. Merrill SS, Seeman TE, Kasl SV, Berkman LF. Gender differences in the comparison of self-reported disability and performance measures. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1997;52(1):M19-26. DOI:10.1093/gerona/52A.1.M19
15. Peeters G, Lips P, Brown WJ. Changes in physical functioning over 6 years in older women: effects of sitting time and physical activity. *Eur J Ageing*. 2014;11(3):205-12. DOI:10.1007/s10433-013-0300-x

^h Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Enquesta de Salut a la població institucionalitzada de Catalunya, 2006. Residències i centres de llarga estada. Barcelona (ES); 2006 [citado 2014 abr 15]. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Gent_gran/documents/espi_cat_65.pdf

16. Perkins NJ, Schisterman EF. The Youden index and the optimal cut-point corrected for measurement error. *Biom J*. 2005;47(4):428-41. DOI:10.1002/bimj.200410133
17. Rabin R, de Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med*. 2001;33(5):337-43. DOI:10.3109/07853890109002087
18. Solé-Auró A, Alcañiz M. Are we living longer but less healthy? Trends in mortality and morbidity in Catalonia (Spain), 1994-2011. *Eur J Ageing*. 2014 in press.
19. Solé-Auró A, Guillén M, Crimmins EM. Health care usage among immigrants and native-born elderly populations in eleven European countries: results from SHARE. *Eur J Health Econ*. 2012;13(6):741-54. DOI:10.1007/s10198-011-0327-x
20. Spijker J, Blanes A. Mortality in Catalonia in the context of the third, fourth and future phases of the epidemiological transition theory. *Demogr Res*. 2009;20(8):129-68. DOI:10.4054/DemRes.2009.20.8
21. Stuck AE, Walther JM, Nikolaus T, Bula CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community living elderly people: a systematic literature review. *Soc Sci Med*. 1999;48(4):445-69. DOI:10.1016/S0277-9536(98)00370-0
22. Vidiella-Anguera A, Guillén M. Forecasting Spanish natural life expectancy. *Risk Anal*. 2005;25(5):1161-70. DOI:10.1111/j.1539-6924.2005.00671.x
23. Volkers KM, de Kieviet JF, Wittingen HP, Scherder EJ. Lower limb muscle strength (LLMS): Why sedentary life should never start? A review. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;54(3):399-414. DOI:10.1016/j.archger.2011.04.018
24. Yong V, Saito Y, Chan A. Gender differences in health and health expectancies of older adults in Singapore: an examination of diseases, impairments, and functional disabilities. *J Cross Cult Gerontol*. 2011;26(2):189-203. DOI:10.1007/s10823-011-9143-0
25. Youden WJ. An index for rating diagnostic tests. *Cancer*. 1950;3(1):32-5. DOI:10.1002/1097-0142(1950)3:1<32::AID-CNCR2820030106>3.0.CO;2-3

Estudio subvencionado por el Ministerio de Educación y Ciencia, Gobierno de España (Proyectos ECO2012-35584 y FEDER ECO2010-21787-C03-01) y por *iPOPs Laboratory of Excellence* (Referencia ANR-10-Labx-0089). Los autores declaran no haber conflictos de intereses.