

Acomodación domiciliar de ancianos y determinantes sociodemográficos y de salud: un estudio longitudinal¹

Alisson Fernandes Bolina²

Darlene Mara dos Santos Tavares³

Objetivos: describir las características sociodemográficas y el número de enfermedades concomitantes de ancianos, según la dinámica de la acomodación domiciliar; y verificar los determinantes sociodemográficos y de salud del espacio domiciliar. **Métodos:** se trata de una investigación domiciliar y longitudinal (2005-2012), realiza con 623 ancianos. Fue realizado análisis estadístico descriptivo y regresión logística multinomial ($p < 0,05$). **Resultados:** predominaron, ancianos que viven solos, acompañados y con cambio de acomodación domiciliar, del sexo femenino, intervalo etario 60 | 70 años, 1 | 4 años de estudio y con ingreso mensual entre 1 | 3 sueldos mínimos. Durante el desarrollo de la investigación, se identificó un aumento en la distribución de ancianos de 1 | 3 sueldos mínimos. El número de enfermedades concomitantes aumentó en los tres grupos a lo largo del estudio, con mayores tasas entre los ancianos que cambiaron la dinámica de la acomodación domiciliar. Se verificó que ancianos del sexo masculino presentaron menores probabilidades de vivir solos ($p = 0,007$) y de cambiar la acomodación domiciliar, comparados a las mujeres ($p = 0,005$). Ganar menos de un salario mínimo disminuye las probabilidades de cambiar la acomodación domiciliar en relación a los que ganan más de tres sueldos ($p = 0,034$). **Conclusión:** los factores determinantes de la acomodación domiciliar fueron el sexo y la ingreso mensual, siendo que las variables capacidad funcional y número de enfermedades concomitantes, no estuvieron asociadas al resultado analizado.

Descriptores: Anciano; Familia; Envejecimiento.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "El arreglo domiciliar y la evolución de la capacidad funcional de las personas mayores: un estudio longitudinal", presentada a la Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil. Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, proceso nº 301704/2012-0, y de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais FAPEMIG-MG, proceso nº FAPEMIG - APQ-00866-12.

² Estudiante de Doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ PhD, Profesor Asociado, Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

Cómo citar este artículo

Bolina AF, Tavares DMS. Living arrangements of the elderly and the sociodemographic and health determinants: a longitudinal study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2737. [Access

mes	día	año

]; Available in:

URL

. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0668.2737>.

Introducción

El envejecimiento poblacional ha provocado modificaciones en la estructura de las familias⁽¹⁾. Varios son los conceptos que caracterizan a la familia en virtud de los diferentes abordajes adoptados en las áreas de la ciencia. La antropología la define como el "grupo de personas vinculadas por relaciones afectivas construidas sobre una base de consanguinidad y alianza"⁽²⁾; por otro lado los estudios sociológicos, demográficos y económicos delimitan el concepto a los espacios físicos, al considerar a la familia como el grupo de individuos residentes en un mismo domicilio⁽³⁾.

El domicilio puede ser entendido como "local estructuralmente separado e independiente que se destina a servir de habitación a una o más personas, o que está siendo utilizado para esa finalidad"⁽⁴⁾. Así, la forma cómo el individuo, o un grupo de individuos, se organiza en ese espacio físico constituye la acomodación domiciliaria⁽³⁾, concepto adoptado en esta investigación.

Las acomodaciones domiciliarias son complejas y presentan composiciones diversas⁽²⁾. La heterogeneidad de esas acomodaciones puede ser el reflejo de los diferentes determinantes que influyen en su estructura⁽⁵⁾. De modo general, se destacan las características culturales, demográficas, socioeconómicas y de salud⁽⁵⁻⁶⁾.

A pesar de la relevancia de comprender la configuración familiar para la implementación de políticas sociales y de salud más asertivas a las necesidades del anciano y su familia⁽⁷⁾, aun son escasas las publicaciones referentes a esta temática. Hasta el momento, no fue encontrado ningún estudio longitudinal que hubiese verificado los determinantes de la acomodación domiciliaria de ancianos brasileños.

En Brasil, a pesar de que la cohabitación permanezca elevada en la población anciana, se ha observado, a lo largo de los años, un aumento del número de individuos que residen en domicilios unipersonales⁽⁵⁾. Los domicilios unipersonales pueden representar una conquista del envejecimiento en la medida en que ese grupo vivencia el transcurso de la edad con más privacidad e independencia. Entre tanto, ese tipo de acomodación domiciliaria también puede abrigar ancianos que necesitan de auxilio en su cotidiano, en especial aquellos que presentan problemas de salud, familiares y precarias condiciones de vida⁽⁵⁻⁷⁾. Así, el conocimiento de las características de la acomodación domiciliaria de ancianos puede suministrar informaciones para detectar grupos vulnerables y que precisa ser priorizados en los cuidados de la salud por

los profesionales de la atención primaria, incluyendo a los enfermeros.

Los objetivos de este estudio fueron: describir las características sociodemográficas y el número de enfermedades concomitantes de los ancianos, según la dinámica de la acomodación domiciliaria; y verificar los determinantes sociodemográficos y de salud de ese espacio.

Métodos

Se trata de una investigación domiciliaria, cuantitativa y longitudinal realizada con ancianos de la ciudad de Uberaba, en el estado de Minas Gerais, en el período de 2005 a 2012.

La población del estudio estuvo constituida por ancianos residentes en el referido municipio. En el año de 2005, fue calculada una muestra inicial (2892 ancianos), considerando 95% de confianza, 80% de poder del test, margen de error de 4,0%, para las estimativas de los intervalos, y una proporción estimada de $\pi = 0,5$, para las proporciones de interés.

De este modo fueron obtenidas informaciones de un número menor de ancianos (2683), como consecuencia de la no aceptación de participar. Posteriormente, en los años de 2008 y 2012, los ancianos localizados fueron nuevamente entrevistados. En el año de 2008, fueron entrevistados 1425 individuos y, en 2012 fueron 623. La disminución del número de entrevistados, a lo largo del seguimiento, ocurrió por diversos motivos, tales como: el anciano estaba hospitalizado; haber cambiado la dirección; haber muerto; o no ser encontrado después de tres intentos de visita del entrevistador, entre otros, conforme demostrado en la Figura 1.

Los criterios de inclusión fueron: tener 60 años de edad o más; no presentar disminución cognitiva; vivir en la zona urbana del municipio de Uberaba, en MG; haber sido entrevistado en los tres momentos (2005, 2008 y 2012); y concordar en participar de la investigación. De esa forma, los participantes de la presente investigación totalizaron 623 ancianos.

Los ancianos que integraron este estudio fueron divididos en tres grupos, conforme la dinámica de la acomodación domiciliaria en el período de seguimiento: grupo 1 (Solo) – ancianos que permanecieron solos durante todo el seguimiento; grupo 2 (Acompañado) – ancianos que vivían acompañados durante todo el seguimiento; y, grupo 3 (Cambio de la acomodación domiciliaria) – ancianos que alteraron la acomodación domiciliaria en el período de seguimiento (Figura 1).

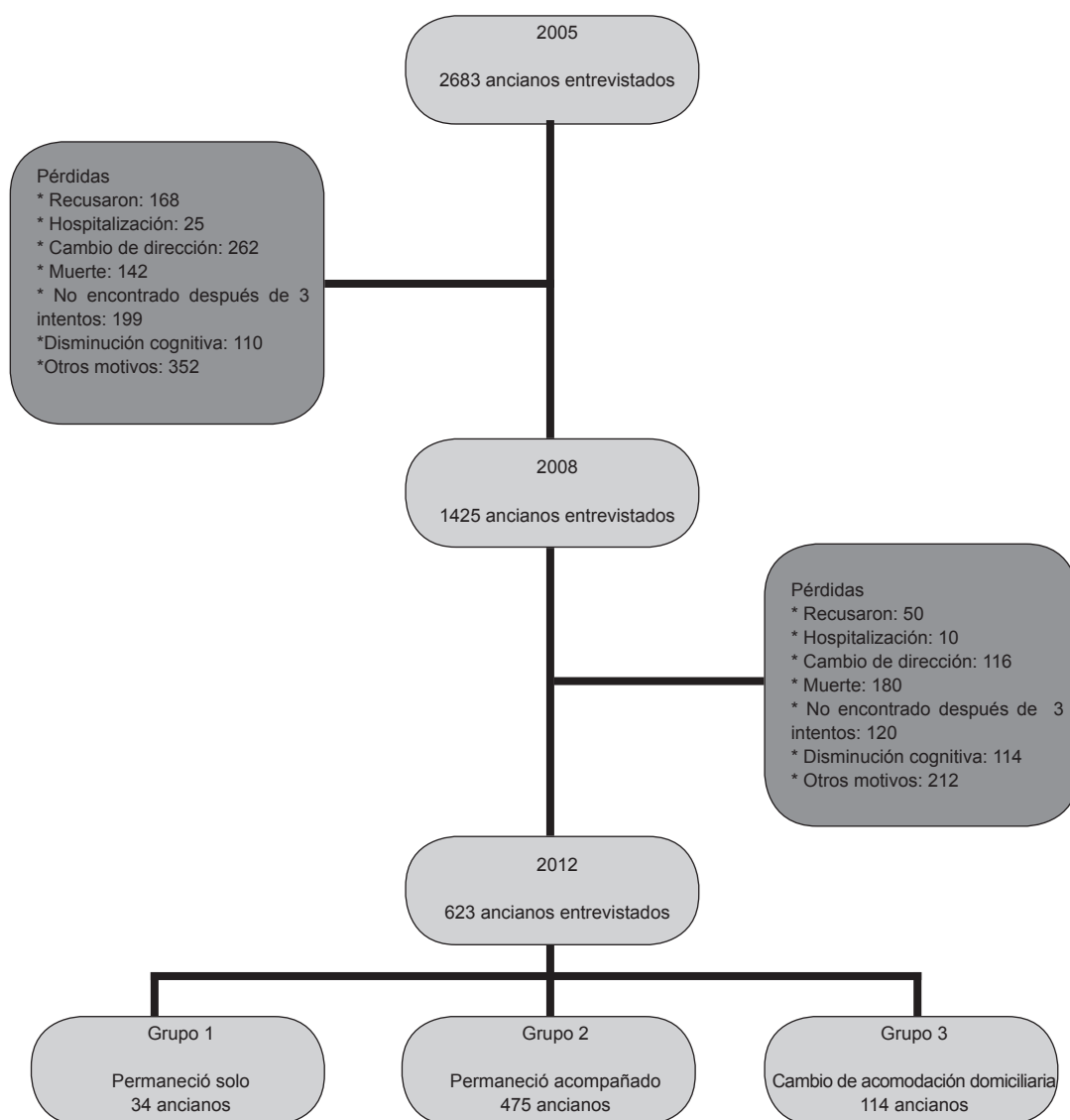


Figura 1 - Algoritmo para la descripción de la muestra final del estudio.

La recolección de datos fue realizada en el domicilio del anciano, empleando para su selección la técnica de muestro estratificado proporcional, considerando los diversos barrios como estratos.

Para evaluación cognitiva se utilizó el Mini-examen del Estado Mental (MEEM). En los años de 2005 y 2008 se utilizó el MEEM en su versión reducida, validada por los investigadores del Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)⁽⁸⁾. En esta versión se estableció un punto de corte de 12/13, siendo que la deterioración cognitiva fue indicada por una puntuación igual o inferior a 12⁽⁸⁾. En 2012 fue utilizado el MEEM traducido y validado en Brasil⁽⁹⁾, compuesto por preguntas referentes a la orientación, a la memoria inmediata y de evocación, a la concentración, al cálculo, al lenguaje y al dominio espacial. En ese año se consideró que el puntaje podría variar y el punto de corte considerado de acuerdo con la escolaridad del anciano fue: 13 para analfabetos, 18

para 1 a 11 años de estudio y 26 para más de 11 años de estudio⁽⁹⁾. Este cambio fue implementado debido a que los investigadores juzgaron el instrumento y la puntuación de corte validado⁽⁹⁾ más adecuados para el momento.

Para la caracterización de los datos sociodemográficos, de las enfermedades concomitantes y de la capacidad funcional, se utilizó parte del cuestionario *Older Americans Resources and Services (OARS)*, elaborado por la Duke University (1978) y adaptado en Brasil por Ramos (1987), con la nomenclatura del Cuestionario Brasileño de Evaluación Funcional y Multidimensional (BOMFAQ)⁽¹⁰⁾.

En lo que se refiere a la evaluación de las enfermedades concomitantes, el cuestionario contiene 26 ítems que investigan si el individuo presenta enfermedades⁽¹⁰⁾. Para el análisis de los datos, fue

contabilizado el número de enfermedades concomitantes relatadas por el anciano.

En relación la evaluación de la capacidad funcional, el cuestionario está compuesto de 12 actividades de la vida diaria, a través del cual el anciano informa el grado de dificultad para realizar actividades de autocuidado (no consigue, poca dificultad, mucha dificultad y sin dificultad)⁽¹⁰⁾. Para el análisis estadístico, se calculó el puntaje de capacidad funcional que corresponde a la suma de la puntuación de las actividades de la vida diaria: 1 (no consigue), 2 (con poca dificultad), 3 (con mucha dificultad) y 4 (sin dificultades). Así, el puntaje general de capacidad funcional varía de 12 a 48, y los mayores puntajes están asociados a una mejor capacidad funcional.

Las variables investigadas fueron: sexo (masculino y femenino); intervalo etario (60|-70, 70|-80 y 80 años y más); escolaridad, en años de estudio (sin escolaridad, 1|-4 y > 5); acomodación domiciliar (solo y otras acomodaciones); ingreso mensual individual mensual, en sueldos mínimos (< 1, 1|-3 y > 4); número de enfermedades concomitantes autorreferidas; y puntaje de capacidad funcional.

Para el análisis de los datos, fueron construidas planillas electrónicas, en el programa Excel®. Los datos recolectados, en cada período, fueron procesados en microcomputador, con doble entrada, para verificación de la consistencia entre las dos bases. Para el análisis de los datos, el banco de datos fue exportado para el software *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versión 17.0.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo, por medio de distribución de frecuencias absolutas y porcentajes. Para verificar los determinantes de la acomodación domiciliaria, se recorrió al análisis multivariado, a través de regresión logística multinomial. Con relación a las variables predictoras sexo, intervalo etario y escolaridad, fueron considerados los datos referentes al año de 2005; en cuanto que para las variables ingreso mensual, número de enfermedades concomitantes y puntaje de capacidad funcional fue calculado el promedio de los tres períodos. En el modelo multivariado, el α fue de 0,05, considerando asociación significativa cuando $p < \alpha$.

Los proyectos fueron aprobados por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Universidad Federal del Triángulo Mineiro, con los Protocolos N°: 553 en 2005, 897 en 2008 y 265 en 2012. Los ancianos fueron contactados en el domicilio, momento en el cual se presentaron los objetivos y las informaciones pertinentes. Después de aceptar y firmar el Término de Consentimiento Libre e Informado, se procedió a entrevistar al participante.

Resultados

La población del estudio estuvo compuesta por 623 ancianos entrevistados durante el estudio, divididos en tres grupos, conforme la dinámica de la acomodación domiciliaria: 34 (5,5%) permanecieron solos, 475 (76,2%) vivían acompañados y 114 (18,3%) presentaron cambio de acomodación domiciliaria.

La mayoría de los ancianos, en los tres grupos, era del sexo femenino, con mayor porcentaje para las que vivían solas (82,4%); lo contrario se observó entre los hombres, siendo que predominaron (35,2%) aquellos que residían acompañados (Tabla 1).

En 2005, la mayoría de la población tenía 60|-70 años de edad, y en ese intervalo etario el mayor porcentaje era de personas acompañadas (61,3%). Entre los ancianos con 70|-80 años predominaron los que cambiaron la acomodación domiciliaria (33,6%). Los ancianos con 80 años o más, fueron los que presentaron mayor porcentaje para los que vivían solos (9,1%) (Tabla 1).

Referente a la escolaridad, se verificó predominio de ancianos tenía 1|-4 años de estudio, seguidos de los sin escolaridad, en los tres grupos. Predominaron, entre aquellos sin escolaridad, los individuos que tuvieron cambio de acomodación domiciliaria (23,9%); en aquellos con 1|-4 años de estudio, en los que vivían solos (67,6%); y en los con más de 5 años de estudio, que vivían acompañados (23,2%) (Tabla 1). La distribución de la escolaridad no se alteró a lo largo de la investigación.

La Tabla 1 presenta la distribución del sexo, intervalo etario y nivel de escolaridad de los ancianos de acuerdo con la acomodación domiciliaria.

Tabla 1 - Distribución del sexo, intervalo etario y nivel de escolaridad entre ancianos según la dinámica de la acomodación domiciliaria en la línea base del seguimiento (2005). Uberaba, MG, Brasil, 2005.

Variables	Dinámica de la Acomodación Domiciliaria					
	Solo		Acompañado		Cambio	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Femenino	28	82,4	308	64,8	87	76,3

(continúa...)

Tabla 1 - *continuación*

Variables	Dinámica de la Acomodación Domiciliaria					
	Solo		Acompañado		Cambio	
	n	%	n	%	n	%
Masculino	6	17,6	167	35,2	27	23,7
Intervalo etario						
60 70 años	19	57,6	291	61,3	68	59,3
70 80 años	11	33,3	155	32,6	38	33,6
80 o más años	3	9,1	29	6,1	8	7,1
Escolaridad (años de estudio)*						
0	6	17,6	104	21,9	27	23,9
1 4 años	23	67,6	260	54,9	62	54,9
>5 años	5	14,7	110	23,2	24	21,2

*Dato que falta: grupo cambio (1)

La mayoría de los ancianos que vivían solos, acompañados y con cambio de la acomodación domiciliaria poseía 1 | 3 sueldos mínimos en 2005, 2008 y 2012; con aumento de la distribución de individuos en ese intervalo de ingreso mensual a lo largo del seguimiento. En el transcurso de los períodos estudiados, ocurrió una elevación del porcentaje de participantes con 1 | 3 sueldos mínimos en los tres grupos, siendo que los ancianos que vivían solos presentaron el mayor porcentaje en relación a los demás (Tabla 2).

En lo que se refiere al número de enfermedades concomitantes, en 2005, predominaron ancianos con

1 | 2 enfermedades en los tres grupos, con mayores porcentajes entre los que cambiaron la acomodación domiciliaria (51,8%). En los seguimientos posteriores, la mayor parte de los individuos tenía más de cuatro enfermedades concomitantes, siendo que los ancianos que cambiaron la acomodación domiciliaria también presentaron porcentajes más elevados (71,7%) en 2008 y (64,0%) en 2012 (Tabla 2).

La Tabla 2, a seguir, muestra la distribución del intervalo etario y el número de enfermedades concomitantes de ancianos según la dinámica de la acomodación domiciliaria.

Tabla 2 - Distribución del intervalo de ingreso mensual individual y número de enfermedades concomitantes, entre ancianos según la dinámica de la acomodación domiciliaria en los tres períodos de seguimiento, Uberaba, MG, Brasil, 2005, 2008 y 2012.

Año	Variables	Dinámica de la Acomodación Domiciliaria					
		Solo		Acompañado		Cambio	
		n	%	n	%	n	%
	Ingreso mensual*						
	<1	4	11,8	107	22,8	17	15,2
2005†	1 3	27	79,4	302	64,2	85	75,9
	>3	3	8,8	61	13,0	10	8,9
	<1	2	5,9	63	13,4	10	8,8
2008†	1 3	27	79,4	368	78,5	96	85,0
	>3	5	14,7	38	8,1	7	6,2
	<1	0	0	50	10,5	4	3,6
2012†	1 3	31	91,2	382	80,9	99	86,8
	>3	3	8,8	40	8,5	11	9,6
	Nº de enfermedades concomitantes						
	0	0	0	1	0,2	0	0
2005	1 2	16	47,1	221	46,7	59	51,8
	3 4	6	17,6	87	18,3	18	15,8
	>4	12	35,3	166	34,9	37	32,5

(continúa...)

Año	Variables	Dinámica de la Acomodación Domiciliaria					
		Solo		Acompañado		Cambio	
		n	%	n	%	n	%
2008	0	1	2,9	9	1,9	1	0,9
	1 2	6	17,6	52	10,9	9	7,9
	3 4	4	11,8	111	23,4	23	20,2
	>4	23	67,6	303	63,8	81	71,1
2012	0	3	8,8	9	1,9	1	0,9
	1 2	3	8,8	71	14,9	20	17,5
	3 4	11	32,4	122	25,7	20	17,5
	>4	17	50,0	273	57,5	73	64,0

*Salario mínimo en el período de recolección de datos: 2005 (R\$ 300,00); 2008 (R\$ 415,00) y 2012 (R\$622,00)⁽¹¹⁾. †Datos que faltan: 2005 grupo acompañado (5) y cambio (2). 2008 grupo acompañado (6) y cambio (1). 2012 grupo acompañado (3).

En relación a los determinantes de la acomodación domiciliaria, se obtuvo que los ancianos del sexo masculino presentaron aproximadamente 75% menos probabilidades de vivir solos ($p=0,007$) y 51% menos probabilidades de cambiar la acomodación domiciliaria en relación a las mujeres ($p=0,005$) (Tabla 3).

Otro determinante del cambio de la acomodación domiciliaria fue el intervalo de ingreso mensual. Ganar menos de un salario mínimo disminuye en 72%, aproximadamente, las probabilidades de cambiar la

acomodación en relación a los individuos con más de tres sueldos mínimos ($p = 0,034$) (Tabla 3).

Se destaca que la capacidad funcional y el número de enfermedades concomitantes no estuvieron asociados a vivir solo y al cambio de la acomodación domiciliaria (Tabla 3).

A seguir, en la Tabla 3, se enumeran los factores determinantes de la acomodación domiciliaria de ancianos.

Tabla 3 - Modelo de regresión de los determinantes de la acomodación domiciliaria de ancianos, Uberaba, MG, Brasil, 2005, 2008 y 2012

Variables	Acomodación Domiciliaria			
	Solo*		Cambio*	
	OR† (IC95%)‡	p	OR† (IC95%)‡	p
Sexo				
Masculino	0,249 (0,090-0,688)	0,007	0,490 (0,297-0,808)	0,005
Femenino	-	-	-	-
Intervalo etario				
60 70	0,471 (0,122-1,812)	0,273	0,796 (0,338-1,876)	0,602
70 80	0,462 (0,114-1,868)	0,279	0,749 (0,308-1,820)	0,524
80 y más	-	-	-	-
Escolaridad				
0	0,924 (0,213-4,015)	0,917	1,390 (0,723-2,671)	0,324
1 4	2,157 (0,819-5,682)	0,120	1,038 (0,614-1,754)	0,889
>5	-	-	-	-
Ingreso mensual				
<1	0,222 (0,032-1,559)	0,130	0,282 (0,088-0,908)	0,034
1 3	0,808 (0,217-3,008)	0,750	0,938 (0,430-2,048)	0,873
>3	-	-	-	-
Nº. de Enfermedades concomitantes	1,024 (0,829-1,265)	0,827	1,045 (0,926-1,179)	0,478
Capacidad funcional	1,162 (0,965-1,399)	0,114	1,078 (0,983-1,182)	0,108

*Categoría de referencia: Acompañado; †Odds Ratio; ‡Intervalo de confianza

Discusión

En esta investigación, predominaron las ancianas que vivían solas, lo que se debe, probablemente, a que la longevidad de las mujeres es mayor⁽⁵⁾, lo que aumenta las probabilidades de enviudar⁽¹²⁾. Además de eso, en situación de pérdida del cónyuge, los hombres generalmente se casan nuevamente, al contrario que las mujeres⁽¹³⁾. Investigaciones conducidas en China y en el municipio de Ribeirao Preto, Sao Paulo, también verificaron mayor porcentaje de ancianas en domicilios unipersonales (67,2%)⁽¹⁴⁾ (71,4%)⁽¹⁵⁾, respectivamente.

En un estudio realizado en Estados Unidos, también fue observada la predominancia de ancianos más jóvenes viviendo acompañados. La mayoría de los individuos entre 65 y 69 años de edad vivía con otra persona (73,0%)⁽¹⁶⁾. Sin embargo, resultados divergentes han sido demostrados en otros estudios internacionales⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. Las diferencias de los resultados de esos estudios pueden ser explicadas por la doble relación de la edad con la acomodación domiciliaria. El transcurso de la edad puede llevar a los ancianos a quedar solos en virtud de la pérdida del cónyuge, pero también aumenta las probabilidades de los ancianos cohabitar como consecuencia de la mayor dependencia física⁽⁵⁻⁶⁾.

Algunos autores sugieren que la dependencia física del anciano se intensifica a partir de los 80 años de edad⁽¹⁵⁾. De este modo, el hecho de que un mayor porcentaje de individuos octogenarios permanezcan solos durante el seguimiento demuestra, por un lado, un hallazgo satisfactorio, ya que se deduce que ellos estarían experimentando un proceso de envejecimiento bien sucedido. Sin embargo, por otro lado, es una cuestión preocupante, una vez que esos ancianos pueden encontrar algunos obstáculos en la utilización de los servicios de salud, de la misma manera que dificultades para enfrentar mensualmente las tareas cotidianas, agravadas por la ausencia de un miembro familiar.

En lo que se refiere a la escolaridad, los resultados de este estudio divergen de otra investigación realizada en China⁽¹⁸⁾. Esa investigación demostró que niveles superiores de educación aumentan la proporción de ancianos que viven solos⁽¹⁸⁾. Esto puede ocurrir debido a la elección de un estilo de vida con más privacidad e independencia. Diferentemente, los ancianos con un menor nivel educacional presentan familias más numerosas⁽¹⁸⁾, lo que puede favorecer la cohabitación. Así, la escolaridad interfiere tanto directamente en la acomodación domiciliaria (al influenciar en la percepción del anciano sobre la mejor opción para vivir) como

indirectamente, al impactar otros aspectos, como, por ejemplo, el número de hijos.

En contrapartida, otros estudios verificaron que ancianos con menor nivel de escolaridad vivían solos^(14,16). Se piensa que existen divergencias en la relación entre la educación y la acomodación domiciliaria de acuerdo a las características culturales de cada región. En algunos países de América Latina, como en Brasil, la proporción de ancianos que residen acompañados, específicamente con los hijos, aumenta en individuos que presentan mayores niveles de escolaridad⁽¹⁸⁾, lo que corrobora lo encontrado en la presente investigación.

Hubo predominancia de mayor ingreso mensual entre los ancianos que vivían solos, lo que ratificó el estudio realizado en el municipio de Sao Paulo⁽⁶⁾. Entre tanto, una investigación internacional demostró el predominio de ancianos con menor ingreso mensual residiendo en ese tipo de configuración familiar⁽¹⁶⁾. Los ancianos con ingreso mensual elevada tienden a residir solos, como forma de preservar su privacidad e independencia⁽⁶⁾. Además de eso, los recursos económicos pueden ofrecer más poder de compra, posibilitando facilidades para el acceso a los servicios de salud, de la misma manera que una cobertura social más adecuada^(6,12,20), que son aspectos esenciales para permanecer solo. En contrapartida, muchos ancianos en mejores condiciones de ingreso mensual residen con sus familiares debido a la necesidad económica de los descendientes, que disfrutaban de su residencia y de sus recursos financieros⁽⁷⁾.

La mayor distribución del número de enfermedades entre los ancianos que cambiaron la acomodación domiciliaria es corroborada por una investigación realizada en el municipio de Campinas, en que el número de enfermedades concomitantes estuvo entre las variables determinantes del tipo de configuración familiar de ancianos⁽⁷⁾. Ese hallazgo puede estar relacionado a la necesidad de recibir auxilio físico, haciendo que muchos cohabiten con sus familias y no más en domicilios unipersonales⁽¹⁵⁾.

Es importante considerar que la cohabitación, por si sola, no significa apoyo en momentos de dificultad. Varias teorías sobre el sistema familiar y los tipos de acomodación domiciliaria, históricamente, enfatizan el papel protector de la familia sobre las condiciones de vida de los ancianos, especialmente en sociedades cuyas políticas de asistencia a esa población todavía no están consolidadas⁽²¹⁾. Sin embargo, los resultados de estudios internacionales recientes son contradictorios; algunos corroboraron esas hipótesis^(16-17,22), en cuanto que otros sugieren una perspectiva contraria^(1,14,21), lo que denota la necesidad de profundizar este aspecto por medio de nuevas investigaciones.

En el análisis de los determinantes de la acomodación domiciliaria, el sexo femenino asociado a la condición de vivir solas diverge de un estudio con ancianos japoneses, que obtuvo mayor proporción de hombres residiendo solos en relación a las mujeres ($p = 0,049$)⁽²²⁾. Otra investigación, con ancianos en India, también verificó resultado divergente, considerando que el sexo no presentó diferencia significativa al controlar el efecto de las otras variables ($p=0,959$)⁽¹⁸⁾. Por otro lado, los hallazgos de las investigaciones internacionales corroboraron esta investigación^(14,17,19). Esos estudios verificaron mayor proporción de mujeres ancianas que vivían solas, cuando comparadas a los hombres^(14,17,19).

El sexo femenino también estuvo asociado a mayores probabilidades de cambiar la acomodación domiciliaria en un estudio realizado con ancianos en Rio Grande del Sur⁽¹²⁾. Ese resultado no sorprende, considerando que es sabido que las mujeres presentan mayor expectativa de vida y, consecuentemente, probabilidades más elevadas de enviudar⁽¹²⁾. La mayor expectativa de vida de las mujeres ha sido una de las preocupaciones destacadas por la Organización Mundial de la Salud, ya que las ancianas con edades más avanzadas pueden presentar más deficiencias y otros múltiples problemas de salud⁽²³⁾. Sumándose a eso, las mujeres con el avance de la edad quedan más vulnerables a los problemas de salud, al aislamiento social y a los trastornos emocionales⁽²⁴⁾. Así, las políticas sociales deben considerar la situación de las mujeres ancianas, especialmente entre los grupos más vulnerables, como las que residen en domicilios unipersonales⁽¹⁷⁾.

En este estudio, la ingreso mensual fue otro factor determinante de la acomodación domiciliaria. El aumento de la ingreso mensual puede funcionar como facilitador de la acomodación domiciliaria independiente, una vez que contribuye para la posibilidad de tener mayor poder de compra de bienes de consumo, así como cobertura de salud y social más adecuada^(6,12,20), comprobando que los ancianos que poseen un elevado nivel socioeconómico, en general, prefieren un estilo de vida más independiente⁽⁶⁾. Esos aspectos posiblemente contribuyen para la constitución de domicilios unipersonales en la población anciana. De modo opuesto a esos argumentos, la independencia económica ha sido considerada un aspecto que favorece la cohabitación, ya que los miembros de la familia muchas veces van a vivir con los ancianos tratando de beneficiarse de los recursos financieros disponibles⁽¹⁸⁾. A pesar de eso, una investigación realizada en Ribeirao Preto, en Sao Paulo, identificó que los recursos financieros no estuvieron entre los motivos que llevaron a la formación de la acomodación domiciliaria de ancianos⁽¹⁵⁾.

Es necesario considerar que los estudios sobre los determinantes de la acomodación domiciliaria generalmente evalúan el resultado puntualmente — vive solo o acompañado —, no verificando la dinámica de la acomodación domiciliaria haciendo su seguimiento. Este hecho dificultó la discusión de nuestros hallazgos, pero al mismo tiempo suscita la necesidad de ampliar los conocimientos sobre la temática. El entendimiento de los determinantes de la acomodación domiciliaria de ancianos puede auxiliar la planificación de políticas públicas que contribuyan para atender las necesidades de salud de ese público y de sus familiares⁽⁷⁾.

Se destaca que los determinantes de la acomodación domiciliaria difieren de acuerdo con las diversidades culturales, condiciones socioeconómicas y sociales, entre los países⁽⁵⁾. De esta forma, esta investigación permitió aproximar el conocimiento de esos aspectos para la realidad brasileña, considerando que se trata de una muestra poblacional de ancianos de la comunidad de un municipio del interior de Minas Gerais. Entre tanto, las acomodaciones domiciliares pueden variar entre las diversas regiones de un mismo país⁽⁵⁾, lo que indica la necesidad de realizar otros estudios nacionales sobre la temática, con el objetivo de favorecer la concepción de estrategias de la salud más específicas al contexto brasileño.

Este estudio presenta como posible limitación la pérdida de la muestra durante el seguimiento. A pesar de esa pérdida, la posibilidad de que hubiese ocurrido vicio de selección, está minimizada, considerando que fueron entrevistados todos los ancianos que atendieron los criterios de inclusión durante el período de la investigación.

Se sugiere realizar otras investigaciones en escala ampliada, de preferencia multicéntricas, con el objetivo de verificar los determinantes de la acomodación domiciliaria de ancianos, considerando las particularidades sociodemográfica, social y cultural de cada contexto.

Conclusión

La presente investigación identificó las características de la acomodación domiciliaria y sus determinantes sociodemográficos y de salud. Se verificó, durante el seguimiento, entre los ancianos del sexo femenino y con 80 o más años, que el mayor porcentaje se refirió a aquellas que vivían solas. El número de enfermedades concomitantes aumentó en los tres grupos a lo largo del estudio, con mayores tasas en el grupo de ancianos que cambiaron la dinámica de la acomodación domiciliaria. El sexo y la ingreso mensual fueron determinantes en

la acomodación domiciliaria, sin embargo las variables de salud no estuvieron asociadas al resultado analizado.

Se piensa que los hallazgos de esta investigación pueden contribuir para la planificación y administración de políticas sociales y de salud que objetiven asistir a la población anciana en los diferentes contextos en términos de acomodación domiciliaria. Es apremiante prestar atención a los ancianos más vulnerables, como aquellos que residen solos, del sexo femenino, con edades más avanzadas, que presentan menor ingreso mensual y con condiciones crónicas de salud.

En el contexto de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), el enfermero tiene el espacio domiciliario como el lugar privilegiado para verificar las necesidades de cuidado y la manera por la cual el anciano y su familia enfrentan las dificultades de la vida cotidiana. Para la identificación de los grupos más vulnerables y que precisan ser priorizados en las visitas domiciliarias, el enfermero puede lanzar mano de los recursos disponibles en el proceso de trabajo de las ESF, por ejemplo, la evaluación del riesgo familiar. Otros instrumentos promisorios para la planificación y la ejecución del cuidado a la salud son el genograma y el ecomapa que posibilitan la visualización de los recursos formales e informales disponibles para el anciano y su familia.

Referencias

1. Wang D, Zheng J, Kurosawa M, Inaba Y, Kato, N. Changes in activities of daily living (ADL) among elderly Chinese by marital status, living arrangement, and availability of healthcare over a 3-year period. *Environ Health Prev Med.* 2009;14:128-41.
2. Teixeira SM. Família e as formas de proteção social primária aos idosos. *Rev Kairós.* 2008;11(2):59-80.
3. Medeiros M, Osorio R. Mudança nas famílias brasileiras: a composição dos arranjos domiciliares no Brasil 1978 a 1998. *Rev Bras Est População.* 2000;17(1/2):67-85.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Resultados Preliminares do Universo Conceito e Definições – Tabelas Adicionais. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
5. Camargos MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. *Rev Bras Est Pop.* 2011;28:217-30.
6. Camargos MCS, Machado CJ, Rodrigues RN. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos – 2000. *Rev Bras Est Pop.* 2007;24(1):37-51.
7. Rabelo DF, Neri AL. Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos. *Cad Saúde Pública.* 2015;31(4):874-84.
8. Icaza MC, Abala C. Projeto SABE: Minimal State Examination (MMSE) del estudio de demencia en Chile: análisis estadístico. *OPAS;* 1999. p. 1-18.
9. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994;52:1-7.
10. Ramos L, Toniolo N, Cendoroglo M, Garcia JT, Najas MS, Perracini M, et al. Two-year follow-up study of elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Rev Saúde Pública.* 1998;32(5):397-407.
11. Departamento Intersindical de Estatística e estudos Socioeconômicos (DIEESE). [Internet]. [Acesso 3 ago 2013]. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/rel/rac/salminMenu09-05.xml>.
12. Ramos MP. As transições nos arranjos de vida e as trocas sociais entre idosos no Rio Grande do Sul. *RBCEH.* 2010;7(3):381-93.
13. Ramos JLC, Menezes MR, Meire EC. Idosos que moram sozinhos: desafios e potencialidades do cotidiano. *Rev Baiana Enferm.* 2010;24(1):43-54.
14. Wang H, Chen K, Pan Y, Jing F, Liu H. Associations and Impact Factors between Living Arrangements and Functional Disability among Older Chinese Adults. *PLoS ONE.* 2013;8(1):1-7.
15. Pedrazzi EC, Motta TTD, Vandrúscolo TRP, Fabrício-Wehbe SCC, Cruz IR, Rodrigues RAP. Household arrangements of the elder elderly. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010;18(1):18-25.
16. Lau DT, Kirby JB. The relationship between living arrangement and preventive care use among community-dwelling elderly persons. *American Journal of Public Health.* 2009;99(7):1315-1321.
17. Sun X, Lucas H, Meng Q, Zhang Y. Associations between living arrangements and health-related quality of life of urban elderly people: a study from China. *Qual Life Res.* 2011;20:359-69.
18. Panigrahi AK. Determinants of Living Arrangements of Elderly in Orissa: an analysis. [Internet]. 2009. [Acesso 25 jan 2013] Disponível em: <http://www.isec.ac.in/WP%20228%20-%20Akshaya%20Kumar%20Panigrahi.pdf>
19. Saito E, Ueki S, Yasuda N, Yamazaki S, Yasumura S. Risk factors of functional disability among community-dwelling elderly people by household in Japan: a prospective cohort study. *BMC Geriatrics.* 2014;14:1-9
20. Rodrigues NO, Neri AL. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(8):2129-39.
21. Manfredini M, Breschi M. Living Arrangements and the Elderly: An Analysis of Old-Age Mortality by Household

Structure in Casalguidi, 1819–1859. *Demography*. 2013;50:1593–1613.

22. Kikuchi H, Takamiya T, Odagiri Y, Ohya Y, Nakaya T, Shimomitsu T, Inoue S. Gender differences in association between psychological distress and detailed living arrangements among Japanese older adults, aged 65–74 years. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49:823–30.

23. Organização Mundial de Saúde. Mulheres e saúde: evidência de hoje agenda de amanhã. Brasília: Organização Mundial de Saúde; 2009.

24. Lima LCV, Bueno CMB. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. *Rev Saúde Pesqui*. 2009;2(2):273-80.

Recibido: 6.3.2015

Aceptado: 19.12.2015

Correspondência:

Darlene Mara dos Santos Tavares
Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Instituto de Ciências da Saúde.
Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária
Av. Frei Paulino, 30
Abadia
CEP: 38.025-180, Uberaba, MG, Brasil
E-mail: darlenetavares@enfermagem.ufm.edu.br

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.