

# **Análisis de los factores predictores de la dependencia funcional en personas mayores**

**José Jesús Gázquez Linares<sup>1</sup>, Ramona Rubio Herrera<sup>2</sup>,**

**María del Carmen Pérez Fuentes<sup>1</sup> y Francisca Lucas Ación<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidad de Almería, España <sup>2</sup>Universidad de Granada, España

## **ABSTRACT**

*Analysis of predicting factors which cause functional dependence among elderly people.*

This paper analyzes the relation which exists among various factors which can be considered to cause dependence (education level, physical exercise, consumption of alcohol and tobacco, life satisfaction, and income level) and the level of dependency demonstrated by different subjects during basic and instrumental activities of daily living. In this way, we can observe that as education level, life satisfaction, physical activity and consumption of alcohol increase (with basic activities) level of dependency decreases. Furthermore, we can observe that as negative perception toward health, perception of incapability and tobacco consumption increase (with instrumental activities) level of dependency increases.

*Keywords:* elderly people, dependency, predicting factors, activities of daily living.

## **RESUMEN**

El presente estudio, analiza la relación que existe entre diversos factores susceptibles de ser considerados predictores de la dependencia (nivel educativo, percepción de la salud, percepción de las limitaciones a causa de enfermedades, realización de ejercicio físico, consumo de alcohol y tabaco, satisfacción vital, y nivel de ingresos) y el nivel de dependencia mostrado por los diferentes sujetos en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Así, podemos ver como a medida que aumenta el nivel educativo, la satisfacción vital, la realización de actividades físicas y el consumo de alcohol (para las actividades básicas) disminuye el nivel de dependencia. Y por otro lado, a medida que aumenta la percepción negativa hacia la salud, la percepción de incapacidad y el consumo de tabaco (para las actividades instrumentales) aumenta también el nivel de dependencia.

*Palabras clave:* mayores, dependencia, factores predictores, actividades vida diaria.

La definición más reciente del concepto de dependencia la ofrece la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención de las Personas en Situación de Dependencia, que la define como “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 u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal” (Art. 2.2).

\* La correspondencia sobre este artículo puede ser enviada al primer autor: Departamento de Psicología Evolutiva y Educación, Facultad de Humanidades, Universidad de Almería, 04120 Almería, España. Email: jlinares@ual.es. Trabajo subvencionado por el Programa Nacional I+D del Ministerio de Ciencia y Tecnología (Ref.: BSO2003-01894).

La universalidad e importancia que poseen las situaciones de dependencia en diversos aspectos de la vida personal, familiar, social, económica, asistencial, ha hecho que sean múltiples las disciplinas y los profesionales que se encarguen de su estudio, que sea analizada en función de muy diversas variables entre las que destacan la edad, el género y el estado civil. Destacando respecto al género es el femenino quien posee un nivel medio de dependencia superior (Gázquez, Pérez, Miras, Yuste, Lucas y Ruiz, 2007; Pluijm, Bardage, Nikula, Blumstein, Jylha, Minicuci, Zunzunegui, Pedersen y Deeg, 2005), aunque hay que tener presente que esa diferencia puede deberse a que las mujeres viven más tiempo. Son numerosos los estudios que muestran que a media que se incrementa la edad también se produce un aumento del porcentaje o prevalencia de la dependencia (Gázquez *et al.*, 2007; Grundy y Glaser, 2000; Hamman, Mulgrew, Baxter, Shetterly, Swenson y Morgenstern, 1999; IMSERSO, 2005; Manton y Gu, 2001; Pluijm *et al.*, 2005). Además, la dependencia muestra también un patrón diferenciado en función del estado civil (siendo más prevaleciente entre los viudos) (Puga, 2002), matizando en algunos casos que aunque la población casada goza de mejor salud, ello se debe al efecto de la tenencia de la vivienda (Grundy y Glaser, 2000).

Igualmente, son muchos los estudios que analizan la relación del nivel de dependencia de los mayores con las características del cuidador y las imágenes o estereotipos que éstos poseen sobre la autonomía de los mayores (Montorio, Fernández, Sánchez y Losada, 2002; Gázquez, Yuste y Pérez, 2005), con la presencia de estados depresivos en los mayores (Kiosses, Klimistra, Murphy y Alexopoulos, 2002; Geerlings, Beekman, Deeg, Twisk y Van Tilburg, 2001), o con los factores culturales, económicos, fisiológicos, y las conductas y hábitos saludables (Puga, 2002). En la línea de este último estudio, se pretende analizar la relación que existe entre diversos factores susceptibles de ser considerados predictores de la dependencia y el nivel de ésta mostrado.

## MÉTODO

### *Participantes*

El total de la muestra utilizada para el presente estudio es de 825 sujetos mayores de 60 años de la provincia de Almería (España), con una media de edad de 70,88 años (desviación típica 7,34). De ellos el 52% (429) son hombres y el 48% (396) mujeres, con una media de edad de 70,22 años (DT= 7,57) y 71,59 (DT= 8,261), respectivamente. El 60% (495 personas) están casados, el 6,9% (57 personas) solteros, el 30,2% (249 personas) viudos y el restante, 2,9% (24 personas) están divorciados o separados. En la tabla 1 puede observarse la agrupación quinquenal.

### *Instrumentos*

Se ha utilizado un Cuestionario *ad hoc* formado con ítems del *Cuestionario de Necesidades y Demandas de Usuarios de Servicios Sociales para Mayores* formado por un total de 69 ítems, del que se seleccionaron preguntas de interés en este estudio (por ejemplo, “¿Cómo diría usted que es su salud?”, “¿Sus enfermedades le limitan para

Tabla 1. Distribución de la muestra.

		N (%)
Género	H	429 (52 %)
	M	396 (48 %)
Estado Civil	Soltero	57 (6,9%)
	Casado	495 (60%)
	Viudo	249 (30,2%)
	Divor/Separ	24 (2,9%)
Edad	60-64	207 (25,1%)
	65-69	203 (24,6%)
	70-74	168 (20,4%)
	75-79	122 (14,8%)
	80-84	66 (8%)
	85 o más	59 (7,2%)

realizar sus actividades cotidianas?”, “¿Con qué frecuencia toma alguna bebida que contenga alcohol?”, “¿Fuma usted?”, “¿Con qué frecuencia realiza ejercicio físico tal como pasear, hacer gimnasia de mantenimiento, bailar, etc.?”; “En general, ¿se siente usted satisfecho con su vida?”, “¿Qué estudios finalizados tiene usted?”, y “Los ingresos totales de su hogar le parecen...”; e igualmente se emplearon los 16 ítems de valoración de la dependencia que conforman la *Escala de Capacidad Funcional para Mayores* (Gázquez, Pérez y Rubio). Dicha escala posee un valor alfa de Cronbach de 0,91 y se divide en dos subescalas: la primera formada por 9 ítems que hacen referencia a las actividades básicas de la vida diaria con un valor de alfa de Cronbach de 0,90; y la segunda por los 7 ítems restantes que se corresponden con las actividades de carácter instrumental y posee un alfa de Cronbach de 0,86. Posee tres niveles de dependencia para cada una de las actividades cuantificados del siguiente modo: “las realiza sin ayuda” y que corresponde a 0, “necesita ayuda en algunos momentos” a 1 y “necesita siempre ayuda” a 2.

### Procedimiento

Cuatro colaboradores recibieron instrucción para la aplicación del cuestionario resultante a cada una de los participantes que conforman la muestra. Del total de los ítems que componen el cuestionario para el presente estudio hemos utilizado únicamente aquellos aparecen reflejados en el apartado anterior. Se realiza una transformación de las alternativas de respuesta y se puntúa de forma cuantitativa cada una de las opciones de respuesta. Para la puesta en práctica de la toma de datos y para el análisis de los resultados se ha utilizado el programa estadístico SPSS 14, en línea con otros estudios en el ámbito de la psicología de la salud (p. ej., Gil Roales-Nieto, Moreno y Blanco, 2006; Greco y Gil Roales-Nieto, 2007).

## RESULTADOS

Se llevó a cabo un primer análisis (tabla 2) en el que se evaluó de forma global la dependencia en las actividades básicas e instrumentales y su relación con diferentes

aspectos o “factores predictores” (percepción de la salud, percepción de las limitaciones, consumo de alcohol, consumo de tabaco, realización de ejercicio físico, satisfacción vital, nivel de estudios, y nivel de ingresos).

Puede observarse como existe una correlación positiva respecto a la percepción de la salud y la percepción de las limitaciones en todos los casos tanto para las actividades básicas como instrumentales, de manera que a medida que aumenta la percepción negativa de la salud y la percepción de las limitaciones (percepción de incapacidad) se produce un incremento en el nivel de dependencia respecto a las actividades básicas e instrumentales. En cuanto al consumo de tabaco sólo se encuentra correlación con respecto a las actividades instrumentales, siendo ésta de carácter positivo, de manera que a medida que aumenta el consumo de tabaco aumenta la dependencia para las actividades instrumentales. Por otro lado, observamos una correlación lineal negativa en los factores realización de ejercicio físico, satisfacción vital, nivel de estudios, y consumo de alcohol (sólo para las actividades básicas). Por tanto, disminuye la realización de ejercicio físico a medida que aumenta la dependencia, aumenta la satisfacción vital a medida que disminuye la dependencia, aumenta el nivel de estudios a medida que disminuye el nivel de dependencia, y aumenta la dependencia para las actividades básicas a medida que disminuye el consumo de alcohol; y a la inversa en todos los casos. Por último, respecto al nivel de ingresos y el de la dependencia no podemos hablar de la existencia relación.

La pregunta “¿Cómo diría Vd. que es su salud?”, fue valorada como “muy mala” (puntuación de 4), “mala” (3), “regular” (2), “buena” (1), y “muy buena” (0), pudiendo analizar mediante el coeficiente de correlación de Pearson si a medida que aumenta el nivel de dependencia también lo hace la negatividad en la percepción de la propia salud. Como se puede ver en la tabla 3 en todos los casos puede hablarse de la existencia de una correlación lineal positiva, excepto en la realización de las tareas del hogar, donde el incremento en el nivel de dependencia para estas actividades no se corresponde con un aumento de la negatividad en la percepción de la salud. En el resto de las actividades tanto básicas como instrumentales puede afirmarse que existe una correlación lineal positiva con un nivel de significación del 0.01 entre la negatividad hacia la propia salud y el aumento del nivel de dependencia.

Tabla 2. Factores predictores y nivel de dependencia en actividades básicas e instrumentales.

Factores predictores	Subescala Actividades Básicas			Subescala Actividades Instrumentales		
	N	Pearson	Sig. (bilateral)	N	Pearson	Sig. (bilateral)
Percepción de la salud	815	.325**	.000	779	.295**	.000
Percepción de las limitaciones	815	.469**	.000	777	.370**	.000
Consumo de alcohol	809	-.187**	.000	773	-.058	.106
Consumo de tabaco	815	-.032	.361	779	.110**	.002
Realización de ejercicio físico	812	-.234**	.000	775	-.222**	.000
Satisfacción vital	804	-.223**	.000	767	-.187**	.000
Nivel de estudios	809	-.163**	.000	773	-.226**	.000
Nivel de ingresos	807	.022	.532	773	.053	.140

\* Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral)

\*\* Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Tabla 3. Correlación: percepción de la salud, percepción de limitaciones a causa de problemas de salud, consumo de alcohol, consumo de tabaco y nivel de dependencia (\* significación al nivel 0,05 bilateral; \*\* significación al nivel 0,01, bilateral)

Subescala Actividades Básicas			Subescala Actividades Instrumentales				
Actividades	N	Pearson	Sig. (bilateral)	Actividades	N	Pearson	Sig. (bilateral)
Percepción de la salud							
Levantarse de la cama o acostarse	823	.212**	.000	Usar el teléfono	823	.169**	.000
Arreglarse (peinarse, asearse, ...)	824	.222**	.000	Hacer la compra	807	.280**	.000
Vestirse o desvestirse	825	.230**	.000	Cocinar	804	.130**	.000
Ir al servicio, usar el retrete	825	.164**	.000	Tareas del hogar: limpiar, lavar la ropa...	807	.029	.403
Bañarse o ducharse	825	.325**	.000	Utilizar los medios de transporte	803	.318**	.000
Comer	825	.117**	.001	Tomar la medicación	821	.215**	.000
Andar dentro de la casa	825	.152**	.000	Manejar sus asuntos económicos	819	.245**	.000
Salir de la casa, pasear	820	.310**	.000				
Subir o bajar escaleras	819	.378**	.000				
Percepción de limitaciones a causa de problemas de salud							
Levantarse de la cama o acostarse	820	.308**	.000	Usar el teléfono	820	.251**	.000
Arreglarse (peinarse, asearse, ...)	821	.383**	.000	Hacer la compra	804	.324**	.000
Vestirse o desvestirse	822	.348**	.000	Cocinar	801	.165**	.000
Ir al servicio, usar el retrete	822	.280**	.000	Tareas del hogar: limpiar, lavar la ropa...	804	.066	.060
Bañarse o ducharse	822	.446**	.000	Utilizar los medios de transporte	800	.402**	.000
Comer	822	.172**	.001	Tomar la medicación	819	.200**	.000
Andar dentro de la casa	822	.265**	.000	Manejar sus asuntos económicos	816	.317**	.000
Salir de la casa, pasear	817	.450**	.000				
Subir o bajar escaleras	816	.474**	.000				
Consumo de alcohol							
Levantarse de la cama o acostarse	817	-.153**	.000	Usar el teléfono	817	-.099**	.004
Arreglarse (peinarse, asearse, ...)	818	-.142**	.000	Hacer la compra	801	-.026	.455
Vestirse o desvestirse	819	-.159**	.000	Cocinar	798	.070*	.050
Ir al servicio, usar el retrete	819	-.121**	.001	Tareas del hogar: limpiar, lavar la ropa...	800	-.087*	.014
Bañarse o ducharse	819	-.191**	.000	Utilizar los medios de transporte	797	-.188**	.000
Comer	819	-.014	.891	Tomar la medicación	815	-.134**	.000
Andar dentro de la casa	819	-.115**	.001	Manejar sus asuntos económicos	813	-.157**	.000
Salir de la casa, pasear	814	-.183**	.000				
Subir o bajar escaleras	813	-.198**	.000				
Consumo de tabaco							
Levantarse de la cama o acostarse	823	-.011	.749	Usar el teléfono	823	.029	.408
Arreglarse (peinarse, asearse, ...)	824	-.006	.859	Hacer la compra	807	.137**	.000
Vestirse o desvestirse	825	-.041	.234	Cocinar	804	.124**	.000
Ir al servicio, usar el retrete	825	-.021	.545	Tareas del hogar: limpiar, lavar la ropa...	806	.171**	.000
Bañarse o ducharse	825	-.048	.169	Utilizar los medios de transporte	803	-.033	.357
Comer	825	.043	.219	Tomar la medicación	821	.074*	.033
Andar dentro de la casa	825	.000	1.000	Manejar sus asuntos económicos	819	-.050	.151
Salir de la casa, pasear	820	-.047	.178				
Subir o bajar escaleras	819	-.052	.138				

Tabla 4. Correlación: Realización de ejercicio físico, satisfacción vital, nivel de estudios, nivel de ingresos y nivel de dependencia. \* Significación al nivel 0,05, bilateral; \*\* Significación al nivel 0,01, bilateral.

Subescala Actividades Básicas				Subescala Actividades Instrumentales			
Actividades	N	Pearson	Sig. (bilateral)	Actividades	N	Pearson	Sig. (bilateral)
Realización de ejercicio físico							
Le vantarse de la cama o acostarse	819	-.113**	.001	Usar el teléfono	819	-.175**	.000
Arreglarse (peinarse, asearse,...)	820	-.190**	.000	Hacer la compra	803	-.224**	.000
Vestirse o desvestirse	821	-.177**	.000	Cocinar	800	-.091*	.010
Ir al servicio, usar el retrete	821	-.193**	.000	Tareas del hogar: limpiar, lavar ropa...	802	-.064	.070
Bañarse o ducharse	821	-.225**	.000	Utilizar los medios de transporte	799	-.247**	.000
Comer	821	-.058	.094	Tomar la medicación	817	-.162**	.000
Andar dentro de la casa	821	-.209**	.000	Manejar sus asuntos económicos	815	-.180**	.000
Salir de la casa, pasear	816	-.271**	.000				
Subir o bajar escaleras	816	-.227**	.000				
Satisfacción vital							
Le vantarse de la cama o acostarse	811	-.131**	.000	Usar el teléfono	811	-.137**	.000
Arreglarse (peinarse, asearse,...)	812	-.184**	.000	Hacer la compra	795	-.190**	.000
Vestirse o desvestirse	813	-.173**	.000	Cocinar	792	-.083*	.020
Ir al servicio, usar el retrete	813	-.150**	.000	Tareas del hogar: limpiar, lavar ropa...	795	-.040	.266
Bañarse o ducharse	813	-.194**	.000	Utilizar los medios de transporte	791	-.195**	.000
Comer	813	-.070*	.045	Tomar la medicación	809	-.142**	.000
Andar dentro de la casa	813	-.166**	.000	Manejar sus asuntos económicos	807	-.160**	.000
Salir de la casa, pasear	808	-.268**	.000				
Subir o bajar escaleras	808	-.255**	.000				
Nivel de estudios							
Le vantarse de la cama o acostarse	817	-.097**	.005	Usar el teléfono	817	-.236**	.000
Arreglarse (peinarse, asearse,...)	818	-.136**	.000	Hacer la compra	801	-.152**	.000
Vestirse o desvestirse	819	-.131**	.000	Cocinar	798	-.079*	.026
Ir al servicio, usar el retrete	819	-.107**	.002	Tareas del hogar: limpiar, lavar ropa...	800	-.081*	.022
Bañarse o ducharse	819	-.184**	.000	Utilizar los medios de transporte	797	-.249**	.000
Comer	819	-.025	.471	Tomar la medicación	815	-.183**	.000
Andar dentro de la casa	819	-.098**	.005	Manejar sus asuntos económicos	813	-.235**	.000
Salir de la casa, pasear	814	-.151**	.000				
Subir o bajar escaleras	813	-.186**	.000				
Nivel de ingresos							
Le vantarse de la cama o acostarse	815	-.006	.870	Usar el teléfono	815	.065	.063
Arreglarse (peinarse, asearse,...)	816	.025	.482	Hacer la compra	801	.042	.235
Vestirse o desvestirse	817	.016	.656	Cocinar	798	.003	.924
Ir al servicio, usar el retrete	817	.005	.890	Tareas del hogar: limpiar, lavar ropa...	800	-.007	.854
Bañarse o ducharse	817	.012	.741	Utilizar los medios de transporte	796	.080*	.023
Comer	817	.048	.174	Tomar la medicación	813	-.022	.531
Andar dentro de la casa	817	.020	.562	Manejar sus asuntos económicos	812	.030	.395
Salir de la casa, pasear	812	.012	.723				
Subir o bajar escaleras	811	.015	.672				

Las limitaciones a causa de los problemas de salud a que hace referencia a la pregunta “¿Sus enfermedades le limitan para realizar sus actividades cotidianas?”, se cuantificaron como “nada” (puntuación 0), “poco” (1), “bastante” (2), y “mucho” (3), analizando mediante el coeficiente de correlación de Pearson (tabla 3) si a medida que aumentan las limitaciones a causa de las enfermedades para las actividades cotidianas también se incrementa el nivel de dependencia mostrado para las actividades básicas e instrumentales. Los resultados indican como en todos los casos a medida que aumenta la percepción de las limitaciones para la realización de actividades cotidianas a causa de sus enfermedades, también aumenta el nivel de dependencia para las actividades básicas e instrumentales, excepto en la actividad instrumental relacionada con la realización de las tareas del hogar, donde el incremento de la percepción de las limitaciones a causa de las enfermedades no lleva asociado un incremento en el nivel de dependencia para la realización de las tareas del hogar.

La pregunta “¿Con qué frecuencia toma alguna bebida que contenga alcohol?” se puntuó como “nunca” (0), “menos de una vez al mes” (1), “2 o 3 veces al mes” (2), “2 o 3 veces por semana” (3), “4 o más veces por semana” (4), y “diariamente” (5), aplicando el coeficiente de correlación de Pearson (tabla 3) para conocer si a medida que aumenta el consumo de alcohol también se incrementa el nivel de dependencia para las actividades básicas e instrumentales. En todos los casos (excepto en las actividades de comer y hacer la compra, en las que no existe relación con el nivel de dependencia mostrado) se produce una correlación lineal negativa, es decir, a medida que aumenta el consumo de alcohol disminuye la dependencia, siendo significativa esta correlación a un nivel del 0.01 (sólo respecto a cocinar y la realización de las tareas del hogar hablamos de un nivel de significación del 0.05).

La pregunta “¿Usted fuma?”, se puntuó como 0 si la respuesta fue “no”, 1 si “menos de 10 cigarrillos al día”, 2 si “entre 10 y 20 cigarrillos al día”, y 3 si “más de un paquete al día”. Para conocer si a medida que aumenta el consumo de tabaco también se incrementa el nivel de dependencia para las actividades básicas e instrumentales se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson (tabla 3). Los resultados indican que no podemos hablar de la existencia de correlación entre ambos aspectos (consumo de tabaco y nivel de dependencia) para ninguna de las actividades básicas y para algunas de las actividades instrumentales (usar el teléfono, utilizar los medios de transporte, manejar los asuntos económicos), incluso se observa para la actividad “andar dentro de la casa” un nivel de correlación nulo. En el resto de los casos (hacer la compra, cocinar, realizar las tareas del hogar, y tomar la medicación) existe una correlación lineal positiva, a medida que aumenta el consumo de tabaco lo hace el nivel de dependencia mostrado para estas actividades.

La pregunta “¿Con qué frecuencia realiza ejercicio físico tal como pasear, hacer gimnasia de mantenimiento, bailar, etc.?” se puntuó 0 si la respuesta fue “no realizo”, 1 si “una vez al mes”, 2 si “una vez por semana”, y 3 si “diariamente o casi”. Para conocer qué relación existe entre la realización de ejercicio físico y el nivel de dependencia para las actividades básicas e instrumentales se ha aplicado el coeficiente de correlación de Pearson (tabla 4). Sólo para las actividades “comer” y “realización de las tareas del hogar” la correlación encontrada no resulta significativa, mientras que en el resto de los casos se observa una correlación lineal negativa; es decir, a medida que aumenta la realización de ejercicio físico disminuye el nivel de dependencia mostrado para la realización de la actividad, y a la inversa, a la disminución en la realización de ejercicio físico le sigue un aumento en el nivel de dependencia.

La pregunta “En general, ¿se siente Vd. satisfecho/a con su vida?”, se puntuó 0 si la respuesta era “nada satisfecho”, 1 si “poco satisfecho”, 2 si “bastante satisfecho”, y 3 si “muy satisfecho”. Puede observarse en la tabla 4 que existe una correlación lineal negativa entre el nivel de satisfacción vital y el nivel de dependencia en las actividades básicas e instrumentales, excepto en la actividad instrumental relacionada con las tareas del hogar, es decir, a medida que aumenta la satisfacción vital se produce un descenso del nivel de dependencia mostrado.

La pregunta “¿qué estudios finalizados tiene Vd.?” se puntuó como 0 para el caso “ningún estudio, no sabe leer ni escribir”, como 1 “ningún estudio, pero sabe leer

y escribir”, 2 “estudios primarios”, 3 “graduado escolar”, 4 “estudios secundarios (FP)”, y 5 “estudios universitarios”. En la tabla 4 puede apreciarse que en todas las actividades analizadas se observa una correlación lineal negativa respecto al nivel de estudios (salvo en la actividad que hace referencia a “comer”), lo que indica claramente que a medida que aumenta el nivel de estudios disminuye el nivel de dependencia de los sujetos, o a la inversa, que a medida que desciende el nivel de estudios aumenta el nivel de dependencia.

Por último, para conocer la relación existente entre el nivel de ingresos y el nivel de dependencia para las actividades básicas e instrumentales se ha aplicado el coeficiente de correlación de Pearson (tabla 4) a los resultados obtenidos en la respuesta a la cuestión “Los ingresos totales de su hogar le parecen...”, puntuando como 0 cuando la respuesta fue “más que suficientes”, como 1 “suficientes”, 2 “suficientes, aunque se priva de muchas cosas”, y 3 “insuficientes”. Como observamos prácticamente en todos los casos la correlación que se establece entre el nivel de ingresos y el nivel de dependencia es positiva, no siendo esta correlación significativa (a un nivel de 0.05) más que para la actividad relacionada con la utilización de los medios de transporte.

## DISCUSIÓN

De un modo general podemos concluir que existe una correlación positiva respecto a la percepción de la salud y la percepción de las limitaciones; es decir, a medida que aumenta la percepción negativa de la salud y la percepción de las limitaciones (percepción de incapacidad) se produce un incremento en el nivel de dependencia respecto a las actividades básicas e instrumentales. Estos resultados se encuentran en la línea del estudio realizado por Puga (2002), donde el estado de salud percibido es un fuerte determinante de la gravedad de la situación de dependencia, existiendo por tanto una fuerte relación entre “cómo se siente” una persona y lo que esa persona hace (Golini y Calvani, 2001). En nuestro estudio podemos hablar de la existencia de una correlación lineal positiva en todos los casos, excepto en la realización de las tareas del hogar, donde el incremento en el nivel de dependencia para estas actividades no se corresponde con un aumento de la negatividad en la percepción de la salud, y por otro lado, nuevamente en todos los casos, a medida que aumenta la percepción de las limitaciones para la realización de actividades cotidianas a causa de sus enfermedades, también aumenta el nivel de dependencia para las actividades básicas e instrumentales, excepto en la actividad instrumental relacionada con la realización de las tareas del hogar.

En consumo de tabaco sólo se produce correlación con respecto a las actividades instrumentales siendo esta de carácter positivo, a medida que aumenta el consumo de tabaco aumenta la dependencia para las actividades instrumentales. Concretamente, no podemos hablar de la existencia de correlación entre ambos aspectos (consumo de tabaco y nivel de dependencia), para ninguna de las actividades básicas y sólo para algunas de las actividades instrumentales (usar el teléfono, utilizar los medios de transporte, manejar los asuntos económicos), incluso observamos para la actividad “andar dentro de la casa” un nivel de correlación nulo. En el resto de los casos (hacer la



compra, cocinar, realizar las tareas del hogar, y tomar la medicación) existe una correlación lineal positiva, pues a medida que aumenta el consumo de tabaco lo hace el nivel de dependencia mostrado para estas actividades, resultado este que sería de esperar en todas las actividades, pero que de no producirse, al menos no se establecen correlaciones significativas de carácter negativo (disminución de la dependencia a medida que aumenta el consumo de cigarrillos), resultado sorprendente obtenido por Puga (2002) en su estudio. Pero por otro lado, al igual que este autor señala en su estudio respecto al consumo de alcohol, en todos los casos (excepto en las actividades de comer y hacer la compra, en las que no existe relación con el nivel de dependencia mostrado) se produce una correlación lineal negativa, es decir, a medida que aumenta el consumo de alcohol disminuye la dependencia.

Por otro lado, observamos una correlación lineal negativa entre realización de ejercicio físico, satisfacción vital y nivel de estudios; es decir, disminuye la realización de ejercicio físico a medida que aumenta la dependencia, aumenta la satisfacción vital a medida que disminuye la dependencia, y aumenta el nivel de estudios a medida que disminuye el nivel de dependencia.

En cuanto a la actividad física se ha encontrado una correlación lineal negativa que indica como a medida que aumenta la realización de ejercicio físico disminuye el nivel de dependencia, y a la inversa la disminución en el ejercicio físico se asocia a un aumento en el nivel de dependencia, algo ya establecido también en otros estudios (p.ej., Puga, 2002).

El nivel de satisfacción vital correlaciona positivamente con el nivel de dependencia en las actividades básicas e instrumentales, excepto en la actividad instrumental relacionada con las tareas del hogar, es decir, a medida que aumenta la satisfacción vital se produce un descenso del nivel de dependencia mostrado.

Respecto al nivel de estudios y su relación con las actividades analizadas, se observa una correlación lineal negativa con el nivel de dependencia (a excepción de la actividad que hace referencia a “comer”), lo que indica que a medida que aumenta el nivel de estudios disminuye el nivel de dependencia, o a la inversa, a medida que descende el nivel de estudios aumentaría el nivel de dependencia, un hallazgo informado también por otros estudios (p.ej., Waidmann y Liu, 2000; Grundy y Glaser, 2000; Puga, 2002).

Por último, respecto al nivel de ingresos y el de la dependencia no podemos hablar de la existencia relación, aunque hay estudios que indican que la incidencia de este nivel pero en relación con otros aspectos sobre los que tiene repercusiones como la calidad de vida, la soledad, la educación, etc. (Puga, 2002).

Se trata de un estudio descriptivo correlacional con lo que en ningún caso podemos hablar de una relación de causa-efecto entre los factores analizados y el nivel de dependencia mostrado, pero si estamos ante aspectos que se encuentran en relación y que han de ser considerados, ya que forman parte de los aspectos a tener en cuenta a la hora de planificar y diseñar las políticas de intervención relacionadas con la vejez, encaminadas a impulsar los comportamientos que disminuyan la probabilidad de la dependencia entre los mayores.

## REFERENCIAS

- Gázquez JJ, Pérez MC, Miras F, Yuste N, Lucas F y Ruiz MD (2007). Análisis y satisfacción del Servicio de Ayuda a Domicilio en la provincia de Almería. *Anales de Psicología*, 23, 101-108.
- Gázquez JJ, Yuste N y Pérez MC (2005). Review of biological hypotheses explaining ageing. *Anales de Psicología*, 21, 323-327.
- Geerlings SW, Beekman ATF, Deeg DJH, Twisk JWR y Van Tilburg W (2001). The longitudinal effect of depression on functional limitations and disability in older adults: and eight-wave prospective community-based study. *Psychological Medicine*, 31, 1361-1371.
- Gil Roales-Nieto J, Moreno San Pedro E y Blanco Coronado JL (2006). Hábitos y creencias de salud en médicos y estudiantes de medicina. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 99-110.
- Golini A y Calvani P (2001). *Relationship between perceptions of health, chronic diseases and disabilities*. NUPRI Research Paper Series, 73, 27.
- Greco C y Gil Roales-Nieto J (2007). Creencias en salud en preadolescentes con diabetes tipo 1. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 7, 405-418.
- Grundy E y Glaser K (2000). Socio-demographic differences in the onset and progression of disability in early old age: A longitudinal study. *Age and Ageing*, 29, 149-157.
- Hamman RF, Mulgrew CL, Baxter J, Shetterly SM, Swenson C y Morgenstern NE (1999). Methods and prevalence of ADL limitations in hispanic and non-hispanic white subjects in rural Colorado: The San Luis Valley Health and Aging Study. *Annals of Epidemiology*, 9, 225-235.
- IMSERSO (2005). *Informe 2004. Las personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Tomo I. Madrid: IMSERSO.
- Kiosses DN, Klimistra S, Murphy C y Alexopoulos GS (2002). Executive dysfunction and disability in elderly patients with major depression. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 3, 91-96.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de *Promoción de la autonomía personal y atención de las personas en situación de dependencia* (BOE núm., 299).
- Manton KG, Corder LS y Stallard E (1993). Estimates of change in chronic disability and institutional incidence and prevalence rates in the US elderly population from the 1982, 1984, and 1989 National Long-Term Care Survey. *Journal of Gerontology*, 47, S153-S166.
- Manton KG y Gu X (2001). Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 98, 6354-6359.
- Montorio I, Fernández MI, Sánchez M y Losada A (2002). Dependencia y autonomía funcional en la vejez. La profecía que se autocumple. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 12, 61-71.
- Pluijm SMF, Bardage C, Nikula S, Blumstein T, Jylha M, Minicuci N, Zunzunegui MV, Pedersen NL y Deeg DJH (2005). A harmonized measure of activities of daily living was reliable and valid instrument for comparing disability in older people across countries. *Journal Clinic Epidemiology*, 58, 1015-1023.
- Puga D (2002). *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010*. Madrid: Fundación Pfizer.
- Waidmann TA y Liu K (2000). Disability trends among elderly persons and implications for the future. *Journal of Gerontology*, 55B, S298-S307.

Recibido 2 octubre 2007

Aceptado 4 enero 2008