

Apoyo social de la población mayor de 74 años en el medio comunitario

M^a Carmen Escudero Sánchez, Mercedes Salan García, Antonio Pérez Juárez, Esperanza González Luque, Francisca Sánchez García, Nieves Fernández Carbajo, Inmaculada López Martín, M^a Angeles López López
Centro de Salud: 10a Área sanitaria. Madrid

Correspondencia:
M^a Carmen Escudero Sánchez.
Centro de Salud " Pintores "
Prolongación calle Cuenca s/n
28980 Parla. Madrid

Resumen

Objetivo: Conocer la situación de apoyo social, y su asociación con factores sociodemográficos y de salud en la población mayor de 74 años no institucionalizada ni incluida en programas de atención domiciliaria.

Métodos: Estudio transversal, observacional prospectivo. Realizado en medio comunitario urbano (Getafe, Parla, Pinto) y rural (Griñón). La muestra la forman el total de ancianos mayores de 74 años pertenecientes a 14 consultas de enfermería (n=1114). Extraída de la población asignada a la Área 10^a Sanitaria (n=9010), en base de datos de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), de enero a junio de 1997. La información se recogió mediante entrevista personal, con cuestionario estructurado que incluye variables que evalúan la situación: sociodemográfica, funcional, cognitiva, procesos crónicos, percepción de salud y de ayuda social, origen de la ayuda, y perfil de cuidador principal.

Resultados: De la ayuda recibida, el 7,8% (IC 95%, 5,8 - 10,1) procede de la ayuda formal y el 62% (IC 95%, 58,2 - 65,8) de la informal, básicamente de la familia. El 19,8% de los encuestados vive solo. Se comprueba una asociación estadísticamente significativa, OR: 12,8 (IC 95%, 7,2 - 22,8) entre la necesidad de ayuda para realizar ABVD y el recibir apoyo informal; La única variable de las consideradas con asociación a recibir apoyo formal, fue el vivir solo, OR: 3,4 (IC 95% 1,8-6,3).

Conclusión: La mayoría recibe ayuda informal cuando la necesita, aunque hay una pequeña minoría con necesidades de ayuda no cubiertas. Los servicios formales recibidos están en concordancia con la escasez de los mismos en España. El grado funcional resultó el mejor predictor de disponibilidad de ayuda informal y el vivir solo lo fue de la ayuda formal.

Palabras clave: Ancianos. Apoyo social

Summary

Objective: Know the situation of social support, and its association with sociodemographic factors and the health of population older than 74, who are not institutionalized or included in Home Attention Programs.

Methods: Transverse, observational, prospective study. In community environment: three urban districts, Getafe, Parla, Pinto and one rural: Griñón. The sample is constituted by all the people older than 74 years, corresponding to 14 nurse consulting (n=1114). This sample is extracted of the population assigned to Sanitary Area 10th, registrated in the Individual Health Card (n=9010). The period, from January to June, 1997. The information was collected up through personal interview, with structured questionnaire that includes variables sociodemographic, functional capacity, cognitive deterioration, chronic process, received help, perception on health and on social help, source of the help and profile on main caregiver.

Results: From the received help, the 7,8% (CI 95%, 5,8 - 10,1) is institutional help and the 62% (CI 95%, 58,2 - 65,8) comes from the family. The 19,8% of the interviewees lived alone. It is proved an significant statistical association: OR, 12,8 (CI 95%, 7,2-22,8) between the people need help for, at least Basic Activities in Daily Life(ADLs). Living alone was the only variables of all analysed related with receiving formal help: OR, 3,4 (CI 95%, 1,8-6,3).

Conclusion: The most all receive no institutional help when need, although there is a small minority with uncovered help need. The formal services received are in concordance with their shortage of the same in Spain. The functional capacity was the best predictor of no institutional help, and living alone was the predictor for formal help received.

Key words: Elderly. Social support.

*Manuscrito aceptado el 1 de junio de 1999
Financiado por el FIS, nº 97 / 0228*

Introducción

El envejecimiento de la población tiene como consecuencia diferentes grados de incapacidad y pérdida de autonomía, con fuertes repercusiones en el ámbito familiar y socio sanitario. La escasez de recursos formales hace que el peso de los cuidados de las personas mayores recaiga sobre la familia en la cual se están produciendo cambios en el plano cultural y demográfico con tendencia a la independencia intergeneracional en cuanto a formas de vida, sin olvidar el proceso de urbanización y la mayor incorporación de la mujer al trabajo¹. Todo ello plantea preguntas sobre la participación actual de la ayuda informal (familia) y de la ayuda formal o institucional en el cuidado de las personas mayores, exigiendo un replanteamiento de los sistemas de servicios sociosanitarios¹⁻³. La disponibilidad familiar es un factor determinante para el mantenimiento en su domicilio de la persona mayor⁴, aunque también exista gran influencia de la incapacidad física y mental por sí mismas o por la sobrecarga que éstas generan en el cuidador; se ha demostrado que la provisión de un adecuado apoyo social es efectiva influyendo favorablemente en el estado de salud, disminuyendo la mortalidad⁵ y el internamiento⁴⁻⁷.

La imagen estereotipada de que todas las personas mayores necesitan ayuda, distorsiona la realidad, siendo necesario conocer previamente las características y magnitud de estas necesidades en estos grupos de población⁸.

Este estudio tiene como primer objetivo, evaluar el nivel de apoyo social en las personas mayores de 74 años no institucionalizadas ni inmovilizadas en nuestro medio y conocer las variables sociodemográficas y de salud asociadas, para identificar a los grupos tributarios de dicha ayuda.

Sujetos y métodos

Estudio observacional descriptivo, basado en datos correspondientes a la primera etapa de un estudio longitudinal denominado: "Factores predictores de la necesidad de atención domiciliaria en población >74 años" no institucionalizada, ni incluida en programas de aten-

ción domiciliaria. Es realizado en el medio comunitario del Area 10, Insalud. Situada al sur de la Comunidad Autónoma de Madrid, compuesta por 3 municipios urbanos (Getafe, Parla, Pinto) y uno rural (Griñón). Con una población de 248.840 personas (Censo 1991) de las que un 3% son mayores de 74 años. El universo muestral lo forman todos los ancianos >74 años, correspondientes a catorce consultas de atención primaria. (n=1114). Lo que supone una precisión del 2,9% para un I.C. del 95%, asumiendo el porcentaje más desfavorable (50%). Es extraída de la población asignada en base de datos de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) a las consultas participantes. Se excluyó a 145 sujetos que en el momento del estudio estaban institucionalizados, a 144 por estar incluidos en algún programa de atención domiciliaria, por enfermedad terminal o como inmovilizados, 48 que habían fallecido y a 73 por haber cambiado de domicilio y área sanitaria, ambos casos no actualizados en los registros de TSI. Resultando una muestra inicial de 704 ancianos (precisión 3,4; IC 95%), de éstos, 59 no fueron localizados y 30 rechazaron participar, con lo que la muestra final se compuso de 615 encuestados que dieron su consentimiento por escrito a participar en el estudio (precisión 3,8; IC 95%).

La recogida de datos fue realizada por catorce enfermeras mediante entrevista personal tanto en consulta como en el domicilio del anciano, de enero a junio de 1997. Se utilizó cuestionario estructurado que recoge información de las siguientes variables:

Sociodemográficas

Edad; Sexo; Estado civil, del que se recogen 5 categorías, posteriormente agrupadas en dos: a) casados. b) viudos, solteros, separados y divorciados; Nivel de instrucción: Se han agrupado en 2 categorías: a) Sin estudios (analfabetos, los que saben leer y escribir sin estudios. b) Con estudios (primaria completa o más). El estado socioeconómico se determinó a partir de la última ocupación utilizando una adaptación de la Clasificación del Registro británico^{9,10}. Si la persona encuestada no había trabajado, se utilizó la ocupación del cabeza de familia. Se han agrupado las clases sociales I -II -III en clase I; la clase IV, como clase II y la clase V como clase III.

VARIABLES DE SALUD

Número de procesos crónicos: Se preguntó sobre la historia de enfermedad, y posteriormente estos datos se ampliaron con datos extraídos de la Historia Clínica con relación a aquellas condiciones crónicas que presentan mayor prevalencia en la población anciana. Se codificaron mediante la clasificación CISAP-2¹¹ de enfermedades de la WONCA: cardíacas, HTA, circulatorias, accidentes cerebrovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias, osteomusculares dolorosas, cáncer, Parkinson, enfermedad mental, genitourinarias, cataratas, glaucoma, problemas digestivos; para el análisis multivariante, se agruparon unas como enfermedades potencialmente incapacitantes, por su mayor prevalencia e incidencia en la contribución a la discapacidad funcional^{12,13} (accidentes cerebro vasculares, respiratorias, osteomusculares dolorosas, mentales, depresión, Parkinson, cataratas y glaucoma). La percepción de salud se evaluó con la pregunta: ¿Cómo diría que es su salud actualmente? : Muy buena, buena, regular, mala, muy mala. Para establecer el grado funcional se obtuvo información sobre la capacidad, necesidad de ayuda o incapacidad para realizar 7 ABVD (comer, baño, aseo personal, vestirse, caminar, transferencia cama sillón, subir y bajar escaleras). Para evaluar el probable deterioro cognitivo, se utilizó el Sorth Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer (SPMSQ)¹⁴. Se identificaron 2 categorías sobre la puntuación obtenida según los errores corregidos, en función al nivel de estudios: a) sin deterioro cognitivo (0-4 errores). b) deterioro cognitivo moderado severo sí >4.

Para determinar el grado de apoyo social se evaluó:

1. Modo de convivencia y existencia de persona de referencia si precisaba ayuda.
 - a) Vivir solo con persona de referencia.
 - b) Vivir solo sin persona de referencia.
 - c) Vivir con familia, con persona de referencia.
 - d) Vivir con familia, sin persona de referencia.
2. Cambios de domicilio, nº de cambios durante el año y vivir en otro domicilio por no poder cuidarse por sí mismos.
3. Fuente de la ayuda recibida: formal o informal.
4. Perfil del cuidador principal (datos referidos a cuidadores principales que suministraban ayuda para ABVD): edad, sexo, parentesco: (esposo/a, hijo/a, yerno /nuera, hermano /a, otros), actividad laboral fuera del domicilio y

horas dedicadas al día y días a la semana como cuidador.

5. Tipo de ayuda recibida: Agrupándose en 2 categorías, recibir ayuda en la realización de ABVD y para 4 AIVD (compra de alimentos, elaborar comida, limpieza pesada de la casa y control de medicación).
6. Respecto a la ayuda formal: Se identificó si recibía ayuda domiciliaría, voluntariado, asistencia a Hospital o Centro de día, teleasistencia y ayuda particular pagada.
7. La percepción de ayuda social, se obtuvo con la pregunta: Si en algún momento de su vida no pudiera cuidarse por sí mismo, ¿Qué cree que tendría que hacer?: Ir a una residencia. Ir a la casa de un hijo o familiar. No tendría que dejar su casa porque algún familiar le cuidaría en ella. Otros: no sabe o no contesta. (Estando excluidos de esta pregunta, los cambios de domicilios rotatorios y los que ya habían tenido que dejar su casa por no poder cuidarse aunque no cambiaran de domicilio).

Los datos se expresan como la media \pm desviación estándar (DE). Se realizó estadística descriptiva y análisis bivariado entre el apoyo social recibido y las diferentes variables evaluadas. En todas las comparaciones se utilizó un nivel de significación estadística del 5%, para valorar la asociación entre variables cualitativas se utilizaron test de la Chi-cuadrado y corrección de Yates cuando fue necesario. Para la comparación de medias se utilizó la t de Student-Fisher y verificación de la varianza. La asociación de múltiples variables independientes con la variable dependiente, recibir apoyo social, se realizó mediante dos análisis de regresión logística, en uno la variable dependiente fue recibir apoyo formal y en el otro, recibir apoyo informal; utilizando un modelo de inclusión por pasos, forzando la entrada de aquellas variables que en el análisis bivariado alcanzaron nivel de significación estadística. Los coeficientes son interpretados como razón de odds de la prevalencia.

Resultados

La tasa de elegibilidad fue del 85,3% (704 elegibles / 826 x 100), incluyendo a 59 ancianos no localizados, 30 rechazos y 615 encuestados. La tasa de respuesta (615 encuestados / 704

elegibles x 100), fue del 87,5% (IC 95 % 84,6 - 89,7).

La edad media \pm DE fue de 80 ± 4 años. El 60% eran mujeres. La proporción de casados y viudos más solteros fue del 47% y 53% respectivamente, siendo significativa la diferencia de viudedad entre mujeres (64%) y hombres (29,7%) ($p < 0,00001$). La clase social más frecuente fue la clase social V que engloba a trabajadores manuales no cualificados (41,6%). El 65% no tiene ningún estudio y de éstos el 20% son analfabetos, siendo ésta la situación más frecuente entre las mujeres.

El 20% de la muestra viven solos, siendo esta proporción superior en las mujeres (26%) con respecto a los hombres (10%) ($p < 0,0001$). Respecto al apoyo social, el 62% manifestó estar recibiendo ya apoyo familiar, un 2% ni recibe, ni cree que lo tendría si lo necesitara y el 36% no lo recibe pero cree que si lo necesitara lo tendría, siendo mayor la proporción de mujeres con esta opinión (48,4%) que de hombres (18,2%). Del total de la muestra el 18,5% ha tenido que dejar su casa por no poder cuidarse y de éstos, el 8,3% cambia periódicamente de domicilio (rotan), aumentando significativamente esta tendencia con la edad, siendo un 4,4% en el grupo de 75 - 79 años y un 13,1% en los mayores de 79 años; no hemos encontrado diferencias significativas en cuanto al sexo. Reciben ayuda formal o institucional un 7,8% de la muestra, su distribución se refleja en la Tabla 1. De los 98 ancianos que reciben ayuda para alguna actividad básica de la vida diaria, sólo en 9 ancianos la ayuda proviene del apoyo formal. En la Tabla 2 se expone la proporción de ancianos con necesidad de ayuda y la proporción que la reciben, así como su distribución por sexo y edad para cada una de las ABVD analizadas. El 68% recibía ayuda familiar para alguna actividad instrumental de la vida diaria (AIVD) y el 16% para 1 o más ABVD. El 27% necesita ayuda para al menos una ABVD; en la Tabla 3 se describe el número de ancianos con necesidad de ayuda para al menos una ABVD así como su distribución y la fuente de la ayuda recibida según las variables analizadas.

Respecto al perfil de los cuidadores principales, fuente principal de la ayuda recibida, la edad media es de 59 ($DE \pm 13$) y el 69% es $>$ de 64 años; el 90,4 % son mujeres, de éstas, el 54 % son hijas y el 21,3% esposas. El 24,7% dedica³ a 5 horas diarias como cuidador. El 84,9% de

Tabla 1. Distribución del apoyo social recibido

Apoyo formal	n=48	(7,8) ^a
Ayuda particular	28	(58,3) ^b
Ayuda domiciliaria	16	(33,0) ^b
Hospital de Día	2	(2,1) ^b
Voluntariado	2	(2,1) ^b
Teleasistencia	10	(20,8) ^b
Apoyo informal	n=382	(62,1) ^a

Datos absolutos, entre paréntesis porcentajes

^aDel global; ^bDel apoyo formal

los ancianos que reciben ayuda para alguna ABVD, la recibe los 7 días de la semana. Respecto a la percepción de apoyo familiar en caso de no poder autocuidarse, el 62,6% manifestó que le cuidaría algún hijo, el 10% que tendría que ir a una institución y el 8% pagaría a alguien para que le atiende.

Se realizaron dos análisis multivariantes, uno tomando como variable dependiente el recibir apoyo informal (básicamente referido a la familia); en el segundo análisis se identificó como variable dependiente el recibir apoyo formal. En el modelo final de ambos análisis multivariantes (Tablas 4 y 5) en los que se incluyeron como variables independientes todas las que habían demostrado asociación en el análisis bivalente, primero las sociodemográficas, dejando fijas las que demuestran significación estadística y ajustando por edad se incluyen las variables de salud. la variable asociada en mayor grado a la variable dependiente, recibir apoyo informal, resultó ser el grado funcional con necesidad de ayuda para una o más ABVD, OR 12,8 (IC 95%, 7,2-22,8). Cuando se analizó la asociación utilizando como variable dependiente, el recibir apoyo formal, la única variable evaluada que demostró asociación fue el vivir solo, OR 3,4 (IC 95%, 1,8-6,3).

Discusión

En este trabajo se analiza la situación de apoyo social en una muestra poblacional de ancianos, no institucionalizados ni inmovilizados, mediante 7 preguntas que proporcionan una estimación del apoyo social recibido y de la disponi-

Tabla 2. Distribución de ancianos con necesidad de ayuda y de la ayuda recibida para 8 ABVD, por grupos de edad y sexo

	Hombre (n=247)			Mujer (n=368)			75 -79años(n=284)			>79(n=331)		
	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%
Comer	8	6	(2,4) ^a	7	5	(1,4) ^a	2	1	0,4) ^b	13	12	(3,6) ^a
Vestido	16	10	(4,0) ^a	11	8	(2,2) ^a	8	3	(1,1) ^a	19	15	(4,5) ^a
Baño-ducha	36	24	(9,7) ^a	112	49	(13,3) ^a	44	21	(6,2) ^b	116	64	(19,3) ^a
Aseo personal	5	4	(2,0) ^a	5	5	(1,4) ^a	1	0	(0,4) ^b	8	9	(2,7) ^a
Sentarse-levantarse	3	1	(0,4) ^b	5	5	(1,4) ^a	1	0	(0,4) ^b	7	6	(1,8) ^a
Caminar	8	6	(2,4) ^a	21	16	(4,3) ^a	3	1	(0,4) ^b	26	21	(6,3) ^a
Subir-bajar escaleras	14	10	(4,0) ^a	41	23	(6,3) ^a	15	2	(0,7) ^b	40	31	(9,4) ^a

n=cifras absolutas de ancianos con necesidad de ayuda; N: Datos absolutos de ancianos que reciben ayuda; n, N y % de la columna; a: No significación; b: Significación < 0,005

bilidad del mismo en nuestro medio. Los resultados presentados deben interpretarse teniendo en cuenta las limitaciones metodológicas del presente trabajo, una de ellas es el carácter general de las preguntas, y la influencia subjetiva de las respuestas en un fenómeno tan complejo como es el apoyo social; otra es haber sido obtenida de una muestra en la que está excluida la población institucionalizada e inmovilizada, ésta con mayor probabilidad de necesidad de ayuda¹⁵ y de deterioro social. Por una parte puede sugerir una infravaloración de sus resultados al tratarse de una población independiente según los registros oficiales. En contraposición, al constatar la existencia no reconocida en dichos registros de un 27% de estos ancianos con dependencia funcional en mayor o menor grado, entre otras deficiencias y que precisan ayuda para realizar alguna ABVD, cabe esperar una mayor efectividad en las actividades preventivas, así como su utilidad en la planificación de servicios sociosanitarios. Con todo ello nos ha permitido estimar la situación de apoyo social en este grupo de población, e identificar a un sector de población, que sin haber desarrollado un alto grado de incapacidad presenta una elevada probabilidad de padecerla en el tiempo, así como a aquellos grupos con mayor necesidad de ayuda. Son pocos los estudios realizados en una población de similares características, ya que incluso los realizados en el medio comunitario incluyen a la población severamente incapacitada.

Los resultados obtenidos confirman que en conjunto, la mayoría de los ancianos dispone de

apoyo social y que la fuente informal es la mayor proveedora de cuidados; Destacar que el 18% manifiesta que si no pudieran cuidarse por si mismos tendría que ir a una institución o pagar a alguna persona y tan sólo el 1,7% manifiesta que no tendría a nadie a quien recurrir si precisara ayuda por incapacidad, cifra muy inferior a la hallada en otros estudios españoles¹⁶⁻¹⁸, diferencias posiblemente relacionadas con las diferentes características de población. En la valoración social, los aspectos fundamentales a tener en cuenta son entre otros, el tipo de convivencia y el grado funcional. Respecto al primero, destacar que viven solos el 20% de los ancianos encuestados; esta proporción y el ser más elevada en las mujeres y en las personas de mayor edad, no difiere de lo hallado en otros trabajos publicados^{15,17,19}. Respecto al segundo punto la necesidad de ayuda está presente en 166 ancianos (27%), de éstos 27 (16,3%) no reciben ninguna ayuda. Las personas que prestan ayuda para alguna ABVD a las personas mayores, lo hacen de forma intensa²⁰ como refleja el que del 84,9% de los ancianos que reciben ayuda, la reciben los 7 días de la semana y el 75,3%, de 1 a 5 horas diarias, lo que sugiere una sobrecarga de los cuidadores, en su mayoría esposas o hijas que asumen los cuidados de las personas mayores; esta ayuda para alguna ABVD también está presente en un 4,5% de aquellas personas que no declaran ninguna incapacidad para realizarlas. La distribución del apoyo social recibido, que en nuestros datos es de un 62% que recibe ayuda familiar para alguna AIVD y el 16% para ABVD,

Tabla 3. Ancianos con necesidad de ayuda para alguna ABVD y tipo de apoyo recibido según algunas variables sociodemográficas

	N	Apoyo formal		Apoyo informal		Ningún apoyo	
Global	166	17	(10,2)	131	(79,0)	18	(10,8)
75 - 79 años	42	3	(7,1)	28	(66,7)	11	(26,2)
> 79 años	124	14	(8,4) ^b	103	(83,1) ^a	7	(5,6)
Hombre	42	2	(4,8)	37	(88,1)	3	(7,1)
Mujer	124	15	(12,1) ^b	94	(75,8) ^b	15	(12,1)
Casados	103	11	(10,7)	82	(79,6)	10	(9,7)
Sin pareja	63	6	(9,5) ^b	49	(77,8) ^b	8	(12,7)
Rural	23	5	(21,7)	16	(19,6)	2	(8,6)
Urbano	143	12	(8,4) ^b	115	(80,4) ^b	16	(11,2)
Clase social IV-V	125	12	(9,6)	96	(76,8)	17	(13,6)
Clase social I-II-III	41	5	(12,2) ^b	35	(85,4) ^b	1	(2,4)
Vivir solo	26	6	(23,1)	13	(50,0)	7	(26,9)
No vivir solo	140	11	(7,9) ^a	118	(84,3) ^a	11	(7,8)
Dificultad para la visión							
Cerca	56	3	(5,4) ^b	45	(80,4) ^b	8	(14,2)
Lejos	65	5	(7,7) ^b	48	(73,8) ^b	15	(23,0)
Pfeiffer > 4 errores	32	2	(6,3)	30	(93,8)	-	(-)
Pfeiffer: 0-4 errores	134	15	(11,2) ^b	101	(75,4) ^a	18	(13,4)

N: Datos absolutos del total. Resto de datos expresados en cifras absolutas, (entre paréntesis porcentajes), ambos de la fila.

a: significación; b: No significación

Tabla 4. Factores asociados según regresión logística con el recibir apoyo informal

	CR	EE	p (χ^2)	OR	IC 95%
Edad: 75 - 79 / >79 años	0,9955	0,3217	0,0020	2,7	(1,4 - 5,0)
Ingresos hospitalarios: No vs Sí	0,7006	0,3485	0,0411	2,0	(1,0 - 4,0)
Enfermedades Incapacitantes 0-2 / >2	0,6230	0,3098	0,0444	1,8	(1,0 - 3,4)
Déficit cognitivo: Pfeiffer 0-4 / >4 errores	1,6831	0,4023	0,0000	5,3	(2,4 - 11,8)
Necesita ayuda para 1 ó + ABVD: No vs Sí	2,5566	0,2920	0,0000	12,8	(7,2 - 22,8)

CR: Coeficiente de regresión; EE: Error estándar. Variables excluidas del modelo por no alcanzar significación: (sexo, estado civil, clase social, dificultad para la visión, percepción de salud, tipo de población, enfermedades no incapacitantes)

frente a un 7,8% que recibe apoyo formal, proporción realmente ínfima si se tiene en cuenta que incluye la ayuda particular, pagada por el anciano o familia. Entre los factores con mayor asociación al hecho de recibir apoyo informal prevalecen las variables de salud, sobre las sociodemográficas y nuevamente el grado funcional es el que se asocia con más fuerza que las enfermedades que lo causan a algunos de los parámetros generalmente considerados en población anciana. Por contra resulta significativo que tanto en el análisis bivalente como en el multiva-

riante, ninguna variable de salud o grado funcional se halla asociado al hecho de recibir apoyo formal, únicamente el hecho de vivir solo.

Por las limitaciones de este estudio no se pueden establecer relaciones de causalidad, aunque sí ha permitido identificar a aquellos factores que se asocian al hecho de recibir apoyo social en un sector de la población anciana de nuestro medio que sin haber desarrollado una dependencia funcional y social, tiene elevado riesgo de padecerla. Comprobar que al comparar los resultados obtenidos con los hallados en otras poblaciones, la

Tabla 5. Factores asociados según regresión logística con el recibir apoyo formal

	CR	EE	p (χ^2)	OR	(IC 95%)
Vivir solo: No vs Sí	1,2263	0,3176	0,0001	3,4	(1,9 - 6,3)

CR: Coeficiente de regresión; EE: Error estándar. vs: No frente a sí. Variables excluidas del modelo por no alcanzar significación: Edad, sexo, estado civil, procesos crónicos, tipo de población, deterioro cognitivo, dificultad para la visión, percepción de salud.

nuestra no presenta diferencias sustanciales relacionadas con los factores asociados a la presencia de apoyo social. En general podemos concluir que la mayoría recibe ayuda informal cuando la necesita (familia), así como la existencia de una minoría con necesidades no cubiertas. El apoyo institucional es prácticamente inexistente lo que unido a las a veces difíciles cargas y obligaciones²⁰, que van inherentes a la tarea de cuidar, se traduce en la sobrecarga del cuidador que posiblemente tiene como consecuencia, entre otras, el fracaso en el objetivo de mantener en las mejores condiciones y el mayor tiempo posible en su domicilio al anciano, si él así lo quisiera.

Agradecimientos

A M^a Isabel Fernández San Martín, Técnico de Salud del Área 10, por su asesoramiento en la gestión de datos. Al Dr. Leocadio Rodríguez Mañas, geriatra del Hospital Universitario de Getafe, por su inestimable ayuda en la elaboración de este manuscrito. A los ancianos del Área 10 sin cuya colaboración no hubiera sido posible este trabajo.

Bibliografía

- Caballero JC. España panorama de la asistencia al anciano en el siglo XXI. *Rev Gerontol* 1997;7:207-16.
- Aguayo M. La coordinación sociosanitaria y la ordenación de servicios sanitarios para la atención del anciano. *Atención Primaria* 1995;16S:126-30.
- Domínguez C. Consecuencias sociales del envejecimiento. *JANO* 1991;949:89-95
- Pearlman D, Crown WH. Alternative Sources of social support and their impacts on institutional risk. *Gerontologist* 1992; 32:527-35.
- Wellin L, Svärdsudd K, Ander-Peciva S, Tibllin G, Tibllin B, Larson B. Prospective study of social influences on mortality: The study of men born in 1913 and 1923. *Lancet* 1985;1:915-18.
- INSERSO. La ayuda a domicilio como alternativa al internamiento en centros residenciales. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Colección de Servicios Sociales N°15, 1991.
- Bazo MT. El status familiar y la salud, elementos clave en la institucionalización de las personas ancianas (I). *Rev Gerontol* 1991;1:53-60.
- Plan Gerontológico. Ministerio de Asuntos Sociales, 1993.
- Domingo A, Marcos A, Alonso J. Propuesta de un indicador de la clase social, basado en la ocupación. *Gac Sanit* 1989;10: 320-6.
- Alonso J, Pérez P, Saez M, Murillo C. Validez de la ocupación como indicador de la clase social, según la clasificación del British Registrar General. *Gac Sanit* 1997;11:205-13.
- CIPSAP-2 Definida (Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria). 1ª edición en español 1996.
- Johnson RJ, Wolinsky FD. The structure of health status among older adults : disease, disability functional limitation, and perceived health. *J Health and soc Behav* 1993;34:105-21.
- Guillen Llera F, Pérez del Molino J. Síndromes y cuidados en el paciente Geriátrico. Madrid: Masson 1995;313-41.
- Pfeiffer E. A Short Portable Mental Status Questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatric Soc* 1975;23:433-41.
- Ruigómez A, Alonso J, Antó JM. Salud percibida y capacidad funcional de la población anciana no institucionalizada de Barcelona. *Gac Sanit* 1991;24:117-24
- Fernando J, Nebot M, Borrel C, Egea L. Apoyo social y estado de salud percibido en población no institucionalizada de más de 60 años. *Gac Sanit* 1996;10:174-82.
- Espejo J, Martínez J, Rubio V, Dueñas R, Fernández MJ, Yun A. Recursos sociales en mayores de 60 años. Su relación con factores sociodemográficos y de salud (proyecto ANCO). *Atención Primaria* 1997;21:88-96.
- Eiroa P, Vázquez - Vizoso FL, Veras V. Discapacidades y necesidades de servicios en las personas mayores detectadas en la encuesta de salud OARS - Vigo. *Med Clin (Barc)* 1996;106:641-8.
- Béland F, Zunzunegui MV. La ayuda recibida por las personas mayores *Gerontología* 1995;5:294-308.
- Abellán A. La ayuda informal. *Rev Gerontol* 1997;7:183-5.