

Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores beneficiarios del Programa Oportunidades*

Betty Manrique^{*}
Aarón Salinas[†]
Martha Ma. Téllez Rojo[‡]

Palabras – clave: envejecimiento, adultos mayores, actividades de la vida diaria (AVD)

Resumen

Objetivo. Determinar la prevalencia de dificultades para realizar actividades de la vida diaria (AVD) de los adultos mayores (AM) beneficiarios del Programa Oportunidades y sus factores asociados. **Material y métodos.** Se realizó una encuesta probabilística con tres etapas de selección, con estratificación según tipo de localidad (rural o urbana) y con representatividad nacional. La población objetivo estuvo conformada por individuos de 70 años y más, beneficiarios del Programa Oportunidades. **Resultados.** La edad promedio de los entrevistados fue de 78.4 años (D.E 6.11 años), el 56.5% son mujeres. Del total de entrevistas, el 61.2% de los AM reportan no saber leer ni escribir; siendo las mujeres quienes tuvieron menores alcances educativos que los hombres (69.7% vs. 50.3% respectivamente). El 31% de los AM reportaron tener al menos un problema al realizar AVD (caminar, comer, bañarse, ir a la cama o usar el baño). La prevalencia de dependencia funcional se incrementan con la edad, 25.2% (70-79 años), 38.3% (80–89 años) y 52% para los AM de 90 años y más, (p -tendencia<0.001). En todos los grupos de edad la actividad con mayor dificultad fue caminar. El presentar un mayor número de enfermedades crónicas (OR=1.53), padecer problemas de visión (OR=2.03), percepción de muy bueno-bueno estado de salud (OR=0.48) y la edad son factores que se asocian con la dependencia funcional de los AM. **Conclusiones.** Se muestra la necesidad de atención de salud en los AM beneficiarios del Programa Oportunidades debido a la alta prevalencia de la dependencia funcional.

* Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Córdoba –Argentina, del 24 al 26 de Septiembre de 2008.

* Instituto Nacional de Salud Pública de México; bmanrique@insp.mx

† Instituto Nacional de Salud Pública de México; asalinas@insp.mx

‡ Instituto Nacional de Salud Pública de México; mmtellez@insp.mx

Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores beneficiarios del Programa Oportunidades*

Betty Manrique[§]

Aarón Salinas^{}**

Martha Ma. Téllez Rojo^{††}

Antecedentes

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de mayor impacto del siglo XX, y seguramente, crucial en la construcción de la historia del siglo XXI. En términos estrictamente demográficos, alude al aumento de la importancia relativa de las personas de 60 y más años de edad y a un incremento cada vez mayor de la esperanza de vida al nacimiento.

En el contexto mexicano el proceso de envejecimiento adquiere importancia en las últimas dos décadas. Según datos del CONAPO, la población adulta -65 años o más- para el año 2010 será el 6.2%, 12.5% para el año 2020, 20.2% en 2035, y 28% en 2050, cuando la poblacional de adultos mayores alcance valores nunca antes observados, 36 millones de personas¹. Por lo anterior, el crecimiento del número y proporción de adultos mayores en la población ocurrirá en un corto periodo de tiempo y tendrá importantes implicaciones sociales y económicas para el conjunto de la sociedad, imponiendo límites estrictos a la acción estatal y exigiendo atención especial y una planeación estratégica anticipada. Dichas acciones abarcarán una población objetivo creciente, que sobrevivirá durante períodos de tiempo cada vez mayores, presentando demandas cambiantes que deberán ser enfrentadas por las políticas públicas de manera permanente y dinámica.

A pesar que el proceso de envejecimiento de la población refleja avances respecto al incremento en la esperanza de vida al nacimiento, en el caso de México este proceso se produce en un contexto de pobreza, aguda desigualdad del ingreso, escaso desarrollo institucional y persistente inequidad social. En estas condiciones la pobreza empeora los problemas asociados con el proceso de envejecimiento, en particular, en el área rural². Según datos de la CEPAL³, México pertenece al grupo de países que presenta una alta incidencia de pobreza en la población de adultos mayores con 40% o más. En el área urbana se observan niveles medios, mientras que en el área rural uno de cada dos adultos mayores vive en condiciones de pobreza. Se ha encontrado que la pobreza agudiza los problemas asociados con el proceso de envejecimiento, particularmente en las áreas rurales y en las mujeres; vivir en pobreza obliga a los adultos mayores a trabajar a pesar de su avanzada edad y de los problemas de salud que pudieran padecer.

El envejecimiento en general, y en particular para el caso mexicano, trae consigo grandes retos e implicaciones en diferentes esferas de la vida del adulto mayor. En el sistema de salud

* Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Córdoba –Argentina, del 24 al 26 de Septiembre de 2008.

[§] Instituto Nacional de Salud Pública de México; bmanrique@insp.mx

^{**} Instituto Nacional de Salud Pública de México; asalinas@insp.mx

^{††} Instituto Nacional de Salud Pública de México; mmtellez@insp.mx

ocasionará incrementos en la demanda de atención debido al incremento de las enfermedades crónicas. La familia mantendrá un rol preponderante, fundamentalmente por ser la principal fuente de transferencia informal de apoyo social de los adultos mayores (AM), y por último, en los individuos, los adultos mayores, que con el paso de los años pueden ver mermado su estado de salud al verse afectada su capacidad funcional, deterioro cognitivo y por la presencia de co-morbilidades.

La morbilidad de la población envejecida presenta una mayor complejidad en comparación con los otros grupos etáreos, esta complejidad radica principalmente en que el estado de salud de los adultos mayores es el reflejo de todo un periodo de vida, en el que se acumulan los efectos de diversos procesos. Es así que, se presentan diferencias en la presencia de enfermedades y discapacidades en los individuos, lo que ocasiona que algunas personas envejezcan con uno o más padecimientos mientras que otras pueden envejecer sin presentar discapacidades⁴.

En particular, la dependencia funcional es una de las medidas más importantes que da referencia del estado de salud de los adultos mayores, y tiene alcances relevantes en la esfera individual y familiar del AM. En lo individual ocasiona la disminución de la autoestima y del bienestar auto-percibido. Por su parte, en lo familiar implica cambios en las rutinas y las relaciones entre los miembros de la familia⁵; más específicamente en el papel de los cuidadores/as.

La dependencia funcional ha sido definida como el desempeño de las tareas de cuidado personal sin supervisión, dirección o asistencia personal activa⁶; algunos autores como Dorantes-Mendoza enfatizan en la necesidad de ayuda para desempeñar actividades de la vida diaria, considerando la discapacidad como un atributo inseparable de la dependencia, es así que se considera a la dependencia como una situación de discapacidad que implica necesidades de ayuda.⁵

Si bien es cierto que, es casi ineludible que en el proceso de envejecimiento se debilite la función física y cognoscitiva o sensorial, dichas pérdidas pueden conducir al deterioro de las capacidades funcionales, y por ende al necesitar de ayuda para realizar actividades cotidianas. Los efectos de necesitar de otros para realizar actividades básicas de la vida diaria pueden tener efectos devastadores en la calidad de vida de los ancianos, debido a que la dependencia repercute en su posibilidad de vivir de forma independiente en la comunidad.^{5,7}

En la literatura, también destaca el concepto de “discapacidad catastrófica”, introducido en 1996 por Ferrucci et al.⁸ Este concepto describe el inicio de la discapacidad severa, es decir, el depender en 3 o más actividades de la vida diaria como un hecho gradual (sobre un periodo de 2 años o más) o de manera súbita.

No obstante, desde el punto de vista clínico, a diferencia de estudios poblacionales, es relativamente sencillo observar que el inicio de la discapacidad es repentino y catastrófico en algunas personas, y en otros, el progreso es indolente y lento; también se reconoce que, específicamente, la deficiencia en la movilidad de los AM es un componente clave de muchas actividades que son necesarias para una vida independiente^{7,9}.

Existe, en general, consenso al considerar que el depender de otros para realizar actividades de la vida diaria es el principal factor para padecer fragilidad^{‡‡} en la vejez. La literatura refiere que tanto la dependencia en actividades básicas de la vida diaria (AVD) como la fragilidad tienen implicaciones en el cuidado y el bienestar de la población de adultos mayores, debido a que son relevantes predictores de la mortalidad y del uso de los servicios de cuidado para la salud.^{10,11}

La dependencia funcional en la edad avanzada

La reducción de la capacidad funcional de los individuos está altamente correlacionada con la edad, aunque la funcionalidad puede ser conservada hasta edades avanzadas o bien, el deterioro se puede detener o alcanzar mejorías ya sea por la intervención con medicamentos, terapias y/o tratamientos. No obstante, diversos estudios sobre el funcionamiento de la población de edad avanzada muestran la relación señalada, conforme aumenta la edad existe mayor riesgo de sufrir pérdidas de la capacidad funcional.

En Estados Unidos, los resultados de National Health Interview Survey -1984 (HNIS) indican que el índice de deterioro funcional, definido como la proporción de personas que declaró tener dificultades para realizar por lo menos una actividad de la vida diaria, fue de 9.6% para la población de 65 años y más. Por grupos de edad, el índice aumenta a 6% entre los 65 y 74 años, 12% de 75 a 84 años y 31% para la población de 85 años y más.¹²

Similares tendencias se aprecia en México, los resultados del estudio de Solís (2001)¹³ con base en la Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento en México - ENSE 1994- reporta que el índice de deterioro funcional, para los AM de 60 años o más, es de 13.1%, el cual se incrementa en tanto avanza la edad: 7.5% entre los 60 y 64 años, 8.3% de 65 a 74, 20.6% de 75 a 84 y 47.4% de 85 años y más.

El Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM-2001) reporta que el 8.8% de los AM (50 años o más) presentan una o más dificultades en realizar actividades de la vida diaria (8% para zona urbana y 9.7% para la zona rural)¹⁴. Por su parte los resultados de la encuesta *Health Well-Being and Ageing in Latin America and Caribbean* -SABE (1999-2000)-, realizado en 7 ciudades de América Latina y el Caribe^{§§}, reporta que la mayor prevalencia de presentar dificultades con AVD la padecen las mujeres en comparación con su contraparte masculina (21.6% y 16.4% respectivamente).

Por lo anterior, y a pesar de los esfuerzos realizados para estudiar la problemática de los adultos mayores en México, las encuestas que se han llevado a cabo son estudios que no están dirigidos a los adultos mayores en situación de pobreza extrema. Esto no significa que el tema de la pobreza y el envejecimiento no se hayan abordado en México, pero no existe alguna encuesta con representatividad nacional sobre esta problemática social en particular.

^{‡‡} Fragilidad es un término ampliamente usado en la medicina geriátrica y gerontológica para denotar la multidimensionalidad de la pérdida de reservas que incrementa la vulnerabilidad de los AM. Se dice que un adulto mayor es frágil si dependen de otros para realizar las actividades de la vida diaria o tienen riesgo alto de ser dependientes.

^{§§} En el caso particular de México, la población objetivo se constituyó por los individuos de 60 años y más en el Área Metropolitana de la Ciudad de México

Como parte de estrategia para focalizar apoyo a grupos vulnerables, a principios de 2006 se pone en marcha un nuevo componente del Programa Oportunidades^{***} denominado componente de apoyo para Adultos Mayores (AM), el cual consiste en otorgar ayuda monetaria a los adultos mayores de 70 años o más que integren las familias afiliadas al Programa. Como parte inherente de este nuevo componente se decidió llevar a cabo un estudio diagnóstico sobre las condiciones de vida y bienestar de los beneficiarios de este componente. Los resultados que se presentan en este documento forman parte de este estudio y representa el primer esfuerzo por contar con información representativa a nivel nacional de los AM que viven en condiciones de pobreza.

Objetivos

El objetivo del trabajo es determinar la prevalencia de la dependencia funcional de los adultos mayores beneficiarios del componente para Adultos Mayores del Programa Oportunidades y el identificar sus factores asociados.

Metodología

Población y muestra

Este estudio es de tipo transversal y forma parte del proyecto “Diagnóstico sobre las condiciones de vida y bienestar de los beneficiarios del Componente para Adultos Mayores (AM) del Programa Oportunidades”^{†††}, realizado a finales de 2006. La población muestral consistió en todos los AM de 70 años en adelante inscritos en el Programa Oportunidades en su componente para Adultos Mayores, durante marzo y abril de 2006. La población estuvo integrada por 360,287 AM residentes en 34,591 localidades, distribuidos en los 32 estados de la república mexicana. De este universo, diseñamos una muestra probabilista en tres etapas, estratificado por localidades urbanas y rurales, con representatividad nacional. La unidad primaria de muestreo fue la localidad en cada estrato. La segunda unidad de muestreo fue el hogar con uno o más AM inscritos al Programa Oportunidades. La última unidad de muestreo fue el AM. Las tres etapas de selección fueron las siguientes:

1. Se seleccionaron 150 localidades, distribuidas en 27 estados, por muestreo aleatorio simple estratificado. Las localidades fueron seleccionadas con probabilidad proporcional al tamaño de cada estrato, 110 localidades rurales y 40 urbanas.
2. Dentro de cada localidad se seleccionaron 10 hogares a través de muestreo aleatorio simple.
3. En cada hogar seleccionado, se eligió aleatoriamente a un AM por hogar.

El tamaño de muestra se estimó de acuerdo a los siguientes criterios: una prevalencia mínima detectable de 4% para las principales características de estudio; con un error relativo menor de 25% en cada estrato, y 95% de nivel de confianza. La tasa de no respuesta esperada fue de

^{***} El Programa apoya a las familias que viven en condición de pobreza extrema con el fin de potenciar las capacidades de sus miembros y ampliar sus alternativas para alcanzar mejores niveles de bienestar.

^{†††} El Componente de apoyo para Adultos Mayores (AM), consiste en otorgar ayuda monetaria a los adultos mayores de 70 años o más que se encuentran en pobreza alimentaria y de capacidades y son integrantes de las familias afiliadas al Programa Oportunidades. La principal características del componente es que el apoyo monetario que se emite de manera bimestral a las familias afiliadas a Oportunidades, que cuentan con adultos mayores de 70 años o más; otorgándose \$250.00 mensuales (equivale a 25 dólares aprox.) por cada AM

15% y el efecto estimado del diseño fue de 0.86. Con estos criterios, el tamaño de muestra estimado fue de 1497 adultos mayores.

Adicionalmente, se obtuvo una muestra de AM sustitutos para situaciones de fallecimiento de los adultos mayores originalmente seleccionados; se seleccionó 3 hogares extras en las localidades que conforma la muestra, y se eligió a un AM sustituto por hogar.

El trabajo de campo se realizó durante agosto de 2006. De un total de 1497 AM seleccionados, se obtuvo información de 1430, lo que equivale a una tasa de respuesta del 95%.

Medición de variables

El cuestionario indaga acerca de las características sociodemográficas de los AM, condiciones de salud, cuidados preventivos, actividades básicas de la vida diaria, deterioro cognitivo, transferencias monetarias del componente para adultos mayores del Programa Oportunidades, y redes de apoyo social.

Variable dependiente: dependencia funcional

Para el presente estudio, la dependencia funcional se mide a través de la capacidad que tiene un individuo para realizar actividades básicas de la vida diaria (AVD) como: caminar, bañarse, comer, ir a la cama y usar el sanitario. Se utiliza el índice de Katz¹⁵ para evaluar la capacidad de realizar sin ayuda cinco actividades básicas de la vida diaria. Se considera que la pérdida de alguna de estas funciones refleja cierto grado de dependencia funcional.

Variables explicativas

La literatura ha reportado que la co-morbilidad, frecuente entre los adultos mayores, se relaciona significativamente con la dependencia funcional. Asimismo, también se ha encontrado que padecer enfermedades crónicas como: diabetes, hipertensión, síntomas de depresión se asocian con la presencia de dependencia funcional. Por lo anterior, como medida de padecimientos crónicos, se construyó un indicador con base al conteo del número de enfermedades crónicas que auto-reporta el adulto mayor entrevistado, como son: diabetes mellitus, artritis, osteoporosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad del corazón y cáncer. También se incluyeron variables dicotómicas (sí /no) de problemas de visión, audición, control de orina y presencia de hernias en los AM.

La edad se analizó en tres categorías - para el análisis descriptivo- (70-80, 81-90 y 91 años en adelante) y como continua en el modelo de regresión múltiple; también se incluyó el sexo (hombre/mujer) y condición de analfabetismo (no analfabeto/analfabeto). Como medida de arreglo de domicilio se utilizó la variable que describe si el AM forma parte de un hogar unipersonal o no (AM vive solo / AM vive con otros parientes).

Análisis estadístico

Primero se estimó la prevalencia de la dependencia funcional y se analizó la relación bivariada de ésta con las variables explicativas. En segundo lugar, para determinar los factores asociados con la dependencia función se empleó un modelo de regresión logística. Se evaluó el ajuste del modelo a partir del análisis de los residuos. En todos los análisis se consideró el efecto del diseño muestral mediante el uso del paquete estadístico STATA. Se reportan intervalos de confianza al 95%.

Resultados

De las 1430 entrevistas obtenidas en el trabajo de campo, se cuenta con información de 1369 entrevistas para la sección de dependencia en actividades básicas de la vida diaria, por lo que los resultados de este apartado se refieren a esta cantidad.

El promedio de edad de los entrevistados fue de 78.4 años (D.E 6.11), se aprecia un ligero predominio de las mujeres (56.%) que su contraparte masculina (44%). Del total de entrevistas, el 61.2% de los adultos mayores reportan no saber leer ni escribir; siendo las mujeres quienes tuvieron menores alcances educativos (analfabetos) en comparación con los hombres (69.7% vs. el 50.3% respectivamente). El 27% de los AM cuenta con trabajo remunerado. Respecto al estado conyugal, el 47% de los AM se declararon casados o viviendo en unión conyugal; una proporción idéntica se declaró viudo(a). En menor proporción se aprecian los separados/divorciados, al igual que los solteros con 3% respectivamente. Con relación al tipo de arreglo domiciliario, se aprecia que uno de cada cinco AM beneficiarios del componente para adultos mayores del Programa Oportunidades (20.1%) forma hogares unipersonales (vive solo).

Respecto al padecimiento de enfermedades crónicas como: diabetes mellitus, artritis, osteoporosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad del corazón y cáncer, se aprecia que 6 de cada 10 AM tienen al menos una de estas enfermedades crónicas. El 32% y 28% de los AM sufren de algún impedimento severo de la visión y audición respectivamente. La presencia de hernias y de problemas para controlar la orina en los ancianos se presenta en el 7% y 10% respectivamente.

En general, no se observan diferencias entre las características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores con relación a la condición de ruralidad. Los AM que habitan en las zonas rurales comparten similares características que los AM residentes de zonas urbanas del país (Cuadro 1)

Dependencia funcional en actividades de la vida diaria

En general, el 30.9% de los adultos mayores presentan dependencia funcional, es decir, tienen dificultad para realizar al menos una de las actividades básicas de la vida diaria (caminar, comer, bañarse, ir a la cama o usar el inodoro). La prevalencia de dificultades con AVD se incrementan con la edad, 25.2% entre los 70 y 79 años, 38.3% de 80 a 89 años y 52% para la cohorte de nacimiento de mayor edad (90 años y más), siendo esta diferencia estadísticamente diferente (p -tendencia <0.001). En todos los grupos de edad la actividad con mayor dificultad fue caminar (Gráfica 1).

Cuadro 1: Características sociodemográficas y de salud de los AM según ruralidad

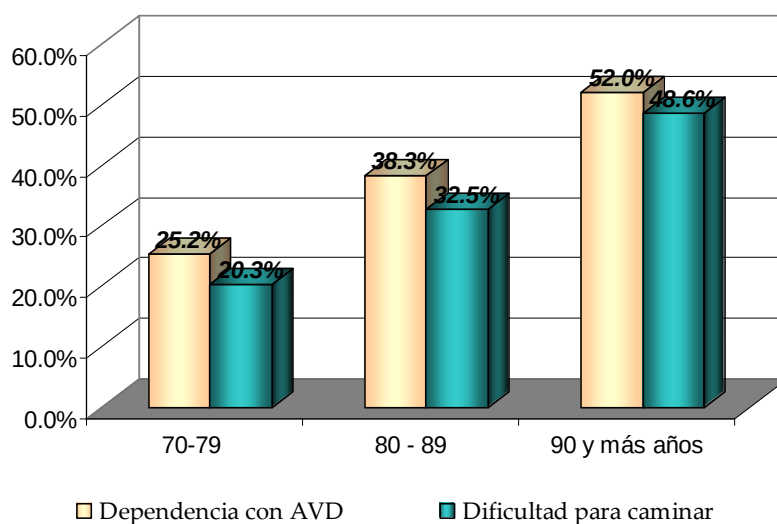
Características	Urbano % I.C. [95%]	Rural % I.C. [95%]	Total % I.C. [95%]
Dependencia funcional			
Sin dependencia	71.24 [64.45,77.18]	68.2 [64.38,71.8]	69.03 [65.73,72.15]
Con dependencia	28.76 [22.82,35.55]	31.8 [28.2,35.62]	30.97 [27.85,34.27]
Sexo			
Hombre	43.3 [38.87,47.84]	44.15 [40.65,47.7]	43.92 [41.09,46.78]
Mujer	56.7 [52.16,61.13]	55.85 [52.3,59.35]	56.08 [53.22,58.91]
Grupo de edad			
70 - 79	60.63 [55.21,65.8]	60.55 [57.69,63.34]	60.57 [58.03,63.06]
80 - 89	34.91 [30.25,39.87]	33.5 [30.89,36.2]	33.88 [31.58,36.25]
90 y más	4.462 [2.719,7.24]	5.957 [4.704,7.518]	5.552 [4.485,6.853]
Analfabetismo			
No	35.56 [29.64,41.96]	39.98 [35.77,44.34]	38.78 [35.29,42.38]
Sí	64.44 [58.04,70.36]	60.02 [55.66,64.23]	61.22 [57.62,64.71]
Trabajo remunerado			
No	74.87 [69.67,79.44]	71.92 [68.25,75.31]	72.72 [69.73,75.52]
Sí	25.13 [20.56,30.33]	28.08 [24.69,31.75]	27.28 [24.48,30.27]
Arreglo de domicilio			
AM vive con otros parientes	78.48 [73.43,82.79]	80.37 [77.44,83]	79.86 [77.36,82.14]
AM vive solo	21.52 [17.21,26.57]	19.63 [17,22.56]	20.14 [17.86,22.64]
Nº enfermedades crónicas*			
0	45.36 [39.29,51.57]	39.25 [35.8,42.81]	40.91 [37.89,44]
1	35.82 [30.99,40.97]	36.95 [33.94,40.06]	36.64 [34.07,39.29]
2	14.18 [11.12,17.91]	17.56 [15.18,20.24]	16.64 [14.68,18.81]
3 o más	4.639 [2.666,7.954]	6.238 [4.734,8.178]	5.804 [4.535,7.401]
Padece de ceguera o impedimentos severos de la visión			
No	69.71 [64.1,74.78]	67.13 [63.44,70.63]	67.83 [64.76,70.76]
Sí	30.29 [25.22,35.9]	32.87 [29.37,36.56]	32.17 [29.24,35.24]

* incluye: diabetes mellitus, artritis, osteoporosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad del corazón y cáncer

Cuadro 1: Características sociodemográficas y de salud de los AM según ruralidad - continua

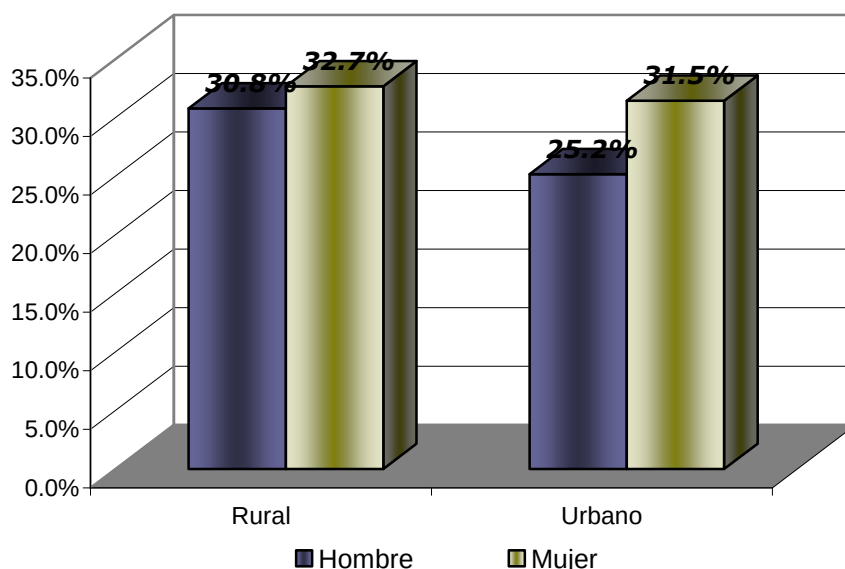
Características	Urbano	Rural	Total
Padece sordera o impedimentos severos en la audición			
No	76.14 [71.08,80.56]	70.44 [67.15,73.53]	71.99 [69.25,74.58]
Sí	23.86 [19.44,28.92]	29.56 [26.47,32.85]	28.01 [25.42,30.75]
Padece de problemas para controlar la orina			
No	90.08 [85.86,93.14]	89.88 [87.53,91.83]	89.93 [87.94,91.63]
Sí	9.92 [6.859,14.14]	10.12 [8.169,12.47]	10.07 [8.368,12.06]
Padece de hernias			
No	91.42 [88.02,93.92]	93.49 [91.6,94.97]	92.92 [91.33,94.24]
Sí	8.579 [6.076,11.98]	6.513 [5.029,8.396]	7.075 [5.756,8.669]
Percepción del estado de salud			
Regular-mala-muy mala	49.64 [43.3,56]	50.51 [46.09,54.92]	50.28 [46.62,53.94]
Buena-muy buena	50.36 [44,56.7]	49.49 [45.08,53.91]	49.72 [46.06,53.38]

Gráfica 1. Porcentaje de dependencia funcional y dificultades para caminar según grupo de edad de los AM



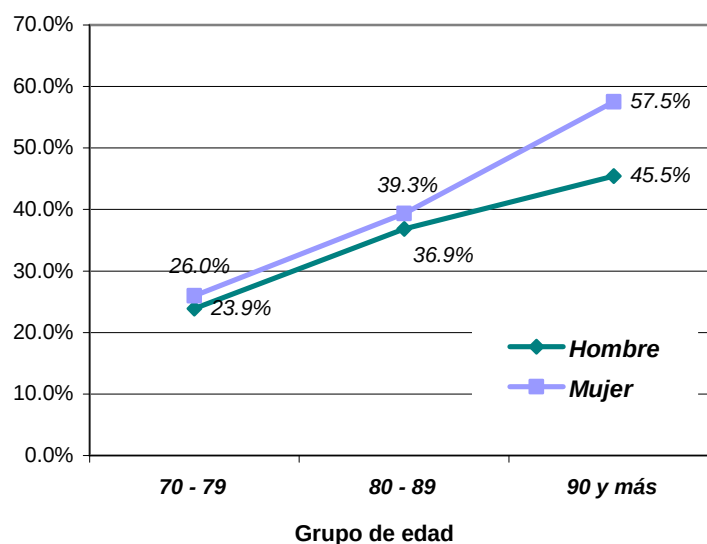
De aquellos que reportaron presentar alguna dificultad en realizar alguna AVD, el 44% presenta sólo una dificultad, 20% dos dificultades, 13% tres dificultades y 11% y 12% presenta 4 y 5 dificultades respectivamente. De esta manera, la discapacidad severa, es decir, el depender de otras personas para poder realizar 3 o más AVD fue de 36%.

Gráfica 2. Porcentaje de AM con dependencia funcional según sexo y ruralidad



Por otro lado, no se observan diferencias estadísticamente significativas según presencia de dependencia funcional al estratificarlo por sexo y condición de ruralidad de los adultos mayores (Gráfica 2). En la gráfica 3 se muestra la relación de la edad y sexo con la presencia de dificultades en AVD; al incrementarse la edad de los AM, tanto en hombres como en las mujeres, se incrementa la prevalencia de padecer de dependencia funcional, sin embargo, el comportamiento es muy similar según el sexo de los entrevistados, y no se observan diferencias estadísticamente significativas.

Gráfica 3. Porcentaje de dependencia funcional según edad y sexo



Los resultados del análisis bivariado permiten identificar que, la dependencia funcional en los AM se relaciona con el analfabetismo ($p=0.02$), con el incremento de la edad ($p<0.001$) y con que el AM no cuente con un trabajo remunerado ($p<0.001$). No obstante, la presencia de un mayor número de enfermedades crónicas también se relaciona con la presencia de dependencia funcional ($p<0.001$), al igual que presentar problemas serios de visión, audición y con los problemas para controlar la orina ($p<0.001$).

Factores asociados a la disponibilidad y tipos de apoyo

Se empleó el análisis de regresión logística para incluir un número mayor de covariables, de modo que permita detectar algunas asociaciones importantes en tanto que se controla por la presencia de potenciales confusores. Se utilizó como variable dependiente: la dependencia funcional (dificultad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria). En el Cuadro 2 se muestran los resultados del modelo para la dependencia funcional.

Cuadro 2: Resultados del modelo de regresión logística para dependencia funcional

Variable	OR	p-value	I.C. (95%)
Sexo			
Hombre*			
Mujer	0.96	0.81	0.66 - 1.37
Analfabeto (a)			
No*			
Sí	1.10	0.54	0.81 - 1.46
Edad	1.04	0.01	1.01 - 1.06
Trabajo remunerado			
No*			
Sí	0.56	0.00	0.37 - 0.81
Arreglo domiciliario			
Vive con parientes*			
Vive solo	1.11	0.55	0.78 - 1.57
Ruralidad			
Urbano*			
Rural	1.19	0.44	0.76 - 1.84
Nº de enfermedades crónicas	1.53	0.00	1.26 - 1.83
Padece de ceguera			
No*			
Sí	2.03	0.00	1.51 - 2.72
Padece de sordera			
No*			
Sí	1.17	0.36	0.83 - 1.63
Padece de hernias			
No*			
Sí	1.22	0.54	0.63 - 2.35
Problemas para control de la orina			
No*			
Sí	1.45	0.14	0.88 - 2.39
Percepción del estado de salud			
Regular-mala-muy mala*			
Buena-muy buena	0.48	0.00	0.35 - 0.64

* categoría de referencia

I.C. (95%): intervalo de confianza al 95%

El modelo permite ver que no hay diferencias en cuanto a la dependencia funcional según el sexo, analfabetismo, condición de ruralidad y si el adulto mayor vive en un hogar unipersonal. Las características de salud que no resultaron estadísticamente significativas, al controlar por otras variables, se encuentra la presencia sordera, hernias y dificultad para controlar la orina.

Entre las variables que sí muestran asociación con la dependencia funcional (factores asociados con la presencia de dependencia funcional en los AM), después de controlar por otras covariables, destaca la presencia de enfermedades crónicas, que implica que, al incrementarse el número de enfermedades crónicas en los AM, se incrementa la posibilidad de padecer dependencia funcional (OR=1.53; IC: 1.3 a 1.8). También es significativo el hecho de presentar problemas serios de visión, ya que aquellos adultos mayores que presentan problemas de ceguera tienen 2 veces más posibilidades de padecer dependencia funcional en comparación con aquellos que no tienen este problema, controlando por otros factores. La buena-muy buena percepción del estado general de salud se relaciona significativamente pero de manera negativa (factor protector) de la dependencia en AVD; es decir, los AM que perciban un mejor estado de salud tienen 2 veces más posibilidades de no padecer dependencia funcional.

Finalmente, la edad presentó asociación significativa con la dependencia funcional, es así que, por cada incremento en la edad de los AM se incrementa la posibilidad de depender de terceros para realizar actividades básicas de la vida diaria, manteniendo las otras covariables constantes. Por su parte, los resultados del análisis de regresión logística, también permiten apreciar que el trabajo remunerado se relaciona de manera negativa con la presencia de dependencia funcional, es así que, un AM sin trabajo remunerado tendrá 2.27 veces más posibilidades de depender de terceros para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Discusión

La prevalencia de dependencia funcional en los adultos mayores beneficiarios del componente para AM del Programa Oportunidades fue mayor a lo reportado en otros estudios con población de ancianos mexicanos (Wong R. et al, 2007; Dorantes-Mendoza et al., 2007). No obstante, también se reporta una elevada prevalencia de discapacidad severa en los ancianos.

Los resultados del análisis de regresión logística muestran la relación entre el número de enfermedades crónicas y el depender de otros para realizar AVD. Se ha reportando en estudios anteriores la relación individual de algunos padecimientos crónicos, como la hipertensión, diabetes mellitus, etc. con la dependencia funcional (Dorantes-Mendoza et al., 2007; Guralnik J. et al., 2001; Fried LP. et al., 1997). Sin embargo, y ha diferencia del estudio como el Barrantes-Monge, donde no se aprecia una relación muy fuerte entre los padecimientos individuales y la dependencia, debido a que la enfermedad respiratoria y cardiaca se relaciona, únicamente en la categoría de severa dependencia en AVD, y diabetes con dependencia moderada y severa. En este estudio es muy significativo la relación del número de padecimientos crónicos y la dependencia funcional de los AM.

En el presente estudio se corrobora que la salud de los AM se deteriora con el tiempo, es así que al incrementarse la edad se presentan mayores posibilidades de experimentar dependencia funcional; resultado que es consistente con lo reportado en otros estudios (González C. et al., 2007; Dorantes-Mendoza et al., 2007). Por su parte el hecho que el AM cuente con trabajo remunerado se asocia de manera negativa con la presencia de dependencia funcional. Lo que mostraría que aquellos ancianos que no requieran de otros para realizar AVD podrían efectuar

actividades laborales que les permita contar con un trabajo remunerado. El estudio también encuentra que el auto-reporte del estado general de salud, en su alternativa de bueno-muy bueno, tiene un efecto protector sobre la dependencia funcional en la población de adultos mayores. Resultados que concuerdan por lo reportado de el trabajo de Dorantes-Mendoza et al., 2007 de la ENASEM-2001.

Los resultados del estudio dan muestra que dada la elevada prevalencia de dependencia funcional reportada en los AM y, además, el vivir en condiciones de pobreza traen consigo implicaciones en la calidad de vida de los AM beneficiarios del Programa Oportunidades, debido a que un gran proporción de los ancianos dependen de terceros para realizar actividades cotidianas de la vida diaria, restringiéndose su capacidad de vivir de manera independiente en la comunidad. Por lo anterior, los resultados también dan muestra de las implicaciones en el entorno familiar, específicamente en la figura de un cuidador, a cargo del cuidado y atención de las necesidades del AM, son la familia quienes forman la principal red de apoyo social informal de los AM que viven en condiciones de pobreza, debido fundamentalmente, que éstos carecen de transferencia de apoyo social formal.

Es importante destacar que la población de AM beneficiarios del Programa Oportunidades presenta peores condiciones de salud y de vida que lo reportado en otros adultos mayores de México. Los carencias alimentarias y el trabajo arduo producto de la pobreza vivida, muy probablemente, desde la niñez, han mermado el estado de salud de estos AM, lo que puede explicar la alta prevalencia de dependencia funcional y de padecimientos crónicos. Por otro lado, los estudios de ENASEM y SABE en la población de AM mexicanos representan un importante esfuerzo por estudiar la problemática de la vida de los ancianos, sin embargo, no permiten determinar las condiciones de vida de los AM que habitan en las localidades rurales (a lo más de 2500 habitantes) del país. La definición de población rural para la ENASEM es de localidades con menos de 100 000 habitantes; mientras que la población objetivo de la SABE fue únicamente el área metropolitana de la ciudad de México. Por estos motivos, los resultados de este estudio dan muestra de la necesidad de cuidado de salud que requiere la población de AM beneficiarios de Oportunidades; por otro lado, también podrían servir para orientar esfuerzos que permitan implementar mejoras en el acceso a los servicios de salud, sobre todo, porque la población de ancianos, en general, y en particular los beneficiarios de Oportunidades, carecen de seguridad social lo que no les permite contar con un seguro médico.

Por último, como limitaciones del estudio se puede considerar la medición de las variables, toda la información obtenida fue a través del auto-reporte de los AM, no se realizaron mediciones biológicas ni valoración clínica que permita corroborar lo mencionado por el adulto mayor. Otra limitación del estudio, tiene que ver con el tipo de diseño de estudio, transversal, y en este sentido las conclusiones de este trabajo está enmarcadas en términos de relaciones, y no de causalidad.

Referencias

- ¹ CONAPO, 2004. Situación Demográfica Nacional, en “La Situación Demográfica de México”
- ² Salgado, Nelly, 2003. Envejecimiento, género y pobreza en México rural. En: Salgado N, Wong R. ed. Envejecimiento en pobreza. Género, salud y calidad de vida. México, Cuernavaca. Instituto Nacional de Salud Pública
- ³ Popolo, Fabiana, 2001. “Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina”, en serie de Población y desarrollo. CEPAL – CELADE. Santiago de Chile, noviembre de 2001
- ⁴ Ham, Roberto, 2003. El envejecimiento en México: El siguiente reto de la transición demográfica, El colegio de la Frontera Norte, Ed. Porrúa, México
- ⁵ Dorantes-Mendoza et al., 2007. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001
- ⁶ Rodger W, Miller B. A comparative analysis of ADL questions in surveys of older people. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1997; 52B:21-36
- ⁷ Guralnik et al., 2001. Progressive versus Catastrophic Loss of the Ability to Walk: Implications for the Prevention of Mobility Loss. J. Am Geriatr Soc 49:1463-1470, 2001.
- ⁸ Ferrucci et al., 1996. Progressive versus catastrophic disability: A longitudinal view of the disablement process. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 1996;51A:M123-M130.
- ⁹ Khokhar et al., 2001. Persistent Mobility Deficit in the Absence of Deficits in Activities of Daily Living: A Risk Factor for Mortality. J Am Geriatr Soc 49: 1539-1543
- ¹⁰ Rockwood et al., 1994. Frailty in elderly people: an evolving concept. Can Med Assoc J; 150(4): 489-495
- ¹¹ Rockwood et al., 2005. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ; 175(5):489-95
- ¹² Kovar, Mary G., 1991, “Functional ability and the need for care: issues for measurement research, Chapter 10”, Vital and health statistics, Series 5, No. 6, National Center for Health Statistics, U. S. http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_05/sr05_006.pdf
- ¹³ Solís, Patricio, 2001, “La población en edades avanzadas”, Gómez de León, José y Rabell, Cecilia (coords.), *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el Siglo XXI*, Consejo Nacional de Población, Fondo de Cultura Económica, México, pp. 835-869.
- ¹⁴ Wong R. et al. 2007. “Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento”. Salud Pública de México. Vol.49,suplemento 4 de 2007
- ¹⁵ Katz S et al. 1983. Active Life Expectancy. N Engl J Med, 308:1281-1224