

Universitat ROVIRA I VIRGILI

Tesi Doctoral

Descripció de la situació de salut,
dependència i qualitat de vida de
la població de gent gran d'un nucli
urbà.

Gabriel de Febrer Martínez

2009



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGLI

DESCRIPCIÓ DE LA SITUACIÓ DE SALUT, DEPENDÈNCIA I QUALITAT DE VIDA DE LA POBLACIÓ DE GENT
GRAN D'UN NUCLI URBÀ

Gabriel de Febrer Martínez

ISBN:978-84-693-0716-8 /DL:T-424-2010



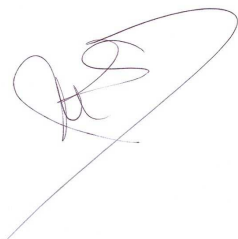
Informe del director de la tesi doctoral
(art 11.3 del reial decret 56/2005 de Postgrau)

INFORME DEL DIRECTOR DE TESI		
El(s) (co)directors sotassignats emeten el següent informe de la tesi doctoral presentada a tràmit de dipòsit		
	SI	NO
La tesi consisteix en un treball original de recerca	x	
El títol reflecteix acuradament el contingut de la tesi	x	
Les hipòtesis i/o els objectius de la tesi estan clarament formulats	x	
La metodologia està descrita	x	
Hi consta el procediment	x	
Hi consten els resultats i la discussió dels mateixos	x	
Les conclusions de la tesi corresponen a les hipòtesis i/o objectius formulats	x	
La bibliografia està ben reflectida	x	
D'aquesta tesi es deriven les següents aportacions científiques:		
<ul style="list-style-type: none"> - Gabriel de Febrer Martínez, Rosa Solà Alberich, Victòria Arija Val. Descripción del estado nutricional de una población de edad avanzada en un medio urbano. Área sociosanitaria. Hospital Universitario de Sant Joan de Reus. Facultat de Medicina. Universitat ROVIRA i VIRGILI. <i>51 Congreso de la Sociedad Española de Geriátria y Gerontología (SEGG). Bilbao, 2009.</i> - Observatori de la gent gran de Reus 2005. G. de Febrer, R. Solà i V. Arija - Gabriel de Febrer Martínez, Rosa Solà Alberich, Victòria Arija Val. Factors associated with functional dependence in elderly Mediterranean population (sotmès al l'editor). - Gabriel de Febrer Martínez, Rosa Solà Alberich, Victòria Arija Val. Determinants of health-related quality of life in elderly Mediterranean population (sotmès al l'editor). - Victòria Arija Val, Gabriel de Febrer Martínez, Rosa Solà Alberich. Assessing the socio-economic and demographic impact on nutritional and mental status: evidence 		

in an elderly Mediterranean population (sotmès al l'editor).

I en conclusió, s'emet l'informe favorable per tal que es pugui portar a terme tràmit de lectura i posterior defensa pública.

Reus, 30 de Juny de 2009



Nom i cognoms Rosa SOLÀ
Director de la tesi



Nom i cognoms Victòria ARIJA.
Codirector (si s'escau)

RESUM TESI DOCTORAL

Introducció: En les darreres dècades, les millores socials, les condicions higièniques i la salut pública han contribuït a que les persones incrementin la seva esperança de vida. El coneixement de la situació socio-familiar, l'estat de salut i de la dependència funcional de la població de les persones majors de 65 anys és una prioritat tan per els serveis socials com sanitaris per poder donar resposta a les necessitats creixents d'aquest grup de població.

Hipòtesi de treball i Objectius: Hipòtesi: Les condicions socioeconòmiques i de salut determinen la capacitat funcional i la qualitat de vida de la gent gran que viu en el seu domicili.

Objectius: Conèixer les característiques personals socioeconòmiques i culturals de la gent gran. Descriure les característiques de la llar, el nucli de conveniència i la situació familiar de la gent gran. Analitzar els aspectes més rellevants de l'estat de salut referents a la funció cognitiva, l'estat d'ànim, la situació nutricional, la fragilitat i la patologia més freqüent de gent gran. Descriure la situació de dependència funcional de la gent gran. Avaluar la qualitat de vida relacionada amb la salut de la gent gran. Relacionar els nivells de dependència funcional amb els recursos sociosanitaris disponibles a la ciutat per a la gent gran. Analitzar les relacions entre les característiques personals, el seu entorn sociofamiliar i l'estat de salut amb la capacitat funcional i la qualitat de vida de la gent gran.

Material i mètodes: Es un estudi transversal descriptiu. La mostra s'ha obtingut de forma aleatòria i estratificada per grups d'edat (*65-79 anys i 80 anys i més*), gènere i districtes censals de la ciutat de l'any 2004. Aquest grup representa un 15,2% de la població total del municipi. L'estudi s'ha realitzat a les persones que viuen a casa seva, i s'han exclòs les persones institucionalitzades. Per calcular la mida de la mostra, s'ha considerat que la prevalença dels problemes de salut segons els objectius plantejats estan

situats entre el 3% i el 47%. Així, el nombre de individus necessari per estimar aquests percentatges amb una precisió entre el 98% i el 94% és de 450 subjectes. Cada individu seleccionat tenia 2 substituïts de la mateixa edat, gènere i districte, per reemplaçar a un subjecte que no participa o no s'ha pogut connectar amb ell. S'han realitzat entrevistes a les persones seleccionades en el seu domicili. L'enquesta contempla els següents aspectes: 1. sociofamiliars i econòmiques: nivell d'estudis, situació laboral, condicions de l'habitatge (tipus, règim de tinença de la llar, despeses, equipaments, barreres arquitectòniques) i el nucli de convivència. 2. aspectes de salut: funció cognitiva, estat d'ànim, situació nutricional, fragilitat, patologies més incapacitants i síndromes geriàtriques. S'ha dissenyat una enquesta que inclou escales validades senzilles de realitzar per persones prèviament instruïdes. L'entrevista es realitzava en el domicili dels participants. Els aspectes de salut avaluats són l'estat cognitiu amb el qüestionari de Pfeiffer, l'estat d'ànim amb l'escala de depressió de Yesavage, la situació nutricional amb el Nutritional Screening Initiative (NSI), la fragilitat amb el qüestionari de Barber. La capacitat funcional s'ha valorat mitjançant l'escala de Barther i l'índex de Lawton. L'Euroqol (Eq-5D) valora la qualitat de vida relacionada amb salut.

Anàlisis estadístics: Els resultats descriptius s'expressen en mitjanes amb desviació estàndard i en percentatges amb l'interval de confiança de 95%. Per a la comparació de percentatges s'ha aplicat la prova del *chi-quadrat*. Per a la comparació de mitjanes s'ha utilitzat la *t* de Student Fisher i l'anàlisi de la variància. Quan no es complien els criteris d'aplicació dels test, es van utilitzar les proves no paramètriques. Per a l'anàlisi de les dades s'ha utilitzat el programa estadístic d'anàlisi de dades SPSS versió 15 per a Windows.

Es va crear un model de Regressió Logística Múltiple per analitzar els factors associats a la dependència funcional en les activitats bàsiques de vida diària mesurada pel Barthel; i un model de Regressió Lineal Múltiple per analitzar els factors associats amb la qualitat de vida valorada pel qüestionari EQ-5D.

S'ha acceptat la significació estadística $<0,05$.

Resultats i discussió: un 5% (IC 95%, 3,0-7,0) de la gent gran presenta problemes per cobrir les necessitat bàsiques i un 14,4% (18,8-17,2) no té a qui demanar ajuda. Un 10% (10,8-17,2) jutgen les seves llars com mal equipades, i no són propietaris en un 22,6% (18,7-26,5). Un 20,5% (16,8-24,2) viu sol i el 8% (5,5-10,5) té barreres arquitectòniques que impedeixen sortir al carrer habitualment. Un 10% (7,2-12,8) declara analfabetisme. Aquestes característiques socioeconòmiques i culturals són similars a les d'altres poblacions del nostre entorn.

De l'estat de salut destaca que, un 20,7% (16,7-24,1) presenten deteriorament cognitiu, un 26% (21,9-30,1) una alteració de l'estat d'ànim, un 54,2% (49,6-58,8) està en risc nutricional i el 71,3% (67,1-75,5) presenten fragilitat. Aquestes situacions augmenten amb l'edat i en les dones. Entre les patologies més prevalents, destaca l'increment de la insuficiència cardíaca amb l'edat.

La dependència funcional per a les activitats bàsiques de la vida diària és d'un 21,1% (17,3-24,9), i en el nivell més greu d'un 6,3% (4,1-8,5). Per a les activitats instrumentals és del 60,2% (55,7-64,7). La dependència és més prevalent, de forma significativa, en el grup de més edat i en les dones. La qualitat de vida relacionada amb la salut és millor en els homes que en les dones ($p < 0.001$), però no varia amb l'edat.

De forma general, es pot concloure, que en l'estat de salut, una de cada 5 persones grans presenta un deterior cognitiu, un de cada 4, té alteració de l'estat d'ànim, 1 de cada 2 està en risc nutricional i 3 de cada 4 presenten fragilitat.

La majoria de la gent gran que viu en el seu domicili gaudeix d'una bona situació, però s'ha detectat un grup de persones amb deteriorament de la salut i de la qualitat de vida.

La dependència funcional en les activitats bàsiques de la vida diària s'ha associat amb factors difícilment modificables com el deteriorament cognitiu,

la pluripatologia, la sordesa, el risc nutricional i l'edat. La dependència funcional no s'associa ni amb el gènere ni el nivell d'estudis.

No obstant, per millorar la qualitat de vida es podrien plantejar accions en les variables modificables per disminuir l'analfabetisme en edats adequades, i així millorar el nivell socioeconòmic. Però s'hauria de tenir cura de les dones, en especial a les dels grups marginals.

1

1. INTRODUCCIÓ.	13
1.1. Situació demogràfica de l'envelliment.	21
1.1.1. Augment de la població de gent gran.	21
1.1.2. Anàlisi de les dades de població de Reus.	25
1.1.3. Conseqüència de l'envelliment de la població.	30
1.2. La salut, la dependència funcional i la qualitat de vida de les persones grans.	34
1.2.1. La salut de les persones grans.	34
1.2.2. La dependència funcional.	47
1.2.2.1. La freqüència de la dependència.	51
1.2.2.2. Cap on anem?	60
1.2.2.3. Etiologia de la dependència.	64
1.2.3. La Qualitat de vida.	75
1.3. Recursos socials i socio-sanitaris.	80
1.4. Sistemes d'avaluació.	85
1.4.1. Avaluació dels aspectes de salut.	85
1.4.1.1. Valoració de la funció cognitiva.	85
1.4.1.2. Valoració de l'estat d'ànim.	89
1.4.1.3. Valoració de la situació nutricional.	93
1.4.1.4. Valoració de la fragilitat.	102
1.4.2. Avaluació de la dependència funcional.	104
1.4.2.1. Valoració de les activitats bàsiques de vida diària.	107
1.4.2.2. Valoració de les activitats instrumentals de la vida diària.	110
1.4.2.3. Avaluació de la Llei de la dependència.	113
1.4.3. Avaluació de la qualitat de vida.	117

2

2. HIPÒTESIS DE TREBALL I OBJECTIUS.	123
2.1. Hipòtesi de treball.	123
2.2. Objectius.	123

3

3. METODOLOGIA.	125
3.1. Selecció de la mostra.	125
3.2. Mètodes.	129
3.2.1. L'enquesta.	129
3.2.1.1. Disseny de l'enquesta.	129
3.2.1.2. Mètode de l'entrevista.	129
3.2.2. Variables de l'enquesta.	130
3.2.2.1. Característiques sociofamiliars.	130
3.2.2.2. Aspectes de salut.	130
3.2.2.2.1. Valoració de la funció cognitiu. Test de Pfeiffer.	131
3.2.2.2.2. Valoració de l'estat d'ànim. Escala de Yesavage.	131
3.2.2.2.3. Valoració de la situació nutricional. Qüestionari NSI.	132

ÍNDEX

3.2.2.2.4. Valoració de la fragilitat. Qüestionari de Barber.-----	133
3.2.2.2.5. Valoració de la comorbiditat. Patologies més incapacitants. -----	133
3.2.2.3. Capacitat funcional.-----	135
3.2.2.3.1. Valoració de la capacitat funcional per a les ABVD. Escala de Barthel.-	135
3.2.2.3.2. Valoració de la capacitat funcional per a les AIVD. Índex de Lawton. ---	136
3.2.2.4. Qualitat de vida. EuroQol-5D.-----	137
3.2.2.5. Recursos socials i socio-sanitaris de la ciutat.-----	137
3.3. Anàlisis estadístics.-----	139

4

4. RESULTATS.-----	147
4.1. Mostra.-----	147
4.2. Característiques de les persones de 65 anys i més.-----	149
4.2.1. Nivell d'estudis.-----	149
4.2.2. Situació professional.-----	150
4.2.3. La llar.-----	152
4.2.3.1. Règim de tinença de la llar.-----	152
4.2.3.2. Característiques de la llar.-----	153
4.2.4. Percepció de la situació econòmica.-----	155
4.2.5. Nucli de convivència.-----	156
4.2.6. Relació amb les persones de l'entorn.-----	157
4.2.6.1. Relació amb la família.-----	157
4.2.6.2. Suports de la família i de l'entorn.-----	158
4.2.7. Activitats de lleure.-----	159
4.3. Aspectes de salut.-----	161
4.3.1. Funció cognitiva.-----	161
4.3.2. Estat d'ànim.-----	162
4.3.3. Estat nutricional.-----	164
4.3.4. Fragilitat.-----	168
4.3.5. Morbiditat.-----	174
4.4. Dependència funcional.-----	180
4.4.1. Dependència en les activitats bàsiques de la vida diària. ABVD.-----	180
4.4.2. Dependència en les activitats instrumental de la vida diària. AIVD.-----	186
4.5. Qualitat de vida.-----	190
4.6. Anàlisi multivariant de la dependència funcional en les ABVDs.-----	193
4.7. Anàlisi multivariant de la qualitat de vida.-----	196
4.8. Recursos socials i socio-sanitaris de la ciutat.-----	199

5

5. DISCUSSIÓ.-----	203
5.1. Discussió dels mètodes.-----	203
5.2. Discussió.-----	210

6

6. CONCLUSIONS.-----	233
----------------------	-----

ÍNDIX

7

7. ANEXES.-----235

8

8. BIBLIOGRAFIA. -----245

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGLI

DESCRIPCIÓ DE LA SITUACIÓ DE SALUT, DEPENDÈNCIA I QUALITAT DE VIDA DE LA POBLACIÓ DE GENT
GRAN D'UN NUCLI URBÀ

Gabriel de Febrer Martínez

ISBN:978-84-693-0716-8 /DL:T-424-2010

1. INTRODUCCIÓ.

Preàmbul.

L'important increment de l'esperança de vida que gaudim en el moment actual, conseqüència de les millores socioeconòmiques i dels avenços en el camp de la medicina, comporta un augment del grup de població de més edat. Aquest fet representa un repte per als diferents nivells d'atenció sanitària i social que han d'atendre aquesta població.

El coneixement de la complexa realitat de la gent gran en relació amb la seva situació de salut, la dependència funcional i la qualitat de vida és una prioritat, tan pels serveis socials com sanitaris, i així donar resposta a les necessitats creixents d'aquest grup de població.

El concepte de salut a la tercera edat és la confluència de tres components: l'absència de malaltia, l'estat funcional òptim segons l'edat i l'adequat sistema de suport social.

En aquest entorn, es planteja el present treball, realitzant una anàlisi dels següents objectius en relació a aquest grup de població:

- L'estat de salut.
- La dependència funcional.
- La qualitat de vida.

Les dades obtingudes poden ser el punt de referència per mesurar els efectes de les accions dirigides a mantenir la salut, evitar l'aparició de dependència funcional i millorar la qualitat de vida.

INTRODUCCIÓ

Per a dur a terme aquesta tasca, és clau la metodologia emprada per comparar els nostres resultats amb els d'altres estudis realitzats amb la mateixa finalitat.

El nostre estudi es va desenvolupar durant al 2005, per elaborar "l'Observatori de la Gent Gran de Reus", essent un encàrrec de la Regidoria de Serveis Socials de l'Ajuntament de Reus a la Universitat Rovira i Virgili (URV), i així es va analitzar una mostra representativa de les persones de 65 anys i més, d'un nucli urbà, la ciutat de Reus. Manifestem el nostre agraïment per la confiança dipositada en el nostre treball.

Definicions.

Autonomia: és la percepció de controlar, afrontar i prendre decisions personals sobre com viure d'acord amb les normes i preferències pròpies. No s'ha de confondre amb independència funcional¹.

Barrera: és un factor que delimita el funcionament d'una persona i li creen discapacitat. Inclou aspectes com un ambient físic inaccessible, falta de tecnologia assistencial apropiada, actituds negatives de les persones vers la discapacitat. També s'inclouen els serveis, sistemes i polítiques que no existeixen o que específicament dificulten la implicació de les persones que presenten una discapacitat en les àrees de la vida (Classificació Internacional del Funcionament, Discapacitat i de la salut: CIF 2001², Organització Mundial de la Salut (WHO)).

Deficiència: és l'anormalitat o la pèrdua d'una estructura corporal o d'una funció fisiològica (CIF 2001², WHO).

Dèficit: és la pèrdua o l'anormalitat d'una part del cos (estructura) o funció corporal (fisiològica), que inclouen les funcions mentals. L'anormalitat es refereix estrictament a una desviació significativa de les dades estadístiques establertes (com una desviació de la mitjana d'una població amb normes estandarditzades) i només s'ha d'utilitzar en aquest sentit (CIF 2001², WHO).

Dependència: segons la "Ley de la dependencia¹" és l'estat de caràcter permanent en el que es troben les persones que, per raons derivades de l'edat, la malaltia o la discapacitat, presenten falta o pèrdua de l'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, i que precisen de l'atenció d'una o més persones, o d'ajudes per realitzar activitats bàsiques de la vida diària (ABVD). En el cas de les persones amb discapacitat intel·lectual o amb

INTRODUCCIÓ

malaltia mental necessiten d'altres tipus de recolzaments per a la seva autonomia personal.

Dependència funcional: segons el consell d'Europa (1998), és l'estat en que es troben les persones que per raó de la seva manca o pèrdua d'autonomia física, psíquica o intel·lectual, precisen ajuda o assistència important per a la realització de les tasques de la vida quotidiana³.

16

Discapacitat: terme genèric que inclou deficiències, limitacions en l'activitat i restriccions en la participació. Indica els aspectes negatius de la interacció entre un individu (amb una condició de salut) i els seus factors contextuals (factores ambientals i personals) (CIF 2001², WHO).

Factors ambientals: inclouen l'ambient físic, el social i l'actitudinal en el que les persones viuen i condueixen les seves vides (CIF 2001², WHO).

Esperança de vida sense discapacitat: nombre d'anys que una persona pot gaudir d'una vida saludable, sense morbiditat o incapacitat.

Esperança de vida: nombre d'anys de vida, valorat com mitjana, que s'espera viurà un nounat, si les condicions de mortalitat existents a la data del seu naixement persistissin durant la seva vida.

Envelliment patològic: és l'envelliment que apareix un deteriorament de l'estat de salut a partir dels 60 anys d'edat.

Envelliment satisfactori: es caracteritza per l'aparició del deteriorament de l'estat de salut a partir dels 80 anys d'edat o principis del 90 anys.

Envelliment usual: correspon a un empitjorament de l'estat de salut als 70 anys d'edat.

Independència funcional: és la capacitat per desenvolupar les activitats de vida diària (AVD) que ens permet realitzar la quotidianitat sense ajuda.

Limitació en l'activitat: són les dificultats que té un individu en l'execució de les activitats. Una limitació en l'activitat pot variar entre lleu o greu, en termes de quantitat o qualitat en l'execució de l'activitat, que contemplen la manera, l'extensió o la intensitat esperada (CIF 2001², WHO).

Persona socialment dependent: és la conseqüència de limitacions severes d'ordre físic o mental, pel que requereix l'ajuda d'una altra persona per fer les AVDs. Està en debat quines són aquestes activitats, però de manera orientativa, ens referim a tots aquells actes que tenen a veure amb l'atenció personal o que serveixen de suport imprescindible per a aquesta atenció⁴.

Població d'edat avançada: són aquelles persones que presenten una edat cronològica de 65 anys o més, en els països desenvolupats. No obstant, hi ha d'altres definicions i la WHO⁵ (1980) considera l'envelliment a partir dels 60 anys d'edat.

Qualitat de vida: és la percepció que té l'individu sobre la seva posició en el context de la cultura i el sistema de valors en els què viu, i amb relació als seus objectius, expectatives, estàndards i preocupacions de la vida (WHO⁶,1983).

Restricció en la participació: són els problemes que un individu pot experimentar sobre la seva participació en situacions vitals. La presència de restriccions en la participació està determinada en comparació amb l'esperada d'una persona sense discapacitat en aquella cultura o societat (CIF 2001², WHO).

INTRODUCCIÓ

Sobreenvelliment o envelliment de l'envelliment: és la població de 85 anys i més d'edat cronològica.

Tipificació de les persones majors: en "la Primera Conferencia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Madrid, Junio de 2007"⁷, es van definir les persones sanes, les persones malaltes i es va classificar la dependència en diversos graus de severitat, segons l'escala de Barthel. Pel que fa a la salut i a la malaltia, una persona es pot classificar en:

18

- **Persona major sana:** no presenta malaltia ni alteració funcional, mental o social.
 - **Persona major amb malaltia crònica:** pateix una o varies malalties cròniques, però sense problemes funcionals, mentals o socials.
 - **Persona major en risc i fràgil:** conserva la seva independència de manera inestable i es troba en situació de risc de pèrdua funcional. Es tracta de persones majors que presenten un o més dels factors de risc predictius de deteriorament, pèrdua de funcionalitat o de dependència^{8,9,10 i 11}.
 - **Persona major dependent de caràcter transitori o permanent:** presenta una situació de dependència, sense relació amb la seva intensitat.
 - **Persona major en situació de final de la vida:** pateix una malaltia en fase terminal amb una expectativa de vida generalment menor de sis mesos¹². Englobaria tant a pacients amb malaltia oncològica com no oncològica en fase avançada i/o terminal, acompanyada d'una limitació funcional severa no reversible, i amb una clínica complexa i canviant.
-

INTRODUCCIÓ

Valoració funcional: mesura la dependència funcional. La capacitat o no de fer una activitat s'anomena independència o dependència, respectivament.

INTRODUCCIÓ

1.1. Situació demogràfica de l'envelliment.

1.1.1. Augment de la població de gent gran.

21

En les darreres dècades, les millores socials, les condicions higièniques i la salut pública han contribuït a l'augment de l'esperança de vida de les persones. Apareix la longevitat com un fet social i sanitari.

A Catalunya, l'esperança de vida al néixer es va incrementar d'una manera notable al llarg del segle passat: a principis de segle XX era de menys de 40 anys, mentre que al final era, gairebé de 80 anys, essent més important en les dones que en els homes.

Al 2004, segons fonts de l'Institut d'Estadística de Catalunya de la Generalitat de Catalunya (Idescat¹³), l'esperança de vida era de 77,4 anys per als homes i de 84 anys per a les dones. És una de les esperances de vida més altes del món, per tant la població catalana presenta una longevitat important.

A Europa, a l'any 2004¹⁴, l'esperança de vida per als homes era de 75,6 anys i per a les dones de 81,7 anys, com es mostra en la taula 1.

Taula 1. Evolució de l'esperança de vida en el moment de néixer, en homes i dones de la Unió Europea (EU-25), (1962-2004).

Anys	Homes	Dones
1962	67,2	72,9
1972	68,6	75,0
1982	70,3	77,2
1992	72,2	79,1
2002	74,8	81,1
2004	75,6	81,7

Font: Eurostat, 2004.

INTRODUCCIÓ

A Espanya, per a les pròximes dècades, la previsió de l'augment de l'esperança de vida serà pràcticament de 80 anys per als homes i de 86 anys per a les dones, en el 2020¹⁵ (taula 2).

Taula 2. Projecció de l'esperança de vida al néixer a Espanya.

Anys	Esperança de vida al néixer (anys) en homes	Esperança de vida al néixer (anys) en dones	Diferència en anys
2002	76,63	83,36	6,73
2010	78,34	84,79	6,45
2015	79,23	85,53	6,30
2020	79,84	86,01	6,20
2025	80,36	86,48	6,11
2030	80,88	86,91	6,02

Font: INE, 2004

En el països desenvolupats, l'increment progressiu de l'esperança de vida i també el descens de la natalitat provoquen una major proporció de la població d'edat avançada (Eurostat, 2004)¹⁴.

L'envelliment demogràfic arriba a la població catalana, a partir de 1970, en retard respecte als països europeus. Un primer efecte que motiva l'increment de la població es produeix amb la reducció en les taxes de mortalitat ordinària (no epidèmica) després de la Primera Guerra Mundial. Un segon efecte és l'explosió demogràfica del "baby-boom" que s'inicia en 1955 després de la llarga postguerra espanyola, deu anys després de la resta d'Europa¹⁶.

En quant al futur, totes les projeccions assenyalen que aquest envelliment no ha fet més que començar en els països desenvolupats¹⁷. La situació no sembla que hagi de ser diferent a Espanya, com apunta el treball de Fernández Cordon (1998)¹⁶. El col·lectiu que experimentarà un major creixement en les pròximes tres dècades serà el de les persones de més de 65 anys d'edat.

Així, a l'augment sostingut que s'observa fins l'actualitat, seguirà un període de relatiu estancament que es perllongarà durant la present dècada. A partir de 2011, es produirà un augment del nombre de persones de 65 anys i més, que s'accelerarà en l'any 2020 amb l'arribada de les primeres generacions del "baby-boom" a l'edat dels 65 anys (taula 3).

Taula 3. Projecció del percentatge de la gent de 65 anys i més a Europa.

País	1996	2020	2050
Itàlia	16,8	22,7	31,3
Bèlgica	16,0	20,7	25,6
Regne Unit	15,7	19,3	25,4
Grècia	15,8	20,6	27,7
Alemanya	15,6	20,9	27,7
Espanya	15,4	19,6	31,5
França	15,2	20,5	26,8
Portugal	14,7	17,9	25,9
Finlàndia	14,3	21,7	25,0
Holanda	13,3	19,3	24,4
Irlanda	11,5	18,5	34,3

Font: Geriatria XXI, 2000. Eurostat, 1998.

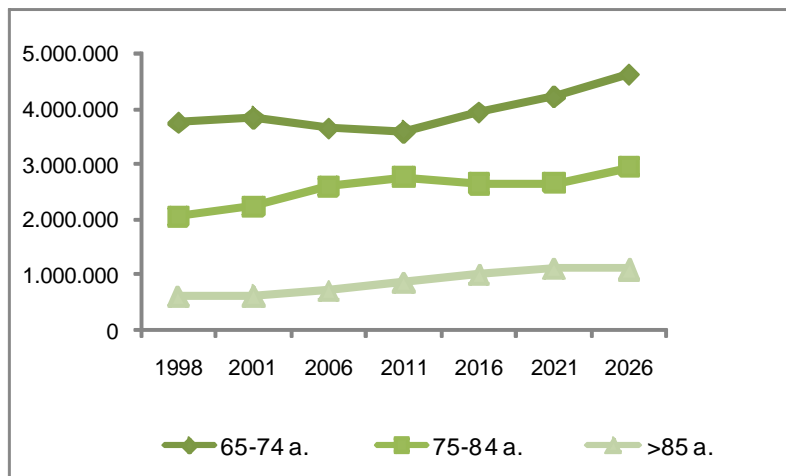
Respecte el grup d'edat de 75 a 84 anys, a Espanya, s'observa que durant la dècada de 1990 disminueix la velocitat de creixement, i a partir del 2000 torna a augmentar. Es preveu que, més enllà del 2011, hi haurà un nou fort augment d'aquest grup de població, tal com es pot objectivar en les figures 1 i 2.

En l'actualitat, quan s'analitza l'evolució de la població de més edat, de 80-84 anys, destaca un fort creixement que seguirà durant els pròxims anys. Un augment que, encara que lleu, es transmetrà al grup de més edat, 85 anys o més, durant el pròxim decenni, 2010-2020.

S'ha de veure com variarà tan l'esperança de vida com la natalitat, amb l'arribada de persones, habitualment joves, conseqüència de la immigració de països en vies de desenvolupament.

INTRODUCCIÓ

Figura 1. Evolució de les persones de 65 anys per grups d'edat a Espanya (2001-2026).



Font: Projectió de la població espanyola. Instituto de Demografía. Madrid, 1994

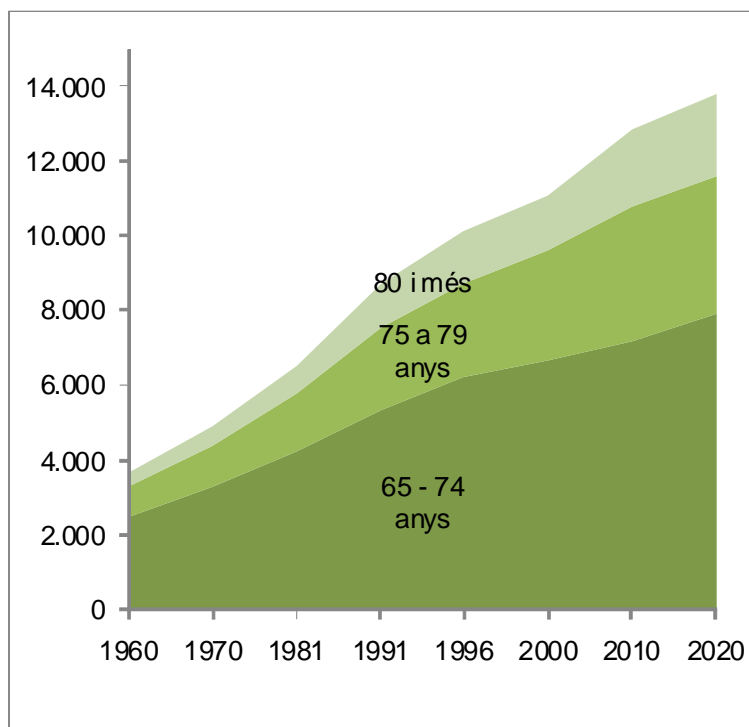
Un altre fet destacat en relació amb aquests canvis demogràfics és el concepte del **sobreenvelliment** de la població o “envelliment de l’envelliment”. A Europa, el percentatge de persones de més de 80 anys és del 4% i arribarà fins el 10% en 2050¹⁸ (taula 4).

Taula 4. Percentatge de la població de la Unió Europea de més de 80 anys. (1963-2004).

Any	% de majors de 80 anys
1964	1,6
1972	1,9
1980	2,2
1988	3,0
1996	3,6
2004	4,0

Font: Eurostat, 1998.

Figura 2. Evolució de les persones grans per grups d'edat a Espanya (2001-2026).



Per 1.000 habitants.

Font: INE, Projeccions de població calculades a partir del Cens de 2001.

1.1.2. Anàlisi de les dades de població de Reus.

Per conèixer la situació demogràfica de la població de gent gran a Reus hem consultat les dades de l'Idescat-2004 (posteriorment s'han actualitzat fins 2006) i del cens de l'Ajuntament de Reus-2004, que han permès calcular els índex més rellevants per a aquest grup de població:

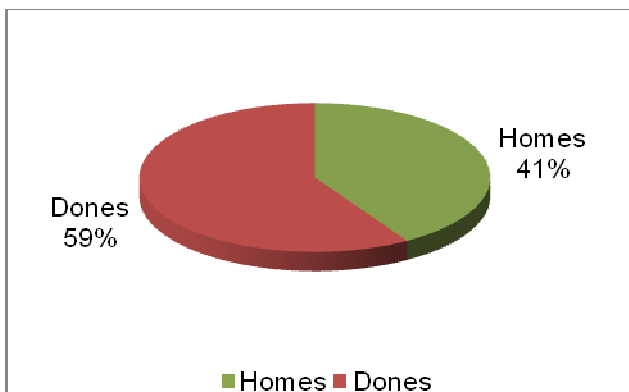
- l'índex d'envelliment
- l'índex de sobreenvelliment

INTRODUCCIÓ

El 15,2% de la població és major de 65 anys i són 14.711 persones. El 58,8% (8.641) són dones i el 41,2% (6.070) són homes. La superioritat del nombre de dones és una característica pròpia d'aquest grup de població. Aquest predomini femení s'incrementa amb l'edat, arribant al 65,9% en el grup de població de més edat (figures 3 i 4).

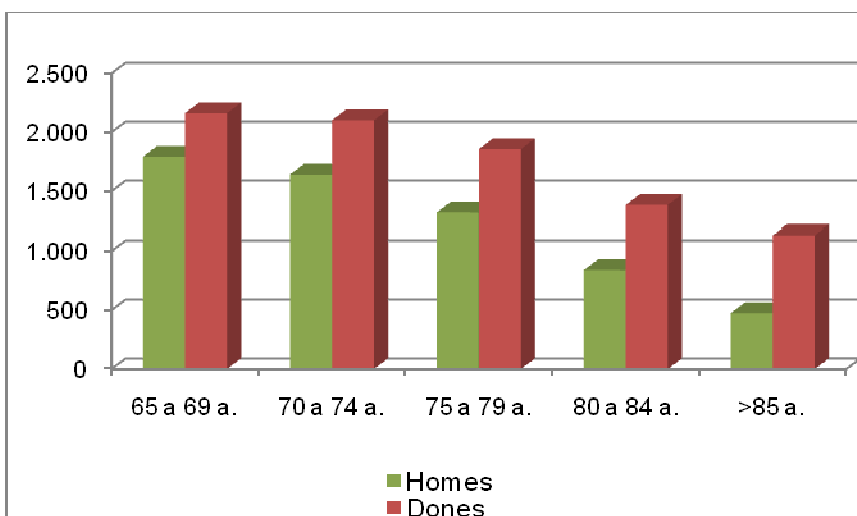
26

Figura 3: Distribució de la població de 65 anys i més segons el gènere.



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades d'Idescat-2004.

Figura 4. Nombre de persones que viuen a Reus per grup d'edat i gènere.



Font. Elaboració pròpia a partir de les dades d'Idescat-2004.

Distribució de la població de la gent gran segons districtes de serveis socials.

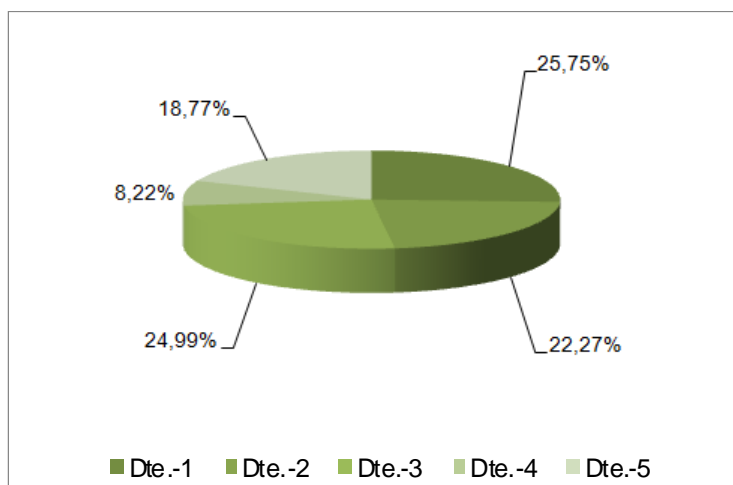
Els límits dels districtes socials e la ciutat, segons l'Ajuntament de Reus, corresponen a:

- Districte 1: Nucli Antic i Barri Carrilet.
- Districte 2: Barri Immaculada, Països catalans, Passeig Prim i Mas Vilanova.
- Districte 3: Barri Gaudi, Urbanització Sant Joan.
- Districte 4: Barri Sant Josep Obrer.
- Districte 5: Barri Fortuny i Mas Iglesias.

27

Els districtes més envellits són l' 1, el 2 i el 3, que presenten un percentatge de persones majors de 65 anys superior al 22% (mitjana del 15% pel global de Reus) (figura 5). Aquesta distribució es correspon amb l'antiguitat del barri.

Figura 5. Distribució de les persones de 65 anys i més per districtes a Reus.



Font. Elaboració pròpia a partir de les dades del cens de Reus-2004.

INTRODUCCIÓ

En l'índex d'envelliment, s'observa un increment progressiu de l'índex d'envelliment que, pràcticament, s'ha triplicat, del 36,6% en 1981 fins al 91% en 1996, i continua augmentant de forma lineal fins arribar quasi al 100%. Dada similar a la resta de la població catalana.

28

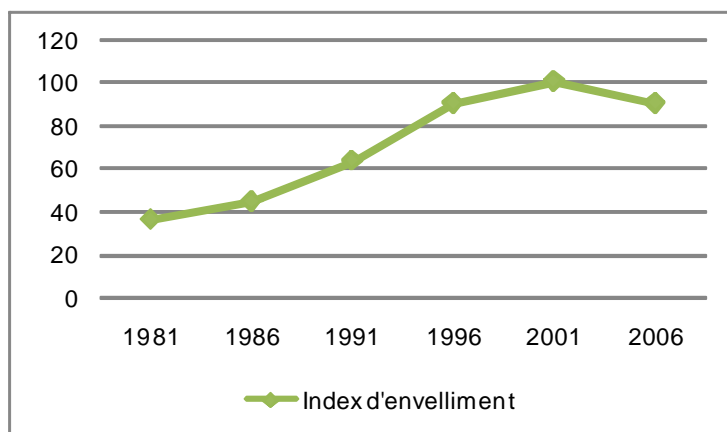
En el 2001 hi ha una estabilització de l'índex, i a partir del 2006 una disminució d'aquest, però la població de 65 anys i més, segueix creixent en valors absoluts (taula 5, figures 6 i 7). Aquest és el resultat del continu creixement del grup de població més jove, principalment per la immigració externa i per l'increment de la natalitat.

Taula 5. Grups d'edat de la població de 65 anys i més. Índex d'envelliment a Reus.

	≥65 anys	Total habitants	Índex envelliment	Proporció ≥65 anys/total
1981	7.730	79.245	36,6%	9,7%
1986	9.085	81.145	45%	11,1%
1991	11.504	87.670	64%	13,1%
1996	13.683	90.993	91%	15,0%
2001	13.965	89.006	101%	15,6%
2006	14.831	101.767	91%	14,6%

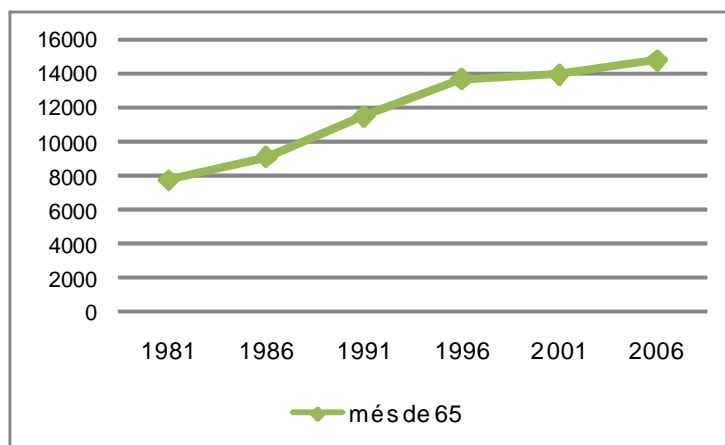
Font. Elaboració pròpia a partir de les dades d'Idescat, 2006.

Figura 6. Evolució de l'índex d'envelliment en els darrers anys a Reus.



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades d'Idescat, 2006.

Figura 7. Increment absolut de la població de 65 anys i més a Reus.



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades d'Idescat, 2006.

Actualment, l'índex de sobreenvelliment, és d'un 1,7% respecte el total.

En el grup de població de les persones més grans, les que anomenem els “vells vells”, està en increment constant, tant en valors absoluts com relatius.

A la taula 6, s'objectiva un increment progressiu de la població de 85 anys i més, i l'índex de sobreenvelliment segueix augmentant (figura 8).

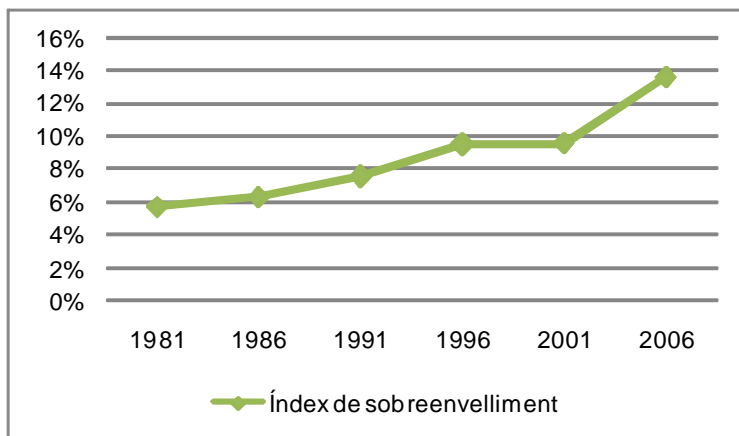
Taula 6. Poblacions de 65 anys i més i de 85 anys i més de Reus.

Edat	>65 anys	>85 anys	Índex de sobreenvelliment	Proporció>85/total
1986	9.085	577	6,3%	0,7%
1996	13.683	1.304	9,5%	1,4%
2006	14.831	1.747	14%	1,7%

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades d'Idescat, 2006.

INTRODUCCIÓ

Figura 8. Evolució de l'índex de sobreenvelliment a Reus.



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades d'Idescat,2006.

Taula 7. Comparativa dels principals índex que mesuren l'envelliment de la població.

Any 2004	Índex d'envelliment	Índex de sobreenvelliment	Índex de dependència senil	Índex de dependència global
Catalunya *	111	12	24	45
Reus**	91	14	22	44,5

*Idescat- 2004

** Observatori de la gent gran de Reus, 2004.

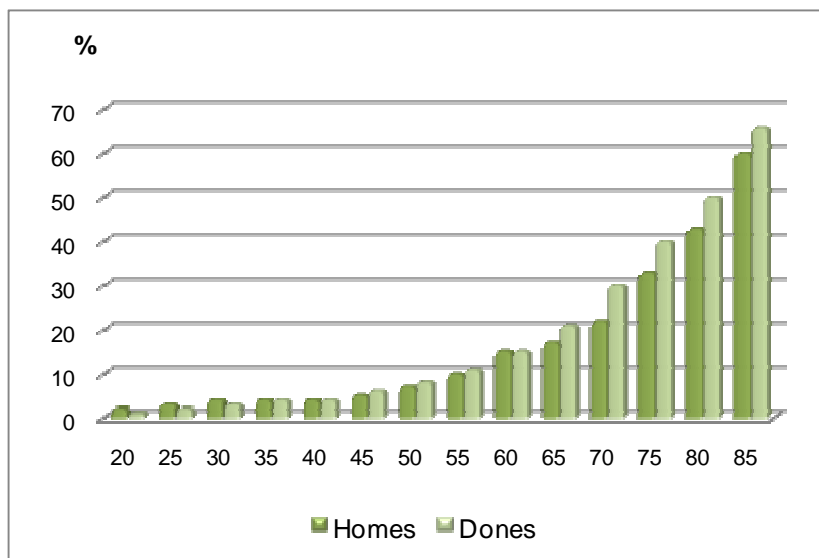
La taula 7 permet comparar els diferents índexs que hem anat exposant i comparar-los amb els de Catalunya. No s'objectiven diferències destacables, excepte en l'índex de l'envelliment.

1.1.3. Conseqüència de l'envelliment de la població.

Un fet directament relacionat amb l'envelliment de la població és l'aparició de la dependència funcional. Aquesta afecta l'autonomia de les persones per realitzar les seves activitats quotidianes. Sabem que la prevalença de persones amb discapacitat es relaciona amb l'edat, i són les de més edat, les de 80 anys i més, les que presenten més discapacitats i més dependència.

Amb l'edat augmenta la taxa de persones amb discapacitat¹⁹, com es mostra en la figura 9.

Figura 9. Taxes de persones amb discapacitat per edats (en %) en la població espanyola.



Font: INE, 2000

A Catalunya, les dades disponibles són les de "La encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud", EDDDES, 1999²⁰.

Esperança de vida sense discapacitat:

És important conèixer, no tan sols, els anys de vida que viurà un individu segons el càlcul de l'esperança de vida al néixer, sinó també, saber quants anys podrà gaudir d'una vida lliure de discapacitat, valorada pel càlcul de l'esperança de vida sense discapacitat.

INTRODUCCIÓ

A Catalunya, l'esperança de vida sense discapacitat és de 68 anys. Això indica que la persona d'edat patirà uns 10-12 anys de discapacitat al final de la seva vida.

Taula 8. Esperança de vida per grups d'edat i gènere per la població de Catalunya.

Total				Homes				Dones			
Edat	EV	EVLI	EVBS	Edat	EV	EVLI	EVBS	Edat	EV	EVLI	EVBS
0	79,87	67,89	60,78	0	76,49	66,78	60,93	0	83,24	69	60,65
25	55,66	44,50	37,55	25	52,39	43,60	37,91	25	58,87	45,40	37,91
45	36,35	26,32	20,81	45	33,73	25,66	20,95	45	39,45	26,94	20,64
65	19,11	10,96	8,69	65	17	10,76	8,86	65	20,91	11,14	8,52
85	5,98	1,78	2,06	85	5,42	1,79	1,83	85	6,25	1,80	2,17

EV : Esperança de vida.

EVLI: Esperança de vida lliure d'incapacitat.

EVBS: Esperança de vida amb bona salut.

Font: Pla de salut de Catalunya 2002-2005.

Aquestes consideracions tenen implicacions en la salut, la dependència i la qualitat de vida de la gent gran, especialment, en el context del "sobreenvelliment".

Un estudi australià²¹ (2002) sobre l'esperança de vida lliure de discapacitat afirma que, durant el període 1988-1998, s'han produït increments tant de l'esperança de vida lliure de discapacitat com en l'estat de discapacitat. Del mateix estudi es desprèn, que per als homes i les dones, des dels 61 anys en endavant, l'esperança de vida amb discapacitat és superior a la lliure de discapacitat. A més, l'esperança de vida total de les dones és bastant més elevada que la dels homes, però també la lligada a la discapacitat. Per tant, les dones viuen més anys discapacitades.

Un treball recent d'Escòcia²² corrobora que hi ha una tendència a que els homes tinguin menys morbiditat que les dones mentre viuen, per tant, això indica que les diferències en l'esperança de vida gaudint de salut entre

INTRODUCCIÓ

homes i dones són lleugerament més petites que les diferències que existeixen en l'esperança de vida total.

Cal precisar que l'esperança de vida lliure de discapacitat és més elevada en les dones que en els homes fins als 85 anys i a partir d'aquesta edat s'igualen.

INTRODUCCIÓ

1.2. La salut, la dependència funcional i la qualitat de vida de les persones grans.

34

1.2.1. La salut de les persones grans.

L'Organització Mundial de la Salut al 1946 va definir la salut (WHO-1946)²³ com: “Estat de complet benestar físic, mental i social i no solament l'absència de malaltia”.

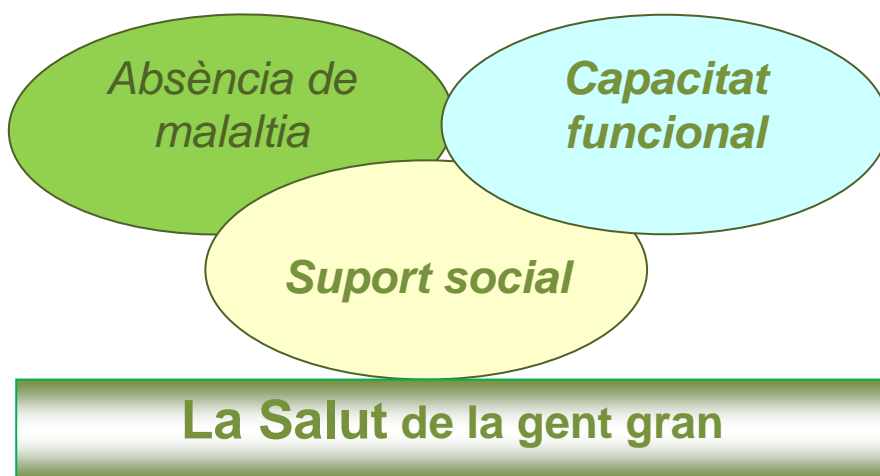
Més recentment, aquest concepte de salut és més global. Un examen de les diferents concepcions de la salut inclou la definició proposada en 1976 en el X^è Congrés de metges i biòlegs en llengua catalana²⁴: “La salut és una manera de viure cada vegada més autònoma, solidària i joiosa”.

“Autònoma” és la capacitat de viure amb un mínim de dependències, així com un augment de la responsabilitat dels individus i la comunitat sobre la seva pròpia salut. La preocupació pels altres i per l'entorn respon al terme “solidària”, mentre “joiosa” recupera la visió optimista de la vida, les relacions humanes i la capacitat per a gaudir de les seves possibilitats.

El concepte de salut en les persones d'edat avançada inclou la confluència de tres components relacionats:

- a) l'absència de malaltia o de símptomes.
 - b) l'estat funcional òptim segons l'edat.
 - c) l'adequat sistema de suport social²⁵.
-

Figura 10. Concepte de salut en la gent gran.



Font: Elaboració pròpia.

A mesura que les persones envelleixen, presenten més malalties. De fet el 81,3% dels homes i el 87,8% de les dones presenten malalties cròniques a partir dels 65 anys segons diverses sèries (2003)²⁶. Dades de l'estudi SHARE²⁷ (fet en 10 països d'Europa), el 50% de les persones més grans de 50 anys manifestaven tenir algun problema de salut de llarga duració. Més de dos terços dels participants se'ls havia diagnosticat alguna malaltia crònica i al voltant del 40% manifestaven haver estat diagnosticat de 2 o més malalties cròniques. Aquesta situació augmentava de forma progressiva en els grups de més edat.

Les malalties cròniques més freqüents van ser l'artrosi, la diabetis (DM), les malalties cardíacaes, la hipertensió arterial (HTA) i la hipercolesterolèmia.

Sobre la percepció de salut, tan sols 1 de cada 5 persones, declarava tenir un estat de salut no satisfactori (taula 9). Aquesta insatisfacció de la persona depèn de la impossibilitat de realitzar la seva vida quotidiana i per tant, està directament relacionada amb l'aparició de la dependència funcional.

INTRODUCCIÓ

Taula 9. Estat de salut autopercebuda a Europea.

	Molt bona %	Bona %	Suficient bona %	Dolenta %	Molt dolenta %
65-74 a.	5,8	29,3	41,5	17,9	5,5
75-84 a.	4,3	22,7	41,5	22	9,6
85 i més a.	4,2	19,5	39,2	23,8	14

Font: Eurostat, 1998.

36

S'ha de considerar l'heterogeneïtat de la salut a nivell individual en les persones d'edat avançada. Algunes persones pateixen un declinar important de la seva salut a edats relativament joves, i altres són capaces de mantenir-se actives física i mentalment fins a edats molt avançades.

Existeixen diverses trajectòries de deteriorament de la salut, identificant-se múltiples variables fisiològiques i patològiques que intervenen.

La **salut autopercebuda** és una variable que dona una bona aproximació del nivell de salut d'una població. Alguns estudis proposen la salut autopercebuda com un indicador predictiu de la incidència de malalties cròniques, de la capacitat de recuperació de les malalties, del declivi funcional, de la utilització dels recursos sanitaris i de la mortalitat²⁸.

Aquesta salut autopercebuda declina amb l'edat i de forma més important o accelerada a partir dels 70-75 anys.

Factors que influeixen en la salut de la gent gran.

Els factors que influencien en l'estat de salut de les persones d'edat avançada són a més de l'absència de malaltia, l'educació, la classe social, l'economia i l'ambient, entre d'altres²⁹.

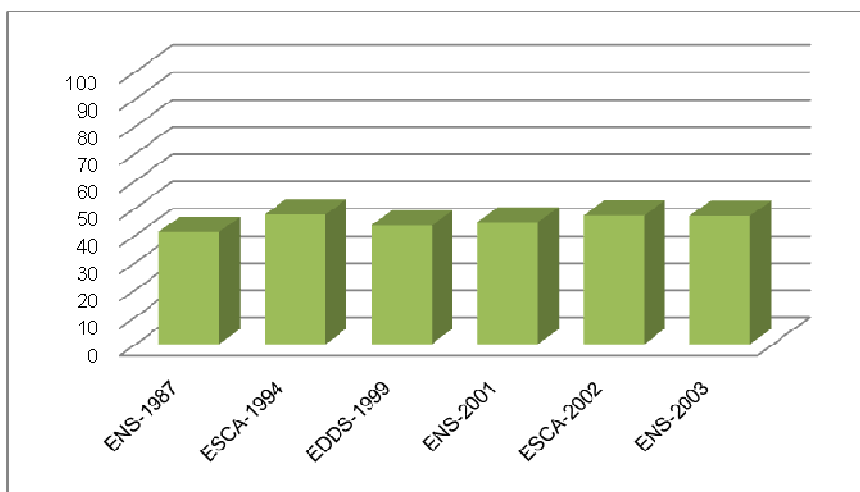
Les diferències socioeconòmiques influeixen en la salut fins a edats molt avançades³⁰. Segons la teoria de l'avantatge acumulativa, les persones amb millor estatus econòmic tenen millor salut autopercebuda.

En la salut, també, influeixen els sentiments de satisfacció, l'activitat, la sensació d'estar acompanyats i el patir una menor tensió psicològica³¹. La quantitat i qualitat de les relacions humanes estan directament relacionades amb la mortalitat i la morbiditat³².

Una disminució de la salut autopercebuda es correlaciona tant amb una disminució en la capacitat cognitiva i en l'activitat física, com amb la presència de malalties cròniques³³.

Revisant les diferents enquestes de salut fetes a Catalunya s'observa que la percepció de la pròpia salut ha millorat en les darreres dècades (figura 11).

Figura 11. Persones majors que manifesten tenir bona salut.



ENS-1987, 1994, 2003,
EDDES-1999.

l'ESCA-1994, 2002.

Font : Anuari Envel·liment. Catalunya, 2004.

INE-MSA Encuesta nacional de salud.

IMSERSO - INE - F ONCE. Encuesta sobre discapacidades,
deficiencias y estado de salud.

Enquesta de Salut de Catalunya. Generalitat de Catalunya.

INTRODUCCIÓ

La comorbiditat.

La comorbiditat és la situació en la que es troba la persona que pateix dos o més malalties al mateix temps. Els diferents estudis demostren un increment de la prevalença de diverses malalties en la gent gran. Segons les dades de l'estudi SHARE²⁷, a Europa, la població de gent gran té una prevalença elevada de malalties cròniques com es mostra a la taula 10.

38

Taula 10. Prevalença de trastorns crònics en població anciana per grups d'edat.

Malalties cròniques diagnosticades:	65-74 a (%)	>74 a (%)	Totes les edats (%)
Hipertensió arterial.	30,2	30,4	11,4
Hipercolesterolèmia.	18,1	14,3	8,2
Diabetis.	14,5	13,8	5,0
Malalties del cor.	12,3	20,5	4,9
Asma o bronquitis crònica.	9,2	13,8	5,0

Font: l'estudi SHARE

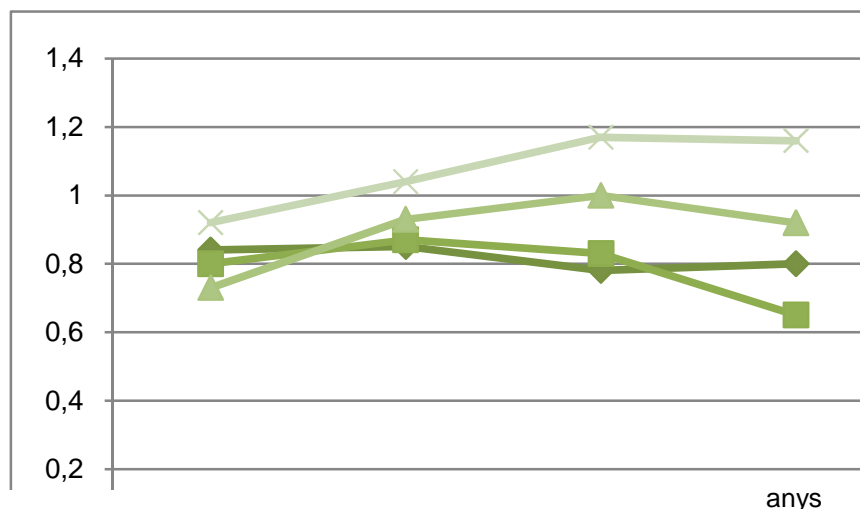
Cal destacar la disminució de la prevalença de factors de risc cardiovascular com la DM o la hipercolesterolèmia a edats més avançades, així com l'increment de la insuficiència cardíaca i l'asma o la bronquitis crònica.

A nivell espanyol, entre 1987 i 2003, a partir de les dades aportades per l'Institut de l'Envel·liment, UAB, 2007³⁴ sobre els resultats de la "Encuesta Nacional de Salud" (ENS), es confirma l'increment de la incidència de malalties, de forma significativa en el grup de més de 74 anys, respecte al de 65-74 i sobretot en relació al grup de 45-64 anys, i amb el gènere (figures 12 i 13). S'observa una tendència a l'acumulació de més d'una malaltia per persona.

Com es pot veure en les figures 12 a 18, la prevalença de les malalties són altes, però de forma característica, algunes s'incrementen amb l'edat, com

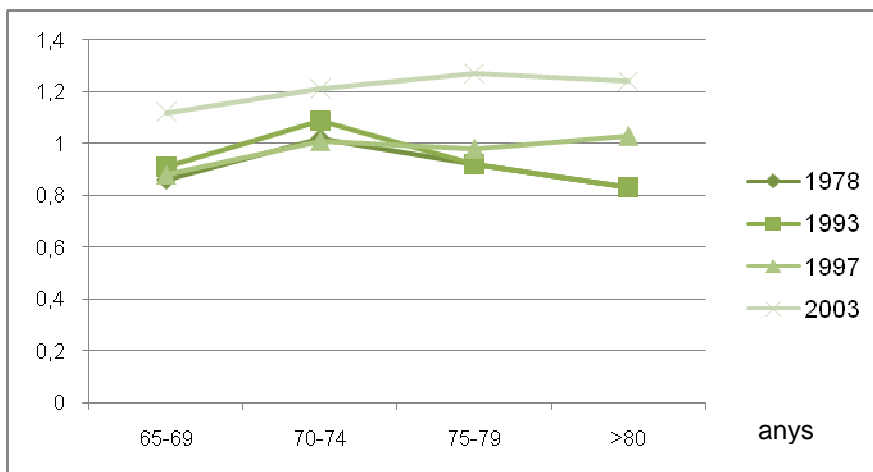
poden ser la insuficiència cardíaca o l'asma. En canvi la prevalença d'altres es temperen o disminueixen en el grup de població de més edat com la DM o la hipercolesterolèmia.

Figura 12. Evolució de la mitjana de malalties cròniques per grups d'edat en homes. ENS 1987, 1993, 1997 i 2003.



Font: Evolución del proceso de envejecimiento de la población española y análisis de sus determinantes. Institut de l'envelliment. UAB, 2007.

Figura 13. Evolució de la mitjana de malalties cròniques per grups d'edat en dones. ENS 1987, 1993, 1997 i 2003.

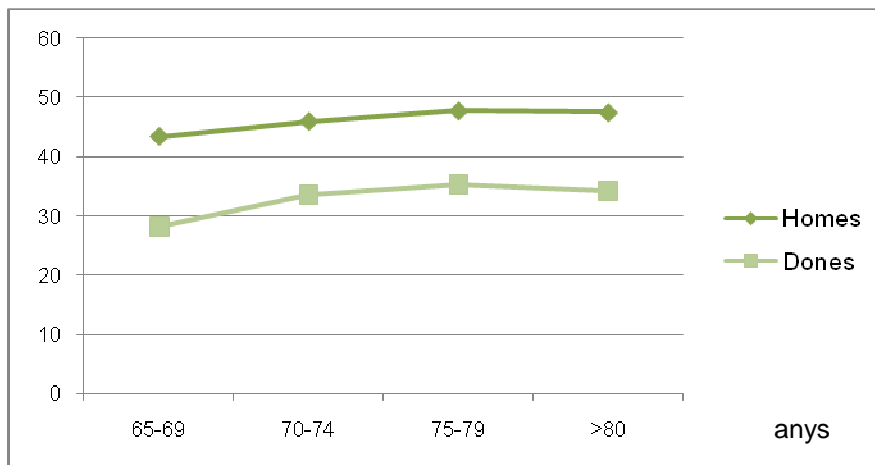


Font: Evolución del proceso de envejecimiento de la población española y análisis de sus determinantes. Institut de l'envelliment. UAB, 2007.

INTRODUCCIÓ

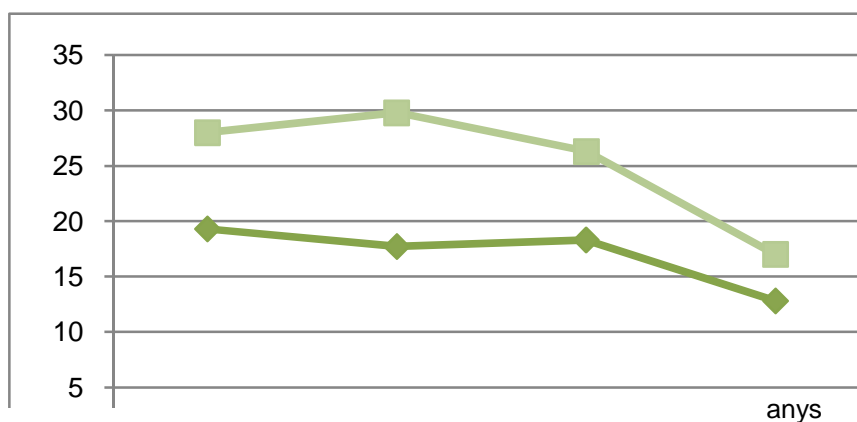
Es presenten les prevalències de la HTA (figura 14), la hipercolesterolèmia (figura 15), la insuficiència cardíaca (figura 16), la DM (figura 17) i l'asma (figura 18), d'acord amb els criteris de l'ENS-2003 presentades pel Institut de l'Envel·liment (UAB, 2007).

Figura 14. Prevalença de la HTA en homes i dones de 65 anys i més. ENS 2003.



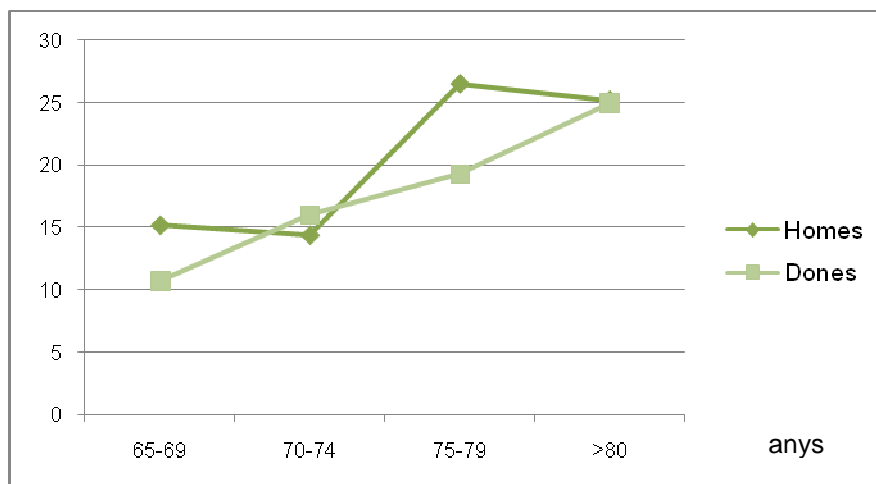
Font: Evolución del proceso de envejecimiento de la población española y análisis de sus determinantes. Institut de l'envelliment. UAB, 2007.

Figura 15. Prevalença de la hipercolesterolèmia en homes i dones de 65 anys i més. ENS 2003.



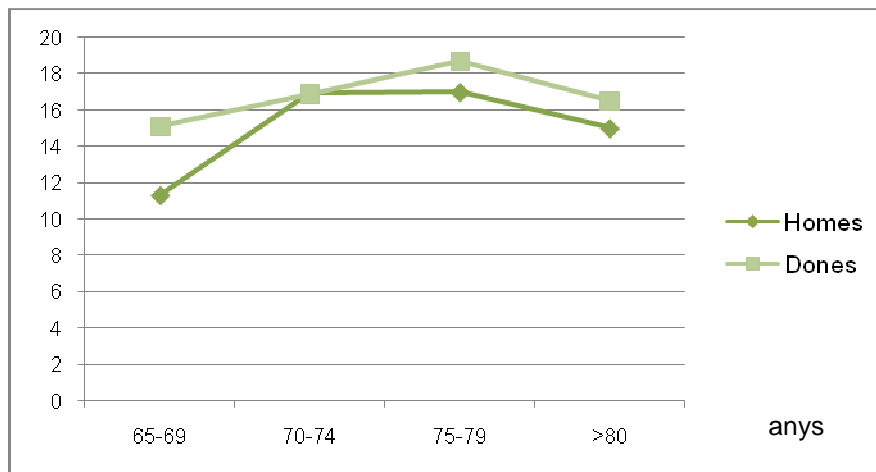
Font: Evolución del proceso de envejecimiento de la población española y análisis de sus determinantes. Institut de l'envelliment. UAB, 2007.

Figura 16. Prevalença de la insuficiència cardíaca en homes i dones de 65 anys i més. ENS 2003.



Font: Evolución del proceso de envejecimiento de la población española y análisis de sus determinantes. Institut de l'envelliment. UAB, 2007.

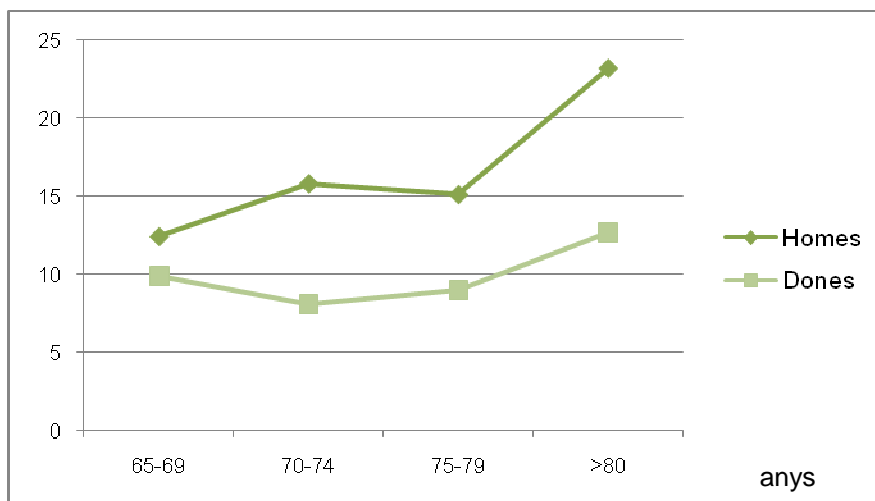
Figura 17. Prevalença de la DM en homes i dones de 65 anys i més. ENS 2003.



Font: Evolución del proceso de envejecimiento de la población española y análisis de sus determinantes. Institut de l'envelliment. UAB, 2007.

INTRODUCCIÓ

Figura 18. Prevalença de l'asma en homes i dones de 65 anys i més. ENS 2003.



Font: Evolución del proceso de envejecimiento de la población española y análisis de sus determinantes. Institut de l'envelliment. UAB, 2007.

Els hàbits de vida saludable.

Segons l'ENS, entre els 1987 i 2003, i referent als hàbits de vida saludable, ha disminuït la prevalença de fumadors de 65 anys i més, de forma estadísticament significativa. Tot i que aquesta prevalença disminueix amb l'edat, cal destacar l'augment de l'hàbit de fumar en les dones.

La prevalença del descans suficient, considerat com 8 ó més hores diàries, no s'ha modificat en aquest període de temps.

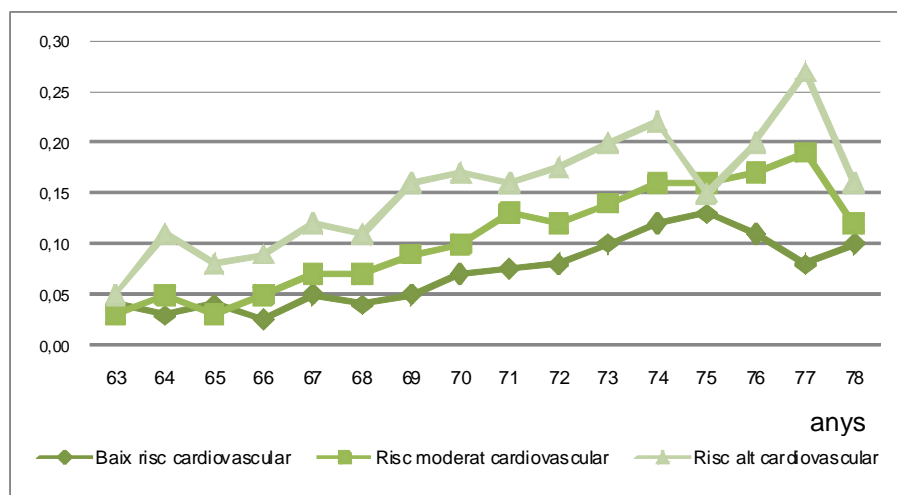
Entre 1987 i 2003, la realització d'activitat física en temps d'oci s'ha incrementat significativament en les persones més grans de 65 anys, fins el punt de duplicar-se.

En el mateix període, la prevalença de sobrepès i obesitat s'ha incrementat de forma gradual, i és significatiu en el grup d'edat de 60 a 79 anys. Per

altre banda, la prevalença de les persones que presenten un índex de massa corporal (IMC) inferior a 18,5 Kg/m² que indica pes insuficient ha disminuït entre 1987 i 2003 segons els resultats de les ENS³⁴.

Les persones amb una conducta més saludable retarden l'aparició de la discapacitat en els últims anys de la seva vida. Un estudi fet per la Massachusetts Medical Society³⁵, demostrava que la valoració del risc cardiovascular era un factor predictiu en l'aparició de les discapacitats en l'edat avançada (figura 19).

Figura 19. Índex de discapacitat en relació amb el risc cardiovascular.



Font: Vita AJ et al. Aging, health risks, and cumulative disability. N Engl J Med. 1998; 338:1035-41.

La utilització de fàrmacs.

El consum de medicaments en la gent gran reflecteix la seva situació de salut. La polifarmàcia és freqüent en aquest grup de població i sovint és causa de morbiditat important.

Hi ha autors que consideren polifarmàcia el prendre 3 o més medicaments de forma constant i altres ho consideren a partir de 5 o més fàrmacs. A

INTRODUCCIÓ

Catalunya, segons les dades d'Enquesta de l'Estat de Salut de Catalunya (ESCA-2002)³⁶, el 29,6% de les dones i el 20,2% dels homes prenen dos medicaments, almenys en els dos darrers dies abans de l'enquesta i el 36,5% de les persones de 65 anys o més prenen 3 o més fàrmacs.

44

L'assistència mèdica.

Segons dades d'ESCA-2002³⁶, entre les persones de 65 anys o més, el 19% dels homes i el 14,2% de les dones refereixen haver ingressat a l'hospital al darrer any. El 90,2% de les persones de més de 74 anys declaren haver realitzat visites al metge de capçalera en el darrer any.

Les síndromes geriàtriques.

Les síndromes geriàtriques han estat definides com: un conjunt de situacions clíniques originades per la conjunció d'una sèrie de malalties que tenen una important prevalença en l'ancià i que són origen freqüent d'incapacitat funcional o social³⁷.

En les primeres publicacions d'Isaacs³⁸, les quatre síndromes geriàtriques eren: la immobilitat, les caigudes, les incontinències i el deteriorament cognitiu.

La "Comisión Nacional de la especialidad de Geriatria" defineix les síndromes geriàtriques com: situacions clíniques a les que s'arriba com conseqüència de malalties d'alta prevalença, de vegades amb manifestacions atípiques o inadequadament controlades i en avançat estat d'evolució, que comporten una notable pèrdua de l'autonomia personal i de la qualitat de vida, associant-se freqüentment amb problemes socials³⁹.

Taula 11. Síndromes geriàtriques

Síndromes geriàtriques	
Síndromes geriàtriques clàssiques	Immobilitat Caigudes Incontinències Deteriorament cognitiu
Síndromes geriàtriques en sentit ampli	Ulceres per pressió Reducció sensorial Malnutrició Insomni Constipació Hipotèrmia Depressió Iatrogènia
Altres síndromes geriàtriques	Hipotensió ortostàtica Disfàgia Patologia dental Patologia dels peus Maltractament

Cadascuna d'elles pot ser originada per una extensa llista de causes diferents que, per altra banda, es solen presentar de forma conjunta en els ancians, i sovint són el resultat d'una etiologia multifactorial (taula 11).

Les diverses síndromes geriàtriques comparteixen factors de risc com els trastorns afectius, el dèficit sensorial i l'alteració de la mobilitat que afavoreixen l'aparició de caigudes, d'incontinència i de deteriorament funcional. A major presència d'aquests factors de risc, major probabilitat que un pacient ancià presenti varies d'aquestes síndromes geriàtriques⁴⁰. Tot això condueix a la necessitat d'una intervenció simultània sobre aquests factors de risc mitjançant una acció multidisciplinar per aconseguir una prevenció eficaç⁴¹.

INTRODUCCIÓ

La prevalença d'aparició dels diferents síndromes geriàtriques és molt variable segons les sèries, en part degut a la diversitat de metodologia de recollida de les dades dels diferents estudis (taula 12). Aquestes prevalences són sempre més altes en les persones institucionalitzades.

46

Taula 12. Prevalença de les síndromes geriàtriques.

	Caigudes	Incontinència	Deteriorament cognitiu	Problemes de mobilitat
A la comunitat >65 a.	28%	15%	15%	15-20%
A la comunitat >80 a	50%	20%	25-30%	25-30%
Residència	35-50%	40-50%	50-65%	35-60%

Font: Valero C. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1998

Les síndromes geriàtriques comparteixen una sèrie de característiques⁴² que es detallen a continuació:

1. La seva elevada freqüència: La seva incidència i prevalença són elevades entre la població major de 65 anys. Augmenta, encara més, si considerem els majors de 80 anys o les persones hospitalitzades o residents en institucions^{43,44}.
2. El seu caràcter sindròmic: Gairebé qualsevol malaltia pot presentar-se en l'ancià com una d'aquestes síndromes. Per això, l'abordatge d'aquests problemes permet arribar al diagnòstic de malalties no conegudes prèviament.
3. El deteriorament de la qualitat de vida: Una vegada apareixen, generen un important deteriorament en la qualitat de vida de les persones que les pateixen i augmenten la dependència de terceres persones. Per tant, l'aparició de les síndromes geriàtriques incrementa les necessitats

d'assistència sanitària i de suport social i, fins i tot, afavoreix l'aïllament social i la institucionalització de l'ancià.

4. La seva prevenció i diagnòstic: En molts casos l'aparició de les síndromes geriàtriques es pot prevenir i quan són ben estudiades i diagnosticades són susceptibles de tractament pràcticament sempre.

5. El seu abordatge diagnòstic i terapèutic: Les síndromes geriàtriques requereixen de molts instruments de la medicina: la valoració geriàtrica integral, el treball en equip interdisciplinari i el correcte ús dels nivells assistencials, des de l'hospitalització d'aguts fins a l'atenció domiciliària.

Una síndrome geriàtrica en pot generar d'altres, donant lloc a una situació freqüent coneguda com "la cascada de la incapacitat i la dependència". L'aparició d'un problema de salut o deteriorament funcional en desencadena una altre i aquest un altre més i, així successivament empitjora la situació de l'ancià^{45,46}.

1.2.2. La dependència funcional.

La dependència, en el seu sentit més ampli, s'entén com:

a) *Dependència física*: És la incapacitat d'un individu per la pèrdua del control sobre les funcions fisiològiques i sobre l'entorn físic que l'envolta, incloent problemes de mobilitat, de malaltia, de limitacions sensorials i de consums de fàrmacs entre altres.

b) *Dependència econòmica*: És la incapacitat d'un individu quan no realitza un paper actiu en la societat a nivell laboral i les remuneracions econòmiques que percep són produïdes de forma passiva (pensió de jubilació o de malaltia), o dependent d'un altre subjecte, principalment del

INTRODUCCIÓ

cònjuge, dels fills, o de l'Estat en el cas de mancar l'altre cònjuge (pensió de viduïtat).

c) *Dependència social*: És la incapacitat que posseeix l'individu de relacionar-se i comunicar-se amb el seu entorn per si mateix degut a la falta de xarxes socials o a la manca de persones que li donin el recolzament necessari.

48

La dependència funcional té diferents definicions. Segons el Consell d'Europa (1998)^{3 i 47}, la dependència funcional és: "l'estat que es troben les persones per manca o pèrdua d'autonomia física, psíquica o intel·lectual, i que necessiten assistència important per a la realització de la seva vida quotidiana".

La WHO (2000)⁴⁸, refereix que és dependent "la persona que no és completament capaç de cuidar-se de si mateixa, de mantenir una alta qualitat de vida, d'acord amb les seves preferències, amb el major grau d'independència, autonomia, participació, satisfacció personal i dignitat personal possible".

La WHO en la seva classificació internacional de deficiències, activitats i participació (2001)² defineix la dependència com: "la restricció o l'absència de capacitat per realitzar alguna activitat en la forma o dins del marge que es considera normal; entre les activitats observades es troben les activitats de vida diària (AVD) (rentar-se, vestir-se, menjar i beure i cuidar del propi benestar), preparar el menjar i cuidar de la llar, així com participar en la mobilitat".

Recentment, a Espanya, es defineix la dependència segons la "Ley de la Dependencia"¹, "Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm. 299 de 15 de diciembre de 2006" (Artículo 2.2) com:

- La dependència és: *“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.”*
- L'autonomia és: *“la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria”.*

La “Primera Conferencia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud”, Madrid (2007), proposa en el seu document “Prevención de la Dependencia en las personas mayores” la següent classificació de la dependència amb els graus de severitat segons l'escala de Barthel^{49,50} d'acord amb les següents puntuacions:

- de 60 punts o més: dependència lleu.
- 45-55 punts: dependència moderada.
- 20-40 punts: dependència greu.
- < 20 punts: dependència total.

Com ja s'ha comentat, és difícil diferenciar entre la discapacitat i la dependència. La discapacitat és la dificultat per exercir papers i activitats habituals per a les persones de similar edat i condició sociocultural. És l'expressió d'una limitació funcional o cognitiva en un context social. És la esclletxa existent entre les capacitats de la persona (condicionades per la seva salut) i les demandes del medi o de l'entorn, és a dir, el que exigeix el medi (físic, laboral, social) per poder desenvolupar activitats, papers o

INTRODUCCIÓ

tasques socials. Per tant, la discapacitat es vincula més a la funció orgànica que a la funció social.

La incapacitat d'una persona que obliga a demanar ajuda per realitzar les activitats quotidianes afectades⁵¹ és la dependència.

50

La dependència funcional és la dificultat de realitzar una AVD i que requereix l'ajuda d'una tercera persona. La dependència abasta una àmplia gamma de discapacitats per realitzar les AVDs durant un període de temps més o menys perllongat. Aquestes AVDs es solen diferenciar entre les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) i en les activitats instrumentals de la vida diària (AIVD), que detallarem més endavant.

La dependència funcional s'orienta a:

- La funcionalitat o capacitat per realitzar les AVDs.
- L'adaptació dels entorns, com a compensació de la limitació de l'activitat i per evitar la discapacitat.

És important conèixer les variables que poden potenciar o reduir la dependència funcional com són el gènere, el nivell d'educació, entre d'altres^{52,53}:

- El **gènere**: la dependència és més freqüent en les dones, i presenten més del doble d'incapacitats que els homes. La viduïtat i la solitud poden accelerar l'aparició de dependència.
 - La **solitud**: l'home d'edat que viu sol, principalment per motiu de rol, presenta més dependència per les AIVDs relacionades amb la cura de la casa. En les dones vídues serà més freqüent la dependència en activitats avançades de vida diària, com fer algunes gestions.
-

- El **nivell econòmic**: el baix nivell econòmic dificulta la compensació material per fer front a la pèrdua de la capacitat funcional. També, la prevalença de la dependència augmenta, segons el treball realitzat, més en els treballadors manuals que els directius i gerents⁵⁴.
- El **nivell educatiu**: el baix nivell d'estudis es relaciona amb un augment d'aparició de més dependència funcional.
- Els **hàbits de vida**: els estils de vida saludable comporten millor manteniment de la capacitat funcional.

La dependència funcionals, i en definitiva, les limitacions produeixen conseqüències negatives en el benestar emocional o psicològic⁵⁵.

1.2.2.1. La freqüència de la dependència.

Les estimacions de la dependència en la població de gent gran oscil·len entre un 11,3% i un 34,5% de la població de 65 i més anys. Un aspecte que explica les diferències dels resultats és la metodologia aplicada, tant en el nombre i en el tipus de AVDs analitzades com en el sistema de graduar la dependència.

La comparació de les diferents enquestes permet destacar els següents aspectes:

- El nombre d'AVDs considerades per estimar la població més gran dependent és diferent. Per exemple en l'EDDES-1999 analitza 13 AVDs i la ENS-2003 fins a 23. Les dades originals de les enquestes han estat valorades per diferents autors, i cadascun contempla en general un menor nombre d'AVDs que les que conté l'enquesta. Per exemple, l'estimació realitzada pel Institut Català d'Envel·liment

INTRODUCCIÓ

(Fundació Institut Català de l'envelliment (FICE) Edad&Vida 2005)⁵⁶ considera 11 de les 13 AVDs que contempla l'EDDES-99 i el Llibre Blanc (2005)⁵⁷ en considera 9.

- Els graus de severitat distingeixen habitualment tres nivells de dependència però no sempre són els mateixos.
- La població gran dependent pot incloure tant població que viu en el seu domicili com població ingressada en centres residencials. La primera es calcula a partir de l'enquesta utilitzada i la segona es calcula a partir de les dades oficials del nombre de places residencials.

52

Per tant, les freqüències de la dependència en la població general estan en relació de forma crítica amb la metodologia utilitzada per cada investigador.

Estudis sobre dependència realitzats a nivell estatal, autonòmic i local.

L'EDDES-1999⁵⁸, realitzada per l'INE amb la col·laboració de la Fundació ONCE, l'IMSERSO i el "Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales", constitueix l'enquesta més àmplia feta a l'Estat espanyol, tant per les variables que recull com per la seva grandària de la mostra inclosa.

Altres enquestes que recullen informació sobre dependència-discapacitat que abasten tot el territori espanyol, són: les ENS⁵⁹ (INE-MSA 1993, 1995, 2003 i 2006⁶⁰); la "Encuesta sobre el Apoyo Informal a las Personas Mayores" (IMSERSO, 1993, 1994, i 2004)⁶¹, la "Encuesta sobre la Soledad en la Gente Mayor" (IMSERSO-CIS, 1998)⁶² i la "Encuesta de condiciones de vida de los mayores" (IMSERSO-CIS, 2004 i 2006)⁶³ (taula 13).

Algunes comunitats autònomes, com Catalunya disposa d'informació sobre discapacitats a través de les ESCA-1994 i ESCA-2002. Mes recentment, s'ha realitzat l'Estudi de "La qualitat de vida de les persones grans a

Catalunya” (EQVC-2005)⁶⁴ que també inclou una valoració de la dependència.

En l'àmbit local també es disposa d'informació sobre persones amb dependència: l'enquesta "Envejecer en Leganés" (1993 i 1999)⁶⁵, el "Estudio sobre las necesidades de atención socio-sanitaria" de Móstoles (1994)⁶⁶, la "Encuesta de Salud OARS-Vigo" (1994)⁶⁷ i el "Estudio Transversal en Córdoba" (1997)⁶⁸. Més recentment s'han presentat, la "Encuesta longitudinal de Leganés" (2004)⁶⁹ i la de Saragossa (2005)⁷⁰.

Freqüència de la dependència-discapacitat en les diferents enquestes.

En aquest punt es disposa d'una ampla gamma de resultats⁵⁸⁻⁷⁰.

L'EDDES-1999⁵⁸ no analitza de manera integrada la població en situació de dependència en el seu sentit estricte, sinó que únicament ens informa sobre el nombre de discapacitats i els seus nivells de gravetat per a cada discapacitat:

- 11% en el grup d'edat de 65 a 69.
- 16% en el grup d'edat de 70-74 anys.
- 25 % en el grup d'edat de 75-79 anys d'edat.
- 34 % en el grup d'edat de 80-84.
- 54 % en el grup d'edat de 85 i més anys.

En les ENS-2003⁵⁹, s'han inclòs fins a 23 AVDs (bàsiques i instrumentals). A les persones de 65 anys i més se'ls preguntava si requerien ajuda o se'ls hi havia de fer les AVDs. Els resultats són:

- el 28,5% presentaven algun grau de dependència.
- el 3,4% presentaven una dependència en 5-6 ABVDs.
- el 2,2% en 3-4 ABVDs.

INTRODUCCIÓ

- el 7,8% en 1-2 ABVDs.
- el 15,1% en les AIVDs.

L'ESCA-2002⁶³ va estimar la dependència en un 7,4% a partir de fer sols una pregunta sobre la dificultat per cobrir les ABVDs a la persona enquestada.

54

Segons la EQVC (2005)⁶⁴, el 20,4% dels homes i el 32,1% de les dones requereixen ajuda per realitzar les AVDs. El 68,7% no manifesten necessitar ajuda en cap AVD, que inclou un percentatge superior d'homes (79,6%) que de dones (67,9%) que no necessiten ajuda.

Recentment a l'ENS-2006⁶⁰ el 42,2% de les persones de 65 anys i més, tenen dependència funcional, el 33,9% dels homes i el 48,9% de les dones presenten alguna limitació per les AVDs.

L'estudi "Envejecer en Leganés" (1986)⁶⁵ per realitzar ABVDs, en els homes un 88,6% eren independents, un 9,4% requerien d'ajuda i 1,8% no podien fer l'activitat. En les dones, un 81,4% eren independents, un 15% requerien ajuda i un 3,4% que no podien fer l'activitat.

En el "Estudio sobre las necesidades de atención socio-sanitaria" a Móstoles (1994)⁶⁶, el 50% de les persones de 75 anys i més, presentava restriccions en el seu domicili.

En la "Encuesta de Salud OARS-Vigo" (1994)⁶⁷, un 42,2% de la població gran presentava un deteriorament de la capacitat funcional.

En l'"Estudio transversal en Córdoba" (1997)⁶⁸, el 8,5% presentava limitacions en AVD, el 8,4% en recursos econòmics, el 6,9% en salut mental i el 5,8% en salut física.

L'estudi "Incapacidad funcional en una población de ancianos en el medio comunitario" a Gozon (1996)⁷¹ va trobar un 22,9% de dependència en ABVDs i un 73,5% en AIVDs.

L'estudi "Prevalencia de ancianos de riesgo en la Zona Bàsica de Salud rural de Budia" Guadalajara (1997)⁷², va trobar un 19,9% de persones dependents mesurat per l'escala de Barthel.

En l'Encuesta de salud de Barcelona (2000)^{73,74}, el 30% de la població presentava algun tipus de limitació.

En l'estudi de Zaragoza (2005)⁷⁰, es descriu que el 28,2%% dels homes i el 43,2% de les dones són dependents.

Taula 13. Estudis d'àmbit estatal i nacional.

EDDM (1986)	INE. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías.
ENS (1993, 1995, 1997, 2001, 2003, 2006)	MSC - CIS. Encuesta nacional de salud.
EAI (1993, 1994, 2004)	IMSERSO. Encuesta sobre apoyo informal a las personas mayores.
ESPM (1998)	IMSERSO - CIS. Encuesta sobre soledad de las personas mayores.
EDDES (1999)	IMSERSO - INE - F. ONCE. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud.
ESCA (2002)	Generalitat de Catalunya. Enquesta de Salut de Catalunya.
ECVM (2004, 2006)	IMSERSO-CIS. Encuesta de condiciones de vida de los mayores.

En resum, dels diferents estudis realitzats en el nostre entorn, locals, nacionals i estatals, destaca la diversitat dels sistemes de valoració i, per tant, dels resultats obtinguts (taules 14 i 15).

INTRODUCCIÓ

Taula 14. Estudis locals sobre dependència

Autors (any de publicació)	Font d'informació (any de realització)	Població de referència (n)	Mesura de les ABVD i AIVD	Resultats
Ruigómez et al. (1996)	Encuesta de salud de Barcelona. (1992)	Població no instituc. de 65 o més anys (1.632)		El 20% presenta algun tipus de limitació.
Béland et al. (1996)	Envejecer en Leganés. (1994)	Població no instituc. de 65 o més anys (1.232)	8 ABVD i 7 AIVB.	Per a activitats diàries 14% Per a activitats setmanals 39%. Per a activitats mensuals 50%.
Carrillo et al. (1997)	Estudio sobre las necesidades de atención socio-sanitaria. Móstoles. (1994)	Població no instituc. de 65 o més anys (1.582)	Escala de Mobilitat CIDDM.	El 50% de les persones de 75 anys i més estan restringides a domicili.
Eiroa et al. (1996)	Encuesta de Salud OARS-Vigo. (1994)	Població no instituc. de 65 o més anys (841)	OARS-MFAQ.	Excel·lent i bona: 57,8%. Deteriorament: 42,2%.
Martínez et al. (1997)	Estudio Transversal en Córdoba. (1993)	Població no instituc. de 60 o més anys (1.103)	OARS-MFAQ.	Deteriorament: 9,3%. AVD: 8,4%. Rec. econòmics: 6,9%. Salut mental: 5,8%.
Gutiérrez et al. (2001)	Gozon. (1996)	Persones > 74 anys	Barthel i Lawton.	Dependència en ABVD: 22,9%, i en AIVD: 73,5%.
Rodríguez et al. (1999)	Zona rural de Budia. Guadalajara. (1997)	Persones de >75 anys amb targeta sanitària a la ZBS de Budia (393)	Barthel.	Independents: 79,1%.
Badia et al. (2002)	Encuesta de salud de Barcelona. (2000)	Població no institucionalitzada de 65 o més anys (1.632)		30% presenta algun tipus de limitació.
Ajuntament Zaragoza. (2007)	Zaragoza capital. (2005)	Població de més de 65 anys Saragossa Capital (380)	OARS-MFAQ.	Homes 72,8% independents. Dones 56,8% Independents.

Font: Elaboració pròpia a partir de la informació presentada en els treballs de referència.

Taula 15. Estudis d'àmbit estatal o nacional sobre dependència.

Autors (any de publicació)	Font d'informació (any de realització)	Població de referència (n)	Mesura de les ABVD i AIVD	Resultats
Morán et al. (1999)	Encuesta sobre el apoyo informal a las personas mayores. (1993)	Població espanyola > 65 anys (2.500)	10 AVD i 7 AIVD.	Dependència greu en totes: 0,6 %
Rodríguez Cabrero. (2000)	ENS (1993), EAI. (1993)	(2.038.503)	27 AVD, 8 ABVD i 19 AIVD.	Estimació de la població dependent de >65 anys de 1992-2010. Separada per lleus/moderada/greus.
Puga et al. (2002)	ENS. (1997)	(1.691.799)	8 AVD i 9 AIVD.	Dependència lleu: 883.950. Dependència moderada: 567.836. Dependència greu: 240.013. 100.000 persones places en residències
Casado et al. (2001)	Encuesta sobre la soledad en las personas mayores (1998)	Població espanyola > 65 anys. (2.500)	3 AVD i 9 AIVD.	Dependents en ABVD i AIVD: 13,4%. Dependents en AIVDs: 20,8%.
Salvà et al. (FICE) (2005)	EDDES. (1999)	(1.585.844)	13 AVD, 8 ABVD i 5 AIVD.	Discapacitat en AVD. 1.478.154 (en família) 107.690 (en residència).
Rodríguez Cabrero. (2005)	EDDES. (1999)	1.335.680	AVD i AIVD.	Dependència moderada: 711.343. Dependència greu: 344.899. Dependència molt greu i extrema: 279.438.
Casado Marín, D. (2007)	ENS. (2001)	1.677.371	9 AVD.	36,2% requereixen ajuda de tercers. 19,2% necessiten ajuda per realitzar AIVB. 17% manca d'autonomia per realitzar AIVD i ABVD.
Salleras et al. Generalitat de Catalunya (2004)	ESCA. (2002)	Padró de Catalunya.	Una sola pregunta dels dèficits de les ABVD, dintre de 10 qüestions de salut.	17,3% amb dificultats per caminar. 23,1% amb dificultats de moviment. 9,4% i 7,4% amb dificultats per activitats quotidianes i ABVD.
Salvà et al. (FICE) (2007)	ENS. (2003)	(1.495.391)	7 AVD i 19 AIVD.	Població que declara que necessita ajuda: 21,5%; 471.469 homes 1.023.922 dones.
Fundació viure i conviure. (2007)	Qualitat de vida de les persones grans a Catalunya. (2004)	Població de >65 a Catalunya que viuen a casa seva. (2.500)	Barthel i Lawton.	68,7 % no manifesten necessitat d'ajuda en cap AVD, 20,4 % dels homes i 38,1% de les dones tenen dificultat en un o més ABVD.

Font: Elaboració pròpia a partir de la informació continguda en els diferents treballs de referència.

INTRODUCCIÓ

La “Ley de la dependencia”.

Per l'entrada en vigor de la “Ley de la dependencia” s'han fet diferents càlculs per conèixer quantes persones es podrien beneficiar de les prestacions proposades per la llei. Les dades proporcionades fan referència a aquelles persones que poden gaudir d'una prestació econòmica i de serveis. No són dades relacionades amb la dependència funcional en un àmbit de salut en el que desenvolupem el nostre estudi (taula 16).

58

Taula 16. Estimació de persones dependents segons la Llei.

	2005	2010	2015	2020
Grau III	194.508	223.457	252.345	277.884
Gran dependència				
Grau II	370.603	420.336	472.461	521.065
Dependència severa				
Grau I	560.080	620.636	648.442	697.277
Dependència moderada				
Total	1.125.190*	1.246.429	1.373.248	1.496.226

Font: Libro blanco de la dependencia, 2004

Les previsions han estat superades per la realitat (taula 17). S'havia estimat que unes 223.457 persones presentarien grau III o gran dependència al 2010, mentre que ja són 389.722 les persones amb aquest grau a 1 de juny de 2009, segons dades del “Servicio de Estadísticas de la Subdirección General” (SAAD-IMSERSO, 2009).

Taula 17. Graus i nivells de dependència. Situació a 1 de juny de 2009.

	DICTÀMEN	GRADO III Nivel 2	GRADO III Nivel 1	GRADO II Nivel 2	GRADO II Nivel 1	GRADO I Nivel 2	GRADO I Nivel 1	SIN GRADO
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
Cataluña	119.358	31.362	37.904	16.319	15.424	6.228	7.192	4.929
TOTAL	100%	26,3%	31,8%	13,7%	12,9%	5,2%	6,0%	4,1%
	752.586	196.160	193.562	102.517	101.116	51.613	59.515	48.103
	100%	26,1%	25,7%	13,6%	13,4%	6,9%	7,9%	6,4%

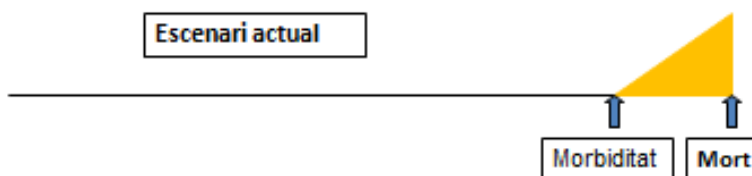
Font: SAAD-IMSESO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación, 2009.

1.2.2.2. Cap on anem?

El coneixement de l'impacte en la salut i la dependència de l'augment de la longevitat és un punt clau en la nostre societat.

En l'actualitat, i com ja s'ha comentat, s'espera que una persona visqui fins els 70 anys lliure de discapacitat, a partir d'aquesta edat apareix la morbiditat i la dependència que farà que visquin uns anys amb situació desfavorable abans de la mort (figura 20).

Figura 20. Representació actual de l'aparició de la morbiditat i de la mort.



Per tant, l'increment de l'esperança de vida es pot traduir en un augment de la taxa de persones amb dependència i amb discapacitat. No obstant, s'està observant que les persones d'edat avançada arriben amb millor estat de

INTRODUCCIÓ

salut que les generacions prèvies i, per tant, una disminució en els nivells de dependència funcional⁷⁵.

En la dècada dels 80, es van postular dues teories per predir l'evolució de la situació de morbiditat de les persones d'edat avançada.

60

1. La teoria denominada de "l'expansió de la morbiditat", Kramer (1980)⁷⁶, definia que els canvis en els estils de vida propiciaven una reducció en el risc de patir malalties mortals i sostenia que aquests canvis no modificaven l'aparició o la progressió de la majoria de malalties degeneratives associades a l'envelliment. Així mateix els tractaments mèdics exercien un efecte de temperar les malalties cròniques i incapacitats funcionals, sense que això incrementés guanyos apreciables de salut (figura 21).

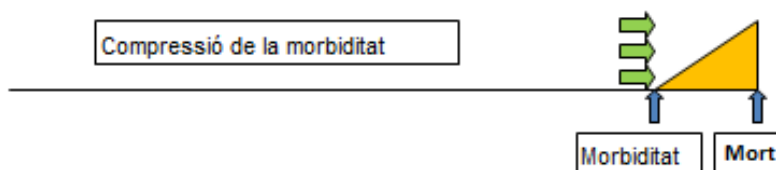
Figura 21. Representació de la teoria de l'expansió de la morbiditat.



Font: La teoria d'expansió de la morbiditat" (Kramer, 1980)

2. La "Teoria de la compressió de la morbiditat" de Fries et al^{77,78,79}, postulava que l'adopció d'estils saludables de vida i els avanços en la tecnologia mèdica no sols provocaven una reducció en les taxes de mortalitat, sinó que a més, permetien que les malalties cròniques i les incapacitats funcionals experimentessin un procés de «compressió», que es manifesten en períodes de temps curts abans de la mort (figura 22).

Figura 22. Representació de la teoria de la compressió de la morbiditat.



Font: Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. N Engl J Med. 1980; 303(3):130-5.

A favor d'aquesta teoria trobem les dades de Manton et al⁸⁰ (1997) en els Estats Units, on objectiven la disminució d'un 3,6% en la prevalença de dependència entre els anys 1982 (24,9%) i 1994 (21,3%), en persones de 65 anys i més (taula 18).

Taula 18. Taxa de prevalença de dependència als Estats Units d'Amèrica, 1994 (població de 65 anys i més).

Capacitat funcional	1982	1994	Diferència
Dificultat en AIVDs	5,6	4,3	-1,3
Dificultat en 1 ó 2 AVDs	6,6	5,9	-0,7
Dificultat en 3 ó 4 AVDs.	2,9	3,2	0,3
Dificultat en 5 ó 6 AVDs	3,6	5,2	-1,1
(*)Institucionalitzats	6,3	5,2	-1,1
Total dependents	24,9	21,3	-3,6

Font: Manton KG et al. Monitoring changes in the health of the U.S. elderly population: correlates with biomedical research and clinical innovations. FASEB J. 1997; 11:923-30.

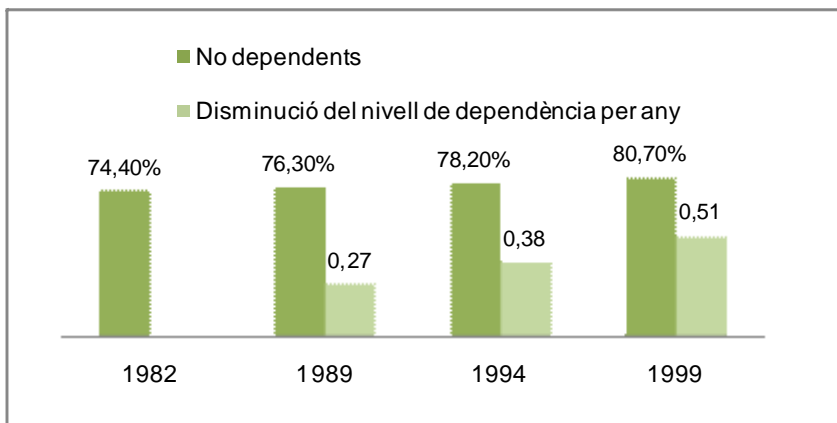
AIVDs: Activitats Instrumentals de vida diària.

AVDs: Activitats de vida diària.

Posteriorment, en 1999 els mateixos investigadors, Manton et al⁸¹, objectivaven un augment progressiu de la població que no presentava dependència funcional, fins arribar al 80,7% de la població de 65 anys i més (figura 23), reduint-se el nivell de dependència amb el decurs dels anys.

INTRODUCCIÓ

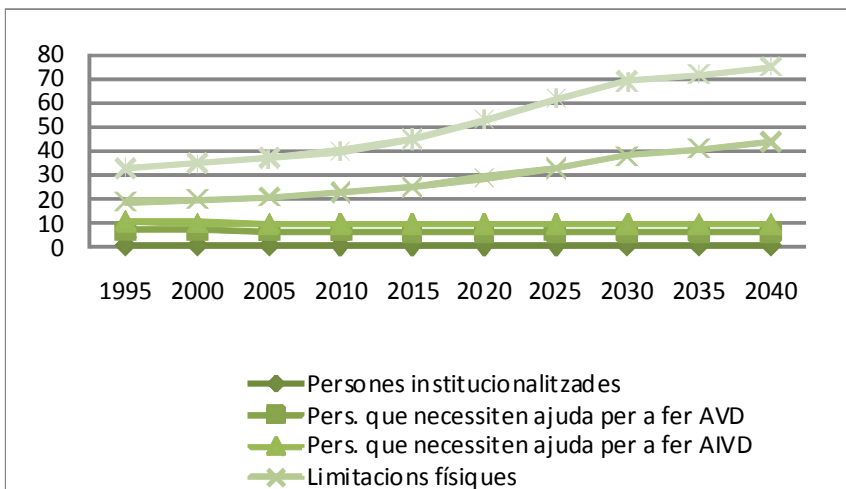
Figura 23. Distribució del nivell sense dependència des de 1982 fins al 1999 als Estats Units d'Amèrica.



Font: Manton et al. Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999. Proc Natl Acad Sci U S A. 2001; 98: 6354-6359.

Segons les previsions fetes a l'any 2000, en l'estudi de Waidmann et al⁸², s'observava una estabilització de l'augment de persones institucionalitzades i amb dependència per les AVDs (figura 24).

Figura 24. Projeccions de la població major de 65 anys i nivell de dependència.



Milions de persones.

AIVD: Activitat Instrumental de vida diària.

AVD: Activitat de vida diària.

Font: Waidmann TA, Liu K. Disability trends among elderly persons and implications for the future. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2000;55(5):298-307.

Freedman et al⁸³ (2002) avaluen, en un metanàlisi, la qualitat, la quantitat i la consistència de les proves sobre les tendències de la prevalença de la percepció de la vellesa, la discapacitat física, l'estat cognitiu i la limitació sensorial als Estats Units, entre 1980 i 1990. Es va observar la disparitat en les tendències i la coherència en la disminució de la discapacitat en AVD i en les limitacions funcionals pels principals grups demogràfics.

Per la seva banda, Rickayzen et al⁸⁴ (2002), al Regne Unit, revelen que s'espera un fort increment en el nombre de persones grans en els propers 35 anys, però les projeccions sobre el nombre de persones grans amb necessitats d'atenció residencial podria ser menor, degut a la reducció de persones amb discapacitats més severes.

Les dades més recents aportades per Manton et al⁸⁵, segons The National Long-Term Care Survey (NLTC) als Estats Units, suggereix que la prevalença de discapacitat crònica per sobre de 65 anys disminueix a un ritme d'un 2,2% anual des de 1999 a 2004⁸⁶.

A nivell de l'Estat espanyol, revisant les dades de l'ENS, s'observa un descens en el percentatge de persones grans amb problemes de dependència de dos punts entre 1993 (19,4%) i 2001(17%). La dependència apareix a edats més tardanes, especialment en les dones molt ancianes⁸⁷. Zunzunegui et al⁸⁸ (2006) suggereixen l'endarreriment de la discapacitat greu en la població espanyola, amb una l'esperança de vida més saludable, i donen suport a la presentació de la discapacitat més enllà dels 90 anys d'edat.

1.2.2.3. Etiologia de la dependència.

En l'aparició de la dependència funcional en la gent gran intervenen diferents factors com els canvis fisiològics relacionats amb l'envelliment, les malalties cròniques i les malalties agudes.

INTRODUCCIÓ

En l'actualitat s'està consolidant el concepte de la dependència funcional com conseqüència de les malalties i no de l'edat⁸⁹ (taula 19).

Taula 19. La prevalença de la discapacitat entre las persones amb diferents malalties cròniques.

Problemes de salut	No discapacitat entre les persones amb malaltia %	Discapacitat acumulada entre les persones amb malaltia %
Malalties cardíques	23,7	76,3
Artrosi	31,7	68,3
Càncer	33,7	66,3
Diabetis	26,4	73,6
Hipertensió arterial	37,8	62,2
Problemes auditius	26,6	73,3
Problemes visuals	40,4	59,6
Malalties pulmonars	20,6	79,4
Accident vascular cerebral,	15,3	84,7
Prevalença global	43,8	56,2

Font: Fried LP, et al. Association of Comorbidity with Disability in oldre Women: The Women's Health and Aging Study. J Clin Epidemiol.1999; 52: 27-37.

Les malalties que provoquen més discapacitat sn les que empitjoraren més la qualitat de vida de les persones d'edat avançada (taula 19), i destaquen:

- Artrosi.
- Accident vascular cerebral. Hemiplegia.
- Malalties neurològiques com Parkinson o Demència.
- Quadres residuals.
- Malalties orgàniques avançades: Insuficiència cardíaca o Malaltia pulmonar obstructiva crònica.

En un estudi fet a Cleveland per Ford et al⁹⁰ amb una mostra de 113 participants d'edat avançada, es van descriure les diferents discapacitats que apareixien en relació a varies patologies. L'accident vascular cerebral era la malaltia que provocava més discapacitat (taula 20).

Taula 20. Freqüència d'incapacitats en diferents malalties.

Incapacitat	Artrosi	Dèficit visual	Accident vascular cerebral
Feines de casa	25	7	6
Fer compres	15	8	6
Banyar-se	18	3	6
Caminar	23	6	7
Nombre d'incapacitats/per cas	2	3	5,4

Font: Ford et al Health and function in the old and very old. J Am Geriatr Soc. 1988; 36: 187-197.

Algunes malalties agudes com l'accident vascular cerebral, produeixen dependència de forma sobtada o "catastròfica". En canvi, altres tipus de malalties provoquen l'aparició de dependència funcional de forma lenta i progressiva que coneixem com "fragilitat".

Segons els treballs de Ferrucci et al⁹¹ (1996), en aproximadament, la meitat de les persones amb discapacitat, aquesta apareix de manera progressiva, mentre que l'altre meitat, es presenta de forma catastròfica com a conseqüència d'un procés agut, mèdic o traumàtic (taula 21).

Taula 21. Taxa d'incidència de discapacitat progressiva o catastròfica.

Edat	Discapacitat d'aparició progressiva. Per 1.000/persones/any	Discapacitat d'aparició catastròfica. Per 1.000/persones/any
Total població.	11,3	12,1
69-74	3,0	4,9
75-79	5,6	9,3
80-84	13,9	16,9
85-89	29,2	24,9
90 i més	65,0	38,5

Font: Ferrucci et al. Progressive versus catastrophic disability: a longitudinal view of the disablement process. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1996;51: 123-130.

INTRODUCCIÓ

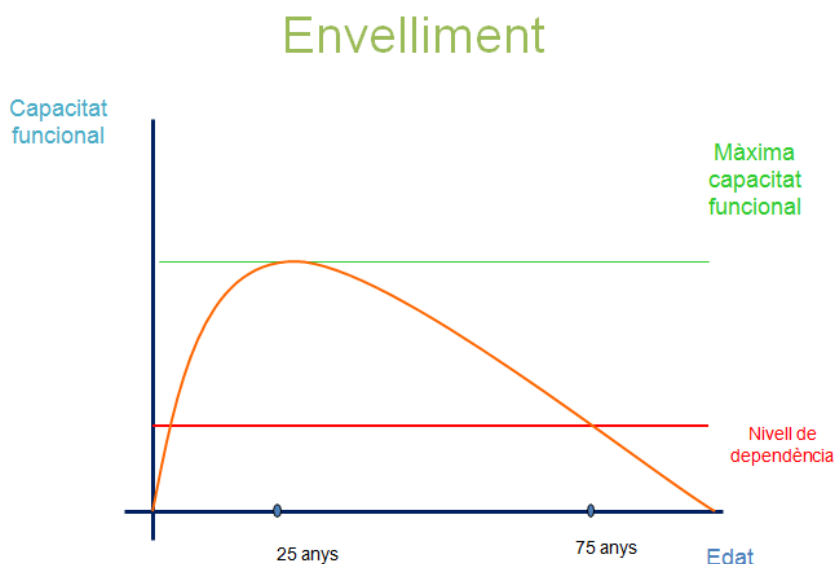
En les persones de 85 anys i més (2001)⁹², el fet de presentar tres o més malalties cròniques, facilitava el desenvolupament d'una discapacitat progressiva respecte a la catastròfica.

66

L'envelliment.

Es pot representar l'evolució de la dependència al llarg de la vida, de forma gràfica, en el que l'eix d'abscisses són els anys de vida des del naixement i en l'eix d'ordenades la capacitat funcional com es veu en la figura 25.

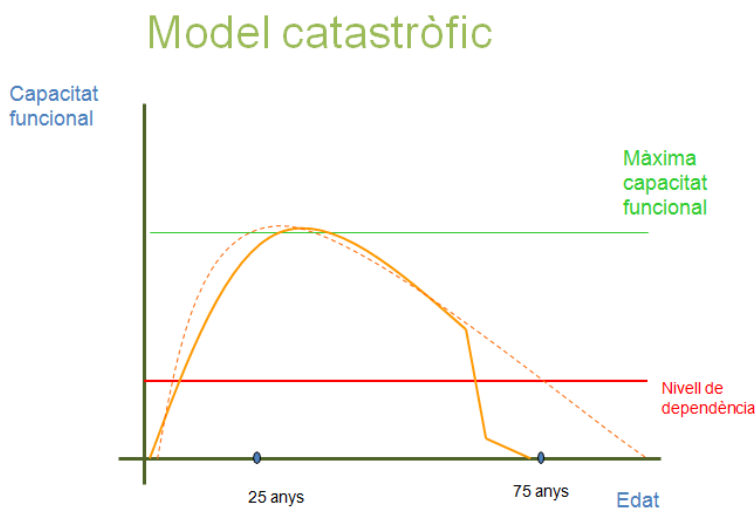
Figura 25. Evolució de la dependència funcional al llarg de la vida.



Model catastròfic.

L'aparició d'algunes malalties agudes, com l'accident vascular cerebral amb hemiplegia, la fractura de maluc i les neoplàsies, provoquen la pèrdua de capacitat funcional i de dependència en les AVDs, de forma aguda i permanent com es representa en la figura 26.

Figura 26. Aparició de la dependència. Model catastròfic.



Font: Ferrucci L et al Progressive versus catastrophic disability: a longitudinal view of the disablement process. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1996;51:123-30.

Model progressiu. La fragilitat.

La fragilitat és defineix actualment, com una pèrdua excessiva i multisistèmica de la capacitat de reserva i de l'adaptació de l'organisme, que es manifesta com un deteriorament funcional⁹³.

Segons Buchner⁹⁴ (1992), la fragilitat és: "l'estat de reserva fisiològica disminuïda, que porta associat un augment del risc de discapacitat". Es perd la resistència, augmenta la vulnerabilitat i disminueix la capacitat de l'organisme per respondre a l'estrès d'una malaltia o un procés.

Segons Alarcon⁹⁵ (1999), la fragilitat és l'estat previ a la incapacitat, és un factor de risc per a la incapacitat o "discapacitat pre-clínica".

La fragilitat es manifesta com l'augment de la vulnerabilitat, el deteriorament de la capacitat per suportar situacions d'estrès intrínseques i ambientals, i una capacitat limitada per mantenir l'homeòstasi fisiològica i psicològica.

INTRODUCCIÓ

Aquesta síndrome es troba en un 15% de les persones de 65 anys i més, en un 20-30% de la població de més de 75 anys i fins un 45% per sobre dels 80 anys^{96,97,98 i 99}.

68

Sovint es confon el terme fragilitat considerant-se sinònim de discapacitat i de morbiditat, però s'accepta que hi ha una base biològica que defineix una síndrome clínica amb entitat pròpia. La fragilitat presenta uns símptomes i signes que permeten el seu diagnòstic. Es reconeix com el fenotip d'una vell fràgil aquell que inclou tres o més de les següents dades clíniques⁹³:

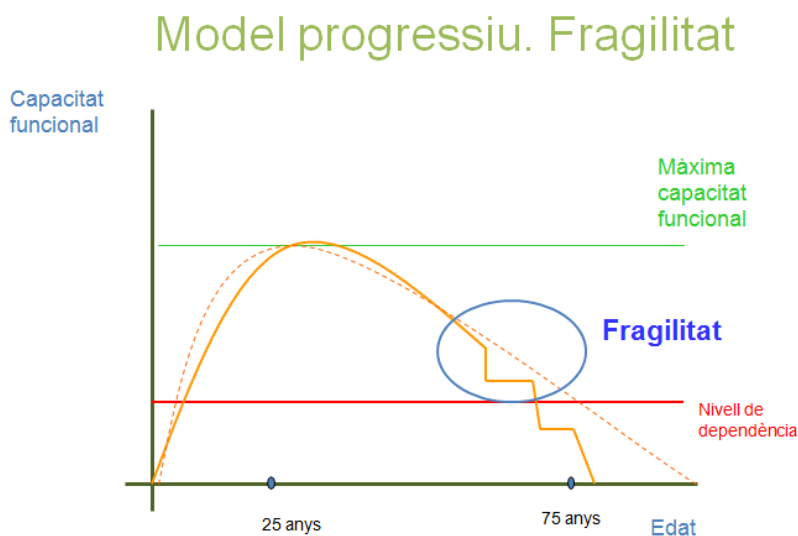
- La pèrdua de pes no intencional.
- L'esgotament auto-referit.
- La debilitat (la força de prensió).
- La disminució en la velocitat de la deambulació.
- La baixa activitat física.

Els quadre clínic podria explicar-se per a algunes situacions "pre-clíniques" com la sarcopènia, l'osteopènia, els trastorns inespecífics de l'equilibri, els problemes nutricionals i, en general, el decondicionament. Estudis recents troben el fenotip clínic de la fragilitat associats als marcadors bioquímics com: Interleukina-6, Proteïna C reactiva, 25-hidroxi-vitamina D, factor de creixement 1 i Dímer-D, que suggereixen la participació d'una disregulació hormonal, d'un envelliment immunològic, d'una pro-coagulació i d'un estat pro-inflamatori¹⁰⁰.

L'estudi de Rothman et al¹⁰¹ (2008) a New Haven, Connecticut, fa un seguiment de persones de 70 anys i més (n=754) que vivien al seu domicili sense discapacitat, durant 5 anys. Aplica els 5 criteris clínics de Fried i afegeix 2 criteris més, el deteriorament cognitiu i la depressió. Els resultats donen suport a l'ús de la disminució en la velocitat de la deambulació, la baixa activitat física, la pèrdua de pes, i el deteriorament cognitiu com els

principals indicadors de fragilitat. Al mateix temps, l'estudi planteja inquietuds sobre el valor de la fatiga referida i la debilitat muscular.

Figura 27. Aparició de la dependència. Model progressiu. Fragilitat.



Font: Ferrucci L et al. Progressive versus catastrophic disability: a longitudinal view of the disablement process. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 1996;51: 23-30.

Quan la fragilitat es fa inestable, com conseqüència de noves malalties o factors psicosocials, provoca un augment del risc de desenvolupar dependència en les AVDs.

Les conseqüències de la fragilitat són:

- Una major necessitat i el risc d'utilitzar recursos socials i sanitaris.
- La institucionalització.
- El deteriorament funcional.
- El deteriorament de la qualitat de vida.
- I finalment, la mort¹⁰².

INTRODUCCIÓ

Així doncs, l'objectiu d'avaluar la fragilitat serà la detecció d'aquelles persones d'edat avançada que tenen un risc elevat de desenvolupar dependència funcional i posar en marxa estratègies de prevenció.

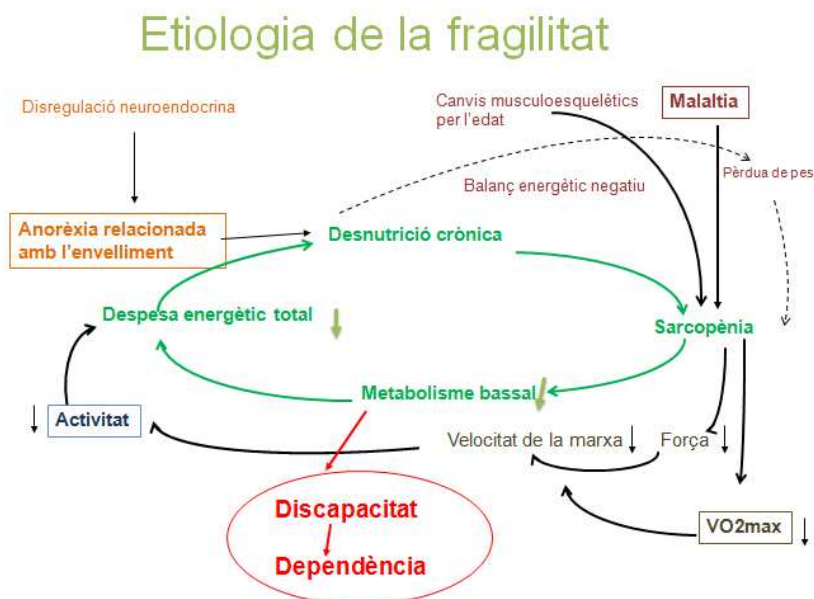
70

La prevalença de la fragilitat mesurada amb aquests criteris clínics és del 6,9% del la població d'edat avançada. Augmenta amb l'edat i és més freqüent en les dones que en els homes¹⁰².

La fragilitat s'associa amb un baix nivell d'estudis, una pitjor situació econòmica i de salut, i una taxa més alta de comorbiditat. També estan implicats el baix pes, l'obesitat, el tabaquisme i els símptomes depressius en el desenvolupament de la fragilitat i representen importants objectius per a la prevenció.

En l'etiologia de la fragilitat, segons Fried¹⁰³, es pot descriure un cercle en el que intervé el descens de la despesa basal energètica associada amb l'edat i amb una progressiva disminució de l'activitat física, induïda pel sedentarisme de l'envelliment, que provoca una menor despesa energètica total. A més, la desnutrició provocada per l'anorèxia que provoca la disregulació neuroendocrina i l'aparició de les malalties indueixen canvis musculoesquelètics que augmenten la sarcopènia pròpia de l'edat. Aquesta pèrdua de massa muscular tancaria el cercle contribuint al descens de la despesa basal. La malaltia vascular i la disminució de l'aportació de l'oxigen als teixits facilitarien la disminució progressiva de l'activitat física. La conseqüència final seria la discapacitat i la dependència (figura 28).

Figura 28. Patogènia de la fragilitat.



Font: Fried LP, Walston J, 1998. Frailty and failure to thrive. Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH, Jr Halter JB, Ouslander J, ed. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology* 4th ed. 1387-1402. McGraw Hill, New York.

Avaluació de la fragilitat.

La fragilitat es pot avaluar mitjançant:

a) Monitorització de la reserva fisiològica a través de l'avaluació de la integritat del control neurològic, els mecanismes muscular-esquelètics i la capacitat de metabolisme energètic.

b) Avaluació del deteriorament funcional previ al desenvolupament de la dependència, denominada fragilitat pre-clínica. Es pot avaluar a través d'escala d'activitats avançades de la vida diària, per escala d'execució o per observació directa.

INTRODUCCIÓ

- c) Objectivació de dependència mitjançant escales per mesurar les AIVD¹⁰⁴.
- d) Detecció de síndromes geriàtriques.
- e) Consideració de la fragilitat com un equilibri inestable que predisposa a perdre la capacitat de seguir vivint en la comunitat.
- f) Mesura d'un índex de fragilitat (IF) com a variable de dèficits acumulats.

72

La fragilitat s'ha conceptualitzat com una vulnerabilitat subjacent, on l'hospitalització produeix un deteriorament agut de la salut que produeix la dependència en les AVD¹⁰⁵ i, en conseqüència, la fragilitat.

Tradicionalment, la fragilitat s'ha considerat com inevitable. Els models actuals continuen consideren la fragilitat com una condició que resideix en l'individu.

Prevenció i tractament de la dependència.

Coneixent els factors i l'etiologia de la dependència es pot reduir el risc de la seva aparició a diferents nivells:

- La millora dels hàbits de salut: l'estat nutricional, l'activitat física habitual i l'abandonament d'hàbits tòxics.
- La prevenció primària de les malalties, com el control dels factors de risc cardiovascular.
- La rehabilitació de les deficiències quan apareixen.

En aquelles situacions que és inevitable la limitació funcional, posar en marxa:

- El sistema de suport social per disminuir el nivell de discapacitat (figura 29).

Figura 29. Intervenció dels serveis socials per millorar la pèrdua de capacitat funcional.



Font: Pròpia.

El grau de discapacitat de la persona dependent pot ser disminuït en funció dels recursos i serveis socials. Si entenem la dependència com el requeriment d'ajuda a tercers per realitzar les AVDs, es pot millorar aquesta situació si els serveis socials i sanitaris són capaços de suplir aquests dèficits. Per exemple:

- Les adaptacions a domicili.
- L'aportació d'un servei d'ajuda a domicili (SAD).
- L'adequada rehabilitació funcional entre altres.

INTRODUCCIÓ

1.2.3. La Qualitat de vida.

En 1974, als Estats Units, va aparèixer el terme Qualitat de Vida amb caràcter científic en la revista "Social Indicators Research". Durant 1979, es va difondre el concepte teòric i metodològic generant la investigació al voltant d'aquest terme. Després de més de 30 anys, encara no existeix un acord sobre la definició de qualitat de vida.

74

Segons la definició de la WHO⁶ (1983), la qualitat de vida és "la percepció d'un individu sobre la seva posició en la vida, en el context de la cultura i el sistema de valors en els que viu, i en relació amb els seus objectius, expectatives, estàndards i preocupacions". És un concepte ampli que abasta la globalitat de la persona.

Per altres autors com Espinosa¹⁰⁶ (2000), la qualitat de vida és "una construcció històrica i cultural de valors, que està subjecte a les variables de temps, espai i imaginari, amb els singulars graus i amplitud de desenvolupament de cada època i de la societat. Els valors, les apetències i els idearis varien, notòriament, en el temps i en l'interior de les esferes i estrats que conformen les estructures socials".

Per això, resulta pretensió aspirar a unificar en un únic criteri la qualitat de vida i continua com un concepte abstracte i sense límits clars. En el camp social, la qualitat de vida es defineix com l'equivalent al benestar, en el biomèdic a l'estat de salut i, en psicologia, a la satisfacció i al benestar psicosocial.

La qualitat de vida és multidimensional, i està formada per una sèrie de dominis com són els factors personals (la salut, les activitats d'oci, la satisfacció amb la vida, les relacions socials i les habilitats funcionals) i els factors socioambientals.

Segons aquesta visió, la salut està, íntimament associada amb els serveis socio-sanitaris existents i disponibles, les activitats d'oci amb la qualitat de l'ambient, la satisfacció amb factors culturals, les relacions socials amb el suport social i les habilitats funcionals estan relacionades amb les condicions econòmiques dels individus.

Quantes dimensions o dominis s'han de valorar en la qualitat de vida està en discussió. La valoració de cada dimensió dependrà directament del context demogràfic, històric, polític i social on es realitza l'estudi.

Per la seva part, la WHO (1993)¹⁰⁷ defineix cinc amplis dominis:

- La salut física.
- La salut psicològica.
- El nivell d'independència.
- Les relacions socials.
- L'entorn.

La qualitat de vida, també, té un caràcter objectiu (serveis de què disposa la persona, nivell de renda, ...), i subjectiu (valoracions, judicis, sentiments, ...). La combinació de les condicions de vida i la satisfacció d'una persona estan ponderades per l'escala de valors, aspiracions, necessitats, ideals i expectatives personals, varien en funció de l'etapa evolutiva. La percepció de satisfacció està influenciada per variables com l'edat, i l'anàlisi depèn dels diferents moments del cicle vital: la infància, l'adolescència i la vellesa¹⁰⁸.

La recerca centrada en la població de gent gran sobre la qualitat de vida ha posat èmfasi en la salut i en les relacions socials. En una enquesta nacional d'Anglaterra, Bowling i Windsor¹⁰⁹ (2001), es demostra que una alta proporció d'adults, de totes les edats, les relacions amb familiars, parents, amics o veïns eren la dimensió més important en la seva qualitat de vida. A la mateixa enquesta, per a les persones de 65 i més anys, la salut era la

INTRODUCCIÓ

dimensió més important i les relacions humanes ocupaven el segon lloc. La capacitat per adaptar-se o per resistir jugaria un paper per mantenir una bona qualitat de vida.

La qualitat de vida en les persones dependents està en funció de tres elements:

76

- El grau de discapacitat que obligarà a una major o menor intensitat d'ajuda.
- Les pròpies expectatives de la persona dependent respecte a com desitja rebre aquestes ajudes.
- El recolzament rebut pels seus cuidadors informals¹¹⁰.

Un bon model assistencial, un enfocament en les habilitats de la persona i l'accés a la informació i la comunicació poden ajudar a la gent gran a enfrontar-se de millor manera¹¹¹.

En la vellesa, també s'han de considerar la demència i la depressió en el deteriorament de la qualitat de vida¹¹².

Finalment en la valoració de la vida humana en les persones d'edat, intervé, d'una banda, el balanç entre els aspectes positius i negatius de la vida quotidiana, i per una altra part, els desitjos de perllongar la vida i d'ampliar els tractaments.

Malgrat que moltes facetes de la salut física i mental determinen la valoració de la vida, són sobretot les relacions amb els amics, la utilització del temps i les situacions emocionalment bones, que afecten de forma independent, amb una valoració positiva. Aquesta valoració positiva és el principal predictor, de forma independent, del nombre d'anys que desitja viure una persona gran sota una sèrie de condicions de salut desfavorables, de discapacitat, de deteriorament cognitiu i de dolor¹¹³.

Es recomana que els esforços per a millorar la qualitat de vida en la vellesa s'han de centrar en:

- Afrontar les dificultats financeres.
- Controlar les malalties i el deteriorament funcional.
- Millorar la confiança en les relacions.
- Ser capaços, en alguns casos, de sortir d'un barri desfavorit¹¹⁴.

En els darrers anys, diferents organitzacions internacionals i els governs han inclòs la mesura de la qualitat de vida en les enquestes poblacionals de salut¹¹⁵.

Un altre terme estretament relacionat amb qualitat de vida és la **Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut** (QVRS) (Health Related Quality of Life, HRQoL), que té el seu origen en la definició de salut del 1983, realitzada per la WHO.

En termes generals, la QVRS es refereix a la percepció que té una persona sobre els efectes d'una malaltia determinada o de l'aplicació d'un cert tractament, especialment de les conseqüències que provoca sobre el seu benestar. Es considera l'estat físic, el psicològic i el social, el benestar mental i social, les percepcions, i la satisfacció de com aquests aspectes s'han assolit¹¹⁶.

A escala comunitària o social, la QVRS inclou també recursos, condicions, polítiques i pràctiques que influeixen sobre les percepcions que la població té de la seva salut i de l'estat funcional.

El component subjectiu de la qualitat de vida es valora amb conceptes com el benestar i la satisfacció.

El diagnòstic de la QVRS quedarà matisat per les característiques socioeconòmiques de la població.

INTRODUCCIÓ

Recentment s'ha presentat l'estudi "Qualitat de vida de les persones grans a Catalunya" per La Fundació viure i conviure, Caixa Catalunya⁶⁴. S'ha aplicat el qüestionari WHOQOL-OLD, que analitza:

78

- **Nivell d'estudis:** Les persones que tenen un nivell més alt d'estudis presenten una millor qualitat de vida.
 - **Professió realitzada:** Les persones que manifesten millor qualitat de vida són les que han desenvolupat tasques més qualificades. A l'altre extrem es situen les persones que van treballar a la llar o al camp, que descriuen pitjor qualitat de vida.
 - **Satisfacció amb la salut:** La satisfacció amb la pròpia salut va estretament lligada amb la valoració de bona qualitat de vida. Les persones que es consideren sanes tenen millor qualitat de vida⁶⁴. Les persones amb deteriorament cognitiu, mal estat nutricional i símptomes depressius presenten pitjor qualitat de vida que les que no les pateixen⁶⁴.
 - **Discapacitats:** Les persones que presenten alguna discapacitat per realitzar AVDs tenen pitjor qualitat de vida⁶⁴.
 - **Altres variables:** Les persones que disposen del suport d'un familiar, així com tenir una persona que els pugui escoltar quan necessiten parlar, tenen millor qualitat de vida. El gènere, els grups d'edat, l'estat civil, el nombre de fills, la satisfacció amb els fills, el fet de viure acompanyat es relacionen amb una millor qualitat de vida.
-

1.3. Recursos socials i socio-sanitaris.

La ràpida evolució de les característiques i dimensions de la població major de 65 anys ha donat lloc, entre molts altres fenòmens, a un important desenvolupament dels serveis i programes per resoldre un conjunt heterogeni de necessitats de les persones grans.

La diversitat de fórmules van des de l'obertura d'espais i de mecanismes de participació social de les persones i dels grups, fins a l'oferta de programes culturals i de lleure per ocupar part del temps lliure després de la jubilació, passant per un ampli ventall de programes d'atenció socio-sanitària.

Els serveis socials han dissenyat plans globals d'intervenció per respondre les diverses necessitats i interessos de la gent gran.

Malgrat l'aparició de discapacitats en la gent gran, i que aquestes s'han identificat com a predictives d'institucionalització, moltes persones grans segueixen vivint a la llar i en la comunitat, ja sigui soles o amb familiars.

Un recent estudi francès que valorava els paper dels recursos socials, suggereix que les necessitats d'assistència no es basen, exclusivament, en les limitacions funcionals, sinó que també estan relacionades amb els aspectes socials i ambientals¹¹⁷.

Els recursos socio-sanitaris han de dirigir-se a millorar la dependència funcional per reduir el nivell de discapacitat i permetre a la persona mantenir-se a la seva llar. Entre aquests recursos tenim^{18 i 118}:

1. Adaptacions de l'habitatge: Tenen com objectiu dotar la llar ocupada per una persona gran de les adequades condicions d'habitabilitat i accessibilitat.

INTRODUCCIÓ

2. Servei d'ajuda a domicili (SAD): És un programa individualitzat, de caràcter preventiu i rehabilitador, en el qual s'articulen un conjunt de serveis i tècniques professionals d'intervenció que consisteixen en:

- Atenció personal i domèstica per les AVD,
- Suport psicosocial i familiar que facilitin la integració social,
- Altres serveis complementaris són l'acompanyament, la realització de gestions, o les activitats de lleure ...

3. Teleassistència: És un dispositiu que la persona gran porta a sobre, i que al prémer un botó desencadena una senyal d'alarma identificable a una central d'escolta. Immediatament es produeix un contacte telefònic amb la persona que porta el dispositiu per detectar la causa de la trucada i buscar una solució. És un servei que aporta seguretat i tranquil·litat, sobretot per a persones grans que viuen soles. És un servei de vigilància que pretén retardar la institucionalització.

4. Centres de dia: Són un recurs socio sanitari i de suport familiar que ofereix durant el dia atenció a les necessitats personals bàsiques, terapèutiques i socioculturals de les persones grans afectades per diferents graus de dependència, promovent la seva autonomia i la permanència en el seu entorn habitual. L'objectiu general del centre de dia és "afavorir unes condicions de vida dignes entre les persones grans dependents i els seus familiars, facilitant la continuïtat de les seves formes de vida i l'assoliment d'un major nivell d'autonomia".

5. Estades temporals en centres residencials: Aquest programa facilita l'estada en un centre residencial durant un període, en general, no superior a 60 dies a aquelles persones majors de 65 anys. Els candidats són les persones que elles mateixes, o els familiars amb qui conviuen, presenten una situació eventual de necessitat, susceptible de solució o de millorar mitjançant l'accés a una estada temporal en un centre. Per tant és un servei

de suport familiar, igual que el d'un centre de dia, per complir una important funció d'alleugeriment als cuidadors. És una forma d'afavorir la permanència de la persona gran en l'entorn familiar, i en conseqüència, evitant la institucionalització definitiva.

6. Sistemes alternatius d'allotjament: Sota aquesta denominació s'agrupen una gamma d'allotjaments per a persones grans que, per problemes d'habitatge, solitud o pèrdua d'autonomia, es veuen obligades a abandonar el seu domicili i opten per les solucions més semblants a la seva manera habitual de viure. L'oferta que hi ha és força diversa i es concreta en les següents modalitats:

- Apartaments individuals o per dues persones.
- Habitatges tutelats, ocupats per grups entre 4 i 10 persones.
- Habitatges comunals que són autogestionades per les mateixes persones que els ocupen.
- Miniresidències de fins a 20 persones, desenvolupades sobretot en el medi rural.
- Acolliment en diverses fórmules, com acolliment familiar, de convivència intergeneracional.

7. Serveis institucionals: Són, bàsicament, les residències. Altres tipus d'ofertes, són els centres sociosanitaris i els hospitals de mitjana i llarga estada. La residència es defineix com "centre gerontològic obert, de desenvolupament personal i atenció sociosanitària interprofessional, en el qual viuen temporalment o permanentment persones grans amb algun grau de dependència".

Una primera proposta de recursos sociosanitaris per atendre de forma correcta a la població de gent gran amb dependència va ser el primer "Plan gerontològic" IMSERSO (1988-1992)¹¹⁸, posant l'any 2000 com a data per completar les accions. Posteriorment s'ha elaborat el "Plan de acció para

INTRODUCCIÓ

las personas mayores” (2003-2007)¹⁸ del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO).

Es proposen les següents accions per atendre a les persones grans:

82

- Per a les adaptacions de l'habitatge es proposa un ràtio del 2% (nombre d'adaptacions de l'habitatge per cada 100 persones majors de 65 anys).
- Per al SAD, el ràtio seria del 8% (nombre de SAD per cada 100 persones majors de 65 anys).
- Per a la teleassistència s'estableix un ràtio del 12,5% de les persones grans que viuen soles (nombre de teleassistència per cada 100 persones majors de 65 anys que viuen soles).
- Per a les estades temporals en centres residencials s'estableix un 2% de places destinades a aquest fi a les residències dependents de l'administració.
- Per als sistemes alternatius d'allotjament s'aconsella un 1% de cobertura.
- Per a les places residencials s'estableix com a objectiu de cobertura 3,5 places per cada 100 persones de 65 anys i més.

Actualment a Espanya l'oferta sociosanitària per a les persones grans dependents és sensiblement inferior al països de l'OCDE¹¹⁹, així tenim:

- En places residencials l'oferta es situa en un 3,7 places per cada 100 persones majors de 65 anys (Observatorio del Mayor, IMSERSO, 2004), quan la mitja en l'OCDE està per sobre de 5 (OCDE, 2005).
-

INTRODUCCIÓ

- En quan al SAD, l'oferta es situa en un 3,1% de ràtio (Observatorio del Mayor, IMSERSO, 2004), molt per sota de la majoria de països d'Europa Occidental.
- En teleassistència, l'oferta es situa en 1,78 persones per cada 100 persones de 65 anys i més.

INTRODUCCIÓ

1.4. Sistemes d'avaluació.

1.4.1. Avaluació dels aspectes de salut.

84

Per detectar un correcte desenvolupament físic, psicològic, social, demogràfic i funcional, així com valorar els factors que poden comportar risc de provocar malalties en les persones d'edat avançada cal realitzar una anàlisi integral i global dels diferents aspectes que afecten la salut i que es detallen a continuació:

1. Valoració de la funció cognitiva.
2. Valoració de l'estat d'ànim.
3. Valoració de la situació nutricional.
4. Valoració de la fragilitat.
5. Valoració de la comorbiditat.
6. Valoració de les síndromes geriàtriques.

1.4.1.1. Valoració de la funció cognitiva.

La funció cognitiva engloba la capacitat d'adquisició, el processament, la classificació i la integració de la informació; la memòria i l'aprenentatge que permeten l'emmagatzematge i l'accés a la informació; el pensament o la raó relacionades amb l'organització i la reorganització mental de la informació; i les funcions expressives que permeten la comunicació o l'acció.

L'augment progressiu de l'esperança de vida i de la longevitat, fa incrementar la taxa de deteriorament cognitiu de qualsevol causa. El diagnòstic definitiu del deteriorament cognitiu requereix un estudi extens que inclogui una anamnesi dirigida a exploració de la funció cognitiva, una

exploració física, unes proves analítiques i d'imatge, i l'aplicació de test específics de valoració cognitiva.

Les entitats nosològiques més destacades són:

- El deteriorament cognitiu lleu.
- La demència amb totes les seves diferents etiologies.
- La pseudodemència com a manifestació de depressió.
- La síndrome confusional aguda.

A Catalunya, la prevalença de la demència es situa entre el 13,9%¹²⁰ i el 14,9%¹²¹ en els més grans de 65 anys.

Aquest percentatge de demència s'incrementa de forma considerable en els grups de més edat. En persones de més de 85 anys, la prevalença es situa en el 32,6%, arribant fins el 54,3%¹²² en les persones de més de 90 anys. En el estudi més recent de Leganés¹²³, el 51,8% dones, el 38,7% d'homes de 70 anys i més presenten deteriorament cognitiu.

És necessari remarcar que aquest augment progressiu del deteriorament cognitiu comporta un increment de la morbiditat i de la mortalitat.

L'avaluació neuropsicologia de la persona gran amb deteriorament cognitiu presenta moltes limitacions. En la valoració intervenen factors culturals, situacions sociofamiliars i limitacions sensorials, entre altres. A més, molts dels tests utilitzats en el diagnòstic del deteriorament cognitiu no s'han validat en les persones d'edat avançada. La funció cognitiva es pot mesurar mitjançant test senzills qualificats que permeten una primera selecció de la població amb problemes, i que es comenten a continuació. En primer lloc es descriu el text utilitzat en el nostre estudi:

INTRODUCCIÓ

Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) o test de Pfeiffer

El SPMSQ o test de Pfeiffer¹²⁴ (1975) permet detectar aquelles persones que presenten una alteració en l'estat mental¹²⁵.

86

Objectiu: Seleccionar la població amb deteriorament cognitiu, sense arribar a ser un test diagnòstic de demència^{126,127}. Determinar qui requerirà estudis posteriors per diagnosticar graus de deteriorament cognitiu.

Metodologia: El qüestionari consta de 10 preguntes sobre la memòria a curt termini, la memòria a llarg termini, l'orientació, la informació per als fets quotidians i la capacitat de càlcul simple. Per a cada pregunta errada es comptabilitza un punt. La puntuació va de 0 a 10 errades (taula 22).

Taula 22. Qüestionari de Pfeiffer.

Per cada resposta incorrecta. 1 punt

Quin dia és avui?

Quin dia de la setmana és?

Quin és el nom d'aquest lloc?

Quin és el seu número de telèfon?

Quants anys te?

Quin dia va néixer?

Com es diu el president de l'actual govern?

Com es deia el president de l'anterior govern?

Com es diu la seva mare?

Compti cap enrere de 3 en 3 des de 20?

Font: Versió original: Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficits in the elderly. J Am Geriatr Soc. 1975; 23: 433-41. Versió espanyola de: Gonzalez-Moltalvo JI, Alarcon-Alarcon MT. Salgado-Alba A. Valoración del estado mental en el anciano. En: Salgado A, Alarcon MT. Valoración del paciente anciano. Barcelona: Masson; 1993. P 73-103.

Valoració: Les diferents puntuacions permeten graduar el deteriorament cognitiu com s'exposa a la taula 23. Cinc o més errors suposen un deteriorament cognitiu.

Taula 23. Valoració del Test de Pfeiffer.

Nombre d'errors	Valoració
0-2 errors	Normal
3-4 errors	Deteriorament lleu
5-7 errors	Deteriorament moderat.
8-10 errors	Deteriorament greu

El test de Pfeiffer permet fer correccions segons el nivell d'estudis que presenta la persona:

- Un error més si la persona només té educació primària.
- Un error menys si la persona té una educació de grau mig o superior.
- Un error més en persones procedents de grups segregats o marginals.

Característiques: Gonzalez-Montalvo et al¹²⁸ fan una primera validació al castellà. Posteriorment Martínez¹²⁹ fa una nova adaptació del test trobant una fiabilitat inter i intra observador de 0,738 i 0,925, respectivament, arribant a una consistència interna de 0,820. Té una sensibilitat que varia segons els autors, des del 100% d'uns, fins el 68 % d'altres. La seva especificitat és entre 90 a 96%, per un punt de tall de 5.

Altres tests de valoració cognitiva:

Mini-Examen Cognoscitiu (MEC)¹³⁰. Es tracta de l'adaptació espanyola del Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein (1975)¹³¹ realitzada per Lobo, al 1979 i revisada al 2002.

INTRODUCCIÓ

La puntuació màxima per al MEC és de 35 punts i per al MMSE és de 30 punts. En el cas del MEC, un punt de tall de 23-24 indica deteriorament cognitiu. El resultat del test està influenciat pel nivell cultural de la persona.

Fluència verbal amb consigna semàntica-SET test¹³². Mesura la quantitat de paraules que pertanyen a una categoria evocades en un temps determinat, segons un criteri semàntic. És un test que implica la utilització de funcions lingüístiques, amnèsiques i funcions executives. És un test d'aplicació ràpida i no està influenciat pel nivell cultural de la persona.

Test del rellotge¹³³. És un test de breu realització que aporta dades sobre la capacitat visoconstructiva i el grau d'atenció, capacitat executiva, comprensió del llenguatge i coneixement numèric. Segons el seu autor Cacho¹³⁴, el test compren dos fases, l'ordre i la còpia, amb punts de tall de 6 sobre 10 per a la primera i 8 sobre 10 per a la segona. Hi ha discordança sobre la influència del nivell cultural de la persona en el resultat del test.

1.4.1.2. Valoració de l'estat d'ànim.

Segons la WHO¹³⁵, la depressió és un trastorn mental comú que es presenta com un estat d'ànim deprimit, una pèrdua d'interès o de plaer, uns sentiments de culpa o de baixa autoestima, trastorns de la son o de la gana i poca energia. Aquests problemes es poden convertir en crònics o recurrents i conduir a un perjudici substancial en la capacitat d'una persona per tenir cura de les seves responsabilitats quotidianes.

La depressió és l'alteració més freqüent de l'estat d'ànim en la persona d'edat avançada. És un important problema de salut pública entre els ancians¹³⁶. La depressió és una de les principals causes de discapacitat en adults i un factor de risc de mortalitat i, també, de suïcidi¹³⁷. Les taxes de suïcidi són altes entre els ancians amb depressió¹³⁸.

La depressió en els ancians pot ser difícil de diagnosticar a causa de la seva variada presentació clínica i la freqüent associació amb malaltia física. La depressió pot estar emmascarada per hipocondria o somatització. Els problemes especials en el diagnòstic inclouen el trastorn bipolar, la pseudodemència, el dol patològic i el trastorn orgànic d'ànim en relació amb els medicaments o la malaltia física¹³⁹.

Els estudis epidemiològics donen xifres molt dispars sobre la prevalença de depressió. Aquest fet es pot explicar per problemes metodològics, per la tendència a somatitzar els símptomes i per la manca de reconèixer problemes de caire psiquiàtric. Segons l'estudi EURODEP¹⁴⁰ (Depression among older people in Europe: the EURODEP studies) la prevalença de la depressió va des d'un 8,8% fins a un 23,6%.

Els factors de risc de la depressió són l'edat, el nivell d'estudis, la capacitat econòmica i el nucli de convivència¹⁴¹.

Existeixen nombroses escales per valorar els símptomes depressius, però moltes no han sigut dissenyades específicament per a l'ancià. De les diferents possibilitats psicomètriques, l'escala més utilitzada, més traduïda i validada en els diferents països del nostre entorn és la introduïda per Brink i Yesavage en 1982¹⁴², i que descrivim a continuació.

Escala de depressió de Yesavage o "Geriatric depression scales" (GDS).

L'escala de depressió de Yesavage¹⁴³ o GDS es tracta d'un qüestionari per avaluar la depressió geriàtrica. Aquesta escala té major poder discriminatori en ancians amb malalties físiques que altres escales com la de Hamilton i la de Zung. Ha demostrat ser eficaç i predictiva de depressió en estats lleus i moderats de deteriorament cognitiu. Es disposa d'una versió reduïda de 15 preguntes¹⁴⁴, també validada i utilitzada a Espanya¹⁴⁵.

INTRODUCCIÓ

Objectiu: Identificar la presència de depressió i establir nivells de gravetat en l'ancià.

Metodologia: És un test autoadministrat que consta de 30 preguntes. S'utilitza la forma reduïda de 15 preguntes (taula 24). El seu contingut es centra en aspectes cognitiu-conductuals relacionats amb les característiques específiques de la depressió en el vell.

90

Taula 24. Geriatric depression scale versió reduïda. GDS.

1	Està vostè satisfet amb la seva vida	Si	No
2	Ha abandonat molts dels seus interessos i activitats	Si	No
3	Sent que la vida està buida	Si	No
4	Es sent freqüentment ensopit	Si	No
5	La majoria del temps està de bon humor	Si	No
6	Te por de què alguna cosa dolenta li ha de passar.	Si	No
7	Es sent feliç la majoria del temps	Si	No
8	Sovint se sent impotent.	Si	No
9	Prefereix quedar-se a casa en lloc de sortir	Si	No
10	Creu que té més problemes de memòria que els demés	Si	No
11	Creu que és meravellós estar vivint.	Si	No
12	És difícil per a vostè començar nous projectes	Si	No
13	Es sent ple de energia	Si	No
14	Es sent sense esperança	Si	No
15	Creu que els demés tenen més sort que vostè	Si	No

*Las respuestas que indiquen depresión estan en negreta.

Font: Versió original de 15 items: Shelk JI & Yesavage JA. Geriatric Depresin Scale (GDS); recent evidence and developement of a shorte version. In Brink TL, ed Clinical Gerontology: A Guide to Assessement and intervention. New York: Haworth Press; 1986. Martí D, Miralles R, Llorach I, Garcia -Palleiro P, Esperanza A, Guillén J, Cervera AM. Transtornos depresivos en una unidad de convalescència: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2000; 35: 7-14.

Valoració: És una escala dicotòmica, de resposta si o no. Es dona un punt a la resposta que coincideix amb l'estat depressiu; i zero punts a la resposta indicativa de normalitat. El sentit afirmatiu o negatiu de la resposta està invertida de forma aleatòria amb la finalitat d'anul·lar, en el possible, tendències a respondre en un sol sentit. La puntuació total correspon a la suma de les respostes indicatives de depressió, amb un rang de 0-30 o 0-15 segons la versió. El marc temporal s'ha de referir al moment actual o en la setmana prèvia i amb tendència a ser utilitzada més en la seva forma autoadministrada.

Els resultats es valoren en la següent classificació de la taula 25.

Taula 25. Valoració. Puntuació de la GDS.

Valoració	Punts
Normal	de 0-5 punts
Depressió probable	de 6 a 9 punts
Depressió establerta	de 10 a 15 punts

Característiques: Té unes propietats de validesa i fiabilitat similars a la resta de les escales¹⁴⁶, però la seva complementació pels ancians és més senzilla. La sensibilitat és del 0,853 i l'especificitat del 0,855 per a un punt de tall de 5 o més punts¹⁴⁷, que indica alteració de l'estat d'ànim.

Altres escales:

Escala de Hamilton. És una escala de valoració afectiva subjectiva que consta de 21 preguntes que determinen l'estat anímic, l'existència de sentiments de culpabilitat, la ideació suïcida, les alteracions del ritme de la son, la influència de l'estat anímic en el treball i les activitats habituals, els canvis en el comportament, la possible aparició de símptomes d'afectació psicossomàtica i neuròtica¹⁴⁸.

INTRODUCCIÓ

Cada resposta positiva de les variables explorades es valora amb un punt. Entre 8 i 14 punts, s'orienta cap a depressions menors, distímies, etc. Puntuacions superiors a 14 són suggestives de depressions de tipus moderat o sever.

92

Aquest test, d'aplicació en atenció primària, més que com selecció o cribatge de depressió en ancians es pot utilitzar com a segona prova (per exemple, després d'un test de Yesavage que suggereixi depressió) per valorar la intensitat del trastorn depressiu, així com, l'evolució dels símptomes en relació amb el tractament.

Escala de Depressió de Zung. Aquesta escala es pot utilitzar també per seleccionar¹⁴⁹. Hi ha una versió validada a l'espanyol amb 20 preguntes auto-aplicades amb 4 possibles respostes i cadascuna amb un valor determinat 1 i 4.

Les puntuacions més altes es correlacionen amb símptomes depressius més intensos. Es considera una puntuació normal fins a 27 punts. Entre 28 i 41 punts és indicatiu de depressió lleu, valors de 42 a 53 punts suggereixen depressió moderada i per sobre de 43 punts, és una depressió greu.

1.4.1.3. Valoració de la situació nutricional.

La valoració de l'estat nutricional consisteix en examinar si les demandes fisiològiques, bioquímiques i metabòliques estan cobertes per la ingesta de nutrients. Aquest equilibri entre demandes i requeriments depèn de diversos factors com poden ser l'edat, el gènere, la situació fisiològica i patològica de cada individu, l'educació cultural i la situació psicosocial.

En general, per valorar l'estat nutricional d'una persona o d'un grup de població es disposen d'aspectes: dietètics, antropomètrics, bioquímics, immunològics i clínics. Per valorar l'estat nutricional de les persones d'edat

avançada, disposem de diferents eines diagnòstiques, però no existeix un marcador únic i definitiu.

El grup d'edat avançada és el més heterogeni i vulnerable de la població dels països desenvolupats, amb un major risc de patir desequilibris, mancances i problemes nutricionals. La malnutrició és més comú en les persones d'edat avançada que en els adults més joves.

L'envelliment no condueix a la malabsorció ni a la malnutrició. La desnutrició en les persones d'edat avançada, per tant, és una conseqüència de problemes somàtics, psíquics o socials^{150,151}.

Segons l'estudi "*Survey in Europe on Nutrition and the Elderly*" SENECA¹⁵² la prevalença mitjana de desnutrició és d'1% de les persones sanes d'edat avançada en la comunitat, el 4% en les persones que reben cures a la llar, el 5% en pacients amb malaltia d'Alzheimer que viuen a casa seva, el 20% en els pacients hospitalitzats, i el 37% en els ancians institucionalitzats.

En un recent metanàlisi¹⁵³ fet a 2006, (21 estudis, n=14.149 persones grans), la prevalença de malnutrició en ancians que viuen a la comunitat és del 2% i el risc de desnutrició del 24% (interval 8-76%). Un patró similar s'observa en persones d'edat avançada amb malaltia que viuen en la seva llar (25 estudis, n=3.119 adults majors), presentant una prevalença de desnutrició del 9% i un risc de desnutrició del 45% (interval 8-65%).

Si en una selecció es detecten persones amb risc nutricional, s'ha de realitzar una valoració nutricional més completa que ha d'incloure: història clínica, enquesta dietètica, exploració física general, antropometria, tècniques de composició corporal més complexes, i si es possible, determinacions analítiques, estudis immunològics i de capacitat funcional, entre d'altres¹⁵⁴.

INTRODUCCIÓ

Valoració dels hàbits alimentaris: Aquest punt pot abordar-se de diferents formes¹⁵⁵. No és possible tenir una idea exacta de l'estat nutricional a partir de dades dietètiques exclusivament. Els resultats de les enquestes alimentàries obtenen informació sobre la possibilitat que una persona o un grup tinguin ingestes inadequades d'energia i nutrients i constitueixin un grup de risc. També s'ha d'interrogar al pacient sobre el consum de suplementes dietètics o de vitamines.

94

La disminució de la memòria a curt termini de l'ancià, o l'obtenció d'estimacions a través d'un familiar o cuidador poden limitar la fiabilitat i la validesa de les mesures dietètiques.

Es disposa de diferents mètodes validats, de major a menor exactitud:

- Registre dietètic de 7 dies, o de 3 dies que inclouen 1 dia festiu.
- Qüestionari de freqüència d'aliments.
- Història dietètica.
- Recordatori de 24 hores.

Paràmetres antropomètrics: Els instruments més utilitzats són la determinació del pes corporal, l'alçada i l'índex de massa corporal ($IMC = \text{Pes (Kg)} / \text{Alçada}^2 (\text{m}^2)$).

Tres treballs realitzats a Espanya (població general de Catalunya¹⁵⁶, població adulta de Canàries¹⁵⁷ i població geriàtrica de Manresa¹⁵⁸), han permès conèixer paràmetres de normalitat en ancians sans. Els paràmetres més utilitzats són els de Alastrué¹¹⁶ (1988), que proporcionen referències amb intervals d'edat amplis. Les dades de Esquius¹¹⁸ (1993) inclouen un grup d'ancians vàlids institucionalitzats i es representen en segments, de 5 anys, essent més apropiats, donades les característiques poblacionals. A Europa, l'estudi SENECA¹⁵⁹ ha aportat dades menys exhaustives sobre aquesta matèria. El pes i l'alçada han estat les mesures més correntment

utilitzades, considerant que soles o combinades, són bons indicadors de l'estat nutricional global, però no indiquen necessàriament les modificacions que es donen en cadascun dels compartiments del cos. El pes és un indicador necessari però no suficient per mesurar la composició corporal; no obstant això, la comparació del pes actual amb pesos previs permet estimar la trajectòria del pes. Aquesta informació és d'utilitat considerant que les pèrdues significatives són predictives de discapacitat en l'ancià. La magnitud i velocitat de la pèrdua percentual de pes és un dels paràmetres més importants¹⁶⁰.

Per calcular la pèrdua de pes es pot utilitzar la fórmula:

- % Pèrdua de pes habitual = $\text{Pes actual (kg)} / \text{pes habitual (kg)} \times 100$.
- Determinar el risc nutricional segons les dades de la taula 26.

Taula 26. Risc de desnutrició. Pèrdua percentual de pes.

Pèrdua de pes habitual en %	Temps
10%	6 mesos
5%	3 mesos

La pèrdua d'un 10% de pes en sis mesos o la pèrdua de pes d'un 5% en tres mesos indica que l'ancià està en risc de desnutrició (taula 26).

L'IMC, segons la classificació de la SEEDO 2007¹⁶¹ dirigida a la població general, permet classificar als individus en:

- Per sota de 18,5 Kg/m² indica "pes insuficient".
- Entre 18,5 i 24,9 Kg/m² es considera normal
- Entre 25 i 29,9 Kg/m² es considera "sobrepes" o "excés de pes".
- Entre 30 i 34,9 Kg/m² es considera "obesitat lleu".
- Entre 35 i 39,9 Kg/m² es considera "obesitat moderada".
- Per sobre de 40 Kg/m² es considera "obesitat mòrbida".

INTRODUCCIÓ

L'*American Commité on Diet and Health* ha establert que IMC inferiors a 24 kg/m² i superiors a 29 kg/m², no són desitjables en individus de més de 65 anys¹⁶². L'IMC ideal per a persones de 65 anys i més, no està definit però es situa dins d'un ampli marge, estimat actualment entre 24 i 29 kg/m², donat que en aquest interval, existeix el mínim de mortalitat en persones de més de 65 anys d'edat. Sembla que els estàndards de normalitat de l'IMC són més alts que per a la població menor de 65 anys.

96

Un IMC <21 Kg/m² indica baix pes i <17 Kg/m² malnutrició.

Paràmetres bioquímics: La mesura de les proteïnes plasmàtiques d'àmplia disponibilitat, com l'albumina (vida mitja: 14-21 dies), la prealbumina (2-3 dies) i la transferrina (8-9 dies) permeten avaluar l'estat proteic visceral. Però cal advertir que els seus nivells plasmàtics estan influenciats per factors no nutricionals. Els nivells plasmàtics d'albumina i prealbumina són molt sensibles a qualsevol grau d'agressió (infeccions...). L'albumina és un bon marcador de morbimortalitat i té major capacitat que l'edat per predir la mortalitat i l'estada hospitalària. És un mal monitor de canvis nutricionals aguts. Un recompte limfocitari inferior a 1.500/ml és un indicador de malnutrició proteica.

Tècniques de selecció de desnutrició i de risc nutricional: S'han descrit índexs pronòstics. Es tracta d'eines senzilles i ràpides d'administrar que permeten una mesura vàlida i reproduïble de l'estat nutricional del pacient. La seva utilitat en l'activitat assistencial diària és inqüestionable.

Aquests índexs pronòstics són útils per detectar pacients ancians en risc de desnutrició, però la valoració nutricional convencional (enquesta dietètica, paràmetres antropomètrics i paràmetres bioquímics) també és necessària per identificar les causes i planificar el tractament.

S'han desenvolupat múltiples eines d'aquest tipus, però no totes han estat validades en el nostre mitjà. Entre les que no requereixen paràmetres bioquímics per a la seva valoració trobem: The Determine Your Nutritional Health Checklist-Nutrition Screening Initiative (NSI) desenvolupat per l'Associació Americana de Dietètica i el National Council of Aging de EE.UU.¹⁶³, el Mini-Nutritional Assessment (MNA) desenvolupat a Europa^{164,165} i la Subjective Global Assessment (VSG) canadenc^{166,167}.

Nutritional Screening Initiative (NSI). “Conegui el seu estat nutricional”.

El qüestionari NSI¹⁶³ consta de 10 preguntes relacionades amb l'estat nutricional, i la seva resposta és si o no, i pot ser emprat pel propi interessat.

El NSI no realitza un diagnòstic clínic però permet descobrir a les persones que tenen ingestes inferiors a les recomanades. Aquesta és una escala senzilla, i està dirigida a les persones grans. Es va començar a difondre's en 1990, en resposta als objectius del programa Healthy People 2000, i en l'actualitat, s'utilitza de forma generalitzada per nombrosos equips d'atenció primària.

Objectiu: Detectar a les persones que presenten un risc nutricional.

Metodologia: Consta de 10 preguntes com es mostra a la taula 27 i que fan referència a:

- La quantitat i el tipus d'aliments que integren la dieta quotidiana.
- Les limitacions per a la compra o preparació de la mateixa.
- També inclou el consum de medicaments.
- I el guany o la pèrdua involuntària de pes en el temps.

INTRODUCCIÓ

Taula 27. Qüestionari NSI.

Preguntes	No	Si
He tingut alguna malaltia que m'ha fet canviar el tipus i/o quantitat d'aliment ingerit?	0	2
Prenc menys de 2 menjars al dia	0	3
Menjo poca fruita, vegetals o productes lactis	0	2
Prenc més de tres gots de cervesa, licor o vi, quasi a diari	0	2
Tinc problemes dentals que fan difícil menjar	0	2
No sempre tinc diners suficients per comprar el menjar que necessito	0	4
Menjo sols la majoria de vegades	0	1
Prenc a diari tres o més fàrmacs receptats o per la meua compta	0	1
Sense volgué, he perdut o guanyat 5 Kg de pes en els últims 6 mesos	0	2
No sempre puc comprar, cuinar o menjar per mi mateix per problemes físics	0	2

Font: Reilly EN, Martineau JK, Moran A, Kennedy H. Nutritional screening evaluation and implementation of a simple nutritional risk score. Clin Nutr. 1995, 14: 269-274.

Valoració: Cada resposta afirmativa té una puntuació estimada entre 1 i 4 punts. La puntuació final és la suma de totes les respostes i permet classificar en:

- estat nutricional bo,
- risc nutricional moderat i
- risc nutricional alt com indica la taula 28.

Segons la valoració final es determina quina és l'actuació a seguir segons la taula 28.

Taula 28. Valoració. Puntuació del NSI.

Punts	Valoració	Revaluació
0-2	Estat nutricional bo	Revalorar en 6 mesos
3-5	Risc nutricional moderat	Prendre mesures per a millorar hàbits dietètics i revalorar en 3 mesos
6 o més	Risc nutricional alt	Consulta amb el metge.

Característiques: Es tracta d'un instrument de selecció molt sensible però poc específic¹⁶⁸. Mostra una sensibilitat de 0,750 i especificitat 0,540¹⁶⁹.

Mini-Nutritional Assessment (MNA)^{164,165}. La idea neix a Europa a 1989, i la primera publicació va ser en 1994. En 2001, apareix la versió abreujada. És fiable i es pot realitzar amb poc entrenament. És mínimament invasiu per al pacient, barat i ràpid per avaluar l'estat nutricional¹⁵¹.

És un instrument validat que permet, de forma senzilla i pràctica, realitzar una adequada avaluació nutricional en la població d'edat avançada, mitjançant 18 preguntes breus dividides en quatre blocs.

- El primer bloc fa referència a mesures antropomètriques (IMC, circumferència braquial, circumferència de la cama i pèrdua de pes).
- El segon bloc correspon a l'avaluació global del pacient amb 6 preguntes sobre l'estil de vida, medicació i mobilitat.
- El tercer bloc fa referència a l'avaluació nutricional mitjançant les preguntes de nombre de menjars, ingesta d'aliments, líquids i autonomia per menjar.
- El quart bloc realitza una avaluació subjectiva de l'estat nutricional mitjançant l'autoavaluació de l'estat nutricional i la comparació amb altres persones de la seva mateixa edat¹⁷⁰.

La puntuació obtinguda (màxim 30 punts) permet classificar als pacients en:

- Estat nutricional satisfactori (24 punts).
- Risc nutricional de malnutrició (entre 23,5 i 17 punts).
- Mal estat nutricional, és a dir desnutrició a tots aquells que es trobin per sota de 17 punts¹⁷⁰.

En l'estudi SENECA¹⁵⁹, es va realitzar una comparació entre el NSI i el MNA, mitjançant els resultats acumulats equivalents amb les dades

INTRODUCCIÓ

100

obtingudes sobre la ingesta alimentaria, les mesures antropomètriques i els paràmetres bioquímics. El MNA classificava el 55% de les enquestes com ben alimentats, el 44% com risc de desnutrició i un 1% com desnodrits. El NSI classificava els ancians d'un altra manera: un 11% com bon estat nutricional, un 41% com risc de desnutrició moderada i un 48% com a risc nutricional alt.

Els paràmetres bioquímics, antropomètrics i els índex dietètics no diferien, ja fossin entre categories NSI o entre categories MNA. Utilitzant els valors de l'albumina sèrica (<30g/l) i recompte de limfòcits (<1500/ml) com referències, l'especificitat i la sensibilitat d'ambdós instruments per identificar els grups de risc es trobaven per sota de 0,6. Només la pèrdua de pes corporal en els darrers 6 mesos (> 10%), va mostrar major sensibilitat (0,75 (NSI), 0,96 (MNA)) i especificitat (0,54 (NSI), 0,60 (MNA)). Per tant, aquestes eines d'avaluació aplicades a una població de gent gran, tenen un valor limitat. Guigoz et al¹⁶⁵ (2002) troba que el MNA detecta el risc de desnutrició severa abans que apareguin els canvis en el pes o en les proteïnes sèriques.

Subjective Global Assessment (VGS)^{166,167}. Va ser obra d'un grup de clínics canadencs i simplement amb una mínima història i examen físic, el VGS és capaç de realitzar una avalució de l'estat nutricional. És senzill, econòmic i reproductible, però requereix certa experiència dels professionals que l'utilitzen pel seu ús correcte per realitzar una selecció nutricional.

El VGS ha estat validat per ser utilitzat en ancians. És un test molt útil en individus hospitalitzats, donat que és un mètode que permet detectar i valorar:

- Canvis en el pes de l'individu (en els últims 6 mesos i a les últimes 2 setmanes).
 - Canvis en la ingesta.
-

- Presència de símptomes gastrointestinals durant almenys 2 setmanes.
- Canvis en la capacitat funcional.
- Valora els requeriments nutricionals en funció del grau de la malaltia.

Els individus es classifiquen en:

- Ben nodrits.
- Moderadament o sospitosament malnutrits.
- Severament malnutrits.

1.4.1.4. Valoració de la fragilitat.

S'entén per fragilitat un continuum originat per una pèrdua excessiva i multisistèmica de la capacitat de reserva i adaptació de l'organisme.

Per detectar la fragilitat, entre altres, s'han proposat:

- El deteriorament en el temps de les AIVD, mesurades per l'índex de Lawton. Es creu un bon indicador de l'inici del deteriorament de la persona d'edat¹⁷¹ i de la situació de fragilitat.
- El fenotip proposat per Fries et al⁹⁹, està definit per la presència de 3 o més de les següents característiques:
 1. Pèrdua de pes no intencionat >5 Kg en l'últim any o 5% del pes corporal.
 2. Baixa resistència o fatiga expressada pel pacient.
 3. Debilitat muscular. La disminució de la força del "grip" (força de premsió de la ma) <20% de la normalitat.

INTRODUCCIÓ

4. Disminució de la velocitat de la marxa. Per recorre una distància de 4,5 m utilitzar un temps superior al 20% del límit de la normalitat.
5. Nivell baix d'activitat física. Valorant el consum de Kcalories.

102

- La constricció de l'espai de vida pot ser un marcador i/o factor de risc pel desenvolupament de la fragilitat¹⁷².
- El qüestionari de Barber valora el risc de presentar dependència funcional. Per això, s'ha utilitzat per valorar la fragilitat, encara que els conceptes no són els mateixos.
- Mesura d'un índex de fragilitat.

Qüestionari de Barber:

És un dels qüestionaris postals més emprats per a la detecció d'ancians d'alt risc de caure en dependència funcional¹⁷³. L'adaptació al nostre entorn la va fer Larizgoitia¹⁷⁴.

Objectiu: Detectar el risc d'aparició de dependència o fragilitat social.

Metodologia: El qüestionari consta de 9 preguntes que valoren situacions desfavorables per a la persona d'edat avançada. Es dona un punt per cada resposta afirmativa (taula 29).

Valoració: Si la persona té tant sols un punt ja es considera que té risc de fragilitat

Taula 29. Qüestionari de Barber.

Qüestionari de Barber	Si	No
1- Viu sol?	1	0
2- Es troba sense ningú a qui acudir si necessita ajuda?	1	0
3- Hi ha més de 2 dies a la setmana que no menja un àpat calent?	1	0
4- Necessita d'una persona que li ajudi molt sovint?	1	0
5- L'impedeix la seva salut sortir al carrer?	1	0
6- Té amb freqüència problemes de salut que l'impedeixen valer-se per si mateix?	1	0
7- Té dificultats amb la vista per realitzar les seves labors habituals?	1	0
8- Li suposa molta dificultat la conversació perquè no sent?	1	0
9- Ha estat ingressat en l'hospital en l'últim any?	1	0

Font: Versió original: Barber JH, Wallis JB, McKeating E. A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. J R Coll Gen Pract. 1980 Jan;30(210):49-51. Larizgoitia A, Larizgoitia I. Adaptación en nuestro medio de una encuesta para la detección de ancianos de riesgo de dependencia. Rev Gerontol. 1996; 6: 224-31.

Característiques: Presenta una alta sensibilitat (0,95) degut a seleccionar al 80% de la població, encara que en el nostre mitjà, aquesta xifra s'ha reduït fins al 63%¹⁷⁵. Una versió posterior del qüestionari, consideren tan sols les preguntes 3-4-6-8, aconseguint reduir el nombre d'ancians de risc seleccionat al 37%, degut a un petit descens de la sensibilitat (0,85) i amb similar especificitat¹⁷⁶.

1.4.2. Avaluació de la dependència funcional.

Es distingeixen dos grups d'activitats:

a) Les orientades a la cura personal, que en terminologia anglosaxona reben la denominació d'activitats bàsiques de la vida diària (ABVD), com per exemple menjar o adreçar-se.

INTRODUCCIÓ

b) Les orientades a mantenir-se en el mitjà en que viu la persona, les denominades “activitats instrumentals de la vida diària” (AIVD), com per exemple comprar o preparar el menjar.

Per mesurar la dependència s'han creat diversos instruments, entre ells: l'Escala d'Activitat de la Vida Diària, desenvolupada per Katz¹⁷⁷(1963), el qüestionari General de Salut, desenvolupat per Goldberg¹⁷⁸(1979), l'escala de Barthel, l'escala de la Cruz Roja¹⁷⁹ i un llarg etcètera d'instruments que permeten determinar el suport i el tipus de servei que una persona ha de rebre segons el seu grau de dependència.

Així, alhora de determinar quin és el nombre de persones dependents en una població, sols caldria saber quins subjectes necessiten d'ajuda per realitzar certes ABVDs i determinades AIVDs. A més, és important conèixer quin grau o intensitat de discapacitat presenten els diferents individus.

Mètodes de valoració de dependència en una població.

Les propostes metodològiques són, de més senzilles a més complexes:

1) Classificar als individus segons el nombre i naturalesa de les activitats que necessiten d'ajuda. En general, quan s'opta per aquesta via, els investigadors solen establir una primera categoria que inclou a aquells subjectes que exhibeixen problemes només en les AIVDs. Així mateix, els individus que tenen problemes amb algunes ABVDs, independentment que tinguin també dificultats amb les AIVDs, són classificats en categories distintes atenent al nombre total de ABVDs en les que tenen problemes. De nou, tant el nombre de categories com el nombre d'aquestes varia d'uns investigadors a altres.

a/ The Older Americans Resources and Services Program-multidimensional Assessment Questionnaire¹⁸⁰ (OARS-MFAQ) va ser descrit a la Universitat de

Dukes al 1978 i revisat al 1988. Valora de forma multidimensional l'estat funcional i reuneix una validesa i fiabilitat acceptables. El OARS-MFAQ és un instrument compost de 105 qüestions i la seva realització requereix aproximadament una hora. Permet obtenir informació sobre cinc àrees funcionals:

- Recursos socials (grau de disponibilitat d'ajuda informal sociofamiliar en cas de necessitat),
- Recursos econòmics (grau de disponibilitat econòmica per satisfer les necessitats bàsiques)
- Salut mental (grau de benestar mental)
- Salut física (grau de benestar físic)
- Capacitat per al desenvolupament de les ABVD (menjar, vestir-se i desvestir-se, aixecar-se i ficar-se al llit, caminar, adreçar-se, etc.) i de les AIVDs (tasques domèstiques, comprar, cuinar, usar el telèfon, usar mitjans de transport, etc.).

b/ Criteris segons Manton⁸⁰. Valora 11 activitats: 6 Bàsiques i 5 instrumentals com es mostra en la taula 30.

Taula 30. AVDs proposades per Manton en la valoració de la població de 65 anys i més.

6 Activitats Bàsiques	5 Activitats Instrumentals
Canvis posturals	Caminar fora de casa.
Controlar esfínters i us del WC.	Anar a la compra.
Menjar i beure.	Preparar el menjar.
Vestir-se i arreglar-se.	Rentar i planxar de la roba.
Fer la higiene personal.	Netejar de la llar.
Desplaçar-se dins de casa	

Font: Manton et al. Monitoring changes in the health of the U.S. elderly population: correlates with biomedical research and clinical innovations. FASEB J. 1997;11: 923-930.

INTRODUCCIÓ

2) Utilitzar escales de capacitat funcional. Des dels treballs de Katz i Lawton i Brody, es considera que les AIVD, per si soles, generen un nivell de dependència menor que l'alteració de les ABVD.

La classificació proposada per la "Primera Conferencia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud" (2007), en el seu document "Prevención de la Dependencia en las personas mayores" està basada en l'escala de Barthel, establint el grau d'intensitat de dependència funcional. Aquesta classificació clínica de la dependència no té res a veure amb la recent eina de valoració de quines persones es poden beneficiar de les prestacions de la "Ley de autonomía personal".

● Dependència Total	< 20 punts
● Dependència Greu	20-35 punts
● Dependència moderada	40-55 punts
● Dependència Lleu	60-95 punts
● No dependència	100 punts

3) Aconseguir un índex de dependència. L'índex ha de permetre mesurar els diferents graus de dependència en les persones. De fet, les diferents escales que existeixen no sols busquen obtenir una mètrica de la dependència si no també tracten de proposar un conjunt limitat de categories que les ajudin a classificar els individus, com per exemple: la "Ley de la Dependencia" que es descriu posteriorment.

1.4.2.1 Valoració de les activitats bàsiques de vida diària.

Per mesurar les ABVDs, s'han posat en funcionament diverses escales que per ordre d'aparició en el temps són: l'índex de Katz¹⁸¹ (1963), l'escala de Barthel (1965), l'escala del Autocuidado de Kenny (1965), i la "Escala de Incapacidad de la Cruz Roja" (1972). A continuació es descriu amb més detall, l'escala de Barthel¹⁸².

Escala de Barthel

L'escala de Barthel va ser publicada al 1965 per Mahoney i Barthel¹⁸², i en els seus inicis, servia per valorar i monitoritzar els progressos en la independència i en l'autocuidatge de pacients amb patologia neuromuscular i musculoesquelètica ingressats en hospitals de crònics a Maryland.

Encara que el seu ús està menys generalitzat que l'índex de Katz, l'escala de Barthel és la preferida per la majoria dels autors britànics i està recomanada per la British Geriatrics Society, amb l'objectiu d'avaluar les ABVD en pacients ancians.

Així, l'escala de Barthel és la més utilitzada internacionalment per a la valoració funcional de pacients amb patologia vascular cerebral aguda i les seves complicacions com la demència vascular¹⁸³. La seva aplicació és especialment útil en unitats de rehabilitació. En el nostre país s'utilitza en la versió de Baztán et al¹⁸⁴.

Objectiu: Avaluar la capacitat per realitzar les ABVD.

Metodologia: Valora 10 ABVD^{185,186} que engloben mobilitat, continència i cures personals de forma individual, i dona major importància a la mobilitat. El temps de la seva complementació és aproximadament de 5 minuts. La recollida d'informació és a través de l'observació directa i interrogatori del pacient o, si la capacitat cognitiva de l'interessat no ho permet, es realitza l'escala al seu cuidador o als familiars. Cada variable es puntuava de forma ponderada segons la rellevància que els autors van atorgar a cada activitat. La taula 31 mostra el valor de la puntuació de cada activitat. Els seus autors proposen que la independència en la deambulació (puntuació màxima de 15 punts) és més important per al conjunt de la independència, que el ser capaç de prendre un bany de forma autònoma (puntuació màxima de 5 punts).

INTRODUCCIÓ

L'escala de Barthel permet la suma de les puntuacions obtingudes en les diferents variables, definint el nivell de dependència funcional d'un individu.

Taula 31. Escala de Barthel: Valor de cada variable.

Activitats bàsiques	Grau de capacitat
1 Menjar:	Incapaç (0) Necessita ajuda per tallar, estendre mantega, utilitzar condiments (5) Independent (10)
2 Traslladat de cadira al llit:	Dependent (0) Gran ajuda, necessita alguna persona forta (5) Mínima ajuda, petita ajuda (10) Independent (15)
3 Higiene personal:	Necessita ajuda (0) Independent (5)
4 Anar al servei:	Dependent (0) Necessita alguna ajuda (5) Independent (10)
5 Banyar-se o dutxar-se:	Dependent (0) Independent (5)
6 Desplaçar-se:	Dependent (0) Independent en cadira de rodes en 50 metres (5) Camina amb una petita ajuda d'una persona (10) Independent almenys 50m, amb crossa (no caminador) (15)
7 Pujar i baixar escales:	Incapaç (0) Necessita ajuda física o verbal, pot portar qualsevol tipus de crossa (5) Independent (10)
8 Vestir-se i desvestir-se:	Dependent (0) Necessita ajuda, però pot per la meitat aproximadament, sense ajuda (5) Independent (10)
9 Control de femta:	Incontinent (0) Accident excepcional (un/setmana) (5) Continent (10)
10 Control d'orina:	Incontinent o sondat incapaç de canviar-se la bossa (0) Accident excepcional (màxim 1/24h) (5) Continent, durant almenys 7 dies (10)

Font: versió original: Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med, 1965; 14: 61-5. Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristobal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1993; 28: 32-40.

Valoració: La suma de les puntuacions de cada activitat permet una puntuació total entre 0 i 100 (taula 31). No és una escala contínua, i significa que una variació de 5 punts en la zona alta de puntuació (més propera a la independència), és un canvi diferent que en la zona baixa (més a prop de la dependència).

Per a una millor interpretació, els seus resultats s'han agrupat en quatre categories de dependència, com es mostra en la taula següent (taula 32):

Taula 32. Escala de Barthel. Valoració.

Grau de dependència	Puntuació
Dependència Total	< 20 punts
Dependència Greu	20-35 punts
Dependència moderada	40-55 punts
Dependència Lleu	60-95 punts
No dependència	100 punts

Característiques: En relació amb les seves qualitats psicomètriques¹⁸⁷, té una alta validesa que es correlaciona amb l'índex de Katz i una gran validesa predictiva de mortalitat, estada i ingressos hospitalaris, benefici funcional en unitats de rehabilitació en el resultat funcional final i de la capacitat per seguir vivint en la comunitat. La fiabilitat inter-observador és de: 0,84 – 0,97.

1.4.2.2. Valoració de les activitats instrumentals de la vida diària.

Les diferents escales de valoració de les AIVD que s'han utilitzat per valorar les persones dependents són: Índex de Lawton i Brody o Philadelphia GC-IADL (1969), la valoració de la Duke University OARS-IADL (1978), la versió OARS-IADL adaptada (Fillembaun, 1985) i la Philadelphia GC-IADL

INTRODUCCIÓ

adaptada (Barberger, 1992), que es descriu de forma més detallada a continuació.

Índex de Lawton i Brody.

110

L'índex de Lawton i Brody, publicat en 1969, va ser desenvolupat en el Centre Geriàtric de Filadèlfia, per a població anciana, institucionalitzada o no, amb el fi d'avaluar l'autonomia física i AIVD. L'índex de Lawton¹⁸⁸ és un dels instruments més utilitzat internacionalment i en especial en les unitats de geriatría, sobretot a nivell de consulta i hospital de dia. La seva traducció a l'espanyol es va publicar en 1993. Les variables que s'estudien estan influenciades per aspectes culturals i de l'entorn, pel que és necessari adaptar-les al nivell cultural de la persona¹⁸⁹.

Algunes activitats requereixen ser apreses o requereixen la presència d'elements externs per a la seva realització. Ha demostrat utilitat com mètode de valoració objectiu i breu que permet implantar i avaluar un pla terapèutic tant a nivell de les cures diàries dels pacient, com a nivell docent i investigador.

La variació de l'índex és un bon indicador de l'inici del deteriorament de la persona d'edat, i predictiu de l'aparició del deteriorament de les ABVDs, durant un ingrés hospitalari¹⁹⁰. És per això, que alguns autors han suggerit que aquest índex pot ser un indicador de fragilitat¹⁷¹.

Objectiu: Valorar les AIVD.

Metodologia: Valora 8 variables i estableix nivells de dependència, descrits a la taula 33. El temps requerit per a la seva realització és d'uns 4 minuts. Qualsevol membre de l'equip pot aplicar aquesta escala però ha d'estar motivat, conscienciat i entrenat. Una gran avantatge d'aquest índex és que

permet estudiar i analitzar, no només la seva puntuació global, sinó també cada variable.

Valoració: Cada variable té assignat un valor numèric: 1 significa que és independent, i 0 que és depenent. La puntuació final és la suma del valor de totes les respostes, i oscil·la entre 0 (màxima dependència) i 8 (independència total), com s'observa en la taula 33.

La informació s'obté preguntant directament a l'individu o al seu cuidador principal. Hi ha tres activitats que són més pròpies de la dona, en la cultura occidental (preparar el menjar, feines de la llar i rentar la roba), per això els seus autors admeten que en els homes aquestes activitats es poden suprimir de la valoració. D'aquesta forma hi ha una puntuació per a l'home i una altre per a la dona (dependència per a l'home <5 i per a la dona <8).

Taula 33. Valoració de l'Índex de Lawton.

Graus	Puntuacions en la dona	Puntuacions en l'home
Dependència Total	0-1 punt	0 punts
Dependència Greu	2-3 punts	1 punt
Dependència Moderada	4-5 punts	2-3 punts
Dependència Lleu	6-7 punts	4 punts
Independència	8 punts	5 punts

Característiques: L'índex està avaluat per la relació jeràrquica mostrada en el compliment de les activitats avaluades entre si, i d'aquestes en relació amb les ABVDs. La fiabilitat inter-observador va ser de 0,85¹⁵⁶ en l'estudi original. No està validada en espanyol ni en el nostre mitjà.

INTRODUCCIÓ

Taula 34. Índex de Lawton.

Activitat	Activitat instrumental de vida diària	Puntuació
Cuidar la casa:	Cuida la casa sense ajuda	1
	Ho fa tot menys el treball pesat	1
	Les tasques lleugeres únicament	1
	Necessita ajuda per totes les tasques	1
	Incapaç de fer res	0
Rentar la roba:	Ho fa personalment	1
	Només renta petites peces	1
	Es incapaç de rentar	0
Preparar el menjar:	Planeja, prepara i serveix sense ajut	1
	Prepara si li donen els ingredients	0
	Prepara plats precuinats	0
	Tenen que donar-li el menjar fet	0
Anar de compres:	Ho fa sense cap ajuda	1
	Sol fa petites compres	0
	Tenen que acompanyar-lo	0
	Es incapaç d'anar de compres	0
Utilitzar el telèfon:	Capaç d'utilitzar-lo sense cap problema	1
	Únicament per a llocs molt familiars	1
	Pot contestar però no trucar	0
	Incapaç d'utilitzar-lo	0
Utilitzar el transport:	Viatja en transport públic o condueix	1
	Sol en taxi, no en autobús	1
	Necessita acompanyament	0
	Incapaç d'utilitzar-lo	0
Maneig dels diners:	Porta comptes, va a bancs	1
	Sol maneja comptes senzilles	1
	Incapaç d'utilitzar diners	0
Ser responsable dels medicaments:	Responsable de la seva medicació	1
	Els hi ha de preparar	0
	Incapaç de fer-ho per si sol	0

Font: Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969; 9:179-186.

1.4.2.3. Avaluació de la Llei de la dependència.

Cal fer referència en el context actual a la "Ley de la dependencia" aprovada al desembre de 2006, que vol fer una valoració de la dependència de la població. La "Ley de la dependencia", és una llei Universal a la que tenen

dret tots els ciutadans espanyols que es troben en situació de Dependència¹. Amb aquesta llei neix el quart pilar de l'Estat del Benestar, i es configura el Sistema d'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD). Per a això, l'Estat i les Comunitats Autònomes, s'han dotat d'uns recursos i prestacions als que podran accedir totes aquelles persones que compleixin els requisits establerts en la "Ley de la dependencia". A Catalunya, el "Programa per a l'impuls i l'ordenació de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció de les persones amb dependències" (PRODEP), es va crear per fer extensió i difusió de la llei.

Valora ABVDs, AIVDs i funcions mentals bàsiques segons la taula 35.

Taula 35. AVD valorades a la llei de la dependència.

Cura personal	Mobilitat Bàsica	Activitats instrumentals	Funcions mentals bàsiques
Menjar i beure	Mantenir	Manteniment de la	Reconèixer persones i
Rentar-se	posicions	Salut	objectes
Us del WC	Aixecar-se	Realitzar feines	Entendre i executar ordres
Continència	Moure's a la	domèstiques.	senzilles
Vestir-se	llar		
Altres cures personals			

Font: Ley de la dependencia.

Les puntuacions finals s'obtenen segons la "Calculadora del grado de la dependencia", a partir d'introduir la situació de dependència de cada una de l'AVDs valorades, i de la funció mental bàsica. Es poden establir 3 graus de dependència en relació a la necessitat d'ajuda que té una persona per realitzar les AVDs, que a la vegada, també tenen dos nivell (I i II) per cada grau de dependència establert.

Grau I: Dependència moderada. Quan la persona necessita ajuda per realitzar una o diverses ABVD, almenys una vegada al dia. Les persones que, sense tenir una discapacitat en grau sever o total per a les ABVD, tenen necessitat d'ajuda per realitzar tasques domèstiques i/o discapacitat

INTRODUCCIÓ

moderada en àrees d'autocura, mobilitat, alimentació i funcionament mental bàsic. Correspon a una valoració entre 25 i 49 punts, segons el "Baremo de Valoración de las dependencias" (BVD) (Real decreto 504/ 2007).

Grau II: Dependència severa. Quan la persona necessita ajuda per realitzar diverses ABVDs dues o tres vegades al dia, però no requereix la presència permanent d'un cuidador, segons el BVD correspon, entre 50 i 74 punts.

Grau III: Gran dependència. Quan la persona necessita ajuda per realitzar diverses ABVD varies vegades al dia i, per la seva pèrdua total d'autonomia mental o física, necessita la presència indispensable i contínua d'un altra persona, segons el BVD correspon a una puntuació igual o major a 75 punts.

La determinació del grau i nivell de la dependència de la persona valorada s'obté a partir de la puntuació final aplicant el BVD, d'acord amb la següent escala de puntuació (taula 36).

Taula 36. Puntuacions segons el "Baremo de Valoración de las Dependencias".

Graus	Punts	Nivells	Punts
Grau I	25-49	Nivell 1	25-39
		Nivell 2	40-49
Grau II	50-74	Nivell 1	50-64
		Nivell 2	65-74
Grau III	75-100	Nivell 1	75-89
		Nivell 2	90-100

Font: Real decreto 504/ 2007.

A Espanya, s'han fet estimacions de la població dependent, com es mostra a la taula 37. Com ja s'ha comentat prèviament, aquestes previsions s'han vist superades per la realitat.

Taula 37. Estimació de dependents 2005, diferenciades per edat.

Graus	6-64 anys	65-79 anys	80 i més anys	Total
Grau I	188.967	216.034	155.078	560.080
Grau II	78.498	110.090	182.015	370.603
Grau III	31.174	47.300	116.034	194.508
Total	298.639 (26,54%)	373.425 (33,19%)	453.126 (40,27%)	1.125.190

Font: Libro blanco de la dependencia, 2005.

En la taula 38, es presenta una relació dels graus de dependència que estableix la Ley, els requeriments assistencials i l'escala de Barthel, i s'observa que no hi ha una relació lineal. En la "Ley de la dependencia" intervenen factors com per exemple la capacitat cognitiva per si mateixa i no la dependència funcional que provoca el deteriorament cognitiu.

Taula 38. Graus segons la "Ley de la dependencia".

Graus de dependència	Dependència d'AVD	Requeriments d'assistència	Equivalència amb Barthel	Barem de valoració
Grau I	Necessita ajuda per realitzar una o algunes ABVDs,	Almenys una vegada al dia. Requereixen 6 hores d'assistència a la setmana.	60-95 punts Dependència lleu	25 a 49 punts
Dependència moderada:				
Grau II	Necessita ajuda per realitzar diverses ABVDs	Dues o tres vegades al dia. No requereix la presència permanent d'un cuidador	20 i 55 punts. Dependència moderada.	50 a 74 punts
Dependència severa:				
Grau III	Necessita ajuda per realitzar diverses ABVDs	Diverses vegades al dia, necessita la presència indispensable i contínua d'altra persona	<20 punts, indicant dependència greu i dependència total	≥75 punts
Gran dependència:				

Font: Elaboració pròpia.

INTRODUCCIÓ

1.4.3. Avaluació de la qualitat de vida.

116

L'avaluació de la qualitat de vida ha rebut una atenció considerable en els últims anys, amb una àmplia disponibilitat d'instruments per a la seva valoració. Aquest fet té un impacte social donat que la qualitat de vida relacionada amb la salut és un element essencial per a l'avaluació de l'assistència sanitària¹⁹¹. Les instruments poden ser genèrics o específics per a un perfil de salut¹⁹². Els genèrics estan dissenyats per ser aplicats en una àmplia gamma de poblacions i intervencions. Les escales específiques s'apliquen a determinades intervencions o en alguns subgrups, per exemple, les persones amb artritis reumatoide.

A principis de 1990, es va promoure per la Divisió de Salut Mental de la WHO, el qüestionari de qualitat de vida World Health Organization Quality of Life¹⁹³ (WHOQOL), com un instrument per mesurar la qualitat de vida de les persones i poder fer una comparació entre comunitats (WHO, 1993)¹⁰⁷. El qüestionari consta de 100 preguntes que abasten la qualitat de vida en el seu sentit més global. Inclou aspectes físics, psicològics, relacions socials, nivells de dependència, medi ambient, espiritualitat, religió i creences personals. Posteriorment, el qüestionari es va reduir a 24 preguntes estructurades en quatre àrees (física, psicològica, relacions personals i ambient) i dues preguntes globals de salut en general i de qualitat de vida¹⁹⁴.

La mesura de la qualitat de vida en les persones grans ha d'incloure aspectes com la salut, la capacitat funcional, el sentiment d'adequació personal o d'utilitat, la participació social, el control percebut sobre la vida i la seguretat, l'actitud optimista/pessimista i les creences^{195,196}. A 2005, el grup WHOQOL-OLD¹⁹⁷, va realitzar un estudi per obtenir un nou formulari adaptat a les persones grans, a partir d'un qüestionari preexistent.

La qualitat de vida relacionada amb la salut és, marcadament, més baixa quan es pateixen malalties cròniques i es presenten una disminució de la capacitat funcional. En el grup de població d'edat avançada, aquelles persones que presenten trastorns neurològics, problemes cardiovasculars i osteoarticulars, depressió i càncer tenen pitjor qualitat de vida¹⁹⁸.

Els **instruments genèrics** de mesura de la qualitat de vida en relació a la salut són:

- The Short-form 36 (SF-36),
- Nottingham Health Profile (NHP),
- Sickness Impact Profile (SIP),
- Dartmouth Primary Care COOP Project;
- L'Escala de qualitat de Benestar (QWB),
- The Health Utilities Index (HUIR),
- L' EuroQol (EQ-5D) i
- altres.

Dels instruments mencionats, el SF-36 és el més utilitzat per mesurar la qualitat de vida relacionada amb la salut. Els QWB, HUIR i EQ-5D resumeixen en un sol nombre, que va des de 0 a 1, la qualitat de vida relacionada amb la salut.

El NHP es va desenvolupar per reflectir les percepcions dels professionals de la salut.

La SIP va ser construït com una mesura de l'impacte de una malaltia sobre el comportament.

El Dartmouth Primary Care COOP Project s'ha utilitzat en la pràctica clínica diària per proporcionar informació immediata als metges sobre l'estat de salut dels seus pacients.

INTRODUCCIÓ

La decisió d'utilitzar un instrument específic o genèric, o una combinació de 2 o més, dependrà de l'objectiu de l'estudi. A més, l'elecció del instrument està en funció d'una sèrie de factors, com són les característiques de la població (l'edat, l'estat de salut, el idioma i la cultura) i del medi ambient en el que es realitza la mesura (per exemple, un assaig clínic, o en assistència primària).

118

EuroQol

L'EQ-5D es basa en els treballs d'un equip multidisciplinari de 5 països (Anglaterra, Finlàndia, Holanda, Suècia i Dinamarca), iniciat en 1988, la primera versió¹⁹⁹ de l'EQ-5D es va completar en 1990, i constava de 6 dimensions. A l'any 1991 es va realitzar la versió actual²⁰⁰ (EQ-5D), que consta de tan sols 5 dimensions. En el nostre país, el grup liderat pel Badia et al, va portar a terme la seva validació²⁰¹ i és el responsable del desenvolupament en el nostre entorn^{202,203,204 i 205}.

Objectiu: Valorar la qualitat de vida relacionada amb la salut.

Metodologia: És una enquesta que està dissenyada per ser administrada per correu, però en el nostre país s'ha aplicat de forma autoadministrada en presència d'un entrevistador.

Consta de quatre parts:

1. La primera: descripció de l'estat de salut en cinc dimensions (mobilitat, cura personal, activitats quotidianes, dolor/malestar i ansietat/depressió). L'entrevistat ha de triar per a cadascuna d'elles entre tres nivells de gravetat "sense problemes", "alguns/moderats problemes" i "molts problemes" que descriuen el seu estat de salut "en el dia d'avui". Cada resposta es codifica com 1, 2 o 3, respectivament. Amb aquestes dades s'estableix l'estat de salut de l'individu mitjançant un nombre de 5 dígits (un per cada dimensió

estudiada). Cadascun dels components d'aquest nombre pot adoptar, per tant, els valors 1, 2 o 3.

2. La segona: aplicació d'una escala visual analògica (EVA), vertical de 20 cm. de longitud, graduada de 0 a 100 i amb els rètols "pitjor estat de salut imaginable" i "millor estat de salut imaginable" en les puntuacions 0 i 100, respectivament. S'ha de marcar una línia des del 0 fins al nivell que millor indiqui el seu estat de salut "en el dia d'avui".

3. La tercera: realització d'un disseny per obtenir valors individuals de puntuació pels estats de salut descrits. Es presenten una sèrie d'estats de salut definits i en una EVA s'ha d'indicar com descriuria cadascun d'ells. Es mostren 16 estats de salut i a més els "d'inconscient" i "mort". Amb aquestes dades s'obté una valoració "social" de cada estat de salut i es construeix una "tarifa" per a cadascun d'ells. Aquestes dades poden donar-se de forma ajustada o no (directament dels valors obtinguts de l'EVA).

4. La quarta: recull d'informació personal sobre la persona enquestada.

L'EQ-5D proporciona un índex únic, representatiu de l'estat de salut. Es poden obtenir 243 estats distints, si bé en la pràctica alguns d'ells resulten altament improbables. Amb aquestes dades es pot elaborar el perfil dels enquestats, ja sigui a través del temps per a un únic individu, com transversalment per a un grup. Els estats de salut poden transformar-se en "un valor índex" o "una tarifa" per aconseguir una quantificació dels mateixos. Les tarifes obtingudes a partir de la valoració dels estats de salut, aplicats a la població general es diuen "tarifes socials" i expressen les preferències de la població per a un determinat estat de salut, inclosos els "d'inconscient" i "de mort", difícils d'obtenir per l'aplicació del EQ-5D, com es mostra en la taula 39.

INTRODUCCIÓ

Les tarifes poden originar-se per dos sistemes diferents: per aplicació d'una EVA i per "equivalència temporal" (ET). En aquest últim, es valora l'estat de salut, no com una situació estàtica, sinó com un concepte que abasta períodes de temps, i que ha estat ideat per fer intercanvis entre períodes de temps pitjors per altres millors. Els valors de tarifa varien entre 1 i -1, assignant als estats de "salut perfecta" (11111) el valor de 1 i el de 0 al "de mort". El valor inconscient rep una puntuació de -0,1304 per EVA i de -0,5085 per ET.

120

Els autors recomanen la utilització de l'EQ-5D per a:

- a) Obtenir una descripció de l'estat de salut individual, proporcionant perfils de salut (codi de 5 dígits).
- b) Mesurar el valor social de l'estat de salut (tarifes), com a mesura individual de valoració del propi estat de salut.

També proposen emprar l'EQ-5D com un instrument dinàmic, capaç de valorar canvis en els estats de salut. Pot ser utilitzat tant per especialistes sanitaris clínics, com per investigadors i com per personal administratiu (gerents sanitaris o financers).

Si bé els autors recomanen aplicar-lo en qualsevol tipus de població, la millor rendibilitat s'obté en comunitats amb major morbiditat²⁰⁶.

Característiques: La fiabilitat test-retest de la versió original²⁰⁷ oscil·la entre 0,69 i 0,94, i la de la versió actual²⁰⁸ entre 0,86 i 0,90. Posseeix una bona correlació amb el SF-36, excepte en l'àrea d'estat funcional psicològic²⁰⁹.

Taula 39. Quocients aplicats per al càlcul de la tarifa social. EQ-5D.

Categories	Descripció. Nivells	Coefficient
Mobilitat	1 Camina sense problemes	0
	2 Te certes dificultats per caminar	0,069
	3 Està en el llit quasi sempre	0,314
Autonomia	1 Completa	0
	2 Te dificultats per rentar-se o vestir-se sol/sola	0,104
	3 Incapaç de rentar-se i vestir-se	0,214
Activitats	1 Sense problemes (treball, estudi, esbarjo)	0
Quotidianes	2 Presenta algunes dificultats	0,036
	3 Incapaç de realitzar-les	0,094
Dolor i/o	1 Sense	0
Incomoditat	2 Moderats	0,123
	3 Intensos	0,386
Ansietat i/o	1 Sense	0
Depressió	2 Moderades	0,071
	3 Extremes	0,236
Paràmetre constant si existeix alguna disfunció		0,081
Quan es presenta en qualsevol dimensió un nivell 3.		0,269

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGLI

DESCRIPCIÓ DE LA SITUACIÓ DE SALUT, DEPENDÈNCIA I QUALITAT DE VIDA DE LA POBLACIÓ DE GENT
GRAN D'UN NUCLI URBÀ

Gabriel de Febrer Martínez

ISBN:978-84-693-0716-8 /DL:T-424-2010

2. HIPÒTESI DE TREBALL I OBJECTIUS.

2.1. Hipòtesi de treball.

123

Les condicions socioeconòmiques i de salut determinen la capacitat funcional i la qualitat de vida de la gent gran que viu en el seu domicili.

2.2. Objectius.

1. Conèixer les característiques personals socioeconòmiques i culturals de la gent gran.
 2. Descriure les característiques de la llar, el nucli de conveniència i la situació familiar de la gent gran.
 3. Analitzar els aspectes més rellevants de l'estat de salut referents a la funció cognitiva, l'estat d'ànim, la situació nutricional, la fragilitat i la comorbiditat de gent gran.
 4. Descriure la situació de dependència funcional de la gent gran.
 5. Avaluar la qualitat de vida relacionada amb la salut d'un grup de gent gran.
 6. Relacionar els nivells de dependència funcional amb els recursos socio-sanitaris disponibles a la ciutat per a la gent gran.
-

HIPÒTESI I OBJECTIUS

7. Analitzar les relacions entre les característiques personals i el seu entorn sociofamiliar i l'estat de salut amb la capacitat funcional i la qualitat de vida de la gent gran.

3. METODOLOGIA.

Es tracta d'un estudi observacional descriptiu transversal.

La població d'estudi són les persones de 65 anys i més de Reus, que viuen en el seu domicili, i les dades s'han obtingut a partir del Cens de l'Ajuntament de Reus del 2004.

Totes les entrevistes s'han realitzat al domicili de la persona que ha participat en l'estudi.

No han estat objecte de l'estudi les persones institucionalitzades que viuen en una residència, i que habitualment presenten un estat de salut més deteriorat i major dependència.

Segons l'anuari de l'envelliment a Catalunya (2004), de la Fundació Institut Català de l'envelliment, la població que viu a residències es pot estimar en un 5% de la població de 65 anys i més (717 persones a Reus). En 2004, a la ciutat de Reus hi havia 461 places de residències i 232 places socio sanitàries per a la gent gran, segons l'Idescat, 2004¹³.

3.1. Selecció de la mostra.

La mostra s'ha obtingut de forma aleatòria i estratificada per grups d'edat, gènere i districtes censals de la ciutat del 2004 (taules 40 i 41). Cadascun dels individus seleccionats té 2 substituïts de la mateixa edat, gènere i districte, per poder reemplaçar-lo quan un subjecte seleccionat no volgués participar o no es pogués connectar amb ell.

METODOLOGIA

Grups d'edat:

- 65 anys i més a 79 anys.
- 80 anys i més.

126

Període d'estudi:

Recollida de dades de febrer 2005 fins a juny de 2005.

Mida de la mostra:

La població de 65 anys i més representa un 15,2% de la població total del municipi segons les dades del Cens municipal.

Per calcular la mida de la mostra, s'ha considerat que la prevalença dels problemes de salut que ens interessa conèixer, segons els objectius plantejats, es situa entre el 3% i el 47%. Per tant, el nombre d'individus necessari per estimar aquests percentatges amb una precisió entre el 98% i el 94% és de 450 subjectes.

Donat que ens interessa fer dos grups d'edat, un de 65 a 79 anys i l'altre de 80 anys i més, seran necessaris 225 individus per grup, repartits proporcionalment per districtes i gènere.

A les taules 40, 41 i 42 i a la figura 30, es presenta la distribució per edats i gènere de la població de més de 65 anys.

Taula 40. Població de 65 anys i més de Reus segons els diferents districtes (I).

Districte	Districte 1			Districte 2			Districte 3		
	H	D	Total	H	D	Totals	H	D	Totals
Edat									
65-75 a.	802	1.081	1.883	799	993	1.792	826	1.021	1.847
76-85 a.	534	869	1.403	467	683	1.150	513	787	1.300
86-90 a.	114	277	391	82	167	249	121	295	416
> 91 a	3	15	18	0	5	5	4	18	22
Total població ≥65 a.	1.453	2.242	3.695	1.348	1.848	3.196	1.464	2.121	3.585
Total de població de dte	9.830	10.068	19.898	10.804	11.164	21.968	10.560	11.169	21.729

Font: Cens de Reus, 2004.

Taula 41. Població de majors de 65 anys de Reus segons els diferents districtes (II).

Districte	Districte 4-1			Districte 4-2			Districte 5			Total
	H	D	Total	H	D	Totals	H	D	Totals	
Edat (anys)										
65-75	199	271	470	116	121	237	724	871	1.595	7.824
76-85	98	165	263	44	73	117	366	539	905	5.138
86-90	17	42	59	9	18	27	64	115	179	1.321
> 91	0	4	4	1	1	2	4	10	14	65
Total població ≥65	314	482	796	170	213	383	1.158	1.535	2.693	14.348
Total de població de dte	4.130	4.222	8.352	2.230	2.112	4.342	10.995	10.820	21.815	98.104

H:Homes.

D:Dones

Font: Cens de Reus, 2004.

METODOLOGIA

Districtes :

Districte 1: Nucli antic i Barri carrilet.

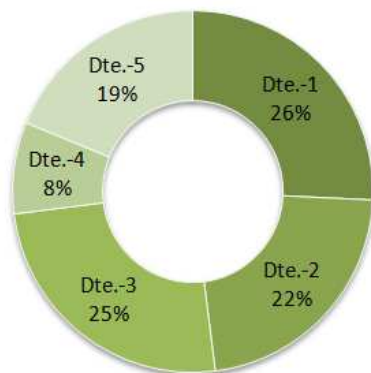
Districte 2: Barri Inmaculada, Països catalans, Passeig Prim i Mas Vilanova.

Districte 3: Barri Gaudi, Urb Sant Joan.

Districte 4: Barri Sant Josep Obrer.

Districte 5: Barri Fortuny i Mas Iglesias.

Figura 30. Distribució de persones de 65 anys i més per districtes.



Taula 42. Distribució de la població total de Reus de 65 anys i més i de la mostra estudiada per edat i gènere.

Grups d'edat	Població de Reus \geq 65 anys		Mostra estudiada	
	N=14.711		n=450	
	Homes	Dones	Homes	Dones
Total	6.070 (41.2%)*	8.641 (58.8%)	187 (41,6%)	263 (58,4%)
65-79 anys	4.755 (32.7%)	6.124 (40.7%)	128 (28,5%)	167 (37,1%)
\geq 80 anys	1.315 (8.9%)	2.517 (17.1%)	59 (13,1%)	96 (21,3%)

Font: Idescat, 2004.

3.2. Mètodes.

3.2.1. L'enquesta.

3.2.1.1. Disseny de l'enquesta.

El disseny de l'enquesta va ser el resultat del treball d'un equip multidisciplinari format per un expert en geriatria, una treballadora social i una epidemiòleg. Es va fer una prova pilot prèvia a la seva posada en funcionament.

En l'enquesta, les principals dades recollides eren:

- Sociofamiliar i econòmiques.
- Estat de salut.
- Dependència.
- Qualitat de vida.

Els entrevistadors eren estudiants universitaris de ciències de la salut que havien sigut instruïts prèviament en la forma d'administrar l'enquesta i de les diferents escales de valoració per estandarditzar la forma de treballar.

Es van utilitzar enquestes validades que permetessin comparar els resultats obtinguts sobre la dependència funcional i els diferents aspectes de salut amb altres estudis. També el resultat dels diferents tests ens permeten fer anàlisis multivariants per trobar les variables que influeixen en l'aparició de la dependència funcional i deteriorament de la qualitat de vida.

3.2.1.2. Mètode de l'entrevista.

S'han realitzat entrevistes a les persones seleccionades en el domicili del participant.

METODOLOGIA

A tots els participants se'ls enviava una carta en nom de l'Ajuntament de Reus i de la Universitat Rovira i Virgili, demanant-los la col·laboració. Posteriorment es realitzava una trucada telefònica a la persona escollida i es concretava un dia per realitzar l'entrevista al domicili.

130

La durada de l'entrevista era aproximadament d'una hora.

3.2.2. Variables de l'enquesta.

En l'Annex 1, s'adjunta un exemplar de l'enquesta realitzada.

3.2.2.1. Característiques sociofamiliars.

Els aspectes socials recollits en l'enquesta són: dades personals (estudis i vida professional), dades econòmiques i socials, l'habitatge (tipus, ubicació, règim de tinença de la llar, cost de l'habitatge, despeses, equipaments, barreres arquitectòniques), nucli de convivència, (nombre de persones que viuen soles, en parella, amb família extensa), suport familiar i/o social, grau de relació amb els fills i professió i estudis realitzats.

- Dades de filiació.
- Nucli de convivència.
- Situació familiar.
- Condicions de l'habitatge.
- Situació econòmica.
- Activitats de lleure.

3.2.2.2. Aspectes de salut.

Els aspectes de salut recollits a l'enquesta són: la funció cognitiva, l'estat d'ànim, la situació nutricional, la fragilitat, les patologies més incapacitants, les síndromes geriàtriques, la presa de fàrmacs i l'assistència sanitària.

Per valorar aquests aspectes es va optar per utilitzar escales validades que fossin senzilles de realitzar a domicili.

- Valoració de la funció cognitiu. Test de Pfeiffer.
- Valoració de l'estat anímic. "Geriatric depression scale" de Yesavage.
- Valoració de la situació nutricional. NSI o "Conegui el seu estat nutricional".
- Valoració de la Fragilitat. Qüestionari de Barber.
- Valoració de la comorbiditat. Patologies més incapacitants i síndromes geriàtriques.

3.2.2.2.1. Valoració de la funció cognitiu. Test de Pfeiffer.

L'objectiu és mesurar la funció cognitiva de la població de 65 anys i més, utilitzant el test validat de Pfeiffer.

El qüestionari consta de 10 preguntes sobre memòria, orientació i càlcul simple, com s'ha detallat en l'apartat 1.4.1.1. Per cada errada es comptabilitza un punt. Les diferents puntuacions permeten graduar el deteriorament cognitiu en:

- | | |
|--------------------------|-------------|
| ● Normal | 0-2 errors |
| ● Deteriorament lleu | 3-4 errors |
| ● Deteriorament moderat. | 5-7 errors |
| ● Deteriorament greu | 8-10 errors |

A més, s'ha aplicat l'adaptació de Gonzalez-Moltalvo¹²⁸ i s'han fet les correccions sobre el resultat final, segons el nivell d'estudis que presenta la persona entrevistada.

3.2.2.2.2. Valoració de l'estat d'ànim. Escala de Yesavage.

L'objectiu és valorar l'estat d'ànim de la població de 65 anys i més, mitjançant l'escala de depressió de Yesavage¹⁴³ o "Geriatric depression

METODOLOGIA

scale” reduïda a 15 preguntes, que permet identificar la presència de depressió i establir nivells de gravetat, com es detalla en l'apartat 1.4.1.2.

Cada preguntes puntua amb 0 o 1 punt i la valoració es classifica en :

- | | |
|------------------------|------------------|
| ● Normal | de 0-5 punts |
| ● Depressió probable | de 6 a 9 punts |
| ● Depressió establerta | de 10 a 15 punts |

132

3.2.2.2.3. Valoració de la situació nutricional. Qüestionari NSI o conegui el seu estat nutricional.

L'objectiu és la valoració del risc nutricional de la població mitjançant el qüestionari validat: NSI¹⁶³. Cada pregunta puntua de 1 a 4 punts, segons el pes específic de cada pregunta, com s'ha detallat en el apartat 1.4.1.3.

Es valora si la puntuació total és:

- | | |
|----------------------------|---------|
| ● Estat nutricional bo | 0-2 |
| ● Risc nutricional moderat | 3-5 |
| ● Risc nutricional alt | 6 o més |

La puntuació obtinguda permet quantificar si existeix o no una situació de risc nutricional.

També s'ha mesurat el pes amb bascula portàtil de 100 mg de precisió i l'alçada amb tallímetre amb cinta inextensible d'un cm de precisió en el domicili i posteriorment s'ha calculat l'IMC. Es va interrogar sobre la pèrdua de pes habitual en els darrers 6 mesos.

3.2.2.2.4. Valoració de la fragilitat. Qüestionari de Barber.

L'objectiu és conèixer quin era el grau de fragilitat que presentava la població estudiada, pel que es va passar a tots els entrevistats el qüestionari validat de Barber¹⁷³.

El qüestionari consta de 9 preguntes que intenten abastir situacions desfavorables per a la persona d'edat avançada, com s'ha descrit en el apartat 1.4.1.4. El qüestionari es valora donant un punt per cada resposta afirmativa.

Si la persona té tant sols un punt ja es considera que té risc de fragilitat.

3.2.2.2.5. Valoració de la comorbiditat. Patologies més incapacitants.

A l'enquesta es preguntava a tots els participants si presentaven:

- Artrosi.
- Diabetis.
- Hipertensió arterial.
- Insuficiència cardíaca.
- Malaltia pulmonar obstructiva crònica. MPOC.
- Hemiplegia
- Fractura de maluc.
- Presa de 3 o més fàrmacs
- Haver presentat més de 3 o més caigudes en el darrer any.

També es precisava si la malaltia que presentaven estava estabilitzada.

Finalment, es preguntava quina cobertura sanitària gaudien: pública, privada o mixta.

METODOLOGIA

Es calculava la prevalença de cada problema de salut com nombre de casos/ població total de 65 anys i més.

Síndromes geriàtriques.

134

A les persones entrevistades, se les va interrogar sobre la presència de les síndromes geriàtriques de forma directa o a partir dels diferents resultats de les escales aplicades, descrites en la taula 43.

Taula 43. Síndromes geriàtriques recollides a l'enquesta.

Síndromes geriàtriques		Valoració a l'enquesta
Síndromes geriàtriques clàssiques	Immobilitat	Variable 5 del qüestionari de Barber. Variables 2 i 6 de l'escala de Barthel.
	Caigudes	Pregunta específica de l'enquesta.
	Incontinències	Variable 10 de l'escala de Barthel.
	Deteriorament cognitiu	Test de Pfeiffer
Síndromes geriàtriques en sentit ampli	Úlceres per pressió	No valorat
	Reducció sensorial	Variables 7 i 8 del qüestionari de Barber
	Malnutrició	NSI
	Insomni Constipació Hipotèrmia Depressió	No valorats Escala de Yesavage
	Iatrogènia	No valorat
Altres síndromes geriàtriques	Hipotensió ortostàtica Disfàgia Patologia dental Patologia dels peus Maltractament	No valorats

3.2.2.3. Capacitat funcional.

En el nostra entorn, hem mesurat, mitjançant escales validades, la capacitat funcional de les persones en vers les activitats:

1- ABVD: Mesura la capacitat o autonomia que te una persona per desenvolupar activitats quotidianes com deambular, realitzar de la seva higiene personal, vestir-se, alimentar-se, tenir continència vesical o fecal, (Escala de Barthel), descrites en l'apartat 1.4.2.1.

2- AIVD: Mesura la capacitat per utilitzar el telèfon, per anar a comprar, per a la preparació d'àpats, per tenir cura de la casa, de la roba, per ser responsable de prendre's la medicació prescrita i de la capacitat per utilitzar els diners, (Índex de Lawton), descrites en el apartat 1.4.2.2.

3.2.2.3.1. Valoració de la capacitat funcional per a les ABVD. Escala de Barthel.

Amb l'objectiu de conèixer la prevalença de la dependència funcional de les ABVDs, als participants se'ls va realitzar l'escala de Barthel¹⁸², descrita en detall en l'apartat 1.4.2.1. Valora 10 ABVD i les puntua de 5 a 15 punts en funció de la importància donada a aquella activitat. Cada variable es valora, segons la capacitat per desenvolupar l'activitat amb 0, 5, 10 o 15 punts. La puntuació total varia entre 0 i 100 (90 per a pacients limitats en cadira de rodes). Per a una millor interpretació, els seus resultats globals s'han agrupat en quatre categories de dependència com es pot veure en la taula 44:

METODOLOGIA

Taula 44. Nivells de dependència segons l'escala de Barthel.

Grau de dependència	Puntuació
Dependència Total	< 20 punts
Dependència Greu	20-35 punts
Dependència moderada	40-55 punts
Dependència Lleu	60-95 punts
No dependència	100 punts

136

3.2.2.3.2. Valoració de la capacitat funcional per a les AIVD. Índex de Lawton.

Amb l'objectiu de conèixer la dependència funcional en les AIVD de la població de 65 anys i més s'ha aplicat l'índex de Lawton¹⁸⁸ a totes les persones participants a l'estudi. Es valoren 8 AIVDs, com es detallen en l'apartat 1.4.2.2.

Cada variable te assignat un valor numèric 1 (independent) o 0 (depenent). La puntuació final és la suma del valor de totes les respostes. Puntuen diferent els homes i les dones.

La valoració oscil·la entre 0 (màxima dependència) i 8 (independència total) per a dones i de 0 i 5 per a homes, com es pot observar en la taula 45:

Taula 45. Valoració de l'Índex de Lawton.

Interpretació	Puntuacions en la dona	Puntuacions en l'home
Dependència Total	0-1 punt	0 punts
Dependència Greu	2-3 punts	1 punt
Dependència Moderada	4-5 punts	2-3 punts
Dependència Lleu	6-7 punts	4 punts
Independència	8 punts	5 punts

També s'ha utilitzat la variant de l'índex de Lawton que es puntuà: cada variable inclosa es valora amb 1,2,3 i 4 punts i la puntuació màxima és de 30 punts. En funció de la puntuació obtinguda es diferencien les persones que tenen la capacitat conservada de les que no la tenen i així mateix establir diferents graus de dependència, que segons els punts obtinguts es classifiquen en :

- Independents 0-8 punts.
- Moderada dependència: 8-20 punts.
- Dependents més de 20 punts.

3.2.2.4. Qualitat de vida. EuroQol (EQ-5D).

S'ha utilitzat la mesura de la qualitat de vida per conèixer la situació global de la població d'edat avançada, i entre les diferents escales genèriques i específiques es va aplicar l'EQ-5D²⁰¹, segons la seva descripció a l'apartat 1.4.3.

En resum, consta de quatre parts: la primera és la descripció de l'estat de salut en cinc dimensions (mobilitat, cura personal, activitats quotidianes, dolor/malestar i ansietat/depressió), la segona és una EVA, la tercera part està dissenyada per obtenir valors individuals de puntuació pels estats de salut descrits, i la quarta, dona una informació personal sobre la persona enquestada.

Nosaltres hem complimentat la primera i la tercera part de l'EQ-5D, amb la descripció de l'estat de salut en les 5 dimensions i el càlcul de la tarifa social, segons la metodologia explicada en l'apartat 1.4.3.

3.2.2.5. Recursos socials i sociosanitaris de la ciutat.

Durant 2005, es va obtenir la informació a través d'una entrevista voluntària realitzada als diferents centres sociosanitaris i socials de la ciutat de Reus.

METODOLOGIA

Es realitzava un contacte telefònic previ per demanar la col·laboració i concertar una entrevista. Es recollia informació sobre el número de places residencials, concepte i finançament de les mateixes, número de places de centre de dia i serveis dels que disposava el centre.

138

També es va obtenir informació dels Serveis Socials de l'Ajuntament de Reus i de les entitats que proporcionaven els SAD, la teleassistència i els menjars a domicili.

En paral·lel, s'ha preguntat a les persones entrevistades si gaudien d'algun recurs i de quin recurs voldrien disposar.

3.3. Anàlisis estadístics.

Per l'anàlisi de les dades s'ha utilitzat el programa estadístic d'anàlisi de dades SPSS versió 15.0 per a Windows.

139

Anàlisi univariant:

S'ha realitzat una estadística descriptiva amb anàlisi univariant de les variables.

Els resultats descriptius s'expressen en mitjanes amb desviació estàndard i en percentatges amb interval de confiança al 95%.

Anàlisi bivariant:

Per a la comparació de percentatges s'ha aplicat la prova del *chi-quadrat*.

Per a la comparació de mitjanes s'ha utilitzat la *t* de Student Fisher i l'anàlisi de la variància.

Quan no es complien els criteris d'aplicació dels test es van utilitzar les proves no paramètriques.

S'ha acceptat la significació estadística $p < 0,05$.

Anàlisi multivariant:

Les variable dependents que hem analitzat són:

- La dependència funcional en ABVD.
 - La Qualitat de vida.
-

METODOLOGIA

Anàlisi multivariant de la dependència funcional en les ABVD:

140

S'ha realitzat una Regressió Logística Múltiple per analitzar quins factors estan associats a la dependència funcional en les ABVD.

Es va crear un model en el que s'inclouen els factors de risc coneguts que provoquen dependència funcional, ajustats per edat i gènere. En aquest model s'han entrat les següents variables:

Variable dependent: Dependència funcional en les ABVD (valorada per l'escala de Barthel) (0,1).

Covariables: El nivell d'estudis i l'analfabetisme, la situació econòmica, els factors de risc cardiovascular (HTA, DM), la pluripatologia, la polifarmàcia, la depressió, l'estat nutricional, la pèrdua de pes, l'IMC, les alteracions visuals i auditives, el no tenir a ningú en cas de requerir ajuda, l'estat cognitiu, l'edat i el gènere.

Recodificació de les variables per introduir-les en el model.

Nivell d'estudis i analfabetisme: S'han recodificat en tres variables fictícies

- Analfabetisme *versus* estudis primaris o secundaris (0,1).
- Analfabetisme *versus* estudis universitaris (0,1).

Valoració de la situació econòmica: S'han tingut en compta les següents variables: els antecedents laborals, el condicionament de la llar (electricitat, aigua calenta, calefacció, aigua corrent), els accessoris de la llar (rentadora, telèfon i banyera), la tinença de la llar i la percepció subjectiva de la situació

METODOLOGIA

- No depressió amb depressió moderada (0,1).
- No depressió amb depressió establerta (0,1).

Variable estat nutricional: S'han establerts tres categories segons els resultats del NSI. S'han recodificat en dos variables fictícies comparant els valors:

- Alt risc nutricional amb risc nutricional moderat (0,1).
- Alt risc nutricional amb estat nutricional bo (0,1).

Variable pèrdua de pes: Es valora si ha perdut pes en els darrers 6 mesos.

- No ha perdut pes valor 0.
- Ha perdut pes valor 1.

Variable IMC: És una variable quantitativa.

Valoració dels sentits: Segons l'alteració visual i auditiva altera la vida de relació, o no (0,1), recollides en les preguntes 7 i 8 respectivament del qüestionari de Barber.

Variable “manca de persona a la que es pugui acudir si es necessita ajuda”: Segons la resposta si o no a la pregunta 2 del qüestionari de Barber (0,1).

Variable “ha presentat més de tres caigudes en el darrer any”: Segons resposta si o no a la pregunta específica de l'enquesta (0,1).

Variable “ha estat ingressat en el darrer any”: Segons la resposta si o no a la pregunta 9 del qüestionari de Barber (0,1).

Variable funció cognitiva: Deteriorament cognitiu segons el test de Pfeiffer. S'ha utilitzat com a variable quantitativa.

Anàlisi multivariant de factors associats amb la qualitat de vida:

S'ha realitzat una Regressió Lineal Múltiple per analitzar què factors estan associats a amb la qualitat de vida.

Es crea un model en el que s'inclouen els factors de risc coneguts que provoquen deteriorament de la qualitat de vida, ajustats per edat i gènere.

En aquest model s'han entrat les següents variables:

Variable dependent: Qualitat de vida com variable quantitativa valorada per el EQ-5D.

Covariables: El nivell d'estudis i d'analfabetisme, la situació econòmica, els factors de risc cardiovascular, la pluripatologia, la polifarmàcia, la depressió, l'estat nutricional, la pèrdua de pes, l'IMC, alteracions visuals i auditives, el no tenir a ningú en cas de requerir ajuda, l'estat cognitiu, la dependència funcional en les ABVDs, l'edat i el gènere.

Recodificació de les variables per introduir-les en el model.

Nivell d'estudis i analfabetisme: S'han recodificat en tres variables:

- Analfabetisme *versus* estudis primaris o secundaris (0,1).
 - Analfabetisme *versus* estudis universitaris (0,1).
-

METODOLOGIA

S'han recodificat en dos variables fictícies comparant el valor d'analfabetisme amb estudis primaris i secundaris i el valor analfabetisme amb estudis universitaris.

Valoració de la situació econòmica: S'han tingut en compta les següents variables: els antecedents laborals, el condicionament de la llar (electricitat, aigua calenta, calefacció, aigua corrent), els accessoris de la llar (rentadora, telèfon i banyera), la tinença de la llar i la percepció subjectiva de la situació econòmica. A cada variable se l'ha donat una puntuació de 0 a la situació de menys nivell econòmic i d'1 punt a la de major. Posteriorment s'han sumat tots els valors.

S'han creat dos variables fictícies:

- Situació economia baixa *versus* situació economia mitja (0,1).
- Situació economia mitja *versus* situació economia mitja (0,1).

Variable patologia: S'han agrupat en dos:

- Factors de risc cardiovascular: HTA i DM.
 - Es recodifiquen en dos variables.
 - No te factors de risc cardiovascular
valor 0.
 - Te factors de risc cardiovascular
valor 1.
 - Pluripatologia: Segons el nombre de patologies observades.
 - Es recodifiquen en dos variables.
 - Te menys de 2 patologies observades
valor 0.
 - Te 2 o més patologies
valor 1.
-

Variable poli-farmàcia: S'han considerat dos variables.

- Prendre 3 o més fàrmacs valor 1.
- Prendre menys de 3 fàrmacs valor 0.

Variable depressió: S'han establerts tres categories segons els resultats del GDS. S'han recodificat en dos variables comparant els valors:

- No depressió amb depressió moderada (0,1).
- No depressió amb depressió establerta (0,1).

Variable estat nutricional: S'han establerts tres categories segons els resultats del NSI. S'han recodificat en dos variables fictícies comparant els valors:

- Alt risc nutricional amb risc nutricional moderat (0,1).
- Alt risc nutricional amb estat nutricional bo (0,1).

Variable pèrdua de pes: Es valora si ha perdut pes en els darrers 6 mesos.

- No ha perdut pes valor 0
- Ha perdut pes valor 1

Variable IMC: És una variable quantitativa.

Valoració dels sentits: Segons l'alteració visual i auditiva altera la vida de relació, o no (0,1), recollides en les preguntes 7 i 8 respectivament del qüestionari de Barber.

Variable "manca de persona a la que es pugui acudir si es necessita ajuda": Segons la resposta si o no a la pregunta 2 del qüestionari de Barber (0,1).

METODOLOGIA

Variable “ha presentat més de tres caigudes en el darrer any”: Segons resposta si o no a la pregunta específica de l'enquesta (0,1).

Variable “ha estat ingressat en el darrer any”: Segons la resposta si o no a la pregunta 9 del qüestionari de Barber (0,1).

146

Variable funció cognitiva: Deteriorament cognitiu segons el test de Pfeiffer. S'ha utilitzat com a variable quantitativa.

Variable capacitat funcional: S'han establerts dos categories segons els resultats del l'escala de Barthel superior i inferior a 95 (0,1).

4. RESULTATS.

4.1. Mostra.

Es va calcular que la mostra total havia de ser de 450 persones estratificada per grups d'edat gènere i districte de la ciutat. Es va extreure una mostra representativa del cens de la ciutat de 450 persones més dos substituïts per a cada subjecte. Del llistat del cens no es van poder contactar 170 persones pels següents motius:

No vivia en el lloc indicat:	14,4%.
Trasllat a viure amb els fills o família:	15,6%.
Trasllat a residència:	13%.
Defunció:	57%.

De les 450 persones contactades, 345 van acceptar participar en primera opció i 105 persones que no van participar per motius personals. La participació va ser del 76,6%. Quan una persona escollida no volia o podia participar era substituïda per una altre seleccionada prèviament també de forma aleatòria, per completar les 450 persones estudiades.

Taula 46. Participants.

Total de participants	n:450
1.- Participants	345
2- Substituïts	105

Com es pot veure a la taula 47, la distribució de la mostra per grups d'edat i gènere és igual a la distribució de la població de Reus.

RESULTATS

Taula 47. Distribució de la mostra per grups d'edat i gènere.

	Població de Reus \geq 65 anys n=14.711		Mostra estudiada n=450	
	Homes	Dones	Homes	Dones
Total \geq65 anys	6.070 (41,2%)	8.641 (58,8%)	187 (41,6%)	263 (58,4%)
65-79 anys	4.755 (32,7%)	6.124 (40,7%)	128 (28,5%)	167 (37,1%)
\geq80 anys	1.315 (8,9%)	2.517 (17,1%)	59 (13,1%)	96 (21,3%)

Font: Idescat 2004

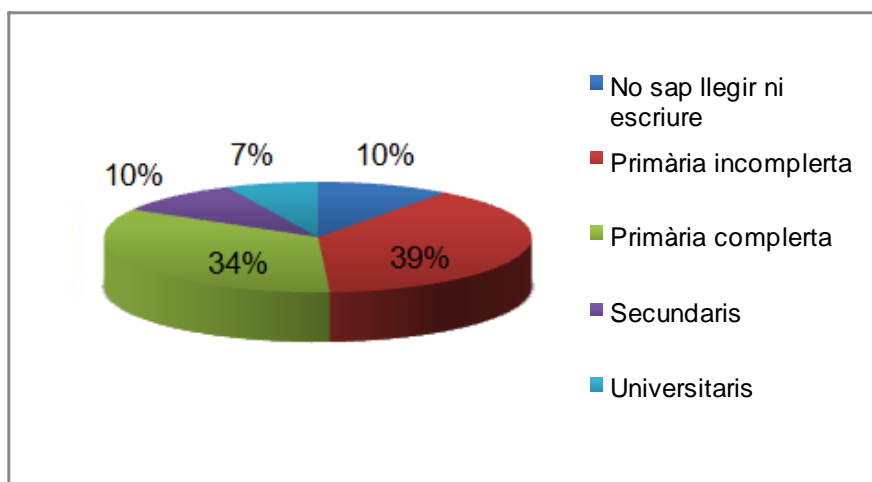
4.2. Característiques de les persones de 65 anys i més.

4.2.1. Nivell d'estudis.

149

El nivell d'estudis de les persones entrevistades es podem revisar a la figura 31. El nivell d'analfabetisme és del 10% (7,2-12,8), és més freqüent a més edat i en el gènere femení. Un 34% (29,6-38,4) va finalitzar la primària, un 10% (7,2-12,8) la secundària, i un 7% (4,6-9,4) els estudis universitaris. Fins un 51% de la població ha completat la primària.

Figura 31. Nivell d'estudis.

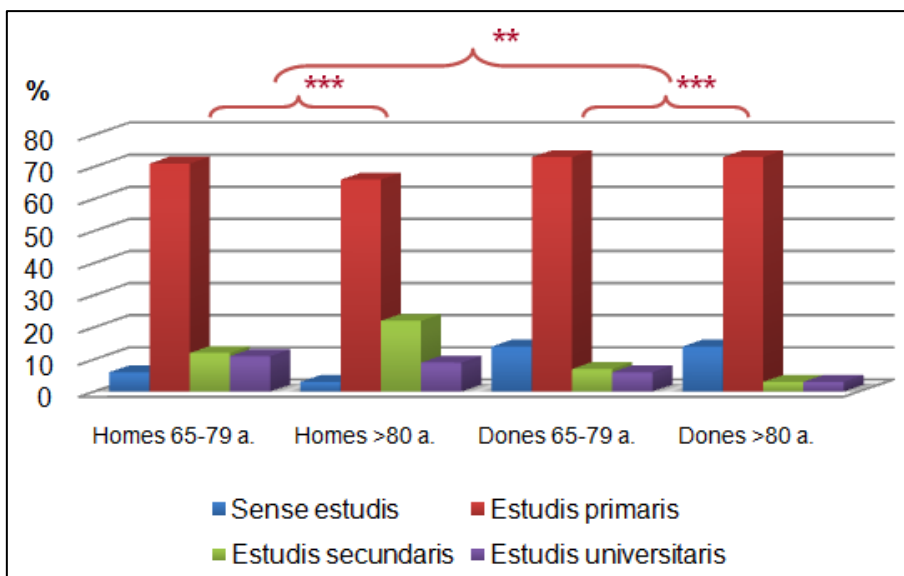


Analizant el nivell d'estudis per grups, objectivem que hi ha diferències respecte el gènere. Les dones tenen un percentatge més alt d'analfabetisme que els homes ($p < 0,01$). Aquest augmenta en les dones de més edat.

Si comparem els dos grups per edat, es veuen diferències destacables en la distribució del nivell d'estudis (figura 32).

RESULTATS

Figura 32. Nivell d'estudis per grups d'edat i gènere.



** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Quan es compara el nivell d'estudis per grups d'edat i gènere, s'objectiva que el grup de dones de més edat presenten un pitjor nivells d'estudis ($p < 0,001$) que les més joves. En canvi en els homes, es dona la situació contrària, els de més edat són qui presenten millor nivell d'estudis ($p < 0,001$) com s'objectiva en la figura 32.

4.2.2. Situació professional.

En la taula 48 es presenten els antecedents laborals de les persones de 65 anys i més de Reus.

S'observa com hi ha una clara distribució segons el gènere ($p < 0,001$). En els homes predomina l'antecedent laboral de ser treballador fix al voltant del 70%, seguits de treball a compte pròpia i empresaris. Les dones es distribueixen preferentment com treballadores fixes (35,7%) i mestressa de casa (33,5%), pràcticament de forma majoritària.

Si agrupem les categories professionals en tres grups, veiem que no hi han diferències significatives entre els grup d'edat.

- Grup 1: empresari i treballador a compta pròpia.
- Grups 2: treballador fix i treballador eventual.
- Grup 3: Treballador sense remuneració i mestressa de casa.

Taula 48. Treball que va realitzar per grups d'edat i gènere.

	Homes 65-79 anys	Homes >80 anys	Dones 65- 79 anys	Dones >80 anys	TOTAL
Empresari	4,7% (1,0-8,4)*	6,8% (0,4-13,2)	1,2% (0-2,9)	0%	2,7% (1,2-4,2)
Treballador a compta pròpia	15,6% (9,3-21,9)	15,3% (6,1-24,5)	16,3% (10,7-21,9)	24% (15,5-32,5)	17,6% (14,1- 21,1)
Membre cooperativa	0,8% (3,3-12,7)	0%	0%	1% (0-0,7)	0,4% (0-1,0)
Treballador fix	76,6% (69,3- 83,9)	69,5% (57,8-81,2)	38,6% (31,2-46,0)	31,3% (20,0-40,6)	51,9% (47,3- 56,5)
Treballador eventual	2,3% (0-4,9)	6,8% (0,4-13,2)	6,6% (2,8-11,4)	10,4% (4,3-16,5)	6,2% (4,0-8,4)
Treballador sense remuneració	0%	0%	1,8% (0-3,2)	0%	0,7% (0-1,5)
Mestressa de casa	0%	0%	34,3% (27,1-41,5)	32,3% (22,9-41,7)	19,6% (15,9- 23,3)
Inactius	0%	0%	1,2% (0-2,9)	0%	0,4% (0-1,0)
Significació per grup d'edat (p).	NS		NS		
Significació per gènere (p).	0,001				

* (-) Interval de confiança al 95% (límit inferior-límit superior). NS: No significatiu.

El ser treballador a compte propi (probablement relacionat amb el comerç), no presenta diferències entre els gèneres (taula 48).

RESULTATS

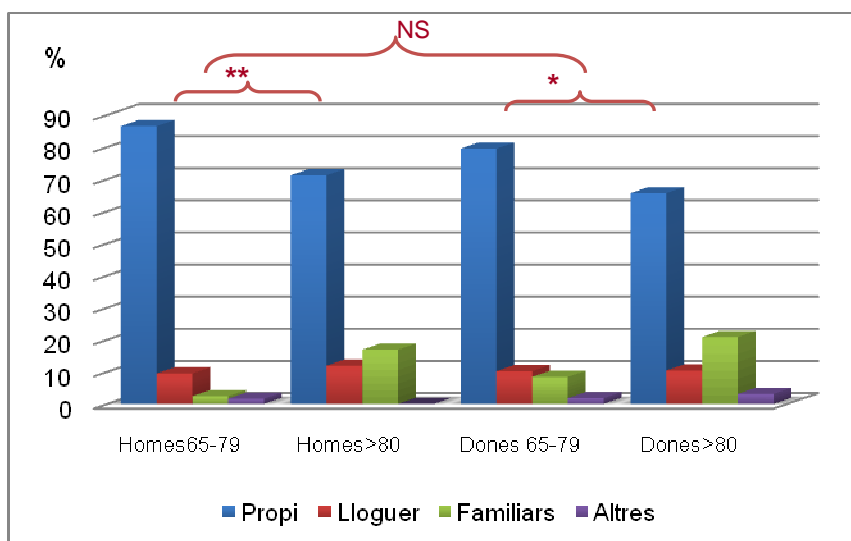
4.2.3. La llar.

4.2.3.1. Règim de tinença de la llar.

152

El 77,4% (73,5-81,3) de les persones d'aquest grup d'edat, tenen l'habitatge de propietat i no els hi suposa cap despesa mensual.

Figura 33. Règim de tinença de la llar per grups d'edat i gènere.



* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, NS: No significatiu.

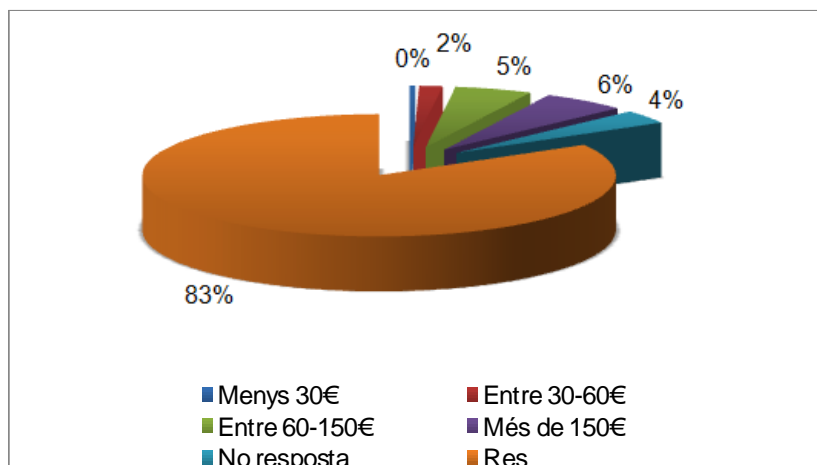
No s'observen diferències de gènere, respecte el tipus de tinença de la llar.

Com s'observa a la figura 33, entre els homes de 65 a 79 anys hi ha més propietaris que entre els de >80 anys ($p < 0,01$). El 86% (82,8-89,2) del grup més jove, te la llar de propietat, respecta el 71,2% (67,0-75,4) dels de més edat. Un 16,9% dels homes de 80 anys i més, viuen a casa d'un familiar, i tan sols un 2,4% dels més joves presenten aquesta circumstància.

Respecte les dones, també s'objectiven que les dones més joves tenen amb més freqüència la llar de propietat que les de més edat ($p < 0,05$). Remarcar que les dones viuen en major freqüència a casa d'un familiar. El 8,4% del grup més jove i fins un 20,8% en les de 80 anys i més.

El 83,3% (79,5-86,5) de les persones entrevistades declaraven que la tinença de la llar no els genera cap despesa en l'actualitat i que tal sols un 5,8%, els hi comporta unes despeses superiors a 150€ (figura 34).

Figura 34. Cost de la tinença de l'habitatge.



4.2.3.2. Característiques de la llar.

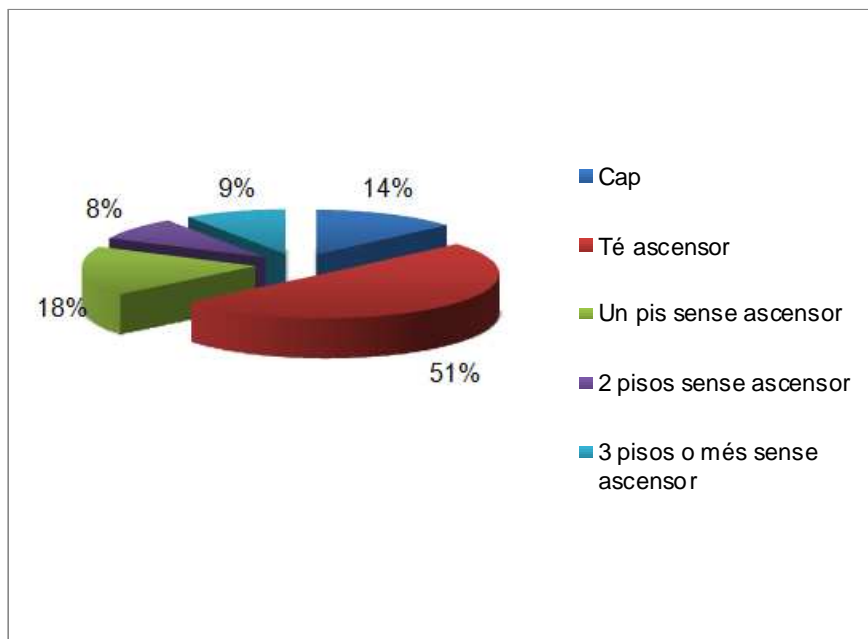
Els domicilis de les persones d'edat avançada de Reus estan ben equipats. Més del 90% (87,2-92,8) de la població gran de Reus, jutgen com a bones les condicions de les seves llars. La majoria de cases tenen els equipaments bàsics (telèfon, aigua calenta i rentadora) sense diferències en quant a grups d'edat o gènere. Destacar que més del 40% (35,5-44,5) no gaudeix d'instal·lació de calefacció i manifesta que no els hi és necessària.

Barreres arquitectòniques. El 50% (45,4-54,6) de la població admet que presenta alguna barrera arquitectònica en l'habitatge, interna o externa.

RESULTATS

La principal barrera arquitectònica externa són les escales per accedir a l'habitatge i la manca d'ascensor (figura 35).

Figura 35. Barreres arquitectòniques d'accés. Tenir escales.



154

Un 12,4% (9,4-15,4) de la població te dificultats per pujar escales. Un 3,3% (1,6-5,0) són incapaces i un 9,1% (6,4-11,8) requereixen ajuda. D'aquests, un 8% (5,5-10,5) del total, tenen com barrera les escales d'accés al domicili i per tan tenen dificultats per sortir de casa seva (figura 35 i taula 49).

Taula 49. Relació entre la dificultat en pujar escales i vivenda amb barreres arquitectòniques d'accés.

	Incapaç de pujar escales	Necessita ajuda per pujar escales
Un pis sense ascensor	0,8% (0-1,6)*	3,1% (1,5-4,7)
Segon pis sense ascensor	0,3% (1,4-4,6)	1,3% (0,3-2,3)
Tercer o més pisos sense ascensor	1% (0,1-1,9)	1,5% (0,4-2,6)

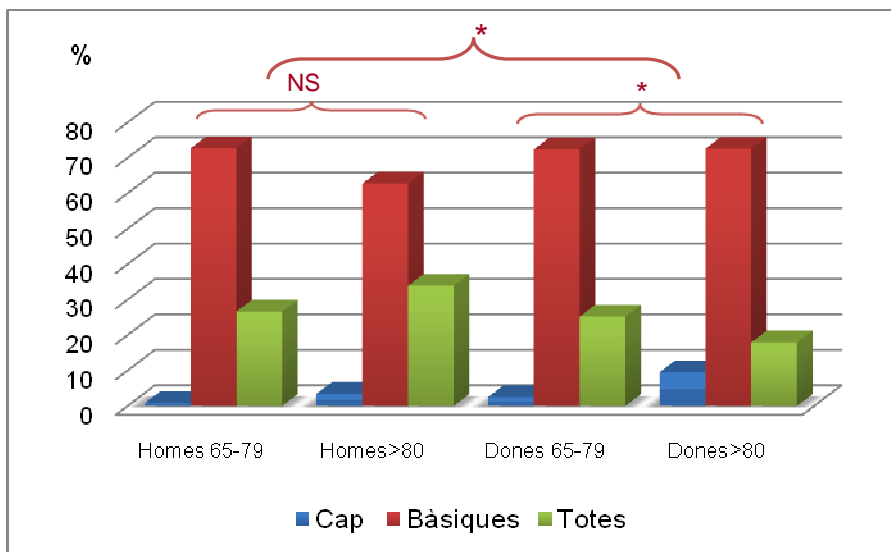
* (-) Interval de confiança al 95% (límit inferior-límit superior).

La barrera interna més destacada és la falta d'adaptació del bany en un 24,2% (20,2-28,2). És a dir, disposen de banyera però no de dutxa. Altres barreres internes són les escales interiors i l'adaptació de la cuina.

4.2.4. Percepció de la situació econòmica.

Respecte al poder adquisitiu i a la capacitat de cobrir les necessitats i despeses, la figura 36 ens permet veure que pràcticament el 95% de la població de 65 anys i més, tenen les necessitats bàsiques cobertes. La percepció de tenir millor situació econòmica en els homes és més elevada que en les dones ($p < 0,05$).

Figura 36. Cobertura de les necessitats bàsiques (menjar, higiene, serveis bàsics...) segons la situació econòmica, per grups d'edat i gènere.



* $p < 0,05$, NS: No significatiu.

Entre els homes, no existeixen diferències en la percepció de la situació econòmica per grups d'edat.

RESULTATS

En canvi, les dones de 65 a 79 anys d'edat tenen millor percepció de la seva situació econòmica que les de més edat ($p < 0,05$).

En el grup de dones de 80 anys i més, trobem el percentatge més alt de manca de capacitat per cobrir les despeses bàsiques, fins un 9,5% ($p < 0,05$) respecte a les més joves.

156

4.2.5. Nucli de convivència.

En la figura 37 es presenten les dades sobre el nucli de convivència. El 20,5% (16,8-24,2) d'aquest grup de població viu sol. Hi han 3.016 llars unipersonals de gent de 65 anys i més a Reus. En aquesta situació predominen clarament les dones respecte els homes. Hem de pensar que hi ha unes 856 dones de 80 anys i més i uns 91 homes de 80 anys i més, que viuen sols al seu domicili.

El 54,9% (50,3-59,5) viuen amb la seva parella i un 12,4% (9,4-15,4) amb els seus fills. S'objectiva que majoritàriament els homes viuen amb la parella.

Un altre tipus de convivència habitual en les dones de 80 anys i més, que suposa un 30,9%, és viure amb els fills.

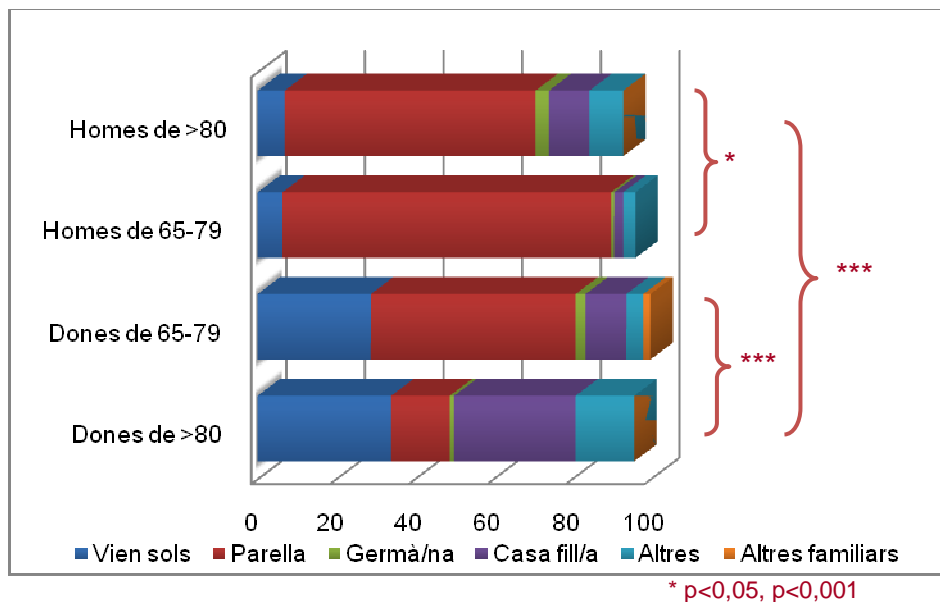
Hi ha una clara diferència en la distribució respecte el nucli de convivència entre homes i dones ($p < 0,001$).

Els homes, viuen majoritàriament amb parella, 87% i 73% respectivament dels homes de 65 a 79 anys i els de 80 i més anys. Són pocs els que viuen sols, entre un 7 i un 8%. Hi ha diferències entre els dos grups d'edat ($p < 0,05$).

Respecte el nucli de convivència de les dones destacar que el 52% de les dones de 65 a 79 anys viuen en parella i tan sols el 15% de les de 80 i més

anys. En canvi, el fet de viure sola arriba fins al 29% del grup més jove i fins el 35% de les de més edat.

Figura 37. Convivència per grups d'edat i gènere.



El grup de dones de 80 i més anys, és el que amb més freqüència viuen a casa del fill/a amb un 32%, en comparació al grup d'homes més joves que viuen tan sols en un 2% dels casos (p<0,001).

4.2.6. Relació amb les persones de l'entorn.

Descrivim la relació que s'estableix amb els fills i amb l'entorn com els amics, els veïns o altres familiars.

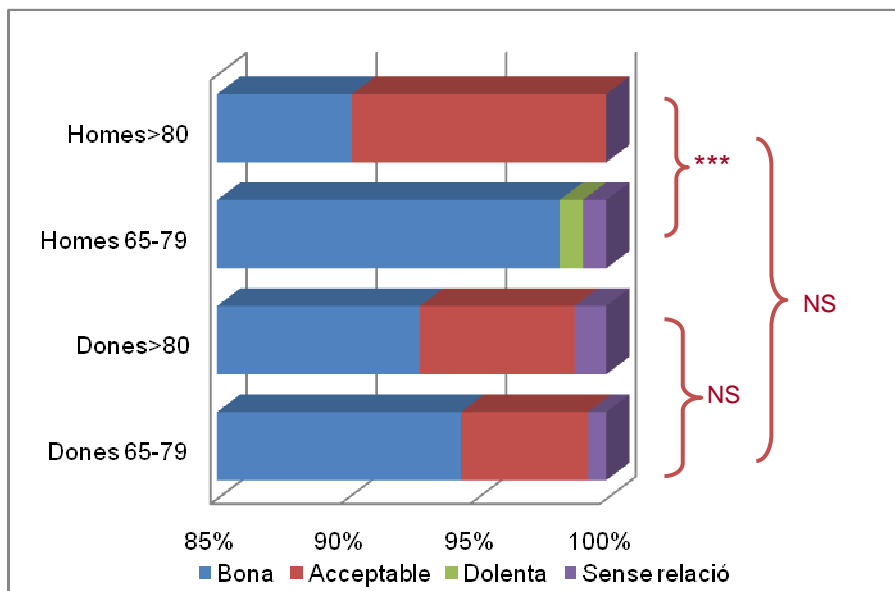
4.2.6.1. Relació amb la família.

La majoria dels fills de la població estudiada, viuen a la ciutat i la relació amb ells és qualificada majoritàriament com a bona (figura 38). Reben el

RESULTATS

suport dels fills que augmenta a mesura que s'incrementa l'edat del progenitors.

Figura 38. Relació amb els fills per grups d'edat i gènere.



$p < 0,001$, NS: No significatiu.

No s'observen diferències significatives entre gèneres, però si comparem entre grups d'edat, veiem que els homes més joves tenen millor relació amb els fills que els de més edat ($p < 0,001$). En canvi no s'observen aquestes diferències entre les dones.

Pràcticament més del 98% (96,7-99,3) dels entrevistats refereixen tenir una relació bona o acceptable amb els seus fills i tan sols el grup d'edat de 65-79 anys refereixen conflictes amb els fills.

4.2.6.2. Suports de la família i de l'entorn.

En el taula 50 es pot observar com, a mesura que s'incrementa l'edat de la persona, augmenta el suport dels fills. Més del 60% veu la família a diari.

Aquestes diferències no són estadísticament significatives entre grups d'edat i gènere.

El suport de l'entorn, amics i veïns, és molt alt entre la població de 65 anys i més. Aquest suport disminueix a mesura que la gent es fa més gran (taula 50).

Taula 50. Suport de la família i de l'entorn.

	Homes 65-79 anys	Homes >80 anys	Dones 65-79 anys	Dones >80 anys	TOTAL	Significació (p)		
						Homes per edat	Dones per edat	Per gènere
Fills	41,3%	50,0%	42,2%	52,5%	44,9%	NS	NS	NS
Familiars	47,9%	37,5%	56,3%	30,5%	45,8%	NS	NS	NS
Amics	29,3%	12,5%	28,9%	10,2%	23,1%	0,005	0,002	NS
Veïns	29,9%	21,9%	27,3%	10,2%	28,9%	0,005	0,002	NS

NS: No significatiu.

A Reus encara es manté el recolzament del nucli familiar i de l'entorn:

- Més del 60% de les persones de 65 anys i més, es veuen amb la família a diari i un 30%, es veuen 1 o 2 cops per setmana.
- El recolzament de l'entorn també es bo, però disminueix a mesura que augmenta l'edat i la dependència.

4.2.7. Activitats de lleure.

Com mostra la taula 51, l'activitat realitzada amb més freqüència és la de mirar la TV, i més quan major és l'edat que tenen.

Entre els homes predominen activitats com llegir o escoltar la ràdio (força habitual entre els de 80 anys i més), tot i que aquesta última és una activitat també habitual entre les dones de 65 a 79 anys.

RESULTATS

El casal és un recurs també utilitzat molt habitualment entre la població masculina de més de 80 anys.

El passeig, les excursions i viatges o la pràctica d'esport o ball són activitats realitzades sovint per les persones de 65 a 79 anys i alhora, unes de les més demandades.

Les dones prefereixen fer manualitats. Les de 65 a 79 anys destaquen també en les activitats de formació i idiomes, els homes en l'aprenentatge d'informàtica.

"Anar al tros", una activitat tradicional de la nostra gent gran, predomina entre la població de 65 i 79 anys, principalment masculina, encara que visquin a Reus.

Taula 51. Prevalença d'activitats de lleure que realitzen o que voldrien realitzar.

Activitat de lleure	Realitza	Voldrien realitzar
Llegir	38,7% (34,2-43,2)*	3,6% (1,9-5,3)
Passejar	56,4% (34,2-43,2)	6,7% (4,4-9,0)
Escoltar la ràdio	46,2% (41,6-50,8)	0,2% (0-0,6)
Veure la TV	77,6% (41,6-50,8)	0,9% (0-1,8)
Anar al casal	87,3% (84,2-90,4)	1,3% (0,3-2,3)
Fer excursions/viatges	14,2% (11,0-17,4)	9,3% (6,6-12,0)
Esports	6,4% (4,1-8,7)	3,1% (1,5-4,7)
Manualitats	22% (18,2-25,8)	4,9% (2,9-6,9)
Anar al tros	11,6% (8,6-14,6)	1,1% (0,1-2,1)
Ballar	3,8% (2,0-5,6)	2,2% (0,8-3,6)
Reunions amics/família	17,3% (13,8-20,8)	1,3% (0,3-2,3)
Informàtica	3,6% (1,9-5,3)	1,1% (0,1-2,1)
Activitats de formació i idiomes	2,4% (1,0-3,8)	1,3% (0,3-2,3)
Altres	12,9% (9,8-16,0)	6,3% (4,0-8,6)

* (-) Interval de confiança al 95% (límit inferior-límit superior)

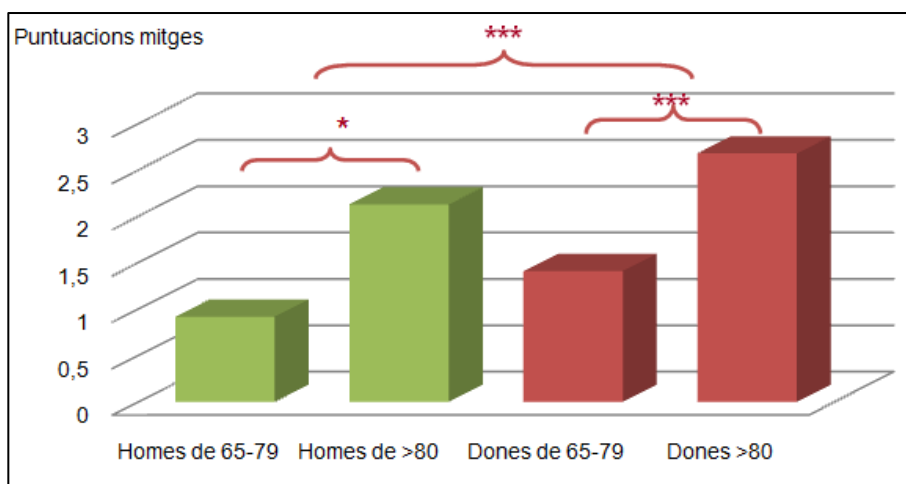
4.3. Aspectes de salut.

4.3.1. Funció cognitiva

El 79,3% (75,6-83,0) de la població no presenten alteracions cognitives, en canvi el 20,7% (17,0-24,4) restant presenten algun trastorn de la funció cognitiva. El 11,4% presenten deteriorament lleu, un 5,1% deteriorament moderat i un 4,2% sever. Unes 2.800 persones grans de Reus presenten deteriorament cognitiu segons el Qüestionari de Pfeiffer.

161

Figura 39. Grau d'alteració de la funció cognitiva per grups d'edats i gènere.



La prevalença del deteriorament cognitiu augmenta amb l'edat de forma significativa (figura 39 i taula 52).

S'objectiva que les dones presenten una major freqüència de deteriorament cognitiu respecte els homes ($p < 0.001$).

RESULTATS

De les persones que tenen deteriorament cognitiu, un 24,5% tenen també dependència per les AVDs i per tant requeriran assistència pels seus cuidadors per cobrir-les.

Taula 52. Prevalences de deteriorament cognitiu per grups d'edat i gènere.

Deteriorament cognitiu	Home 65-79 a	Home >80 a	Dones 65-79 a	Dones >80 a	Total de la població de >65 anys de Reus
Sever	0%	5,1% (0-10,7)*	4,2% (1,2-7,2)	9,4% (3,6-15,2)	4,2% (10,0-16,7)
Moderat	4,7% (1,0-8,4)	3,4% (0-8,0)	1,8% (0-3,8)	12,5% (5,9-19,1)	5,1% (3,1-7,1)
Lleu	4,7% (1,0-8,4)	16,9% (7,3-26,5)	13,2% (8,1-18,3)	13,5% (6,7-20,3)	11,3% (3,1-7,1)
Total	5,4%	25,4%	19,2%	35,4%	20,6%
Significació per grup d'edat (p).	0,018		<0,001		
Significació per gènere (p).	<0,001				

Corregit pel nivell d'estudis. * (-) Interval de confiança al 95% (límit inferior-límit superior)

Hem analitzat les persones que viuen soles en relació al grau de deteriorament cognitiu. El 75,8% de les dones i el 85,7% dels homes no presenten deteriorament cognitiu.

A destacar que hem trobat persones, el 24,2 % de les dones (90 dones) i el 14,3% del homes (12 homes), que vivint sols, tenen un deteriorament cognitiu lleu. Cap persona que visqui sola té deteriorament moderat o sever.

4.3.2. Estat d'ànim.

En el nostre estudi, objectivem que un 26% de la població presenta alteracions de l'estat d'ànim segons la Geriatric depression scale (GDS) (taula 53). Un 20,4% presenta una situació de depressió lleu i un 5,6% una depressió establerta. Segons els resultats veiem com l'estat d'ànim deprimit predomina més en les dones que en els homes i que a més edat més prevalença de depressió. Destacar de nou que el grup de dones més grans

presenta un 46,5% d'alteració de l'estat d'ànim, d'aquestes un 11,5% estan amb una depressió establerta.

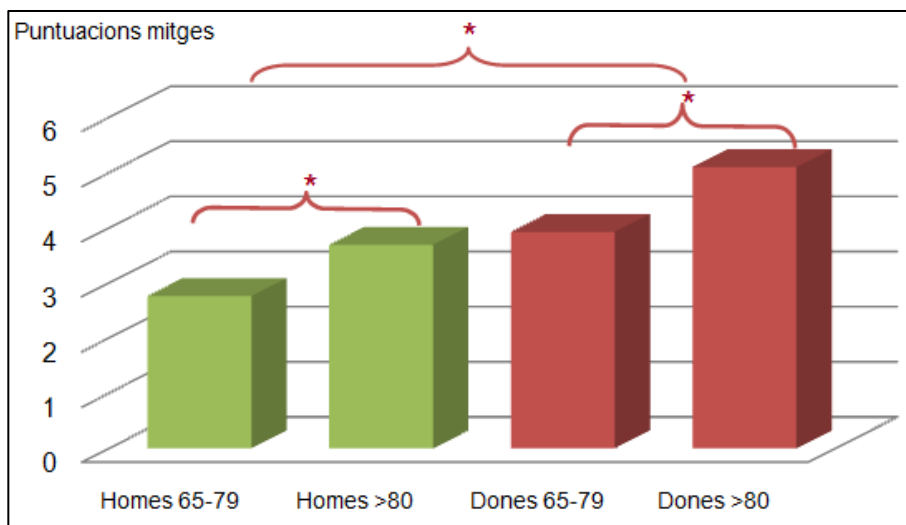
Taula 53. Prevalença de depressió per grups d'edat i gènere.

Estat d'ànim	Homes 65-79 anys	Homes >80 anys	Dones 65-79 anys	Dones >80 anys	Totals de la població de ≥65 anys
Depressió lleu	12,5% (6,8-18,2)*	18,6% (8,7-28,5)	18,6% (12,7-24,5)	35,4% (25,8-45,0)	20,4% (16,7-24,1)
Depressió establerta	1,6% (0-3,8)	1,7% (0-5,0)	6,6% (2,8-10,4)	11,5% (5,1-17,9)	5,6% (3,5-7,7)
Significació per grup d'edat (p).	<0,05		<0,05		
Significació per gènere (p).	<0,001				

* (-) Interval de confiança al 95% (límit inferior-límit superior).

Com es pot veure en la figura 40, hi ha unes puntuacions mitges més elevades, entre 3 i 5, en els diferents grups d'edat directament relacionades amb l'augment de l'edat.

Figura 40. Estat d'ànim per grups d'edat i gènere.



*p<0,05

RESULTATS

També es pot objectivar en la figura 40, que en els dos grups d'edat, les dones presenten més problemes en l'estat d'ànim.

4.3.3. Estat nutricional.

164

Destacar que mentre el 45,8% de la població presenta un l'estat nutricional bo, el 34,2% presenta un risc nutricional moderat i un 20% un risc nutricional alt segons el Nutricional Screening Initiative (NSI) en la seva forma reduïda de 15 preguntes (taula 54).

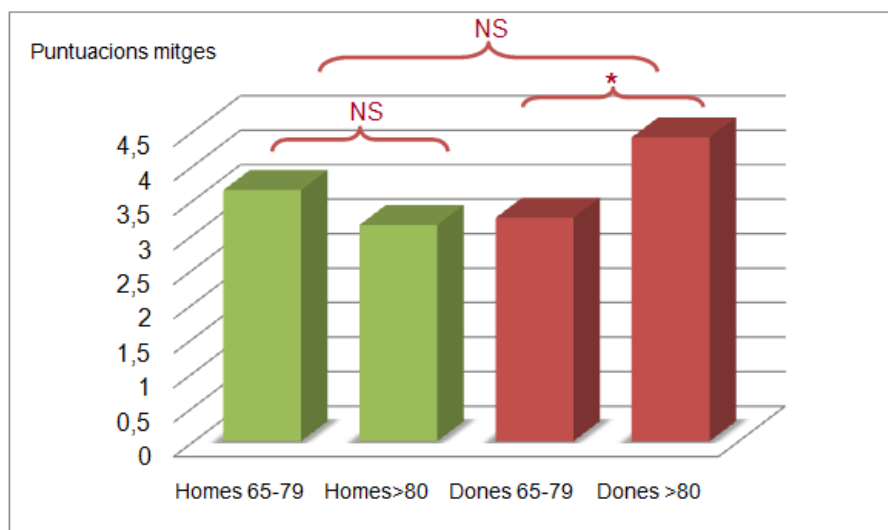
Les dones de més edat són les que presenten un major risc nutricional, que arriba a afectar a quasi un 64,6% de les mateixes. Les situacions de risc nutricional alt augmenta a mesura que augmenta l'edat ($p < 0,05$).

Taula 54. Prevalença del risc nutricional per grups d'edat i gènere.

Estat nutricional	Homes 65-79 anys	Homes >80 anys	Dones 65-79 anys	Dones >80 anys	Totals de la població de ≥65 anys
Risc nutricional moderat	32,0% (23,9-40,1)*	35,6% (23,4-47,8)	35,3% (28,1-42,5)	32,3% (22,9-41,7)	34,2% (29,8-38,6)
Risc nutricional alt	17,2% (10,7-23,7)	16,9% (7,3-26,5)	16,2% (10,6-21,8)	32,3% (22,9-41,7)	20,0% (16,3-23,7)
Significació per grup d'edat (p).	NS		p<0,05		
Significació per gènere (p).	NS				

* (-) Interval de confiança al 95% (límit inferior-límit superior). NS: No significatiu.

Figura 41. Risc nutricional per grups d'edat i gènere.



*p<0,05, NS: no significatiu

Les dones de 80 anys i més, són les que tenen un percentatge superior de risc nutricional alt. Les diferències son estadísticament significatives.

Taula 55. Pes, alçada i IMC per grups d'edat i gènere.

	Homes 65-79 anys	Homes >80 anys	Dones 65-79 anys	Dones >80 anys	Significació (p)	
					Homes per edat	Dones per edat
Pes	74,4 Kg (71,2-77,7)	69,5 Kg (67,1-71,9)	66,6 Kg (63,5-69,8)	61,2 Kg (57,0-65,5)	<0,001	<0,001
Alçada	160,9 cm (155,8-166,1)	159,9 cm (154,3-165,7)	150,3 cm (146,2-154,5)	145,7 cm (138,0-153,5)	<0,001	<0,001
IMC	28 Kg/m ² (27,37-28,64)	26,2 Kg/m ² (25,36-27,01)	29,7 Kg/m ² (28,85-30,56)	27,3 Kg/m ² (26,29-28,46)	<0,001	<0,001

* (-) Interval de confiança al 95% (límit inferior-límit superior).

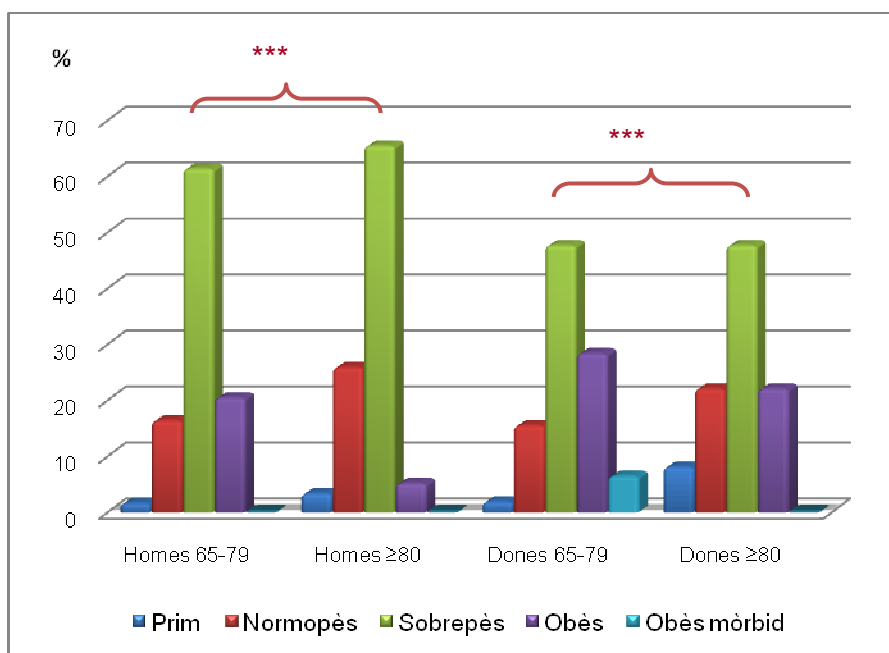
RESULTATS

Respecte a les mesures antropomètriques presentades a la taula 55, destacar que a mesura que s'incrementa l'edat disminueix el pes mig de les persones ($p < 0,001$).

Tanmateix, l'alçada mitja del grup de més edat és inferior a la dels més joves ($p < 0,001$).

L'IMC també disminueix amb l'edat ($p < 0,001$).

Figura 42. Categories de l'IMC per grups d'edat i gènere.



*** $p < 0,001$

En la figura 42 s'observa que un 8,1% de les dones de 80 i més anys presenten un IMC inferior a 20 Kg/m^2 i per tant presenten baix pes. També s'observa que les dones presenten més sobrepès i situacions d'obesitat que els homes.

Hem relacionat les dades obtingudes que fan referència a la descripció de l'estat nutricional del l'NSI, amb l'IMC i la pèrdua de pes en els darrers 6

mesos. Com es veu a la taula 56, no hi ha una relació entra l'IMC i els resultats dels NSI ($p < 0,04$) en cap dels grups estudiats ni en el total de la mostra. L'NSI no descriu si el risc nutricional per excés o per defecte de pes i per tant es bo complementar-lo amb l'IMC.

Taula 56. Puntuació IMC segons l'estat nutricional.

Estat nutricional	Total Població
Bo	27,9 Kg/m ² (27,27-28,55)*
Risc nutricional moderat	28,6 Kg/m ² (27,85-29,34)
Risc nutricional alt	28,4 Kg/m ² (27,23-29,60)

* (-) Interval de confiança al 95% (límit inferior-límit superior).

En canvi, com es pot veure en la taula 57, existeix una correlació entre la pèrdua de pes en els últims 6 mesos i els resultats de l'NSI quan s'analitza la població total ($p < 0,004$). Valorant els diferents grups segons edat i gènere, segueix aquesta correlació però tan sols en els homes de més edat és significativa ($p < 0,05$).

Taula 57. Pèrdua de pes en els últims sis mesos segons l'estat nutricional per grups d'edat i gènere.

Estat nutricional	Homes 65-79 anys	Homes >80 anys	Dones 65-79 anys	Dones >80 anys	Total Població
Bo	0,69 Kg (0,14-1,25)*	1,43 Kg (0,23-2,62)	0,25 Kg (0,04-0,46)	0,41 Kg (-0,36-1,17)	0,58 Kg (0,30-0,85)
Risc nutricional moderat	1,15 Kg (0,09-2,20)	2,29 Kg (0,18-4,39)	0,61 Kg (0,19-1,03)	0,91 Kg (-0,32-2,14)	1,05 Kg (0,55-1,54)
Risc nutricional alt	1,55 Kg (0,21-2,88)	5,40 Kg (0,72-10,08)	0,62 Kg (-0,01-1,24)	1,71 Kg (0,18-3,24)	1,76 Kg (0,71-1,24)
Significació (p)	NS	$p < 0,05$	NS	$p < 0,3$	$p < 0,01$

* (-) Interval de confiança al 95% (límit inferior-límit superior). NS: No significatiu.

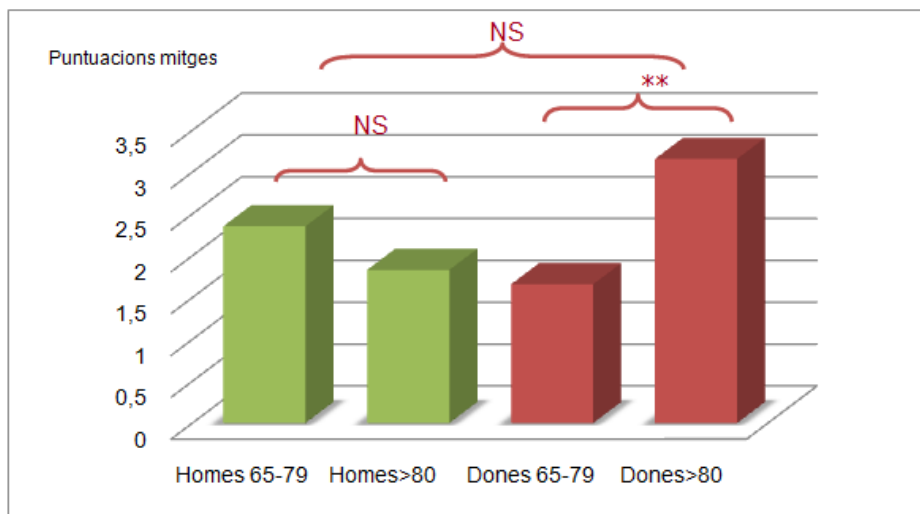
RESULTATS

4.3.4. Fragilitat.

Segons el qüestionari de Barber, destacar que el 71,3% de la població enquestada estan en situació de risc segons el qüestionari de Barber.

Valorant les puntuacions del qüestionari de Barber i comparant-les amb els diferent grups d'edat i gènere, veiem que les dones de 80 anys i més, presenten una puntuació més alta i per tant més risc de fragilitat (figura 43 i taula 58).

Figura 43. Escala de risc de fragilitat segons el qüestionari de Barber per grups d'edat i gènere.



** $p < 0,01$, NS; no significatiu

El risc de fragilitat augmenta tant en homes (79,7%) com en dones (82,3%) de 80 anys i més, de forma estadísticament significativa ($p < 0,01$). Les dones de 80 anys i més, són la població més fràgil.

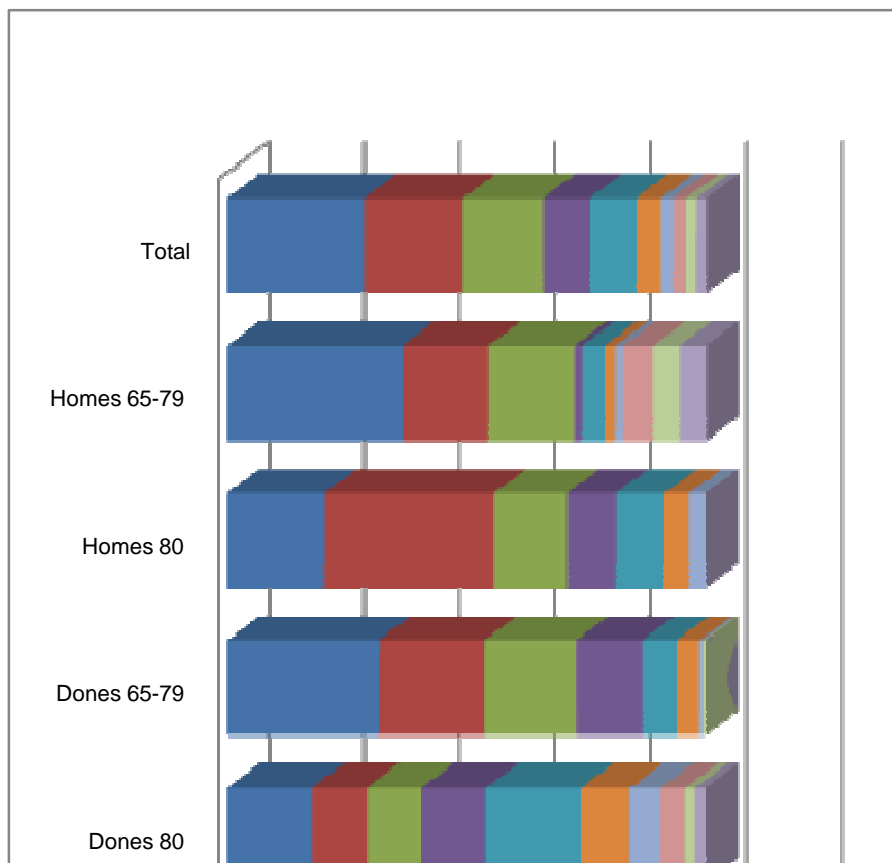
Taula 58. Prevalença de risc de fragilitat per grups d'edat i gènere.

Fragilitat	Homes 65-79 a.	Homes >80 a.	Dones 65-79 a.	Dones >80 a.	Total població
	63,3%	79,7%	68,3%	82,3%	71,3%
	(55,0-71,6)	(69,4-90)	(61,2-75,4)	(74,7-89,9)	(67,1-75,5)
Significació per grup d'edat (p).	p<0.01		p<0,01		
Significació per gènere (p).	NS				

* (-) Interval de confiança al 95% (límit inferior-límit superior)

NS: No significatiu.

Figura 44. Nombre de respostes afirmatives en el qüestionari se Barber per grups d'edat i gènere.



Fragilitat si ≥ 1 resposta afirmativa.

RESULTATS

L'anàlisi dels diferents aspectes comentats de la fragilitat en el qüestionari de Barber, destaca aquelles situacions més prevalents que originen situacions que dificulten el desenvolupament diari de les persones d'edat avançada (figura 44 i taula 59).

170

El grup de població que presenta un nombre superior de respostes afirmatives i per tan presenta majors puntuacions, de 8 a 9 punts, és el d'homes de 65 a 79 anys.

Taula 59. Prevalença de factors relacionats amb la fragilitat.

Variable	Freqüència
Viu sol	21,6% (17,8-25,4)*
Es troba sense ningú a qui acudir si necessita ajuda	14,4% (11,2-17,6)
Hi ha més de 2 dies a la setmana que no menja calent	10,9% (8,0-13,8)
Necessita d'algú que li ajudi molt sovint	27,3% (23,2-31,4)
L'impedeix la seva salut sortir al carrer	25,6% (21,6-29,6)
Té amb freqüència problemes de salut que l'impedeixen valer-se per si mateix	30,0% (25,8-34,2)
Té dificultats amb la vista per realitzar les seves labors habituals	33,3% (28,9-37,7)
Li suposa molta dificultat la conversació perquè no sent	32,2% (27,9-36,5)
Ha estat ingressat en l'hospital en l'últim any.	23,3% (19,4-27,2)

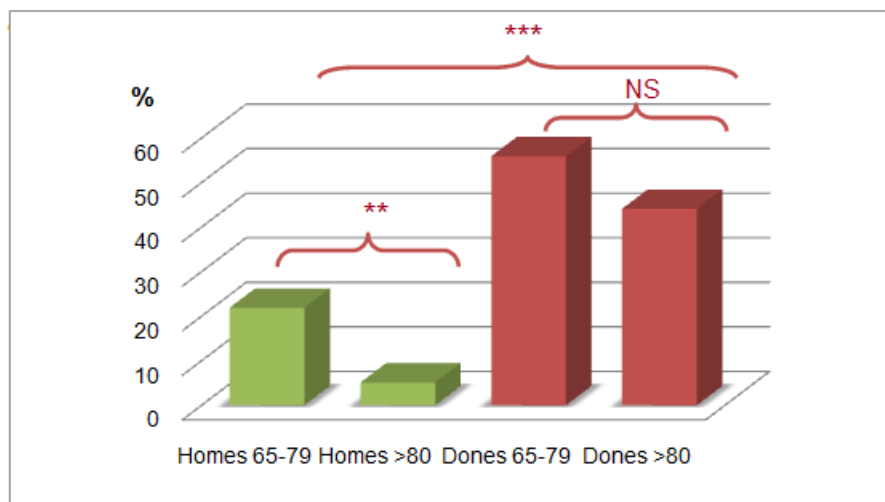
* (-) Interval de confiança al 95% (límit inferior-límit superior)

Aquestes són les relacionades amb problemes en els òrgans dels sentits, dèficits visuals (33%) i auditiu (32%) entre altres. Pràcticament un 23,3% de les persones entrevistades han tingut un ingrés hospitalari recent.

També un 25,6% presenten dificultats per sortir del domicili i per tant una situació clínica d'immobilitat.

Segons la pregunta 2^{ona} del Qüestionari de Barber: "es troba sense ningú a qui acudir si necessita ajuda", fins el 14,4% de la població no te ningú a qui recorre (taula 59).

Figura 45. Gent gran sense cap persona sense ajuda, per grups d'edat i gènere.



** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, NS; no significatiu

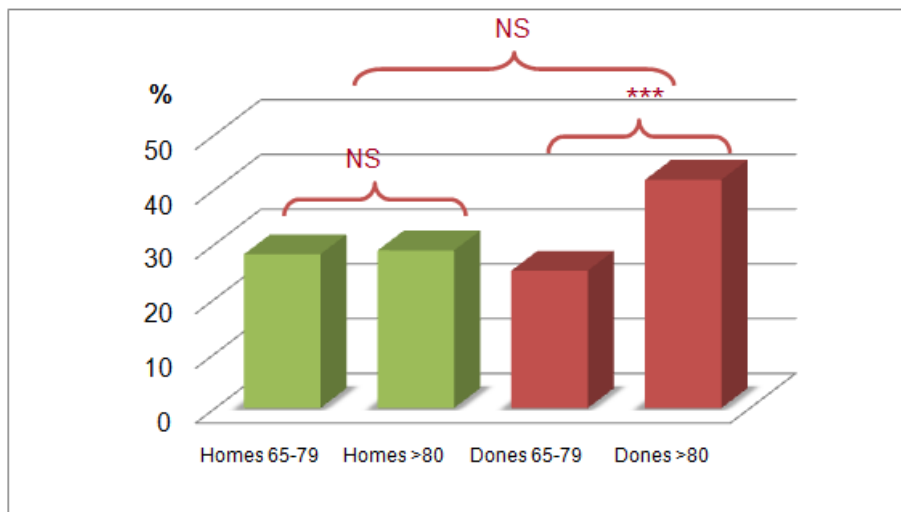
En la figura 45, es compara els grups d'edat i s'observa que a més edat, les persones que viuen al seu domicili, augmenten la manca d'ajuda.

En els homes aquesta diferència es fa estadísticament significativa ($p < 0,05$) amb relació a l'edat, no així en les dones.

Hem analitzat aquestes persones que refereixen manca d'ajuda i presenten diferències respecte la resta de la població de gent gran. Presenten més alteració de l'ànim, ($p < 0,05$), menor alteració de l'estat cognitiu, millor grau funcional en les ABVDs ($p < 0,01$), més risc de desnutrició ($p < 0,01$), i pitjor qualitat de vida ($p < 0,05$). En canvi no hi ha diferències en les activitats instrumentals o l'IMC.

RESULTATS

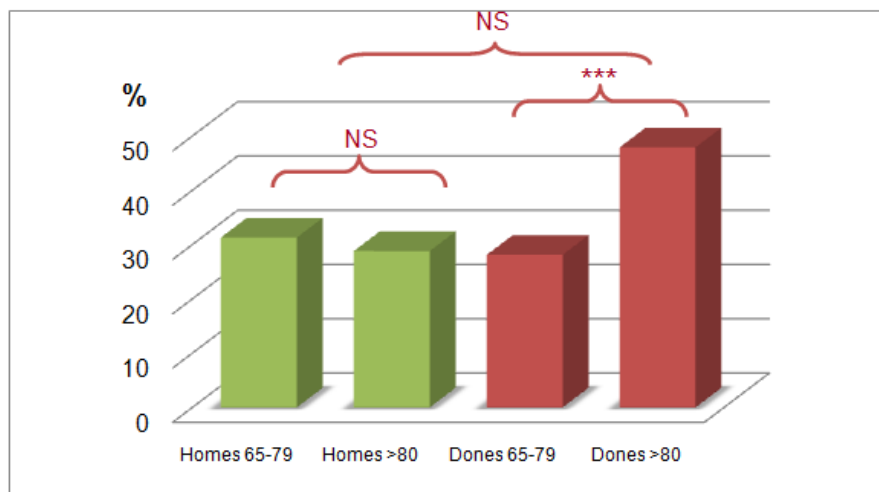
Figura 46. Gent gran que no pot sortir al carrer per problemes de salut per grups d'edat i gènere.



*** $p < 0,001$, NS; no significatiu

Segons la pregunta 5_{ena}, en les persones que refereixen tenir dificultat per sortir al carrer per problemes de salut (figura 46), no observem diferències significatives entre el grup d'homes i de dones. Si hi ha diferències entre les dones més joves respecte les de més edat ($p < 0,001$).

Figura 47. Gent gran amb dificultats per realitzar labors habituals per grups d'edat i gènere.



*** $p < 0,001$, NS; no significatiu

Per a les dificultats en realitzar labors habituals no hi ha diferències entre homes i dones. Tan sols es veuen diferències entre les dones de més edat respecte les més joves ($p < 0,001$).

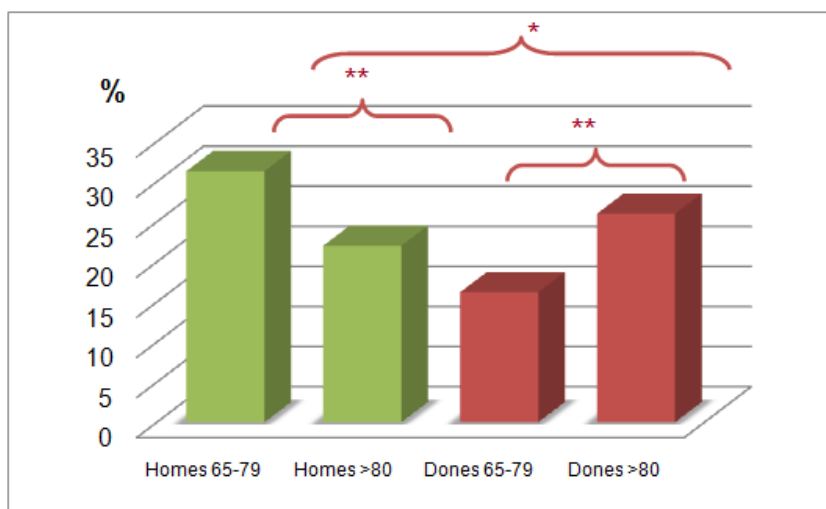
Figura 48. Gent gran amb sordesa per grups d'edat i gènere.



*** $p < 0,001$, NS; no significatiu

La dificultat auditiva augmenta amb l'edat. Hi ha diferències significatives en les dones en relació a l'edat ($p < 0,001$).

Figura 49. Gent gran ingressada a l'hospital per grups d'edat i gènere.



$p < 0,05$, ** $p < 0,01$, NS; no significatiu

RESULTATS

A destacar de la figura 49 que el grup d'homes més joves és el que ha requerit més ingressos hospitalaris el darrer any ($p < 0,01$).

4.3.5. Morbiditat.

174

Prevalença de les malalties cròniques

Entre les patologies més prevalents (taula 60), destaca l'artrosi en un 54%, la hipertensió arterial en un 49%, la diabetis mellitus en un 21% i la insuficiència cardíaca en un 16%. Altres patologies presents són la MPOC en un 10,9%, la fractura de maluc en un 4,9% i l'hemiplegia en un 1,8%.

Taula 60. Prevalença de les patologies en el conjunt de la població.

Malalties	Prevalença
Artrosi.	54,0% (49,4-58,6)*
Hipertensió arterial.	49,0% (44,4-53,6)
Diabetis	21,0% (17,2-24,8)
Insuficiència cardíaca.	16,0% (12,6-19,4)
MPOC o bronquitis crònica	10,9% (8,0-13,8)
Fracturat el maluc	5,1% (3,1-7,1)
Hemiplegia	1,8% (0,6-3,0)

* (-) Interval de confiança al 95% (límit inferior-límit superior).

En la següent taula es presenten les prevalences de les diferents patologies per grups d'edat i gènere per observar les tendències que presenten respecta aquests dos paràmetres.

Taula 61. Prevalença de les patologies per grups d'edat i gènere.

	Homes 65-79 anys	Homes ≥80 anys	Dones 65-79 anys	Dones ≥80 anys	Significació (p)		
					Homes per edat	Dones per edat	Per gènere
Artrosi.	39,14%	39,7%	39,7%	51	NS	NS	0,001
Artrosi no controlada	4,7%	5,2%	10,8%	17,7%			
HTA	43,8%	40,7%	53,9%	50%	NS	NS	0,05
HTA no controlada	0%	0%	1,8%	1%			
DM controlada	20%,3	16,9%	21,6%	23,9%	NS	NS	0,01
DM no controlada	0%	0%	1,2%	1%			
Insuficiència cardíaca.	17,2%	27,1%	8,4%	18,8%	NS	0,05	0,05
MPOC	14,1%	16,9%	3%	16,7%	NS	0,001	0,01
Fractura de maluc	3,9%	10,2%	1,8%	9,4%	0,01	0,005	NS
Hemiplegia	1,6%	6,8%	1,2%	0%	0,05	NS	NS

NS: No significatiu.
 HTA: Hipertensió arterial.
 DM: Diabetis Mellitus.
 MPOC: Malaltia pulmonar obstructiva crònica.

L'artrosi és la patologia més prevalent en la població de 65 anys i més seguida de la hipertensió arterial i la diabetis.

L'artrosi te un clar predomini en les dones ($p < 0,001$). A destacar que és la patologia que presenta un pitjor control simptomàtic i aquesta manca de control augmenta amb l'edat.

La prevalença de la HTA disminueix amb l'edat però sense significança estadística. És més prevalent en les dones ($p < 0,05$).

Com es veu en la taula 61, la prevalença de la diabetis és major en les dones ($p < 0,01$) que en els homes i es redueix amb l'edat en els homes però no en les dones.

RESULTATS

La insuficiència cardíaca predomina en l'home i augmenta amb l'edat ($p<0,05$).

L' MPOC augmenta la seva prevalença amb l'edat ($p<0,01$) i de forma més acusada en la dona ($p<0,001$) que en l'home (no significatiu). Aquest augment de les malalties pulmonars en el grup de dones de més edat requeriria una anàlisi més en profunditat. El terme MPOC, sovint s'interpreta com a bronquitis crònica en l'enquesta i inclou de forma incorrecta altres patologies respiratòries com la hiperreactivitat bronquial o l'asma. També es possible que hi hagi confusió entre patologies que produeixen símptomes similars com la insuficiència cardíaca.

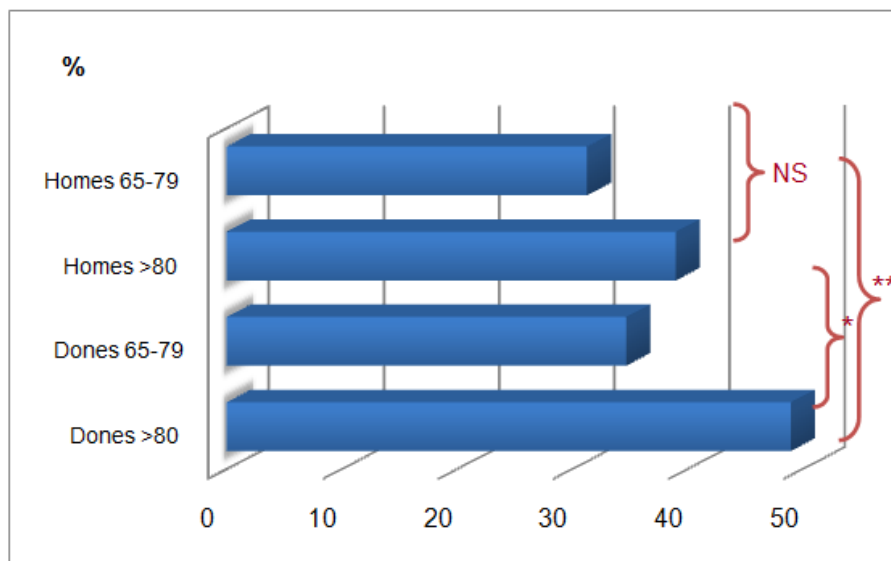
Amb l'edat augmenta la prevalença de la fractura de maluc tant en homes ($p<0,05$) com en dones ($p<0,01$).

Síndromes geriàtriques.

Les síndromes geriàtriques s'han registrat en preguntes específiques en ocasions i en altres es poden calcular a partir de les diferents escales utilitzades a l'enquesta.

En la figura 50 es pot objectivar la prevalença de la polifarmàcia entesa com el fet de prendre 3 o més fàrmacs. La polifarmàcia és molt prevalent en el grup de més edat i arriba fins el 39,1% en els homes i un 49% en les dones. La polifarmàcia pot indicar una salut més deteriorada i augmenta amb l'edat però només de forma significativa en els homes ($p<0,05$). Les dones presenten una prevalença superior de poli-farmàcia que els homes ($p<0,01$).

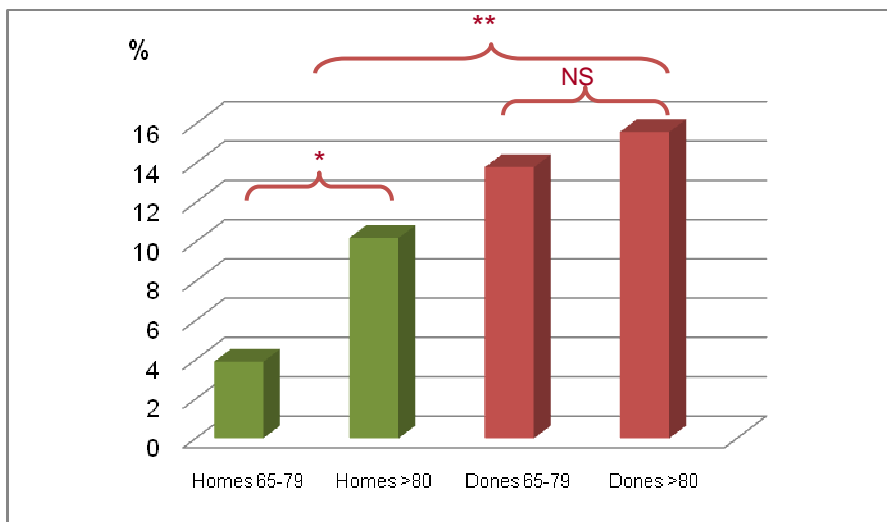
Figura 50. Polifarmàcia per grups d'edat i gènere.



* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, NS; no significatiu

Les caigudes en la persona gran és un important problema de salut. En l'enquesta es preguntava si la persona havia presentat més de tres caigudes en el darrer anys.

Figura 51. Prevalença de patir tres o més caigudes el darrer any per grups d'edat i gènere.



$p < 0,05$, ** $p < 0,01$, NS; no significatiu

RESULTATS

En la figura 51 s'observa com les caigudes són més prevalents en les dones ($p < 0,01$) respecta els homes. Un altre fet destacat és que aquesta síndrome augmenta amb l'edat. En les dones de 65 a 79 anys tenen una prevalença del 14% i en les de més edat d'un 15,6%. Aquestes prevalences són inferiors en els homes però tenen tendència a igualar-se amb l'edat. D'un 3,9% en el grup més jove, arriben a un 10,2% en el grup de més edat.

178

Des dels diferents apartats de l'enquesta es poden determinar les síndromes geriàtriques més prevalents en edats avançades. Els resultats s'expressen en la taula 62.

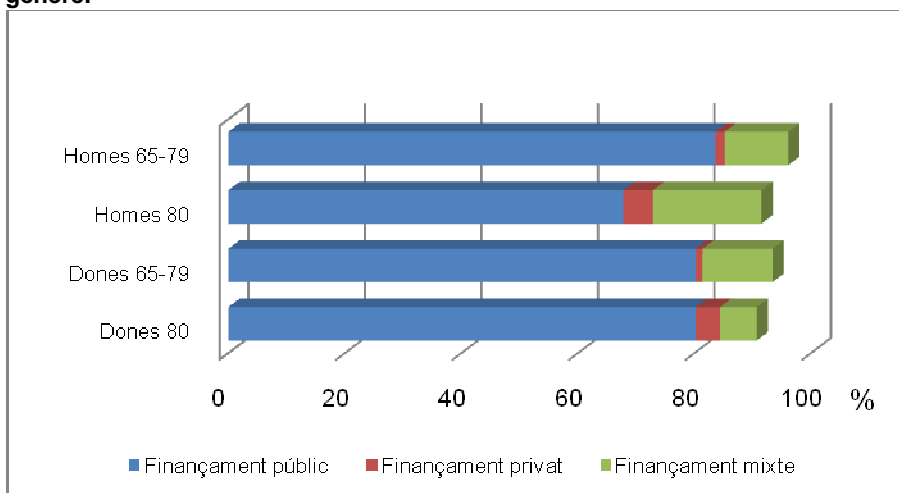
Taula 62. Prevalença de les síndromes geriàtriques i projecció a la població de Reus.

Problemes de salut	Proporció	Projecció a la població de gent gran de Reus, 2005
Deteriorament cognitiu	21,8% (18,0-25,6)*	3.270
Alteració de la mobilitat	20% (16,3-23,7)	3.000
Risc nutricional	20% (16,3-23,7)	3.000
Ingrés hospitalari en el darrer any	23,3% (19,4-27,2)	3.495
Incontinència d'orina	20% (16,3-23,7)	3.000
Dèficits de visió	33,3% (28,9-37,7)	5.000
Dèficits d'audició	32,2% (28,8-37,6)	4.830
Dependència funcional	16,0% (12,6-19,4)	2.400

* (-) Interval de confiança al 95% (límit inferior-límit superior).

A més es pot fer una projecció sobre el nombre de persones de 65 anys i més que poden presentar els esmentats problemes de salut (taula 62).

Figura 52. Tipus de finançament de l'assistència mèdica per grups d'edat i gènere.



La figura 52 ens mostra com l'assistència pública és la més utilitzada, però les persones de més edat acudeixen a la sanitat privada en més freqüència.

RESULTATS

4.4. Dependència funcional.

4.4.1. Dependència en les activitats bàsiques de la vida diària. ABVD.

180

Hem mesurat la dependència funcional en les ABVDs amb l'escala de Barthel. Segons l'aplicació d'aquesta escala, en la població gran de Reus, la dependència funcional en les ABVDs és del 21,1% (17,3-24,9), sent per als homes del 20,3% (16,6-24,0), i per a les dones del 27,3% (23,3-31,5). En el nivell més greu de dependència es troba un 6,3% (4,1-8,5) de la població. Respecte als homes, un 17,1% presenta dependència lleu, un 2,1% dependència moderada i un 1,1% dependència greu. Destacar que no hem trobat homes amb total dependència vivint al domicili.

Respecte a les dones, el 18,6% presenten dependència lleu, el 3% dependència moderada, el 1,1% dependència greu i el 4,6% total dependència.

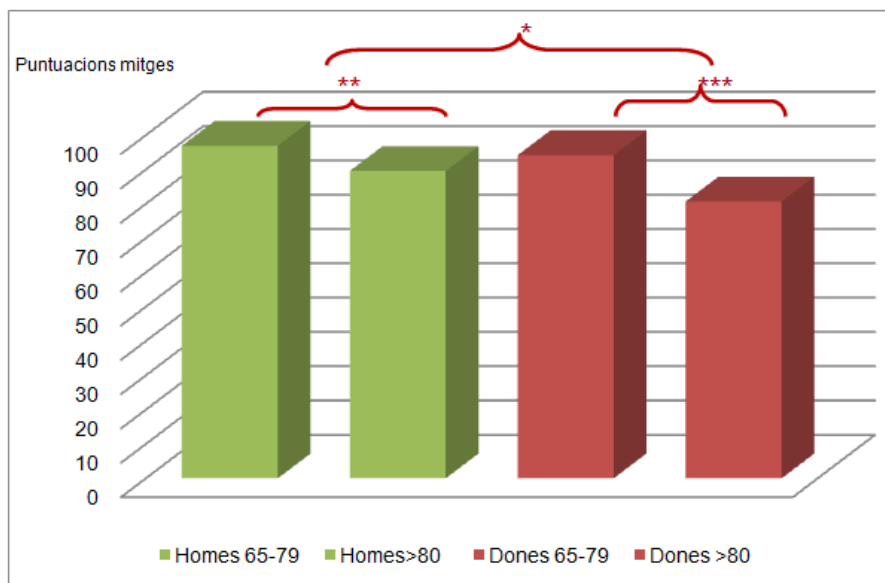
Taula 63. Prevalença de dependència funcional en ABVD per grups d'edat i gènere.

	Homes 65-79 anys	Homes ≥80 anys	Dones 65-79 anys	Dona ≥80 anys
Total dependència Barthel 0-20	0	0	1,8% (0-3,8)*	9,4% (3,6-15,2)
Dependència Greu Barthel 21-35	0,8% (0-2,3)	1,7% (0-5,0)	0,6% (0-1,8)	2,1% (0-5,0)
Dependència moderada Barthel 40-55	0,8% (0-2,3)	5,1% (0-10,7)	1,2% (0-2,9)	6,3% (1,4-11,2)
Dependència lleu Barthel 60-95	10,2% (5,0-15,4)	32,2% (20,3-44,1)	13,8% (8,6-19,0)	27,1% (18,2-36,0)
Dependència	11,8%	39%	17,4%	44,9%
Significació per grup d'edat (p).	0,001		0,001	
Significació per gènere (p).	0,05			

* (-) Interval de confiança al 95% (límit inferior-límit superior)
 ABVD: activitats bàsiques de vida diària.

Si considerem les puntuacions mitges dels resultats de l'escala de Barthel per grups d'edat i gènere, s'objectiva que a més edat es presenta més dependència funcional en les ABVDs, tan per als homes ($p < 0,01$) com per a les dones ($p < 0,001$) (figura 53).

Figura 53. Dependència funcional de les ABVDs segons l'escala de Barthel, per grups d'edat i gènere.



* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Com es pot veure a la figura 53, les dones presenten més dependència funcional en les ABVDs que els homes.

A la taula 64 s'analitza els diferents graus de dependències en les ABVDs.

RESULTATS

Taula 64. Valoració de les activitats bàsiques de la vida diària valorades per l'escala de Barthel.

Activitat	Grau d'incapacitat	Prevalença
1 Menjar:	Incapaç (0)	1,8%
	Necessita ajuda per tallar, utilitzar condiments (5)	4%
	Dependència global	5,8%
		(4,1-8,7) *
2 Traslladar-se de cadira al llit:	Dependent (0)	2,9%
	Gran ajuda, necessita alguna persona forta (5)	1,8%
	Mínima ajuda, petita ajuda (10)	5,8%
	Dependència global	10,5%
		(7,7-13,3)
3 Higiene personal:	Necessita ajuda (0)	10,9%
	Dependència global	10,9%
		(8,0-13,8)
4 Anar al servei:	Dependent (0)	4%
	Necessita alguna ajuda (5)	3,8%
	Dependència global	7,8%
		(5,3-10,3)
5 Banyar-se o dutxar-se:	Dependent (0)	13,1%
	Dependència global	13,1%
		(10,0-16,2)
6 Desplaçar-se:	Dependent (0)	3,1%
	Independent en cadira de rodes en 50 metres (5)	2,2%
	Camina amb una petita ajuda d'una persona (10)	12,4%
	Dependència global	17,7%
		(14,2-21,2)
7 Pujar i baixar escales:	Incapaç (0)	8,9%
	Necessita ajuda física o verbal, qualsevol tipus de crossa (5)	18,9%
	Dependència global	27,8%
		(23,7-31,9)
8 Vestir-se i desvestir-se:	Dependent (0)	4,7%
	Necessita ajuda, la meitat aproximadament, sense ajuda 5	6,7%
	Dependència global	11,4%
		(8,5-14,3)
9 Control de femta:	Incontinent (0)	2,7%
	Accident excepcional (un/setmana) (5)	4,4%
	Dependència global	7,1%
		(4,7-9,5)
10 Control d'orina:	Incontinent o sondat incapaç de canviar-se la bossa (0)	3,6%
	Accident excepcional (màxim 1/24h) (5)	15,3%
	Dependència global	18,8%
		(15,2-22,4)

* (-) Interval de confiança al 95% (límit inferior-límit superior).

De forma més detallada en la taula 64, es pot conèixer quines són les ABVDs que més estan afectades. Les que fan referència a la mobilitat són les més freqüentment alterades, com són caminar i pujar escales. La següent seria la incontinència d'orina amb major freqüència en el gènere

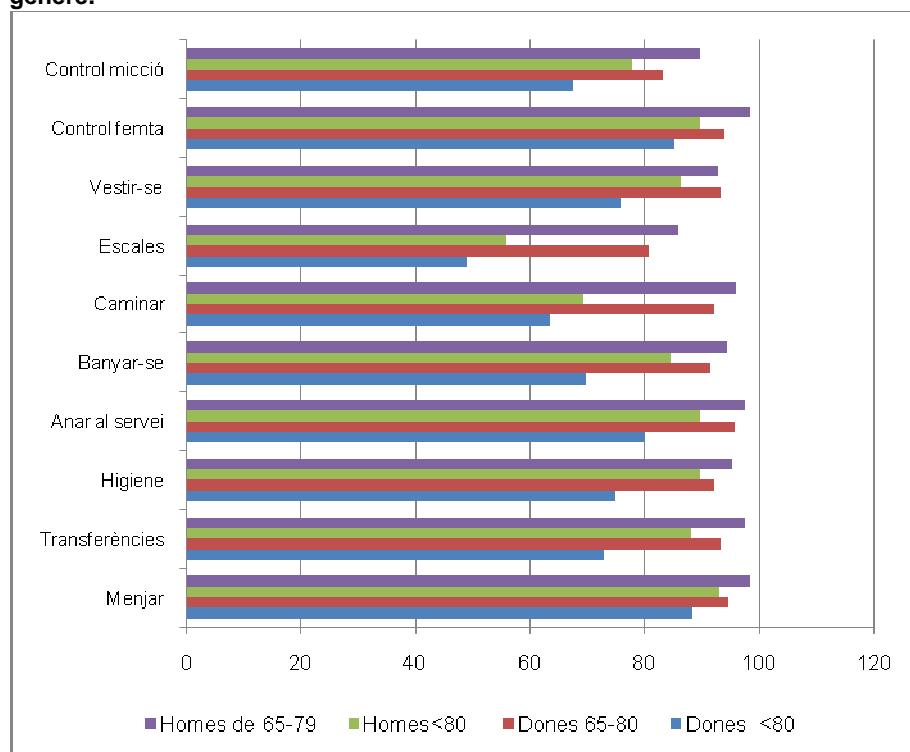
femení. Seguidament són les que permeten l'autocura, com la dutxa i el vestir-se. Això, pot donar una idea aproximada de quines ABVDs concretes han de ser cobertes per un cuidador d'aquest grup de població dependent.

En el grup de més edat, hi ha un augment del nombre d'ABVDs afectades.

En la figura 54 presentem les prevalències d'independència de les diferents ABVDs valorades per l'escala de Barthel per grups d'edat i gènere.

183

Figura 54. Prevalença de la independència en cada ABVD per grups d'edat i gènere.



Comparació de les ABVD per gènere:

En les figura 55 s'analitzen les ABVDs en funció del gènere. Entre els homes, totes les ABVDs empitjoren amb l'edat, però les que fan referència a

RESULTATS

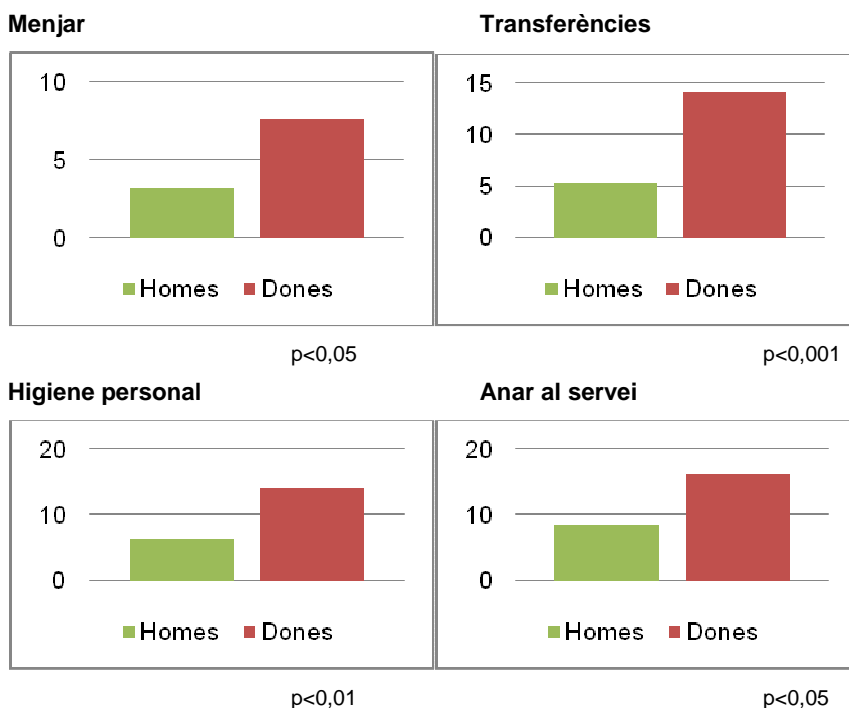
la mobilitat, fer transferències ($p < 0,01$), pujar i baixar escales ($p < 0,001$) i caminar ($p < 0,001$) empitjoren amb l'envelliment. També el control d'esfínters, control de femta ($p < 0,01$) i control d'orina ($p < 0,05$). Les altres ABVDs no presenten variacions estadísticament significatives.

184

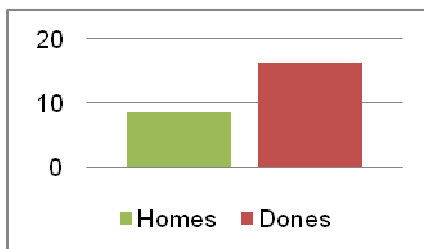
Entre les dones també s'observa que les ABVDs de mobilitat empitjoren amb l'edat, transferències ($p < 0,001$), pujar i baixar escales ($p < 0,001$) i caminar ($p < 0,001$), així com el control d'esfínters, continència de l'orina ($p < 0,01$) i de la femta ($p < 0,05$), i també la higiene personal ($p < 0,001$), anar al servei ($p < 0,001$), banyar-se ($p < 0,001$) i vestir-se ($p < 0,001$).

En totes les ABVDs hi ha una major dependència de les activitats en les dones respecte els homes. Aquestes són significatives en totes excepte en les activitats de pujar escales i vestir-se.

Figura 55. Diferència de gènere en les ABVD.

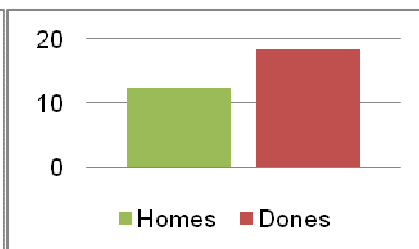


Banyar-se



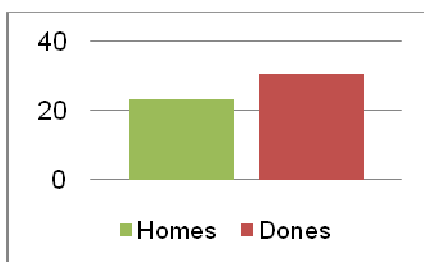
$p < 0,01$

Deambular



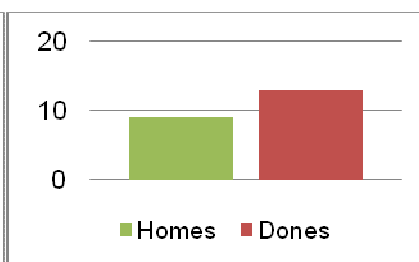
$p < 0,05$

Pujar escales



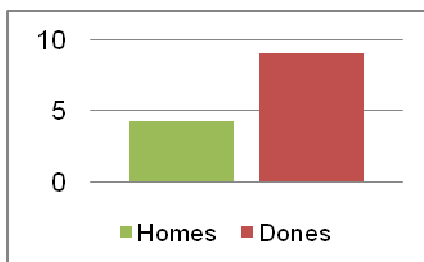
No significatiu

Vestir-se



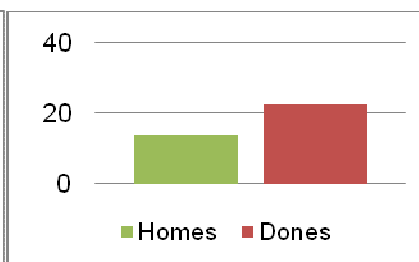
No significatiu

Control femta



$p < 0,05$

Control orina



$p < 0,05$

Nucli de convivència de les persones dependents en les ABVDs.

Hem estudiat el nucli de convivència de les persones amb dependència funcional en les ABVDs. Com era d'esperar, no hem trobat cap persona que visqui sola amb nivells alts de dependència funcional, total, greu o moderada. Però si hem trobat persones amb dependència lleu, un 30,7% de les dones gran de Reus que presenten dependència funcional amb activitats bàsiques viuen soles i fins un 6,5% dels homes.

RESULTATS

No hem trobat homes amb total dependència a domicili. Les dones amb total dependència són cuidades pels seus fills.

Els homes, quan presenten dependència funcional en les activitats bàsiques, són atesos per les seves parelles, però en menys freqüència pels seus fills. Quan la dona és la persona dependent és cuidada per la seva parella però freqüentment també pels seus fills.

186

4.4.2. Dependència en les activitats instrumentals de la vida diària. AIVD.

Hem mesurat la capacitat funcional en les activitats instrumentals amb l'índex de Lawton. La capacitat funcional en les AIVDs ens serveix per mesurar la capacitat que tenen les persones per desenvolupar de forma correcta el dia a dia al seu domicili. També s'ha mostrat com una bona eina per mesurar l'aparició de fragilitat.

L'índex de Lawton està clarament influenciat per motius culturals, hi ha AIVDs que la seva realització habitual és atribuïda al gènere femení com són cuinar, rentar la roba i cuidar la casa. Aquest diferent rol en la practica diària fa que la valoració dels resultats siguin diferents en l'home i la dona. Però la realitat és que si un home no sap cuinar per motiu cultural, no presenta una dependència per aquesta AIVD i en aquest cas requerirà ajuda d'una tercera persona. Per tan, els resultats els donem de les dues maneres, en la taula 65 sense la correcció de l'índex per gènere comentades en el apartat 1.4.2.2, i en la taula 66 amb la correcció.

Segons el resultats de l'índex de Lawton, el 60,2% (55,7-64,7) de la població gran de Reus és dependent en les AIVDs. Es confirma, i com era d'esperar, a més edat més dependència en les AIVDs, així com una millor

situació en les dones que en els homes (a més puntuació, més independència) com es demostra a la taula 66.

En el grup d'edat de 65 anys i més el 41,7% dels homes i el 70,7% de les dones, presenta independència funcional per les AIVDs (taula 65).

Respecte els homes, un 40,2% presenta dependència lleu, un 11,2% dependència moderada, un 3,7% dependència greu i un 3,2% dependència total.

Respecte les dones, un 14,5% presenten dependència lleu, 3,4% dependència moderada, 1,5% dependència greu i un 9,9% dependència total.

Taula 65. Prevalença de dependència en les AIVDs per grups d'edat i gènere.

	Homes 65-79 anys	Homes ≥80 anys	Dones 65-79 anys	Dones ≥80 anys
Dependència lleu	36,5% (28,2-44,8)*	48,2% (35,4-61,0)	14,5% (7,5-21,5)	14,6% (9,2-20,0)
Dependència moderada	7,1% (2,7-11,5)	19,6% (9,5-29,7)	1,8% (0-4,5)	6,1% (2,5-9,7)
Dependència greu	2,4% (0-5,1)	7,1% (0,5-13,7)	1,8% (0-4,5)	1,3% (0-3,0)
Dependència total	1,6% (0-3,5)	7,1% (0,5-13,7)	3,6% (0-7,3)	20,7% (14,6-26,8)
Significació per grup d'edat (p).	0,001		0,001	
Significació per gènere (p).	0,001			

* (-) Interval de confiança al 95% (límit inferior-límit superior).

Els resultats de l'índex de Lawton amb les correccions segons gènere mostren que la independència funcional per les AIVD en l'home seria de 88,8%. En aquest cas, seria inclús superior a la de les dones (taula 66).

RESULTATS

Taula 66. Percentatge de població gran amb diferents nivells de dependència en les AIVD per grups d'edat i gènere. Corregit per gènere.

	Homes 65-79 anys	Homes >80 anys	Dones 65-79 anys	Dones >80 anys
Dependència lleu	2,4%	7,1%	1,8% (0-4,5)	6,1% (2,5-9,7)
Dependència moderada	2,4%	7,1%	1,8% (0-4,5)	1,3% (0-3,0)
Dependència greu	0%	0%	3,6% (0-7,3)	20,7% (14,6-26,8)
Dependència total	1,6%	7,1%	14,5% (7,5-21,5)	14,6% (9,2-20,0)

* (-) Interval de confiança al 95% (límit inferior-límit superior).

És important saber quina capacitat per realitzar les AIVDs tenen les persones que viuen soles per conèixer si realment tenen la capacitat funcional suficient per a fer-ho. El 41% del homes i el 35% de les dones d'edat avançada que viuen sols, són totalment independents en les AIVDs. Per tant, el 58,3% dels homes i el 60,8% de les dones tenen una dependència moderada. Tan sols el 3,8% de les dones tenen una dependència funcional greu en les activitats instrumentals.

La taula 67 mostra la prevalença de dependència de cada una de les AIVDs. Les activitats instrumentals més conservades són: un 91,4% la utilització del telèfon, la responsabilitat dels medicaments 91,3% i un 82% l'ús del transport. En canvi l'AIVD més afectada és amb un 49,3% el cuidar la casa.

Les AIVDs que presenten major deteriorament són:

Cuidar la casa: és una dificultat important pel 50,7% de la població gran.

Rentar la roba: un 28% de la població gran és incapaç de fer-ho.

Preparar el menjar: un 20% de la població gran necessita que li preparin.

Anar de compres: un 34,7% de la població gran no pot fer-ho, ni amb ajuda.

Utilitzar el telèfon: un 8,6% no pot utilitzar-lo.

Aquestes mancances han de donar idea dels recursos socio-sanitaris necessaris per atendre aquest grup de població.

Taula 67. Alteració de les diferents AIVDs en el total de la població i els seus nivells de dependència.

	Activitat	Freqüència
Cuidar la casa:	Ho fa tot menys el treball pesat	19,8%
	Les tasques lleugeres únicament	20,2%
	Necessita ajuda per totes les tasques	6%
	Incapaç de fer res	4,7%
	Dependència global	50,7%
		(46,1-55,3)*
Rentar la roba:	Només renta petites peces	9,8%
	Es incapaç de rentar	18,2%
	Dependència global	28%
		(23,9-32,1)
Preparar el menjar:	Prepara si li donen els ingredients	8,2%
	Prepara plats precuinats	6,9%
	Tenen que donar-li el menjar fet	10,9%
	Dependència global	20,0%
		(16,3-23,7)
Anar de compres:	Sol fa petites compres	15,8%
	Tenen que acompanyar-lo	8,9%
	Es incapaç d'anar de compres	10%
	Dependència global	34,7%
		(30,3-39,1)
Utilitzar el telèfon:	Únicament per a llocs molt familiars	2,4%
	Pot contestar però no trucar	2,2%
	Incapaç d'utilitzar-lo	4%
	Dependència global	8,6%
		(6,0-11,2)
Ús del transport:	Sol en taxi, no en autobús	2,4%
	Necessita acompanyament	10,9%
	Incapaç d'utilitzar-lo	4,7%
	Dependència global	18,0%
		(14,5-21,5)
Maneig dels diners:	Sol maneja comptes senzilles	20,7%
	Incapaç d'utilitzar diners	6,4%
	Dependència global	27,1%
		(23,0-31,2)
Responsable dels medicaments:	Els hi ha de preparar	6,9%
	Incapaç de fer-ho per si sol	1,8%
	Dependència global	8,7%
		(6,1-11,3)

* (-) Interval de confiança al 95% (límit inferior-límit superior).

RESULTATS

4.5. Qualitat de vida.

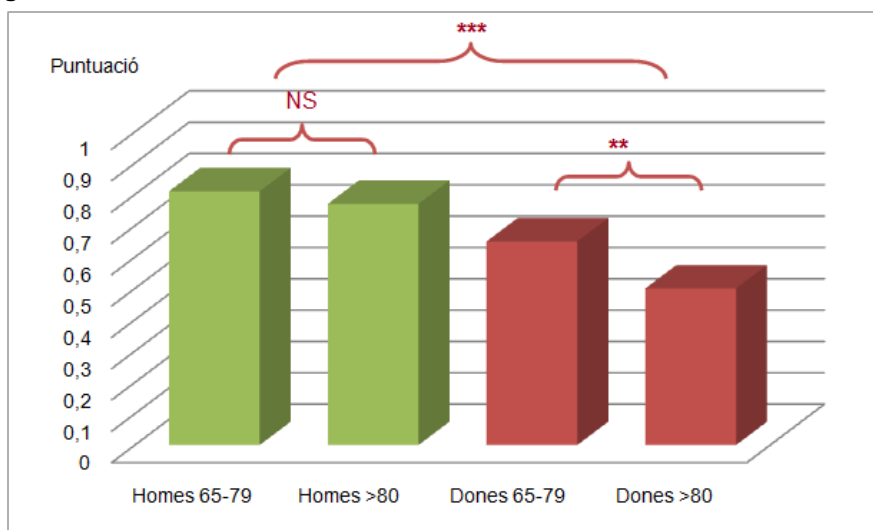
Hem valorat la qualitat de vida relacionada amb la salut amb el EuroQol-5D (EQ-5d) amb l'objectiu de tenir una valoració global de la gent gran.

190

Els homes presenten millor qualitat de vida que les dones (figura 56). El grup d'edat d'homes de 65 a 79 anys presenten una millor qualitat de vida que el grup de dones ($p < 0,01$) de la mateixa edat. Aquesta diferència es fa més evident si comparem els homes i les dones de més edat ($p < 0,001$).

Comparant els homes entre ells no objectivem diferències significatives, en canvi, sí existeixen entre els dos grups de dones ($p < 0,01$). Torna a ser el grup de dones més grans, el que presenta una pitjor qualitat de vida relacionada amb la salut.

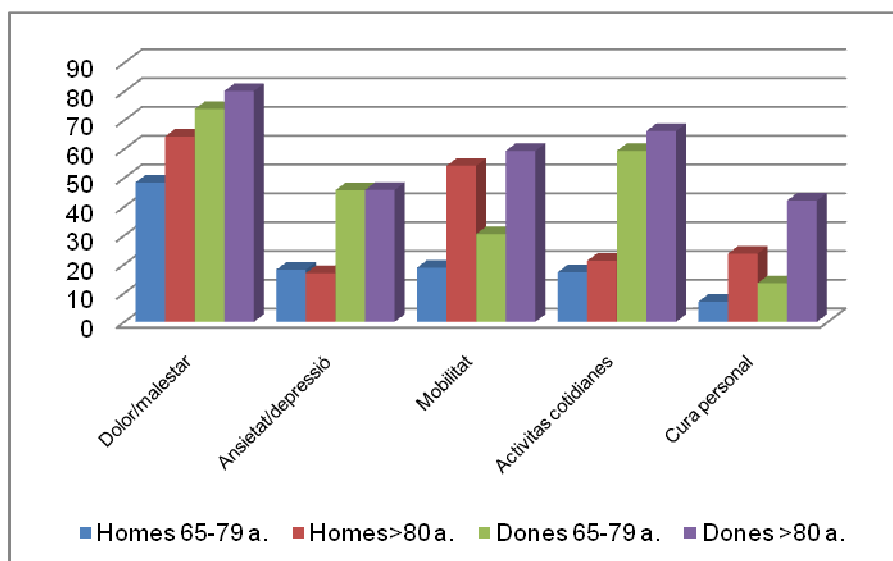
Figura 56. Qualitat de vida estimada per l'EuroQol-5D per grups de d'edat i gènere.



** $p < 0,01$ ***, $p < 0,001$, NS: no significatiu

En la figura 57 es valora la qualitat de vida relacionada amb la salut per grups d'edat i gènere en les diferents dimensions alterades. S'objectiva que en el grup d'homes de 65-79 anys, la dimensió alterada principalment és el dolor/malestar. En els homes de 80 anys i més, el dolor/malestar, la mobilitat i l'alteració de les activitats quotidianes són les dimensions més alterades.

Figura 57. Dimensions de l'Euroqol-5D i nivells de dificultat 2 o 3, per grups d'edat i gènere.



En les dones de 65 a 79 anys predominen l'alteració de les dimensions de dolor/malestar i ansietat/depressió. En les dones de 80 anys i més es veuen afectades les cinc dimensions.

S'observa que hi ha dimensions que es relacionen clarament amb l'augment de l'edat, com la mobilitat i les cures personals, en canvi hi ha altres que es relacionen amb el gènere com són l'ansietat/depressió i les activitats quotidianes.

RESULTATS

S'objectiva que la dimensió dolor/malestar està directament relacionat amb l'edat i amb el gènere. Per edat, en els homes presenten diferències significatives ($p < 0,01$), no així en les dones ($p < 0,5$). El dolor/malestar és significativament més prevalent en les dones ($p < 0,001$) (figura 57).

192

Revisant les diferents dimensions observem:

L'ansietat/depressió no mostra diferències significatives entre els grups d'edat i en canvi si es trobem entre els homes i dones ($p < 0,001$).

La dimensió mobilitat està relacionada amb l'edat tan comparant els grups de homes com el de dones ($p < 0,001$). No així si comparem els gèneres.

En relació a les activitats quotidianes, també hi ha una relació evident amb l'edat i el gènere.

Per grups d'edat, tan en homes com en dones hi ha diferències significatives ($p < 0,001$). Comparant homes i dones la $p < 0,01$.

En la dimensió que valora la capacitat d'autocura, observem que hi ha un empitjorament amb l'edat (homes $p < 0,004$, dones $p < 0,001$) i amb el gènere ($p < 0,01$).

4.6. Anàlisi multivariant de la dependència funcional en les ABVDs.

Per analitzar els factors relacionats amb la dependència funcional en les ABVD en la gent gran s'ha creat un model de regressió logística múltiple.

En aquest model s'han entrat les següents variables:

Variable dependent: Dependència funcional en les ABVDs (valorada pel Barthel) (0,1).

Covariables: El nivell d'estudis i l'analfabetisme, la situació econòmica, els factors de risc cardiovascular, la pluripatologia, la polifarmàcia, la depressió, l'estat nutricional, la pèrdua de pes, l'IMC, les alteracions visuals i auditives, l'ingrés hospitalari a l'últim any, el no tenir a ningú en cas de requerir ajuda, l'estat cognitiu, l'edat i el gènere.

RESULTATS

Taula 68. Factors relacionats amb la presència de dependència en les ABVD.

Variable		B	p	Exp(B)	I.C.95% per EXP(B)	
					Inferior	Superior
Nivell d'estudis	Analf-Pri (0,1)	-0,409	0,386	0,665	0,264	1,673
	Analf-Sup (0,1)	-0,878	0,270	0,416	0,087	1,976
Situació econòmica	Baixa-mitjan (0,1)	-0,389	0,259	0,678	0,345	1,332
	Baixa- alta (0,1)	-0,619	0,220	0,539	0,201	1,446
Pluripatologia (no,si)		0,452	0,025	1,572	1,059	2,333
Factors de risc cardiovascular (no,si)		0,001	0,997	1,001	0,628	1,595
Estat cognitiu (puntuació)		1,190	0,000	3,286	1,683	6,419
Estat d'ànim	No depressió-moderada (0,1)	0,335	0,352	1,399	0,690	2,833
	No depressió-establerta (0,1)	0,591	0,370	1,806	0,497	6,566
Risc nutricional	Estat nutricional bo-risc mig (0,1)	0,423	0,277	1,526	0,712	3,271
	Estat nutricional bo-alt risc (0,1)	1,656	0,000	5,238	2,234	12,285
Pèrdua de pes (no, sí)		0,007	0,884	1,007	0,914	1,111
IMC (Kg/m ²)		0,027	0,421	1,028	0,962	1,098
Polifarmàcia (no,si)		0,053	0,877	1,054	0,539	2,063
Més de 3 caigudes el darrer any (no,sí)		0,186	0,703	1,204	0,462	3,136
Alt visuals (no,sí)		-0,150	0,640	0,860	0,458	1,616
Alt auditives (no,sí)		0,691	0,034	1,995	1,053	3,779
Ingrés hospitalari l'últim any. (no,sí)		0,512	0,130	1,668	0,859	3,238
Edat (anys)		0,115	0,000	1,122	1,075	1,172
Gènere (home, dona)		-0,012	0,971	0,988	0,517	1,889

Analf-Pri: Analfabet- Estudis primaris; Analf-Sup: Analfabet- Estudis superiors.

$$X^2_{447} = 1^{3,0,79} - R^2_c = 45,3. \quad p < 0,001$$

En la taula 68 s'observa que segons el model proposat, la pluripatologia ha resultat un factor de risc que incrementa la dependència funcional en un 57% ($\text{Exp}(B) = 1,572$).

Igualment el deteriorament cognitiu, que l'incrementa en un 329% ($\text{Exp}(B) = 3,286$).

També s'ha mostrat un factor independent la situació de risc de desnutrició elevada, incrementant la dependència en les ABVDs per cinc vegades més respecte al bon estat nutricional ($\text{Exp}(B) = 5,238$).

La presència d'alteracions auditives en la persona gran incrementa el risc de dependència quasi al doble respecte de no tenir aquesta limitació.

L'edat s'ha mostrat com a factor de risc de presentar dependència funcional. Per a any més s'incrementa un 12,2% la probabilitat de tenir dependència.

És de destacar que el gènere no s'ha mostrat com a factor de risc de la dependència. Ni tampoc la situació econòmica ni el nivell d'estudis. L'estat de depressió, així com diferents síndromes geriàtriques, (les caigudes, la polifarmàcia), la pèrdua de pes o l'alteració visual que afecta la vida de relació tampoc no s'han mostrat com factors de risc associats a la dependència funcional a la nostra població gran que viu a la seva llar (taula 68).

RESULTATS

4.7. Anàlisi multivariant de la qualitat de vida.

Per analitzar els factors relacionats amb la qualitat de vida en la gent gran s'ha creat un model de regressió lineal múltiple.

196

En aquest model s'han entrat les següents variables:

Variable dependent: Qualitat de vida valorada per l' euroqol-5D en valors quantitatius, que oscil·len entre - 0,51 i +1, amb valor mitjà de 0,68 i desviació estàndard de 0,016.

Covariables: El nivell d'estudis i l'analfabetisme, la situació econòmica, els factors de risc cardiovascular, la pluripatologia, la polifarmàcia, la depressió, la situació nutricional, la pèrdua de pes, l'IMC, alteracions visuals i auditives, el no tenir a ningú en cas de requerir ajuda, l'ingrés hospitalari l'últim any, la dependència funcional, l'estat cognitiu, l'edat i el gènere.

Taula 69. Factors relacionats amb la puntuació de la qualitat de vida.

Variable	B	t	p	I.C.95%		
				Inferior	Superior	
Nivell d'estudis	Analf-Pri (0,1)	0,071	1,650	0,100	-0,014	0,155
	Analf-Sup (0,1)	0,140	2,211	0,028	0,016	0,264
Situació econòmica	Baixa-mitjan (0,1)	0,037	1,344	0,180	-0,017	0,092
	Baixa-alta (0,1)	0,036	0,772	0,441	-0,055	0,127
Pluripatologia (si,no)	-0,066	-3,629	0,000	-0,101	-0,030	
Factors de risc cardiovascular (si,no)	0,009	0,442	0,659	-0,031	0,049	
Estat cognitiu (puntuació)	-0,060	-1,669	0,096	-0,130	0,011	
Estat d'ànim	No depressió-moderada (0,1)	-0,110	-3,187	0,002	-0,178	-0,042
	No depressió-establerta (0,1)	-0,144	-2,296	0,022	-0,268	-0,021
Risc nutricional	Estat nutricional bo-risc mig (0,1)	-0,011	-0,371	0,711	-0,072	0,049
	Estat nutricional bo-alt risc (0,1)	-0,094	-2,368	0,018	-0,171	-0,016
Dependència funcional (0,1)	-0,202	-5,651	0,000	-0,273	-0,132	
Polifarmàcia (si,no)	-0,096	-3,130	0,002	-0,156	-0,036	
Més de tres caigudes l'últim any (si,no)	0,007	0,164	0,870	-0,078	0,092	
Alt visuals (si,no)	-0,049	-1,728	0,085	-0,106	0,007	
Alt auditives (si,no)	-0,006	-0,208	0,835	-0,064	0,051	
Ingrés hospital l'últim any (si,no)	-0,067	-2,165	0,031	-0,127	-0,006	
Edat (anys)	0,001	0,302	0,763	-0,003	0,004	
Gènere (home,dona)	-0,144	-5,432	0,000	-0,196	-0,092	

Analf-Pri: Analfabet- Estudis primaris; Analf-Sup: Analfabet- Estudis superiors.

$R_c=41,9$ $F_{436}^{19}=17,56$ $p<0,001$

RESULTATS

En la taula 69 s'observa els factors de risc independents que alteren la qualitat de vida.

La qualitat de vida empitjora entre la població analfabeta *versus* nivell d'estudis superiors, amb la presència de pluripatologia, la depressió, el risc nutricional elevat, la dependència funcional, la polifarmàcia, l'ingrés hospitalari i el gènere (homes).

Cal destacar que l'edat no influeix en el deteriorament de la qualitat de vida.

4.8. Recursos socials i socio-sanitaris de la ciutat.

A l'any 2005, Reus disposava de 461 places de residència per a gent gran, 159 places de centre de dia, 194 places socio-sanitàries (70 de mitja estada i 122 de llarga estada) i 40 d'hospital de dia (taula 70).

Taula 70. Recursos socials i socio-sanitaris de Reus. Actualitzada a 2005.

Places	Residència n	Centre de dia n	Socionanitàries Públiques/privades n	Hospital de dia n
Casa Misericòrdia ICASS	24			
Itaca	64	16		
Itaca- Fortuny	64	7		
Itaca- Fortuny	46			
CSS Ciutat de Reus FIEIDE	22		52 /33	20
Residència d'Avis Nuri Res. Ger. Caliu- 1 Res. Ger. Caliu-2	11 13 18			
Res. Monterols			100/5	20
Res. San Jaime	25			
Res Verge de Lourdes CSS- Hospital Sant Joan C. de dia Els àngels C. de dia Mas Carpa C. de dia La Ilar	74		42	
C. de dia Reus Centre Nova Reus (2005)		25 16 30 30		
Totals	461	159	194/38/232	40

Font: Observatori de la Gent Gran de Reus, 2005.

RESULTATS

Taula 71. Dades sobre recursos socials i sociosanitaris i socials referents a Reus segons dades de l'Idescat.

Any/ Núm. places	Residència			Total	Centres de dia
	Iniciativa pública	Iniciativa social	Iniciativa mercantil		
2004	142	22	258	422	136

Font: Idescat, 2004.

Les diferències entre els nostres resultats respecte les dades publicades sobre Reus a Idescat de 2004 (taula 71 i 72) es deuen a que durant el 2005, es van incorporar 52 places de residència privada i 25 de centre de dia.

Taula 72. Ràtios dels diferents recursos.

Residència	Centre de dia	Sociosanitàries	Hospital de dia
461 places	159	232	40
R:3,07%	R:1,06%	R:1,54%	R:2,66%

Taula 73. Ràtios dels diferents recursos.

Teleassistència	SAD	Menjar a domicili	Menjadors per la gent gran
154 usuaris	312 usuaris	66 usuaris	120 places
R:1,02%	R:2,08%	R:0,44%	R:0,8%

Ràtio: núm. de places d'un recurs/ població \geq 65 anys %.

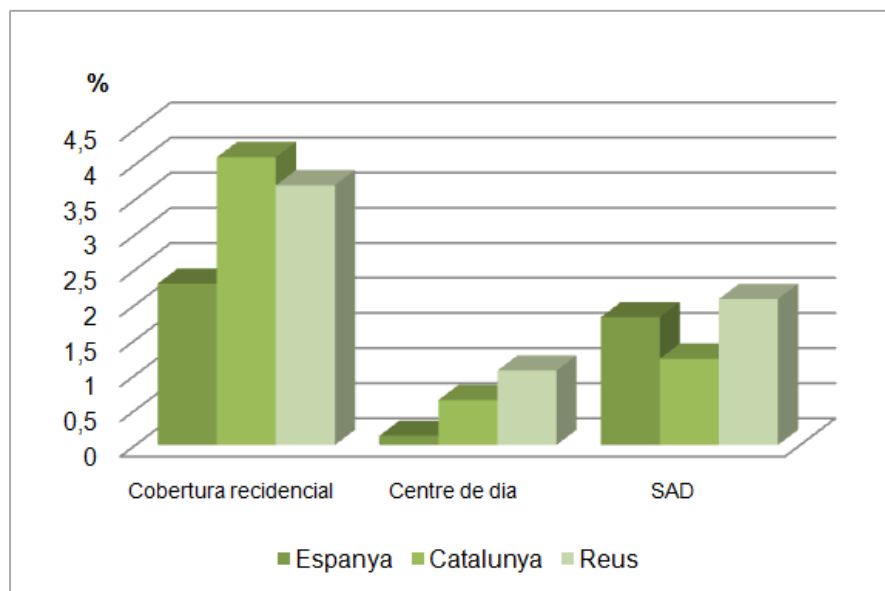
En les taules 70, 72 i 73, es poden observar els ràtios dels diferents serveis d'assistència a la població gran de Reus.

El ràtio de places residencials de Reus és inferior al de Catalunya, però s'ha de comentar que poblacions molt properes, a la mateixa comarca del Baix

Camp, tenen centres residencials que acullen persones d'edat avançada de la ciutat (figura 58).

En referència al ràtio de SAD, cal matisar que el terme és molt ampli i que pot abastar diferents serveis que no estan especificats en aquest càlcul. Aquest fet pot explicar les importants diferències respecte Europa.

Figura 58. Comparació del ràtio dels recursos socials.



SAD: Servei d'ajuda a domicili.

Necessitat subjectiva de requeriments de serveis socials i socisànitaris.

Per ordre de preferència, els serveis més desitjats són: el SAD i el voluntariat, i després el centre de dia.

Tan sols un 2,7% voldrien l'accés a una plaça residencial.

RESULTATS

Altres serveis ambulatoris serien la teleassistència, el menjar a domicili o la bugaderia (taula 74).

Taula 74. Necessitat subjectiva de recursos.

202

Serveis assistencials	La persona creu que necessita tipus de servei
Voluntariat	8%
SAD	7,1%
Centre de dia	2,2%/1,8% (transport), Total 3%
Residència	2,7%
Menjar a domicili	1,1%
Teleassistència	1,1%
Bugaderia	0,4%

5. DISCUSSIÓ.

5.1. Discussió dels mètodes.

La realització d'un anàlisi sociodemogràfic, de les condicions de salut i dependència funcional i de qualitat de vida d'una població és totalment pertinent, donada la conjuntura actual i els canvis poblacionals de futur en el món occidental. Com conseqüència de la revolució industrial i agrícola, de l'absència de guerres des de mitjans del segle passat i la universalització de l'assistència mèdica, apareix la longevitat. En els propers anys, la població de 80 anys i més augmentarà fins arribar al 10% de la població total cap l'any 2050.

La valoració de la situació sociofamiliar, de l'estat de salut i de la dependència funcional de la gent gran, ens ha de permetre tenir un punt de partida per realitzar propostes d'actuació per a millorar la qualitat de vida i donar resposta a les necessitats reals de la població de més de 65 anys del nucli urbà estudiat. Pot ser referència per comparar i avaluar futures propostes o actuacions dels serveis socials i sanitaris de la ciutat.

En el desenvolupament del present treball hem trobat diferents dificultats.

Limitacions:

La primera limitació que caldria comentar és les fonts de les dades demogràfiques. Per conèixer el nombre de persones que viuen a Reus, es disposa de les dades proporcionades a l'Idescat i del cens de l'ajuntament de Reus. Aquestes dades varien segons la font per un mateix any. La població de 65 anys i més de Reus, segons el cens de l'ajuntament és de 14.348 persones, i segons les dades d'Idescat és de 14.711 persones. Això,

DISCUSSIÓ

— genera una incertesa que pot donar lloc a una certa imprecisió alhora de exposar les dades. Quan en realitat, és el contrari, la finalitat és obtenir el màxim d'informació per fer una descripció el més acurada possible.

La mostra significativa de la població de Reus i les dades de l'enquesta s'han extret del cens de l'ajuntament de Reus.

Per fer el càlcul dels principals índexs demogràfics que fan referència a la població d'edat avançada, hem optat per utilitzar les dades d'Idescat, per què són de més fàcil accés per a altres grups d'investigadors, que puguin treballar en camps similars i que precisin comparar dades.

Finalment, les dades comuns aportades per l'enquesta i les derivades de l'Idescat coincideixen. Per exemple, el nombre de llars unipersonals de la població de 65 anys i més és de 3.016 persones segons les dades de l'enquesta i de 3.007 persones segons les dades que consten a l'Idescat pel mateix any del nostre estudi.

Una segona limitació de l'estudi ha estat l'elecció de l'edat de referència. Per dissenyar l'estudi vàrem fer una estratificació de la població segons l'edat i el gènere per poder fer comparacions entre grups.

L'estratificació per gènere no presenta cap dubte. Les dades dels estudis de població d'edat avançada descriuen les diferències en relació al gènere tan a nivell sociofamiliars, de salut i de dependència funcional.

L'estratificació per edat ens sembla important per poder objectivar que el grup d'edat més avançada reflecteix una situació social més precària, un pitjor estat de salut, una major dependència funcional i una davallada en la seva qualitat de vida i que per tant requeriran una major atenció sanitària i recursos socials. Però també per poder establir comparacions que ens permetin fer inferències de quins factors són més determinants en el

desenvolupament d'aquesta evolució. Aquesta estratificació per l'edat és complexa, donat que ens basem en dimensions cronològiques. Habitualment es pren com referència d'inici de la vellesa els 65 anys d'edat, dada arbitrària i artificial que correspon a l'edat de jubilació tradicional en els països desenvolupats. La població d'edat avançada és heterogènia respecte el seu estat de salut i capacitat funcional. Distingim en la pràctica diària diferents tipologies: el vell sa, el vell fràgil, el vell dependent i el vell malalt⁷. Cadascuna d'aquestes tipologies requereixen unes atencions sanitàries i social ben diferenciades, des de mesures preventives, rehabilitadores o de confort. Aquestes tipologies poden tenir una correlació amb l'edat cronològica de la persona però s'aproximen més al concepte d'edat funcional o inclús edat biològica que seria més raonable alhora de fer els estudis sobre l'envelliment. L'envelliment usual s'inicia cap al 70 anys d'edat, que coincideix amb els anys de vida que una persona té possibilitats de viure sense discapacitat.

Revisant la literatura dels estudis sobre poblacions de gent gran trobem que la majoria recullen com l'edat d'inici de la vellesa els 65 anys, però hi ha altres que marquen els 50, els 60⁶⁸, els 65^{63,64,65,66,67 i 69}, els 70¹⁰¹ i els 74⁷¹ o inclús els 75⁷² anys com inici de referència (veure estudis sobre dependència en poblacions d'edat avançada).

La decisió d'escollir l'edat de d'estratificació també requereix una altra consideració. L'edat de 85 anys, té una vessant més científica definitòria de l'inici de l'envelliment de l'envelliment. Els 80 anys és una dada administrativa que s'utilitza habitualment a nivell dels serveis socials i administratius. El nostre estudi estava emmarcat en "l'Observatori de la gent Gran de Reus". També hi ha autors que refereixen els 80 anys com inici de la fragilitat²¹⁰. Nosaltres vàrem escollir l'edat dels 80 anys, ja que era la mateixa que utilitzàvem en l'Observatori.

DISCUSSIÓ

206

Una tercera limitació és el diferent comportament entre home i dona respecte l'aparició de la dependència funcional. Encara que l'esperança de vida lliure de discapacitat és molt semblant, de 67 per a l'home i de 70 anys per a la dona, en els casos d'incapacitat severa, les dones sobreviuen més que els homes. Aquestes diferències podrien ser contemplades alhora de fer les diferents estratificacions segons l'edat i gènere.

En el diferent comportament en l'evolució de la dependència entre homes i dones influeixen diversos factors, entre ells els culturals. Pot existir una menor detecció precoç de discapacitats en les dones lligada a diferències en les expectatives socials per a cada gènere. També la causa pot ser socioeconòmica, és major l'exposició dels homes als riscos generadors de discapacitat en la joventut i en les primeres etapes de la vida adulta. I per últim pot ser per factors biològics, hi ha un major índex de supervivència entre les dones i una major propensió a determinats riscos biològics en les dones més grans.

Les diferències observades en la prevalença de les situacions de discapacitat entre homes i dones confirmen que el gènere és una variable extremadament important en el estudi de la discapacitat. Es necessari que els estudis, tant estadístics com epidemiològics incorporin la perspectiva de gènere, i que s'avanci en el plantejament i la contrastació d'hipòtesis explicatives de les diferències associades al gènere en la prevalença de les discapacitats. Per exemple podria ser una estratificació pels homes de 60 a 75 anys i per les dones de 65 a 80 anys. En canvi en edats més extremes, per sobre de 85 anys, les condicions entre home i dona s'igualen.

Una quarta limitació és la manca d'uniformitat alhora d'utilitzar sistemes de valoració dels problemes de les persones grans. Quan es revisa la literatura, les eines de mesura per avaluar la situació de salut, dependència funcional i qualitat de vida del grup de persones d'edat avançada d'una població presenten una gran diversitat que no permet fer comparacions senzilles.

Destaquem els següents aspectes:

En els diferents estudis de dependència sobre les enquestes de salut realitzades a nivell nacional EDDES⁵⁸ i/o ENS⁵⁹, el nombre d'AVDs considerades per estimar la població més gran dependent és menor al nombre total d'AVDs que contempla l'enquesta utilitzada. Per exemple, l'estimació realitzada per l'Institut Català d'Envelliment⁵⁶ (FICE-Edad & Vida 2005) considera 11 de les 13 AVDs que contempla la EDDES-99⁵⁸ i el Llibre Blanc⁵⁷ (2005) en considera 9 AVDs.

Els graus o nivells de dependència no són uniformes en les diferents estudis (en general es distingeixen tres nivells de dependència). Els resultats finals obtinguts es refereixen al nombre de persones grans dependents, per graus de severitat que no són comparables.

Els resultats depenen de la metodologia que cada investigador ha adoptat. Per exemple, Morán²¹¹ (1999) va estimar que la dependència de les persones grans no institucionalitzades era d'un 34,5%. Abellán i Puga⁵¹ (2002) estimen la dependència en un 26,0% (considerant 6 activitats bàsiques i 5 instrumentals). En aquest context, resulta particularment difícil realitzar comparacions.

Els diferents estudis de càlcul de la dependència funcional d'una població utilitzen mètodes diversos comentats en apartats anteriors.

Un primer mètode utilitzat pels investigadors és utilitzar qüestionaris globals com "The OARS-MFAQ"¹⁸⁰. Han utilitzat aquest qüestionari "la encuesta de salud OARS-Vigo"⁶⁷, "el estudio transversal de Córdoba"⁶⁸ o la "Dependencia y necesidades de servicios en personas mayores socialmente activas en Zaragoza capital"⁶⁹.

DISCUSSIÓ

Un segon mètode és definir un nombre determinat d'AVDs i la seva categoria: bàsiques i instrumentals, i determinar el grau de dependència funcional de cadascuna d'aquestes, com per exemple, els Criteris de Manton⁸⁰ (11 activitats: 6 Bàsiques i 5 instrumentals). Estudis que utilitzen aquest mètode són: “Envejecer en Leganés”, l'estudi de de Mostoles⁶⁶, també és el sistema aplicat per alguns autors per a analitzar les diferents enquestes de salut d'àmbit estatal: EDDES-1999⁵⁸, i recentment l'EQVC⁶⁴ (5 ABVD i 8 AIVD). De nou, tant l'interval de les categories, de les activitats, com el nombre d'aquestes i els graus de dependència varien d'unes investigacions a altres.

Un tercer mètode d'avaluació de la dependència funcional és utilitzar escales validades, però sovint no s'utilitzen les mateixes escales. Aquest mètode l'utilitza Gutiérrez et al⁷¹ a Gozon (Barthel i Lawton) o Rodríguez et al⁷² en la zona rural de Budia (Barthel).

Una quarta metodologia és aconseguir unes categories definides pels diferents graus de severitat de la dependència de les persones. Un exemple seria les categories que s'estableixen en la recent “Llei de la dependència”.

Nosaltres vam decidir seguir el tercer mètode, utilitzar escales validades que ens permetés fer categories segons els resultats dels tests emprats. De manera que es poden fer comparacions entre els diferents grups estratificats per edat i gènere. Aquest mètode pot permetre utilitzar diferents variables categoritzades per realitzar anàlisis de relacions de causalitat.

Hem analitzat i escollit per a cadascuna de les variables de salut, l'escala validada segons criteris de sensibilitat i especificitat per a detectar el problema, la seva senzillesa d'aplicació i la nostra experiència en la seva utilització.

Cal comentar que l'escala de Qualitat de vida específica per a la gent gran WHOQOL-ODL⁶⁴, no s'ha utilitzat pel fet de que s'estava validant per la "Fundació Viure i Conviure", en el moment que realitzàvem el nostre estudi.

Una quarta limitació és l'exclusió de les persones institucionalitzades en els estudis poblacionals de la dependència. En la majoria de les estimacions realitzades, la delimitació de la població més gran dependent inclou tant població que viu en el seu domicili com població ingressada en centres residencials. La primera es calcula a partir de l'enquesta utilitzada i la segona a partir de les dades oficials de places residencials. Només dos estudis fan referència a la població dependent que viu exclusivament al domicili com els estudis de Morán²¹¹ (1999) i Jiménez²¹² (2003).

En aquest moment, es calcula que la població que viu en una residència és un 5% de la població de 65 anys i més, segons la Fundació Institut Català de l'envelliment⁵⁶ i també segons Manton et al⁸⁰. En concret, aquesta població institucionalitzada té les prevalences més altes de malalties, síndromes geriàtriques i en definitiva, més grau de dependència funcional. A Reus, unes 422 persones estan institucionalitzades.

En conjunt, l'enquesta realitzada en el present treball, és complerta, acurada i dissenyada amb el consens de tots els professionals involucrats (metge expert en geriatría, epidemiòleg i treball social), però sempre es susceptible de ser millorada en determinats punts:

Es podrien haver afegit la determinació d'altres factors de risc cardiovasculars, com per exemple el consum del tabac, la hipercolesterolèmia i la realització d'exercici físic habitual.

La fragilitat tal com l'entendem actualment, no es valorada de forma correcta pel qüestionari de Barber¹⁷³. El qüestionari presenta una important manca d'especificitat alhora de detectar el vell fràgil. Per tant, seria convenien

DISCUSSIÓ

introduir en l'estudi els criteris per diagnosticar la fragilitat segons el fenotip proposat per Fried⁹⁹. Malgrat tot, pensem de la conveniència de mantenir el qüestionari de Barber perquè conté preguntes importants en la valoració de la població gran.

Un altre aspecte a valorar serien els òrgans dels sentits mitjançant tècniques de cribatge senzills.

210

I per últim fer referència a l'escala de qualitat de vida que hem utilitzat, comentar que mantenir el EQ-5D és convenien per tenir una referència en el futur però es podria contemplar d'afegir el WHOQOL-ODL⁶⁴.

La verificació i concreció de moltes de les dades obtingudes pot confirmar aquesta enquesta com un bon instrument per mesurar la situació sociofamiliar, de salut, dependència funcional i qualitat de vida de les persones d'edat avançada. Si a la nostra enquesta es detecten imprecisions s'haurà de fer modificacions de les qüestions que s'estimin oportunes.

El percentatge de participació de l'enquesta ha sigut del 76,6% semblants a altres estudis com el 80% de l'estudi "Envejecer en Leganés", el 88% de l'ANCO o el 66,8% de l'estudi de Qualitat de vida de Azpiazu et al²¹³ fet a Madrid.

5.2. Discussió dels resultats.

Segons les previsions de l'augment de l'esperança de vida i dels canvis demogràfics, fins el 2050, la població de més edat, no augmentarà massa, però si canviarà molt. Es produirà un fort sobreenvelliment de la població de gent gran, amb independència de quin sigui el comportament de la mortalitat en els darrers anys.

Aquesta evolució demogràfica cap a la longevitat, també porta com conseqüència la dependència funcional i aquest fet té efectes socials i sanitaris. Per a les persones grans, mantenir la capacitat per realitzar les AVDs és un punt clau per continuar residint en els seus domicilis i seguir com un element actiu en la comunitat. La incapacitat es produeix quan existeix un buit entre la capacitat personal per desenvolupar determinades activitats i la cobertura de la societat en la que es viu.

Les dades de població de Reus.

Al llarg dels últims 25 anys la població de Reus ha anat creixent fins comptar a l'any 2004 amb 96.642 persones censades. El grup de població de 65 anys i més, representa un 15,2% (14.711 persones) del total de la població, amb un predomini de les dones (58%) respecte els homes (41,8%). Aquest envelliment no és homogeni, hi ha barris molt envellits com els districtes 1, 2 i 3 que tenen una proporció de gent gran d'un 22%, molt per sobre de la mitjana (15,2%) i corresponen als barris més antics.

L'Índex d'envelliment ha anat creixent en aquests darrers 25 anys de forma més pronunciada que el creixement total de la població de Reus, sent actualment de 97% (36,6% en 1981). Tot i això, en els darrers 5 anys s'objectiva un estabilització d'aquest índex, que està en relació directa a l'augment de la immigració i la recuperació de la natalitat. En valors absoluts la població de 65 anys i més segueix creixent. Les previsions faran que es passi de l'actual 15,2% de persones de 65 anys i més a un 19,6% a l'any 2020¹⁷. Si es mantingués la mateixa població estaríem parlant d'unes 19.600 persones de més de 65 any i més.

L'índex de sobreenvelliment (10,9%) s'ha doblat i ha seguit un creixement progressiu, pràcticament lineal, des de 1981 (5,7%) fins l'actualitat.

DISCUSSIÓ

S'objectiva per tant una tendència a l'estabilització de l'evident envelliment però un augment progressiu de l'índex de sobreenvelliment, i per tant s'ha d'esperar més població amb dependència funcional. El nombre de persones de 80 anys i més al 2020 serà del 6% aproximadament, per tant, unes 6.000 persones seran octogenàries o més grans, si es mantingués estable la població a Reus.

212

Les dades aportades objectiven que a Reus la tendència és la mateixa que a la resta d'Espanya. Un augment progressiu de la població de 65 anys i més durant la dècada dels 2000-2010 però més temperat, i un increment pràcticament lineal de la població de 80 anys i més³.

Les característiques de les persones estudiades.

Els resultats de l'estudi s'han comparat amb els diferents estudis d'àmbit estatal, autonòmic i local que s'han anat exposant anteriorment. Malgrat és difícil fer comparacions per que els estudis utilitzen diferents metodologies.

El nivell d'estudis de la població de Reus és similar a la de Catalunya. A Reus l'analfabetisme és del 10%; un 12,6% per a les dones i un 5% per als homes. Comparant les nostres dades amb les enquestes més properes com és l'ESCA-2002⁶³ observem que les dades són similars. Un 12,7% de les dones i 3,9% dels homes de 65 anys i més presenten analfabetisme. En EQVC⁶⁴ tan sols el 6,8% del total dels entrevistats són analfabets. Probablement aquesta diferència amb les nostres dades es deuen a la metodologia alhora de seleccionar la mostra (porta a porta).

El 90% de la població de Reus té estudis primaris (complet o incomplets), el 10% secundaris i el 7% estudis superiors. La distribució d'estudis per grups d'edat i gènere és molt similar a les dades aportades pel "plan gerontològic"^{18 i 118}. A destacar que en les dones s'observa un pitjor nivell d'estudis en el grup de més edat. En canvi, en els homes de més edat,

s'observa un nivell d'estudis millor respecte els més joves. El nivell cultural podria ser un factor, en el cas dels homes, de poder viure més amb un nivell de salut i independència que els permeti restar en el domicili⁵³.

En quan als antecedents laborals hi ha també una clara diferenciació segons gènere sense influència de l'edat:

Respecte la llar, comentar que no acostuma a ser un problema econòmic. La tinença de la llar és en el 77,4% de propietat. A més, no es presenta com una despesa important. A l'EQVC⁶⁴ presenta aquesta situació el 78% de les persones entrevistades. Aquestes dades són similars a Espanya, en el "pla gerontològic"¹¹⁸, el 80,6% de les persones de 65 anys i més són propietaris de la seva llar, en nuclis urbans.

També és una característica comuna amb aquests estudis que las llars estan ben equipades, sent la mancança més important la calefacció. Nosaltres a Reus hem trobat un 40%. Segons l'ESCA-2002⁶³, a Catalunya, el 32,2% de les llars els hi falta calefacció.

Un punt important d'intervenció és que un 8% de la població de Reus te dificultats per sortir de casa seva perquè tenen dificultats per pujar i baixar escales i presenten com barrera arquitectònica d'accés el fet de viure en un pis amb escales i sense ascensor.

La percepció econòmica és bona fins un 95% de la població de la gent gran de Reus. Tan sols un 5% la considera insuficient. A Catalunya segons l'EQVC⁶⁴, el 2,5% de la població entrevistada refereixen tenir recursos insuficients. El grup de població de dones de 80 anys i més, és el que manifesta més precarietat. Com motius d'aquest fet podríem destacar que són les que amb més freqüència viuen soles, tenen nivells inferiors d'estudis i han fet feines no remunerades.

DISCUSSIÓ

El nucli de convivència es distribueix de forma diferent en relació a l'edat i el gènere, fet relacionat directament amb la major esperança de vida de les dones. Aquestes viuen soles en més freqüència que els homes donat el grau més alt de la viduïtat. Quan viuen acompanyats, els homes ho fan amb la parella i les dones amb altres familiars, principalment els fills.

214

Les llars unipersonals representen el 20,5% de la població de Reus. El grup de dones de 80 anys i més torna a ser el grup de població que amb més freqüència viu sola, fins un 34%. Dades semblants aporten altres estudis com l'EQVC⁵⁴, en el què és el 31% de les dones de 65 anys i més que viuen soles.

La tendència en els darrers anys ha sigut la d'incrementar la població de persones d'edat avançada que viuen soles. Al 1998 era d'un 12,6% a Espanya segons "la encuesta de presupuestos familiares"²¹⁴ i al 2001 era de 20,1%. Segons l'ESCA-2002⁶³ el 26,2% de les dones i un 8,9% dels homes viuen sols. Fent una comparació amb les tendències a Europa, les dades d'Eurostat¹⁴ indiquen que el 50% de les dones i el 20% dels homes d'aquestes edats viuen sols. Als països del sud d'Europa, encara estem en percentatges baixos respecte la resta d'Europa. Aquesta situació indica un augment progressiu de la competència de poder viure sol, però també indica que s'han de teixir els suficients recursos socials per fer front a les situacions de crisi que apareixen quan la persona emmalalteix i sorgeix la dependència funcional associada.

Es fa necessari valorar el suport de les persones d'edat avançada, tan de la família, com d'altres persones de l'entorn, veïns i amics. Lògicament, el suport dels fills es fa més necessari quan el progenitor te més anys, en canvi el suport de l'entorn disminueix degut a les pèrdues d'amics i veïns pròpies d'aquestes etapes de la vida. És important conèixer que el 14,4% de la població no te a qui recorre si els hi cal ajuda. Les dones són el grup que presenta més aquesta dificultat sense relació amb l'edat. Comparant amb

l'EQVC⁶⁴, en aquesta situació estarien un 6% de la població. Probablement aquesta diferència està en relació a la diferent selecció de la mostra.

Les activitats de lleure preferides són, com en altres estudis (ESCA-2002⁶³) veure la TV, passejar i escoltar la radio. Destacar que a Reus hi ha un 87,3% de les persones de 65 anys i més que acudeixen al casal d'avis en comparació al 35% a nivell de l'estat espanyol. Les noves tecnologies com l'informàtica, encara no són molt utilitzades (3,6%).

Els aspectes de salut.

Hem trobat que un 20,7% de la població de Reus no institucionalitzada, presenta deteriorament cognitiu segons el qüestionari de Pfeiffer. El grup d'edat de 80 anys i més presenten deteriorament cognitiu fins el 35,4% de les dones i el 25,4% dels homes. En el nostre estudi s'objectiva clarament que la freqüència de deteriorament cognitiu augmenta amb l'edat, de forma més significativa en la dona que en l'home. Comparant els nostres resultats amb altres estudis observem que les dades són semblants. Gutiérrez et al⁷¹ troben un 17,4% en rang de deteriorament cognitiu..

En el nostre estudi, un 9,3% presenten deteriorament cognitiu amb un punt de tall superior a 5 ò més errors (deteriorament moderat i greu). Un 5,9% en els homes i un 11,7% en les dones. A l'EQVC⁶⁴, el percentatge de deteriorament cognitiu és de l'11,1%. Eiroa et al⁶⁷ en el seu estudi de Vigo obtenen un 4,2% en homes i 9,9% en dones.

La freqüència de demència diagnosticada a Catalunya s'estima en un 14-15% del total de la població i per sobre dels 85 anys es situa en un 32,6%¹²⁰
i 121 .

No hem trobat cap persona amb deteriorament cognitiu moderat o greu que visqui sola a casa seva. En canvi, hem trobat un 14,3% dels homes i un

DISCUSSIÓ

24,2% de les dones que viuen soles i presenten deteriorament cognitiu lleu. Es a dir, unes 100 persones de 65 anys i més de Reus que viuen a casa seva, presenten deteriorament cognitiu lleu i haurien de ser revalorades.

216

Cal recordar que el test de Pfeiffer és un sistema de cribatge i no pas diagnòstic. Sabem que l'exploració neuropsicologia de la persona d'edat avançada és més complexa i presenta inferències culturals, sensorials i emocionals.

El deteriorament cognitiu és un factor important en l'aparició de dependència funcional i en l'alteració de la qualitat de vida d'aquest grup de població. Fins el 24,5% de les persones amb deteriorament cognitiu presenten diferents graus de dependència funcional superior a les que no tenen deteriorament cognitiu.

La depressió apareix en el 26% de la població de 65 anys i més, i té un clar predomini femení²¹⁵. Els trastorns d'ànim també augmenten amb l'edat. Altres estudis, com l'EQCV⁵⁴, que també han utilitzat el mateix test, presenten freqüències d'un 20% a un 31,5% de puntuacions en l'interval de depressió lleu o establerta. En l'estudi de Gutiérrez et al⁷¹ fins un 26,3% de les dones de 65 anys i més presenten símptomes depressius. Segons l'estudi EURODEP¹²⁰, la prevalença oscil·la entre un 8,8 i un 23,6%.

Un 45,8% de la població de 65 anys i més presenta un estat nutricional bo, un 34% un risc nutricional moderat i un 20% un risc nutricional alt. Aquest risc augmenta de forma significativa amb l'edat en el grup de les dones, però no en el dels homes. Les puntuacions mitges del NSI són superiors en els homes més joves que en els més grans. Com era d'esperar, el pes corporal mig disminueix en el grup de població de més edat, així com l'alçada mitja. Hi ha un increment de l'alçada en les generacions més joves d'1 cm de promig en els homes i de quasi 5 cm en les dones. Els resultats de l'IMC acaben de confirmar aquesta tendència. Comparant el NSI amb l'IMC no

s'ha observat una correlació en els seus resultats, En canvi sí es correlaciona de forma significativa els resultats del NSI amb la pèrdua de pes recent. Això pot suggerir que l'IMC no és un paràmetre que serveixi alhora de fer cribatge nutricional a la població d'edat avançada.

Les persones amb major risc nutricional presenten major dependència funcional, deteriorament cognitiu i depressió de forma estadísticament significativa.

El grup de dones de 80 anys i més, ha de ser el grup diana en una intervenció per millorar l'estat nutricional de la població d'edat avançada.

Hi ha diferències substancials comparant les nostres dades amb els resultats de l'estudi SENECA¹⁵⁹, que troben una situació nutricional més desfavorable, el 41% de la població d'edat avançada presenten risc nutricional moderat i el 48% com a risc nutricional alt.

En el nostre estudi hem utilitzat el qüestionari de Barber per mesurar la fragilitat. Aquest qüestionari estava pensat inicialment per valorar els factors que predisposaven al ancià a caure amb dependència funcional i per tant, no valora estrictament la fragilitat tal com avui dia l'entendem.

Hem trobat que el 71,3% de la població presenta aquesta situació de fragilitat. En el grup més jove, el 63,3% dels homes i el 68,3% de les dones, presenten fragilitat. En el grup d'edat més gran, el 79,7% dels homes i el 82,3% de les dones, estan en aquesta situació.

Per tant la prevalença de fragilitat augmenta amb l'edat i en el gènere femení de forma significativa.

Revisant la literatura objectivem que utilitzant aquest qüestionari, Sepúlveda et al²¹⁶ troba que el 94,3% de la població anciana rural de Guadalajara

DISCUSSIÓ

compleix el criteri de fragilitat. Martín Brun²¹⁷ aplicant el qüestionari Barber en ancians a nivell urbà, detecta 63%. El percentatge arribava al 80% en els majors de 80 anys. Valderrama et al²¹⁸ troben que el 74% d'ancians en el mitjà rural compleixen un o més criteris de fragilitat. Aquest autor reconeix que la prevalença és molt alta i que els criteris de fragilitat apareixen com poc útils a l'hora de seleccionar subjectes sobre els quals intervenir en la pràctica diària. Per això, també arriben a la conclusió de la dubtosa utilitat del qüestionari de Barber per a la detecció de fragilitat en els ancians com sistema de cribatge a la comunitat.

Malgrat això, cadascuna de les qüestions que conté l'escala permet valorar aspectes importants de la salut de la persona d'edat avançada.

Sabem que hi ha un 25% de la població d'edat avançada que té dificultats per sortir al carrer a causa de la seva salut. Aquesta dificultat és major en el grup de dones de més edat.

També sabem que un 33,3% de la població té problemes de visió que li dificulten la vida quotidiana o un 32,2% problemes auditius.

És important conèixer que fins un 23,3% de la població ha requerit un ingrés hospitalari en el darrer any. Aquesta dada és rellevant donat que sabem que un ingrés hospitalari comporta una situació important de fragilitat i d'aparició de dependència funcional. Destacar que el grup d'homes de 65-79 a. és el que ha requerit ingrés hospitalari el darrer any.

Cal comentar que les puntuacions mitges del test, podrien representar la càrrega de fragilitat. Si fos així, les dones amb més edat presenten puntuacions mitges més altes que les més joves. En canvi, en els homes, les puntuacions mitges són superiors en els més joves. També s'observa que són el grup de població que ha requerit ingrés hospitalari en l'últim any

més freqüentment. En canvi, en les dones, com era d'esperar, és el grup de més edat el que ha requerit ingrés hospitalari el darrer any^{219,220}.

L'artrosi ha sigut la malaltia més prevalent i la que presenta un pitjor control clínic. Sabem que és la patologia que provoca més incapacitat.

La HTA ha estat declarada fins en un 49% del casos. En els homes, al voltant de 40%, i per les dones de 45-50%. Resultats semblants es presenten a la ENS 2003³⁴. La tendència seria que la prevalença disminueix en els grups de població de més edat, tan en homes com en dones. Els resultats de les ENS d'anys anteriors es donaven prevalences inferiors.

La DM té una prevalença del 21%. Més freqüent en dones que en homes. Aquestes prevalences tornen a ser semblants a les aportades per ENS 2003³⁴. La tendència en l'home és a disminuir amb l'edat. Això no es manifesta en el nostre estudi respecte les dones.

La insuficiència cardíaca és presenta en un 16% de la població. Més freqüent a més edat, tan per a homes com per a dones. Els resultats són pràcticament iguals al resultats de l'ENS-2003. La insuficiència cardíaca arriba a afectar pràcticament al 25% de la població de 80 anys i més.

L'MPOC es troba en el 10.9% de la població. Cal matissar que aquí s'inclouen diferents patologies respiratòries que no abasta el terme diagnòstic d'MPOC. Hi ha un clar predomini masculí. També s'ha de comentar, que al igual que en l'ENS 2003, hi ha un augment molt important de malalties respiratòries en el grup de dones de 80 anys i més. D'un 6% en les de 65 anys fins a un 16% de prevalença en les més grans en el nostre estudi, i d'un 8% a un 13% en l'enquesta d'àmbit estatal³⁴.

La síndrome de caigudes és més freqüent en les dones i a més edat com era d'esperar. La prevalença de caigudes ha sigut del 16%, inferiors a les dades que aporta la literatura que s'aproxima a un 30% (una caiguda al

DISCUSSIÓ

darrer any). Però cal matissar que nosaltres preguntàvem si la persona havia caigut més de tres vegades en el darrer any^{221,222}.

A l'analitzar els diferents aspectes de salut en funció dels grups d'edat i gènere, els resultats obtinguts van en la direcció que els problemes de salut augmenten amb l'edat, excepte la hipertensió arterial i la Diabetis.

220

Objectivem situacions més adverses en el grup d'homes més joves en relació a les puntuacions mitges del qüestionari de Barber, que pot expressar una càrrega de fragilitat, en la puntuacions mitges del risc nutricional del NSI i en la prevalença d'ingrés hospitalari al darrer any. Inclús s'igualen amb el grup de població habitualment més desfavorit, com el de les dones de 80 anys i més. Aquests fets observats podien ser explicats per la influència del factor gènere en edats avançades. Els homes de més edat, serien una població seleccionada i per tant amb millora de certs aspectes de salut respecta als més joves. Quan es comparen els grups de dones, veiem que els resultats són els previstos, a més edat més problemes de salut.

La polifarmàcia presenta una freqüència del 37,3% en la població de 65 anys i més, oscil·lant del 31% en el grup d'homes de 65-79 anys fins el 49 % de les dones de més edat. A l'ESCA-2002⁶³ la polifarmàcia és pràcticament igual, un 36,6% de la població de més de 65 anys de Catalunya.

La polifarmàcia augmenta de forma significativa en la població de més edat i amb un predomini del gènere femení.

La població de gent gran de Reus afirma que ha requerit un ingrés hospitalari en un 23,3% en el darrer any, aquesta dada és superior a les del global de Catalunya (ESCA-2002⁶³), en que el 19,5% dels homes i el 14,2% de les dones de més de 65 anys ha requerit hospitalització en el darrer any.

Respecte les síndromes geriàtriques, la prevalença de les mateixes són les esperades. L'alteració de la mobilitat es troba al voltant d'un 10-30% o la incontinència d'orina en un 20%, les caigudes en un 16% entre altres, i augmenten totes elles de forma significativa amb l'edat.

La dependència funcional.

Activitats bàsiques de vida diària.

A Reus, la dependència funcional en les ABVD, és d'un 17.6% en el homes i d'un 26.6% en les dones per a la població no institucionalitzada de 65 anys i més. Les estimacions sobre població gran dependent que s'han realitzat recentment arriben a resultats que oscil·len entre un 11,31% a un 34,5% de la població de 65 i més anys. Aquestes diferències en els resultats obtinguts s'expliquen per la metodologia aplicada en cada cas.

L'EDDES-1999⁵¹ no analitza de manera integrada la població en situació de dependència en sentit estricte, sinó que únicament ens informa sobre el nombre de discapacitats i els nivells de gravetat de cada discapacitat: 11% en el grup d'edat de 65 a 69, 16% en el grup d'edat de 70-74 anys, 25 % en el grup d'edat de 75-79 anys d'edat, 34 % en el grup d'edat de 80-84 i 54 % en el grup d'edat de 85 i més anys.

En les ENS-2003 s'han inclòs fins a 27 AVD (bàsiques i instrumentals). A les persones de 65 anys i més se'ls pregunta si requerien ajuda o se'ls hi havia de fer. Les prevalença de dependència segons aquestes activitats és de 15,5% en els de 65 a 69 anys, fins el 55,2% amb el grup de 80 anys i més.

Segons l'EQVC⁶⁴, el 20,4% dels homes i el 32,1% de les dones requereixen ajuda per realitzar les AVD. El 68,7 % no manifesten necessitat d'ajuda en

DISCUSSIÓ

cap AVD entre les 13 preguntades. Hi ha un percentatge superior d'homes (79,6%) que de dones (67,9%) que no necessiten ajuda.

ESCA-2002⁶³ res més feia una pregunta sobre la dificultat que tenia per cobrir les ABVD, i el resultat va ser d'un 7,4%.

222

L'estudi "Envejecer en Leganés"⁶⁶ (1986) aportava que per realitzar ABVD en els homes hi havia un 88% d'independència, un 9,4% d'ajuda i 1,8% que no podien. En les dones era un 81,4% independents, un 15% que requerien ajuda i un 3,4% que no podien.

En el nostre estudi, verifiquem que a mesura que la persona es fa gran empitjora la seva capacitat funcional, tan en els homes com en les dones. Aquest fet corrobora l'heterogeneïtat de la població d'edat avançada i defineix diferents característiques en els diferents grups d'edat. Per al grup d'edats més joves, els homes amb un 1,6% i les dones amb un 3,6% de dependència segons la puntuació de l'escala de Barthel inferior a 60. En el grup de població d'edat més avançada, els homes amb un 6,8% i les dones amb un 8,7%, tenen una puntuació de l'escala de Barthel inferior a 60. Aquests graus de dependència són els que marcaran les necessitats reals d'atenció pels serveis socials i sanitaris.

Les dones de 80 anys o més, són la població que mostra més prevalença de dependència funcional en les ABVD, així com són les que presenten resultats més adversos en la valoració de depressió, desnutrició, capacitat funcional, solitud i risc de fragilitat social.

Cal destacar que el gènere no s'ha mostrat com a factor de risc per a desenvolupar dependència funcional. Aquesta observació coincideix amb les fetes per Guralnik⁹². Segons aquest autor, la diferència entre la prevalença de discapacitat entre les dones i els homes d'edat avançada no són perquè les dones desenvolupin dependència més habitualment que els

homes, si no simplement que aquestes solen sobreviure amb les seves discapacitats.

La situació econòmica o el nivell d'estudis tampoc s'han mostrat com a factor de risc.

En el nostre estudi el deteriorament cognitiu és el factor de risc més important per a desenvolupar dependència funcional.

La pluripatologia ha resultat també un factor de risc important, així com la situació de risc nutricional.

L'estat de depressió, així com diferents síndromes geriàtriques, com les caigudes, la polifarmàcia, o l'alteració visual que afecta la vida de relació no s'han mostrat com factors associats a la dependència.

Analitzant els nuclis familiars de les persones amb dependència funcional s'objectiva que en l'actualitat la dona manté el seu rol de cuidadora. Els homes amb graus importants de dependència són cuidats majoritàriament per les seves parelles, en canvi la meitat de les dones dependents per la seva parella i l'altre meitat per les filles.

Les ABVDs més freqüentment afectades són les referents a la mobilitat (caminar, pujar escales, desplaçar-se i fer transferències).

Activitats instrumentals de vida diària.

En els resultats de l'índex de Lawton està acceptada la influència del gènere. Nosaltres hem calculat la dependència en les AIVD de forma corregida per poder comparar els grups entre ells. Però també hem utilitzat l'escala amb les diferents intensitats de dependència per saber quines mancances tenen la gent gran, indiferentment del gènere.

DISCUSSIÓ

La dependència funcional en les AIVDs és per al grup d'edat més jove del 48% per als homes (corregit per gènere 6,3%) i de 21,8% per a les dones. En el grup d'edat més gran, de 82,1% per als homes (corregit per gènere 21,4%) i de 42,7% per a les dones. Per cada una de les AIVD hem trobat els diferents percentatges d'independència:

224

- Feines de la casa i netejar:44%.
- Rentar la roba. 66,7%.
- Cuinar: 66,7%.
- Comprar 60%.
- Utilitzar el telèfon: 85,6 %.
- Utilitzar el transport públic: 75,1%.
- Utilitzar els diners: 67,6%.
- Utilitzar la medicació: 86%.

Els nostres resultats són semblants a l'estudi d'àmbit estatal. “La Soledad en las Personas Mayores” (1998-CIS)⁶¹, en les persones de 65 anys i més, un 20,7% presenten dependència per les AIVD i un 13,4% en ABVD i AIVB. Aquest estudi valora les següents activitats instrumentals en 3 nivells de dependència:

- Feines de la casa :46,3% independent, 28,7% requereix ajuda, 24,5% l'hi ha de fer.
 - Cuinar: 55,9% independent, 17,7%, requereix ajuda, 25,9%, l'hi ha de fer.
 - Sortir al carrer 77,1% independent, 22,6% requereix ajuda, 0,2% l'hi ha de fer.
 - Utilitzar el telèfon 83,2% independent, 13,8% requereix ajuda, 2,2% l'hi ha de fer.
 - Utilitzar el transport públic 67,2% independent, 26,3% requereix ajuda, 5,5% l'hi ha de fer.
 - Utilitzar els diners 73% independent, 17,7% requereix ajuda, 25,9% l'hi ha de fer.
-

L'EDDES 1999⁵¹ presenta les diferents freqüències de independència funcional en les següents AIVD:

- Feines de la casa i netejar Homes 9,2%, Dones 17,2%.
- Rentar la roba. dependència Homes 8,3%, Dones 11,2%.
- Cuinar, Homes 6,2%, Dones 5,4%.
- Comprar Homes 5,8%, Dones 12,2%.
- Utilitzar el telèfon Homes 1,6%, Dones 2,8%.
- Utilitzar el transport públic Homes 6,5% , Dones 16,5% .
- Utilitzar els diners: dependència:Homes 2,3% ,Dones 5,4%.
- Utilitzar la medicació: dependència: Homes 2,1% , Dones 3,6%.

A l'ENS-2003 els resultats de la dependència per AIVD són: pel grup de població de 65 a 69 anys de 9,36%, de 70 a 74 anys de 13,53%, de 75-79 anys de 17,78% i 80 anys i més de 20,96%.

De forma més detallada es pot conèixer quines són les activitats instrumentals que estan més afectades en aquest grup de població.

Les AIVD que fan referència a feines de la llar presenten millor puntuació en les dones (cuidar de la casa, rentar roba, preparar el dinar). En canvi anar de compres, utilitzar el telèfon, el transport, i maneig de diners i de medicació, empitjoren amb l'edat. Segons dades publicades per altres grups, les AIVD que més fallen son les d'anar a comprar, preparar el menjar i la utilització dels mitjans de transport públic.

Conèixer aquests dèficits pot donar una idea aproximada de quines AIVD concretes han de ser cobertes pels diferents serveis o recursos.

DISCUSSIÓ

La qualitat de vida.

El càlcul de la tarifa social de l'EQ-5D ens permet quantificar la qualitat de vida relacionada amb la salut en un xifra que facilita la comparació entre grups d'edat i gènere.

226

Comparant els homes entre grups d'edat, el grup de 65 a 79 anys presenta un valor de 0,81 i el grup de 80 anys i més de 0,77. Els homes de 65 i més anys que viuen al seu domicili no presenten empitjorament de la seva qualitat de vida relacionada amb la salut mesurada per l'EQ-5D amb l'edat.

Comparant les dones entre grups d'edat, el grup de 65 a 79 anys presenta un valor de 0,65 i el grup de 80 anys i més de 0,50. Amb l'edat, les dones que viuen al seu domicili presenten un empitjorament de la qualitat de vida de forma significativa.

Comparant els homes amb les dones, s'observa que els homes tenen una millor qualitat de vida relacionada amb la salut que les dones. De fet, el grup de dones de 80 anys i més té la pitjor qualitat de vida relacionada amb la salut.

Les dimensions que fan que empitjori la qualitat de vida amb l'edat són la mobilitat, les activitats quotidianes i l'autonomia.

Les dimensions que fan empitjorar la qualitat de vida relacionades amb el gènere són el dolor/malestar i l'ansietat/depressió.

En l'anàlisi multivariant de la qualitat de vida hem objectivat que els factors que alteren la qualitat de vida són el nivell cultural baix, la pluripatologia, la polifarmàcia i l'ingrés hospitalari recent, la depressió i la dependència funcional.

Respecte al gènere hem confirmat que el ser dona és un factor que empitjora la qualitat de vida relacionada amb la salut. Però en canvi, destacar que l'envelliment no és un factor independent de l'empitjorament de la qualitat de vida.

Aquest diferent comportament dels homes i dones respecte la qualitat de vida s'ha de buscar en la major supervivència de les dones respecte els homes. Les dones presenten l'evolució esperada amb un empitjorament de la qualitat de vida relacionada amb la salut per l'aparició de malalties i dependència funcional relacionades amb l'envelliment. En els homes, el manteniment de la qualitat de vida es degut a que sobreviuen tan sols els que presenten un millor nivell de salut.

Existeix poca bibliografia que explori quins factors de risc s'associen a la mala qualitat de vida mesurada per l'Euroqol, i la que hi ha es refereix a població general i no al grup d'edat de gent gran. Badia et al²²³ analitzen les dades de la ESCA-1994 dirigida a persones més grans de 15 anys. Kind et al²²⁴ analitzen les dades d'una enquesta poblacional al Regne Unit, realitzada al 1993 a gent més gran de 18 anys que vivien a la comunitat. Cap d'aquests autors realitza un anàlisi multivariant. Azpiazu et al²²⁵ en el seu estudi sobre els factors associats a la mala qualitat de vida en persones majors de 65 anys a Madrid, utilitzant l'EQ-5D, Troba en l'anàlisi multivariante l'associació d'un grup de variables amb moltes de les dimensions de l'EQ-5D: la dependència per a les AIVD apareix com factor associat a totes les dimensions; la presència de trastorns depressius s'associa amb totes excepte la cura personal i els trastorns d'ansietat amb totes excepte activitats quotidianes, els problemes de vista es relacionen amb totes excepte dolor/malestar, la dependència per a les ABVD amb totes excepte dolor/malestar i ansietat/depressió, la falta d'exercici s'associen amb totes excepte dolor/malestar.

DISCUSSIÓ

Comparant els nostres resultats amb els de l'ESCA-2002⁶³, (que també va utilitzar l'EQ-5D), presenten resultats semblants encara que s'observa una alteració superior en totes les dimensions excepte en la mobilitat. En el nostre estudi, el dolor/malestar està afectada en un 66,7%.i en l'ESCA-2002 és d'un 60% per la població de 65 anys i més. L'ansietat/depressió en un 34,1% i a l'ESCA-2002 és d'un 25%. La mobilitat s'afecta en un 36,45 % i en l'ESCA-2002 es d'un 38%. Les activitats quotidianes en un 36,1% i en l'ESCA-2002 és 30%. I per últim l'autonomia en un 19,1% i en l'ESCA-2002 és d'un 17%.

En l'estudi de EQVC⁶⁴ de la Fundació viure i conviure-Caixa Catalunya que van aplicar el qüestionari WHOQOL-OLD, han trobat resultats semblants al nostre. En les diferents àrees de valoració objectiven que hi ha una disminució de la puntuació en relació amb l'edat i gènere en les àrees de salut física, salut psicològica, relacions socials i ambient.

Nosaltres hem trobat com factors que s'associen a la qualitat de vida el gènere però no l'edat. L'EQVC⁶⁴ presenta resultats semblants als nostre, l'única discrepància destacable és que troben que la qualitat de vida empitjora tan en homes com en dones en funció de l'edat.

Valoració de les necessitats de recursos socials.

Finalment, comentem l'últim objectiu de "l'Observatori de la gent gran de Reus", que consistia en fer una reflexió sobre els recursos sociosanitaris que caldrien per donar resposta al repte que suposa aquesta nova realitat en un futur proper.

Segons les tendències actuals, l'augment de la població gran, es traduirà en l'"envelliment de l'envelliment". Es a dir, la població gran augmentarà però segons les dades actuals, l'aparició de la dependència funcional es concentrarà en les persones de 80 anys i més. És en aquest grup de

població es concentrarà les situacions de dependència funcional significativa (Barthel inferior a 60 punts).

En el context en que la població es mantingués estable, a l'any 2020, la població de 65 anys i més arribaria a un 20% de la població total i per tant seria de 20.000 persones (8.000 homes i 12.000 dones) i la població de 80 anys i més, arribaria pràcticament a un 6% de la població total, i per tant unes 6.000 persones de 80 anys i més (2.000 homes i 4.000 dones) viuran a la ciutat de Reus.

Com és evident, en l'escenari de la dependència, es desprèn la necessitat de tenir cura de les persones, en el sentit més ampli de la seva dimensió, i la importància de la família com a eix del suport. Una família, sotmesa a canvis socioculturals importants, on les dones, tradicionalment han desenvolupat el paper de cuidadores, i que ara, en molts casos, combinen aquestes tasques amb la incorporació plena al món laboral. Com a conseqüència, hem de comptar amb una disminució del cuidador informal tan en temps com en intensitat.

De les tendències a Europa, sabem que augmentaran les llars unipersonals en aquest grup de població, traduint una major competència per viure sols i un respecte als desitjos i autonomia de la persona gran. (tan sols un 2,7% de demandes de recurs residencial a la nostra enquesta)

En el recent treball de Berjano et al²²⁶ (2004) a la comunitat Valenciana sobre quines són les mesures que creu la gent gran per millorar el problema de la dependència es reflexa les següents respostes. El 23,3% volen rebre l'atenció en el propi domicili, el 19,4% viure i ser atesos a casa del seus fills, 16,7% ser atesos a casa seva pels seus familiars, 12,1% ser atesos a casa seva pels seus fills, 12,1% ingressar a una residència i 10,2% ser atesos a casa seva per un cuidador.

DISCUSSIÓ

Sabem que segons el nostre estudi, la prevalença de la dependència funcional de moderada, greu o total, considerant les persones que presenten en l'escala de Barthel una puntuació inferior 60, és del 3,2% en els homes i 8.7% en les dones. per tant, a Reus hi han uns 190 homes i unes 750 dones que tindran una alta dependència funcional. També, coneixem quines son les activitats bàsiques i instrumentals de vida diària que han de cobrir els cuidadors i els serveis socials.

230

Amb aquestes premisses hem de planificar els recursos per a assistir a la dependència de diversos tipus de serveis socials i sanitaris. L'encert en l'elecció del servei indicat en cada cas és un punt clau per mantenir la qualitat de vida de la persona gran.

Seràn aconsellables tots aquells recursos que afavoreixin el manteniment de la persona a casa. En els darrers anys, els serveis d'atenció domiciliaria (SAD), s'han consolidat com un instrument clau de l'atenció social, per donar suport a les persones i famílies amb manca d'autonomia i, així, facilitar la prevenció i l'assistència.

La tendència actual en l'orientació de les persones majors amb dependència, és atendre-les en el seu domicili i evitar o posposar al màxim la seva institucionalització. En el cas de dependència greu i total dependència, hi ha discrepància en quant si cal ingressa'ls en un centre residencial o restar al domicili.

Segons el nostre estudi s'hauria de considerar:

1. Adaptacions d'habitatge: Valoració de les barreres d'accés a l'habitatge. El 8% de la població de 65 anys i més té dificultat per sortir de casa seva a conseqüència de les escales (unes 1.120 persones tenen aquest problema).

2. Servei d'ajuda a domicili: Per cobrir a les 940 persones amb alta dependència funcional caldria un ràtio de 6,7% de SAD. Actualment està en el 2,08%. L' IMSERSO, la població objectiu de rebre un SAD seria del 19,3%. Les recomanacions de la cobertura era d'un 8% pel "plan gerontológico". Si es segueix el criteri proposat per la societat Espanyola de Geriatria i gerontologia s'estimaria en un 5% de la població de més de 65 anys

Un 45% de la població te dificultats per fer les feines de la llar, unes 560 persones.

3. Servei de teleassistència: Considerant que hi ha unes 950 persones de 80 i més anys que viuen soles, la situació ideal es que disposessin d'aquest servei. El ràtio seria del 6,8%. S'aconsella una ràtio del 12,5% de les persones grans que viuen soles.

4. Serveis institucionals: L'actual ràtio és de 3,7%. Les dades actuals fan pensar que és una ràtio adequada. S'estableix com a objectiu de cobertura una ràtio de 5%.

5. Polítiques de cuidar al cuidador. Valoració econòmica de la unitat familiar per l'aplicació de retribucions als cuidadors informals. Potenciar els ingressos temporals de les persones dependents en centre residencial per que pugui descansar del cuidador. Millorar la formació del cuidador informal en l'estratègia de cuidar a la persona dependent. Potenciar la utilització del centres de dia mitjançant polítiques de subvenció o de facilitat el transport. Millorar i promoure la coordinació entre els diferents recursos socials i sanitaris presents a la ciutat, per dur a terme les actuacions exposades.

6. Per millorar la qualitat de vida es podrien plantejar accions en les variables modificables per disminuir l'analfabetisme en edats adequades, i

DISCUSSIÓ

—
així millorar el nivell socioeconòmic. Però s'hauria de tenir cura de les dones, en especial a les dels grups marginals.

6. CONCLUSIONS.

1. Un 5% presenta problemes econòmics per cobrir les necessitat bàsiques i un 14,4% no té a qui demanar ajuda. Dels aspectes culturals destaca que un 10% declara analfabetisme. De totes formes, les característiques socioeconòmiques i culturals de la gent gran són similars a les d'altres poblacions del nostre entorn.

2. Un 10% jutgen les seves llars mal equipades i un 22,6% no són propietaris de les seves llars. Un 20,5% viu sol i el 8% té barreres arquitectòniques que els impedeixen sortir al carrer.

3. Un 20,7% presenta deteriorament cognitiu, un 26% alteració de l'estat d'ànim, un 54,2% està en risc nutricional i un 71,3% té fragilitat. Aquestes situacions s'incrementen amb l'edat i en les dones. Entre les patologies més prevalents, destaca l'increment de la insuficiència cardíaca amb l'edat.

4. La dependència funcional per les activitats bàsiques de la vida diària és d'un 21,1%, i en el nivell més greu del 6,3%. La dependència per les activitats instrumentals és del 60,2%. La dependència empitjora amb l'edat i en les dones. Les activitats instrumentals més afectades són les relacionades amb anar a comprar, rentar roba i cuinar. Les dones amb dependència viuen més temps al seu domicili i són cuidades pels seus fills i, molt ocasionalment, per la seva parella. En canvi, els homes amb dependència són atesos per les seves parelles i, més excepcionalment pels fills.

5. La qualitat de vida relacionada amb la salut és millor en els homes. Les dones presenten amb major freqüència dolor o malestar, limitació de les activitats quotidianes i pèrdua d'autonomia.

CONCLUSIONS

6. La dependència funcional requereix que el ràtio del 2% de Servei d'Atenció Domiciliària augmentes fins el 6% per cobrir les necessitats actuals.

Altres situacions, com el viure sol o tenir dependència en les activitats instrumentals de la vida diària, requereixen algun tipus de servei, com la teleassistència, el servei de portar els àpats a domicili, la bugaderia, o inclús l'assistència domiciliària.

7. Els factors associats amb la dependència funcional en les activitats bàsiques de la vida diària són el deteriorament cognitiu, la pluripatologia, la sordesa, el risc nutricional i l'edat, però no el gènere ni el nivell d'estudis.

8. Els factors associats amb l'empitjorament de la qualitat de vida relacionats amb la salut són l'analfabetisme, el baix nivell socioeconòmic, els factors de risc cardiovascular, la polifarmàcia, l'ingrés hospitalari recent, el deteriorament cognitiu, la depressió, el risc de desnutrició i la dependència funcional.

ANNEXES.



235

OBSERVATORI DE LA GENT GRAN

ESTUDI DE NECESSITATS DE LES PERSONES MAJORS DE 65 ANYS A REUS

1.- DADES PERSONALS

Districte:	Fitxa a SS. SI NO
Nom:	Cognoms:
Adreça:	Data naixement:
Telèfon:	DNI:

S'ha fet l'entrevista: SI NO	1.- No s'ha trobat després de varies visites
	2.- No viu en aquest domicili
	3.- S'ha traslladat a viure amb els fills o familiars
	4.- S'ha traslladat a residència
2.- ASPECTES SOCIALS	5.- Defunció
	6.- No vol respondre

2.1	Gènere	Home	Dona
------------	---------------	-------------	-------------

2.2.- Edat:

2.3.- Quina professió ha realitzat?:

2.3.1	Empresari	2.3.4	Treballador fix	2.3.7	Busca treball. Servei Militar	2.3.10	Sense classificar
2.3.2	Treballador a compta pròpia	2.3.5	Treballador eventual	2.3.8	Mestressa de casa		
2.3.3	Membre cooperativa	2.3.6	Treballador sense remuneració	2.3.9	Inactius	2.3.11	Actiu

ANNEXES

2.5.1	Sol	2.5.3	Parella	2.5.5	Germà/na
				2.5.6	Casa Fill/Filla
2.5.2	Amb la família. Poden atendre'ls	2.5.4	Amb la família. No poden atendre'l	2.5.7	Altres

2.4.- Quin nivell d'estudis ha realitzat?:

2.4.1	No sap llegir ni escriure	2.4.3	Primària complerta	2.4.5	Universitaris
2.4.2	Primària incompleta	2.4.4	Secundaris		

2.5.- Convivència:

2.6.- Família:

2.6.1	Té fills?	SI	NO
-------	-----------	----	----

2.6.2	On viuen?	2.6.2.1	Reus	2.6.3	Freqüència amb que els veu?	2.6.3.1	Quasi cada dia
		2.6.2.2	Lluny de Reus			2.6.3.2	1 o 2 cops per setmana
		2.6.2.3	A prop de Reus			2.6.3.3	1 o 2 cops al mes
						2.6.3.4	1 o 2 cops a l'any
						2.6.3.5	Mai

2.6.4	Grau de relació amb els fills	2.6.4.1	Bona
		2.6.4.2	Acceptable
		2.6.4.3	Dolenta
		2.6.4.4	Sense cap relació
		2.6.4.5	Maltractaments físics o psíquics

2.6.5.- Relació amb altres persones:

2.6.5.1	Altres familiars	BONA	ACCEPTABLE	DOLENTA	NO EN TÉ/NO ES RELACIONA
2.6.5.2	Veïns	BONA	ACCEPTABLE	DOLENTA	NO EN TÉ/ NO ES RELACIONA
2.6.5.3	Amics	BONA	ACCEPTABLE	DOLENTA	NO EN TÉ/ NO ES RELACIONA

2.6.6.- Suport d'altres persones:

SI

NO

2.6.6.1	Fills	2.6.6.2	Altres familiars	2.6.6.3	Amics	2.6.6.4	Veïns
---------	-------	---------	------------------	---------	-------	---------	-------

2.7. – Habitatge:

2.7.1	Ubicació	2.7.1.1	Nucli urbà	2.7.2	Tipus d'habitatge	2.7.2.1	Barraca o similar
		2.7.1.2	Fora del nucli urbà			2.7.2.2	Casa o pis
		2.7.1.3	Zona rural			2.7.2.3	Altres

2.7.3	Règim tinença	2.7.3.1	Propi	2.7.4	Cost de l'habitatge	2.7.4.1	Menys de 30€
		2.7.3.2	Lloguer			2.7.4.2	Entre 30'01€ i 60€
		2.7.3.3	Familiar			2.7.4.3	Entre 60'01€ i 150€
		2.7.3.4	Altres			2.7.4.4	Més de 150€
						2.7.4.5	No sap/ no resposta
						2.7.4.6	Res

2.8.- Equipaments de l'habitatge:

		SI	NO			SI	NO
2.8.1	Cambra de bany			2.8.7	Internet		
2.8.2	Cambra de dutxa			2.8.8	Calefacció		
2.8.3	W.C. dins l'habitatge			2.8.9	Aigua corrent		
2.8.4	Aigua Calenta			2.8.10	Rentadora		
2.8.5	Llum elèctrica			2.8.10	S'ha realitzat arranjament de l'habitatge		
2.8.6	Telèfon			2.8.11	Altres		

2.9.- Condicions de l'habitatge:

2.9.1	BONES: Pot viure amb normalitat en bones condicions
2.9.2	DEFICIENTS: Es podria millorar alguna cosa per viure amb normalitat
2.9.3	DOLENTES: La casa té algunes mancances

2.10.1	D'accés	2.10.1.1	Cap es planta baixa	2.10.2	Per dintre vivenda	2.10.2.1	Cap
		2.10.1.2	Té ascensor			2.10.2.2	Lavabo
		2.10.1.3	Un pis sense ascensor			2.10.2.3	Cuina
		2.10.1.4	Dos pisos sense ascensor			2.10.2.4	Escales
		2.10.1.5	Tres o més pisos sense ascensor			2.10.2.4	Altres

2.10.- Té barreres arquitectòniques?: SI**NO**

ANNEXES

2.11.- La seva situació econòmica li permet cobrir les seves necessitats bàsiques (menjar, llum, aigua, sabó)?

2.11.1	Cap
2.11.2	Bàsiques
2.11.3	Totes

2.12.- De quins serveis assistencials gaudeix?:

2.12.1	Cap		2.12.6	Centre de Dia Públic		2.12.11	Telealarma Públic
2.12.2	Llar d'avis/club		2.12.7	Centre de Dia Privat		2.12.12	Menjar a domicili
2.12.3	S.A.D Privat		2.12.8	Voluntariat		2.12.13	Servei 24h al dia
2.12.4	S.A.D. Públic		2.12.9	Telealarma Privat		2.12.14	Hospital de Dia
2.12.5	Estades temporals a residència		2.12.10	CSS		2.12.15	Altres

2.13.1	Voluntariat		2.13.4	Menjar a domicili		2.13.7	Centre de dia amb transport adaptat
2.13.2	SAD		2.13.5	Centre de Dia		2.13.8	Bugaderia a domicili
2.13.3	Teleassistència		2.13.6	Centre de dia amb transport		2.13.9	Residència
						2.13.10	Cap

2.13.- Quins serveis assistencials creu que necessitaria?

2.14.- Amb quines dificultats es troba respecte al Centre de Dia?

2.14.1	Transport		2.14.3	Persones per ajuda en el transport
2.14.2	Horaris		2.14.4	Altres

3.- QÜESTIONARI DE PFEIFFER

Puntuació: 0- Incorrecte 1 - Correcte

		0-1
3.1	Quina és la data d'avui?	
3.2	Quin dia de la setmana és?	
3.3	En quin lloc estem?	
3.4	Quin és el seu número de telèfon? Si no té telèfon, quina es la seva direcció?	
3.5	Quant anys té?	
3.6	Quin dia va néixer?	
3.7	Quin és el nom del president?	

3.8	Quin és el nom del president anterior?	
3.9	Quin és el cognom de soltera de la seva mare?	
3.10	Resti de 3 en tres des de 20	

Total:

239

Resultats	
0-2	Errors: normal
3-4	Errors: deteriorament lleu
5-7	Errors: deteriorament moderat. Indicació de prosseguir el qüestionari amb cuidador principal *
8-10	Errors: deteriorament sever

Si el nivell educatiu es baix (estudis elementals) s'admet un error més per cada categoria.

Si el nivell educatiu es alt (universitari) s'admet un error menys.

4.- QÜESTIONARI DE BARBER

Puntuació: 0- Sí 1 - No

		0-1
4.1	Viu sol	
4.2	Es troba sense ningú a qui acudir si necessita ajuda	
4.3	Hi ha més de 2 dies a la setmana que no menja calent	
4.4	Necessita d'algú que li ajudi molt sovint	
4.5	L'impedeix la seva salut sortir al carrer	
4.6	Té amb freqüència problemes de salut que l'impedeixen per si mateix	
4.7	Té dificultats amb la vista per realitzar les seves labors habituals	
4.8	Li suposa molta dificultat la conversació perquè no sent	
4.9	Ha estat ingressat en l'hospital en l'últim any.	

ANNEXES

5.- QÜESTIONARI “CONEGUI EL SEU ESTAT NUTRICIONAL”

5.1 Pes habitual:Kg

5.2 Pes actual:Kg

5.3 Alçada:cm

5.4	He tingut una malaltia o afecció que l'ha fet canviar el tipus i/o quantitat d'aliment ingerit	0-2
5.5	Pren menys de 2 menjars al dia	0-3
5.6	Menjo poca fruita, vegetals o productes lactis	0-2
5.7	Pren més de 3 gots de cervesa, licor o vi, casi a diari	0-2
5.8	Tinc problemes dentals que fan difícil menjar	0-2
5.9	No sempre tinc suficient diners per comprar el menjar que necessito	0-4
5.10	Menjo sol la majoria de les vegades	0-1
5.11	Pren a diari tres o més fàrmacs receptats o per la meua compta	0-1
5.12	Sense volgué, he perdut o guanyat 5 kg de pes en els últims 6 mesos	0-2
5.13	No sempre puc comprar, cuinar o menjar per mi mateix per problemes físics	0-2

5.14 – Pes perdut:.....Kg

6.- ESCALA DE DEPRESSIÓ DE YESAVAGE

		SI	NO
6.1	Està satisfet amb la seva vida?	0	1
6.2	Ha renunciat a moltes activitats?	1	0
6.3	Sent que la seva vida esta buida?	1	0
6.4	Es troba molt sovint avorrit/da?	1	0
6.5	Té molt sovint bon estat d'ànim?	0	1
6.6	Pateix perquè li passi alguna cosa dolenta?	1	0
6.7	Se sent feliç moltes vegades?	0	1
6.8	Se sent sovint abandonat/ada?	1	0
6.9	Prefereix quedar-se a casa a sortir?	1	0
6.10	Creu tenir més problemes de memòria que la majoria de la gent?	1	0
6.11	Pensa que es meravellós viure?	0	1
6.12	Li costa iniciar projectes?	1	0
6.13	Se sent ple d'energia?	0	1
6.14	Sent que la seva situació és desesperada?	1	0
6.15	Creu que molta gent està millor que vostè?	1	0

7.- ESCALA DE BARTHEL

7.1 Menjar:

7.1.1	Incapaç (0)			7.2.1	Dependent (0)	
7.1.2	Necessita ajuda per tallar, estendre mantega, utilitzar condiments (5)			7.2.2	Gran ajuda, necessita alguna persona forta (5)	
7.1.3	Independent (10)			7.2.3	Mínima ajuda, petita ajuda (10)	
				7.2.4	Independent (15)	

7.2 Traslladar-se entre la cadira i el llit:

7.3 Higiene personal:

7.3.1	Necessita ajuda (0)			7.4.1	Dependent (0)	
7.3.2	Independent (5)			7.4.2	Necessita alguna ajuda (5)	
				7.4.3	Independent (10)	

7.4 Anar al servei:

7.5 Banyar-se o dutxar-se:

7.5.1	Dependent (0)			7.6.1	Dependent (0)	
7.5.2	Independent (5)			7.6.2	Independent en cadira de rodes en 50 metres (5)	
				7.6.3	Camina amb una petita ajuda d'una persona (10)	
				7.6.4	Independent almenys 50m, amb crossa (no caminador) (15)	

7.6 Desplaçar-se:

7.7 Pujar i baixar escales:

7.7.1	Incapaç (0)			7.8.1	Dependent (0)	
7.7.2	Necessita ajuda física o verbal, pot portar qualsevol tipus de crossa (5)			7.8.2	Necessita ajuda, però pot per la meitat aproximadament, sense ajuda (5)	
7.7.3	Independent (10)			7.8.3	Independent (10)	

7.8 Vestir-se i desvestir-se:

7.9 Control de femta:

7.9.1	Incontinent (0)			7.10.1	Incontinent o sondat incapaç de canviar-se la bossa (0)	
7.9.2	Accident excepcional (un/setmana) (5)			7.10.2	Accident excepcional (màxim 1/24h) (5)	
7.9.3	Continent (10)			7.10.3	Continent, durant almenys 7 dies (10)	

7.10 Control d'orina

Si Barthel inferior a 60 no realitzar Lawton

Total:

ANNEXES

8.- TASQUES QUOTIDIANES (LAWTON)

8.1 Cuidar la casa:

8.1.1	Cuida la casa sense ajuda	1		8.2.1	Ho fa personalment	1
8.1.2	Ho fa tot menys el treball pesat	2		8.2.2	Només renta petites peces	2
8.1.3	Les tasques lleugeres únicament	3		8.2.3	Es incapaç de rentar	3
8.1.4	Necessita ajuda per totes les tasques	4				
8.1.5	Incapaç de fer res	5				

8.2 Rentar la roba:

**8.3 Preparar el menjar:
compres:**

8.3.1	Planeja, prepara i serveix sense ajut	1		8.4.1	Ho fa sense cap ajuda	1
8.3.2	Prepara si li donen els ingredients	2		8.4.2	Sol fa petites compres	2
8.3.3	Prepara plats precuinats	3		8.4.3	Tenen que acompanyar-lo	3
8.3.4	Tenen que donar-li el menjar fet	4		8.4.4	Es incapaç d'anar de compres	4

8.4 Anar de

8.5 Utilitzar el telèfon:

8.5.1	Capaç d'utilitzar-lo sense cap problema	1		8.6.1	Viatja en transport públic o condueix	1
8.5.2	Únicament per a llocs molt familiars	2		8.6.2	Sol en taxi, no en autobús	2
8.5.3	Pot contestar però no trucar	3		8.6.3	Necessita acompanyament	3
8.5.4	Incapaç d'utilitzar-lo	4		8.6.4	Incapaç d'utilitzar-lo	4

8.6 Ús del transport:

8.7 Maneig dels diners:

8.7.1	Porta comptes, va a bancs	1		8.8.1	Responsable de la seva medicació	1
8.7.2	Sol maneja comptes senzilles	2		8.8.2	Els hi ha de preparar	2
8.7.3	Incapaç d'utilitzar diners	3		8.8.3	Incapaç de fer-ho per si sol	3

8.8 Responsable dels medicaments:

9.- EUROQOL

9.1 Mobilitat:

9.1.1	Camina sense problemes	1		9.2.1	Completa	1
9.1.2	Té certes dificultats per caminar	2		9.2.2	Té dificultats per rentar-se o vestir-se sol/sola	2
9.1.3	Està al llit quasi sempre	3		9.2.3	Incapaç de rentar-se i vestir-se	3

9.2 Autonomia:

9.3 Activitats quotidianes:

9.3.1	Sense problemes (treball, esbarjo, estudi)	1		9.4.1	Sense	1
-------	--	---	--	-------	-------	---

9.4 Dolor i/o incomoditat:

9.3.2	Presenta algunes dificultats	2			9.4.2	Moderats	2
9.3.3	Incapaç de realitzar-les	3			9.4.3	Intensos	3

9.5 Ansietat i/o depressió:

9.5.1	Sense	1
9.5.2	Moderats	2
9.5.3	Intensos	3

10.- PATOLOGIES MÉS FREQUËNTS * Grau de control de la malaltia

10.1	Artrosi	
10.2	DM	
10.3	HTA	
10.4	Hemiplegia	
10.5	Insuficiència cardíaca	
10.6	MPOC	
10.7	Més de 4 fàrmacs	
10.8	Fractura de maluc	
10.9	Més de 3 caigudes en el darrer any	

11.- Si va al metge, és de finançament:

11.1	Públic
11.2	Privat
11.3	Mixta

- | |
|-------------------------|
| 0- No té |
| 1- Té però controlat |
| 2- Té però no controlat |

ALTRES

12.- Quines activitats de lleure realitza?

12.1	Llegir	12.9	Anar al tros
12.2	Passejar	12.10	Ballar
12.3	Escoltar la ràdio	12.11	Reunions amb amics i família
12.4	Veure la televisió	12.12	Informàtica. Internet
12.5	Anar al Casal	12.13	Formació i idiomes
12.6	Excursions i viatges	12.14	Altres
12.7	Esports		
12.8	Manualitats		

13.- Quines activitats de lleure li agradaria realitzar?

ANNEXES

13.1	Llegir	13.9	Anar al tros
13.2	Passejar	13.10	Ballar
13.3	Escoltar la ràdio	13.11	Reunions amb amics i família
13.4	Veure la televisió	13.12	Informàtica. Internet
13.5	Anar al Casal	13.13	Formació i idiomes
13.6	Excursions i viatges	13.14	Altres
13.7	Esports		
13.8	Manualitats		

244

14.- Ha realitzat alguna reforma de millora en el seu domicili (barrera arquitectònica)?

14.1	Bany	14.4	Barreres interiors
14.2	Banyera	14.5	Reformar portes
14.3	Escales d'accés		

15.- Creu que s'hauria de realitzar alguna reforma de millora en el seu domicili?

15.1	Bany	15.4	Barreres interiors
15.2	Banyera	15.5	Reformar portes
15.3	Escales d'accés		

8. BIBLIOGRAFIA.

245

¹ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm. 299 de 15 de diciembre de 2006 (Artículo 2.2).

² World Health Organization. International Classification impairments. Disabilities and handicaps. Geneve: WHO;1980.

³ Conseil de Europe. Recommendation num. R(98)9, du Comité des ministres aux États Membres relative a la dépendance. Oficina de Publicacions Oficials de les Comunitats Europees. Luxemburg: Consell d'Europa; 1998.

⁴ IMSERSO. La protección social de la dependencia. Madrid: IMSERSO; 2000.

⁵ World Health Organization. International Classification impairments. Disabilities and handicaps. Geneve: WHO; 1980.

⁶ World Health Organization. Basic Documents. 33 Edició. Geneve: WHO; 1983.

⁷ Gómez J, Martín I, Baztán JJ, Regato P, Formiga F, Abizanda P, Segura A, de Pedro J. Grupos de trabajo de expertos de las sociedades científicas y administraciones sanitarias. Prevención de la dependencia en las personas mayores. Primera conferencia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud en la práctica Clínica en España. Rev Clin Esp. 2008; 208: 361-362.

⁸ Ferrucci L, Guralnick M, Studenski S, Fried LP, Cutler GB, Waltson JD. The Interventions on Frailty Workng Group. J Am Geriatr Soc. 2004; 52: 625-634.

⁹ Baztán JJ. Función y fragilidad: ¿qué tenemos que medir?. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2006; 4: 36-42.

¹⁰ Saliba D, Elliott M, Rubenstein LZ, Solomon DH, Young RT, Kamberg CJ. The vulnerable elders survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. J Am Geriatr Soc. 2001; 49: 1691-1699.

¹¹ Wenger NS, Shekelle P, Davidoff J, Mulrow C. Quality indicators for assessing care of vulnerble elders. Ann Intern Med. 2001; 135: 641-646.

¹² Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.

¹³ <http://www.idescat.cat>

¹⁴ EUROSTAT. Europe in figures. Eurostat Yearbook 2006-2007. ONU; 2007 <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home>.

¹⁵ [http:// www.ine.es](http://www.ine.es)

BIBLIOGRAFIA

- 16 Fernandez Cordon JA. Proyecciones de la población española: Instituto de Economía y geografía. Consejo superior de investigaciones científicas. Madrid,1998.
- 17 Jacobzone S, Cambois E, Chaplain E, Robine J. The health of older persons in OECD countries: is it improving fast enough to compensate for population ageing?', Labour Market and Social Policy Occasional Papers, No 37. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development,1998.
- 18 IMSERSO. Plan de acción para las personas mayores. Madrid: IMSERSO; 2003-2007.
- 19 El sistema sanitario y la atención a las personas en situación de dependencia (Capítulo 6). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. editor: Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005. 467-502.
- 20 Estadística de discapacitats i deficiències. Ampliació de resultats de la Encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud-1999, a Catalunya. Barcelona. Generalitat de Catalunya. Centre d'Estudis Demogràfics; 2003.
- 21 Heathcote CR, Davis BA, Puza BD, O'Neill. TJ.The health expectancies of older Australians. J. Popul. Res. 2003; 20: 169-185.
- 22 Wood R, Sutton M, Clark D, Mckee A, Bain M. Measuring inequalities in health: the case for healthy life expectancy. J Epidemiol Comm Health. 2006; 60: 1089-1092.
- 23 WHO. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100). New York: WHO; 1946.
- 24 Xè Congrés de Metges i Biòlegs de llengua Catalana celebrat a Perpinyà. IIª Ponència: Funció social de la medicina. Actes a l' Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears i al Col·legi Oficial de Biòlegs de Catalunya. Barcelona; 1976.
- 25 Kenne DC. Preventive care for elderly people. Cambridge: Cambridge University Press; 1993.
- 26 Burata V, Frova L, Gargiulo L, Gianicolo E, Prati S, Quattrociochi I. Development of a common instrument for chronic physical conditions . Developing Common Instruments for Health Surveys. Amsterdam: Nosikov, A, Gudex, C. EURHIS, 2003. 21-34.
- 27 Comisió Europea. Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE). <http://www.share-project.org/>
28. Ferraro K, Farmer M. Utility of health data from social surveys: Is there a gold standard for measuring morbidity?. Am Sociol Rev. 1999; 64: 303-315
-

- ²⁹ Persson G, Gunnell Boström G, Alleberck P, Andersson L, Berg S, Johansson L, Thille A. Ch 5. Elderly People's Health- 65 and After. *Scand J Public Health*. 2001; Supl 58: 117-131.
- ³⁰ House JS, Lepkowski JM, Kinney AM, Mero RP, Kessler RC, Herzog AR. The social stratification of aging and health. *J Health Soc Behav*. 1994; 35: 213-234.
- ³¹ Prager E, Walter-Ginzburg A, Blumstein T, Modan B. Gender differences in positive and negative self-assessments of health status in a national epidemiological study of Israeli aged. *J Women Aging*. 1999; 11: 21-41.
- ³² Liang J, Shanw BA, Krause N, Blaun C, Kobayashi E. Changes in functional status among older adults in Japan: Successful and usual aging. *Psychol Aging*. 2003; 18: 684-695.
- ³³ Leinonen R, Heikkinen E, Jylha M. Predictors of decline in self-assessments of health among older people. A 5 years longitudinal study. *Soc Sci Med*. 2001; 52: 1329-1341.
- ³⁴ Salva A. Evolución del proceso de envejecimiento de la población española y análisis de sus determinantes. Barcelona: Fundación Pfizer; 2007
- ³⁵ Vita AJ, Terry RB, Hubert HB, Fries JF. Aging, health risks, and cumulative disability. *N Engl J Med*. 1998; 338: 1035-1041.
- ³⁶ Generalitat de Catalunya. Enquesta de salut de Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 2002.
- ³⁷ Guillén F, Bravo G. Patología del envejecimiento. Indicadores de salud. Editor: Salgado A, Guillén F, Ruipérez I, editors. *Manual de Geriatria*. Barcelona: Masson; 2002, pp 77-88.
- ³⁸ Isaacs B (ed.). *The challenge of geriatric medicine*. Oxford: Oxford University Press; 1992, pp 43-53.
- ³⁹ Comisión Nacional de la Especialidad. Geriatria. Guía de formación de especialistas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Secretaría General Técnica. Subdirección General de Planificación y Ordenación de Recursos Humanos; 1996
- ⁴⁰ Tinetti ME, Inouye SK, Gill TM, Doucette JT. Shared risk factors for falls, incontinence and functional dependence. *JAMA* 1995; 273: 1348-1353.
- ⁴¹ Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, Cooney LM. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized patients. *N Engl J Med*. 1999; 340: 669-676.
- ⁴² González Montalvo JI. Grandes síndromes geriátricos. La tarea de cada día. *Care of the elderly*. Ed. esp. 1994; 69-72.
- ⁴³ Cobbs EL, Duthie EH, Murphy JB, editors. *Geriatrics Review Syllabus*. Barcelona: American Geriatrics Society and Medical Trends S.L., 2001.

BIBLIOGRAFIA

⁴⁴ Valero C, Regalado P, González J, Alarcón MT, Salgado A. Valoración geriátrica integral: diferencias en el perfil de los pacientes de los diferentes niveles asistenciales. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1998; 33: 81-90.

⁴⁵ Creditor MC. Hazards of hospitalization of the elderly. *Ann Intern Med.* 1993; 118: 219-223.

⁴⁶ Luengo C, Maicas L, Navarro MJ, Romero L. Justificación, concepto e importancia de los síndromes geriátricos. Editores: Jiménez MA, Benavent R, Boyano S, Clerencia M, Corujo E, Espauella J, Esteban MJ, Gil P, Jiménez C, Luengo C, Manzarbeitia J, Marañón E, Martínez C, Mesa MP, Miralles R, Muñoz C, Prado F, Rodríguez C, Ruipérez I, San Cristobal E, Veiga F. *Tratado de Geriatria para residentes. Sociedad española de Geriatria y Gerontologia.* Madrid: Internacional Marketing & Communication, SA; 2007. pp 143- 150.

⁴⁷ Bases demográficas: estimación, características y perfiles de las personas en situación de dependencia (Capítulo 1). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. editor. Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005., pp.19-92.

⁴⁸ WHO. Towards an International Consensus on Policy for Long-Term Care of the Aging. Geneva: WHO; 2000.

⁴⁹ Puyol R, Abellán A. Envejecimiento y Dependencia, una mirada al panorama futuro de la población española. Madrid: Mundial Assistance; 2006. pp 73-83.

⁵⁰ Granger CV, Albrecht GL, Hamilton BB. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: Measurement by PULSES profile and the Barthel index. *Arch Phys Med Rehabil* 1979; 60:145-54.

⁵¹ Puga MD, Abellán A. El proceso de discapacidad: un análisis de la encuesta sobre Discapacidades. Deficiencias y Estado de Salud. Alcobendas: Fundación Pfizer; 2004.

⁵² Rubio R. ¿Cuándo comienza la dependencia en el mayor?. *Geriatrica.* 2003; 19: 289-296.

⁵³ Sitjas E, San José A, Armadans L, Munder X, Vilardell M. Factores predictores del deterioro funcional geriátrico. *Aten Primaria.* 2003; 32: 282-287.

⁵⁴ Cambois E, Robine JM, Hayward MD. Social inequalities in disability-free life expectancy in the French male population, 1980-1991. *Demography.* 2001; 38: 513-524.

⁵⁵ Penning MJ, Strain LA. Gender differences in disability, assistance, and subjective well-being in later life. *J Gerontol.*1994; 49: 202-208.

⁵⁶ Fundació Institut Català de l'Envel·liment (FICE): Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España. Madrid: Edad y Vida; 2005.

-
- ⁵⁷ Generalitat de Catalunya. Libre Blanc de la gent gran amb dependència: repensar l'atenció a la gent gran amb dependència. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2005.
- ⁵⁸ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES). Madrid: IMSERSO, INE, F. ONCE; 1999.
- ⁵⁹ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud. Madrid: INE – MSC; 2009.
- ⁶⁰ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud. Madrid: INE – MSC; 2006
- ⁶¹ Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) Apoyo informal a las personas mayores. Estudio 4.178. Madrid. IMSERSO, 2004.
- ⁶² Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). La soledad en las personas mayores, estudio nº 2279. Madrid: IMSERSO-CIS; 1998.
- ⁶³ IMSERSO. Encuesta de condiciones de vida de los mayores. Estudio 2.647. Madrid: IMSERSO-CIS; 2006.
- ⁶⁴ Lucas R, March J, Salvà A. Qualitat de vida de les persones grans a Catalunya. Institut de l'envelliment.UAB, Barcelona: Publigat scp; 2007.
- ⁶⁵ Béland F, Zunzunegui M.V. El perfil de las incapacidades funcionales en las personas mayores. Rev Gerontolog.1995; 232-244.
- ⁶⁶ Estudio sobre las necesidades de atención socio-sanitaria de las personas mayores en el municipio de Móstoles. Madrid: Fundación Caja Madrid;1994.
- ⁶⁷ Eiroa P, Vazquez-Vizoso FL, Veras F. Discapacidades y necesidades de servicios en las personas mayores detectadas en la encuesta de salud OARS- Vigo. Med. Clin.1996; 106: 641-648.
- ⁶⁸ Martínez de la Iglesia J, Espejo J, Rubio V, Enciso I, Zunzunegui MV, Aranda JM. Valoración funcional de personas mayores de 60 años que viven en una comunidad urbana. Proyecto ANCO. Aten Primaria. 1997; 20: 475-484.
- ⁶⁹ Zunzunegui MV, García de Yébenes MJ, Forster M, Aguilar Conesa MD, A Rodríguez Laso, Otero A. Solicitudes de modelos multinivel para el análisis de datos longitudinales. Rev Esp Salud Publica. 2004; 78 (2) :177-88.
- ⁷⁰ Lázaro A, Rubio E, Sánchez A, García JC. Capacidad funcional para las actividades de vida diaria en las personas mayores que acudieron a centros de convivencia en Zaragoza capital en 2005. Rev Esp Salud Public. 2007; 81: 625-636.
- ⁷¹ Guterrez J, Perez T, Fernandez M, Alonso M, Iglesias M, Solano J. Incapacidad funcional en una población de ancianos en el medio comunitario. Madrid: Mafre Medicina. 2001; 12-14.
-

BIBLIOGRAFIA

⁷² Rodríguez E, Corpas C; Pérez I; Magro A; López MA; Costero A. Prevalencia de ancianos de riesgo en la ZBS rural de Budia. *Semergen*.1999; 25: 295-300.

⁷³ Ruigómez JA. Validez de la medida de la capacidad funcional a través de las actividades básicas de la vida diaria en la población anciana. *Rev Gerontolog*.1996; 215-223.

⁷⁴ Consorci sanitari de Barcelona. Agencia de Salut Pública. Enquesta de Salut de Barcelona. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 2000.

⁷⁵ Waidmann TA, Liu K. Disability trends among elderly persons and implications for the future. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2000; 55: 298-307.

⁷⁶ Kramer M. The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. *Acta Psychiatr Scand*. 1980; 62: 382-397.

⁷⁷ Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med*. 1980; 303: 130-135.

⁷⁸ Fries JF. Strategies for reduction of morbidity. *Am J Clin Nutr*. 1992; 55: 1257-1262.

⁷⁹ Harman D. Aging: overview. *Ann N Y Acad Sci*. 2001; 928: 1-21.

⁸⁰ Manton KG, Corder LS, Stallard E. Monitoring changes in the health of the U.S. elderly population: correlates with biomedical research and clinical innovations. *FASEB J*. 1997; 11: 923-930.

⁸¹ Manton KG, Gu X. Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2001; 98: 6354-6359.

⁸² Waidmann TA, Liu K. Disability trends among elderly persons and implications for the future. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2000; 55: 298-307.

⁸³ Freedman VA, Martin LG, Schoeni RF. Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States: a systematic review. *JAMA*. 2002; 288: 3137-3146.

⁸⁴ Rickayzen B.D, Walsh DE. A multi-state model of disability for the united kingdom: implications for future need for long-term care for the elderly. *British Actuarial J*, 8, 2, 2002; 341-393.

⁸⁵ Manton KG, Gu X, Lowrimore GR. Cohort changes in active life expectancy in the U.S. elderly population: experience from the 1982-2004 National Long-Term Care Survey. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2008; 63: 269-281.

⁸⁶ Manton KG. Recent declines in chronic disability in the elderly U.S. Population: risk factors and future dynamics. *Annu Rev Public Health*. 2008; 29: 91-113.

- ⁸⁷ Otero A, Zunzunegui MV, Rodríguez-Laso A, Aguilar MD, Lázaro P. Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. *Rev. Esp. Salud Publica.* 2004; 78: 201-213.
- ⁸⁸ Zunzunegui MV, Núñez O, Durban M, García de Yébenes MJ, Otero A. Decreasing prevalence of disability in activities of daily living, functional limitations and poor self-rated health: a 6-year follow-up study in Spain. *Aging. Clin Exp Res.* 2006; 18: 352-358.
- ⁸⁹ Fried LP, Banden-Roche K, Kasper JD, Guralnik JM. Association of Comorbidity with Disability in oldre Women: The Women's Health and Aging Study. *J Clin Epidemiol* 1999; 52: 27-37.
- ⁹⁰ Ford AB, Folmar SJ, Salmon RB, Medalie JH, Roy AW, Galazka SS. Health and function in the old and very old. *J Am Geriatr Soc.* 1988; 36: 187-197.
- ⁹¹ Ferrucci L, Guralnik JM, Simonsick E, Salive ME, Corti C, Langlois J. Progressive versus catastrophic disability: a longitudinal view of the disablement process. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 1996; 51: 123-130.
- ⁹² Guralnik JM, Ferrucci L, Balfour JL, Volpato S, Di Iorio A. Progressive versus catastrophic loss of the ability to walk: implications for the prevention of mobility loss. *J Am Geriatr Soc.* 2001; 49: 1463-1470.
- ⁹³ Fried LP. Frailty in older adults: evidence of a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001; 56 :146-156.
- ⁹⁴ Buchner DM, Wagner EH. Preventing frail health. *Clin Geriatr Med.* 1992; 8: 1-17.
- ⁹⁵ Alarcón T, Bárcena A, González-Montalvo JI, Peñalosa C, Salgado A. Factors predictive of outcome on admission to an acute geriatric ward. *Age Ageing.* 1999; 28: 429-432.
- ⁹⁶ Report of the Council on scientific affairs: American Medical Association. White paper on elderly hearth. *Arch Intern Med.* 1990; 150: 2459-2472.
- ⁹⁷ Tenntedt SL, McKinlay JR, Sullivan LM. Informal care for frail elders: The role of secondary caregivers. *Gerontologist.* 1989; 29: 677-683.
- ⁹⁸ Abizanda P, Romero L, Luengo C. Uso apropiado del término fragilidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005; 40: 58-59.
- ⁹⁹ Selva A, Vilardell M. Fragilidad, actualización de un concepto relevante en la geriatría moderna. *Año gerontológico.* 2004; 18: 53-59.
- ¹⁰⁰ Topinková E. Aging, disability and frailty. *Ann Nutr Metab.* 2008; 52 Suppl 1: 6-11.
- ¹⁰¹ Rothman MD, Leo-Summers L, Gill TM. Prognostic significance of potential frailty criteria. *J Am Geriatr Soc.* 2008; 56: 2211-2116.
- ¹⁰² Woods NF, LaCroix AZ, Gray SL, Aragaki A, Cochrane BB, Brunner RL, Masaki K, Murray A, Newman AB. Women's Health Initiative.Frailty: emergence and

BIBLIOGRAFIA

consequences in women aged 65 and older in the Women's Health Initiative Observational Study. *J Am Geriatr Soc.* 2005; 53: 1321-1330.

¹⁰³ Fried LP, Walston J. Frailty and failure to thrive. Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH, Jr Halter JB, Ouslander J. editors. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology* 4th ed. New York: McGraw Hill; 1998. pp 1387-1402.

¹⁰⁴ Raphael D, Cava M, Brown I, Renwick R, Heathcote K, Weir N, Wright K, Kirwan L. Frailty: a public health perspective. *Can J Public Health.* 1995; 86: 224-227.

¹⁰⁵ Boyd CM, Xue QL, Simpson CF, Guralnik JM, Fried LP. Frailty, hospitalization, and progression of disability in a cohort of disabled older women. *Am J Med.* 2005; 118: 1225-1231.

¹⁰⁶ Espinosa O. M. Enfoques, Teorías y Nuevos Rumbos del Concepto Calidad de Vida. Versión digital www.naya.org.ar/congreso2000/ponencias/Oscar-Mauricio-espinosa.htm.

¹⁰⁷ WHO. Report of WHOQOL. Focus Group Work. Geneve: WHO; 1993.

¹⁰⁸ Gómez M, Sabeh N. Calidad de vida: Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Salamanca: INICO; 2000.

¹⁰⁹ Bowling A, Windsor J. Towards the good life: a population survey of dimensions of quality of life. *J Happiness Stud.* 2001; 2: 55-81.

¹¹⁰ Berjano E. Dependencia y calidad de vida en las personas mayores. *Rev Mult Gerontol* 2005; 15: 144-154.

¹¹¹ Murphy K, Cooney A, Shea EO, Casey D. Determinants of quality of life for older people living with a disability in the community. *J Adv Nurs.* 2009; 65: 606-615.

¹¹² Netuveli G, Blane D. Quality of life in older ages. *Br Med Bull.* 2008; 85:113-126.

¹¹³ Lawton MP. Quality of life in chronic illness. *Gerontology.* 1999; 45: 181-183.

¹¹⁴ Blane D, Netuveli G, Montgomery SM. Quality of life, health and physiological status and change at older ages. *Soc Sci Med.* 2008; 66: 1579-1587.

¹¹⁵ Rizzo JA, Sindelar JL. Linking Health-Related quality-of-Live Indicators to large National Data sets. *Pharmacoeconomics.*1999; 16: 473-482.

¹¹⁶ Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *BMJ.* 1992, 31; 305: 1074-1077.

¹¹⁷ Davin B, Paraponaris A, Verger P. Demographic and socioeconomic factors associated with needs for home assistance among community-dwelling elderly: a study from the French Home Survey handicaps-Disabilities-Dependence. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2005; 53: 509-524.

¹¹⁸ IMSERSO. Plan Gerontológico. Madrid: IMSERSO; 1993.

- ¹¹⁹ Berjano E. Dependencia y calidad de vida en las personas mayores. *Rev mult gerontol.* 2005; 15: 144-154.
- ¹²⁰ Lopez Pousa S, Pujol-Gómez C. Registros de demencias: situación actual en Cataluña. *Rev Neurol.* 1998; 27: 96-101.
- ¹²¹ Pi J, Olivé JM, Roca J, Masana L. Prevalence of dementia in a semi-rural population of Catalunya, Spain. *Neuroepidemiology.* 1996; 15: 33-41.
- ¹²² Lopez Pousa S, Llinèa J, Vilalta J, Lozano Fernández R. Prevalència de demència en Girona. *Neurplogia.* 1995; 10: 89-93.
- ¹²³ Martínez J, Espejo J, Rubio V, Enciso I, Zunzunegui MV, Aranda JM. Evaluación cognitiva en ancianos. Datos normativos de una muestra de población española mayor de 70 años. *Med Clin.* 2004; 122: 727-740.
- ¹²⁴ Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficits in the elderly. *J Am Geriatr Soc.* 1975; 23: 433-441.
- ¹²⁵ Miralles R, Esperanza A. Anexo 1: Instrumentos y escalas de valoración. Editores: Jiménez MA, Benavent R, Boyano S, Clerencia M, Corujo E, Espauella J, Esteban MJ, Gil P, Jiménez C, Luengo C, Manzarbeitia J, Marañón E, Martínez C, Mesa MP, Miralles R, Muñoz C, Prado F, Rodríguez C, Ruipérez I, San Cristobal E, Veiga F. *Tratado de Geriatria para residentes.* Sociedad española de Geriatria y Gerontologia. Madrid: Internacional Marketing & Communication, SA. 2007; pp. 771-789.
- ¹²⁶ Dalton JE, Pederson SL, Blom BE, Holmes NR. Diagnostic errors using the Short Portable Mental Status Questionnaire with a mixed clinical population. *J Gerontol.* 1987; 42: 512-514.
- ¹²⁷ Erkinjuntti T, Sulkava R, Wikström J, Autio L. Short Portable Mental Status Questionnaire as a screening test for dementia and delirium among the elderly. *J Am Geriatr Soc.* 1987; 35: 412-416.
- ¹²⁸ Gonzalez-Montalvo JI, Rodríguez L, Ruipérez I. Validación del cuestionario de Pfeiffer y la escala de incapacidad mental de la Cruz Roja en la detección de deterioro mental en los pacientes externos de un servicio de geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1992; 129-133.
- ¹²⁹ Martínez J, Dueñas R, Onís M, Aguado C, Albert C, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin.* 2001; 117: 129-134.
- ¹³⁰ Lobo A, Sanz P, Marcos G. Grupo Zarademp. Madrid: TEA Ediciones S.A; 2002.
- ¹³¹ Folstein MF, McHugo PR. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-198.

BIBLIOGRAFIA

- ¹³² Isaacs B, Kennie AT. The Set test as an aid to the detection of dementia in old people. *Br J Psychiatry*. 1973; 123: 467-470.
- ¹³³ Cacho J, Garcia R. Evaluación psicométrica del test del dibujo del reloj en la Enfermedad de Alzheimer. *Neurologia*. 1996; 11: 364.
- ¹³⁴ Cacho J, García-García R, Arcaya J, Gay J, Guerrero-Peral AL, Gómez-Sánchez JC, Vicente JL. El test del reloj en ancianos sanos. *Rev Neurol* 1996; 24: 1525-1528.
- ¹³⁵ WHO. Depression. Internet. Geneva: WHO; 2007.
- ¹³⁶ Blazer DG. Depression in late life: Review and Comentary. *J Gerontol A Biol Sci Med*. 2003; 58: 249-265.
- ¹³⁷ Beyer JL. Managing depression in geriatric populations. *Ann Clin Psychiatry*. 2007; 19: 221-238.
- ¹³⁸ Wasylenki D. Depression in the elderly. *Can Med Assoc J*. 1980; 122: 525-540.
- ¹³⁹ Casey DA. Depression in the elderly. *South Med J*. 1994; 87: 559-563.
- ¹⁴⁰ Copeland JR, Beekman AT, Braam AW, Dewey ME, Delespaul P, Fuhrer R, Hooijer C, Lawlor BA, Kivela SL, Lobo A, Magnusson H, Mann AH, Meller I, Prince MJ, Reischies F, Roelands M, Skoog I, Turrina C, deVries MW, Wilson KC. Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World Psychiatry*. 2004; 3: 45-49.
- ¹⁴¹ Akhtar-Danesh N, Landeen J. Relation between depression and sociodemographic factors. *International. Int J Ment Health Syst*. 2007; 1: 4
- ¹⁴² Sheik JL, Yesavage JA. Geriatric depression scales: recent evidence and development of a shorter version. *Clin Geront*. 1986; 5: 165-173.
- ¹⁴³ Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1982-1983; 17: 37-49.
- ¹⁴⁴ Shelk JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. Brink TL, editor. *Clinical Gerontology: Guide to assessment and intervention*. New York: Haworth Press; 1986.
- ¹⁴⁵ Martí D, Miralles R, Llorach I, García-Palleiro P, Esperanza A, Guillem J, Cervera AM. Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2000; 35: 7-14.
- ¹⁴⁶ Salamero M, Marcos T. Factor study of the Geriatric Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1992; 86: 283-286.
- ¹⁴⁷ Martínez J, Onís MC, Dueñas R, Albert C, Aguado C, Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *MEDIFAM*. 2002; 12: 620-630.
-

- ¹⁴⁸ Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960; 23: 56-62.
- ¹⁴⁹ Biggs JT, Wylie LT, Ziegler VE. Validity of the Zung Self-rating Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1978; 132: 381-385.
- ¹⁵⁰ Pirlich M, Lochs H. Nutrition in the elderly. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2001; 15: 869-884.
- ¹⁵¹ Gariballa SE, Sinclair. AJ. Nutrition, ageing and ill health. *Br J Nutr*. 1998; 80: 7-23.
- ¹⁵² Carbajal A, Varela-Moreiras G, Ruiz-Roso B, Perea I, Moreiras O. Nutrición y salud de las personas de edad avanzada en Europa: Euronut-SENECA. Estudio en España. 3. Estado nutritivo: antropometría, hematología, lípidos y vitaminas. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1993; 28: 230-242.
- ¹⁵³ Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature--What does it tell us?. *J Nutr Health Aging*. 2006;10: 466-487.
- ¹⁵⁴ Garcia P, Cuerda C, Cambor M, Bretón I, Valoración nutricional en el anciano:L Aspectos prácticos. *Res ESP Geriatr Gerontol*. 2000; 35: 2-8.
- ¹⁵⁵ UK Nutritional Epidemiology Group. Checklist for the methods section of dietary investigations. *Br J Nutr*. 1993; 69: 935-940.
- ¹⁵⁶ Alastrué A, Rull M, Camps I, Ginesta C, Melus MR, Salvá JA. Nuevas normas y consejos en la valoración de los parámetros antropométricos en nuestra población: índice adiposo-muscular, índices ponderales y tablas de percentiles de los datos antropométricos útiles en una valoración nutricional. *Med Clin*. 1988; 91: 223-236.
- ¹⁵⁷ González-Hermoso F, Porta RM, Herrero A. Resultados del estudio antropométrico de la población canaria adulta. 1985-1987. *Nutr Hosp*. 1990; 4: 238-248.
- ¹⁵⁸ Esquius M, Schwartz S, López-Hellín J, Andreu AL, García E. Parámetros antropométricos de referencia en la población anciana. *Med Clin*. 1993; 100: 692-698.
- ¹⁵⁹ SENECA. Nutrition and the elderly in Europe. Follow-up study and longitudinal analysis. *Eur J Clin Nutr*. 1996; 50 suppl 2: 1-127.
- ¹⁶⁰ Serra J, Salvá A, Angels M, Tarin G, Lloveras G. Cribado de la desnutrición en las personas mayores. *Med Clin*. 2001; 116 Supl: 35-39.
- ¹⁶¹ Salas J; Rubio MA; Barbany M; Moreno B. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin*. 2007; 128: 184-196.
- ¹⁶² Ham RS. Indicators of poor nutritional status in olders americans. *Am Farm Physician*. 1992; 45: 219-228.

BIBLIOGRAFIA

- 163 Reilly EN, Martineau JK, Moran A, Kennedy H. Nutritional screening evaluation and implementation of a simple nutritional risk score. *Clin Nutr.* 1995; 14: 269-274.
- 164 Vellas B, Lauque S, Andrieu S, Nourhashemi F, Rolland Y, Baumgartner R. Nutrition assessment in the elderly. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2001; 4: 5-8.
- 165 Guigoz Y, Lauque S, Vellas BJ. Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. *Med Clin Geriatr.* 2002; 18:737-57.
- 166 Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, Jeejeebhoy KN. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 1987;11: 8-13.
- 167 Barbosa-Silva MC, Barros AJ. Indications and limitations of the use of subjective global assessment in clinical practice: an update. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2006, 9 : 263-269.
- 168 Mitchell D. Dietary intake assessed by the Nutrition Screening Initiative Level II Screen is a sensitive but not a specific indicator of nutrition risk in older adults. *J Am Diet Assoc.* 2002; 102 : 842-844
- 169 de Groot LC, Beck AM, Schroll M, van Staveren WA. Evaluating the DETERMINE Your Nutritional Health Checklist and the Mini Nutritional Assessment as tools to identify nutritional problems in elderly Europeans. *Eur J Clin Nutr.* 1998; 52: 877-883.
- 170 Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutrit Surv Elderly.* 1996; 54: 59-65.
- 171 Nourhashémi F, Andrieu S, Gillette-Guyonnet S, Vellas B, Albarède JL, Grandjean H. Instrumental activities of daily living as a potential marker of frailty: a study of 7364 community-dwelling elderly women (the EPIDOS study). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001; 56: 448-453.
- 172 Xue QL, Fried LP, Glass TA, Laffan A, Chaves PH. Life-space constriction, development of frailty, and the competing risk of mortality: the Women's Health And Aging Study I. *Am J Epidemiol.* 2008; 167: 240-248.
- 173 Barber JH, Wallis JB, McKeating E. A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. *J R Coll Gen Pract.* 1980; 30: 49-51.
- 174 Larizgoitia A, Larizgoitia I. Adaptación en nuestro medio de una encuesta para la detección de ancianos de riesgo de dependencia. *Rev Gerontol* 1996; 6: 224-231.
- 175 Suárez T, Martín M, Alarcón MT, Molina A, Cordero N, Vázquez I. Detección del riesgo sociosanitario en la población mayor de 70 años de un centro de salud. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996; 31 Supl: 202.
- 176 Williams E. *Caring for elderly people in the community.* 2ª ed. London: Chapman & Hall; 1989. pp 128-139.
-

-
- ¹⁷⁷ Katz S, Fordn AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW, Cleveland JMA. Studies of illness in the Aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963; 185: 914-919.
- ¹⁷⁸ Goldberg M, Dab W, Chaperon J, Fuhrer R, Grémy F. Indicators of health and "sanometrie": conceptual aspects of recent research on measuring the state of health of a population. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 1979; 27: 133-152.
- ¹⁷⁹ Regalado PJ, Valero C, González J, Salgado A. Las escalas de la Cruz Roja veinticinco años después: estudio de su validez en un servicio de Geriatria. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1997; 32: 93-99.
- ¹⁸⁰ Duke Oars. Multidimensional functional assessment: the OARS methodology. 2^a ed. Durham: Duke University, Center for the Study of Aging and Human Development; 1978.
- ¹⁸¹ Madruga F, Castellote FJ, Serrano F, Pizarro A, Luengo C, Jiménez EF. Índice de Katz y escala de Barthel como indicadores de respuesta funcional en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1992; 27: 130.
- ¹⁸² Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med*. 1965; 14: 61-65.
- ¹⁸³ Bertrán J, Pasarín A. La escala de Barthel en la valoración funcional de los ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1992; 27: 135.
- ¹⁸⁴ Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristobal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1993; 28: 32-40.
- ¹⁸⁵ Dowell Mc, Newell C. The Barthel Index. A guide to rating scales and questionnaires. 2^o ed, Oxford: Oxford University Press; 1996. pp 56-63.
- ¹⁸⁶ Activities of daily living. Burus A, Lawlor B, Craig S. *Assessment Scales in Old Age Psychiatry*. London: Martin Dunitz Ltd; 1999.
- ¹⁸⁷ Kane RA, Kane RL. *Assessing the elderly. A practical guide to measurement*. Lexington: Lexington Books; 1981.
- ¹⁸⁸ Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969; 9: 179-186.
- ¹⁸⁹ Spector WD, Fleishman JA. Combining Activities of Daily Living with Instrumental Activities of Daily Living to measure functional disability. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1998; 53: 46-57.
- ¹⁹⁰ Sager MA, Rudberg MA, Jalaluddin M, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, Siebens H, Winograd CH. Hospital admission risk profile (HARP): identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. *J Am Geriatr Soc*. 1996; 44: 251-257.
-

BIBLIOGRAFIA

¹⁹¹ Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. A comparative review of generic quality-of-life instruments. *Pharmacoeconomics*. 2000; 17: 13-35.

¹⁹² Hickey A, Barker M, McGee H, O'Boyle C. Measuring health-related quality of life in older patient populations: a review of current approaches. *Pharmacoeconomics*. 2005; 23: 971-993.

¹⁹³ Grup WHOQOL. Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*. 1998; 28: 551-558.

¹⁹⁴ Lucas R. La revisioón española del WHOQOL. Barcelona: Ediciones Ergón; 1998.

¹⁹⁵ Bowling A. The effects of illness on quality of life. *J Epidemiol Community Health*. 1996; 50: 149-155.

¹⁹⁶ Buys LR. Life in a retirement village: implications for contact with community and village friends. *Gerontology*. 2001; 47: 55-59.

¹⁹⁷ Power E, Walter-Ginzburg A, Blumstein T, Modan B. Development of the WHOQOL-OLD module. *Qual Life Aged*. 2005; 14: 2197-2214.

¹⁹⁸ Sartorius N. The econòmic and social burden of depression. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62 Supl 15: 8-11.

¹⁹⁹ EuroQol Group. EuroQol A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. 1990; 16: 199-208.

²⁰⁰ Brooks R, with the EuroQol Group. EuroQol: the current state of play. *Health Policy*. 1996; 37: 53-72.

²⁰¹ Badia X, Fernández E, Segura A. Influence of socio-demographic and health status variables on evaluation of health states in a Spanish population. *Eur J Public Health*. 1995; 5: 87-93.

²⁰² Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versió española del EuroQol: descripció y aplicaciones. *Med Clin*. 1999; 112 Supl 1: 79-86.

²⁰³ Badia X, Herdman M, Schiaffino A. Determining correspondence between scores on the EQ-5D "thermometer" and a 5-point categorical rating scale. *Med Care*, 1999; 37: 671-677.

²⁰⁴ Badia X, Montserrat S, Roset M, Herdman M. Feasibility, validity and test-retest reliability of scaling methods for health states: the visual analogue scale and the time trade-off. *Qual Life Res*. 1999; 8: 303-310.

²⁰⁵ Roset M, Badia X, Mayo NE. Sample size calculations in studies using the EuroQol 5D. *Qual Life Res*. 1999; 8: 539-549.

²⁰⁶ Anderson RT, Aaronson NK, Wilkin D. Critical review of the international assessments of health-related quality of life. *Qual Life Res*. 1993; 2: 369-395.

- ²⁰⁷ Uyl-de Groot CA, Rutten FFH, Bonsel GJ. Measurement and valuation of quality of life in economic appraisal of cancer treatment. *Eur J Cancer*. 1994; 30: 111-117.
- ²⁰⁸ Van Agt HME, Essinck-Bot ML, Krabbe PFM. Test-retest reliability of health state valuations collected with the EuroQol questionnaire. *Soc Sci Med*. 1994; 39: 1537-1544.
- ²⁰⁹ Dorman PJ, Dennis M, Sandercock P, on behalf of the United Kingdom Collaborators in the International Stroke Trial Newcastle Gen Hosp, Newcastle upon Tyne, UK. How do scores on the EuroQol relate to scores on the SF-36 after stroke?. *Stroke*. 1999; 30: 2146-2151.
- ²¹⁰ Benítez MA, Hernández P, de Armas J, Barreto J, Rodríguez H. Functional classification of the elderly in primary health care: proposed method. *Aten Primaria*. 1995; 15: 548-554.
- ²¹¹ Morán, E. Editor: Rodríguez Cabrero G. La protección social de la dependencia. Madrid: IMSERSO; 1999. pp 650.
- ²¹² Jiménez A. La discapacidad en España: datos estadísticos: aproximación desde la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud de 1999. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad; 2003. pp 196.
- ²¹³ Azpiazu M, Cruz A, Villagrasa JR, Abanades JC, García N, Álvarez C. Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. *Aten Primaria*. 2003; 31:285-94.
- ²¹⁴ INE. Encuesta de Presupuestos Familiares. Madrid: INE. Base; 2001.
- ²¹⁵ Crossett J.H. W.Crossett,J.H; The BestIs Yetto Be: Preventing, Detecting, and Treating Depressionin Older Women. *JAMA*. 2004; 59: 210-215.
- ²¹⁶ Sepúlveda D, Martín-Peces B, Jiménez MP, Urbina J, Ruipérez I. Perfil del anciano frágil en la población rural de Guadalajara. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1995; 30 Supl: 20.
- ²¹⁷ Martin M, Suarez T, Molina A. El anciano frágil en la comunidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol*.1997; 32: 39-45.
- ²¹⁸ Valderrama E, Pérez J. Prevalencia de anciano frágil o de riesgo en el medio rural. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1998; 33: 272-276.
- ²¹⁹ Somogyi-Zalud E, Zhong Z, Lynn J, Hamel MB. Elderly person's last six months of life: findings from the Hospitalized Elderly Longitudinal Project Estudi (HELP). *J Am Geriatr Soc*. 2000; 48: 131-139.
- ²²⁰ Volpato S, Onder G, Cavalieri M, Guerra G, Sioulis F, Maraldi C, Zuliani G, Fellin R. Characteristics of nondisabled older patients developing new disability associated with medical illnesses and hospitalization. *J Gen Intern Med*. 2007; 22: 668-674.

BIBLIOGRAFIA

²²¹ Robertson MC, Campbell AJ, Gardner MM, Devlin N. Preventing injuries in older people by preventing falls: a meta-analysis of individual-level data. *J Am Geriatr Soc.* 2002; 50: 905-911.

²²² Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; 15: 340.

²²³ Badia X, Fernández E, Segura A. Influence of socio-demographic and health status variables on evaluation of health states in spanish population. *European J. Pub. Health.* 1995; 5:82-93.

²²⁴ Kind P, Dolan P, Gudex C, Williams A. Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey. *BMJ* 1998; 316: 736-41.

²²⁵ Azpiazu M, Cruz A, Villagrasa JR, Abadanes JC, Carcía N, Alvear F. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp. Salud Pub.* 2002; 76: 683-699.

²²⁶ Berjano E, Ariño A, Llopis R. La dependencia en la comunidad Valenciana. Aspectos psicosociales. Universitat de València. Conselleria de Benestar Social. València: Generalitat Valenciana, 2004.