

ISSN: 1130-2887

ISSN electrónico: 2340-4396

DOI: <http://dx.doi.org/10.14201/alh2015711736>

FACTORES DE RIESGO DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL EN LAS PERSONAS MAYORES CHILENAS Y CONSECUENCIAS EN EL CUIDADO INFORMAL

*Risk factors of dependency of Chilean older adults
and consequences on informal caregiving*

María Consuelo CHEIX DIÉGUEZ

Instituto de Sociología, Pontificia Universidad Católica de Chile

✉ mccheix@uc.cl

María Soledad HERRERA PONCE

Instituto de Sociología, Pontificia Universidad Católica de Chile

✉ mherrepo@uc.cl

María Beatriz FERNÁNDEZ LORCA

Instituto de Sociología, Pontificia Universidad Católica de Chile

✉ mrfernan@uc.cl

Carmen BARROS LEZAETA

Instituto de Sociología, Pontificia Universidad Católica de Chile

✉ cbarros@uc.cl

BIBLID [2340-4396 (2015) 71, 17-36]

Fecha de recepción: 18 de julio del 2014

Fecha de aceptación y versión final: 6 de octubre de 2015

RESUMEN: A partir de la Encuesta Nacional de Dependencia en Personas Mayores en Chile del año 2009, se caracteriza a las personas dependientes y se aplican modelos de regresión logística multivariada para estimar los factores asociados a experimentar dependencia. Además de la edad y la presencia de enfermedades, hay otros factores que se asocian con mayor prevalencia de dependencia, tales como el nivel educacional, la calidad de las relaciones familiares y la realización de actividades como ejercicio físico o lectura. También se caracteriza y se describe el nivel de bienestar de los cuidadores informales de personas dependientes. El estrés del cuidador informal es expresado tanto por un incremento en los sentimientos depresivos y de sobrecarga, como también por

un empeoramiento de la salud física. Los cuidadores suelen ser mujeres, de edad avanzada y con niveles educativos bajos, lo que intensifica aun más el contexto de vulnerabilidad de este grupo.

Palabras clave: dependencia funcional; personas mayores; cuidadores informales; apoyo; Chile.

ABSTRACT: Based on the 2009 National Survey of Elderly Dependency we characterize older people who are dependent in Chile, and we compute multivariate logistic regression models to assess the factors associated with dependency. In addition to age and the presence of diseases, there are other factors that are associated with increased prevalence of dependence, such as educational level, quality of family relationships and conducting activities such as physical exercise and reading. We also characterize and describe the level of well-being of the informal caregivers of the dependent persons. Stress informal caregiver is expressed both by an increase in depressive feelings and overload, as well as by a deterioration of physical health, who also tend to be women, older, low educational levels, intensifying further vulnerability context of this group.

Key words: dependency; older people; informal caregivers; support.

I. INTRODUCCIÓN¹

El progresivo envejecimiento de la población es una tendencia que se produce a nivel mundial como consecuencia de las transiciones demográficas y epidemiológicas que han llevado a una reducción en la fecundidad y mortalidad, con un consecuente incremento de las expectativas de vida, la longevidad y, en definitiva, la proporción de personas mayores en relación al total de la población (CEPAL 2011).

En el caso de América Latina en general, y de Chile en particular, el proceso de cambio demográfico que tiene como consecuencia principal el progresivo envejecimiento de la población tiene dos rasgos especialmente destacables. En primer lugar se ha dado un proceso muy rápido aunque heterogéneo entre países, regiones, clases sociales y género; y, en segundo lugar, se produce sin que los países hayan aún alcanzado el desarrollo económico (CEPAL 2011). Chile se encuentra en una etapa más avanzada de la transición demográfica, observándose que entre los años 1960 y 2000 el país redujo a más de la mitad su tasa de crecimiento poblacional, de 2,47 a 1,1 anual, proyectándose una disminución hasta llegar a 0,2 para el quinquenio 2050/2055. De igual forma, la esperanza de vida al nacer aumentó de 54,8 años en el quinquenio 1950/1955 a 77,9 en el quinquenio 2000/2005; lo que representa un aumento de 23 años, aunque posteriormente la ganancia de mayores años de vida se hace más lenta.

1. Este artículo es producto de un estudio financiado por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica del Gobierno de Chile-CONICYT, a través del proyecto FONDECYT 1120331 «Eventos estresantes que ocurren al envejecer: cómo las relaciones familiares y los recursos sociales moderan el impacto en el bienestar de los mayores». También se contó con financiamiento del Concurso de Investigación Adulto Mayor y Envejecimiento VRI-Pontificia Universidad Católica de Chile. Los autores agradecen los comentarios y las sugerencias de dos evaluadores anónimos de *América Latina Hoy*, *Revista de Ciencias Sociales*, a la primera versión de este artículo.

Asimismo, cabe preguntarse cómo son los años de vida que se ganan producto del aumento en la esperanza de vida. Si bien se estima que a los 65 años el 79,3% de los años que se espera que vivan serían saludables, esto cambiaría a partir de los 85 años, donde sólo el 48,9% de los años restantes serían saludables (OPS/INTA 2005). Esto significa que muchas veces estas personas no serán capaces de desempeñar por sí mismas las actividades de la vida cotidiana y deberán depender de otras personas para realizarlas, encontrándose en lo que se conoce como «situación de dependencia».

Esto lleva a que un porcentaje importante de las personas mayores, particularmente alto en los mayores de 80 años, presenten una necesidad significativa de ayuda de terceros para la realización de sus actividades cotidianas, cuidado que normalmente es provisto por parte de los miembros de la familia. Así, se presenta un desafío adicional para la sociedad, dado que la tarea de cuidado recae principalmente sobre las hijas o esposas, en un contexto de progresiva incorporación de la mujer al mercado laboral. Esto limita su capacidad de proveer ayuda a los familiares que así lo requieren, provocando ansiedad, fatiga y depresión por la sobrecarga que experimenta el cuidador.

En este contexto es necesario enfocar la mirada sobre los factores de riesgo asociados a la dependencia funcional en personas mayores, tales como características de los individuos (nivel educacional y salud, entre otros) y de sus familias (nivel de ingresos y calidad de las relaciones) a fin de identificar posibles focos de intervención que permitan prevenir o disminuir los eventuales deterioros asociados al envejecimiento individual. Este es el primer objetivo de este artículo.

Asimismo, es necesario analizar el nivel de bienestar que tienen los cuidadores, lo que constituye el segundo objetivo de este artículo. Si bien en muchas ocasiones la tarea de cuidar a un familiar mayor es compartida por varios miembros de la familia, no es menos cierto que en la mayoría de los casos es una única persona la que asume la mayor responsabilidad de los cuidados. Este cuidador principal suele dedicar gran parte de su tiempo para satisfacer las necesidades de la persona dependiente, readaptando su rutina y renunciando muchas veces a desarrollar una vida personal plena, lo que lo ubica en una situación de alta vulnerabilidad y estrés, lo que a su vez puede tener efectos adversos sobre la propia persona mayor. La sobrecarga del cuidador puede desencadenar situaciones de maltrato y abuso, siendo aún un desafío pendiente en nuestra sociedad establecer intervenciones idóneas para mantener la calidad de vida y bienestar no sólo de la persona que requiere cuidado, sino también de quien lo ofrece.

II. FUENTE DE DATOS

Se utilizan los datos de la Encuesta Nacional de Dependencia en las Personas Mayores realizada el año 2009 (EDPM2009), aplicada presencialmente a una muestra final de 4.766 personas mayores de 60 años y más. La Encuesta tiene representatividad a nivel nacional de la población adulta mayor chilena, exceptuando algunas áreas de muy difícil acceso (SENAMA 2010: 17). La Encuesta contiene además un módulo específico de «cuidadores principales» aplicado a 445 casos, quienes fueron localizados una vez

que se clasificaron las personas mayores entrevistadas como dependientes. Se trabaja con ambas bases de datos.

III. MARCO DE REFERENCIA ACERCA DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL

El concepto de dependencia funcional remite a una situación de dificultad o imposibilidad para realizar actividades cotidianas básicas de manera autónoma, definiéndose como la «pérdida, restricción o ausencia de capacidad de realizar actividades de la vida diaria de la forma o dentro de los márgenes considerados normales, resultando en la necesidad significativa de ayuda» (Baltes y Wahl 1990; IMSERSO 2005; OMS 1980; OMS 2002).

Si bien existe un amplio consenso respecto al concepto de dependencia funcional, se observan diferencias en las actividades que se consideran como cotidianas y, por tanto, indispensables para la autonomía del mayor. Dentro de las escalas diseñadas para medir dependencia funcional destacan tres: i) Escala de Actividades de la Vida Diaria (Katz, 1983); ii) Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton y Brody 1989) y iii) Escala de Pfeffer (1982). Estudios previos reportan una alta confiabilidad y correlaciones entre ellas (Garman y Cohen 2002; Hartigan 2007; Kivett y McCulloch 1992; Lawton y Brody 1989; Ng, Mahew, Chiam *et al.* 2006; Quiroga, Albala y Klaasen 2004).

Estas escalas se han utilizado para medir distintas dimensiones de la dependencia funcional. Mientras que la Escala de Pfeffer fue inicialmente diseñada para identificar deterioro cognitivo y demencia (Pfeffer, Kurosaki, Harrah *et al.* 1982; Quiroga, Albala y Klaasen 2004) y, por tanto, se enfoca en funciones sociales tales como el manejo de finanzas y la capacidad de reconocer a los cercanos, las escalas de Actividades de la Vida Diaria incluyen indicadores de funcionalidad motora a fin de identificar pérdida de funcionalidad más allá de lo meramente cognitivo. La Escala de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) de Katz (1983) se orienta a identificar problemas severos de autonomía, incluyendo actividades tales como control de esfínteres y levantarse de la cama o la silla, mientras que las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton y Brody 1989) incluye actividades consideradas como más complejas, tales como hacer tareas domésticas y manejar medicamentos, que permitiría atender un mayor rango de dependencia con mayor precisión (Ng, Mahew, Chiam *et al.* 2006).

Aunque la dependencia funcional ha sido frecuentemente vinculada a la vejez como una consecuencia inevitable del proceso de envejecimiento, algunos estudios muestran que el principal predictor serían las enfermedades y las hospitalizaciones previas (Duba, Rajkumar, Prince *et al.* 2012; Fujiwara, Yoshida, Amano *et al.* 2008). No obstante, esto no está completamente desligado de la edad, puesto que las personas mayores presentan mayor probabilidad de deterioro funcional ante enfermedades agudas en comparación a otros grupos etarios aun en presencia de tratamiento médico (Covinsky, Palmer, Fortinsky *et al.* 2003). Esto se encuentra al menos parcialmente explicado por el síndrome de fragilidad que afecta a las personas mayores, entendido como el declive acumulativo de múltiples sistemas fisiológicos y una capacidad reducida del organismo a resistir enfermedades, lo que resultaría en un aumento de la vulnerabilidad hacia condiciones de salud adversas como caídas y hospitalizaciones (Landi, Abbatecola, Provinciali *et al.* 2010).

En este sentido, factores de carácter conductual tales como el tabaquismo, el nivel de actividad física y el mantenimiento de una adecuada nutrición actuarían como importantes moderadores del efecto nocivo de las enfermedades (EDE FUNDAZIOA 2009), protegiendo contra diversos componentes del síndrome de fragilidad. Diversos estudios han mostrado que realizar de manera regular actividad física de moderada intensidad, como caminatas de al menos treinta minutos o subir escaleras, actúa como un importante factor para moderar y prevenir el deterioro funcional, tanto para hombres como mujeres, aun después de controlar por actitudes de riesgo como tabaquismo (Elavsky, McAuley, Motl *et al.* 2005; Fujiwara, Yoshida, Amano *et al.* 2008; Landi, Abbatecola, Provinciali *et al.* 2010). De la misma manera, el mantenimiento de una adecuada nutrición se asocia a una menor probabilidad de sufrir infecciones y enfermedades crónicas, moderando los efectos nocivos de las mismas sobre la capacidad funcional; lo mismo ocurre con actividades como la realización de hobbies, lectura y salir de la casa (Herrera, Barros y Fernández 2011).

A los factores conductuales anteriormente mencionados se suman factores estructurales como la situación socioeconómica y el nivel educacional. Un mayor nivel de ingresos se vincula a una mayor posibilidad de acceder a tratamientos médicos y de rehabilitación (EDE FUNDAZIOA 2009), además de estar asociado a un mayor nivel educacional, que entrega recursos cognitivos para enfrentar el envejecimiento de mejor manera (Fujiwara, Yoshida, Amano *et al.* 2008; Kivett, Stevenson y Zwane 2000), y por tanto prepararse de forma adecuada para prevenir situaciones de dependencia funcional a través del mantenimiento de hábitos de salud adecuados, entre otras cosas (Duba, Rajkumar, Prince *et al.* 2012).

Por otro lado, un ambiente de privación económica, principalmente durante la infancia, está asociado a un mayor deterioro cognitivo en edades avanzadas y mayor riesgo de presentar demencia y Alzheimer, lo que se ve reforzado por una obtención de menores niveles educacionales y menor posibilidad de acceso a atención médica y servicios sanitarios (Duba, Rajkumar, Prince *et al.* 2012; Nguyen, Couture, Alvarado *et al.* 2008).

Otros factores contextuales como la presencia de relaciones sociales de calidad y el contar con una red de apoyo a la cual acudir en caso de necesidad, principalmente de carácter informal y familiar, las que adquieren una marcada importancia en la etapa de la vejez (Kahn, Hessling y Russell 2003; Wallace y Dilworth 2002), se asocian también a mejores condiciones de salud puesto que estas redes proveen mayor apoyo material, refuerzan normas de vida saludable y ejercen presión para asistir a servicios médicos (Herrera, Barros y Fernández 2011), siendo menor el nivel de autocuidado en personas mayores que carecen de redes de apoyo significativas (Wang y Cloutier 2001).

Las diferencias en los niveles de dependencia funcional reportados para hombres y mujeres no presentan un patrón consistente en la literatura. En algunos contextos se observa que las mujeres presentan mayores niveles de dependencia funcional, lo que se explica por factores de carácter demográfico, como el hecho de que las mujeres viven más años que los hombres (Kivett, Stevenson y Zwane 2000; EDE FUNDAZIOA 2009), además de presentar un menor nivel educacional que su contraparte masculina

(Herrera, Barros y Fernández 2011). No obstante, las diferencias entre hombres y mujeres desaparecen una vez que se controla por características socioeconómicas y asociadas a la situación marital y la edad (Nguyen, Couture, Alvarado *et al.* 2008), por lo que no se observaría un efecto claro del género sobre el deterioro funcional en las personas mayores.

IV. FACTORES DE RIESGO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL ENTRE LOS ADULTOS MAYORES

A partir de un procesamiento de la EDPM2009, se estimaron modelos de regresión logística usando como variables dependientes un indicador de dependencia funcional creado a partir de una combinación de las escalas Pfeffer (Pfeffer, Kurosaki, Harrach *et al.* 1982), Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de Katz (1983) y Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) de Lawton y Brody (1989).

El indicador, en el planteamiento original de la EDPM2009 (SENAMA 2010), identificaba tres niveles de dependencia funcional: leve, moderada y severa. Esta distinción se basa en el número de actividades básicas e instrumentales que los mayores declaran poder realizar. Sin embargo, el análisis descriptivo encontró escasas diferencias entre niveles de dependencia en variables teóricamente asociadas, tales como número de enfermedades, autopercepción del estado de salud y autopercepción de limitaciones físicas por salud. Por este motivo, para los modelos de regresión logística se utilizó un indicador de dependencia de carácter dicotómico donde se agrupó bajo la categoría de «dependiente» a todas aquellas personas mayores que presentaran algún grado de dependencia funcional, fuera este leve, moderado o severo. De este modo, entre los individuos categorizados como dependientes se incluye a los postrados, a quienes presentan demencia en cualquier grado y a quienes requieren ayuda siempre o casi siempre para efectuar 1 ABVD y/o 2 AIVD, y a quienes presentan incapacidad para efectuar 1 ABVD y/o 1 AIVD (SENAMA 2010: 11-15).

IV.1. Variables independientes

- Número de enfermedades: Cuenta cuántas de las siguientes enfermedades declaraba la persona mayor haber sufrido: hipertensión, Parkinson, diabetes, enfermedad coronaria, enfermedad pulmonar, embolia o derrame, depresión, cáncer, caídas, fracturas o quebraduras de hueso, osteoporosis, artritis o artrosis.
- Nivel educacional: Indicador construido en base al mayor nivel educacional alcanzado: educación básica o primaria hasta 8 años; educación media o secundaria hasta 12 años; estudios superiores.
- Ingresos: Se utilizó como indicador el ingreso total del hogar puesto que representa mejor los recursos con los que cuenta la persona mayor para solventar sus necesidades cotidianas que los ingresos individuales.

- Actividad física: Realización de actividad física semanal en los últimos tres meses. Atendiendo a la baja frecuencia de esta variable, se consideró «realizó actividad física» a quienes hubieran realizado al menos una actividad física a la semana. Variable dicotómica.
- Actividades recreativas: Se consideró la lectura frecuente, agrupando bajo la categoría «no lee frecuentemente» a quienes declaraban realizar esta actividad «casi nunca o nunca» o «de vez en cuando».
- Calidad de las relaciones familiares: Se consideró como «mala calidad» a quienes declaraban haber sentido que su familia «no lo toma en cuenta para decisiones importantes» o que «no lo considera en las actividades que realiza», y como «buena calidad» a quienes declaraban no haber experimentado ninguna de las dos sensaciones.

Como se mencionó, el análisis descriptivo evidencia escasa diferencia entre niveles de dependencia en variables teóricamente asociadas, tales como número de enfermedades y autoevaluación de salud y funcionalidad; las principales diferencias se observan al comparar los individuos en situación de dependencia, ya sea esta leve, moderada o severa, con los individuos no dependientes (ver Tabla I).

El porcentaje de personas mayores que son clasificadas como dependientes severos pasa desde un 7% entre los 60 a 74 años a un 54% a partir de los 85 años, tendencia que no se replica para los niveles intermedios de dependencia, donde el aumento al comparar entre grupos etarios es menor. Asimismo, las personas dependientes severas tienden a vivir en hogares unipersonales en menor medida que los mayores dependientes leves o moderados; observándose un mayor porcentaje de ellos que residen con sus hijos. Es sólo en la recepción de ayuda en las actividades de la vida diaria, básicas e instrumentales, donde se observa un aumento sostenido al comparar entre niveles de dependencia, siendo las personas dependientes severas quienes reciben en mayor medida algún tipo de ayuda instrumental de parte de terceros.

TABLA I
 NIVELES DE DEPENDENCIA SEGÚN VARIABLES INDEPENDIENTES (% FILA)

		NIVELES DE DEPENDENCIA						
		NO DEPENDIENTE	DEPENDIENTE LEVE	DEPENDIENTE MODERADO	DEPENDIENTE SEVERO	TOTAL	DISTRIBUCIÓN (% COLUMNA)	N MUESTRA
Género	Hombre	78,0	5,7	4,8	11,5	100%	36,79	1.851
	Mujer	74,7	7,2	5,2	12,9	100%	63,21	2.915
Número de Enfermedades (media)		1,7	2,46	2,3	2,58	1,89		4.766
Edad (media)		69,73	72,39	75,64	77,75	71,22		4.710
Grupos de edad	60-74 años	83,2	5,9	4,0	6,9	100%	62,1%	2962
	75-84 años	60,7	10,2	7,9	21,2	100%	28,3%	1347
	85+ años	26,5	10,3	9,0	54,3	100%	9,6%	457
Actividad física	Realizó	87,1	4,8	2,7	5,4	100%	17,67	917
	No realizó	73,4	7,2	5,5	13,9	100%	82,33	3.643
Nivel educacional	Sin educación	52,9	13,3	7,9	25,8	100%	7,4	450
	Básica incompleta	71,6	8,7	6,5	13,1	100%	40,55	2.093
	Básica completa	79,9	6,1	5,3	8,7	100%	18,48	789
	Media incompleta	87,1	4,9	2,3	5,8	100%	17,3	631
	Media completa	83,9	1,9	3,8	10,4	100%	8,23	270
	Superior	89,6	1,6	0,2	8,7	100%	8,03	325
Ingreso total del hogar (mensual)	Menor a 200 €	72,8	7,5	5,2	14,5	100%	51,39	2.390
	200 €-290 €	74,7	7,4	6,1	11,8	100%	21,72	942
	290 €-465 €	82,7	5,6	2,3	9,4	100%	14,73	701
	Más de 465 €	80,2	4	5,4	10,4	100%	12,16	569
Calidad de relaciones familiares	Buena	83,9	6,3	5,3	4,5	100%	83,02	3.204
	Mala	77,9	10,8	7,0	4,3	100%	16,98	877
Lee frecuentemente	Sí	89,5	6,2	5,0	3,9	100%	54,99	1.795
	No	79,4	9,0	6,1	5,5	100%	45,01	1.959
TOTAL		76%	7%	5%	12%	100%		4.766

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta Nacional de Dependencia en las Personas Mayores (2009).

Los resultados de los modelos de regresión (ver Tabla II) confirman lo planteado en la literatura, que señala a la edad y la situación de salud como los principales predictores de dependencia funcional en la persona mayor (Covinsky, Palmer, Fortinsky *et al.* 2003; Duba, Rajkumar, Prince *et al.* 2012; Fujiwara, Yoshida, Amano *et al.* 2008; Landi, Abbatecola, Provinciali *et al.* 2010). Tanto la edad como el número de enfermedades se asocian significativamente a mayores *odds* (chances o ventajas)² de presentar dependencia funcional en algún grado aun después de controlar por características individuales y del entorno familiar.

En relación a las características individuales, las diferencias entre hombres y mujeres dejan de ser estadísticamente significativas cuando se controla por educación e ingresos del hogar aunque en una dirección opuesta a lo observado en el análisis descriptivo, dejan de serlo una vez que se incluyen en el modelo variables como las buenas relaciones familiares y la lectura con frecuencia. Esto, por tanto, apoya la noción de que las diferencias observadas a nivel bivariado entre hombres y mujeres, donde estas últimas aparecen con una mayor prevalencia de dependencia funcional, se desprenden de diferencias en las variables teóricamente asociadas a la dependencia donde las mujeres se encuentran en peor situación que los hombres. De esta manera, si bien las mujeres tienen, en la muestra, una media de edad similar a los hombres, se observa que presentan, en promedio, un mayor número de enfermedades, realizan menos actividad física, alcanzan menores niveles de educación, viven en hogares más pobres, declaran peor calidad en sus relaciones familiares y leen con menor frecuencia que los hombres.

Todas estas variables, con excepción del ingreso familiar, que no resulta significativo en ninguno de los modelos planteados, se asocian a menores *odds* de presentar dependencia funcional en los mayores.

Un mayor nivel educacional se asocia a menores *odds* de presentar dependencia funcional. Esto es particularmente relevante teniendo en cuenta que la muestra se compone en su mayoría de personas con educación básica incompleta o sin educación formal, un escenario que probablemente tienda a cambiar en un futuro, producto de que ha estado ocurriendo un aumento considerable de la cobertura educacional en el país. Esto se observa claramente en el hecho de que personas mayores de menor edad, particularmente el grupo etario comprendido entre los 60 y los 74 años, presenta niveles de educación significativamente más altos que aquellos de mayor edad.

Respecto de las variables de hábitos y conductas, es decir, la realización de actividad física y la lectura frecuente, en ambas se observa una asociación significativa con menores *odds* de presentar dependencia funcional aun al controlar por número de enfermedades y edad. Cabe destacar que el porcentaje de personas mayores en la muestra que realizan cualquiera de estas actividades es bajo, particularmente para el caso de la actividad física donde un 80% no ha realizado ningún tipo de ejercicio a la semana en los últimos tres meses; lo mismo, aunque en menor magnitud, ocurre para la lectura donde un 52% declara no leer nunca o sólo de vez en cuando.

2. *Odds Ratio* se refiere a la razón de probabilidades entre tener dependencia y no tener dependencia.

TABLA II
 MODELOS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA:
 PRESENCIA DE DEPENDENCIA FUNCIONAL (ODDS RATIO)

		ODDS RATIO				
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Edad		1,121***	1,113***	1,112***	1,08***	1,088***
Número de enfermedades		1,385***	1,439***	1,449***	1,469***	1,145***
Educación (ref. Sin educación)	Básica incompleta		0,490***	0,496***	0,599***	0,702
	Básica completa		0,295***	0,316***	0,415***	0,562**
	Media incompleta		0,301***	0,306***	0,422***	0,559**
	Media completa		0,212***	0,232***	0,279***	0,374**
	Superior		0,140***	0,160***	0,204***	0,278***
Ingreso total del hogar (Ref. menor a 200 €)	200 €-290 €		0,967	0,962	1,04	1,04
	290 €-465 €		0,819*	0,872	0,895	0,948
	Más de 465 €		0,882	0,891	0,936	1,100
Mujer			0,797**	0,770**	0,844*	0,887
Realizó actividad física				0,470***	0,550***	0,543***
Buenas relaciones familiares					0,730**	0,731**
Lee frecuentemente						0,658***
Constante		0,0004***	0,0001***	0,0021***	0,0082***	0,0005***
N		4717	4400	4214	3637	3295

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta Nacional de Dependencia en las Personas Mayores (2009).
 *** p < 0,01, ** p < 0,05, * p < 0,1.

V. QUIÉNES SON LOS CUIDADORES INFORMALES DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

En América Latina, la familia constituye el mejor recurso de apoyo y conforma el entorno ideal de prestación de cuidados para el mayor dependiente.

Un 84% de los cuidadores corresponden a mujeres, con una media de edad de 52 años (ver Tabla III). Un 62% de los cuidadores viven en el mismo hogar con la persona dependiente. Asimismo, más de un 80% señala cuidar a la persona dependiente hace más de un año, en su mayoría todos los días de la semana, y un 92% señala hacerlo sin recibir remuneración económica por dicha labor. De igual forma se tiene que la mayoría de los cuidadores (72%) no realiza otro trabajo remunerado y un 26% debió abandonar su trabajo para dedicarse al cuidado. Destaca también que un 47% de los cuidadores menciona recibir colaboración para desempeñar esta labor, siendo variable el tipo de personas que los ayudan (hijos, otros familiares, pareja).

TABLA III
 CARACTERÍSTICAS DE LOS CUIDADORES INFORMALES (% COLUMNA)

SEXO	Mujer	84,0%
	Hombre	16,0%
EDAD (MEDIA)		52,2 años
ESTADO CIVIL	Casado(a), Conviviente o Pareja	54,8%
	Anulado(a), Separado(a), Divorciado(a)	7,4%
	Viudo(a)	5,6%
	Soltero(a)	32,1%
NIVEL EDUCACIONAL	Sin educación	4,3%
	Educación Básica	47,2%
	Educación Media	32,5%
	Educación Superior	16,0%
PARENTESCO CON PERSONA MAYOR	Esposo(a) o pareja	23,8%
	Hijo(a)	44,0%
	Otro familiar	25,5%
	Otro no familiar	6,7%
VIVE EN MISMO HOGAR CON PERSONA MAYOR	No	38,0%
	Sí	62,0%
TIEMPO DEDICADO A CUIDAR A PERSONA MAYOR	Menos de un año	17,5%
	Más de un año	80,9%
RECIBE REMUNERACIÓN ECONÓMICA POR DAR CUIDADO	No	92,1%
	Sí	7,8%
NÚMERO DE DÍAS A LA SEMANA QUE AYUDA A PERSONA MAYOR	1 a 3 días	3,2%
	4 a 6 días	6,1%
	7 días	90,6%
REALIZA ALGÚN OTRO TRABAJO REMUNERADO ADEMÁS DE CUIDAR A LA PERSONA QUE TIENE A SU CARGO	No	27,9%
	Sí	72,1%
COMPARTE EL CUIDADO DE LA PERSONA MAYOR	No	52,8%
	Sí	47,2%
CON QUIEN COMPARTE CUIDADO	Esposo(a) o pareja	14,7%
	Hijo(a)	29,9%
	Hermano(a)/Cuñado(a)	21,1%
	Otro familiar	27,9%
	Otro no familiar	6,4%
TOTAL		100%
		(N = 445)

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta Nacional de Dependencia en las Personas Mayores (2009).

Estos resultados son concordantes con la evidencia internacional, donde también se encuentra que el número, tipo y calidad de las relaciones familiares y personales difieren claramente entre hombres y mujeres, resultado de los diversos roles que cada uno desarrolla en la sociedad (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca 2003). Las mujeres siguen siendo las principales cuidadoras de las personas en edad avanzada, a pesar de que en la actualidad hay más hombres que participan en el cuidado de familiares (Herrera y Kornfeld 2008; Stuifbergen, Van Delden y Dykstra 2008). En particular, son las hijas quienes con mayor frecuencia asumen el cuidado diario de los padres enfermos, mientras que los hijos más bien se responsabilizan de la toma de decisiones y apoyo financiero, dando así ayuda específica en ciertas situaciones (Finch y Maison 1991; Ingersoll-Dayton, Starrels y Dowler 1996; Spitze y Logan 1990). Como norma, son las hijas quienes llevan a cabo la mayor parte de las funciones de asistencia, e incluso tanto los hombres como las mujeres de edad avanzada esperan que sean sus hijas quienes más participen en la provisión de cuidado en momentos de necesidad (Sánchez-Ayéndez 1993).

VI. BIENESTAR DE LOS CUIDADORES INFORMALES

Ahora bien, asumir el rol de cuidador principal, comprendido como aquel individuo que dedica una gran parte de su tiempo, medido en horas al día, al cuidado de un familiar y que realiza las tareas de cuidado, por lo habitual sin remuneración económica y sin contar con la capacitación adecuada, corresponde a una actividad intensa, constante y cambiante, que exige una readaptación de la rutina diaria, y hace de la experiencia de cuidar una situación prototípica de estrés crónico. El requerimiento del apoyo de una persona con dependencia tiende por lo general a dificultar que el cuidador desarrolle su vida habitual, en la medida que para poder responder al avance progresivo del deterioro físico y/o mental deberá destinar una serie de recursos, especialmente tiempo y dinero, en pos del bienestar de estos, los cuales serán además incrementados conforme avanzan los años. Es así como por lo general el cuidado termina por limitar la vida personal, social e incluso familiar del cuidador, viéndose con ello afectado su nivel de bienestar (Rodríguez 1994), producto de la sobrecarga a la cual se ve sometida la persona que brinda apoyo al mayor dependiente, lo cual ha sido demostrado en diversos estudios realizados en países como Estados Unidos (Sherwood, Given, Given *et al.* 2005), Holanda (Pot, Van Dyck y Deeg 1997) y Japón (Arai y Washio 1999), por mencionar algunos.

El módulo de cuidadores de la EDPM2009 incluye varios indicadores que permiten estimar el nivel de bienestar de las personas que están al cuidado de adultos mayores dependientes (ver Tabla IV):

- Escala SF-36: el Cuestionario de Salud SF-36 fue elaborado por Ware y Sherbourne (1992), siendo el más usado en estudios de estado de salud a nivel mundial. Esta encuesta contiene 36 preguntas o ítems, los cuales miden los atributos de 8 conceptos o dimensiones: función física; rol físico; dolor corporal; salud general; vitalidad; función social; rol emocional

y salud mental. Estas 8 dimensiones, a su vez, son agregadas en dos medidas de resumen; un componente de Salud Física (CSF) y un segundo componente de Salud Mental (CSM). Según la metodología recomendada por el manual de medidas de resumen de SF-36 (Ware, Kosinski y Dewey 2002), se aconseja que los resultados agregados de CSF y CSM sean estandarizados o normalizados usando una transformación lineal que considera una media de 50 y una desviación estándar de 10, derivadas de la población general de EE. UU. de 1998. Así, cada vez que una escala o medida de resumen está por debajo de 50, el estado de salud estará bajo el promedio y cada punto es 1/10 de una desviación estándar.

- Escala Zarit (1980): es una de las más utilizadas a nivel internacional para medir sobrecarga del cuidador, siendo validada en diversos países. Consta de 22 preguntas tipo Likert cuyos resultados se suman y se categorizan como: «ausencia sobrecarga» (<46), «sobrecarga ligera» (47 a 55) y «sobrecarga intensa» (>56).
- Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos CES-D (Radloff 1977): es un autorreporte de 20 ítems desarrollado con el propósito de contar con una medida breve, confiable y válida para apoyar la planificación de programas de salud mental y el estudio epidemiológico de los factores de riesgo asociados con la depresión. La CES-D se ha transformado en una de las medidas breves de depresión más utilizadas en el mundo. El punto de corte original de la escala (16 puntos) fue establecido por Radloff (1977) basándose en el límite inferior del quintil superior de puntuaciones de la población general y luego validado mediante una muestra de 70 pacientes norteamericanos caucásicos con diagnóstico clínico de depresión.

Las medias de las escalas SF-36 se encuentran en un rango de 61,4 para salud general y 84,9 para la emocional. Por su parte, los resultados normalizados (por la población general de USA de 1998 con una media de 50 y desviación estándar de 10 conforme a lo recomendado por Ware, Kosinski y Dewey 2000) muestran que la media del Componente de Salud Física para los cuidadores es de 49,9 (con un rango de 19,9-60,29 y una $DE = 7,99$), y del Componente de Salud Mental de 50,0 (con un rango de 18,64-60,93 y una $DE = 8,15$), encontrándose diferencias estadísticamente significativas conforme a la edad y nivel educativo de estos, en el sentido de que los cuidadores de más edad y con menos educación presentan una peor condición de salud, al igual que los que cuidan hace más de un año y aquellos que lo hacen de forma intensiva (todos los días de la semana y en todo horario).

En cuanto a los niveles de sobrecarga, la escala de Zarit muestra que un 19% de los cuidadores presenta una sobrecarga ligera y un 25% intensa. Estas cifras son menores a las expuestas por algunos estudios realizados en Chile –tales como Breinbauer, Vásquez, Mayanz *et al.* (2009); Rosson, Fuentealba, Homazábal *et al.* (2009); Slachevsky, Budinich, Miranda *et al.* (2013)–, lo que en parte se explica porque estos últimos se centran en medir la sobrecarga en cuidadores de personas con algún tipo de demencia, por lo general en estado avanzado, lo que debería tener un impacto mayor sobre el

estrés y el malestar emocional de la persona que ofrece este tipo de apoyo, mientras que en la EDPM2009 se incluye a todos los cuidadores de personas con algún nivel de dependencia, centrándose tanto en las de tipo funcional como cognitivo.

Finalmente, con respecto a los síntomas depresivos, la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos CES-D muestra que un 44% de los cuidadores encuestados en la EDPM2009 presenta algún grado de síntomas depresivos, observándose diferencias según género y educación, en el sentido de que las mujeres cuidadoras y las personas con menor nivel educacional tienen niveles más altos de depresión según esta escala. La prevalencia de depresión entre los cuidadores parece ser más alta que entre los no cuidadores, si se compara con los datos de la Encuesta Nacional de Salud en Chile de los años 2009-2010³, donde a nivel nacional se estimó la prevalencia de síntomas depresivos en tan solo a un 17%, encontrándose diferencias por género y educación similares a las observadas entre cuidadores de la EDPM2009 o a las descritas en otras encuestas en Chile (Carrasco, Herrera, Fernández *et al.* 2013).

3. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2012/07/Informe-ENS-2009-2010.-CAP-5_FINALv1juliocepi.pdf. Consultado el 15 de julio de 2014.

TABLA IV
INDICADORES DE BIENESTAR DE LOS CUIDADORES INFORMALES

		EDAD			EDUCACIÓN			DESDE CUÁNDO CUIDA		EN QUÉ MOMENTO CUIDA		
		30-44	45-59	60+	Básica	Media	Superior	Menos de 1 año	Más de 1 año	Día	Noche	Ambos
SF-36 ¹	Componente de salud física	52,4	51,4	46,0*	48,4	51,4	53,5*	51,7	49,7*	51,9	52,4	49,3*
	Componente de salud mental	51,1	51,1	47,9*	49,4	50,6	52,1*	51,5	49,8	50,6	53,8	49,7
Escala ZARIT	Ausencia sobrecarga	56%	56%	54%	51%	59%	63%	56%	56%	65%	72%	52%
	Sobrecarga ligera	16%	19%	21%	22%	17%	13%	17%	19%	17%	14%	20%
	Sobrecarga intensa	28%	25%	25%	27%	24%	24%	27%	25%	18%	14%	28%*
Escala Depresión CES-D	Bajo punto de corte (<=16) – sin depresión	55%	58%	53%	50%	60%	76%*	59%	56%	65%	79%	52%*
	Sobre punto de corte (>16) – con depresión	45%	42%	47%	50%	40%	24%	41%	44%	35%	21%	48%

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta Nacional de Dependencia en las Personas Mayores (2009). ¹Puntaje normalizado por la población general de USA de 1998 con una media de 50 y desviación estándar de 10, conforme a lo recomendado por Ware, Kosinski y Dewey (2000).

VII. DISCUSIÓN

En línea con la literatura previa, la edad y el número de enfermedades son los principales predictores de la presencia de dependencia funcional en las personas mayores (Covinsky, Palmer, Fortinsky *et al.* 2003; Duba, Rajkumar, Prince *et al.* 2012; Landi, Abbatecola, Provinciali *et al.* 2010), observándose una asociación robusta y significativa sobre las *odds* de presentar dependencia funcional aun después de controlar por otros factores teóricamente asociados como son los recursos socioeconómicos (nivel educacional e ingresos) y los estilos de vida (actividad física, lectura y relaciones familiares). Por lo tanto, es posible sostener que el envejecimiento individual, particularmente el grupo etario comprendido entre los 75 y más años, se asocia a un mayor riesgo de pérdida de capacidades funcionales debido a una mayor prevalencia de enfermedades de tipo crónico o degenerativo, destacando la hipertensión como la más frecuente (62%), y una alta comorbilidad, observándose que un 58% de la muestra presenta dos o más enfermedades.

No obstante, este mayor riesgo asociado a la vejez puede verse atenuado por factores asociados al contexto psicosocial en el que se inserta el mayor (Elavsky, McAuley, Motl *et al.* 2005; Quejereta 2004), tales como el nivel educacional, las relaciones familiares y la realización de actividades como ejercicio físico y lectura frecuente.

El haber alcanzado un nivel educacional mayor se asocia a una menor probabilidad de presentar dependencia funcional aun al controlar por edad y salud, lo que se explicaría tanto por su relación con mayores ingresos que permiten mejor acceso a atención médica y servicios sanitarios, como a factores cognitivos que contribuirían a un mejor enfrentamiento del deterioro propio de la vejez (Duba, Rajkumar, Prince *et al.* 2012; Fujiwara, Yoshida, Amano *et al.* 2008; Kivett, Stevenson y Zwane 2000; Nguyen, Couture, Alvarado *et al.* 2008). Esto es particularmente relevante para el contexto del país, donde en los últimos años se ha ampliado significativamente la cobertura educacional a nivel nacional, entendiendo que la educación tiene un valor intrínseco más allá de su relación con el acceso a una mejor posición socioeconómica en la vida activa, vinculado a recursos cognitivos que reforzarían estilos de vida saludables y por tanto protegiendo contra diversos componentes del síndrome de fragilidad en la vejez (Herrera, Barros y Fernández 2013).

No obstante, debido a la naturaleza transversal de los datos no es posible comprobar si la realización de actividades físicas y recreativas, como el ejercicio regular y la lectura frecuente, efectivamente representan factores que disminuyen el riesgo de caer en una situación de dependencia funcional, como ha sido observado por otros autores (Elavsky, McAuley, Motl *et al.* 2005; Fujiwara, Yoshida, Amano *et al.* 2008; Landi, Abbatecola, Provinciali *et al.* 2010) o sí, por el contrario, la realización de estas actividades está sujeta a tener la capacidad para ello y por tanto la asociación negativa observada se deba a que las personas en situación de dependencia funcional no se encuentran en condiciones de realizar actividad física regular o leer con frecuencia; aunque existe una alta posibilidad de que la dirección sea de carácter más bien bidireccional.

Por lo tanto, resulta de gran importancia contar con datos de carácter longitudinal que permitan evaluar de mejor manera las hipótesis aquí presentadas y por tanto comprender la forma en que estos factores se relacionan entre sí a fin de identificar posibles focos de intervención a través de políticas públicas que permitan retrasar la aparición

de dependencia funcional en las personas mayores. Como ha sido mencionado, se observa que un grupo minoritario de mayores realizan de manera regular ejercicio físico o lectura frecuente de diarios, libros o revistas, lo que sugiere la existencia de altos beneficios potenciales a ser obtenidos a partir de programas que motiven la actividad física y la lectura en este grupo etario.

Por último, es importante volver a destacar la importancia de las relaciones familiares como un factor de protección frente a la dependencia funcional a través de, principalmente, la prevención de las enfermedades y el mantenimiento de una mejor situación de salud en términos generales. Esto se encuentra en línea con la literatura existente en relación a este tema, que sugiere que las redes de apoyo con las que cuenta la persona mayor refuerzan la mantención de hábitos saludables y además proveen de recursos para el enfrentamiento de la vejez (Herrera, Barros y Fernández 2011; Wallace y Dilworth 2002; Wang y Cloutier 2001), particularmente en momentos de dependencia. No obstante, la evidencia empírica es escasa y no indaga sobre distintos patrones de estructura o relaciones familiares y su efecto sobre la prevención y el manejo de las enfermedades en edades avanzadas. Es por tanto de suma relevancia dirigir la mirada de la investigación en envejecimiento hacia estos temas, especialmente considerando que las redes familiares representan el principal grupo de apoyo, cuidado e interacción con el que cuentan los mayores, pero que, a su vez, pueden enfrentar serias consecuencias si no cuentan con la capacidad y recursos suficientes para afrontar adecuadamente las tareas de cuidado.

Es así tal como se pudo apreciar con la evidencia presentada en esta ocasión, y coincidente con la literatura, el ofrecer apoyo y cuidado hacia una persona mayor con algún nivel de dependencia afecta negativamente la calidad de vida y bienestar de quien brinda estas ayudas (Arai y Washio 1999; Pot, Van Dyck y Deeg 1997; Sherwood, Given, *et al.* 2005).

El estrés del cuidador informal es expresado tanto por un incremento en los sentimientos depresivos y de sobrecarga, como también por un empeoramiento de la salud física, quienes además suelen ser mujeres, de edad avanzada y con niveles educativos bajos, lo que intensifica aun más el contexto de vulnerabilidad de este grupo. A ello se suma el escaso apoyo social que señalan recibir para cumplir con esta labor, pudiendo generar despersonalización en el trato e inadecuación de la tarea que se realiza (Peinado y Garcés de los Fayos 1998).

Esto pone en evidencia el hecho de que la asistencia hacia las personas mayores no puede ser llevada a cabo exclusivamente en la familia, sino que debe incorporarse la asistencia formal que pueda brindar el Estado. Lo anterior no quiere decir que la existencia de servicios y ayudas externas hacia la población mayor haga que los familiares, particularmente hijos/as, se desatiendan de lo que es considerado como una responsabilidad suya, sino que más bien ambas son fuentes complementarias.

Como lo han demostrado algunos estudios recientes desarrollados en países europeos, la existencia de un Estado de bienestar que transfiera dinero y servicios hacia la población mayor no tendría un efecto de sustitución de las prestaciones familiares, sino que haría posible que la solidaridad familiar fuera operativa (Albertini, Kohli y Vogel 2007; Kholi 1999; Meil 2011). Es decir, estos estudios muestran como la estructura

de transferencias intergeneracionales sigue siendo predominante en estos países, más allá de los recursos y ayudas prestadas por el Estado, refutándose con ello la tesis de Esping-Andersen (2000), que establecía que se produciría un debilitamiento de la solidaridad familiar por el desarrollo del Estado de bienestar, proceso que denominó como «desfamiliarización».

Es así como nuestras sociedades se enfrentan al desafío de lograr que el Estado asuma un rol más activo para poder mejorar las condiciones de vida de las actuales personas mayores, complementando y en cierta medida aliviando el trabajo desarrollado especialmente por las mujeres dentro de las familias. Asimismo debe crear y facilitar las condiciones para que los actuales adultos puedan llegar a la vejez con independencia económica y buenas condiciones de salud, que les permita vivir esta etapa de manera adecuada, disminuyendo así los costos personales, sociales y económicos de las incapacidades (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca 2003), permitiendo finalmente a las propias personas mayores ser responsables de su bienestar.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- ALBERTINI, Marco; KOHLI, Martin y VOGEL, Claudia. Intergenerational transfers of time and money in European families: common patterns-different regimes. *Journal of European Social Policy*, 2007, 17: 319-334.
- ARAI, Yumiko y WASHIO, M. Burden felt by family caring for the elderly members needing care in southern Japan. *Aging & Mental Health*, 1999, 3 (2): 158-164.
- BALTES, Margret y WAHL, H. Dependencia en los ancianos. En CARSTENSEN, Laura y EDELSTEIN, Barry (eds.). *Gerontología clínica. Intervención Psicológica y Social*. Barcelona: Martínez-Roca, 1990: 40-57.
- BREINBAUER, Hayo; VÁSQUEZ, Hugo; MAYANZ, Sebastián *et al.* Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista Médica de Chile*, 2009, 137 (5): 657-665.
- CARRASCO, Marcela; HERRERA, Soledad; FERNÁNDEZ, Beatriz *et al.* Impacto del apoyo familiar en la presencia de quejas depresivas en personas mayores chilenas. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 2013, 48 (1): 9-14.
- CEPAL. Proyecciones de población a largo plazo. *Observatorio Demográfico* n.º 11, 2011. Disponible en: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/46771/OD11_WEB.pdf.
- COVINSKY, Kenneth; PALMER, Robert; FORTINSKY, Richard *et al.* Loss of Independence in Activities of Daily Living in Older Adults Hospitalized with Medical Illnesses: Increased Vulnerability with Age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2003, 51 (4): 451-458.
- DUBA, Anto; RAJKUMAR, Anto; PRINCE, Martin *et al.* Determinants of disability among the elderly population in rural south Indian Community: the need to study local issues and contexts. *International Psychogeriatrics*, 2012, 24 (2): 333-341.
- EDE FUNDAZIOA. *Envejecer con éxito: Prevenir la dependencia*. Bilbao: Ede Fundazioa, 2009.
- ELAVSKY, Steriani; MCAULEY, Edward; MOTL, Robert *et al.* Physical Activity Enhances Long-Term Quality of Life in Older Adults: Efficacy, Esteem, and Affective Influences. *Annals of Behavioral Medicine*, 2005, 30 (2): 138-145.
- ESPING-ANDERSEN, Gosta. *Fundamentos Sociales de las Economías Postindustriales*. Barcelona: Ariel, 2000.

- FINCH, Janet y MAISON, Jennifer. Obligations of Kinship in Contemporary Britain: Is There Normative Agreement? *The British Journal of Sociology*, 1991, 42: 601-625.
- FUJIWARA, Yoshinori; YOSHIDA, Hiroto; AMANO, Hidenori *et al.* Predictors of improvement or Decline in Instrumental Activities of Daily Living among Community-Dwelling Older Japanese. *Gerontology*, 2008, 54: 373-380.
- GARMAN, Kaherine y COHEN, Harvey. Functional status and the elderly cancer patient. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 2002, 43: 191-208.
- GUZMÁN, José Miguel; HUENCHUAN, Sandra y MONTES DE OCA, Verónica. Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de Población*, 2003, XXIX (77): 35-70.
- HARTIGAN, Irene. A comparative review of the Katz ADL and the Barthel Index in assessing the activities of daily living of older people. *International Journal of Older People Nursing*, 2007, 2: 204-212.
- HERRERA, Soledad; BARROS, Carmen y FERNÁNDEZ, Beatriz. Predictors of Quality of Life in Old Age: A Multivariate Study in Chile. *Journal of Population Ageing*, 2011, 4: 121-139.
- HERRERA, Soledad y KORNFIELD, Rosita. Relaciones familiares y bienestar de los adultos mayores en Chile. En VARIOS AUTORES. *Construyendo Políticas Públicas para una Sociedad que Envejece*. Santiago de Chile: Expansiva y Escuela de Medicina Universidad de Chile: 2008, 121-136.
- IMERSO. *Libro blanco de la Dependencia*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005.
- INGERSOLL-DAYTON, Berit; STARRELS, Marjorie y DOWLER, David. Caregiving for parents and parents-in-law: Is gender important? *The Gerontologist*, 1996, 36 (4): 483-491.
- KAHN, Jeffrey; HESSLING, Robert y RUSSELL, Daniel. Social support, health and well-being among the elderly: what is the role of negative affectivity? *Personality and Individual Differences*, 2003, 35: 5-17.
- KATZ, Sidney. Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1983, 31 (12): 721-727.
- KHOLI, Martin. Private and public transfers between generations: linking the family and the state. *European Societies*, 1991, 1: 81-104.
- KIVETT, Vira y MCCULLOUGH, B. Jan. Older rural nonsurvivors: Their prediction and terminal care. *Journal of Applied Gerontology*, 1992, 11 (4): 407-424.
- KIVETT, Vira; STEVENSON, Michelle y ZWANE, Christine. Very-old rural adults: Functional Status and Social Support. *Journal of Applied Gerontology*, 2000, 19: 58-77.
- LANDI, Francesco; ABBATECOLA, Angela; PROVINCIALI, Mauro *et al.* Moving against frailty: does physical activity matter? *Biogerontology*, 2010, 5: 537-545.
- LAWTON, M. Powell y BRODY, Elaine. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 1989, 9 (3): 179-186.
- MEIL, Gerardo. *Individualización y solidaridad familiar*. Barcelona: Fundación la Caixa, 2011.
- NG, Tze-Pin; MATHEW, Niti; CHIAM, Peak-Chiang y KUA, Ee-Heok. Physical and Cognitive Domains of the Instrumental Activities of Daily Living: Validation in a Multiethnic Population of Asian Older Adults. *Journals of Gerontology*, 2006, 61A (7): 726-735.
- NGUYEN, Cat Tuong; COUTURE, Marie Claude; ALVARADO, Beatriz *et al.* Life Course Socioeconomic Disadvantage and Cognitive Function Among the Elderly Population of Seven Capitals in Latin America and the Caribbean. *Journal of Aging and Health*, 2008, 20 (3): 347-362.
- OMS. *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías* (CIDDDM), 1980.
- OMS. Envejecimiento activo, un marco político. Paper presentado en la *Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento*. Madrid, España, 2002. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>.
- OPS/INTA. *Estudio de salud, bienestar y envejecimiento en Chile* (SABE), 2005.

- PEINADO, Ana Isabel y GARCÉS DE LOS FAYOS, Enrique. Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: El síndrome del asistente desasistido. *Anales de Psicología*, 1998, 14 (1).
- PFEFFER, Robert; KUROSAKI, Tom; HARRAH, C. *et al.* Measurement of functional activities in older adults in the community. *Journal of Gerontology*, 1982, (37): 323-329.
- POT, Anne; VAN DYCK, Richard y DEEG, Dorly. Psychological wellbeing of informal caregivers of elderly people with dementia: changes over time. *Aging & Mental Health*, 1997, 30: 261-268.
- QUEJERETA, Miguel. *Discapacidad/Dependencia: Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Madrid: Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMERSO, 2004.
- QUIROGA, Pilar; ALBALA, Cecilia y KLAASEN, Gonzalo. Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad en Chile. *Revista Médica de Chile*, 2004, 132: 467-478.
- RADLOFF, Lenore. The CES-D Scale, A self-report depression scale for research in the general population. *Journal of Applied Psychological Measurement*, 1997, 1: 385-401.
- RODRÍGUEZ, Josep. *Envejecimiento y Familia*. Madrid: CIS, 1994.
- ROSSON, Sebastián; FUENTEALBA, Claudia; HOMAZÁBAL, Cristián *et al.* Enfermedad de Parkinson y demencia, calidad de vida y sobrecarga del cuidador. Intervención multidisciplinaria en Atención Primaria. *Revista Chilena Salud Pública*, 2009, 17 (1): 48-53.
- SÁNCHEZ-AYÉNDEZ, Melba. La mujer como proveedora principal de apoyo a los ancianos: el caso de Puerto Rico. En GÓMEZ, R.; RÍOS, C.; PLAUT, C. y TORRES Y YUNES, J. (eds.). *Género, mujer y salud en las Américas*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1993: 286-291.
- SENAMA. *Estudio Nacional de Dependencia en las Personas Mayores*. Santiago de Chile: Servicio Nacional Adulto Mayor, 2010. Disponible en: http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_dependencia.pdf.
- SHERWOOD, Paula; GIVEN, Charles; GIVEN, Barbara *et al.* Caregiver Burden and Depressive Symptoms Analysis of Common Outcomes in Caregivers of Elderly Patients. *Journal Aging and Health*, 2005, 17 (2): 125-147.
- SLACHEVSKY, Andrea; BUDINICH, Marilu; MIRANDA, Claudia *et al.* The CUIDEME Study: determinants of burden in Chilean primary caregivers of patients with dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 2013, 35 (2): 297-306.
- SPITZE, Glenna y LOGAN, John. Sons, Daughters, and Intergenerational Social Support. *Journal of Marriage and Family*, 1990, 52 (2): 420-430.
- STUIFFBERGEN, María; VAN DELDEN, Johannes y DYKSTRA, Pearl. The Implications of Today's Family Structures for Support Giving to Older Parents. *Ageing & Society*, 2008, 28: 413-434.
- WALLACE WILLIAMS, Sharon y DILWORTH ANDERSON, Peggye. Systems of Social Support in Families Who Care for Dependent African American Elders. *The Gerontologist*, 2002, 42 (2): 224-236.
- WANG, Hsiu-Hung y CLOUTIER LAFFREY, Shirley. A predictive model of well-being and self-care for rural elderly women in Taiwan. *Research in Nursing and Health*, 2001, 24: 122-132.
- WARE, John; KOSINSKI, Mark y DEWEY, James. *How to Score version 2 the SF-36® Health Survey: Lincoln*. RI: Quality Metric Incorporated, 2000.
- WARE, John y SHERBOURNE, Cathy Donald. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 1992, 30 (5): 473-483.
- ZARIT, Steven; REEVER, Karen y BACH-PETERSON, Julie. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 1980, 20: 649-955.