



Trabajo Fin de Máster

Estudio de la población Dependiente mayor de
65 años, en la provincia de Huesca

Study of the population Dependent over 65
years old, in the province of Huesca

Autor/es

Lorena M^a Fortuño Morante

Director/es

Eva Barrio

Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias de la Salud 2015-2016

Master de Gerontología Social

INDICE DE ABREVIATURAS:

- BVD:** Baremo de Valoración de Dependencia.
- LD:** Ley de dependencia.
- AVD:** Actividades de la Vida Diaria.
- ONU:** Organización de las Naciones Unidas.
- EVE:** Escala de Valoración Específica.
- SAAD:** Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- SISAAD:** Sistema de Información del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.
- ABVD:** Actividades Básicas de la Vida Diaria.
- INE:** Instituto Nacional de Estadística.
- IAEST:** Instituto Aragonés de Estadística.
- SAD:** Servicio de ayuda a Domicilio.

INDICE:

1.RESUMEN	6
2.INTRODUCCIÓN	7
3.HIPOTESIS Y OBJETIVOS	11
3.1 HIPOTESIS.....	11
3.2 OBJETIVO	11
3.2.1 Objetivos específicos	1
4.MATERIAL Y METODOS:	12
4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	12
4.2 CONTESTO GEOGRAFICO.....	12
4.3 POBLACION DE ESTUDIO	12
4.3.1 Criterios de exclusión.....	12
4.4 CONSIDERACIONES ETICAS	13
4.5 ACCESO Y RECOGIDA DE LA INFORMACION	13
4.6 VARIABLES.....	13
4.6.1 Definición y codificación de las variables de estudio	14
4.7 ANALISIS ESTADISTICO.....	17
5. RESULTADOS	19
5.1 RESULTADOS DE LAS VARIABLES INDIVIDUALMENTE	19
5.1.1 Sexo.....	19
5.1.2 Edad	19
5.1.3 Dependencia BVD	19
5.1.4 Indice de Barthel.....	20
5.1.5 Estado civil.....	21
5.1.6 Entorno	22
5.1.7 Servicio de apoyo al cuidado	22
5.1.8 Vivienda	23
5.1.9 Enfermedades	23
5.2 RESULTADOS DE LA ASOCIACION ENTRE VARIABLES.....	24
5.2.1 Asociación entre el Grado de Dependencia y las variables sociodemográficas.....	24
5.2.2 Asociación entre el grado de Dependencia y las Enfermedades	27
5.2.3 Asociación entre el Grado de Dependencia y el Índice de Barthel	29
6. DISCUSION:	31
7. CONCLUSIONES:	34
BIBLIOGRAFIA	35

1. RESUMEN

Introducción: El aumento del envejecimiento demográfico que se está experimentando en los últimos años gracias a los avances científicos y su aplicación en la medicina hacen que podamos vivir más años. Las implicaciones de este envejecimiento poblacional han rebasado el ámbito familiar, al que tradicionalmente se veía confinado, ya que la mujer ha comenzado a tener un papel protagonista en nuestra sociedad, con la incorporación cada vez mayor de estas al mercado laboral. Esta eventualidad supone un impacto sobre los programas sociales y sanitarios, así como un aumento de altos costes para los individuos, sus familias e incluso para la sociedad en su conjunto. Por ello una de las principales iniciativas fue la promulgación de la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, conocida como LD (ley de Dependencia). El objetivo es estudiar la dependencia funcional de las personas mayores de 65 años en la provincia de Huesca.

Material y métodos: Estudio descriptivo de una muestra de 94 personas, obtenida directamente de la base de datos del SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia). Se recogieron los datos de forma retrospectiva, utilizando como variable dependiente el resultado obtenido por el BVD (Baremo de Valoración de Dependencia), y como variables independientes (edad, sexo, estado civil, entorno, servicio de ayuda al cuidado, vivienda, enfermedades e índice de Barthel). El análisis de datos se llevó a cabo con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 21.

Resultados: Los resultados demuestran que un 64,9% de las mujeres y un 35,10% del hombre se encuentran en situación de dependencia, con una edad media de 84,71. El 63,80% convivían en un medio urbano y el 55,30% contaban con unas condiciones de vivienda adecuadas. El servicio de ayuda al cuidado más prevalente fue SAD (Servicio de Ayuda a Domicilio) con un 36,20% seguido de la institucionalización con un 31,90%. El 44,70 % obtuvieron un grado II o dependencia severa tras BVD, el 40,40% obtuvieron un grado III y un 14,90% un grado I o dependencia moderada. En la asociación del índice de Barthel y el BVD se estudia que el 81% de la población tiene una

dependencia severa, el 76,3% una dependencia total y un 64,3% una dependencia moderado, obteniendo en su relación una $p=0,000$ por lo tanto existe asociación estadísticamente significativa entre los 2 instrumentos de valoración.

Discusión: Las mujeres son más dependientes que los hombres debido a que éstas tienen una esperanza de vida mayor. Una mayor edad estuvo asociada con la dependencia, y además esta se ve reflejada en un aumento de grado conforme la población se encuentra más envejecida. La comorbilidad múltiple, frecuente entre los adultos mayores se encuentra fuertemente asociada con situaciones de dependencia. La asociación entre BVD e índice de Barthel demuestra que ambos instrumentos de valoración son válidos ya que las diferencias de resultados entre ambos son mínimas, es decir apenas presentan diferencias en el grado de dependencia.

Conclusiones: Existe una tendencia de que a mayor edad más riesgo de padecer una dependencia mayor, esto afecta más al sexo femenino dada su esperanza de vida mayor. A más servicios de apoyo al cuidado como es la institucionalización o SAD, más dependiente se encuentra la persona. Las patologías del locomotor son las más prevalentes ya que son de las más incapacitantes físicamente. No existen diferencias en los resultados obtenidos tras los diferentes instrumentos de valoración utilizados en el presente estudio.

Palabras clave: Dependencia, anciano, índice de Barthel y LD.

ABSTRAC

Introduction: The increase in the demographic aging that is being experienced in recent years thanks to scientific advances and its application in medicine make us able to live longer. The implications of this aging population have exceeded the family, which traditionally was confined, since women have begun to play a leading role in our society, with the increasing incorporation of these into the labor market. This eventuality has an impact on social and health programs, as well as an increase in high costs for individuals, their families and even society as a whole. Therefore, one of the main initiatives was the promulgation of Law 39/2006, Promotion of Personal Autonomy and Care for people in a situation of dependence, known as LD. The objective is to study the functional dependence of people over 65 in the province of Huesca.

Results: The results show that 64.9% of the women and 35.10% of the men are in a situation of dependence, with a mean age of 84.71. 63.80% lived in an urban environment and 55.30% had adequate housing conditions. The most prevalent care assistance service was SAD with 36.20% followed by institutionalization with 31.90%. The 44.70% obtained a grade II or severe dependence after BVD, 40.40% obtained a grade III and a grade I or 14.90% a moderate dependence. The association between the Barthel index and the BVD shows that 81% of the population has a severe dependence, 76.3% have a total dependency and 64.3% have moderate dependence, obtaining in their relation a $p = 0,000$ Therefore, there is a statistically significant association between the two valuation instruments.

Discussion: Women are more dependent than men because they have a longer life expectancy. Older age was associated with dependence, and this is reflected in an increase in grade as the population is more aged. Multiple comorbidity, frequent among older adults, is strongly associated with situations of dependence. The association between BVD and Barthel's index shows that both assessment instruments are valid since the differences in results between the two are minimal, that is, they hardly show differences in the degree of dependence.

Conclusions: There is a tendency for older people to be at greater risk for greater dependence, this affects women more, given their longer life expectancy. A more care support services such as institutionalization or SAD, the more dependent the person is. The pathologies of the locomotive are the most prevalent since they are of the most physically incapacitating. There are no differences in the results obtained after the different valuation tools used in the present study.

Key words: Dependence, elderly, Barthel index and LD.

2. INTRODUCCION:

La dependencia es una situación de máximo interés actualmente, ya que se trata de un fenómeno de creciente visibilidad en la sociedad española.

Esto es debido a:

Al fenómeno del envejecimiento demográfico de la población que se está experimentando en los últimos años, gracias a los avances de la ciencia y de sus aplicaciones en la medicina que hacen que cada vez podamos vivir más, así como las transformaciones económicas, culturales y sociales vividas en nuestro país.

A que la mujer ha comenzado a tener un papel protagonista en nuestra sociedad, con la incorporación cada vez mayor de estas al mercado laboral. Como dato importante para demostrar esta realidad, cabe decir que, ha pasado de un 35% a un 56% el porcentaje de mujeres trabajadoras en los últimos 10 años y que el 73% son mujeres comprendidas entre los 26 y 35 años (1). Esta eventualidad supone un impacto sobre los programas sociales y sanitarios, así como un aumento de altos costes para los individuos, sus familias e incluso para la sociedad en su conjunto.

En los últimos años, la esperanza de vida en nuestro país ha ido en aumento, esto es debido a la mejora en la calidad asistencial y atención en salud por lo que la esperanza de vida al nacimiento actual se sitúa en 80,03 años para los varones y 85,66 años para las mujeres, situándose así entre las más altas de la Unión europea. De conservarse el ritmo de reducción de la mortalidad actual, la esperanza de vida al nacimiento en 2029 aumentaría a 4,0 y a 3,1 años respectivamente. Así mismo de permanecer esta tendencia la esperanza de vida en el 2064 superaría los 91 años en hombres y alcanzaría los 95 años en las mujeres (2).

En el trabajo de Monteverde et cols, 2016, se cita a España como uno de los países más envejecidos del mundo, situado en el ranking 23 (ONU 2013). Con una población de un 18% mayores de 65 años y más (3).

Aragón, se sitúa dentro de las comunidades autónomas más envejecidas de España con proporciones de personas mayores de 65 años que superan el 20%, presenta además una densidad de población baja y un desequilibrio territorial que se ve agravado por las bajas tasas de natalidad y un espacio

territorial despoblado en su gran parte que pone en riesgo la accesibilidad de los habitantes a los servicios y prestaciones básicas (4).

Actualmente la dependencia de una persona puede entenderse como el resultado de un proceso que se inicia con un déficit del funcionamiento corporal o accidente. Este déficit supone una limitación para el individuo y la consecución de las AVD y cuando estas actividades no pueden ser resueltas con las adaptaciones del entorno, el individuo precisa de la ayuda de una tercera persona para resolverlas, implicando de esta manera a los familiares y servicios sociales y suponiendo además un alto coste económico y personal. Por ello una de las principales iniciativas fue la promulgación de la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, conocida como LD.

Existen diferentes índices que miden la situación de dependencia de los individuos. Los más utilizados por el personal de enfermería, son el índice de Barthel, de Katz o la escala instrumental de Lawton. Pero, hoy por hoy el BVD establecido por la LD es el único que determina legalmente el grado de dependencia y el que además permite a los individuos acceder a los servicios sociales y a las posibles ayudas que incluye en su reglamentación (5-9).

Ley de Dependencia

La LD como se define coloquialmente, entra en vigor el 1 de enero de 2007. En ella se define la dependencia como: “el estado de carácter permanente en el que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, le 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 las AVD o, en el caso de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental de otros apoyos para su autonomía personal”.

Los principios que establece esta ley son: Derecho subjetivo, de carácter universal, el acceso público a las prestaciones en condiciones de igualdad, atención integral y personalizada y no discriminación.

Como ya hemos mencionado anteriormente, para valorar dicha situación de dependencia se utiliza como instrumento el BVD, contenido en el anexo I del real decreto 504/2007 de 20 de abril. La valoración se realiza en el medio

habitual donde permanece la persona por más tiempo bien sea domicilio o centro residencial según corresponda, esto tiene como finalidad identificar por parte del evaluador las posibles barreras o facilitadores que ese entorno proporciona para la consecución de las actividades que dicho baremo evalúa.

En el real decreto 175/2011 de 11 de febrero, este instrumento de valoración sufre una modificación en la cual se aprueban los grados y los niveles de dependencia BVD y la escala de valoración específica para los menores de tres años EVE, figurando estas en los anexos I y II de este decreto, así como sus correspondientes instrucciones de aplicación, que se contienen en el anexo III y IV, respectivamente. Esta última modificación es la que se utilizó en el presente estudio (10-12).

La existencia de varios estudios, demostraron una asociación significativa de la influencia de las barreras arquitectónicas para el desempeño de AVD, sobre todo en la población añosa. La vejez conlleva un deterioro progresivo de las condiciones físicas de la persona, hasta generar situaciones de discapacidad y dependencia. Para afrontar esta nueva etapa, las viviendas de las personas añosas deberían de cumplir unas condiciones óptimas para poder satisfacer sus necesidades básicas del día a día, y disponer además de unas requerimientos y servicios (relativos a salud, movilidad, equipamiento, instalaciones) que en otros grupos de edad podrían resultar innecesarias. Casualmente, en la sociedad actual son las personas de edad avanzada las que viven más a menudo en las viviendas más antiguas y deficientes (no ascensor, no calefacción, cocinas de gas, no teléfono, baños sin adaptar) suponiendo esto un riesgo para su salud e integridad, además de no favorecer su autonomía (13-15). Por todo ello en el presente estudio se analizará la influencia de la existencia de barreras arquitectónicas en el entorno habitual de la persona con los diferentes grados de dependencia obtenidos tras una evaluación en la cual se utiliza el ya mencionado BVD.

Otro aspecto a desarrollar y que influye en la situación de dependencia en las personas de edad avanzada son la pluripatología, cronicidad y deterioro funcional. Existe un porcentaje muy alto de personas ancianas que pasan un periodo de tiempo más o menos largo de incapacidad previo a su muerte, esto ocurre sobre todo en las mujeres donde la esperanza de vida es mayor. Esta situación de incapacidad o deterioro funcional, no siempre va ligada a las

enfermedades, ya que existen patologías menos graves que pueden suponer un deterioro mayor en estas personas, y que un trastorno más grave, de peor pronóstico o crónico puede tener como consecuencia un deterioro menor. También hay que mencionar que la dependencia funcional puede ser un síntoma inicial en las personas añosas de un proceso patológico, e incluso puede ser el único síntoma. Esta dependencia funcional puede afectar a nivel individual. En ese nivel, ocasiona disminución de la autoestima y del bienestar percibido del adulto mayor, y además puede tener efectos en su calidad de vida. Otras implicaciones suceden a nivel del hogar, donde puede aparecer cambios en las rutinas, estructura y composición familiar. Para hacer frente a esta situación, se hace imprescindible la figura de un cuidador, lo que puede suponer un gasto económico para el dependiente y su entorno familiar. También a nivel comunitario la dependencia de un sujeto contribuye a incrementar la carga hospitalaria y a su vez la demanda de atención a los servicios de salud y sociales

En los trabajos publicados, tal como el de Barrantes-Monge, 2007 se demuestra que una de las principales causas de deterioro funcional en las personas añosas son las enfermedades osteomusculares, entre las que encontramos sobre todo fractura de cadera y osteoporosis, seguido de enfermedades como la diabetes, Accidentes cerebrovasculares, problemas cardiacos y Parkinson (16).

3. HIPOTESIS Y OBJETIVOS:

3.1. HIPOTESIS

La esperanza de vida elevada en las mujeres y la pluripatología asociada a la edad avanzada, harán que el grado de dependencia sea mayor, comparando la valoración de dicha dependencia entre el Índice de Barthel y el BVD, este último dará una dependencia menor, en condiciones iguales.

3.2. OBJETIVO

Estudiar la dependencia funcional en la población mayor de 65 años en la provincia de Huesca entre el 15 de diciembre de 2015 y el 15 de marzo de 2016.

3.2.1. Objetivos específicos

1. Describir los resultados obtenidos sobre el grado de dependencia y su asociación con los diferentes factores sociodemográficos.
2. Describir la prevalencia de las principales patologías generadoras de dependencia, así como observar asociación entre las patologías presentes y el grado de dependencia obtenido por BVD.
3. Comparar y analizar los resultados obtenidos en la clasificación del grado de dependencia tras la aplicación del BVD, con los alcanzados tras la aplicación de otros sistemas de valoración de dependencia empleados habitualmente por el personal de enfermería tanto en hospitalización, residencias y atención primaria. Índice de Barthel.

4. MATERIAL Y METODOS

4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo observacional transversal, en personas mayores de 65 años y en situación de dependencia en la provincia de Huesca.

4.2. CONTEXTO GEOGRAFICO

El territorio de la provincia de Huesca cuenta con una extensión de 15.626 km² que comprende 10 comarcas (Hoya de Huesca, Jacetania, Alto Gallego, Sobrarbe, Ribagorza, La Litera, Somontano, Cinca Medio, Bajo cinca y Monegros) Cuenta además con una población total de 222.909 habitantes presentando un porcentaje de mayores de 65 años del 22,09% superior al de Aragón (17).

4.3. POBLACION DE ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo a todas aquellas personas mayores de 65 años en situación de dependencia en la provincia de Huesca.

El periodo que comprendió el estudio fue del 15 de diciembre de 2015 al 15 de marzo de 2016.

4.3.1. Criterios de exclusión

En este trabajo se excluyeron aquellos expedientes que no fueron valorados por una misma evaluadora, para evitar sesgos. También se excluyeron aquellos expedientes, que no contenían todos los datos necesarios para la elaboración del estudio, así como todas las personas en situación de dependencia menores de 65 años.

En tamaño de la muestra inicial fue (n=608) todos ellos obtenidos directamente de la base de datos del SAAD. Tras la aplicación de los criterios de exclusión pertinentes en el que (n=456) no fueron entrevistados por la misma evaluadora, la muestra quedo reducida a (n=152). De esta muestra (n=32) eran menores de 65 años y (n=26) no incluían los datos necesarios para la elaboración de este estudio. Finalmente, fueron 94 personas dependientes las que formaron parte del Estudio.

4.4. CONSIDERACIONES ETICAS

El presente estudio se llevó a cabo contando con la autorización de la dirección provincial de Huesca y respetando la confidencialidad de todos los datos a los cuales se tenga acceso durante la realización de este trabajo y asegurando el anonimato de las personas incluidas en el mismo (18).

4.5. ACCESO Y RECOGIDA DE LA INFORMACION

Los datos se obtuvieron de los expedientes que constan en los listados generales de la sección de valoración de Dependencia en la provincia de Huesca, que fueron valorados durante las fechas que comprende este estudio. Posteriormente se seleccionaron todos aquellos expedientes que fueron evaluados por una misma valoradora para reducir posibles sesgos. Esto supuso una reducción de la muestra.

Los instrumentos utilizados para este estudio fueron el BVD oficial en la comunidad de Aragón y en el territorio español. Para el cual la evaluadora necesita realizar una entrevista individualizada con la persona, además hay que contar con la presencia de un familiar, tutor o responsable de este. La entrevista tiene una duración aproximadamente de una hora para la recogida exhaustiva de todos los datos necesarios. Después para la obtención de la puntuación y grado de dependencia se utiliza un programa informático, conocido como SISAAD.

También se obtuvieron datos de un informe médico debidamente cumplimentado y que se encuentra dentro de cada expediente, además como requisito este debía contener el resultado del Índice de Barthel, imprescindible para la asociación entre variables de este estudio. La variable enfermedades también se extrajo de este informe.

Y por último para la obtención de los datos sociodemográficos utilizados en este estudio, se utilizó como base el informe del entorno, este lo realiza la evaluadora tras la entrevista individualizada.

4.6. VARIABLES

Las variables que se incluyeron en este estudio fueron registradas en una base de datos por la misma persona.

Todas se incluyen en la siguiente tabla clasificándolas por grupos de interés

VARIABLE DEPENDIENTE	Grado de Dependencia
VARIABLE INDEPENDIENTE	Sexo Edad Índice de Barthel Estado civil Entorno Servicio de apoyo al cuidado Vivienda enfermedades

4.6.1. Definición y codificación de las variables de estudio

Grado de Dependencia: Variable obtenida tras pasar el BVD. Esta se agrupo en 4 opciones de respuesta.

1. Sin grado (>25 pts) Dependencia ligera o autonomía.
2. Grado I (25-49 pts) Dependencia moderada, cuando la persona necesita que le ayuden por lo menos una vez al día en alguna AVD.
3. Grado II (50-74 pts) Dependencia severa. La persona necesita que la ayuden dos o tres veces al día para realizar varias AVD, pero no necesita de ayuda continua de un cuidador.
4. Grado III (75-100 pts) Gran dependencia. La persona necesita ayuda varias veces al día para realizar AVD y requiere una persona que le proporcione los cuidados de forma continuada.

El baremo de la LD recoge 51 actividades, según la escala general, si se aplica la escala específica el número de actividades que se evalúan son 59. La ponderación se realiza determinando si la persona es capaz o no de realizar la

actividad, si no lo es, se determina la causa por la cual no puede realizarla (por incapacidad física o bien por no comprender la tarea) y el grado de apoyo que precisa por parte de una tercera persona para la consecución de la tarea (supervisión/preparación, asistencia física parcial, asistencia física máxima o apoyo especial). La puntuación obtenida determina el grado de dependencia.

Índice de Barthel: Este valora las ABVD que son las tareas más elementales que permiten a una persona desenvolverse con mayor o menor autonomía. La puntuación resultante de este índice varía entre 0 que es el grado de dependencia total y el 100 que es el grado de independencia. Para esta variable se establecen 5 opciones de respuesta:

1. Dependencia total (0-20 pts).
2. Dependencia severa (21-60 pts).
3. Dependencia moderada (61-90 pts).
4. Dependencia escasa (91-99 pts).
5. Independencia (100 pts).

Edad: Variable de obtención directa que refleja la edad medida en años que tenía la persona en el momento de la entrevista. Se consideró criterio de inclusión en este estudio, ya que se contó con mayores de 65 años.

Sexo: Dos opciones de respuesta fueron necesarias para categorizar esta variable:

1. Mujer.
2. Hombre.

Estado civil: Variable de obtención directa que indica la Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. En esta variable se establecieron 4 respuestas para categorizarla:

1. Casado.
2. Soltero.
3. Viudo.
4. Divorciado.

Entorno: Variable de obtención directa, que Hace referencia al lugar donde vive la persona dependiente. Se consideró entorno urbano aquellas

localidades con más de 9000 habitantes según el último censo. Existen 2 opciones de respuesta:

1. Rural.
2. Urbano.

Servicio de apoyo al cuidado: esta variable hace referencia a la calidad de los cuidados que recibe la persona, bien sea por parte de un profesional, o un familiar. Se categorizaron en 4 respuestas:

1. Ayuda a domicilio.
2. Centro de día.
3. Centro residencial 3ª edad.
4. Cuidador familiar.

Vivienda: Variable que hace referencia a las condiciones del domicilio habitual de la persona dependiente, en ella se tuvieron en cuenta la amplitud de espacios, desniveles, anchura de puertas, según corresponda las necesidades de la persona. La suma de estas cualidades engloba un entorno general adecuado. Por otro lado, para la idoneidad del baño, se consideró como mínimo un plato de ducha ras de suelo, en personas que se trasladaban en silla de ruedas también se tuvo en cuenta el lavabo suspendido. Se establecieron finalmente 4 opciones de respuesta:

1. Baño y entorno adecuado.
2. Baño y entorno no adecuados
3. Baño adecuado y entorno no adecuado.
4. Baño no adecuado y entorno adecuado.

Enfermedades: Se clasificaron en 12 especialidades y para cada una de ellas se establecieron 2 opciones de respuesta, según padecieran una enfermedad clasificada dentro de cada uno de los subgrupos:

1. Si.
2. No.

Neurológicas	Demencias, ICTUS, Parkinson, Epilepsia, Amnesias, alt/distur de la memoria, Hemorragias cerebrales, TCE.
Urinarias	Incontinencias, portadores de SV, HBP.
Cardiovasculares	Insuficiencia cardiaca, insuf venosa, IAM, ACxFA, valvulopatias, arritmias, Ulceras varicosas, HTA.
Respiratorias	Apneas del sueño, EPOC, bronquiectasias, Insuficiencias respiratorias, Atelectasias.
Psiquiátricas	Alt. Personalidad, depresión, trastornos psicopatológicos, ansiedades.
Sensitivas	Alt de la visión y audición, vértigos.
Endocrino	Diabetes, hipo-hipertiroidismo, Obesidad.
Locomotor	Todas las fracturas, enfermedades reumáticas, osteoporosis, artritis, artrosis polimialgias, y alt de la marcha.
Oncológicas	Neoplasias, Tumores, Ca. Mama, Ca. Próstata, Ca. Colon.
Digestivas	Hernias de hiato, reflujo gastroesofágico, portador de estomas, colon irritable, enfermedad de Crohn, hepatitis.
Hematológicas	Anemias, problemas de coagulación, leucemias, linfomas.
Alt. Del sueño	Insomnio.

4.7. ANALISIS ESTADISTICO

El análisis de datos se llevó a cabo con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 21.

Se realizó un estudio descriptivo, donde se analizó la frecuencia y porcentaje de variables cualitativas y la media y desviación típica para las variables cuantitativas, así como también se utilizaron tablas de contingencia para la asociación de variables cualitativas mediante la prueba Chi-cuadrado. Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

En cuanto a las variables cuantitativas se utilizó la prueba kolmogorov – smirnov para analizar la distribución de la muestra. Para estudiar la asociación de estas variables se utilizó ANOVA de un factor considerándose estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

5. RESULTADOS

5.1. RESULTADOS DE LAS VARIABLES INDIVIDUALMENTE

5.1.1. Sexo

De las 94 personas que formaron parte del estudio de Dependencia, el 64,9% fueron mujeres y el 35,1% hombres.

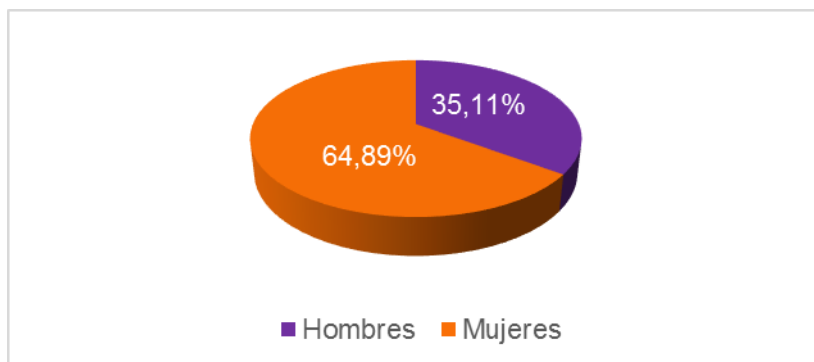


Gráfico 1: Variables sociodemográficas. Sexo

5.1.2. Edad

La investigación se realizó en una población mayor de 65 años, la media de edad de la muestra fue 84,71 años (DT± 6,11). El mínimo obtenido fue de 67 y el máximo de 97. El 92,5 % de la población estudiada se encuentra entre los 76 y los 95 años.

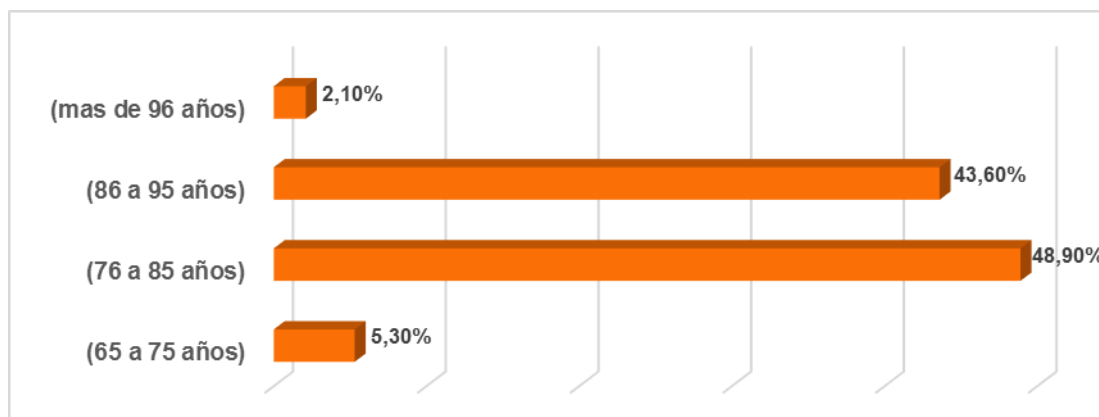


Gráfico 2: Variables sociodemográficas. Edad

5.1.3. Dependencia BVD

Esta variable se analizó de dos formas, la primera como variable cuantitativa en la que se obtuvo como resultados una media de 69,43

(DT±17,91). La puntuación mínima obtenida tras pasar el baremo es de 32 y la máxima de 95.

Cuando la variable se analizó como cualitativa, esta se agrupó según los criterios oficiales de la LD y su herramienta para obtener los diferentes grados de dependencia. Los resultados obtenidos fueron:

- El 14,9% de la población (n=14) analizada obtuvo una puntuación de grado I (25-49 pts) Dependencia moderada.
- El 44,7% (n=42) grado II (50-74 pts) Dependencia severa.
- Un 40,4% (n=38) grado III (75-100 pts) Gran Dependencia.

No se obtuvieron resultados de sujetos que obtuvieran una puntuación menor de 25 puntos. Es decir, todas las personas analizadas en este estudio presentan algún tipo de Dependencia, bien sea moderada, severa o gran dependencia.

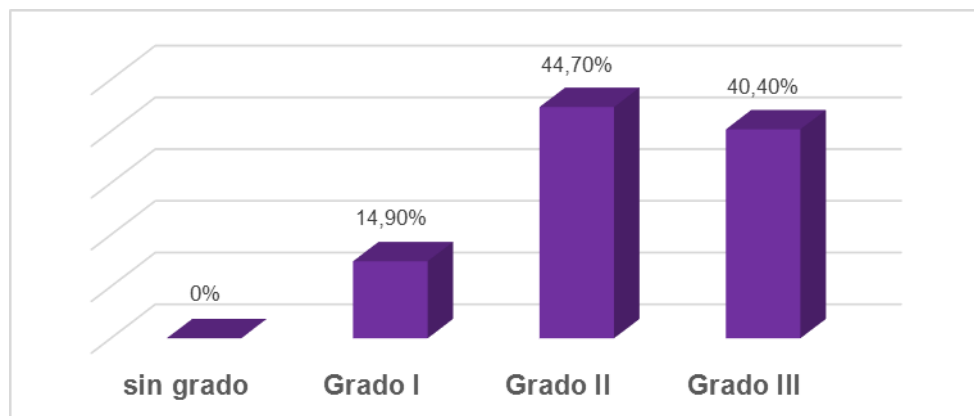


Grafico 3: Instrumentos de valoración. Grado de Dependencia según BVD

5.1.4. Índice de Barthel

Esta variable se incluyó dentro de los criterios de exclusión, ya que todos aquellos informes médicos que no contuvieran el resultado de este índice, fueron excluidos de la muestra final para el estudio.

Para su análisis se utilizó una tabla de frecuencias donde se obtuvo una media de 40,16 (DT ± 21,88), el valor mínimo obtenido fue de 5 puntos y un máximo de 85.

Para los porcentajes se agrupó esta variable en grupos, siendo estos los siguientes:

- El 33% de la población (n=31) obtuvieron una dependencia total según este índice.
- El 50% de los sujetos (n=47) obtuvieron una dependencia severa.
- El 17% de la población (n=16) obtuvieron una dependencia moderada.

Tras el análisis se comprobó que ningún sujeto presenta una dependencia ligera o independencia total.

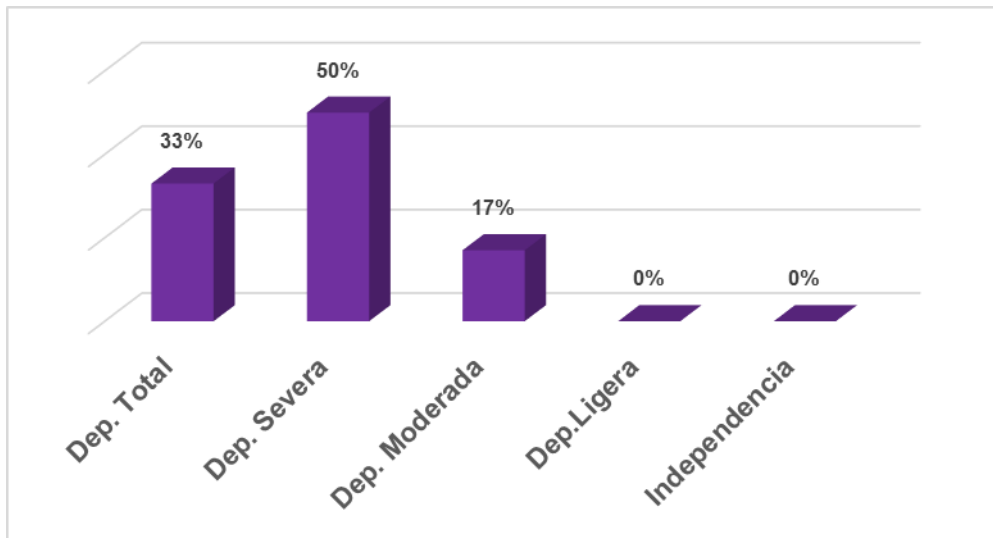


Grafico 4: Instrumento de valoración. Índice de Barthel

5.1.5. Estado civil

Podemos observar que casados y viudos es el estado civil más frecuente en la población estudiada con un 83%, siendo casados (n=39) y viudos (n=39). Un porcentaje más pequeño de la población es soltero o divorciado con un porcentaje de 14,9% y 2,1% respectivamente.

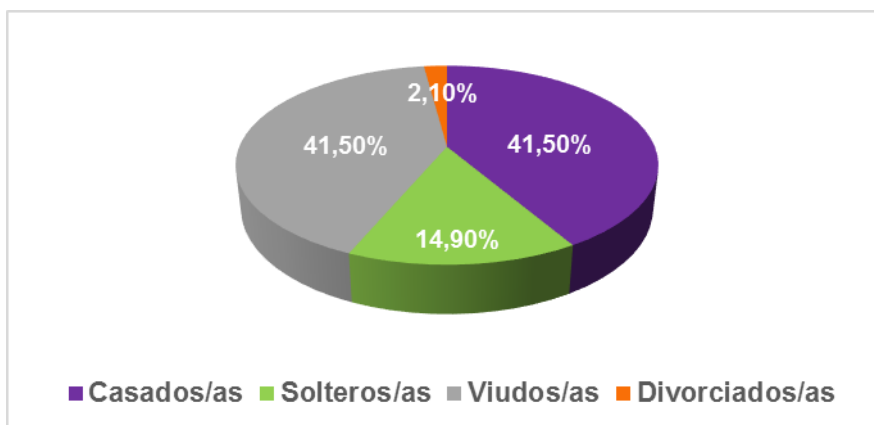


Grafico 5: estado civil

5.1.6. Entorno

Para clasificar esta variable se diferenció entre zona urbana, para la cual se estableció una población censal mayor de 9000 hab.

El 63,8% de la muestra estudiada se encontraba dentro del entorno urbano. Las poblaciones menores, aunque fueran núcleo principal de comarca se incluyeron dentro del entorno rural.

El 36,2% de la población perteneciente a este estudio convivía en medio rural.

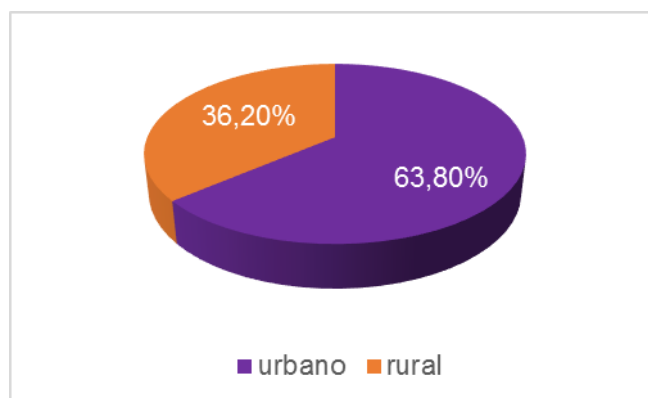


Gráfico 5: variables sociodemográficas. Entorno

5.1.7. Servicio de apoyo al cuidado

El 36,2% de la población perteneciente a este estudio contaba con SAD, no se tuvieron en cuenta las horas a la semana con las que la persona dependiente cuenta con dicho apoyo.

El 31,9% de la población se encontraba institucionalizada mientras que solo un 4,3% de la población total acudía a un centro de día.

Las personas dependientes que únicamente contaban como ayuda con un familiar fueron el 19,1%.

Un 8,1% no recibían de ningún servicio de ayuda y tampoco contaban con un familiar pendiente de sus cuidados.

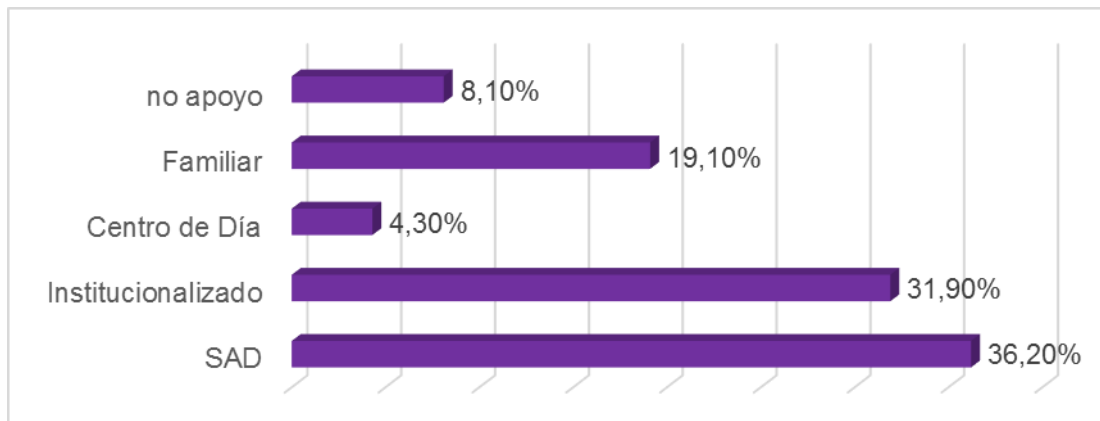


Grafico 6: Servicio de apoyo al cuidado

5.1.8. Vivienda

Más de la mitad de la población estudiada un 55,3% cuenta con una vivienda o lugar de residencia adecuado y sin barreras arquitectónicas que dificulten su autonomía. En el otro extremo con un 13,8% las viviendas de las personas dependientes resultan deficitarias tanto en estructura, entorno colindante a la casa y un baño sin adaptar, esto supone una barrera para la consecución de sus AVD.

También existe una tendencia a que la primera estancia de la casa que se adapta en caso de un miembro dependiente es el baño con un 22,3 % frente a un 8,5% que lo tienen sin adaptar.

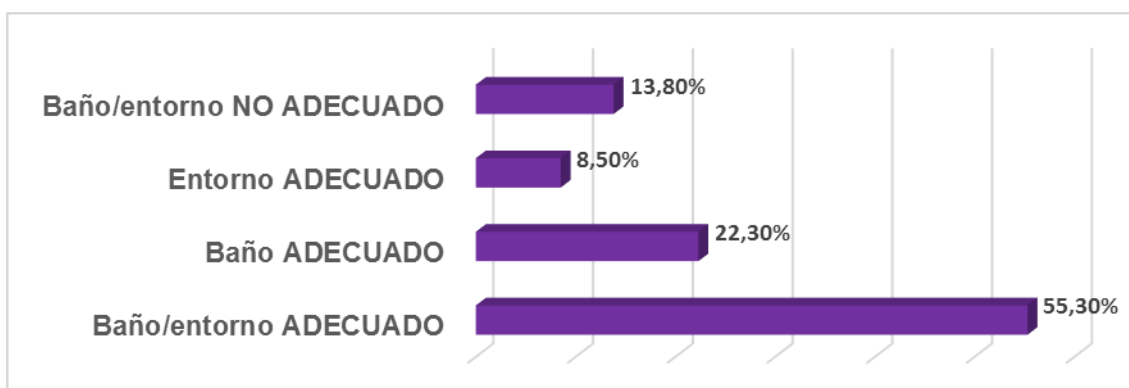


Grafico 7: Variables sociodemográficas. Vivienda.

5.1.9. Enfermedades

Las enfermedades más prevalentes son las relacionadas con dolencias musculo esqueléticas seguidas de las patologías cardiovasculares con un

75,5% y un 74,5% respectivamente. Mientras que las enfermedades neurológicas cuentan con un 56,4%, algo que llama la atención teniendo en cuenta que varios estudios confirman que los ACV, dolor y la Depresión son de las patologías más prevalentes en personas dependientes con edad avanzada (21). También hay que destacar que las enfermedades oncológicas 14.9%, hematológicas 20,2% y las alteraciones del sueño 8,5% son las menos prevalentes.

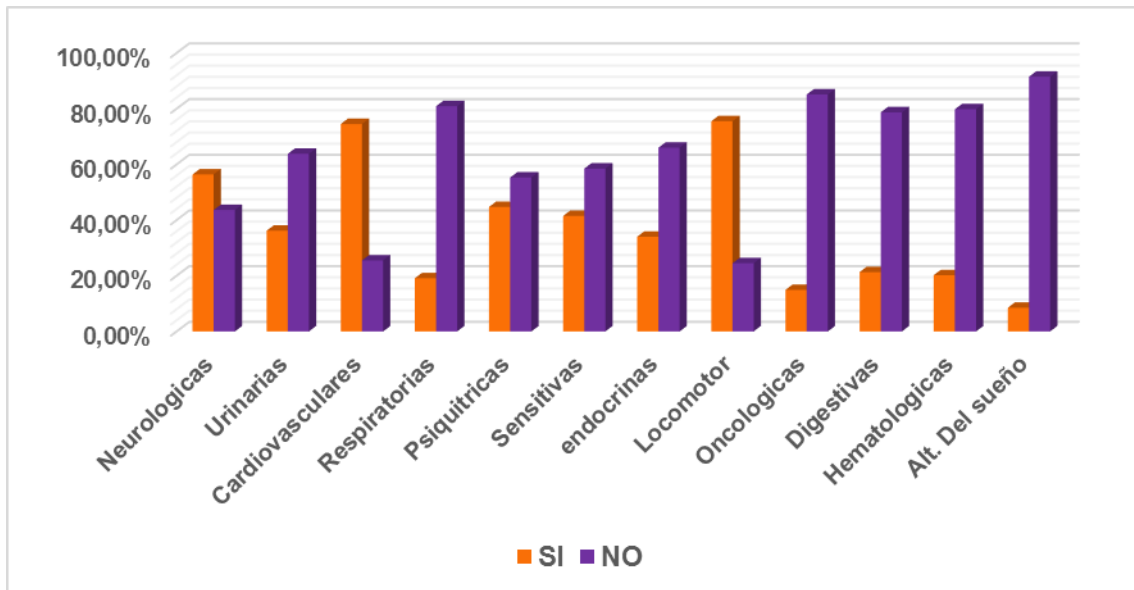


Gráfico 8: Variables sociodemográficas. Enfermedades

5.2. RESULTADOS DE LA ASOCIACION ENTRE VARIABLES

5.2.1. Asociación entre el Grado de Dependencia y las variables sociodemográficas

Uno de los objetivos de este estudio es describir la relación existente entre el grado de dependencia y los factores sociodemográficos, así pues, analizando la variable dependiente (grado de Dependencia) con las diferentes variables sociodemográficas mediante la prueba Chi-cuadrado, se obtuvieron los siguientes resultados.

En la asociación entre el Grado de dependencia y el sexo obtenemos una $p=0.36$ por lo tanto la relación entre estas variables no es estadísticamente significativa.

Cabe destacar que de toda la población estudiada más de la mitad son mujeres. De los ($n=14$) que obtuvieron una puntuación final de Grado I, el

71,4% son mujeres, de los (n=42) que obtuvieron Grado II el 57.1% son mujeres y de los (n=38) que obtuvieron un Grado III el 71,15% son mujeres.

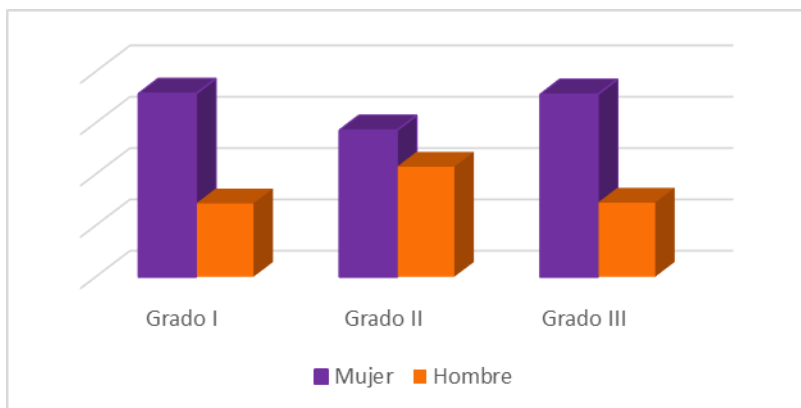


Gráfico 9: Asociación entre Grado de Dependencia y el sexo.

Estudiando la relación entre la variable dependiente con la edad obtenemos una $p=0.022$, por lo tanto podemos decir que existe asociación estadísticamente significativa, ya que a mayor edad mayor Grado de Dependencia.

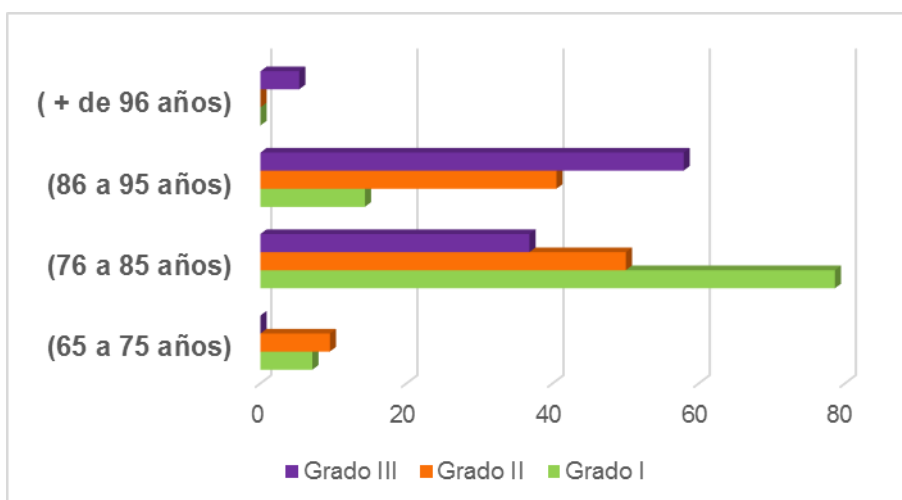


Gráfico 10: Asociación entre Grado de Dependencia y la edad.

Cuando analizamos el Grado de Dependencia con el estado civil, observamos que no hay diferencias estadísticamente significativas ya que obtenemos una $p=0.24$.

Si estudiamos los resultados se puede decir que el 68,4% de las personas que obtuvieron un grado III están solteros o viudos, frente al 31.6% que se

encuentran casados. En el otro extremo, encontramos que de todas las personas que obtuvieron un Grado I mas de la la mitad se encuentran casados, exactamente con un 57.1%. Entendiendo asi que las personas que viven en pareja son mas independientes que las que no.

Tabla 1. Relacion entre Grado de Dependencia-Estado civil (medido en porcentaje).

	Grado I	Grado II	Grado III
Casados	57.1	45.2	31.6
Solteros	7.1	9.5	23.7
Viudos	35.7	40.5	44.7
divorciados	0	4.8	0

Al estudiar el Grado de Dependencia con el entorno, se observa que no hay asociación estadísticamente significativa, ya que obtenemos una $p=0.884$.

Se analiza que, para los diferentes grados de Dependencia, vivir en un medio rural o urbano no influye en la determinación de estos. Aunque si existe una tendencia de las personas que conviven en medio urbano con mayor dependencia, mientras que las de los entornos rurales presentan un porcentaje mayor en grado I.

Tabla 2. Relación entre el grado de Dependencia y el entorno (medido en porcentaje).

	Grado I	Grado II	Grado III
Rural	42.9	35.7	34.2
Urbano	57.1	64.3	65.8

En la asociación del Grado de Dependencia con el apoyo de cuidados prestados, observamos que existe una relación estadísticamente significativa $p=0,045$.

El 76.3% de la población estudiada obtuvo un Grado III, y estos se encuentran institucionalizados o cuentan con SAD, mientras que el 13.2% cuentan con apoyo familiar. Los de grado II el 66,7% cuentan con SAD o institución, frente al 23.8% que cuentan con un familiar como apoyo. Si

analizamos la población que obtuvo un Grado I el 50% cuentan con la ayuda de un familiar o no tienen ningún tipo de apoyo, mientras que el 14.3% de la población se encuentra institucionalizado. Por lo que podemos concluir que a mayor dependencia mayor número de servicios de ayuda prestados.

Tabla 3. Relación entre Grado de dependencia y Servicio de Apoyo al Cuidado (medido en porcentaje).

	Grado I	Grado II	Grado III
SAD	35.7	40.5	31.6
Centro de Día	0	2.4	7.9
Residencia	14.3	26.2	44.7
Familiar	21.4	23.8	13.2
No Apoyo	28.6	7.1	2.6

Al estudiar la variable dependiente con la vivienda obtenemos una $p=0,300$ por lo tanto no es estadísticamente significativa.

En los resultados observamos que más de la mitad de las personas que obtuvieron Grado I y Grado III tienen su vivienda adaptada con un 64,3% y un 65,8% respectivamente. El 32,2% no han adecuado las viviendas para sus necesidades, y si hay que adaptar una estancia se elige el baño frente a las barreras estructurales y espacios.

Tabla 3. Relación Grado de dependencia y Vivienda (medido en porcentaje).

	Grado I	Grado II	Grado III
Baño + Entorno ADECUADO	64.3	42.9	65.8
Baño + Entorno NO ADECUADO	0	19	13.2
Baño ADECUADO	28.6	26.2	15.8
Entorno Adecuado	7.1	11.9	5.3

5.2.2. Asociación entre el grado de Dependencia y las Enfermedades

El segundo objetivo planteado en este estudio es analizar la relación entre las patologías más prevalentes en la población dependiente de la provincia de Huesca y los diferentes Grados que establece la LD. Para su análisis utilizamos

la prueba Chi- cuadrado. De todos los resultados obtenidos solo se encontró relación estadísticamente significativa con las enfermedades urinarias, obteniendo una $p=0,022$. De los ($n=34$) estudiados que si padecían una patología urinaria el 58.8% obtuvieron un grado III frente a un 11.85% que obtuvieron un grado I, con lo que se puede concluir que las personas con problemas urológicos tienden a tener una Gran Dependencia.

Siendo las enfermedades del sistema locomotor, cardiovasculares y neurológicas en este orden las más prevalentes de este estudio, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas. Para las locomotoras $p=0.92$, en las cardiovasculares obtuvimos $p=0.42$, y para las neurológicas $p=0.31$.

En las patologías neurológicas se observa que tanto en el grado I como en el grado II el 50% de la población padece una patología neurológica como no. Mientras que el 65,8% de los que obtuvieron un Grado III si padecen alguna patología de origen neurológico.

Las enfermedades cardiovasculares son las segundas más prevalentes de este estudio con un 74.5% de los ($n=70$) que, si tienen problemas cardiovasculares, el 17,1% obtuvieron un Grado I, mientras que el 37.1% presenta un grado III, para el grado II, el porcentaje fue mayor.

En el estudio de las patologías locomotoras de las ($n=71$) personas que padecen algún tipo de estas dolencias el 40,8% obtuvieron un grado III, un 43,7% grado II y un 15,55% grado I. Estas son las más incapacitantes por que cursan con dolor, inmovilidad, alteración de la marcha, inestabilidad y pérdidas de equilibrio.

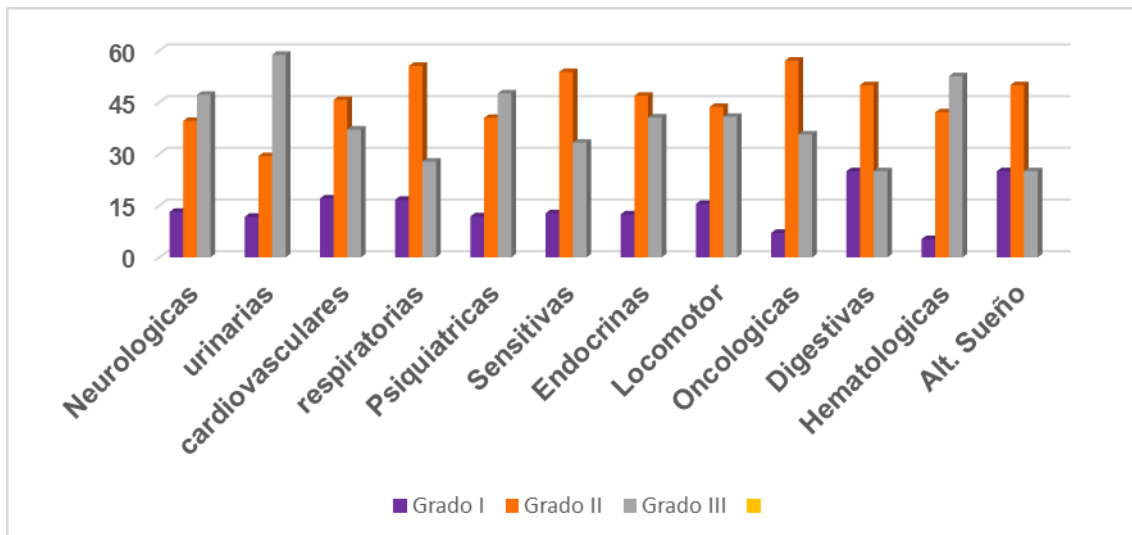


Gráfico 11: asociación entre Grado de Dependencia y Enfermedades.

5.2.3. Asociación entre el Grado de Dependencia y el Índice de Barthel

El último objetivo, es estudiar la relación entre dos de los instrumentos más utilizados para la obtención de un nivel de dependencia en el territorio español, el oficial BVD y el Índice de Barthel, este el más utilizado por el personal sanitario.

Para el estudio de la asociación entre las 2 variables se utilizó ANOVA de un factor obteniendo una asociación estadísticamente significativa con una $p=0,000$.

Analizando los resultados obtenidos, se estudia:

- El 64.3% obtuvieron un grado I (BVD) y dependencia moderada (Barthel).
- El 81% obtuvieron un grado II (BVD) y dependencia severa (Barthel).
- El 76.3% obtuvieron una gran dependencia (BVD) y dependencia total (Barthel).

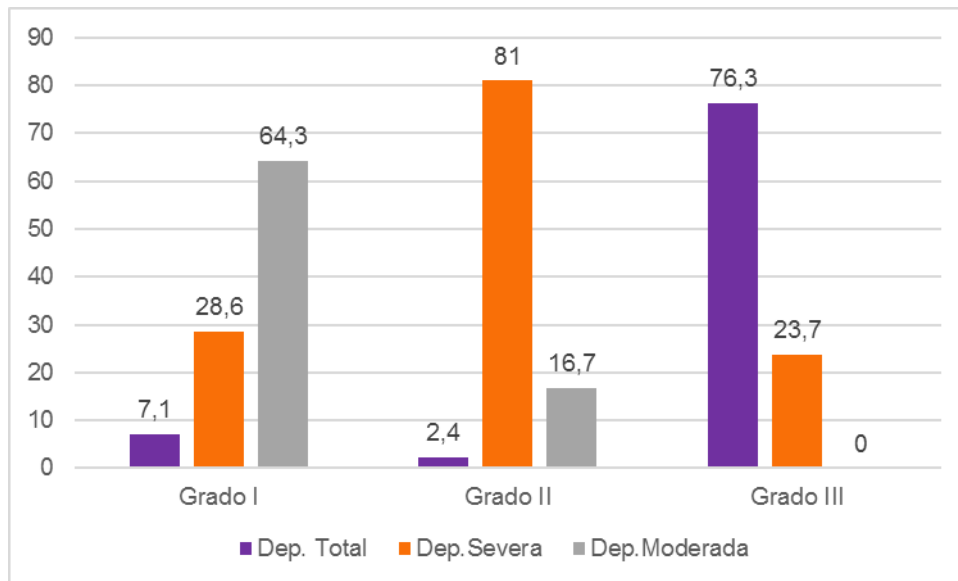


Grafico 12: Asociación entre instrumentos de valoración. BVD-Barthel.

6. DISCUSION

Al analizar los resultados se puede comprobar que las mujeres son más dependientes que los hombres con un 64.89%, esto es debido a una esperanza de vida mayor en las mujeres que actualmente se encuentra en nuestro país en 85,66 años y en 80.03 para los varones y que además esta tendencia se prevé vaya en aumento en las próximas décadas (2,19).

En nuestra investigación, la edad fue considerada un criterio de inclusión, era necesario ser mayor de 65 años para participar en este estudio, la edad media fue 84,71 años y más del 90% de la población estudiada era octogenaria, estos datos coinciden con la mayoría de los estudios encontrados de Dependencia (8,19,20). Según nuestros resultados, la dependencia está asociada con la edad elevada, a más edad, más dependencia y además ésta se ve reflejada con un aumento de grado a medida que la población se encuentra más envejecida, coincidiendo así con Dorantes-Mendoza y cols (21) que demuestran que una edad avanzada de la persona es uno de los factores de riesgo más importantes del deterioro funcional y en su consecuencia una mayor prevalencia a ser dependiente.

El mismo número de personas que formaron parte del estudio se encontraban casadas (n=39) o viudas (n=39), aunque no se encontró asociación entre el grado de dependencia y el estado civil, existe un porcentaje mayor de personas con grado más elevado que no cuentan con una pareja, mientras que los grados menores los ocupan las personas casadas. En el estudio de Gazquez-Llinares y cols, 2011 sobre prevalencia de la dependencia en personas mayores los viudos son quienes presentan un nivel más alto de dependencia tanto en actividades básicas como en las instrumentales asociándolo así a la pérdida del cónyuge que era quien suplía estas tareas.

El 63,80% de muestra población de estudio vivía en medio urbano, en nuestros resultados existe una tendencia de la población de grandes núcleos y con mayor facilidad de acceso a los servicios sanitarios y sociales de todo tipo, que muestran un porcentaje más elevado de dependencia severa o gran dependencia, algo que llama nuestra atención cuando la población de medio rural dada la dispersión geográfica de los núcleos y la dificultad de la accesibilidad a los servicios muestra un porcentaje mayor de dependencia

moderada. Esto está justificado teniendo en cuenta que en el medio rural existe un ámbito más familiar y cercano, en el que el soporte social prestado viene dado por el apoyo de vecinos, conocidos, amigos y familiares, además los valores en el medio rural son diferentes y requieren de condiciones físicas y económicas menos exigentes (23).

En cuanto a las condiciones de la vivienda, en esta línea de investigación no existe asociación con los diferentes grados de dependencia, además hay que tener en cuenta que el 31,9% de la población se encuentra institucionalizada en centros de la tercera edad y estos reúnen las condiciones adecuadas a las necesidades en cuanto a infraestructuras. Un dato ya conocido es que las personas de edad avanzada, en su mayoría conviven en hogares más envejecidos y que no reúnen las condiciones necesarias a nivel estructural, esta situación puede ser debido a la imposibilidad de afrontar una reforma ya que en su mayoría perciben una pensión baja, y muchos de ellos incluso ayudan económicamente a sus familiares (13,14).

La habilidad para mantener un autocuidado y un entorno agradable presenta un factor de bienestar en los mayores. Por ello la falta de capacidad para desarrollar tareas de atención personal es la principal causa de atención institucionalizada y ayuda domiciliaria (24) lo cual coincide con nuestra línea de investigación donde descubrimos una tendencia de que a mayores servicios prestados mayor grado de dependencia del adulto mayor. Además, hay que destacar la gradual incorporación de la mujer al mundo laboral que ha alterado la permanencia de esta en el hogar y ha disminuido la disponibilidad de tiempo para cuidar, lo cual hace necesario que las familias tengan que recurrir a algún tipo de servicio para satisfacer las necesidades del anciano dependiente. Por otro lado, el hecho de cuidar a un familiar con dependencia durante un tiempo prolongado afecta de manera importante a la salud del cuidador, por ello existen ayudas de descanso y descarga que cuentan con los servicios de ayuda a domicilio.

La comorbilidad múltiple, frecuente entre los adultos mayores se encuentra fuertemente asociada con situaciones de dependencia (21). En nuestro estudio, las enfermedades más prevalentes son las osteomusculares con un 75.5% que cursan con incapacidad funcional, limitación de la movilidad y dolor, estas pueden ser causadas por problemas reumáticos, caídas y

fracturas principalmente. Las segundas en prevalencia con un 74.5% son las cardiovasculares en donde se encuentran las insuficiencias cardíacas, HTA y otras cardiopatías. Las enfermedades neurológicas son las terceras en prevalencia con un 56,4%. Estos datos coinciden con Barrantes-Monge y cols que añaden además de estos factores, la depresión (16).

Siguiendo nuestra línea de investigación encontramos que las enfermedades psiquiátricas, sensitivas y endocrinas son las siguientes en prevalencia en la población dependiente estudiada con un 44,7%, 41,5% y 34% respectivamente.

De todas las patologías estudiadas, solo se encontró asociación estadísticamente significativa con las patologías urinarias. La incontinencia urinaria se ha considerado un marcador temprano de fragilidad, en muchos estudios y se ha asociado con la incapacidad de poder caminar por lo que consecuentemente muchas de las AVD se ven afectadas (16).

El grado de dependencia obtenido según los instrumentos utilizados en este estudio refleja que hay una fuerte relación entre ambos. El 64.3% de la población analizada obtuvo un grado I según BVD o una dependencia moderada según índice de Barthel, para un grado II o dependencia severa fueron el 81% de la muestra y para una gran dependencia o dependencia total el 76,3%, lo cual demuestra que ambos instrumentos de valoración son válidos ya que las diferencias de resultados entre ambos son mínimas, es decir apenas presentan diferencias en el grado de dependencia, estos datos no concuerdan con los de otros estudios (8) en los que se manifiesta que las personas dependientes valoradas con ambos instrumentos, resulta que con el BVD son más independientes que con el índice de Barthel.

Cabe mencionar que el BVD que establece la LD está basado en instrumentos de valoración tales como el Barthel, y que este dada su complejidad y un mayor tiempo dedicado por el profesional para su realización quede reducido en su utilización a personal cualificado y preparado para ello, lo cual justifica el desconocimiento de este por parte del personal sanitario y que la mayoría de la bibliografía encontrada para este estudio no cuente con el como instrumento de valoración de dependencia.

7. CONCLUSIONES

El aumento de la esperanza de vida y su previsto aumento en las próximas décadas supone un aumento de la población dependiente.

En relación al sexo, la esperanza de vida es mayor en mujeres que en hombres y en la actualidad se encuentra en casi 6 años por encima. Por lo tanto, existe una tendencia de que la mayor parte de la población dependiente sea del sexo femenino.

En cuanto el servicio de apoyo prestado al anciano dependiente se encontró una relación en la que los grados más altos de dependencia tenían un mayor servicio de apoyo.

La situación de incapacidad o deterioro no siempre va ligada a enfermedades, ya que existen dolencias menores que suponen más limitaciones en la autonomía de las personas que las patologías más graves.

En la asociación de los diferentes instrumentos de valoración de dependencia existe una relación máxima ya que la mayoría de la población evaluada por ambos en este estudio coinciden en nivel de dependencia.

El estudio nos abre la vía a investigar:

- Conocer cuáles son las enfermedades más relevantes en la población anciana y cómo influyen en la dependencia.
- La influencia de las barreras arquitectónicas existentes en el domicilio y el entorno en el que se encuentran, con el nivel de dependencia en los adultos mayores, excluyendo las personas institucionalizadas.

BIBLIOGRAFIA

1. Sistema Aragonés de Atención a la Dependencia. Guía Informativa. Gobierno de Aragón, Departamento de servicios sociales y Familia, Dirección General de Atención a la Dependencia; Deposito legal Z-457/08:32
2. Proyección de la población de España 2014-2064. Notas de Prensa; Instituto Nacional de Estadística, INE 2014 28 de octubre.
3. Monteverde, M., Tomas, S., Acosta, L. D., Garay, S., Population Aging and Magnitude of Dependency in Argentina and Mexico: Comparative perspective with Spain. Revista Latinoamericana de Población, 2016 Enero-Junio;18:135-154
4. Pujol Rodríguez, R., Abellán García, A. Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos. Informes Envejecimiento en red 2016 enero.
5. Mirallas Martínez JA, Real MC. ¿Índice de Barthel o Medida de Independencia Funcional? Rehabilitación: Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física 2003;37(3):152-157.
6. Solís, C. L. B., Arrijoja, S. G., & Manzano, A. O. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Plasticidad y restauración neurológica, 2005;4(1-2):81-85
7. Méndez Pardo AM. Psychology and valuation of the dependency. Psychosocial Intervention, 2007;16(2):147-153.
8. Camps Ballester, E., Andreu Periz, L., Colomer Codinachs, M., Claramunt Fonts, L., & Pasaron Alonso, M. Valoración del grado de autonomía funcional de pacientes renales crónicos según índices de

- Barthel, Lawton y baremo de Ley de Dependencia. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, 2009;12(2):104-110.
9. Andreu-Periz, L., Puig-Llobet, M., & Cases-Amenós, A. Grado de dependencia de las personas sometidas a hemodiálisis en Cataluña y evolución de su mortalidad. Revista Nefrología Órgano oficial de la sociedad española de Nefrología 2012 junio;32(5):613-621.
 10. Boletín Oficial del Estado J. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. Boletín Oficial del Estado (BOE) 2006;299(15).
 11. Boletín Oficial del Estado, B. O. Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
 12. Boletín Oficial del Estado, B. O. Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
 13. Bosch Meda J. THE PROBLEM OF THE HOUSING IN THE OLD AGE IN CATALONIA. ACE: Architecture, City and Environment 2006;1(1):80-101.
 14. De Rosende I. y Santos S. Do the architectural barriers affect the daily personal help received by the dependent person in displacements? Rehabilitation 2014;48(1):32-38.
 15. Sarasa Frechin E. Un caso de adaptación de la persona y el entorno en el medio rural. Trabajo fin de grado Facultad de Ciencias de la salud, Universidad de Zaragoza 2012.

16. Barrantes-Monge, M., García-Mayo, E. J., Gutiérrez-Robledo, L. M., Miguel-Jaimes, A. Functional dependence and chronic disease in older Mexicans. *salud pública de México*, 2007;49(4): s459-s466.
17. Instituto Aragonés de Estadística (IAEST). 2015.
18. Real Decreto 994/1994, Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre.
19. Abellán, A., Esparza, C., Castejón, P., Pérez, J. Epidemiology of disability and dependency in old age in Spain *Epidemiología. Gaceta Sanitaria*, 2011 25, (s): 5-11.
20. Manrique-Espinoza, B., Salinas-Rodríguez, A., Moreno-Tamayo, K., & Téllez-Rojo, M. M. Functional dependency and falls in elderly living in poverty in Mexico. *Salud pública de México*, 2011 53(1), 26-33.
21. Dorantes-Mendoza, G., Ávila-Funes, J. A., Mejía-Arango, S., Gutiérrez-Robledo, L. M. (2007) Factors associated with functional dependence in older adults: a secondary analysis of the National Study on Health and Aging, Mexico, 2001. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22(1):1–11.
22. Gázquez-Linares, J. J., del Carmen Pérez-Fuentes, M., Mercader-Rubio, I., & del Mar Molero-Jurado, M. Prevalence of functional dependence among elderly people. *anales de psicología*, 2011 27(3), 871-876.
23. López, A. C., Rubiob, S. R., Rodríguez, B. R., Domingod, J. M. D., Seguro, C. C., Aznar, T. L. Social inequality and changes in quality of life among the elderly in rural areas of the province of Cuenca (Spain) between 1994 and 2002. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 2008 43(4), 221-8.
24. Escuredo, B. (2007). Social policies concerning dependence in Spain: contributions and consequences for the elderly and their family

caregivers. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)*, 119(1), 65-89.