

## ANÁLISIS DE CONGLOMERADOS EN LA DEFINICIÓN DE PERFILES DE MAYORES CON DEPENDENCIA EN PALMA DE MALLORCA: RELACIÓN ENTRE SALUD, APOYO SOCIAL Y DEPENDENCIA

Lluc Nevot-Caldentey (1), Carmen Orte Socías (1) y Lluís Ballester Brage (1)

(1) Grupo de Investigación y Formación Educativa y Social (GIFES). Laboratorio de Investigación sobre Familia y Modalidades de Convivencia (LIFAC). Departamento de Pedagogía y Didácticas Específicas. Universitat de les Illes Balears (UIB). Palma de Mallorca. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

### RESUMEN

**Fundamentos:** En España, los recursos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) para las personas mayores se dirigen a intervenir sobre las situaciones de dependencia. Centran la atención de manera exclusiva sobre las afectaciones físicas y cognitivas, mientras que la evidencia y los principales entes nacionales e internacionales indican la necesidad de establecer medidas de promoción de la autonomía y de prevención de la dependencia. El objetivo del estudio fue el de definir las variables sociodemográficas, de salud, de apoyo social y de dependencia, así como las relativas a la interacción cuidador-dependiente, que delimitaban en mayor medida el perfil de las personas con dependencia, e identificar si el Baremo de Valoración de la Dependencia español definía los Grados de Dependencia de manera objetiva conforme a las variables que incidían sobre la misma.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo, sobre una muestra de 279 personas beneficiarias de la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF) de Palma de Mallorca, con 178 personas de entre 55 y 85 años (<75, n=69,06; ≥75, n=108,97) en situación de dependencia y 101 personas cuidadoras. A partir del análisis de conglomerados realizado mediante SPSS 25.0, se definieron 3 grupos: un grupo con dependencia alta, uno con dependencia media y otro con dependencia baja.

**Resultados:** El “Grupo con dependencia alta” aglutinó 57 beneficiarios (32,84% muestral). Con baja disposición de apoyo afectivo y alta de apoyo material, mostró una valoración baja de su estado de salud. El “Grupo con dependencia media” definió 86 beneficiarios (49,71% muestral). Se caracterizó por alcanzar puntajes medios/medio-altos en variables que indican la necesidad de mejoras en ciertas áreas de salud. El “Grupo con dependencia baja” estuvo formado por 30 beneficiarios (17,34% muestral). Obtuvo bajos niveles en las puntuaciones de apoyo social y percepción de salud.

**Conclusiones:** Determinados factores sociales y familiares muestran una influencia estadísticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ) sobre las situaciones de dependencia que marcan posibles propuestas de intervención.

**Palabras clave:** Salud, Autonomía, Apoyo social, Necesidades sociales, Prevención basada en la evidencia.

### ABSTRACT

#### Cluster analysis in the definition of profiles of elderly people with dependency in Palma de Mallorca: relationship between health, social support and dependency.

**Background:** In Spain, the resources of the System for Autonomy and Attention to Dependency (SAAD) for the elderly are directed to intervene on dependency situations. They focus attention exclusively on physical and cognitive effects while the evidence and the main national and international entities indicate the need to establish measures to promote autonomy and prevent dependence.

**Methods:** Descriptive observational study, conducted on a sample of n=279 people benefiting from the Economic Benefit for Care in the Family Environment (PECEF) in Palma de Mallorca: n=178 people between 55 and 85 years (<75, n=69.06; ≥75, n=108.97) in a situation of dependency and 101 caregivers. The objective of the study was to define the socio-demographic, health, social support and dependency variables, as well as those related to the caregiver-dependent interaction to define the profile of people with dependence and to identify if the Spanish Dependency Assessment Scale defines the Degrees of Dependency objectively according to the variables that affect it.

**Results:** The “Group with high dependency” contained 57 beneficiaries (32.84% sample). With low disposition of affective support and high of material support, it showed a low assessment of his state of health. The “Medium dependency group” defined 86 beneficiaries (49.71% sample). It was characterized by achieving medium / medium-high scores on variables which indicate the need for improvements in certain health areas. The “Low Dependency Group” defined 30 beneficiaries (17.34% sample). It obtained low levels in the scores of social support and perception of health.

**Conclusions:** From the cluster analysis performed using SPSS 25.0, 3 groups were defined; a group with high dependence, one with medium dependence and one with low dependence. Certain social and family factors show a statistically significant influence ( $p \leq 0.05$ ) on dependency situations that mark possible intervention proposals.

**Key words:** Health, Autonomy, Social support, Social needs, Evidence-based prevention.

## INTRODUCCIÓN

En 2002, dentro del marco de la II Asamblea de las Naciones Unidas sobre Envejecimiento, se define el concepto de envejecimiento activo como “*el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas se vuelven mayores*”. El Envejecimiento Activo se orienta hacia la participación activa. Incluye tanto la consideración social como la individual<sup>(1)</sup>. España, con 83 años de esperanza mediana de vida, lidera con Japón (83,9 años) la lista de los países más longevos a nivel mundial<sup>(2)</sup>. Los datos estadísticos del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1 de enero de 2019 identifican 8.908.151 personas mayores, un 19,1% del total de la población (46.722.980)<sup>(3,4,5)</sup>. El envejecimiento poblacional comporta el aumento progresivo de la morbilidad vinculada a la cronicidad, discapacidad y dependencia<sup>(6)</sup>. La clave, entonces, ya no es llegar a los 100 años, sino hacerlo con calidad de vida<sup>(7)</sup>.

La carga genética no consigue explicar más del 25% de la salud futura de cada individuo. El 75% restante depende del estilo de vida y de los hábitos de cada uno. Los hallazgos de la comunidad científica experta en el campo vinculan la salud en la vejez a los hábitos de vida, las relaciones y la participación social<sup>(8,9,10,11)</sup>. El estado de ánimo positivo, los contactos sociales, la actividad y el humor se asocian a una supervivencia más larga<sup>(12)</sup>. Cada vez se dan más indicadores y medios para anticipar la dependencia y, por consiguiente, promover la autonomía. El esquema clásico presentado por la Organización Mundial de la Salud (Dolencia → Impedimento → Discapacidad → Háncap) queda obsoleto por la carencia de criterios que evidencien su operatividad. Los determinantes sociales de la salud constituyen un enfoque fundamental de la OMS y un área prioritaria de su 12º Programa general de trabajo 2014-2019.

Entre los mismos, el apoyo social se identificó como determinante clave de la salud<sup>(1)</sup>. Numerosos estudios demuestran el impacto ejercido por el apoyo social sobre los procesos relacionados con la salud, y su efecto beneficioso sobre la evolución de dolencias de origen diverso (depresión, artrosis o hipertensión arterial)<sup>(13)</sup>. Las personas con relaciones sociales adecuadas tienen una mayor probabilidad de supervivencia (50%), comparadas con aquellas que cuentan con relaciones sociales pobres<sup>(14)</sup>. Con el aumento de la edad, la mayoría de los contactos sociales se reducen y tienden a ganar intensidad los vínculos con familiares próximos<sup>(15,16)</sup>. Teniendo en cuenta que en España aproximadamente el 90% de las personas en situación de dependencia funcional reside en el entorno familiar<sup>(17,18)</sup>, la mayor fuente de apoyo social en las personas mayores tiende a concentrarse en el ámbito familiar<sup>(19,20)</sup>.

Las disposiciones establecidas por la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (LAAD) instauraron en 2006 el objetivo sobre la promoción de la autonomía personal y, por otro lado, la atención a las situaciones de dependencia. Aun así, tanto la legislación como el conjunto de prestaciones establecidas en el Sistema para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas en situación de Dependencia (SAAD), demuestran la carencia de cobertura del principal objetivo, reflejado en el artículo 1 de la LAAD, vinculado a prevenir la aparición o agravación de dolencias y a promover condiciones de vida saludables, así como programas específicos de carácter preventivo para personas mayores<sup>(6)</sup>. Paralelamente, a nivel europeo, el Consejo de Europa, en su *Recomendación nº (98) 9* del Comité de Ministros de los Estados miembros, propuso, en términos de dependencia, preconizar la prevención primaria y reductora de la dependencia y beneficiar, mediante el conjunto de prestaciones, a las personas en situación de dependencia que

residen en el domicilio. Recomienda favorecer la permanencia de las personas con dependencia en el domicilio<sup>(21)</sup>.

La promoción de la autonomía personal demanda un enfoque proactivo. Por el contrario, el actual procedimiento de acceso establecido por la Ley es reactivo, porque limita la acción protectora a quienes ya sufren de dependencia, y actúa en base a ellos<sup>(23)</sup>. Los Grados de Dependencia se definen en función de los resultados obtenidos por el técnico valorador a partir del Baremo de Valoración de Dependencia español (en adelante, BVD). Este baremo consta de 11 bloques de valoración definidos por la aparición de síntomas fundamentalmente físicos y, en menor medida, cognitivos. No obstante, no se identifican ítems de medición de necesidades de carácter social<sup>(23,24)</sup>. Se requiere el planteamiento de intervenciones preventivas orientadas a fomentar la adquisición de competencias para que los diferentes miembros de la familia puedan adaptarse a los cambios exitosamente<sup>(22,23,24,25)</sup>.

Este estudio se realizó para determinar la existencia de factores sociales, demográficos y de salud que definan diferentes perfiles de las personas con dependencia. El objetivo se centró en definir la influencia de determinantes sociales de la salud como el apoyo social, la interacción entre el adulto mayor y su contexto, o determinadas características del mismo, para plantear así estrategias de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía.

## SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo de los perfiles de las personas en situación de dependencia a partir de variables de salud, dependencia y apoyo social. El universo de referencia estaba constituido por 11.807 personas beneficiarias de la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF) en

2018. La muestra empírica contó con 279 personas beneficiarias de la PECEF de Palma de Mallorca, de las cuales 178 personas con entre 55 y 85 años (<75, n=69,06; ≥75, n=108,97) se encontraban en situación de dependencia (n=82,95 con Grado I, n=64,79 con Grado II y n=30,08 con Grado III), y 101 personas eran familiares cuidadores. Las dimensiones de la muestra seleccionada se calcularon a partir de los niveles de representación siguientes: para un nivel de confianza del 95,5% (2 sigmas) y P=20, el error era de ±4,7 para el conjunto. Se estableció como criterio de inclusión muestral que llevaran como mínimo 1 año percibiendo la ayuda. Mediante selección aleatoria a partir de la lista de beneficiarios de la base de datos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD en adelante), se procedió a citar telefónicamente a cada uno de los sujetos y familiares cuidadores para que el personal investigador y técnico de la *Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal* (Direcció General de Dependència de les Illes Balears; FBD-DGIB en adelante) pudiera realizar la entrevista a domicilio y cumplimentar el cuestionario.

Los datos de los participantes fueron obtenidos del SISAAD y de un cuestionario diseñado mediante la herramienta *Lime Survey*. Se plantearon una serie de cuestiones de descripción sociodemográfica (en base al municipio, sexo, edad, grado de dependencia, estado civil, miembros de la unidad familiar, nivel de estudios, ocupación...), seguidas de cuestiones relativas a la situación de dependencia, salud y apoyo social. Para evaluar la dependencia se sistematizaron los resultados del BVD (*Real Decreto 174/2011 del 11 de febrero por el que se aprueba el Baremo de Valoración 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*) relativos a la ejecución de las Actividades Básicas de la Vida Diaria

(ABVD) disponibles en SISAAD. Para definir los niveles de apoyo social, se aplicó el *Medical Outcomes Study-Social Support Survey* (MOS-SSS)<sup>(26,27,28,29)</sup>, dado que esta herramienta dispone de 19 ítems hipotéticos dirigidos a examinar la percepción del apoyo social en las dimensiones de apoyo material, apoyo emocional e informacional, apoyo afectivo y del apoyo social derivado de la interacción social de la persona con dependencia. Finalmente, se revisaron un total de 173 informes médicos facilitados por los Servicios de Salud Balear, disponibles en el SISAAD del IMSERSO. Aunque se realizó el cuestionario sobre una muestra de 178 personas, 5 informes médicos no se encontraron disponibles en SISAAD.

El método de *clúster k-means* se utilizó para generar grupos, a partir de las variables estadísticamente significativas, con el fin de probar y detectar diferentes tipos de factores influyentes sobre el mayor o menor grado de dependencia, en función de las puntuaciones de los diferentes indicadores de dependencia, apoyo social y salud, así como de las variables de descripción socio-demográfica. Para el análisis de los datos, se utilizó SPSS 25.0.

## RESULTADOS

El 38,89% de la muestra formaba parte de los municipios de menos de 20.000 habitantes, mientras que el 29,21% pertenecía a los municipios de más de 20.000 y el resto a la capital, Palma de Mallorca (30,9%). El 33,7% de los sujetos encuestados eran hombres y el 66,3% eran mujeres. El 38,8% tenía menos de 75 años ( $n=69,06$ ), mientras que el 61,2% tenía 75 años o más ( $n=108,94$ ). El 11,8% de la muestra era analfabeta, el 35,4% de la población carecía de estudios, pero sí sabía leer y escribir, el 36,5% disponía de estudios primarios, el 11,2% contaba con estudios secundarios y solo el 5,1% tenía estudios superiores.

Predominó la situación de no tener estudios a pesar de sí saber leer y escribir entre las personas de 75 o más años de edad (44%;  $\chi^2$  de Pearson=5,797;  $p=0,046$ ). El mayor volumen de población analfabeta se ubicó en el grado II de dependencia (17,4%), y el mayor volumen de personas sin estudios pero que sí sabían leer y escribir se registró en el Grado I (43,2%;  $\chi^2$  de Pearson=12,799;  $p=0,014$ ).

En el 30,9% de los casos, la persona dependiente era progenitora de la persona cuidadora, en el 18,5% un descendiente, en el 30,9% esposo/a, en el 6,2% hermana/o y en el 5,1% otros casos. En el 69,7% de las ocasiones, el domicilio de la persona cuidadora coincidía con el domicilio de la persona dependiente. El 83,3% de las personas que convivían con el cuidador eran hombres, mientras que se reduce al 62,7% la proporción de mujeres que vivían con el cuidador familiar principal ( $\chi^2$  de Pearson=8,003;  $p=0,003$ ). El 55,6% de las personas con grado I, el 79,7% de las personas con grado II y el 85,7% de las personas con grado III convivían con el cuidador ( $\chi^2$  de Pearson=14,337;  $p=0,000$ ); el 65,71% de los cuidadores convivientes tenían 65 o más años. Entre estos últimos se identificó que el 54,34% era mayor de 75 años ( $\chi^2$  de Pearson=8,936;  $p=0,002$ -prueba exacta de Fisher;  $p=0,002$ -).

Los datos del análisis estadístico realizado revelaron tres conglomerados diferentes (tabla 1), que reflejaban tres tipos diferentes de factores influyentes sobre el mayor o menor grado de dependencia. Los conglomerados se formaron tomando los resultados significativos del análisis de varianza (ANOVA). La tabla 1 muestra las puntuaciones del centro de los conglomerados para las variables medidas, el volumen de beneficiarios y el porcentaje en cada grupo.

A cada grupo definido por el análisis de conglomerados se le asignó un nombre

**Tabla 1**  
**Resultados análisis de conglomerados.**

Resultados de ANOVA								Puntuaciones de centro (asociación a la dependencia)		
Variables	Clúster		ErrorMC		F	p	n	Interpretación de puntuaciones		
	MC	gl	E	gl				D. alta	D. media	D. baja
<b>Apoyo material MOS (Z)</b>	33,417	2	0,625	170	53,437	0,000(**)	178	27,293 (medio-alto)	29,481 (alto)	-135,541 (bajo)
<b>Apoyo afectivo MOS (Z)</b>	42,462	2	0,529	170	80,269	0,000(**)	178	37,312 (alto)	27,725 (medio-alto)	-153,170 (bajo)
<b>Grado de dependencia</b>	4,533	2	0,490	170	9,251	0,000(**)	178	200,00 (alto)	200,00 (medio)	100,00 (bajo)
<b>N síntomas (Z)</b>	12,651	2	0,863	170	14,661	0,000(**)	173	-51,462 (bajo)	34,446 (alto)	-00,969 (medio)
<b>Edad dependiente</b>	10,804	2	0,735	170	14,698	0,000(**)	178	-43,835 (bajo)	33,015 (alto)	-21,058 (medio-bajo)
<b>Percepción salud</b>	3,668	2	0,666	170	5,509	0,005(*)	178	200,00 (alto)	200,00 (bajo)	200,00 (bajo)
<b>Valoración atención cuidador p.</b>	4,078	2	0,301	170	13,564	0,000(**)	178	400,00 (alto)	400,00 (medio-alto)	300,00 (bajo)
<b>Cobertura PECEF</b>	48,621	2	0,503	170	96,714	0,000(**)	178	300,00 (alto)	100,00 (bajo)	100,00 (bajo)

(\*)  $p \leq 0,05$ ; (\*\*)  $p < 0,001$ . Los ocho factores discriminantes.  $n=173$  casos válidos. MS = Media Cuadrática; MSE = Error de Media Cuadrática.

representativo. El primero, “*grupo con dependencia alta*”, aglutinó 57 beneficiarios en total y logró puntuaciones elevadas para cinco variables estadísticamente significativas (MOS total de apoyo afectivo, grado de dependencia, estado de salud, calificación de cuidados del cuidador principal y porcentaje de cobertura de gastos por PECEF). El “*grupo con dependencia media*” definió 86 beneficiarios. Este grupo se caracterizó por alcanzar puntuaciones medias o medio-altas en la mayor parte de variables que indicaban necesidad de mejoras en ciertas áreas de salud. Finalmente, el “*grupo con dependencia baja*” se formó con 30 beneficiarios. Este grupo

obtuvo bajos niveles de puntuación en apoyo social y salud, en la percepción acerca de los cuidados y en la valoración sobre la utilidad de la PECEF.

La mayor parte de la muestra (86 de 173, 49,71%) se incluyó en el “*grupo con dependencia media*”. Eran personas de edad avanzada que presentaban un nivel medio de dependencia. Puntuaron un elevado apoyo material, aunque valoraron medianamente la disposición de apoyo afectivo. Señalaron negativamente su estado de salud, la cobertura de gastos por dependencia derivada de la PECEF y se mostraron en

su mayoría solo medianamente satisfechos con la calidad de la atención recibida por parte de sus cuidadores.

El 32,84% de la muestra (57 de 173), se ubicó en el “grupo con dependencia alta”. Se caracterizó por ser el grupo más joven y con mayor dependencia, por presentar un nivel medio-alto de apoyo material y alto en términos de apoyo afectivo. Mostró un bajo volumen de síntomas y consideró positivamente su estado de salud. También valoró positivamente los cuidados recibidos por su cuidador principal y la cobertura de los gastos derivados de su

situación de dependencia proporcionada por la prestación PECEF.

En última instancia, el 17,34% restante (30 de 173), de edad media y en el “grupo con dependencia baja”, mostró bajos niveles de apoyo social, una mala percepción de la salud, un volumen moderado de síntomas o de diagnósticos, y calificó negativamente tanto los cuidados recibidos como el grado de cobertura otorgada por la PECEF. Dada la representatividad de cada uno de los componentes de los tres conglomerados, se describen en la **tabla 2** la distribución en función del sexo de la persona dependiente

**Tabla 2**  
**Variables descriptivas de las personas en situación de dependencia de la muestra.**

Variables estudiadas		Dependencia alta (%)	Dependencia media (%)	Dependencia baja (%)	Total
<b>Sexo</b>	Hombre	31,6	33,7	30,0	32,4
	Mujer	68,4	66,3	70,0	67,6
<b>Estado civil</b>	Viudo/a	28,1	37,2	36,7	34,1
	Casado/a	38,6	50,0	36,7	43,9
	Soltero/a	28,1	10,5	10,0	16,2
	Divorciado/a	1,8	2,3	16,7	4,6
	Pareja de hecho	3,5	0,0	0,0	1,2
<b>Estudios</b>	No sabe leer ni escribir	22,8	8,1	3,3	12,1
	Sabe leer y escribir	26,3	44,2	30,0	35,8
	Estudios Primarios	29,8	36,0	46,7	35,8
	Estudios secundarios	15,8	5,8	16,7	11,0
	Estudios superiores	5,3	5,8	3,3	5,2

(resultado  $\chi^2$  de Pearson=0,165;  $p=0,031$ ), del estado civil ( $\chi^2$  de Pearson=25,259;  $p=0,001$ ), del nivel de estudios ( $\chi^2=17,789$ ;  $p=0,023$ ), de la disposición o no de cuidador familiar ( $\chi^2=4,404$ ;  $p=0,038$ ), de las personas con dependencia que presentaban dependencia media, del grupo con nivel alto de dependencia y del grupo con dependencia baja.

El grupo con mayores niveles de dependencia (alto nivel de apoyo social, alta dependencia y buena consideración sobre su estado de salud, así como acerca de los cuidados y prestación recibidos) se caracterizó, a su vez, por aglutinar notablemente un mayor volumen de mujeres (68,4%). Además, aunque en menor medida, las personas dependientes con mayores niveles fueron personas casadas (38,6%) y con niveles educativos más elevados, en relación al resto de grupos con menor grado de dependencia. Casi el 30% se ubicó en el colectivo con estudios meramente primarios, siendo una cifra superior en el resto de grupos. Esta tendencia se invirtió en los estudios secundarios que, tras las personas con dependencia baja, predominaron entre la población con dependencia alta. La presencia de estudios superiores se mantuvo en segundo lugar en las personas con dependencia media.

En el caso de las personas con dependencia moderada, el 66,3 fueron mujeres y el 50% fueron personas que estaban casadas. Este grupo reflejó una relación significativa con respecto a los menores niveles educativos (52,3%). Finalmente, el tercer grupo de personas con menor nivel de dependencia presentó una mayoría de mujeres (70%). No obstante, se diferenció de los anteriores en la equiparación de personas que se encontraban viudas o casadas (36,7% en ambos) y, fundamentalmente, se asoció a personas que contaron con niveles educativos intermedios (63,4%).

## DISCUSIÓN

Este estudio se realizó con el objetivo de determinar la existencia de factores sociales, demográficos y de salud que definieran diferentes perfiles de las personas con dependencia en una muestra de personas beneficiarias de la PECEF (FBD-DGIB). El actual Baremo de Valoración de la Dependencia se define a partir de ítems de medición de la presencia de síntomas de salud física, e incluye un baremo específico de valoración en caso de identificarse dolencia cognitiva. No contempla la influencia de determinados factores sociales como el apoyo social, la interacción entre el adulto mayor y su contexto o determinadas características del contexto que puedan influir sobre su autonomía.

Los diferentes patrones identificados a partir de las puntuaciones discriminantes en relación a la edad de la persona dependiente (1), el grado de dependencia (2), los niveles de apoyo social material (3), el apoyo social afectivo (4), la percepción del estado de salud (5), la valoración de los cuidados recibidos por parte del cuidador/a principal (6) y el porcentaje de cobertura del gasto en dependencia de la PECEF (7) permiten definir tres grupos (*grupo con dependencia baja*, *grupo con dependencia media* y *grupo con dependencia alta*). El grupo con dependencia media representa el mayor volumen de familias (49,71%).

Los resultados de este estudio muestran que no existe un vínculo significativo entre la dependencia y la situación, descripción y estado de salud social del cuidador. La dependencia no varía exclusivamente en función de los factores contextuales, sino también de factores individuales o fruto de la interacción del individuo con su entorno. Estos resultados apoyan los resultados de los estudios de Fernández-

Ballesteros et al en su estudio sobre los criterios y predictores de envejecimiento exitoso<sup>(9)</sup>, del estudio longitudinal realizado sobre una muestra de personas mayores por parte de Teófilo et al<sup>(10)</sup>, o el de Limón y Ortega sobre envejecimiento activo y calidad de vida en personas mayores<sup>(11)</sup>, al indicar que la salud del individuo depende de sus hábitos de vida, relaciones y participación social. Berzosa, también indicaba en su ponencia que la garantía del envejecimiento exitoso dependía de la capacidad individual de adaptación a los cambios del entorno<sup>(8)</sup>.

La investigación previa indica que el envejecimiento no es solo un proceso biológico sino también un proceso determinado por una serie de factores biológicos, sociales, psicológicos y ecológicos. Conforme a los factores que contribuyen a la longevidad y envejecimiento saludable identificados en la literatura<sup>(7,11)</sup>, con el envejecimiento activo deben buscarse objetivos no solo de salud sino también objetivos sociales de independencia. En este sentido, la baremación del apoyo social, de las relaciones sociales y de la participación del adulto mayor puede servir para prevenir la aparición de indicadores de dependencia, así como para plantear medidas de promoción de la autonomía del individuo y de su red social.

Los resultados de este estudio dilucidan que tanto el apoyo afectivo como el material coinciden con los mejores niveles de autopercepción de la salud. No obstante, ni la necesidad de cuidados de larga duración por dependencia ni tampoco el apoyo social encuentran un vínculo con el mayor o menor volumen de enfermedades o síntomas de salud padecidos por la persona. Estos resultados indican que la dependencia es una cuestión que tiende a relacionarse con el estado de salud social de la persona dependiente, y no solo con el estado de salud médica de la misma. Parece ser que mayores niveles de apoyo social predicen una mejor autopercepción y

autoconcepto de la persona en situación de dependencia.

Por otro lado, el estado de salud social se relaciona también con los mejores niveles de valoración de la atención recibida por parte de la persona cuidadora principal. Se requiere una mayor investigación para esclarecer en qué medida una mejor atención supone una mejora en el apoyo social percibido por la persona dependiente y, por tanto, conocer si guarda relación con los mejores niveles de percepción en salud. En cualquier caso, la investigación previa indica el impacto ejercido por el apoyo social sobre los procesos relacionados con la salud y su efecto beneficioso sobre la evolución de dolencias de origen diverso.

También se encuentra una relación estadísticamente significativa entre las personas que presentan mayores niveles de dependencia y los mejores niveles de apoyo social afectivo. Se deben analizar en futuros estudios los niveles de apoyo social percibido por las personas en situación de dependencia en las fases previas al alcance de la gran dependencia, y compararlos con los niveles de apoyo social conseguidos una vez se alcanza dicha necesidad de cuidados de larga duración.

Los mejores niveles de cobertura de la PECEF se relacionan con mejores niveles de valoración de la atención recibida en personas con gran dependencia, y guardan también relación con mejores niveles de percepción de la salud y sobre el apoyo social, tanto afectivo como material, recibido.

Sería útil llevar a cabo un estudio más amplio, que permitiera analizar las diferencias en los resultados de apoyo social entre grupos. Este análisis sería posible si se definiera un grupo control y un grupo experimental dentro del universo de estudio. El experimental

podrían ser las personas receptoras de PECEF, y el control podría constituirse por personas valoradas sin reconocimiento de dependencia. De esta manera, se verían las diferencias en el impacto que genera el apoyo social sobre la salud y la autonomía de las personas con necesidad de cuidados de larga duración, en función del contexto.

En cualquier caso, es importante tener en cuenta algunas limitaciones del estudio. En primer lugar, los sesgos derivados del efecto espiral generado por la presencia del profesional en la cumplimentación de la encuesta. Otra de las limitaciones es la de tener que prescindir de una parte de la población que necesita cuidados de larga duración por dolencias cognitivas. El principal criterio de inclusión muestral era que tuvieran capacidad autoinformativa.

En términos de intervención, se observa la necesidad de implementar actuaciones para abordar ciertas características sociales y/o familiares que limitan la autonomía. En el caso de las limitaciones existentes vinculadas a los niveles educativos de las personas dependientes, podría ser efectiva la implementación de programas familiares orientados a la mejora de la autonomía. Mediante la mejora de las dinámicas familiares, tanto la identificación y reducción de las interacciones generadoras de dependencia (factores de riesgo) como la potenciación de las interacciones promotoras de la autonomía (factores de protección), sería posible dotar a las familias de destrezas para que, desde los hogares, pudieran fomentar el envejecimiento activo.

El principal objetivo de la *Ley 39/2006* y de la mayor parte de entes nacionales e internacionales en materia de personas mayores es implementar medidas de promoción de la autonomía de las personas con dependencia y de su envejecimiento activo. Teniendo en cuenta que las respuestas de adaptación que da el envejecimiento frente a la

pérdida de red social se basan en intensificar los vínculos existentes (1), considerando las evidencias aportadas por el estudio actual y por trabajos previos acerca de los efectos generados por las carencias de apoyo social sobre la salud psicológica y somática (2), así como atendiendo a la relación significativa identificada entre apoyo social y dependencia (3), se propone la inclusión de variables de medición de apoyo social en el BVD español, con tal de identificar y prevenir necesidades sociales que puedan suponer y/o acelerar la aparición de situaciones de dependencia.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores desean agradecer a Gregorio Molina Paniagua, actual Director General de Dependencia de las Islas Baleares, por hacer posible este estudio, y a Ana Rus de la Iglesia, Julià Coll Ramis y Pere March Mascaró, además de a las trabajadoras sociales y valoradoras de la *Fundació d'Atenció a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal de les Illes Balears*, por las valiosas contribuciones realizadas en el estudio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, Ginebra, 2015. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>.
2. OCDE. ¿Cómo va la vida en España? 2017. París, 2017. Disponible en: <https://www.oecd.org/statistics/Better-Life-Initiative-country-note-Spain-in-Espagnol.pdf>.
3. Instituto Nacional de Estadística. Estadística del Padrón Continuo. Madrid; 2019. Disponible en: [https://www.ine.es/CDINEbase/consultar.do?mes=&operacion=Estad%EDstica+del+Padr%F3n+Continuo&id\\_oper=Ir](https://www.ine.es/CDINEbase/consultar.do?mes=&operacion=Estad%EDstica+del+Padr%F3n+Continuo&id_oper=Ir).
4. Abellán A, Aceituno P, Pérez J, Ramiro D, Ayala A, Pujol R. Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos. Informes Envejecimiento

- en Red. Madrid; 2019, 22. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>.
5. Da Gamma J, Sánchez L, Ballester L. Porto com a referència europea de l'envelliment actiu i saludable. Anuari d'envelliment 2018, Palma de Mallorca; 2018. Disponible en: [http://ibdigital.uib.cat/greenstone/collect/anuariEnvelliment/index/assoc/2018\\_anu/ari\\_enve/lliment\\_/p107.dir/2018\\_anuari\\_envelliment\\_p107.pdf](http://ibdigital.uib.cat/greenstone/collect/anuariEnvelliment/index/assoc/2018_anu/ari_enve/lliment_/p107.dir/2018_anuari_envelliment_p107.pdf).
6. Junta de Andalucía. I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia (2016-2020). 2016. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/servicios/publicaciones/detalle/77981.html>.
7. Limón MR. Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. Aula Abierta. 2018; 47(1): 45-54. Disponible en: <https://www.unioviado.es/reunido/index.php/AA/article/view/12635>.
8. Berzosa G. Personas con discapacidad en procesos de envejecimiento. Envejecer activo, viviendo los cambios con ilusión. Ponencia presentada en la Mesa Redonda sobre Envejecimiento Activo, organizada por la Fundación Gil Gayarre y Plena Inclusión, celebrada en febrero, Madrid; 2017.
9. Fernández-Ballesteros R, Zamarrón M, López M, Molina M, Díez J, Montero P et al: Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*. 2010; 22(4): 641-647. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3779.pdf>.
10. Teófilo J, González AN, Díaz-Veiga P, Rodríguez V. Estudio Longitudinal Envejecer en España: El proyecto ELES. Madrid: IMSERSO; 2011. Disponible en: <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletinopm50.pdf>.
11. Limón MR, Ortega MC. Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Rev Psicol Educativa*. 2011; 6: 225-238. Disponible en: <http://www.revistadepsicologiyeducacion.es/pdf/68.pdf>.
12. Lehr U. La longevidad, un reto para el individuo y la sociedad. En Foro de la Sociedad Civil sobre Envejecimiento, celebrado en León, noviembre 2007. Madrid, España: IMSERSO; 2008.
13. Liao MY, Yeh CJ, Lee SH, Liao CC, Lee MC. Association of providing / receiving support on the mortality of older adults with different living arrangements in Taiwan: a longitudinal study on ageing. *Ageing Soc*. 2019; 38, 10: 2082-2096. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30210180>.
14. Waldinger RJ, Schulz MS. The long reach of nurturing family environments: links with midlife emotion-regulatory styles and late-life security in intimate relationships. *Psychol Sci*. 2016; 27(11): 1443-1450. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27634005>.
15. Orte C, Ballester L, Mascaró A, Nevot L. La utilización de redes para ligar en los adultos mayores. *Anuari d'Envelliment*, 207-241; 2017. Disponible en: [https://diari.uib.cat/digitalAssets/461/461928\\_anuari\\_envelliment\\_2017.pdf](https://diari.uib.cat/digitalAssets/461/461928_anuari_envelliment_2017.pdf).
16. Fiori F, Graham E, Feng F. Household changes and diversity in housing consumption at older ages in Scotland. *Ageing Soc*. 2019; 39, 1: 161-193. Disponible en: <https://research-repository.st-andrews.ac.uk/handle/10023/11651>.
17. Mosquera I, Larrañaga I, Del Río M, Calderón C, Machón M, García MM. Desigualdades de género en los impactos del cuidado informal de mayores dependientes en Gipuzcoa: estudio cuidar-se. *Rev Esp Salud Pública*. 2019; 93: 1-13. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL93/ORIGINALES/RS93C\\_201901002.pdf?fbclid=IwAR0rArBNKO2urfUx3il5vdX0rXS6RtYixt\\_sqNK8XttqzyYR8BV1\\_yVyMQ](https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL93/ORIGINALES/RS93C_201901002.pdf?fbclid=IwAR0rArBNKO2urfUx3il5vdX0rXS6RtYixt_sqNK8XttqzyYR8BV1_yVyMQ).
18. Hernández MA, Fernández MJ, Blanco MA, Alves MT, Fernández MJ, Souto A et al: Depresión y sobrecarga en el cuidado de personas mayores. *Rev Esp Salud Pública*. 2019; 93: 1-10.

19. Nevot-Caldentey L, Orte C, Ballester L. Strategies for family engagement in evidence-based programmes: a meta-synthesis of systematic reviews from a social casework approach. *Soc Work Soc Sci Rev.* 2019; 1280(12): 47-64. Disponible en: <https://journals.whitingbirch.net/index.php/SWSSR/article/view/1279>.
20. Nevot L, Ballester L, Vives M. La implicación parental en los programas de competencia familiar: una revisión sistemática exploratoria. En R. Roig-Vila (ed.), *El compromiso académico y social a través de la investigación e innovación educativas en la enseñanza superior* (852-863). Madrid: Octaedro; 2018. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/87930>.
21. Consejo Económico y Social de la Comunidad de Castilla y León. Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Aplicación de la Ley 39/2006 en Castilla y León. 2010. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/cescyl-informe-01.pdf>.
22. Nebot M, Lafuente JM, Tomás Z, Borrell C, Ferrando J. Efecto protector del apoyo social en la mortalidad en población anciana: un estudio longitudinal. *Rev Esp Salud Pública.* 2002; 76: 673-682. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1135-57272002000600004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272002000600004).
23. Nevot L, Orte C, Ballester L, Molina G. Polisintomatología: suport social i autonomia. *Anuari d'Envel·liment* 2018, Palma de Mallorca; 2018. Disponible en: [http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/anuariEnvel·limentVolums/index/assoc/2018\\_anu.dir/2018\\_anuari\\_envelliment.pdf](http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/anuariEnvel·limentVolums/index/assoc/2018_anu.dir/2018_anuari_envelliment.pdf).
24. Nevot L, Rus A, Coll J, March PJ. Factors associats a la dependència a les Illes Balears. *Anuari d'Envel·liment* 2018, Palma de Mallorca; 2018. Disponible en: [http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/anuariEnvel·limentVolums/index/assoc/2018\\_anu.dir/2018\\_anuari\\_envelliment.pdf](http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/anuariEnvel·limentVolums/index/assoc/2018_anu.dir/2018_anuari_envelliment.pdf).
25. IMSERSO. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. IMSERSO: Madrid. 2019. Disponible en: [http://www.imserso.es/imserso\\_01/autonomia\\_personal\\_dependencia/saad/saad/el\\_saad/index.htm](http://www.imserso.es/imserso_01/autonomia_personal_dependencia/saad/saad/el_saad/index.htm).
26. Gjesfjeld CD, Greeno CG, Kim KH. A confirmatory factor analysis of an abbreviated social support instrument the MOSS-SSS. *Res Social Work Prac.* 2007; 18(3): 231-237. Disponible en: <https://eric.ed.gov/?id=EJ793673>.
27. De la Revilla L, Luna del Castillo J, Bailón E, Medina I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Med Familiar* 2005; 6: 10-23. Disponible en: <https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/07/v6n1.pdf>.
28. Yu DS, Lee DT, Woo J. Psychometric testing of the Chinese version of the Medical outcomes study social support survey (MOS-SSS-C). *Res Nurs Health.* 2004; 27(2): 135-143. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nur.20008>.
29. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med.* 1991; 32(6): 705-714. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/027795369190150B>.