



ORIGINAL

## Factores predictores de la institucionalización de personas mayores en situación de dependencia en Andalucía



Sandra Pinzón-Pulido<sup>a,\*</sup>, Francisco Garrido Peña<sup>b</sup>, Víctor Reyes Alcázar<sup>c</sup>, Joaquín Salvador Lima-Rodríguez<sup>d</sup>, María Fernanda Raposo Triano<sup>e</sup>, Manuel Martínez Domene<sup>f</sup> y Federico Alonso Trujillo<sup>f</sup>

<sup>a</sup> Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), Granada, España

<sup>b</sup> Universidad de Jaén, España

<sup>c</sup> Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, Sevilla, España

<sup>d</sup> Universidad de Sevilla, España

<sup>e</sup> Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, Sevilla, España

<sup>f</sup> Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (ASSDA), Sevilla, España

Recibido el 25 de julio de 2015; aceptado el 2 de agosto de 2015

Disponible en Internet el 9 de septiembre de 2015

### PALABRAS CLAVE

Institucionalización;  
Servicios de atención  
de salud a domicilio;  
Dependencia;  
Anciano frágil

### Resumen

**Objetivo:** Identificar las preferencias acerca del recurso asistencial y los factores de riesgo de institucionalización de personas mayores en situación de dependencia en Andalucía.

**Método:** Se analizaron datos de 200.039 personas registradas en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en el período 2007-2012. Se describió en la población: la edad, situación de dependencia, preferencias, red de apoyo y factores clínicos a la entrada en el estudio. El análisis se realizó por separado para hombres y mujeres. Se diseñó un modelo de regresión logística para determinar los factores de riesgo de institucionalización para cada sexo. **Resultados:** El 87,4% de las mujeres y el 85,9% de los hombres manifestaron su deseo de recibir los cuidados en su domicilio particular. Los hombres tienen 3 veces más riesgo de institucionalización que las mujeres. En mujeres los factores de riesgo de institucionalización son: el nivel de dependencia, desear vivir en residencia, una consistencia y una fragilidad medias de la red de apoyo y tener un diagnóstico de demencia. En hombres: desear vivir en una residencia y una consistencia baja o media de la red de apoyo.

**Conclusiones:** El cuidado en el domicilio es la alternativa de preferencia para las personas mayores en situación de dependencia. El riesgo de institucionalización está condicionado por las preferencias de la persona y su familia y las características de la red de apoyo, más que por las condiciones clínicas del individuo.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [sandra.pinzon.easp@juntadeandalucia.es](mailto:sandra.pinzon.easp@juntadeandalucia.es) (S. Pinzón-Pulido).

**KEYWORDS**

Nursing homes;  
Home care services;  
Dependency;  
Frail elderly

## Predictors of institutionalization of elderly persons in dependency situation in Andalusia

**Abstract**

*Objective:* Identifying preferences regarding type of care and risk factors for institutionalization of elderly persons in dependency situations in Andalusia.

*Methods:* The data on 200,039 persons registered in the System for Autonomy and Dependency Care over the period 2007-2012 were analysed. The study population was described in terms of: age, dependency situation, preferences, support network and clinical factors at the time of inclusion in the study. Separate analysis was made for men and women. A logistic regression model was designed to determine the risk factors for institutionalization for each sex.

*Results:* 87,4% of women and 85,9% of men expressed their wish to receive care in their own home. The risk of institutionalization is three times higher among men than among women. Among women, the risks of institutionalization are: level of dependency, wishing to move into a residential care home, medium consistency and fragility of support network and being diagnosed with dementia. Among men, the risks are: wishing to move into a residential care home and low or medium consistency of support network.

*Conclusions:* Care in the home is the preferred alternative for elderly persons in dependency situations. The risk of institutionalization is conditioned more by the preferences of the person and their family and the characteristics of the support network than by individual's clinical condition.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

**¿Qué se conoce?**

La fragilidad y la cronicidad aumentan el riesgo de dependencia de las personas mayores. Esta situación obliga a tomar decisiones en momentos claves de la valoración con vistas a elegir el tipo de prestación que desea y entre ellas el recurso residencial. Esta decisión es compleja para los usuarios de la dependencia por su relación con diferentes factores de riesgo que varía entre las diferentes Comunidades Autónomas.

**¿Qué aporta?**

Un análisis de base poblacional por sexos, del efecto de las preferencias, el nivel de dependencia, la red de apoyo y otros factores predictores sobre la institucionalización en el sistema de atención a la dependencia en Andalucía entre 2007 y 2012.

**Introducción**

El envejecimiento demográfico es una de las principales tendencias mundiales a tener en cuenta en la planificación y desarrollo de las sociedades en el siglo *xxi*<sup>1</sup>. Aunque el esfuerzo principal será el fomento del envejecimiento sano y activo, proporcionar una asistencia integrada y eficiente, para dar respuesta a las necesidades de las personas mayores en situación de dependencia, supone un reto a los sistemas sociales y sanitarios en el mundo entero<sup>2</sup>.

En este contexto, un debate importante entorno a la provisión de los cuidados de larga duración se establece en la dicotomía entre la asistencia institucional y la domiciliaria. Ante la posibilidad de elección, la mayoría de las personas prefiere vivir en su propia casa, y este es el mayor argumento que legitima la provisión de cuidados en el domicilio<sup>3-4</sup>. El entorno domiciliario es además más coste-efectivo que la atención institucional<sup>3-4</sup>, contribuye a reducir los ingresos hospitalarios<sup>5</sup> y mejora la calidad de vida de las personas mayores<sup>6</sup>, aunque en los casos de mayor fragilidad, la institucionalización parece ser un buen recurso asistencial<sup>4</sup>.

En términos generales, la provisión de cuidados a las personas mayores en países europeos está centrada en el domicilio<sup>3,7-10</sup>. En las últimas décadas se ha incrementado la resistencia contra las grandes residencias, señalando como principales argumentos la pérdida de autonomía para sus residentes, además de las cuestiones de tipo financiero<sup>10</sup>. Pero por otra parte, la atención en el domicilio es compleja, no solo por la disponibilidad de personal cualificado para el cuidado (ya sea profesional o informal), también porque es necesaria la coordinación entre dos sectores tradicionalmente independientes, el social y el sanitario, entre niveles asistenciales (primaria-especializada), entre proveedores de servicios (públicos y privados) y también entre estos y las personas cuidadoras<sup>11</sup>.

En un marco en el que tradicionalmente la familia ha tenido un papel predominante en la provisión de cuidados<sup>12</sup>, y ante las crecientes demandas de una población altamente envejecida y la previsible escasez de cuidadoras familiares<sup>3</sup>, en España en 2007 se puso en marcha el Sistema de Atención a la Dependencia<sup>13</sup>. Este Sistema se creó como un conjunto de prestaciones destinadas a las personas en situación de dependencia, e incluye los servicios de teleasistencia, ayuda a domicilio, atención en centros de día, atención

residencial y prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar o para un asistente personal. Cuando no existen proveedores públicos ni concertados disponibles en el territorio, el Sistema contempla una prestación económica que tiene por objeto cubrir los gastos de la atención residencial o del cuidado en el domicilio que hubieran sido prescritos en el programa de atención individual<sup>13</sup>.

El proceso de atención a la dependencia incluye la realización de un trámite de consulta a la persona con respecto del recurso asistencial de preferencia<sup>14</sup>. Aunque esta información se recoge también durante el proceso de elaboración del programa de atención individual, la relación entre las preferencias y la institucionalización ha sido aún poco estudiada.

Finalmente, estudios previos destacan como factores predictores de institucionalización ser hombre<sup>4</sup>, tener una edad avanzada<sup>6</sup>, un bajo nivel educativo<sup>4</sup>, las deficientes condiciones de la vivienda<sup>6</sup>, ingresos familiares insuficientes<sup>4,6</sup>, vivir solo<sup>15</sup>, la pérdida del cónyuge<sup>15</sup>, la ausencia de personas cuidadoras disponibles<sup>6</sup>, el deterioro cognitivo<sup>16</sup>, los trastornos mentales<sup>4</sup>, excluidos los síntomas depresivos<sup>15</sup>, las enfermedades neurológicas y el accidente cerebrovascular<sup>15</sup>, un alto nivel de dependencia respecto a las actividades básicas de la vida diaria<sup>6</sup>, la hospitalización<sup>17</sup>, y la escasa implicación en actividades sociales<sup>18</sup>. En el marco del Sistema de Atención a la Dependencia, los factores predictores de institucionalización han sido igualmente poco estudiados.

Por ello, el estudio que se presenta a continuación tiene como objetivo describir las preferencias acerca del recurso asistencial que manifiestan las personas de 65 años atendidas en el Sistema de Atención a la Dependencia en Andalucía e identificar los factores predictores de la institucionalización en esta población.

## Método

Estudio observacional, transversal, de base poblacional. Incluye a todas las personas de 65 años y más con reconocimiento de dependencia, que han recibido alguna prestación económica o servicio en el marco del Sistema de Atención a la Dependencia en Andalucía, desde su puesta en marcha el 23 de abril de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2012.

Se excluyeron las personas que cambiaron de servicios domiciliarios a residenciales o viceversa durante el periodo de estudio, aquellas de las que no se disponía de información sobre el entorno asistencial y las que recibían prestaciones económicas para asistente personal (excepcionales en el Sistema).

Las variables sociodemográficas, las características de la red de apoyo y los recursos asistenciales se identificaron en el Sistema de Información del Sistema de Atención a la Dependencia. La información relativa a condiciones clínicas se recogió de la historia clínica electrónica de Atención Primaria.

La variable dependiente utilizada fue la prescripción de la atención residencial (sí/no). Las variables independientes incluidas en el análisis fueron: 1) edad; 2) nivel de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria, medida según el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) en una escala de 0 a 100 puntos; 3) recurso asistencial

(residencia, servicio de ayuda a domicilio, unidad de estancia diurna, cuidado en el entorno familiar; 4) consistencia, fragilidad y riesgo de claudicación de la red de apoyo, valorado a través del Informe Social realizado por los Servicios Sociales Comunitarios, en una escala de alta, media o baja; 5) preferencias de la persona beneficiaria (domicilio o residencia); 6) condiciones clínicas a la entrada en el estudio (sí/no): Alzheimer, demencia, enfermedad de Parkinson, enfermedad cerebrovascular, enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fractura de cadera y neoplasias malignas.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables, separado por hombres y mujeres, y para cada recurso asistencial. El análisis de las preferencias se realizó para toda la población estudiada. El análisis de los factores predictores de institucionalización se realizó para las personas que tenían registro de sus condiciones clínicas a la entrada en el estudio. Se diseñaron modelos de regresión logística multivariante para calcular el riesgo de institucionalización ajustado por las variables predictoras para cada sexo. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía. Los análisis estadísticos se realizaron con el software libre R.

## Resultados

La cohorte estaba constituida por 206.150 personas. Se excluyeron 6.111 personas de acuerdo a los criterios establecidos. Se analizaron los datos de 200.039 personas (70,8% mujeres). El análisis de los datos clínicos se realizó para las 78.363 personas que tenían registradas sus condiciones clínicas en DIRAYA y que finalmente constituyen la muestra definitiva del estudio.

El 87,1% de las mujeres y el 85,9% de los hombres recibían cuidados en el entorno domiciliario. El 12,9% de las mujeres y el 14,1% de los hombres recibían atención residencial. La consistencia de la red de apoyo era alta especialmente entre quienes recibían cuidados en el domicilio (79,7% en mujeres y 76,2% en hombres). La fragilidad de la red de apoyo y el riesgo de claudicación eran más altas entre quienes recibían atención residencial (29,4 y 31,6% respectivamente en las mujeres y 31,9 y 36,9% respectivamente en los hombres). En mujeres se encontró una mayor prevalencia de Alzheimer, demencia y fractura de cadera en el entorno residencial. En hombres, en el entorno domiciliario se encontró una mayor prevalencia de enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neoplasias malignas y enfermedad de Parkinson (tabla 1). El 87,4% de las mujeres y 85,9% de los hombres manifestaron su deseo de vivir en su domicilio (tabla 2). Los niveles de dependencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria más elevados se encontraron entre quienes recibían servicios de ayuda a domicilio combinados con unidades de estancia diurna (80,6 puntos en mujeres y 82,1 en hombres) (tabla 3).

El modelo de regresión logística mostró que los hombres tienen 3 veces más riesgo de institucionalización que las mujeres. En mujeres, son factores predictores de institucionalización el nivel de dependencia en la realización de las actividades de la vida diaria (1,38% por cada punto de dependencia), desear vivir en residencia (5,9 veces más que quienes no deseaban vivir en residencia), una consistencia y una

**Tabla 1** Características de la población por sexo

	Mujer			Hombre		
	Domicilio N (%)	Residencia N (%)	p	Domicilio N (%)	Residencia N (%)	p
<i>Entorno asistencial</i>	123.356 (87,1%)	19.230 (12,9%)	0,00	50.224 (85,9%)	8.286 (14,1%)	0,00
<i>Edad (años)</i>						
65-69	7.645 (6,2%)	800 (4,4%)	0,00	48.779 (51,8%)	843 (10,2%)	0,00
70-74	16.449 (13,3%)	1.808 (9,9%)		7.896 (8,4%)	1.420 (17,3%)	
75-79	29.611 (24%)	3.907 (21,4%)		12.440 (13,2%)	2.075 (25,2%)	
80-84	34.160 (27,7%)	5.311 (29,1%)		13.265 (14,1%)	2.075 (25,2%)	
85-89	23.892 (19,4%)	4.316 (23,7%)		8.457 (9%)	1.335 (16,2%)	
90+	11.599 (9,4%)	2.088 (11,5%)		3.387 (3,6%)	481 (5,8%)	
<i>Consistencia de la red de apoyo</i>						
Alta	63.434 (79,7%)	1.076 (33,4%)	0,00	28.638 (76,2%)	440 (28,5%)	0,00
Media	12.341 (15,5%)	1.283 (39,8%)		6.939 (18,5%)	629 (40,8%)	
Baja	3.793 (4,8%)	863 (26,8%)		2.013 (5,4%)	474 (30,7%)	
<i>Fragilidad de la red de apoyo</i>						
Alta	3.781 (4,8%)	948 (29,4%)	0,00	2.177 (5,8%)	492 (31,9%)	0,00
Media	11.365 (14,3%)	1.280 (39,7%)		6.975 (18,6%)	649 (42,1%)	
Baja	64.422 (81%)	994 (30,9%)		28.438 (75,7%)	402 (26,1%)	
<i>Riesgo de claudicación de la red</i>						
Alta	2.956 (3,7%)	1.019 (31,6%)	0,00	1.643 (4,4%)	570 (36,9%)	0,00
Media	8.085 (10,2%)	1.065 (33,1%)		4.800 (12,8%)	473 (30,7%)	
Baja	68.527 (86,1%)	1.138 (35,3%)		31.147 (82,9%)	500 (32,4%)	
<i>Factores clínicos</i>						
Alzheimer [sí]	1.343 (2,9%)	333 (4,4%)	0,00	600 (2,8%)	104 (2,8%)	0,94
Asma [sí]	23 (0%)	2 (0%)	0,39	7 (0%)	2 (0,1%)	0,52
Demencia [sí]	2.175 (4,7%)	664 (8,9%)	0,00	1.051 (5%)	229 (6,3%)	0,00
Enfermedad cardíaca [sí]	4 (0%)	1 (0%)	0,70	4 (0%)	0 (0%)	0,41
Enfermedad cerebrovascular [sí]	1.632 (3,5%)	239 (3,2%)	0,14	1.415 (6,7%)	189 (5,2%)	0,00
EPOC [sí]	740 (1,6%)	108 (1,4%)	0,31	2.190 (10,3%)	289 (8%)	0,00
Fractura de cadera [sí]	275 (0,6%)	60 (0,8%)	0,03	76 (0,4%)	9 (0,2%)	0,29
Neoplasias malignas [sí]	156 (0,3%)	25 (0,3%)	0,96	260 (1,2%)	24 (0,7%)	0,00
Parkinson [sí]	997 (2,2%)	149 (2%)	0,36	779 (3,7%)	72 (2%)	0,00

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

**Tabla 2** Preferencias acerca del recurso asistencial por sexo

	Mujer N (%)	Hombre N (%)	p
En domicilio particular	95.924 (87,4%)	39.168 (85,9%)	0,00
Acudiendo a unidad de estancia diurna	4.219 (4,9%)	1.755 (5%)	0,20
Recibiendo cuidado profesional	33.571 (37,8%)	13.302 (36,7%)	0,00
Recibiendo cuidados en su entorno familiar	83.630 (90,4%)	35.407 (92,8%)	0,00
En residencia	13.496 (12,2%)	6.286 (13,6%)	0,00

fragilidad medias de la red de apoyo frente a quienes tenían una consistencia y fragilidad altas (27,5 y 39,5% respectivamente) y tener un diagnóstico de demencia (23,5%). En los hombres, los factores de riesgo fueron: desear vivir en una residencia (6,7 veces más) y una consistencia baja o media de la red de apoyo (60,2 y 82,3% respectivamente) (tabla 4).

## Discusión

La mayor fortaleza de este estudio es ser de base poblacional y a gran escala, y utilizar los datos procedentes de los sistemas de información institucionales sobre salud y dependencia de cada una de las personas atendidas. Estas características aportan validez a unos resultados que pueden ser considerados de utilidad para otras regiones que cuentan con sistemas de atención a la dependencia similares al andaluz. Pero por otra parte, en la interpretación de los datos es necesario tener en cuenta que la información clínica solo estaba disponible para los individuos que tenían registros en la historia clínica electrónica de Atención Primaria en los tres meses anteriores a la solicitud de entrada en el Sistema de Atención a la Dependencia (78.363 personas, 40% de la cohorte estudiada). La ausencia de datos clínicos para la totalidad de la población se debe fundamentalmente a la falta de integración de los sistemas de información sanitaria y social y a la coincidencia del período de estudio con la implantación del DIRAYA en Andalucía. Aunque se deba prestar atención a los posibles sesgos introducidos por esta falta de datos clínicos, el tamaño de la muestra y la similar distribución de las demás variables entre la población con datos clínicos y la que no los tiene, aportan validez a los resultados obtenidos.

Aun así es necesario integrar los sistemas de información sanitarios y sociales para el seguimiento y la evaluación de resultados de las personas atendidas en el Sistema.

En cuanto a las preferencias, los datos analizados muestran que mujeres y hombres prefieren permanecer en su domicilio y recibir cuidados en su entorno familiar. Este hallazgo confirma estudios previos de ámbito nacional y europeo, en los que se ha constatado que, aun necesitando cuidados de larga duración, las personas quieren permanecer en sus propios domicilios el mayor tiempo posible<sup>3,19</sup>.

Los resultados de este estudio muestran también un cambio en el patrón de cuidados previo a la puesta en funcionamiento del Sistema de Atención a la Dependencia, donde el 85% de las personas mayores recibían cuidados familiares, y el cuidado formal era minoritario y complementario al cuidado informal<sup>20</sup>. Actualmente en Andalucía, la población que recibe cuidados en su entorno familiar no llega al 60% y se han incrementado las coberturas de servicios profesionales (ayuda a domicilio y unidades de estancia diurna).

Llama la atención la baja preferencia por las unidades de estancia diurna (5% en mujeres y 8,8% en hombres) y la moderada preferencia por los servicios de ayuda a domicilio (36,7% en mujeres y 37,6% en hombres) frente a los cuidados familiares, aunque parece existir un cambio de tendencia respecto a los servicios formales profesionalizados<sup>21</sup>. Según un estudio reciente, la preferencia por los centros de día pasó del 1,9% en 1994 a un 7,2% en 2004, mientras que la preferencia por los servicios de ayuda a domicilio se incrementó del 14 al 39% en el mismo período<sup>22</sup>. Es importante explorar las causas de la baja preferencia de los centros de día, ya que en principio es un recurso asistencial idóneo para el desarrollo de intervenciones de promoción

**Tabla 3** Puntuación media en el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) por sexo y recurso asistencial

	Domicilio								Residencia		P
	Unidad de estancia diurna		Ayuda a domicilio		Cuidado en entorno familiar		Ayuda a domicilio + Unidad de estancia diurna		Media	ds	
	Media	ds	Media	ds	Media	ds	Media	ds			
Mujeres	70,43	14,8	68,97	13,7	75,00	14,0	80,55	9,4	78,98	13,6	0,00
Hombres	72,60	14,9	71,90	14,3	75,00	13,9	82,10	9,1	75,40	14,4	0,00

**Tabla 4** Factores predictores de institucionalización por sexo

Variables	Mujer			Sig. Estad.	Hombre			Sig. estad.
	Estimador	exp (estimador)	Intervalo de confianza (97,5%)		Estimador	Exp (estimador)	Intervalo de confianza (97,5%)	
Nivel de dependencia en ADL	0,014	1,01	(1,011, 1,017)	***	-0,00	0,996	(0,991, 1,00)	
Edad: 70-74 años	-0,06	0,94	(0,75, 1,17)		0,06	0,11	(0,83, 1,35)	
Edad: 75-79 años	0,03	1,03	(0,84, 1,26)		-0,02	0,98	(0,77, 1,23)	
Edad: 80-84 años	-0,08	0,92	(0,75, 1,13)		-0,19	0,83	(0,66, 1,05)	
Edad: 85-89 años	-0,04	0,96	(0,78, 1,18)		-0,10	0,91	(0,71, 1,16)	
Edad: 90 o más años	-0,14	0,87	(0,70, 1,08)		-0,23	0,79	(0,59, 1,06)	
Desea vivir en domicilio [sí]	-3,58	0,03	(0,02, 0,04)	***	-3,52	0,03	(0,02, 0,05)	***
Desea vivir en residencia [sí]	1,77	5,90	(4,13, 8,54)	***	1,91	6,73	(3,96, 11,8)	***
Consistencia de la red de apoyo [baja]	0,24	1,27	(0,90, 1,77)		0,47	1,60	(1,03, 2,49)	*
Consistencia de la red de apoyo [media]	0,24	1,28	(1,01, 1,60)	*	0,60	1,82	(1,32, 2,51)	***
Fragilidad de la red de apoyo [baja]	-0,29	0,74	(0,51, 1,09)		-0,20	0,82	(0,49, 1,37)	
Fragilidad de la red de apoyo [media]	0,33	1,40	(1,01, 1,93)	*	0,18	1,20	(0,78, 1,84)	
Riesgo de claudicación de la red [baja]	-0,83	0,43	(0,31, 0,61)	***	-1,21	0,30	(0,20, 0,45)	***
Riesgo de claudicación de la red [media]	-0,24	0,79	(0,58, 1,07)		-0,88	0,42	(0,28, 0,61)	***
Alzheimer [sí]	0,13	1,14	(0,95, 1,37)		0,13	1,14	(0,87, 1,46)	
Asma [sí]	-0,48	0,62	(0,06, 6,24)		-0,30	0,74	(0,07, 6,47)	
Enfermedad cardiaca [sí]	-1,69	0,19	(0,01, 2,10)		-9,62	0,00	(NA, 778)	
Enfermedad cerebrovascular [sí]	-0,33	0,72	(0,58, 0,88)	**	-0,19	0,83	(0,65, 1,05)	
Demencia [sí]	0,21	1,24	(1,07, 1,41)	**	0,19	1,20	(0,95, 1,51)	
EPOC [sí]	0,18	1,19	(0,85, 1,65)		-0,16	0,85	(0,69, 1,05)	
Fractura de cadera [sí]	0,06	1,06	(0,66, 1,68)		-0,82	0,44	(0,14, 1,29)	
Neoplasia maligna [sí]	0,48	1,62	(0,85, 2,98)		-0,20	0,82	(0,40, 1,62)	
Enfermedad de Parkinson [sí]	-0,41	0,66	(0,51, 0,85)	**	-0,64	0,53	(0,37, 0,75)	***

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica,

Códigos significación estadística:

\*: 0,01&lt;0,05.

\*\*: 0,001&lt;0,01.

\*\*\*: &lt;0,001.

de la autonomía y prevención de la dependencia, que además permite conciliar la vida laboral de las personas cuidadoras familiares. Es posible que el tipo de financiación de este recurso asistencial sea uno de los argumentos de su baja utilización, aunque estudios previos han destacado otras causas relacionadas con su escasa disponibilidad, la falta de transporte y la incompatibilidad de los horarios de atención con la jornada laboral de las personas de la familia que continúan diariamente la labor de cuidado<sup>21</sup>.

En cuanto a los factores predictores de la institucionalización, los resultados señalan que el nivel de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria en las mujeres incrementa el riesgo de institucionalización, efecto no observado en el grupo de hombres. Este resultado puede tener relación con que el 83% del total de personas cuidadoras son mujeres, 61,5% de las cuales no recibe ningún apoyo al cuidado<sup>22</sup>. Este desigual reparto de tareas de cuidado en función del sexo podría explicar por qué en el caso de los hombres la cuidadora generalmente es su cónyuge, mientras que en el caso de las mujeres, este papel suele ser ejercido por una hija, que puede estar desarrollando alguna actividad laboral retribuida<sup>22</sup>. En este caso, la necesidad de compatibilizar las tareas de cuidado con las actividades profesionales puede forzar la búsqueda de apoyo a través de la institucionalización.

Un factor predictor de la institucionalización muy potente en ambos sexos es la preferencia de la persona por la atención residencial. Es posible que sea un factor condicionado por la fragilidad de la red de apoyo o la pérdida del cónyuge, factores de riesgo identificados en estudios previos<sup>15</sup>. Estos hallazgos hacen pensar en la importancia del seguimiento a las personas mayores en sus domicilios, para una identificación temprana de las situaciones de fragilidad de la red, lo que puede llevar a una intervención preventiva que retrase o elimine el riesgo de institucionalización. Algunas de las alternativas de seguimiento personalizado en el domicilio y de acompañamiento a la persona cuidadora como la que prestan los servicios de teleasistencia, o la aplicación del enfoque de gestión de casos, pueden ser de gran interés en este objetivo<sup>23</sup>.

De igual forma, las patologías que producen un importante deterioro cognitivo como las demencias se han identificado como factores predictores del ingreso en residencia, confirmando los resultados de un estudio realizado en Canadá, en el que se identificó la aparición de comportamientos perturbadores con la decisión de los cuidadores familiares de iniciar el proceso de institucionalización<sup>16</sup>. La literatura publicada respecto a la labor de cuidado se centra fundamentalmente en las personas que cuidan a personas mayores con demencia, basada en la consideración de que son estos los cuidadores en situación de mayor vulnerabilidad. Sin embargo, los problemas emocionales que desarrollan las personas cuidadoras parecen tener más relación con sus propias habilidades y recursos que con la problemática de la persona a la que cuidan<sup>19</sup>. Aún así, el seguimiento periódico y la intervención temprana en los momentos de riesgo de claudicación de la persona cuidadora, podrían ser factores protectores frente a la institucionalización.

Llama la atención que la enfermedad cerebrovascular en el grupo de mujeres, y la enfermedad de Parkinson para ambos sexos aparezcan como factores protectores de ins-

titucionalización. La enfermedad cerebrovascular incluye alteraciones encefálicas secundarias a un trastorno vascular, entre las que se encuentra el ictus. En Andalucía, tanto el ictus como la enfermedad de Parkinson se atienden en el marco de dos Planes Integrales, que tienen como objetivo garantizar el abordaje integral de estas condiciones clínicas<sup>24,25</sup>. Es posible que dicha actuación coordinada, integral y continuada esté permitiendo a las personas que las padecen mantenerse en su entorno familiar, sin aumentar el riesgo de institucionalización. En cualquier caso, para la correcta interpretación de estos resultados será necesario explorar posibles variables confusoras de la relación entre estas dos condiciones clínicas y la institucionalización.

Por otra parte, estudios previos han mostrado que hay personas que viven en el hogar que son tan frágiles<sup>26</sup> que realmente deberían vivir en una residencia, y su permanencia en el hogar disminuye su calidad de vida<sup>4</sup>. Es decir, no en todos los casos el recurso domiciliario es el más adecuado. La fragilidad como concepto multidimensional, requiere una valoración interdisciplinar, con profesionales de atención primaria de salud y profesionales de los servicios sociales<sup>26</sup>, así como una intervención integrada, en la que es clave la coordinación entre distintos profesionales y dispositivos asistenciales, y un seguimiento continuado para dar respuesta a sus complejas necesidades asistenciales<sup>27</sup>. En cualquier caso, la valoración de la fragilidad en el momento de la elección del recurso asistencial y durante el seguimiento en el proceso de atención es importante, ya que con un cuidado adecuado, tanto la fragilidad como su estado precursor, son potencialmente reversibles<sup>28</sup>.

Aunque en este estudio no se ha analizado la composición de la unidad de convivencia, y por tanto no se ha utilizado la variable de número de miembros, estudios previos muestran que las personas que viven solas pueden estar más conformes con la alternativa residencial que aquellas que viven en un entorno de convivencia más amplio<sup>29</sup>. La permanencia de la persona en su domicilio puede entonces requerir el desarrollo de otros servicios como el «*befriending*», el «*mentoring*» o las actividades grupales que buscan específicamente que las personas puedan ampliar sus círculos sociales<sup>30</sup>. Este tipo de intervenciones requieren profesionales o personal voluntario entrenado para la aplicación de estas técnicas que han demostrado ser eficaces para el propósito para el que están diseñadas, así como la incorporación de mediciones específicas sobre el nivel de aislamiento del individuo en los procesos de valoración y diseño de las intervenciones. En este caso, la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales con el tercer sector, resulta imprescindible<sup>27</sup>.

En términos generales se podría afirmar que el Sistema de Atención a la Dependencia en Andalucía se orienta a las preferencias de las personas mayores en situación de dependencia, que desean permanecer en su domicilio el mayor tiempo posible. Sin embargo, los resultados de este estudio sugieren la necesidad de mejorar los servicios de apoyo al cuidado domiciliario, para evitar que el incremento del nivel de dependencia, la pérdida de consistencia de la red de apoyo y el aumento de la fragilidad o la condiciones clínicas como la demencia, se puedan convertir en factores determinantes del ingreso en centro residencial.

## Financiación

Sin financiación.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Kalache A. Ageing in a foreign land: an international study of ageing, migration and belonging. New York: New York Medicine Academy; 2008.
- European Commission. Strategic implementation. Plan for the European innovation partnership on active and healthy ageing. Brussels: Health & Consumers Policy, Digital Agenda and Research Innovation & Science; 2011. p. 14.
- Genet N, Boerma W, Kroneman M, Hutchinson A, Saltman R. Home care across Europe. Current structure and future challenges. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2012. p. 145.
- Böckerman P, Johansson E, Saarni S. Institutionalisation and quality of life for elderly people in Finland. Brussels: ENEPRI Research Report n° 92. European Network of Economic Policy Research Institutes; 2011. p. 16.
- Bird SR, Kurowski W, Dickman GK, Kronborg I. Integrated care facilitation for older patients with complex health care needs reduces hospital demand. *Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc*. 2007;31:451-61.
- De Almeida Mello J, van Durme Th, Macq J, Declercq A. Interventions to delay institutionalization of frail older persons: design of a longitudinal study in the home care setting. *BMC Public Health*. 2012;12:615.
- Colmorten E, Clausen T, Bengtsson S. Providing integrated health and social care for older persons in Denmark (PROCARE). Copenhagen: The Danish National Institute of Social Research; 2003. p. 34.
- Murphy M, Martikainen P. Use of care services in relation to proximity to death among older people: evidence from Finland. *Eurohealth*. 2011;17(2-3):18-21.
- Salonen P, Haverinen R. Providing integrated health and social care for older persons in Finland (PROCARE). Helsinki: University of Tampere. Tampere School of Public Health. National Research and Development Centre for Welfare and Health; 2003. p. 40.
- Ex C, Gorter K, Janssen U. Providing integrated health and social care for older persons in the Netherlands. The Verwey-Jonker Institute Research into Social Issues; 2003. p. 31.
- Carrillo-Ridao E, Cervera-macià M, Gil-Suay V, Rueda-Falcón Y. Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España. Barcelona: Antares Consulting; 2010. p. 83.
- Oliva J, Zunzunegui MV, García-Gómez P, Herrera E. Desafíos en la autonomía y la atención a la dependencia de la población mayor. *Gac Sanit*. 2011;25 Supl.2:1-4.
- 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, 15 de diciembre de 2006, núm. 299, pp. 44142-44156.
- Decreto 168/2007, de 12 de junio, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como los órganos competentes para su valoración. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, 18 de junio de 2007, núm. 119, pp. 38-42.
- Nihtilä E, Martikainen P. Why older people living with a spouse are less likely to be institutionalized: the role of socioeconomic factors and health characteristics. *Scand J Public Health*. 2008;36:35-43.
- Belleau H. L'hébergement institutionnel d'un parent âgé ayant des pertes cognitives. *Can J Aging*. 2007;26:329-42.
- Goodwin JS, Howrey B, Zhang DD, Kuo Y-F. Journals Gerontol Biol Sci Med Sci. 2011;66:1321-7.
- Pynnönen K, Törmäkangas T, Heikkinen R-L, Rantanen T, Lyrra T-M. Does social activity decrease risk for institutionalization and mortality in older people? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2012;67:765-74.
- López J, Crespo M. Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*. 2007;19:72-80.
- Rogero-García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83:393-405.
- Aymerich-Andreu M, Casas-Aznar F, Planes-Pedra M, Gras-Pérez ME. El cuidado de los ancianos en el entorno familiar. Valoración de diversos recursos de apoyo mediante grupos de discusión. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005;40 Supl 3:16-23.
- Rodríguez-Rodríguez P. El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005;40 Supl 3:5-15.
- Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enferm Clin*. 2014;24:23-4.
- Jiménez Hernández MD, Alcázar Romero PP, Alés Otón E, Aranda Aguilar F, Arraez Sánchez MA, Carrillo Badillo E, et al. Plan Andaluz de Atención al Ictus 2011-2014. Sevilla: Consejería de Salud; 2011. p. 58.
- Vázquez García R, Álvarez Bueno JM, Álvarez Madrid AM, Candau Fernandez-Mensaque A, de Teresa Galván E, Fonseca del Pozo FJ, et al. Plan Integral de Atención a las Cardiopatías de Andalucía 2005-2009. Sevilla: Consejería de Salud; 2005. p. 150.
- Romero Ortuño R, Walsh CD, Lawlor BA, Kenny RA. A Frailty Instrument for primary care: findings from the Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Geriatrics*. 2010;10:1-12.
- Nuño-Solinis R. Innovación social y organizativa ante el reto de la atención integrada a la cronicidad. *Enferm Clin*. 2014;24:18-22.
- De Lepeleire J, Iliffe S, Mann E, Degryse JM. Fratly: an emerging concept for general practice. *Br J Gen Pract*. 2009;177-82.
- Tobaruela González JL. Residencias: perfil del usuario e impacto del ingreso [Tesis doctoral] Madrid: Universidad Complutense, 2002. p. 266.
- Windle K, Francis J, Coomber C. Preventing loneliness and social isolation: interventions and outcomes. *Research Briefing n.º 39*. London: Social Care Institute for Excellence; 2014. p. 16.