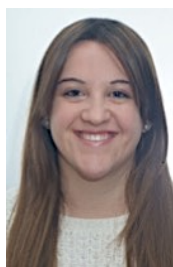


DIFERENCIAS FUNCIONALES, AYUDAS TÉCNICAS Y BARRERAS ARQUITECTÓNICAS ENTRE EL ENTORNO RURAL Y URBANO EN PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

FUNCTIONAL DIFFERENCES, TECHNICAL AIDS AND ARCHITECTURAL BARRIERS BETWEEN RURAL AND URBAN AREA IN ELDERLY DEPENDENTS

DeCS Anciano; Servicios de salud comunitaria; Servicios de atención de salud a domicilio; Atención domiciliar de salud; Estructuras de acceso.

MeSH Aged; Community health services; Home care services; Home nursing; Architectural accessibility



Autores

Dña. Rosa María Tapia-Haro

Terapeuta Ocupacional y Fisioterapeuta. Doctoranda del Programa de doctorado de Biomedicina, Universidad de Granada

E-mail de contacto: rtapia@correo.ugr.es

D. José Manuel Pérez-Mármol

Profesor del Grado de Terapia Ocupacional, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada.

E-mail de contacto: josemapm@ugr.es

Dña. Carmen Moreno Lorenzo

Profesora del Grado de Fisioterapia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada

E-mail de contacto: carmenml@ugr.es

Como citar este documento:

Tapia-Haro RM, Pérez-Mármol JM, Moreno Lorenzo C. Diferencias funcionales, ayudas técnicas y barreras arquitectónicas entre el entorno rural y urbano en personas mayores dependientes. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2016 [fecha de la consulta]; 13(24): [17p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num24/pdfs/original2.pdf>

Texto recibido: 13/08/2016

Texto aceptado: 08/10/2016

Texto publicado: 31/11/2016

Introducción

El envejecimiento es un proceso complejo que conlleva primariamente un conjunto de cambios genéticos, moleculares y celulares, cuyo adecuado desarrollo determina un envejecimiento óptimo⁽¹⁾. Los problemas de salud que acontecen a lo largo de la vida de los individuos interactúan con los mecanismos propios del envejecimiento para producir el denominado "envejecimiento habitual". Estos problemas pueden desencadenar situaciones de pérdida de función, discapacidad y dependencia⁽²⁾. El proceso de envejecimiento paulatino de la población occidental y el aumento de la esperanza de vida están produciendo un incremento concomitante del nivel de dependencia, pérdida de auto-eficacia individual, así como alteración de la calidad de vida⁽³⁻⁵⁾.

En España, los sujetos mayores de 65 años representan aproximadamente el 17% del total poblacional, donde uno de cada cuatro presenta algún tipo de discapacidad para realizar las Actividades de la Vida Diaria. Se prevé

RESUMEN

Objetivo: comparar la funcionalidad, estado cognitivo, uso de ayudas técnicas, barreras arquitectónicas y apoyo social entre el entorno rural y urbano en personas mayores dependientes.

Métodos: estudio observacional-transversal. Los participantes fueron 122 usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio de la provincia de Granada, con una edad media de 79 años y una dependencia moderada. Se recopiló información sociodemográfica, del estado de salud, del entorno físico-arquitectónico, el uso de ayudas técnicas y el apoyo socio-familiar. Para la medición de estas variables se utilizó un cuestionario sociodemográfico, el índice de Barthel, la escala de Lawton-Brody y el test de Pfeiffer. Se realizaron análisis descriptivos y de comparación de medias.

Resultados: el nivel de dependencia en el índice de Barthel fue mayor en los sujetos del entorno rural respecto al urbano ($p < 0,02$), utilizaron menos ayudas técnicas ($p < 0,01$), encontraban mayores barreras arquitectónicas ($p < 0,03$) y mostraban mejores relaciones sociales y familiares ($p < 0,01$).

Conclusiones: el grado de dependencia, las dificultades físico-arquitectónicas y el apoyo socio-familiar parece ser mayor en el entorno rural que en el entorno urbano en personas mayores dependientes; sin embargo, no se puede inferir que el entorno o ninguna de las demás variables sean las causas del perfil de estos usuarios.

SUMMARY

Objective: to compare function, cognitive status, use of technical aids, architectural barriers and social support between rural and urban areas in dependent older people.

Methods: cross-sectional study. Participants were 122 older people from home help service in the province of Granada, with an average of 79 years and moderate dependence. Sociodemographic variables were collected and health status, the use of technical aids, physical, architectural and socio-familiar environment was evaluated. We used a sociodemographic questionnaire, Barthel Index, Lawton-Brody Scale and Pfeiffer Test. Descriptive analysis of the data and between-groups comparisons were performed.

Results: in rural area, participants presented a higher level of dependence on the Barthel Index ($p < 0,02$), used less technical aids ($p < 0,01$), found higher architectural barriers ($p < 0,03$) and showed better social and family relationships ($p < 0,01$), than in urban areas.

Conclusions: the level of dependence, the physical and architectural barriers and social and family support seem to be higher in rural area compared with the urban area; however, we cannot infer that environment or the other variables are the cause of the patients' profile.

de envejecimiento activo, ya que afecta de manera indirecta la forma de envejecer del individuo, tanto a nivel poblacional como individual ⁽⁸⁾.

Distintos estudios destacan que las personas mayores desean envejecer en su domicilio y ser atendidas por su familia ⁽⁹⁾. El apoyo social informal de la familia, amigos y de la red social puede generar mejoras en el estado de salud y funciones cognitivas, disminuyendo así el riesgo de muerte y actuando como un factor protector ante patologías como la demencia ⁽¹⁰⁾. El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) es ofrecido a través de organismos oficiales como los servicios sociales comunitarios de cada ayuntamiento, que tiene como objetivo cubrir parte de estas demandas, incluyendo la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria, así como la cobertura de las necesidades domésticas ⁽¹⁰⁾. Además, dichos programas deben proporcionar

que en 2050 este sector constituya más del 30% de la población y que la dependencia asociada al envejecimiento sea un problema socio-sanitario y económico ⁽⁶⁾. La atención a los sujetos en situación de discapacidad, así como la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados. Estos deben dar una respuesta adaptada al actual modelo de nuestra sociedad, no solo mediante transformaciones que afecten al sistema socio-sanitario, sino también al entorno físico y social, que conforman los pilares básicos del apoyo a la discapacidad ⁽⁷⁾. Esta perspectiva se encuentra en coherencia con el nuevo paradigma

cuidados adaptados a las necesidades de cada individuo, valorando su nivel funcional, mental, las limitaciones en el espacio físico del lugar donde viven y el grado de apoyo que reciben ⁽¹⁰⁾.

Por estas razones, conocer si existen diferencias en la funcionalidad, el estado cognitivo, el uso de ayudas técnicas, las barreras arquitectónicas y la red de apoyo social entre el medio rural y el urbano en las personas mayores dependientes podría ser una información relevante para que los profesionales socio-sanitarios identifiquen mejor las necesidades del paciente. De esta forma, se promoverá un establecimiento de objetivos más realistas, aumentando así la calidad asistencial que recibe esta población ⁽¹¹⁾.

El objetivo general de este estudio es comparar diferentes características sociales, de salud y del entorno entre personas mayores dependientes procedentes de dos sectores poblacionales, uno rural y otro urbano.

Los objetivos específicos son:

- 1) conocer si existen diferencias entre el perfil sociodemográfico y clínico entre ambos grupos poblacionales.
- 2) analizar si existen diferencias en la funcionalidad, estado cognitivo y el uso de ayudas técnicas entre estos dos grupos de usuarios.
- 3) estudiar si existen diferencias en las barreras arquitectónicas y el apoyo social entre estos dos grupos de personas mayores dependientes.

MÉTODO

Diseño del estudio

El presente estudio tiene un diseño observacional, transversal, con una metodología cuantitativa. La recogida de datos se ha realizado mediante la administración de diferentes encuestas, observaciones y cuestionarios por personal específicamente entrenado.

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 122 usuarios del SAD de Granada Capital, en la sectorización del Zaidín (entorno urbano), y del municipio de Montefrío (entorno rural). La recogida de información se realizó durante el período comprendido entre el 1 de Marzo y el 30 de Julio de

2010. El perfil global del usuario de la muestra del SAD en el área de estudio fue el de una mujer, con una edad media de 79 años, viuda, con estudios primarios, nivel socioeconómico medio, polimeditada, con nivel de dependencia leve-moderado en las actividades básicas de la vida diaria, nivel alto de dependencia en las actividades instrumentales y escaso deterioro cognitivo.

Se consideraron como criterios de inclusión, tener una edad superior a 65 años, estar incluido como usuario del SAD y tener reconocido algún grado de dependencia (registrado en los informes sociales realizados por el trabajador/a social del servicio social comunitario al que pertenece cada usuario). Fueron excluidas las personas que estaban institucionalizadas en cualquiera de sus modalidades, que hacía menos de 6 meses que habían sido incluidas como usuarios en el SAD y/o que no residían en las zonas de circunscripción del estudio. La selección de los dos núcleos poblacionales se realizó por criterios de accesibilidad. La selección de la muestra se realizó por muestreo probabilístico accidental. Se formaron dos grupos, el grupo del entorno urbano, correspondiente al barrio del Zaidín de la Capital de Granada (n=70) y el grupo del entorno rural, localizado en el pueblo de Montefrío (n=52). El reclutamiento de la muestra se realizó en colaboración con los responsables y auxiliares del SAD. Este estudio siguió de forma sistemática los principios éticos de la Declaración de Helsinki, 2013. Todos los participantes fueron informados de las características y objetivos del estudio obteniéndose por escrito el consentimiento informado, así como la posibilidad de revocación de este en cualquier fase del estudio sin que esto repercutiese en la calidad asistencial que recibían. Además, se ha respetado el anonimato y confidencialidad de todos los participantes en el estudio, atendiendo a la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Procedimientos y evaluación

Información socio-demográfica y clínica:

Para la recogida de datos se elaboró una entrevista semi-estructurada que se llevó a cabo en el domicilio del usuario, previa citación telefónica, con una duración aproximada de 45 minutos. Durante la misma se registraron datos sociodemográficos como sexo, edad, estado civil, nivel educativo y nivel socioeconómico. Se recogió información acerca de los diagnósticos médicos de los participantes como problemas cardiocirculatorios, neurológicos, afecciones del aparato locomotor, patología respiratoria y digestiva, trastornos de tipo nutricional o metabólico, patología prostática o procesos oncológicos. En relación a los órganos de los sentidos se consideraron las

alteraciones visuales y auditivas. Asimismo, se registró información sobre los trastornos del sueño, del habla y el lenguaje, los síndromes depresivos, caídas, consumo cotidiano de fármacos (ansiolíticos, hipnóticos, analgésicos y antidepresivos, entre otros) y posible polimedicación (ingesta superior a 5 fármacos distintos de forma diaria).

Evaluación funcional y cognitiva:

Para valorar la capacidad funcional se registró el uso de adaptaciones y ayudas técnicas (bastón, andador, silla de ruedas, ayudas técnicas para el vestido, para el baño, uso de lentes correctoras, prótesis dentales, audífono y pañal). Se utilizaron instrumentos de evaluación como el Índice de Barthel (IB)⁽¹²⁾ para las actividades básicas de la vida diaria, la escala de Lawton-Brody⁽¹³⁾ para las actividades instrumentales de la vida diaria y el test de Pfeiffer⁽¹⁴⁾ para la valoración del estado cognitivo.

Evaluación del entorno físico y apoyo social recibido:

El estudio del entorno físico-arquitectónico incluyó el tipo de vivienda, barreras arquitectónicas en el acceso e interior del hogar, dificultades para entrar y salir de la vivienda, irregularidades del terreno, existencia de escaleras interiores (con o sin pasamanos), presencia de alfombras, de moquetas y posibles desniveles del suelo en el interior de la vivienda. Otros aspectos estudiados fueron la iluminación y ventilación defectuosa de la vivienda, humedades, baño no adaptado, suelos deslizantes, presencia de animales domésticos, barreras arquitectónicas en la cocina y dormitorio. Por otra parte, se observaron las instalaciones de luz eléctrica, gas butano, gas ciudad, estufas eléctricas, estufas de gas, braseros de carbón, aire acondicionado y ventiladores.

La valoración del entorno familiar y social implicó el análisis del sistema de convivencia actual y las redes informales de apoyo (familiares y amigos).

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS en su versión 20.0. Se realizó un análisis descriptivo general de los datos, utilizando la media, desviación típica (DT) en el caso de las variables continuas y análisis de frecuencias para variables categóricas. Para el cálculo de las diferencias entre grupos se utilizó la *t* de Student para las variables continuas y la chi-cuadrado (χ^2) para las variables categóricas. En todos los casos se consideraron los resultados estadísticamente significativos con $p < 0,05$.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se ha seguido la guía establecida por Charan y Biswas (2013) para estudios observacionales-trasversales ⁽¹⁵⁾. Para conocer el número mínimo de participantes necesarios para obtener una muestra representativa de la población general de personas con dependencia en las actividades básicas de la vida diaria, se ha utilizado la DT de las puntuaciones obtenidas por la muestra del estudio de Ocampo et al. (2007) ⁽¹⁶⁾. Basándonos en una DT de 22,8 puntos en el Índice de Barthel para esta población con similares características a las utilizadas en el presente estudio, se estimó como necesario un tamaño de la muestra de al menos 80 personas, asumiendo un error tipo 1 del 5% y un valor de Z_{1-a/2} de 1,96.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra total de 122 usuarios del SAD, de los cuales, 70 pertenecían al grupo del entorno urbano y 52 al grupo del entorno rural. Seis individuos fueron excluidos, cuatro porque estaban institucionalizados y dos por fallecimiento. El 73% (89) eran mujeres y el 27% (33) varones, con una edad media de 79±6,9 años. Un 57% tenía un nivel de estudios primarios, el 58% un nivel socioeconómico medio y el 52% era viudo/a (Tabla 1).

Diferencias socio-demográficas entre el entorno urbano y rural

Las patologías que con mayor frecuencia se presentan en ambos grupos son la Hipertensión arterial 95%, seguidas de insomnio 79% y artrosis 78%. A pesar de su elevada prevalencia total, todas estas variables, excepto la Hipertensión arterial y las enfermedades digestivas, son significativamente más frecuentes en el grupo del entorno rural ($p < 0,05$). Respecto al consumo de medicamentos, el 97% de los entrevistados declaraba tener polimedicación, existiendo diferencias significativas en el consumo de analgésicos en el 100% de los usuarios del grupo del entorno rural, frente al 64% del grupo del entorno urbano ($p < 0,03$) (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas, principales enfermedades asociadas y diferencias entre el entorno urbano y rural para estas variables.

Tabla 1. Características sociodemográficas, principales enfermedades asociadas y diferencias entre el entorno urbano y rural para estas variables.

		Grupo Entorno Urbano (n=70) %/ M±DT	Grupo Entorno Rural (n=52) %/ M±DT	p
Sexo	Masculino	22(31%)	11(21%)	0,09
	Femenino	48(69%)	41(79%)	0,08
	Edad	77± 7,8	81,3± 6,6	0,06
Estado Civil	Viudo	42(60%)	21(40.5%)	0,41
	Casado	10(14%)	21(40.5%)	0,07
	Soltero	17(26%)	10 (19%)	0,09
Nivel Educativo	Analfabetismo	18(26%)	8(15%)	0,75
	Estudios primarios	38(54%)	31(60%)	0,22
	Bachiller elemental	0	3(6%)	0,96
	Estudios medios	4(6%)	10(19%)	0,79
	Estudios Universitarios	10(14%)	0	0,89
Nivel Socioeconómico	Bajo	14(20%)	0	0,60
	Medio	31(44%)	39(75%)	0,23
	Alto	25(36%)	13(25%)	0,07
	Hipertensión Arterial	49(70%)	47(90%)	0,04a
	Diabetes	38(54%)	16(31%)	0,09
	Colesterol	42(60%)	48(92%)	0,01 ^a
	Obesidad	28(40%)	29(56%)	0,55
	Enfermedades Cardiacas	42(60%)	34(65%)	0,53
	Varices	35(50%)	47(90%)	0,01 ^a
	Enfermedades Digestivas	18(25%)	8(15%)	0,12
	Enfermedades Respiratorias	14(20%)	18(35%)	0,32
	Demencia	17(24%)	3(6%)	0,53
	Parkinson	4(6%)	3(6%)	1,00
	Parálisis central o periférica	17(24%)	10(19%)	0,41
	Artrosis	45(64%)	49(94%)	0,02 ^a
	Osteoporosis	31(44%)	44(85%)	0,01 ^a
	Enfermedades prostáticas	7(10%)	3(6%)	0,23
	Cáncer	7(10%)	8(15%)	0,35
	Insomnio	52(74%)	44(85%)	0,12
	Depresión	28(40%)	8(15%)	0,53
	Caídas Recientes	31(44%)	49(94%)	0,01 ^a
	Alteraciones visuales	42(60%)	42(81%)	0,17
	Alteraciones auditivas	24(34%)	21(40%)	0,53
	Alteraciones fonéticas	24(34%)	8(15%)	0,15
Consumo medicamentos	Ansiolíticos-Antidrepresivos	42(60%)	39(75%)	0,53
	Fármacos Insomnio	49(70%)	44(85%)	0,26
	Analgésicos	45(64%)	52(100%)	0,03 ^a
	Polimedicación	66(95%)	52(100%)	0,32

^a Se ha asumido un nivel de significación p < 0,05.

Fuente: Elaboración propia, 2016

Diferencias en la funcionalidad y el estado cognitivo entre el entorno urbano y rural

Al evaluar las actividades básicas de la vida diaria con IB, se ha observado una diferencia entre grupos (grupo del entorno urbano, 70 ± 25 puntos (dependencia leve); grupo del entorno rural, 60 ± 34 puntos (dependencia moderada); $p < 0,02$). Ambos grupos, presentan mayor dependencia en las actividades de baño (grupo del entorno urbano, $2,2 \pm 2,5$; grupo del entorno rural, $2 \pm 2,4$) y traslados sillón-cama (grupo del entorno urbano, $11,2 \pm 4,5$; grupo del entorno rural, $11,2 \pm 5$). En la deambulaci3n el grupo del entorno rural presenta mayores dificultades para el desplazamiento, con una media de $7,5 \pm 5$ frente a $11,5 \pm 3,9$ del grupo del entorno urbano ($p < 0,04$). En la evaluaci3n de las actividades instrumentales de la vida diaria no se observaron diferencias entre grupos. Las actividades instrumentales m3s limitadas en ambos grupos fueron mantener el cuidado de la casa, que afect3 a 118 (95%) del total y la utilizaci3n de medios de transporte sin ayuda donde, 93 (76%) manifestaban su incapacidad para hacerlo de forma aut3noma (Tabla 2). Tampoco se observaron diferencias entre grupos en la evaluaci3n del estado cognitivo, donde la mayor parte de la muestra no presentaban deterioro a este nivel (Tabla 2).

Diferencias en el uso de ayudas t3cnicas y barreras arquitect3nicas entre el entorno urbano y rural

En cuanto a las ayudas t3cnicas utilizadas, existen diferencias significativas entre los grupos de estudio, con respecto al uso del andador, ayudas para el ba3o, el vestido, pr3tesis dentales y necesidad de pa3al. En el grupo del entorno urbano precisaba un n3mero significativamente superior de ayudas t3cnicas para las actividades del vestido y del ba3o ($p < 0,05$), y en el grupo del entorno rural necesitaba m3s andadores, pr3tesis dentales y pa3ales ($p < 0,05$) (Tabla 2). Se observaron diferencias significativas entre los grupos en cuanto al tipo de vivienda; en el grupo del entorno urbano, 42 personas (60%) viv3a en un piso con ascensor, mientras en el grupo del entorno rural ninguna ten3a ascensor ($p < 0,01$). En cuanto a las barreras arquitect3nicas, las dificultades de entrada a la vivienda ($p < 0,03$), la presencia de desniveles interiores ($p < 0,01$), ba3o no adaptado ($p < 0,04$) y suelos deslizantes ($p < 0,01$) resultaron significativamente m3s frecuentes en el grupo del entorno rural que en el grupo urbano. Sobre el equipamiento del hogar, las diferencias significativas aparecen en cuanto al uso del ventilador, m3s frecuente en grupo del entorno rural ($p < 0,02$) y el uso de aire acondicionado, significativamente m3s frecuente en grupo del entorno urbano ($p < 0,01$) (Tabla 3).

Tabla 2. Diferencias funcionales, cognitivas y en el uso de ayudas técnicas entre el entorno urbano y rural.

		Grupo Entorno Urbano (n=70) Media±DT/ %	Grupo Entorno Rural (n=52) Media±DT/ %	p	
Índice de Barthel	Alimentación	8±2,5	7,5±3,4	0,14	
	Baño	2,2±2,5	2±2,4	0,26	
	Vestido	7,2±3,4	7±4,1	0,27	
	Aseo personal	3±2,5	3±2,5	0,55	
	Deposición	7,5±3,8	8±4,1	0,85	
	Micción	6,5±3,6	7±4,3	0,84	
	Uso Retrete	8±2,9	7,5±4,1	0,66	
	Traslado sillón-cama	11,2±4,5	11,2±6	1,00	
	Deambulaci3n	11,5±3,9	7,5±5	0,04 ^a	
	Escalones	6±3,3	3,5±3	0,39	
	Puntuaci3n total	70±25	60±34	0,02 ^a	
Escala de Lawton-Brody	Uso de Tel3fono	Capaz NA ^b /NC ^c	39(75%) 13(25%)	0,47 0,07	
	Realizar compra	Capaz NA ^b /NC ^c	7(10%) 63(90%)	0,12 0,05	
	Realizar comida	Capaz NA ^b /NC ^c	24(35%) 46(66%)	0,86 0,06	
	Cuidado de la casa	Capaz NA ^b /NC ^c	4(6%) 66(94%)	0,66 0,08	
	Lavado de la ropa	Capaz NA ^b /NC ^c	7(10%) 63(90%)	0,28 0,08	
	Uso medio de transporte	Capaz NA ^b /NC ^c	24(34%) 46(66%)	0,18 0,06	
	Cuidado de su medicaci3n	Capaz NA ^b /NC ^c	31(44%) 39(56%)	0,59 0,07	
	Manejo asuntos econ3micos	Capaz NA ^b /NC ^c	24(34%) 46(66%)	0,37 0,07	
		Puntuaci3n total	2,1±3,1	1,8±2,3	0,25
		Test de Pfeiffer total	7,9±2,6	8±1,9	0,09
Adaptaciones y ayudas t3cnicas	Bast3n	42(81%)	29(56%)	0,55	
	Andador	7(10%)	28(40%)	0,01 ^a	
	Silla de ruedas	10(15%)	14(20%)	0,42	
	Ayudas para el vestido	49(70%)	7(10%)	0,01 ^a	
	Ayudas para el ba1o	42(60%)	4(6%)	0,01 ^a	
	Lentes correctoras	35(50%)	31(60%)	0,91	
	Aud3fono	17(24%)	8(15%)	0,12	
	Pr3tesis dental	38(54%)	47(90%)	0,01 ^a	
	Pa1al	13(25%)	31(60%)	0,02 ^a	

^a Nivel de significaci3n p < 0.05.

^b NA=Necesita ayuda; ^c NC= No es capaz

Fuente: Elaboraci3n propia, 2016

Tabla 3. Diferencias en la valoración del entorno físico-arquitectónico entre el entorno urbano y rural.

		Grupo Entorno Urbano (n=70) %	Grupo Entorno Rural (n=52) %	P
Tipo de Vivienda	Casa planta baja	14(20%)	3(6%)	0,01 ^a
	Casa dos o más plantas	10(15%)	34(65%)	0,03 ^a
	Piso sin ascensor	4(6%)	16(31%)	0,01 ^a
	Piso con ascensor	42(60%)	0	0,01 ^a
Barreras Arquitectónicas	Dificultades Entrada Vivienda	10(15%)	49(94%)	0,03 ^a
	Escalera Interior con Pasamanos	66(95%)	44(85%)	0,30
	Escalera Interior sin Pasamanos	0	8(15%)	0,15
	Alfombras y/o Moquetas	10(15%)	10(19%)	0,68
	Desniveles Interiores distintos a las Escaleras	21(30%)	39(75%)	0,01 ^a
	Iluminación Defectuosa	14(20%)	13(25%)	0,56
	Ventilación Defectuosa	10(15%)	8(15%)	1,00
	Baño no Adaptado	36(69%)	66(95%)	0,04 ^a
	Suelos Deslizantes	21(30%)	47(90%)	0,01 ^a
	Animales Domésticos	14(20%)	5(10%)	0,38
	Otras (En Cocina, dormitorio, etc.)	63(90%)	49(94%)	0,56
Equipamiento del hogar	Luz eléctrica	70(100%)	52(100%)	0,72
	Gas butano	59(84%)	52(100%)	0,75
	Gas ciudad	10(15%)	0	0,08
	Estufas eléctricas	59(84%)	52(100%)	0,10
	Estufas de gas	0	8(15%)	0,08
	Brasero de carbón	4(6%)	5(10%)	0,24
	Aire acondicionado	49(70%)	5(10%)	0,01 ^a
	Ventilador	31(44%)	47(90%)	0,02 ^a
	Otras	10(15%)	8(15%)	1,00

^a Se ha asumido un nivel de significación $p < 0.05$.

Fuente: Elaboración propia, 2016

Diferencias en el apoyo familiar y social entre el entorno urbano y rural

Existieron diferencias significativas entre los grupos de estudio de tal forma que los usuarios de grupo urbano presentaron una prevalencia mayor de relaciones catalogada como regular y mala ($p < 0,05$) y los del grupo rural una prevalencia más alta de buena relación con la familia y con el entorno ($p < 0,05$). Respecto a la situación familiar, solo se observaron diferencias significativas en las situaciones donde el usuario vivía solo, existiendo una prevalencia mayor de personas viviendo solas en el grupo del entorno urbano (urbano, 64%; rural, 40%; $p < 0,05$) (Tabla 4).

Tabla 4. Diferencias en la valoración del entorno familiar y social entre el entorno urbano y rural.

		Grupo Entorno Urbano (n=70) %	Grupo Entorno Rural (n=52) %	p
Relación con la familia	Buena	42(60%)	49(94%)	0,01 ^a
	Regular	17(24%)	3(6%)	0,01 ^a
	Mala	10(15%)	0	0,01 ^a
	Inexistente	0	0	
Relación con el entorno	Buena	28(40%)	52(100%)	0,01 ^a
	Regular	31(44%)	0	0,01 ^a
	Mala	7(10%)	0	0,07
	Inexistente	4(6%)	0	0,32
Situación familiar	Vive solo	45(64%)	21(40%)	0,01 ^a
	Vive solo con su cónyuge	4(6%)	13(25%)	0,08
	Vive con su cónyuge y otros familiares	4(6%)	8(15%)	0,06
	Vive con sus familiares sin cónyuge de forma estable	17(24%)	10(19%)	0,09
	Vive con sus familiares temporalmente	0	0	1,00

^a Se ha asumido un nivel de significación $p < 0.05$.

Fuente: Elaboración propia, 2016

DISCUSIÓN

Este estudio determinó que los usuarios del SAD que residen en un entorno urbano muestran una prevalencia más alta de padecer Hipertensión arterial; sin embargo, los usuarios del medio rural presentaron mayor prevalencia de colesterol, varices, artrosis, osteoporosis, caídas recientes y consumo de analgésicos. El grupo que residía en el entorno rural mostró una dependencia para las actividades básicas de la vida diaria significativamente superior respecto al grupo del medio urbano, sobre todo en la deambulación o capacidad para moverse dentro del hogar.

La frecuencia de uso de adaptaciones y ayudas técnicas como el uso de andador fue mayor para el grupo que vivía en el medio rural; sin embargo, en el grupo de la zona urbana se observó una frecuencia mayor en el uso de otras ayudas técnicas como las utilizadas en la actividad del vestido, baño o alimentación. Por otra parte, se observaron diferencias entre estos grupos en el tipo de vivienda, las dificultades para acceder a la vivienda, los desniveles dentro de estas, la adaptación del baño, el uso de suelos deslizantes, de aire acondicionado y ventiladores. Por último, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las relaciones familiares, con el entorno y en la situación de aislamiento de esta población.

El perfil del usuario del SAD parece ser una persona mayor de 65 años, con predominio del sexo femenino, con estado civil viudo/a, con estudios primarios y un nivel socioeconómico medio. Un perfil similar ha sido reportado en estudios previos ⁽¹⁷⁻²⁰⁾. Diversas investigaciones ponen de manifiesto que este perfil de usuario se encuentra asociado a una pérdida de capacidad funcional, con mayor riesgo relativo de fragilidad, en el que va aumentando exponencialmente el grado de dependencia con la edad y por tanto con el envejecimiento ^(20,21). Otros autores también señalan la existencia de una asociación entre niveles económicos bajos y discapacidad ^(21,22).

Por el contrario, no se observaron diferencias entre el grupo que residía en el medio rural y el urbano en las características sociodemográficas, en el desempeño en las actividades instrumentales de la vida diaria, en el nivel cognitivo, en algunas barreras arquitectónicas, equipamiento del hogar y en la situación familiar cuando la persona convivía con alguna otra persona. Los déficits visuales y auditivos, aunque elevados, fueron similares a otros estudios, destacando su repercusión en la disminución de la capacidad funcional ⁽⁹⁾.

El ámbito rural ha sido clasificado como un contexto donde existe una prevalencia mayor de problemas cardiovasculares y osteoarticulares, con un aumento en el número de caídas. Posiblemente ello se encuentre condicionado por el elevado índice de consumo de fármacos, frecuentemente asociado al incremento de la fragilidad en el anciano, así como, del riesgo de padecer caídas ^(19,21). El nivel de independencia en este sector poblacional es mayor para las actividades básicas de la vida diaria que para las actividades instrumentales, encontrando una especial limitación en actividades como la limpieza del hogar y el baño ⁽¹⁷⁾. En este sentido, otros estudios con resultados similares subrayan la complejidad de aunar el esfuerzo físico y el razonamiento cognitivo que requieren el uso de los distintos instrumentos implicados en este tipo de tareas ^(5, 17, 19). En el presente estudio, el nivel de dependencia en la zona rural fue mayor que en la zona urbana. Este hallazgo puede estar justificado debido a la mayor necesidad en este ámbito de utilizar dispositivos para el desplazamiento, así como tener menor accesibilidad a adaptaciones para el baño y la actividad de vestirse. Las dificultades en la deambulación y el mayor número de caídas, podrían estar condicionadas por las características del entorno físico de este contexto, dado que la mayoría de las casas presentaban dos o más plantas, sin ascensor y con desniveles, tanto en la entrada como en el interior de la vivienda, vinculado todo ello a las irregularidades orográficas del terreno. Por otra parte, distintos autores manifiestan la existencia

de una asociación entre el deterioro cognitivo, la edad y el deterioro funcional, constituyendo una de las principales causas de dependencia funcional en los ancianos ⁽²¹⁻²⁶⁾. No obstante, en nuestro estudio, el nivel cognitivo es similar en las zonas urbana y rural, aunque con mayor dependencia en esta última, lo que induce a pensar que este incremento se encuentre condicionado a aspectos funcionales, físicos, arquitectónicos, más que a la existencia de alteraciones cognitivas. En esta misma línea se han situado otros autores, que tampoco han encontrado una correlación significativa entre estas variables ⁽²⁷⁾.

Las principales fuentes de ayuda informal en ambos sectores han estado representadas por los hijos y los cónyuges ⁽¹⁷⁾. Son varios los estudios que manifiestan la importancia de las redes informales de cuidado en el mantenimiento de un buen estado de salud, posibilitando a la población mayor un envejecimiento en el hogar ^(10, 12); sin embargo, parece suficientemente probado que a lo largo de la vejez suele producirse una cierta desvinculación entre el individuo y el contexto socio-familiar que le rodea ⁽¹⁸⁾. Esta desvinculación es mayor en la zona urbana, donde la mayoría viven solos, frente a la rural, que podrían mantener una mejor relación con la familia y su entorno. Por tanto, la desvinculación socio-familiar podría no implicar un grado de dependencia más elevado, lo que parece indicar que no es el apoyo informal lo que genera una dependencia diferencial entre estos dos contextos. A pesar de ello, varios estudios señalan la importancia de incrementar la participación social y las relaciones interpersonales para promover el envejecimiento activo ^(9, 23, 24).

Los resultados de nuestro estudio, al igual que los obtenidos en otras regiones, demuestran la heterogeneidad del proceso de envejecimiento entre la población rural y urbana, lo que nos lleva a recomendar una planificación de políticas y acciones de salud adaptadas a los diferentes contextos sociales en los que conviven estas personas ^(25,28). Son muchas las investigaciones que confirman que el entramado social y físico varía según la zona de residencia, vinculándolo con la probabilidad de presentar dependencia ^(9, 18, 20, 23, 24). Sin embargo, el uso de ayudas técnicas y la valoración sistemática del entorno físico arquitectónico u orográfico, hasta donde conocemos, no son parámetros analizados en profundidad en la bibliografía científica previa, a pesar de que un gran número de autores destacan su importancia sobre la capacidad funcional y el envejecimiento ^(9, 18-22).

Como posibles limitaciones del estudio, en primer lugar, destacar la existencia de problemas de validez externa, condicionada por el tamaño y no aleatorización de la muestra, así como, la especificidad del reclutamiento circunscrito a un único distrito de Granada capital. En segundo lugar, ya que el presente estudio tiene una metodología observacional y descriptiva, no se puede inferir que el entorno o ninguna de las demás variables sean las causas del perfil de usuario. Por tanto, los resultados deben interpretarse con cierta cautela.

Implicaciones para la práctica profesional

El conocimiento de la existencia o no de diferencias significativas respecto al grado de independencia, el estado cognitivo, el uso de ayudas técnicas, las barreras arquitectónicas y el apoyo social, asociadas al entorno donde vive la persona mayor dependiente que asiste a servicios de ayuda a domicilio, puede ser de gran ayuda en el desarrollo del trabajo de los profesionales socio-sanitarios involucrados en esta área. De forma general, este tipo de información puede servir como un impulso para la implantación de nuevas estrategias políticas, económicas y estructurales, dirigidas a la repartición equitativa del grado de ayuda y atendiendo a las necesidades específicas de esta población. El terapeuta ocupacional tendrá en cuenta estas diferencias para la planificación de la evaluación e intervención de los pacientes que reciben tratamiento a domicilio y facilitará el desarrollo de programas de intervención específicos adaptados a las características del entorno de este tipo de pacientes.

CONCLUSIÓN

En el presente estudio, las mayores diferencias entre los usuarios del SAD de un área urbana y otra rural se encuentran en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria, el contexto físico-arquitectónico u orográfico que les rodea, con mayor presencia de barreras arquitectónicas en el contexto rural. Sin embargo, en este medio las personas dependientes cuentan con mayores apoyos familiares y sociales. Nuestro estudio pone de manifiesto la alteración que presenta la muestra obtenida en el desempeño de las AIVD. Por tanto, ya que estas actividades son parte de la definición de la independencia funcional de una persona y que son fundamentales para el manejo autónomo de los mayores en la comunidad, sería preciso considerarlas como un índice temprano de dependencia, que ayudaría a la planificación de la provisión de servicios por parte de las autoridades competentes en esta área.

Por otra parte, los resultados de esta investigación proporcionan una información preliminar para la mejora de la práctica en los cuidados en el hogar dirigidos a la promoción de una mayor independencia funcional y calidad de vida en el anciano y su entorno familiar. Se ha encontrado cierta heterogeneidad en las características de salud y servicios ofrecidos a la población rural y urbana. Estos datos pueden servir como base para la planificación de políticas y acciones de salud adaptadas a los diferentes contextos sociales en los que residen estas personas, para ofrecer así servicios específicos centrados en las necesidades reales de esta población, como la adaptación del entorno, debido a la existencia de barreras arquitectónicas. De igual forma, se subraya la importancia de incrementar la participación social y las relaciones interpersonales de las personas mayores con dependencia, con el objetivo de promover un envejecimiento activo en el hogar.

Estudios futuros deberían aumentar la muestra e incluir aleatoriedad en la selección de esta, en la que estuviesen representados todos los usuarios de los servicios del SAD localizados en los diferentes distritos de la provincia de Granada, e incluso la posible extensión del estudio a otras áreas geográficas españolas. Desde un punto de vista metodológico, futuros trabajos podrían profundizar en el análisis de los factores de riesgo que están influyendo en la conformación de los perfiles actuales de los usuarios de este tipo de servicios. De esta forma, dichos resultados permitirían articular medidas preventivas de control de estos factores. Por último, estudios longitudinales sobre la evolución de la dependencia en esta población, aportaría mayor información del comportamiento de todos los factores relacionados con la situación de las personas mayores dependientes en nuestro contexto cultural y social.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a los Servicios Sociales Comunitarios del Municipio de Montefrío su colaboración y las facilidades proporcionadas en la realización del estudio. Además, agradecen la contribución realizada por la trabajadora social de estos mismos servicios, así como a todos aquellos usuarios que han participado en este estudio. No hubo soporte financiero.

Referencias bibliográficas

1. Halliwell B. The antioxidant paradox. *Lancet*. 2000; 355(9210):1179-80.
2. Mañas R. Aproximación al desarrollo de un Programa Nacional de Investigación sobre Envejecimiento desde el concepto de fragilidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001(Suplemento 3); 36:24-5.
3. Marín PP, Gac HE, Hoyl T, Carrasco M, et al. A comparative study of institutionalized nonagenarian and younger elderly women. *Rev Med Chile*. 2004; 32(1): 33-9.
4. Kostka T, Jachimowicz V. Relationship of quality of life to dispositional optimism, health locus of control and self-efficacy in older subjects living in different environments. *Qual Life Res*. 2010; 19(3):351-61.
5. Rubio AE, Lázaro AA, Martínez TT, Magallón BR. Chronic diseases and functional deterioration in activities of daily living in community-dwelling elders. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009; 44(5):244- 50.
6. Alegre A, Ayuso M, Guillén M, Monteverde VM, Pociello G. Dependency Rate among Spain's Non-Institutionalized Population and Criteria for Evaluating Severity. *Rev Esp Salud Pública*. 2005;79(3):351-3
7. Bermúdez ML, Bolancé LC, Guillén EM, Mustafa GK. Sociodemographic typologies of individuals with dependence in Spain and healthy life expectancy. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008; 43(1):19-31.
8. Fernández-Ballesteros R, Caprara MG, Iñiguez JY, García LF. Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa «Vivir con vitalidad». *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005; 40(2):92-102.
9. García J, Rodríguez P. «Rompiendo Distancias»: un programa integral para prevenir y atender la dependencia de las personas mayores en el medio rural. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005; 40(1):22-33.
10. Aznar C, Moreno LA, German C, et al. Dependency and Unmet Need of Care in Older People in a Health Area of Saragossa, Spain. *Rev Esp Salud Publica*.2002; 76:215-26.
11. Marin MJS, Bazaglia FC, Massarico AR, Silva CBA, Campos RT, Santos SDC. Social demographic characteristics and the elderly care after hospital discharge in the family health system. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(4):962-8.
12. Mahoney FL, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index a simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Md State Med J*. 1965; 14: 61- 5.
13. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969; 9:179-86.
14. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment oforganic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 1975;23(10):433-41
15. Jaykaran C, Biswas T. How to calculate sample size for different study designs in medical research? *Indian J Psychol Med*. 2013; 35(2):121e126.
16. Ocampo JM, Herrera JA, Torres P, Rodríguez JA, Lobo L, García CA. Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colomb Med*. 2007;38(1):40-6
17. Lázaro AA, Rubio AE, Sánchez SA, García HJC. Functional Capacity for Daily Living Activities among Senior Citizens Attending Community Centers in the City of Zaragoza, Spain, 2005. *Rev Esp Salud Pública*. 2007; 81(6):625-36.
18. Feliu AF, Formiga F, Henríquez E, Bonfill IL, Olmedo C, Farriols RP. Evaluación funcional y cognitiva en una población urbana de mayores de 89 años. Estudio NonaSantfeliu. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2006; 41:21- 26.

19. Castellano VE, Gómez PF, Rochina PA, Gil EM. Factors associated with a significant functional gain and new institutionalisation in rehabilitated patients admitted to a long term care unit. *Rev Clin Esp.* 2010; 210(1):1-10.
20. Ceresuela LA, Rubio S, Rodríguez JM, David DJ, Cuerda SC, Lorente AT. 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):221-28.
21. Formiga F, Ferrer A, Duaso E, Olmedo C, Enriquez E, Pujol R. Nonagenarian's risk profile for living in a nursing home. The NonaSantfeliu study. *Rev Clin Esp.* 2007; 207(3):121-4.
22. Ferrer A, Formiga F, Almeda J, Alonso J, Brotons C, Pujol R. Health-related quality of life in nonagenarians: gender, functional status and nutritional risk as associated factors. *Med Clin.* 2010; 134(7):303-6.
23. Bowling A. Perceptions of active ageing in Britain: divergences between minority ethnic and whole population samples. *Age Ageing.* 2009; 1: 1-8.
24. Walker A. The Emergence and Application of Active Aging in Europe. *J Aging Soc Policy.* 2009; 21: 75-93.
25. Talmelli LFDS, Gratão ACM, Kusumota L, Rodrigues RAP. Functional independence level and cognitive deficit in elderly individuals with Alzheimer's disease. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(4):933-9.
26. Aires M, Paskulin LM, de Moraes EP. Functional capacity of elder: comparative study in three regions of Rio Grande do Sul. *Rev lat Am Enfermagem.* 2010; 18(1):11-7.
27. Araujo MOPH, Ceolin MF. Avaliação do grau de independencia de idosos residentes em instituições e longa permanência. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41(3):378-85.
28. Pedrazzi EC, Della Motta TTD, Vandrúscolo TRP, Fabrício-Wehbe SCC, Cruz IR, Rodrigues RAP. Household arrangements of the elder elderly. *Rev lat Am Enfermagem.* 2010;18(1):18-25.