

# Envejecimiento y dependencia: la demanda de cuidados

ANTONIO ABELLÁN GARCÍA Y CECILIA ESPARZA CATALÁN\*

## RESUMEN

Este trabajo pretende dibujar el panorama de la dependencia entre las personas mayores en España y su demanda potencial de cuidados: dos de cada diez necesitan la ayuda de otra persona para la realización de actividades cotidianas. La edad elevada, ser mujer y tener bajos niveles de instrucción e ingresos se asocian al hecho de ser dependiente. La dependencia se halla asimismo estrechamente ligada a los hogares multigeneracionales. La mujer, como esposa o hija, desempeña la tarea principal de cuidado. La mitad de la demanda está cubierta; para aproximadamente un tercio adicional la ayuda es insuficiente o no recibe ninguna asistencia.

## 1. INTRODUCCIÓN

Este artículo se sitúa en la línea de investigación sobre dependencia a la que esta misma revista, *Panorama Social*, dedicó un número monográfico hace cinco años, con colaboraciones sobre el desarrollo del Estado del bienestar a través de la protección social de las personas dependientes, sobre las políticas públicas de atención y los detalles de esas políticas, incluyendo un análisis del Libro Blanco de la Dependencia, base de la abreviadamente denominada "Ley de Dependencia" que se aprobaría al poco tiempo<sup>1</sup> (2006). La dependencia sigue siendo un tema de alto interés social. De ahí

\* Centro de Ciencias Humanas y Sociales (Consejo Superior de Investigaciones Científicas) (Antonio.abellan@cchs.csic.es y Cecilia.esparza@cchs.csic.es).

<sup>1</sup> Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (BOE 15-12-2006).

que indagar en el marco conceptual y trasladar ese enfoque a cifras que presenten la dimensión del fenómeno a grandes rasgos revista, en estos momentos, gran interés. Ése es el propósito fundamental de esta colaboración.

La reciente puesta a disposición de los microdatos de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD 2008) por parte del Instituto Nacional de Estadística (INE) permite presentar ese escenario y dibujar con más precisión el panorama que se abre a los individuos, la familia y los responsables de las políticas sociales ante el incremento del número de personas de edad y el aumento de las limitaciones funcionales. Tras una delimitación y discusión conceptual de los términos relacionados con la salud funcional, se explica el método de obtención de las cifras de personas con discapacidad y dependencia. A continuación, se dibuja el perfil de los dependientes y se intenta ajustar un modelo de predicción o riesgo de caer en dependencia. Finalmente, se presenta la demanda de cuidados y el patrón de asistencia personal como respuesta a las situaciones de dependencia.

## 2. MARCO CONCEPTUAL DE LA DEPENDENCIA

La pérdida de la independencia funcional tiene importantes consecuencias en la calidad de vida de las personas, en su bienestar y equilibrio psicológico, en su red próxima, familiar y social, y en definitiva en el nivel político, por la respuesta

que se precisa a esas situaciones de necesidad. Una persona con problemas para manejarse por sí misma en el hogar, en el entorno o en tareas de cuidado personal, es decir, en la realización de actividades de la vida diaria, es una persona con discapacidad; si recibe ayuda o demanda asistencia, se considera dependiente. El marco conceptual recorre los dominios de discapacidad e incluye la delimitación o el alcance de la dependencia y una clasificación categórica de ésta (Gignac y Cott 1998) (Gráfico 1).

“Discapacidad” es la dificultad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana, habituales para personas de similar edad y condición socio-cultural. Es la expresión de una limitación funcional; la brecha existente entre las capacidades de la persona y las demandas del medio, es decir, lo que exige ese entorno para desarrollar adecuadamente las actividades cotidianas (Spector y Fleishman 1998; Puga y Abellán 2004; Querejeta 2004; Whiteneck 2005; Abellán y Esparza 2007).

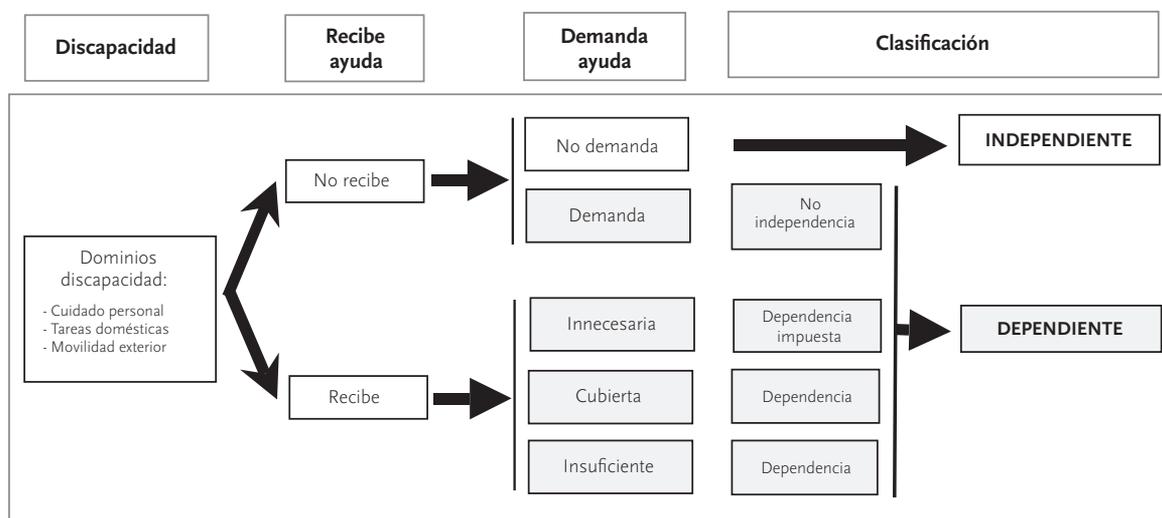
La principal ventaja de definir y sistematizar medidas de limitación funcional reside en su habilidad para evaluar una amplia gama de capacidades físicas que identifican bien a los mayores en riesgo de caer en discapacidad y demandar asistencia. El conocimiento de la salud funcional aporta

ta información que puede ser incorporada a estrategias de intervención social. Las medidas de habilidad funcional se usan normalmente en encuestas generales porque son relevantes socialmente y fácilmente interpretables. Como los problemas más graves afectan a muy poca población, los ítems que miden esta habilidad suelen reservarse para un conjunto definido, como el de personas mayores.

Los “dominios de discapacidad” pueden definirse de diversa forma. En la medición de grupo, de uso epidemiológico, suele utilizarse una lista de actividades de la vida diaria, con el fin de valorar la capacidad del individuo en su ejecución. Este artículo basa su delimitación de discapacidad en tres dominios de actividades, sin el desarrollo de las cuales no es posible disfrutar de independencia física, personal, en el hogar y en la comunidad. Estos dominios son: a) el cuidado personal, es decir, las actividades básicas de autocuidado precisas para mantener la independencia personal; b) las tareas domésticas, es decir, actividades instrumentales necesarias para desarrollar una vida independiente en el hogar; y c) la movilidad exterior. Aquellas personas que tienen dificultad funcional en alguna de estas actividades son consideradas personas con discapacidad (Verbrugge y Jette 1994; Ferrucci 1998;

GRÁFICO 1

MARCO CONCEPTUAL DE LA DEPENDENCIA



Fuente: Elaboración propia.

Verbrugge, Yang y Juárez 2004; Stineman, Ross y Maislin 2005).

La “dependencia” hace referencia a la dificultad que obliga a la persona que la experimenta a solicitar, a veces, ayuda de otra para realizar esas actividades cotidianas. Para nuestro propósito, la dependencia se define como la incapacidad para desarrollar tareas específicas y la necesidad de ayuda de otra persona para su realización. Es decir, la definición se centra en el enfoque de la incapacidad funcional y en la naturaleza social de la dependencia, describiéndola como una situación en la que uno recibe atención de otros, o un estado en que un individuo confía en otros para que lo atiendan y para afrontar necesidades organizadas. Esta relación personal o social, inherente a la dependencia, es la que distingue a esta última de la discapacidad, que no siempre lleva consigo una situación de dependencia (Wilkin 1987; Baltés 1996; Barberger-Gateau *et al.* 2000).

Aunque la dependencia, genéricamente, puede ser dividida en varias categorías (física, psicológica, de conducta, emocional, económica o social) y provocada por varias causas (estadio del curso de vida, crisis o accidente, discapacidad proveniente de problemas de salud y deficiencias corporales, de personalidad o de expectativas sociales o culturales), las medidas que aquí se aplican al análisis de la dependencia de los mayores limitan su campo a las actividades de la vida diaria. Se dejan, por tanto, aparte otras dependencias, como las de apoyo financiero, las necesidades emocionales y de contacto social, las procedentes de causas psicológicas o las generadas por la estructura social. Por tanto, la categoría que interesa aquí es la de la dependencia física, causada por el estadio del curso de vida (vejez) y la discapacidad.

En cuanto al alcance de la dependencia, cabe efectuar una sencilla clasificación. Una persona con discapacidad puede recibir o no asistencia para satisfacer sus demandas. Cuando no recibe ni demanda, es “independiente”, y por supuesto son independientes todas las demás personas de 65 o más años sin problemas funcionales. Si, en cambio, no recibe pero demanda, se considera que es “no independiente”, sino dependiente potencial con demanda insatisfecha. Son éstos individuos con dificultades en las actividades cotidianas, pero que no reciben ayuda de otros porque no la tienen disponible por sus circunstancias personales o de convivencia, o porque no conocen la existencia de servicios formales de atención.

Esta dificultad suele ir acrecentándose con el tiempo. La respuesta de los individuos puede producirse de diferentes formas, sustituyendo la tarea o modificando la forma de realizarla, aplazando o cambiando frecuencias.

Puede existir un pequeño grupo de personas mayores que reciben asistencia para actividades cotidianas, pero estrictamente no la precisan. Se trata de una “dependencia impuesta”. Puede reflejar una sobreprotección de la persona, a veces consecuencia de una reagrupación familiar, tras la destrucción del hogar previo por fallecimiento de un cónyuge, o una reagrupación en previsión de futura dependencia; este tipo de dependencia también puede resultar favorecida por circunstancias específicas del entorno familiar más próximo.

Cuando la persona necesita ayuda y la recibe, es la situación más clara de “dependencia”. Si recibe la ayuda que precisa y considera que satisface sus necesidades, se considera una demanda cubierta. En estos casos se suele estar reflejando la existencia de una red familiar o social estrecha y próxima, donde habitualmente se toman las decisiones y organiza la provisión de cuidados tanto formales como informales. Finalmente, existe otro grupo de dependientes que recibe ayuda, pero ésta es insuficiente.

En resumidas cuentas, es dependiente quien recibe ayuda (suficiente, insuficiente o innecesaria) y quien no recibiendo, la demanda. Por mor de la exhaustividad, el cuadro 1 contiene definiciones adicionales de discapacidad y dependencia.

### 3. MATERIAL Y PROCEDIMIENTO DE CÁLCULO

La actual delimitación de personas con discapacidad y dependencia se basa en los microdatos de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) llevada a cabo por el INE en 2008. Es la tercera gran operación estadística sobre discapacidad. Sus antecedentes fueron la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías de 1986, y la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999.

Las dos primeras utilizaron el marco conceptual de la discapacidad que construye la pri-

## CUADRO 1

**OTRAS DEFINICIONES DE DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA**

- De acuerdo con la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM 1980) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), discapacidad es cualquier restricción o falta de habilidad (como consecuencia de una deficiencia) para realizar una actividad en la forma considerada normal para un ser humano (Imsero 1994).
- En la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF 2001), el término discapacidad hace referencia al conjunto de los problemas en las estructuras corporales y en sus funciones (antiguas deficiencias de la clasificación de 1980), así como también a las limitaciones en la actividad (problemas para realización de actividades) y las restricciones en la participación (problemas para involucrarse en situaciones vitales), influidos por factores del entorno. La discapacidad es, por tanto, el aspecto negativo del funcionamiento (OMS 2001; Whiteneck 2005; Lafortune *et al.* 2007).
- La Ley de Dependencia (2006) define dependencia como el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas, o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal (Art. 2).
- La definición recogida en la Ley de Dependencia sigue de cerca la del Consejo de Europa, que define dependencia como el estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria (Consejo de Europa 1998; Rodríguez Cabrero 2004: 8; Imsero 2004; León 2005).

Fuente: Elaboración propia.

mera clasificación de discapacidad (CIDDM, de 1980). La actual encuesta EDAD se ha realizado tras la publicación de la nueva clasificación (CIF, de 2001). No obstante, los responsables de EDAD decidieron dar a la encuesta una continuidad en la forma para aprovechar las anteriores y permitir las comparaciones, aunque la introducción de nuevos ítems y el difícil casamiento de unos y otros ciertamente dificulta esa tarea comparativa. Por otra parte, se debería trabajar por la comparabilidad con el nuevo baremo de dependencia que se introduce tras la aprobación de la Ley de Dependencia.

El trabajo de campo se desarrolló entre noviembre de 2007 y febrero de 2008. Se recogió información de todas las personas de los hogares seleccionados (1ª fase) y, en caso de existir alguna con discapacidad (de personas de 6 o más años) o limitaciones (de personas de 0 a 5 años), se pasó un cuestionario específico de discapacidad (2ª fase); si la persona en cuestión recibía cuidados, se

completaba el cuestionario con un pequeño módulo de cuidadores principales. La muestra fue de 96.075 viviendas familiares, 258.187 registros totales, de los que 22.795 correspondían a personas con discapacidad, y 381 a niños con limitaciones. También se realizó la encuesta en centros e instituciones, una novedad respecto a las dos anteriores.

Los objetivos de EDAD consisten en estimar el número de personas con discapacidad, conocer el tipo de limitación, las características de las personas en situación de dependencia, e identificar necesidades y demandas de asistencia. Es una fuente apropiada para la finalidad de este artículo, que se organiza en torno a los siguientes tres temas.

- Medida de la discapacidad: Aunque la definición de la discapacidad ha evolucionado entre la primera y la segunda clasificación de la OMS, y la nueva EDAD adopta una definición

anclada en el modelo causal de la primera, la fuente de datos permite calcular la discapacidad tal como se ha definido en el apartado anterior, utilizando los dominios tradicionalmente examinados en la investigación sobre dependencia física o funcional (Gignac y Cott 1998; Béland y Zunzunegui 1999; Morán 1999; Alegre *et al.* 2005; Albarrán y Alonso 2006; Abellán y Esparza 2007).

Pero no todos los ítems o actividades de EDAD (44) son susceptibles de inclusión en nuestra definición, pues en la encuesta se incluyen deficiencias, limitaciones funcionales y actividades de la vida diaria propiamente dichas. Es importante reconocer explícitamente los dominios de actividades en que las personas tienen dificultad física, es decir, problemas funcionales. Como se ha dicho, los tres dominios para el cómputo de la discapacidad son: a) cuidado personal (incluye las tareas de levantarse/acostarse, vestirse, lavarse y cuidados básicos del cuerpo, control de necesidades biológicas, desplazarse dentro de la casa, control de prescripciones médicas, y comer y beber); b) tareas domésticas (incluye las tareas de organizar y realizar compras, preparar comidas y ocuparse de las tareas de la casa); c) movilidad exterior (incluye andar fuera de casa y desplazarse utilizando medios de transporte y se diferencia de las tareas de desplazamiento dentro de la casa, habitualmente entendidas como actividades básicas). A partir de esta definición, se han computado 14 actividades. Se considera persona con discapacidad a la que tenga problemas en la realización de alguna de ellas.

- Medida de la dependencia: Siguiendo el modelo conceptual, para calcular la dependencia se considera si la persona con discapacidad recibe ayuda y, en caso de no recibirla, si declara que la necesita. Se ha creado una variable intermedia que recoge la información sobre asistencia personal en cada una de las discapacidades consideradas.

En los centros (residencias y hospitales geriátricos), la dependencia se sobreentiende análoga a discapacidad, pues todas las personas con alguna limitación funcional reciben atención para actividades cotidianas (instrumentales, al menos) y, en su caso, para actividades básicas. Se ha calculado la población de 65 o más años de los centros residenciales, hospitales geriátricos y psiquiátricos, y otros centros.

- Medida de la severidad: La noción de severidad encierra dos cuestiones, un instrumento de medida y la naturaleza de la ayuda reque-

rida. Es difícil clasificar a los individuos en dependientes o independientes, pues realmente la severidad es un continuo que va desde la total independencia para la realización de actividades hasta la total dependencia. Según la naturaleza de la ayuda necesaria para atender a un dependiente, la severidad puede variar; por ejemplo, realizar tareas de cuidados a un incontinente puede ser considerado más grave que ayudarle en tareas domésticas; a veces, la diferencia depende del esfuerzo físico: levantar a alguien es más pesado que asearle. También son criterios importantes la frecuencia y el tiempo invertido en la tarea, o incluso si se ha de realizar de noche o de día, o en otros horarios o calendarios diferentes. Del mismo modo, es difícil establecer el corte entre las categorías de independientes y dependientes y, dentro de esta última, por la gravedad de la situación.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, el método empleado para el cálculo de la variable indicadora de la severidad implica los siguientes pasos:

A: Reducción de las dimensiones de las 14 actividades de la vida diaria consideradas mediante un análisis factorial. A partir de este análisis, las actividades se agrupan en tres conjuntos: autocuidados, tareas domésticas y movilidad.

B: Se suman los valores de gravedad, declarados por los individuos, en las variables o ítems que conforman cada uno de esos conjuntos.

C: Las puntuaciones obtenidas en el paso B se modifican para que tomen valores entre cero y uno.

D: Se asigna una ponderación a cada uno de los conjuntos, basada en el principio de mayor peso cuanto menor es el número de individuos afectados<sup>2</sup>. Para ello, en cada uno de los conjuntos se multiplican las puntuaciones obtenidas en el paso C por el número de individuos que las presentan. Se suma, a continuación, el resultado de cada una de esas multiplicaciones. El valor más pequeño de dicha suma en los tres conjuntos es

<sup>2</sup> Es decir, se acepta el principio de ordenamiento de las funciones sociobiológicas, de forma que las personas entran en discapacidad en aquellas que son más complejas o de rango superior, como las instrumentales, y más tarde en las más básicas y sencillas. También se parte de que hay más personas afectadas en las complejas y menos en las básicas (Katz y Akpom 1976; Dunlop *et al.* 1997).

tomado como referencia para el cálculo de las ponderaciones.

E: Se multiplica la puntuación de cada conjunto (obtenida en el paso C) por su correspondiente ponderación (obtenida en el paso D). El resultado de la variable indicadora de la severidad es la suma de dichos productos.

La severidad obtenida para cada individuo abarca una escala continua que va desde 0 a 1. Se han agrupado las puntuaciones siguiendo la guía de calificadores de la CIF (OMS 2001: 241): 0-0,04, ausencia de problema o problema insignificante; 0,05-0,24, severidad leve; 0,25-0,49, severidad moderada; 0,50-1, severidad grave (incluyendo total o completa). Para efectos de representación y tabulación se han integrado los dependientes con "ausencia de problemas" y con severidad leve.

La demanda de asistencia, su satisfacción en caso de recibir ayuda, y la respuesta a las necesidades de los dependientes se presenta en forma de patrón de cuidados; se obtiene directamente de la matriz de parentesco de los miembros del hogar y de la información del módulo de cuidados de EDAD.

203.130 personas dependientes residentes en alojamientos colectivos (residencias, hospitales geriátricos) de los que se ha podido conocer su edad.

**Factores de riesgo y características sociodemográficas**

Para tratar de profundizar en las características de los dependientes se ha ajustado un modelo de regresión logística, con la variable "ser dependiente" o no, cuyos resultados se presentan en el cuadro 2. Se incluyeron en el modelo los posibles factores o determinantes de las situaciones de dependencia. La probabilidad de ser dependiente aumenta en las mujeres respecto de los hombres, suponiendo iguales el resto de características. La edad es un factor de dependencia de primer orden: la progresión es muy notable según se van cumpliendo años; hay hasta 3,7 veces más riesgo de ser dependiente con 80 o más años que entre los mayores más jóvenes. La viudez, con tasas de dependencia de 31,3 por cien, que doblan a las de los dependientes casados (14,5 por cien), significa un riesgo añadido, pues traduce otras formas de convivencia, generalmente rentas más reducidas, hallándose además más extendida entre las mujeres (Cuadro 3).

El nivel de instrucción es un factor estrechamente asociado a la dependencia: cuanto menor es el nivel educativo alcanzado, mayor es el riesgo de ser dependiente. Numerosos estudios indican que un alto nivel de instrucción se asocia con bajos niveles de discapacidad y dependencia, en todas las edades, y especialmente entre los mayores. El nivel de estudios permite actuar de diferentes formas ante situaciones de dependencia; normalmente traduce mayores oportunidades en la vida, mejores trabajos y renta más alta, mejores estándares y condiciones de vida y menores riesgos de enfermedad o de conductas poco saludables. Es decir, educación y estatus socioeconómico están ligados e implican una menor probabilidad de entrar en discapacidad; además, si se padece, también se tienen más recursos para atenuar su impacto. Un menor nivel de instrucción quizá signifique haber tenido una procedencia de familia humilde, que no favoreció una carrera escolar y que supuso la entrada temprana en el mercado de trabajo o en papeles reproductivos (mujeres), no completando la formación escolar básica, y menores oportunidades de buenos empleos.

Aunque el nivel de instrucción de las personas mayores ha venido incrementándose en las últi-

**4. EL PERFIL DE LOS DEPENDIENTES EN ESPAÑA**

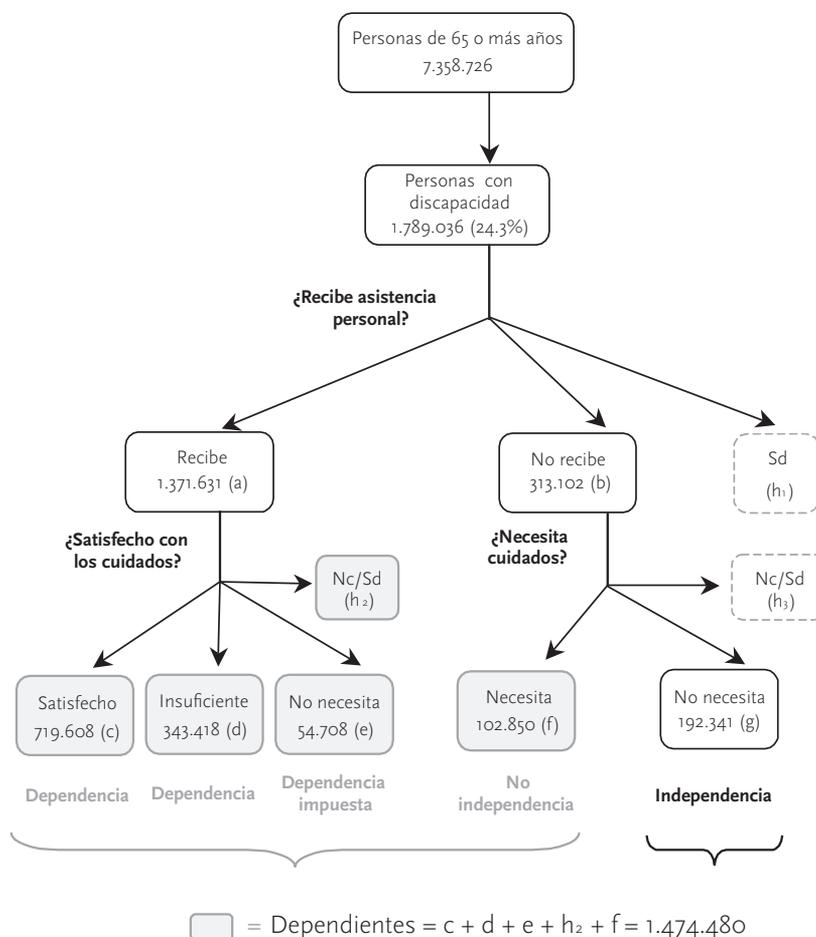
Diferentes autores han intentado medir la discapacidad, su severidad y la dependencia de las personas mayores en España para ofrecer un panorama de los problemas funcionales. Palacios, Abellán y Esparza (2008) han recogido las principales estimaciones en un documento que se actualiza regularmente.

**Las cifras generales**

De las 7.358.726 personas mayores que hay en España, residiendo en viviendas familiares (2008), un 24,3 por cien pueden ser clasificadas como personas con discapacidad (1.789.036); de ellas, 1.474.481 han sido clasificadas como dependientes según el criterio adoptado en este trabajo, o sea, un 20 por cien de todos los mayores, u ocho de cada diez personas con discapacidad. Esos dependientes reciben ayuda personal (1.371.631), o no la reciben pero la están demandando (102.850) (Gráfico 2). Hay que añadir

GRÁFICO 2

MARCO CONCEPTUAL DE LA DEPENDENCIA



Nota: Personas en viviendas familiares. Nc/Sd: no contesta y sin datos: h<sub>1</sub> = 104.303; h<sub>2</sub> = 253.895; h<sub>3</sub> = 17.912. Los dependientes que residen en centros geriátricos (residencias, hospitales) ascienden a 203.130 personas. Fuente: INE, EDAD (2008) microdatos.

mas décadas, por desaparición de las cohortes más antiguas con niveles más bajos, todavía existe una elevada proporción de mayores analfabetos (8,8 por cien) y con estudios básicos incompletos (39,6 por cien). Entre los dependientes estas cifras son mayores, 15,3 y 47,0 por cien, respectivamente.

Severidad y convivencia

Se estima que un 13,2 por cien de los dependientes sufren una severidad insignificante, menos del 5 por cien de la escala de severidad, y un 28,7

por cien leve o escasa. Pero más de la mitad presenta problemas moderados o graves. La severidad de las situaciones aumenta con la edad; los octogenarios duplican la proporción respecto de los dependientes más jóvenes. Los viudos, los que tienen estudios incompletos o son analfabetos, y los que perciben su estado de salud como "malo" o "muy malo" suelen situarse en la parte alta de la escala de severidad.

La severidad de la dependencia, la organización de los cuidados, otras circunstancias personales (edad, estado civil, condiciones de salud) y la

CUADRO 2

## RIESGO DE DEPENDENCIA ENTRE LAS PERSONAS DE 65 O MÁS AÑOS

		<i>Odds Ratio</i>
<b>Sexo</b>	Varón	1
	Mujer	1,863
<b>Edad</b>	Entre 65 y 79 años	1
	80 o más años	3,732
<b>Estado civil</b>	Casado/a	1
	No casado/a	1,532
<b>Tipo de hogar</b>	Unipersonal	1
	Pareja	1,673
	Multigeneracional	2,048
	Otro tipo	2,429
<b>Estudios</b>	Estudios secundarios o superiores	1
	Estudios primarios	1,217
	Analfabetos/Sin estudios	1,844
<b>Ingresos mes</b>	Más de 2.000 euros	1
	Entre 1.000 y 2.000 euros	1,034
	Menos de 1.000 euros	1,212

*Nota:* Todos los *odds ratio* son significativos,  $p < 0,001$ .

*Fuente:* INE, EDAD (2008). Población en viviendas familiares. Elaboración propia a partir de los microdatos.

existencia de una red familiar estrecha condicionan la forma de convivencia de los dependientes. Existe una estrecha asociación entre ser dependiente y el tipo de hogar; hasta dos veces mayor es la dependencia en hogares multigeneracionales, y 2,4 veces en hogares de otro tipo (generalmente con empleada de hogar).

En relación con el estado conyugal, el tipo de hogar define la posibilidad de ayuda y traduce muchas veces las situaciones de dependencia. Ser casado se asocia a menor riesgo de ser dependiente; de hecho, muchas pequeñas limitaciones son superadas (a veces ignoradas ante una encuesta) cuando se vive en pareja. En cambio, residir en un hogar multigeneracional o de otro tipo se asocia fuertemente con ser dependiente. El 40,6 por cien de los dependientes viven en hogares multigeneracionales, generalmente en casa de/con una hija. También suelen residir en otro tipo de hogar, con otros familiares o más bien con algún empleado o alguna empleada en el hogar (13,3 por cien). En cambio, la forma de convivencia más frecuente entre los mayores españoles es el hogar en pareja ("nido vacío"); el 37,1 por cien de ellos reside en este tipo de hogar.

La existencia de los hogares multigeneracionales con dependientes descubre el fenómeno de la reagrupación familiar (habitualmente, hacia casa de una hija o a la propia casa del dependiente) cuando uno de los cónyuges desaparece y el superviviente presenta problemas funcionales, o en previsión de que se presenten. Esa forma de convivencia es un indicador adicional de la posible sobrecarga soportada por ese tipo de hogar. También revela, por otra parte, la fuerza de la red familiar más próxima, pilar en que se basan las transferencias entre generaciones en España (Puga, Abellán y Sancho 2006; Imserso 2006).

Ocurre, además, que no sólo en los hogares multigeneracionales hay más personas en situación de dependencia, sino que la severidad de sus situaciones es mayor; lo mismo sucede en los hogares de otro tipo, generalmente viviendo con empleada de hogar que realiza tareas de cuidado y otras labores domésticas. Por el contrario, en los hogares solitarios es donde la proporción de dependientes severos es menor, como es lógico, por las grandes dificultades de vivir solos.

CUADRO 3

**DISTRIBUCIÓN DE LOS DEPENDIENTES DE 65 O MÁS AÑOS, SEGÚN EL GRADO DE SEVERIDAD DE LA DEPENDENCIA Y DIVERSAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE PERCEPCIÓN DE LA SALUD**

	<i>Leve/Sin dificultad</i>	<i>Moderada</i>	<i>Grave o total</i>	<i>Dependientes</i>	<i>Personas de 65 y más años</i>
	<i>Porcentajes horizontales</i>			<i>% Vertical</i>	<i>% Vertical</i>
<b>Sexo</b>					
Varón	42,9	25,2	30,2	28,0	42,7
Mujer	41,5	25,5	31,9	72,0	57,3
<b>Edad</b>					
Entre 65 y 79 años	52,2	25,0	21,4	47,3	72,9
80 o más años	32,6	25,9	40,4	52,7	27,1
<b>Tipo de hogar</b>					
Unipersonal	55,0	27,4	16,3	19,8	19,1
Pareja	52,0	24,4	21,8	26,3	37,1
Multigeneracional	33,9	25,3	40,0	40,6	34,9
Otro tipo	26,9	25,0	46,5	13,3	8,9
<b>Estado civil</b>					
Soltero/a	42,3	28,0	28,9	7,0	7,3
Casado/a	47,8	24,3	26,4	42,5	59,0
Viudo/a	36,3	26,2	36,3	49,1	31,6
Separado/a-Divorciado/a	55,0	22,1	23,0	1,5	2,1
<b>Nivel de estudios</b>					
Analfabetos/Sin estudios	39,3	25,8	33,6	62,3	48,4
Estudios primarios	44,9	24,7	29,1	26,3	32,1
Estudios secundarios	51,1	25,0	23,6	7,7	12,6
Estudios superiores	46,5	25,9	25,3	3,5	6,8
<b>Estado de salud percibida</b>					
Buena/Muy buena	52,0	24,8	21,5	12,8	
Regular	52,0	27,0	19,4	43,5	
Mala/Muy mala	28,5	24,1	46,5	43,4	
<b>TOTAL</b>	<b>41,9</b>	<b>25,4</b>	<b>31,4</b>	<b>1.474.480</b>	<b>7.358.726</b>

*Nota:* No se incluye en la tabla el 1,2% de los individuos para los que no se dispone de información sobre su gravedad. Tampoco se incluye la distribución de gravedad de las categorías 'no contesta' o 'sin datos' de las variable de cruce. Por ello, los porcentajes no suman 100. No se recoge el estado de salud de las personas de 65 o más años, puesto que no aparece en los microdatos, aunque se preguntó al conjunto de la población.

*Fuente:* INE, EDAD (2008). Población en viviendas familiares. Elaboración propia a partir de los microdatos.

**Actividades cotidianas y enfermedades asociadas a la dependencia**

Las limitaciones funcionales que padece el mayor número de dependientes afectan a las actividades instrumentales, las necesarias para mantener una cierta independencia en el hogar. Más de un millón de mayores (siete de cada diez dependientes)

tienen dificultades para ocuparse de las tareas de casa, para realizar las compras y para la movilidad que implican, para moverse fuera del hogar (andar) o utilizar un medio de transporte. El siguiente tipo de problemas se caracterizan por impedir la independencia de la persona; denotan una mayor gravedad, pues no permiten la independencia personal. Se trata de las actividades de autocuidado (lavarse, cuidados básicos del cuerpo, vestirse). Las

últimas, las que aquejan a menos personas, pero son más graves, afectan al control de esfínteres y a las tareas de comer y beber (Gráfico 3).

Las limitaciones funcionales están asociadas a la prevalencia de alguna enfermedad concreta. A falta de estudios en los que se detallen las causas, los datos aportados por EDAD proveen información preliminar sobre cómo los cambios en discapacidad por edad, de un lado, y la naturaleza de las limitaciones, de otro, parecen estar relacionados con determinadas condiciones de salud y, por tanto, pueden ser prevenidos en parte, o tratados en el caso de enfermedades diagnosticadas.

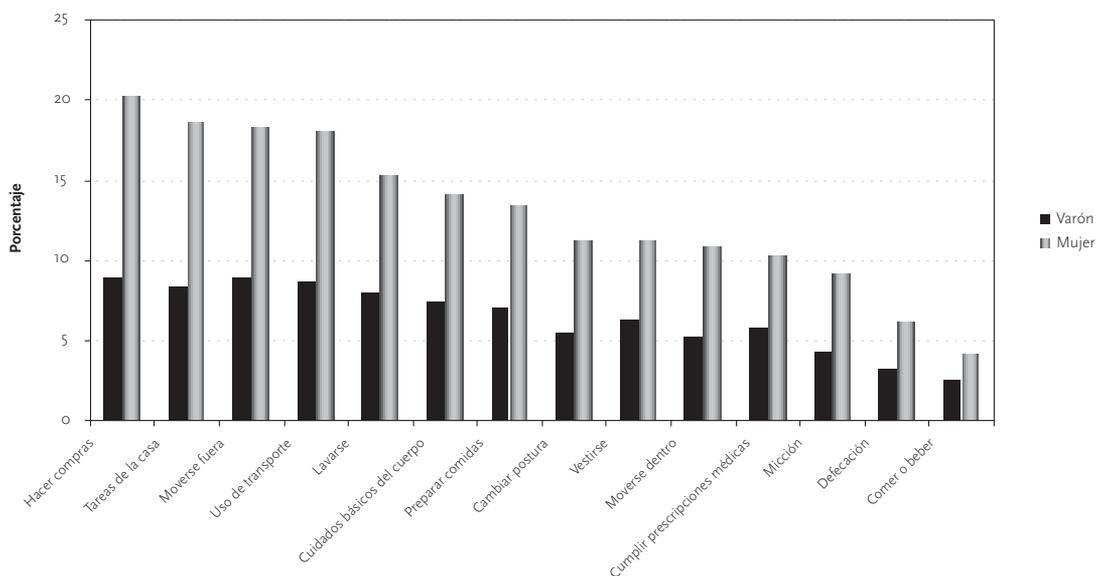
Dentro de los problemas osteomusculares, la artritis/artrosis es la enfermedad diagnosticada (o la dolencia crónica declarada) más frecuente entre los dependientes y, en general, entre las personas con discapacidad y entre los mayores; prácticamente dos tercios de los dependientes (65,6 por cien) la declaran: un 25,7 por cien señala también artritis reumatoide (Gráfico 4). Un 17,9 por cien señala problemas de corazón (infarto de mio-

cardio, cardiopatías isquémicas). Un tercer grupo de importancia lo constituyen las demencias: un 10,6 por cien de los dependientes tiene diagnosticado Alzheimer, y un 8,2 por cien adicional otras demencias; también se asocia discapacidad a depresión, que declaran un 26,7 por cien de los dependientes. Los accidentes cerebrovasculares son a menudo causa de discapacidad severa; una historia de hipertensión y otros problemas vasculares están asociados a riesgo futuro de accidentes cerebrovasculares y de discapacidad; un 14,5 por cien de los dependientes declara haber sufrido este tipo de patología. Las severidades más agudas están más relacionadas con las demencias y los accidentes cerebrovasculares.

En los centros residenciales (residencias para personas mayores, hospitales geriátricos, etc.) viven más mujeres que hombres, en una proporción de 70-30, y las tasas de dependencia femeninas son más altas que las de mujeres en viviendas familiares y que las de varones. El nivel de instrucción entre residentes dependientes es más bajo que en el resto de la población (64,9 por cien no tienen estudios o son analfabetos) (Cuadro 4).

GRÁFICO 3

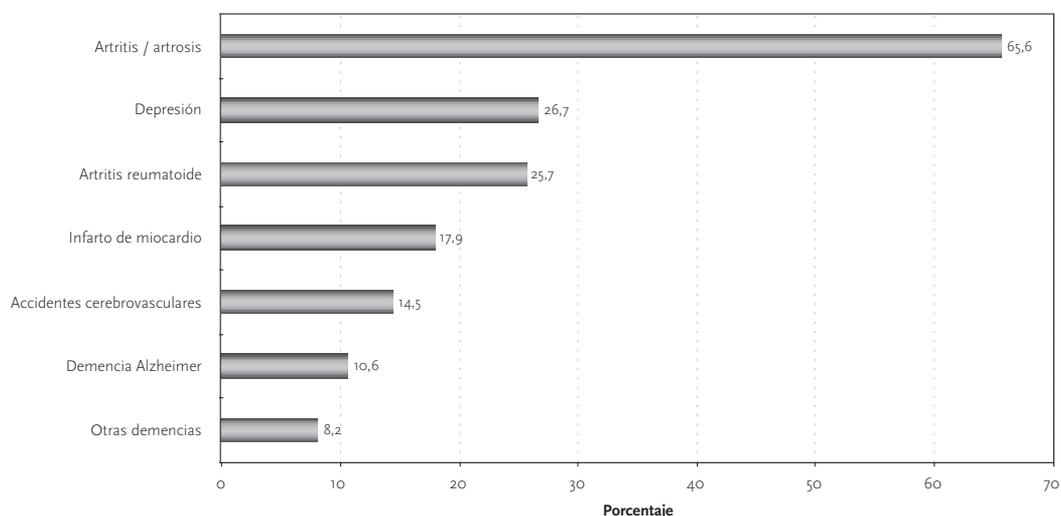
**LIMITACIONES FUNCIONALES DE LOS DEPENDIENTES DE 65 O MÁS AÑOS (EN LAS 14 ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA CONSIDERADAS), POR SEXO**



Fuente: INE, EDAD (2008). Población en viviendas familiares. Elaboración propia a partir de los microdatos.

GRÁFICO 4

## PORCENTAJE DE DEPENDIENTES CON DISTINTAS ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS



Fuente: INE, EDAD (2008). Población en viviendas familiares. Elaboración propia a partir de los microdatos.

Las residencias se están constituyendo en centros de recepción de las situaciones de dependencia más severa, generalmente asociada al padecimiento de alguna demencia; más de la mitad de los internos con dependencia la sufren en grado máximo. Esos casos suelen significar la mayor carga de cuidado en el hogar familiar, un criterio para la institucionalización del mayor. Destaca sobremanera la proporción de dependientes con enfermedad nerviosa o mental: aproximadamente una cuarta parte (25,6 por cien) tiene diagnosticada alguna demencia; otro 18,2 por cien, Alzheimer, y un 12,1 por cien depresión.

## 5. LA SATISFACCIÓN DE LA DEMANDA DE CUIDADOS

La demanda de cuidados constituye una condición de la dependencia; es la dimensión social de la necesidad de asistencia por razón de limitación funcional. En función de la demanda de cuidados y su grado de satisfacción, las personas con discapacidad se pueden clasificar en:

a) Dependientes con demanda de cuidados personales cubierta y satisfactoria: 48,8 por cien (719.609 personas)

b) Dependientes que demandan cuidados: 30,3 por cien (446.267 personas); de ellos, con demanda no cubierta pero necesaria (102.850), y con demanda cubierta pero insuficiente (343.418).

c) Demanda innecesaria o dependencia impuesta: 3,7 por cien (54.709 personas).

Aparte de estos demandantes, 192.341 (el 10,8 por cien de todas las personas con discapacidad) están clasificados como personas con discapacidad pero independientes en su manejo, es decir, que no demandan asistencia personal. Existe un nutrido grupo de personas que, en el momento en el que se desarrolló la encuesta, declararon (ellos mismos o las personas de referencia del hogar) tener discapacidad, pero no completaron el módulo específico de discapacidad, o que, aun siendo dependientes, no ofrecieron datos sobre demanda de cuidados<sup>3</sup>.

Las situaciones de mayor gravedad suelen estar cubiertas con ayuda personal (54,8 por cien); pero un 38,7 por cien de los clasificados en esta

<sup>3</sup> Es posible la existencia de dependientes con demanda satisfecha, insuficiente o necesaria que han sido clasificados con dependencia leve o insignificante de acuerdo a nuestro método de asignación de severidad.

CUADRO 4

## LA DEPENDENCIA DE LOS MAYORES EN LOS CENTROS RESIDENCIALES GERIÁTRICOS

	<i>Leve/Sin discapacidad</i>	<i>Moderada</i>	<i>Grave o total</i>	<i>Dependientes</i>
	<i>Porcentajes horizontales</i>			<i>% Vertical</i>
<b>Sexo</b>				
Varón	27,9	24,1	47,0	27,3
Mujer	19,0	19,7	59,4	72,7
<b>Estado civil</b>				
Soltero	25,9	25,1	47,8	25,3
Casado	19,7	18,5	60,9	12,2
Viudo	19,6	19,3	59,1	59,3
Separado/divorciado	30,5	25,1	43,9	2,8
<b>Nivel de estudios</b>				
Analfabetos/Sin estudios	19,9	19,9	58,2	64,9
Estudios primarios	24,8	22,9	51,3	24,9
Estudios secundarios	24,6	26,2	48,3	6,4
Estudios superiores	34,1	16,6	49,3	2,0
<b>Estado de salud percibido</b>				
Buena/Muy buena	35,4	25,6	37,3	32,4
Regular	20,3	23,1	54,8	40,0
Mala/Muy mala	6,9	12,0	79,6	27,0
<b>Le han diagnosticado depresión</b>				
Sí	21,9	20,5	56,5	12,1
No	21,4	20,9	56,0	87,6
<b>Le han diagnosticado demencia de tipo Alzheimer</b>				
Sí	4,6	9,7	83,8	18,2
No	25,2	23,4	49,9	81,6
<b>TOTAL</b>	<b>21,4</b>	<b>20,9</b>	<b>56,0</b>	<b>203.130</b>

*Nota:* No se incluye en la tabla el 1,6% de los individuos para los que no se dispone de información sobre su gravedad. Tampoco se incluye la distribución de gravedad de las categorías "no contesta" o "sin datos" de las variables de cruce. No se incluye un pequeño porcentaje de mayores entre 65 y 79 años imposible de identificar en los microdatos.

*Fuente:* INE, EDAD (2008).

categoría reconocen insuficiencia en la satisfacción de sus demandas porque no reciben ayuda o consideran insuficiente la que reciben.

En consonancia con la mayor presencia de dependientes en los hogares multigeneracionales, la demanda de cuidados personales está más cubierta que en otros tipos de hogares. El crecimiento del otro tipo de hogar (con persona dedicada a tareas domésticas y cuidados personales), en el que ha jugado un papel importante la inmigración, coincide con que en ese tipo de hogar se encuentra la mayor proporción de demanda cubierta. La dependencia impuesta se aprecia

también en mayor medida en los hogares multigeneracionales y en pareja, mientras que se halla poco representada en los hogares de otro tipo (por presencia de servicio doméstico en muchos casos) o en los unipersonales.

#### El patrón de cuidados

El patrón de cuidados de las personas con discapacidad y dependencia ya ha sido definido previamente (Puga, Abellán y Sancho 2006; Puyol y Abellán 2006; Imserso 2006; Abellán, Castejón y Esparza 2007). Este modelo descubre alguno de los

principales problemas en la organización y provisión de cuidados: la importancia del cuidado informal, la permanencia del modelo a lo largo de años, la primacía de la mujer en un papel tradicional, el de cuidadora, y una estrecha relación con el tipo de convivencia, así como también el escaso papel de la ayuda formal pública o privada (aunque ambas crecientes). En el momento de realizar la encuesta aún no se había desarrollado la Ley de Dependencia ni su catálogo de prestaciones, por lo que es imposible conocer mediante esta encuesta los efectos de la aplicación de la nueva norma en los cuidados; en todo caso, la red familiar sigue jugando un papel importante, fundamental.

La mujer dependiente es cuidada principalmente por su hija (35,6 por cien de los casos), y a continuación por su marido (12,5 por cien), si está casada; el hijo lo hace en el 8,1 por cien de los casos y un porcentaje similar (9,2 por cien) es cuidado por una empleada de hogar, doméstica interna o que presta servicio desde fuera del hogar (Gráfico 5).

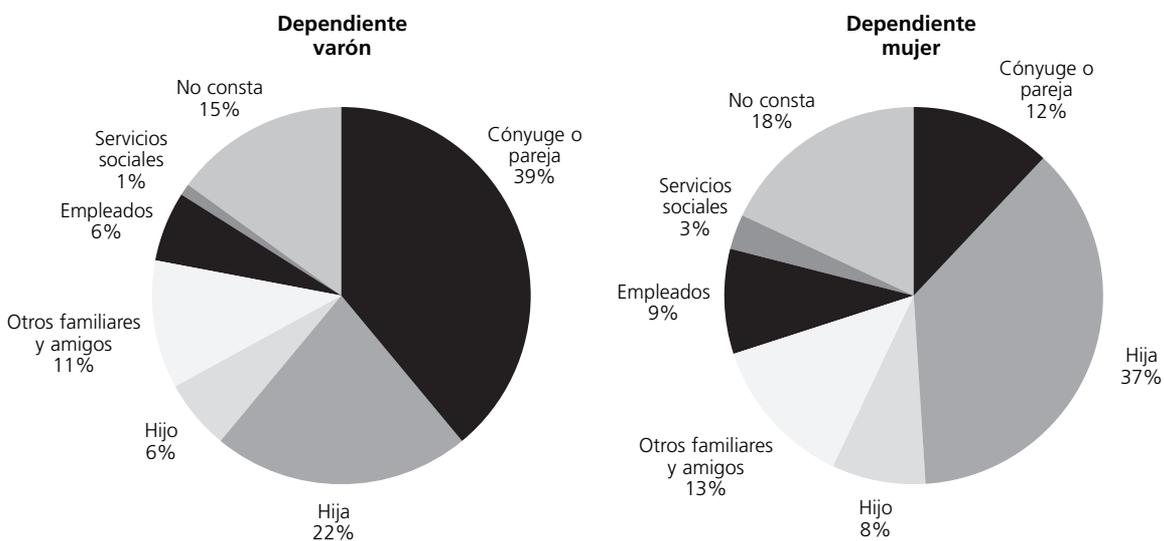
En cambio, el varón dependiente es cuidado ante todo por su mujer (39,2 por cien) o por su hija (22,0 por cien), desde dentro del hogar o desde fuera; en menor proporción por el hijo (5,6

por cien). Los servicios sociales desempeñan un papel modesto, tanto en este escenario como cuando es la mujer la persona dependiente.

Se repite el modelo tradicional, con la mujer como responsable principal de la tarea de cuidados. La distinta situación conyugal y de convivencia de varones y mujeres dependientes explica en parte este patrón de cuidado; también la menor implicación del esposo. Generalmente, el varón dependiente suele tener más edad que la mujer y, por tanto, una mayor probabilidad de necesitar ayuda para una limitación funcional. Muchas mujeres, por su mayor esperanza de vida, suelen sobrevivir al marido, y cuando llega la dependencia han de recurrir a la red familiar, principalmente a la hija, que asume la tarea en desigual reparto con sus hermanos varones, por lo que se repite el esquema de género. No obstante, en los últimos años se está observando una tendencia a una mayor participación de los varones en tareas de cuidado, en parte debido a una mayor longevidad que les hace sobrevivir y afrontar situaciones de enfermedad crónica y discapacidad de su mujer, y en parte al ir aceptando tareas de cuidado en un proceso de "desfeminización" de algunos papeles en la vejez (tareas en casa, cuidado de nietos, acompañamientos, etc.).

GRÁFICO 5

PERSONA QUE CUIDA, SEGÚN EL SEXO DE LA PERSONA MAYOR DEPENDIENTE



Fuente: INE, EDAD (2008). Población en viviendas familiares. Elaboración propia a partir de los microdatos.

### La forma de convivencia

La transferencia del recurso “cuidado” hacia los dependientes presenta una significativa diferenciación según convivencia. Es un indicador de las situaciones de carga soportada por algunos hogares y la expresión más clara de que los dependientes viven y son cuidados en su red familiar más próxima.

En los hogares solitarios, la ayuda a los dependientes procede de la hija (29,0 por cien de las situaciones), de otros familiares, empleados de hogar (12,9 por cien) y los servicios sociales (9,7 por cien). En los hogares en los que la persona dependiente vive en pareja, cuida el cónyuge (57,3 por cien), y muy secundariamente la hija; los servicios sociales sólo aparecen como cuidadores principales en el 1,2 por cien de los casos.

En los hogares multigeneracionales, como ya se ha puesto de relieve, es donde vive el mayor número de personas con discapacidad. En ellos, la hija (51,9 por cien de los casos) o el hijo (13,0 por cien) son los responsables del cuidado. En esos hogares es donde la mujer suele desarrollar diferentes papeles, prestando cuidados, llevando a cabo tareas domésticas, asumiendo la responsabilidad de hijos no emancipados y posiblemente participando en el mercado de trabajo. Los servicios sociales carecen de relevancia en estas situaciones (0,4 por cien). Esto demuestra que las políticas públicas de atención a los dependientes se siguen basando realmente en la solidaridad y el esfuerzo de esta red familiar, y en especial en la mujer de edad intermedia.

En otro tipo de hogares, sin estructura conyugal o filial, el 38,7 por cien de los dependientes son cuidados por otros familiares (hermanos, sobrinos, etc.), y el 30,0 por cien por empleados de hogar, generalmente desempeñando tareas domésticas y de cuidado personal. Tampoco en este tipo de hogar los servicios sociales adquieren significación.

la vida diaria y necesita la ayuda de otra persona para su realización. Esta definición se mueve en el ámbito de la salud funcional.

– Las personas con discapacidad pueden ser clasificadas en independientes (no necesitan ni reciben ayuda) o dependientes; entre estas últimas las hay con demanda cubierta, con demanda insuficientemente cubierta, con “dependencia impuesta”, y que no reciben ayuda pero la demandan.

– La Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD), desarrollada por el INE en 2008, es una fuente de datos apropiada para el cálculo de la dependencia, si bien es cierto que la dificultad de comparación con las anteriores operaciones estadísticas sobre discapacidad limita su alcance.

– Una de cada cinco personas de 65 o más años es dependiente; es decir, 1.474.481 personas necesitan la ayuda de otra para intentar mantener su autonomía personal, en el hogar o en la comunidad.

– Se ha creado un indicador de severidad, basándose en la naturaleza de la limitación funcional padecida y en la frecuencia de su prevalencia, que clasifica a las personas dependientes en diferentes grados: un 41,9 por cien sufre severidad leve (o su dependencia es insignificante); un 25,4 por cien, moderada, y un 31,4 por cien, grave o total.

– Entre los principales riesgos o factores asociados con el de ser persona dependiente se encuentran la edad, el bajo nivel de instrucción y de ingresos, ser mujer y no estar casado/a. Se aprecia una estrecha asociación entre el tipo de hogar multigeneracional y la incidencia de la dependencia.

– Un 30,3 por cien de los dependientes mayores (446.267 personas) no tienen cubiertas sus necesidades de ayuda o éstas sólo están insuficientemente cubiertas.

– El patrón de cuidados repite un modelo de ayuda informal, con la familia como red de apoyo fundamental. La carga más importante de la dependencia se soporta en los hogares multigeneracionales, con las hijas asumiendo un papel destacado de apoyo. La participación de los servicios sociales en este tipo de hogar, que presenta las dependencias más graves, es muy escasa.

– Las políticas públicas de atención a la dependencia siguen basando su estrategia de

## 6. CONCLUSIONES

De entre los datos expuestos y los argumentos desarrollados en este artículo, cabe subrayar los siguientes a modo de síntesis:

– Persona dependiente es aquella que tiene limitación funcional para desarrollar actividades de

actuación en la solidaridad familiar. Los efectos de la nueva Ley de Dependencia, y su desarrollo reglamentario, no recogidos plenamente en esta encuesta, se irán verificando en los próximos años.

## BIBLIOGRAFÍA

ABELLÁN GARCÍA, A. y C. ESPARZA CATALÁN (2007), "¿Qué es la dependencia? Geografía y prospectiva de la dependencia en España". *Análisis Local*, 70, 1: 7-19.

ABELLÁN GARCÍA, A.; CASTEJÓN VILLAREJO, P. y C. ESPARZA CATALÁN (2007), "La dependencia en las personas mayores", *Sociedad y Utopía*, 30: 133-145.

ALBARRÁN LOZANO, J. y P. ALONSO GONZÁLEZ (2006), "Clasificación de las personas dependientes a partir de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999", *Revista Española de Salud Pública*, 80: 349-360.

ALEGRE ESCOLANO, A. et al. (2005), "Tasa de dependencia de la población española no institucionalizada y criterios de valoración de la severidad", *Revista Española de Salud Pública*, 79: 351-363.

BALTES, M.M. (1996), *The Many Faces of Dependency in Old Age*, Cambridge, Cambridge University Press.

BARBERGER-GATEAU, P.; RAINVILLE, C.; LETENNEUR, L. y J.F. DARTIGUES (2000), "A hierarchical model of domains of disablement in the elderly: a longitudinal approach", *Disability and Rehabilitation*, 22, 7: 308-317.

BÉLAND, F. y M.V. ZUNZUNEGUI (1999), "Predictors of functional status in older people living at home", *Age and Ageing*, 28: 153-159.

CONSEJO DE EUROPA (1998), Recomendación nº (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la Dependencia ([www.imser-somayores.csic.es/documentos/documentos/consejoeuropa-rec989-01.pdf](http://www.imser-somayores.csic.es/documentos/documentos/consejoeuropa-rec989-01.pdf)).

DUNLOP, D.D. et al. (1997), "Disability in activities of daily living: Patterns of change and hierarchy of disability", *American Journal of Public Health*, 87, 3: 378-383.

FERRUCCI, L. et al. (1998), "Constant hierarchic patterns of physical functioning across seven populations in five countries", *The Gerontologist*, 38, 3: 286-294.

GIGNAC, M. A. M. y CH. COTT (1998): "A conceptual model of independence and dependence for adults with chronic physical illness and disability", *Social Science and Medicine*, 47, 6: 739-753.

IMSERO (1994), *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM, 1980)*, Madrid.

– (2004), *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España*, Madrid.

– (2006), *A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006*, Madrid ([www.imser-somayores.csic.es/documentos/documentos/imsero-aproposito-01.pdf](http://www.imser-somayores.csic.es/documentos/documentos/imsero-aproposito-01.pdf))

INE, *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD)*, 2008 (Inebase. Microdatos. Ficheros de sintaxis disponibles en: ([www.imser-somayores.csic.es/estadisticas/encuestas/index.html](http://www.imser-somayores.csic.es/estadisticas/encuestas/index.html))).

KATZ, S. y A. AKPOM (1976), "A measure of primary sociobiological functions", *International Journal of Health Services*, 6, 3: 493-507.

LAFORTUNE, G.; BALESTAT, G. y DISABILITY STUDY EXPERT GROUP (2007), "Trends in severe disability among elderly people", *OCDE Health Working Papers* 26, ([www.oecd.org/dataoecd/13/8/38343783.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/13/8/38343783.pdf)).

LEÓN, M. (2005), "La atención a las personas en situación de dependencia en España: una aproximación crítica al Libro Blanco de la Dependencia", *Panorama Social*, 2: 34-44.

LEY 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia ([www.imser-somayores.csic.es/documentos/legislacion/normas/doc-3383.pdf](http://www.imser-somayores.csic.es/documentos/legislacion/normas/doc-3383.pdf)).

MORÁN ALAEZ, E. (1999), "Estimación de la población dependiente y sus características socio-demográficas", en: RODRÍGUEZ CABRERO, G. (Coord.), *La protección social de la dependencia*, Madrid, Imsero: 111-161.

OMS (2001), *CIF. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*, Madrid, Imsero ([www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-clasificacion-01.pdf](http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-clasificacion-01.pdf)).

PALACIOS RAMOS, E.; ABELLÁN GARCÍA, A. y C. ESPARZA CATALÁN (2008), "Diferentes estimaciones de la discapacidad y dependencia en España", *Informes Portal Mayores 56*, ([www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/abellan-estimaciones-11.pdf](http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/abellan-estimaciones-11.pdf)).

PUGA GONZÁLEZ, M.D. (2001), *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010*, Alcobendas, Fundación Pfizer.

PUGA GONZÁLEZ, M.D. y A. ABELLÁN GARCÍA (2004), *El proceso de discapacidad*, Alcobendas, Fundación Pfizer.

PUGA, M.D.; ABELLÁN, A. y M.T. SANCHO (2006), "Mayores y familia en la sociedad actual", en: Fundación Encuentro, *Informe España 2006*, Madrid: 261-333.

PUYOL ANTOLÍN, R. y A. ABELLÁN GARCÍA (Coords.) (2006), *Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española*. Madrid, Mondial Assistance ([www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/abellan-envejecimiento-01.pdf](http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/abellan-envejecimiento-01.pdf)).

QUEREJETA GONZÁLEZ, M. (2004), *Discapacidad/dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación*, Madrid, Imsero ([www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/querejeta-discapacidad-01.pdf](http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/querejeta-discapacidad-01.pdf)).

RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2004), "Protección social de la dependencia en España", *Laboratorio de Alternativas 44/2004*, Madrid, Fundación Alternativas ([www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/rodriguez-proteccion-02.pdf](http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/rodriguez-proteccion-02.pdf)).

– (2005), "La protección social de las personas dependientes como desarrollo del Estado del bienestar en España", *Panorama Social*, 2: 21-33.

SPECTOR, W.D. y J.A. FLEISHMAN (1998), "Combining activities of daily living with instrumental activities of daily living to measure functional disability", *Journals of Gerontology, Social Sciences*, 53B, 1: S46-S57.

STINEMAN, M.G.; ROSS, R.N. y G. MAISLIN (2005), "Functional status measures for integrating medical and social care", *International Journal of Integrated Care*, 5, 21: 1-10.

VERBRUGGE, L.M. y A.M. JETTE (1994), "The disablement process", *Social Science and Medicine*, 38, 1: 1-14.

VERBRUGGE, L.M.; YANG, L.S. y L. JUÁREZ (2004), "Severity, timing and structure of disability", *Sozial- und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine*, 49: 110-121.

WHITENECK, G. (2005), "Conceptual models of disability: Past, present and future", en: INSTITUTE OF MEDICINE, *Workshop on Disability in America. A New Look*, Washington D. C., The National Academies Press.

WILKIN, D. (1987), "Conceptual problems in dependency research", *Social Science and Medicine*, 24, 10: 867-873.