

**La dependencia en las personas mayores:
Necesidades percibidas y modelo de
intervención de acuerdo al género y al hábitat**

**Lorenzo Otero, Trinidad
Maseda Rodríguez, Ana
Millán Calenti, José C.**

Reservados todos los derechos.

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

Primera edición 2008

© Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias

Edita: IGISS

ISBN: 84-934208-4-0

Depósito legal: _____

Imprime: Gráficas Garabal, S.L.

Autores

Lorenzo Otero, Trinidad. Licenciada en Sociología. Experta en Gerontología Clínica. Grupo de Investigación en Gerontología. Universidad de A Coruña

Maseda Rodríguez, Ana. Doctora en Biología. Experta en Metodología de la Investigación. Grupo de Investigación en Gerontología. Universidad de A Coruña

Millán Calenti, José Carlos. Catedrático de Gerontología (EU). Facultad de Ciencias de la Salud. Director del Grupo de Investigación en Gerontología. Universidad de A Coruña

Colaboradores

Balo García, Aránzazu. Licenciada en Psicología. Máster en Gerontología Clínica. Grupo de Investigación en Gerontología. Universidad de A Coruña

Fernández Agulló, Lucía. Diplomada en Trabajo Social. Experta en Gerontología Clínica

González-Abraldes Iglesias, Isabel. Licenciada en Psicología. Máster en Gerontología Clínica. Grupo de Investigación en Gerontología. Universidad de A Coruña

Lodeiro Fernández, Leire. Diplomada en Logopedia. Experta en Gerontología Clínica. Complejo Gerontológico La Milagrosa (A Coruña)

Marante Moar, María Pilar. Diplomada en Terapia Ocupacional. Experta en Gerontología Clínica. Complejo Gerontológico La Milagrosa (A Coruña)

Varela González, Natalia. Diplomada en Enfermería. Experta en Gerontología Clínica. Complejo Gerontológico La Milagrosa (A Coruña)

Portada y contraportada

Alvariño Hermida, Diana. Técnico especialista en Artes Gráficas. Grupo de Investigación en Gerontología. Universidad de A Coruña

Prólogo	7
Introducción	11
1. Antecedentes y estado actual del tema	16
2. El envejecimiento de la población.....	23
3. Calidad de Vida relacionada con la Salud.....	30
4. La dependencia	33
5. Necesidades de cuidados. El cuidado informal	37
6. La variable género	51
7. La variable hábitat: apoyo formal e informal.....	55
Marco del estudio	59
1. Hipótesis	59
2. Objetivos.....	59
3. Metodología	59
3.1. El proceso Delphi.....	59
3.2. Muestreo y procedimiento de recogida de datos	63
3.3. Instrumentos de evaluación	66
3.4. Entrenamiento previo	67
3.5. Aplicación de las entrevistas.....	68
3.6. Análisis de datos	69
Resultados y discusión	71
1. Resultados del proceso Delphi	73
2. Informe DAFO de la situación de las personas mayores dependientes en Galicia	75

3. Las necesidades percibidas: hábitat y perspectiva de género.....	83
3.1. Descripción de los datos socio-demográficos. Rural vs. urbano	83
3.2. Descripción de las frecuencias de las necesidades percibidas	100
3.3. Apoyos institucionales y soluciones propuestas por los mayores	115
3.4. Necesidades percibidas en los mayores dependientes	118
3.5. Necesidades percibidas por los cuidadores informales	122
3.6. Cuestiones referidas a la jubilación.....	125
4. Propuesta de un Sistema de Indicadores Sociales.....	133
5. Propuesta de un Modelo de Intervención en la Promoción de la Autonomía Personal	136
6. Adaptación e implementación del modelo "online"	143
Conclusiones	149
Agradecimientos	153
Anexos	165
Anexo 1. Formulario Delphi. Primera circulación.....	165
Anexo 3. Modelo de recogida de las necesidades percibidas.	173
Anexo 4. Consentimiento informado.....	181
Referencias bibliográficas	182

Prólogo

Desde principios de la década de los 90 y basándose en los estudios previos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE), el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) lleva promoviendo la investigación sobre personas mayores dependientes en la búsqueda de soluciones a las necesidades de estas personas y sus cuidadores. La planificación socio-sanitaria posterior requiere conocer aspectos básicos relativos al lugar de residencia, el tipo de vivienda, la ayuda familiar, los ingresos, el nivel cultural...

Para ello se planteó este estudio de investigación a partir de la necesidad de dar una respuesta teórica a las necesidades de planificación socio-sanitaria y en la atención a la dependencia. En la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia¹ se regulan las medidas para la calidad y eficacia de dicho Sistema con la elaboración de planes de calidad y sistemas de evaluación. La relevancia del conocimiento científico se une así a la solución de hechos sociales que afectan a un grupo social tan numeroso como es el de los mayores de 65 años.

Para el desarrollo legislativo y en la cartera de servicios que esta Ley prevé, hay que tener en cuenta la heterogeneidad del grupo de mayores de 65 años que se encuentren en alguna de las situaciones de dependencia que la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDS) de 1999² recoge, siendo las más frecuentes las relacionadas con la movilidad, que precisamente afectan en mayor medida a este colectivo. Pero se tienen en cuenta también otras situaciones de

dependencia como las demencias, las deficiencias sensoriales o aquellas que afectan al aparato osteoarticular.

Además de la heterogeneidad en el tipo de dependencia se deben considerar otras variables definitorias, y aquí es donde nuestro estudio se enmarca, al tener en cuenta factores socio-culturales como el tipo de entorno residencial, el género, el nivel educativo...

A lo largo de esta monografía, expondremos en qué ha consistido nuestro trabajo y cuáles son los principales datos que hemos obtenido de esta investigación sobre necesidades percibidas y personas mayores, haciendo especial hincapié en las necesidades expresadas por los mayores dependientes o sus cuidadores en los dos hábitat, rural y urbano, en los que se desarrolló el estudio.

En primer lugar, expondremos el marco teórico en el que se enmarca este estudio. Se recogen así tanto los antecedentes como el estado actual del tema objeto de investigación, las necesidades percibidas de los mayores de 65 años.

En el segundo apartado se planteará la metodología general del estudio de campo, es decir, los instrumentos utilizados, la selección de la muestra y el procedimiento de la recogida de datos. Además se delimitan los objetivos y la hipótesis planteada para el estudio.

En tercer lugar, se exponen los resultados del estudio, determinándose los perfiles que definen el colectivo estudiado, en función del tipo de necesidades percibidas y demandas sociales que los colectivos han realizado al utilizar este estudio como un canal de expresión de sus demandas. Se presentan los análisis relativos a la entrevista realizada mediante un

cuestionario ad hoc para la detección de necesidades, examinándose las diferencias en las respuestas de los sujetos en función del tipo de hábitat de residencia, y de la existencia o no de dependencia. Se presentan además los resultados de un estudio Delphi, que completados con una revisión bibliográfica de la situación de la dependencia en mayores de 65 años en Galicia y los servicios socio-sanitarios relacionados, se reflejan mediante un análisis de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades (DAFO). Se muestra también el sistema de indicadores sociales creado en función de las frecuencias en relación con las necesidades planteadas.

A continuación, se presenta el Modelo de Intervención para la Promoción de la Autonomía que, a partir de los datos del trabajo de campo de esta investigación y de la revisión de los programas existentes, pretende servir de pauta de intervención, creado según el Sistema de Programación Por Objetivos (SPPO) y diseñado teniendo en cuenta los entornos estudiados (rural/urbano) y la perspectiva de género. En este apartado se ha incluido también una explicación de cómo algunos de los contenidos de esta propuesta de Modelo de Intervención se han utilizado para desarrollar los contenidos del proyecto concedido al Grupo de Investigación en Gerontología denominado "Telegerontología: diseño, elaboración y validación de un nuevo recurso asistencial a través de la Web dirigido a personas mayores" (Resolución de la Dirección General del IMSERSO de 2 de junio de 2005). Por último, en este tercer apartado hemos realizado también una exposición de los resultados y elaborado una serie de discusiones que implican nuestros resultados descriptivos con las líneas de actuación necesarias para

favorecer e incrementar la calidad de vida de los mayores de 65 años, no sólo en la atención a la dependencia sino también con la promoción de la autonomía.

En cuarto lugar se indican una serie de conclusiones, extraídas a partir de los resultados obtenidos mediante el cuestionario ad hoc y el formulario Delphi.

Por último, la parte final del trabajo incluye un apartado de anexos en el que se recogen los instrumentos utilizados para la detección de las necesidades percibidas, el cuestionario ad hoc y el cuestionario Delphi.

Trinidad Lorenzo Otero
Grupo de Investigación en Gerontología

Introducción

La importancia cuantitativa y cualitativa del colectivo de personas que envejecen y el número de éstas que son dependientes, unida a los cambios en la estructura familiar y los cambios socio-económicos y legislativos, permite considerar a éstos como categoría estadística y como grupo social³. Es incuestionable pues, la necesidad de prestar especial atención al envejecimiento.

Sin embargo, no existe una sola vejez. No existe la homogeneidad en las personas mayores, del mismo modo que no hay uniformidad en cualquier otro grupo etario. Las distintas formas de vivir y de opinar, las diferentes maneras de envejecer... complican más el estudio de las personas mayores. La vejez es también una etapa vital interesante desde el punto de vista científico puesto que reúne el ser biológico, con el ser social y el ser psicológico⁴.

El ser humano es pues un ente bio-psico-social y como tal debe ser estudiado, teniendo en cuenta su pluralidad, no sólo en el tipo de envejecimiento, sino en los aspectos que conforman la realidad social de los mayores.

Pero ¿qué es el envejecimiento? Se debe distinguir entre el envejecimiento o conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales que ocurren como consecuencia del paso del tiempo y que no son debidos a enfermedad; y la vejez, que sería la última etapa del desarrollo⁴.

Por un lado, las características genéticas determinarán el envejecimiento primario o fisiológico; mientras que los factores externos como el ambiente, determinarán el envejecimiento secundario o patológico. Esta diferenciación se opone a las

concepciones más tradicionales sobre el envejecimiento asociado a deterioro generador de incapacidad y enfermedad. Es un hecho que, cada vez en mayor cuantía, existen personas de avanzada edad que presentan un buen estado de salud.

No debemos caer en el error de equiparar los términos vejez y enfermedad, porque aunque son términos relacionados, ya que la edad avanzada facilitará el padecimiento de enfermedades, principalmente degenerativas, no todas las personas mayores están afectadas por ellas⁵.

Existen muchas definiciones acerca de la vejez, aunque todas coinciden en un punto de partida: es un proceso individual determinado por factores como la herencia genética, la salud, el estatus socio-económico, la educación, las influencias sociales, la personalidad, la ocupación⁵....

Desde una visión estructural la vejez se define como una experiencia social en la que aparece con frecuencia una tendencia a los siguientes fenómenos⁶:

- Ajustar el comportamiento, mediante el "patrón de desimplificación social". Es decir, personas de alto nivel de actividad social que con brusquedad ven a partir de la jubilación la dificultad de mantener este nivel de implicación conductual y emocional. Se produce así la necesidad de ajuste, del mismo modo que en aquellas personas que viven situaciones de privación social.
- El aislamiento, indicador de la disminución en la capacidad de control y regulación de la interacción social.
- Existencia de pérdidas físicas y/o mentales, que disminuyen la capacidad de funcionamiento y el nivel de desempeño de la persona mayor.

- Disminución de la capacidad económica, por lo que la experiencia social de la vejez se define, demográficamente, como población dependiente.

Otra forma de aproximarse al envejecimiento parte del campo de las ciencias sociales. La prolongación de la esperanza de vida junto con la generalización de la jubilación y las pensiones, ha convertido a los mayores de 65 años en una categoría social con amplias características para poder disponer de su tiempo libre. Ver la televisión (78,1%), ir al parque o pasear (41,9%), estar con otras personas de su edad (41,1%), oír la radio (38,1%), hacer la compra diaria (33,6%) y reunirse con amigos (28,6%) son las actividades que con mayor frecuencia realizan los mayores diariamente³.

Sin embargo, como señalábamos al principio, no se puede homogeneizar este grupo etéreo. A raíz de este punto de partida, la literatura gerontológica³ muestra que existen 6 estilos de vida en relación a la edad, es decir, 6 estilos de vejez. Todos ellos vendrían influidos por características previas al individuo y adquiridas a lo largo de su ciclo vital. Éstos son:

1. Estilo desvinculación-aislamiento: caracterizado por una menor frecuencia en la realización de actividades y menor aún al referirse a las que implican relaciones personales (visitar o recibir visitas de familiares, amigos...).
2. Estilo exterior femenino: se caracteriza por la fuerte frecuencia de dos actividades (compras y visitas a la iglesia) y la práctica ausencia de otras dos (contactos con amigos y visitas a clubes recreativos).

3. Estilo social espontáneo o "de los paseantes": estilo asimilable al de las clases populares urbanas, y definido por el contacto abundante con amigos y personas de su edad.
4. Estilo familiar: frecuencia de contacto con otros familiares que viven en otros domicilios, incluyendo niños y jóvenes. Se evidencia también la importancia de actividades como ir de compras, la iglesia o la dedicación a las labores del hogar.
5. Estilo senior: en este grupo las actividades más habituales son aquellas relacionadas con la formación y/o el voluntariado, el desarrollo de aficiones (talleres, manualidades, bricolaje...), asistencia a bailes...
6. Estilo social organizado: se caracteriza por el contacto frecuente con amigos y gente de la misma edad pero con la particularidad de que este contacto se desenvuelve en bares, clubes o asociaciones recreativas. También pasean, leen y oyen la radio con mayor frecuencia que los demás.

A pesar de las tipologías biológica y social expuestas, los cambios físico-psicológicos que experimentan las personas que envejecen no afectan a todos del mismo modo. De hecho, el envejecimiento biológico y el social pueden o no ser correlativos⁷.

Los efectos del envejecimiento variarán más con otros factores como el estado de salud, la disponibilidad de apoyos y de necesidades cubiertas⁷ que con la edad cronológica de los sujetos.

En relación a las necesidades percibidas, es necesario tener en cuenta lo específico de envejecer para adecuar los servicios socio-sanitarios y los apoyos informales a las personas ancianas y sus familias cuidadoras. El objetivo es adaptar los servicios a las necesidades de cada individuo dada su heterogeneidad⁷ personal y en el campo de sus necesidades. En este sentido, la calidad de la atención y el apoyo social son factores contextuales determinantes en este proceso de envejecimiento⁸.

Señalar la necesidad de considerar no sólo la opinión de los profesionales de la geriatría y de la gerontología, sino también de los propios sujetos de actuación: las personas mayores de 65 años y sus familias puesto que son los principales suministradores de información, al mismo tiempo que receptores de la misma.

Potenciar pues, el empowerment⁹ como empoderamiento de los sujetos dentro del contexto social, posibilita a éstos para apropiarse de recursos, estrategias y ponerlas a circular, despliegues de autoría, animarse a construir juntos. No debe considerarse pues, como una gerontocracia o algún otro tipo de organización política inefectiva, sino como conquista de los derechos de los mayores no sólo desde el punto de vista asistencial o de protección social (salvando de este modo el obstáculo de ver la vejez como enfermedad) sino para devolverles la capacidad para actuar con soberanía autónoma como sujetos de pleno derecho.

En relación al empowerment, la Organización Mundial de la Salud¹⁰ utiliza el concepto de envejecimiento activo al referirse al "proceso de optimización de oportunidades para el

bienestar físico, social y mental en el transcurso de la vida, con el fin de prolongar las expectativas de vida saludable, la productividad y en definitiva, la calidad de vida en la edad avanzada”.

Para conseguir este envejecimiento activo es pues, necesario reducir o retrasar la llegada de las incapacidades y dependencias, mediante programas de desarrollo y prevención, así como con políticas que permitan que las personas mayores optimicen sus potencialidades para la independencia, la salud, la educación o la participación social entre otros.

1. Antecedentes y estado actual del tema

La **noción de necesidad** es un concepto muy amplio, de complejidad multidisciplinar, pues su aprehensión siempre ha preocupado mucho a los expertos de las disciplinas que se han centrado en esta temática: sociólogos, psicólogos, antropólogos, economistas, juristas...

El clásico trabajo de Rosow¹¹ menciona la necesidad, aún existente en el siglo XXI, de prestar atención a las siguientes dimensiones básicas:

- La pérdida del trabajo y la llegada de la jubilación definen la necesidad de crear una nueva estructura horaria, de metas y relaciones sociales diferentes.
- La necesidad de buscar actividades y usos del tiempo alternativos.
- La demanda de cuidados específicos de salud.
- La demanda de diferentes productos y recursos de bienestar, individual y comunitario.

- La necesidad de asumir cambios en la dinámica de la familiar nuclear debido a la reorganización del tiempo y las variaciones en el ciclo de la familia (muerte del cónyuge, abandono del hogar por parte de los hijos...)

En este sentido, los Servicios Sociales plantean una serie de necesidades¹²:

- Necesidad de acceder a recursos sociales. El acceso no es igual para todos los ciudadanos, dado que el punto de partida está marcado por desigualdades entre individuos y grupos.
- Necesidad de convivencia personal. Contar con un mínimo de condiciones (alojamiento, vestidos, alimentos, higiene,...) para cualquier persona alrededor de las cuales se va articulando el nivel de convivencia.
- Necesidad de integración social. De ésta depende la capacidad para participar en la vida social.
- Necesidad de solidaridad social. Si no se afronta, todo se delega en el sector público y se renuncia a la participación de la comunidad como agente del propio desarrollo.

Para satisfacer estas necesidades, se configuran una serie de áreas de actuación. Algunas Comunidades Autónomas (CCAA) recogen todas éstas en sus leyes de Servicios Sociales¹²:

- Protección y apoyo a la familia.
- Promoción del bienestar de la infancia y la juventud.
- Asistencia y apoyo a la ancianidad.
- Rehabilitación e integración social de las personas con discapacidad.

- Prevención de la marginación y reinserción social.
- Colaboración en situaciones de emergencia social.
- Información y asesoramiento en cuanto a recursos sociales.

Otras no se citan en todas y sólo aparecen en algunas de las leyes de Servicios Sociales¹² de las CCAA:

- Minorías étnicas.
- Promoción de la mujer.
- Desarrollo de la comunidad.
- Homosexualidad.
- Mendigos y transeúntes necesitados.
- Facetas del bienestar social no vinculadas directamente a la educación docente ni a la sanidad.

Centrándonos ahora en el tipo de necesidades objeto de este estudio, decir que las necesidades percibidas pertenecen a una tipología clásica diseñada por Bradshaw¹³ que expuso cuatro grandes tipos¹⁴:

- Necesidades normativas: basadas en el establecimiento, por parte de grupo de expertos, de unos niveles teóricamente deseables de satisfacción de cada necesitado. Los expertos señalan qué resultados deberían esperarse y qué niveles de servicios son necesarios para alcanzarlos. Cambian con el tiempo, como resultado de los avances del conocimiento científico y tecnológico, y también con la modificación de los valores de la sociedad.
- Necesidades expresadas, habitualmente denominadas demanda: es la necesidad manifestada en algún servicio hacia el que se puedan canalizar solicitudes de ayuda.

Pueden manifestarse a través de tasas de utilización de servicios, listas de espera, etc.

- Necesidades comparativas: las expectativas en este caso se centran en la comparación entre los datos de la población objetivo y los de otro grupo. Si un grupo recibe un servicio menos que otro o puntúa muy por encima o por debajo de la media en alguna medida o indicador, se dice que hay una necesidad; es decir, una población que está siendo desatendida. Estas comparaciones conllevan extrapolaciones de información ya disponible.
- Necesidades percibidas o experimentadas: sujeto de este estudio. Son las basadas en la percepción de cada persona o grupo de personas sobre determinada carencia. Responden a apreciaciones subjetivas, condicionadas por factores psico-sociales particulares. Sin embargo, desde una perspectiva comunitaria no se puede negar que cuando muchos miembros de una comunidad sienten lo mismo, ese hecho tiene estatuto de realidad social y por tanto, este tipo de necesidades son un buen indicador para los expertos de las ciencias sociales o de la salud.

Si nos referimos a esta situación, analizando la bibliografía gerontológica encontramos diferentes estudios que buscan una aproximación al conocimiento real de las necesidades de los mayores dependientes, centrándose principalmente en la calidad de vida de los mismos y la adecuación de los recursos existentes a los condicionamientos de estas personas mayores.

En relación a nuestro estudio es de destacar el realizado para conocer la calidad de vida y las necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad¹⁵, en el cual se incluyeron personas con enfermedades neurodegenerativas debidas a la edad, enfermos de Alzheimer y Párkinson. Las conclusiones muestran las carencias existentes en los recursos y servicios disponibles para este colectivo.

Al hablar de necesidades y mayores dependientes en España hay que hacer especial referencia a los estudios^{16,17} llevados a cabo en el hábitat rural, donde se tienen en cuenta las insuficiencias específicas de tal entorno. Se desarrollan en esa línea, programas como "Rompiendo Distancias", desarrollado en el medio rural asturiano y encaminado a prevenir y atender la dependencia teniendo en cuenta las dificultades orográficas de Asturias¹⁷.

También la dependencia en relación con la promoción de la autoayuda es objeto amplio de estudios en España¹⁸ concluyéndose la insuficiencia e inadecuación del modelo de atención a las personas dependientes.

Centrándose en Galicia, señalar que a pesar de la necesidad de tal estudio, no existe ningún antecedente que pretenda sentar las bases descriptivas para cubrir las demandas teniendo en cuenta el lugar de residencia, y la perspectiva de género. Sin embargo podemos señalar estudios¹⁹ de necesidades en zonas concretas como el realizado en la ciudad de A Coruña y en el que se analizan las necesidades percibidas y las demandas expresadas de la población coruñesa mayor de

65 años aunque dicho análisis no atiende el fenómeno de la dependencia en los mayores, como ha sido nuestra intención.

La inversión de la pirámide de población provoca impactos directos en la asignación de recursos para las políticas sanitarias. Las enfermedades infecciosas, asociadas a la población más joven, están siendo sustituidas lentamente por un predominio del aumento de las enfermedades crónico-degenerativas²⁰.

Además de investigar y de determinar el peso del envejecimiento en la población, existe también la preocupación por estudiar cómo alcanzar la calidad de dicho envejecimiento y, a partir de ahí, diseñar las intervenciones necesarias para un envejecimiento activo y saludable.

Las necesidades percibidas, y en muchos casos desconocidas, se pueden describir como una situación en la cual el individuo tiene problemas significativos para los que hay una intervención apropiada que podría, potencialmente, resolver la necesidad²¹.

En el Reino Unido, el marco nacional del servicio para las personas mayores acentúa la importancia de tratar las necesidades de éstos sobre una base individual²², considerando las capacidades y las preferencias de cada persona. Para alcanzar una aproximación individualizada, de calidad, y un cuidado eficaz para resolver las necesidades de la gente con demencia, por ejemplo, se necesita una aproximación a la persona. Es necesario conocer estas necesidades desde el punto de vista de la propia persona, es decir, desde su opinión personal y con su modo propio de expresarlas. Este

acercamiento implica el entender las vulnerabilidades de la persona²³.

Por este motivo, las investigaciones gerontológicas²⁴⁻²⁷ están cada vez más interesadas en la determinación de qué factores son relevantes para alcanzar la Calidad de Vida (CV) en las personas que envejecen. El estudio de las necesidades percibidas se muestra pues, útil como primer paso en la mejora de la CV.

Existen interesantes estudios²⁸ que estudian el concepto de CV a partir de las necesidades expresadas por el grupo objeto de estudio, es decir, las personas mayores. Tal y como indica la Organización Mundial de la Salud (OMS) el concepto de CV está relacionado especialmente con el bienestar, las sensaciones positivas y la salud. Todos ellos son conceptos especialmente susceptibles de subjetividad, y por tanto las necesidades que expresa son un primer paso necesario para aproximarse al concepto de CV.

Una de las definiciones más amplias de este término²⁹, incluye: satisfacción con la vida, plenitud en los papeles sociales y de trabajo, sensación de ser productivo, útil o influyente, sensación de control sobre su entorno y destino (autoeficacia), autoestima, plenitud espiritual, sentido de integración social en la comunidad, sentimiento de seguridad en el presente y en el futuro y sentido de la diversión y del placer.

En la línea de la investigación de necesidades percibidas como factor previo al desarrollo de un modelo de CV, existen interesantes estudios³⁰ que validan cuestionarios de detección de necesidades percibidas en personas mayores de 65 años.

Un factor estrechamente relacionado con la CV es la satisfacción de necesidades autopercebidas por el sujeto. En los últimos años se ha determinado que, por ejemplo para la salud mental, se han de tener en cuenta las necesidades de los mayores con el objeto de mejorar su CV³¹⁻³³. Un reciente estudio³⁴ longitudinal de cuatro años de seguimiento muestra que la atención a las necesidades autopercebidas por los sujetos (especialmente en los dominios de salud y relaciones sociales) predice e incrementa la CV. Otros estudios³⁵ siguen esta línea de investigación, con similares conclusiones: si no se satisface un alto número de necesidades autorregistradas, la CV es menor al año de haber iniciado tratamientos relacionados con la salud.

En estos estudios, se parte del hecho de que a pesar de que existen ciertas necesidades denominadas “universales”³⁶ algunos grupos societarios presentan tipos de necesidades más específicas. Por ejemplo, las personas mayores con demencia y sus cuidadores.

En este sentido, la investigación relacionada con los servicios comunitarios y socio-sanitarios debe dirigirse a áreas de especial importancia adaptadas a las necesidades del individuo y, en su caso, del cuidado de éste.

Comprender las necesidades percibidas ayuda a arrojar luz en áreas específicas de los servicios sociales y sanitarios, ayudando a que éstos utilicen criterios de eficacia y eficiencia, al mismo tiempo que concentran sus recursos económicos y humanos hacia una mayor CV para las personas mayores³⁰.

2. El envejecimiento de la población

Además de los aspectos demográficos del envejecimiento, la configuración social específica de la vejez alude a un constructo, un hecho social y cultural con implicaciones para la organización social a la vez que afecta a la vida de las personas. A esta dimensión sociológica de la vejez nos referimos cuando hablamos del envejecimiento poblacional o demográfico. Unido a este término aparece el concepto de longevidad, es decir, el fenómeno de que existen cada vez más personas que viven más años.

No hay que confundir longevidad de los individuos con envejecimiento de la población. Conceptualmente, hay que diferenciar entre el envejecimiento, que afecta a la población general, y la longevidad, que se centra en sujetos concretos que viven durante más años. Aquí entran en juego también los factores biológicos e incluso psicológicos del ser humano.

El envejecimiento de la población es un fenómeno definido a partir del aumento de la proporción de mayores de 65 años con respecto al total de la población. Tomando los datos provisionales del Padrón a 1 de enero de 2007, en España había 7.529.879 personas mayores de 65 años.

Estos datos medidos a través del Índice de Envejecimiento (cociente entre la población mayor de 65 años y la población total, multiplicado por 100) expresan el peso de la población mayor en la población total. En España, el valor que alcanzaba dicho índice era del 16,7%.

Si bien el envejecimiento como fenómeno demográfico puede expresarse de un modo simple, es mucho más complejo tanto por sus causas como por sus consecuencias. Aunque a menudo sea habitual relacionar el envejecimiento con el

descenso de la natalidad, éste es sólo el resultado de un proceso de cambio global en las condiciones de reproducción de las poblaciones. Es la Transición Demográfica.

En España³⁷, la Transición Demográfica tuvo un inicio más tardío que en el resto de países occidentales mediterráneos, pero alcanzó un ritmo mucho más rápido que en los países occidentales en general.

Esta Transición comienza en el siglo XX y tanto la mortalidad como la natalidad empiezan y continúan con un curso descendente que resulta en una pirámide poblacional en la que se acentúa el peso de los mayores de 65 años y se reduce el peso de los jóvenes. La imagen de esta pirámide es pues, opuesta a la figura de una pirámide habitual puesto que la base es de menor tamaño que el vértice.

El envejecimiento, desde el punto de vista demográfico, está determinado por tres factores esenciales:

1. La estructura por edades, resultado del descenso conjunto de la mortalidad y la fecundidad durante la primera fase de la Transición Demográfica.
2. Los cambios actuales y futuros del nivel y la estructura de la mortalidad.
3. La evolución de la fecundidad, desligada del nivel de mortalidad en la actual Segunda Transición Demográfica.

A partir de estos datos, es fácil suponer que en España actualmente el crecimiento vegetativo es de signo negativo.

El crecimiento de la población mayor de 65 años ha sido rápido, amplio y continuo en todos los países desarrollados, por lo que se ha denominado un proceso de revolución demográfica o seísmo demográfico.

Muchas veces la opinión pública y la agenda política describen esta "revolución" como una experiencia negativa para todos. Es importante, para que el envejecimiento sea una experiencia positiva, que el alargamiento de la vida venga unido a oportunidades para la independencia, para la salud, la participación en actividades reproductivas a partir del desarrollo de medidas de protección social eficaces y eficientes en las que se tenga en cuenta a las personas mayores, a sus intereses y necesidades.

No se debe agotar el interés por el estudio de la vejez en el cambio demográfico ni en el envejecimiento de la población, sino más bien en sus características internas en un contexto determinado y en su relación con otros elementos socio-culturales. Para ello hay que superar una serie de fronteras estructurales, como una edad de jubilación, edad límite para ocupar puestos de trabajo, restricciones en el acceso a actividades y comportamientos *propios* de los más jóvenes, etc. Todo ello merma la integración y el ejercicio de los derechos de las personas mayores como miembros de una sociedad.

Una de las grandes preocupaciones del envejecimiento poblacional se refiere a la carga económica y de gasto de recursos que la población anciana supone.

Es un debate, ampliamente conocido, que se centra en el sistema de pensiones como eje vertebrador. Pero al margen de las pensiones, en el ámbito económico, el envejecimiento también supone cambios en las estructuras de consumo, sobre el ahorro o sobre las propias actividades productivas. Es decir, en una sociedad donde el mayor peso poblacional lo ejercen los mayores de 65 años se demandarán productos de mercado

distintos a los demandados por una población joven, y por tanto las actividades de ocio, las tecnologías, las infraestructuras, la atención sanitaria, etc. tienen que establecer otro tipo de objetivos.

Por último, respecto a las repercusiones socio-económicas del envejecimiento de la sociedad, es necesario hacer referencia al fenómeno denominado "envejecimiento del envejecimiento", es decir, el porcentaje de individuos con 85 o más años respecto a los mayores de 65 años. Demográficamente, no sólo está aumentando el número de mayores de 65 años sino que también lo están haciendo otros grupos de edad por encima de esta edad.

Paralelamente a este fenómeno, hay que mencionar otra característica del envejecimiento poblacional del siglo XXI: la feminización de la vejez. Además de la mayor capacidad biológica de supervivencia de la mujer, pese a que nacen más varones que mujeres, la hegemonía femenina en las edades más mayores se relaciona con aspectos sociales como los estados de soltería y viudedad.

Las razones para que haya más viudas y solteras entre las mujeres mayores de 65 años, responden a cuestiones de tipo biológico y otras de significado sociológico; señalar así³⁸:

- La diferencia de edad en los matrimonios, principalmente en las generaciones más mayores, permite que cuando los hombres hayan superado los 65 años sus esposas no hayan alcanzado aún esta misma edad. Por ello, entre los casados hay más hombres que mujeres al rebasar los 65 años.

- La mayor esperanza de vida de las mujeres provoca que haya mayor número de viudas que de viudos.
- La diferencia de edad entre los cónyuges de edad avanzada permite que, aún en el supuesto de que ambos fallezcan a la misma edad, la mujer sobreviva como viuda al marido que generalmente suele ser mayor, el mismo número de años que cronológicamente les separan.
- La relevancia de los comportamientos, condicionados por factores socio-familiares y culturales, que inciden en el comportamiento de los viudos y en los divorciados a la hora de contraer nuevas nupcias. La mayor propensión a la celebración de posteriores matrimonios entre los hombres, disminuyen el número total de viudos que pasan a considerarse casados. La mayor frecuencia con que se casan otra vez los viudos respecto de las viudas contribuye también a que el número de aquéllos sea menor que el de éstas.

Respecto a las tendencias de futuro, en relación con las personas mayores que envejecen, en 1997 por cada persona de 65 años y más, había 5,2 personas de 0 a 64 años; en el 2020 se prevé que haya sólo 4 personas³⁹.

Las estimaciones de la Oficina Estadística de la Comunidades Europeas (EUROSTAT)⁴⁰ señalan a España como el país "más viejo" en 2050, año en el que un 35,7% de la población tendrá 65 años o más. A continuación figuran Grecia, con un 32,5%; Portugal, con un 31,9%; Alemania, con un 31,5%; Eslovenia, con un 31,1%; la República Checa, con un 31%; y Austria, con un 30,4%.

A estos datos demográficos hay que añadir el incremento que experimenta la población mayor de 85 años. La dependencia, como veremos posteriormente, también se incrementa notablemente con la edad: en el conjunto de mayores afecta al 32,2%, y al 63,6% si nos referimos a los de 85 y más años⁷. La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia¹, pretende dar solución a las necesidades de, entre otros, las personas mayores de 65 años con algún tipo de dependencia física o cognoscitiva con el fin de incrementar su calidad de vida.

Dentro del proceso global de envejecimiento se pueden señalar algunas especificidades en factores socio-económicos, geográficos, sanitarios, culturales e incluso éticos, como veremos a continuación:

1. El crecimiento de la población mayor de 65 años crece a un ritmo mucho más rápido que el desarrollo socio-económico de los países lo que supone una dificultad en las cuentas nacionales.

2. El rápido incremento del envejecimiento provoca un cambio importante en las estructuras familiares y en los roles sociales de los mayores así como en el mercado de trabajo y en los flujos migratorios principalmente en países con un bajo nivel de desarrollo socio-económico.

3. Las enfermedades crónicas se están convirtiendo en las principales causas de incapacidad y reducción de la Calidad de Vida en los mayores. Es necesaria la puesta en marcha de programas de prevención y promoción de la autonomía personal

que puedan mejorar la Calidad de Vida de los mayores y frenar el gasto social.

3. Calidad de Vida relacionada con la Salud

El estudio de la Calidad de Vida relacionada con la Salud engloba aspectos físicos, afectivos y sociales (incluyendo áreas como dependencia, vivienda, relaciones sociales, ocio y tiempo libre, economía...)⁵.

La mayor parte de las personas que presentan discapacidad o dependencia son mujeres, dato más elevado entre las personas con discapacidad que entre los dependientes. La mayor presencia de las mujeres entre quienes padecen limitaciones en su autonomía funcional es el efecto combinado de su mayor presencia numérica en la población mayor y de presentar una prevalencia más alta en dependencia y, sobre todo en discapacidad. Entre las personas con discapacidad la proporción es de tres mujeres por cada varón, pero entre los dependientes es de dos.

Las edades más frecuentes de este colectivo son las intermedias, de 75 a 84 años, lógicamente, las personas de 65 a 74 años son más abundantes en las situaciones de discapacidad y los más mayores en las de dependencia.

La mayoría de las personas con dependencia o con discapacidad viven en municipios grandes porque la mayoría de las personas mayores viven en estos municipios, pero también porque la prevalencia es mayor en este hábitat. La mayoría son personas sin estudios o con estudios primarios, aunque el riesgo de dependencia es mayor entre los iletrados y las personas sin estudios. La mayoría son viudos, aunque entre los hombres la

proporción de casados no es desdeñable, sobre todo entre las personas con discapacidad. No obstante, el mayor riesgo de dependencia corresponde a los hombres viudos, en relación directa con la edad, ya que los varones enviudan a edades muy avanzadas; el riesgo de los viudos duplica el del conjunto de la población mayor, tanto con respecto a la discapacidad como en relación a la dependencia³.

En la Encuesta de Condiciones de Vida de los Mayores⁴¹ (ECVM) observamos la influencia de estas variables socio-demográficas sobre la evaluación subjetiva del estado de salud y por ende de la Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS). Una de las condiciones que marca diferencias más notables es el sexo, los hombres tienden a clasificarse menos en los ítems más negativos de la escala, pero sobre todo, se clasifican mucho más en los positivos: casi seis de cada diez varones mayores estiman que su salud es buena o muy buena, frente a cuatro de cada diez mujeres. Además, el juicio resulta bastante sensible a la edad, sobre todo entre los varones, y al tamaño del municipio, en el sentido de que las personas que residen en municipios pequeños realizan una evaluación más positiva.

Entre los hombres, los casados son los que mejor evalúan su estado de salud; los viudos los que peor; no sucede de la misma forma entre las mujeres. Entre los hombres la vida en pareja y con hijos está asociada a un estado de salud mejor, compartir la vivienda sólo con la pareja parece ofrecer menos ventajas, porque incluso los que viven solos están más satisfechos; entre las mujeres vivir con la pareja y los hijos es lo que produce peor evaluación del estado de salud, tan sólo por

encima de las "otras formas de convivencia" que normalmente implican la pérdida de la autonomía domiciliar y la desintegración del hábitat. Entre los hombres existe una relación directa y casi proporcional entre la autonomía funcional y la valoración del estado de salud, no entre las mujeres, para ellas no existe gran diferencia entre discapacidad y dependencia. También existe una relación clara entre las dificultades económicas y la valoración del estado de salud³.

La CVRS se refiere al nivel de bienestar y satisfacción de una persona en la medida en que su vida, su grado de funcionalidad física, psíquica y social es afectada por la enfermedad y su tratamiento⁴².

En esta última etapa vital es importante plantearse si el concepto y significado de Calidad de Vida cambia a lo largo de la vida. La literatura gerontológica señala que si a lo largo del ciclo vital las expectativas, intereses, proyectos, etc. varían, también lo han de hacer la CVRS y la valoración que tengamos de ésta.

Los instrumentos de CVRS constan de un conjunto de ítems que exploran tres dimensiones de los mayores: la dimensión física, la psíquica y la social. La información obtenida con estos cuestionarios es subjetiva ya que está basada en la salud percibida del entrevistado. Sin embargo, ésta es importante para la actuación gerontológica puesto que la percepción de la salud, cómo cree el mayor sentirse, es muchas veces más relevante para él mismo y su entorno que las enfermedades diagnosticadas.

Para evaluar la CVRS de la persona mayor de 65 años se deben tener en cuenta diversos aspectos. Al considerarse todos

ellos obtendremos una evaluación global (Comprehensive Geriatric Assessment -CGA-)⁴³:

- Datos biomédicos: estado nutricional, medicaciones, historial médico pasado y actual...
- Datos psicológicos: funciones cognoscitiva, emocional y perceptiva.
- Escalas de Función Física: Actividades Básicas de la Vida Diaria, Actividades Instrumentales...
- Datos sociales: capacidad social del individuo, relaciones familiares y sociales, actividades lúdicas y de ocio, redes de apoyo informal y formal disponibles...
- Escala de Valores del individuo.

En la valoración de la CVRS de los mayores hay que tener en cuenta los siguientes problemas prácticos:

- Dificultad para cumplimentarlos adecuadamente, debido al nivel educativo insuficiente, los daños cognoscitivos...
- Mayor tiempo en completar los cuestionarios, debido a dificultades visuales, motoras, escasa escolarización...

Señalar que existen varios cuestionarios de CGA, aunque el más empleado sea el Older American Resources and Services (OARS)⁴⁴, validado en castellano, si bien por su extensión es costoso en esfuerzo y tiempo emplearlo en la clínica gerontológica diaria.

4. La dependencia

La EDDS² maneja el término "discapacidad" como "algunas discapacidades que no tienen su origen en una deficiencia claramente delimitada, sino que más bien obedecen

a procesos degenerativos en los que la edad de la persona influye decisivamente”.

Incluye pues aspectos como la demencia, los problemas osteoarticulares o deficiencias sensoriales que tienen una gran relación con la edad. Estas situaciones generan en muchos casos dependencia en una o varias actividades de la vida diaria. En las personas mayores de 65 años esta dependencia es necesario contextualizarla a partir de las barreras económicas, sociales, culturales, u otras, derivadas del tipo de entorno en el que viven y del género.

El Consejo de Europa⁴⁵ define la dependencia como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”. Es un “estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o 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 y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”. Se recogen así las características definitorias de la dependencia:

- La limitación física, psíquica o intelectual que disminuye determinadas capacidades personales.
- La incapacidad para realizar una o varias de las actividades de la vida diaria.
- La necesidad de cuidados y asistencia por parte de terceros.

La situación de dependencia de los grupos poblacionales mayores de 65 años es un hecho que se agrava con el progresivo aumento de este estrato poblacional y el

sobreenvejecimiento derivado, entre otras, del incremento de nuestro horizonte vital.

Según datos del IMSERSO⁴⁶, perteneciente al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en España se estima que el porcentaje de mayores que presentan una dependencia importante está entre un 10% y un 15% del total de personas de 65 años y más. Los resultados de la EDDS² muestran una clara correlación entre la prevalencia de las situaciones de discapacidad y la edad.

El 32,2% de las personas mayores de 65 años tiene algún tipo de discapacidad. Además, en la actualidad es relevante el aumento de la población con edades por encima de los 75 y 85 años, años en los que la prevalencia de situaciones de discapacidad es mayor². La dependencia se incrementa pues, notablemente con la edad: en el conjunto de mayores afecta al 32,2%, y al 63,6% si nos referimos a los de 85 y más años⁷.

La encuesta estima, además, un número mayor de mujeres que de varones con discapacidad: el 58,3% de la población con discapacidad son mujeres. Este predominio cuantitativo de las mujeres no es igual en todos los grupos de edad. Se identifican más situaciones de dependencia en varones que en mujeres de edades jóvenes, mientras que en edades avanzadas, siendo el punto de inflexión alrededor de los 45 años, se invierte la tendencia.

La perspectiva de género nos invita a ver la dependencia unida a otros factores que provocan una situación de desventaja convivencial, residencial e incluso económica en comparación con los hombres de su misma cohorte. Esta desventaja se une al hecho estadístico de que a pesar de existir

una mayor supervivencia femenina, las mujeres presentan mayor morbilidad y limitaciones funcionales que los varones de su misma edad.

El incremento de esta población con una mayor probabilidad de sufrir pérdidas de capacidad física o psíquica y caer en un estado de dependencia (acompañado de otros factores socio-económicos como el cambio en la estructura familiar y la incorporación de la mujer al mercado laboral) coincide con el desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia¹. Por tanto, se precisa un aumento en la oferta de servicios para estas personas que abarque aspectos como la atención a domicilio, la promoción de la autonomía y los programas de autoayuda y de desarrollo personal, entre otros.

A la hora de diseñar estos programas, igual que nosotros hemos realizado en nuestro estudio, hay que tener en cuenta además de la edad y el género, otros factores que inciden directamente en el fenómeno de la dependencia, así por ejemplo existen entornos discapacitantes¹⁷ que delimitan las posibilidades de participación y el acceso a los recursos socio-sanitarios disponibles para las personas mayores. Los mayores que consiguen mantener su estilo de vida viven más años y con más salud, por tanto es imprescindible respetar y no imponer prácticas culturales que les son ajenas.

El establecimiento y desarrollo del 4º pilar del Estado de Bienestar con la creación del Sistema Nacional de Dependencia obliga a los profesionales a encauzar la equidad, viabilidad y calidad del sistema español de protección social del siglo XXI para lograr una calidad de vida adecuada a la población mayor y

dependiente. Como se señala en la comúnmente conocida Ley de Dependencia "De este modo, se configura un derecho subjetivo que se fundamenta en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad, desarrollando un modelo de atención integral al ciudadano¹.

Es imprescindible pues la necesidad de legislar y dar respuesta a las situaciones de dependencia, entendiendo ésta como un riesgo susceptible de protección debido a dos factores⁴⁷:

- Demográficos: que responden a un cambio en la visión actual de la realidad social, al ampliar el concepto de incapacidad laboral a aquellas situaciones debidas a la mayor esperanza de vida y aumento del número de personas mayores. Por otro lado, existe otro factor condicionante que es la aparición y aumento de nuevas enfermedades invalidantes y accidentes.
- Sociales: derivadas de las nuevas estructuras familiares y a los cambios en el mercado laboral. Se hace necesario adaptar el papel de la familia como principal responsable en el cuidado de la persona.

5. Necesidades de cuidados. El cuidado informal

El incremento cuantitativo de las situaciones de dependencia, motivado por el envejecimiento de la población, coincide con cambios importantes en el modelo de familia y la incorporación de la mujer, tradicional prestadora de cuidados, lo que hace disminuir la capacidad de prestar cuidados informales.

Aunque resulta difícil priorizar las necesidades sociales, existe consenso en las sociedades desarrolladas a la hora de dar

respuesta a las demandas de recursos socio-sanitarios para personas mayores.

El fenómeno del envejecimiento está originando un cambio social sin precedentes, cuyas dimensiones y envergadura están lejos aún de haber sido asumidas⁴⁸. Este fenómeno afecta a la evolución de la propia sociedad en general, que también ella misma está envejeciendo.

Por razones demográficas, el apoyo informal es insostenible a medio plazo, pues cada vez existen menos mujeres en edad de cuidar y más personas que precisan cuidados de larga duración. Además de esta razón numérica, otra razón de peso se relaciona con las transformaciones de las estructuras familiares⁴⁷:

- La desaparición de la familia extensa, que proporcionaba asistencia a los miembros por núcleos familiares más reducidos.
- La creciente movilidad geográfica de los distintos miembros de la familia, que modifica las redes de solidaridad familiar tradicionales y los contactos directos.
- La variedad de modelos familiares (familias monoparentales, uniones de hecho, etc.).
- La democratización en las relaciones intergeneracionales y entre los miembros de la pareja...
- Los cambios profundos en el rol social de la mujer, y en concreto en su rol familiar.

El cuidado informal adopta, debido a estas características, una serie de rasgos comunes en España. En este sentido, hay que decir que el cuidado de los mayores es de "número singular"⁴⁹. Sin embargo, las consecuencias del

cuidado son de "número plural", son múltiples y se solapan. Es decir, aunque en ocasiones varios miembros de una familia compartan la tarea del cuidado del mayor dependiente, en la mayoría de los casos el peso y la responsabilidad recae sobre una única persona.

La literatura gerontológica⁵⁰⁻⁵² que encontramos sobre el tema sintetiza los efectos del cuidado de personas mayores dependientes, en general, en tres grupos con unas consecuencias propias:

- Consecuencias sociales
- Consecuencias físicas
- Consecuencias emocionales/conductuales

Dentro de estos tres grandes grupos existen investigaciones⁵² que marcan como ineludible hacer referencia de forma separada a las repercusiones en la familia y cuidado de los hijos, en el ocio y en el tiempo libre, y también en las repercusiones profesionales y económicas así como en la falta de planteamientos para el futuro.

Las consecuencias de tipo económico adquieren especial relevancia en relación al propósito de esta revisión. En éstas es donde existe una mayor diferenciación al observar los datos sobre cuidadores de los distintos países de la Unión Europea (UE)⁵¹.

La familia es pues, la principal proveedora de cuidados. El papel que las familias españolas juegan en la atención a las personas dependientes es inestimable. Al mismo tiempo se hace necesario reconocer que el proceso acelerado de envejecimiento de la población y la transformación de las familias españolas están provocando que el apoyo informal esté entrando en crisis.

Las necesidades de atención son cada vez más importantes (envejecimiento del envejecimiento, enfermedades crónicas...) y, en cambio, la capacidad de las familias de prestar tales cuidados se reduce constantemente, principalmente por los cambios en el papel de la mujer dentro de la sociedad y en el grupo familiar. Por ello, atender no sólo las necesidades de las personas dependientes, sino también de sus familias es uno de los objetivos que se recogen en la aprobada Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia¹. En ésta se especifica la compensación económica por cuidados en el entorno familiar: siempre que se den las circunstancias familiares y de otro tipo adecuadas para ello, y de modo excepcional, el beneficiario podrá optar por ser atendido en su entorno familiar, y su cuidador recibirá una compensación económica por ello. Por tanto, el cuidador familiar deberá estar dado de alta en la Seguridad Social. El apoyo a cuidadores conlleva además programas de información, formación, y períodos de descanso para los cuidadores no profesionales, encargados de la atención de las personas en situación de dependencia.

El cuidado informal suele definirse como la atención no remunerada que se presta a personas con algún tipo de dependencia por parte de miembros de la familia u otras personas sin otro lazo de unión u obligatoriedad que no sea la amistad o la buena vecindad⁵³. Los cuidadores familiares de personas mayores dependientes son aquellas personas que, por diferentes motivos, coinciden en la labor a la que dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo: permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a

adaptarse a las limitaciones que su discapacidad, entendida en sentido amplio, les impone.

Cada vez es mayor el porcentaje de población de más edad. Vivimos más años pero no siempre en las mejores condiciones físicas y cognitivas, a pesar del desarrollo médico y de la tecnología. Aún así se evidencia que aumentará, en un futuro próximo, el número de personas que necesiten algún tipo de ayuda y, por tanto, el número de cuidadores³.

El apoyo informal, como recurso, se caracteriza por su capacidad de adaptación a los diferentes niveles y necesidades del cuidado, ajustándose progresivamente a los requerimientos del aumento de dependencia en las personas mayores. Muchas veces, independientemente de la existencia de recursos formales de apoyo, el apoyo informal no parece disminuir. Es decir, la función de los cuidadores familiares (en su mayor parte mujeres) en la atención a personas mayores dependientes juega un doble papel: favorece el mantenimiento de la persona mayor en la comunidad y es de carácter lo suficientemente versátil como para adaptarse a las cambiantes necesidades de la persona de modo independiente a los recursos formales de apoyo.

En cada familia suele haber un cuidador principal que responde a las circunstancias de cada familia, sin que se haya llegado a ello por un acuerdo explícito entre los miembros de la familia. Como diversos estudios^{52,54-56} demuestran, existe un tipo de perfil del cuidador informal. Casi el 84% son mujeres; la edad media de éstas es de 52,9 años (un 20% supera los 65 años) y atienden a una población de una edad media de 80 años, al menos el 65% con más de 75 años⁴⁶. Respecto al grado

de parentesco, la mayoría de los cuidadores son familiares del anciano (97,5%): un 43% son hijas, un 22% son esposas y un 7,5% son nueras de la persona cuidada. Por lo general, la familia directa (hijos o cónyuge) es la que asume la mayor parte del cuidado de estas personas (85% de la ayuda). Señalar además que el 60% comparten el domicilio con la persona cuidada y el 74% no tiene una ocupación laboral remunerada del cuidador (74%).

El progresivo deterioro cognitivo y funcional de la persona mayor dependiente causa un grave impacto en el entorno familiar, pero principalmente en la cuidadora informal⁵⁷. Diversos estudios^{58,59} muestran que existe relación entre las demandas de cuidado y diversos indicadores entre los que se cuenta el impacto del comportamiento problemático de los receptores de cuidado. En esta línea, los análisis⁵⁸ establecen modelos de curva de crecimiento para demandas de cuidado (problemas de comportamiento, actividades de dependencia en las actividades de la vida diaria, y el daño cognoscitivo). El grado de importancia de dichos problemas de comportamiento predice, principalmente, los incrementos en el estrés subjetivo de la cuidadora principal e inciden directamente en la sobrecarga, el sentimiento de cautiverio y la depresión clínica⁵⁸. Además otros factores de riesgo para el cuidador pueden ser los gritos, los insultos, las amenazas o que el mayor no quiera alimentarse⁵⁹.

El género y el hábitat son variables imprescindibles para el estudio del cuidado informal. Una de las principales razones de que existan más mujeres que hombres cuidadores se debe a la educación recibida mediante la socialización en los roles de

género. El producto de esta socialización es la concepción patriarcal y de matiz católico que asume que la mujer está mejor preparada que el hombre para el cuidado, ya que tiene más capacidad de abnegación, de sufrimiento y es más voluntariosa⁶⁰. Los valores presentes dentro de la cultura rural (con el predominio del control social latente⁶¹) incrementan también la carga social y real de la mujer como cuidadora. A pesar del claro predominio de las mujeres en el ámbito del cuidado, los hombres participan cada vez más en el cuidado de las personas mayores bien como cuidadores principales o bien como ayudantes de las cuidadoras principales informales, lo que significa un cambio progresivo de la situación².

Además de la "feminización del cuidado"⁶² es interesante el estudio de este fenómeno social en los diferentes hábitat⁵⁶. A partir de la revisión bibliográfica realizada sobre la comparación rural/urbano^{63,64} es obligado centrarse en el área rural para ampliar el estudio sobre las mujeres cuidadoras principales de mayores dependientes. De las referencias consultadas⁶³⁻⁶⁶ se observa el hecho de que en las comunidades rurales, debido a las características socio-económicas, culturales y las dificultades en el proceso de desarrollo socio-económico, la orografía y la dispersión poblacional son una dificultad añadida para acceder a recursos socio-sanitarios, tanto por la desinformación como por la carencia de los mismos. Si bien en las poblaciones de menos de 50.000 habitantes no es donde se encuentra el mayor número de cuidadoras en líneas generales en la mayoría de los países occidentales. Sin embargo las políticas socio-sanitarias desarrolladas para paliar esta situación se enmarcan en visiones diversas que producen que éstas sean eficaces y eficientes. Así,

por ejemplo, en los países nórdicos, debido al mayor desarrollo de sus políticas socio-sanitarias, la calidad de vida de las cuidadoras es más alta, y los servicios ofertados por el Estado de Bienestar se muestran como predictivos del mismo.

El cuidado informal puede ser agotador en cualquier tipo de hábitat. Sin embargo, existen algunos desafíos y diferencias que son propias de la población rural. Los mayores rurales, tanto en España como en el resto de países de la UE⁶⁷, tienden a ser más longevos y referir más enfermedades crónicas que sus homólogos urbanos. Los mayores rurales tienen las tasas más altas de enfermedad cerebrovascular, hipertensión, y problemas cardíacos (isquemias)⁶⁸. Existe poca diferencia entre las tasas de incidencia rurales y urbanas de cáncer; sin embargo, en regiones rurales, el cáncer se diagnostica en etapas más avanzadas debido principalmente al insuficiente número de profesionales de asistencia médica y de recursos médicos formales. Esta situación es común tanto en las áreas rurales europeas como en las estadounidenses⁶⁹.

La baja densidad residencial y la mayor dispersión geográfica dificultan la utilización de servicios socio-sanitarios de los ancianos rurales europeos en general. A causa de niveles más pobres de salud y la incidencia más alta de enfermedades en los mayores de 65 años de las áreas rurales, los individuos se apoyan principalmente en personal no formal (familiares, amigos...)⁶⁹.

En estudios^{70,71} acerca de las características relacionadas específicamente con la ruralidad y las cuidadoras, partiendo de la influencia de este tipo de hábitat sobre la población cuidadora, se determinó que la proximidad al receptor del

cuidado, la distancia al hospital más cercano, al doctor de la propia cuidadora y del mayor dependiente fueron variables a tener en cuenta en el síndrome del cuidador quemado. Es decir, el conjunto de alteraciones médicas, físicas, psíquicas, psicosomáticas que influyen en los aspectos laborales, familiares, económicos y sociales.

Uno de los principales problemas que las cuidadoras rurales experimentaron es la dificultad de alcanzar un hospital o un médico. Esto no sólo crea dificultades en la asistencia al mayor, sino una carga psicológica de gran envergadura para la cuidadora^{63,70,72}.

El coste del cuidado familiar es otro aspecto a considerar. El coste sanitario de enfermedades como la de Alzheimer es la mitad en el caso español en comparación con otros países europeos⁷³, "incluyéndose" en ese gasto las horas de dedicación familiar al cuidado del mayor dependiente. Esto causa que en España se tripliquen las horas de cuidado en comparación con Alemania o Francia⁷⁴. Esto se debe a los modelos de apoyo estatal existentes en ambos países⁷⁵, y al elevado porcentaje del cuidado familiar a los mayores dependientes que se realiza en España. De este modo, en nuestro país es la familia, a título privado, la que asume la mayor parte del gasto económico si mantiene al mayor con Alzheimer en el hogar.

El mantenimiento del cuidado en el entorno familiar, además de las ventajas asociadas al principio de "envejecer en casa", supone un ahorro económico de gran magnitud tanto para los cuidadores como para el Estado, ya que, el coste anual del cuidado de una persona con Alzheimer variaría entre los

12.700 euros y los 22.000 euros aproximadamente en los países pertenecientes a la UE⁷⁶. Esto es lo que sucede en España. Sin embargo hay que ser precavidos al promover los beneficios del cuidado en casa. Éste puede conducir a los servicios socio-sanitarios a “desentenderse” de aquellas personas que cuidan, sin fomentar y facilitar el cuidado informal, como solución a la gran demanda que el envejecimiento poblacional plantea a la sociedad. España se sitúa en el vagón de cola de los países de la UE en el gasto público a la asistencia de los mayores. Nuestro país destina 7.983 euros a este concepto, sensiblemente por debajo de la media europea, que se sitúa en los 17.850 euros. Lideran este ránking países como Finlandia (26.044 euros), Suecia (24.383 euros) o Dinamarca (19.810 euros)⁷³.

Hay que tener en cuenta además que la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo y el incremento de la longevidad, y con ello la prevalencia de la dependencia, plantean un desafío importante para las futuras generaciones⁷⁷. A su vez, desciende el número de personas en disposición de cuidar y los recursos para hacer frente al cuidado de estas personas¹⁰. En la actualidad, entre un 13,6%⁵⁶ y un 24,6%⁷⁸ de las personas que prestan cuidados principales dicen recibir ayuda de profesionales o instituciones para atender a la persona mayor de la que se ocupan. La notable variación en los porcentajes se debe a las importantes diferencias del apoyo formal a la red de cuidadoras informales en el hábitat rural⁷⁹. Esta situación se mantiene en todos los países europeos, si bien es más acusada en unos que en otros: los países escandinavos y en general aquellos que han alcanzado mayores cotas de

desarrollo social (en particular en la atención a las personas mayores) disponen de mecanismos reguladores de las circunstancias señaladas⁷⁹.

En España, sobre todo durante los años ochenta y principios de los noventa, el gasto público social se incrementó sustancialmente, alcanzando su máxima cuota en 1993, cuando el gasto en protección social (que incluye las pensiones y otras transferencias así como servicios públicos como la sanidad, la vivienda asistida y los servicios de ayuda a las familias -tales como la atención domiciliaria a ancianos y personas con discapacidades, residencias de ancianos y otros servicios-) llegó a alcanzar el 24% del PIB, el porcentaje de gasto público en protección social más próximo al promedio de la UE (28,8%)⁸⁰. A partir de aquel año, sin embargo, el déficit de gasto en protección social entre España y la UE (4,8%) aumentó de nuevo de una manera significativa, subiendo a un 7,2% en el año 2000, último año en el que disponemos de datos sobre el gasto público comparable para toda la UE⁸⁰. Este descenso del gasto en protección social fue mayor en España (del 24% del PIB en 1993 al 20,1% en 2000) que el promedio de la UE donde el gasto descendió sólo de un 28,8% a un 27,3% durante el mismo período⁸⁰.

Haciendo una panorámica de los modelos de Estado de Bienestar en la UE, señalar que es especialmente durante la década de los 90 cuando crece el interés por el estudio transnacional de los datos referidos al cuidado de las personas mayores y la necesidad de adoptar políticas comunitarias en esta área. Sin embargo, la división de responsabilidades entre los servicios socio-sanitarios y los apoyos informales continúa

siendo borrosa en la actualidad, y persiste la influencia del modelo de bienestar tradicional de cada Estado sobre una política gerontológica socio-sanitaria europea⁸¹.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) ha dedicado un número importante de publicaciones acerca de las personas mayores y el cuidado de éstas. Los estudios más recientes^{75,82} indican la dificultad para estudiar similitudes en la protección al cuidado informal en los países de la UE debido a la inexistencia de datos disponibles para la comparación. El motivo principal es la variación terminológica y de las categorías de los diferentes servicios socio-sanitarios para las personas mayores así como de los instrumentos de protección a la red de apoyo informal.

En lo que concierne a la red informal de cuidadoras las investigaciones más recientes⁷⁵ muestran cómo en cada nación existen modos específicos de articular la ayuda invisible y subestimada que se proporciona a los miembros mayores. A excepción de Dinamarca, los países del oeste europeo soportan la mayor carga de cuidado familiar y se estima⁸² que el cuidado informal ocupa el 75-80% de todos los tipos de cuidados existentes.

A partir de la revisión realizada podemos señalar las considerables diferencias en la responsabilidad que los Estados de Bienestar tienen en este tema. Éstas se reflejan en los siguientes cuatro modelos de prestaciones estatales al apoyo informal⁸³. El primero incluye al Reino Unido e Irlanda donde la financiación estatal paga a los cuidadores informales como "trabajadores" del sistema de seguridad social nacional. Alemania pertenece al segundo grupo de Estados de la UE y se

caracteriza por haber incorporado a estos cuidadores en los seguros de tipo social. El tercer modelo es el utilizado en Italia y Francia, donde se les proporciona a las personas mayores un beneficio de acuerdo a sus necesidades de cuidado, con lo que ellos son los responsables del pago a los cuidadores informales. Finlandia es el promotor del cuarto modelo, donde el apoyo informal está totalmente incluido en los servicios socio-sanitarios, como un recurso más.

El resto de países de la UE o bien se adscriben a uno de estos modelos o están en proceso de modificación de sus servicios, como es el caso de España con la creación del 4º pilar del Estado de Bienestar (el Sistema Nacional de Dependencia).

Si bien se puede creer que España, con esta nueva Ley, se sitúa en el modelo 1, hay que tener en cuenta que el pago a las cuidadoras informales es sólo un recurso más de la cartera de servicios que la Ley ofrece. Además éste será concedido si no se encuentra un servicio socio-sanitario más adecuado para el mayor dependiente. Al no ser la persona cuidadora, o el cuidador, quien lo decida, no podemos clasificar a España en la línea de los modelos estatales del Reino Unido e Irlanda.

A pesar de que los países de la UE han experimentado presiones similares (por las tendencias demográficas, restricciones económicas...), los estudios^{81,84} explican la existencia de dos directrices comunes de cara al futuro:

- Tanto por motivos económicos como sociales, la política de cuidado acentúa el cuidado institucional en detrimento del proporcionado en el hogar.
- Se reduce el papel directo del Estado y de los sectores no lucrativos e informales, cada vez más promovidos en

el Estado de Bienestar "mixto". En consecuencia, el pluralismo en la provisión de servicios implica la descoordinación, ya de por sí complicada, del área socio-sanitaria.

Aunque en la práctica todos los países de la UE tienen sistemas "mixtos" para el cuidado de las personas mayores, las asociaciones informales de apoyo al cuidado son aún sólidas en Alemania, Bélgica y los Países Bajos, además de en los países católicos y ortodoxos del sur de Europa (España, Grecia, Italia, Portugal) e Irlanda, mientras que las empresas privadas están teniendo un crecimiento muy elevado en el Reino Unido.

El último estudio de la UE⁸² sobre el cuidado a las personas mayores clasifica a los países comunitarios en cuatro categorías:

- Los países escandinavos (Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia) tienen una gran variabilidad a la hora de que el mayor pueda escoger entre el cuidado formal y el informal, siendo ambos similares en cuanto a financiación, si bien se tiende a primar los servicios formales sobre los informales.
- En los países mediterráneos (España, Portugal, Italia y Grecia) la situación es opuesta a la de los países escandinavos: el cuidado informal es muy mayoritario, no así la financiación del mismo.
- Entre los modelos anteriores se sitúan los países de la Europa continental (Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Luxemburgo y los Países Bajos) donde la agenda política en materia de prestaciones sociales ha provocado largos debates sobre la forma de financiación, continuándose

actualmente con un sistema en el que se financia directamente al mayor y éste elige el modo de cuidado que desee.

- El Reino Unido e Irlanda, donde el cuidado informal es un recurso social más.

A partir de estas clasificaciones existen estudios⁸² donde se evalúa el impacto en la cuidadora principal de los distintos modelos mencionados. La investigación fue realizada en Austria, Alemania, Francia, Finlandia, Japón y Canadá, y señala que los países del tercer modelo (en el estudio Francia y Austria) y aquellos donde el peso de los roles de género y la tradición familiar es más fuerte (Japón) se hace cada vez más difícil mantener el apoyo familiar, y la salud física y psíquica de las mujeres cuidadoras se ve notablemente dañada (mayores índices de depresión clínica, insomnio, problemas osteomusculares...). Es necesario señalar además que estas consecuencias, así como las de tipo económico y social, coinciden con las publicadas en estudios^{58,59} sobre el Síndrome del cuidador quemado o "burn-out".

6. La variable género

El constructo social "género" hace referencia a las expectativas que tienen los miembros de una sociedad acerca del tipo de trabajos que son apropiados, o las posiciones de poder, prestigio o influencia que pueden ocupar hombres y mujeres, en razón de sus diferencias biológicas. Por eso se dice que el género es una construcción social, ya que por encima de cualquier diferencia biológica que se quiera suponer, las sociedades estrechan o alargan el campo de actividades y

comportamientos que las personas pueden ejercer lícitamente en razón de su sexo⁸⁶.

El sexo, relacionado con el hecho diferencial reproductivo, produce diferencias entre hombres y mujeres, y necesidades específicas^{87,88}. El término género se refiere al conjunto de relaciones socioeconómicas y culturales entre personas de distinto sexo. El sexo viene determinado biológicamente, mientras que el género es un concepto socio-cultural y económico, es decir, un constructo social. Las relaciones de género son, para una sociedad determinada, un hecho cultural y social, que, lógicamente, admite, como toda institución humana, alteraciones y cambios⁸⁷.

Al hablar de género, hay que referirse también a unos conceptos vinculados directamente con el término. El concepto "rol de género" se definiría pues, como las funciones que cumplen las personas de distinto sexo en una sociedad. Normalmente se consideran tres tipos de roles sociales: el reproductivo o doméstico, ligado a las tareas del hogar, subsistencia y suministro/reproducción familiar; el productivo, en actividades secundarias y terciarias o primarias de carácter comercial; y por último, el comunitario, realizando trabajos para la comunidad o la sociedad⁸⁹.

Tradicionalmente se vincula a la mujer con el rol reproductivo o doméstico y al hombre con los roles productivos y de trabajo público, aunque los roles de género y la atribución cultural de responsabilidades entre hombres y mujeres es algo que está muy condicionado por variables tales como la estructura familiar, el tipo de sistema económico local, el acceso a los recursos, y otros factores, como pueden ser las

condiciones socio-geográficas del área donde esté integrada la comunidad⁸⁹.

Para contextualizar la variable "género" es preciso hacer referencia también al concepto de "sistema de género", es decir, la estructura de los roles de género en una sociedad en un momento determinado. En el desarrollo social, en particular en relación con la variable hábitat rural, el análisis de género puede enfocarse global o sectorialmente (por ejemplo en relación a las actividades laborales, los pensamientos sobre la jubilación y la forma de llevar el cuidado de mayores con dependencia)⁸⁹.

En relación al objeto de nuestro estudio, el género matiza las necesidades percibidas en personas mayores con o sin dependencia alguna, del mismo modo que determina las necesidades de las cuidadoras informales. Existen estudios⁹⁰ que exploran la relación entre el género de las personas de mediana edad cuidadoras en domicilio y su percepción del impacto del cuidado en su salud y la de su familia en el actual contexto socioeconómico español, concluyendo que el género es una variable determinante tanto del cuidado informal como de la percepción de la necesidad. El impacto percibido y las estrategias adaptativas que ellos y ellas utilizan para afrontarlo se enmarca en los roles de género asignados en las sociedades actuales⁹⁰.

El género y la cohorte de referencia operan pues, en la percepción del impacto en la salud física y psíquica, las actividades laboral y post-laboral, el ocio y las relaciones sociales de las personas cuidadoras y las personas mayores cuidadas.

En relación con cómo se percibe la salud en relación con el bienestar, la OMS señala que el género es una variable cuya importancia reconocen numerosos estudios epidemiológicos, sociales y psicológicos. La autopercepción del estado de salud y de la CVRS no responde sólo a interpretaciones subjetivas, sino que también se ve influida por las representaciones culturales de la salud⁹¹.

El sexo, como categoría social entendida como género, debe incluirse en los análisis que interpretan actitudes y valores diferenciales, distintos estilos de vida y comportamientos de riesgo para la salud, así como a la hora de explicar determinadas situaciones como que las mujeres viven más tiempo que los hombres pero manifiestan encontrarse peor⁹².

El sexo y los roles asociados al mismo son variables relevantes en la percepción de las necesidades de la salud⁸⁷. Muchas mujeres mayores de 65 años continúan ejerciendo el papel de cuidadoras de mayores dependientes, incluso cuando ellas mismas alcanzan esta situación⁹².

Se puede decir que el papel de la mujer como cuidadora y proveedora de la ayuda informal no termina nunca. Debido a la importancia que el soporte informal tiene en el hábitat rural, la mujer mayor procedente de zonas rurales suele disponer durante más tiempo de mayor autonomía en el desarrollo de las actividades diarias⁸⁸. Existen estudios que comprueban que percibirse como autoeficaces en el manejo de problemas resguarda el bienestar de las personas mayores y que el papel de la autoeficacia es importante para mantener la resistencia psicológica en la vejez⁹³. Estas características psicosociales

explican para muchos investigadores sociales la feminización de la vejez⁹³.

7. La variable hábitat: apoyo formal e informal

La variable hábitat se diferencia en rural y urbano. Son entornos donde se desenvuelve la vida social, cada uno de ellos con unas características y peculiaridades distintas y relevantes. Así, si se sitúan los entornos rurales y urbanos en un "continuum", en los primeros viven grupos de población menos numerosos y con menor densidad de población que en los siguientes. Su economía está poco diversificada y concentrada, generalmente, en el sector primario; existe menor pluralidad organizativa y el control social ejercido por los grupos primarios o informales es mayor. Destaca la importancia de la familia como unidad de producción, reproducción, socialización principal y cuidado de sus miembros. Por su parte, en los entornos urbanos, la densidad de población es alta, la esfera de lo privado se guarda más celosamente frente a intromisiones externas. La familia es sobre todo unidad de consumo. Hay un mayor control social ejercido por mecanismos formales, mayor diversidad ocupacional y son poblaciones más secularizadas⁸⁵.

En relación a esta dicotomía en el concepto "hábitat", los grupos sociales se distinguen, para su operativización, en grupos primarios y secundarios. Los primeros (o grupos de iguales) son los que forman, por ejemplo, los miembros de una familia y los compañeros, amigos... Son pequeños, desarrollan sus propias normas y costumbres, y en ellos la interacción es cara a cara, directa e intensa. Los grupos secundarios, como los que forman los miembros de una organización, son más

numerosos. Por ello, la interacción directa entre todos sus miembros no puede suceder, y no se crea un sentimiento de pertenencia al grupo del tipo que puede observarse en los primarios⁸⁵.

En relación a lo expuesto, el cuidado formal es el proporcionado a la persona mayor dependiente por parte de profesionales especializados, mientras que el informal es aquél que le proporciona la familia, vecinos, amigos... es decir, los grupos primarios, sin tener una formación específica⁸⁵.

El apoyo informal, como recurso, se caracteriza por su capacidad de adaptación a los diferentes niveles y necesidades del cuidado, ajustándose progresivamente a los requerimientos del aumento de dependencia en las personas mayores; muchas veces, independientemente de la existencia de recursos formales de apoyo, el apoyo informal no parece disminuir.

La bibliografía gerontológica demuestra como el entorno social es importante para el equilibrio psicológico⁹⁴, lo que beneficia el sistema físico del ser humano⁹⁵⁻⁹⁸. Como ejemplo, señalar la existencia⁹⁹ de relación entre la amplitud de las redes sociales y la hipertensión arterial: cuánto mayor es la primera, los medicamentos para la hipertensión y el control de ésta son más efectivos.

Con el fin de contextualizar nuestro estudio resulta relevante la comparación de hábitat rural vs. urbano en Galicia, igual que en otras comunidades donde fue notable el volumen de emigración del campo a la ciudad con el desarrollo del sector terciario. Su proceso de re-socialización en el área urbana deja una impronta particular y distinta a la de aquellos mayores que no emigraron y mantuvieron sus redes primarias intactas: las

percepciones de los mayores dependientes están pues, influidas tanto por las vivencias particulares definidas por la variabilidad del entorno como por un proceso histórico determinado (economía, desarrollo social y cultural...) que produce unos resultados similares a los hallados en otras comunidades españolas con características comunes¹⁷.

Marco del estudio

1. Hipótesis

Las necesidades percibidas por la población mayor de 65 años así como por sus cuidadores informales se relacionan con el hábitat de residencia, y se ven influidas por el género.

2. Objetivos

- Señalar, en una muestra de mayores de 65 años tomada en dos ayuntamientos gallegos, las principales necesidades en las siguientes áreas: situación económica, situación social, situación sanitaria/estado de salud.
- Conocer las percepciones de los mayores de la muestra sobre la jubilación y la Ley de Dependencia.
- Conocer la sobrecarga de los cuidadores de la muestra del estudio.
- Caracterizar, a través de la muestra, la población rural y urbana gallega mayor de 65 años y en particular, la dependiente.

3. Metodología

3.1. El proceso Delphi

En relación al objetivo principal de este estudio (las necesidades percibidas y la intervención sobre éstas en personas mayores dependientes), señalar que el concepto de necesidad social es inherente a la idea de Servicio Social. La historia de los Servicios Sociales se desarrolla en función del conocimiento de las necesidades y de la organización de la sociedad para satisfacerlas¹³. Por este motivo, la intervención

necesita de una primera fase de aproximación y conocimiento de las necesidades.

Por otro lado, en diversas ocasiones se ha intentado buscar una definición operativa del objeto de los Servicios Sociales, y siempre ha resultado difícil encontrar indicadores que evalúen de forma adecuada la calidad de vida y el bienestar social. La razón principal es que se parte de las percepciones del sujeto sobre cuáles son sus necesidades multifactoriales^{100,101}.

A pesar del mencionado problema metodológico, cuando hablamos de intervenciones socio-sanitarias (ya sean formales o informales) los conceptos más utilizados son los de "necesidad" y el de "calidad de vida".

Se pueden definir, en relación con lo expuesto, cuatro ámbitos de necesidades sociales y sanitarias específicas¹⁰⁰:

- Necesidad de acceder a los recursos socio-sanitarios.
- Necesidad de convivencia personal.
- Necesidad de integración social o de participar plenamente en la vida social.
- Necesidad de solidaridad social.

Es importante descubrir las vías mediante las que se originan las demandas¹⁴:

- Por ser expresada por el propio sujeto.
- Por ser percibida como demanda latente a través de la observación profesional o las investigaciones que se lleven a cabo.

Hay que tener en cuenta además, que el origen de la demanda se puede observar a través de diferentes vías. En este estudio se pretendían conocer las necesidades que

demandan las personas mayores de 65 años con algún tipo de dependencia en Galicia mediante un cuestionario creado para la detección de dichas necesidades.

La propia opinión del mayor sobre sus necesidades es la vía principal de detección de las mismas. Sin embargo, para conseguir una visión pluralista y que recoja todas las áreas gerontológicas deficitarias es útil la opinión y los conocimientos de expertos en la materia. Por ello, la observación profesional se ha reflejado mediante el estudio Delphi.

De este modo se explora y combina la información existente, siendo ésta más variada y completa. Mediante la técnica Delphi como método de identificación de necesidades se evitan además los sesgos, principalmente los derivados de la inducción del encuestador a la respuesta.

El diseño del método Delphi se contextualiza dentro de las técnicas con finalidades prospectivas, que facilita la afloración de acuerdos entre expertos. La técnica está expresamente diseñada para resolver los problemas derivados de situaciones en las que es útil combinar opiniones individuales para llegar a una visión de grupo y multidisciplinar sobre la naturaleza de un asunto. El Delphi es una técnica de grupo muy útil en la evaluación de necesidades socio- sanitarias. En este trabajo se ha aplicado para conocer las necesidades percibidas de la población gerontológica.

El proceso de consulta, orientado a la obtención de consensos acerca de la situación de la dependencia en la población mayor de 65 años, se realizó mediante dos rondas de consulta.

La primera circulación (Anexo 1) del cuestionario Delphi fue enviada el 19 de febrero de 2007. La 2ª circulación (Anexo 2) se envió el 2 de marzo de 2007, una vez transcurrido el período de espera fijado para remitirla a aquellos expertos que decidieron participar, dándose por finalizada la recepción de los formularios Delphi el 16 de marzo de 2007.

En las dos fases sucesivas de la encuesta se han propuesto 32 personas expertas a nivel nacional, del área de la Gerontología y Geriátrica. Se procuró que todas las áreas y profesiones vinculadas a la persona mayor tuviesen representación, tanto del ámbito social como del sanitario: medicina, psicología, sociología, psiquiatría, trabajo social, fisioterapia, enfermería, terapeuta ocupacional,... Se envió también, dentro del cómputo global de expertos, a representantes de instituciones y administraciones públicas relacionadas con la persona mayor. De las 32 personas a las que se envió el cuestionario, respondieron 14. A éstas se les envió la 2ª circulación en la que se reflejaron las medias de las respuestas obtenidas en la 1ª ronda con el fin de acercar/alejar posturas y puntos de vista comunes. De las 14 personas que colaboraron en el cuestionario de la 1ª circulación, 10 respondieron a la 2ª ronda y concluyeron, por tanto, el proceso Delphi completo.

El instrumento, el formulario Delphi, se diseñó como un cuestionario estructurado en 40 ítems (Anexos 1 y 2), en las que se incluyen áreas relacionadas con el envejecimiento demográfico y sus consecuencias en general, y la situación de dependencia de las personas mayores en particular. La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas

en situación de Dependencia ha sido también consultada mediante el cuestionario.

En las 40 afirmaciones se pidió el posicionamiento del panelista frente a una serie de propuestos, tanto en términos de prioridad o creencia en su ocurrencia real como de probabilidad o deseabilidad subjetiva.

Respecto a la formulación de los ítems, y para facilitar la matización de las respuestas, estos se presentaron como afirmaciones respecto a las que expresar pronósticos o deseos en una escala ordinal de rechazo o de adhesión de 1 a 7. A efectos de sistematizar la interpretación de las respuestas se agrupó la escala original de 1 a 7 en tres grupos: de 1 a 3 (interpretadas como rechazo o desconfianza/pesimismo de ocurrencia de la propuesta expresada); el intervalo 5-7 se interpretó como expresión de deseo o de adhesión a la proposición. Por último 4 expresaría indiferencia en el deseo o indefinición en el pronóstico.

3.2. Muestreo y procedimiento de recogida de datos

El trabajo de campo relacionado con las encuestas cuantitativas, se realizó en el ayuntamiento rural, Vilanova de Lourenzá, en la provincia de Lugo (Galicia), desde la segunda quincena de mayo hasta la primera semana de junio de 2007. En el ayuntamiento urbano, A Coruña (Galicia), las encuestas a personas mayores se realizaron a lo largo del mes de octubre de 2007.

El municipio de Vilanova de Lourenzá se localiza en el valle Val de Lourenzá, al Norte de la provincia de Lugo (Galicia). Pertenece a la Comarca de A Mariña Central. Ocupa una

superficie de 62,83 Km², y está dividido en diversas parroquias: Sto. Tomé, San Xurxo, S. Adrao y Sta. María de Vilanova. Su población total es de 2.620 personas, 1.290 hombres y 1.330 mujeres¹⁰². De la población total, 829 personas tienen más de 65 años (31,6%): 369 hombres y 460 mujeres.

El movimiento natural de la población laurentina en el año 2006⁹⁷ registró 21 nacimientos y 44 defunciones, obteniéndose un saldo vegetativo negativo (-23).

Los indicadores demográficos referidos al ayuntamiento rural estudiado son los siguientes:

Tabla 1. *Indicadores demográficos de Lourenzá*¹⁰³

Tasa bruta de natalidad (‰)	3,9
Tasa bruta de mortalidad (‰)	17,2
Índice de envejecimiento	286,9
Edad media a la maternidad	31,4
Número medio de hijos por mujer	0,7
Tasa bruta de nupcialidad (‰)	2,6

Por su parte, el ayuntamiento urbano, A Coruña, tiene una población total de 244.388 personas: 113.830 hombres y 130.558 mujeres. De los 244.388 habitantes, 69.407 tienen 65 o más años (28,4%), de los que 28.189 son hombres y 41.218 mujeres⁹⁷.

El saldo vegetativo en A Coruña también fue negativo, según los últimos datos oficiales disponibles⁹⁷, alcanzando un valor de -374 puntos (1.899 nacimientos y 2.273 defunciones). Por último, comentamos aquí los indicadores demográficos del ayuntamiento urbano seleccionado para la muestra:

Tabla 2. *Indicadores demográficos de A Coruña*¹⁰³

Tasa bruta de natalidad (‰)	7,9
Tasa bruta de mortalidad (‰)	9,6
Índice de envejecimiento	130,7
Edad media a la maternidad	32,1
Número medio de hijos por mujer	1,0
Tasa bruta de nupcialidad (‰)	2,6

Para la realización de las entrevistas ad hoc sobre necesidades percibidas, el ayuntamiento de Lourenzá colaboró y aceptó nuestra petición de cedernos el Padrón municipal de mayores de 65 años del ayuntamiento para realizar la selección probabilística aleatoria de la población de estudio. La muestra se estratificó de tal forma que se viesen reflejados los criterios poblacionales según edad, género, ámbito de residencia (institucionalizado/en su domicilio) y la prevalencia de la dependencia en Galicia².

Para la selección de la muestra en A Coruña, debido a las dificultades para la obtención del Padrón municipal, se firmó un convenio con la Concejalía de Servicios Sociales para poder realizar las entrevistas, mediante muestreo no probabilístico por casos consecutivos. En el intervalo de tiempo prefijado para realizar las técnicas metodológicas se escogieron de entre los voluntarios aquéllos que cumplieran los criterios de selección, hasta alcanzar el número definido. Para la selección de los participantes se recurrió a centros cívicos municipales, a la Oficina Municipal de la Dependencia y centros de día de titularidad privada.

El tamaño de la muestra se estableció considerando un nivel de confianza del 95,5% y $p=0,10$ $q=0,90$ $p*q=0,09$. Se garantizó un error máximo de $\pm 5\%$, y ajuste por pérdidas. Se estableció así un tamaño muestral necesario de 138 entrevistas en Lourenzá y 157 en A Coruña.

3.3. Instrumentos de evaluación

Se comenzó con la construcción de los instrumentos de evaluación mediante la creación de un formulario Delphi para expertos en Gerontología y Geriátrica, y un cuestionario ad hoc destinado a detectar las necesidades percibidas y las soluciones aportadas desde el punto de vista de los mayores. En ambos instrumentos se reflejó el concepto multidimensional de salud que abarca tanto aspectos subjetivos como objetivos.

La metodología utilizada en este estudio transversal de tipo descriptivo combinó técnicas cualitativas y cuantitativas para ofrecer una descripción de la muestra lo más completa posible. Si bien ambos cuestionarios son de tipo cuantitativo, a la hora de realizar las encuestas se tuvieron en cuenta y se hicieron anotaciones de las aportaciones de tipo cualitativo que realizaron los mayores participantes.

El cuestionario de elaboración propia (Anexo 3), diseñado a partir de cuestionarios validados por el Instituto Nacional de Estadística (INE)¹⁰⁴ y el IMSERSO⁴¹, se dividió en seis áreas:

- Datos sociodemográficos
- Estado de salud y servicios sanitarios
- Situación económica
- Situación social y recursos sociales

- Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia
- Jubilación

En el cuestionario se incluyó la Escala de Zarit¹⁰⁵ para evaluar la sobrecarga de los cuidadores informales.

Previo al cuestionario, se valoró la dependencia del participante mediante test validados: MEC (Mini-Examen Cognoscitivo) de Lobo¹⁰⁶ (versión adaptada y validada en España del MMSE de Folstein) e Índice de Barthel¹⁰⁷.

Se tuvo en cuenta también el discurso del participante, puesto que los datos cualitativos aportados de este modo proporcionaron información útil en relación a las áreas fundamentales a tener en cuenta en la estimación de las necesidades percibidas: bienestar emocional, bienestar físico, bienestar económico, relaciones interpersonales y autonomía.

3.4. Entrenamiento previo

La fase de muestreo y recogida de datos se inició con un entrenamiento previo para aplicar el cuestionario creado, comprobando si existían errores en dicho instrumento y estimando el tiempo de realización por persona.

Una vez diseñado el cuestionario, dos investigadoras del Grupo de Investigación en Gerontología de la UDC hicieron un entrenamiento para desarrollar el trabajo de campo. Éste consistió en establecer criterios homogéneos a la hora de interpretar las respuestas de los participantes, además de hacer un control sobre el tiempo estimado que duraría realizar cada cuestionario. Se pretendía pues elaborar instrucciones comunes a ambas investigadoras, con el objeto de obtener la mayor

estandarización en la respuesta y en la valoración previa de la dependencia.

3.5. Aplicación de las entrevistas

En el hábitat urbano, los profesionales de los centros colaboradores difundían la información acerca del objetivo del estudio y señalando una hora y lugar para aquellos que quisiesen participar.

Las investigadoras se desplazaban a la institución en las citas fijadas para la realización de las entrevistas. Antes de empezar la encuesta los participantes eran informados nuevamente sobre la intención y los objetivos del estudio. Además de garantizarse su confidencialidad, se solicitó su consentimiento informado por escrito. En los casos en los que la persona mayor no podía firmar el Consentimiento Informado (Anexo 4), éste era firmado por su cuidador principal.

Una vez que las personas manifestaban su acuerdo de colaboración comenzaba la encuesta individual.

En el ayuntamiento de Lourenzá, debido a las dificultades de movilidad, todas las entrevistas fueron realizadas individualmente en sus propios hogares. Al ser un muestreo aleatorio mediante el Padrón Municipal, se disponía de la dirección postal y se les informó por correo postal previamente sobre las condiciones del estudio.

La cumplimentación, realizada en todos los casos por las investigadoras, requirió un tiempo aproximado de entre 20 y 30 minutos.

En los casos en los que la persona mayor no podía por motivos cognoscitivos o físicos, responder, la encuesta se

cumplimentaba mediante las respuestas de su cuidador o cuidadora principal.

3.6. Análisis de datos

La información aportada por los profesionales que participaron en el Delphi ha sido sometida a un análisis tanto cualitativo como cuantitativo, siguiendo las pautas que se suelen utilizar en las aplicaciones de esta técnica (estudio de la media y la mediana, observación de los gráficos de cajas y dispersión...).

Para el análisis descriptivo se utilizó la media, reemplazando los valores perdidos por la media de la serie. Para observar el grado de dispersión en las respuestas del 50% central de los panelistas se tuvieron en cuenta también los percentiles 25 y 75, que muestran dicho grado. Para visualizar con más claridad los resultados de los diferentes análisis, cada cuestión se acompañó de histogramas con la distribución de frecuencias de las respuestas.

Los datos cuantitativos obtenidos fueron estandarizados mediante tratamiento informático con el programa estadístico SPSS versión 14.01¹⁰⁸.

Resultados y discusión

En este apartado expondremos la descripción de las características de las áreas estudiadas:

- Contexto de las necesidades percibidas de las personas mayores desde el punto de vista de los profesionales en geriatría y gerontología.

- Variables socio-demográficas analizadas:

- Sexo y edad
- Estado civil
- Nivel de instrucción alcanzado
- Nivel profesional anterior

- Variables relacionadas con el estado de salud y los recursos sanitarios:

- Problemas que generen discapacidad al sujeto y el tipo de discapacidad
- Autopercepción del estado de salud
- Dolencias o enfermedades originadas por la discapacidad
- Enfermedades diagnosticadas por el médico de cabecera
- Frecuencia de las visitas al médico de cabecera
- Información disponible sobre los recursos sanitarios
- Acceso a los recursos sanitarios
- Aspectos que mejorarían la atención sanitaria
- Necesidades percibidas más importantes para la salud personal

- Respecto a la situación económica de la persona mayor, nos centramos en los siguientes aspectos:

- Procedencia de los ingresos principales
 - Cuantía de los ingresos principales
 - Suficiencia de los ingresos totales
 - Necesidades percibidas de tipo económico más importantes para la persona
- En el área de la situación social y los recursos sociales, las variables estudiadas fueron:
- Número de personas con quien convive
 - Motivo de vivir solo (si es el caso)
 - Grado de relación con la familia/persona mayor que se cuida
 - Recepción de ayuda por parte de familiares y/o amigos
 - Recepción de ayuda por parte de personal contratado, voluntariado...
 - Frecuencia de la ayuda
 - Necesidad de tener más ayuda
 - Información disponible sobre los recursos sociales
 - Acceso a los recursos sociales
 - Aspectos que mejorarían la atención social
 - Recursos sociales que disfruta o disfrutó
 - Necesidades percibidas más importantes para la atención social
 - Necesidades percibidas más importantes para situación social y sanitaria de la persona
- Respecto a la Ley de Dependencia, se preguntaba sobre el conocimiento de ésta y las áreas de las que se podría beneficiar como persona mayor.

- Por último, se incluyeron preguntas sobre la jubilación, en relación al grado de satisfacción con la etapa post-laboral.

1. Resultados del proceso Delphi

Del análisis de las respuestas de los expertos consultados se extrajeron las siguientes conclusiones:

1. Rechazo al incremento de servicios gerontológicos en centros institucionales para las personas mayores dependientes que vivan solas.
2. No se observa que en un futuro próximo se eleve la prevalencia de enfermedades degenerativas (neurológicas, cardiovasculares, osteo-articulares, etc.) que incremente la tasa de dependencia de las personas mayores. Sin embargo, parece un hecho poco probable que el número de personas mayores de 65 años capaz de realizar sin ayuda las actividades de la vida diaria aumente.
3. El cuidado personal y para el desplazamiento son consideradas las situaciones más determinantes de la dependencia.
4. Los expertos consultados se mantienen escépticos a la hora de aceptar que el nivel de calidad de vida de los mayores de 65 años dependientes se incremente notablemente con la puesta en marcha de la Ley de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia. La dificultad para que el nuevo sistema de dependencia dé cobertura a este grupo etario así como la incredulidad ante el aumento del número de recursos y profesionales de la Gerontología, se aducen

como causas limitadoras del incremento de la calidad de vida. La gestión de los servicios sociales y sanitarios, alejada de los criterios de eficacia, eficiencia y efectividad, también es puesta en duda según el panel de expertos.

5. Acerca de las diferencias entre hábitat (rural/urbano) señalar que la opinión común explicita la necesidad de definir programas específicos según el medio. En el mismo sentido, existe un amplio acuerdo acerca de la persistencia de las diferencias en el conocimiento y acceso a los recursos socio-sanitarios en los hábitat mencionados.
6. Prioridad consensuada sobre la necesidad de mejorar el estado de salud de los mayores de 65 años dependientes y de sus cuidadores informales. El papel de éstos será mayor, al priorizarse con la nueva Ley el mantenimiento del mayor en el hogar. No obstante, los expertos consultados no se muestran, en general, de acuerdo en que este hecho mejore la situación económica, física y psíquica ni del cuidador principal ni de las familias en general. Sí coinciden en señalar que la protección a los cuidadores principales debe contemplar medidas laborales, desgravación fiscal y ayudas económicas.

En lo que se refiere a los aspectos económicos, es relevante señalar que si bien se valora como muy importante alcanzar el objetivo propuesto para antes del 2015, según el cual el nuevo Sistema de Nacional de Dependencia (SND) conseguirá autofinanciarse, la confianza en que esta meta se realice es totalmente pesimista. En esta línea los expertos se

muestran cautos al afirmar que Galicia conseguirá aportar el porcentaje fijado para la co-financiación del SND dentro del plazo acordado. Sí hay consenso amplio en que se incrementará la financiación de los servicios sociales y sanitarios.

Los profesionales consultados opinaron también que la implicación del ciudadano en esta Ley y su posterior desarrollo es escasa, y sólo los directamente implicados lo consideran un problema importante.

Resultados más relevantes del proceso Delphi

- No es adecuado potenciar la institucionalización de personas mayores que vivan solas
- La dependencia se incrementará por motivos de edad, y no por la mayor presencia de enfermedades degenerativas en edades más jóvenes
- El cuidado personal y para el desplazamiento son los servicios más necesarios para los mayores con dependencia
- Escepticismo ante la Ley de Dependencia como vehículo canalizador de una mejora de la CV en los mayores de 65 años
- Necesidad de diseñar programas de intervención específicos según el hábitat
- Prioridad en la mejora de servicios destinados a la cuidadora informal: medidas laborales, desgravación fiscal y ayudas económicas

2. Informe DAFO de la situación de las personas mayores dependientes en Galicia

A partir del análisis de la media de cada cuestión (tanto de los valores de "Prioridad" como de "Probabilidad") y la

agrupación de éstas en los intervalos creados se elaboraron y clasificaron las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades que se presentan a continuación (DAFO).

Para la elaboración de este análisis DAFO se tuvo en cuenta la visión de los expertos consultados. También fue importante la revisión bibliográfica y de los datos cuantitativos referidos a las personas mayores en general, y a aquellas con algún tipo de dependencia física o cognoscitiva en particular. A continuación se detallan las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades que hemos extraído.

Factores internos

1. Fortalezas

- Más del 20% de la población total gallega es mayor de 65 años, el estado de salud de éstos es regular o bueno¹⁰⁴
- Este porcentaje de mayores con un estado de salud bueno o regular es un potencial colchón de apoyo social (por ejemplo, voluntariado)
- Bajo porcentaje de personas mayores que viven solas y bajo porcentaje de personas mayores solteras. Ambos datos se relacionan con las estrategias para afrontar la situación de dependencia^{109,110} ya que el estado civil influye notablemente en el estado de salud y la autopercepción del mismo. En esta línea la calidad de vida se ve incrementada
- Red social de importante calidad y cantidad (familiar y vecinal) que disminuye la necesidad de un gran gasto en asistencia socio-sanitaria

- Tendencia cultural a mantener al mayor en casa, fuente de envejecimiento positivo y saludable

2. Debilidades

- Estructura de población envejecida superior a la media nacional^{111,112}
- Elevado índice de envejecimiento (130,4%)¹¹²
- Porcentaje de población dependiente mayor de 65 años superior a la media nacional¹¹³
- Envejecimiento femenino superior a la media nacional^{111,112} lo que provoca mayores tasas de dependencia a edades más elevadas, debido a la mayor esperanza de vida femenina
- Elevado porcentaje de personas iletradas, especialmente de las mujeres
- Existencia de un fuerte control social que delimita la vida social de la mujer mayor, creando problemas de salud y sociales (depresión, ansiedad, soledad...)
- Sobrecarga de las familias, en particular de la mujer
- Dispersión de la población
- Incremento del sobreenvjecimiento de las zonas rurales
- Índices de cobertura de los servicios sociales para mayores dependientes inferiores a la media española¹¹³
- Falta de recursos socio-sanitarios formales para atender a los mayores en situación de dependencia

Estrategias

- Enfoque comunitario en los servicios sociales municipales para aprovechar eficientemente los recursos disponibles
- "Emponderamiento" como proceso beneficioso tanto para el mayor como para el contexto social general, al

permitir a los mayores ser dueños de las decisiones sobre aspectos socio-sanitarios y económicos que les afecten. Potenciar la participación social de los mayores, les permite fortalecer su autonomía, al mismo tiempo que se avanza hacia una sociedad más justa y democrática

- Formación de voluntariado mayor de 65 años en acciones altruistas: acompañamiento de mayores con dependencia física y cognoscitiva, actividades relacionadas con el turismo y la promoción de la cultura...
- Promoción de la salud y la autonomía personal para promocionar el envejecimiento positivo y saludable

Factores externos

3. Oportunidades

- Galicia es la Comunidad que más debe incrementar el gasto en dependencia del PIB. Esta necesidad se puede convertir en una meta que producirá repercusiones positivas y notables en las personas mayores y en los cuidadores
- La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención¹ a las personas en situación de Dependencia fomenta el cuidado informal, principal soporte de la persona mayor en esta Comunidad
- Generación de empleo, principalmente de grupos en riesgo de exclusión laboral como mujeres y mayores de 45 años

- Equiparación de Galicia a la media española en la cobertura de los servicios socio-sanitarios
- Aumento de la coordinación entre ambos servicios e implantación de programas centrados en el hábitat de la persona
- Creciente presencia de empresas y asociaciones vinculadas a los servicios gerontológicos dispuestas a realizar cambios estratégicos que beneficien a los usuarios al mismo tiempo que consolidan su estructura e imagen empresarial y asociativa dentro del sector

4. Amenazas

- Posibilidad de que el SND se convierta en un elemento de participación y no de coordinación
- No discrecionalidad en la distribución financiera del SND
- Pobreza en la participación de las entidades locales
- Complicación de los accesos y dificultad de los medios de transporte: aislamiento socio-sanitario de los mayores rurales que representa un elevado porcentaje de la población gallega de 65 años y más
- Escasa utilización de los recursos disponibles (SAD, Teleasistencia...) sobre todo en el área rural debido al desconocimiento de los mismos. Las prestaciones del SND pueden seguir el mismo camino
- Falta de recursos existentes (residencias, centros de día...) para dar cobertura al 100% de las personas con dependencia
- Incremento de la sobrecarga de los profesionales socio-sanitarios

- Dificultad de acceso a los recursos por motivos económicos: un alto porcentaje de población se encuentra en un umbral económico que sobrepasa el límite de acceso por la vía pública pero que es insuficiente para acceder a través de la vía privada
- Índice de cobertura social que dista significativamente de la media nacional, a pesar de tener una población muy envejecida en términos comparados entre Comunidades Autónomas⁴⁷
- Nivel bajo de gasto social actual estimado que se contrapone al porcentaje de población mayor de 65 años dependiente, mayor que la media nacional
- Con el mayor acceso de la mujer al mercado laboral, se crea la necesidad de suplir con apoyos formales el trabajo de cuidado que antes realizaban éstas
- La propuesta de financiación planteada por el Ministerio (una media de 1014 euros mensuales para la asistencia a cada gran dependiente y 561 euros mensuales de prestación al cuidador familiar, cofinanciado todo al 50% entre Estado y Gobierno autonómico) supone para Galicia, con índice de envejecimiento del 130,4%, dispersión geográfica y con las pensiones más bajas del país, una carga financiera mayor que para otras CCAA
- Dichas estimaciones medias suponen una financiación muy alta que tendrá que correr a cargo del beneficiario del SND, a la cual en la mayoría de los casos no podrá hacer frente

Estrategias

- Paso de la planificación global a la concreta, centrada en aspectos demográficos como el género y el hábitat de residencia
- Creación de recursos formales (económicos y humanos) como apoyos a la ayuda informal de tipo familiar y/o vecinal
- Promoción del cuidado de los/as cuidadores/as principales de mayores dependientes
- Desarrollo de la coordinación socio-sanitaria a través de la coordinación de programas
- Incremento de la profesionalización de ambos sistemas así como la formación de familiares
- Discriminación “positiva” en relación con la edad aplicada a las políticas socio-sanitarias
- Necesidad de financiación adicional, mediante el segundo nivel de financiación, acordado entre el Ministerio y las CCAA para absorber el déficit que el copago no podrá cubrir en Galicia.

Para subsanar las carencias detectadas en los servicios ofrecidos principalmente en las áreas rurales deberemos de romper el modelo de sistematización homogénea de los servicios sociales creando programas de intervención que sean reales y pongan en marcha las verdaderas necesidades de este colectivo. Es decir, escuchar directa o indirectamente mediante técnicas sociales de investigación adecuadas las insuficiencias de la población diana. Una investigación ajena a la comunidad que se desea estudiar supone alejarse del auténtico conocimiento de sus necesidades y demandas.

Como señalábamos anteriormente existen una serie de entornos discapacitantes¹⁷ que, unidos al cambio en las estructuras familiares, dificultan la presencia social del modelo de apoyo informal.

La heterogeneidad en la variable "tipo de hábitat"¹¹⁴ de los mayores dependientes requiere una planificación especial para una sociedad de tan peculiares circunstancias, que establezca características diferenciales mediante programas acordes a las necesidades reales de la población objeto. Lo mismo sucede en los programas destinados a sus cuidadores informales.

En línea con la variable "tipo de hábitat", se introduce la perspectiva de género como problema añadido ya que las mujeres mayores dependientes son, como expusimos, cuantitativamente un grupo de interés para el diseño y la ejecución de los proyectos de investigación biomédica y socio-sanitaria.

Resultados más relevantes del análisis DAFO	
<i>DEBILIDADES</i>	<i>AMENAZAS</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Índice de envejecimiento superior a la media nacional (130,4%)▪ Elevado envejecimiento femenino: analfabetismo y sobrecarga▪ Sobreenvejecimiento en zonas rurales	<ul style="list-style-type: none">▪ SAAD como elemento de participación vs. coordinación▪ Dificultades de financiación del SAAD: mayor co-pago▪ Falta de recursos socio-sanitarios previos▪ Dispersión poblacional

<i>OPORTUNIDADES</i>	<i>FORTALEZAS</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Necesidad de incrementar el gasto en dependencia (SAAD) ▪ Generación de empleo: mujer y mayor de 45 años ▪ Desarrollo de la iniciativa privada de tipo gerontológico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 20% buen estado de salud: potencial colectivo para participación social ▪ Bajo % viven solos ▪ Red social, cantidad y calidad ▪ Tendencia cultural a mantener al mayor en casa

3. Las necesidades percibidas: hábitat y perspectiva de género

3.1. Descripción de los datos socio-demográficos. Rural vs. urbano

Para la representación descriptiva de la muestra, nos hemos decantado por mostrar los datos obtenidos haciendo una distinción por hábitat, respondiendo así a los objetivos diseñados para este estudio.

Creemos que la conceptualización de las diferencias existentes entre las necesidades percibidas en el medio rural y en el urbano gallego se visualizará más fácilmente, y se logrará una mejor comprensión.

Refiriéndonos al **análisis socio-demográfico de la muestra** (Tabla 3), observamos que de las 296 personas entrevistadas, 261 eran personas mayores de 65 años y 35 eran cuidadoras (34 mujeres y 1 hombre) de mayores dependientes (94 hombres y 167 mujeres). En total, el 32,1%

de la muestra son varones, y el 67,9% restante, mujeres. Se cumple así el criterio demográfico de la existencia de más mujeres que hombres en edades adultas, el ya mencionado fenómeno de la feminización de la vejez.

En relación a la edad, la mayor frecuencia se situó en el intervalo 75-84 años (41,2%), seguido del intervalo de 65-74 años (40,5%) y por último el grupo de 85 y más años (18,2%).

Si consideramos la distribución según ambas variables, edad y sexo, observamos que:

Tabla 3. *Distribución de la muestra según sexo y edad en grupos quinquenales*

Edad	Sexo	
	Hombres	Mujeres
65-74 años	32 (26,7%)	88 (73,3%)
75-84 años	50 (41,0%)	72 (59,0%)
≥ 85 años	13 (24,1%)	41 (75,9%)

El grupo más numerosos en los varones es el de 75 a 84 años. Sin embargo, en el caso de las mujeres, las del grupo quinquenal más joven han sido las más participativas en el estudio.

A continuación en las siguientes tablas observamos, para la muestra total, los valores obtenidos en las variables estado civil, nivel de instrucción máximo alcanzado y nivel laboral anterior. Señalaremos también las diferencias según sexo puesto que, como establecimos en los objetivos generales de este estudio, se parte del concepto de género como variable útil en la descripción de las necesidades percibidas.

Tabla 4. Distribución de la muestra según estado civil y sexo

Estado civil	Sexo	
	Hombres	Mujeres
Soltero/a	28,9%	71,1%
Casado/a	44,2%	55,8%
Separado/a	60,0%	40,0%
Divorciado/a	42,9%	57,1%
Viudo/a	17,9%	82,1%

En relación al estado civil (Tabla 4) podemos apreciar como se cumple la característica sociológica de la mayor "soltería" en las mujeres. Del mismo modo las situaciones de viudedad son también mayoritarias en el sexo femenino. Como se expuso en apartados anteriores, la explicación socio-demográfica a tal suceso poblacional responde por un lado a la tradicional diferencia de edad entre los matrimonios, la mayor esperanza de vida de las mujeres y los comportamientos matrimoniales que inducen al hombre viudo o divorciado/separado a casarse de nuevo, al contrario de lo que sucede en las conductas femeninas.

Por lo tanto, estos fenómenos sociológicos explican la mayor presencia de mujeres viudas y solteras, y por ende la menor presencia de varones viudos y casados.

Si nos referimos al nivel de instrucción (Tabla 5), lo más común es que las personas mayores sean iletradas. Los condicionantes históricos y sociales de la cohorte sujeto de estudio provocaron que muchas personas no pudiesen alcanzar

un nivel académico mayor, y entre las mujeres este fenómeno es notablemente mayor que en los hombres.

Hay que tener en cuenta sin embargo, y a efectos de realizar proyecciones de futuro, que el nivel educativo de la población está incrementándose notablemente, y con ello sus expectativas de vida, sus proyectos vitales, intereses y por supuesto, este hecho implica la modificación de las necesidades percibidas y las objetivas.

Tabla 5. *Distribución de la muestra según nivel de instrucción y sexo*

Nivel de instrucción	Sexo	
	Hombres	Mujeres
Iletrado	5,3%	13,9%
Sin estudios	51,6%	50,8%
Primarios	27,3%	24,4%
Secundarios	14,7%	9,5%
Universitarios	1,1%	1,5%

En el caso del nivel laboral (Tabla 6) alcanzado por la población de estudio, la mayor parte de los entrevistados tenían una cualificación laboral baja. Es relevante señalar, como veremos en párrafos posteriores, que la submuestra rural influyó de manera importante en el incremento de la categoría "Cualificación baja" puesto que la gran mayoría de la muestra estaba dedicada a tareas relacionadas con la ganadería y la agricultura.

Señalar también la hegemonía total de las mujeres en la categoría "Tareas domésticas", lo que se explica debido a la asignación tradicional de roles según el género.

Tabla 6. *Distribución de la muestra según nivel laboral anterior y sexo*

Nivel laboral	Sexo	
	Hombres	Mujeres
Tareas domésticas	0,0%	23,9%
Cualificación Baja	46,9%	42,3%
Cualificación Media	22,6%	11,4%
Cualificación Alta	1,1%	2,5%
Autónomo, artesano	28,4%	18,9%
No ha trabajado nunca	1,1%	1,0%

Respecto al estado de salud de la muestra (Tabla 7), los participantes mayores de 65 años señalaron sentirse, en general, regular respecto a su estado de salud percibida.

Tabla 7. *Autopercepción del estado de salud y sexo*

Estado de salud	Total	Sexo	
		Hombres	Mujeres
Muy bueno	3,4%	3,2%	3,5%
Bueno	29,1%	30,1%	29,3%
Regular	38,2%	36,6%	39,9%
Malo	22,0%	24,7%	21,2%
Muy malo	5,7%	5,4%	6,1%

En un 54,1% (Tabla 8) señalaron tener alguna enfermedad que les producía discapacidad en una o varias de sus actividades de la vida diaria (AVD), principalmente en aquellas actividades básicas de la vida diaria (ABVD) relacionadas con el cuidado y aseo personal, y en aquellas actividades instrumentales (AIVD) como la realización de tareas domésticas (cocinar, limpiar, planchar...) o salir a realizar la compra u otras gestiones como ir al banco. Existen, por supuesto, también casos en los que la presencia de una o varias enfermedades genera una discapacidad moderada o grave. La dependencia de tipo físico fue la de mayor frecuencia (58,0%) de los casos en los que los mayores eran dependientes (54,1%).

Tabla 8. Presencia de algún tipo de discapacidad según sexo

Presencia de discapacidad	Total	Sexo	
		Hombres	Mujeres
No	45,9%	55,8%	56,2%
Sí	54,1%	44,2%	43,8%
Física	58,0%	34,7%	35,8%
Psíquica	17,7%	11,6%	10,5%
Sensorial	12,7%	8,4%	7,5%
Varias	11,6%	45,3%	46,3%

La presencia de enfermedades diagnosticadas por el médico (Tabla 9), se convierte en una variable relevante y a tener en cuenta a la hora de describir el estado de salud general de la muestra a estudiar. Como señalábamos, la mayor parte de la muestra dice tener un estado de salud "Regular" y dos

enfermedades que le causen algún tipo de dependencia para realizar una o varias AVDS.

Tabla 9. *Número de enfermedades diagnosticadas por el médico de cabecera*

Número de enfermedades	Frecuencia	%
0	23	7,8%
1	71	24,0%
2	98	33,1%
3	71	24,0%
4	22	7,4%
5	9	3,0%
6	1	0,3%
7	1	0,3%

Enfermedades relacionadas con los huesos (artrosis, artritis, reuma...) (Tabla 10) son en las que se observa mayor frecuencia de aparición, seguidas de aquellas enfermedades relacionadas con el aparato circulatorio. No existe relevancia entre la frecuencia del número de enfermedades ni en la enfermedad señalada por el sujeto según el sexo.

Tabla 10. *Presencia de enfermedad y enfermedades más diagnosticadas por el médico*

	Frecuencia	%
No presencia de enfermedad	26	8,8%
Sí ¿Cuáles?	270	91,2%
Huesos	134	45,3%
Visión	40	13,5%

Audición	36	12,2%
Respiratorios	34	11,5%
Circulatorios	102	34,5%
Diabetes	45	15,2%
Memoria	16	5,4%
Hipertensión	65	22%
Depresión, tristeza	40	13,5%
Demencia	14	4,7%
Alzheimer	7	2,4%
Párkinson	5	1,7%
Insomnio	10	3,4%
Cáncer	8	2,7%
Digestivas	12	4,1%
Afecciones genitales/urinarios	36	12,2%
Otras	22	7,4%

Por último, analizamos la variable "¿Con qué frecuencia visita al médico siempre que no sea para medir la tensión o ir a buscar recetas?" (Tabla 11). Es necesario indicar que la mayoría de los sujetos (64,4%) señalaron que iban al médico a consultarse y al mismo tiempo se medían la tensión y pedían las recetas necesarias para el tratamiento que seguían. Por este motivo, se decidió tener en cuenta las visitas totales al médico, en las que además de consultarse el sujeto se midiese la tensión o aprovecharse para pedir recetas. No se tuvieron en cuenta las visitas a médicos especialistas.

Tabla 11. Frecuencia en las visitas al médico de cabecera según sexo

Número de visitas	Sexo		
	Total	Hombres	Mujeres
1 vez a la semana	1,4%	1,06%	1,5%
1 ó 2 veces al mes	40,9%	42,5%	40,5%
Cada 2 ó 3 meses	26,0%	15%	31,0%
Cada 4 ó 5 meses	8,4%	9,6%	8,0%
1 ó 2 veces al año	19,3%	25,5%	16,5%
No en los últimos 12 meses	3,4%	5,3%	2,5%

A continuación se detallan los datos de las **variables socio-demográficas** en relación al hábitat, **en los ayuntamientos rural y urbano** estudiados, Vilanova de Lourenzá en la provincia de Lugo (Galicia) como ayuntamiento con características de ruralidad, y A Coruña (Galicia) como ayuntamiento urbano.

En el ayuntamiento rural (Tabla 12), la muestra estuvo formada por 138 sujetos, de los cuales 92 eran mujeres (66,7%) y 46 varones (33,3%). La mayor presencia de mujeres en la muestra del hábitat rural, fiel reflejo de la situación demográfica de la población real de 65 y más años, se observa al detallar que participaron 109 mujeres (69,0%) y 49 hombres, que constituyen el 31% de la muestra urbana. Existe una evidente mayor participación de la mujer urbana en actividades extra-domésticas relacionadas con los centros cívicos, así como una mayor asistencia de éstas a centros cívicos que los hombres.

Además del posible sesgo al no tener en cuenta la relación de masculinidad por grupos quinquenales, las historias de vida nos confirmaron las diferencias en el uso del tiempo en

los mayores, marcadas por el tipo de actividad¹¹⁵. En general los hombres leen más y oyen la radio, al mismo tiempo que acuden con más asiduidad a cafeterías y centros sociales. Ellas, al mantenerse en un plano principalmente doméstico han sido menos accesibles a la hora de realizar este estudio. Las mujeres más mayores realizan actividades exteriores de periodicidad semanal (acudir a talleres de memoria, de cultura, de manualidades, centros cívicos...) además de salir más a pasear, practicar alguna actividad deportiva moderada, acudir a espectáculos... Esta información difiere según hábitat. En el entorno rural, hombres y mujeres realizan actividades muy similares e incluso compartidas (siembra y recolección de productos agrícolas...) Todas ellas se realizan en cooperación con familiares y amigos, manteniendo así la red social primaria que han forjado a lo largo de su vida. En las urbes sin embargo, predomina la agrupación por sexos para la realización de las prácticas de ocio.

Tabla 12. *Muestra rural vs. urbana. Diferencias según grupos quinquenales de edad*

Edad	Rural		Urbano	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
65-74 años	48	34,8%	72	45,6%
75-84 años	60	43,5%	62	39,2%
≥ 85 años	30	21,7%	24	15,2%

Respecto al estado civil (Tabla 13), señalar que los comportamientos son similares en ambos hábitat, si bien es destacable el mayor número de personas que se divorcian en el

urbano, y el mayor número de personas mayores de 65 años viudas del rural. La socialización según el entorno, como ya hemos comentado implicada con los grupos primarios y el control social en el hábitat rural y con los grupos secundarios y el individualismo en el urbano, es una respuesta adecuada a esta situación en relación a la variable "Estado civil".

Tabla 13. Muestra rural vs. urbana. Diferencias según estado civil

Estado civil	Rural		Urbano	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Soltero/a	19	13,8%	19	12,0%
Casado/a	57	41,3%	72	45,6%
Separado/a	0	0,0%	5	3,2%
Divorciado/a	2	1,4%	5	3,2%
Viudo/a	60	43,5%	57	36,1%

Como se comentaba al hablar de la muestra total, existe una clara primacía de los mayores sin estudios (es decir, saben leer y escribir pero han acudido al colegio menos de tres años) y de los que tiene estudios primarios (Tabla 14). En la ciudad, aunque las posibilidades de que los mayores de estas cohortes tuviesen estudios, es significativo el hecho de que muchos de ellos proceden del hábitat rural. El fenómeno de la emigración es un factor determinante a la hora de estudiar las características socio-demográficas de la población.

Este fenómeno migratorio tiene gran influencia a la hora de explicar la actividad laboral desempeñada antes de la jubilación. Como se puede observar en la tabla 15, en el hábitat urbano existe una gran proporción (un cuarto de la muestra

urbana) que ha trabajado en las tareas domésticas, sin actividad remunerada fuera del hogar. La diferencia con las mujeres encuestadas del rural radica en que éstas han cotizado por su actividad agraria, además, por supuesto, de realizar las tareas domésticas asignadas a la mujer en el desempeño de los roles tradicionales.

Tabla 14. Muestra rural vs. urbana. Diferencias según nivel de instrucción alcanzado

Nivel de instrucción	Rural		Urbano	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Iletrado	28	20,3%	5	3,2%
Sin estudios	84	60,9%	67	42,4%
Primarios	20	14,5%	55	34,8%
Secundarios	6	4,3%	27	17,1%
Universitarios	0	0,0%	4	2,5%

Tabla 15. Muestra rural vs. urbana. Diferencias según nivel laboral anterior

Nivel laboral	Rural		Urbano	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Tareas domésticas	17	12,3%	40	25,3%
Cualificación Baja	73	52,9%	48	30,4%
Cualificación Media	9	6,5%	35	22,2%
Cualificación Alta	1	0,7%	5	3,2%
Autónomo, artesano	36	26,1%	29	18,4%
No ha trabajado	2	1,4%	1	0,6%

En la ciudad cobran especial relevancia aquellas personas que han desarrollado una tarea con cualificación media (Tabla 15), en relación al desarrollo del Sector Servicios o Terciario que recibió gran parte del contingente de personas de la emigración campo-ciudad.

Respecto al estado de salud de la población urbana y de la rural de la muestra, observamos algunas diferencias. Si bien existen en la muestra más personas mayores con algún tipo de dependencia (Tabla 16), es de señalar que en el rural la segunda frecuencia más habitual deriva de problemas psíquicos mientras que en el urbano, es de problemas de tipo sensorial. Sin embargo, los porcentajes nos muestran que no son diferencias radicales.

Tabla 16. *Muestra rural vs. urbana. Presencia de algún tipo de discapacidad*

Presencia de discapacidad	Rural		Urbano	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
No	53	38,1%	72	43,8%
Sí	85	61,9%	86	56,2%
Física	50	36,2%	50	31,6%
Psíquica	20	14,5%	12	7,6%
Sensorial	10	7,2%	13	8,2%
Varias	5	4,0%	11	8,8%

En relación con lo que sucedía al analizar la muestra general, también por hábitat existe en la muestra una mayor frecuencia de personas que señalan tener algún tipo de

dependencia que influya en la realización de una o varias de la AVD. El hecho de que uno de los objetivos de este estudio fuese analizar las necesidades percibidas por mayores dependientes es pues, un sesgo que se manifiesta en estos datos (Tabla 17).

Tabla 17. *Muestra rural vs. urbana. Percepción del estado de salud*

Estado de salud	Rural		Urbano	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Muy bueno	3	2,2%	7	4,4%
Bueno	33	23,9%	53	33,5%
Regular	57	41,3%	56	35,4%
Malo	30	21,7%	35	22,2%
Muy malo	13	9,4%	4	2,5%

Tanto en la muestra rural como en la urbana, observamos que el estado de salud percibido en mayor medida es "Regular". Del mismo modo que sucedía en la muestra total, sin tener en cuenta la variable hábitat, la presencia de "achaques" u otras dolencias de menor calado invitan al sujeto a situarse en esta categoría. A esto hay que añadir la tendencia sociológica a auto-ubicarse en las categorías centrales, del mismo modo que sucede en la ubicación política o en la referida a la situación económica.

Respecto al número de enfermedades que causan algún tipo de dependencia (Tabla 18) para realizar una o varias AVD, en el hábitat rural se señalan principalmente dos, si bien es relevante ver el porcentaje que dicen tener al menos tres enfermedades que le causan algún tipo de dependencia

(26,1%). Por su parte, en el hábitat urbano son más de la mitad de la muestra con algún tipo de discapacidad que le provoca dependencia las que señalan tener también dos enfermedades que le generen esta situación. Es de destacar el hecho de que un 0,6% de la muestra señale tener seis o más enfermedades que causan discapacidad, el mismo porcentaje que aquellos que indican tener siete enfermedades. Por su parte, en el hábitat rural, a pesar de que como veremos el estado de salud percibido es ligeramente peor, no existen sujetos que señalen tener seis o siete enfermedades incapacitantes. Si sumamos las categorías que indican una regular/buena/muy buena salud, observamos como en el hábitat rural el porcentaje obtenido es de 67,4%, mientras que en el rural es de 73,3%. Casi 6 puntos más en la percepción del estado de salud, que no correlaciona con una mayor presencia de discapacidad que genere dependencia.

Tabla 18. *Muestra rural vs. urbana. Número de enfermedades diagnosticadas por el médico*

Número de enfermedades	Rural	Urbano
0	8,7%	7,0%
1	26,1%	22,2%
2	31,2%	34,8%
3	26,1%	22,2%
4	5,1%	9,5%
5	2,9%	3,2%
6	0,0%	0,6%
7	0,0%	0,6%

Como veremos en los datos obtenidos para las necesidades percibidas, en el entorno rural, entorno discapacitante, se entiende y asume la dependencia de otro modo: como un hecho privado, en el que intervienen principalmente los familiares y la cuidadora principal. Mientras que en el urbano se ejerce en mayor medida el derecho a disfrutar de recursos socio-sanitarios de atención a la dependencia. La mayor diferencia radica pues, en el conocimiento de la existencia de estos recursos así como del derecho de los ciudadanos a recibir sus prestaciones.

Las enfermedades más frecuentes señaladas por la muestra rural como aquellas generadoras de discapacidad y dependencia de otra persona o ayuda técnica son las relacionadas con el aparato respiratorio, el sistema circulatorio, principalmente la hipertensión, y los problemas de huesos (artrosis, artritis, reuma...). Es relevante señalar el elevado porcentaje de personas mayores que señalan tener diagnosticada depresión, tristeza o angustia y estar siguiendo un tratamiento (11,6%).

En el entorno rural, de nuevo los problemas óseos (aparato locomotor) y circulatorios, son los que aparecen con mayor frecuencia como origen de una discapacidad, seguidos de aquellas personas que tiene diabetes diagnosticada y con un tratamiento. De nuevo, las enfermedades originadas por la depresión, tristeza o angustia (15,2%) representan un porcentaje nada desdeñable en la muestra urbana. Es relevante pues, tener en cuenta estos datos a la hora de actuar, incluso hacerlo antes de la jubilación, en este tipo de trastorno

psicológico pues el bienestar psicológico de la muestra es de vital importancia para un bienestar físico¹¹⁶.

Respecto a la variable "¿Con qué frecuencia visita al médico siempre que no sea para medir la tensión o buscar recetas?" (Tabla 19), señalar que se han tenido en cuenta, sobre todo en el hábitat rural, las veces que el médico acude a casa considerando que las dificultades de muchos mayores para desplazarse hasta el Centro de Salud municipal son notorias y entorpecen el acceso de éstos al servicio.

Tabla 19. *Muestra rural vs. urbana. Frecuencia en las visitas al médico de cabecera*

Número de visitas	Rural	Urbano
1 vez a la semana	2,2%	0,6%
1 ó 2 veces al mes	39,9%	41,8%
Cada 2 ó 3 meses	23,2%	28,5%
Cada 4 ó 5 meses	8,7%	8,2%
1 ó 2 veces al año	19,6%	19,0%
No en los últimos 12 meses	5,8%	1,3%

Los mayores de 65 años rurales acuden en un 39,9% una o dos veces al mes, aprovechando para hacerse una revisión y pedir las recetas. En la ciudad, es similar la frecuencia de las visitas al Centro de Salud. Los urbanos, lo hacen en un 41,8%. La principal diferencia estriba en el hecho de que un 5,8% de los rurales no ha acudido al médico en los últimos 12 meses, un 1,3% en la ciudad. De nuevo, como se expuso en párrafos anteriores, las dificultades a la hora de acudir a la consulta (por ejemplo por no disponer de un medio

de transporte adaptado o alguien que los acompañe) o que un médico realice visitas periódicas en casa, dificulta la atención médica. Sin embargo, hay que tener en cuenta también un factor típico del área rural gallega: el recurso a la medicina tradicional y a los remedios caseros.

3.2. Descripción de las frecuencias de las necesidades percibidas

Como se señala en la hipótesis de este estudio, existen diferencias en la percepción de necesidades socio-sanitarias según el tipo de hábitat. A continuación se exponen esas diferencias y se señalan las más relevantes.

Estas diferencias en la exposición de necesidades percibidas por personas mayores de 65 años, ha sido la guía a seguir para la realización del Modelo de Intervención que se propone. Se han observado así las mayores carencias y cuáles las mayores necesidades para poder intervenir así de acuerdo a lo expresado directamente por los mayores participantes.

En primer lugar, se hizo un análisis de la opinión de los mayores participantes respecto a las áreas sanitaria, económica y social, así como a aquellas que tienen que ver con la coordinación en el ámbito socio-sanitario. Después, se indicaron expresamente las necesidades percibidas por la muestra encuestada en las áreas mencionadas.

Mostramos a continuación, los valores obtenidos por la muestra total para representar posteriormente, mediante gráficos de barras, los valores de la muestra urbana en comparación con la rural.

Es necesario señalar en relación a los objetivos, que en cuanto a la perspectiva de género, no se han encontrado diferencias significativas en la percepción de las necesidades según sexos y en relación con el hábitat. Las diferencias de género encontradas son principalmente de tipo socio-demográfico (estado civil, nivel de instrucción, situación laboral anterior a la jubilación...).

Tabla 20. *¿Cómo considera el acceso a los recursos sanitarios?*

	Frecuencia	%
Muy bueno	23	7,8%
Bueno	162	54,7%
Regular	69	23,3%
Malo	27	9,1%
Muy malo	3	1,0%

Tabla 21. *¿Tiene información suficiente sobre los recursos sanitarios?*

	Frecuencia	%
Sí	188	63,5%
No	95	32,1%

Como se observa, en general existe una visión positiva de los recursos sanitarios (Tablas 20 y 21), ya que un 62,5% dicen que éstos son buenos o muy buenos. Del mismo modo, la información sobre el acceso a los mismos y una vez dentro de ellos es también suficiente para los sujetos participantes en el

estudio. Es relevante señalar que, al trabajar con una población mayor de 65 años, se dificulta la interpretación de esta pregunta, puesto que en muchos casos no conocen totalmente la totalidad de la cartera de servicios sanitarios a los que pueden acceder, y sobre todo, influye el desconocimiento parcial de los derechos y deberes que proporciona el Estado de Bienestar en España.

Como se observa en las figuras 1 y 2, en estas variables, no existen diferencias notables en cuanto al hábitat. Tanto en el área rural como en la urbana, las personas aducen experiencias personales para la valoración del Servicio Sanitario y del acceso a los recursos, lo cual hace que las respuestas obtenidas sean parciales y no reflejen fielmente la dificultad/facilidad del acceso a los mismos, así como la calidad del servicio. Sin embargo, en el tema que aquí nos atañe, las necesidades percibidas, es relevante ver el punto de vista particular del encuestado y por eso sus experiencias particulares han de ser tenidas en cuenta.

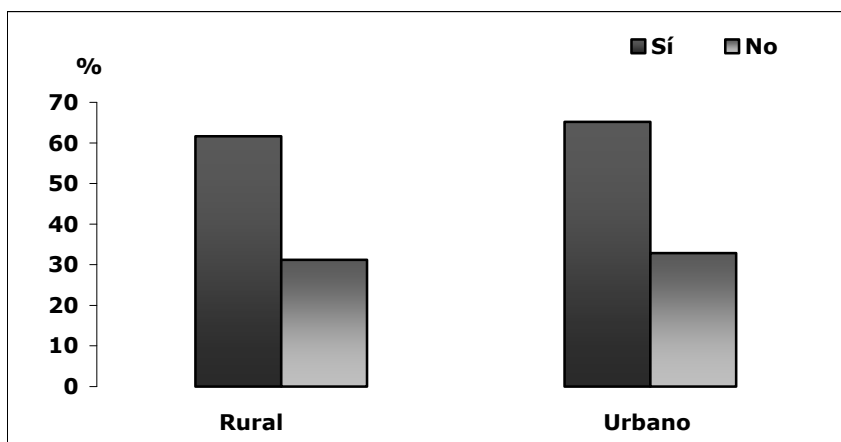


Figura 1. ¿Tiene información suficiente sobre los Servicios Sanitarios? Rural vs. urbano.

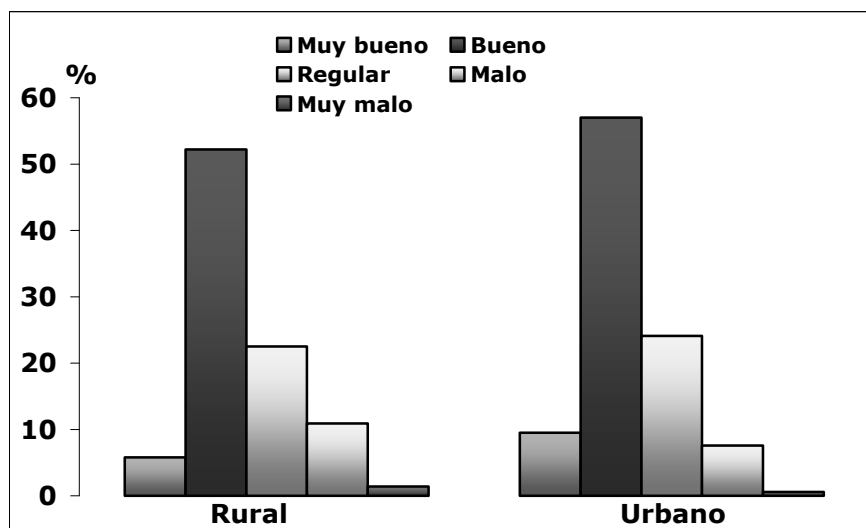


Figura 2. ¿Cómo considera que es el acceso a los Servicios Sanitarios? Rural vs. urbano.

En lo referente a la situación económica de las personas mayores de 65 años que conformaron la muestra (Tabla 22), señalar que la mayoría de los encuestados contaban con una pensión contributiva de jubilación (68,6% de la población total: 77,5% en el rural y 60,8% en el urbano). Sin embargo también es relevante el porcentaje de personas que declararon que esos no eran sus ingresos principales, y que sus ingresos mensuales totales procedían también de otro tipo de rentas (15,5%) que generalmente corresponden a pisos en alquiler en las ciudades y alquiler de tierras u otras actividades económicas de tipo agrario y ganadero, en el rural. En la tabla 22 se muestran los porcentajes de los datos económicos de la muestra total, de la rural y de la urbana. Una divergencia relevante se encuentra en las pensiones contributivas por invalidez. En el área urbana existe mayor porcentaje de mayores que disfrutaban de esta

prestación, en muchos casos debido a las tareas que realizaron en el Sector Servicios. Sin embargo, esto es paradójico puesto que en el rural los mayores realizan, y en muchos casos siguen realizando, actividades que necesitan un mayor esfuerzo físico y provocan un mayor desgaste corporal que lleva, en muchas ocasiones, a no poder realizar las actividades agro-ganaderas pertinentes.

Respecto a la cuantía de estos ingresos, existen también algunas diferencias según el hábitat. Pero antes de exponerlas es preciso hacer un inciso para señalar que las pensiones de la CCAA Gallega son unas de las más bajas del Estado Español, y que éstas son insuficientes puesto que no se equiparan a la subida de los precios y del IPC. Por ello, un 56,1% de la muestra total considera que no son suficientes sus ingresos mensuales, mientras que el 42,2% de la muestra considera que sí son suficientes sus pensiones pero con ayuda de otros familiares (esposo/a, hijos/as, rentas, pensiones de jubilación de tipo privado...). Según hábitat existen diferencias relevantes puesto que en el rural, un 64,5% considera que, ni con ayuda de otro tipo de ingresos, son suficientes para vivir con cierta holgura. En la ciudad, expresan esta misma opinión un 77%.

Tabla 22. *Muestra rural vs. urbana. Procedencia de los ingresos principales*

	Rural	Urbano
Contributiva de jubilación	77,5%	60,8%
Contributiva de invalidez	5,8%	7,6%
No contributiva de jubilación	10,9%	13,3%
No contributiva de invalidez	0,7%	2,5%

Rentas (solamente)	0,7%	1,3%
Otros	3,6%	11,8%

En la sociedad actual, en la que está a la orden del día, tanto en la agenda política como en los medios de comunicación de masas, hablar de “los mileuristas” como un concepto económico referido a los jóvenes, es notable señalar que se obvia un grupo social de elevado peso demográfico como son los mayores de 65 años. Si bien es cierto que muchos de ellos tienen vivienda en propiedad y puede que incluso alguna otra pertenencia inmobiliaria, también es cierto que, como se observa en las muestras rural y urbana, una pensión de entre 300 y 600 euros no es suficiente para cubrir ni la cuarta parte de las necesidades básicas individuales. Sin mencionar además, que muchas de estas personas son dependientes y por tanto necesitan una relevante inversión económica en medicamentos y otro tipo de cuidados.

Señalar además que en la ciudad, si bien las pensiones están dentro de la media de la muestra total (Tabla 23), existen más personas con prestaciones por jubilación de una cuantía superior que en el rural y no hay ninguna persona en la muestra con pensiones inferiores a los 300 euros, que en el entorno rural es lo que perciben el 5,1% de los encuestados en la muestra.

Tabla 23. *Muestra rural vs. urbana. Cuantía de los ingresos mensuales*

	Rural	Urbano
Menos de 300 euros	5,1%	0,0%

De 300-600 euros	73,2%	40,5%
De 601-900 euros	17,4%	39,2%
De 901-1200 euros	1,4%	11,4%
Más de 1200 euros	0,0%	3,2%

Al referirnos ahora a los aspectos sociales y las necesidades percibidas por los mayores de 65 años de este estudio, creemos necesario hacer una aproximación a las formas de convivencia de los sujetos muestrales puesto que la proximidad de parientes y el número de éstos es un indicador fiable para conocer las redes informales que el mayor puede tener. Así observamos que en el hábitat rural el grupo familiar es mayor y agrupa a más generaciones que en el urbano. Además, en el urbano existen un porcentaje ligeramente mayor de personas que viven solas, y un elevado porcentaje de personas que viven sólo con su cónyuge. En el campo, esta situación es menor y casi tantas personas encuestadas viven solas como con otra persona.

Respecto a la relación de parentesco de la/s persona/s con quien se convive (Tabla 24), señalar que un 47% vive con su cónyuge, el 39,9% vive con su hijo/a, el 18,5% comparte el hogar con su yerno/nuera y un 13,5% los hace con su/s nieto/s. En el entorno rural es destacable el 5,6% que vive con su/s hermano/s y el 3,3% que vive con algún sobrino. Estos datos son prácticamente inexistentes en la ciudad, donde, sin embargo, existen otras formas de convivencia (4,8%): pisos compartidos con compañeros de la etapa laboral o con no familiares.

Tabla 24. Muestra rural vs. urbana. Número de personas con las que convive

	Total	Rural	Urbano
0	25,7%	22,5%	28,5%
1	34,5%	27,5%	40,5%
2	19,6%	18,8%	20,3%
3	8,8%	10,1%	7,6%
4	7,4%	12,3%	3,2%
5	2,0%	4,3%	0,0%
6	2,0%	4,3%	0,0%

Respecto a las personas mayores que viven solas, señalar que el 13,9% (el 13,8% en el rural y el 13,9% en el urbano) dicen que la razón por la cual viven solas es porque enviudaron. Alegar que no tienen hijos o familiares próximos (5,1%, 3,6% en el rural y 6,3% en la ciudad) es otra razón expuesta en un importante porcentaje de los casos. La siguiente respuesta, espontánea, es porque lo prefiere (4,1%: 4,4% en el hábitat urbano y 3,6% en el rural) y en cuarto lugar porque sus hijos se han independizado (3,0%: 3,8% en la ciudad y 2,2% en el campo).

En relación a los Servicios Sociales (información sobre éstos y facilidad/dificultad en el acceso a los mismos) se observa (Figuras 3 y 4), en comparación con la opinión sobre los Servicios Sanitarios, un mayor desconocimiento en el área social que genera, en general, desconfianza hacia éstos, y una

menor utilización de los mismos. En la ciudad, los mayores creen tener la suficiente información (48,7%) sobre los recursos de tipo social a los que pueden acceder. Sin embargo, en el hábitat rural, el 42,8% creen no tener la información suficiente. En muchos casos, hemos apreciado que más que no tener información sobre los Servicios Sociales, sucede que los mayores rurales son reticentes a acercarse a éstos.

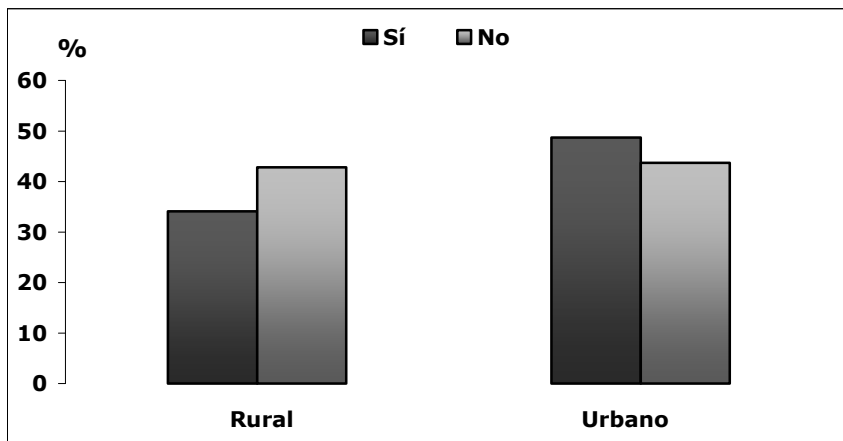


Figura 3. ¿Tiene información suficiente sobre los Servicios Sociales? Rural vs. urbano.

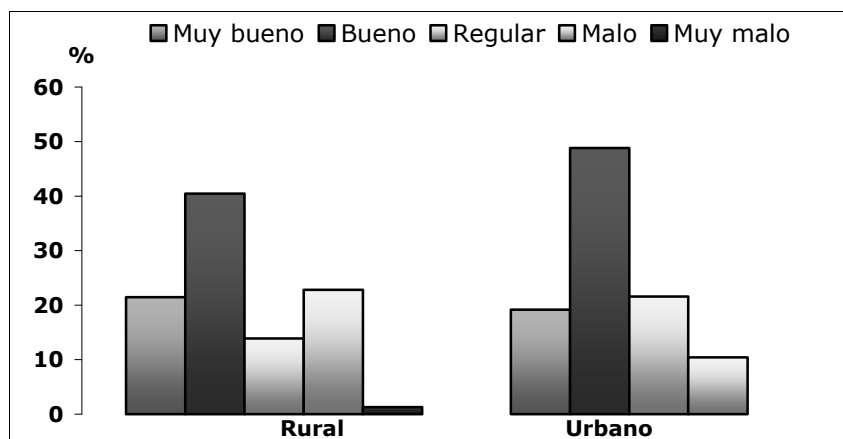


Figura 4. ¿Cómo considera que es el acceso a los Servicios Sociales? Rural vs. urbano.

Veamos ahora las necesidades percibidas según las áreas determinadas en los objetivos de este estudio: situación económica, situación social, situación sanitaria/estado de salud.

A través de los gráficos de barras comparativos entre el hábitat rural y el urbano, observamos que existen similitudes en las demandas que los sujetos encuestados realizan, pero que también hay diferencias notables que responden a la carencia de servicios socio-sanitarios en el hábitat rural o, existiendo el servicio en sí, la dificultad para acceder a él.

- Necesidades percibidas más importantes para la salud personal (Figura 5).

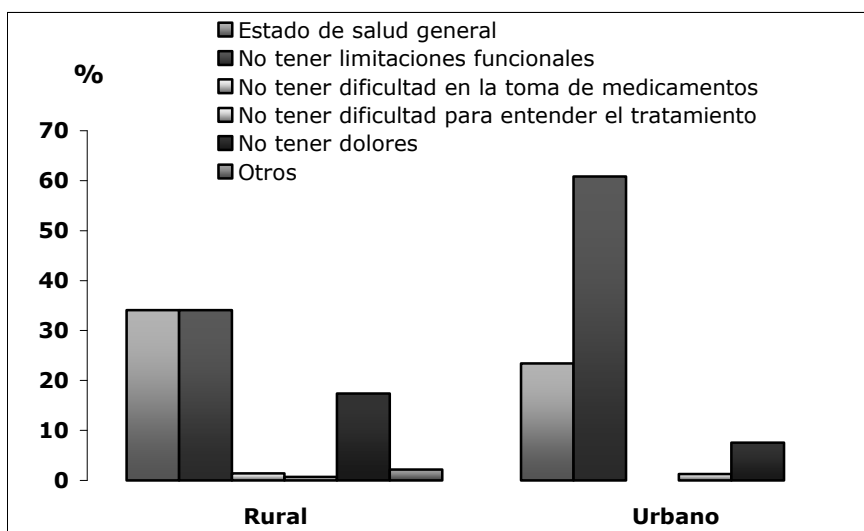


Figura 5. Necesidades más relevantes respecto a su salud personal. Rural vs. urbano

En esta área observamos que mientras que en el hábitat urbano es más relevante la necesidad de cubrir aquellos servicios relacionados con las limitaciones funcionales, en el rural se equiparan el estado de salud general (incluyendo tanto el bienestar físico como el psíquico) con la necesidad de retrasar o paliar las limitaciones funcionales. No tener dolores, y las necesidades que de ello derivan (atención médica continuada, tratamiento adecuado...) es también relevante en los dos entornos, pero especialmente en el rural.

- Necesidades percibidas de tipo económico más importantes para la persona (Figura 6).

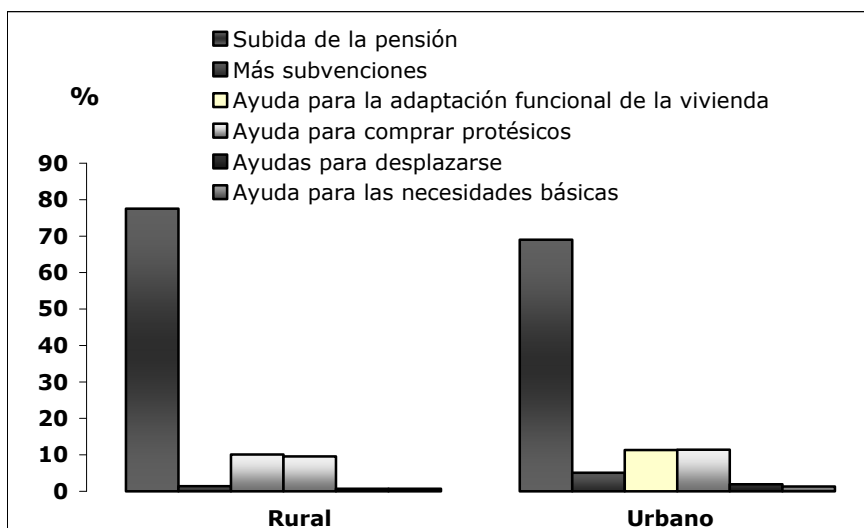


Figura 6 Necesidades más relevantes de tipo económico. Rural vs. urbano.

Es relevante resaltar que la mayoría de la población de la muestra tanto rural (34,1%) como urbana (60,8%) cree que la subida de las pensiones es la primera necesidad que debe ser cubierta. Al ser encuestados, respondían que las ayudas económicas son útiles pero que con el incremento de la pensión, ellos son capaces, y prefieren, utilizar este dinero según lo necesiten. La compra de ayudas protésicas y para la adaptación funcional de la vivienda (refirieron en su mayoría el baño y las escaleras) son también necesidades importantes que deben ser cubiertas.

- Necesidades percibidas más importantes para la situación social y sanitaria de la persona (Figura 7)

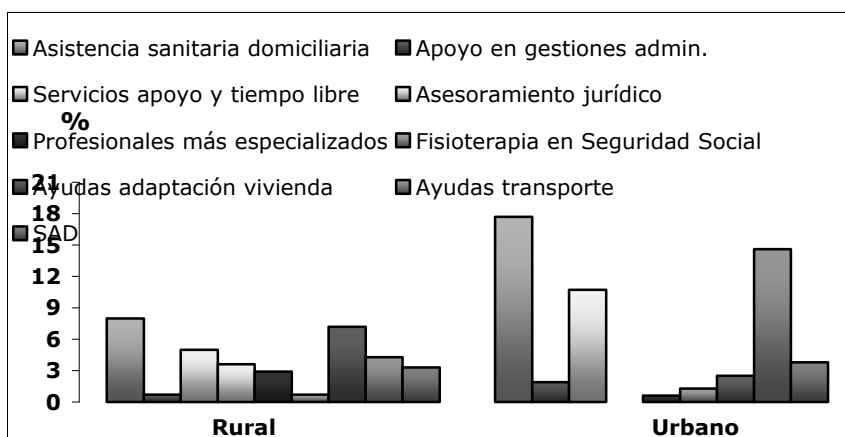


Figura 7. Necesidades percibidas en materia socio-sanitaria (I). Rural vs. urbano.

Las personas mayores entrevistadas han señalado una serie de necesidades socio-sanitarias claves para entender su situación dentro del Estado de Bienestar. Como se puede observar en la figura 8, si bien existen divergencias en la importancia que los mayores dan a unos servicios sobre otros, en general, existe concordancia en las respuestas.

Debido a la cantidad de opciones propuestas en la respuesta, hemos optado, para la mejor visualización y comprensión del lector, dividir en dos grupos las categorías de los servicios socio-sanitarios que se ofrecen al responder. No hemos representado en la figura 8 aquellos servicios socio-sanitarios que no han obtenido puntuación: la eliminación de barreras arquitectónicas, retrasar la edad de jubilación y mejorar la calidad de la asistencia social.

Es de resaltar que en el hábitat rural existe una mayor predisposición a señalar como necesidades aquellas relacionadas con la promoción de la ayuda informal (Mayor

apoyo a familiares, incremento económico de la ayuda familiar...) frente a la posición observada en el hábitat urbano, donde alcanza mayor puntuación aquellas necesidades relacionadas con los servicios formales (mejor asistencia sanitaria, mayor apoyo formal y de las instituciones, incremento de residencias...).

Se observa la necesidad de coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios principalmente en el hábitat urbano. Si relacionamos las figuras 8 y 9, observamos como la asistencia sanitaria domiciliaria es uno de los servicios más demandados (aspecto sanitario) del mismo modo que se expresa la necesidad de incrementar la ayuda formal (aspecto social).

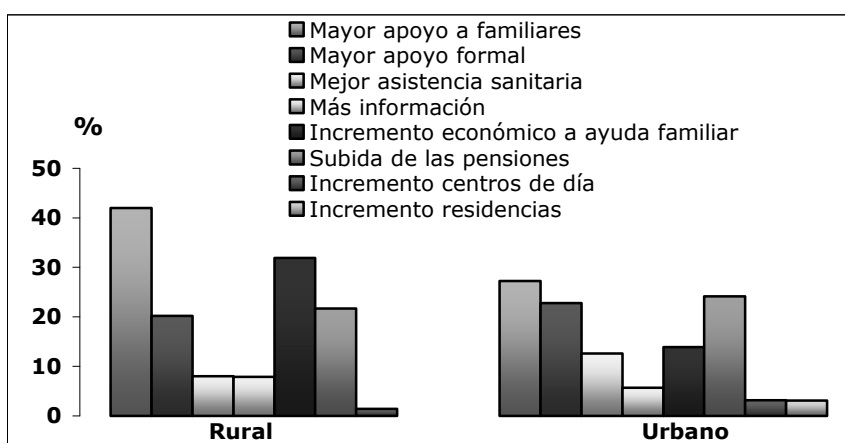


Figura 8. Necesidades percibidas en materia socio-sanitaria (II). Rural vs. urbano.

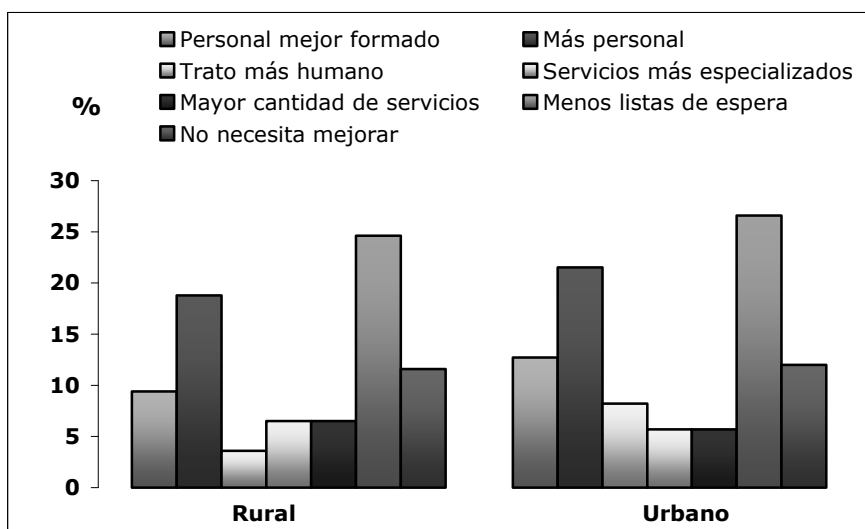


Figura 9. ¿Cómo mejoraría la atención sanitaria? Rural vs. urbano.

- ¿Qué es lo más importante para usted en estos momentos? (Tabla 25)

La respuesta a esta pregunta, en la que la respuesta es libre y espontánea por parte del entrevistado, aporta información añadida a los datos expuestos hasta el momento. La razón es que, sin ajustarse al patrón del cuestionario ad hoc, la persona mayor responde lo que es más importante para ella y a partir de ahí se dibujan las necesidades percibidas a las que la persona da más valor y sobre las que, consecuentemente, se debería actuar en mayor profundidad y en primer lugar.

Se puede apreciar, nuevamente, que los mayores rurales tienen, debido a la presencia de un grupo primario más fuerte y que le proporciona una red social de mayor calidad y cantidad, menor número de necesidades generadas por los sentimientos de soledad o la inseguridad física, así como por la valoración social de su persona. Asimismo, los mayores urbanos tienen un

mayor interés por el ocio y menor número de necesidades relacionadas con la demanda de servicios socio-sanitarios. La salud, en ambos hábitat, es la preocupación más recurrente y para la que se demandan más servicios.

Tabla 25. *Muestra rural vs. urbana. ¿Qué es lo más importante para usted en estos momentos?*

	Rural	Urbano
No tener dolor	0,0%	0,6%
Recibir ayudas económicas	1,4%	1,8%
Mayor cantidad y cercanía de los servicios	2,8%	0,6%
Familia	2,9%	10,0%
Ocio	0,7%	3,1%
Incremento de la pensión	2,9%	2,5%
Sentirse apreciado	0,0%	0,6%
Seguridad física	0,0%	1,3%
Tener buena salud	49,9%	51,9%
No sentir soledad	0,0%	1,9%
Poder realizar las AVD sin ayuda	0,7%	0,6%

3.3. Apoyos institucionales y soluciones propuestas por los mayores

Además de reflejar las necesidades percibidas por los mayores de la encuesta, es útil para los objetivos de la investigación propuesta el señalar las soluciones que éstos ofrecen tanto en materia de Servicios Sanitarios, como de los Sociales.

Respecto a los Servicios Sociales, señalar que en el apartado anterior ya se indicaron algunas de las soluciones

referidas por los entrevistados (Figura 9), que se relacionan además con las principales necesidades percibidas en la atención social.

Veremos ahora lo que opinan, según el hábitat, los mayores de la muestra en primer lugar en lo referente a la atención sanitaria (Figura 10). Se observa que las soluciones propuestas son muy similares, siendo tanto en el entorno rural como en el urbano, necesario hacer disminuir las listas de espera para acceder a los servicios especializados en la Seguridad Social española. La necesidad de más personal y la implantación de una cantidad mayor de servicios sanitarios son también demandas relevantes, esta última principalmente en el área rural (16,6%).

En lo referente a las soluciones propuestas para la asistencia social, las respuestas fueron muy similares a las del campo sanitario (Figura 11). Existe poca divergencia en cuanto a hábitat, pero es relevante la distinción entre recursos. Así, los aspectos relacionados con la cuantía de los servicios (mayor número de servicios, servicios más especializados...) son más importantes al referirse a los recursos sociales, y los aspectos relacionados con la profesionalización de la salud (más personal y que éste esté mejor formado...) se demandan en mayor medida para los recursos sanitarios.

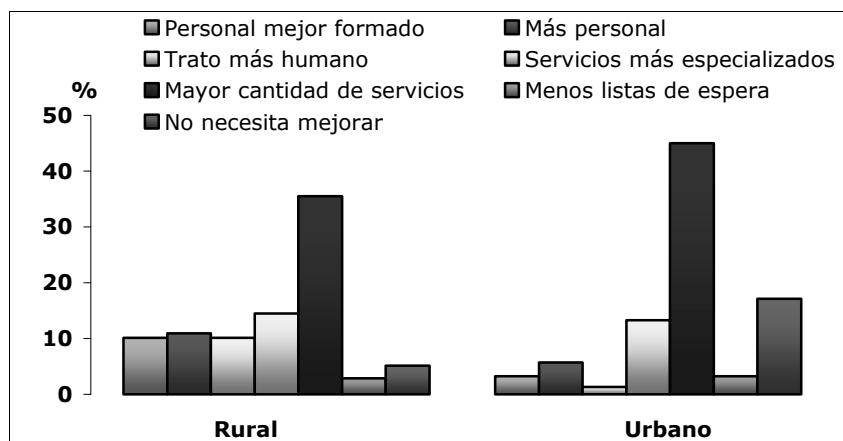


Figura 10. *¿Cómo mejoraría la atención social? Rural vs. urbano.*

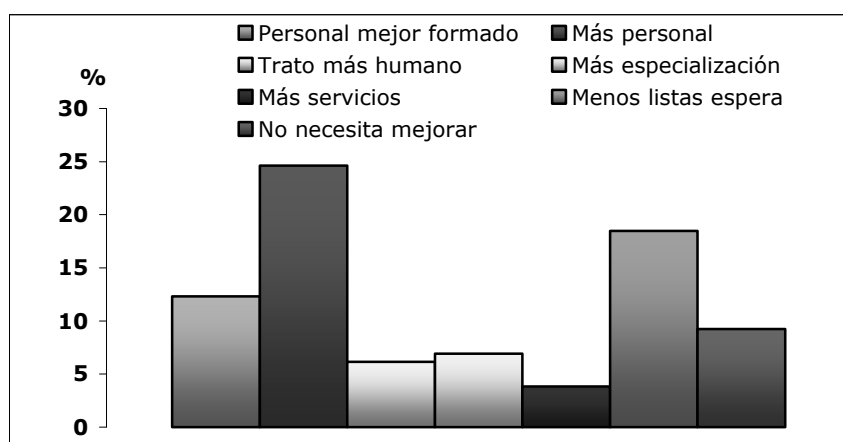


Figura 11. *Mejoras en la atención sanitaria según los mayores con dependencia.*

Por último, señalar que es notable el porcentaje de mayores que cree que los Servicios Sociales no necesitan mejorar (5,1% en el rural y 17,1% en el urbano). Creemos que el desconocimiento de las funciones de los recursos sociales, así como la formación en los mismos (derechos, deberes, tipos de prestaciones...) influyeron notablemente, en los dos hábitat, en

el alto porcentaje obtenido en esta categoría de respuesta. Por otro lado, es un hecho que hemos podido constatar en las entrevistas a los participantes que no se exige tanto a los Servicios Sanitarios como a los Sociales.

Sin embargo, creemos también que las perspectivas de futuro harán cambiar esta situación, debido al incremento en el nivel de instrucción y en la educación cívica.

3.4. Necesidades percibidas en los mayores dependientes

Uno de los objetivos de nuestro estudio era señalar las necesidades percibidas por los mayores dependientes según el hábitat rural o urbano. Los datos expuestos hasta ahora incluían tanto población dependiente como aquella que no tenía ningún tipo de dependencia. Aunque, como se señaló en el análisis socio-demográfico, la mayoría de la muestra presenta una o varias enfermedades que le generan algún tipo de discapacidad (54,1%).

Como comentamos en el apartado referido a la metodología de este estudio, se valoró previamente la dependencia de los entrevistados mediante el instrumento MEC (Mini-Examen Cognoscitivo) de Lobo¹⁰⁶ (versión adaptada y validada en España del MMSE de Folstein) y el Índice de Barthel¹⁰⁷ para medir la dependencia cognoscitiva y física, respectivamente.

La media obtenida en el MEC¹⁰⁶ por los sujetos de la muestra (N= 263) fue de 24,54 puntos, estableciéndose el punto de corte en 24 puntos. Se tuvo en cuenta el nivel cultural del participante a la hora de obtener la puntuación final, por lo

que un 33,4% de la muestra presentaba deterioro cognitivo en base a este instrumento de screening. Este valor es mayor que el obtenido a la hora de que la persona señale si sufre alguna enfermedad que le genere discapacidad psíquica (17,7%) debido a que algunas personas que señalaron no tener deterioro cognitivo (leve o moderado) no llegaron al punto de corte de este test. Sin embargo, es necesario señalar que el MEC se encuentra influido notablemente por el nivel cultural de la persona, y como vimos en el análisis socio-demográfico, éste es bajo tanto en el hábitat rural como en el urbano.

En el entorno urbano el porcentaje de mayores que presenta, según el MEC, deterioro cognitivo es del 29,7%, mientras que en el rural alcanza un valor del 45,3% de la muestra. La influencia del nivel cultural es, como comentábamos, un factor a tener en cuenta en este test de screening, y por este motivo creemos que es más adecuado utilizar el valor 14,5%, correspondiente a la pregunta "¿Presenta algún tipo de enfermedad que le genere discapacidad física?" en el entorno rural.

Por su parte, la media en la puntuación del Índice de Barthel (N= 291) fue de 86,5 puntos, considerándose que son independientes aquellos que alcanzan una puntuación de 100 o 90 si el sujeto está en silla de ruedas; tiene dependencia leve si la puntuación total es mayor o igual a 60 puntos (33,5%), dependencia moderada (6,1%) si se sitúa entre los 40 y 55 puntos, dependencia grave (3,4%) si la puntuación total está entre los 20 y los 35 puntos, y dependiente si la puntuación es menor a 20 (0,9%).

Según el Índice de Barthel en la muestra son independientes el 54,1% de los encuestados. Como sucedía con el MEC, existe divergencia entre la puntuación del Índice de Barthel y la percepción del mayor sobre si presenta alguna enfermedad que le genere dependencia física (58%). Esto es debido a que en ocasiones los mayores de la muestra referían “dependencias” temporales (debido por ejemplo al reuma) que no se reflejan en la puntuación del Índice de Barthel. Por hábitat, señalar que la población rural con algún tipo de dependencia física tiene una dependencia leve en un 37% de los mayores, dependencia moderada en un 8%, dependencia grave en el 6,5% y dependientes totales en el 1,4% de los sujetos de la muestra. Por su parte, en el urbano el 28,4% presenta una dependencia leve, el 5,1% se clasifica como dependencia moderada, el 0,6% grave y grandes dependientes serían también el 0,6% de la muestra.

A continuación se detallan las necesidades percibidas por el colectivo de mayores dependientes de la muestra rural y urbana, si bien debido a su elevada presencia respecto de la muestra total, los datos obtenidos son similares a los ya expuestos.

En relación a las necesidades relacionadas con la salud (Figura 12), se observa que los mayores con dependencia, y en caso de no poder contestar éstos al cuestionario ad hoc sus cuidadoras informales, lo que más valoran es que haya más personal y menos listas de espera. En esta última categoría coinciden con la muestra total, sin embargo divergen al valorar en mayor medida que haya más personal en lugar de servicios más especializados.

Respecto a las necesidades de tipo económico (Figura 13) señalar que, en la misma línea que los mayores de la muestra total, los mayores dependientes o sus cuidadoras señalaron que el incremento de las pensiones era la medida más eficaz para responder a sus necesidades percibidas.

A diferencia de las necesidades expresadas por la muestra total, este grupo señala la necesidad de recibir ayuda para la compra de prótesis y ayudas técnicas.

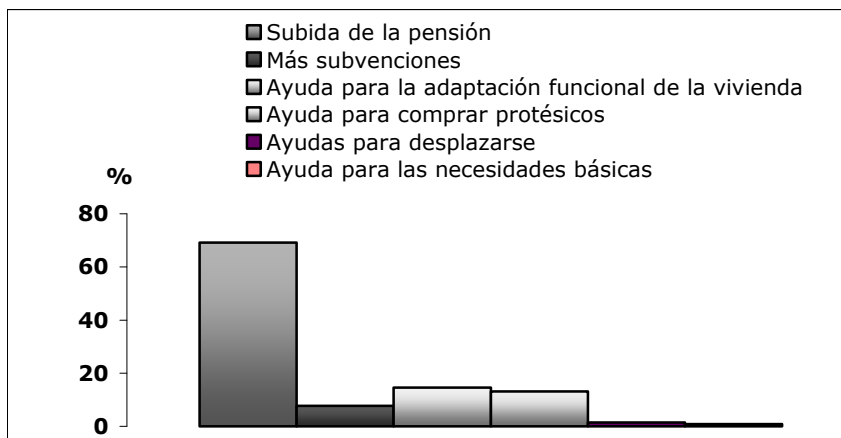


Figura 12. Mejoras económicas según los mayores con dependencia.

En la figura 14, exponemos las soluciones más necesarias en relación con los recursos socio-sanitarios desde el punto de vista de los mayores dependientes. Como se observa en las figuras 13 y 14, el tipo de apoyo más demandado está, igual que en la muestra rural, relacionado con el cuidado informal y la permanencia en el domicilio. Es comprensible que, aquellos mayores con dependencia prefieran ser cuidados, siendo posible, en su entorno y en un medio que les favorece.

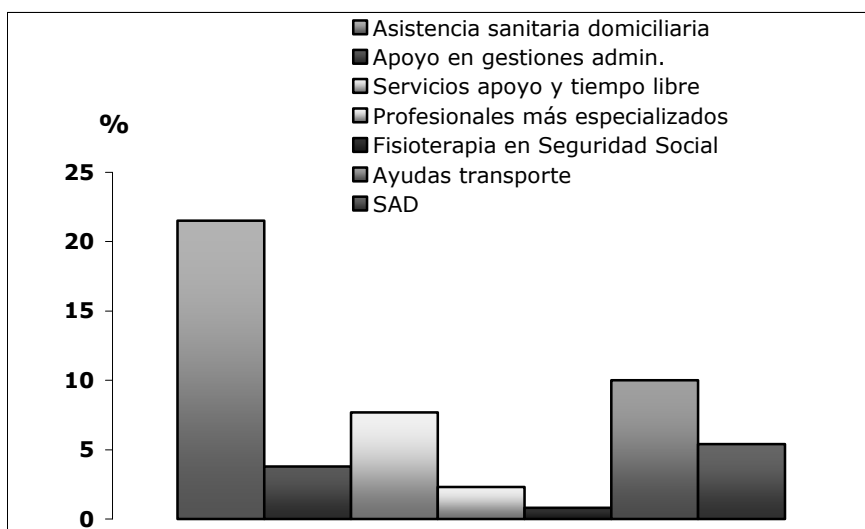


Figura 13. Mejoras en la atención socio-sanitaria según los mayores con dependencia (I).

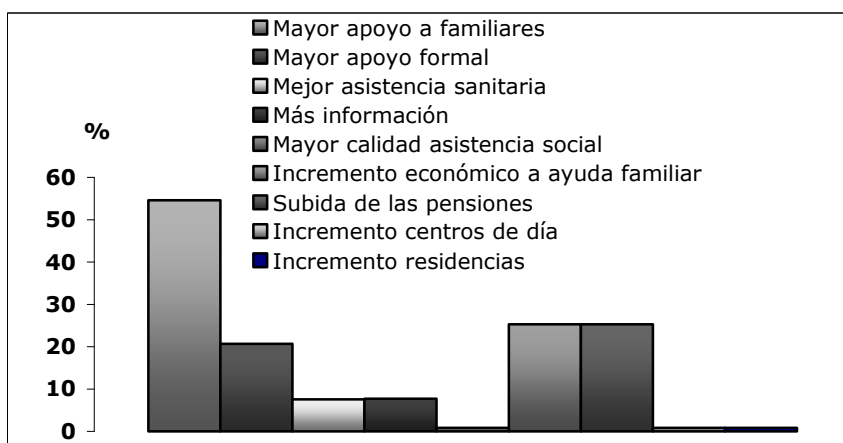


Figura 14. Mejoras en la atención socio-sanitaria según los mayores con dependencia (II).

3.5. Necesidades percibidas por los cuidadores informales

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia¹ guía el

desarrollo del 4º pilar del bienestar social, que junto con el sistema de pensiones, la educación y el sistema sanitario conforman el Estado de Bienestar.

En la muestra de nuestro estudio, sólo el 27,5% de los mayores rurales conocían la Ley de Dependencia. En el hábitat urbano, el porcentaje era menor (23,4%).

A efectos prácticos y de análisis sociológico es relevante señalar que en el período en el que se realizó el trabajo de campo en Vilanova de Lourenzà las elecciones municipales estaban próximas y la campaña a favor de esta Ley era mucho mayor que cuando se realizó el trabajo de campo en A Coruña.

En relación a la pregunta "¿En qué áreas cree que esta Ley le puede beneficiar?", en el hábitat rural el 8% consideraba que era un beneficio de tipo económico, un 2,9% de tipo social y un 14,5% de los entrevistados consideraba que el mayor beneficio era como cuidador de personas mayores. Los datos en el entorno urbano fueron muy similares. El 8,9% creen que se beneficiarán económicamente, el 2,5%, socialmente y el 6,3% que lo hará como cuidador de mayores dependientes.

De aprobación relativamente reciente, la implantación de esta Ley es polietápica y gradual en consonancia con los grados de dependencia y los niveles dentro de cada grado.

Como señalábamos en párrafos anteriores, el cuidado informal dispensado en su mayoría por mujeres, es un factor primordial a la hora de analizar las necesidades percibidas de mayores dependientes puesto que las necesidades de las cuidadoras repercuten directamente en el tipo de cuidado ofrecido al mayor.

Para el estudio de las cuidadoras informales de la muestra (N= 30) se valoró la sobrecarga de éstas mediante la Escala de Zarit¹⁰⁵. La media obtenida fue de 34,7 puntos. Si tenemos en cuenta que una puntuación igual o superior a 45 significa que la cuidadora tiene una "carga alta" mientras que una puntuación inferior a ésta lo clasifica de "carga baja"¹¹⁷. Según los valores obtenidos en la muestra de cuidadoras informales, obtenemos que un 2,4% de la muestra refleja una sobrecarga elevada: 3,5% en el rural y 1,8% en el urbano.

Por otro lado, se evaluaron también qué servicios consideraba la cuidadora que le beneficiarían en mayor medida a la hora de cuidar al mayor dependiente.

En la tabla 26 se muestran los datos obtenidos para la muestra total. No se observan diferencias según hábitat en el grado de sobrecarga de la cuidadora, si bien es necesario señalar que es una muestra demasiado pequeña para ver posibles divergencias en el cuidado y en los servicios requeridos. Tampoco existen diferencias significativas en cuanto al hábitat en los servicios demandados por las cuidadoras informales.

Tabla 26. *Servicios demandados por las cuidadoras informales*

	Frecuencia	%
Asesoramiento sobre adaptaciones funcionales del domicilio	1	0,3%
Asesoramiento sobre recursos	4	1,4%
Consultas de rehabilitación a precio subvencionado	3	0,9%

Cuadernos de formación	7	2,3%
Cursos de formación	19	6,3%
Custodia del usuario durante la realización de actividades	4	1,4%
Formación e información vía Web	0	0,0%
Grupos de apoyo	15	5,1%
Otros	1	0,3%
Servicio de Ayuda Gerontológica a domicilio	1	0,3%
Sesiones individualizadas de apoyo	4	1,3%
Talleres de memoria	8	2,8%
Talleres de relajación	14	4,7%
Talleres ocio terapéutico	7	2,4%
Teléfono de consulta	6	2,1%
Voluntariado	2	0,6%

Se observa que la formación es uno de los recursos más demandados por las cuidadoras informales, seguido de los grupos de apoyo y la necesidad de talleres donde se les enseñe a relajarse y tener actitudes positivas ante el cuidado. Se cumple así la directriz gerontológica de "cuidar a la cuidadora" como una forma de mejorar la CV de la persona mayor dependiente, puesto que esto contribuirá a mantener al mayor durante más tiempo en su hogar y en las mejores condiciones posibles rodeado de un entorno que le es favorable.

3.6. Cuestiones referidas a la jubilación

La jubilación es un hecho de índole jurídica, política y económica. Este hecho transforma la vida de los individuos, muchas veces al margen de los mismos.

Desde una perspectiva legal supone una determinada prestación económica (pensión) por la situación de finalización de la actividad laboral. La jubilación se enmarca dentro de los intereses del Mercado de Trabajo, e introducida como práctica general a finales del siglo XIX y principios del XX, respondiendo al objetivo de muchos empresarios de prescindir de trabajadores mayores con menor rendimiento.

Desde la perspectiva política, hay que enmarcar la jubilación en el concepto del actual Estado de Bienestar. A pesar de suponer un merecido descanso para la persona mayor, permite también una renovación de la fuerza laboral a través de la incorporación de los más jóvenes.

Por último la jubilación también tiene un significado antropológico, convertido en producto social, como fórmula de transición o separación. Es una desvinculación obligada. Puesto que los actuales jubilados no han sido educados para disponer y organizar su tiempo libre, la situación inicial es de desorientación individual afectando de manera importante a la salud y a las relaciones familiares.

La jubilación es, en síntesis, un producto multidimensional en el que interaccionan las dimensiones económica, social, psicológica y demográfica de la sociedad. La jubilación puede referirse a distintas situaciones según se caracterice en mayor o menor medida por:

- Ausencia de la participación en el Mercado de Trabajo, de un modo remunerado.

- Aceptación de una pensión.
- Reducción en las horas de trabajo.
- Percepción subjetiva de ser jubilado.
- Abandono de la carrera profesional.

Es importante sin embargo señalar que no existe un único modelo de jubilado, sino que hay distintos estilos de jubilación en los que las siguientes variables tienen una gran influencia: retiro voluntario vs. involuntario, retiro temprano vs. en su tiempo, retiro parcial vs. completo.

La Calidad de Vida puede verse amenazada por diversos factores relacionados con el cese de vida activa remunerada. Existen diversos factores que inciden en la actitud ante la jubilación:

- Razones económicas: inseguridad económica. Es interesante analizar este factor en relación con la satisfacción laboral puesto que si ésta es grande la situación económica satisfactoria dejará de tener tanta importancia a la hora de seguir con la actividad laboral.
- Razones actitudinales: el deseo de jubilarse se relaciona con los aspectos que aporta el mundo laboral. Por regla general, a mayor nivel educativo y laboral se tendrán menos deseos de jubilarse y mayor probabilidad de tener algún compromiso laboral, aún no remunerado, posterior a los 65 años.
- Ocio y relaciones personales: importante factor post-jubilación y en el proceso de adaptación a la misma.
- Razones de salud: el dolor crónico crea el "círculo progresivo de evitación-deterioro" que incide en el estado físico, psicológico y en las relaciones sociales.

- Discriminación laboral relacionada con la edad: los estereotipos asociados a la edad pueden crear un clima laboral negativo tanto por la aplicación de estrategias marginales como por la asunción de los estereotipos por parte de la población afectada.
- Características del trabajo: la calidad de la vida laboral y el deseo de continuar trabajando vienen determinadas por aspectos como la seguridad del puesto de trabajo, la formación y el adiestramiento, oportunidades de promoción, etc. En general existen tres factores relacionados directamente con el tipo de trabajo que inciden en la decisión de jubilarse y en la forma de afrontar este hecho vital: el tipo de trabajo desempeñado, la valoración y satisfacción en la situación laboral y el modo de ligarse a la ocupación.

La sociedad actual cambia a un ritmo vertiginoso, y con ella el perfil del jubilado también lo está haciendo. Las características del nuevo jubilado se centran en:

- Mayor nivel cultural.
- Tendrá el hábito de ocupación del tiempo libre.
- Deseos de viajar y conocer nuevas experiencias.
- Deseará ser valorado por la sociedad y aportar la experiencia adquirida a lo largo de su actividad profesional.
- Mayor preocupación por su salud y por mantener ésta durante más tiempo, evitando en la medida de lo posible las situaciones de dependencia.
- Realizará proyectos previos al momento de jubilarse.
- Preferirá vivir en su domicilio mientras sea posible.

- Dispondrá de una pensión, pero serán importantes para su economía los fondos y planes de pensiones diseñados en su época activa.

Los datos obtenidos en nuestro estudio acerca de la jubilación muestran que tanto en el hábitat rural como en el urbano los mayores no tenían, en un 29% y 28,5% respectivamente, deseos de jubilarse (Figura 15).

Según géneros (Figura 16), en el hábitat urbano tanto hombres como mujeres tienen la concepción de que los hombres llevan “mucho” peor la jubilación. Sin embargo, en el entorno rural la similitud entre géneros en los roles laborales de tipo agrario y ganadero incide en que la mayoría de los encuestados se sitúen en “Regular” a la hora de responder.

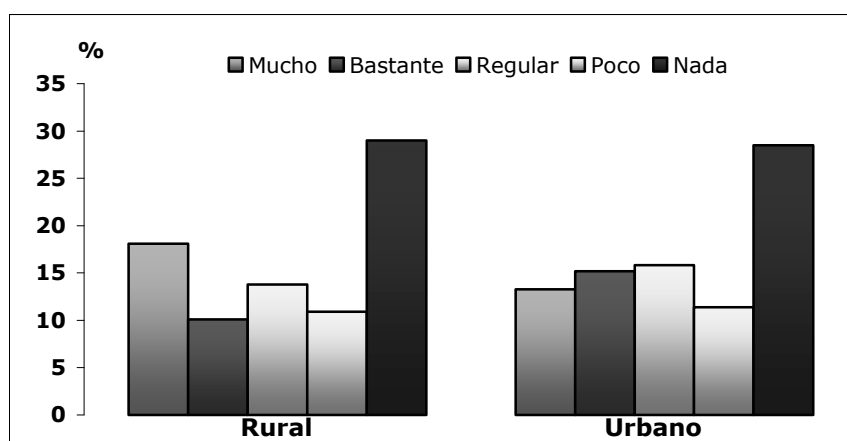


Figura 15. ¿Estaba deseando jubilarse? Rural vs. urbano.

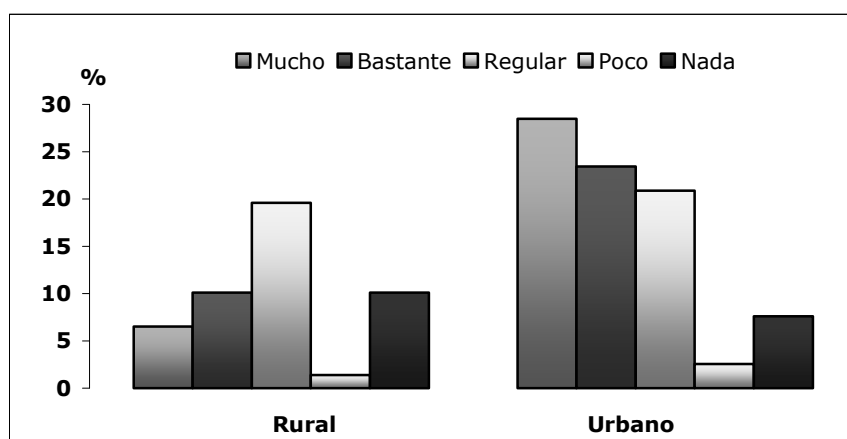


Figura 16. ¿Piensa que los hombres llevan peor que las mujeres la jubilación? Rural vs. urbano.

Por último, de los datos obtenidos nos parece relevante señalar los relacionados con la pregunta “¿Le costó adaptarse a la nueva vida después de la jubilación?” (Figura 17). Esto es debido a que la jubilación implica un cambio en el ciclo vital, más o menos profundo, según las personas. El proceso de cambio que supone la ruptura con la etapa económicamente activa puede facilitarse si se prepara con antelación y se educa e informa a los sujetos que van a ser parte de este proceso.

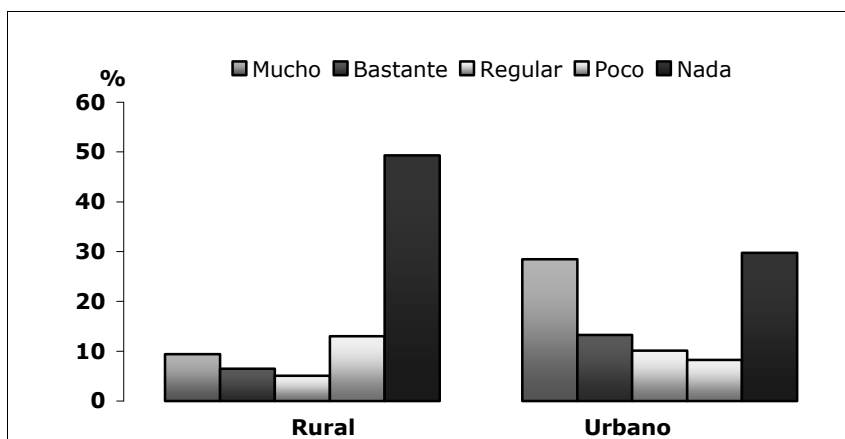


Figura 17. ¿Le costó adaptarse a la nueva vida tras la jubilación? Rural vs. urbano.

La puesta en práctica de Programas de Preparación para la Jubilación (PPJ) se convierte en una estrategia adecuada para facilitar una mejor transición del trabajo a la jubilación.

En los entornos rurales, como se puede observar en nuestros datos, el tránsito de la etapa laboral activa al período de júbilo es menos drástico así como la adaptación al mismo (49,3%). En cambio, en el entorno rural la variabilidad individual es mayor. Así en A Coruña los mayores porcentajes se encuentran en las categorías "Mucho" (28,5%) y "Nada" (29,7%). Señalar por último, que en Vilanova de Lourenzá sólo el 9,4% dice que les costó "Mucho" adaptarse a la etapa laboral pasiva.

Resultados más relevantes de las necesidades percibidas

- El acceso a los recursos sanitarios se considera "bueno" (54,7%), existiendo pocas diferencias entre hábitat (rural,

52,2% y urbano, 57%)

- Es relevante que en el área rural se valore peor la Sanidad ("muy malo", 10,9% y "malo", 1,4%) que en el urbano (7,6% y 0,6% respectivamente).
- Un 42,8% de la población rural considera el acceso a la información sobre recursos sociales insuficiente, mientras que en la ciudad la mayoría de la muestra (48,7%) considera que esta información es adecuada y suficiente.
- Existe una polarización en el mundo rural sobre aquéllos que consideran que los recursos sociales son "buenos" (40,5%) y los que los consideran "malos" (22,8%) o incluso "muy malos" (1,3%). En la ciudad, el 48,8% de la muestra considera que los recursos sociales son buenos y suficientes.
- Las necesidades más relevantes en relación a la salud personal se refieren a las medidas necesarias para no tener limitaciones funcionales (34,1% en el rural y 60,8% en el urbano). Es relevante que en el rural, el estado de salud general es tan importante como no tener limitaciones (34,1%).
- El incremento de la pensión es la solución más demandada para cubrir las necesidades percibidas de tipo económico (77,5% en el rural y 69% en el urbano). Las ayudas para la adaptación funcional de la vivienda también fueron valoradas (10,1% y 11,3% respectivamente).
- Las necesidades socio-sanitarias percibidas en mayor medida fueron: la asistencia sanitaria domiciliaria, las ayudas para transporte y vivienda, y el incremento de los servicios para el ocio y tiempo libre. No existen diferencias

relevantes entre hábitat.

- En relación al tipo de soluciones en materia socio-sanitaria, el incremento de la ayuda económica y los servicios de apoyo a los cuidadores familiares son las más propuestas en ambos hábitat, si bien en el rural, ambas soluciones polarizan la mayoría de las respuestas (42% y 31,9%).
- Respecto a los recursos sanitarios, las soluciones más demandadas son: la existencia de más personal y menos listas de espera en la atención sanitaria.
- En relación con los recursos sociales, se demanda una mayor cantidad de servicios (35,5% en el hábitat rural y 45% en el urbano).
- Las cuidadoras informales encuestadas señalaron que tanto los cursos de formación (6,3%) como los grupos de apoyo (5,1%) son los servicios más necesarios, además de los talleres de relajación (4,7%).
- Existen notables diferencias entre la forma de percibir la jubilación según el hábitat. En las ciudades, el 29,7% de los encuestados afirman que no les costó mucho adaptarse a la jubilación, frente al 49,3% rural. En el hábitat rural además, sólo el 9,4% señaló haber tenido alguna dificultad a la hora de adaptarse a su etapa laboral pasiva.

4. Propuesta de un Sistema de Indicadores Sociales

La dependencia puede definirse en función de cuatro dimensiones¹¹⁸: física, mental, social y económica. En este Sistema de Indicadores para la Calidad de Vida de los mayores

(SICV), a partir de la revisión de la literatura gerontológica^{73,119-122} relacionada con la CV y los resultados descriptivos del estudio GERONED, se han tenido en cuenta, entre otras, las siguientes áreas¹²³:

- La salud, objetiva y subjetiva
- Las capacidades físicas
- Factores psicológicos
- Los factores sociales: vivienda y entorno adecuado
- La autoestima y dignidad: elementos importantes en la vida de cualquier persona, independientemente de la edad
- Los recursos económicos

Sin embargo, para nuestra clasificación, creemos apropiado partir del concepto de persona mayor como un ente bio-psico-social⁴.

Los resultados de este SICV son aplicables a los programas de intervención socio-sanitaria, pues se presentan como un marco contextual y de acción a partir del cual hemos desarrollado el modelo de intervención en la dependencia producto de nuestra investigación.

-Bio

1. Bienestar físico general
2. Seguridad física
3. Actividades de la Vida Diaria
4. Dependencia física: pérdida del control de sus funciones corporales y de su interacción con los elementos físicos del ambiente
5. Nutrición
6. Movilidad

7. Accidentes
8. Atención Sanitaria y recursos disponibles
 - 8.1. Información y acceso a la asistencia médica, general o especializada
 - 8.2. Distancia al centro sanitario más cercano
 - 8.3. Transporte para acudir al centro sanitario
 - 8.4. Entender el tratamiento
9. Gasto per cápita en asistencia médica. Responsabilidad en el financiamiento
10. Ocio: posibilidad física de disfrutar del actividades en el tiempo libre

-Psico

1. Bienestar físico percibido
2. Seguridad psicológica
3. Dependencia mental
4. Desarrollo personal
 - 4.1. Alfabetización
 - 4.2. Educación
 - 4.3. Habilidades adquiridas
5. Grado de satisfacción con la vida/con uno mismo (autoconcepto)
6. Autonomía: toma de decisiones
7. Metas y valores
8. Apoyo social: físico, económico y social. Contar con personas de confianza
9. Interacciones personales

-Social

1. Inclusión social
 - 1.1. Entorno inmediato: vecinos, servicios...

- 1.2. Asociacionismo, voluntariado...
- 1.3. Cantidad y calidad de la red social disponible
2. Rol social: mantenimiento del rol personal anterior a la situación de dependencia
3. Dependencia económica y social: sujeto económicamente pasivo, pérdida de relaciones significativas
4. Nivel de economía autosuficiente
 - 4.1. Estatus económico
 - 4.2. Pensión y planes de pensiones
 - 4.3. Vivienda
 - 4.3. Capacidad de manejo de sus propias finanzas
5. Atención social y recursos disponibles
6. Relaciones sociales: satisfacción con las mismas

5. Propuesta de un Modelo de Intervención en la Promoción de la Autonomía Personal

Este modelo pretende, desde una visión integral-multidisciplinar de la atención socio-sanitaria a los mayores dependientes, establecer un programa que pueda desarrollarse en servicios gerontológicos tanto públicos como privados: centros cívicos/municipales, centros de día, asociaciones para mayores dependientes...

La planificación realizada se adscribe al Sistema de Programación por Objetivos (SPPO), atendiendo a las siguientes cuestiones¹²⁴:

- Adaptabilidad: para adaptarse al entorno (rural o urbano), sus características y personas mayores que viven en él.

- Participación: tanto de las Administraciones e instituciones como de las personas a quienes va dirigido (personas mayores y cuidadores/familias). La "satisfacción del usuario" y el cumplimiento de los objetivos son el eje central del SPPO.
- Pragmatismo: responde a una finalidad práctica, la de responder a las necesidades percibidas de los mayores.
- Longitudinal: tanto en el desarrollo del programa como en la evaluación del mismo. Esta característica se une a la adaptabilidad/flexibilidad del programa, pues las necesidades y demandas de la población se modifican en el tiempo y en las generaciones venideras de mayores.

A partir de los resultados obtenidos al analizar las necesidades percibidas en los distintos hábitats, se ha elaborado un programa que atiende y pretende paliar las características negativas del entorno rural gallego (dispersión geográfica, escasos recursos socio-sanitarios, desconocimiento de los recursos gerontológicos, limitación de la autonomía física y social...) y del urbano (aislamiento, soledad...), así como en las necesidades comunes en ambos hábitat.

Se desarrollaron 4 objetivos de intervención; a partir de los cuales se establecieron unas líneas de actuación en relación a los objetivos propuestos. Cada programa o actividad puede actuar en relación a uno o más objetivos.

Es necesario tener en cuenta que en el hábitat rural se pretenden potenciar aquellos proyectos y actividades que acerquen los recursos socio-sanitarios al mayor, retrasando así la necesidad de institucionalización y una mejor calidad de vida

en el hogar. Aquellos proyectos donde aparezca el símbolo ®, serán especialmente indicados para los entornos rurales.

La variable género también ha sido considerada en el desarrollo de los proyectos, partiendo del concepto de "sensibilidad de género", es decir, el grado en que los planes de salud tienen en cuenta la existencia del género como categoría de relación y desarrollan acciones para aminorar las desigualdades debidas a éste⁸⁶.

Por último, señalar que se diseñaron una serie de subprogramas y objetivos operativos a modo de ejemplo. Éstos deben ser desarrollados por profesionales de las ciencias sociales y de la salud que trabajen con los sujetos de intervención, teniendo en cuenta tanto las especificidades socio-culturales del hábitat donde se implante el modelo como las necesidades percibidas por la población. Por tanto, previo a la implantación del modelo se deberá realizar un diagnóstico de la situación, requisito imprescindible para un óptimo SPPO¹²⁵, similar al realizado por nuestro grupo de investigación durante la ejecución del proyecto GERONED.

El esquema y contenido del modelo propuesto es el siguiente:

PLAN de intervención en mayores dependientes →

Objetivos generales

PROGRAMA (Líneas de actuación) → Objetivos específicos

SUBPROGRAMA → Objetivos operativos

ACTIVIDADES Y SERVICIOS → Productos finales

Hace referencia a los servicios que será necesario poner en marcha para la consecución de los objetivos generales. Por

ejemplo, para el subprograma "Cuidado a domicilio" habrá que desarrollar servicios de podología, peluquería, lavandería, etc.

En lo referente a las actividades, éste se refiere a por ejemplo los talleres, conferencias, voluntariado de mayores, etc. que se necesiten en cada subprograma.

El esquema organizativo (Figura 18) del modelo de intervención propuesto se observa en la tabla 27.

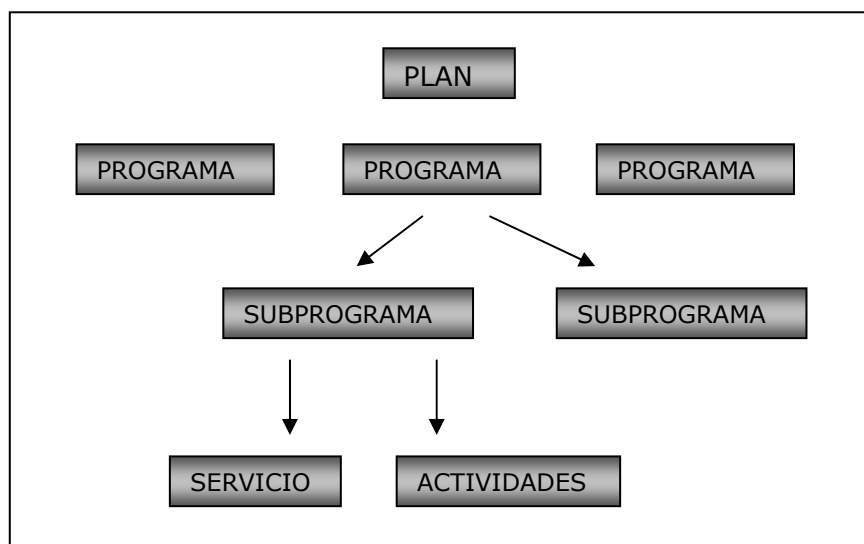


Figura 18. Esquema del Modelo de Intervención¹²⁵

Tabla 27. Organigrama y contenidos del Modelo de Intervención

1. ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA: ATENCIÓN FÍSICA Y COGNOSCITIVA	
1.A. Desarrollar el Servicio de Atención Domiciliaria ®	<ul style="list-style-type: none"> - Formación gerontológica del personal del SAD - Valoración física, cognoscitiva y social de los usuarios - Apoyo dirigido a la familia/cuidador

1.B. Creación de servicios de proximidad ®	<ul style="list-style-type: none">- Servicio de transporte adaptado- Comidas a domicilio- Cuidado a domicilio- Voluntariado de mayores para mayores dependientes
1.C. Promoción del Servicio de Teleasistencia	<ul style="list-style-type: none">- Formación gerontológica de los trabajadores del Servicio de Teleasistencia- Acercamiento de este servicio a los mayores dependientes y familias
2. PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y EL AUTOCUIDADO	
2.A. Adaptación funcional y cognoscitiva del entorno físico	<ul style="list-style-type: none">- Entrenamiento cognoscitivo- Facilitación cognitiva- Psicoestimulación integral- Entrenamiento funcional- Adaptación protésica del entorno
2.B. Hábitos saludables de vida	<ul style="list-style-type: none">- Hábitos saludables para el sueño- Hábitos alimenticios- Hábitos de higiene personal y del hogar
2.C. Desarrollo de la autonomía personal	<ul style="list-style-type: none">- Programas individuales de recuperación- Programas individuales de entrenamiento en las ABVD- Talleres de autocuidado- Desarrollo de las capacidades residuales de cada usuario- Ayudas económicas para facilitar la autonomía personal- Servicio de asesoramiento y préstamo de ayudas técnicas
3. APOYO Y FORMACIÓN A LOS CUIDADORES INFORMALES/FAMILIAS	
3.A. Formación para cuidadores	<ul style="list-style-type: none">- Cursos de formación gerontológica y geriátrica- Aspectos jurídico-legales de

	<ul style="list-style-type: none"> la dependencia - Cuidados básicos de la atención del dependiente - Protección y cuidado de la salud del cuidador principal - Recursos socio-sanitarios para la atención a la dependencia - Apoyo psicosocial
3.B. Apoyo al cuidador	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios especializados para el cuidador - Incentivación del asociacionismo entre cuidadores principales - Fomento del voluntariado
4. INTEGRACIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES EN SU MEDIO	
4.A. Emponderamiento de los mayores ®	<ul style="list-style-type: none"> - Promoción del asociacionismo ® - Creación de centros de reunión, restaurando edificios ya existentes ® - Actividades culturales - Actividades intergeneracionales - Exposición de trayectorias personales
4.B. Envejecimiento activo	<ul style="list-style-type: none"> - Talleres sobre envejecimiento activo - Conferencias para promover la participación y el bienestar físico y psíquico - Cursos de formación en TICs e idiomas
4.C. Formación en recursos ®	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición de los servicios socio-sanitarios existentes en la zona - Formación en derechos y deberes de la persona, y del mayor en particular - Conceptos básicos de Bioética
4.D. Proyecto Intergeneracional	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades para mejorar la relación entre mayores y

los/as niños/as, dando una visión positiva de las personas mayores

- Voluntariado de mayores con niños
- Patrimonio cultural y etnografía

La fase de evaluación del modelo deberá realizarse a lo largo de la Programación por Objetivos. Mediante indicadores concretos y previamente diseñados, se analizará si el servicio y/o actividad de cada subprograma está siendo eficaz en relación a los objetivos diseñados.

Por ejemplo, la asistencia a los talleres propuestos es una medida de adecuación del producto final al objetivo. Es importante también, realizar encuestas de satisfacción con el servicio/actividad, que deberán cumplimentar tanto los usuarios del Modelo de Intervención como los familiares/cuidadores o aquellos que en un determinado momento tengan relación con el servicio/actividad a desarrollar. Por ejemplo, habrá que adaptar la encuesta de satisfacción a los niños/as que colaboren en los programas intergeneracionales o disfruten de los servicios del programa de voluntariado de mayores.

La mayor o menor adecuación de un programa/subprograma al plan aquí diseñado se calcula a partir de los porcentajes del sistema de evaluación.

Es decir, hay que especificar previamente los valores de cada medición: la asistencia a una conferencia es el 60% de la valoración del subprograma, y la encuesta de satisfacción el 40% restante.

De este modo, si la asistencia es del 30% (hallada dividiendo la población a la que va dirigida la actividad -por

ejemplo, población mayor de 65 años de un ayuntamiento- con la que acudió al evento) y los asistentes puntuaron con un 7,0 la conferencia, la valoración total de esta actividad es:

- Encuesta de valoración: 28%
- Asistencia: 30%
- Resultado: 58% de éxito del subprograma

Dependiendo del tipo de servicio/actividad, se diseñarán unas u otras formas de evaluar. Éstas han de ser siempre a priori del comienzo del producto final.

6. Adaptación e implementación del modelo “online”

Desde las últimas décadas, la Unión Europea ha tomado conciencia de los desafíos a los que se enfrenta en el siglo XXI, siendo uno de ellos el impacto de las nuevas tecnologías. En la primavera de 2005, el Consejo Europeo calificaba al conocimiento y la innovación como motores de crecimiento sostenible y afirmaba que era indispensable construir una sociedad de la información plenamente integradora, basada en la generalización de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TICs) en los servicios públicos y los hogares.

La Unión Europea está pues, sensibilizada frente a esta situación, y dentro de la iniciativa eEurope, se recogen directrices para mejorar la calidad de vida a través de la utilización de las TICs por parte de los ciudadanos¹²⁶.

Uno de los colectivos a los que se debe dirigir la atención es el de las personas mayores, que está creciendo de una forma rápida y progresiva en los países desarrollados. Desde un punto de vista demográfico, el porcentaje de la población de mayores

se ha ido incrementando en las décadas pasadas y actualmente constituye entre el 6% y el 15% de la población mundial¹²⁷ y se espera que supere los mil millones de personas en 20 años¹²⁸. De acuerdo a las proyecciones de población, esta tendencia del envejecimiento ocurrirá en toda Europa, alcanzando este colectivo casi el 35% del total de la población en 2050. Debido a este hecho, el interés en la adaptación y uso de las tecnologías para las personas mayores está incrementándose.

Aunque en el desarrollo de la industria informática, los primeros avances se han producido en el campo del hardware, posteriormente se han ido mejorando las prestaciones y posibilidades del software, extendiéndose el incremento de desarrollos y aplicaciones de software a todos los colectivos de población incluidas las personas mayores⁵. Varios estudios¹²⁹ han demostrado la necesidad de adaptar las herramientas que utilizan, prestando especial atención a que más del 50% de los problemas que se detectan al usar las herramientas tecnológicas están relacionados con la aplicabilidad, el 25% con el diseño y el 28% con el entrenamiento.

En esta línea surge un concepto de interés, el de la Tecnología Asistencial (Assistive Technology) que pretende estudiar los avances tecnológicos y su aportación asistencial, educativa y rehabilitadora. Se trata por tanto de crear productos y servicios específicos dirigidos a personas mayores, ya que es un sector desde el punto de vista demográfico cada vez más importante¹³⁰.

Las personas con problemas cognitivos exigen una atención especial, que incluye la supervisión directa diurna y nocturna (muchas veces durante 24 horas al día)¹³¹, la ayuda

para realizar las actividades de la vida diaria (bañarse y asearse, alimentarse, transferir de la cama a un asiento o silla de ruedas, la incontinencia) y especial atención para poder comunicarse o atender los problemas psicológicos y conductuales que presentan.

En este sentido, y aunque la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia¹ se hará eco en cierta medida del problema planteado, está claro que desde los estamentos institucionales tendremos que buscar medidas alternativas que a un bajo coste puedan ser competitivas con la creación de recursos en cuanto a la mejora del estado de bienestar y la evitación o retardo de la potencial institucionalización, sobre todo cuando nos referimos a las personas con demencia.

La sociedad actual puede valerse de las nuevas tecnologías de la comunicación y la información para, a un bajo coste, lograr efectos beneficiosos. Esta realidad se ha ido estructurando cada vez más y más, con el desarrollo de diferentes proyectos que en diferente medida han ido contribuyendo a que recursos integrales, como *Telegerontología* estén cada vez más cercanos con todas sus posibilidades de apoyo a los domicilios. Siendo ya objetivos cumplidos el desarrollo de la pasarela residencial que permite visualizar la señal en los domicilios mediante control remoto, o el emulador del ratón (Geropad), con un "Diseño para todos" y perfectamente adaptado a las características de las personas mayores; o el software que permita interactuar a todo el sistema.

El proyecto “Telegerontología: diseño, elaboración y validación de un nuevo recurso asistencial a través de la Web dirigido a personas mayores”, financiado por el IMSERSO (Resolución de la Dirección General del IMSERSO de 2 de junio de 2005), ha servido de vía para hacer prácticos tanto los indicadores socio-sanitarios definidos en este estudio como el modelo de intervención teórico que se ha propuesto.

Las necesidades percibidas por los mayores dependientes podrán de este modo complementar el servicio gerontológico mediante la adecuación del programa de intervención para la promoción de la autonomía a las terapias grupales que se realizarán por videoconferencia dentro de este proyecto.

Las dificultades para poder poner en práctica el Modelo de Intervención en los centros socio-sanitarios consultados (alegando problemas de coordinación con las demás actividades de centros, falta de personal/recursos...), se subsanó con la revisión de los Modelos de Intervención en dependencia más recientes e innovadores, registrando los aspectos más interesantes, así como las debilidades, de dichos programas de intervención.

El programa “Rompiendo Distancias”^{16,17}, mencionado en párrafos anteriores, constituyó la principal guía para construir nuestro Modelo, puesto que aquél funcionó, y lo continúa haciendo, de manera satisfactoria y ha supuesto una implicación intersectorial muy significativa. “Rompiendo Distancias” pretende promocionar el envejecimiento activo, la creación de nuevos servicios de proximidad para prevenir y atender situaciones de dependencia y el incremento del compromiso

social¹⁷. Se evidenció además la idoneidad del trabajo en red y el enfoque comunitario de la intervención, al que es pertinente que se regrese desde los servicios sociales municipales¹⁷.

El objetivo es influir en los contenidos de la plataforma de Telerontología las necesidades expresadas por los mayores de este estudio. De esta forma se alcanza, no sólo uno de los objetivos del proyecto Telerontología, posibilitar la continuidad del mayor en su hábitat natural, evitando la institucionalización precoz¹³², sino también resolver una de las necesidades percibidas expresadas por los sujetos con dependencia.

El sistema de apoyo domiciliario Telegerontología ofrece, en el hogar de los usuarios, 5 tipos de contenidos: formación online, estimulación cognitiva, rehabilitación e intervención, profesional en casa y telealarma.

De esta forma, en lo referente al área de Telegerontología denominada "Profesional en casa" ¹³², se dio respuesta a la necesidad de tener asistencia médica domiciliaria (demanda en un 8% de la población rural y un 17,7% de la urbana) a través de las consultas con el médico del centro, tanto del mayor dependiente como de su cuidador.

Otras necesidades expresadas se tuvieron en cuenta en el desarrollo de la plataforma de Telegerontología: el apoyo en las gestiones administrativas y de trámites socio-sanitarios (0,7% en el rural y 1,9% en el urbano), mediante las consultas con el trabajador social del centro. Se demandó también la mayor especialización de los profesionales que trabajan con mayores (2,9% en el rural y 0,6% en el urbano), demanda que coincide con los objetivos del proyecto online¹³². Por último, en un 0,7% de las personas de la muestra rural y el 1,3% en la

urbana, se requirió la existencia de fisioterapia costeada por la Seguridad Social española. Esta necesidad se ve cubierta con los fisioterapeutas incluidos en el "Profesional en casa".

Señalar además, que algunos aspectos de tipo lúdico e informativo demandados por la muestra entrevistada (5% en el rural y 10,7% en el hábitat urbano) pedían servicios de apoyo en el tiempo libre, los cuales también se recogen en la plataforma on line diseñada a través de contenidos como la agenda de eventos importantes (actividades de ocio, visitas culturales, viajes...) y recordatorios al usuario (cumpleaños, posología de la medicación...), además de información sobre los recursos socio-sanitarios de titularidad privada o pública y el acceso a los mismos (información demandada en un 7,9% por los mayores rurales y en un 5,7% de los mayores urbanos).

Conclusiones

A partir de los datos recogidos mediante los cuestionarios ad hoc, con la información obtenida mediante el formulario Delphi y expresada en el análisis DAFO, se señalan las conclusiones de este estudio que hemos clasificado en tres áreas: conclusiones generales, conclusiones sobre el cuidado informal y conclusiones sobre necesidades percibidas y soluciones aportadas.

Conclusiones generales:

- Las necesidades percibidas por los mayores dependientes y sus cuidadores informales, se ven influidas por el hábitat de residencia rural o urbano, y en menor medida por los aspectos relacionados con el género.
- El género influye principalmente en las variables socio-demográficas, como el estado civil, el nivel de instrucción y el nivel profesional alcanzado. Esto se debe a la distinta socialización de los sexos en las cohortes más mayores de la sociedad.
- El hábitat de residencia es un factor desencadenante de equilibrios. Las personas que viven en zonas rurales presentan menores posibilidades reales de acceso a los recursos, así como mayor desconocimiento de los mismos.
- El género es una variable que también influye en el proceso de envejecimiento además de proporcionar indicios en la relación entre la estructura social y las necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento.

- La Ley de Dependencia es todavía desconocida por un importante porcentaje de mayores y de cuidadores informales. En general estos últimos son los que creen que más se van a ver beneficiados de los servicios ofertados en dicha Ley.
- La jubilación se observa desde diferentes puntos de vista según el hábitat. La ruptura entre la etapa laboral activa y pasiva se percibe con mayor brusquedad en la urbe. Por su parte, en el medio rural existe un continuum en las tareas al ser más frecuente las relacionadas con el sector primario.

Conclusiones sobre el cuidado informal:

- Cuidar es una "acción femenina". La desigual distribución de las cargas de cuidado entre hombres y mujeres genera una clara inequidad de género.
- Las tendencias demográficas, los cambios sociales de las familias, la incorporación creciente de las mujeres al mercado laboral y las propias reformas de los servicios sanitarios están poniendo en cuestión la disponibilidad de cuidadores/as informales en un futuro próximo.
- El coste que asumen las mujeres por el hecho de cuidar es elevado en términos de salud, calidad de vida, oportunidades de empleo, desarrollo profesional, impacto económico, relaciones sociales y disponibilidad del propio tiempo. Las características de las cuidadoras y el contexto en el que se desarrollan los cuidados influyen en el nivel de sobrecarga.

- En nuestro país, al igual que en otros del entorno, los servicios formales participan de forma minoritaria en el cuidado continuado de las personas mayores, y la familia se muestra como principal proveedora de cuidados.
- España se está incorporando a la formulación de políticas de apoyo a cuidadoras, con un desarrollo desigual según las distintas autonomías y mayoritariamente enfocadas como "apoyo a la familia". El desarrollo del 4º pilar del Estado de Bienestar en España, con la creación del Sistema Nacional de Dependencia, prevé mejorar la calidad de vida de la población dependiente mayor de 65 años así como de sus cuidadoras.
- Internet puede proporcionar a las cuidadoras informales ayuda e información asistencial y socio-sanitaria. La formación en las nuevas tecnologías de la información a las cuidadoras es una meta a tener en cuenta para los profesionales de la Gerontología.

Conclusiones sobre necesidades percibidas y soluciones aportadas:

- Las necesidades percibidas de tipo sanitario son las que se expresan en mayor medida y con mayor especificidad por los mayores, sean dependientes o no.
- Existe un elevado desconocimiento en qué tipo de servicios socio-sanitarios existen, principalmente en lo referido a los recursos sociales, que se perciben en general secundarios para el bienestar del mayor.

- El acceso a los recursos sociales presenta problemas derivados del desconocimiento en los canales de acceso y en la oferta de los mismos.
- Las soluciones más demandadas por los mayores y sus cuidadores informales se enmarcan en el campo de la ayuda informal: incremento de las prestaciones económicas a los cuidadores familiares y promoción de servicios destinados a mantener a la persona el mayor tiempo posible en su entorno habitual.
- Tanto los factores socio-culturales como los sanitarios deben ser tenidos en cuenta en la atención a la dependencia. La coordinación socio-sanitaria se hace imprescindible para satisfacer las necesidades percibidas y las expresadas de la población mayor de 65 años.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido financiado por el IMSERSO, mediante la convocatoria del Plan Nacional de I+D+I para la realización de proyectos de investigación científica, desarrollo e innovación tecnológica, que se recoge en la Resolución de la Dirección General del IMSERSO (6 de marzo de 2006).

Para la realización del trabajo de campo se ha contado con la colaboración de diferentes instituciones y profesionales de la Gerontología y de la Geriatria. A todos ellos, nuestro agradecimiento.

Relación de entidades colaboradoras

- Ayuntamiento de Vilanova de Lourenz (Lugo) y su Departamento de Servicios Sociales.
- Centro de día San Carlos (A Coruña).
- Centro de día Virgen del Rosario (A Coruña).
- Centros Cívicos (CC) del ayuntamiento de A Coruña: CC Artesanos, CC Castrillón, CC Monelos, CC Monte Alto, CC San Diego, CC Palavea.
- Complejo Gerontológico La Milagrosa (A Coruña).
- Hogar del mayor (Barrio de las Flores, A Coruña).
- Oficina de la Dependencia del ayuntamiento de A Coruña.

Por último, nuestro agradecimiento a los verdaderos protagonistas de este trabajo, las personas mayores, sin cuya colaboración y la de sus familias no hubiese sido posible.

Anexos

Anexo 1. Formulario Delphi. Primera circulación

FORMULARIO DELPHI. 1ª CIRCULACIÓN		
Por favor, exprese de 1 a 7 su nivel de conformidad con las siguientes cuestiones. A: Prioridad (deseo); B: Probabilidad (ocurrirá)		
1: muy bajo - 2: bajo - 3: moderado bajo - 4: moderado - 5: moderado alto - 6: alto - 7: muy alto		
1.- El estado de salud de las personas mayores dependientes mejorará significativamente en los próximos años.	A	
	B	
2.- La diferencia de esperanza de vida entre hombres y mujeres se mantendrá o aumentará en los próximos años, lo que se traducirá en un incremento de la proporción de mujeres mayores que vivan solas.	A	
	B	
3.- El número de personas mayores de 65 años que serán capaces de realizar por sí mismas las actividades de la vida diaria aumentará significativamente en los próximos años.	A	
	B	
4.- El número de personas mayores de 65 años que necesiten ayuda (total o parcial) para realizar por sí mismas las actividades de la vida diaria aumentará significativamente en los próximos años.	A	
	B	
5.- El incremento de la prevalencia de enfermedades degenerativas (neurológicas, cardiovasculares, osteo-articulares, etc.) aumentará las tasas de dependencia de las personas mayores.	A	
	B	
6.- La entrada en vigor de la Ley de Dependencia es una oportunidad que contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas mayores dependientes.	A	
	B	
7.- La conciencia de realizar actividades para mantenerse activas y prevenir la dependencia aumentará significativamente entre las personas mayores.	A	
	B	
8.- Mediante la implantación de Programas de Promoción de la Autonomía disminuirá la prevalencia de la dependencia en las personas mayores de 65 años.	A	
	B	
9.- Las estrategias desarrolladas para la asistencia y apoyo a las personas mayores dependientes que vivan solas se centrarán en el fortalecimiento de redes sociales de autoayuda.	A	
	B	
10.- Las estrategias desarrolladas para la asistencia y apoyo a las personas mayores dependientes que vivan solas se centrarán en la provisión de cuidados que permitan su mantenimiento en el propio domicilio.	A	
	B	

11.- Las estrategias desarrolladas para la asistencia y apoyo a las personas mayores dependientes que vivan solas se centrarán en la prestación de servicios en centros institucionales.	A	
	B	
12.- A raíz de la nueva Ley de Dependencia, aumentarán la cantidad de recursos sanitarios dirigidos a las personas mayores dependientes.	A	
	B	
13.- A raíz de la nueva Ley habrá un aumento de los profesionales sanitarios, que darán cobertura al total de la población mayor dependiente.	A	
	B	
14.- A raíz de la nueva Ley, se mejorará el acceso de las personas mayores dependientes a los recursos sanitarios.	A	
	B	
15.- Los servicios sanitarios responderán a la creciente demanda de información (debido a la implantación de la Ley) produciendo materiales y documentos que faciliten la comprensión de los servicios y recursos a los que pueden acceder las personas mayores dependientes.	A	
	B	
16.- La aprobación de la Ley de Dependencia I supondrá un cambio significativo en cuanto a recursos sanitarios se refiere.	A	
	B	
17.- El número de recursos y de profesionales en el ámbito social aumentará progresivamente hasta llegar al ratio exigido para dar total cobertura a las necesidades de las personas mayores dependientes.	A	
	B	
18.- El nuevo sistema de dependencia dará cobertura a todas las personas mayores que se encuentren en situación de dependencia.	A	
	B	
19.- Las diferencias de los distintos programas que se desarrollarán en materia de dependencia en el ámbito urbano (respecto al rural) aumentarán significativamente en los próximos años.	A	
	B	
20.- El diseño de programas específicos para las personas mayores dependientes se realizará teniendo en cuenta las necesidades propias de los distintos sectores (rural/urbano, hombre/mujer, etc.)	A	
	B	
21.- Los programas dirigidos a las personas mayores para la prevención de las situaciones de dependencia aumentarán significativamente.	A	
	B	
22.- Los servicios sociales se gestionarán siguiendo los criterios de eficacia, eficiencia y efectividad.	A	
	B	
23.- Se implementarán sistemas de inspección en materia de servicios sociales.	A	
	B	
24.- Los servicios sociales se gestionarán a partir de las	A	

necesidades individuales de la persona y las globales de la sociedad, contando con la participación del usuario/a en la toma de decisiones.	B	
25.- Existirán diferencias significativas en cuanto a la facilidad/dificultad de acceso a los recursos socio-sanitarios de las personas mayores dependientes de acuerdo al tipo de hábitat (rural/urbano).	A	
	B	
26.- Existirá una coordinación efectiva de servicios sanitarios y sociales para dar una respuesta completa a las necesidades del colectivo de personas mayores dependientes.	A	
	B	
27.- Se formará tanto a los profesionales socio-sanitarios como a los cuidadores informales en materia de geriatría/gerontología para poder dar una mejor atención a la persona mayor dependiente.	A	
	B	
28.- Se formará a los profesionales socio-sanitarios para que ayuden a que los/as usuarios/as puedan tener una mejor comprensión del tratamiento/recurso que se le va a aplicar.	A	
	B	
29.- La valoración de la dependencia se realizará a partir de parámetros debidamente validados y consensuados por expertos.	A	
	B	
30.- Se mejorará significativamente la coordinación entre las distintas administraciones.	A	
	B	
31.- Los servicios públicos se adecuarán a las necesidades de las personas mayores dependientes (a través de transporte adaptado, incorporación de ayudas técnicas, eliminación de barreras arquitectónicas, etc.)	A	
	B	
32.- El nuevo Sistema de Atención a la Dependencia conseguirá autofinanciarse en el plazo previsto (antes del 2015), asegurando así su permanencia y continuidad.	A	
	B	
33.- Las condiciones económicas de las personas mayores dependientes mejorarán significativamente en los próximos años.	A	
	B	
34.- Las pensiones se adaptarán de acuerdo a las necesidades específicas de las personas mayores dependientes, así como al incremento anual del IPC.	A	
	B	
35.- El acceso a los recursos necesarios para solventar las necesidades de las personas mayores dependientes se adecuarán a su situación socio - económica.	A	
	B	
36.- Todas las personas mayores que se encuentren en situación de dependencia podrán acceder a los	A	

servicios/recursos que necesiten, a pesar de carecer de recursos económicos.	B	
37.- Habrá un incremento de la financiación de los servicios sociales y sanitarios.	A	
	B	
38.- La Comunidad Autónoma de Galicia conseguirá aportar el porcentaje fijado para la cofinanciación del Sistema Nacional de Dependencia dentro del plazo acordado.	A	
	B	
39.- Las condiciones laborales de los/as trabajadores del sector se mejorarán significativamente.	A	
	B	
40.- A raíz de la nueva Ley de Dependencia, aumentará significativamente la oferta privada de servicios socio – sanitarios.	A	
	B	

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

Nº Pregunta	Si lo desea, puede escribir aquí las observaciones y comentarios que estime oportunos, indicando la pregunta a la que haga referencia.
Observaciones generales (Puede utilizar tantas hojas como considere oportunas)	

Anexo 2. Formulario Delphi. Segunda circulación

FORMULARIO DELPHI. 2ª CIRCULACIÓN		
Por favor, exprese de 1 a 7 su grado de conformidad con las medias obtenidas. A: Prioridad (deseo); B: Probabilidad (ocurrirá)		
1: muy bajo - 2: bajo - 3: moderado bajo - 4: moderado - 5: moderado alto - 6: alto - 7: muy alto		
1.- El estado de salud de las personas mayores dependientes mejorará significativamente en los próximos años.	A	6
	B	4
2.- La diferencia de esperanza de vida entre hombres y mujeres se mantendrán o aumentarán, lo que se traducirá en un incremento de la proporción de mujeres mayores que vivan solas.	A	3
	B	5
3.- El número de personas mayores de 65 años que serán capaces de realizar por sí mismas las actividades de la vida diaria aumentará significativamente en los próximos años.	A	6
	B	4
4.- El número de personas mayores de 65 años que necesiten ayuda (total o parcial) para realizar por sí mismas las actividades de la vida diaria aumentará significativamente en los próximos años.	A	3
	B	5
5.- El incremento de la prevalencia de enfermedades degenerativas (neurológicas, cardiovasculares, osteo-articulares, etc.) aumentará las tasas de dependencia de las personas mayores.	A	2
	B	6
6.- La entrada en vigor de la Ley de Dependencia es una oportunidad que contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas mayores dependientes.	A	7
	B	4
7.- La conciencia de realizar actividades para mantenerse activas y prevenir la dependencia aumentará significativamente entre las personas mayores.	A	6
	B	4
8.- Mediante la implantación de Programas de Promoción de la Autonomía disminuirá la prevalencia de la dependencia en las personas mayores de 65 años.	A	6
	B	5
9.- Las estrategias desarrolladas para la asistencia y apoyo a las personas mayores dependientes que vivan solas se centrarán en el fortalecimiento de redes sociales de autoayuda.	A	5
	B	4
10.- Las estrategias desarrolladas para la asistencia y apoyo a las personas mayores dependientes que vivan solas se centrarán en la provisión de cuidados que permitan su mantenimiento en el propio domicilio.	A	6
	B	4
11.- Las estrategias desarrolladas para la asistencia y apoyo a las personas mayores dependientes que vivan solas se centrarán en la prestación de servicios en centros	A	3
	B	5

institucionales.		
12.- A raíz de la nueva Ley de Dependencia, aumentarán la cantidad de recursos sanitarios dirigidos a las personas mayores dependientes.	A	6
	B	4
13.- A raíz de la nueva Ley habrá un aumento de los profesionales sanitarios, que darán cobertura al total de la población mayor dependiente.	A	6
	B	3
14.- A raíz de la nueva Ley, se mejorará el acceso de las personas mayores dependientes a los recursos sanitarios.	A	6
	B	3
15.- Los servicios sanitarios responderán a la creciente demanda de información (debido a la implantación de la Ley) produciendo materiales y documentos que faciliten la comprensión de los servicios y recursos a los que pueden acceder las personas mayores dependientes.	A	6
	B	4
16.- La aprobación de la Ley de Dependencia supondrá un cambio significativo en cuanto a recursos sanitarios se refiere.	A	6
	B	3
17.- El número de recursos y de profesionales en el ámbito social aumentará progresivamente hasta llegar al ratio exigido para dar total cobertura a las necesidades de las personas mayores dependientes.	A	7
	B	3
18.- El nuevo sistema de dependencia dará cobertura a todas las personas mayores que se encuentren en situación de dependencia.	A	7
	B	3
19.- Las diferencias de los distintos programas que se desarrollarán en materia de dependencia en el ámbito urbano (respecto al rural) aumentarán significativamente en los próximos años.	A	4
	B	4
20.- El diseño de programas específicos para las personas mayores dependientes se realizará teniendo en cuenta las necesidades propias de los distintos sectores (rural/urbano, hombre/mujer, etc.)	A	6
	B	4
21.- Los programas dirigidos a las personas mayores para la prevención de las situaciones de dependencia aumentarán significativamente.	A	6
	B	4
22.- Los servicios sociales se gestionarán siguiendo los criterios de eficacia, eficiencia y efectividad.	A	7
	B	3
23.- Se implementarán sistemas de inspección en materia de servicios sociales.	A	6
	B	4
24.- Los servicios sociales se gestionarán a partir de las necesidades individuales de la persona y las globales de la sociedad, contando con la participación del usuario/a en la toma de decisiones.	A	6
	B	3

25.- Existirán diferencias significativas en cuanto a la facilidad/dificultad de acceso a los recursos socio-sanitarios de las personas mayores dependientes de acuerdo al tipo de hábitat (rural/urbano).	A	3
	B	5
26.- Existirá una coordinación efectiva de servicios sanitarios y sociales para dar una respuesta completa a las necesidades del colectivo de personas mayores dependientes.	A	7
	B	3
27.- Se formará tanto a los profesionales socio-sanitarios como a los cuidadores informales en materia de geriatría/gerontología para poder dar una mejor atención a la persona mayor dependiente.	A	7
	B	4
28.- Se formará a los profesionales socio-sanitarios para que ayuden a que los/as usuarios/as puedan tener una mejor comprensión del tratamiento/recurso que se le va a aplicar.	A	6
	B	4
29.- La valoración de la dependencia se realizará a partir de parámetros debidamente validados y consensuados por expertos.	A	7
	B	5
30.- Las estrategias desarrolladas para la asistencia y apoyo a las personas mayores dependientes que vivan solas se centrarán en la provisión de cuidados que permitan su mantenimiento en el propio domicilio.	A	6
	B	4
31.- Las estrategias desarrolladas para la asistencia y apoyo a las personas mayores dependientes que vivan solas se centrarán en la prestación de servicios en centros institucionales.	A	3
	B	5
32.- A raíz de la nueva Ley de Promoción de la Autonomía Personal, aumentarán la cantidad de recursos sanitarios dirigidos a las personas mayores dependientes.	A	6
	B	4
33.- A raíz de la nueva Ley habrá un aumento de los profesionales sanitarios, que darán cobertura al total de la población mayor dependiente.	A	6
	B	3
34.- A raíz de la nueva Ley, se mejorará el acceso de las personas mayores dependientes a los recursos sanitarios.	A	6
	B	3
35.- Los servicios sanitarios responderán a la creciente demanda de información (debido a la implantación de la Ley) produciendo materiales y documentos que faciliten la comprensión de los servicios y recursos a los que pueden acceder las personas mayores dependientes.	A	6
	B	4
36.- La aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal supondrá un cambio significativo en cuanto a recursos sanitarios se refiere.	A	6
	B	3
37.- El número de recursos y de profesionales en el ámbito	A	7

social aumentará progresivamente hasta llegar al ratio exigido para dar total cobertura a las necesidades de las personas mayores dependientes.	B	3
38.- El nuevo sistema de dependencia dará cobertura a todas las personas mayores que se encuentren en situación de dependencia.	A	7
	B	3
39.- Las diferencias de los distintos programas que se desarrollarán en materia de dependencia en el ámbito urbano (respecto al rural) aumentarán significativamente en los próximos años.	A	4
	B	4
40.- El diseño de programas específicos para las personas mayores dependientes se realizará teniendo en cuenta las necesidades propias de los distintos sectores (rural/urbano, hombre/mujer, etc.)	A	6
	B	4

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

Nº Pregunta	Si lo desea, puede escribir aquí las observaciones y comentarios que estime oportunos, indicando la pregunta a la que haga referencia.
Observaciones generales (Puede utilizar tantas hojas como considere oportunas)	

Anexo 3. Modelo de recogida de las necesidades percibidas.

Código _____

Hábitat _____

Entrevista cumplimentada por

1 Entrevistadora 2 Cuidadora principal 3 Autocumplimentada

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo

1 Hombre2 Mujer

Edad

1 65-74 años2 75-84 años3 ≥ 85 años

Estado civil

1 Soltero/a4 Divorciado/a2 Casado/a5 Viudo/a3 Separado/a

Acerca de su nivel de instrucción...

1 Iltrado3 Estudios Primarios2 Sin estudios (Sabe leer y escribir pero fue menos de 3 años a la escuela)4 Educación Secundaria5 Estudios Universitarios

Situación laboral anterior...

1 Tareas domésticas5 Autónomo, artesano, empresario o similar2 Cualificación profesional baja6 No ha trabajado3 Cualificación profesional media4 Cualificación profesional alta

ESTADO DE SALUD

¿Presenta algún problema que le genere discapacidad?

1 Sí (pasar a la siguiente pregunta)2 No (no hacer la siguiente pregunta)

¿De qué tipo?

1 Física2 Psíquica3 Sensorial

Actualmente, ¿cómo calificaría Vd. su propio estado de salud?
(no leer las respuestas)

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Muy bueno | 4 <input type="checkbox"/> Malo |
| 2 <input type="checkbox"/> Bueno | 5 <input type="checkbox"/> Muy malo |
| 3 <input type="checkbox"/> Regular | 0 <input type="checkbox"/> NS/NC |

¿Qué tipo de problema, dolencia, enfermedad o problema de salud cree que le ocasiona la discapacidad? (Anotar dos respuestas literales como máximo)

1..... 2.....

¿Le ha dicho su médico que padece de forma crónica alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud en la actualidad? (Leer al entrevistado las enfermedades que se relacionan una a una, anotando la respuesta que procede)

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Problemas de huesos (artrosis, artritis, reuma...)..... | 10 <input type="checkbox"/> Trastornos mentales, demencia |
| 2 <input type="checkbox"/> Problemas de visión | 11 <input type="checkbox"/> Alzheimer |
| 3 <input type="checkbox"/> Problemas de audición | 12 <input type="checkbox"/> Parkinson |
| 4 <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | 13 <input type="checkbox"/> Problemas de insomnio (no dormir bien) |
| 5 <input type="checkbox"/> Problemas del corazón (circulatorios) | 14 <input type="checkbox"/> Tumores, cáncer |
| 6 <input type="checkbox"/> Diabetes (azúcar) | 15 <input type="checkbox"/> Digestivas |
| 7 <input type="checkbox"/> Problemas de memoria | 16 <input type="checkbox"/> Afecciones en los órganos genitales y/o urinario |
| 8 <input type="checkbox"/> Hipertensión (tensión alta) | 17 <input type="checkbox"/> Otras enfermedades |
| 9 <input type="checkbox"/> Depresión, tristeza, angustia | 0 <input type="checkbox"/> NS/NC |

¿Con qué frecuencia visita al médico de cabecera para consultas o revisiones? (No para recetas o tomar la tensión)

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Una vez a la semana | 5 <input type="checkbox"/> Una o dos veces al año |
| 2 <input type="checkbox"/> Una o dos veces al mes | 6 <input type="checkbox"/> No he ido en los últimos 12 meses |
| 3 <input type="checkbox"/> Cada dos o tres meses | 0 <input type="checkbox"/> NS/NC |
| 4 <input type="checkbox"/> Cada cuatro o cinco meses | |

¿Considera que tiene información suficiente sobre los recursos sanitarios a los que tiene derecho?

- 1 Sí 2 No 0 NS/NC

El acceso a los recursos de atención sanitaria es:

- 1 Muy bueno 2 Bueno

- 3 Regular
 4 Malo
 5 Muy malo
 0 NS/NC

¿Cómo mejoraría la atención y asistencia que recibe por parte de los servicios sanitarios?

- 1 Personal mejor formado
 2 Más personal
 3 Trato más humano
 4 Servicios más especializados
 5 Mayor cantidad de servicios
 6 Menos listas de espera
 7 No necesita mejorar
 0 NS/NC

Indique las necesidades que crea más importantes respecto a su salud personal (Puede marcar más de una. Ordenar según el orden de importancia)

- Estado de salud general
 Limitaciones funcionales para el cuidado diario
 Dificultad para tomar los medicamentos
 Dolores
 Dificultad para entender/seguir/acudir al tratamiento
 Otros. Especificar _____
 NS/NC

SITUACIÓN ECONÓMICA

Procedencia de los ingresos principales

- 1 Pensión contributiva de jubilación
 2 Pensión contributiva de invalidez
 3 Pensión no contributiva de jubilación
 4 Pensión no contributiva de invalidez
 5 Rentas
 6 Otros. Especificar _____
 0 NS/NC

¿Podría decirnos a qué tramo corresponden los ingresos totales mensuales que Vd. percibe?

- 1 Menos de 300 €
 2 De 301 € a 600 €
 3 De 601 € a 900 €
 4 De 901 € a 1.200 €
 5 Más de 1.200 €
 6 No tiene ingresos
 0 NS/NC

¿Considera suficientes estos ingresos para satisfacer sus necesidades personales?

- 1 Sí
 2 No
 0 NS/NC

Observaciones

.....
Indique las necesidades que crea más importantes en relación con su situación económica (Puede marcar más de una. Ordenar según el orden de importancia)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pensión | <input type="checkbox"/> Ayuda para desplazarse (transporte adaptado) |
| <input type="checkbox"/> Subvenciones | <input type="checkbox"/> Ayudas para las necesidades básicas: alimentación, vestido, vivienda... |
| <input type="checkbox"/> Ayuda para la adaptación funcional de la vivienda | <input type="checkbox"/> Otros. Especificar _____ |
| <input type="checkbox"/> Ayudas para adquirir dispositivos de apoyo y protésicos | |

SITUACIÓN SOCIAL

Nº de personas con quien convive _____

Relación de parentesco:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Cónyuge | 6 <input type="checkbox"/> Hermano/a |
| 2 <input type="checkbox"/> Hijo/a | 7 <input type="checkbox"/> Cuñado/a |
| 3 <input type="checkbox"/> Yerno/Nuera | 8 <input type="checkbox"/> Amigo/a |
| 4 <input type="checkbox"/> Nieto/a | 0 <input type="checkbox"/> NS/NC |
| 5 <input type="checkbox"/> Bisnieto/a | |

¿Cuál es el motivo principal por el que vive solo/a? (Sólo si vive solo) (Respuesta espontánea. No sugerir)

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Porque lo prefiere | 4 <input type="checkbox"/> Porque sus hijos se han independizado |
| 2 <input type="checkbox"/> Porque enviudó | 5 <input type="checkbox"/> Porque no tiene hijos o familiares |
| 3 <input type="checkbox"/> Porque los hijos o familiares prefieren que cada uno viva en su casa | 6 <input type="checkbox"/> Por otra razón, ¿cuál? |

Considera la relación con su familia/con la persona mayor que cuida (En el caso de cuidador principal) (No leer las respuestas)

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Muy buena | 4 <input type="checkbox"/> Mala |
| 2 <input type="checkbox"/> Buena | 5 <input type="checkbox"/> Muy mala |
| 3 <input type="checkbox"/> Regular | 0 <input type="checkbox"/> NS/NC |

¿Recibe ayuda por parte de sus familiares y/o amigos? (En el caso de ser cuidador principal referirse a si recibe ayuda para el cuidado de la persona mayor)

1 Sí 2 No 0 NS/NC

¿Recibe ayuda por parte de otras personas (personal contratado, voluntarios, etc.)? (En el caso de ser cuidador principal referirse a si recibe ayuda para el cuidado de la persona mayor)

1 Sí 2 No 0 NS/NC

Nº de personas que le prestan ayuda: _____

¿Con qué frecuencia le prestan esta ayuda?

1 Una vez al día 3 Constantemente

2 Varias veces al día 0 NS/NC

¿Siente que necesita más ayuda de la que recibe? (Tanto si es la persona cuidada como si es el cuidador principal)

1 Sí 2 No 0 NS/NC

¿Considera que tiene información suficiente sobre los recursos sociales a los que tiene derecho? (Tanto si es la persona cuidada como si es el cuidador principal)

1 Sí 2 No 0 NS/NC

El acceso a los recursos de atención social es: (No leer las respuestas)

1 Muy bueno 4 Malo

2 Bueno 5 Muy malo

3 Regular 0 NS/NC

¿Es o ha sido beneficiario o usuario de alguno de los siguientes recursos?

1 Ayuda a Domicilio Municipal 5 Voluntariado

2 Cheque asistencial 6 Teléfono del Mayor

3 Teleasistencia Domiciliaria 7 Otros

4 Ayudas Individuales no periódicas 0 NS/NC

¿Ha utilizado alguno de los siguientes recursos?

1 Programa de Vacaciones (del IMSERSO o de la Xunta) 4 Hogar o Club del Mayor

2 Centro de Día 5 Otros

3 Residencia 0 NS/NC

¿Cómo mejoraría la atención y asistencia que recibe por parte de los servicios sociales?

1 Personal mejor formado 2 Más personal

- | | |
|---|---|
| 3 <input type="checkbox"/> Trato más humano | 6 <input type="checkbox"/> Menos listas de espera |
| 4 <input type="checkbox"/> Servicios más especializados | 7 <input type="checkbox"/> No necesita mejorar |
| 5 <input type="checkbox"/> Mayor cantidad de servicios | 0 <input type="checkbox"/> NS/NC |

En este momento, ¿qué es lo más importante para Vd.?
(Respuesta espontánea no sugerir. Respuesta única)

.....
Indique las necesidades que crea más importantes respecto a su situación social y sanitaria (Puede marcar más de una. Ordenar según el orden de importancia)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mayor apoyo por parte de familiares | <input type="checkbox"/> Más información sobre recursos socio-sanitarios |
| <input type="checkbox"/> Mayor apoyo institucional/formal | <input type="checkbox"/> Servicios de apoyo y tiempo libre |
| <input type="checkbox"/> Asistencia sanitaria: más y de mejor calidad | <input type="checkbox"/> Asesoramiento jurídico |
| <input type="checkbox"/> Asistencia sanitaria domiciliaria | <input type="checkbox"/> Mayor calidad de la asistencia social |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para entender/seguir/acudir al tratamiento | <input type="checkbox"/> Otros. Especificar _____ |
| <input type="checkbox"/> Apoyo en las gestiones administrativas | |

Indique las soluciones que considera más necesarias (Puede marcar más de una. Ordenar según el orden de importancia)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Incremento del apoyo informal y diario en la ayuda familiar | <input type="checkbox"/> Facilidades en el transporte público/creación trasportes adaptados |
| <input type="checkbox"/> Incremento económico para la ayuda familiar | <input type="checkbox"/> Subida de las pensiones |
| <input type="checkbox"/> Profesionales más especializados | <input type="checkbox"/> Campañas de imagen y eliminación de los estereotipos en las personas mayores |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia en la Seguridad Social | <input type="checkbox"/> Incrementar el número de los Centros de Día |
| <input type="checkbox"/> Servicios de apoyo para el tiempo libre y el ocio | <input type="checkbox"/> Incrementar el número de Residencias |
| <input type="checkbox"/> Eliminación de barreras arquitectónicas | <input type="checkbox"/> Retrasar la edad de jubilación |
| <input type="checkbox"/> Ayudas económicas/promoción de las viviendas adaptadas | |

En los apoyos institucionales echa en falta... (Puede marcar más de una. Ordenar según el orden de importancia)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Actividades culturales y lúdicas para personas mayores | <input type="checkbox"/> Actividades para promocionar el envejecimiento activo y |
|---|--|

- saludable, y la autonomía personal
- Apoyo de la comunidad a las personas mayores: asociacionismo, voluntariado...
- Existe poco apoyo de los ayuntamientos a las personas mayores
- Existe poco apoyo de la Xunta de Galicia a las personas mayores
- Existe poco apoyo del Estado a las personas mayores

LEY DE DEPENDENCIA

¿Conoce la nueva Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia?

- 1 Sí 2 No 0 NS/NC

¿En qué áreas cree que esta Ley le puede beneficiar?

- 1 Económicamente 3 Integración en la sociedad
- 2 Socialmente 4 Como cuidador de personas mayores

JUBILACIÓN

(En caso de sólo haber trabajado en tareas domésticas, se responderán las siguientes preguntas en función del esposo/a o compañero/a)

¿A qué edad se jubiló? _____

¿Cuál fue el motivo? (sólo si prejubilado) _____

Al jubilarse, su estado de salud empezó a ser...

- 1 Mejor que cuando trabajaba 3 Peor que cuando trabajaba
- 2 Igual que cuando trabajaba 0 NS/NC

Al jubilarse, la relación con su esposo/a u otros familiares empezó a ser...

- 1 Mejor que cuando trabajaba 3 Peor que cuando trabajaba
- 2 Igual que cuando trabajaba 0 NS/NC

A continuación le voy a leer algunas frases que recogen las opiniones de algunas personas sobre la jubilación. Por favor, dígame para cada una de ellas en qué grado está de acuerdo con ellas...

	Mucho	Bastante	Regular (No leer)	Poco	Nada	NS/NC
La jubilación tiene ventajas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
La jubilación es un merecido descanso	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Cuando te jubilas cuesta adaptarse a la nueva vida	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Las personas llevan muy mal la jubilación	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Los hombres llevan la jubilación peor que las mujeres	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Estaba deseando jubilarme	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

Anexo 4. Consentimiento informado

Yo, D./Dña., con DNI , mayor de edad, y actuando en nombre propio.

DECLARO QUE:

He sido suficientemente informado/a sobre el proyecto GERONED, que está llevando a cabo el Grupo de Investigación en Gerontología.

Dicho proyecto realiza un estudio diferencial de las necesidades percibidas por el colectivo de las personas mayores dependientes, teniendo en cuenta las diferencias existentes entre las áreas rural y urbana gallega, así como las diferencias de género, para lo que se realizarán entrevistas a un nº determinado de personas mayores con un cierto grado de dependencia, entre las que me incluyo.

Con los resultados obtenidos, se creará un Modelo de Intervención para la Promoción de la Autonomía objetivo y que reflejará los intereses reales de este grupo heterogéneo.

POR LO QUE :

De forma voluntaria y consciente, ACEPTO mi participación en el mismo.

En _____ a _____ de _____ de 200_

Nombre :

Firma :

De conformidad con la vigente Ley Orgánica 15/1999 de Protección de datos (LOPD), el Grupo de Investigación en Gerontología informa de que la totalidad de los datos personales obtenidos para la realización del estudio GERONED serán tratados con el grado de confidencialidad exigido en el Reglamento de Medidas de Seguridad (RD 944/1999 de 11 de junio) y no podrán ser publicados ni difundidos sin su expreso consentimiento.

Referencias bibliográficas

1. Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Ley 39/2006 de 14 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 299, (15-12-2006).
2. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Madrid: INE; 1999.
3. Pérez Ortiz L. La estructura social de la vejez en España. Nuevas y viejas formas de envejecer. Madrid: IMSERSO; 2006.
4. Millán-Calenti JC. Gerontología y Geriatria. En: Millán-Calenti JC, editor. Principios de Geriatria y Gerontología. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
5. Millán-Calenti JC. Los mayores e Internet. A Coruña: Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias; 2002.
6. Fernández-Ballesteros R. Gerontología social. Madrid: Psicología Pirámide; 2000.
7. Abellán García A, Puga González D. Estudio monográfico. La discapacidad en la población española. En: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, editor. Las personas mayores en España. Informe 2004. Madrid: IMSERSO; 2004.
8. Minkler M, Fadem P. Successful Aging: A Disability Perspective. J Disabil Pol Stud. 2002; 12(4):229-235.
9. Friedan B. La fuente de la edad. Barcelona: Planeta; 1994.
10. World Health Organization Regional Office for Europe. Health, lifestyles and services for the elderly. Copenhagen: WHO; 1989.

11. Rosow Y. Status and role change through the life course. En: Handbook of Aging and Social Sciences. Binstock RH, Shanas E, editores. Nueva York: Von Nostrand Reinhold; 1976.
12. López J. Los Servicios Sociales. Madrid: Narcea; 1992.
13. Bradshaw J. The concept of social need. New Soc. 1972; 30:640-643.
14. Chacón F. Necesidad social y Servicios Sociales. Papeles Psicol. 1989; 18(2):41-42.
15. Aguado AL, Alcedo MA, Arias B, Fontanil Y, Verdugo MA. Calidad de vida y necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad-2003. Madrid: IMSERSO; 2005.
16. Rodríguez-Rodríguez P, Martínez-Rodríguez T. "Rompiendo distancias": Programa de dinamización y acercamiento de servicios a las personas mayores en áreas rurales de población dispersa. Asist Sociosanit Bienestar. 2002, 1:12-18.
17. García-González J. «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.
18. Tomás C, Moreno LA, Germán C, Alcalá T, Andrés E. Dependencia y necesidades de cuidados no cubiertas de las personas mayores de una zona de salud de Zaragoza. Rev Esp Salud Pub. 2002; 76:215-226.
19. Leira J. Los mayores de A Coruña. A Coruña: Universidad de A Coruña-Concejalía de Sanidad y Servicios Sociales del Ayuntamiento de A Coruña; 1996.

20. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pub.* 2003; 19:793-798.
21. Orrell M, Hancock G. *Camberwell Assessment of Need for the Elderly, CANE.* London: Gaskell; 2004.
22. Department of Health. *The National Service Framework for Older People.* London: Department of Health; 2001.
23. Hancock GA, Woods B, Challis D, Orrell D. The needs of older people with dementia in residential care. *Int J Geriatr Psych.* 2006; 21:43-49.
24. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MER. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Rev Latinoam Enfermagem.* 2002; 10:757-764.
25. Xavier MF, Ferraz MPT, Marc N, Escosteguy N, Moriguchi E. Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003; 2531-2539.
26. Evans S, Gately C, Huxley P, Smith A, Banerjee S. Assessment of quality of life in later life: development and validation of the Quill. *Qual Life Res.* 2005; 14:1291-1300.
27. Chachamovich E, Trentini CM, Fleck MP. Assessment of the psychometric performance of the WHOQOLBREF instrument in a sample of Brazilian older adults. *Int Psychogeriatr.* 2006; 27:1-12.
28. Fleck MPA, Fachel O, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev ABP-APAL.* 1999; 21:19-28.

29. Ware JE. Scales for measuring general health perceptions. *Health Serv Res.* 1976; 11:396-415.
30. Reynolds T, Thornicroft G, Abas M, Woods B, Hoe J, Leese M et al. Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE): Development, validity and reliability. *Brit J Psych.* 2000; 176:444-452.
31. Thornicroft G, Tansella M. *The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services.* Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
32. Priebe S, Huxley P, Burns T. Who needs needs? *Eur Psychiatry.* 1999; 14:186-188.
33. Slade M. Routine outcome assessment in mental health services. *Psychol Med.* 2002; 32:1339-1343.
34. Lasalvia A, Bonetto C, Malchiodi F, Salvi G, Parabiaghi A, Tansella M. Listening to patients' needs to improve their subjective quality of life. *Psychol Med.* 2005; 35:1655-1665.
35. Slade M, Leese M, Ruggeri M, Kuipers E, Tansella M, Thornicroft G. Does meeting needs improve quality of life? *Psychother Psychosom.* 2004; 73:183-189.
36. Maslow AH. *Motivation and Personality.* Nueva York: Harper and Row; 1954.
37. Livvi-Bacci M. *Introducción a la demografía.* Barcelona: Ariel; 1993.
38. Bazo Royo MT, García Sanz B, Hernández Rodríguez G, Leira López J, López Rey MJ, Millán-Calenti JC et al. Sociología de la vejez. En: Millán-Calenti JC, editor. *Principios de Geriátría y Gerontología.* Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2006.

39. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población de España calculadas a partir del Censo de población de 2001. Madrid: INE; 2001.
40. EUROSTAT. Population projections 2004-2050. Luxemburgo: EUROSTAT; 2005.
41. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Encuesta de la Calidad de Vida de los Mayores. Madrid: IMSERSO; 2004.
42. Badía X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. Barcelona: Editorial Edimac; 1999.
43. Mann E, Koller M, Mann C, Van der Cammen T, Steurer J. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in general practice: Results from a pilot study in Vorarlberg, Austria. *Geriatr.* 2004; 4:4-10.
44. Duke University Center for the Study of Aging and Human Development. Multifunctional assessment: the OARS methodology. Durham: Duke University; 1978.
45. Consejo de Europa. Recomendación nº (98)9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros, relativa a la dependencia. Anexo a la Recomendación nº R (98)9. Estrasburgo: Consejo de Europa; 1998.
46. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Madrid: IMSERSO; 2005.
47. Dizy Menéndez D. Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo de mixto y estimación del coste de aseguramiento en España. Madrid: Edad&Vida. Instituto para la Mejora, Promoción e

- Innovación de la Calidad de Vida de las Personas Mayores; 2006.
48. Rodríguez P. Las necesidades de las personas mayores dependientes. *Rev Asuntos Soc.* 1999; 8:38-41.
49. Rodríguez P, Sancho M. Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. La situación de fragilidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1995; 30(3):141-152.
50. Crespo López M, López Martínez J. El estrés en cuidadores de mayores dependientes. Madrid: Pirámide; 2007.
51. Seira Lledós MP, Aller Blanco A, Calvo Gascón A. Morbidity perceived and diagnosed among caregivers of immobilized people in a rural health district. *Rev Esp Salud Pub.* 2002; 76(6):713-721.
52. Izal Fernández de Trocóniz M, Losada Baltar A, Márquez González M, Montorio Cerrato I. Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales. Madrid: IMSERSO; 2006.
53. Rivera J. Redes familiares en el cuidado del anciano con demencia. Análisis evolutivo de un estudio poblacional. Madrid: Consejo Económico y Social; 2001.
54. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Situación y evolución del apoyo informal a los mayores en España. Informe de resultados. Madrid: IMSERSO; 2004.
55. Rodríguez-Cabrero G. Madrid: IMSERSO (Servicio de Estudios); 2000; p.1-6.
56. García-Calvente M, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit.* 2004; 18(1):132-139.

57. Garre J, Hernández M, Lozano M, Vilalta J, Turón A., Cruz M. Carga y calidad de vida en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Rev Neurol*. 2000; 31(6):522-527.
58. Gaugler JE, Davey A, Pearlin LI, Zarit SH. Modeling caregiver adaptation over time: The longitudinal impact of behavior problems. *Psicol Aging*. 2000; 15(3):437-450.
59. Winslow BW. Effects of formal supports on stress outcomes in family caregivers of Alzheimer's patients. *Res Nurs Health*. 1997; 20(1):27-37.
60. Giddens A. *Sociología*. Madrid: Alianza; 2002.
61. Horton P, Hunt CJ. *Sociología*. México: McGraw-Hill; 1987.
62. Arber S, Ginn J. Gender differences in the relationship between paid employment and informal care. *Work Employ Soc*. 1995; 9(3):445-471.
63. Losada A, Shurgot GR, Knight BG, Márquez M, Montorio I, Izal M, Ruiz MA. Cross-cultural study comparing the association of familism with burden and depressive symptoms in two samples of Hispanic dementia caregivers. *Aging Mental Health*. 2006; 10(1):69-76.
64. Dwyer JW, Barton AJ, Vogel WB. Area of residence and the risk of institutionalization. *J Gerontol*. 1994; 1420-1422.
65. Sjobeck B, Isacsson A. Caring for demented elderly in rural primary health-care. *Scand J Caring Sci*. 1994; 8(1):29-37.
66. Sanford JT, Johnson AD, Townsend-Rocchiccioli J. The health status of rural caregivers. *J Gerontol Nurs*. 2005; 31(4):25-31.
67. Gamm LD, Hutchison LL, Dabney BJ, Dorsey AM. *Rural healthy people 2010: a companion document to healthy people 2010*. Texas: University System Health Science

- Center, School of Rural Public Health, Southwest Rural Health Research Center; 2003.
68. Dwyer J, Miller M. Determinants of primary caregiver stress and burden: area of residence and the caregiving networks of frail elders. *J Rural Health*. 1990; 6:161-184.
69. Basu J, Cooper J. Out-of-area travel from rural and urban counties: a study of ambulatory care sensitive hospitalizations for New York State residents. *J Rural Health*. 2000; 16:129-138.
70. Sanford JT, Townsend-Rocchiccioli T. The Perceived Health of Rural Caregivers. *Ger Nurs*. 2004; 25(4):145-148.
71. Castro CM, King AC, Housemann R, Racak SJ, McMullen KM, Brownson RC. Rural family caregivers and health behaviors: Results from an epidemiologic survey. *J Aging Health*. 2007; 19(1):87-105.
72. Cotton A, Downey R. An Early Intervention Model of Caregiver Services in Rural Primary Care Practices. *Ger Nurs*. 2004; 25(4):240-241.
73. EUROSTAT. Feasibility study about comparable statistics in the area of care of dependant adults in the European Union. Luxemburgo: EUROSTAT; 2003.
74. Badía X, Lara N, Roset M. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Atenc Primaria*. 2004; 34(4):170-177.
75. Jacobzone S, Cambois E, Robine JM. La santé des personnes âgées dans les pays de l'OCDE s'améliore-t-elle assez vite pour compenser le vieillissement de la population? Paris: OCDE; 2000.

76. Boada M, Peña-Casanova J, Bermejo F, Guillén F, Hart WM et al. Coste de los recursos sanitarios de los pacientes en régimen ambulatorio diagnosticados de enfermedad de Alzheimer en España. *Med Clinic*. 1999; 113:690-695.
77. Pérez Ortiz L. Indicadores sociales. En: IMSERSO (ed.). *Envejecer en España*. Madrid: IMSERSO; 2002.
78. Bermejo F, Rivera J, Trincado R, Olazaran J, Morales JM. Aspectos sociales y familiares del paciente con demencia. Datos de un estudio poblacional en dos zonas de Madrid. Madrid: Díaz de Santos; 1989.
79. OCDE. *Protéger les personnes âgées dépendantes*. Paris: Nouvelles Orientations; 1996.
80. Navarro V, Quiroga A. Políticas de Estado de Bienestar para la equidad *Gac Sanit*. 2004; 18(1):147-157.
81. Kröger T. Comparative research on care. The state of the art. Serie de Informes del 5º Programa Marco: RTD-2001-00211. Bruselas: Comisión Europea; 2001.
82. Jacobzone S. Long Term Care Services to Older People, a perspective on future needs: the impact of an improving health of older persons. París: OCDE; 2000.
83. Wolf DA, Ballal SS. Family support for older people in an era of demographic change and policy constraints. *Ageing Soc*. 2006; 26:693-706.
84. Tester S. Community care for older people: a comparative perspective. Londres: Mcmillan; 1996.
85. Doyal L. Sex, gender and health: the need for a new approach. *BMJ*. 2001; 323:1061-1063.

86. Peiró P, Ramón N, Álvarez-Dardet Cea. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. *Gac Sanit.* 2004; 18(2):36-46.
87. Calatrava J. Mujer y desarrollo rural en la Globalización: de los proyectos asistenciales a la planificación de género. *Rev Econ.* 2002; 803:73-90.
88. Bover A. El impacto de cuidar en el bienestar percibido por mujeres y varones de mediana edad: una perspectiva de género. *Enferm Clin.* 2006; 16(2):69-76.
89. Gil M, Matute S, García Y. Tendencias diferenciales de la percepción epidemiológica en función del género. *Asist Sociosanit Bienestar.* 2005; 5(1):16-23.
90. Garvia R. Conceptos fundamentales de Sociología. Madrid: Alianza; 1999.
91. Martikainen P, Aromaa A, Heliovaara M, Klaukka T, Knekt P, Maatela J, et al. Reliability of perceived health by sex and age. *Soc Sci Med.* 1999; 48(8):1117-1122.
92. Gil Latorre I. Mujer y envejecimiento. La mujer mayor. La mujer cuidadora. *Rev Mult Gerontol.* 2001; 11(4):156-160.
93. Pérez Díaz J. La feminización de la vejez. *Reis* 2003; 104:91-121.
94. Zimmer Z, Amornsirisomboon P. Socioeconomic status and health among older adults in Thailand: an examination using multiple indicators. *Soc Sci Med.* 2001; 52(8):1297-1311.
95. Berg CA, Strough J, Calderone KS, Sansone C, Weir Ch. The Role of Problem Definitions in Understanding Age and Context Effects on Strategies for Solving Everyday Problems. *Psychol Aging.* 1998; 13(1):29-44.

96. Krout JA. The elderly in rural environments. *J Rural Stud.* 1988; 4(2):103-114.
97. Mulrow CD, Gerety MB, Cornell JE, Lawrence VA, Kanten DN. The relationship between disease and function and perceived health in very frail elders. *J Am Geriatr Soc.* 1994; 42(4):374-380.
98. Bisconti TL, Bergeman CS. Perceived social control as a mediator of the relationships among social support, psychological well-being and perceived health. *Gerontologist.* 1999; 39(1):94-103.
99. Redondo-Sendino A, Guallar-Castillón J, Rodríguez-Artalejo B. Relación entre red social y la hipertensión arterial en los ancianos españoles. *Rev Esp Cardiol.* 2005; 59(11):1294-1301.
100. García G. Los Centros de Servicios Sociales: Conceptualizaciones y desarrollo operativo. Madrid: Siglo XXI; 1988.
101. Nieckerns JM, Purga AJ, Noriega PP. Research methods for needs assessment. Washington: University Press of America; 1980.
102. Instituto Gallego de Estadística. Censo de Población y Padrones Municipales de Habitantes. Datos provisionales a 01/01/2007. Santiago de Compostela: IGE; 2007.
103. Instituto Gallego de Estadística. Fichas municipales. Santiago de Compostela: IGE; 2007.
104. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud. Madrid: INE; 2003.
105. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de

- Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol.* 1996; 6:338-346.
106. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, de la Cámara C, Ventura T et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en población general geriátrica. *Med Clin (Barc).* 1999; 112:767-774.
107. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J.* 1965; 14:61-65.
108. SPSS. SPSS Professional Statistics 14.0.1. Chicago: SPSS; 2005.
109. García-Sanz B. Envejecimiento en el mundo rural: problemas y soluciones. Madrid: IMSERSO; 1997.
110. Navarro AB, Bueno B, Buz J, Mayoral P. Percepción de autoeficacia en el afrontamiento de los problemas y su contribución en la satisfacción vital de las personas muy mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2006; 41(4):222-227.
111. Instituto Nacional de Estadística. Censo de Población y Viviendas. Madrid: INE; 2001.
112. Instituto Gallego de Estadística. Censo de Población y Padrones Municipales de Habitantes. Santiago de Compostela: IGE; 2003.
113. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: IMSERSO; 2005.
114. Instituto de Mayores y Servicios Sociales/Centro de Investigaciones Sociológicas. Estudio 2279: Encuesta entre la población mayor española sobre "La soledad en las personas mayores". Madrid: IMSERSO; 1998.

115. Pérez-Ortiz L. Actividades, actitudes y valores. En: IMSERSO, editor. Las personas mayores en España. Informe 2004. Madrid: IMSERSO; 2004.
116. Millán-Calenti JC, López-Sande A. Terapias alternativas. En: Millán-Calenti JC, editor. Principios de Geriátría y Gerontología. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
117. León-Carrión J. Manual de neuropsicología. Madrid: Siglo XXI de España; 1995.
118. Pacolet J, Bouten R, Lanoye H, Versieck k. Protección Social para la Dependencia en la Vejez: un estudio de 15 Estados Miembros y Noruega. Aldershot: Ashgate; 2000.
119. Schalock RL, Verdugo MA. Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza; 2003.
120. Aguado AL, Alcedo MA, Fontanil Y. Las necesidades de las personas con discapacidad que envejecen percibidas por los profesionales que les atienden. *Psicothema*. 2005; 17(4):657-662.
121. EUROSTAT. Strategy on European Community Health Indicators (ECHI): the "Short List". Luxemburgo: EUROSTAT; 2004.
122. OCDE. Society at a Glance. OECD Social Indicators. París: OECD Publishing; 2005.
123. O'Shea E. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Madrid: IMSERSO; 2003.
124. Catalina C, Palacios JL, Fulgueiras FJ. La medición de la calidad en la administración local: El caso de los servicios socioculturales del Ayuntamiento de Alcobendas. *Dir organ*. 2002; 28:147-158.

125. Leira J. Cultura proyectual y turismo emergente. En: Rubio A, director. Sociología del turismo. Barcelona: Ariel; 2003.
126. Naciones Unidas (2001). The Ageing of the worlds population: preparing for the International Year of Older Persons in 1999. Nueva York; ONU; 2001.
127. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. La Sociedad de la Información y las Personas con Discapacidad. Madrid: MTAS; 2001.
128. Burdick DC, Kwon S. Gerotechnology: Research and Practice in Technology and Aging. New York: Springer Publishing Company; 2004.
129. Fisk AD, Rogers WA, Charness N, Czaja SJ, Sharit J. Designing for older adults: Principles and Creative Human Factors A roaches, CRC Press; 2004.
130. Franco-Martín MA, Bueno-Aguado Y, Díaz-Bravo E, Lorience García M. Nuevas Tecnologías aplicadas a la intervención psicosocial en personas mayores. Interv Psicosoc. 2000; 9(1):63-76.
131. Millán JC, Gandoy M, Antelo M, López M, Riveiro MP, Mayán M. Helping the family carers of Alzheimer´s patients: from theory...to practice. A preliminary study. Arch Gerontol Geriatr. 2000; 30:131-138.
132. Díaz F, Villanueva MA, López A, Pedreira AI, Millán-Calenti JC. Polytec Stud Rev. 2006; 3(5/6):57-71.