

Universidade de A Coruña
Tesis de doctorado
Departamento de Medicina

**PREDICTORES DE LA PERCEPCIÓN DE SALUD EN
UNA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS EN ESPAÑA:
INFLUENCIAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DEL APOYO
SOCIAL**

Trinidad Lorenzo Otero

2010



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Trinidad Lorenzo Otero

Predictores de la percepción de salud en una población mayor de 65 años en España: influencias sociodemográficas y del apoyo social

Departamento de Medicina

Directores: Dr. José Carlos Millán Calenti

Dra. Ana Maseda Rodríguez

Año 2010

Universidad de A Coruña
Departamento de Medicina

D. **José Carlos Millán Calenti**, Catedrático de Escuela Universitaria y D^a. **Ana Maseda Rodríguez**, Investigadora Post-doctoral del Programa Isidro Parga Pondal, del Departamento de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de A Coruña, como Directores de este trabajo,

INFORMAN:

Que la memoria adjunta titulada: "**Predictores de la percepción de salud en una población mayor de 65 años en España: influencias sociodemográficas y del apoyo social**", que para optar al grado de doctor presenta D^a Trinidad Lorenzo Otero, ha sido realizada bajo nuestra dirección y que considerando que constituye trabajo de tesis, autorizamos su presentación y defensa en la Universidad de A Coruña.

En A Coruña, a 29 de septiembre de 2010

Fdo. Dr. José Carlos Millán Calenti

Fdo. Dra. Ana Maseda Rodríguez

A mi madre, a mi padre y a Alba, por todo.

AGRADECIMIENTOS

Al terminar un trabajo largo y meticuloso como es una tesis doctoral, a veces, a algunas personas, nos asalta un cierto egocentrismo que nos lleva a pensar que el mérito es nuestro. Sin embargo, no somos más que una parte, o el resultado, del apoyo que hemos estado recibiendo durante mucho tiempo. Y, aunque a los que me aprecian no hace falta ponérselo por escrito, debo dar las gracias:

A mis directores de tesis, José Carlos Millán y Ana Maseda.

A mi familia, pasada y presente; sin olvidar a Shinann y Tala, de las que siempre hay algo que aprender.

A Iván y Miriam, que siempre me dicen las cosas que no quiero ver ni oír. A Ana, por tantas cosas... Gracias también al resto de mis amigos por todos los buenos momentos, y en especial a Ángel, Griselda, Jose, Lucía... por aguantarme en los malos.

Agradecer también a mis compañera/os, y amiga/os, de Gerontología por todo lo que me han aportado desde que comencé a trabajar allí en 2005.

Al prof. Gerardo Hernández, por sus siempre buenos consejos y amena conversación. Al prof. Salvador Pita, por el apoyo estadístico prestado, su tiempo y sus enseñanzas.

Y como no, a todas las personas mayores de Mondoñedo y A Coruña, que se ofrecieron voluntariamente a participar en este proyecto. Sin ellos esto no sería posible. Gracias también por quererme invitar a merendar tantas veces... Mención también para los cuidadores que han participado, así como para Ángeles en Mondoñedo y la dirección y personal de los centros cívicos de A Coruña.

RESUMEN

RESUMEN

La autopercepción de la salud demuestra ser una medida válida del estado de salud y bienestar, más allá de la presencia/ausencia de enfermedad. Esta investigación señala qué variables sociosanitarias son importantes predictoras de una mala salud autopercebida. Se estudiaron además, qué características sociales y de percepción de salud eran semejantes en una muestra de cuidadores, como aproximación al cuidado informal. En lo referido al cuidado formal, se observó el conocimiento y utilización de los servicios sociales comunitarios en una población de personas mayores de 65 años, en función del hábitat. Tanto la salud autopercebida como determinadas variables sociales son relevantes a la hora de diseñar planes de intervención sociosanitaria eficaces y eficientes, delimitando a partir de éstas los grupos diana.

RESUMO

A autopercepción da saúde demostra ser unha medida válida do estado de saúde e benestar, máis aló de presenza/ausencia de enfermidade. Esta investigación sinala que variables sociosanitarias son importantes predictoras dunha mala saúde autopercebida. Estudáronse ademais, que características sociais e de percepción de saúde eran semellantes nunha mostra de cuidadores, como aproximación ao coidado informal. No referido ao coidado formal, observouse o coñecemento e utilización dos servizos sociais comunitarios nunha poboación de persoas maiores de 65 anos, en función do hábitat. Tanto a saúde autopercebida como determinadas variables sociais son relevantes á hora de deseñar plans de intervención sociosanitaria eficaces e eficientes, delimitando a partir destas os grupos diana.

ABSTRACT

Self-rated health is a valid measurement of health status and well-being, independently of the absence or presence of illness. This research shows those sociosanitary variables which are important predictors of poor self-rated health. Social characteristics and self-rated health were also studied, as an approach to the informal care. Regarding the formal care, we observed the differences in the knowledge and usage of community social services in a sample of people older than 65, according to the habitat. Both self-rated health and certain social variables are relevant when it comes to design effective and efficient sociosanitary intervention plans and should be seriously taken into account to establish the target groups.

ÍNDICE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
1. Análisis demográfico del envejecimiento	3
1.1. La feminización de la vejez	7
1.2. Tendencias demográficas futuras	12
2. Evolución histórico-cultural de los cuidados a las personas mayores	15
3. Envejecimiento rural y envejecimiento urbano	23
4. Calidad de Vida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud: la autopercepción de la salud.....	27
4.1. La autopercepción de la salud.....	30
4.2. Las personas mayores con dependencia en España.....	33
5. El apoyo social informal	39
5.1. El apoyo informal en España	41
5.2. Los cuidadores familiares.....	43
5.2.1. Perfil del cuidador familiar	45
5.2.2. El género y el hábitat en el cuidado informal	49
6. El apoyo social formal: los servicios sociales comunitarios	52
7. El coste del cuidado de las personas mayores con dependencia	56
8. Modelos de cuidado en la Unión Europea	60
JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	67
1. Justificación	67
2. Objetivos.....	68
MATERIAL Y MÉTODOS.....	73
1. Selección de la muestra.....	73
1.1. Profesionales de la Gerontología y Geriatria	73
1.2. Personas mayores de 65 años y cuidadores informales.....	73

2. Material.....	77
2.1. Estudio Delphi	77
2.2. Estudio de las personas mayores de 65 años y cuidadores informales.....	77
3. Procedimiento	82
3.1. Desarrollo del estudio Delphi	82
3.2. Desarrollo del estudio de las personas mayores de 65 años y cuidadores informales.....	83
4. Consideraciones éticas	84
5. Análisis estadístico.....	85
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	89
1. La situación de las personas mayores en Galicia: análisis DAFO.....	89
1.1. Resultados.....	89
1.2. Discusión.....	96
2. Predictores de mala salud autopercebida en una muestra rural y otra urbana de Galicia	100
2.1. Resultados.....	100
2.2. Discusión.....	105
3. Modelos de cuidado familiar según el tipo de salud autopercebida.....	111
3.1. Resultados.....	111
3.2. Discusión.....	116
4. Los servicios sociales comunitarios: diferencias según el hábitat.....	120
4.1. Resultados.....	120
4.2. Discusión.....	128
CONCLUSIONES	137
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	141
ANEXOS.....	171

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución (% y N) de la muestra de personas mayores con dependencia, según edad (grupos quinquenales) y género	75
Tabla 2. Distribución de la muestra de cuidadores familiares, según edad (grupos quinquenales) y género	76
Tabla 3. Distribución (% y N) de la muestra de personas mayores con dependencia que colaboraron en el estudio de los servicios sociales comunitarios, según edad (grupos quinquenales) y género.....	76
Tabla 4. Preguntas realizadas según el grupo de pertenencia	78
Tabla 5. Tipo de dependencia de la muestra de personas mayores.....	82
Tabla 6. Cuestiones consultadas (Anexos 1 y 2) en el análisis Delphi (N=10)	89
Tabla 7. Autopercepción de la salud (APS) de acuerdo a diferentes variables	101
Tabla 8. Análisis de regresión logística para predecir una mala autopercepción de la salud, después de ajustar por variables diferentes .	103
Tabla 9. Autopercepción de la salud (APS) de acuerdo a las variables sociodemográficas	112
Tabla 10. Autopercepción de la salud (APS) de acuerdo a las variables relacionadas con el cuidado	113
Tabla 11. Resultados de la inercia del Análisis Múltiple de Correspondencias	114
Tabla 12. Diferencias rural vs. urbano en el conocimiento de los servicios sociales comunitarios	122
Tabla 13. Diferencias rural vs. urbano en la utilización de los servicios sociales comunitarios	124
Tabla 14. Diferencias rural vs. urbano entre el conocimiento y el uso de los servicios sociales comunitarios	127

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Curva ROC para predecir la probabilidad de tener muy mala, mala o regular salud autopercebida de acuerdo a la comorbilidad, el apoyo social funcional y la edad 104

Figura 2. Análisis de Correspondencia Múltiple (Normalización simétrica) 115

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario Delphi. Primera circulación 171

Anexo 2. Cuestionario Delphi. Segunda circulación 175

Anexo 3. Cuestionario estructurado..... 179

Anexo 4. Mini Examen Cognoscitivo (MEC) 184

Anexo 5. Test de escala funcional de Barthel 185

Anexo 6. Escala de sobrecarga del cuidador 187

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

1. Análisis demográfico del envejecimiento

Debido a sus consecuencias socioeconómicas, el envejecimiento de la población es un tema relevante en la agenda política actual. Sin embargo, no debemos confundir la longevidad de los individuos con el envejecimiento de la población, si bien ambos conceptos pueden coincidir en un tiempo y lugar determinado. 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, entrando en juego también los factores biológicos e incluso psicológicos del ser humano.

Demográficamente, el envejecimiento de la población es un fenómeno definido a partir del aumento de la proporción de personas de 65 años o más años con respecto al total de la población. Tomando el último dato publicado del Padrón (explotación a 1 de enero de 2009), en España hay 7.782.904 de personas mayores de 65 años (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2010). De ellas, 4.479.289 personas son mujeres 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 alcanza dicho índice es del 16,6%: por cada 100 habitantes, 16,6 tienen 65 o más años en el año 2010.

Es necesario también 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. Actualmente, el Índice de Sobre-envejecimiento (cociente entre la población mayor de 85 años y la población total, multiplicado por 100) es del 2,1%. Este dato nos hace tener presente que las situaciones de dependencia se incrementan con la edad, y por tanto, son necesarios mayores recursos sociosanitarios que mejoren la Calidad de Vida de dicha población. En el conjunto de personas mayores de 65 años la situación de dependencia afecta al 32,2%, y al 63,6% si nos referimos a los de 85 y más años (Abellán García y Puga González, 2004).

Si bien el envejecimiento como fenómeno demográfico puede expresarse de 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. En esta línea, el envejecimiento, desde el punto de vista demográfico, está determinado por tres factores esenciales (Livvi-Bacci, 1993):

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

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 como 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, la salud y la participación en actividades reproductivas a partir del desarrollo de medidas de protección social eficaces y eficientes en las que se tengan en cuenta a las personas mayores, 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 socioculturales. 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 *proprios* 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, dentro del proceso global de envejecimiento se pueden señalar algunas especificidades en factores socioeconómicos, geográficos, sanitarios, culturales, éticos e incluso legislativos. En este sentido, debido a que la dependencia se incrementa notablemente con la edad, la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (2006) pretende dar solución a las necesidades de, entre otros, las personas mayores de 85 años con algún tipo de dependencia física o cognoscitiva con el fin de incrementar su Calidad de Vida, y sus carencias sociosanitarias.

Como señalábamos, otras especificidades del proceso global de envejecimiento son las referidas a que:

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

- 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.

1.1. La feminización de la vejez

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 avanzadas 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 (Bazo Royo et al., 2006):

- 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 que están condicionados por factores sociofamiliares y culturales, 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, disminuye 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.

Como señala Pérez Díaz (2003) la transición demográfica no sólo ha provocado una nueva distribución por edades sino que, además, la supervivencia masiva hasta la madurez y la vejez, tienen repercusiones sobre la significación social del sexo en todas las mujeres, y no sólo en las más jóvenes, mal consideradas como "motores" del cambio demográfico. Para las actuales mujeres mayores de 65 años, este proceso ha supuesto un esfuerzo de "masculinización". La transición demográfica es pues, un importante motor de cambio no sólo en la distribución de la población entre las diferentes edades, sino también en la de los roles tradicionalmente asignados a cada sexo.

¿Cuáles son los rasgos sociodemográficos que caracterizan ese modelo de mujer "mayor" opuesto al de la "nueva mujer" española?. Las siguientes

características (Pérez Díaz, 2003) responden a tales preguntas con la descripción y los indicadores sociológicos más extendidos. En primer lugar, la *supervivencia*, ya que la mayor esperanza de vida, sobre todo a partir de las edades adultas, está asociada a los comportamientos femeninos. Se deben añadir además, los indicadores sanitarios sobre la mayor morbilidad y la peor percepción de la propia salud entre las mujeres de edad avanzada. En 2º lugar, debemos mencionar la *situación convivencial y residencial*. La viudedad es mucho más probable en las mujeres. Todo parece confabularse para que, desde la madurez, la compañía de familiares directos sea más escasa para las mujeres, como demuestra la evolución de la estructura de los hogares en España donde se reduce el número medio de personas en cada hogar y aumenta el peso de los hogares unipersonales, monoparentales y las parejas sin hijos (Pérez Díaz, 2003). Disminuyen además los grupos denominados extensos donde los adultos conviven con sus propios hijos pero también con otros familiares. Tales formas de hogar solían resultar del apoyo familiar a las personas mayores. En España, siguiendo la trayectoria marcada por otros países europeos, llevan camino de desaparecer, especialmente para las mujeres, porque sigue siendo mucho más frecuente la convivencia con otros familiares entre los viudos que entre las viudas. La *escasa instrucción femenina* es el tercer pilar que provoca y caracteriza la feminización de la vejez. El escaso papel de la instrucción formal en la vida cotidiana es otra de las características de las mujeres de mayor edad, en consonancia evidente con las funciones familiares que se les asignaron desde niñas. Las generaciones posteriores de mujeres, escolarizadas durante el franquismo, mejoran su dotación educativa, pero de forma menos lenta e intensa que los varones. Los

beneficios sociológicos del nivel de instrucción se constatan claramente en el mercado de trabajo. Su carencia comporta desventajas evidentes en la relación individual con el entorno material y humano y dificulta el acceso a la información y a los servicios. Correlaciona con el nivel de salud e, incluso, con su percepción subjetiva entre quienes tienen un mismo nivel objetivo (Puga González, 2002).

En 4º lugar, la *situación económica*, donde se hacen sentir de manera fundamental las consecuencias de la tradicional especialización reproductiva femenina para la segunda parte de la vida. Por ejemplo, en el trabajo extradoméstico son los hombres los que han estado empleados durante más de cuarenta años; los años de empleo femenino, aunque sean menos, no son insignificantes. Las mujeres de más de setenta años en la actualidad han estado ocupadas una media próxima a los treinta años (Pérez Díaz, 2003). Para ello han debido compatibilizar largamente (incluso durante todo el tiempo) el trabajo doméstico y el extradoméstico. Para ellas, el problema en la actualidad deriva en la inferioridad económica en la propia familia, porque durante décadas se ha restringido su capacidad real e incluso legal de gestión del patrimonio y de los recursos económicos supuestamente comunes. E incluso desde el punto de vista social, porque el derecho a percibir una pensión se ha aplicado con criterios muy diferentes en función del pasado laboral de cada persona y, por tanto, de su sexo.

Como señala Hernández Rodríguez (2001a), tradicionalmente se ha identificado la vejez con la jubilación, y ésta con una determinada edad. En la medida en la que las jubilaciones llegan a las personas contando éstas con menos edad y en mejor estado de salud física y mental, implica una "ancianidad decretada" y que en el caso de las mujeres se caracterizan por

unas repercusiones emocionales, económicas, sociales, de ocupación del tiempo libre, de identidad y de otra índole que es fácil suponer. Así, en el proceso de envejecimiento de la mujer y en el ciclo postparental de la sociedad actual y de relación entre los esposos destacan con entidad propia, específica y definidora tres hitos fundamentales:

- Término de la crianza de los hijos
- Retiro o jubilación
- Disolución del lazo familiar por el óbito en uno de los cónyuges y fallecimiento de otras personas allegadas.

Esta feminización de la vejez es pues, un fenómeno que implica una serie de riesgos sociales, ya que existen tendencias sociales con un alto grado de inercia y un largo tiempo de desarrollo, que desafían las políticas puntuales así como la planificación estatal (Pérez Díaz, 2003).

Como señala Hernández Borge (2008), desde el punto de vista demográfico, Galicia presenta de forma muy acentuada la característica del envejecimiento de la estructura por edades de su población. Pero este envejecimiento no afecta por igual a los dos géneros, ya que existe también el fenómeno de la feminización de las personas mayores, que venimos exponiendo en estas líneas. Además, las características sociodemográficas de este colectivo de mujeres mayores son muy diferentes a las de sus homólogos varones, como también lo es su distribución espacial, contrastando especialmente las áreas más urbanizadas con los espacios de mayor carácter rural. Este rasgo general presenta diversidades espaciales relacionadas con los movimientos migratorios que, a su vez, están en

relación con la consideración social de la mujer, tanto en el presente como, sobre todo, en el pasado.

En este sentido, la relación de masculinidad de las personas mayores muestra además, un claro contraste entre la Galicia oriental y la occidental, esta vez debido a la distinta incidencia de las migraciones interiores. La feminización de la vejez es más alta en las provincias occidentales, porque al estar más urbanizadas han recibido la llegada de mujeres procedentes del medio rural lucense u ourensano, donde consiguientemente ha crecido la masculinización de la población (Hernández Borge, 2008).

Así pues, señalar por último que el envejecimiento, de marcado carácter femenino, sigue una línea muy similar en España y Galicia, si bien es cierto que existen peculiaridades originadas en la "historia biográfica" vivida por los hombres y las mujeres que constituyen la actual población mayor. Esta historia de vida repercute en el distinto perfil sociodemográfico de los efectivos de uno y otro género, que se refleja en su estado civil, en su grado de instrucción, en su modo de residencia, en su situación económica o en sus condiciones de vida (Hernández Borge, 2008).

1.2. Tendencias demográficas futuras

En España, la Proyección a Corto Plazo de la Población (INE, 2009) bajo los supuestos de natalidad, mortalidad y saldo migratorio que luego se mencionan, prevé una desaceleración de la tasa de crecimiento de la población de España, desde el 1,8% anual registrado en 2007 hasta el 0,7% en 2010. Posteriormente, y hasta 2018, se prevé una estabilización de dicha tasa. Si durante el periodo 2002-2008 la población residente en España creció a un ritmo anual medio de 720 mil habitantes, en los 10

próximos años se prevé de acuerdo a las hipótesis más plausibles un crecimiento medio anual en torno a los 380 mil. No obstante, y dado el elevado dinamismo demográfico de los últimos años, España superará los 49 millones de residentes en 2018.

Si analizamos el crecimiento vegetativo, observamos que de acuerdo con las estimaciones establecidas, España habría alcanzado el máximo dinamismo vegetativo de las dos últimas décadas en 2008, con una diferencia favorable de nacimientos sobre defunciones de 122,2 miles de personas. Desde ese momento se experimentaría un descenso hasta un excedente vegetativo de 40,2 miles de personas durante 2017. Se estima que los nacimientos alcanzaron un máximo en 2009, ligeramente por encima de los 500.000 al año. Es el valor más elevado desde 1983, aunque inferior a la cifra máxima alcanzada en 1976, de 677.456 nacidos. A partir de 2010 se prevé una reducción paulatina del número de nacidos, como consecuencia de la entrada en las edades más fecundas de generaciones de mujeres menos numerosas. Y este efecto no se verá compensado por el flujo inmigratorio exterior (INE, 2009).

Las defunciones seguirán su moderado crecimiento hasta situarse en torno a los 420 mil en 2017. Las defunciones anuales medias del periodo de proyección se incrementarán en unas 20.000 respecto a las medias observadas en los años 2002 a 2007, a pesar de las hipótesis que se han planteado sobre continuación de la mejora en la esperanza de vida (INE, 2009).

Por su parte, en la evolución de la estructura por edades, de acuerdo con los parámetros del ejercicio de proyección realizado por el INE (2009),

debemos destacar que la población entre 16 y 64 años crecerá un 4,7% desde 2008 y se incrementará 1,4 millones de personas en 2018.

Por su parte, los menores de 15 años aumentarán un 13,1% (921 mil personas más). Este incremento se produciría por la acción combinada de fecundidades crecientes y mayores efectivos en los grupos de edades de mujeres potencialmente fecundas. Se estima que el mayor incremento se producirá en el grupo de edad de mayores de 64 años, que crecerá un 19,2% en la próxima década. Ello supondrá añadir 1,4 millones de personas de estas edades a los residentes en España.

Ante esta evolución de la estructura por edades, la tasa de dependencia (entendida como la relación entre la población menor de 16 años o mayor de 64 y la población de 16 a 64 años) continuará su tendencia ascendente y pasará del 47% a casi el 53% (INE, 2009).

Además, la hipótesis de evolución esperada de los fenómenos demográficos plantea que el Índice Sintético de Fecundidad, o número medio de hijos por mujer, mantendría su ritmo de crecimiento, pasando de los 1,4 observados en 2007 a los 1,5 en 2017. Este índice se estima que reflejará el efecto de la población extranjera, que se viene observando en los últimos años. La aportación de las mujeres inmigrantes explicaría también que la edad media a la maternidad se estabilizará en torno a los 31 años. Por su parte, se supone que la esperanza de vida se incrementará casi dos años en los varones y 1,5 años en las mujeres (INE, 2009).

Si observamos el panorama demográfico futuro en el ámbito europeo, las estimaciones (Oficina Estadística de la Unión Europea [EUROSTAT], 2005) 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%.

2. Evolución histórico-cultural de los cuidados a las personas mayores

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.

El concepto de vejez abarca en el ser humano más ámbitos que el meramente biológico, teniéndose en cuenta también otras facetas de tipo social, psicológico e incluso, filosófico.

Además de la pluralidad en el concepto, el significado del envejecimiento debe considerarse desde una óptica plural según se considere la autopercepción de las personas que han alcanzado una edad avanzada, o la significación que adquiere en otros grupos de personas etarios y/o culturales dispares (Fernández Ballesteros, 2000; Lehr y Thomae, 2003). Además, debido a que actualmente la vejez ocupa una gran parte del círculo vital, no pueden obviarse las particularidades de dicho concepto en el momento actual, derivadas de lo novedoso del fenómeno.

Como señala Millán-Calenti (2006), el trato dispensado a las personas mayores ha evolucionado mucho y en un sentido radicalmente diferente a lo largo del tiempo y según a la cultura que nos refiramos, pudiéndose distinguir varios periodos históricos:

- Periodo paleopatológico, que abarca desde que se conoce la existencia de la enfermedad hasta el periodo empírico-ritual. En este momento, comienzo de la existencia del ser humano en la tierra, aparece la enfermedad contra la que se tratará de luchar a través de remedios, de tipo ancestrales.
- Periodo empírico-ritual, donde a partir de las experiencias acumuladas, se produce una actuación empírica, es decir, se aplican remedios que se ven efectivos sobre diferentes alteraciones cuando surgen problemas similares. Dentro de este periodo se incluyen los rituales mágicos, ya que muchas tribus atribuían a fuerzas superiores la existencia de enfermedades y por tanto las combatían mediante prácticas mágicas, existiendo en la mayoría de las tribus un encargado para dichas prácticas rituales llamado "sanador" o "chamán". Este periodo abarca desde antes de Hipócrates hasta el apogeo de las culturas greco-romanas.

En dicho periodo empírico, la vejez, al ser alcanzada por muy poca población, se caracteriza por el trato dispensado a los ancianos. Sin embargo, no todos los tipos de trato beneficiaban a la persona mayor. Algunas tribus primitivas los consideraban fuente de sabiduría y los cuidaban hasta su muerte, por ejemplo, los hebreos o los incas del Perú, que contaban en su estructura social con un sistema similar a la actual

“jubilación progresiva”, en la cual los miembros de la comunidad iban pasando de actividades que exigían muy buen estado físico (la caza o la pesca) a actividades más livianas (cuidado de animales domésticos, tejer, vigilar...) o, por último, cuando no podían hacer otra cosa, practicar sortilegios y ejercer la hechicería. Otras, por el contrario, consideraban a los ancianos una carga de la que había que desprenderse; así, los indios Pina de California los apedreaban hasta la muerte. Los koyarques, los chuchees y los bosquimanos los estrangulaban, y los yacutos los abandonaban en los montes del norte de Siberia. En Japón, sacrificaban a las personas de edad muy avanzada en la denominada “Montaña de la Muerte”, mientras que en Bali, algunas tribus antropofágicas además de sacrificarlos, se los comían.

Es notable destacar que, como señala la Antropología, en las sociedades tradicionales estáticas, el mayor aporta a la comunidad el patrimonio cultural, la experiencia, los conocimientos que ha ido adquiriendo a lo largo de su vida, y que por lógica, el resto de los miembros no conocían. Con el asentamiento de los grupos humanos, las personas mayores son pues, mejor consideradas y apreciadas.

Esta relación “sabiduría-vejez” aparece también en el Antiguo Testamento. En él, se destacan las virtudes de los mayores. Esta mención continúa en los textos griegos y egipcios, donde las personas mayores son valoradas por su gran cantidad de conocimientos, mereciendo todo el respeto de los individuos más jóvenes.

En la sociedad griega, el mayor tiene gran reconocimiento social, comenzándose a estudiar el cuidado de la vejez, surgiendo a la vez, los primeros tratamientos para retrasar los efectos del envejecimiento. La vejez se ve como algo natural y propio de la edad. En esta época, se escriben

importantes obras relacionadas con el envejecimiento y Homero (850 a. de C.) o Platón (427 a. de C.), que describen con claridad las características socioculturales de la vejez en su época.

Otros célebres filósofos, como Aristóteles (384-322 a. de C.) también tuvieron en cuenta en sus obras el proceso de envejecimiento, relacionándolo con la pérdida de calor interno y de la humedad corporal.

Ya durante la República Romana, Marco Tulio Cicerón (106-43 a. de C.), escribió el libro "Catón El Viejo o Sobre la vejez", que aparece conformado como un diálogo entre Catón y dos jóvenes acerca del envejecimiento. Durante el apogeo del Imperio Romano, Galeno (131-200 a. de C.) utiliza por primera vez el término "gerocomia" para referirse a la vejez y al cuidado de los viejos. Según él, la vejez se explicaba asociando las teorías de Hipócrates con las de Aristóteles, recomendando una serie de consejos a fin de mejorar la salud de los ancianos: "evitar el enfriamiento", "evitar la pérdida de líquido" y "evitar la alteración de los humores internos". Además Galeno era partidario de la actividad como medio de mejorar la salud.

Con las comunidades cristianas nace la figura de la diaconisa, entrando así la mujer a formar parte del legado sobre el envejecimiento. Éstas estaban encargadas de atender a los enfermos pobres, incluso a domicilio.

- Periodo médico-científico: entre los siglos V y XIX, la medicina recibe el nombre de "cuasitécnica", ya que mientras por un lado ya no era completamente mágica o empírica, por el otro lado no era del todo técnica. Destacar en esta época al médico y filósofo Maimónides (Córdoba 1135, Palestina 1204), quien recomendaba en sus escritos la importancia de la prevención

de las enfermedades para llegar a viejo en las mejores condiciones posibles, ya que tanto las enfermedades como la muerte no eran designios divinos, sino fruto de factores causales.

Con el paso del tiempo, las órdenes monásticas van atendiendo cada vez a más ancianos. Por este motivo, en el Concilio de Mayenza (1261) se pide a los abades que equipen los monasterios con salas de enfermería para atender a los ancianos. Se crean en esta época diferentes escuelas que darán paso a las facultades de medicina de Bolonia, París, Montpellier y Salamanca entre otras, destacando personalidades como Arnau de Vilanova (Valencia, 1235-1311) y su obra "De conservata juventute e retardata senectute", es decir, cómo preservar la juventud para retardar la vejez.

En el Renacimiento, con Leonardo Da Vinci (1452-1519) se comienza a interpretar la anatomía humana a través de sus dibujos y la realización de autopsias de los cadáveres. Da Vinci realizó también investigaciones donde postulaba que el envejecimiento se debía al engrosamiento de las venas (varices) que impedía el paso de la sangre a los tejidos, con la consiguiente disminución de aporte nutritivo, que a su vez iría generando la extinción de la vida poco a poco. Destacar también a Roger Bacon (1210-1292), considerado como uno de los precursores de la Gerontología, quien señala en su obra "Historia de la vida y de la muerte", que la esperanza de vida sería mayor si mejorasen las condiciones de higiene, médicas y sociales.

En esta época aparecen diferentes tratados sobre la vejez y el envejecimiento denominados "Gerontocomias", siendo conocida la de Gabriel Zerbi (1455-1505) que refleja las novedades médicas de aquel momento. Francis Galton (1822-1911), fisiólogo inglés, estudió la evolución

de las especies, y de la capacidad mental a través de las distintas etapas de la vida, concluyendo que las diferencias individuales son mayores en la vejez que en otras etapas anteriores. Iván Petrovich Paulov (1849-1936) puso de relieve en sus estudios que la adaptación de los organismos de más edad es más lento que la de los más jóvenes.

El siglo XIX se caracteriza por ser una época de revoluciones, produciéndose una evolución en los cuidados sanitarios y sociales, lo que implica una mejora en la Calidad de Vida, que derivará en un incremento en el número de mayores; además, el aumento del número de personas mayores implica una mayor exigencia al poder político. Pertenecen a esta etapa el desarrollo de las órdenes religiosas cuyo objetivo principal era el cuidado de las personas mayores, destacando la de San Juan de Dios y las Hijas de la Caridad fundadas por San Vicente Paul (1578-1660) y Santa Luisa de Marillac (1591-1660) o la de las Hermanitas de los ancianos, fundada por Teresa de Jornet en 1873.

- Periodo Multidisciplinar: los términos Gerontología y Geriátría se deben a Metchnikov y Nascher respectivamente, siendo figura destacada en la evolución de estas disciplinas Marjorie Warren (1897-1960) desde el hospital West Middlesex, en donde podemos establecer el inicio del verdadero desarrollo de la Gerontología, fruto de la actividad reglada y el inicio del envejecimiento de las poblaciones en los países desarrollados principalmente. Fruto del auge de la Gerontología en Inglaterra, aparecen las visitas de ilustres médicos a sus hospitales, señalando de entre los españoles al profesor Piédrola, que a su regreso empieza a hablar de gerocultura y

cuidados a los mayores. En 1939, a través de la Macy-Foundation, se crea el Club for Research on Aging, asociación centrada en la investigación del envejecimiento.

Las primeras investigaciones en Gerontología se realizan en EE.UU (1941), con el establecimiento de los primeros programas de estudio del envejecimiento de la población. Nathan Shock publica en 1957 una recopilación de diferente material de Gerontología y Geriatria, y K. Newton un Tratado de enfermería geriátrica.

Como señala Millán-Calenti (2006), después de la Segunda Guerra Mundial se desarrollan la mayoría de las asociaciones. En Norteamérica en 1945 se crea la Gerontological Society. Los últimos 50 años del siglo XX se centran en la investigación, focalizándose en todos los aspectos que pueden incidir en el envejecimiento, procurando así una mejora en la Calidad de Vida de las personas mayores.

En España en 1948 se funda la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, que aunque en un principio únicamente admite médicos entre sus socios, posteriormente se hace multidisciplinar, formando parte de ella en estos momentos especialistas de todos los campos gerontológicos. Dos años más tarde las sociedades de Gerontología y Geriatria de diferentes países, entre ellos España, se reúnen en Lieja (Bélgica) donde se celebra el primer Congreso Internacional de Gerontología y se constituye la Sociedad Internacional de Gerontología y Geriatria (IAGG).

En 1958, el norteamericano E.V. Cowdry, presidente de la Asociación Internacional de Gerontología y Geriatria, publica la obra "Problemas del envejecimiento", donde se recogen aspectos médicos, psicológicos y

sociales que inciden en el envejecimiento. Se comienza pues a tratar a la persona mayor como un todo, como un ser bio-psico-social (Millán-Calenti, 2006).

Son por tanto Estados Unidos y Gran Bretaña los principales motores en el desarrollo de esta nueva especialidad durante las $\frac{3}{4}$ partes del siglo pasado, evolucionando desde entonces la disciplina de manera pareja en el resto de países desarrollados.

Actualmente, el envejecimiento de la población es, en gran parte, el resultado de un éxito indiscutible de las sociedades industriales en la mejora de las condiciones materiales de vida de muchos seres humanos. En este contexto, la frontera entre la edad madura y la "tercera edad" es una cuestión de definición social. El criterio demográfico prevaleciente en la actualidad por el que se incluye en la "tercera edad" a toda persona de 65 años o más, de acuerdo bien a su situación laboral o bien a su estado de salud, no deja de ser una medida relativamente arbitraria, relacionado con el hecho de que en las sociedades industrializadas al alcanzar esa edad las personas que desempeñan alguna actividad profesional tienen derecho a algún tipo de pensión (Kehl Wiebel y Fernández Fernández, 2001). Sin embargo, por poner un ejemplo, es conocida la correlación entre el aumento de la edad y la incidencia de la incapacidad y la enfermedad. En este caso, la edad de 75 años (e incluso la de 80 años) parecería más apropiada, ya que es a partir de esa fecha cuando la incapacidad y la enfermedad se correlacionan de modo más claro con la edad cronológica. Este hecho ha llevado actualmente a la difusión del término "los viejos más viejos", en contraposición a "los viejos jóvenes" o de la expresión "cuarta edad", en los ámbitos del análisis y la política sociales (Kehl Wiebel y

Fernández Fernández, 2001). Señalar también que en la construcción social de la vejez influyen diversos factores sociales y percepciones comunes. Pero las personas mayores distan mucho de ser una realidad homogénea. Es por ello que se puede decir que actualmente la construcción social del envejecimiento y de la vejez no se produce en un vacío social sino dentro de un contexto histórico, económico, político y social.

3. Envejecimiento rural y envejecimiento urbano

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. 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. Doyal (2001) señala que es por este motivo por el que la interacción directa entre todos sus miembros no puede suceder, y no se crea un sentimiento de pertenencia al grupo como el que se puede observar en los primarios.

Si se sitúan los entornos rurales y urbanos en un *continuum*, aunque no es una tarea fácil elaborar una definición conceptual de *rural* y *urbano*, por lo general la literatura dice que el contingente poblacional, la densidad de población, la distancia a los recursos urbanos o la diversificación de la

economía son aspectos a evaluar (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), 1994).

La metodología utilizada por la OCDE (1994) ha sido ampliamente utilizada para definir las zonas rurales de los países europeos. Esta metodología se basa en la densidad de población. Una unidad territorial, como un municipio, se considera rural si su densidad poblacional es baja (menos de 150 habitantes por cada dos kilómetros cuadrados). Además, tiene en cuenta otras características sociodemográficas que nos ayudan a definir un hábitat rural: menos de 5.000 habitantes, sin una economía diversificada, generalmente concentrada en el sector primario, menor pluralidad en la organización y el control social recae, con más peso, en los grupos informales o primarios. Por su parte, en el hábitat urbano, la densidad de población es mayor, la esfera de lo privado se preserva de un modo más enérgico contra interferencias externas. La familia se mide como una unidad de consumo, el control social proviene principalmente de los mecanismos formales, existe una diversidad ocupacional amplia y las sociedades suelen estar más secularizadas (OCDE, 1994; Doyal, 2001).

La forma de hábitat o el lugar en donde se vive es una variable que marca diferentes perfiles de envejecimiento (García Sanz, 1995). Entre el ámbito rural y el urbano existen diferencias tanto objetivas como subjetivas en diversos aspectos. Como señala García Sanz (1998), algunas características que muestran la heterogeneidad de los mayores respecto al hábitat, se observan en la intensidad del proceso de envejecimiento, la masculinización relativa del envejecimiento rural, las formas en las que los mayores rurales se enfrentan a las situaciones de dependencia, la actitud ante el ahorro y el gasto, y las posiciones políticas. Todas estas notas son algunos de los

rasgos que diferencian claramente a estos dos colectivos, los mayores rurales y los urbanos, y que condicionan no sólo el hecho objetivo del envejecimiento sino, también, la demanda subjetiva de servicios sociales.

La relevancia de la variable hábitat, radica además, en que el fenómeno del envejecimiento no es un hecho que afecta por igual a todo el mundo rural. Es consecuencia, por un lado, de la exposición de las poblaciones a la emigración, y por otro, resultado también de la mayor o menor aceptación de prácticas contraceptivas. Como consecuencia de estas dos circunstancias se dan al menos tres perfiles de envejecimiento en lo que respecta a nuestro mundo rural (García Sanz, 1998): un mundo rural muy envejecido, con tasas de población mayor superiores al 20 por ciento; un mundo rural envejecido, con tasas superiores al 15 por ciento, y otro todavía relativamente rejuvenecido con porcentajes de mayores rurales por debajo del 14 por ciento (media nacional). El rural más envejecido es típico del interior y de algunas zonas del norte en las que se han dado procesos muy intensos de emigración y prácticas moderadamente natalistas; el envejecimiento medio se da básicamente en la zona mediterránea y las Islas, zonas en las que la emigración ha sido algo más moderada, y, finalmente, el menor envejecimiento es propio de la zona sur del país, en la que la emigración se ha contrarrestado en parte con una natalidad alta.

A partir de esta operacionalización de la variable hábitat (rural vs. urbano), observamos que el apoyo que ofrecen las redes sociales es cualitativa y cuantitativamente más importante en las áreas rurales, particularmente en aquellas áreas con un alto volumen de la migración (Burhol y Naylor, 2005).

En este tipo de comunidades, la familia y las relaciones sociales son un factor importante que influye en el bienestar y Calidad de Vida debido a la

alta integración social que ofrecen estas comunidades a sus miembros (Pinquart y Sörensen, 2000), principalmente a aquéllos más necesitados de apoyo: personas mayores, niños y enfermos. Éste es el caso de muchas comunidades rurales de Galicia y el norte de España (Fernández-Merino et al., 2003; Lorenzo et al., 2007a). Sin embargo, en mayor o menor medida, las familias son esenciales para la prestación de apoyo durante toda la vida en prácticamente todas las sociedades, a pesar de poseer patrimonios culturales diferentes (Kendig, Koyano, Asakawa y Ando, 1999).

A la hora 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 comunes (García González, 2005).

La bibliografía gerontológica demuestra como el entorno social es importante para el equilibrio psicológico (Zimmer y Amornsirisomboon, 2001) lo que beneficia el sistema físico del ser humano (Mulrow, Gerety, Cornell, Lawrence y Kantén, 1994; Berg, Strough, Calderone, Sansone y Weir, 1998; Bisconti y Bergeman, 1999). Como ejemplo, señalar la existencia 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 (Redondo Sendino, Guayar Castellón y Rodríguez Artalejo, 2005).

Se ha demostrado además, que la hipótesis del estado de salud no sólo está influida por condiciones médicas, sino también por otros factores como el hábitat (Stoller, 1984). Las características de la comunidad donde vive una persona influyen en la Psicología y los componentes sociales del individuo (Hidalgo y Hernández, 2001).

4. Calidad de Vida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud: la autopercepción de la salud

El Grupo World Health Organization Quality of Life (WHOQOL, 1996), integrado en la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la Calidad de Vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno. Esta definición pone de manifiesto criterios que afirman que la Calidad de Vida se refiere a una evaluación subjetiva, con dimensiones tanto positivas como negativas, y que está arraigada en un contexto cultural, social y ambiental. Se pretende abordar la Calidad de Vida desde una visión global, que incluya tanto la felicidad, el bienestar, la satisfacción con la vida, la salud, etc. como dimensiones valorativas de la misma.

Dentro del concepto global de Calidad de Vida, el estudio de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) engloba aspectos físicos, afectivos y sociales (incluyendo áreas como dependencia, vivienda, relaciones sociales, ocio y tiempo libre, economía...) (Millán-Calenti, 2002). La CVRS refleja la percepción que tienen los individuos de que sus necesidades están siendo satisfechas, o bien de que se les están negando oportunidades de alcanzar la felicidad y la autorrealización, con independencia de su estado de salud física, o de las condiciones sociales y económicas. La meta de mejorar la Calidad de Vida, junto con la prevención de una mala salud evitable, ha cobrado una mayor importancia en promoción de la salud. Esto es especialmente importante en relación con la satisfacción de las necesidades de las personas de edad avanzada, los enfermos crónicos, los enfermos terminales y las poblaciones discapacitadas (WHOQOL, 1996).

Así, podemos decir que 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 tratamiento (Badía, Salamero y Alonso, 1999).

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 (Valoración Geriátrica Integral -VGI-) (Mann, Koller, Mann, Van der Cammen y Steurer, 2004):

- 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.

Por otro lado, en la valoración de la CVRS de las personas 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 VGI, aunque el más empleado es el Older American Resources and Services (OARS) (Duke University Center for the Study of Aging and Human Development, 1978), validado en castellano, si bien por su extensión es costoso en esfuerzo y tiempo emplearlo en la clínica gerontológica diaria.

4.1. La autopercepción de la salud

Diferentes estudios han establecido la evidencia empírica en la relación entre la Calidad de Vida y la autopercepción de la salud (APS) en las personas mayores ya que la salud autopercebida es una medida más inclusiva de salud, que abarca aspectos más amplios que los meramente sociales o psicológicos (Idler y Benyamini, 1997; Murata, Kondo, Tamakoshi, Yatsuya y Toyoshima, 2006; Nummela, Sulander, Rahkonen, Karisto y Uutela, 2008).

La APS se refiere a cómo una persona percibe su salud (Hoeymans, Feskens, Kromhout y Van Den Bos, 1997). La autopercepción de la salud o salud autopercebida se define a partir de una pregunta sencilla y comúnmente utilizada en investigación: "¿Cómo cree que ha sido su salud en los últimos 12 meses?". El entrevistado tendría opción a responder entre una serie de respuestas predefinidas (muy mal, mal, regular, bien, muy bien). La autopercepción de la salud establece una forma sencilla, directa y global de conocer el estado de salud de las personas.

Es relevante además, porque proporciona información detallada sobre la vida de las personas mayores, requerida para entender su salud y bienestar global. Es también uno de los elementos más comúnmente utilizados en las encuestas de salud (Martikainen et al., 1999). Esto se debe a que una sola pregunta sobre la salud autopercebida puede capturar una gama de información amplia acerca de los aspectos de la salud, no determinada sólo por la ausencia o presencia de enfermedad o mediante la historia clínica (Idler, Hudson y Leventhal, 1999).

En los países occidentales, por lo tanto, un número creciente de estudios se centran en la relación entre APS y otros factores de diversa índole, como la enfermedad crónica (Bjørner y Kristensen, 1999), el uso de los servicios de salud (Goins, Hays, Landerman y Hobbs, 2001; Hansen, Fink, Frydenberg y Oxhøj, 2002; DeSalvo, Fan, McDonell y Fihn, 2005) o el bienestar psicológico y el estado emocional (Benyamini, Idler, Leventhal y Leventhal, 2000). Además, según Fayers y Sprangers (2002), la APS predice la supervivencia de los pacientes oncológicos y es el mejor predictor de mortalidad y morbilidad, incluso después de controlar ésta con otras variables relevantes y también predictoras de morbilidad (Benyamini y Idler, 1999; Idler, Russell y Davis, 2000; Marcellini, Leonardi, Marcucci y Freddi, 2002; Kawada, 2003; Benjamins, Hummer, Eberstein y Nam, 2004).

Estos análisis que relacionan la APS con la morbilidad tienen un valor añadido si nos referimos a personas mayores, ya que la morbilidad es un factor determinante de mortalidad y discapacidad (Van den Akker, Buntinx y Knottnerus, 1996) y a su vez la discapacidad afecta con mayor incidencia, como vimos anteriormente, a las personas mayores de 65 años y en especial al grupo de 85 y más años (Abellán García y Puga González, 2004).

Desde un punto de vista sociológico, también es importante considerar los efectos del apoyo social sobre la APS. El apoyo social tiene una influencia importante tanto en la Calidad de Vida como en la CVRS, en particular. Entender los factores que contribuyen a la Calidad de Vida es fundamental para el desarrollo de intervenciones apropiadas que pueden mejorar o preservar la Calidad de Vida de las personas mayores de una población (Gallicchio, Hoffman y Helzlsouer, 2007) así como de sus familias. Sin embargo, poco se sabe sobre las complejas relaciones entre el apoyo

familiar percibido y APS en muestras de personas mayores. Taanila, Larivaara, Korpio y Kalliokoski (2002) indican que el sistema familiar de cada individuo puede determinar el curso de la enfermedad crónica, además de tener influencia en el desarrollo de la atención médica. De este modo, el apoyo familiar percibido y las enfermedades, ya sean físicas o psicológicas, se influyen de modo bidireccional (Simon, Stierlin y Wynne, 1985). Diversos estudios han demostrado que el apoyo social puede influir en los comportamientos negativos sobre la salud (Broman, 1993; Donkin, Johnson y Lilley, 1998), así como su relación con mayores tasas de mortalidad (Eng, Rimm, Fitzmaurice y Kawachi, 2002). Lazos sociales débiles también están asociados con un peor bienestar mental y salud física (Seeman, Bruce y McAvay, 1996; Litwin, 1998; Kawachi y Berkman, 2001). Por último, estudios actuales han demostrado consistentemente que la APS se asocia con factores socioeconómicos (Bobak, Pikhart, Rose, Hertzman y Marmot, 2000; Balabanova y McKee, 2002; Shibuya, Hashimoto y Yano, 2002) así como con factores sociodemográficos como género y edad (Ferraro y Yu, 1995; McCullough y Laurenceau, 2004; Ahmad, Jafar y Chaturvedi, 2005; Alves y Rodrigues, 2005; Kanagae et al., 2006; Gallicchio et al., 2007). Sin embargo, algunos estudios muestran que no existe una relación clara entre APS y el género o la edad. La APS parece ser peor valorada en los adultos mayores que entre los adultos más jóvenes (Roberts, 1999; Strawbridge y Wallhagen, 1999), pero la naturaleza y carácter de esta disminución no están claras (McCullough y Laurenceau, 2004). Además, la asociación entre el género y la APS es ambigua en relación con el género, ya que aunque algunos estudios han encontrado que las mujeres valoran peor su APS (McDonough y Walters, 2001), otros estudios no han llegado a esta

conclusión (Strawbridge y Wallhagen, 1999; Gold, Malmberg, McClearn, Pedersen y Berg, 2002).

4.2. Las personas mayores con dependencia en España

La Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDS), realizada por el INE en 1999, 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 Europa (1998) 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 (Consejo de Europa, 1998):

- 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 sobreenvjecimiento derivado, entre otras, del incremento de nuestro horizonte vital.

Según datos del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2005), 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 y más años. Los resultados de la EDDS (INE, 1999) 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 mayor (INE, 1999). 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 años (Abellán García y Puga González, 2004).

La encuesta estima, además, un número mayor de mujeres que de varones con una discapacidad que les genera dependencia: el 58,3% de la población con discapacidad son mujeres. La última Encuesta de Condiciones de Vida de los Mayores (ECVM) (IMSERSO, 2006a) también señala que la mayor

parte de las personas que presentan discapacidad son mujeres, dato más elevado entre las personas con discapacidad que entre los dependientes.

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. Además, 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 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 socioeconómicos 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 dependencia (2006). 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.

Desde una perspectiva sociosanitaria, 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 discapacitantes (García González, 2005) que delimitan las posibilidades de participación y el acceso a los recursos sociosanitarios 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.

Continuando la relación entre dependencia y la variable hábitat, 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 dependencia (Pérez Ortiz, 2006).

En la ECVM (IMSERSO, 2006a) observamos también la influencia de estas variables sociodemográficas sobre la evaluación subjetiva del estado de salud y por ende, de la CVRS. Una de las condiciones que marca diferencias más notables es el género, 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.

Respecto al estado civil, Pérez Ortiz (2006) señala que entre los hombres, los casados son los que mejor evalúan su estado de salud y los viudos los que peor, pero esto 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 salud.

Estos datos sociodemográficos de la dependencia en las personas mayores de 65 años españolas encuentran su contexto en el establecimiento y desarrollo del 4º pilar del Estado de Bienestar. Éste, 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 Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (2006) “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 ciudadano”.

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 factores (Dizy Menéndez, 2006):

- 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. El apoyo social informal

El soporte social o apoyo social refiere a aquella asistencia para las personas y los grupos desde dentro de sus comunidades que puede servirles de ayuda para afrontar los acontecimientos y las condiciones de vida adversos y puede ofrecer un recurso positivo para mejorar la Calidad de Vida. El apoyo social puede incluir apoyo emocional, intercambio de información y suministro de recursos así como servicios materiales. Actualmente el soporte social está considerado como un importante determinante de la salud y como elemento esencial del capital social (OMS, 1998).

Existen diferentes definiciones de apoyo social informal, pero creemos que la proporcionada por Lin y Ensel (1989) aporta algo más de información útil al incluir los beneficios y consecuencias de este apoyo hacia la persona que lo recibe. El apoyo social se define así, como el proceso (por ejemplo, la percepción o recepción) por el cual los recursos en la estructura social (comunidad, redes sociales y relaciones íntimas) permiten satisfacer las necesidades (por ejemplo, instrumentales y expresivas), tanto a diario como en situaciones de crisis.

¿Qué elementos se incluyen en el apoyo social a fin de considerar su relación con la APS? El apoyo social informal se refiere a los distintos tipos de apoyo que la persona recibe de otros. A pesar del carácter multidimensional de apoyo social, también hay elementos convergentes (Gracia-Fuster, 1997). En primer lugar, es necesario señalar que el apoyo social se refiere a los diferentes tipos de apoyo que una persona percibe de otra y que, en general, se clasifica en el soporte o apoyo estructural y el apoyo funcional. El apoyo estructural se refiere qué elementos construyen

ese tipo de apoyo: sentirse parte de un grupo de amigos, tener menos amigos que antes o hacer nuevos amigos, etc. Es decir, los sujetos de los que surge el apoyo social hacia la persona. Por su parte, el soporte funcional refleja la percepción del individuo de sentirse querido o cuidado, es decir, su apoyo emocional: asesoramiento, asistencia cuando la persona está enferma en la cama, recibe el cariño...., o sea, las fuentes o los contextos en los que el apoyo social puede ocurrir (Gracia-Fuster, 1997).

Además de esta clasificación, dependiendo de la procedencia del cuidado, el soporte social puede clasificarse en: apoyo formal y apoyo informal. El apoyo formal es el proporcionado a la persona 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 específica. 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 (Lorenzo et al., 2007b).

Relaciones y vínculos sociales entre las personas que pueden facilitar el acceso o movilización del soporte social se denominan redes sociales. Una sociedad estable tiene muchísimas más probabilidades de tener establecidas redes sociales que faciliten el acceso al soporte social. Influencias desestabilizadoras como un alto índice de desempleo, planes de reubicación de viviendas a gran escala y una rápida urbanización, pueden dar lugar a una desorganización grave de las redes sociales (OMS, 1998).

5.1. El apoyo informal en España

El apoyo social informal es un constructo multidimensional con diferentes aspectos estructurales y funcionales, y que 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. El cuidado informal es la prestación de cuidados a personas dependientes por parte de los familiares u otras personas que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen y sin que exista entre ellos una organización explícita (Zabalegui, Juando, Gual, González y Gallart, 2004). Muchas veces, independientemente de la existencia de recursos formales de apoyo, el apoyo informal no parece disminuir (Lorenzo, Maseda y Millán, 2008). 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.

El apoyo social informal, si bien ha sido ampliamente estudiado, no ha tenido el reconocimiento social que merece a pesar de que las estimaciones muestran que hasta un 88% de la atención sanitaria en España es no remunerada y el 84% de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes son mujeres (IMSERSO, 2004). Al igual que en otros países, se recurre al cuidado formal cuando las necesidades generadas por el colectivo creciente de mayores de 65 años y sus niveles de dependencia superan las posibilidades previstas por los cuidadores familiares (Chappell y Blandford, 1991). La investigación actual (Roger García, 2009) ha

señalado que alrededor del 7,5% de los ancianos españoles que necesitan cuidado no lo reciben. Entre los que lo reciben, el 89,4% recibe cuidados informales, el 14,8% de atención privada y el 8,1% de servicios públicos. Como se ha señalado en una investigación del IMSERSO (2006b), la opinión de la sociedad española no es tan categórica en lo que respecta a la asignación de responsabilidades entre Administraciones públicas. Entre las personas mayores, la Administración Central es también la primera opción (28,1%), seguida por la Administración Municipal (26,0%) y a una distancia mayor, por la Administración Autonómica (18,0%). Estas tres respuestas se acompañan de un alto porcentaje de personas que no responden a la pregunta (25,6%).

En relación a la ayuda informal, se les pregunta a los ciudadanos españoles sobre sus preferencias de cuidados informales en lugar de atención formal; sobre cómo valoran la actividad de los cuidadores familiares, o si lo reconocerían como cualquier otro trabajo con derecho a recibir un salario y el acceso a la Seguridad Social (IMSERSO, 2006b). Las personas españolas más jóvenes tienden a optar por la ayuda profesional. A medida que la edad del entrevistado aumenta, también lo hace la evaluación de la otra alternativa, la informal. Por lo tanto, un 61,6% de las personas mayores están a favor de ayudar a la familia en comparación con el 29,1% que optan por la atención profesional. En lo que respecta a la segunda cuestión, los españoles de todas las edades apoyan el reconocimiento del cuidado informal como una actividad profesional (IMSERSO, 2006a).

El Gobierno español ha implementado recientemente modificaciones legislativas en relación con la protección de las situaciones de dependencia, por medio de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las

personas en situación de dependencia (2006). Este marco legislativo supondrá un mayor cuidado a las personas dependientes y sus cuidadores en el sistema de protección social español. La ley se ha centrado en los servicios de relevo y la ayuda económica a los cuidadores para aliviar la carga de su situación (Garcés, Carretero, Ródenas y Sanjosé, 2009).

5.2. Los cuidadores familiares

El fenómeno del envejecimiento está originando un cambio social sin precedentes, cuyas dimensiones y envergadura están lejos aún de haber sido asumidas (Rodríguez Rodríguez, 1999). Este fenómeno afecta a la evolución de la propia sociedad en general, que también ella misma está envejeciendo.

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, al mercado laboral lo que hace disminuir la capacidad de prestar cuidados informales o familiares.

Sin embargo, aún así, la familia actual, bajo diferentes formas y valores, sigue siendo considerada la célula básica de la sociedad así como la institución más solidaria, por encima de las estructuras de protección social; a causa de los nuevos papeles asignados a cada uno de sus miembros, la familia ha experimentado un nuevo planteamiento en las relaciones intergeneracionales (Hernández Rodríguez, 2001b).

La atención familiar actual encuentra sus raíces en factores sociales, psicológicos y culturales. La idea de que los hijos deben cuidar y atender a sus padres, además de remontarse a las antiguas costumbres

veterotestamentarias de los judíos, al pensamiento político grecorromano y de haber sido fomentada por el cristianismo, ha pasado a formar parte de la conciencia colectiva de Occidente. Cuando las personas mayores pueden valerse por sí mismos en el desarrollo de sus actividades, la atención de las familias es algo que apenas se plantea, que no constituye ningún problema. Las dificultades en la convivencia y en las posibilidades de atención aparecen cuando los ancianos empiezan a acusar deterioro físico y/o mental, decrepitud o achaques. Y si los apoyos públicos no existen o son insuficientes, la situación se agrava (Hernández Rodríguez, 2003).

Al contrario de lo que sucede con el apoyo formal proveniente de los profesionales y recursos sociosanitarios, el cuidado de los mayores es de *número singular*. Sin embargo, las consecuencias del cuidado son plurales, 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.

Como señala Bazo Royo y Ancizu (2004), el concepto de cuidado se construye socialmente, aceptándose que las tareas de cuidado son una responsabilidad de las mujeres debido a su supuesto instinto natural para este tipo de trabajo. Además, la labor de cuidar no se percibe como trabajo cualificado. Desde una perspectiva sociológica, el cuidado es una actividad basada en patrones sociales. Estos patrones afectan tanto al cuidado familiar como al cuidado formal y justifican los bajos salarios percibidos por los trabajadores, que son principalmente mujeres.

Señala además que, debido a la promoción que se realiza desde las instituciones para que las personas mayores permanezcan en su entorno

familiar y social, se proponen soluciones que en buena parte de los casos pasan por el mantenimiento de las mujeres en el hogar, en ocasiones siendo las propias políticas sociales las que refuerzan esa situación (Bazo Royo y Ancizu, 2004).

5.2.1. Perfil del cuidador familiar

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 vecindad. Los cuidadores familiares de personas mayores con dependencia 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 (Rivera, 2001).

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 demuestran diversos estudios (Rodríguez Cabrero, 2000; García Calvente, Mateo Rodríguez y Eguiguren, 2004; IMSERSO, 2004; Izal Fernández de Trocóniz, Losada Baltar, Márquez González y Montorio Cerrato, 2006) existe un tipo de perfil del cuidador familiar. 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 años. 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 tienen una ocupación laboral remunerada (74%) (IMSERSO, 2005).

El progresivo deterioro cognitivo y funcional de la persona mayor dependiente causa un grave impacto en el entorno familiar, pero principalmente en la cuidadora familiar (Garre-Olmo et al., 2000). Diversos estudios (Winslow, 1997; Gaugler, Davey, Pearlin y Zarit, 2000) 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 análisis 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 del cuidador principal e inciden directamente en la sobrecarga, el sentimiento de cautiverio y la depresión clínica (Gaugler et al., 2000). Además otros factores de riesgo para el cuidador pueden ser los gritos, los insultos, las amenazas o que el mayor no quiera alimentarse (Winslow, 1997).

Por razones demográficas, el apoyo social 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, 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 Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (2006). 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 periodos de descanso para los cuidadores no profesionales, encargados de la atención de las personas en situación de dependencia.

Además de esta razón numérica, otra razón de peso se relaciona con las transformaciones de las estructuras familiares (Dizy Menéndez, 2006):

- 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.

La literatura gerontológica (Seira Lledós, Aller Blanco y Calvo Gascón, 2002; Izal Fernández de Trocóniz et al., 2006; Crespo López y López Martínez, 2007) 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 investigaciones (Rivera, 2001) 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 las revisiones de la literatura en el ámbito europeo. En éstas, es donde existe una mayor diferenciación al observar los datos sobre cuidadores de los distintos países de la Unión Europea (Seira Lledós et al., 2002).

Aunque el perfil de los cuidadores familiares es bastante similar en los países europeos (Crosato y Leipert, 2006; Bien, Wojszel y Sikorska-Simmons, 2007), la literatura sugiere que los resultados de los cuidados varían según la ubicación geográfica (rural vs urbano) (Glasgow, 2000;

Bédard, Koivuranta y Stuckey, 2004). A veces, como muestra Crespo (2006), las diferencias se deben a las características socioeconómicas, como el acceso a los recursos sociosanitarios. En la mayoría de los países del norte europeo, el cuidado de los ancianos es principalmente formal, con una gran proporción de cuidados formales proporcionados a través de medios institucionales. Por otro lado, el caso opuesto está representado por los países del sur, como España, Grecia o Italia (Crespo, 2006). Que convivan simultáneamente y en cercanía varias generaciones es la norma habitual en la cultura mediterránea. Estos países se han caracterizado por una fuerte cultura familiar que refiere el cuidado de los familiares que así lo precisen como un asunto privado y además, son tradicionalmente las mujeres de la familia las que proporcionan la mayor parte de la asistencia requerida (Bianchera y Arber, 2007).

5.2.2. El género y el hábitat en el cuidado informal

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 voluntariosa (Giddens, 2002). Los valores presentes dentro de la cultura rural (con el predominio del control social latente) 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 situación (INE, 1999).

Además de la "feminización del cuidado" (Arber y Ginn, 1995) es interesante el estudio de este fenómeno social en los diferentes hábitats. A partir de la revisión bibliográfica realizada sobre la comparación rural/urbano (Losada et al., 2006) es obligado centrarse en el área rural para ampliar el estudio sobre las mujeres cuidadoras principales de mayores con dependencia. En las revisiones consultadas (Sanford, Johnson y Townsend-Rocchiccioli, 2005; Losada et al., 2006) se observa el hecho de que en las comunidades rurales, debido a las características socioeconómicas, culturales y las dificultades en el proceso de desarrollo socioeconómico, la orografía y la dispersión poblacional son una dificultad añadida para acceder a recursos sociosanitarios, 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 sociosanitarias 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 sociosanitarias, la Calidad de Vida de los cuidadores, principalmente mujeres, 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 Unión Europea (Gamm, Hutchison, Dabney y Dorsey, 2003),

tienden a ser más longevos y referir más enfermedades crónicas que sus homólogos urbanos. Esta situación es común tanto en las áreas rurales europeas como en las estadounidenses (Basu y Cooper, 2000).

La baja densidad residencial y la mayor dispersión geográfica dificultan la utilización de servicios sociosanitarios 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...) (Basu y Cooper, 2000).

Estudios acerca de las características relacionadas específicamente con la ruralidad y los cuidadores, 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 del propio cuidador 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 (Sanford y Townsend-Rocchiccioli, 2004; Castro et al., 2007). Además, otro 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 (Basu y Cooper, 2000; Sanford y Townsend-Rocchiccioli, 2004; Castro et al., 2007).

6. El apoyo social formal: los servicios sociales comunitarios

En España el apoyo formal, es decir aquel ofrecido por profesionales y recursos institucionales, tiene como primera vía de acceso los Servicios Sociales Comunitarios. Estos constituyen la puerta de entrada al sistema público de servicios sociales y al sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Actúan para lograr unas mejores condiciones de vida, mediante una atención integral que utiliza todos los recursos disponibles, intentando dar respuestas a los distintos problemas de carácter social que presenten las personas, grupos y comunidades.

La ayuda formal, según Abellán García y Puga González (2004), es aquella que se realiza pagando una retribución económica al cuidador que la realiza. Puede ser directa o privada o bien indirecta por mutuas o el estado. Los recursos existentes para atender a las personas mayores son por un lado los servicios de salud como el Servicio de Atención Domiciliaria (SAD), la atención hospitalaria, ambulatoria y urgente y la asistencia a través del hospital de día. Y por otro lado también existen recursos de los servicios sociales con residencias, centros de día, servicios de atención domiciliar social, clubes de pensionistas (recreativos, ocupacionales o de asesoramiento) y ayudas de tipo económico.

En lo que respecta a los servicios sociales, esta provisión de cuidados a nivel público interactúa con las actividades privadas y con el cuidado familiar. Actualmente se tiende a considerar el cuidado formal como adicional al cuidado informal proporcionado por la familia, amigos o vecinos (Bazo Royo y Ancizu, 2004).

A pesar del amplio abanico de servicios, el estudio de las desigualdades sociales en la utilización de los servicios sociales en la comunidad ha ido en aumento. En muchas regiones del mundo, los estudios se han llevado a cabo para evaluar las desigualdades en la utilización de la asistencia social y para formular implicaciones para la reforma del sector social. Esta falta de información es un gran inconveniente si se tienen en cuenta el porcentaje de mayores que potencialmente necesitan de esos servicios en función del número creciente de personas de edad avanzada en los países desarrollados. Sin embargo, los ratios existentes aún no son suficientes para cubrir la demanda del cuidado sociosanitario de las personas mayores de 65 años con dependencia, cifrado en 1.464.815 personas (INE, 2008). Además, estos ratios se encuentran por debajo de los de los países de Europa Occidental, donde predominan los servicios domiciliarios que fomentan el "envejecer en casa" frente a la situación española, donde la oferta de las residencias es mayor (Rodríguez Rodríguez, 2006).

Como sería de esperar, el incremento de la esperanza de vida y las situaciones de limitación funcional están asociados con el uso de los servicios de apoyo formal (Boniface y Denham, 1997). En este sentido, cuando hablamos de gasto público en la asistencia a las personas mayores, España se encuentra en el vagón de cola dentro de la Unión Europea, ya que destina 10.025 euros/año por persona a este concepto, por debajo de la media europea, que se sitúa en los 14.653 euros/año por persona (INE, 2006). Sin embargo, aun siendo un tema actual de la agenda política, existen algunas lagunas sobre qué determina el conocimiento y uso de estos servicios por parte de las personas mayores de 65 años.

Uno de los marcos teóricos más empleados para el análisis de la utilización de los servicios formales es el Modelo de Comportamiento de Andersen (1975). Éste ha sido aplicado a diversas poblaciones y tipos de servicios, incluyendo los servicios sociales comunitarios. Andersen (1975) propone que el uso de los servicios sanitarios viene determinado por la predisposición a dicha utilización. Este modelo ha sido utilizado también para explicar el uso de servicios sociales (Aroian, Wu y Van Tran, 2005). Las características a esta predisposición podrían derivar tanto de factores demográficos como de la estructura social. Más tarde, Andersen (1995) añadió a su modelo las denominadas "creencias de salud" las cuales están influidas por normas culturales y valores. Boniface y Denham (1997) observan que el uso de la ayuda a domicilio, la comida a domicilio y los centros de días está influido por la edad y el estado de salud. Otras características sociodemográficas, como vivir solo y el género, tienen también un efecto sustancial en el uso de todos los servicios sociales comunitarios, es decir, de aquellos que forman el apoyo formal de un individuo (Boniface y Denham, 1997). Otros estudios (Stoddart, Whitley, Harvey y Sharp, 2002) apuntan que cuanta más edad se tenga, no disponer de coche propio y estar viudo/a están asociados con un mayor porcentaje de uso de servicios formales en el propio hogar. Señalar también que el uso de servicios formales más especializados se incrementa según el nivel educativo sea mayor, principalmente en países como Finlandia o Noruega (Suominen-Taipale, Koskinen, Martelin, Holmen y Johnsen, 2004). Varios estudios han observado además, que el acceso de la población rural de edad avanzada a los servicios es más restringido que el de sus homólogos urbanos, y aquéllos tienen menos probabilidades que los urbanos de

acceder a medidas preventivas de salud, debido a la peor calidad del acceso a los servicios (Casey, ThiedeCall y Klingner, 2001, Chaix, Veugelers, Boelle y Chauvin, 2005).

El análisis del ambiente de residencia ha sido pues, utilizado como variable determinante del uso que las personas mayores hacen de los servicios sociosanitarios ya que el bajo porcentaje de acceso a los servicios se convierte en un problema endémico en zonas poco pobladas (Escalona Orcao y Díez Cornago, 2007). Además, como señalan Fortney, Chumbler, Cody y Beck (2003), las personas mayores rurales tienen también menos acceso geográfico y reciben menos servicios sanitarios en el propio domicilio, incrementándose el riesgo de hospitalización. Por otro lado, una provisión adecuada y la accesibilidad a los servicios son considerados esenciales para el desarrollo de áreas socialmente sustentables así como para que sus habitantes puedan formar parte de las actividades cotidianas (Farrington y Farrington, 2005).

Además de la cobertura del servicio, el bajo nivel en el conocimiento de dicho servicio puede crear barreras para su acceso y uso principalmente cuanto menor es el tamaño de la población. Existen incluso otro tipo de limitaciones particulares en el caso de las personas mayores, y especialmente de aquéllas con dependencia, derivadas de las dificultades del transporte así como de su elevado precio (Asthana, Gibson, Moon y Brigham, 2003).

En un medio como el gallego, con una notable distinción entre el rural y el urbano, es importante resaltar la importancia de la ruralidad de acuerdo con la distribución de los recursos sociales y sanitarios. Estudios realizados en muestras similares a la nuestra, coinciden en señalar que el acceso a los

servicios comunitarios se reduce en el contexto rural (Ricoy Lorenzo y Pino Juste, 2008) y que el conocimiento que los mayores gallegos tienen de los servicios comunitarios es, en general, escaso e influido por determinadas variables sociodemográficas (edad, nivel de estudios y el contexto de residencia) (Iglesias-Souto, Taboada Ares, Dosil Maceira y Cuba López, 2008).

7. El coste del cuidado de las personas mayores con dependencia

El coste del cuidado es otro aspecto a considerar, si bien es importante tener en cuenta las diferencias existentes entre el coste del cuidado formal vs. el informal. El coste sanitario de enfermedades como el Alzheimer es la mitad en España que en otros países europeos (EUROSTAT, 2003), 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 Francia (Badía, Lara y Roset, 2004). Esto se debe a los modelos de apoyo estatal existentes en ambos países y al elevado porcentaje del cuidado familiar a los mayores dependientes que se realiza en España (Jacobzone, Cambois y Robine, 2000). De este modo, en nuestro país es la familia, a título privado, la que asume la mayor parte del gasto económico si mantiene, por ejemplo, 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. Sin embargo, como ya se ha señalado, el alcance del cuidado

informal no es ilimitado, y las circunstancias demográficas lo delimitan aún más.

En relación al gasto público en la asistencia a las personas mayores, España en 2006 se situaba en penúltimo lugar y a 7,4 puntos por debajo de la media europea. La proporción del gasto social entre los países de la Unión Europea presenta diferencias importantes, desde un 14,6% del PIB en Irlanda hasta el 31,3% del PIB en Suecia. España, con el 20,1% del PIB, era el segundo país al final del listado. Sólo Irlanda tenía un gasto social más bajo, con el 14,6% del PIB. Si nos centramos en el gasto en vejez, nuestro país alcanzó en 2006 el 8,3% del PIB mientras que en el conjunto de la Unión Europea este gasto fue del 10,9%, lo cual implica que España se situaba a 2,6 puntos por debajo de la media europea (Montserrat Codorníu, 2006). Según Alonso Albarrán (2009) a la hora de estudiar las proyecciones de gasto público en cuidados de larga duración en la Unión Europea, es relevante observar que el gasto medio de la Unión Europea se duplicará desde 1,2% del PIB en 2007 a 2,4% del PIB en 2060. Por otro lado, el análisis comparado entre países evidencia la existencia de diferencias notables entre el gasto público y el contingente de personas mayores de 65 años. Bulgaria, Estonia, Chipre, Portugal y Rumania serán los países que menos aumentarán en términos absolutos hasta 2060 (menos de 0,3 del PIB). En cambio, los que más aumentarán serán Holanda (4,7), Noruega (2,7, país que participa en el ejercicio pero que no pertenece a la Unión Europea), Finlandia (2,6), Suecia (2,3), Grecia (2,2), Luxemburgo (2,0). En general, estos países coinciden con aquellos que ya tienen en la actualidad sistemas de atención a la dependencia bien desarrollados. Los países que más gastaron en el año base 2007 son

Holanda (3,4% del PIB), Suecia (3,5% del PIB), Noruega (2,2% del PIB), Finlandia (1,8% del PIB), Dinamarca (1,7% del PIB) e Italia (1,7% del PIB). En estos países, el envejecimiento de la población implica un mayor aumento de beneficiarios de atención formal con su correspondiente gasto público unitario ya elevado (Alonso Albarrán, 2009).

Por último, un grupo interesante de países es aquél que tiene un gasto actual bajo (menor del 1,5% del PIB) pero que, se prevé, incrementarán su gasto en términos relativos: Rumanía, República Checa, Eslovaquia y Polonia. Señalar además que las previsiones indican que España será el sexto país con mayor incremento relativo proyectado, del 0,5% del PIB en 2007 a 1,4% del PIB en 2060, aumentando un 166%, por encima de la media de la Unión Europea. Esto no ocurría en proyecciones anteriores, donde a pesar del envejecimiento, el gasto aumentaba muy escasamente. El incremento viene motivado por el reciente Sistema de Atención a la Dependencia, que amplía la cobertura y el gasto en general (Alonso Albarrán, 2009).

Respecto al gasto público en la asistencia a las personas mayores en situación de dependencia en 2009 en España fue de 0,8% del PIB, siendo la media en la UE-27 de 1,0% del PIB (Comisión Europea, 2009). En la actualidad, el 13,6% de las personas que prestan cuidados principales reciben ayuda de profesionales o instituciones para atender a la persona mayor con dependencia. De esta ayuda, el 51,2% proviene de un empleado del hogar y el 38% del Ayuntamiento. Sólo el 2% de la ayuda formal proviene de centros de día o residencias (IMSERSO, 2004). Esta situación se observa también 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 señaladas (OCDE, 1996).

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 Unión Europea (28,8%) (Navarro y Quiroga, 2004). A partir de aquel año, sin embargo, el déficit de gasto en protección social entre España y la Unión Europea (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 Unión Europea. 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 Unión Europea donde el gasto descendió sólo de un 28,8% a un 27,3% durante el mismo periodo (Navarro y Quiroga, 2004).

También, a la hora de analizar el binomio envejecimiento/hábitat debemos tener en cuenta el sector público y empresarial. Al margen de la responsabilidad pública sobre la garantía de la Calidad de Vida de los mayores, la búsqueda de las mejores condiciones de habitabilidad para estas personas debe entenderse como una estrategia empresarial emergente.

8. Modelos de cuidado en la Unión Europea

En lo que concierne a la red informal de cuidadores, investigaciones recientes (Jacobzone et al., 2000) 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 estima que el cuidado informal ocupa el 75-80% de todos los tipos de cuidados existentes (Jacobzone, 2000).

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 informal (Wolf y Ballal, 2006). 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 Unión Europea 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 sociosanitarios, como un recurso más.

El resto de países de la Unión Europea 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 la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (2006), 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 sociosanitario 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 Unión Europea han experimentado presiones similares (por las tendencias demográficas, restricciones económicas...), los estudios explican la existencia de dos directrices comunes de cara al futuro (Kröger, 2001):

- 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 sociosanitaria.

Aunque en la práctica todos los países de la Unión Europea 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 y Portugal) e Irlanda, mientras que las

empresas privadas están teniendo un crecimiento muy elevado en el Reino Unido.

Un estudio de la Unión Europea sobre el cuidado a las personas mayores clasifica a los países comunitarios en cuatro categorías (Jacobzone, 2000):

- 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 tienden 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.

La investigación (Jacobzone, 2000) 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 (Winslow, 1997; Gaugler et al., 2000) sobre el Síndrome del cuidador quemado o "burn-out".

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

1. Justificación

El interés por el estudio del envejecimiento data de fechas recientes ya que la edad ha sido tradicionalmente una variable considerada de orden secundario en el estudio de la sociedad. Es en los últimos tiempos, cuando el peso demográfico de la vejez se ha incrementado en una cuantía muy sustancial, proliferando los estudios sobre la misma, primero a nivel estadístico y luego a nivel crítico y aplicado. La nueva perspectiva de la Gerontología se centra en una concepción dinámica (frente a la imagen estática que del envejecimiento suelen mantener otras disciplinas) y enfatiza la heterogeneidad como rasgo definitorio de las personas mayores en la sociedad del siglo XXI.

Por otro lado, y centrándonos en el tema de esta tesis, es necesario incrementar el conocimiento para comprender cómo las personas autoevalúan su salud ya que la APS, y no sólo la historia médica, es relevante para comprender el estado general de salud de las personas que envejecen. Se analiza pues qué variables inciden en que la persona mayor se clasifique como poseedora de "mala salud", independientemente de sus enfermedades diagnosticadas. Es relevante además, considerar la información somática que nos ofrece la persona en aras de por un lado, desarrollar y emplear una definición más inclusiva de salud y por otro, para incrementar el bienestar de las personas mayores, y sus cuidadores informales, además de promover el uso eficiente de los escasos recursos sociales y sanitarios.

Por último, si, como en nuestra hipótesis se cuestiona, la APS se ve influida por el apoyo social proporcionado por los cuidadores informales creemos

relevante en primer lugar, realizar una aproximación a dichos cuidadores. Además, en segundo lugar, es interesante observar qué ocurre y cómo se comportan las personas mayores con dependencia en el conocimiento y uso del otro tipo de apoyo existente en la comunidad: los servicios sociales formales, o comunitarios.

A partir de la justificación planteada, para la realización de este estudio partimos de dos hipótesis, claramente relacionadas:

1. Es posible predecir la mala salud autopercebida de las personas mayores de 65 años a partir de determinadas variables sociodemográficas y de morbilidad.
2. La salud autopercebida, en relación con algunas características sociales de los cuidadores familiares (género, hábitat, edad...), puede ayudarnos a establecer grupos objetivo para una intervención social y sanitaria más específica.

2. Objetivos

Para contrastar las hipótesis planteadas, los objetivos de este trabajo serán los siguientes:

1. Contextualizar la situación de las personas mayores con dependencia en Galicia a través de un estudio Delphi dirigido a expertos en Gerontología acerca de las hipótesis planteadas.
2. Predecir la mala salud autopercebida de las personas mayores de 65 años con dependencia, a través de variables sociodemográficas y de salud.

3. Establecer grupos de cuidadores informales de personas mayores de 65 años con dependencia a partir de características sociodemográficas y de salud similares.
4. Determinar el grado de conocimiento y uso de los servicios sociales comunitarios en una muestra de personas mayores de 65 años, y establecer las diferencias según el hábitat de residencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Selección de la muestra

1.1. Profesionales de la Gerontología y Geriatría

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 sociosanitarias. En este trabajo se ha aplicado para conocer la situación actual de la población gerontológica, principalmente de aquélla con algún grado de dependencia, así como de sus cuidadores familiares.

El procedimiento consiste en dos fases sucesivas. Se propusieron 32 personas expertas a nivel nacional, del área de la Gerontología y Geriatría. 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, terapia ocupacional... Se incluyó también, dentro del cómputo global de expertos, a representantes de instituciones y administraciones públicas relacionadas con la persona mayor.

1.2. Personas mayores de 65 años y cuidadores informales

Tanto la muestra de personas mayores de 65 años con dependencia como la de cuidadores informales se seleccionaron de dos ayuntamientos, uno rural y otro urbano, de Galicia. El ayuntamiento rural seleccionado fue

Mondoñedo (Lugo) y el urbano, A Coruña. La elección de dichos lugares se debió a la facilidad para poder acceder a las muestras de personas necesarias, debido a la ayuda institucional de ambas administraciones. Ambos ayuntamientos cumplen los requisitos para ser definidos "rural" y "urbano", según las características ya expuestas (OCDE, 1994).

Los criterios de inclusión y exclusión diseñados al comienzo de la investigación fueron específicos para cada grupo:

- a) Criterios de inclusión para las personas mayores:
 - Tener 65 o más años.
 - Tener algún tipo de dependencia basada en una discapacidad física, psíquica y/o sensorial según los instrumentos de evaluación detallados en este estudio.
 - Vivir en los últimos 12 años en el ayuntamiento de referencia, bien en el rural o en el urbano.
- b) Criterios de inclusión para los cuidadores de personas mayores:
 - Ser mayor de 18 años.
 - Ser la persona que dedicó más tiempo al cuidado de la persona mayor.
 - El receptor de los cuidados tiene que tener 65 o más años, y ser física, cognitiva y/o sensorialmente dependiente.
 - Vivir en los últimos 12 años en el ayuntamiento de referencia, bien en el rural o en el urbano.
- c) Criterios de exclusión para las personas mayores:

- Tener una puntuación en el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) (Lobo et al., 1999) que le impidiese responder por él mismo a la mayoría de las cuestiones planteadas.
 - No firmar el consentimiento informado.
- d) Criterios de exclusión para los cuidadores de personas mayores:
- Que exista algún tipo de retribución económica o de otro género derivada del cuidado.
 - No firmar el consentimiento informado.

Una vez aplicados dichos criterios, las muestras finales incluyeron a 140 voluntarios mayores de 65 y más años. La tabla 1 muestra la distribución de la muestra por edad y género.

Tabla 1. Distribución (% y N) de la muestra de personas mayores con dependencia, según edad (grupos quinquenales) y género

	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 y más
Hombre	6,7% (4)	6,7% (4)	28,3% (17)	35,0% (21)	13,3% (8)	10,0% (6)
Mujer	18,8% (15)	12,5% (10)	17,5% (14)	33,8% (27)	10,0% (8)	7,5% (6)

Por su parte, la muestra de cuidadores informales de personas mayores con dependencia estuvo formada por 35 cuidadores informales (10 hombres y 25 mujeres) de personas en situación de dependencia que también participaron en el estudio. En la tabla 2 se observa su distribución según edad y género.

Tabla 2. Distribución de la muestra de cuidadores familiares, según edad (grupos quinquenales) y género

	Hombre		Mujer	
	N	%	N	%
35-40 años	0	0%	1	4%
41-45 años	1	10%	5	20%
46-50 años	1	10%	3	12%
51-55 años	4	40%	2	8%
56-60 años	2	20%	2	8%
61-65 años	2	20%	1	4%
66-70 años	0	0%	3	12%
71-75 años	0	0%	8	32%

De los 140 voluntarios con 65 o más años, 17 no desearon participar en la 2ª parte del estudio, referida al conocimiento y utilización de los servicios sociales comunitarios. En su mayoría (82%) alegaron no sentirse capacitados para contestar puesto que no habían oído nunca los servicios que les referíamos. El resto (18%) simplemente señaló que no deseaba continuar con la entrevista. La tabla 3 describe pues, las características según el género y la edad de la muestra de 123 personas que sí colaboraron en el estudio de los servicios comunitarios según el ámbito geográfico.

Tabla 3. Distribución (% y N) de la muestra de personas mayores con dependencia que colaboraron en el estudio de los servicios sociales comunitarios, según edad (grupos quinquenales) y género

	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 y más
Hombre	7,8% (4)	7,8% (4)	27,5% (14)	31,4% (16)	13,7% (7)	11,8% (6)
Mujer	19,4% (14)	11,1% (8)	16,7% (12)	33,3% (24)	11,1% (8)	8,3% (6)

2. Material

2.1. Estudio Delphi

El instrumento, el formulario Delphi, se diseñó como un cuestionario estructurado en 40 ítems (Anexos 1 y 2), en los 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 (2006) fue también incluida en el cuestionario.

En las 40 afirmaciones se pidió el posicionamiento del panelista frente a una serie de propuestas, 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 intervalos 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 y, por último, 4 expresaría indiferencia en el deseo o indefinición en el pronóstico.

2.2. Estudio de las personas mayores de 65 años y cuidadores informales

La recogida de datos pertinente para realizar este estudio, se realizó a través de un cuestionario estructurado (Anexo 3). Las preguntas fueron

tomadas de la literatura científica y de cuestionarios validados por dos instituciones oficiales españolas (IMSERSO, 2006; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2006). El cuestionario se dividió según las preguntas fuesen dirigidas a la persona mayor dependiente o al cuidador familiar, aun cuando algunas cuestiones fueron comunes a ambos (Tabla 4).

Tabla 4. Preguntas realizadas según el grupo de pertenencia

	Personas mayores	Cuidadores familiares
Datos sociodemográficos	Sí	Sí
Estado de salud	Sí	Sí
Enfermedades crónicas	Sí	No
Apoyo social	Sí	No
Servicios sociales comunitarios	Sí	No
Apoyo percibido por el cuidador	No	Sí

Los bloques de preguntas incluyeron cinco grandes apartados:

A. Datos sociodemográficos: género, hábitat, edad, nivel educativo alcanzado y estado civil (Anexo 3, preguntas 1 a 5).

B. Estado de salud:

- Autopercepción de la salud: se midió con la pregunta "En general, ¿cómo calificaría usted su salud en los últimos 12 meses?". Los participantes debían responder a la pregunta por medio de una escala tipo Likert con cinco posibilidades de respuesta (*muy buena, buena, regular, mala y muy mala*) (Anexo 3, pregunta 6). Para el análisis de las respuestas obtenidas, se agrupó la APS en dos categorías: *buena* (muy buena y buena) y *mala* (regular, mala y muy mala), siguiendo la división realizada por Zunzunegui, Béland y Otero (2001) en la población española.

- Las enfermedades crónicas: se les preguntó a los encuestados si, en los últimos 12 meses, habían sido diagnosticados de alguna/s enfermedad/es de la lista (Anexo 3, pregunta 7) por su médico de cabecera, y si se esperaba (a partir del tratamiento) que ésta/s durasen por lo menos otros 12 meses. Para el análisis de los datos, la suma del número de enfermedades crónicas fue recodificada en dos niveles a partir de la media: (0) designó a cuatro o menos enfermedades, y (1) referido a más de cuatro enfermedades. A partir de la media, se creó una variable de comorbilidad donde (0) designó la presencia de una o varias enfermedades estadísticamente significativas para la APS en el análisis univariante, y (1) designó la ausencia de éstas. Las enfermedades crónicas relevantes en el estudio de la APS fueron: las enfermedades respiratorias, el insomnio y los trastornos genitales y/o urinarios. Señalar que por comorbilidad entendemos la presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además del trastorno primario.
- C. El apoyo social: dividido en apoyo social funcional y apoyo social estructural. El 1º reflejó la percepción del individuo de sentirse querido o cuidado, es decir, su apoyo emocional. Se midió cualitativamente como la suma de seis ítems (Anexo 3, pregunta 8). Los participantes podían escoger en una escala tipo Likert 5 posibilidades, desde "Más de lo deseado" (1) a "Ninguno" (5). Por su parte, el apoyo estructural se cuantificó como la suma de siete ítems (Anexo 3, pregunta 9), que incluían elementos como sentirse parte de un grupo de amigos, tener menos amigos que antes o hacer nuevos amigos. La escala tipo Likert,

también con 5 opciones de respuesta, siguió un continuo de "Muy de acuerdo" (1) a "Nada de acuerdo" (5).

D. Servicios sociales comunitarios: las preguntas se realizaron de la siguiente manera: "Le voy a leer una lista de servicios o ayudas que las instituciones pueden prestar a personas mayores. Me gustaría que me dijese, si ya lo conocía o había oído hablar de él.", "Y de los que conoce ¿cuáles está utilizando ahora o ha utilizado en los últimos 12 meses, y cuáles no ha utilizado nunca?" (Anexo 3, preguntas 10 y 11). Las categorías de respuesta fueron "Sí" o "No" a la primera pregunta, y "Utilizo el servicio actualmente o lo he utilizado en los últimos 12 meses" o "No lo he utilizado nunca", en la segunda.

E. Apoyo percibido por el cuidador: si el participante pertenecía a la muestra de cuidadores familiares, se les realizaban las siguientes preguntas para medir su apoyo percibido: "¿Recibe ayuda por parte de sus familiares y/o amigos?", "¿Recibe ayuda por parte de otras personas (personal remunerado)?" y "¿Siente usted que necesita más ayuda de la que recibe?" (Anexo 3, preguntas 12, 13 y 14). Las posibilidades de respuesta fueron de 1 (Sí) a 2 (No). Se estableció que el "personal remunerado" incluía todo tipo de profesionales/servicios que ayudaban en el cuidado de la persona mayor en situación de dependencia, y podían ser tanto a domicilio como fuera de éste.

Instrumentos de valoración de las personas mayores de 65 años

Las personas mayores se sometieron a una evaluación cognitiva y funcional, en aras de cumplir el requisito de que fuesen personas con dependencia. Para establecer la presencia o ausencia de deterioro cognitivo se empleó el

MEC (Lobo et al., 1999), la traducción y adaptación a la población española del Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein, Folstein, y McHugh, 1975). El MEC (Anexo 4) se empleó sólo como una herramienta de cribado para el deterioro cognitivo. Según la revisión bibliográfica, el punto de corte ampliamente aceptado se sitúa en 23; puntuaciones de 23 o inferiores indicaron la presencia de deterioro cognitivo.

Además, se realizó una evaluación funcional, referida a la posibilidad y capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria de una manera normal o aceptada. El test de escala funcional de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965) (Anexo 5) se utilizó para obtener una estimación cuantitativa del grado de dependencia funcional del sujeto. Pudieron participar en nuestro estudio las personas mayores voluntarias que obtuvieron puntuaciones menores que 100, puntuación máxima que considera a la persona independiente. Una puntuación en el Índice de Barthel mayor o igual a 60 considera que la persona tiene una dependencia leve; entre 40 y 55 puntos, moderada; entre 20 y 35, grave y, por último, si la puntuación es menor que 20 se considera totalmente dependiente (Granger, Dewis, Peters, Sherwood y Barrett, 1979).

Por último, la dependencia sensorial (visual o auditiva) se verificó a partir del certificado médico que así lo reflejase.

En base a las valoraciones realizadas, la tabla 5 refleja las características de la muestra según el tipo de dependencia. Señalar que, al establecer como uno de los criterios de inclusión el ser personas con dependencia, no hubo ningún participante que no tuviese algún tipo de discapacidad bien física, bien cognoscitiva (asegurándonos de que podían comprender las preguntas, o con ayuda de su cuidador familiar) o bien sensorial (visión y audición).

Tabla 5. Tipo de dependencia de la muestra de personas mayores

	N	%
Presencia de deterioro cognoscitivo	63	45,0%
Presencia de deterioro funcional	140	100,0%
Totalmente dependiente	6	4,3%
Grave	18	12,9%
Moderado	21	15,0%
Leve	95	67,9%
Presencia de discapacidad visual	37	26,4%
Presencia de discapacidad auditiva	31	22,1%

Instrumentos de valoración de los cuidadores familiares

En relación con el cuidador familiar, se midió su nivel de carga derivada del cuidado mediante la Escala de sobrecarga del cuidador (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980), adaptada y validada a la población española por Martín et al. (1996) (Anexo 6). Esta escala consta de 22 ítems que se valoran a partir de una escala de Likert de 1 "Nunca" a 5 "Casi siempre". Se establecen posteriormente, tres puntos de corte: no existe carga (22-46); carga leve (47-55), y carga intensa (56-110).

3. Procedimiento

3.1. Desarrollo del estudio Delphi

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. La primera circulación (Anexo 1) del cuestionario Delphi fue enviada vía correo electrónico el 19 de febrero de 2007. La 2ª circulación (Anexo 2) se envió, también vía correo electrónico, 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.

De las 32 personas expertas a nivel nacional del área de la Gerontología y Geriátrica, 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. 10 respondieron a nuestro cuestionario y concluyeron el proceso completo.

3.2. Desarrollo del estudio de las personas mayores de 65 años y cuidadores informales

El trabajo de campo con las personas mayores y con los cuidadores se realizó de mayo a junio de 2007. Se contactó con los participantes a través de las áreas de Servicios sociales de los ayuntamientos de Mondoñedo y A Coruña, así como a través de los directores de centros de días, clubes de jubilados, etc. de tipo privado.

Estos organismos colaboraron facilitando reuniones con los representantes de los centros, y estos a su vez nos proporcionaron la posibilidad de contactar directamente en el centro con las personas que podrían participar en dicho estudio.

Se citaba a las personas mayores de 65 años y a cuidadores informales a una reunión informativa donde se les explicaba en qué consistía el proyecto, quién lo financiaba y qué se les iba a preguntar. Se realizaba una reunión informativa cada día antes de comenzar a realizar las evaluaciones previas y las entrevistas.

Aquéllos que deseaban participar, tanto personas mayores como cuidadores, eran entrevistados, en riguroso orden de llegada. De este modo, el muestreo fue no probabilístico por casos consecutivos entre aquéllos que cumplían los criterios de inclusión y exclusión, en centros de día, centros cívicos y clubes de jubilados de Mondoñedo y A Coruña.

4. Consideraciones éticas

El estudio descriptivo epidemiológico realizado ha seguido los principios establecidos en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2008):

- A los participantes incluidos se les solicitó su consentimiento oral y escrito luego de haber sido instruidos debidamente acerca de las características del estudio, sus objetivos, beneficios y riesgos posibles (de haberlos) e informados sobre su derecho a participar o no sin exponerlos a limitaciones.
- Se respetó la integridad de los participantes dentro de la investigación, asegurando la confiabilidad de toda la información personal recogida durante ésta según la legislación vigente, es decir, la Ley orgánica de protección de datos de carácter personal (1999).
- Ningún investigador participante en el estudio utilizó formas coercitivas ni influyó sobre las personas mayores para obtener su participación en la investigación.
- El lenguaje utilizado durante las entrevistas no fue técnico, sino práctico y comprensible.

5. Análisis estadístico

La información aportada por los profesionales que participaron en el Delphi fue sometida a un análisis tanto cualitativo como cuantitativo, siguiendo las pautas adecuadas 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 de los valores. 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.

Para el estudio de las variables que predicen una mala APS en las personas mayores con dependencia, las variables cuantitativas se expresaron como media \pm desviación estándar y las cualitativas se expresaron en valores absolutos con intervalos de confianza. La t de Student y la prueba U de Mann-Whitney se usaron para comparar las mediciones, y Chi-cuadrado fue usado para estimar la asociación entre las variables cualitativas. Se realizó un análisis de regresión logística múltiple para determinar qué variables independientes modificaban la APS; APS se utilizó como variable dependiente, y las otras variables se introdujeron en el modelo como covariables. Se calcularon las odds ratio (OR) y los intervalos de confianza del 95% (IC) para cada covariable en el modelo.

Para el análisis de los datos pertenecientes a los cuidadores informales, en primer lugar, se presenta una descripción de los casos y las dos variables a

estudio, es decir, la relación entre algunas características de los cuidadores y su APS. Además de la prueba habitual para observar la independencia entre dos variables (prueba de Chi-cuadrado), se realizó un Análisis de Correspondencias Múltiple (ACM). Este método multivariado, adecuado para datos categóricos, se utilizó para mostrar los patrones de cuidadores informales de acuerdo a su APS ya que detecta similitudes entre los grupos y sus oponentes.

Por último, el conocimiento y uso de los servicios sociales comunitarios fue comparado según el hábitat de residencia, entre las personas mayores de 65 años. Los resultados se resumieron mediante medidas descriptivas, expresada como número (porcentaje) para las variables categóricas. Las diferencias entre grupos (rural vs. urbano) se analizaron mediante el test de Chi-cuadrado.

En todas las pruebas, un valor p (bilateral) inferior o igual a 0,05 fue considerado estadísticamente significativo.

Todos los análisis estadísticos de los datos se realizaron con el Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS) 16.0.1.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. La situación de las personas mayores en Galicia: análisis DAFO

1.1. Resultados

A partir del análisis de la media de cada respuesta a las 40 cuestiones consultadas a los expertos (tanto de los valores de "Prioridad" como de "Probabilidad") (Anexos 1 y 2) y la agrupación de éstas en los intervalos creados se extrajeron las puntuaciones reflejadas en la tabla 6, teniendo en cuenta que el valor máximo para cada ítem era de 7 puntos.

Tabla 6. Cuestiones consultadas (Anexos 1 y 2) en el análisis Delphi (N=10)

	Prioridad		Probabilidad	
	Media	DT	Media	DT
Pregunta 1	6,5	0,5	4,5	1,2
Pregunta 2	3,8	1,7	4,1	1,1
Pregunta 3	5,5	1,2	4,3	1,3
Pregunta 4	3,9	2,0	5,0	1,2
Pregunta 5	3,6	2,0	5,5	0,9
Pregunta 6	6,5	1,1	4,3	1,3
Pregunta 7	5,9	1,2	4,3	1,3
Pregunta 8	5,8	0,6	4,8	0,8
Pregunta 9	4,7	1,8	4,0	1,6
Pregunta 10	6,4	0,7	4,6	1,2
Pregunta 11	3,6	1,8	4,6	1,3
Pregunta 12	6,0	0,9	5,0	1,6
Pregunta 13	5,9	1,2	4,6	2,0
Pregunta 14	5,9	0,7	4,3	2,0
Pregunta 15	5,9	0,7	4,4	1,4
Pregunta 16	5,7	0,9	4,0	1,8
Pregunta 17	6,6	0,5	4,2	1,4

Pregunta 18	6,5	0,9	4,3	1,8
Pregunta 19	3,9	1,3	4,2	1,1
Pregunta 20	5,6	1,3	4,6	1,5
Pregunta 21	6,3	0,7	4,1	1,4
Pregunta 22	6,6	0,7	4,1	1,5
Pregunta 23	6,0	0,9	4,7	1,3
Pregunta 24	6,4	0,8	3,8	1,4
Pregunta 25	4,2	1,9	5,4	0,7
Pregunta 26	6,8	0,6	3,8	2,0
Pregunta 27	6,3	0,9	4,4	1,4
Pregunta 28	6,0	0,9	4,8	1,0
Pregunta 29	6,3	0,9	4,7	1,3
Pregunta 30	6,0	0,8	3,8	1,7
Pregunta 31	6,4	0,5	3,9	1,2
Pregunta 32	6,3	0,7	3,9	1,7
Pregunta 33	6,0	0,7	4,0	1,8
Pregunta 34	6,5	0,9	3,9	1,6
Pregunta 35	4,1	2,1	4,0	1,9
Pregunta 36	6,5	0,7	4,5	1,1
Pregunta 37	6,8	0,4	4,6	1,4
Pregunta 38	6,0	0,8	6,6	0,7
Pregunta 39	4,2	1,4	4,0	1,2
Pregunta 40	4,4	1,7	5,1	1,6

A partir de estos datos, se extrajeron las siguientes conclusiones referidas a los expertos consultados:

- Rechazaron que se incrementen los servicios gerontológicos en centros institucionales para las personas mayores dependientes que vivan solas.
- No creyeron que en un futuro próximo se eleve la prevalencia de enfermedades degenerativas (neurológicas, cardiovasculares, osteoarticulares, 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.

- El cuidado personal y para el desplazamiento fueron considerados como las situaciones más determinantes de la dependencia.

- Se mantuvieron 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 (2006). 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 adujeron 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 fue puesta en duda según el panel de expertos.

- Acerca de las diferencias entre hábitat (rural/urbano) señalar que la opinión común explicitó la necesidad de definir programas específicos según el medio. En el mismo sentido, existió un amplio acuerdo acerca de la persistencia de las diferencias en el conocimiento y acceso a los recursos sociosanitarios en los hábitats mencionados.

- 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 estos será mayor, al priorizarse con la Ley el mantenimiento del mayor en el hogar. No obstante, los expertos consultados no se mostraron, 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 valoró como muy importante alcanzar el objetivo propuesto para antes del 2015, según el cual el Sistema de Nacional de Dependencia (SND) conseguirá autofinanciarse, la confianza en que esta meta se realice fue totalmente pesimista. En esta línea los expertos se mostraron cautos al afirmar que Galicia conseguirá aportar el porcentaje fijado para la co-financiación del SND dentro del plazo acordado. Sí hubo consenso amplio en que se incrementará la financiación de los servicios sociales y sanitarios.

- Se opina también que la implicación del ciudadano en esta Ley y su posterior desarrollo es escasa, y sólo los directamente implicados lo consideraron un problema importante.

A partir de estos datos se concretaron y discutieron las respuestas en un análisis de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades (DAFO) de la situación de las personas mayores de 65 años en Galicia, así como de sus cuidadores informales. Para la elaboración de este análisis DAFO se tuvo en cuenta la visión de los expertos consultados. Pero también fue importante la revisión bibliográfica y de los datos cuantitativos referidos a las personas mayores en general, y a aquéllas con algún tipo de dependencia física o cognoscitiva en particular. A continuación se detallan características DAFO obtenidas.

Debilidades

- Estructura de población envejecida superior a la media nacional.
- Elevado índice de envejecimiento.
- Porcentaje de población dependiente mayor de 65 años superior a la media nacional.
- Envejecimiento femenino superior a la media nacional.
- 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 sobreenvejecimiento de las zonas rurales.
- Índices de cobertura de los servicios sociales para mayores dependientes inferiores a la media española.
- Falta de recursos sociosanitarios formales para atender a los mayores en situación de dependencia.

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 sociosanitario de los mayores rurales que representa un elevado porcentaje de la población gallega de 65 y más años.
- 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 sociosanitarios.
- 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.
- 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, debido a su elevado índice de envejecimiento, la dispersión geográfica y las

pensiones más bajas del país, una carga financiera mayor que para otras Comunidades Autónomas (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.

Fortalezas

- El elevado porcentaje de mayores con un estado de salud bueno o regular es un potencial colchón de apoyo social (por ejemplo, voluntariado).

- Las condiciones de vida y el estado civil (bajo porcentaje de personas mayores que viven solas y bajo porcentaje de personas mayores solteras), ya que éste se relaciona con la situación de dependencia, disminuyéndose, o paliándose, en aquéllos casados y/o que viven con otros familiares.

- Red social de importante calidad y cantidad (familiar y vecinal) que disminuye la necesidad de un gran gasto en asistencia sociosanitaria.

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

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 atención a las personas en situación de dependencia (2006) 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 sociosanitarios.
- 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.

1.2. Discusión

A partir de los resultados obtenidos de las respuestas de los expertos, observamos que Galicia, como contexto de nuestro estudio, cuenta con una serie de debilidades. Por un lado, desde el punto de vista interno, se necesita un enfoque comunitario en los servicios sociales municipales para aprovechar eficientemente los recursos disponibles. Por otro, ese enfoque se debe aplicar a los propios beneficiarios de dichos recursos, a través del "Emponderamiento" (del inglés empowerment). Este término es de uso común en la actualidad cuando se habla de intervención social en comunidades y/o en grupos o colectivos motivados al cambio. Sintetiza los complejos procesos sociales y humanos que se dan en las personas y las comunidades que, expuestos a un gradiente de riesgo psicosocial

importante, están fuertemente sensibilizados y predispuestos -tengan conciencia o no- a asumir nuevos comportamientos. Refiere pues a todo aquello que signifique oportunidades, nuevos aprendizajes para el desarrollo de sus capacidades potenciales, tomar fuerza del sufrimiento y avanzar hacia una nueva percepción (Castro y Llanes, 2005).

El emponderamiento es un concepto complejo con el que abordar un fenómeno complejo. Es beneficioso tanto para el mayor como para el contexto social general, al permitir a los mayores ser dueños de las decisiones sobre aspectos sociosanitarios 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 (Durán Muñoz, 2007).

En estrecha relación con este concepto, la 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...) es también un elemento a tener en cuenta para mejorar el contexto actual. La promoción de la salud y la autonomía personal para fomentar el envejecimiento positivo y saludable, se convierte además, en elemento inspirador de todos estos procesos sociales que estamos mencionando.

Dentro de esta perspectiva interna, desde el punto de vista demográfico, hay que tener en cuenta que Galicia cuenta con una estructura de población envejecida superior a la media nacional, así como un elevado índice de envejecimiento (INE, 2010). Además, el porcentaje de población dependiente mayor de 65 años es superior a la media nacional (IMSERSO, 2006b), como también lo es el envejecimiento femenino (INE, 2010) que

provoca mayores tasas de dependencia a edades más elevadas, debido a la mayor esperanza de vida femenina.

Nos encontramos pues, con una población mayor de 65 años, tanto en términos absolutos como relativos, elevada, y, sin embargo, los índices de cobertura de los servicios sociales para mayores dependientes son inferiores a la media española (IMSERSO, 2006b). Como señala Dizy Menéndez (2006), el índice de cobertura social dista significativamente de la media nacional, a pesar de tener una población muy envejecida en términos comparados entre CCAA.

Sin embargo, en relación con el fomento del emponderamiento y el voluntariado que señalábamos, es importante señalar que la población total gallega mayor de 65 años opina que su estado de salud es bueno o regular (Ministerio Sanidad y Política Social, 2006), pudiendo así seguir aportando a la sociedad sus conocimientos y destrezas.

Además, el bajo porcentaje de personas mayores que viven solas y el bajo porcentaje de personas mayores solteras, tanto en el hábitat rural como en el urbano (García Sanz, 1997) se relacionan con las estrategias para afrontar la situación de dependencia (Navarro, Bueno, Buz y Mayoral, 2006) 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.

Desde un punto de vista externo, se observa a partir del proceso Delphi, que Galicia debe desarrollar prioritariamente una planificación sociosanitaria concreta, centrada en aspectos demográficos como el género y el hábitat de residencia. Es indispensable la creación de recursos formales (económicos y

humanos) como apoyos a la ayuda informal de tipo familiar y/o vecinal; el desarrollo de la coordinación sociosanitaria a través de la coordinación de programas, y el incremento de la profesionalización de ambos sistemas así como la formación de familiares.

Desde el aspecto económico, es necesaria además, la financiación adicional, mediante el segundo nivel de financiación acordado entre el Ministerio y las CCAA para absorber el déficit que el co-pago 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 discapacitantes (García González, 2005) que, unidos al cambio en las estructuras familiares, dificultan la presencia social del modelo de apoyo informal.

La heterogeneidad en la variable "hábitat" 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 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 sociosanitaria.

2. Predictores de mala salud autopercebida en una muestra rural y otra urbana de Galicia

2.1. Resultados

La media de edad de los participantes en este estudio fue de 79,5 años (DT=7,2); el 57,1% de los participantes eran mujeres y el 71,4% vivía en un entorno urbano en el momento de la entrevista. Un elevado número de participantes no tenían estudios (sólo sabían leer y escribir) (28,6%), mientras que el 25% tenía estudios secundarios y el 22,9%, primarios. El 12,9% había recibido una educación superior, y el 10,6% manifestaron ser iletrados. En relación al estado civil, el 45% de la muestra estaba viudo, el 36,4%, casado. Por su parte, el 14,3% era soltero y el 4,3%, separado o divorciado.

La tabla 7 muestra la distribución de la APS para la muestra total del estudio (N=140). Los hombres (85%) percibían su salud peor que las mujeres (78,8%), y los participantes que viven en entornos rurales (90%) peor que los del entorno urbano (78%). En general, los participantes con estudios primarios y secundarios (48,2%) calificaron su salud en un sentido negativo frente a los otros grupos. La tabla 7 muestra también qué enfermedades estaban estadísticamente asociadas con la APS (problemas respiratorios, insomnio, y trastornos genitales y/o urinarias), y la relación

existente entre el número total de enfermedades crónicas y la salud autopercebida.

Tabla 7. Autopercepción de la salud (APS) de acuerdo a diferentes variables

	Muy buena o buena APS		Muy mala, mala o regular APS		p
	N	%	N	%	
Género					0,347
Hombre	9	15,0%	51	85,0%	
Mujer	17	21,2%	63	78,8%	
Hábitat					0,099
Rural	4	10,0%	36	90,0%	
Urbano	22	22,0%	78	78,0%	
Nivel educativo					0,934
Iletrado o sólo sabe leer y escribir	11	20,0%	44	80,0%	
Estudios primarios-secundarios	12	17,9%	55	82,1%	
Estudios universitarios	3	16,7%	15	83,3%	
Enfermedades crónicas					
Artritis y/o reumatismo	12	46,2%	63	55,3%	0,401
Trastornos en la visión	8	30,8%	29	85,4%	0,578
Trastornos auditivos	7	26,9%	24	21,1%	0,515
Trastornos respiratorios	4	15,4%	49	43,0%	0,009*
Enfermedades cardíacas	12	46,2%	59	51,8%	0,606
Diabetes	8	30,8%	33	28,9%	0,854
Problemas de memoria	10	38,5%	33	28,9%	0,343
Hipertensión	3	11,5%	22	19,3%	0,351
Depresión y/o tristeza	5	19,2%	38	33,3%	0,160
Trastornos mentales, demencia	0	0,0%	12	10,5%	0,084
Enfermedad de Alzheimer	3	11,5%	8	7,0%	0,439

Enfermedad de Parkinson	3	11,5%	12	10,5%	0,880
Insomnio	4	15,4%	40	35,1%	0,050*
Cáncer	2	7,7%	11	9,6%	0,756
Trastornos digestivos	2	7,7%	21	18,4%	0,183
Trastornos en los órganos genitales y/o urinarios	2	7,7%	33	28,9%	0,024*
Comorbilidad					0,003*
≤4 enfermedades	25	96,1%	1	3,8%	
> 4 enfermedades	77	67,5%	37	32,5%	
	Media	DT	Media	DT	p
Apoyo social estructural	21,8	5,5	24,8	5,7	0,021*
Apoyo social funcional	12,8	3,7	16,5	4,2	0,000*
Edad	75,0	7,1	80,5	6,9	0,000*

* $p \leq 0,05$

Los predictores de mala salud autopercebida

El análisis univariado indicó que el género, el hábitat urbano o rural y el nivel educativo no eran predictores significativos de una mala salud autopercebida. Sin embargo, muchos estudios sobre la APS han puesto de manifiesto la relevancia clínica de estas variables, y por tanto se decidió explorar las relaciones multivariantes. La tabla 8 presenta los resultados del análisis de regresión logística para predecir una salud autopercebida muy mala, mala o regular, después del ajuste por las variables comorbilidad, apoyo social funcional y estructural y los factores sociodemográficos.

Para cada variable, la tabla 8 presenta el coeficiente de regresión, la razón de probabilidad y los intervalos de confianza del 95%. La comorbilidad se asoció con la APS ($p < 0,0001$) en el análisis univariante, y el análisis multivariado mostró que la comorbilidad tenía el mismo efecto que la

mediana del número de enfermedades crónicas ($p=0,003$). El predictor más fuerte para una mala salud autopercebida fue la comorbilidad.

Tabla 8. Análisis de regresión logística para predecir una mala autopercepción de la salud, después de ajustar por variables diferentes

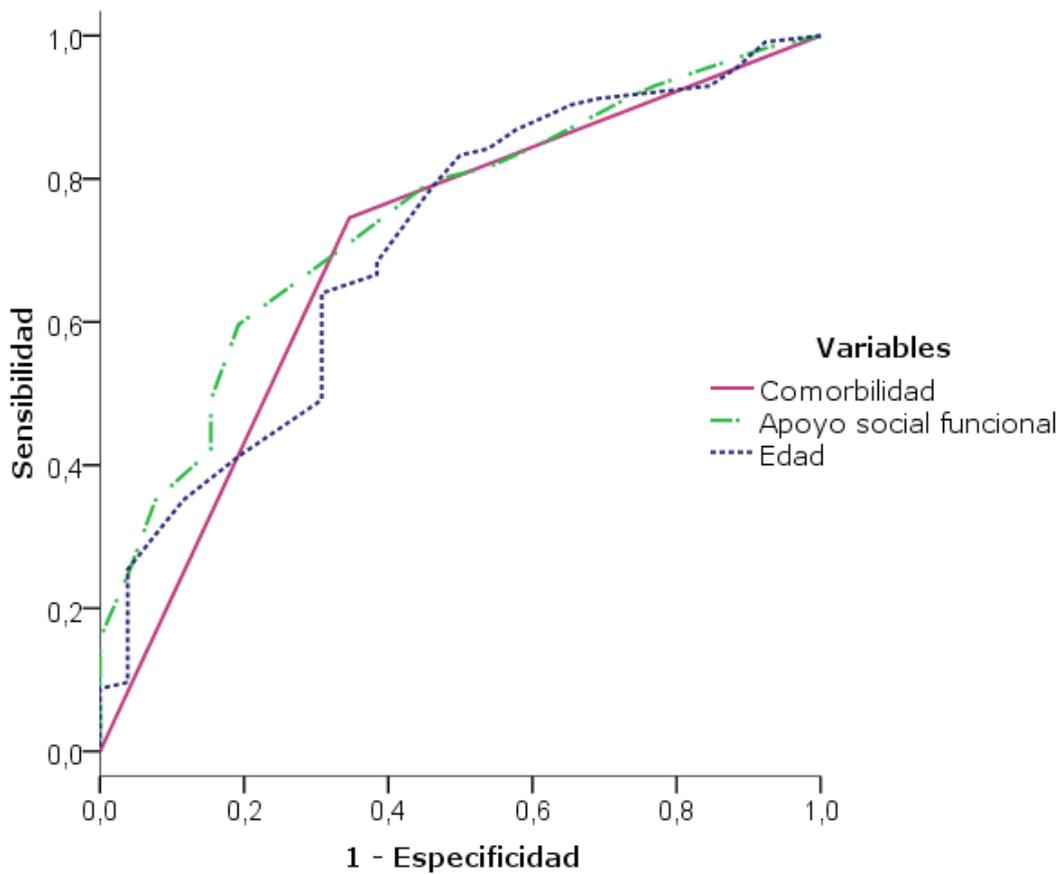
	B	p	Odds Ratio	95% IC	
				Inferior	Superior
Género (femenino vs masculino)	-0,211	0,715	0,810	0,260	2,518
Hábitat (urbano o rural)	-0,426	0,563	0,653	0,154	2,770
Nivel de estudios		0,296			
Nivel educativo (iletrados-sólo leer y escribir vs educación primaria y secundaria)	0,834	0,168	2,303	0,704	7,530
Nivel educativo (iletrados vs educación superior)	-0,249	0,771	0,779	0,146	4,170
Comorbilidad	1,767	*	5,854	1,972	17,375
Apoyo Social Estructural	-0,006	0,896	0,994	0,908	1,089
Apoyo Social Funcional	0,192	*	1,211	1,048	1,399
Edad	0,110	*	1,117	1,028	1,213
Constante	-9,926	0,015	0,000		

* $p \leq 0,05$

El riesgo de mala APS se incrementaba significativamente en 5,9 veces (95% IC: 1,972-17,375) si los individuos tenían una o más enfermedades significativas en el análisis univariante. Además, la edad tuvo un efecto significativo sobre la probabilidad de tener una mala salud autopercebida, el riesgo de mala APS aumentó 1,2 veces (95% IC: 1,028-1,213) con cada aumento anual de la edad. Por último, el apoyo social funcional fue también un buen predictor de una pobre APS (1,1 veces; 95% IC: 1,048-1,399).

Cuando una persona percibía poco apoyo emocional, su riesgo de mala APS aumentaba.

La figura 1 muestra las características de la Receiver Operating Characteristic, o Característica Operativa del Receptor (ROC), que establece la probabilidad en base a los tres predictores más fuertes (comorbilidad, apoyo social funcional y edad).



*Área bajo la curva: Edad: 0,707; Apoyo social funcional: 0,744; Comorbilidad: 0,700

Figura 1. Curva ROC para predecir la probabilidad de tener muy mala, mala o regular salud autopercebida de acuerdo a la comorbilidad, el apoyo social funcional y la edad

Una curva ROC es un método eficaz para evaluar el desempeño de pruebas de diagnóstico, y el área bajo la curva ROC es ampliamente aceptada como

una medida de la capacidad discriminadora de una prueba diagnóstica. El área (con un intervalo de confianza del 95%) muestra que, en el 70,7% de los participantes, un individuo escogido al azar con mala APS tendrá más edad que un sujeto con buena salud escogido aleatoriamente. Lo mismo ocurre en el caso de los otros predictores de mala salud, según nuestros resultados, incluyendo así el apoyo social funcional (74,4%) y la comorbilidad (70%). A partir de estos valores del área bajo la curva ROC, se determinaron la sensibilidad y la especificidad, indicando que estas tres variables ($p < 0,05$) eran capaces de predecir una mala salud autopercebida en nuestro estudio.

2.2. Discusión

La literatura gerontológica señala la utilidad predictiva de la APS, y su asociación con una mayor Calidad de Vida (Idler y Benyamini, 1997; Murata et al., 2006; Nummela et al., 2008). El objetivo de este estudio fue examinar diferentes variables como predictores de una mala salud autopercebida. Los principales resultados de este estudio sugirieron que la mala APS se asocia significativamente con comorbilidad, con un débil apoyo social funcional (entendido éste desde la propia percepción que el sujeto posee) y con cada incremento anual en la edad.

También se encontró que algunas enfermedades (los trastornos respiratorios, el insomnio y los trastornos urinarios y/o genitales) se asociaron con la APS pobre en los sujetos de 65 y más años con algún grado de dependencia. Estudios anteriores (Kanagae et al., 2006; Heller, Ahern, Pringle, y Brown, 2009) han encontrado que otras enfermedades crónicas (tales como dolor en las articulaciones, dolor de espalda, el cáncer y la hipertensión) también están relacionados con la APS. La APS está

fuertemente influenciada por las experiencias en curso como las manifestaciones somáticas (Benyamini, Leventhal, y Leventhal, 1999), y el conocimiento de las características asociadas a la enfermedad podría ser un factor significativo que afecte a los juicios que de su salud autopercebida hace el sujeto. Nuestro hallazgo de que la comorbilidad predice una mala APS es consistente con otros estudios (de Groot, Beckerman, Lankhorst, y Bouter, 2003) que, o bien utilizan mediciones válidas de comorbilidad (como el índice de comorbilidad de Charlson) (Heller et al., 2009) o encuentran correlaciones significativas entre la APS y el número de enfermedades diagnosticadas a una persona (Hoeymans, Feskens, y Kromhout, 1999).

El apoyo social, de tipo funcional o emocional, también fue encontrado como variable predictora de mala salud autopercebida. Este resultado es consistente con investigaciones anteriores (Idler et al., 1999) en las que los entrevistados que sobreestimaban su salud eran más propensos a hacerlo a partir de sus relaciones sociales o las características emocionales en lugar de hacerlo en base a criterios médicos. Estudios previos han demostrado además, que el grado de apoyo social de un individuo puede predecir los trastornos mentales (Bisconti y Bergeman, 1999) así como la mortalidad (Idler y Benyamini 1997; Murata et al., 2006). Además, una red social (producto del apoyo social disponible) que funcione bien de forma adecuada y estructurada, permite que las personas mayores de 65 años mantengan un mayor grado de autonomía personal en el proceso de envejecimiento; este grado en la capacidad de autonomía podría pues, estar relacionado con una mejor APS (Dunér y Nordström, 2007).

Nuestros resultados confirman los hallados en otros estudios (Gallicchio et al., 2007) que utilizan la misma medida para evaluar la salud autopercebida y determinan además, el apoyo social como un predictor importante de la APS. Sin embargo, nuestra particularidad estriba en el hecho de que nuestra muestra, además de ser de personas de 65 y más años, presenta algún grado de dependencia física, cognoscitiva y/o social. Existen sin embargo, estudios realizados en población española de 60 años o más (López-García, Banegas, Pérez-Regadera, Herruzo-Cabrera y Rodríguez-Artalejo, 2005) donde los resultados concuerdan con los encontrados en nuestro estudio. Estas dos investigaciones anteriores sin embargo, sí encontraron diferencias significativas en función del género; estas diferencias no fueron encontrados en nuestro estudio, ni en otros similares (Gold et al., 2002). Parece evidente pues, que son necesarias más investigaciones que arrojen claridad sobre las diferencias de género en función de la APS.

La edad fue el tercer predictor de una muy mala, mala o regular salud percibida por el sujeto. Comprender la variación de la edad en relación con la APS es importante porque puede ayudar en el desarrollo de las intervenciones que promueven un buen estado general de salud en individuos de diferentes grupos de edad (Shooshtari, Menec y Tate, 2007). En este estudio, la APS disminuye según se incrementa la edad. Otros investigadores han expuesto resultados similares (Roberts, 1999; McCullough y Laurenceau, 2004). Creemos, sin embargo, que este estudio ayuda a describir la naturaleza de la relación entre APS y la edad.

La relación curvilínea entre la APS y la edad se muestra en los estudios transversales (Ferraro y Yu, 1995). Otros (Shooshtari et al., 2007)

sugieren, sin embargo, que cuando otros factores (como el estado físico, el nivel socioeconómico y los comportamientos en relación con la salud) se tienen en cuenta, la asociación entre la edad y la APS en realidad podría no ser atribuible a la edad. Además, la investigación ha demostrado que, al incrementarse la edad, los individuos no sólo se adaptan a sus enfermedades preexistentes, sino que también valoran su salud dentro del contexto y las expectativas asociadas a su edad en aumento (Heller et al., 2009). Como en otros estudios revisados (Idler y Angel, 1990; Strawbridge y Wallhagen, 1999), nuestro análisis identifica una asociación entre la comorbilidad y la mala APS, al mismo tiempo que demuestran que una buena APS disminuye con la edad. Sin embargo, se necesitan más estudios para explorar las consecuencias sanitarias y psicosociales de las diferencias de edad en la APS.

En aras de una aplicación más práctica de nuestros resultados, debemos observar que estos sugieren que son necesarias definiciones más inclusivas de "salud" cuando se considera el bienestar de un paciente. Creemos que este estudio proporciona una base para futuras investigaciones en este campo y ofrece un modelo de predicción que pueda ser repetido con otras poblaciones. Por otra parte, la APS se confirma como un buen predictor de comorbilidad en la población de Galicia -donde los estudios relevantes sobre este campo son muy escasos-, con conclusiones similares a las alcanzadas por los estudios de otras poblaciones (Benyamini et al., 2000; López-García et al., 2005; Shoostari et al., 2007). Nuestra investigación también es importante para mejorar el conocimiento sobre los aspectos sociales, económicos, y los cambios demográficos en el futuro en la práctica tanto sociológica como geriátrica.

Implicaciones prácticas

Cuatro consecuencias prácticas merecen especial atención en lo referido a la APS. En primer lugar, este estudio demuestra que las personas de 65 y más años más jóvenes tendrían una mejor percepción de la salud que los más mayores. A medida que envejecemos, nuestra salud subjetiva parece empeorar con independencia de nuestro estado de salud real medido por parámetros biomédicos. En segundo lugar, la investigación sugiere que cada individuo etiqueta la/s enfermedad/es que padece desde su opinión personal. Las personas mayores podrían clasificar su estado de salud basándose principalmente en el número de enfermedades (evaluación cuantitativa) en lugar de en la severidad de la/s enfermedad/es diagnosticada/s (evaluación cualitativa).

La tercera implicación refiere a que, como nuestros resultados demuestran, el diagnóstico de una enfermedad no disminuye la APS por sí mismo. En nuestra investigación, los trastornos respiratorios, el insomnio y los trastornos genitales y/o urinarios fueron los más significativamente asociados a una muy mala, mala o regular APS. Este resultado nos permite plantear la hipótesis de que estas enfermedades supondrían una disminución en el bienestar "diario", y siendo así, la APS podría estar influenciada por las manifestaciones somáticas u otros procesos psicológicos. Por lo tanto, se necesita más investigación para entender los mecanismos por los cuales los individuos etiquetan sus enfermedades diagnosticadas.

Y, por último, este estudio demuestra la influencia de apoyo social emocional, o funcional, en personas de edad avanzada con algún grado de dependencia. Por un lado, estos resultados implican a las familias como

prestadores de cuidado informal, así como de prestadoras del bienestar psicosocial de sus mayores a medida que envejecen. Es notable el hecho de que, en la sociedad actual, cuando las condiciones físicas y cognoscitivas se reducen, las relaciones sociales también tienden a disminuir y presentan menor eficacia y eficiencia en sus funciones. En particular, este estudio sugiere el valor añadido de la participación de los familiares y amigos en la salud de las personas mayores, es decir, la importancia del apoyo social funcional, a través de consejos sobre salud, recordatorio de las citas con el médico y otros especialistas, etc. La jubilación y los cambios en los roles sociales pueden afectar a los sistemas de contacto y apoyo, al igual que la pérdida de los cónyuges y amigos cercanos.

La presente investigación presenta al menos dos limitaciones relevantes. En primer lugar, el diseño transversal del estudio no puede determinar la relación causal entre la APS, y las otras variables estudiadas u otros factores no incluidos en el análisis (como el estado civil o la condición laboral). En segundo lugar, la muestra no fue aleatoria, y es posible cierto grado de sesgo en nuestro estudio ya que no todos los potenciales participantes acuden a los lugares donde se realizó el trabajo de campo. Sin embargo, es importante señalar que nuestros resultados coinciden con estudios mencionados anteriormente, y que sí utilizan muestras representativas.

3. Modelos de cuidado familiar según el tipo de salud autopercebida

3.1. Resultados

La media de edad de los participantes en este estudio fue de 63,4 años (DT=9,4); el 71,4% de los participantes eran mujeres y el 62,9% vivía en un entorno urbano en el momento de la entrevista. Un elevado número de participantes no tenían estudios (sólo sabían leer y escribir) (40%), mientras que el 28,6% tenía estudios primarios y el 17,1%, declararon ser iletrados. Por último, el 14,3% había recibido una educación secundaria. En relación al estado civil, el 34,3% de la muestra estaba casado, el 28,6%, viudo. Por su parte, el 25,7% eran solteros, y el 11,4% estaban separados o divorciados.

El 40% de los cuidadores informales señalaron tener mala salud, desde su apreciación personal. El 34,3% indicó que su estado de salud era bueno. El 22,9% de los casos señaló que ésta era regular. Esta cifra corresponde también con aquéllos que percibían su salud como muy mala. Sólo el 14,3% de los participantes calificaron su salud como buena.

La tabla 9 muestra la distribución de la APS para la muestra total del estudio (N=35). En dicha tabla, observamos además, que las relaciones estadísticamente significativas entre la salud autopercebida y las variables sociodemográficas se observaron en las variables género y hábitat. Los hombres (80%) valoraron mejor su salud percibida que las mujeres (28%), y los participantes del medio urbano (76,9%) en relación con sus homólogos rurales (22,7%).

Tabla 9. Autopercepción de la salud (APS) de acuerdo a las variables sociodemográficas

	Muy buena o buena APS		Regular APS		Muy mala o mala APS		p
	N	%	N	%	N	%	
Género							0,015*
Hombre	8	80,0%	1	10,0%	1	10,0%	
Mujer	7	28,0%	3	12,0%	15	60,0%	
Edad							0,288
65-74 años	10	58,8%	2	11,8%	5	29,4%	
75-84 años	3	25,0%	2	16,7%	7	58,3%	
≥ 85 años	2	33,3%	0	0,0%	4	66,7%	
Hábitat							0,006*
Rural	5	22,7%	4	18,2%	13	59,1%	
Urbano	10	76,9%	0	0,0%	3	23,1%	
Nivel educativo							0,614
Iletrado	3	50,0%	1	16,7%	2	33,3%	
Sólo puede leer y escribir	6	42,9%	1	7,1%	7	50,0%	
Educación primaria	5	50,0%	2	20,0%	3	30,0%	
Educación secundaria	1	20,0%	0	0,0%	4	80,0%	
Estado civil							0,067
Soltero	2	22,3%	3	33,3%	4	44,4%	
Casado	5	41,7%	1	8,3%	6	50,0%	
Separado/divorciado	4	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Viudo	4	40,0%	0	0,0%	6	60,0%	

* $p \leq 0,05$

La tabla 10 muestra la distribución de la APS, según las diferentes variables relacionadas con el cuidado: ayuda por parte de familiares y/o amigos, ayuda de personal remunerado, percepción de la cantidad de ayuda necesaria para cuidar a la persona mayor con dependencia, y carga del

cuidador. Sólo la cuestión "¿Siente usted que necesita más ayuda de la que recibe?" ($p < 0,05$) fue significativa en el análisis bivariado.

Tabla 10. Autopercepción de la salud (APS) de acuerdo a las variables relacionadas con el cuidado

	Muy buena o buena APS		APS regular		Muy mala o mala APS		p
	N	%	N	%	N	%	
¿Recibe ayuda por parte de sus familiares y/o amigos?							0,239
Sí	4	26,7%	2	13,3%	9	60,0%	
No	11	55,0%	2	10,0%	7	35,0%	
¿Recibe ayuda por parte de otras personas (personal remunerado)?							0,289
Sí	2	25,0%	2	25,0%	4	50,0%	
No	13	48,2%	2	7,4%	12	44,4%	
¿Siente usted que necesita más ayuda de la que recibe?							*
Sí	4	22,2%	4	22,2%	10	55,6%	
No	11	64,7%	0	0,0%	6	35,3%	
Escala de sobrecarga del cuidador							0,855
No sobrecarga	10	43,5%	2	8,7%	11	47,8%	
Sobrecarga leve	3	37,5%	1	12,5%	4	50,0%	
Sobrecarga intensa	15	42,9%	4	11,4%	1	45,7%	

* $p \leq 0,05$

Los patrones de cuidados en nuestra muestra

Nuestro modelo constaba de cuatro variables categóricas, es decir, aquéllas que mostraron estar asociadas con la variable APS ($p < 0,05$): dos variables sociodemográficas, una variable referida al cuidado, y la variable APS re-categorizada en "muy buena o buena", "regular" y "muy mala o mala" (tablas 8 y 9). Aunque la muestra es pequeña ($N=35$), las distribuciones

fueron suficientes en todas las categorías de las variables para evitar cualquier problema relacionado con los valores atípicos (outliers).

El ACM se emplea para analizar la homogeneidad entre las categorías de cada una de las variables. Por tanto, aquellas variables más próximas en la representación gráfica, estarán relacionadas entre sí. La figura 2 ofrece una representación geométrica de la relación entre las características sociodemográficas de los cuidadores y su salud autopercibida. La proporción de inercia total (es decir, la varianza) explicada por los dos factores fue del 79,8% (Tabla 11).

Tabla 11. Resultados de la inercia del Análisis Múltiple de Correspondencias

Dimensión	Varianza explicada		Alfa de Cronbach
	Total (autovalores)	% de varianza	
1	1,98	49,5%	0,66
2	1,21	30,3%	0,23
Total	3,19	79,8%	

El alfa de Cronbach, parámetro que sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida y se puede utilizar para comparar el rendimiento de las dimensiones, nos indicó que la primera dimensión (49,5%) es más efectiva que la segunda (30,3%). Es decir, al determinar la posición de los objetos (cuidadores familiares) según las características propuestas (¿Siente usted que necesita más ayuda de la que recibe?, En general, ¿cómo calificaría usted su salud en los últimos 12 meses?, el género y el hábitat) optamos porque la mejor representación se encuentra en un espacio vectorial en dos dimensiones.

El examen de la configuración de las variables en la figura 2 muestra dos situaciones distintas: (a) el primer grupo se caracteriza por ser los cuidadores del medio rural y cuidadores "mujer" con muy mala o mala APS y que creen necesitar más ayuda de la que recibían en el cuidado del mayor con dependencia, y (b) un segundo grupo con características similares, formado por cuidadores del hábitat urbano con muy buena salud autopercibida que no ven necesaria más ayuda en el cuidado. Los cuidadores "hombre" y aquéllos de ambos sexos con una APS regular no fueron agrupados debido a que no existía proximidad entre ellos y las otras categorías.

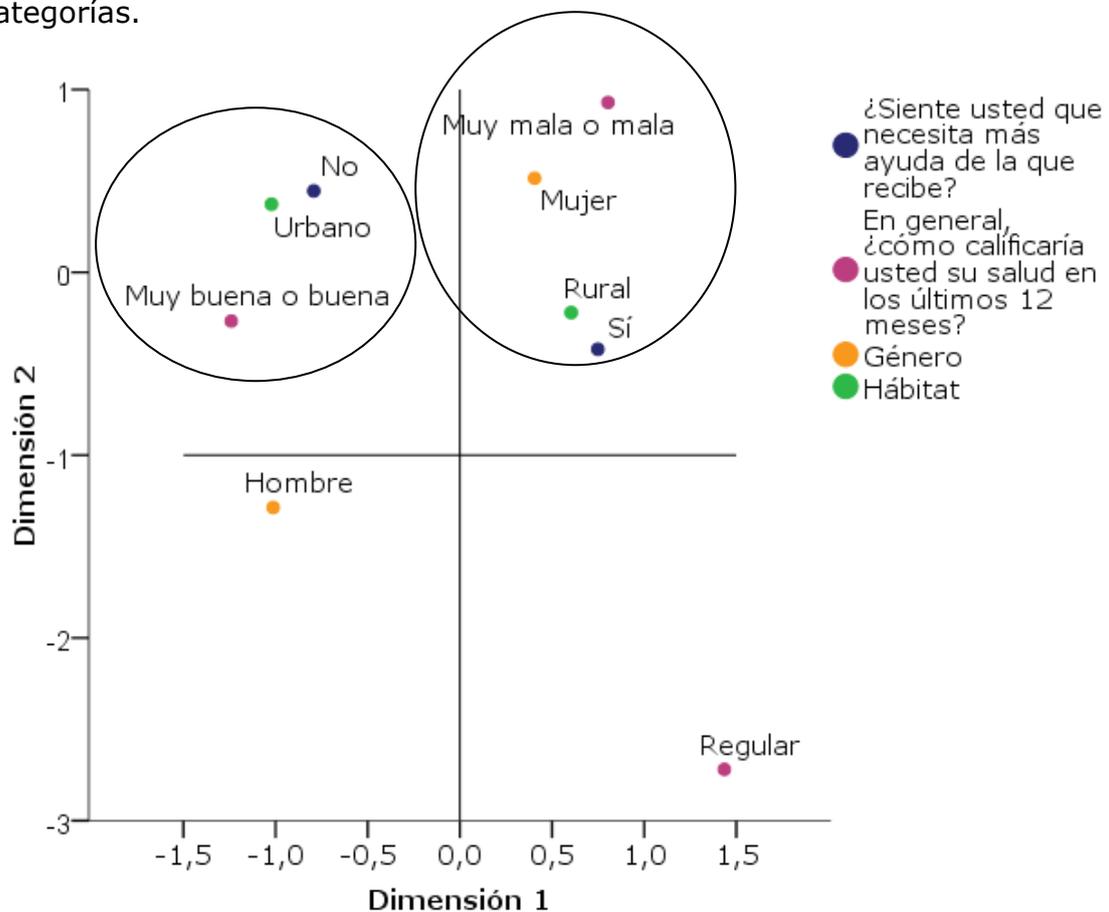


Figura 2. Análisis de Correspondencia Múltiple (Normalización simétrica)

3.2. Discusión

Aunque existe mucha y variada bibliografía sobre los cuidadores informales, hasta el momento poco se ha escrito sobre estos en relación con la APS. Sin embargo, la APS tiene una importante influencia en el bienestar general del cuidador del bienestar y, por tanto, en su actuación y cuidado a la persona mayor con dependencia. Nuestros resultados sugieren que la situación de los cuidadores que viven en zonas rurales puede ser diferente de la de los cuidadores que viven en áreas urbanas, como ya se ha observado en investigaciones previas (Bédard et al., 2004). En España también existen una gran cantidad de estudios sobre los cuidadores informales, pero su APS recibe pocas atenciones en favor de sus características sociodemográficas y del cuidado, factores psicológicos derivados, etc. Así, investigaciones en la población española (Martínez-Riera, 2005) muestran claras diferencias entre los cuidadores en función de las necesidades derivadas de su lugar de residencia. La inclusión del hábitat en el estudio del cuidado informal es relevante puesto que muchas de las características económicas y culturales, así como otros factores sociales, influyen en la prestación de cuidados familiares y provocan variaciones según la ubicación residencial (Dwyer y Miller, 1990). Además, en nuestros resultados, el género mostró una asociación significativa con la APS y la necesidad de más apoyo en el cuidado. La dimensión 1, el grupo más desfavorecido desde el punto de vista de la percepción de su salud y las necesidades de apoyo, podría sugerirnos un hecho comprobado en la literatura, que los cuidadores masculinos tienden a conseguir más ayuda de sus familiares y amigos para las funciones del cuidado que las cuidadoras (Chiou, Chen y Wang, 2005). Otras investigaciones de corte sociológico muestran que los maridos reciben

más apoyo de tipo emocional de familiares y amigos que de tipo instrumental (Ducharme et al., 2006). Las investigaciones muestran además, que los cuidadores "hombres" son más proclives a utilizar los servicios sociales comunitarios públicos (Ducharme et al., 2006). Sin embargo, debemos tener en cuenta que estos servicios, disponibles en mayor número y tipología en las comunidades urbanas densamente pobladas, pueden no estar disponibles en entornos remotos y rurales (Bédar et al., 2004). Ahí entrarían en el apoyo al cuidado los familiares y amigos (Chiou et al., 2005).

Como se muestra en la Figura 2, la 2ª dimensión asoció características similares a los cuidadores del área urbana con los informes de salud muy buena o buena, y el no necesitar más ayuda en el cuidado del anciano dependiente. Nuestra explicación de este resultado se basa en el hecho de que la limitada disponibilidad de apoyo formal a las personas mayores en situación de dependencia en el medio rural puede conducir a la sobrecarga del cuidador informal (en su mayoría mujeres), resultando en un número relevante de consecuencias físicas, psíquicas, sociales e incluso económicas que tendría una influencia en su percepción de la salud. Es por eso que las modificaciones en el estilo de vida, necesarias para ajustarse a las demandas de una persona mayor enferma en las zonas rurales, pueden ser diferentes y de mayor calado que en otros entornos residenciales (Dwyer y Miller, 1990). Sin embargo, el hecho es que la mayoría de las veces no hay suficientes y eficientes programas de intervención en el medio rural, para mejorar la Calidad de Vida del cuidador.

En este sentido, los resultados preliminares de este estudio señalan la necesidad de crear nuevas estrategias para evitar la sobrecarga sufrida por

el cuidador informal. Estudios realizados en grupos de cuidadores familiares en Galicia (Gandoy Crego, 2000) concluyen que la puesta en marcha de programas de intervención-apoyo, adecuadamente diseñados, disminuyen la carga soportada por dichos familiares además de mejorar el sistema asistencial, debido al bajo costo de estos programas. Señalan también, que los grupos de apoyo son útiles para el cuidador ya que ayudan a afrontar los sentimientos negativos que se derivan del cuidado. Sin embargo, dichos estudios (Gandoy Crego, 2000) indican que la atención que reciben los cuidadores familiares en Galicia, no es el adecuado.

Diseñar estas intervenciones y grupos de apoyo a partir de a quién se dirijan, teniendo en cuenta por ejemplo los parámetros obtenidos en nuestro modelo, es necesario para la eficacia y consecución de objetivos de los planes sociosanitarios de atención al cuidador. Por lo tanto, son necesarias intervenciones educativas y formativas adaptadas a sus necesidades específicas (Turyn, 2001). De acuerdo con Smith y Bell (2005) estas intervenciones, en las zonas rurales y en las mujeres cuidadoras, han demostrado ser eficaces en la disminución de la carga del cuidador y síntomas depresivos, incluso existen estudios que demuestran la mejora del bienestar y del estado de salud general (Millán-Calenti et al., 2000). Por otra parte, las actividades de educación podrían cambiar las actitudes sobre el uso de los servicios sociales comunitarios (Murashima, Whyte, Hatono y Asahara, 1999), evitando la reticencia de los cuidadores, principalmente mujeres, para utilizar los servicios sociales comunitarios y, por tanto, sobrecargar tanto al cuidador principal como a la familia en general.

No debemos olvidar que el bienestar de los cuidadores tiene un efecto en la promoción del "envejecimiento en casa" (Chen y Short, 2008). Debemos

tener en cuenta que la provisión de asistencia y apoyo no pagado a los familiares ancianos contribuye a evitar su institucionalización o a solicitar servicios pagados (Bazo Royo, 2002). Debido a que la contribución del Estado en muchos países suele ser escasa, la familia sigue siendo la fuente principal de apoyo a las personas ancianas. En España, el rol de los servicios formales es poco significativo (Bazo Royo, 2001).

La atención a las personas mayores en casa, y no en el ámbito institucional, tiene un impacto significativo debido a las dimensiones sociales, físicas e incluso simbólicas del propio hogar (Andrews, Cutchin, McCracken, Phillips y Wiles, 2007). Aunque la mayoría de las veces se observan respuestas subjetivas positivas en los cuidados, éstas pueden ir de la mano con respuestas negativas. Por este motivo, las intervenciones que se diseñan para apoyar al cuidador familiar deben comprender y reflejar las diferencias entre los cuidadores (Narayan, Lewis, Tornatore, Hepburn y Corcoran-Perry, 2001), atendiendo, porqué no, a sus características sociodemográficas, sugiriendo incluso, que los cuidadores deben ser animados a mantener una activa red de apoyo de familiares y amigos (Narayan et al., 2001).

Nuestro estudio observa una serie de limitaciones debido a su diseño transversal, y sus resultados sólo pueden interpretarse como asociaciones y no relaciones causales. Se necesita más investigación para comprender mejor cómo las condiciones socioeconómicas influyen en los resultados en los cuidados según el lugar de residencia. Sin embargo, y a pesar de su tamaño muestral, este estudio abre una línea de investigación prometedora para la intervención específica y la formación de los cuidadores familiares, atendiendo a sus características y centrándose en primer lugar en los

grupos diana más necesitados de dicha intervención: las mujeres cuidadoras y los cuidadores del hábitat rural.

En el momento histórico y económico actual, los cuidadores familiares de personas mayores con dependencia son un grupo de gran valor si tenemos en cuenta que cumplen las funciones que debería tener un Estado de Bienestar como el español. Sin embargo, este Estado no puede actualmente con todo el peso del cuidado a las personas dependientes, y principalmente de aquéllas de 65 y más años, debido a su razón numérica. Además, en España, y principalmente en algunas CCAA como Galicia, donde las pensiones son bajas, los cuidadores familiares realizan un papel que no podría ser pagado por muchos mayores.

Nuestro estudio sugiere pues, el desarrollo de políticas públicas españolas heterogéneas, en concordancia con las necesidades particulares de cada grupo, centrándose en las deficiencias percibidas por los beneficiarios de estos programas.

4. Los servicios sociales comunitarios: diferencias según el hábitat

4.1. Resultados

La media de edad de los mayores participantes (N=123) fue de 79,6 años (SD=7,5). El 58,5% de los participantes eran mujeres y el 72,4% vivían en un entorno urbano en el momento de la entrevista. Mientras el 26,8% declaraba no tener estudios pero ser capaz de leer y escribir correctamente, el 24,4% había recibido una educación primaria, el mismo porcentaje que recibió educación secundaria; el 13,8% había recibido una educación superior. El 10,6% de la muestra eran iletrados. Respecto al estado civil, el

43,1% eran viudos frente al 40,7% de casados. El 14,6% de la muestra estaba soltera, y el 1,6% eran divorciados o separados.

Los participantes mayores de 65 años clasificaron mayoritariamente su salud como regular, mala o muy mala (79,7%). Sólo el 20,3% de los participantes estimaron su salud como muy buena o buena. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la APS entre los casos rurales y urbanos siendo los mayores urbanos los que manifestaron tener una mejor APS (88%).

Grado de conocimiento y utilización de los servicios sociales comunitarios

Como se muestra en la tabla 12, los servicios más conocidos por los participantes fueron las residencias (100%) y el programa de vacaciones (N=90). También lo fueron el servicio de telealarma/teleasistencia (73,2%) y el programa de termalismo y balneoterapia (69,9%). Además, servicios comunitarios como las viviendas tuteladas o los apartamentos con servicios (13%), el servicio de comida y lavandería a domicilio (9,8%), o las ayudas destinadas a cuidadores informales o para la adaptación funcional de la vivienda fueron los grandes desconocidos dentro del listado de servicios propuesto en el estudio. Por su parte, las residencias fueron el servicio más ampliamente conocido pero no utilizado por los participantes en el estudio (88,6%). Porcentajes bastante inferiores se alcanzaron para los centros de día (37,1%), así como para los servicios de ayuda a domicilio (35%). Por último, el servicio más desconocido del listado fue el servicio de comida y lavandería a domicilio (9,7%).

Tabla 12. Diferencias rural vs. urbano en el conocimiento de los servicios sociales comunitarios

Servicio	Conoce			No conoce			p
	N=123	Rural	Urbano	N=123	Rural	Urbano	
Atención diurna en centros	61	29,5%	70,5%	62	25,8%	74,2%	0,646
Ayudas a domicilio (tareas del hogar y cuidados personales)	55	47,3%	52,7%	68	11,8%	88,2%	**
Ayudas a los cuidadores informales	19	5,3%	94,7%	104	31,7%	68,3%	*
Ayudas para adaptar la vivienda	19	10,5%	89,5%	104	30,8%	69,2%	0,070
Ayudas técnicas (ej. silla de ruedas, cama articulada)	72	12,5%	87,5%	51	49,0%	51,0%	**
Comida y lavandería a domicilio	12	0,0%	100,0%	111	30,6%	69,4%	*
Cursos, talleres, Universidad de Mayores	36	2,8%	97,2%	87	37,9%	62,1%	**
Estancia temporal en residencias	34	0,0%	100,0%	89	38,2%	61,8%	**
Programas de vacaciones	90	21,1%	78,9%	33	45,5%	54,5%	*
Residencias	123	27,6%	72,4%	0	0,0%	0,0%	—
Telealarma/teleasistencia	86	26,7%	73,3%	37	29,7%	70,3%	0,734
Termalismo/balnearios	85	20,0%	80,0%	38	44,7%	55,3%	*
Viviendas tuteladas o apartamentos con servicios	16	0,0%	100,0%	107	31,8%	68,2%	*

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,001$

En general se observa que todos los servicios eran poco utilizados en el momento del estudio o en los últimos 12 meses (tabla 13), exceptuando el servicio de termalismo/balneoterapia (69,1%), las ayudas técnicas (58,5%), el programa de vacaciones (53,7%) o la telealarma/teleasistencia (52%).

Diferencias en el conocimiento de los servicios sociales comunitarios según el hábitat

Si observamos el conocimiento y uso de cada servicio según el hábitat de referencia, se aprecian peculiaridades respecto a la muestra total. Los servicios conocidos con mayor frecuencia en el área rural incluyen las residencias (100%), las ayudas a domicilio (80%), y el servicio de telealarma/teleasistencia (70%). Las residencias (100%), los programas de vacaciones (80%), el servicio de termalismo/balneoterapia (77%), y las ayudas técnicas (71%) lo fueron en el área urbana. El estudio reveló diferencias estadísticamente significativas en el conocimiento de la mayoría de la cartera de servicios empleada en nuestro estudio, entre las zonas urbanas y rurales. No se observaron, sin embargo, diferencias estadísticamente significativas en el conocimiento de los servicios de telealarma/teleasistencia, en la atención diurna en centros ni en las ayudas para adaptar la vivienda (tabla 12). Señalar que las estancias temporales en residencia, el servicio de comida y lavandería a domicilio, y las viviendas tuteladas o apartamentos con servicios eran totalmente desconocidos en el área rural.

Tabla 13. Diferencias rural vs. urbano en la utilización de los servicios sociales comunitarios

Servicio	Utiliza o ha utilizado en los últimos 12 meses			No utiliza			p
	N=123	Rural	Urbano	N=123	Rural	Urbano	
Atención diurna en centros	16	0,0%	100,0%	107	31,8%	68,2%	*
Ayudas a domicilio (tareas del hogar y cuidados personales)	28	53,6%	46,4%	95	20,0%	80,0%	0,646
Ayudas a los cuidadores informales	7	14,3%	85,7%	116	28,4%	71,6%	0,416
Ayudas para adaptar la vivienda	8	25,0%	75,0%	115	27,8%	72,2%	0,863
Ayudas técnicas (ej. silla de ruedas, cama articulada)	72	12,5%	87,5%	51	49,0%	51,0%	**
Comida y lavandería a domicilio	2	0,0%	100,0%	121	28,1%	71,9%	0,378
Cursos, talleres, Universidad de Mayores	36	2,8%	97,2%	87	37,9%	62,1%	**
Estancia temporal en residencias	14	0,0%	100,0%	109	31,2%	68,8%	*
Programas de vacaciones	66	22,7%	77,3%	57	33,3%	66,7%	0,190
Residencias	13	46,2%	53,8%	110	25,5%	74,5%	0,115
Telealarma/teleasistencia	64	31,2%	68,8%	59	23,7%	76,3%	0,351
Termalismo/balnearios	85	20,0%	80,0%	38	44,7%	55,3%	*
Viviendas tuteladas o apartamentos con servicios	3	0,0%	100,0%	120	28,3%	71,7%	0,278

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,001$

Señalar que, aunque se incluyen servicios que no existen en el ayuntamiento rural estudiado, sí es posible que los participantes los conociesen; por ejemplo, la atención diurna en centros, si bien no existía en el ayuntamiento rural (Mondoñedo, Lugo), sí era conocida.

Diferencias en la utilización de los servicios sociales comunitarios según el hábitat

En el medio rural (tabla 13), los servicios más utilizados incluyen la telealarma/teleasistencia (60%), las ayudas a domicilio (tareas del hogar y cuidados personales) (45%) y el programa de termalismo y balnearios (42,5%). Éste también fue el más utilizado por los participantes del ambiente urbano (77,1%), aunque las ayudas técnicas (ej. silla de ruedas, cama articulada) (71%), los programas de vacaciones (57%) y la telealarma/teleasistencia (48%) también fueron frecuentemente utilizados por las personas mayores de la muestra.

Entre el hábitat rural y el urbano, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en varios servicios: las ayudas técnicas y los cursos, talleres o la Universidad para mayores, el programa de termalismo/balnearios, la atención diurna en centros, y la estancia temporal en residencias.

Diferencias en la utilización y el conocimiento de los servicios sociales comunitarios según el hábitat

En nuestra investigación nos preguntábamos también en qué medida, aun conociendo el servicio y disponiendo de éste en su entorno, éste se utilizaba. Comparamos pues, las personas mayores de 65 años con dependencia que desearon participar en esta parte del estudio según

perteneciesen a un entorno rural o a uno urbano. Por un lado, las zonas urbanas tenían una cartera de servicios más amplia, ya que servicios como la atención diurna en centros, el servicio de comida y lavandería a domicilio, las estancias temporales en residencias, las residencias, y las viviendas tuteladas y los apartamentos con servicios son inexistentes en el hábitat rural y, por tanto, no podrían ser utilizados (tabla 14).

Por otro lado, existiendo el servicio a priori, solamente las ayudas a domicilio (tareas del hogar y cuidados personales) y el servicio de telealarma/teleasistencia fueron más empleados por los mayores rurales que por sus homólogos urbanos. Exceptuando las residencias, recurso conocido por todos los participantes de la muestra (tabla 13, N=123; 100,0%), en el hábitat rural la cartera de servicios sociales comunitarios es menor. Además, los porcentajes de uso del servicio disponible son menores que el de sus coetáneos urbanos. Se observan pues, diferencias significativas en el tipo de acceso a los recursos disponibles según el área en todos los servicios sociales comunitarios presentados al mayor, excepto en las ayudas a domicilio del área rural. En general, exceptuando determinados servicios, es una minoría la que utiliza los servicios sociales de la cartera ofertada por su ayuntamiento. Y si bien hay diferencias significativas entre hábitats, los menores porcentajes de uso se encuentran en el área rural.

Tabla 14. Diferencias rural vs. urbano entre el conocimiento y el uso de los servicios sociales comunitarios

Conoce el servicio y lo usa o ha usado en los últimos 12 meses	Rural	p	Urbano	p
Atención diurna en centros	0,0%	a)	18,0%	**
Ayudas a domicilio (tareas del hogar y cuidados personales)	35,3%	0,666	14,6%	**
Ayudas a los cuidadores informales	2,9%	**	6,7%	**
Ayudas para adaptar la vivienda	5,9%	**	6,7%	**
Ayudas técnicas (ej. silla de ruedas, cama articulada)	26,5%	**	70,8%	**
Comida y lavandería a domicilio	0,0%	a)	2,2%	**
Cursos, talleres, Universidad de Mayores	2,9%	**	39,3%	**
Estancia temporal en residencias	0,0%	a)	15,7%	**
Programas de vacaciones	44,1%	**	57,3%	**
Residencias				b)
Telealarma/teleasistencia	58,8%	**	49,4%	**
Termalismo/balnearios	50,0%	**	76,4%	**
Viviendas tuteladas o apartamentos con servicios	0,0%	a)	3,4%	**

a) Servicio desconocido o no disponible en su hábitat

b) No es posible calcular chi-cuadrado porque todos los sujetos conocen el servicio

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,001$

4.2. Discusión

El presente estudio describe el conocimiento y la utilización de los servicios sociales comunitarios de personas mayores con dependencia en el noroeste de España, y explora el posible comportamiento de los participantes en función de su área rural o urbana. El objetivo de la investigación es muy interesante en el momento actual, ya que el número creciente de personas mayores con dependencia se refleja en una mayor demanda de atención y servicios sociosanitarios. Estas necesidades de atención se deben reflejar en las políticas sociales. El suministro de cantidades crecientes de atención y servicios a las personas mayores tiene un impacto significativo para el desarrollo social y simbólico, así como las dimensiones estructurales, de una sociedad. Además, es relevante desde el punto de vista de que la mayoría de los estudios sobre los servicios sociales comunitarios no han tenido en cuenta el medio ambiente como elemento diferenciador tanto en la variable "conocimiento" como en la variable "uso".

Los resultados demuestran que las personas mayores urbanas y rurales tienen diferentes experiencias y comportamientos de acuerdo a los servicios sociales, tanto en el conocimiento como en la utilización de los mismos. De acuerdo con lo expuesto en otras poblaciones estudiadas (Nyman, Sen, Chan y Commins, 1991; Wenger, 2001; Asthana et al., 2003) existen diferencias entre el medio rural y el urbano en el acceso y la prestación de recursos sociales. Wenger (2001) examinó algunos de los mitos comunes sobre el envejecimiento en las comunidades rurales, explorado en éstas la realidad de la situación de las personas. Expuso que no se encuentran evidencias que indiquen que las necesidades de salud y de asistencia social para las personas mayores sean más bajas en las zonas rurales. Sin

embargo, las administraciones asumen con frecuencia que si la población no pregunta o demanda determinados servicios, es que estos no son necesarios ni imprescindibles. Por esta razón, no se proveería de dichos servicios a la comunidad. Wenger (2001) indicó también que la población cree, en muchas ocasiones, que no van a conseguir nada demandando mejoras en la cartera de servicios comunitarios; así, que no solicitarían dichos servicios, y la administración podría llegar a pensar que estos no son necesarios, entrando pues, en una espiral de carencias y necesidades no resueltas.

Derivada de este problema, se crea una falta de accesibilidad relacionada con los servicios sociales comunitarios, determinante a la hora de intervenir sobre la exclusión social en un contexto geográfico (Escalona Orcao y Díez Cornago, 2007).

Nuestros resultados pueden explicarse a partir del concepto de "pobreza en el acceso" o "deficiencias de acceso" (Farrington y Farrington, 2005). Este concepto pone de manifiesto que el transporte, de hecho, puede a menudo ser una opción adecuada para aumentar la accesibilidad a los servicios comunitarios, si bien parece ser una solución "para apagar incendios". La accesibilidad es una condición sine qua non en todo proyecto basado en la justicia y equidad social. Otras investigaciones (Blazer, Lawrence, Landerman, Fillenbau y Homer, 1995; Asthana et al., 2003) destacan que el aumento de los gastos de viaje o el transporte inadecuado dificultan el acceso a los pocos servicios que existen para la población rural de edad avanzada.

Sin embargo, existen otras inhibiciones para utilizar los servicios sociales comunitarios. Themessl-Huber, Hubbard y Munro (2007) mostraron que las

personas mayores se mostraban reticentes a pedir ayuda por un sentimiento de vergüenza o humillación. Además, prefieren el apoyo de aquéllos con los que están familiarizados (familiares, amigos o la vecindad), sobre todo en momentos de crisis.

Debemos tener en cuenta además, como señalan Soskolne, Auslander y Ben-Shahar (2006), que las barreras en la utilización de los servicios médicos pueden diferir de las barreras a los servicios sociales basados en la salud. La mayoría de estudios muestran el predominio de la necesidad de variables que expliquen la utilización de los servicios (Andersen, 1995), en particular para los servicios no discrecionales. Por otra parte, los servicios discrecionales (la mayoría de los servicios sociales) tienen más probabilidades de estar relacionados con una combinación de factores predisponentes, además de la necesidad en sí (Kosloski y Montgomery, 1994).

Los resultados que obtuvimos son similares a los detectados en otros estudios españoles, realizados en la comunidad gallega en concreto (Iglesias-Souto et al., 2008, Ricoy Lorenzo y Pino Juste, 2008) o en otras comunidades españolas (Escalona Orcao y Díez Cornago, 2007). En estos estudios se señalan diferencias significativas entre los recursos sociosanitarios que las personas mayores de 65 años conocen y aquellos que usan. Además, se observó que el acceso a los recursos sociosanitarios es menor en el rural, encontrando diferencias significativas. En ambos estudios se señala el escaso conocimiento de los mayores gallegos sobre los principales servicios sociales comunitarios, incluso comparándolos con datos nacionales (INE, 2006).

Sin embargo, debemos resaltar que en nuestro estudio, aun no existiendo determinados servicios como la atención diurna en centros, estos eran conocidos. Se observó que a través de los medios de comunicación las personas mayores se familiarizan con algunos servicios. Es relevante además, tener en cuenta la elevada prevalencia de dependencia cognoscitiva y funcional en poblaciones similares de ancianos en el noroeste de España (Millán-Calenti et al., 2009; Millán-Calenti et al., 2010) y los costes de los cuidados formales imputables a la dependencia para las personas que viven en dichas comunidades. Pero se necesitan más investigaciones para averiguar si la población española de 65 y más años presenta estas prevalencias y diferencias con otras poblaciones cuando se estudia la utilización de los servicios sociales comunitarios.

Barreras a la utilización de los servicios sociales comunitarios

El transporte para acudir y usar los servicios de salud y de asistencia social puede ser una barrera para la prestación de dichos servicios en las zonas rurales. Sin embargo, no puede ser la única barrera para el uso del servicio. Aunque es necesario ampliar las investigaciones que nos permitan comprender las correlaciones de los servicios sociales comunitarios en el proceso de envejecimiento, así como en los cuidados informales, hemos establecido las siguientes barreras para el uso de los servicios a partir de, por un lado, la observación participativa con los voluntarios de la muestra y por otra, de literatura gerontológica revisada. Así, de acuerdo con nuestros datos, establecemos las siguientes:

1. Primero, sin duda la disponibilidad de los servicios es el factor más importante para la utilización del mismo. La disponibilidad podría no influir en el conocimiento de dicho servicio, sin embargo en nuestro estudio

observamos que aquellos servicios que no están disponibles en el área, no son conocidos, exceptuando por supuesto las residencias.

2. Entre las causas que explican la escasa utilización de los servicios comunitarios por parte de las personas mayores, la pérdida de información es una de las principales (Gott et al., 2007). La falta de información se relaciona pues, con la posibilidad real de conocer un servicio. De ese modo, incrementa o disminuye la posibilidad potencial de utilizarlo.

3. El transporte hasta los servicios sociales comunitarios podría ser una barrera para la prestación de servicios en las áreas rurales; y también podría ser una barrera para el uso de los servicios de salud (Blazer et al., 1995). Las carencias en el transporte, encarecen el servicio a los usuarios que suelen, además, disponer de bajas pensiones. La pérdida de accesibilidad y su relación con los servicios básicos o comunitarios es determinante a la hora de intervenir sobre la exclusión social en un contexto geográfico determinado (Escalona-Orcao y Díez-Cornago, 2007).

4. De acuerdo a los puntos citados previamente, la distancia excesiva de los servicios sociales comunitarios podría ser otra barrera relevante. Blazer et al. (1995) mostraron que la distancia a un servicio de salud determinado era la mayor barrera para los Servicios Sanitarios en las áreas rurales de Carolina del Norte (EEUU).

5. Algunos estudios señalan que existen determinantes modificables, como los problemas emocionales, caídas y problemas al andar asociados con el uso de los servicios sociosanitarios (Stoddart et al., 2002).

6. Otra barrera en el uso de los servicios podría ser el cuidado familiar dispensado a la persona mayor de forma tradicional. Desde el punto

de vista teórico, es probable que reciban diferentes tipos de cuidados que sus homólogos urbanos (Nyman et al., 1991). Innes, Blackstock, Mason, Smith y Cox (2005) indicaron que la solución a las dificultades de las personas mayores se encontraban a menudo desamparadas de los servicios de apoyo formal, y el individuo las encontraba en las redes sociales de apoyo (por ejemplo, en la familia). La recepción de la ayuda de grupos comunitarios en las comunidades rurales es probable que refleje la mayor integración de las personas mayores en los grupos comunitarios, es decir, en los grupos rurales (Wenger, 2001; Blackstock, Innes, Cox, Smith y Mason, 2006).

7. Por último, las razones atribuidas a la negativa de utilizar determinados servicios incluye los trastornos a los usuarios de estos sentimientos de culpa, deseo de permanecer en casa, y las percepciones de afrontamiento y el deseo de proteger la privacidad, según señalan Innes et al. (2005).

Los resultados encontrados son importantes para el desarrollo de las áreas rurales, en un momento como el actual en el que la despoblación de éstas y la sobrepoblación de las urbanas, acarrearán, entre otras, una peor Calidad de Vida para los individuos de ambos ambientes y un desconcierto en la provisión y organización de los recursos. Además, son relevantes a la hora de crear y mantener un desarrollo social sostenible.

El conocimiento de la situación actual es vital para reducir las desigualdades entre las áreas rurales y las urbanas en el territorio español. Por ello, a pesar de las limitaciones de este estudio, nuestra investigación aporta conocimientos sobre la falta de información y accesibilidad a los servicios

sociales comunitarios en España. Es un hecho constatable que el problema de Galicia, y otras áreas con características de población y orográficas similares, es el inadecuado desarrollo del Estado de Bienestar, en la línea de lo que ocurre en otras zonas escasamente pobladas o con población dispersa de Europa.

Las consideraciones acerca de las limitaciones que hay que resolver en futuras investigaciones deberían tener en cuenta que, en primer lugar, el diseño transversal del estudio no puede determinar la relación causal entre los servicios y utilización del conocimiento y otros factores que podrían explicar la tipología de uso de los servicios sociales comunitarios de acuerdo al hábitat (como el incremento de la edad, el estado civil y la profesión, o incluso la APS).

En segundo lugar, hay que tener en cuenta que la selección de la muestra, tanto en Mondoñedo (hábitat rural) como en A Coruña (hábitat urbano) fue oportunista entre aquéllos que acudían a centros de día, centros cívicos, clubs de jubilados y asociaciones de mayores. Aun a pesar de este hecho, nuestros resultados son similares a los hallados en otros estudios que utilizaron muestras representativas. Y en tercer lugar, no se ha tenido en cuenta la existencia previa del servicio en el área estudiada. Es un hecho que en el área rural existen menos servicios de los ofertados en el área urbana estudiados. Los servicios no ofertados, exceptuando el servicio de atención diurna en centros que sí era conocido, no eran conocidos (comida y lavandería a domicilio, estancia temporal en residencias, y viviendas tuteladas o apartamentos con servicios). En el área urbana se ofertaban todos los servicios del listado, y todos eran en mayor o menor medida conocidos y/o utilizados.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos, y a partir de las hipótesis de partida y de los objetivos diseñados, extraemos las siguientes conclusiones:

- ✓ A pesar de factores demográficos negativos (índice de envejecimiento superior a la media, elevado envejecimiento femenino y el sobre-envejecimiento de las zonas rurales) Galicia cuenta, para el cuidado de las personas mayores con dependencia, con una red social de importante calidad y cantidad (familiar y vecinal) que disminuye la necesidad de un gran gasto en asistencia sociosanitaria.
- ✓ Los expertos consultados señalan el efecto positivo de la tendencia cultural a mantener al mayor en casa, fuente de envejecimiento positivo y saludable.
- ✓ Las dificultades de financiación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (resultantes en un posible mayor copago), la falta de recursos sociosanitarios previos y la dispersión poblacional son las principales debilidades del marco actual en la atención a las personas mayores con dependencia.
- ✓ La comorbilidad, el apoyo social funcional y la edad predicen que un individuo de 65 o más años con dependencia (física, cognoscitiva y/o sensorial) tendrá una salud autopercebida mala o muy mala.
- ✓ La salud autopercebida también se relaciona con algunas características sociodemográficas en los cuidadores familiares de estas personas mayores de 65 años con dependencia.

Conclusiones

- ✓ Se observan semejanzas en aquellos cuidadores familiares de género femenino, que viven en el hábitat rural, que califican su salud como muy mala o mala, y que declaran además sentir que necesitan más ayuda en el cuidado que dispensan al mayor con dependencia.
- ✓ Aquellos cuidadores residentes en el hábitat urbano, con muy buena o buena salud autopercebida que no sienten que necesiten más ayuda en el apoyo informal que ofrecen al receptor de cuidados, también presentaron homogeneidad entre sus categorías de variable.
- ✓ En relación con el cuidado formal, se observa que el conocimiento que poseen las personas mayores es, en general, deficitario. Dicho conocimiento es aún más precario en el hábitat rural, donde a pesar de la existencia del servicio, su uso era menor que entre sus coetáneos urbanos.
- ✓ En general, exceptuando determinados servicios, es una minoría la que utiliza los servicios sociales comunitarios de la cartera ofertada por su ayuntamiento. Y si bien hay diferencias significativas entre hábitats, los menores porcentajes de uso se encuentran en el área rural.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán García, A., & Puga González, D. (2004). Estudio monográfico. La discapacidad en la población española. En Observatorio de personas mayores (Ed.), *Las personas mayores en España. Informe 2004* (777-809). Madrid: IMSERSO.
- Ahmad, K., Jafar, T.H., & Chaturvedi, N. (2005). Self-rated health in Pakistan: Results of a National Health Survey. *BMC Public Health*, 5, 51-58. doi: 10.1186/1471-2458-5-51.
- Alonso Albarrán, V. (2009). Proyecciones de gasto público en cuidados de larga duración en la Unión Europea (2007-2060). *Presupuesto y Gasto Público*, 56, 145-162.
- Alves, L.S., & Rodrigues, R.N. (2005). Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Revista Panameña de Salud Pública*, 17, 333-341. doi: 10.1590/S1020-49892005000500005
- Andersen, R.M. (1975). Introduction. En R. Andersen, J. Kravits & O.W. Anderson (Eds.), *Equity in health services: Empirical analyses in social policy* (3-8). Cambridge: Ballinger Publishing Co.
- Andersen, R.M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1-10.
- Andrews, G.J., Cutchin, M., McCracken, K., Phillips, D.R., & Wiles, J. (2007). Geographical gerontology: the constitution of a discipline.

- Social Science & Medicine*, 65, 151-168.
doi:10.1016/j.socscimed.2007.02.047
- Arber, S., & Ginn, J. (1995). Gender differences in the relationship between paid employment and informal care. *Work, Employment & Society*, 9, 445-471. doi: 10.1177/095001709593002
- Aroian, K.J., Wu, B., & Van Tran, T. (2005). Health care and social service use among Chinese immigrant elders. *Research in Nursing and Health*, 28, 1-11. doi: 10.1002/nur.20069
- Asociación Médica Mundial. (2008). *Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Disponible en http://www.cgcom.org/noticias/2008/11/08_11_27_helsinki
- Asthana, S., Gibson, A., Moon, G., & Brigham, P. (2003). Allocating resources for health and social care: the significance of rurality. *Health & Social Care in the Community*, 11, 486-493. doi: 10.1046/j.1365-2524.2003.00454.x
- Badía, X., Lara, N., & Roset, M. (2004). Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Atención Primaria*, 34, 170-177.
- Badía, X., Salamero, M., & Alonso, J. (1999). *La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español*. Barcelona: Edimac.
- Balabanova, D.C., & McKee, M. (2002). Self-reported health in Bulgaria: Levels and determinants. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30, 306-312. doi: 10.1080/14034940210164867

- Basu J., & Cooper J. (2000). Out-of-area travel from rural and urban counties: A study of ambulatory care sensitive hospitalizations for New York State residents. *Journal of Rural Health, 16*, 129-138. doi: 10.1111/j.1748-0361.2000.tb00446.x
- Bazo Royo, M.T. (2001). Family and community care in Spain. *Indian Journal of Gerontology, 15*, 1-2, 100-108.
- Bazo Royo, M.T. (2002). Intercambios familiares entre las generaciones y ambivalencia: Una perspectiva internacional comparada. *Revista Española de Sociología, 2*: 117-127.
- Bazo Royo, M.T., & Ancizu, I. (2004). El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: Una perspectiva internacional comparada. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 105*, 43-77.
- Bazo Royo, M.T., García Sanz, B., Hernández Rodríguez, G., Leira López, J., López Rey, M.J., Millán-Calenti, J.C., & Taboadela Álvarez, O. (2006). Sociología de la vejez. En J.C. Millán-Calenti (Ed.), *Principios de Geriatria y Gerontología* (63-112). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Bédard, M., Koivuranta, A., & Stuckey, A. (2004). Health impact on caregivers of providing informal care to a cognitively impaired older adult: Rural versus Urban settings. *Canadian Journal of Rural Medicine, 9*, 15-23.
- Benjamins, M.R., Hummer, R.A., Eberstein, I.W., & Nam, C.B. (2004). Self-reported health and adult mortality risk: An analysis of cause-specific

- mortality. *Social Science & Medicine*, 59, 1297-1306. doi: 10.1016/j.socscimed.2003.01.001
- Benyamini, Y., & Idler, E.L. (1999). Community studies reporting association between self-rated health and mortality: Additional studies, 1995 to 1998. *Research on Aging*, 21, 392-401. doi: 10.1177/0164027599213002
- Benyamini, Y., Idler, E.L., Leventhal, H., & Leventhal, E.A. (2000). Positive affect and function as Influences on self-assessments of health: Expanding our view beyond illness and disability. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 55B, P107-P116. doi: 10.1093/geronb/55.2.P107
- Benyamini, Y., Leventhal, H., & Leventhal, E.A. (1999). Self-assessments of health: What do people know that predicts their mortality?. *Research on Aging*, 21, 477-500.
- Berg, C.A., Strough, J., Calderone, K.S., Sansone, C., & Weir, C.H. (1998). The role of problem definitions in understanding age and context effects on strategies for solving everyday problems. *Psychology and Aging*, 13, 29-44.
- Bianchera, E., & Arber, S. (2007). Caring and sleep disruption among women in Italy. *Sociological Research Online*, 12, 4. Disponible en www.socresonline.org.uk/12/5/4.html
- Bien, B., Wojszel, B., & Sikorska-Simmons, E. (2007). Rural and urban caregivers for older adults in Poland: Perceptions of positive and negative impact of caregiving. *The International Journal of Aging and Human Development*, 65, 185-202. doi:10.2190/AG.65.3.a

- Bisconti, T.L., & Bergeman, C.S. (1999). Perceived social control as a mediator of the relationships among social support, psychological well-being and perceived health. *The Gerontologist*, *39*, 94-103. doi:10.1093/geront/39.1.94
- Bjørner, J.B., & Kristensen, T.S. (1999). Self-assessments of health: What do people know that predicts their mortality?. *Research on Aging*, *21*, 417-439. doi: 10.1177/0164027599213004
- Blackstock, K.L., Innes, A., Cox, S., Smith, A., & Mason, A. (2006). Living with dementia in rural and remote Scotland: diverse experiences of people with dementia and their carers. *Journal of Rural Studies*, *22*, 161-176. doi: 10.1016/j.jrurstud.2005.08.007
- Blazer, D.G., Lawrence, K., Landerman, L.K., Fillenbau, G., & Homer, R. (1995). Health services access and use among older adults in North Carolina: Urban vs. Rural residents. *American Journal of Public Health*, *85*, 1384-1385. doi: 10.2105/AJPH.85.10.1384
- Bobak, M., Pikhart, H., Rose R., Hertzman, C., & Marmot, M. (2000). Socioeconomic factors, marital inequalities, and perceived control in self-rated health: Cross-sectional data from seven post-communist countries. *Social Science & Medicine*, *51*, 1343-1350. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00096-4
- Boniface, D.R., & Denham, M.J. (1997). Factors influencing the use of community health and social services by those aged 65 and over. *Health & Social Care in the Community*, *5*, 48-54. doi: 10.1111/j.1365-2524.1997.tb00098.x

- Broman, C.L. (1993). Social relationships and health-related behavior. *Journal of Behavioral Medicine, 16*, 335–350. doi: 10.1007/BF00844776
- Burhol, V., & Naylor, D. (2005). The relationship between rural community type and attachment to place for older people living in North Wales, UK. *European Journal of Ageing, 2*, 109-119. doi: 10.1007/s10433-005-0028-3
- Casey, M.M., ThiedeCall, K., & Klingner, J.M. (2001). Are rural residents less likely to obtain recommended preventive healthcare services?. *American Journal of Preventive Medicine, 21*, 182-188. doi: 10.1016/S0749-3797(01)00349-X
- Castro, C.M., King, A.C., Housemann, R., Racak, S.J., McMullen, K.M., & Brownson, R.C. (2007). Rural family caregivers and health behaviors: Results from an epidemiologic survey. *Journal of Aging and Health, 19*, 87-105. doi:10.1177/0898264306296870
- Castro, M.E., & Llanes, J. (2005). Empoderamiento: un proceso que se logra mediante el desarrollo de competencias y de la autoevaluación. *Liberaddictus, 87*, 73-76.
- Chaix, B., Veugelers, P.J., Boelle, P.Y., & Chauvin, P. (2005). Access to general practitioner services: The disabled elderly lag behind in underserved areas. *European Journal of Public Health, 15*, 282-287. doi:10.1093/eurpub/cki082
- Chappell, N., & Blandford, A. (1991). Informal and formal care: Exploring the complementarity. *Ageing & Society, 11*, 299-317.

- Chen, F.N., & Short, S.E. (2008). Household context and subjective well-being among the oldest old in China. *Journal of Family Issues*, 29, 1379-1403. doi: 10.1177/0192513X07313602
- Chiou, C.J., Chen, I.P., & Wang, H.H. (2005). The health status of family caregivers in Taiwan: An analysis of gender differences. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 821-826. doi: 10.1002/gps.1364
- Comisión Europea. (2009). *Ageing report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)*. Disponible en http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication14992_en.pdf doi: 10.2765/80301
- Consejo de Europa. (1998). *Recomendación nº (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros, relativa a la dependencia. Anexo a la Recomendación nº R (98) 9*. Disponible en <http://sid.usal.es/idocs/F3/LYN10476/3-10476.pdf>
- Crespo, L. (2006). *Caring for parents and employment status of European mid-life women* (Nº 615). Madrid: Centro de estudios monetarios y financieros.
- Crespo López, M., & López Martínez, J. (2007). *El estrés en cuidadores de mayores dependientes*. Madrid: Pirámide.
- Crosato, K.E., & Leipert, B. (2006). Rural women caregivers in Canada. *Rural and Remote Health*, 6, 520-531.
- de Groot, V., Beckerman, H., Lankhorst, G.J., & Bouter, L.M. (2003). How to measure comorbidity. A critical review of available methods. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, 221-229. doi: 10.1016/S0895-4356(02)00585-1

- DeSalvo, K.B., Fan, V.S., McDonell, M.B., & Fihn, S.D. (2005). Predicting mortality and health care utilization with a single question. *Health Services Research, 40*, 1234-1246. doi: 10.1111/j.1475-6773.2005.00404.x
- Dizy Menéndez, D. (2006). *Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo mixto y estimación del coste de aseguramiento en España*. Madrid: Edad y Vida.
- Donkin, A.J., Johnson, A.E., & Lilley, J.M. (1998). Gender and living alone as determinants of fruit and vegetable consumption among the elderly living at home in urban Nottingham. *Appetite, 30*, 39-51. doi:10.1006/appe.1997.0110
- Doyal, L. (2001). Sex, gender and health: The need for a new approach. *The British Medical Journal, 323*, 1061-1063. doi: 10.1136/bmj.323.7320.1061
- Ducharme, F., Lévesque, L., Lachance, L., Zarit, S., Vézima, J., Gangbè, M., & Caron, C.D. (2006). Older husbands as caregivers of their wives: A descriptive study of the context and relational aspects of care. *International Journal of Nursing Studies, 43*, 567-579. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.07.007
- Duke University Center for the Study of Aging and Human Development. (1978). *Multifunctional assessment: the OARS methodology*. Durham: Duke University.
- Dunér, A., & Nordström, M. (2007). The roles and functions of the informal support networks of older people who receive formal support: A

- Swedish qualitative study. *Ageing & Society*, 27, 67-85. doi: 10.1017/S0144686X06005344
- Durán Muñoz, R. (2007). Envejecer y empoderar: una propuesta analítica. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 42, 5, 293-301.
- Dwyer, J.W., & Miller, M.K. (1990). Determinants of primary caregiver stress and burden: ... the caregiving networks of frail elders. *Journal of Rural Health*, 6, 161-184. doi: 10.1111/j.1748-0361.1990.tb00197.x
- Eng, P.M., Rimm, E.B., Fitzmaurice, G., & Kawachi, I. (2002). Social ties and change in social ties in relation to subsequent total and cause-specific mortality and coronary heart disease incidence in men. *American Journal of Epidemiology*, 155, 700-709. doi:10.1093/aje/155.8.692
- Escalona Orcao, A.I. & Díez Cornago, C. (2007). Accessibility to basic services in one of the most sparsely populated areas in Europe. The province of Teruel (Spain). *Area*, 39, 295-309. doi: 10.1111/j.1475-4762.2007.00749.x
- Farrington, J., & Farrington, C. (2005). Rural accessibility, social inclusion and social justice: Towards conceptualization. *Journal of Transport Geography*, 13, 1-12. doi:10.1016/j.jtrangeo.2004.10.002
- Fayers, P.M., & Sprangers, M.A. (2002). Understanding self-rated health. *The Lancet*, 359, 187-188. doi: 10.1016/S0140-6736(02)07466-4
- Fernández Ballesteros, R. (2000). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.

- Fernández-Merino, M., Gude, F., Faraldo-Vallés, M., Rey-García, J., Tato, A. & Beceiro, F. (2003). Autopercepción de la salud en ancianos y mortalidad a los 5 años. Estudio en una comunidad rural. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, *38*, 311-315.
- Ferraro, K.F., & Yu, Y. (1995). Body weight and self-ratings of health. *Journal of Health and Social Behavior*, *36*, 274-284. doi: 10.2307/2137343
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, *12*, 189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6on
- Fortney, J., Chumbler, N., Cody, M., & Beck, C. (2003). Geographic access and service use in a community-based sample of cognitively impaired elders. *Journal of Applied Gerontology*, *21*, 352-367. doi: 10.1177/073346480202100305
- Gallicchio, L., Hoffman, S.C., & Helzlsouer, K.J. (2007). The relationship between gender, social support, and health-related quality of life in a community-based study in Washington County, Maryland. *Quality of Life Research*, *16*, 777-786. doi: 10.1007/s11136-006-9162-4
- Gamm, L.D., Hutchison, L.L., Dabney, B.J., & Dorsey, A.M. (2003). *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.

- Gandoy Crego, M. (2000). *Programa de ayuda al cuidador familiar del enfermo de Alzheimer* (Tesis doctoral). Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- Garcés, J., Carretero, S., Ródenas, F., & Sanjosé, V. (2009). Variables related to the informal caregivers' burden of dependent senior citizens in Spain. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, 372-379. doi:10.1016/j.archger.2008.03.004
- García Calvente, M., Mateo Rodríguez, I., & Eguiguren, A.P. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 18, 132-139.
- García González, J. (2005). Rompiendo Distancias: Un programa integral para prevenir y atender la dependencia de las personas mayores en el medio rural. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40, 22-33.
- García Sanz, B. (1995). Envejecer en el mundo rural. Caracterización sociológica de la Tercera Edad en el medio rural. En *Las actividades económicas de las personas mayores* (535-564). Madrid: Seniors Españoles para la Cooperación Técnica.
- García Sanz, B. (1997). *Envejecimiento en el mundo rural: problemas y soluciones*. Madrid: IMSERSO.
- García Sanz, B. (1998). Los mayores y el mundo rural. *Documentación social*, 112, 97-108.
- Garre-Olmo, J., Hernández-Ferrándiz, M., Lozano-Gallego, M., Vilalta-Franch, J., Turon-Estrada, A., Cruz-Reina, M.M., Camps-Rovira, A., & López-Pousa, S. (2000). Carga y calidad de vida en cuidadores de

- pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Revista de Neurología*, 31, 522-527.
- Gaugler, J.E, Davey, A, Pearlin, L.I., & Zarit, S.H. (2000). Modeling caregiver adaptation over time: The longitudinal impact of behavior problems. *Psychological Aging*, 15, 437-450. doi: 10.1037/0882-7974.15.3.437
- Giddens, A. (2002). *Sociología*. Madrid: Alianza.
- Glasgow, N. (2000). Rural/urban patterns of aging and caregiving in the United States. *Journal of Family Issues*, 21, 611-631. doi:10.1177/019251300021005005
- Goins, R.T., Hays, J.C., Landerman, L.R., & Hobbs, G. (2001). Access to health care and self-rated health among community-dwelling older adults. *Journal of Applied Gerontology*, 20, 307-319. doi: 10.1177/073346480102000304
- Gold, C.H., Malmberg, B., McClearn, G.E., Pedersen, N.L., & Berg, S. (2002). Gender and health: A study of older unlike-sex twins. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 57B, S168-S176. doi: 10.1080/13607860410001669714
- Gott M., Barnes S., Payne S., Parker C., Seamark D., Gariballa S., & Small N. (2007). Patient views of social service provision for older people with advanced heart failure. *Health & Social Care in the Community*, 15, 333-342. doi: 10.1111/j.1365-2524.2007.00689.x
- Gracia-Fuster, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Madrid: Paidós-Trabajo Social I.

- Granger, C.V., Dewis, L.S., Peters, N.C., Sherwood, C.C., & Barrett, J.E. (1979). Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel Index measures. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 60, 14-17.
- Hansen, M.S., Fink, P., Frydenberg, M., & Oxhoj, M.L. (2002). Use of health services, mental illness, and self-rated disability and health in medical inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 64, 668-675. doi: 10.1097/01.PSY.0000024104.87632.94
- Heller, D.A., Ahern, F.M., Pringle, K.E., & Brown, T.V. (2009). Among older adults, the responsiveness of self-rated health to changes in Charlson Comorbidity was moderated by age and baseline comorbidity. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62, 177-187. doi: 10.1016/j.jclinepi.2008.05.009
- Hernández Borge, J. (2008). La feminización de la vejez en Galicia. *Semata: Ciencias Sociais e Humanidades*, 20, 93-111.
- Hernández Rodríguez, G. (2001a). Mujer y rol social: la mujer mayor en el medio urbano y en el medio rural. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 11, 197-200.
- Hernández Rodríguez, G. (2001b). Familia y ancianos. *Revista de Educación*, 325, 129-142.
- Hernández Rodríguez, G. (2003). Mayores: Aspectos sociales. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 45, 133-152.
- Hidalgo, M.C., & Hernández, B. (2001). Place attachment: conceptual and empirical questions. *Journal of Environmental Psychology*, 21, 273-281.

- Hoeymans, N., Feskens, E.J., & Kromhout, D. (1999). The contribution of chronic conditions and disabilities to poor self-rated health in elderly men. *Journal of Gerontology: Medical Sciences, 54*, M501-M506. doi: 10.1093/gerona/54.10.M501
- Hoeymans, N., Feskens, E.J.M., Kromhout, D., & Van Den Bos, G.A.M. (1997). Ageing and the relationship between functional status and self-rated health in elderly men. *Social Science & Medicine, 45*, 1527-1536. doi:10.1016/S0277-9536(97)00089-0
- Idler, E.L., & Angel, R.J. (1990). Self-rated health and mortality in the NHANES-I Epidemiologic Follow-Up Study. *American Journal of Public Health, 80*, 446-452. doi: 10.2105/AJPH.80.4.446
- Idler, E.L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior, 38*, 21-37.
- Idler, E.L., Hudson, S.V., & Leventhal, H. (1999). The meanings of self-ratings of health: A qualitative and quantitative approach. *Research on Aging, 21*, 458-476. doi: 10.1177/0164027599213006
- Idler, E.L., Russell, L.B., & Davis, D. (2000). Survival, functional limitations, and self-rated health in the NHANES I Epidemiologic Follow-up Study, 1992. First National Health and Nutrition Survey. *American Journal of Epidemiology, 152*, 874-883. doi:10.1093/aje/152.9.874
- Iglesias-Souto, P.M., Taboada Ares, E.M., Dosil Maceira, A., & Cuba López, J.F. (2008). Conocimiento y expectativas de las personas mayores sobre los servicios sociales dirigidos a este colectivo en la Comunidad

- Autónoma de Galicia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 43, 353-361. doi:10.1016/S0211-139X(08)75190-4
- Innes, A., Blackstock, K., Mason, A., Smith, A., & Cox, S. (2005). Dementia care provision in rural Scotland: service users' and carers' experiences. *Health & Social Care in the Community*, 13, 354-365. doi: 10.1111/j.1365-2524.2005.00569.x
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2004). *Situación y evolución del apoyo informal a los mayores en España. Informe de resultados*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2006a). *Encuesta de condiciones de vida de los mayores*. Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/encuestas/index.html>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2006b). *Las personas mayores en España*. Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/informemayores/informe2008/index.html>
- Instituto Nacional de Estadística. (1999). *Encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud*. Disponible en <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/discapa/discapamenu.htm>
- Instituto Nacional de Estadística. (2006). *Pensiones y prestaciones: Cuentas integradas de protección social en términos SEEPROS. Serie 2002-*

2006. Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t25/a072/a01/&file=pcaxis>
- Instituto Nacional de Estadística. (2008). *Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia*. Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=%2Ft15/p418&file=inebase>
- Instituto Nacional de Estadística. (2009). *Proyección de la población de España a corto plazo, 2008-2018*. Disponible en <http://www.ine.es/prensa/np538.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. (2010). *Revisión del Padrón Municipal*. Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e245/&file=inebase>
- Izal Fernández de Trocóniz, M., Losada Baltar, A., Márquez González, M., & Montorio Cerrato, I. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asunto Sociales.
- Jacobzone, S. (2000). *Long term care services to older people, a perspective on future needs: The impact of an improving health of older persons* (Working Paper 4.2). Disponible en <http://www.oecd.org/dataoecd/21/43/2429142.pdf>
- Jacobzone, S., Cambois, E., & Robine, J.M. (2000). La santé des personnes âgées dans les pays de l'OCDE s'améliore-t-elle assez vite pour

compenser le vieillissement de la population?. *Revue économique de l'OCDE*, 30, 160-203.

Kanagae, M., Abe, Y., Honda, S., Takamura, N., Kusano, Y., Takemoto, T., & Aoyagi, K. (2006). Determinants of self-rated health among community-dwelling women aged 40 years and over in Japan. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 210, 11-19. doi: 10.1620/tjem.210.11

Kawachi, I., & Berkman, L.F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78, 458-467. doi: 10.1093/jurban/78.3.458

Kawada, T. (2003). Self-rated health and life prognosis. *Archives of Medical Research*, 34, 343-347. doi: 10.1016/S0188-4409(03)00052-3

Kehl Wiebel, S.J., & Fernández Fernández, J.M. (2001). La construcción social de la vejez. *Cuadernos de Trabajo Social*, 14, 125-161.

Kendig, H., Koyano, W., Asakawa, T., & Ando, T. (1999). Social support of older people in Australia and Japan. *Ageing & Society*, 19, 185-207.

Kosloski, K., & Montgomery, R.J. (1994). Investigating patterns of service use by families providing care for dependent elders. *Journal of Aging and Health*, 6, 17-37. doi: 10.1177/089826439400600102

Kröger, T. (2001). *Comparative research on care. The state of the art*. Bruselas: Comisión Europea.

Lehr, U., & Thomae, H. (2003). *Psicología de la senectud. Proceso de aprendizaje del envejecimiento*. Barcelona: Herder.

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).

Ley orgánica de protección de datos de carácter personal. Ley 15/1999 de 13 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 298 (14-12-1999).

Lin, N., & Ensel, W. (1989). Life stress and health: stressors and resources. *American Sociological Review*, 54,382-399.

Litwin, H. (1998). Social network type and health status in a national sample of elderly Israelis. *Social Sciences & Medicine*, 46, 599-609. doi: 10.1016/S0277-9536(97)00207-4

Livvi-Bacci, M. (1993). *Introducción a la demografía*. Barcelona: Ariel.

Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J.L., de la Cámara, C., Ventura, T., Morales, F., Pascual, L.F., Montañés, J.A., & Aznar, S. (1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en población general geriátrica. *Medicina Clínica*, 112, 767-774.

López-García, E., Banegas, J.R., Pérez-Regadera, A.G., Herruzo-Cabrera, R., & Rodríguez-Artalejo, F. (2005). Social network and health-related quality of life in older adults: A population-based study in Spain. *Quality of Life Research*, 14, 511-520. doi: 10.1007/s11136-004-5329-z

Lorenzo, T., & Maseda, A. (2009). Hábitat y dependencia. En J.C. Millán Calenti (Comp.), *Envejecimiento, Dependencia, Demencias y Nuevas Tecnologías*. (157-163). A Coruña: Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias.

- Lorenzo, T., Maseda, A., Fernández-Agulló, L., Nespereira, B., Buján, A., & Millán-Calenti, J.C. (2007a). Percepción de la salud en personas mayores dependientes: influencia de la red social. *Revista MAPFRE Medicina, 18*, 98-107.
- Lorenzo, T., Maseda, A., Agulló, L., Pedreira, I., Nespereira, B., & Millán-Calenti, J.C. (2007b). Redes sociales primarias rurales vs. urbanas: su influencia en la calidad de vida. *Revista Española de Geriatria y Gerontología, 42*, 3.
- Lorenzo, T., Maseda, A., & Millán-Calenti, J.C. (2008). *La dependencia en las personas mayores: Necesidades percibidas y modelo de intervención de acuerdo al género y al hábitat*. A Coruña: Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias.
- Losada, A., Shurgot, G.R., Knight, B.G., Márquez, M., Montorio, I., Izal, M., & Ruiz, M.A. (2006). Cross-cultural study comparing the association of familism with burden and depressive symptoms in two samples of Hispanic dementia caregivers. *Aging & Mental Health, 10*, 69-76. doi: 10.1080/13607860500307647
- Mahoney, F.I., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal, 14*, 56-61.
- Mann, E., Koller, M., Mann, C., Van der Cammen, T., & Steurer, J. (2004). Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in general practice: Results from a pilot study in Vorarlberg, Austria. *Geriatrics, 4*, 4-10. doi: 10.1186/1471-2318-4-4.
- Marcellini, F., Leonardi, F., Marcucci, A., & Freddi, A. (2002). Health perception of elderly people: The results of a longitudinal study.

- Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35(Suppl), 181-189. doi: 10.1016/S0167-4943(02)00131-0
- Martikainen, P., Aromaa, A., Heliövaara, M., Klaukka, T., Knekt, P., Maatela, J., & Lahelma E. (1999). Reliability of perceived health by sex and age. *Social Science & Medicine*, 48, 1117-1122. doi:10.1016/S0277-9536(98)00416-X
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L.C., Rico, J.M., Lanz, P., & Taussig, M.I. (1996). Adaptación para nuestro contexto de la sobrecarga del cuidador de Zarit. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 6, 338-346.
- Martínez-Riera, J.R. (2005). Necesidades de los cuidadores según tipo de residencia. *Enfermería Comunitaria*, 2, 8-15.
- McCullough, M.E., & Laurenceau, J.P. (2004). Gender and the natural history of self-rated health: a 59-year longitudinal study. *Health Psychology*, 23, 651-655. doi: 10.1037/0278-6133.23.6.651
- McDonough, P., & Walters, V. (2001). Gender differences in health: Reassessing patterns and explanations. *Social Science & Medicine*, 52, 547-559. doi:10.1016/S0277-9536(00)00159-3
- Millán-Calenti, J.C. (2002). *Los mayores e Internet*. A Coruña: Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias.
- Millán-Calenti, J.C. (2006). Gerontología y Geriátría. En J.C. Millán-Calenti (comp.), *Principios de Geriátría y Gerontología*. (3-20). Madrid: McGraw Hill Interamericana.

- Millán-Calenti, J.C., Gandoy-Grego, M., Antelo-Martelo, M., López-Martínez, M., Riveiro-López, M.P., & Mayán-Santos, J.M. (2000). Helping the family carers of alzheimer's patients: From theory...to practice. A preliminary study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 30, 131-138. doi:10.1016/S0167-4943(00)00044-3
- Millán-Calenti, J.C., Tubio, J., Pita-Fernández, S., González-Abraldes, I., Lorenzo, T., Fernández-Arruty, T., & Maseda, A. (2010). Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50, 306-310. doi: 10.1016/j.archger.2009.04.017
- Millán-Calenti, J.C., Tubio, J., Pita-Fernández, S., González-Abraldes, I., Lorenzo, T. & Maseda, A. (2009). Prevalence of Cognitive Impairment: Effects of Level of Education, Age, Sex and Associated Factors. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 28, 455-460. doi: 10.1159/000257086
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2006). *Encuesta Nacional de Salud*. Disponible en <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
- Montserrat Codorníu, J. (2006). *El gasto en los mayores: el reto de la dependencia*. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 41, 39-47.
- Mulrow, C.D., Gerety, M.B., Cornell, J.E., Lawrence, V.A., & Kanten, D.N. (1994). The relationship between disease and function and perceived

- health in very frail elders. *Journal of American Geriatrics Society*, 42, 374-380.
- Murashima, S., Whyte, N., Hatono, Y., & Asahara, K. (1999). Public health nursing in Japan: New opportunities for health promotion. *Public Health Nursing*, 16, 133-139.
- Murata, C., Kondo, T., Tamakoshi, K., Yatsuya, H., & Toyoshima, H. (2006). Determinants of self-rated health: Could health status explain the association between self-rated health and mortality? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 43, 369-380. doi: 10.1016/j.archger.2006.01.002
- Narayan, S., Lewis, M., Tornatore, J., Hepburn, K., & Corcoran-Perry, S. (2001). Subjective Responses to Caregiving for a Spouse with Dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 27, 19-28.
- Navarro, A.B., Bueno, B., Buz, J., & Mayoral, P. (2006). Percepción de autoeficacia en el afrontamiento de los problemas y su contribución en la satisfacción vital de las personas muy mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 41, 222-227.
- Navarro, V., & Quiroga, A. (2004). Políticas de Estado de Bienestar para la equidad. *Gaceta Sanitaria*, 18, 147-157.
- Nummela, O., Sulander, T., Rahkonen, O., Karisto, A., & Uutela, A. (2008). Social participation, trust and self-rated health: A study among ageing people in urban, semi-urban and rural settings. *Health & Place*, 14, 243-253. doi:10.1016/j.healthplace.2007.06.006

- Nyman, J.A., Sen, A., Chan, B.Y., & Commins, P.P. (1991). Urban/rural differences in home health patients and services. *The Gerontologist*, 31, 457-466. doi: 10.1093/geront/31.4.457
- Oficina Estadística de la Unión Europea. (2003). *Feasibility study about comparable statistics in the area of care of dependant adults in the European Union*. Disponible en http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CC-03-004/EN/KS-CC-03-004-EN.PDF
- Oficina Estadística de la Unión Europea. (2005). *Population projections 2004-2050*. Disponible en <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=STAT/05/48&type=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en>
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Health Promotion Glossary*. Ginebra: Autor.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (1994). *Creating rural indicators for shaping territorial policy*. París: Autor.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (1996). *Protéger les personnes âgées dépendantes*. París: Nouvelles Orientations.
- Pérez Díaz, J. (2003). Feminización de la vejez y Estado del Bienestar en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 104, 91-121.
- Pérez Ortiz, L. (2006). *La estructura social de la vejez en España. Nuevas y viejas formas de envejecer*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging, 15*, 187-224.
- Puga González, M.D. (2002). *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España, una previsión a 2010*. Madrid: Fundación Pfizer.
- Redondo Sendino, A., Guayar Castellón, J., & Rodríguez Artalejo, B. (2005). Relación entre la red social y la hipertensión arterial en los ancianos españoles. *Revista Española de Cardiología, 58*, 1294-1301.
- Ricoy Lorenzo, M.C., & Pino Juste, M.R. (2008). Percepción de la calidad de vida y utilización de los recursos sociosanitarios por personas mayores no institucionalizadas. *Revista Española de Geriátría y Gerontología, 43*, 362-365. doi:10.1016/S0211-139X(08)75191-6
- Rivera, J. (2001). *Redes familiares en el cuidado del anciano con demencia. Análisis evolutivo de un estudio poblacional*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- Roberts, G. (1999). Age effects and health appraisal: A meta-analysis. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 54B*, S24-S30. doi: 10.1093/geronb/54B.1.S24
- Rodríguez Cabrero, G. (2000). *La protección social de la dependencia*. Disponible en <http://www.uclm.es/bits/sumario/06.asp>
- Rodríguez Rodríguez, P. (1999). *Las necesidades de las personas mayores dependientes*. Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/rodriguez-necesidades-01.pdf>

- Rodríguez Rodríguez, P. (2006). El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia. *Documentos de trabajo (Laboratorio de alternativas)*, 87, 5-82.
- Rogero García, J. (2009). Distribution of formal and informal home care for people older than 64 years in Spain 2003. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 393-405.
- Sanford, J.T., & Townsend-Rocchiccioli, T. (2004). The Perceived Health of Rural Caregivers. *Geriatric Nursing*, 25, 145-148.
- Sanford, J.T., Johnson, A.D., & Townsend-Rocchiccioli, J. (2005). The health status of rural caregivers. *Journal of Gerontological Nursing*, 31, 25-31. doi:10.1016/j.gerinurse.2004.04.007
- Seeman, T.E., Bruce, M.L., & McAvay, G.J. (1996). Social network characteristics and onset of ADL disability: MacArthur Studies of successful aging. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 51B, S191-S200. doi:10.1093/geronb/51B.4.S191
- Seira Lledós, M.P., Aller Blanco, A., & Calvo Gascón, A. (2002). Morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmovilizados de una zona de salud rural. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 713-721.
- Shibuya, K., Hashimoto, H., & Yano, E. (2002). Individual income, income distribution, and self-rated health in Japan: Cross-sectional analysis of nationally representative sample. *British Medical Journal*, 324, 16-19. doi:10.1136/bmj.324.7328.16
- Shooshtari, S., Menec, V., & Tate, R. (2007). Comparing predictors of positive and negative self-rated health between younger (25-54) and

- older (55+) Canadian adults. A longitudinal study of well-being. *Research on Aging*, 29, 512-554. doi: 10.1177/0164027507305729
- Simon, F.B., Stierlin, H., & Wynne, L.C. (1985). Family somatics. En F.B. Simon, H. Stierlin, & L.C. Wynne (Eds.). *The language of family therapy: A systemic vocabulary and sourcebook* (141-143). Nueva York: Family Process Press.
- Smith, S.A., & Bell, P.A. (2005). Examining the Effectiveness of the Savvy Caregiver Program among Rural Colorado Residents. *Rural and Remote Health*, 5, 466. Disponible en http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_466.pdf
- Soskolne, V., Auslander, G.K., & Ben-Shahar, I. (2006) Help seeking and barriers to utilisation of medical and health social work services among ageing immigrants to Israel from the former Soviet Union. *Health & Social Care in the Community*, 14, 74-84. doi: 10.1111/j.1365-2524.2005.00601.x
- Stoddart, H., Whitley, E., Harvey, I., & Sharp, D. (2002). What determines the use of home care services by elderly people?. *Health & Social Care in the Community*, 10, 348-360. 10.1046/j.1365-2524.2002.00380.x
- Stoller, E.P. (1984). Self-Assessment of health by the elderly: the impact of informal assistance. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 260-270.
- Strawbridge, W.J., & Wallhagen, M.I. (1999). Self-rated health and mortality over three decades: Results from a Time-Dependent

- Covariate Analysis. *Research on Aging*, 21, 402-416. doi: 10.1177/0164027599213003
- Suominen-Taipale, A.L., Koskinen, S., Martelin, T., Holmen, J., & Johnsen, R. (2004). Differences in older adults' use of primary and specialist care services in two Nordic countries. *European Journal of Public Health*, 14, 375-380. doi:10.1093/eurpub/14.4.375
- Taanila, A., Larivaara, P., Korpio, A., & Kalliokoski, R. (2002). Evaluation of a family-oriented continuing medical education course for general practitioners. *Medical Education*, 36, 248-257. doi: 10.1046/j.1365-2923.2002.01144.x
- Themessl-Huber, M., Hubbard, G., & Munro, P. (2007). Frail older people's experiences and use of health and social care services. *Journal of Nursing Management*, 15, 222-229. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00726.x
- Turyn, R.M. (2001). Developing programs to meet the need of alzheimer's families in rural Maine. *Journal of Applied Gerontology*, 20, 241-250. doi: 10.1177/073346480102000208
- Van den Akker, M., Buntinx, F., & Knottnerus, J.A. (1996). Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature. *European Journal of General Practice*, 2, 65-70. doi: 10.3109/13814789609162146
- Wenger, C.G. (2001). Myths and realities of ageing in rural Britain. *Ageing and Society*, 21, 117-130. doi: 10.1017/S0144686X01008042

- WHOQOL. (1996). What quality of life? The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Assessment. *World Health Forum*, 17, 354-356.
- Winslow, B.W. (1997). Effects of formal supports on stress outcomes in family caregivers of Alzheimer's patients. *Research in Nursing & Health*, 20, 27-37.
- Wolf, D.A., & Ballal, S.S. (2006). Family support for older people in an era of demographic change and policy constraints. *Ageing & Society*, 26, 693-706. doi: 10.1017/S0144686X06005289
- Zabalegui, A., Juando, C., Gual, P., González, A., & Gallart, A. (2004). Recursos y consecuencias de cuidar a las personas mayores de 65 años: Una revisión sistemática. *Gerokomos*, 15, 199-208.
- Zarit, S.H., Reever, K.E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20, 649-655. doi:10.1093/geront/20.6.649
- Zimmer, Z., & Amornsirisomboon, P. (2001). Socioeconomic status and health among older adults in Thailand: an examination using multiple indicators. *Sociological Science & Medicine*, 52, 1297-1311. doi:10.1016/S0277-9536(00)00232-X
- Zunzunegui, M.V., Béland, F., & Otero, A. (2001). Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *International Journal of Epidemiology*, 30, 1090-1099. doi:10.1093/ije/30.5.1090

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario Delphi. Primera circulación

CUESTIONARIO DELPHI. 1ª CIRCULACIÓN	
<i>Por favor, exprese de 1 a 7 su nivel de conformidad con las siguientes cuestiones. A: Prioridad (deseo); B: Probabilidad (ocurrirá)</i>	
<i>1: muy bajo - 2: bajo - 3: moderado bajo - 4: moderado - 5: moderado alto - 6: alto - 7: muy alto</i>	
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 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	A B

(respecto al rural) aumentarán significativamente en los próximos años.	
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 necesidades individuales de la persona y las globales de la sociedad, contando con la participación del/a usuario/a en la toma de decisiones.	A B
25.- Existirán diferencias significativas en cuanto a la facilidad/dificultad de acceso a los recursos sociosanitarios 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 sociosanitarios 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 sociosanitarios 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	A

distintas administraciones.	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 socioeconómica.	A B
36.- Todas las personas mayores que se encuentren en situación de dependencia podrán acceder a los servicios/recursos que necesiten, a pesar de carecer de recursos económicos.	A 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/as del sector se mejorarán significativamente.	A B
40.- A raíz de la nueva Ley de Dependencia, aumentará significativamente la oferta privada de servicios sociosanitarios.	A B

Comentarios y sugerencias: si lo desea, puede escribir aquí las observaciones y comentarios que estime oportunos, indicando la pregunta a la que haga referencia.

Anexo 2. Cuestionario Delphi. Segunda circulación

CUESTIONARIO DELPHI. 2ª CIRCULACIÓN		
<i>Por favor, exprese de 1 a 7 su grado de conformidad con las medias obtenidas. A: Prioridad (deseo); B: Probabilidad (ocurrirá)</i>		
<i>1: muy bajo - 2: bajo - 3: moderado bajo - 4: moderado - 5: moderado alto - 6: alto - 7: muy alto</i>		
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 mantendrá o aumentará en los próximos años, 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	A	5
	B	4

el fortalecimiento de redes sociales de autoayuda.		
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 institucionales.	A	3
	B	5
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/a 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 sociosanitarios 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 sociosanitarios 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 sociosanitarios 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.- Se mejorará significativamente la coordinación entre las distintas administraciones.	A	6
	B	4
31.- Los servicios públicos se adecuarán a las necesidades de las	A	3

personas mayores dependientes (a través de transporte adaptado, incorporación de ayudas técnicas, eliminación de barreras arquitectónicas, etc.)	B	5
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	6
	B	4
33.- Las condiciones económicas de las personas mayores dependientes mejorarán significativamente en los próximos años.	A	6
	B	3
34.- Las pensiones se adaptarán de acuerdo a las necesidades específicas de las personas mayores dependientes, así como al incremento anual del IPC.	A	6
	B	3
35.- El acceso a los recursos necesarios para solventar las necesidades de las personas mayores dependientes se adecuarán a su situación socioeconómica.	A	6
	B	4
36.- Todas las personas mayores que se encuentren en situación de dependencia podrán acceder a los servicios/recursos que necesiten, a pesar de carecer de recursos económicos.	A	6
	B	3
37.- Habrá un incremento de la financiación de los servicios sociales y sanitarios.	A	7
	B	3
38.- La Comunidad Autónoma de Galicia conseguirá aportar el porcentaje fijado para la cofinanciación del Sistema Nacional de Dependencia dentro del plazo acordado.	A	7
	B	3
39.- Las condiciones laborales de los/as trabajadores/as del sector se mejorarán significativamente.	A	4
	B	4
40.- A raíz de la nueva Ley de Dependencia, aumentará significativamente la oferta privada de servicios sociosanitarios.	A	6
	B	4

Comentarios y sugerencias: si lo desea, puede escribir aquí las observaciones y comentarios que estime oportunos, indicando la pregunta a la que haga referencia.

Anexo 3. Cuestionario estructurado

Fecha de la entrevista: _____

Lugar: _____

Persona mayor de 65 años Cuidador familiar **A. Datos sociodemográficos****1. Género del entrevistado/a**Hombre Mujer **2. Hábitat**Rural Urbano **3. ¿Sería tan amable de indicarme su edad?****4. Acerca de su nivel educativo**Iletrado Sin estudios (Sabe leer y escribir pero fue menos de 3 años a la escuela) Estudios primarios Estudios secundarios Estudios universitarios **5. Estado civil**Soltero Separado/divorciado Casado Viudo **B. Estado de salud****6. En general, ¿cómo calificaría usted su salud en los últimos 12 meses?**Muy buena Buena Regular Mala Muy mala

7. ¿Qué enfermedad/es le ha diagnosticado el médico de cabecera en los últimos 12 meses, y se espera que el tratamiento continúe por lo menos otros 12 meses?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis y/o reumatismo | <input type="checkbox"/> Trastornos mentales, demencia |
| <input type="checkbox"/> Trastornos en la visión | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Trastornos auditivos | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Trastornos respiratorios | <input type="checkbox"/> Insomnio |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Trastornos digestivos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de memoria | <input type="checkbox"/> Trastornos en los órganos genitales y/o urinarios |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | |
| <input type="checkbox"/> Depresión y/o tristeza | |

C. Apoyo social (funcional y estructural)

8. A continuación le voy a leer una lista de diversas situaciones de la vida cotidiana para que indique el grado de apoyo que recibe en cada una de ellas...

	Más de lo deseado	Tanto como desea	Bastante pero menos de lo deseado	Mucho menos de lo deseado	Ninguno
Recibe invitaciones para distraerse y salir con otras personas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Recibe cariño y apoyo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Tiene posibilidad de hablar con alguien de sus problemas (personales, familiares...) bien sea con sus amigos, en su casa...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Cuenta con personas que se preocupan de	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

lo que le sucede

Recibe consejos útiles

cuando le sucede

algún acontecimiento

importante en su vida

1 2 3 4 5

Recibe ayuda cuando

está enfermo en la

cama

1 2 3 4 5

9. A continuación le voy a leer una serie de frases, por favor, dígame en qué grado está Vd. de acuerdo con cada una de ellas...

	Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Poco de acuerdo	Nada de acuerdo
En los últimos años he recuperado el contacto con mis amigos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Mi círculo de amigos es el de toda la vida	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
No tengo amigos, sólo conocidos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ahora tengo más amigos que antes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
En los últimos años, tengo nuevos amigos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Tengo amigos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

de confianza o íntimos

Ahora tengo

menos amigos 1 2 3 4 5

que antes

D. Servicios sociales comunitarios

10. Le voy a leer una lista de servicios o ayudas que las instituciones pueden prestar a personas mayores. Me gustaría que me dijese, si ya lo conocía o había oído hablar de él.

	Sí	No
Atención diurna en centros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayudas a domicilio (tareas del hogar y cuidados personales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayudas a los cuidadores informales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayudas para adaptar la vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayudas técnicas (ej. silla de ruedas, cama articulada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida y lavandería a domicilio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cursos, talleres, Universidad de Mayores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estancia temporal en residencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programas de vacaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Residencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telealarma/teleasistencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termalismo/balnearios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viviendas tuteladas o apartamentos con servicios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Y de los que conoce ¿cuáles está utilizando ahora o ha utilizado en los últimos 12 meses, y cuáles no ha utilizado nunca?

	Utiliza o ha utilizado en los últimos 12 meses	No utiliza
Atención diurna en centros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayudas a domicilio (tareas del hogar y cuidados personales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayudas a los cuidadores informales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ayudas para adaptar la vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayudas técnicas (ej. silla de ruedas, cama articulada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida y lavandería a domicilio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cursos, talleres, Universidad de Mayores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estancia temporal en residencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programas de vacaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Residencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telealarma/teleasistencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termalismo/balnearios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viviendas tuteladas o apartamentos con servicios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. Apoyo percibido por el cuidador

12. ¿Recibe ayuda por parte de sus familiares y/o amigos?

Sí No

13. ¿Recibe ayuda por parte de otras personas (personal remunerado)?

Sí No

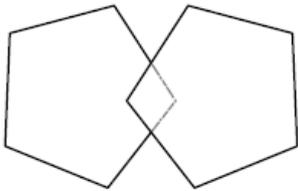
14. ¿Siente usted que necesita más ayuda de la que recibe?

Sí No

Anexo 4. Mini Examen Cognoscitivo (MEC)

Edad _____

Ocupación _____ **Nivel educativo** _____

		PUNTOS
1.- Dígame el Día:		
A) Día..... B) Fecha..... C) Mes.....		
D) Estación..... E) Año.....		.....(5)
2.- ¿Dónde estamos?		
A) Ciudad..... B) Provincia..... C) País.....		
D) Lugar..... E) Planta.....		.....(5)
3.- Repita estas tres palabras: Peseta-Caballo-Manzana (Repetirlas hasta que las aprenda y contar intentos) N° de intentos _____		
4.- Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando? Repita estos números: 5-9-2 (Hasta que los aprenda). Ahora, hacia atrás		.....(5) .....(3)
5.- ¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?		.....(3)
6.- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto? Repetirlo con un RELOJ		.....(2)
7.- Repita esta frase: "En un trigal había cinco perros"		.....(1)
8.- Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde? ¿Qué son el perro y el gato?		.....(2)
9.- Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa		.....(3)
10.- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS		.....(1)
11.- Escriba una frase:		.....(1)
12.- Copie este dibujo:		
		.....(1)
TOTAL (35)		.....

Fuente: Lobo et al. (1999)

Anexo 5. Test de escala funcional de Barthel

Actividad	Puntos
Alimentarse	
0 = Dependiente	
5 = Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, etc. o requiere una dieta modificada	
10 = Independiente	
Baño	
0 = Dependiente	
5 = Independiente (o en la ducha)	
Aseo personal	
0 = Necesita ayuda con su cuidado personal	
5 = Independiente: cara/pelo/dientes/afeitarse (instrumentos proporcionados)	
Vestirse	
0 = Dependiente	
5 = Necesita ayuda pero puede hacer la mitad sin ayuda	
10 = Independiente (incluyendo botones, cremallera, cordones, etc.)	
Control intestinal	
0 = Incontinente	
5 = Ocasional	
10 = Continente	
Vejiga	
0 = Incontinente, o cateterizado e incapaz de manejar solamente	
5 = Accidente ocasional	
10 = Continente	
Uso del retrete	
0 = Dependiente	
5 = Necesita cierta ayuda, pero puede hacer algo por sí mismo	
10 = Independiente (por intervalos, vistiéndose, limpiándose)	
Transferencias (de la cama al sofá y volver hacia atrás)	
0 = Incapaz, ningún equilibrio sentado	
5 = Ayuda dirigida (una o dos personas, física), puede sentarse	

10 = Ayuda de menor importancia (verbal o física)

15 = Independiente

Movilidad (en superficies llanas)

0 = Inmóvil o \leq 50 metros

5 = Independiente en silla de ruedas, incluso en esquinas, > 50 metros

10 = Camina con ayuda de una persona (verbal o física) > 50 metros

15 = independiente (puede utilizar alguna ayuda; por ejemplo, bastón) > 50 metros

Escaleras

0 = Incapaz

5 = Necesita ayuda de una persona (verbal, física)

10 = Independiente

TOTAL _____

Fuente: Mahoney y Barthel (1965)

Anexo 6. Escala de sobrecarga del cuidador

Después de leer cada frase, indique con que frecuencia se siente usted de esa manera: Nunca: 1, Casi nunca: 2, A veces: 3; Frecuentemente: 4, Casi siempre: 5

Ítem	Pregunta	Puntuación
1	¿Siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente estresado al tener que cuidar a su familiar y tener que atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por el comportamiento de su familiar?	
5	¿Se siente irritado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos y otros miembros de su familia de una forma negativa?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familia?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agotado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide,	

	como si fuera la única persona con la que puede contar?
15	¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?
16	¿Siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?
22	En general, ¿se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?
	Total

Fuente: Zarit et al. (1980) y Martín et al. (1996)