



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE MEDICINA

**Dependencia y calidad de vida de las personas
mayores ingresadas en residencias de la Región
de Murcia**

D^a. Esther Acevedo Alcaraz

2015



INSTITUTO UNIVERSITARIO DE INVESTIGACIÓN EN
ENVEJECIMIENTO

**Dependencia y calidad de vida de las personas
mayores ingresadas en residencias de la Región de
Murcia**

D^a. Esther Acevedo Alcaraz

AÑO 2015



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D. Vicente Vicente Ortega, Catedrático de Universidad del Área
de Anatomía Patológica y
Presidente Comisión Académica programa doctorado *
Envejecimiento, INFORMA:

Que una vez evaluado, de conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 21 del Reglamento de doctorado de la Universidad de Murcia, el expediente completo de la tesis doctoral titulada "Dependencia y calidad de vida de las personas mayores ingresadas en residencias de la Región de Murcia", realizada por D^a Esther Acevedo Alcaraz , bajo la inmediata dirección y supervisión de D. Juan Benito Martínez y D. Conrado Navalón Vila , esta Comisión Académica, en sesión celebrada en fecha 10/09/2015, ha dado su autorización para su presentación ante la Comisión General de Doctorado.

Murcia, a 10 de septiembre de 2015

Doctorando: D^a. Esther Acevedo Alcaraz

Mod: T-40



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

**D. JUAN BENITO MARTÍNEZ, PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE
TEORÍA E HISTORIA DE LA EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE
MURCIA**

AUTORIZA:

La presentación de la Tesis de Doctoral titulada “**DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES INGRESADAS EN RESIDENCIAS DE LA REGIÓN DE MURCIA.**”, presentada por D^a. **ESTHER ACEVEDO ALCARAZ**, se ha realizado bajo mi inmediata dirección y supervisión, en el Departamento de **TEORÍA E HISTORIA DE LA EDUCACIÓN**, y que se presenta para la obtención del grado de Doctor por la **Universidad de Murcia**.

En Murcia, a 5 de septiembre de 2015.



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D. CONRADO NAVALÓN VILA, SECRETARIO DE LA FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA BÁSICA Y METODOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA

AUTORIZA:

La presentación de la Tesis de Doctoral titulada **“DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES INGRESADAS EN RESIDENCIAS DE LA REGIÓN DE MURCIA.”**, presentada por D^a. **ESTHER ACEVEDO ALCARAZ**, se ha realizado bajo mi inmediata dirección y supervisión, en el Departamento de **PSICOLOGÍA BÁSICA Y METODOLOGÍA**, y que se presenta para la obtención del grado de Doctor por la **Universidad de Murcia**.

En Murcia, a 5 de septiembre de 2015.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, al **Prof. Dr. Juan Benito Martínez**, por su compañía, por su ayuda, por su paciencia y su dedicación. Gracias por apoyarme desde el principio y seguir ahí a pesar de todos los contratiempos.

Al **Prof. Dr. Conrado Navalón Vila**, por su ayuda e interés. El apoyo tiene múltiples facetas y él las ha cubierto todas.

Al **Prof. Dr. Miguel Alcaraz Baños** ha sido siempre una referencia, un espejo del que aprender cada día.

Al Prof. Dr. **Manuel Canteras Jordana**, Catedrático de Bioestadística, por su ayuda en el análisis e interpretación de los resultados obtenidos.

A **José Antonio López Morata**, **Amparo Olivares** y **R. Bernal** por su interés y apoyo, ya que al presentar nuestra comunicación científica aumentó nuestra confianza en este trabajo al conseguir el premio a la mejor comunicación científica en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología 2015, celebrado en San Sebastián este mismo año.

Al **Instituto de Investigación Universitario en Envejecimiento de la Universidad de Murcia**, porque con su creación y desarrollo inicial me ha permitido volver a mi tierra, realizar el postgrado, superarlo con una Tesis Fin de Máster que finalmente ha sido la base de esta Tesis Doctoral. Al **Prof. Vicente Vicente Ortega**, Director del Instituto durante estos años, que con su estímulo e ilusión ha sido capaz de conseguir los medios necesarios para el desarrollo de este trabajo. También a su gerente, **Manuel Saura**, con quien además de haber compartido muchas horas de trabajo, nos une el interés por la problemática social de este grupo de personas mayores.

A las **personas mayores** a las que he entrevistado para participar en este estudio, por su tiempo, su interés y su predisposición a responder siempre con una sonrisa. Ellos/as son la esencia de este trabajo.

A las **trabajadoras sociales** de las residencias para personas mayores de la Región de Murcia que me han permitido acceder a sus instalaciones para realizar este estudio. Su esfuerzo y su trabajo diario, en un contexto con frecuencia muy difícil, conlleva un enorme

mérito en la labor que llevan a cabo. Les doy las gracias por su colaboración desinteresada. Ellas inspiran este trabajo.

A **Cris** por darme fuerzas y creer en mí, incluso en los momentos en los que yo ya no lo conseguía. Gracias por esas palabras cuando más falta me hacía y por tu paciencia infinita. Los días más difíciles del trabajo se convertían entonces en buenos momentos.

A todas las personas que me han acompañado durante estos años, en especial a **Rocío, Víctor, Juanjo, José...**, que de una forma u otra han hecho posible alcanzar el final de este trabajo, tanto por vuestras palabras de aliento como por vuestros sabios consejos.

A mi **ahijada Rocío y a mi sobrina Abril**, tan pequeñas y sin que ellas lo supieran, en los momentos difíciles sus miradas inocentes me daban las fuerzas para continuar.

Y por último a mi **madre**. Ella ha sido mi impulso y mi apoyo incondicional cada día. Gracias por tus consejos, ánimo y paciencia.

*A mis padres y hermana por su apoyo,
y a Cris por creer en mí.*

INDICE

	Pag.
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	8
II.1. Un perfil de las personas mayores en España.....	10
II.1.1. Longevidad y estado de salud.....	11
II.1.2. Características sociales y otras.....	20
II.2. Un perfil de las residencias para mayores en España.....	27
II.2.1. Características de actividades dependientes en los mayores.....	44
II.3. Evolución y estructura de la población en situación de dependencia en España.....	54
II.3.1. Marco legislativo de las personas en situación de dependencia en España..	54
II.3.2. Las cifras de la dependencia funcional.....	60
II.3.3. Características sociodemográficas.....	61
II.3.4. Prevalencia de las limitaciones en las actividades de la vida diaria.....	64
II.3.5. Principales enfermedades asociadas a la dependencia.....	67
II.3.6. Severidad.....	6;
II.3.7. La recepción de ayuda personal.....	70
II.4. La situación actual de la dependencia en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.....	75
CAPÍTULO III. OBJETIVOS	86
CAPÍTULO IV. MATERIAL Y MÉTODO	89
IV.1. Residencias de mayores.....	91
IV.1.1. Residencia “Los Almendros”.....	92
IV.1.2. Residencia Internacional “Villademar”.....	94
IV.1.3. Residencia “Asociación Edad Dorada Mensajeros de la Paz”.....	96
IV.1.4. Residencia “Lozar”.....	97
IV.1.5. Residencia “Los Marines”, S.L.....	98
IV.2. Población estudiada.....	99
IV.3. Análisis estadístico.....	109
CAPÍTULO V. RESULTADOS	110
V.1. Sexo.....	112
V.2. Edad.....	113
V.3. Número de hijos.....	114

V.4. Nivel de estudios.	116
V.5. Situación laboral.	117
V.6. Estado civil.	118
V.7. Necesitan ayuda para comer.	119
V.8. Necesitan ayuda para vestirse.	120
V.9. Necesitan ayuda para lavarse/baño.	121
V.10. Necesitan ayuda para usar el retrete.	122
V.11. Necesitan ayuda para orinar.	124
V.12. Necesitan ayuda para hacer sus deposiciones.	125
V.13. Necesitan ayuda para arreglarse/aseo personal.	126
V.14. Necesitan ayuda para trasladarse.	127
V.15. Necesitan ayuda para deambular.	129
V.16. Necesitan ayuda para subir escalones.	130
V.17. Necesitan ayuda para llamar por teléfono.	131
V.18. Necesitan ayuda para realizar compras.	132
V.19. Necesitan ayuda para preparar la comida.	134
V.20. Necesitan ayuda para el cuidado de su habitación.	135
V.21. Necesitan ayuda para el lavado de la ropa.	137
V.22. Uso del medio de transporte.	138
V.23. Toma de su medicación.	140
V.24. Manejo de sus asuntos económicos.	141
V.25. Tipo de habitación.	143
V.26. Estancia en residencia.	144
V.27. Tipo de ayuda formal (recursos sociales).	145
V.28. Tipo de ayuda formal (recursos sanitarios).	146
V.29. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.	148
V.30. Ingresos mensuales (€).....	149
V.31. Procedencia de los ingresos mensuales.	151
V.32. Enfermedades que padecen y/o reciben tratamiento.....	153
V.33. Satisfacción que tienen de la vida diaria.....	155
V.34. Renuncia a actividades e intereses.....	157
V.35. Sienten que su vida está vacía.	158
V.36. Se encuentran a menudo aburrido/a.....	159

V.37. Se encuentran alegres y optimistas.....	160
V.38. Temor a que les pase algo malo.....	162
V.39. Se sienten feliz la mayor parte del tiempo.....	163
V.40. Se sienten sin esperanza.	164
V.41. Prefieren quedarse en casa o salir y hacer cosas nuevas.....	165
V.42. Les da la impresión de que tienen más fallos de memoria.....	166
V.43. Si creen que es agradable estar vivo.	168
V.44. Se les hace duro empezar nuevos proyectos.....	169
V.45. Se sienten llenou de energía".....	170
V.46. Sienten que su situación es angustiosa, desesperada.....	171
V.47. Si creen que otros viven económicamente mejor.....	172
V.48. Escala de Yesavage.	174
V.49. Índice de Barthel.	176
V.50. Índice de Lawton y Brody.	178
V.51. Cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud, específico para su empleo en personas mayores (WHOQoL-BREF).....	180
V.51.1. Valoración global de la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas en residencias.....	180
V.52. Interpretación de los resultados estadísticos en ambas poblaciones de mayores...	183
V.52.1. Personas mayores que viven con su familia.....	183
V.52.2. Personas institucionalizadas en residencias para mayores.....	185
CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN.....	187
CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES.....	206
CAPITULO VIII. RESUMEN.....	209
CAPÍTULO IX. BIBLIOGRAFÍA.....	214
CAPÍTULO X. ANEXOS.....	234

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La presente investigación realiza un análisis de la situación en la que se encuentran las personas mayores, de 60 o más años, institucionalizadas en residencias para mayores, de la tercera edad, en comparación con la que presentan las personas mayores que residen junto con sus familias.

La población española ha sufrido, y está sufriendo, un cambio demográfico significativo debido al progresivo aumento de su esperanza de vida (como se verá en capítulos posteriores). Tras este cambio, que es claramente palpable en nuestro alrededor, en nuestra realidad cotidiana, resulta impactante la escasez y la dificultad de encontrar estudios que describan y analicen las necesidades de las personas mayores que viven sus últimos años institucionalizados en una residencia para mayores, sobre todo teniendo en cuenta el incremento de esta población. Previamente hemos descrito que probablemente esta situación se deba a que las residencias se comportan como instituciones “cerradas”, aisladas e independientes, incluso como un pequeño “microcosmos” social muy aislado, por lo que resulta difícil detectar sus necesidades sociales y sanitarias a través de variables cuantitativas y cualitativas.

Antes de continuar y para evitar cualquier confusión, debemos exponer que se ha empleado la denominación “*personas mayores institucionalizadas en residencias*” para definir aquellas personas que teniendo 60 o más años se encuentran ingresadas temporal o permanentemente en un centro gerontológico (residencia) en donde se realizan las actividades para el desarrollo de su autonomía personal así como la atención integral de todas sus necesidades; y “*personas mayores que viven con sus familias*” para aquellas personas mayores de 60 o más años que residen en su propia vivienda solos o con algún miembro de su familia, o bien que viven en la vivienda de otros familiares conviviendo con ellos.

La tesis contempla dos objetivos generales: el primero pretende analizar las características sociodemográficas, la capacidad funcional, el nivel de dependencia física y psíquica así como los síntomas depresivos de las personas mayores institucionalizadas en residencias en comparación con las personas mayores que viven con su familia; así como evaluar la calidad de vida de estas personas mayores institucionalizadas en residencias en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Para ello, se ha confeccionado un cuestionario validado que revise las características sociodemográficas (sexo, edad, número de hijos, nivel de estudios, estado civil y nivel económico), y en el que se incorporan diferentes índices estandarizados como el I. de Barthel, que evalúa las Actividades Básicas de la Vida Diaria (en adelante, ABVD); el I. de Lawton y Brody, que valora las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (en adelante, AIVD); el I. de Yesavage, que supone una escala geriátrica que mide los síntomas depresivos; y Calidad de Vida de OMS reducido (Bref) (en adelante, WHOQoL-Bref) que permite valorar la perspectiva propia de las personas mayores ante su situación “autovalorada”. Se ha pretendido, de este modo, una evaluación científica de la capacidad funcional, del grado de dependencia y autonomía, de los síntomas depresivos y de la calidad de vida autovalorada por los propios mayores institucionalizados en residencias.

El segundo objetivo, intenta determinar el grado de conocimiento de las personas mayores institucionalizadas en residencias y la de las personas mayores que viven con su familia para reconocer su situación legal-administrativa respecto de la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (en adelante, Ley 39/2006). Permitiría determinar

el nivel de conocimiento que tienen nuestros mayores de las prestaciones sociales de las que pudieran ser potenciales beneficiarios.

El estudio pretende ofrecer un análisis concreto de la situación actual de las personas mayores que residen institucionalizadas en residencias respecto a la situación de las personas mayores que viven con su familia en el ámbito geográfico de la Región de Murcia, así como su comparación con otros estudios de ámbito nacional e internacional.

El presente trabajo se estructura en torno a 10 capítulos. En el primer capítulo se realiza una presentación del trabajo de investigación realizado durante estos años. En el segundo capítulo se aborda el análisis teórico y bibliográfico previo respecto a los estudios y publicaciones previas que muestran la complejidad y la evolución demográfica y social de las personas mayores con el incremento de la esperanza de vida y de la longevidad. Destaca la preocupación social existente ante este fenómeno con la necesidad de un envejecimiento activo con un buen estado de salud evidente ya desde mediados del S.XX y de las proyecciones de la evolución de la población envejecida a largo plazo, tanto en la Unión Europea, como en España, destacando la situación específica de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Además, se describen algunas características de los diferentes perfiles de residencias para mayores existentes en España. Destacan tres tipos de residencias o instituciones para mayores en base a su forma de gestión, es decir, en función de la entidad propietaria del centro (Libro Blanco Dependencia, 2004; Fernández, 2009). Específicamente, en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, el 66,7% son residencias privadas con un número de plazas concertadas con instituciones públicas (como se verá más adelante, son las denominadas *residencias concertadas*). Suponen la tipología de residencia predominante de la comunidad y por ello, las residencias seleccionadas para este estudio son las residencias concertadas. Se indaga sobre las principales actuaciones legales que abordan los diferentes aspectos que afectan a las personas mayores que precisan ayuda para realizar sus actividades de la vida diaria (en adelante, AVD) o lo que es lo mismo, se encuentran en situaciones de dependencia tanto física como psíquica.

En el tercer capítulo se desarrollan los aspectos fundamentales que orientan el diseño del estudio empírico realizado, concretamente la definición de los objetivos que se pretenden alcanzar con esta investigación.

En el cuarto capítulo se expone el material y método utilizado para realizar con rigor este estudio. Teniendo en cuenta la complejidad del fenómeno estudiado, los objetivos y la metodología empleada se basan, fundamentalmente, en la utilización de técnicas de carácter cuantitativo (cuestionario elaborado a través de índices y escalas estandarizadas), complementadas con análisis documental. Este enfoque metodológico nos permite recoger información de manera concreta, siguiendo los índices, para luego obtener un resultado total de autonomía personal o diferentes grados de dependencia para realizar las ABVD, las AIVD, existencia de patologías crónicas y de síntomas depresivos y qué dominio, en la calidad de vida, se ve más afectado.

En el quinto capítulo se muestran los resultados más significativos que hemos obtenidos tras la recogida de datos a partir de un grado de significación de 0,0005 ($p < 0,0005$) analizados a doble ciego y de forma independiente por el Área de Bioestadística del Departamento de Ciencias Sociosanitarias de la Universidad de Murcia, adscrita al Instituto de Investigación en Envejecimiento de la Universidad de Murcia. Estos resultados muestran un grado de dependencia física/psicológica severa en los mayores institucionalizados en residencias respecto a los mayores que viven con su familia ($p < 0,0005$). El 44,3% de los mayores institucionalizados en residencias son dependientes para las ABVD, mientras que sólo el 20% de los mayores presentan algún grado de independencia; el 80,7% de los mayores institucionalizados en residencias son dependientes para las AIVD, y sólo el 4,7% son autónomos mostrando en todos los casos diferencias significativas con los mayores que viven con sus familias ($p < 0,0005$). Además, hemos detectado diferentes aspectos sociodemográficos diferenciales entre ambos grupos. También se aprecia un significativo desconocimiento de las posibilidades en la aplicación de la Ley 39/2006, que alcanza al 70,7% en las personas mayores institucionalizadas en residencias respecto al 26,7% de los mayores que viven con su familia ($p < 0,0005$). Finalmente, se recogió información sobre la calidad de vida de estas personas mayores con el fin de conocer la situación de los cuatro dominios que revisa la escala de WHOQoL-Bref.

En el sexto capítulo se presenta un intercambio de puntos de vista, debates, experiencias y críticas de diferentes autores sobre los aspectos que se abordan en este estudio. En este capítulo se discuten los resultados obtenidos en esta tesis doctoral. Sorprendentemente algunos estudios previos afirman que los mayores que viven institucionalizados en residencias para mayores disfrutan de mejor salud, mayor autonomía y movilidad y requieren menos servicios y cuidados sanitarios que los que viven con su familia (Erdil, Celik, Elik y Baybuga, 2006; Damián, Pedro-Cuesta, Almazán, Comín-Comín, Quintanilla y Lobo, 2013). Sin embargo, nuestros resultados muestran lo contrario, las personas mayores institucionalizadas son más dependientes y gozan de peor salud que las que viven con su familia, necesitando generalmente de mayor cantidad y frecuencia de cuidados sociales y sanitarios. El análisis empírico y cuantitativo ofrece un conocimiento real y actual de la situación de las personas mayores institucionalizadas en residencias en el ámbito de nuestra Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, contrastando con las tendencias descritas en otros estudios en nuestro país durante los últimos años.

En el séptimo capítulo se recoge las conclusiones del estudio que pretenden dar respuesta, dentro de las posibilidades del estudio, a los objetivos propuestos previamente.

En el octavo capítulo se presenta el resumen en español y en inglés de esta tesis doctoral.

Finalmente, los dos últimos capítulos son: las referencias bibliográficas revisadas durante el trabajo realizado, y los anexos donde se presentan tres: el primero, recoge el cuestionario utilizado en las entrevistas realizadas con cada una de las personas mayores mediante el que se ha realizado la recogida de datos, estando confeccionado a su vez incorporando tres índices utilizados en esta investigación (Índice de Barthel, Índice de Lawton y Brody y la Escala de Yesavage). En el segundo anexo, se muestra el cuestionario de la calidad de vida elaborado por la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) para evaluar los cuatro aspectos que recoge (el estado de salud, el estado psicológico, las relaciones personales y el medio ambiente), tras haber obtenido la autorización correspondiente por escrito para su utilización en

este estudio. Y el tercer anexo muestra las tablas de contingencias del análisis estadístico cuantitativo obtenido es gp"este estudio.

Este trabajo de investigación supone una línea de investigación innovadora y de alto interés para el futuro debido a las proyecciones demográficas y de longevidad de la población de mayores de nuestra Comunidad Autónoma. Pretende aportar resultados cuantitativos y un conocimiento actualizado y real de la situación de estas personas mayores institucionalizadas que permita una adecuación de las necesidades físicas, y sociales que permita una política social dirigida a resolver los problemas reales de nuestros mayores institucionalizados y en donde el trabajador social debe asumir el liderazgo en la realización de los estudios de investigación en los aspectos sociales y sanitarios de estos mayores; en la convicción de que el conocimiento de las necesidades reales de nuestros mayores permitirá en un futuro elaborar formas de intervención social para mejorar su calidad de vida y su integración en estas instituciones.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

II. MARCO TEÓRICO

En este capítulo se realiza la recopilación de los estudios teóricos y bibliográficos previos que abordan las investigaciones que describen la complejidad y la evolución de las características sociales y sanitarias de las personas mayores que se han intensificado por el incremento de la esperanza de vida y la longevidad progresiva que se ha ido produciendo en las últimas décadas. Existe una significativa preocupación ante este fenómeno por conseguir un envejecimiento con un buen estado de salud desde mediados del pasado S.XX ante las proyecciones realizadas sobre el crecimiento de la población a largo plazo, tanto en la Unión Europea, como en España y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Por ello, además, se investigan los diferentes perfiles de las residencias para mayores existentes en España que permitan una mejor adaptación de las necesidades reales de la población envejecida. En este sentido, se describen tres tipos de residencias para mayores en base a la forma de gestión, es decir, en función de la entidad propietaria que gestiona el centro (Libro Blanco Dependencia, 2004; Fernández, 2009), dónde se recogen los criterios para distinguir los diferentes tipos de residencias más frecuentemente ubicadas en las Comunidades Autónomas españolas. En la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia más del 50% se describen como residencias “concertadas”. Por ello, las residencias seleccionadas para nuestro estudio serán residencias privadas concertadas debido a que son predominantes en nuestra comunidad. A continuación, se describirán las principales actuaciones legales que abordan los

aspectos más significativos que afectan a las personas mayores que precisan ayuda para realizar sus AVD o lo que es lo mismo, en situaciones de diferentes grados de dependencia física o psíquica.

II.1. UN PERFIL DE LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA.

El envejecimiento en España sigue su evolución progresiva durante las últimas décadas y a 1 de enero de 2014 se contabilizan 8.442.427 de personas mayores de 65 o más años, comprendiendo el 18,1% del total de la población española, estimada en 46,7 millones de personas. Según datos provisionales publicados en el Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1 de enero de 2015, el número de la población total disminuye en 170.392, situándose en 46,6 millones de personas. A pesar de ello, crece la proporción de octogenarios que alcanzan el 5,2% de toda la población española. Entre los años 1958-1977 nacieron casi 14 millones de niños/as, es decir, 4,5 millones más que en la década de los años 80-90 y 2,5 más que en la década 2000-2010. Este fenómeno es conocido como la generación del “baby-boom”, y se corresponden con los españoles que actualmente se encuentran en edad laboral (ver Tabla 1, Gráfica 1). La proyección de la población para el año 2024, describe que su llegada a la jubilación laboral provocará una presión en los sistemas de protección social que incrementará el gasto de forma extraordinaria (Abellán y Pujol, 2015).

Aunque nacen más varones que mujeres y este exceso se mantiene durante muchos años, se alcanza el equilibrio hacia los 50 años de edad, siendo el sexo femenino el que predomina durante la vejez, con un 34% más de mujeres (4.828.972) que de varones (3.613.455) (Abellán et al., 2015). Se ha descrito que *“el número de personas con 85 o más años por cada 100 aumenta progresivamente, y las personas que tienen entre 45 y 65 años ha ido aumentando progresivamente estimándose que seguirá haciéndolo, de manera que cada vez serán menores los recursos familiares disponibles para apoyar un número tan alto de personas mayores”* (Abellán et al., 2015, p.8).

Las comunidades autónomas de Castilla y León, Galicia, Asturias y Aragón cuentan con la población más envejecida, superando el 20% de su población global; mientras que la Comunidad de las Islas Canarias, Baleares y la Comunidad de la Región de Murcia se encuentran por debajo del 15% (Abellán et al., 2014; 2015).

Tabla 1. Evolución de la población de mayores en España.

Años*	Total España	65 años y más		65-79 años		80 años y más	
	Absoluto	Absoluto	% respecto al total	Absoluto	% respecto al total	Absoluto	% respecto al total
1900	18.618.086	967.774	5,2%	852.389	4,6%	115.385	0,6%
1910	19.995.686	1.105.569	5,5%	972.954	4,9%	132.615	0,7%
1920	21.389.842	1.216.693	5,7%	1.073.679	5,0%	143.014	0,7%
1930	23.677.794	1.440.744	6,1%	1.263.632	5,3%	177.112	0,7%
1940	26.015.907	1.699.860	6,5%	1.475.702	5,7%	224.158	0,9%
1950	27.976.755	2.022.523	7,2%	1.750.045	6,3%	272.478	1,0%
1960	30.528.539	2.505.165	8,2%	2.136.190	7,0%	368.975	1,2%
1970	34.040.989	3.290.800	9,7%	2.767.061	8,1%	523.739	1,5%
1981	37.683.362	4.236.740	11,2%	3.511.599	9,3%	725.141	1,9%
1991	38.872.268	5.370.252	13,8%	4.222.384	10,9%	1.147.868	3,0%
2001	40.847.371	6.958.516	17,0%	5.378.194	13,2%	1.580.322	3,9%
2011	46.815.916	8.116.347	17,3%	5.659.441	12,1%	2.456.906	5,2%
2021	45.186.456	9.308.853	20,6%	6.450.649	14,3%	2.858.204	6,3%
2031	43.933.710	11.556.288	26,3%	7.926.115	18,0%	3.630.173	8,3%
2041	42.874.861	14.031.450	32,7%	9.180.903	21,4%	4.850.547	11,3%
2051	41.699.556	15.222.174	36,5%	8.848.227	21,2%	6.373.947	15,3%

*De 1900 a 2011 los datos son reales; de 2021 a 2051 se trata de proyecciones.

Fuente: INE: INEBASE:

1900-2001: Cifras de población.

2011: Cifras de población. Resultados nacionales, Censos de Población y Viviendas 2011

2021-2051: Proyecciones de la población a largo plazo. Consulta en enero de 2014.

II.1.1. LONGEVIDAD Y ESTADO DE SALUD.

Antes de comenzar este apartado, y para evitar cualquier confusión, debemos conceptualizar dos términos: *longevidad* y *esperanza de vida*. Entendemos por *longevidad* a la larga duración de la vida; mientras que empleamos *esperanza de vida* para referirnos al indicador que realiza comparaciones sobre la incidencia de la mortalidad en distintas poblaciones y sobre las condiciones de salud y nivel de desarrollo de una población. De este modo, se permite reflejar las consecuencias políticas, sociales y económicas del país.

La longevidad se ha incrementado de forma espectacular durante todo el siglo pasado, especialmente en los países occidentales. “En 1900 la esperanza de vida era de 34,8 años y en

2013 era de 82,1 años. El factor que más ha incidido en el aumento de la esperanza de vida es el descenso de la mortalidad, en especial el de la mortalidad infantil” (Abellán et al., 2013, p.12; Abellán et al., 2014, p.14). Las mujeres españolas tienen una esperanza de vida al nacer de 85,5 años y los varones de 79,5 años (ver Tabla 2), encontrándose entre las más altas de la Unión Europea (en adelante UE) (Abellán et al., 2015).

Tabla 2. Esperanza de vida al nacer y a los 65 años en distintos países europeos.

	Esperanza de vida al nacer		Esperanza de vida a los 65 años	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Unión Europea (28)	77,5	83,1	17,7	21,1
Alemania	78,6	83,3	18,2	21,2
Austria	78,4	83,6	18,1	21,3
Bélgica	77,8	83,1	17,7	21,3
Bulgaria	70,9	77,9	13,9	17,3
Chipre	78,9	83,4	17,9	20,4
Croacia	73,9	80,6	15,0	18,7
Dinamarca	78,1	82,1	17,5	20,2
Eslovaquia	72,5	79,9	14,6	18,5
Eslovenia	77,1	83,3	17,1	21,1
España	79,5	85,5	18,7	22,8
Estonia	71,4	81,5	14,8	20,3
Finlandia	77,7	83,7	17,8	21,6
Francia	78,7	85,4	19,1	23,4
Grecia	78,0	83,4	18,1	21,0
Hungría	71,6	78,7	14,3	18,1
Irlanda	78,7	83,2	18,0	21,1
Italia	79,8	84,8	18,5	22,1
Letonia	68,9	78,9	13,6	18,5
Lituania	68,4	79,6	14,1	19,2
Luxemburgo	79,1	83,8	18,4	21,4
Malta	78,6	83,0	17,6	21,0
Países Bajos	79,3	83,0	18,0	21,0
Polonia	72,7	81,1	15,4	19,9
Portugal	77,3	83,6	17,6	21,3
Reino Unido	79,1	82,8	18,5	20,9
República Checa	75,1	81,2	15,7	19,2
Rumanía	71,0	78,1	14,5	17,7
Suecia	79,9	83,6	18,5	21,1

Fuente: EUROSTAT. 2012. Consulta realizada en junio 2015.

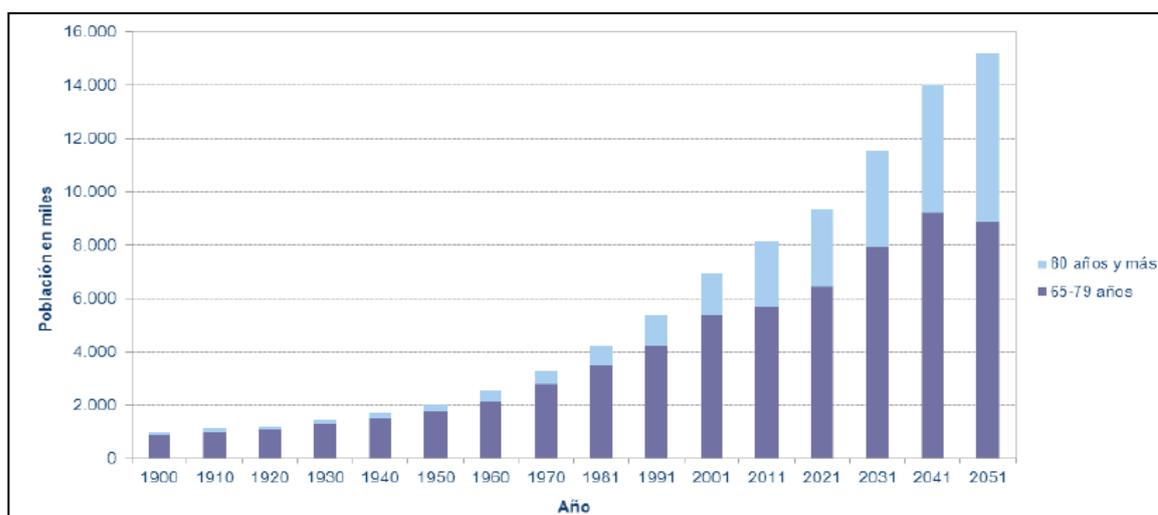
Nota: según INE (Tablas de mortalidad), España 2013: - Esperanza de vida al nacer: Hombres: 80,0 años. Mujeres: 85,6 años - Esperanza de vida a los 65 años: Hombres: 19,0 años. Mujeres: 22,9 años.

La esperanza de vida de las mujeres españolas es de las más altas de la UE, sólo superada por Francia; y, también la de los varones es de las más altas de la UE, sólo por debajo de Francia e Italia. Se sigue constatando un descenso de la mortalidad entre las edades

más altas lo que se supone que provocará todavía una mayor supervivencia de los mayores y, por tanto, un envejecimiento mayor de los ya existentes en la actualidad.

En su conjunto, se ha considerado que el patrón de mortalidad de la población española está determinado por las causas de muerte de los mayores en nuestra sociedad: las enfermedades degenerativas sustituyen a otras enfermedades que históricamente se habían considerado más importantes.

Gráfica 1. Evolución de la población de mayores en España, años 1900-2051



*De 1900 a 2011 los datos son reales; de 2021 a 2051 se trata de proyecciones.

Fuente: INE: INEBASE:

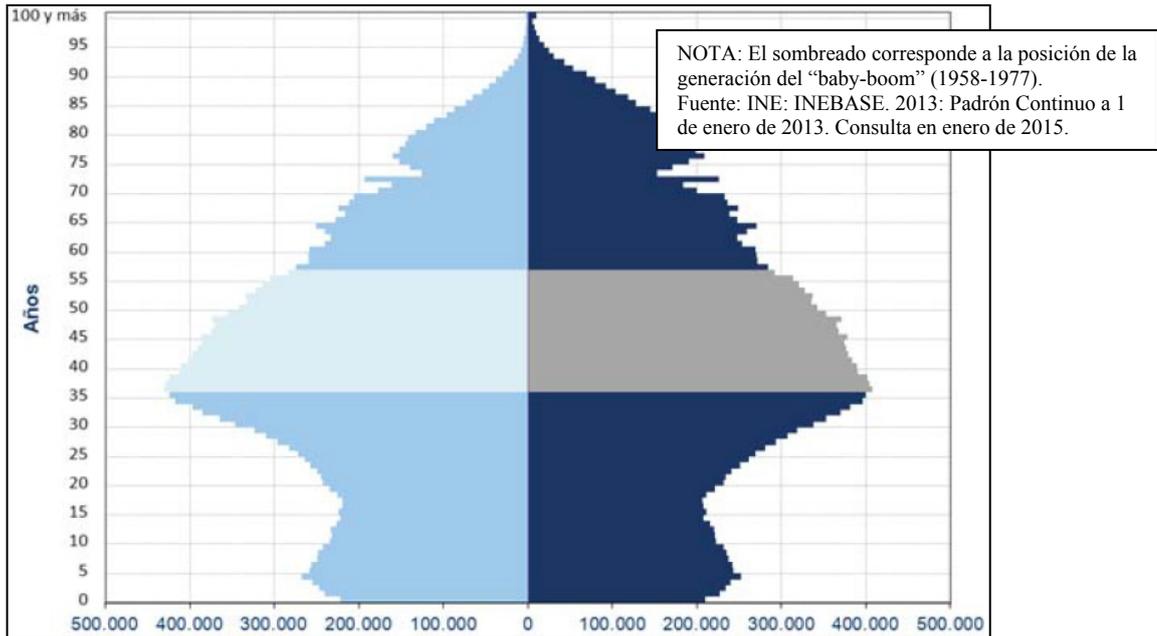
1900-2001: Cifras de población.

2011: Cifras de población. Resultados nacionales, Censos de Población y Viviendas 2011.

2021-2051: Proyecciones de la población a largo plazo. Consulta en enero 2014.

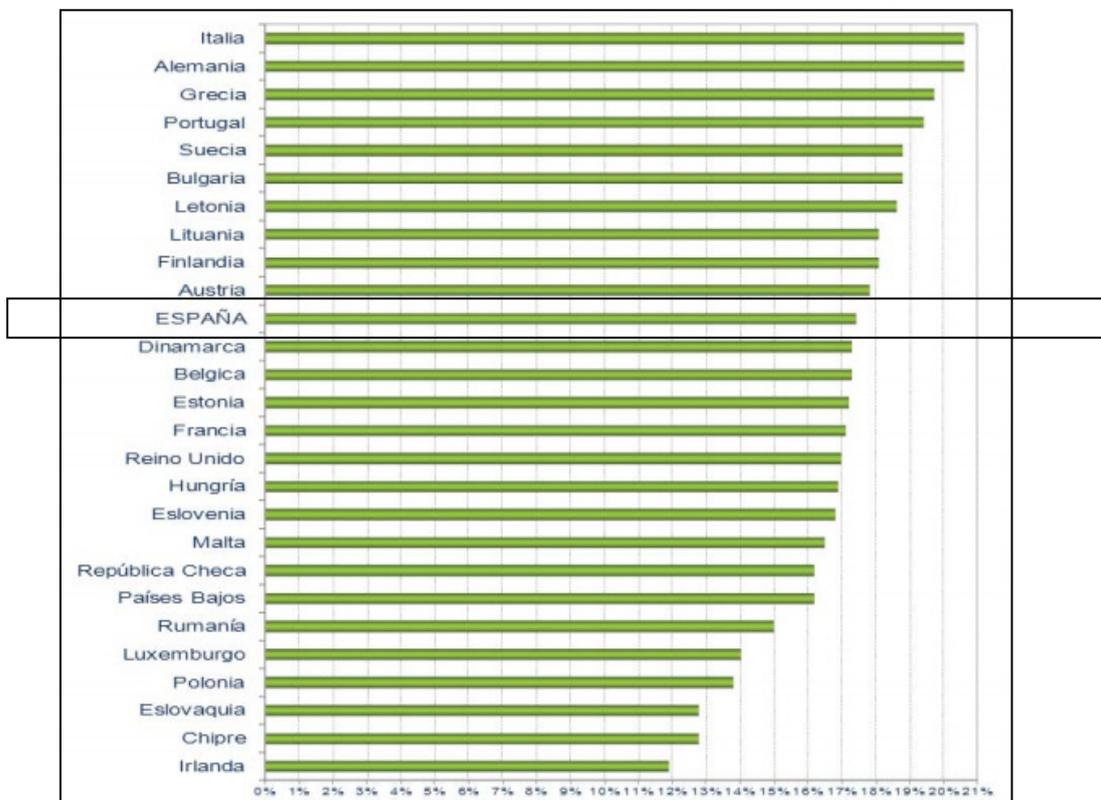
En 2001 se produce la inflexión en la historia demográfica de España: la población infantil de 0-14 años es superada por la de más de 65 años. Según la proyección del Instituto Nacional de Estadística (en adelante INE), en 2051 habrá más de 15 millones de personas de edad mayor o igual a 65 años (36,5% del total) (ver Gráfica 1 y 2).

Gráfica 2. Población española según sexo y edad.



“Los países desarrollados como Alemania, Francia, Reino Unido, Italia y España son los países de la UE con una cifra más alta de personas mayores, correspondiéndose también con los países más poblados. Sin embargo, Italia, Alemania, Grecia, Portugal y Suecia son los países más envejecidos en cifras relativas” (ver Gráfica 3) (Abellán et al., 2014, p.3).

Gráfica 3. Población de 65 o más años en la Unión Europea.



Fuente: 2012: EUROSTAT. Population on 1 January: Structure indicators (Abellán y Pujol, 2014).

Debido al incremento de la esperanza de vida y de la longevidad durante las últimas décadas, ha aparecido una preocupación a nivel nacional, europeo e internacional por llegar al envejecimiento en unas buenas/mejores condiciones de salud. Así, han aparecido nuevos conceptos como el del “envejecimiento activo”, definido por la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) como “*el proceso en el que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen*” (Como se citó en IMSERSO, 2011, p.16). El envejecimiento activo permite que las personas desarrollen su potencial de bienestar físico y social; centrando el interés en las personas mayores y en la importancia de presentar una imagen pública positiva de este colectivo (IMSERSO, 2011). De esta forma, lo que se pretende es potenciar las capacidades de las personas que van envejeciendo para poder llevar una vida productiva y beneficiosa en la economía y en la sociedad a través de políticas sociales, como por ejemplo, el voluntariado de las personas mayores, aportando un efecto positivo entre éstas (Medina et al., 2011; 2015). Por ello, algunos autores han considerado importante estudiar a las personas mayores españolas institucionalizadas en residencias debido a que son quienes presentan mayor porcentaje de discapacidad física o psíquica y pueden ser los casos de mayor severidad e intensidad (Abellán et al., 2015).

Se ha descrito que, además, la persona principal que cuida de los hombres mayores con dependencia es su cónyuge, seguida de su hija. En el caso de las mujeres mayores que necesitan ayuda, son las hijas las que fundamentalmente se hacen cargo de los cuidados de su madre (Abellán et al., 2015). Se ha considerado que esta situación es debida a que el sexo predominante en el grupo de personas mayores de 65 años son mujeres, siendo muy frecuente la viudez. En el caso de los varones de más de 65 años, el 77,9% están casados.

El porcentaje de personas mayores de 65 o más años son analfabetas, aunque esta cifra ha disminuido durante los últimos 40 años en España; aumentando a su vez el porcentaje de las personas mayores que tienen estudios secundarios y/o superiores. El bajo nivel de estudios entre las personas mayores de 65 o más años refleja antiguas situaciones de escasez educacional (escuelas, maestros) y condiciones de vida que no permitieron entrar o continuar en el sistema educativo. Se ha observado un menor uso de las tecnologías de la información y la comunicación en el grupo de edad que engloba a las personas de 65 a 74 años, lo que marca

una brecha digital respecto al resto de la población. A pesar de ello, entre los años 2007 y 2014 se ha constatado un incremento notable en el uso de Internet por las personas mayores (Abellán et al., 2015).

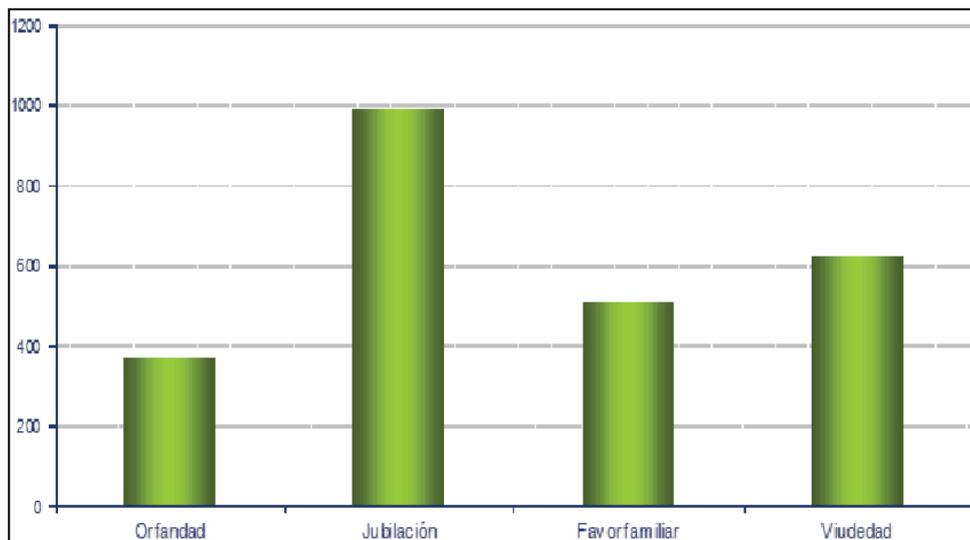
El patrón de mortalidad es disimétrico según el sexo: los varones empiezan a morir antes que las mujeres. La principal causa de muerte entre los mayores está relacionada con enfermedades del aparato circulatorio. La segunda causa de muerte la constituyen las enfermedades oncológicas; y en tercer lugar, a mayor distancia, se encuentran las enfermedades respiratorias. Destaca el aumento de mortalidad por enfermedades mentales y nerviosas (demencias, Alzheimer) en los últimos lustros (Abellán y Pujol, 2013; Abellán et al., 2014; 2015).

Hoy día, se sigue entendiendo la salud como *“el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (OMS, 1948, p.1). Por tanto, teniendo en cuenta esta definición, el estado de salud subjetivo es muy importante, entendiéndose éste como la percepción que tiene la propia persona de su salud. El estado de salud subjetivo varía poco entre diferentes encuestas. *“El 75,3% de la población percibe su estado de salud como bueno o muy bueno. Los hombres declaran un mejor estado de salud que las mujeres (el 79,3% de los hombres declara tener un estado de salud bueno o muy bueno, frente al 71,3% de las mujeres)”*. Sin embargo, *“la percepción de un estado de salud bueno o muy bueno disminuye con la edad. En el grupo de 85 y más años, solo el 32,1% de los hombres y el 29,0% de las mujeres perciben su estado de salud como positivo”* (ENS, 2012, p.1). Así, por tanto, las percepciones negativas aumentan también con la edad, manteniéndose el sexo como un factor diferenciador de la salud subjetiva.

La tasa de discapacidad física o psíquica crece también con la edad; a los 80 años, más de la mitad de los españoles presentan problemas para actividades habituales de la vida cotidiana; poniéndose de manifiesto que también es mayor en los analfabetos, en los viudos y en los que viven en instituciones residenciales.

Además, se ha descrito que prácticamente la totalidad de las personas mayores reciben algún tipo de prestación económica del sistema público de pensiones (directamente o a través de la pensión del cónyuge) (ver Gráfica 4) (Abellán et al., 2014; 2015). En este sentido, la mayor parte de las pensiones públicas del Sistema de Seguridad Social corresponden al régimen general (6,4 millones), seguido por el régimen especial de trabajadores autónomos (1,9 millones). Las pensiones de jubilación (5,5 millones) son el tipo de pensión más extendida, existiendo, además, 2,3 millones de pensiones de viudedad. En 2013 “*la pensión media asciende a 861,1 euros mensuales. Las más altas corresponden a las del régimen especial del carbón, los accidentes de trabajo y enfermedades y a las generales. Las más bajas son las antiguas del SOVI (Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez)*” (Abellán et al., 2014, p.16).

Gráfica 4. Pensión media mensual por tipo de pensión (en euros).



Fuente: Boletín de Estadísticas Laborales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Datos a 1 de noviembre de 2013

Tabla 3. Pensiones contributivas del sistema de la Seguridad Social por tipo de régimen y clase de pensión.

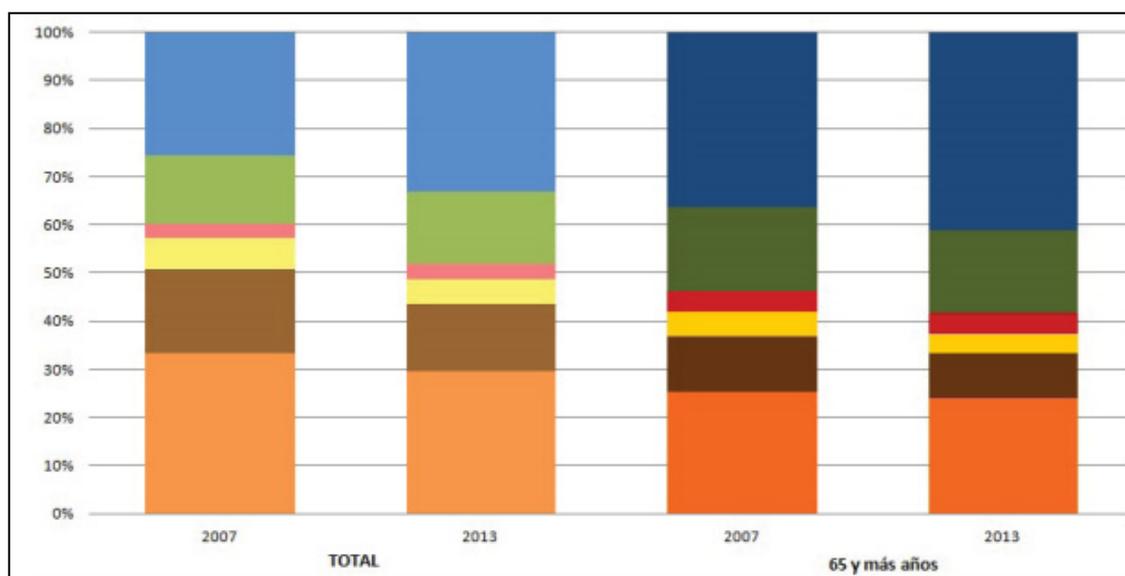
	Total		Incapacidad permanente		Jubilación		Viudedad		Orfandad		Favor familiar	
	Nº de pensiones (miles)	Importe medio (euros/mes)	Nº de pensiones (miles)	Importe medio (euros/mes)	Nº de pensiones (miles)	Importe medio (euros/mes)	Nº de pensiones (miles)	Importe medio (euros/mes)	Nº de pensiones (miles)	Importe medio (euros/mes)	Nº de pensiones (miles)	Importe medio (euros/mes)
TOTAL	9.128	861,1	933	910,0	5.500	986,2	2.344	619,4	313	370,0	38	504,0
Régimen General	6.381	955,5	679	943,6	3.759	1.128,8	1.686	659,3	230	379,1	26	509,8
Régimen Especial: Trabajadores autónomos	1.907	605,6	127	668,6	1.227	671,4	482	461,4	61	316,3	9	423,9
Régimen Especial: Trabajadores del mar	131	914,5	8	859,6	72	1.151,6	45	613,6	5	415,8	1	525,3
Régimen Especial: Minería del carbón	67	1.482,2	3	1.422,5	37	1.972,8	24	812,4	2	585,8	1	779,4
Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales	249	959,9	98	1.071,0	61	1.127,7	75	791,0	15	402,7	1	894,5
SOVI¹	394	381,5	18	384,7	344	382,9	32	365,0	-	-	-	-

Fuente: Boletín de Estadísticas Laborales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Datos de noviembre de 2013.

Nota: El Régimen Especial: Trabajadores del Hogar, es incluido desde noviembre de 2013 en el Régimen General. (1) Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez.

Los hogares españoles con una persona de referencia de 65 o más años tienen proporcionalmente los menores ingresos de todos los hogares españoles, casi un 25% de ellos no alcanzan los 9.000 euros anuales; teniendo el 36,1% de los hogares una mujer de referencia con 65 o más años en 2012 (Abellán et al., 2014). Se ha descrito que *“la posición económica de los mayores ha mejorado en los últimos años; su tasa de riesgo de pobreza se sitúa en 12,7, siendo inferior a la media de los españoles (20,4)”* (Abellán et al., 2015, p.4). En un hogar donde residen personas mayores de 65 o más años, el principal gasto es el mantenimiento de la propia vivienda (agua, electricidad, etc.); que se ha ido incrementado en este grupo de mayores desde 2007 a 2013 (ver Gráfica 5). El segundo lugar lo ocupan los gastos de alimentación; y en tercer lugar, los gastos de transporte y ocio (espectáculos, hoteles, cafés, etc.) (Abellán et al., 2013; 2014; 2015).

Gráfica 5. Estructura del gasto total de los hogares de personas mayores por grupos de gastos.



Fuente: INE: INEBASE: Encuesta de presupuestos familiares (Abellán et al., 2015).

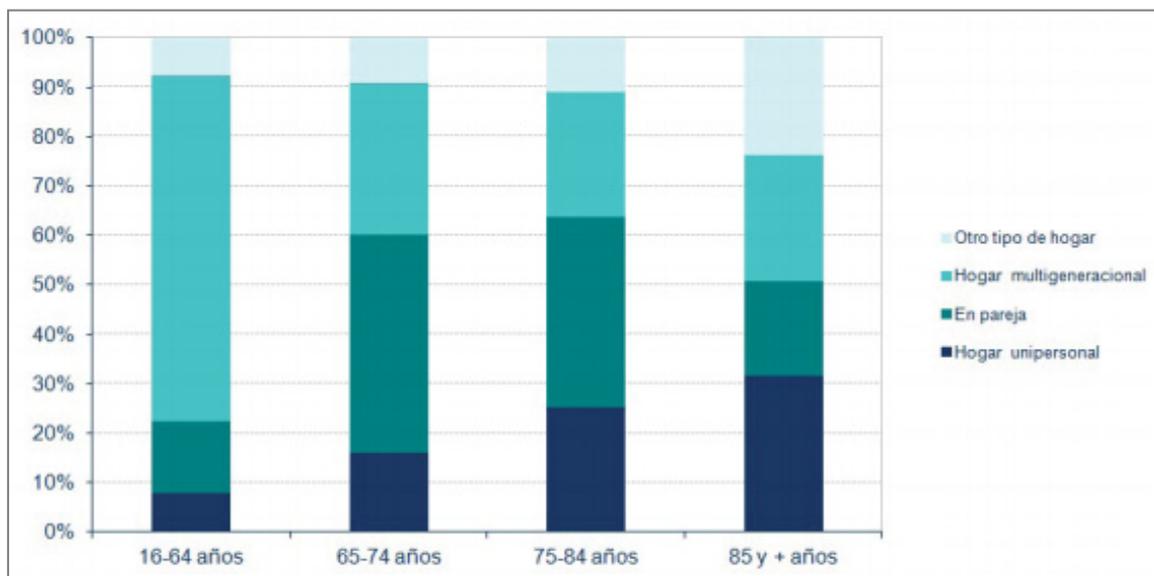
El 89,2% de las personas mayores de 65 o más años tienen su vivienda en propiedad, prácticamente similar al resto de la población adulta española. España es un país con una cantidad de años esperados de vida tras la jubilación para los hombres bastante alta (20,5), sobrepasando a países como Estados Unidos y buena parte de los países que componen la Unión Europea (Abellán et al., 2015). Las mujeres muestran la tercera esperanza de vida más

alta tras la jubilación (22,5), sólo por detrás de países como Japón y Francia (Abellán et al., 2014).

II.1.2. CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y OTRAS.

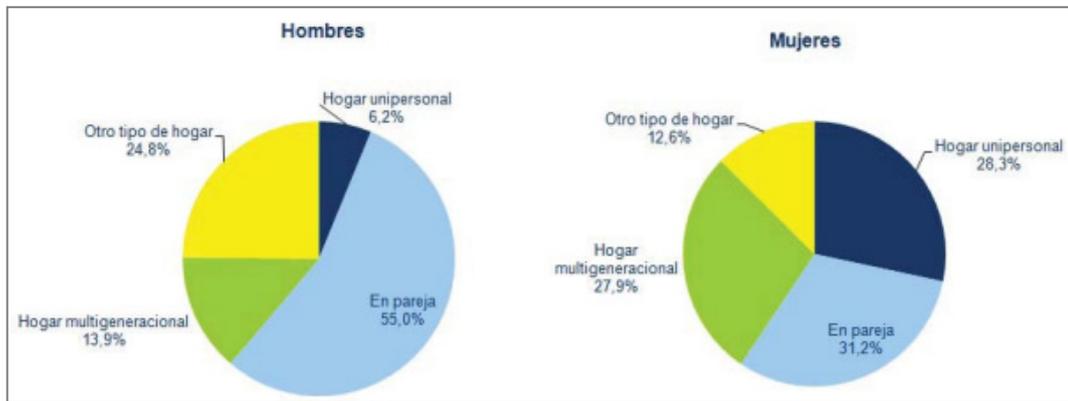
En los últimos años, las estadísticas oficiales muestran un incremento de hogares unipersonales en las personas mayores de 65 años o más, aunque en proporciones más bajas que las descritas en otros países europeos (INE, 2011): 429.700 en varones, 1.279.485 en mujeres) (ver Gráficas 6 y 7). Entre los hombres de 65 o más años la forma de convivencia mayoritaria es la convivencia con la pareja. El incremento de la edad aumenta la probabilidad de vivir en soledad, mientras que el hombre mayor casi en un 55% vive en pareja debido a que el 77,9% de los varones casados; en las mujeres, sin embargo, aumenta el porcentaje de las que viven solas (28,3%), dado que en las mujeres en edad avanzada es muy frecuente constatar la viudez, por lo que se describen diferencias significativas respecto al 6,2% de hombres que viven solos (Abellán et al., 2014; 2015).

Gráfica 6. Formas de convivencia de la población de 65 o más años.



Fuente: INE: Censo de Población y Viviendas, 2011 (Abellán et al., 2015).

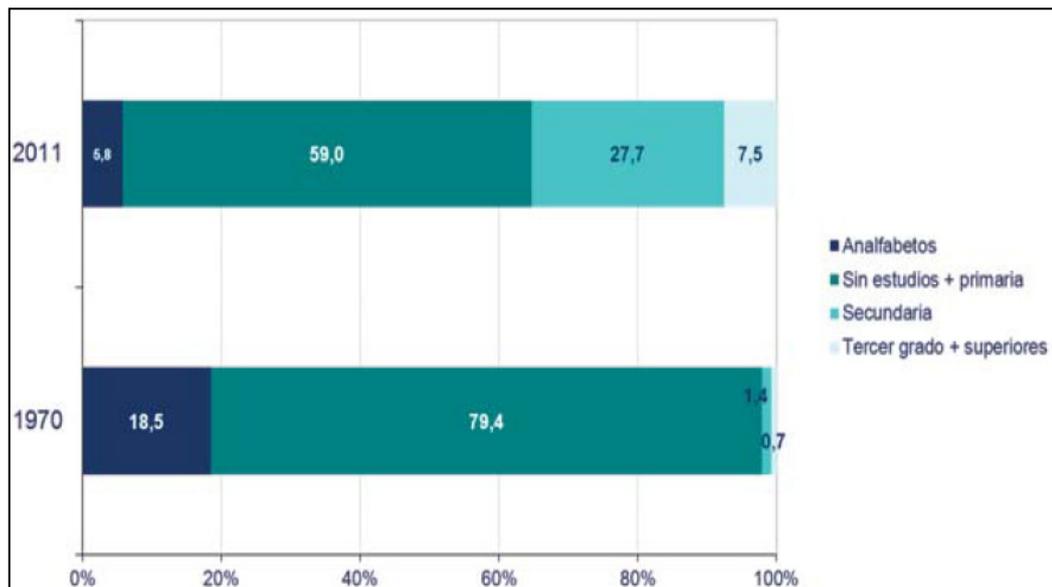
Gráfica 7. Formas de convivencia de la población de 65 o más años.



Fuente: INE: Censo de Población y Viviendas 2011 (Abellán et al., 2015).

Como se ha mencionado, el nivel educativo de las personas mayores de 65 o más años es más bajo cuanto más alta es la edad del mayor estudiado. Entre las personas mayores de 65 o más años queda reflejada la falta de oportunidades a la hora de acceder al sistema público educativo. Esta situación se ha ido modificando con el tiempo (ver gráfica 8). Hoy en día aún queda situaciones de analfabetismo y población sin estudios primarios. Sin embargo, en un futuro las personas que alcancen la vejez poseerán un nivel educativo mayor, es decir, posiblemente tendrán mayores recursos económicos y podrán afrontar mejor las nuevas situaciones problemáticas (Abellán et al., 2015).

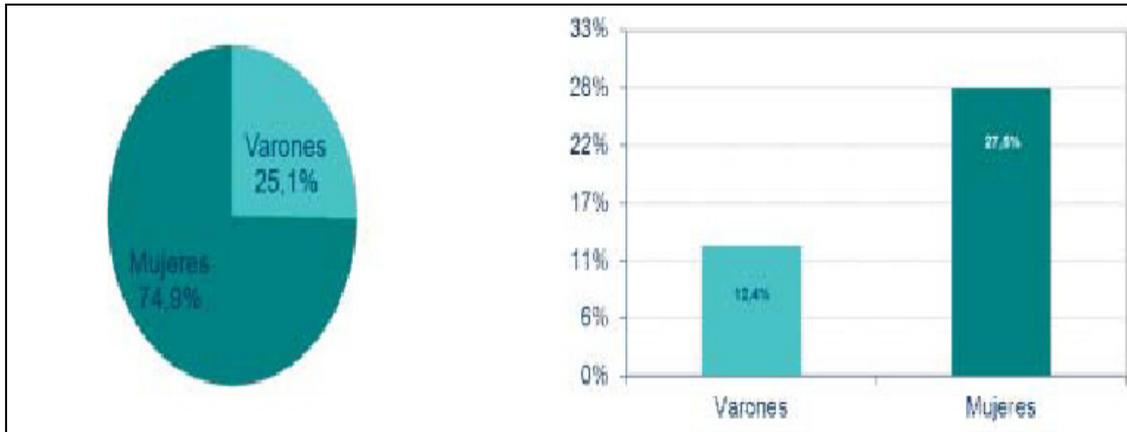
Gráfica 8. Evolución del nivel de estudios de las personas de 65 o más años.



Fuente: 1970: Censo de población de 1970. INE. Tomo III. 2011: INE: INEBASE: Censo de Población y Viviendas 2011.

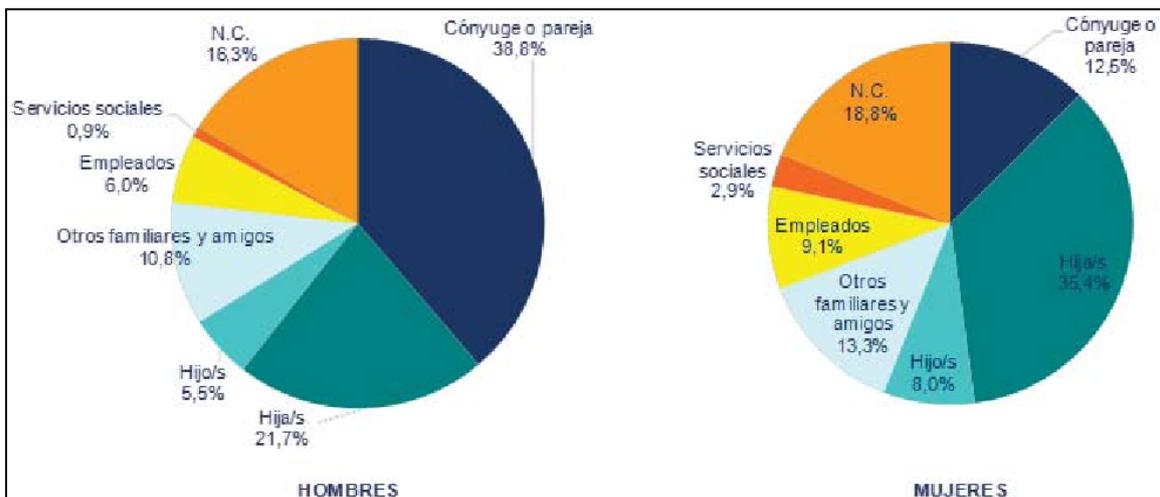
En definitiva, el 75% de los mayores que viven solos en casas unifamiliares son mujeres, siendo el porcentaje muy superior al de hombres en hogares unipersonales (ver Gráfica 9).

Gráfica 9. Personas mayores de 65 o más años que viven solas.



Fuente: 2011: INE. INEBASE: cifras de población. Resúmenes nacionales de población según estructura del hogar. Censo de Población y viviendas 2011.

Gráfica 10. Persona que cuida de la persona mayor que necesita ayuda.



Fuente: INE: Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD), 2008. (Abellán, et al., 2014).

Como se ha descrito anteriormente, en el caso de los hombres mayores la persona cuidadora es principalmente su cónyuge, seguida de su hija. Sin embargo, en el caso de las mujeres mayores que necesitan ayuda este orden se invierte, siendo las hijas las principales cuidadoras, seguidas de otros familiares y amigos como se muestra en la Gráfica 10.

Gráfica 11. Grado de la dependencia según el tipo de hogar.



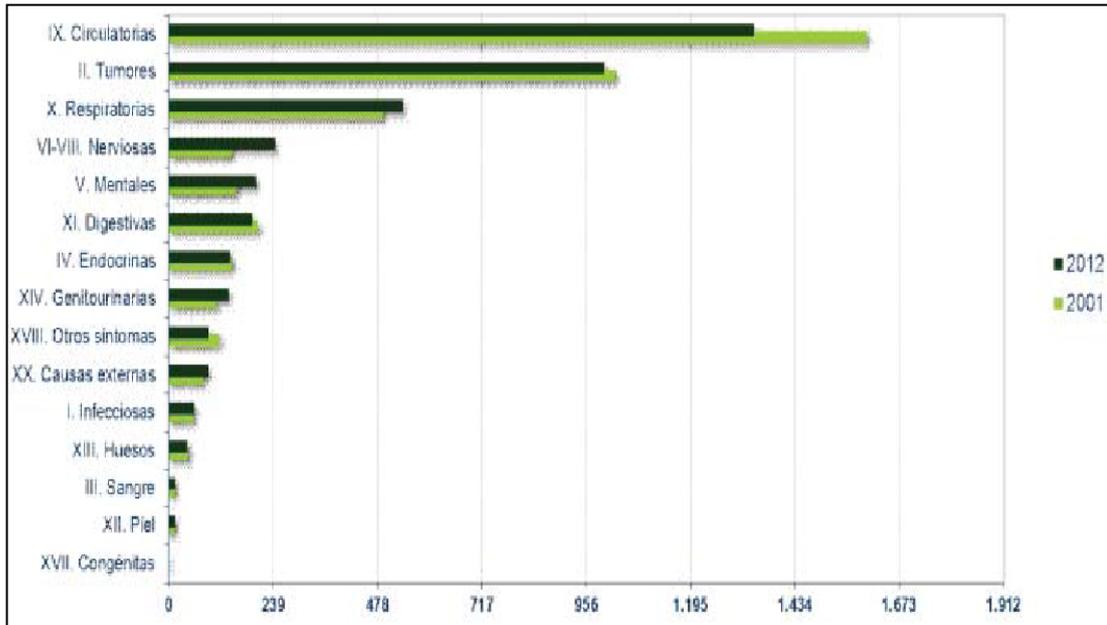
Fuente: INE: Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD), 2008. (Abellán, et al., 2014).

Respecto al grado de dependencia según el tipo de hogar: el 76,2% de las personas mayores que viven en pareja no tienen ningún problema de dependencia observándose el porcentaje más bajo para las personas mayores que tienen una dependencia grave total. Según la EDAD (2008), el 61,5% de las personas mayores que viven en otro tipo de residencia (como viviendas colectivas, residencias de la tercera edad, entre otros) no tienen ningún problema de dependencia; mientras que el 38,5% precisan de ayuda para realizar las AVD. El porcentaje más elevado de personas mayores con algún grado de dependencia se encuentran en esta última situación (ver Gráfica 11).

La valoración subjetiva del estado de salud de cada mayor viene condicionada por las enfermedades padecidas, por las características personales del individuo y por otras razones socioeconómicas o residenciales. Este dato refleja el estado físico y las enfermedades padecidas pero también los factores sociales, económicos y del entorno de la persona.

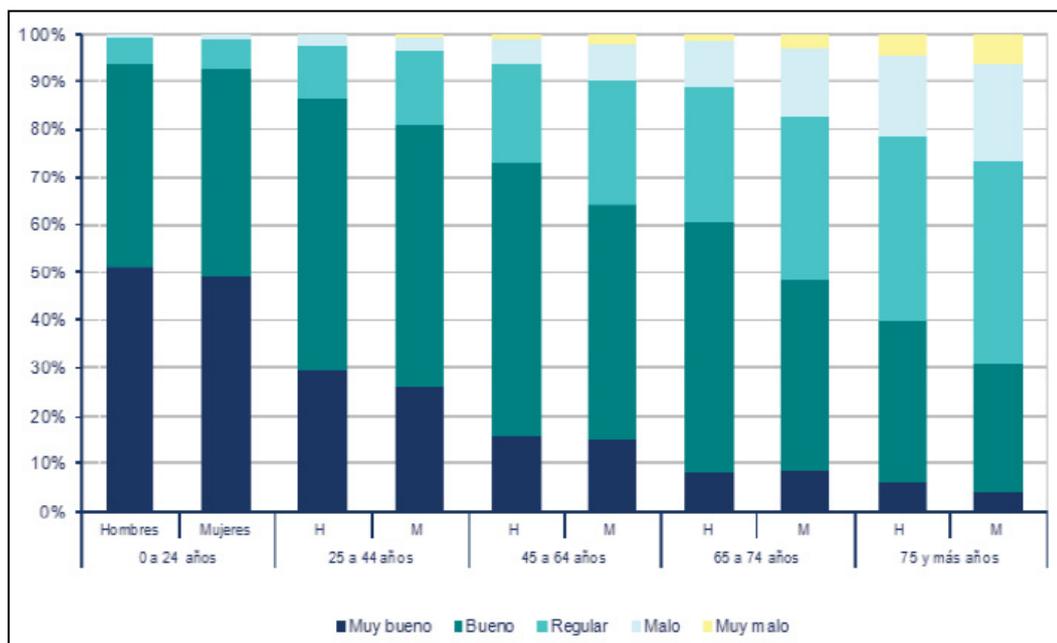
Por su frecuencia, las enfermedades circulatorias (21,4%), respiratorias (15,5%), el cáncer (12,4%) y las enfermedades digestivas (9%) son las causas más frecuentes de asistencia hospitalaria entre las personas de más de 65 años. Le siguen en importancia los traumatismos, las lesiones y genitourinarias (ver Gráficas 12 y 13) (Abellán, et al., 2014).

Gráfica 12. Tasas de defunciones de población en mayores de 65 o más años (2001 y 2012).



Fuente: 2012: INE: INEBASE: Encuesta de morbilidad hospitalaria. Año 2012
 2012: Población total de España obtenida de la Revisión del Padrón municipal de 2012
 1985: Encuesta de morbilidad hospitalaria. Año 1985. Publicada en papel por el INE el año 1987.

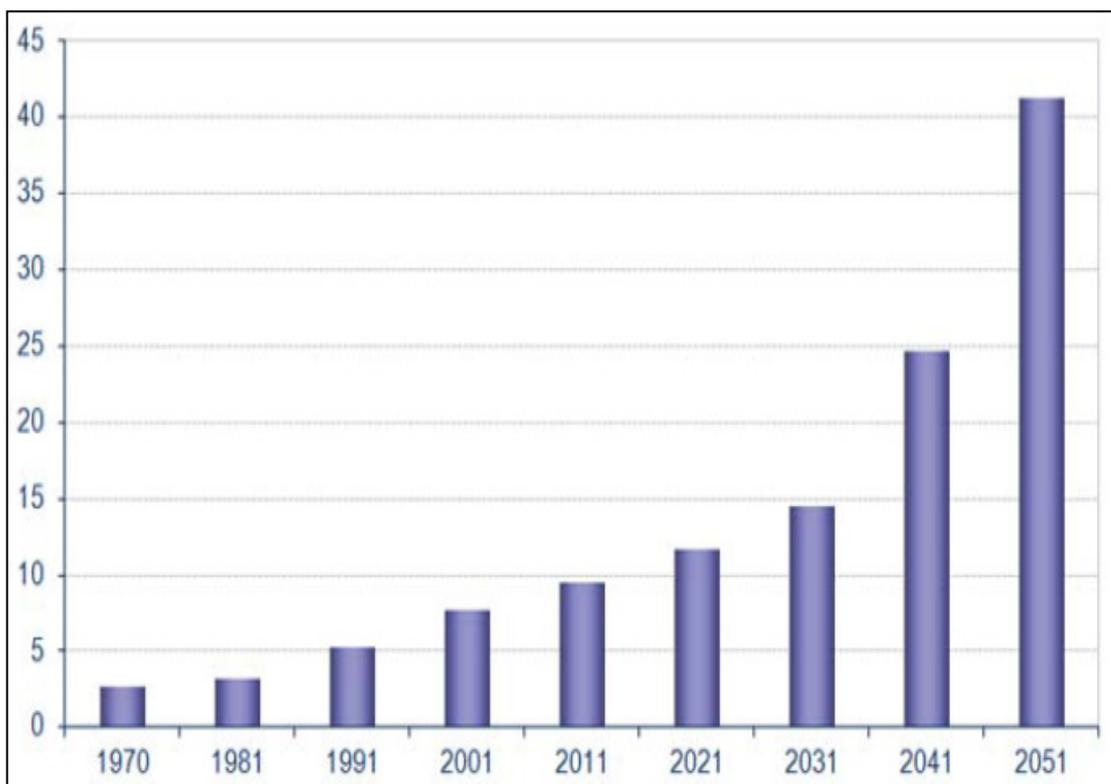
Gráfica 13. Valoración del estado de salud percibida (2011-2012).



Fuente: INE. INEBASE: Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Consulta en junio de 2015.

Se ha descrito que existen un 76% más de mujeres que de varones a partir de los 80 años (ENS, 2012). La ratio¹ de apoyo familiar ha ido aumentando progresivamente en los últimos años y se estima que seguirá haciéndolo, de manera que cada vez serán menores los recursos económicos familiares de apoyo a las personas mayores (ver Gráficas 14 y 15).

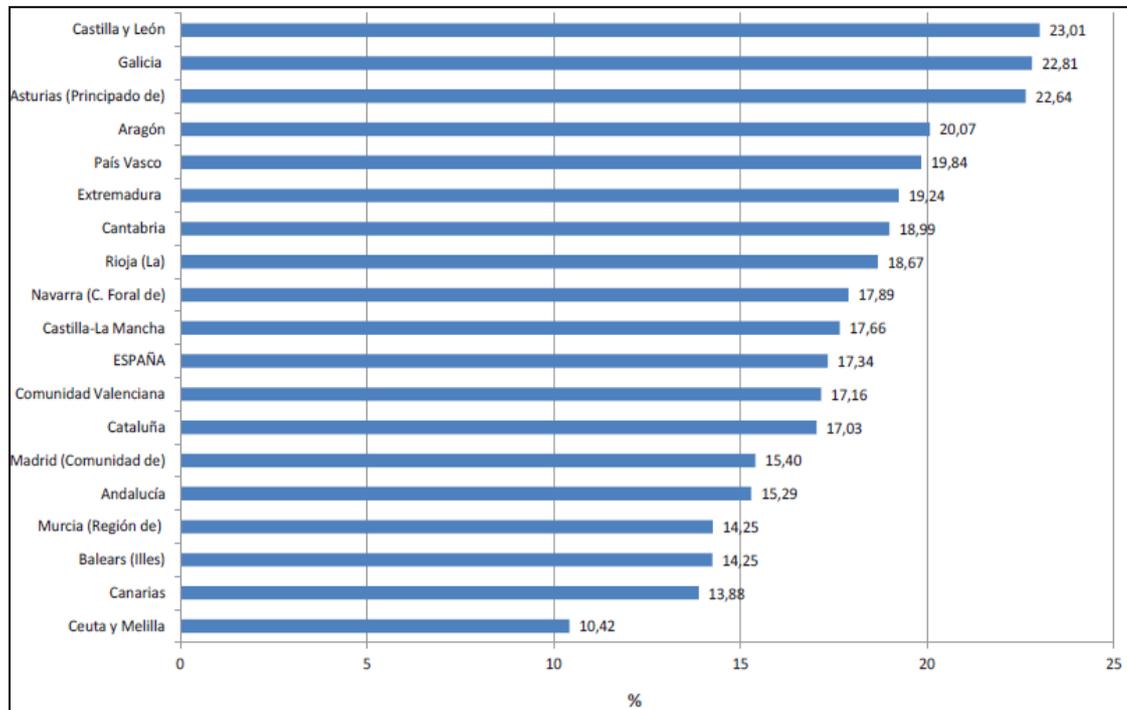
Gráfica 14. Evolución del ratio de apoyo familiar (número de personas de 85 y más años por cada 100 de 45 a 65 años).



Fuente: 1970 - 2011: INEBASE: Series históricas de población.
2021-2051: Proyecciones de la población a largo plazo. Consulta en marzo 2015.

¹ (Del lat. *ratio*). 1. f. [razón](#) (II cociente de dos números).

Gráfica 15. Personas de 65 o más años respecto al total de población, España.



Fuente: INE: INEBASE: Censos de Población y Viviendas 2011. Consulta enero de 2015.

Todas y cada una de las variables recogidas en este marco teórico muestran el perfil de las personas mayores en España (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, lugar donde residen, enfermedades, salud percibida, nivel económico, dependencia funcional, etc.), y han supuesto la base de este estudio. Estas variables también se han recogido en esta investigación con el fin de poder elaborar un perfil de las personas mayores estudiadas, ya sean personas mayores institucionalizadas en residencias (especialmente), como personas mayores que viven con sus familias. De esta forma, se pretende conocer qué grupo presenta una mayor capacidad funcional, mayor nivel de dependencia así como síntomas depresivos más severos y/o deterioro psicológico importante. Además, permitirá estudiar las características sociodemográficas de ambos grupos de mayores analizados y se podrá así comprobar la existencia de diferencias significativas entre ambos grupos de personas mayores estudiadas. Dichos resultados se exponen en su capítulo correspondiente, más adelante.

II.2. UN PERFIL DE LAS RESIDENCIAS PARA MAYORES EN ESPAÑA.

Para definir una residencia para mayores existe una disparidad de criterios entre las diferentes comunidades autónomas. Debido a que este trabajo está centrado en la Comunidad Autónoma de la región de Murcia, es conveniente recoger la definición que puede leerse en el *Decreto nº. 69/2005, de 3 de junio, por el que se establecen las condiciones mínimas que han de reunir los centros residenciales para personas mayores de titularidad pública o privada* (en adelante Decreto nº 69/2005). Este decreto define los centros residenciales de la siguiente manera:

“se entiende por centros residenciales los dedicados a la convivencia, alojamiento y, en su caso, atención adecuada a las características de las personas mayores y de sus cónyuges o personas con las que habitualmente convivan” (Decreto nº 69/2005, p. 14167).

Además incluye, dentro del mismo apartado, la tipología de las mismas:

“Son centros residenciales para personas mayores, los siguientes:

a) Apartamento de mayores. Apartamento de uso individual o doble, con acceso a servicios comunes de uso facultativo, y que dan alojamiento a personas mayores con una situación psicofísica y social que no precisa de recursos de mayor intensidad.

b) Vivienda colectiva. Unidad convivencial con capacidad superior a catorce plazas destinadas a personas mayores, en régimen de prestación continua e integral de servicios.

c) Residencia. Unidad convivencial con capacidad superior a catorce plaza destinadas a personas mayores, en régimen de prestación continua e integral de servicios.

d) Conjunto residencial. Espacio físico delimitado en el que se ubican de manera conjunta más de un tipo de centro residencial de los previstos en los anteriores apartados, con acceso a servicios comunes de uno facultativo” (Decreto nº. 69/2005, p. 14168).

La búsqueda de estadísticas oficiales respecto a residencias para mayores ha sido complicado fundamentalmente debido a la escasez de publicaciones sobre las mismas que

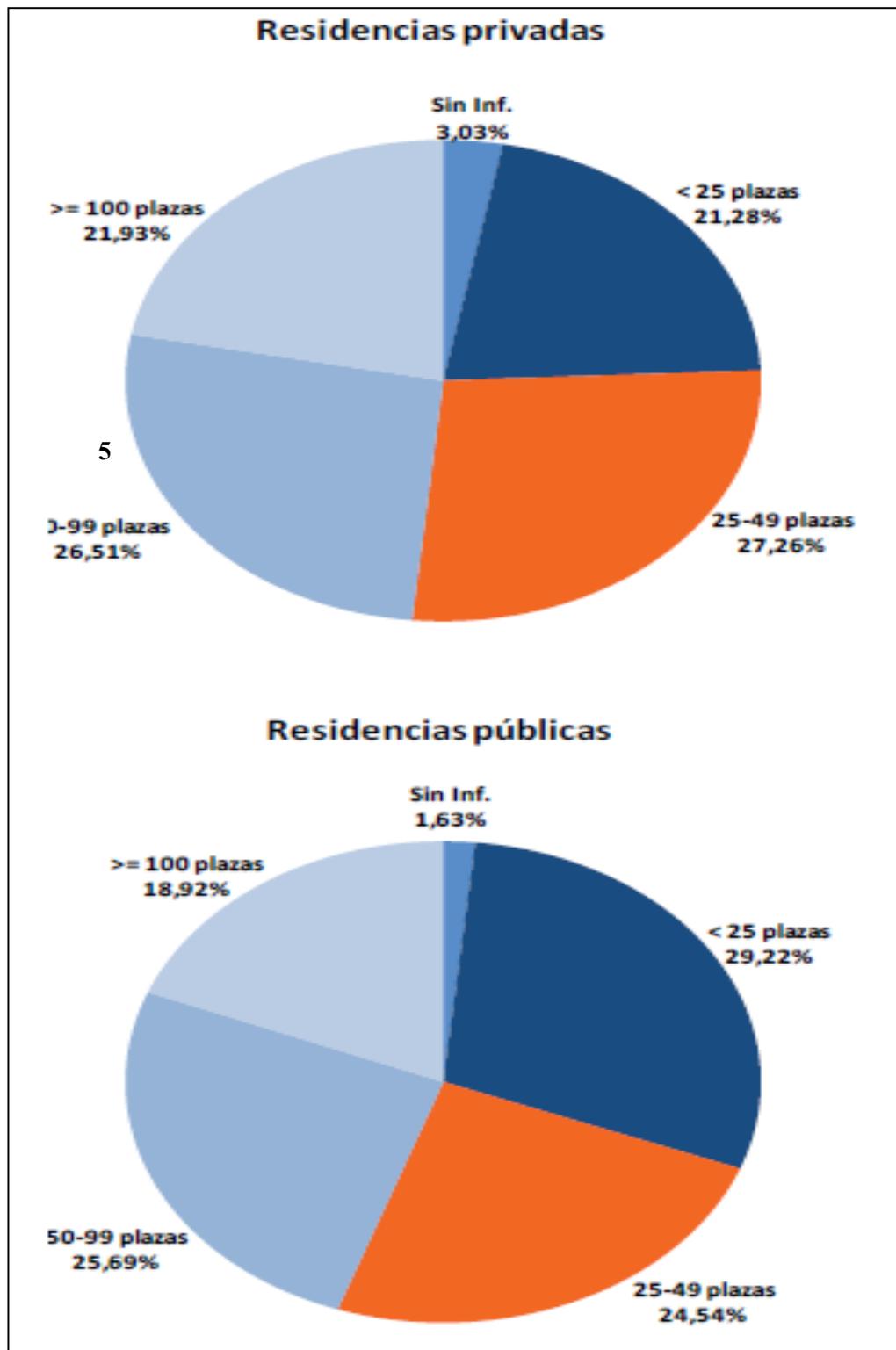
sean algo más que simples descripciones de número o localización con posible números de plazas disponibles.

Las competencias sobre Servicios Sociales² y residencias para mayores están transferidas a las comunidades autónomas, que constituyen los últimos responsables del control y supervisión de estos equipamientos colectivos (Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia; Decreto 69/2005). Cada una de ellas puede ofrecer datos de centros y número de plazas que se encuentran bajo su competencia. La fecha de referencia que hemos utilizado en nuestro estudio es la del 31 de diciembre de 2013 (Envejecimiento en Red, 2014), debido a que es el documento basado en estadísticas sobre residencias para mayores, distribuciones de centros y plazas residenciales disponibles por provincias españolas más actualizado y completo que hemos podido encontrar.

La forma más frecuente elegida de las personas mayores para su vejez es la de alojarse en su propia vivienda familiar; aunque con la edad existe una mayor probabilidad de acceder a un alojamiento colectivo ante gran diversidad de circunstancias que pueden obligar a ello. Los datos básicos conducen a reafirmar que las personas mayores prefieren “envejecer en casa”, es decir, seguir viviendo en la casa habitual y en el propio espacio donde se ha desarrollado buena parte de la vida, en los lugares que están asociados a recuerdos y experiencias propias. Sin embargo, las limitaciones en la capacidad funcional y las restricciones del medio pueden influir sobre la calidad de vida de los residentes mayores y, por ello, muchos acaban dirigiéndoles a centros residenciales para mayores (Libro Blanco de Dependencia, 2005; Satorres, 2013)

² Servicios Sociales “*son servicios técnicos, prestados al público o a determinados sectores del mismo, de una manera regular y continua, por las más diversas organizaciones públicas o privadas, con el fin de lograr o aumentar el Bienestar Social*” (Moix, 2004, p. 137-138).

Gráfica 16. Número total de plazas públicas y privadas en España.



En este sentido, es de gran relevancia conocer el contexto de las personas mayores en los centros residenciales sobre los factores de salud, capacidad funcional, y cuidados sociales

y familiares. La investigación gerontológica ha dedicado siempre un esfuerzo considerable en la identificación de las características que pueden mostrar las variaciones en la calidad de vida durante el envejecimiento. Sin embargo, se ha descrito que existen muy pocos estudios que se centren específicamente en las necesidades y características de las personas mayores que pasan sus últimos años de vida institucionalizados en una residencia para mayores (Carbonell y García-Longoria, 2012); y aún menor el número de estudios que comparan sus resultados con las personas mayores que viven solas o con algún miembro de su familia (Aberg et al., 2005; Lang et al., 2007; Pieper y Vaarama, 2008; Cooney et al., 2009; Schenk et al., 2013). El cambio demográfico, la longevidad y las proyecciones futuras para las personas mayores son modificaciones que están afectando a nuestra sociedad directamente. Por ello, como profesionales del trabajo social, personas o agentes de cambio ante situaciones desestructuradas, deberíamos asumir responsabilidad en los estudios de investigación que afecten a los diferentes aspectos sociales y sociosanitarios para conocer las necesidades reales de las personas mayores. Este conocimiento actualizado y real nos permitiría aportar o elaborar formas de intervención social (programas, servicios y/o recursos) para mejorar su integración en estas instituciones por y para las personas mayores en base a sus necesidades reales y no crear programas, recursos y/o servicios sin tener en cuentas sus condiciones reales. Durante los próximos años el número de personas mayores no sólo no va a disminuir, sino que se va a ir incrementando a pasos agigantados (Carbonell et al., 2012; INE, 2015) y, posiblemente haya recursos y servicios que quizás hace 10 años eran adecuados para ese momento; sin embargo, en el momento actual parece existir el sentimiento de que ya no es así y es necesario un cambio que mejore esta situación.

No obstante, una de las razones de esta falta de estudios o interés posiblemente sea debido a las características particulares de las residencias para mayores que prácticamente se han comportado como una institución aislada, independiente e incluso como un pequeño microcosmos cerrado (Koch- Straube, 2003; Cooney et al., 2009; Schenk et al., 2013), siendo difícil acceder a las personas mayores institucionalizadas y detectar sus características y necesidades sociales y sanitarias.

Por todo ello, cuando no sea posible mantener a la persona mayor en su hogar dentro de su entorno habitual, los Servicios Sociales deberían disponer de plazas residenciales ya que

son servicios técnicos prestados por las Comunidades Autónomas en respuesta a las necesidades reales sentidas por la población mediante la aplicación de recursos materiales y estrategias de intervención en las que se deberían atender las necesidades de los mayores originando a posteriori las técnicas y programas necesarios; proporcionándoles no sólo alojamiento y alimentación sino también la asistencia geriátrica, social, religiosa, cultural y cualquier otra complementaria que contribuya a crear un ambiente familiar del que carecen. En todo caso, a nivel privado, y sobre todo en estos últimos años, se está produciendo una amplia y diversificada oferta de residencias para personas mayores en nuestro entorno. En la década de los 90, la proporción de mayores de 65 o más años institucionalizados en centros residenciales no superaba el 5% de la población en España (Krief et al., 1986; Bazo, 1990; CIS, 1990; Castells, Pérez et al., 1992). Sin embargo, en los últimos años el porcentaje de las personas mayores que viven institucionalizadas en una residencia se ha incrementado (ver Tabla 5) por diferentes factores entre los que se puede destacar el derecho a percibir una prestación o servicio ante la implantación de la *ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (en adelante, Ley de dependencia 39/2006); y al incremento de la longevidad con el aumento del número de personas mayores respecto a los años previo (Envejecimiento en red, 2014; Abellán et al., 2014; 2015).

Hay que definir a qué nos referimos cuando se analiza el término de Residencia para la Tercera Edad. El concepto de Residencia de Tercera Edad aglutina numerosas formas diferentes de definición. Por ejemplo, el Estatuto Básico de Centros del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (en adelante, IMSERSO) las define como “*los establecimientos destinados a servir de vivienda permanente y común a personas de la tercera edad, en los que se presta una asistencia integral y continuada, a quienes no pueden satisfacer estas necesidades por otros medios*” (BOE, 1985, p.15947). Rodríguez et al., (1999) las define “*como un centro gerontológico abierto, de desarrollo personal y atención sociosanitaria interprofesional, en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia*” (citado en el Libro Blanco de Atención a la Dependencia, 2005, p.105). En general, las residencias deberían ser un recurso social, de alojamiento temporal o permanente, para el desarrollo de la autonomía personal y la atención integral de los mayores en situación de dependencia.

El ‘*residente*’ en estos centros residenciales, tanto público como privado, es una persona protegida (según los artículos 14 y 50 de la Constitución Española), como cualquier

ciudadano, tanto en sus obligaciones como en sus derechos; y por ello, la residencia debe garantizar que todo adulto mayor que se integre en la comunidad de residentes pueda participar de forma activa en el funcionamiento de la misma, ya sea mediante sugerencias personales o por medio de actividades participativas específicas, a través de los mecanismos democráticos regulados para tal fin. Por tanto, todas las salvaguardas legales pretenden estimular la participación y convivencia en los centros.

Entre la gran variedad de recursos asistenciales que se destinan a la atención de las personas mayores en todo el mundo, siempre relacionados con las diferentes características socioculturales de los países donde se ubican, las residencias destacan como elemento vertebrador de la asistencia a los ancianos y son, probablemente, el recurso social para la atención durante el envejecimiento que más se ha generalizado durante las últimas décadas. El rapidísimo crecimiento del número de residencias públicas y privadas que acogen a las personas mayores durante la última etapa de su vida, incluso mucho antes de mostrar síntomas de senilidad, es una de las peculiaridades definitorias de nuestras sociedades actuales, y son muchos los países que se enfrentan al problema de hacer frente a las necesidades de atención que generan las amplias bolsas de población envejecida (Fernández, 2009).

En general, la concepción de los centros para la atención permanente de las personas mayores ha evolucionado desde la percepción como asilo (que prestaba atención paliativa o de acogimiento a personas que por su edad o su salud estaban excluidas de la sociedad o marginadas) hasta una estructura de servicios comunitarios públicos de las que son componentes importantes las residencias. Los centros residenciales son entidades que se encuentran incluidas dentro de una sociedad que se encuentra en continuo cambio y transformación. Por ello, como ya señalaba Pastor (2001), para comprender y trabajar en Trabajo Social Comunitario es necesario identificar y analizar los principales cambios sociales que suceden en nuestras sociedades y sus interrelaciones, para así trabajar con las necesidades reales de los ciudadanos; en este caso, identificar las necesidades reales de las personas mayores institucionalizadas en residencias para prestar servicios o recursos que cubran dichas necesidades. Quizás prestamos más atención sanitaria que social y quizás no estamos respondiendo adecuadamente al bienestar de estas personas como más adelante se verá en el apartado de resultados. En algunos centros residenciales todavía perviven formas de convivencia y circunstancias que recuerdan a modelos del pasado y que deben mejorar, como algunos autores que refieren la institucionalización con connotaciones muy positivas, sobre todo cuando ésta se plantea como una continuidad, y no como una ruptura en la vida de las

personas mayores (Kaufmann y Frías, 1996; Damián et al., 2013). Algunos autores (Kaufmann et al., 1996) describen a las residencias como “lugares donde se crea un ambiente lo más parecido posible al familiar con el fin de que se sientan como en su casa”; por lo que, a diferencia de las antiguas organizaciones de caridad y de beneficencia, estas últimas se diseñan y desarrollan con la voluntad de evitar la desadaptación y el desarraigo de las personas mayores y tratan, como uno de sus objetivos básicos, de ofrecer al conjunto de la población mayor los apoyos necesarios para mantener o para reorganizar las relaciones con su medio social de procedencia (Fernández, 2009).

En España su concepto también ha cambiado e incluso está aún hoy día en cambio, al haberse abandonado la idea clásica de asilo para pobres, de establecimiento benéfico, de establecimiento de caridad o de lugar de acogida para personas sin familia o marginadas. Según el Libro Blanco de la Dependencia, elaborado por el Ministerio de Asuntos Sociales Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2005), la imagen que tienen las personas mayores de los centros residenciales no es mala. Además, este informe describe que vivir permanentemente en una residencia es el tercer servicio. Las personas mayores desean permanecer en la propia casa, por encima incluso de la convivencia en casa de los familiares (ver Tabla 4).

Tabla 4. Recursos de preferencia en caso de necesitar ayuda.

	Seguir viviendo en casa	Vivir en una residencia	Vivir permanentemente en una residencia	Vivir en una vivienda compartida con mayores	Ir a un centro de día y regresar de noche a casa	Vivir con los hijos	Ninguno
Nº de respuestas	2.914	380	489	116	478	1.453	190
% sobre encuestados (3.239 casos válidos)	90,0	11,7	15,1	3,6	14,7	44,9	5,9
SEXO							
Hombre	89,1	12,4	15,6	3,3	15,5	44,2	5,3
Mujer	90,6	11,2	14,8	3,8	14,2	45,4	6,3
EDAD							
65-74 años	90,0	13,7	17,4	3,7	16,0	41,2	5,6
75-84	89,7	9,6	13,0	3,8	13,6	47,7	5,8
85 y más	91,0	8,8	10,2	1,5	11,4	55,6	7,7

Fuente: Informe 2006, Ministerios de Asuntos Sociales.

Algunos autores, como Bazo (1991), recogen que los propios mayores institucionalizados suelen acceder a las residencias con una imagen muy negativa de ellas, ya que presuponían un asilo plagado de personas mayores, pobres, enfermas y marginadas; y, sin embargo, tienden a cambiar al poco tiempo de ingresar en la residencia mostrando una valoración que se vuelve más positiva, llegando la mayoría, incluso, encontrarse a gusto en su residencia y mostrando actitudes mucho más favorables que las que se tenían previamente.

Sin embargo, entre los investigadores sociales se alzan muchas voces críticas contra las residencias para mayores. Barenys (1993b, p.73) opina que las residencias constituyen “*la formalización de la marginación cultural y social que sufre o que recae sobre la ancianidad en nuestra sociedad*”; y Puijalon y Trincaz (2000), en la línea de los ‘Internados’ que planteó Goffman et al., (1970), se cuestionan si estos son centros especializados o “*guettos*”, pues, según su opinión, las personas mayores institucionalizadas en residencias son la base del egoísmo en nuestra sociedad. En esa misma línea, Barenys (1993a, p.164) recoge que “*todo concurre para que los ancianos que viven reclusos en residencias acaben por asumir un estatus de persona disminuida; y su interiorización correspondiente se traduce en una representación de un yo degradado*”.

Es cierto que en las residencias se pretenden prestar cuidados sociosanitarios continuados, los cuales se complementan (o al menos se pretende) con una adecuada coordinación entre los profesionales de los servicios sociales y sanitarios de la zona territorial en la que se ubican e insertan (Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud); y que algunas residencias disponen también de Servicios de Estancias Diurnas, de Estancias Temporales y de otros programas de apoyo comunitario que, además de la prestación asistencial al mayor, tienen el objetivo de proporcionar un “*respiro familiar*” y ayudar a la conciliación de la vida social y laboral de aquellas familias que cuidan a sus mayores en el hogar (Fernández, 2009).

Estos centros modernos suelen estar abiertos a la comunidad y disponer de espacios y equipamientos técnicos adaptados, con los profesionales necesarios y los programas y actividades que se precisan para el cumplimiento de su finalidad, lo que se garantiza mediante las diferentes normativas que sobre autorización, acreditación y funcionamiento de los centros se han legislado, y que prácticamente han permitido acabar con las instituciones que agrupaban a personas mayores en condiciones de hacinamiento, marginación e insalubridad.

Pero también resulta evidente que, a pesar de que la concepción de las residencias tiene la finalidad básica de fomentar la convivencia social de las personas mayores que conviven (Decreto 69/2005), el evidente deterioro de la salud en la mayor parte de las personas ingresadas y la escasez de recursos materiales y formación en materia de gerontología (que no de geriatría) de sus profesionales, hacen que la vida diaria en los centros gire casi sistemáticamente en torno a la actividad de cuidar a las personas mayores, lo que se convierte en un reto para los profesionales responsables poder cubrir la gran diversidad de atenciones que estas personas requieren. La atención dirigida a los mayores suele ser realizada por profesionales del trabajo social, de psicología, del ocio y tiempo libre, de labores domésticas, etc. Los programas y desarrollo de programas de “cuidados paliativos” dificultan el desarrollo de programas y actividades de carácter psicosocial transformando el entorno residencial en un ambiente más cercano al hospital que al “domicilio familiar”, con el que se pretende comparar la vida en la residencia (Fernández, 2009).

La tipología de las residencias que se pueden encontrar son muy variadas, entre las que encontramos: a) las que sólo admiten a personas que no presentan ningún tipo de dependencia; b) otras que, por el contrario están destinadas de manera exclusiva a personas dependientes; y c) existen residencias, aunque pocas, cuyo acceso está limitado por razón de sexo. En esta misma línea, cada Comunidad Autónoma puede establecer criterios diferenciadores en la tipología de sus centros en los que se atienden las necesidades de las personas mayores, lo que provoca que, en función de las diferentes normativas legisladas para el ámbito provincial o autonómico, puedan encontrarse denominaciones diferentes para centros que cumplen similares objetivos (Fernández, 2009).

A pesar de que existan diferentes criterios para diferenciar los diferentes tipos de residencias, existen dos criterios comúnmente utilizados por las Comunidades Autónomas:

1) En base a su forma de gestión, es decir, en función de quien sea la entidad propietaria del centro: a) Residencias Públicas, b) del Tercer Sector y c) Privadas o Privadas Concertadas (Libro Blanco de Dependencia, 2005).

2) En base a la situación o grado de dependencia de los residentes institucionalizados en ellas: a) Residencias para Ancianos Válidos, b) Residencias para Ancianos Asistidos y c) Residencias Mixtas (Fernández, 2009).

En nuestro estudio hemos clasificado las residencias en base a su gestión debido a la situación de crisis económica que existe en nuestro país así como a la preocupación económica existente entre las personas mayores y familiares para sufragar los gastos y costes de centros; presentando, además, un acceso asequible a esta información en un primer análisis de las residencias al estar recogidas en la página web oficial de la Comunidad Autónoma de Región de Murcia (CARM) sobre el tema.

Residencias públicas.

Las plazas de las residencias públicas se ofertan con carácter gratuito para aquellas personas que cumplan ciertos requisitos establecidos por las leyes específicas de cada Comunidad Autónoma, aunque éstas puedan depender de diferentes administraciones (a nivel local, a nivel autonómica o a nivel provincial). Respecto a los principios generales de las residencias públicas ubicadas en la Región de Murcia, *“quedan vinculadas por los principios generales establecidos en el artículo 5 de la Ley de Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia”* (Decreto 69/2005, p.14168). A pesar de la gratuidad del servicio, el residente debe pagar una cuota mensual, que se descuenta directamente de su pensión de jubilación, y que suele oscilar sobre el 90% de ésta. Sin embargo, la obtención de una plaza en una residencia pública es difícil debido a que el número de las plazas ofertadas es muy inferior al número total de solicitudes presentadas. Esto provoca criterios de inclusión muy estrictos y listas de esperas muy largas. Según Fernández (2009) el ingreso en una residencia pública se inicia siempre con una valoración previa de los profesionales sociales y sanitarios que atienden al solicitante. En esta valoración previa se incluye aspectos relacionados con su estado de salud, su nivel de economía, su situación social y el grado de apoyo familiar.

En la Región de Murcia existen unos requisitos generales de ingreso en un centro residencial, ya sea pública, del tercer sector y/o privada concertada, como por ejemplo tener cumplidos los 60 años, no padecer enfermedades infecciosas, y haber residido al menos dos años en la Región de Murcia (Decreto 60/2002) entre otros.

Residencias pertenecientes al Tercer Sector.

Por lo general, muchos de los centros que se ubican en este modelo de gestión pertenecen a congregaciones religiosas o dependen de fundaciones relacionadas con las Administraciones Públicas en los diferentes ámbitos territoriales. Suelen acoger a las personas mayores con un nivel económico muy bajo que, debido a sus escasos recursos, tan solo están obligados a aportar al centro una parte de su pensión o que, en caso de no disponer de recursos, ocupan una plaza sufragada por la beneficencia, aunque en ocasiones se exige como contrapartida el legado de sus pertenencias materiales al centro. Estos centros son más rigurosos en cuanto a horarios, salidas, tipo de relaciones que se establecen y actividades que se programan y, además, es muy frecuente que los centros de carácter religioso estén destinados a personas de un mismo sexo. Otro hecho frecuente es que cuentan con la presencia de personas que dedican parte de su tiempo al trabajo voluntario en la residencia. Este modelo se ha ido reduciendo en la medida que ha ido aumentando la oferta de instituciones públicas y privadas con finalidad mercantil (Fernández, 2009).

Residencias privadas.

Este modelo se implantó en los años 70 en algunos países europeos. Veinte años después empezó a implantarse en España, gracias a la iniciativa privada con ánimo de lucro, y la constitución de un sector empresarial de servicios para mayores. Sin embargo, este modelo sufre su apogeo durante los últimos años con una creciente expansión en nuestro país, pues así lo demuestran el número de centros residenciales y de otros recursos relacionados con la asistencia a mayores (Fernández, 2009). Estos centros privados, en los que suelen ingresar personas con un nivel económico medio-alto o alto, acostumbran a ser de tamaño reducido y ocupan frecuentemente zonas del interior de la ciudad o espacios con un entorno medioambiental privilegiado. El trato a los residentes pretende ser distinguido y suele haber mayor libertad de movimiento que en los centros citados anteriormente (Fericgla, 2002).

El problema de esta distribución entre plazas privadas y públicas estriba en que mientras para obtener una plaza pública de residencia existen listas de espera de manera generalizada, un número importante de plazas privadas se encuentran vacantes debido a su alto coste económico (Fernández, 2009).

Para las personas identificadas como clase social baja y en situaciones más carenciales resulta difícil lograr una plaza pública debido a la escasez de dichas plazas públicas; y, sólo las personas procedentes de las clases altas o medias-altas son quienes pueden acceder a una plaza privada de calidad aceptable. Por tanto, en nuestra opinión, queda una gran parte de la población de clase media y media-baja sin posibilidad de acceder ni a unas ni a otras residencias, lo que conlleva a una situación en la que quedan desasistidas, o bien se ven obligadas a contratar plazas en residencias de baja calidad. Un tipo particular de residencias dentro de este grupo de residencias privadas lo constituyen los centros privados-concertados o residencias concertadas. Éstas últimas son cada vez más utilizadas por la Administración Pública debido a que la demanda de centros residenciales supera con creces a la actual posibilidad de oferta. La Administración Pública se inclina por este modelo con el fin de garantizar la cobertura de las necesidades residenciales entre las personas que precisan ser institucionalizadas en una residencia. De este modo, como han descrito diferentes autores previamente, la Administración Pública elude la necesidad de construir y gestionar nuevas residencias para mayores (Fernández, 2009). De hecho, tras una recopilación bibliográfica a través de la CARM, en la Región de Murcia más de la mitad (66,7%) de las residencias para mayores son residencias concertadas.

Las residencias privadas con plazas concertadas permiten una mayor cobertura de plazas residenciales; sin embargo, presentan dos problemas significativos, en relación con su productividad como entidades privadas (Fernández, 2009):

1) una necesidad de mantener un incremento económico progresivo, con el fin de obtener beneficios. Esto podría provocar la reducción de los niveles de calidad y bienestar de algunos centros, debido a que algunas personas acceden a una plaza por la vía pública y otras por la vía privada, y se establecen estándares de calidad muy diferenciados según el precio abonado por cada residente.

2) Y por otra parte, se produce una tendencia a recortar gastos en la contratación laboral, provocando la combinación de precariedad laboral y baja calidad profesional y asistencial (escaso número de profesionales, y a menudo con escasa formación, que deben atender a un elevado número elevado de usuarios) (Fernández, 2009).

En los centros públicos se utilizan dos clases de criterios para diferenciar los tipos de residentes: de carácter sanitario, por un lado, y de carácter sociodemográfico, por otro. No obstante, aunque la utilización de ambos criterios puede tener aspectos útiles, en la práctica son las clasificaciones de carácter sanitario las que se utilizan con más frecuencia en nuestro país (Fernández, 2009).

Los aspectos sanitarios que se utilizan para diferenciar a los residentes están en función de tres variables bien diferenciadas: 1) según las limitaciones derivadas del deterioro orgánico; 2) según las “*performances*”, término estandarizado que se utiliza para definir lo que son o no son capaces de hacer las personas residentes; y 3) según las “*ayudas*” y “*asistencias*” que necesitan para ejecutar actividades o para desenvolverse socialmente (Fernández, 2009). La confección de estas clasificaciones de residentes se realiza mediante el uso de herramientas objetivas, en forma de cuestionarios estandarizados e internacionalmente reconocidos que se consideran generalmente adecuados por la administración responsable del centro y cuyo principal objetivo es que, además de dar a conocer el grado de deterioro y pérdida de autonomía de las personas residentes, permite determinar las cargas asistenciales que generaran (Vázquez, 1995).

La forma de diferenciar a los distintos residentes se realiza mediante el análisis y clasificación de sus datos sociodemográficos. Por lo general, este enfoque utiliza las variables de género, edad, estado civil, estatus económico, nivel cultural y origen laboral. El análisis de estas variables suelen responder a una persona de edad avanzada (75 o más años), cuya salud se deteriora conforme se hace más mayor, predominantemente mujer (70%), soltera (53%, de los que en la mayoría se corresponden con varones); o viudas (36%, de las que la mayoría son mujeres), sin hijos o con pocos hijos, con un nivel económico y cultural bajo y que declaran sentirse satisfechos de su estancia en dicho centro (IMSERSO, 2000). En otros países, tanto del entorno europeo occidental como de Centroamérica, el perfil de las personas residentes es muy similar y coincide prácticamente con las características expuestas (OPS, 2001), salvo por pequeñas diferencias relacionadas con la edad y género de los residentes.

Como podrá comprobarse más adelante, las variables sociodemográficas de nuestro estudio son las mismas mencionadas anteriormente con el fin de poder obtener un perfil de las

personas mayores institucionalizadas en residencias y un perfil de las personas mayores que viven con su familia en nuestra comunidad autónoma.

A pesar de que la mayoría de las residencias tienen un esquema de atención “*medicalizado*”, basado en el modelo jerárquico multidimensional utilizado por Maslow (1963) en el que la satisfacción de las necesidades fisiológicas es la base de una pirámide sobre la que se construye el resto de necesidades; las diferentes maneras de conceptualizar la figura del mayor dentro de la residencia contrasta con los que consideran que un residente debe ser tratado según su condición, edad, etc. En este sentido, según Memin (1984) una persona en edad adulta debe ser tratada como un adulto; si es un niño se le trata como un niño; si está enfermo se trata como a una persona enferma, o como su único proyecto vital fuese morir. En la década de los 70 se mostraba la vejez como una etapa vital improductiva, durante la que se fuerza a las personas a consumir una desvinculación del orden social (Durkheim, 1970), por lo que esta misma sociedad crea las residencias como un universo inevitablemente desvinculante y desvinculado. Actualmente, debido a la preocupación existente a causa del incremento de la longevidad, la esperanza de vida y la pretensión de llegar en buenas condiciones de salud, ha sido y es necesario crear políticas que aboguen por esto, y de ahí el origen de fomentar el envejecimiento activo. Este mismo motivo provoca que sea necesario conocer si las personas mayores institucionalizadas en residencias se encuentran frente a un modelo de residencia acorde con sus necesidades. Y como podrá comprobarse en el capítulo de los resultados, es evidente que algo puede fallar y quizás sea necesario retocar o renovar nuestras residencias.

Sin embargo, como indica la Ley de dependencia 39/2006, la atención residencial pretende ofrecer una atención integral y continuada, de carácter personal, social y sanitario, que se prestará en centros residenciales, públicos o acreditados, teniendo en cuenta la naturaleza de la dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona. Puede tener bien carácter permanente, en aquellas situaciones en que el centro residencial sea la residencia habitual de la persona; o bien temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana, enfermedades o períodos de descanso de los cuidadores no profesionales.

La atención residencial se adecua en gran medida a las necesidades derivadas de las situaciones de dependencia más elevadas, por lo que un análisis de los reconocimientos de esta prestación atendiendo al grado de los beneficiarios permitiría observar cómo efectivamente la gran mayoría de la atención residencial se corresponde con situaciones de dependencia de Grado III. Por ello, resulta previsible que la atención residencial es un servicio que se reconoce en menor medida conforme se incorporen al sistema los grados de dependencia más bajos.

En conjunto, y a lo largo de los primeros años, la evolución en el reconocimiento de este servicio se muestra en la Tabla 5.

Tabla 5. Servicio de atención residencial a nivel nacional (pública).

	Año 2008	Año 2009	Año 2010
Andalucía	11.470	15.718	18.462
Aragón	2.469	2.378	3.734
Asturias (Principado de)	2.753	2.800	3.368
Illes Balears	686	1.267	1.780
Canarias	331	1.725	2.427
Cantabria	2.003	2.515	2.949
Castilla y León	4.789	7.285	8.722
Castilla-La Mancha	3.976	6.292	7.837
Catalunya	4.371	13.257	17.066
Comunitat Valenciana	8.105	9.805	13.377
Extremadura	1.886	3.121	3.589
Galicia	3.005	4.798	4.723
Madrid (Comunidad de)	13.241	16.117	19.393
Murcia (Región de)	6	960	2.018
Navarra (Comunidad Foral de)	1.131	1.020	1.416
País Vasco	7.315	8.753	8.307
La Rioja	452	992	1.221
Ceuta y Melilla	47	138	165
TOTAL	68.036	98.941	120.552

Fuente: Informe a 4 de Noviembre de 2011. Consulta en febrero de 2015.

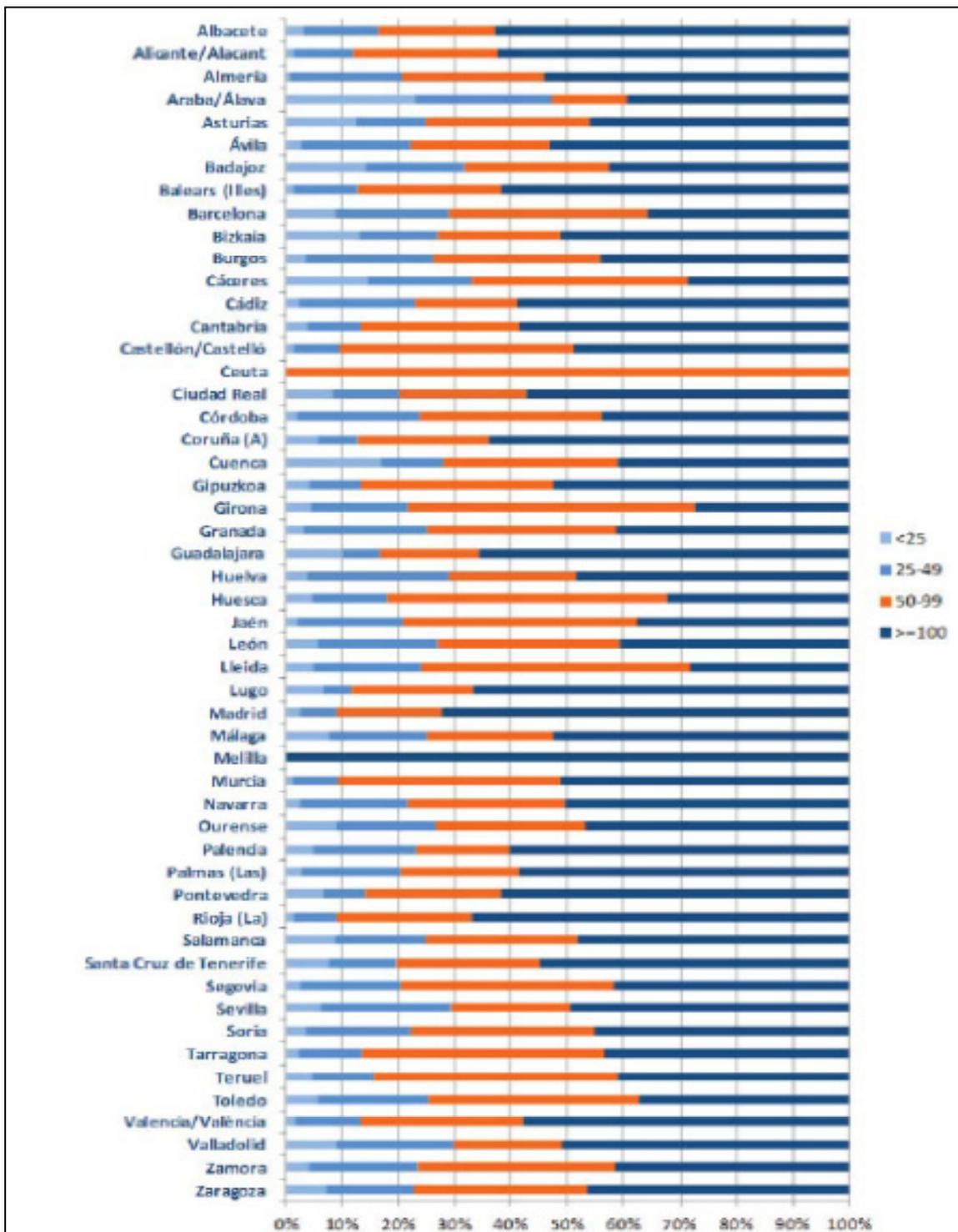
Se aprecia que el porcentaje de crecimiento del servicio residencial se ha incrementado a marchas forzadas conforme se iban reconociendo plazas públicas de atención residencial a personas las mayores solicitantes de la Ley de dependencia 39/2006.

Tabla 6. Plazas residenciales según tamaño del centro.

	Distribución por tamaños				TOTAL
	< 25 plazas	25-49 plazas	50-99 plazas	>= 100 plazas	
Total	20.668	51.688	100.304	178.888	351.548
Andalucía	1.498	8.058	10.273	18.686	38.515
Almería	20	657	828	1.772	3.277
Cádiz	121	1.080	952	3.082	5.235
Córdoba	101	1.108	1.655	2.232	5.096
Granada	134	987	1.493	1.836	4.450
Huelva	89	576	522	1.111	2.298
Jaén	85	830	1.813	1.652	4.380
Málaga	496	1.091	1.419	3.330	6.336
Sevilla	452	1.729	1.591	3.671	7.443
Aragón	1.136	2.596	6.421	7.712	17.865
Huesca	156	441	1.651	1.071	3.319
Teruel	109	255	1.018	965	2.347
Zaragoza	871	1.900	3.752	5.676	12.199
Asturias (Principado de)	1.403	1.379	3.237	5.145	11.164
Baleares (Illes)	82	601	1.371	3.321	5.375
Canarias	414	1.053	1.746	4.183	7.396
Palmas (Las)	81	541	647	1.808	3.077
Santa Cruz de Tenerife	333	512	1.099	2.375	4.319
Cantabria	186	454	1.350	2.816	4.806
Castilla y León	2.348	8.256	11.744	19.924	42.272
Ávila	99	675	863	1.863	3.500
Burgos	209	1.375	1.807	2.682	6.073
León	377	1.397	2.143	2.684	6.601
Palencia	197	737	669	2.429	4.032
Salamanca	558	990	1.707	3.005	6.260
Segovia	76	523	1.122	1.234	2.955
Soria	81	443	774	1.070	2.368
Valladolid	586	1.340	1.249	3.293	6.468
Zamora	165	776	1.410	1.664	4.015
Castilla-La Mancha	2.159	3.627	7.338	13.220	26.344
Albacete	108	467	724	2.190	3.489
Ciudad Real	491	697	1.333	3.387	5.908
Cuenca	613	396	1.112	1.473	3.594
Guadalajara	426	275	735	2.751	4.187
Toledo	521	1.792	3.434	3.419	9.166
Cataluña	4.380	11.218	22.628	20.693	58.919
Barcelona	3.805	8.784	15.398	15.589	43.576
Girona	214	871	2.556	1.365	5.006
Lleida	244	944	2.355	1.396	4.939
Tarragona	117	619	2.319	2.343	5.398
Comunitat Valenciana	424	2.920	7.956	15.792	27.092
Alicante/Alacant	117	886	2.183	5.282	8.468
Castellón/Castelló	40	248	1.252	1.473	3.013
Valencia/València	267	1.786	4.521	9.037	15.611
Extremadura	1.730	2.162	3.887	4.244	12.023
Badajoz	800	997	1.457	2.416	5.670
Cáceres	930	1.165	2.430	1.828	6.353
Galicia	1.263	1.742	4.432	10.931	18.368
Coruña (A)	335	429	1.415	3.849	6.028
Lugo	232	169	738	2.279	3.418
Ourense	419	828	1.253	2.196	4.696
Pontevedra	277	316	1.026	2.607	4.226
Madrid (Comunidad de)	1.222	2.207	8.015	25.025	48.280
Murcia (Región de)	61	390	1.908	2.488	4.847
Navarra (Comunidad Foral de)	149	1.214	1.763	3.187	6.313
País Vasco	2.168	2.578	4.404	9.120	18.270
Araba/Álava	637	667	366	1.090	2.760
Bizkaia	1.320	1.413	2.227	5.241	10.201
Gipuzkoa	211	498	1.811	2.789	5.309
Rioja (La)	44	233	740	2.073	3.090
Ceuta	0	0	191	0	191
Melilla	0	0	0	318	318

No se incluyen datos de residencias que no comunicaron su número de plazas.

Gráfica 17. Distribución de plazas residenciales por provincia.



II.2.1. CARACTERÍSTICAS DE ACTIVIDADES DEPENDIENTES EN LOS MAYORES.

A lo largo de este apartado se pretende elaborar un perfil de las personas mayores en situación de dependencia a través de los estudios e investigaciones nacionales que permitan conocer entre otras en qué actividades de la vida diaria se pierde antes la autonomía personal y la capacidad para realizarlas, si hay diferencias entre sexos para presentar una mayor limitación en realizar las AVD, recogiendo también la autovaloración del estado de salud percibida por los propios mayores así como las enfermedades con más frecuencia en las personas mayores.

El 55,6% de las mujeres de 65 o más años presentan algún grado de limitación para realizar las actividades de la vida diaria. Se aprecian diferencias entre hombres y mujeres de 65 a 74 años, pues el 2,92% de los hombres se encuentran muy limitados para desempeñarlas (ver Tabla 7). Las personas de 75 o más años constituyen la franja de edad que muestran las limitaciones más graves, 14,96% en ambos sexos, para realizar las actividades diarias; siendo las mujeres de 75 o más años, con el 16,91%, quienes se enfrentan a una limitación grave para desempeñarlas; sin embargo, los hombres con la misma edad alcanzan un porcentaje del 11,98% (ver Tabla 7 y Gráfica 18) (ENS, 2012).

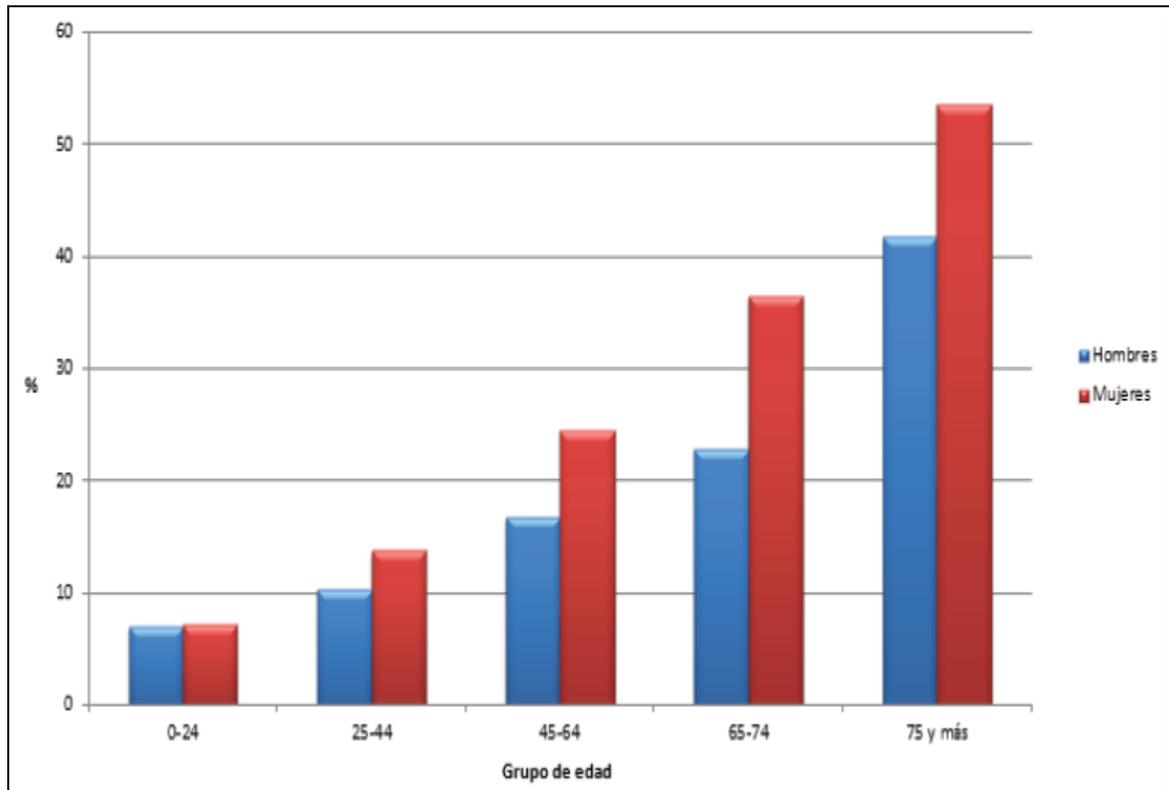
Tabla 7. Población con alguna dificultad para realizar las actividades de la vida diaria.
(Unidades: miles de personas y porcentajes.)

Ambos sexos	Total	Gravemente limitado/a	Limitado/a pero no gravemente	Nada limitado/a	No consta
Total	45.942	3,10	14,58	82,30	0,02
0-24	11.652	0,71	6,37	92,90	0,02
25-44	14.590	1,45	10,51	88,02	0,02
45-64	11.832	3,16	17,51	79,32	0,01
65-74	3.951	4,33	25,83	69,82	0,02
75 y más	3.917	14,96	33,95	51,05	0,04
Hombres	Total	Gravemente limitado/a	Limitado/a pero no gravemente	Nada limitado/a	No consta
Total	22.610	2,40	11,84	85,74	0,02
0-24	5.974	0,69	6,31	92,98	0,01
25-44	7.433	1,32	8,91	89,73	0,03
45-64	5.824	2,83	13,92	83,25	0,00
65-74	1.835	2,92	19,97	77,07	0,04
75 y más	1.545	11,98	29,76	58,25	0,00
Mujeres	Total	Gravemente limitado/a	Limitado/a pero no gravemente	Nada limitado/a	No consta
Total	23.332	3,78	17,23	78,96	0,02
0-24	5.678	0,73	6,42	92,81	0,03
25-44	7.157	1,58	12,16	86,25	0,01
45-64	6.008	3,48	21,00	75,50	0,01
65-74	2.116	5,56	30,91	63,53	0,00
75 y más	2.372	16,91	36,67	46,36	0,06

Notas: - Limitación para las actividades de la vida diaria en los últimos 6 meses. Porcentajes horizontales. - Los datos correspondientes a celdas con menos de 35 mil personas han de ser tomados con precaución, ya que pueden estar afectados de elevados errores de muestreo.

Fuente: INE: INEBASE: Encuesta Nacional de Salud. Año 2012. Estado de salud. Cifras absolutas y relativas. INE, 2013.

Gráfica 18. Proporción de personas con alguna dificultad para las actividades de la vida diaria.



Nota: Gravemente limitados o limitados pero no gravemente, para las actividades de la vida diaria en los últimos 6 meses. Fuente: INE, INEBASE (Encuesta Nacional de Salud, año 2012). Estado de salud. Cifras absolutas y relativas (INE, 2013).

A partir de los 65 años, se detecta una mayor dificultad para realizar labores domésticas, siendo a las mujeres, con el 42,61%, a quienes les cuesta más realizarlas (los hombres con un 30,59%); pero en ambos sexos las labores domésticas son las más problemáticas en ser realizadas a estas edades. No obstante, a partir de los 80 años es cuando se siente una dependencia para llevar a cabo todas las tareas de autocuidado, las labores domésticas básicas, y las actividades que requieran de movilidad (ver Tabla 8) (ENS, 2012).

Tabla 8. Grados de dependencia funcional.

Unidades: porcentaje de personas

AMBOS SEXOS	Autocuidado (1)	Labores domésticas (2)	Movilidad (3)
Total	34,21	37,45	36,72
De 65 a 69 años	14,06	17,22	16,19
De 70 a 74 años	24,91	27,25	25,46
De 75 a 79 años	35,23	38,27	38,24
De 80 a 84 años	51,23	54,07	54,07
De 85 y más años	72,18	78,05	77,82
HOMBRES	Autocuidado (1)	Labores domésticas (2)	Movilidad (3)
Total	26,88	30,59	27,47
De 65 a 69 años	12,05	16,66	13,8
De 70 a 74 años	18,36	20,98	15,59
De 75 a 79 años	27,42	30,35	27,75
De 80 a 84 años	43,88	45,75	45,16
De 85 y más años	64,78	72,63	68,87
MUJERES	Autocuidado (1)	Labores domésticas (2)	Movilidad (3)
Total	39,74	42,61	43,7
De 65 a 69 años	15,95	17,75	18,45
De 70 a 74 años	30,03	32,14	33,17
De 75 a 79 años	40,5	43,61	45,32
De 80 a 84 años	56,52	60,06	60,49
De 85 y más años	76,15	80,96	82,62

Nota: Una misma persona puede presentar más de un tipo de dependencia funcional. Los porcentajes horizontales no suman 100.

(1) Las actividades de autocuidado comprenden: Tomar sus medicinas, comer, vestirse, y desnudarse, peinarse y afeitarse, lavarse la cara y el cuerpo de cintura para arriba, ducharse o bañarse y quedarse solo durante la noche.

(2) Las labores domésticas comprenden: utilizar el teléfono, comprar comida o ropa, preparar el desayuno, preparar la comida, cortar una rebanada de pan, fregar la vajilla, hacer la cama, cambiar las sábanas, lavar ropa ligera a mano, lavar ropa a máquina, limpiar la casa, limpiar una mancha del suelo y coser un botón.

(3) Las actividades de movilidad comprenden: coger un transporte público, administrar su propio dinero, andar (con o sin bastón), andar una hora seguida y subir diez escalones.

Fuente: INE, INEBASE (Encuesta Nacional de Salud, año 2012). Estado de salud. Cifras absolutas y relativas (INE, 2013).

Entre las actividades donde estos mayores encuentran la mayor dificultad son en las actividades de la vida diaria tales como cortarse las uñas de los pies, andar durante una hora de forma continuada o limpiar una mancha en el suelo siendo preciso inclinarse para realizarlo manualmente (ver Tabla 9 y Gráfica 19).

Tabla 9. Dificultades observadas para la realización de actividades cotidianas de la vida diaria entre los mayores.

Unidades: personas y porcentajes.

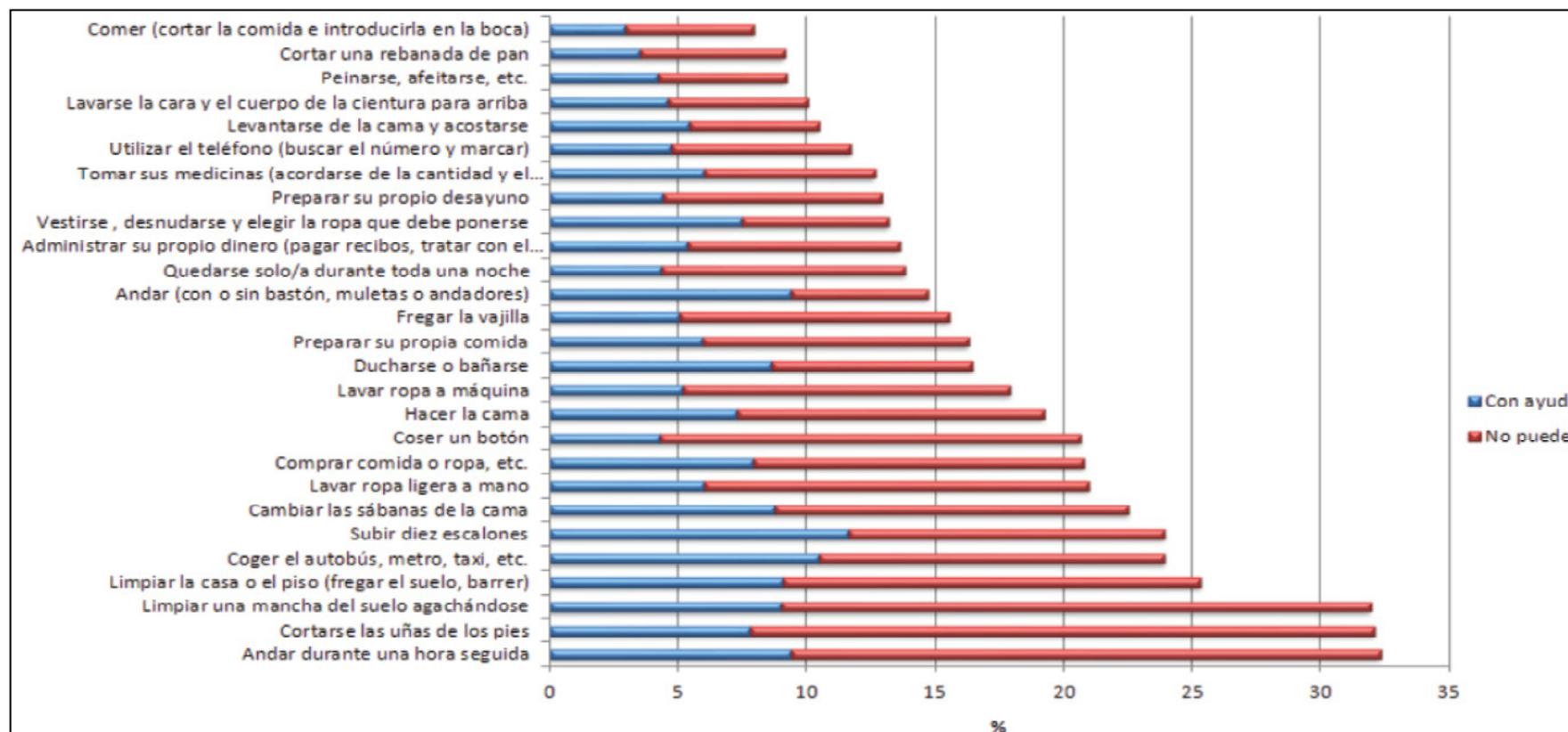
	Puede hacerlo con ayuda	No puede hacerlo	% / población 65+		
			Con ayuda	No puede	Total
Utilizar el teléfono (buscar el número y marcar)	372.242	549.386	4,7	7	11,7
Comprar comida o ropa, etc.	623.784	1.011.828	7,9	12,9	20,8
Coger el autobús, metro, taxi, etc.	825.155	1.057.462	10,5	13,4	23,9
Preparar su propio desayuno	347.752	669.551	4,4	8,5	12,9
Preparar su propia comida	467.212	815.169	5,9	10,4	16,3
Tomar sus medicinas (acordarse de la cantidad y el momento)	474.270	522.433	6	6,6	12,7
Administrar su propio dinero (pagar recibos, tratar con el banco, etc.)	422.241	647.646	5,4	8,2	13,6
Cortar una rebanada de pan	276.427	442.960	3,5	5,6	9,1
Fregar la vajilla	399.373	825.938	5,1	10,5	15,6
Hacer la cama	576.920	936.635	7,3	11,9	19,2
Cambiar las sábanas de la cama	692.599	1.078.510	8,8	13,7	22,5
Lavar ropa ligera a mano	475.407	1.177.091	6	15	21
Lavar ropa a máquina	406.396	1.005.132	5,2	12,8	17,9
Limpiar la casa o el piso (fregar el suelo, barrer)	714.762	1.278.253	9,1	16,2	25,3
Limpiar una mancha del suelo agachándose	708.685	1.803.974	9	22,9	31,9
Comer (cortar la comida e introducirla en la boca)	231.784	393.407	2,9	5	7,9
Vestirse , desnudarse y elegir la ropa que debe ponerse	588.537	450.288	7,5	5,7	13,2
Peinarse, afeitarse, etc.	331.111	392.447	4,2	5	9,2
Andar (con o sin bastón, muletas o andadores)	738.718	421.119	9,4	5,4	14,7
Levantarse de la cama y acostarse	428.712	395.633	5,4	5	10,5
Cortarse las uñas de los pies	612.742	1.914.256	7,8	24,3	32,1
Coser un botón	339.770	1.287.176	4,3	16,4	20,7
Lavarse la cara y el cuerpo de la cintura para arriba	363.780	425.403	4,6	5,4	10
Ducharse o bañarse	681.219	612.465	8,7	7,8	16,4
Subir diez escalones	918.233	963.716	11,7	12,2	23,9
Andar durante una hora seguida	739.944	1.803.240	9,4	22,9	32,3
Quedarse solo/a durante toda una noche	344.470	744.212	4,4	9,5	13,8

Nota: - Población 65+ = 7.868.536

1) Una persona puede tener dificultad para unas actividades y no para otras.

2) Estos datos han de ser tomados con precaución ya que pueden estar afectados de elevados errores de muestreo.

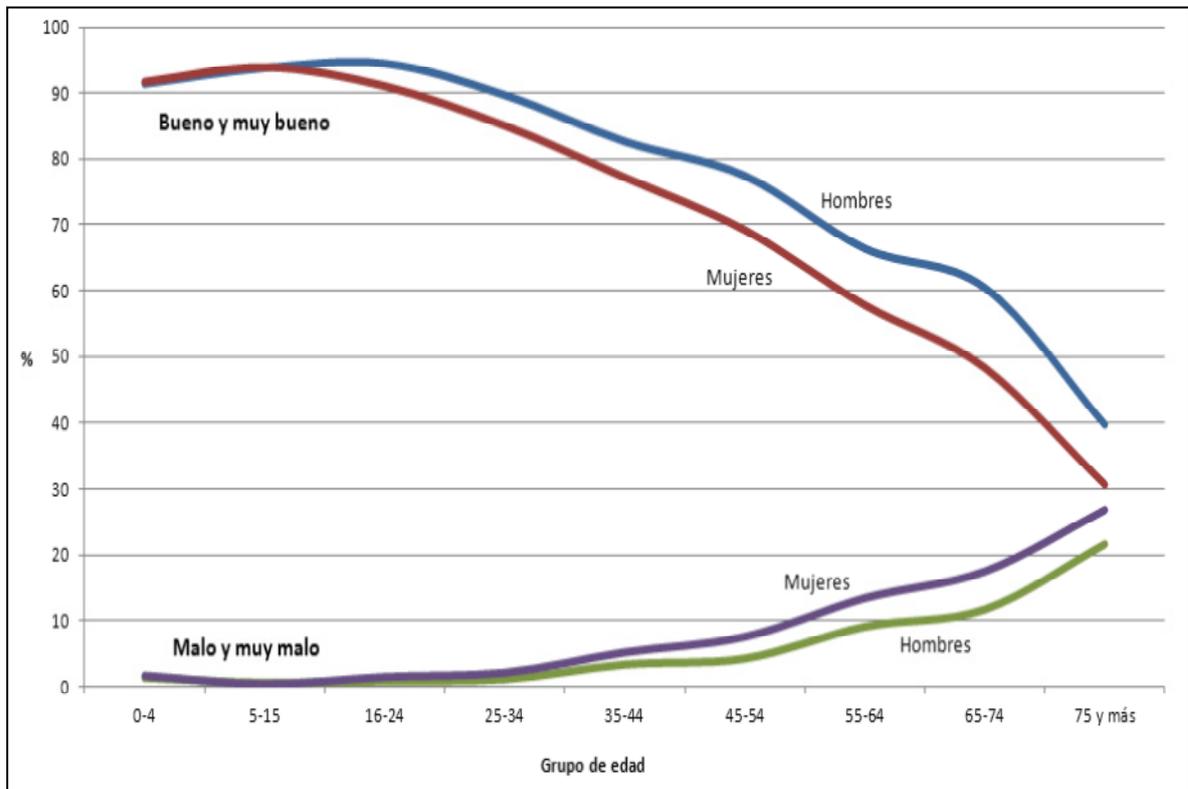
Fuente: INE, INEBASE (Encuesta Nacional de Salud, año 2012) (INE, 2013).



Gráfica 19. Dificultades para las actividades cotidianas entre los mayores.

Nota: - Población 65+ = 7.868.536. 1) Una persona puede tener dificultad para unas actividades y no para otras. 2) Estos datos han de ser tomados con precaución ya que pueden estar afectados de elevados errores de muestreo. Fuente: INE: INEABASE: Encuesta Nacional de Salud. Año 2012. INE, 2013.

Gráfica 20. Valoración del estado de salud percibida por los propios mayores en función de su edad.



Nota: Estado de salud general percibido en los últimos 12 meses. Porcentajes horizontales.

Fuente: INE, INEBASE (Encuesta Nacional de Salud, año 2012). Estado de salud. Cifras absolutas y relativas (INE, 2013).

El 48,5% de las mujeres entre 65 y 74 años perciben su salud como “mala” o “regular” mientras que el 40% la perciben como “buena”. En el caso de los hombres mayores, muestran una percepción de su salud algo más positiva, ya que el 52,6% de los hombres entre 65 y 74 años perciben su salud como “buena”, y sólo el 37,9% la perciben entre “regular” o “mala”. Se observa que a mayor edad peor es la percepción que tienen las personas mayores de su propio estado de salud (ver Gráfica 20 y Tabla 10).

Tabla 10. Valoración del estado de salud percibido por el propio mayor.

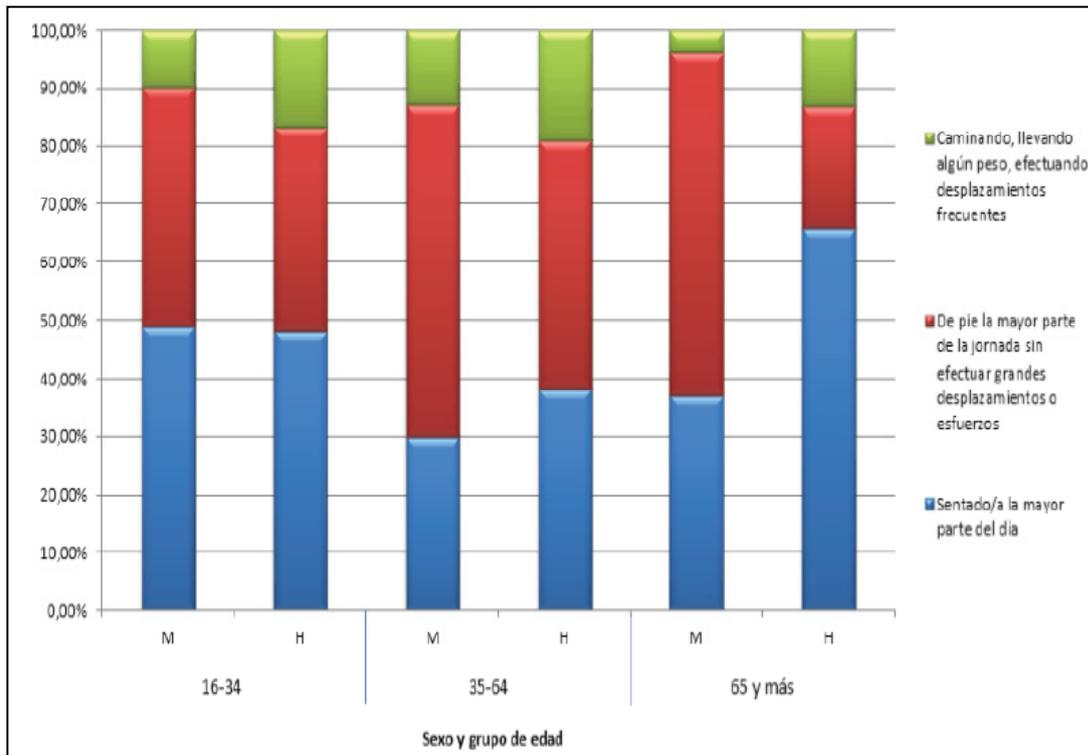
Ambos sexos	Total	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Total	45.942	26,5	48,8	18,0	5,4	1,3
0-4	2.384	54,7	36,8	6,9	1,2	0,3
5-15	4.831	55,4	38,5	5,6	0,4	0,0
16-24	4.437	42,1	50,8	6,0	0,8	0,4
25-34	6.835	32,5	54,9	11,0	1,3	0,4
35-44	7.755	23,2	56,8	15,8	3,7	0,5
45-54	6.694	17,2	56,1	20,8	4,5	1,5
55-64	5.138	12,5	49,5	26,7	9,5	1,9
65-74	3.951	8,1	45,9	31,2	12,4	2,4
75 y más	3.917	4,8	29,4	40,9	19,1	5,7
Hombres	Total	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Total	22.610	28,2	51,2	15,6	4,1	0,9
0-4	1.227	54,1	37,4	7,2	0,9	0,4
5-15	2.483	54,3	39,5	5,6	0,5	0,1
16-24	2.264	46,4	48,2	4,6	0,6	0,2
25-34	3.471	34,6	55,1	9,2	1,0	0,1
35-44	3.961	24,5	58,2	14,0	3,0	0,4
45-54	3.331	18,2	59,2	18,3	3,3	1,0
55-64	2.492	11,8	54,6	24,5	7,7	1,4
65-74	1.835	7,8	52,6	27,8	10,1	1,6
75 y más	1.545	6,1	33,7	38,6	16,8	4,9
Mujeres	Total	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Total	23.332	24,9	46,5	20,3	6,6	1,7
0-4	1.158	55,4	36,3	6,6	1,5	0,2
5-15	2.348	56,5	37,4	5,6	0,4	0,0
16-24	2.173	37,6	53,5	7,5	1,0	0,5
25-34	3.363	30,4	54,7	12,8	1,5	0,6
35-44	3.794	21,9	55,3	17,6	4,5	0,7
45-54	3.362	16,3	52,9	23,2	5,6	1,9
55-64	2.646	13,1	44,7	28,8	11,1	2,3
65-74	2.116	8,3	40,0	34,2	14,3	3,2
75 y más	2.372	4,0	26,6	42,5	20,6	6,3

Unidades: Miles de personas y porcentajes.

Notas: - Estado de salud general percibido en los últimos 12 meses. Porcentajes horizontales. - Los datos correspondientes a celdas con menos de 35 mil personas han de ser tomados con precaución, ya que pueden estar afectados de elevados errores de muestreo. Fuente: INE, INEBASE (Encuesta Nacional de Salud, año 2012. Estado de salud. Cifras absolutas y relativas), (INE, 2013).

Los hombres de 65 o más años pasan gran parte del día sentados; sin embargo las mujeres de esta misma edad suelen estar de pie la mayor parte de la jornada, aunque sin efectuar grandes desplazamientos ni esfuerzos, como se ha objetivado en las mujeres que se encuentran entre 35 y 64 años (ver Gráfica 21).

Gráfica 21. Ejercicio físico en el trabajo o actividad principal.



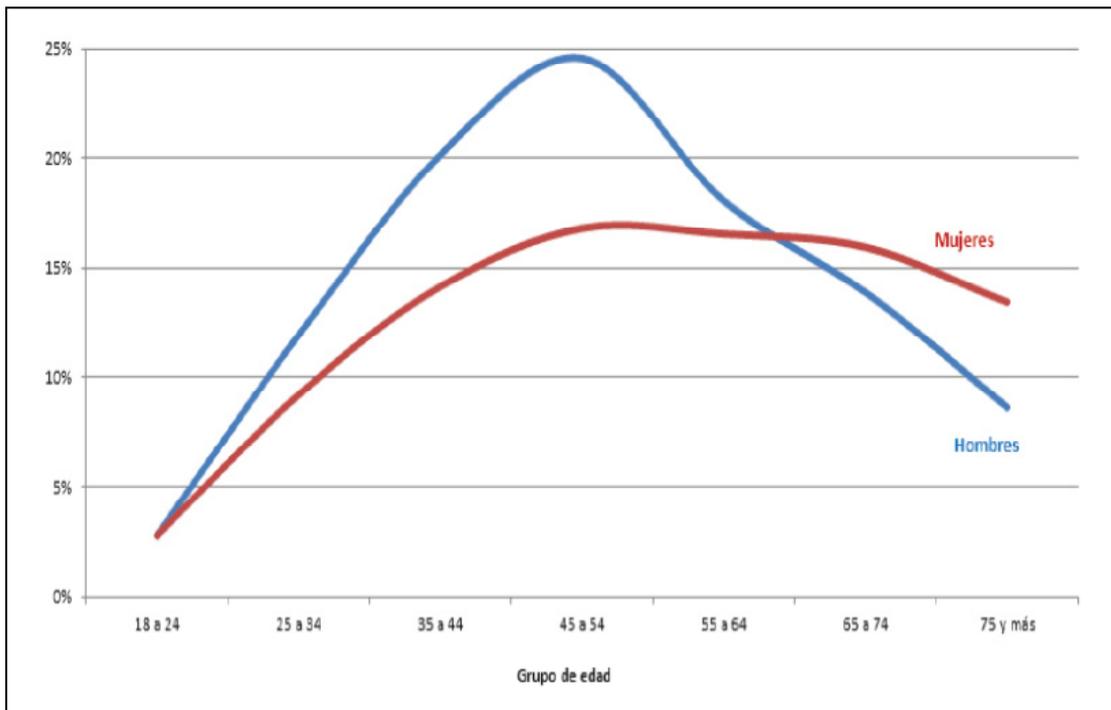
Notas: - Población de 15 y más años ocupada, estudiante o dedicada a labores del hogar, 2012.

- En los datos correspondientes a hombres de 65 años y más no se incluyen aquellos de hombres de 75 años y más ya que no han sido proporcionados por el INE debido a muestra insuficiente.

Fuente: INE, INEBASE (Encuesta Nacional de Salud, año 2012. Determinantes de la salud. Cifras absolutas y relativas), (INE, 2013).

Se ha observado más hombres que mujeres con obesidad significativa hasta los 64 años de edad, siendo entre los 45-54 años la franja de edad más crítica para ellos. La obesidad afecta al 24% de los hombres y al 17% de las mujeres. No obstante, a partir de los 64 años de edad, el índice del hombre obeso disminuye, siendo las mujeres de esta franja de edad las que presentan obesidad con mayor frecuencia, invirtiendo las observaciones iniciales (ver Gráfica 22).

Gráfica 22. Porcentaje de obesidad en los mayores, según la edad.



Notas: $imc \geq 30$: Obesidad, $imc 25-30$: Sobrepeso, $18,5 < imc < 25$: Normopeso, $imc < 18,5$: Peso insuficiente
 -Índice de masa corporal (IMC) $0 [PESO (kg)/ESTATURA (m) al cuadrado]$
 Fuente: INE, INEBASE (Encuesta Nacional de Salud, año 2012. Determinantes de la salud, Cifras absolutas y relativas) (INE, 2013).

La enfermedad crónica con mayor prevalencia entre las personas de 65 o más años es la artrosis, tanto en el hombre como en la mujer, con un 46,6% en la franja de edad correspondiente entre los 65 y 74 años; 57,8% entre los 75 a 84 años, y un 61,6% entre los mayores de 85 o más años de edad. La depresión crónica, las migrañas o cefaleas (dolores de cabeza) son las patologías más frecuentes entre las mujeres de 65 o más años (ver Tabla 11 y Gráfica 23).

Tabla 11. Enfermedades crónicas en las personas mayores, según la edad.

Ambos sexos	Tensión alta	Artrosis, artritis o reumatismo	Depresión crónica	Migraña o dolor de cabeza frecuente
Total	18,7	19,3	6,5	10,2
15-24	0,6	0,5	0,8	7,5
25-34	3,1	1,6	2,3	9,7
35-44	7,2	5,4	4,6	10,9
45-54	16,3	16,6	6,6	12,2
55-64	32,1	32,6	10,9	12
65-74	44,3	46,6	12,1	8,6
75-84	49,3	57,8	12,3	8,9
85 y más	50,8	61,6	12	9,8
Hombres	Tensión alta	Artrosis, artritis o reumatismo	Depresión crónica	Migraña o dolor de cabeza frecuente
Total	17,6	12,1	3,5	5,6
15-24	0,6	0,4	0,2	6
25-34	3	0,8	1,4	5,7
35-44	7,9	3,2	2,8	5,6
45-54	18,4	10,6	4,8	6,1
55-64	35	20,9	6,2	5,6
65-74	41,4	32,1	4,4	4,1
75-84	41,9	42,3	6,9	5,2
85 y más	41,9	43,8	5,3	7,8
Mujeres	Tensión alta	Artrosis, artritis o reumatismo	Depresión crónica	Migraña o dolor de cabeza frecuente
Total	19,7	26,2	9,3	14,6
15-24	0,7	0,7	1,5	9,1
25-34	3,1	2,3	3,2	13,8
35-44	6,5	7,7	6,4	16,3
45-54	14,3	22,6	8,4	18,4
55-64	29,4	43,5	15,3	17,9
65-74	46,8	59,2	18,8	12,4
75-84	54,5	68,6	16,1	11,5
85 y más	55,5	71,1	15,5	10,8

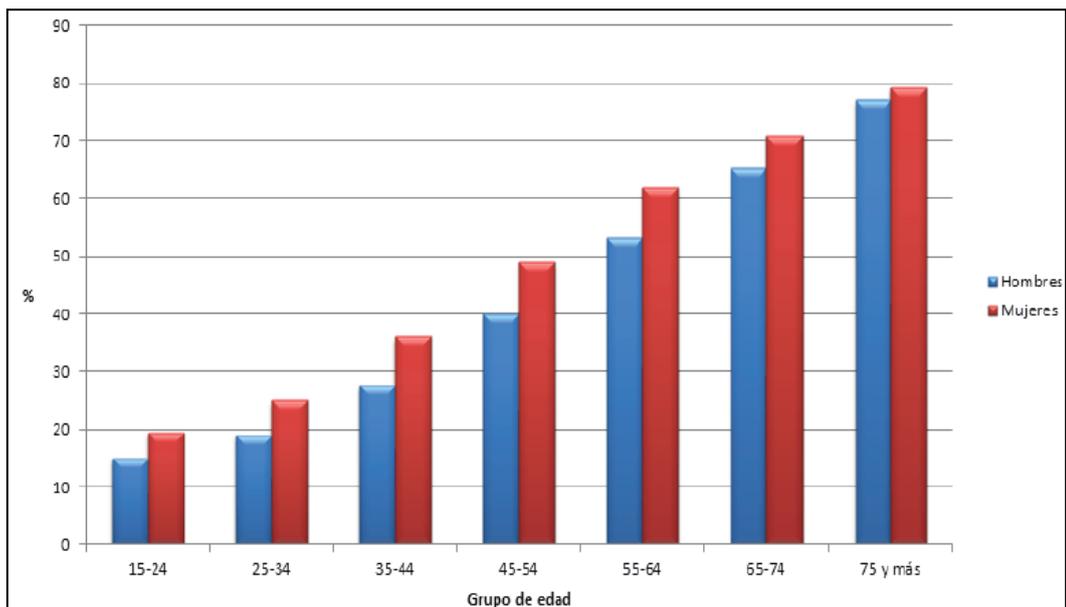
Unidades: Porcentajes

Notas: - Enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses.

- Una misma persona puede presentar más de un tipo de enfermedad crónica.

Fuente: INE, INEBASE (Encuesta Nacional de Salud, año 2012. Estado de salud. Cifras relativas) (INE, 2013).

Gráfica 23. Enfermedades declaradas.



Nota: Porcentajes de población que ha declarado enfermedad o problema de salud crónicos percibido sobre el total de su grupo de edad (INE, 2013).

II.3. EVOLUCIÓN Y ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA.

II.3.1. MARCO LEGISLATIVO DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA.

En apartados anteriores hemos dejado expuesto el perfil de las personas mayores de 65 o más años, el cambio demográfico que se ha producido, la esperanza de vida que ha ido incrementándose sin previsiones de cambio, las características sociodemográficas de estas personas mayores, el perfil de las residencias españolas actuales y el perfil de los mayores residentes institucionalizados en las mismas. Incluso, se han dado algunas pinceladas sobre la legislación española que regula estas situaciones. Por ello, en estos momentos consideramos de interés profundizar en el marco legislativo que regula la situación de las personas mayores dependientes, así como aquellas condiciones y requisitos por las que deben regirse las residencias para mayores.

Hasta la ley de dependencia 39/2006, el apoyo de las personas en situación de vulnerabilidad para el desarrollo de las actividades de la vida diaria venía relacionado al concepto de “**minusválido**”; por ello, la intervención en personas dependientes no comienza con la ley de dependencia 39/2006. Es un error, a veces extendido, el desconocimiento de la historia de la atención a estas personas, del desarrollo de las normas anteriores, e ignorar los servicios sociales o de salud que han desarrollado múltiples intervenciones sobre esta población, tanto a nivel nacional como internacional. Consideramos importante recoger unas breves pinceladas sobre la historia para conocer desde cuándo preocupa la situación de las personas mayores dependientes y de qué manera se han llegado a implementar las diferentes legislaciones que los regula, para tenerlo presente en las futuras líneas de intervención social.

Así, ya en 1980 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica en inglés la primera Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (en adelante, CIDDM); y, unos años después, en 1982, la Organización de las Naciones Unidas

creó el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad con la intención de promover medidas eficaces para la prevención y para la rehabilitación de la discapacidad (ONU, 1982). El objetivo de este programa pretendía alcanzar la igualdad de oportunidades con la población libre de discapacidades y/o minusvalías (OMS, 2001).

Sin embargo, no será hasta mediados de la década de los noventa cuando el Consejo de Europa constituyó un texto de consenso que pudiese ser asumido desde la mayoría de los países miembros de este organismo internacional. Recogía que *“el resultado de ese trabajo es la aprobación, en septiembre de 1998, por el Comité de Ministros del Consejo de Europa, de una recomendación relativa a la dependencia (Consejo de Europa, 1998)”* (citado en Libro Blanco de la Dependencia, 2005).

La definición de dependencia que se encuentra dentro de esta recomendación describe que la dependencia 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 corriente de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”*. Esta definición, que fue ampliamente aceptada, plantea la concurrencia de tres factores para que podamos detectar o diagnosticar una situación de dependencia:

- En primer lugar, la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona.
- En segundo lugar, la incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria.
- Y en tercer lugar, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

Esta definición es coherente con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2000)³.

³ Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de 1980 fue modificado por la Clasificación Internacional del funcionamiento y la Discapacidad de 1999.

En síntesis, la dependencia puede entenderse como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un *déficit* en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente. Este déficit comporta una *limitación en la actividad*. Cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una *restricción en la participación* que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana. Afectando de manera directa a la calidad de vida de estas personas (OMS, 2001).

En 1982 se implanta en España la *ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos*, también conocida popularmente como la LISMI, tras la implantación de la Constitución Española que reconoce a los disminuidos físicos, psíquicos o sensoriales (art. 49) y basada en los derechos del deficiente mental por las Naciones Unidas (1971). En 1986, el Instituto Nacional de Estadística (INE) de España realiza una encuesta de ámbito nacional sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías, tomando como base los conceptos y terminología empleados por la OMS en la CIDDM. Este informe constituye un amplio trabajo de campo (Egea y Sarabia, 2001), gracias al que se elaboró la *Ley General de Sanidad*, de 1986. Posteriormente, entre los años 1988-1991 se elabora el Plan Gerontológico Nacional⁴. En 1990 se implantó la *Ley de Prestaciones no Contributivas* provocando la generalización de las pensiones. El apoyo de las personas en situación de vulnerabilidad para el desarrollo de las actividades diarias tenía como referente principal el *Real Decreto 1071/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía*.

Esta normativa supuso nuevos hitos de envergadura para la mejora de la protección social y de la cobertura de las necesidades de las personas mayores, en especial de las personas mayores dependientes. Frente a esta situación, nace la necesidad de elaborar una ley que atienda las necesidades de las personas dependientes. Por ello, se implementa la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía y Atención a las personas en situación de dependencia*, que deja claro desde un principio de motivación:

⁴ El Plan Gerontológico Nacional no inicia su andadura hasta 1992 en España.

“1. La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía” (Exposición de motivos, Ley 39/2006, p.44142).

En virtud de dicha norma se dicta el *Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la dependencia* (ya derogado). Sin embargo, éste queda modificado unos cuatro meses después por la publicación del *Real Decreto 1197/2007, de 14 de septiembre, en materia de reconocimiento de descanso por maternidad en los supuestos de discapacidad del hijo y de reconocimiento de la necesidad de asistencia de tercera personas en las prestaciones no contributivas*.

Desde el año 2010 se van tomando nuevas medidas que afectan a la dependencia, esencialmente al reconocimiento de los derechos que se adquieren por ser dependiente. La crisis y los recortes, provoca la implantación del *Real Decreto 20/2012, de 13 de julio, sobre Medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y fomento de la competitividad*. En una cascada de medidas, se toman aquellas relativas a la dependencia eliminando, en este decreto, los niveles de dependencia y quedándose en los tres grados existentes (Grado III, II y I). Cabe añadir que un año antes, se había aprobado otro decreto, el *Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia*, modificando el baremo anterior que no alcanzaba sus 4 años de implantación legislativa.

Además, el Libro Blanco de la Dependencia reconocía que *“en España no existe un modelo uniforme de prestación ni de coordinación de servicios sanitarios y sociales. Tampoco existen verdaderos sistemas de provisión integrada en estos servicios. La coordinación debe realizarse a dos niveles: a) entre los servicios sanitarios y los servicios*

sociales y b) entre los diversos servicios de un mismo sistema”; es decir, el Libro Blanco giraba hacia un modelo claramente de coordinación socio-sanitaria, además describía que es papel de las Comunidades Autónomas *“garantizar que, en el ámbito de su territorio, se pongan a disposición de los ciudadanos los servicios y centros necesarios para que las personas con dependencia sean atendidas adecuadamente. Ello conlleva, por una parte, la gestión de los centros y servicios propios y la creación de otros nuevos y, por otra parte, el impulso y la concertación de centros y servicios de la iniciativa privada con y sin ánimo de lucro para su incorporación al Sistema”*. No obstante, quién decide la forma de entrar en el sistema es el Estado. A modo de conclusión, no se concreta un profesional para llevar a cabo la valoración de la situación de dependencia (ya sean profesionales del trabajo social, enfermería, de fisioterapia, de psicología, etc.) provocando que dependiendo de qué profesional pueda corresponderte, prestará más atención a los indicadores que considere individualmente más importantes. Esta situación provoca que la ausencia de homogeneidad a nivel nacional, dado que cada Comunidad Autónoma aprueba su propio decreto que dictamina quién/es valoran y el modelo a seguir, entre otras características.

En la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia fue con la Orden de 29 de enero de 2010 de la Consejería de Presidencia y Administraciones Públicas, mediante la que se configura la opción del Técnico Valorador en Dependencia dentro del Cuerpo Técnico, pudiendo ser el profesional un trabajador social, un psicólogo, un enfermero, un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional, etc. Por tanto, la implementación legal de este servicio se ha encontrado en una inestabilidad desde su inicio, a pesar de que en la ley se explicita que el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia responderá a una acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado y a las Comunidades Autónomas, que contemplará medidas en todas las áreas que afectan a las personas en situación de dependencia, con la participación, en su caso, de las Entidades Locales (Ley 16/2003).

No obstante, cuando se habla de dependencia, ésta puede ser física, psicológica, emocional, económica, etc. Por ello, también sus causas pueden ser diversas: accidente o crisis, estadio del ciclo de vida, estado de salud, características de personalidad o expectativas

sociales, además de las discapacidades funcionales (Wilkin, 1987). Durante todo este trabajo de investigación cuando hablamos de las personas mayores en situación de dependencia hacemos referencia a una dependencia, sea la causa que sea. Por ello, es importante distinguir entre discapacidad y dependencia (para no llegar a confusiones):

- Discapacidad: es la dificultad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana, habituales para personas de similar edad y condición sociocultural. Por tanto incluye dos polos las capacidades personales y las demandas del entorno respecto a las actividades a realizar normalmente (Spector y Fleishman, 1998; Puga y Abellán, 2004; Querejeta, 2004; Abellán y Esparza, 2007). La dificultad para realizar esas actividades (poca, moderada, severa, absoluta) califica a una persona con discapacidad.
- Dependencia: es el estado de carácter permanente en el que se encuentran las personas que precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las ABVD para su autonomía personal, a causa de diferentes razones, ya sea por motivos de edad, de enfermedad o de discapacidad, y ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial (Ley 39/2006).
- Situaciones de dependencia: en función de la necesidad de ayuda, su recepción o no, y el grado de satisfacción con la que se recibe, debe hacerse algunas distinciones importantes (Gignac y Cott, 1998). Así, “persona dependiente” es la que por una discapacidad necesita ayuda para desarrollar actividades cotidianas, y la recibe. Si la ayuda satisface sus necesidades, se considera una demanda cubierta; pero a veces no es así, la ayuda es “insuficiente” y se demanda atención adicional.

En los centros y alojamientos colectivos (residencias, hospitales geriátricos, centros para personas con discapacidad, etc.) se entiende que todas las personas con alguna limitación funcional reciben atención para actividades cotidianas (instrumentales, al menos), y en algún caso para actividades básicas, lo que las incluye automáticamente bajo el concepto de dependiente. En resumen, dependiente es la persona con discapacidad que recibe ayuda (suficiente, insuficiente o innecesaria) o que la solicita pero que no la recibe.

II.3.2. LAS CIFRAS DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL.

Entendemos dependencia funcional como el estado de carácter permanente producido por enfermedades o discapacidad de órganos biológicos y/o enfermedades psicológicas. Es decir, no a las físicas, sino a enfermedades internas (como enfermedades oncológicas, enfermedades mentales, etc.). En 2011, se contabilizaban 2.141.404 de dependientes de 6 o más años en España residiendo en viviendas familiares, con diferente grado de severidad; representando esa cifra el 5,1% de toda la población de 6 o más años, dentro de las cuales ocho de cada diez personas presentan discapacidad (2.745.855). Otras 258.327 personas mayores residen en centros y alojamientos colectivos (residencias, hospitales de larga estancia, geriátricos, psiquiátricos y centros residenciales para personas con discapacidad) (Abellán, Esparza y Pérez, 2011).

Los diferentes supuestos de dependencia se reparten de la siguiente forma: a) la inmensa mayoría (988.153 personas) presentan demanda de ayuda cubierta y la asistencia satisface sus necesidades; b) hay casi medio millón de personas dependientes (474.922) con atención insuficiente; c) el 4% de los mayores dependientes estima que la ayuda que reciben es innecesaria, quizá por sobreprotección o por la forma de convivencia adoptada; d) y, además, cerca de 176.805 personas con discapacidad no reciben asistencia aunque la demandan; son personas “no independientes” computadas dentro del colectivo de dependientes. Por último, las personas con discapacidad pero con independencia funcional, ya que pueden manejarse en sus actividades cotidianas, se elevan a 411.034 y están fuera del cómputo estadístico realizado (Abellán et al., 2011).

Según el XIV Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia (2015) existen 1.216.000 personas que se encuentran en situación de dependencia, o lo que es lo mismo, el 2,6% de la población española, que no pueden desarrollar algunas de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria sin apoyo adicional en mayor o menor medida (Barriga et al., 2015). Teniendo en cuenta el informe del IMSERSO (2015) sobre datos de gestión de la dependencia, a 31 de diciembre de 2014, se contabilizan 738.587 personas beneficiarias con prestación en 2011; siendo, a fecha de 31 de diciembre de 2014, las personas beneficiarias con

prestación de 745.720. Es decir, en tres años se les ha reconocido y están percibiendo la prestación previamente reconocida solamente a 7.133 personas dependientes.

II.3.3. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

Las principales características sociodemográficas de la población española dependiente están estrechamente relacionadas con la edad (Tabla 12). La prevalencia se incrementa casi exponencialmente a partir de los 70 años, situación que aún se acentuaría incluyendo a los que viven en residencias colectivas; ya que ocho de cada diez tienen 65 o más años. La dependencia no alcanza al 1% de los niños y jóvenes, es del 2% en los adultos, pero afecta al 20% en las personas mayores. Se constata que existen tres perfiles sociodemográficos bastante diferenciados atendiendo a la edad y al sexo. Los jóvenes con dependencia (6-19 años) son sobre todo varones; entre los adultos se observa un equilibrio entre ambos sexos, aunque a partir de los 45-50 años la prevalencia femenina supera a la masculina; entre los mayores, el predominio femenino absoluto (Abellán et al., 2011).

Tabla 12. Características sociodemográficas de la población dependiente de 65 o más años.

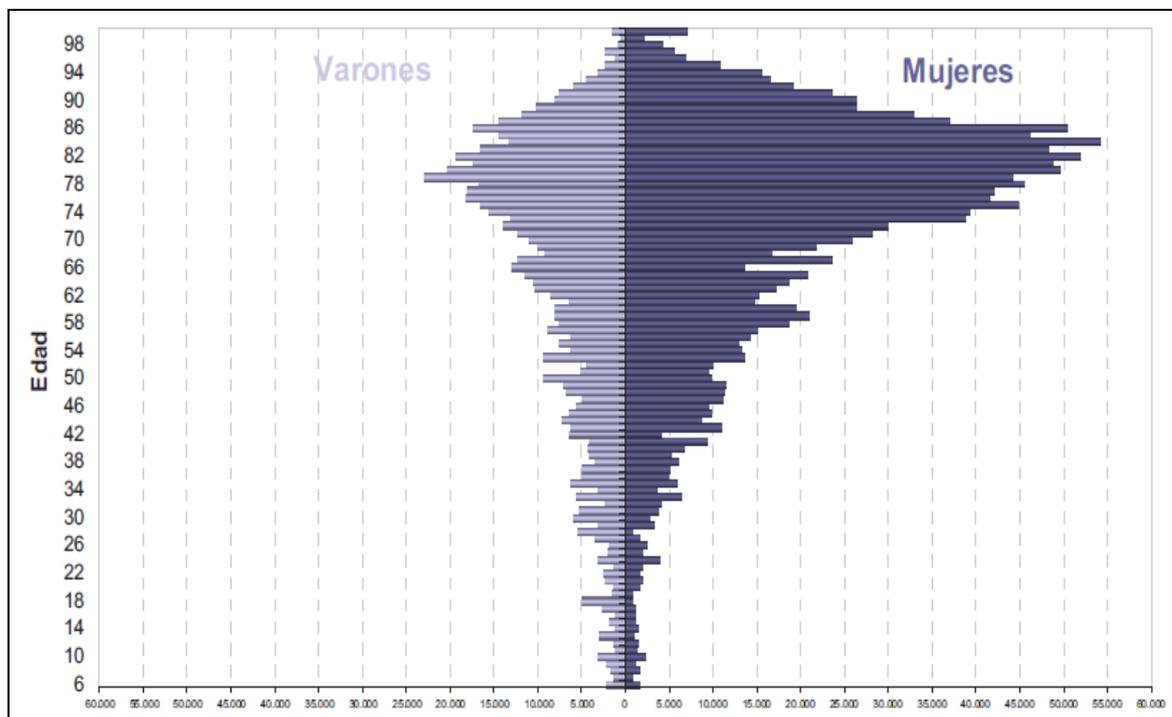
	Edad de los dependientes			Total población dependiente 2008	Dependientes 1999	TOTAL POBLACIÓN ESPAÑA
	6-19 años	20-64 años	65+ años			
Dependientes 2008	46.742	632.369	1.462.292	2.141.404		42.222.705
Porcentajes horizontales	2,2	29,5	68,3	100		
Dependientes 1999	55.131	468.793	1.097.986		1.621.909	37.037.507
Porcentajes verticales sobre 2008 (en cursiva sobre 1999)						
SEXO						
Varón	62,3	39,2	27,7	31,9	33,9	49,3
Mujer	37,7	60,8	72,3	68,1	66,1	50,7
ESTADO CIVIL						
Soltero	100	32,8	6,9	16,6	21,2	39,8
Casado	0,0	54,3	42,4	45,0	43,5	49,5
Viudo	0,0	4,6	49,2	34,9	33,5	6,9
Separado/divorciado	0,0	8,3	1,5	3,4	1,7	3,8
TIPO DE HOGAR						
Unipersonal	0,0	6,4	19,9	15,5		6,8
Pareja	0,0	17,8	26,3	23,2		17,7
Multigeneracional	93,6	65,9	40,5	49,2		66,3
Otro tipo	6,4	9,9	13,3	12,1		9,2
ESTUDIOS						
Analfabeto/sin estudios	40,0	32,1	62,2	52,8	56,6	16,5
Estudios primarios	26,5	29,3	26,3	27,2	32,6	25,8
Estudios secundarios	6,5	28,7	7,8	13,9	8,0	33,9
Estudios superiores	0,1	9,7	3,5	5,2	2,8	19,6
TAMAÑO MUNICIPAL						
Menos de 10.000 hab.	16,7	20,2	28,2	25,6	31,4	21,3
Entre 10.000 y 50.000 hab.	30,6	27,0	22,9	24,3	24,3	25,9
Más de 50.000 hab.	52,7	52,8	48,8	50,1	44,3	52,8

Nota: No se muestran en la tabla las categorías NC "no contesta" y "No procede" (estudios)

FUENTE: INE, EDAD, 2008. Población de 65 y más años en viviendas familiares. EDES, 1999. Población de 65 y más años en viviendas familiares (Abellán et al., 2011).

La dependencia presenta rasgos femeninos en su conjunto, en su percepción global (ver Gráfica 24). Dos de cada tres dependientes son mujeres (68,1%). Puede que los hombres padezcan enfermedades con mayor grado de letalidad (debido a conductas o hábitos de mayor riesgo) y que las mujeres sufran más a menudo condiciones de salud crónicas que generan discapacidad y dependencia. También es posible que la forma de preguntar y la naturaleza de los ítems que integra la Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (en adelante, EDAD) presenten un sesgo: muchos hombres no se sienten incapacitados para realizar determinadas tareas (como las tareas domésticas) porque nunca las han realizado habitualmente (Abellán et al., 2011). Es posible, también, que por razones culturales el varón sea más reacio a declarar debilidad o problemas funcionales ante situaciones de naturaleza similar a las de las mujeres; o que éstas tengan más trato con servicios sanitarios (por los horarios más flexibles de las tradicionales amas de casa o por los roles tradicionales en la atención a la salud de los hijos). Finalmente, la mayor longevidad de la mujer, con su mayor edad media, podría explicar que sus tasas de dependencia sean más altas al analizarlas globalmente, de forma conjunta.

Gráfica 24. Pirámide de la población dependiente española.



Fuente: INE. EDAD, 2008. Población de 6 y más años en viviendas familiares.

OBSERVACIÓN: No se tienen en cuenta aquellos individuos que no han podido ser identificados como dependientes

Respecto al estado civil y la forma de convivencia también se ha observado que están relacionados con la edad de las personas mayores dependientes (ver Tabla 12). Los jóvenes con dependencia (6-19 años) están solteros; los adultos dependientes (20-64) están casados en su mayoría; siendo las personas dependientes de 65 o más años los que son viudos en su gran mayoría. La proporción de personas dependientes que no conviven con sus descendientes crece rápidamente con la edad. Es igualmente destacable que el 45,3% de los dependientes de 65 o más años vive en hogares en los que ellos mismos son la persona de referencia. Además, cuanto mayor es la edad del dependiente menor es el tamaño medio de miembros componentes del hogar. Muy probablemente la mayor proporción de quienes sobreviven hasta los 65 años y el constante descenso de la mortalidad también entre los más mayores, está siendo un factor incrementador del número de discapacidades y dependencias. Además, a pesar de la creciente heterogeneidad de las formas familiares de convivencia, se apunta una tendencia hacia una mayor soledad residencial de los mayores y en concreto de los dependientes de edad avanzada; casi trescientos mil de éstos vivían en hogares unipersonales en 2011 suponiendo un 20% de todos los dependientes mayores. Incluso los hogares unipersonales con persona dependiente se han seguido encontrando entre los de menos ingresos, pues el 87,1% perciben menos de mil euros mensuales (Abellán et al., 2011).

Respecto al nivel de estudios, la dependencia se correlaciona de forma inversamente proporcional con el nivel de instrucción o formación del residente. La proporción de dependientes entre los que no saben leer ni escribir (sobre todo población de 65 o más años) o no tienen estudios es casi diez veces superior a la existente entre aquellos que tienen estudios superiores, en 2011. Evidentemente, los estudios tienen un efecto directo en las capacidades propias y la posibilidad de aprovechar recursos para afrontar problemas de salud, pero también son un indicador indirecto de muchos otros factores tales como la posición económica y social así como de los estándares y condiciones de vida asociados. Este es un factor de optimismo respecto al futuro, ya que el simple relevo generacional juega a favor de una rápida elevación del nivel de estudios detectable entre los más mayores (Abellán et al., 2011).

La distribución geográfica de la dependencia en España mantiene de forma gráfica dos grandes áreas (Abellán et al., 2011):

a) una diagonal noroeste-sudeste deja al sur una España con las prevalencias superiores al resto del país. Destacan Galicia, Murcia y Extremadura, con las más altas; seguidas por Andalucía, Asturias, Castilla-León y Castilla-La Mancha;

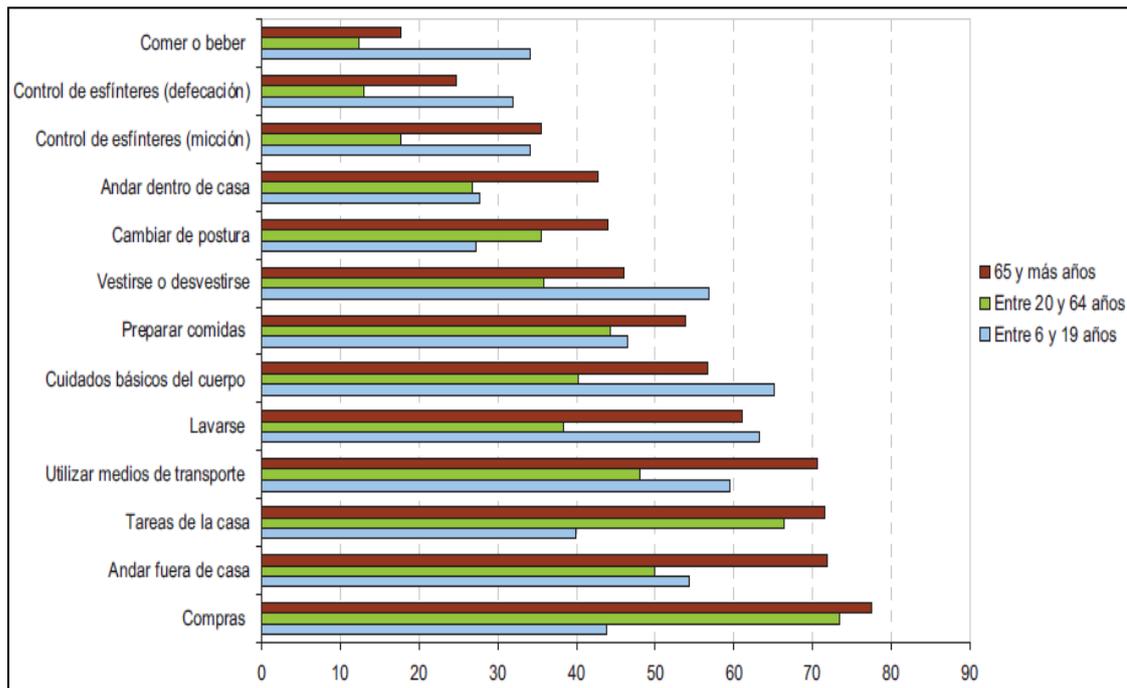
b) en la otra parte de la diagonal, con las prevalencias de dependencia más bajas se sitúan Madrid, Cataluña, País Vasco, Navarra, La Rioja, las Islas Baleares, y Canarias.

La evolución general de la distribución de la población en el territorio, cada vez más urbana, se traduce en que la mitad de los dependientes de todas las edades viven en las capitales de provincia y municipios de más de 50.000 habitantes, y hasta tres de cada cuatro dependientes viven en el conjunto de municipios urbanos. Por su parte, el mundo rural (municipios de menos de 10.000 habitantes) envejece a un fuerte ritmo y sus proporciones de población dependiente aumentan ligeramente; medio millón de las personas que necesitan ayuda personal viven en municipios rurales. Por tanto el reto es doble: elevada prevalencia en un mundo rural con poca población y recursos; y un elevado número de dependientes en entornos urbanos (1,6 millones incluyendo los municipios urbanos pequeños de 10-50.000 habitantes) (Abellán et al., 2011).

II.3.4. PREVALENCIA DE LAS LIMITACIONES EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

Los tipos de incapacidad funcional más extendidos como causa de dependencia están determinados por el peso que tienen las personas mayores en el cómputo de la población general (ver Gráfica 25). Los problemas funcionales para movilidad externa son los problemas más frecuentes detectados; impiden a las personas manejarse en la comunidad, perdiendo las ventajas de vivir en sociedad y desarrollar su vida y actividades de relación en una parte del espacio físico próximo.

Gráfica 25. Tipo de discapacidad por edad.



NOTA: Porcentaje de dependientes que declara dificultad en cada una de las actividades.
 Fuente: INE. EDAD, 2008. Población de 65y más años en viviendas familiares.

Más de un millón de dependientes declara problemas funcionales relacionados con las actividades de movilidad exterior, que son generalmente las primeras habilidades reconocidas que se pierden cuando se inicia el proceso de discapacidad: realizar compras (lo que implica movilidad y cierta habilidad cognitiva), andar fuera de la vivienda en el entorno de la comunidad y utilizar los medios de transporte. Le siguen posteriormente otras actividades instrumentales tales como realizar las tareas domésticas que son necesarias para mantener cierta autonomía en el hogar. En éstas existe un sesgo por sexo: las mujeres declaran problemas en más de la doble proporción que los varones para tareas domésticas (4,9% frente al 2% sobre el conjunto de la población, respectivamente), aunque muchos varones no declaran problemas en este aspecto ya que no son tareas que habitualmente realicen (Abellán et al., 2011).

El siguiente conjunto de dificultad en las actividades realizadas por los mayores, que afecta a menos personas pero con mayor gravedad, se relacionan con la independencia personal: son las actividades básicas de autocuidado (lavarse, cuidados básicos del cuerpo, vestirse/desvestirse). Finalmente, las incapacidades que afectan a menor número de personas,

250-300.000, pero se corresponden con las de naturaleza más grave y que expresan mayor carga de necesidad y, por ello, de atención externa son las relacionadas con el control de esfínteres y la dificultad para llevar a cabo tareas de comer o beber sin ayuda y sin supervisión, y que se consideran también incluidas en las actividades básicas (Abellán et al., 2011).

El orden de adquisición de la discapacidad en las actividades parece coincidir con el escalamiento jerárquico de las funciones sociobiológicas; es decir, las personas adquieren discapacidad en las funciones más complejas o de rango superior, como las instrumentales, y acaban viendo afectadas las más básicas y sencillas (Katz y Akpom, 1976; Dunlop, Hughes y Manheim, 1997; Barberger-Gateau, Rainville, Letenneur y Dartigues, 2000; Verbrugge, Yang y Juarez, 2004). Esta pauta explicaría que haya más personas afectadas en las funciones complejas y menos en las básicas, y arroja información valiosa para la organización de planes de ayudas. Entre las primeras actividades afectadas se encuentran: realizar la compra, las tareas de casa y la movilidad al exterior (andar, tomar el autobús); pues el 63,8% de los dependientes declara que comprar fue la primera actividad en la que tuvo problemas y precisó ayuda externa, y son más de la mitad de los dependientes los que señalan dificultades en estas actividades. En consonancia con ese principio, los problemas para comer sólo se señalan como primera discapacidad adquirida por el 13,4% de los dependientes, seguido por el control de esfínteres (17% defecar; 22,1% orinar). Considerando sólo a los mayores, el patrón es aún más claro: las dificultades empiezan por la realización de la compra (63,4%), andar fuera en la comunidad (59,2%), tomar el autobús (58,8%) y realizar compras (58,4%); en el otro extremo se repite el orden de la aparición de problemas citado (Abellán et al., 2011). Es en los adultos y en los mayores de 65 y más años en donde se observa el escalamiento propio de los procesos de discapacidad progresiva con mayor facilidad (Ferrucci et al., 1996).

Tabla 13. Dificultad detectada en primer lugar.

Actividades de la vida diaria (unidades: porcentajes)	Entre 6 y 19 años	Entre 20 y 64 años	65 y más años	TOTAL
Compras	41,5	66,2	63,4	63,8
Andar fuera de casa	53,2	45,0	59,2	54,9
Utilizar medios de transporte	57,8	43,6	58,8	54,3
Tareas de la casa	38,1	59,9	58,4	58,4
Lavarse	60,0	34,0	48,3	44,3
Cuidados básicos del cuerpo	62,9	35,6	44,6	42,3
Preparar comidas	44,5	40,1	43,9	42,8
Cambiar de postura	27,3	32,3	36,3	34,9
Vestirse o desvestirse	53,3	31,5	35,6	34,8
Andar dentro de casa	27,7	23,8	35,1	31,6
Control de esfínteres (micción)	33,9	15,1	24,8	22,1
Control de esfínteres (defecación)	30,9	11,9	18,8	17,0
Comer o beber	33,7	11,2	13,8	13,4

NOTA: Porcentaje de personas que declara haber adquirido esa actividad en primer lugar.
Fuente: INE. EDAD, 2008. Población de 65 y más años en viviendas familiares.

II.3.5. PRINCIPALES ENFERMEDADES ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA.

Numerosos problemas de salud pueden desarrollar discapacidad y esto a su vez desembocar en una dependencia. Por tanto, los cambios en la prevalencia de tales problemas son importantes para explicar las variaciones en la prevalencia de ciertos tipos de discapacidad y dependencia (Tabla 14). Entre los más jóvenes los problemas de salud que generan dependencia suelen ser congénitos: el 19,4% de los dependientes tienen daño cerebral adquirido, parálisis cerebral (14,4%), síndrome de Down (8,1%) o enfermedades raras, espectro autista o distrofia muscular. Entre los adultos ya empiezan a aparecer enfermedades crónicas, degenerativas u otras condiciones de salud provocadas por malos hábitos o circunstancias laborales. El 48,7% de los dependientes adultos declara dolor de espalda y al 38,8% se les ha diagnosticado artritis/artrosis o sufren de hipertensión o colesterol elevado (Abellán et al., 2011).

Tabla 14. Principales enfermedades de los dependientes.

6-19 años	20-64 años	65 y más años
Daño cerebral (19,4%)	Dolor de espalda (48,7%)*	Artritis/artrosis (65,8%)
Enfermedades raras (19,0%)	Depresión (41,1%)	Hipertensión (43,3%)*
Parálisis cerebral (14,4%)	Artritis/artrosis (38,8%)	Cataratas (37,5%)
Autismo (12,5%)	Hipertensión (24,3%)*	Depresión (26,7%)
Distrofia muscular (12,2%)	Colesterol (22,2%)*	Colesterol (25,8%)*
Síndrome de Down (8,1%)	Artritis reumatoide (19,5%)	Artritis reumatoide (25,7%)
	Distrofia muscular (14,8%)	Diabetes (23,0%)*
		Infarto de miocardio (18,0%)
		Accidentes cerebrovasculares (14,5%)
		Demencia Alzheimer (10,6%)

Nota: Porcentaje de dependientes que declaran enfermedades diagnosticadas (módulo B); * problemas crónicos declarados (módulo K).
Fuente: INE: EDAD, 2008. Población de 65 y más años en viviendas familiares.

Entre las personas mayores, de 65 o más años, los problemas osteomusculares, como resultado de procesos degenerativos, son los más frecuentes: el 65,8% de los dependientes mayores tienen diagnosticada artritis/artrosis, un 25,7% artritis reumatoide, que constituye una enfermedad no letal pero con muy alto efecto discapacitante. La segunda causa son los problemas cardíacos y circulatorios, el 18% de las personas mayores están diagnosticadas de infarto de miocardio y el 14,5% de accidentes cerebrovasculares; éstas son enfermedades de alta letalidad y, si se superan, suelen dejar secuelas discapacitantes, además de presentarse junto a otras condiciones adversas como hipertensión y colesterol. La diabetes también está estrechamente asociada a discapacidad física y dependencia, pues afecta a movilidad entre otras funciones; algo similar sucede con las cataratas, que limitan el desempeño de las actividades cotidianas. Con importancia creciente, comparado con otras estadísticas previas, aparecen enfermedades mentales degenerativas como el Alzheimer (10,6%) u otras demencias (8%), así como la prevalencia de enfermedades cognitivas severas en personas dependientes que son mucho más frecuentes entre las personas mayores que residen en instituciones frente a las que no están institucionalizadas (15,1%, y 23,1%, respectivamente); pero con el aumento de la edad se incrementan notablemente estos problemas degenerativos tanto en personas que viven en instituciones como en viviendas con su familia (Abellán et al., 2011).

II.3.6. SEVERIDAD.

El 15,3% de los dependientes tienen una severidad casi inapreciable (hasta 0,04 en una escala de 0-1) y un 32,3% es leve (0,05-0,24%) (Tabla 15). Según la EDAD (2008) se estima que la severidad se encuentra entre moderada y grave o total aproximadamente en medio millón de personas en cada una de estas dos categorías. Las situaciones más severas se encuentran entre los mayores: 463.102 dependientes con severidad grave o total, de un total de 577.577 dependientes graves. También entre los jóvenes destacan las situaciones de máxima severidad, aunque su cifra absoluta, en términos absolutos, es baja.

Tabla 15. Gravedad por edad de las personas de 6 o más años.

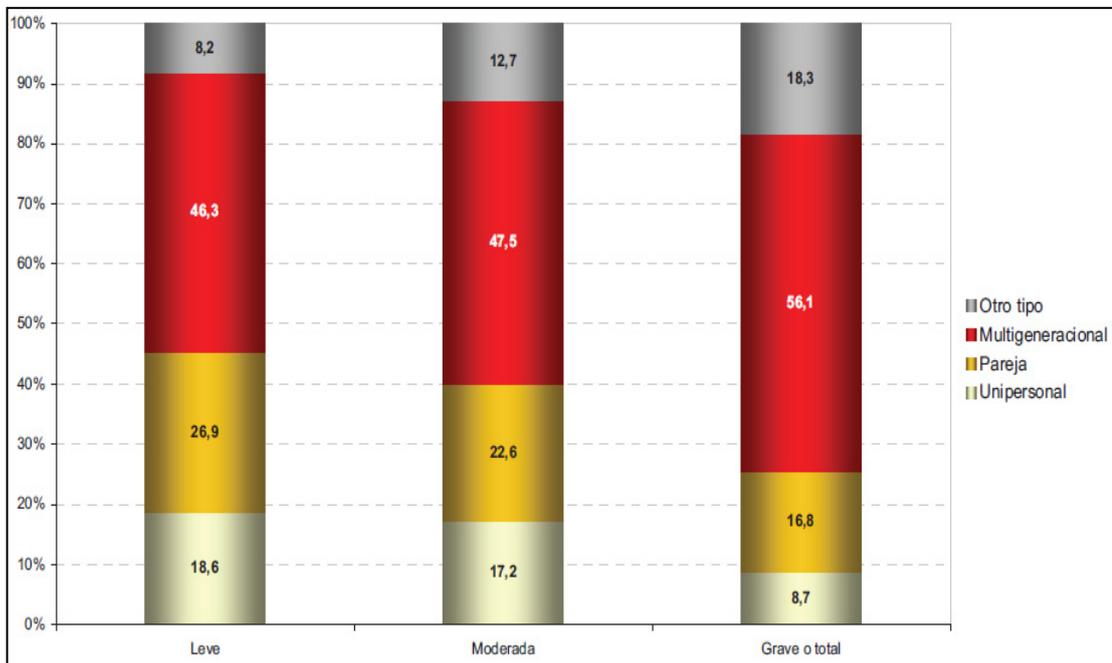
	Edad de los dependientes			TOTAL
	6-19 años	20-64 años	65+ años	
Insignificante	14,3	21,2	12,8	15,3
Leve	32,7	40,7	28,7	32,3
Moderada	19,8	20,5	25,6	24,0
Grave o total	29,1	16,0	31,7	27,0
Sin datos	4,1	1,7	1,2	1,4
Dependientes (N)	46.742	632.369	1.462.292	2.141.404

Nota: Porcentajes verticales.

Fuente: INE. EDAD, 2008. Población de 6 y más años en viviendas familiares.

La severidad de la dependencia y otras circunstancias personales (edad, estado civil, otras condiciones de salud) y familiares condicionan la forma de convivencia (ver Gráfica 26). Los dependientes más graves no suelen vivir solos, aunque lo hace el 8,7%, correspondiéndose sobre todo con personas de 65 o más años. Ese mismo patrón de severidad se repite en los casos de dependencia moderada. En hogares multigeneracionales es donde reside el mayor número de dependientes y además donde se presentan las situaciones de mayor severidad; en los que viven personas mayores de 65 o más años se dan ambas circunstancias acentuadas. Entre los dependientes jóvenes (de 6 a 64 años) es el tipo de hogar más extendido (en cualquier categoría de severidad). Entre las personas mayores, ese tipo de hogar significa la presencia de algún hijo/a en tareas de atención (EDAD, 2008).

Gráfica 26. Tipo de hogar en el que viven los dependientes según su gravedad.



Fuente: INE. EDAD, 2008. Población de 6 y más años en viviendas familiares.
Se agrupan las categorías insignificante y (0-0,24 de la escala 0-1).

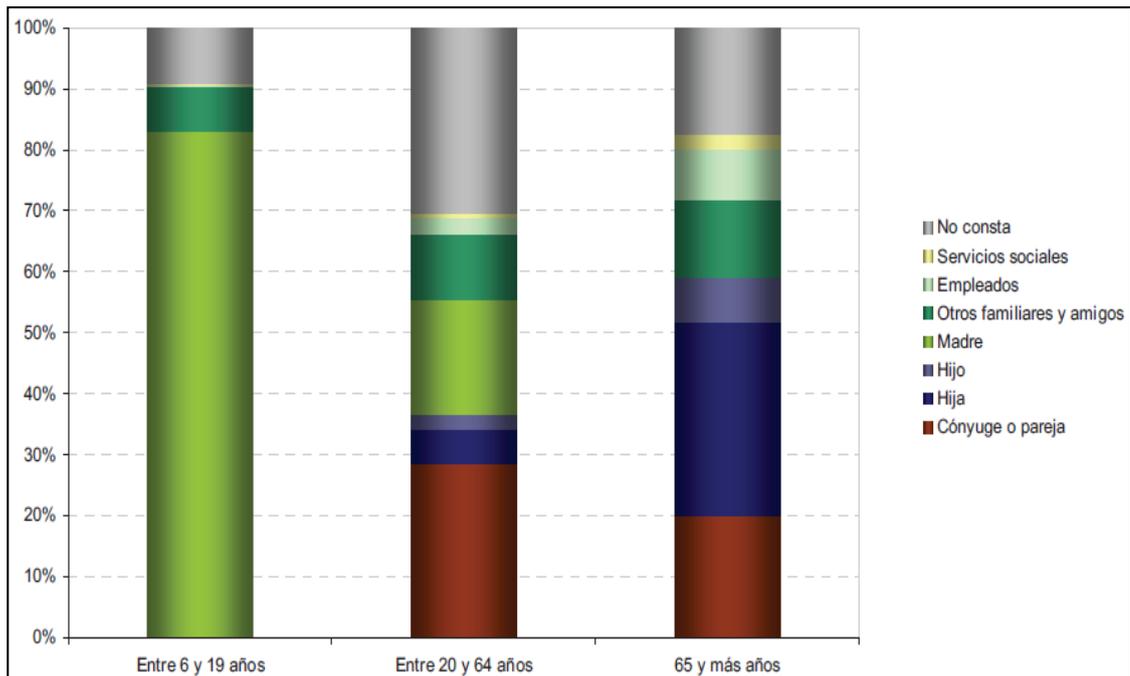
II.3.7. LA RECEPCIÓN DE AYUDA PERSONAL.

El otro polo que define la dependencia, junto con los problemas de incapacidad funcional, es la recepción o demanda de ayuda personal. Se entiende la ayuda personal como los cuidados que las personas mayores dependientes necesitan para llevar una vida lo más autónoma posible. Los cuidados personales se han computado sobre las personas con discapacidad y los reciben la inmensa mayoría de los dependientes, aunque existe una mínima proporción que no recibe asistencia pese a solicitarla. Como se verá, el patrón sociodemográfico de las ayudas es muy estable en el tiempo. El curso de vida y el cuidado corresponde casi sistemáticamente por este orden: madre, esposa e hija. Existe un patrón de cuidados puesto de manifiesto en diferentes estudios basados en encuestas, especialmente las realizadas sobre personas mayores dependientes (Puga et al., 2006; IMSERSO, 2006; Instituto de Estadística de Andalucía, 2006; Abellán, Castejón y Esperza, 2007). La ayuda informal es la base de la atención a los dependientes (Abellán et al., 2011). Se repite el modelo tradicional con la mujer como responsable principal de la tarea de cuidados; es la cuidadora principal en

siete de cada diez casos en que puede establecerse el sexo del cuidador (956.232 cuidadoras principales sobre 1.307.433 personas cuidadoras); habría que sumar, además, las empleadas del hogar y otras que trabajan para los servicios sociales, así como otros familiares (normalmente mujeres), y con estos grupos se alcanzaría la cifra de 1.960.724 personas cuidadas (no necesariamente coinciden con la cifra de cuidadores, pues puede haber un cuidador que atienda a dos personas dependientes).

La distinta situación conyugal y de convivencia de varones y mujeres dependientes explica en parte este patrón de cuidados. Generalmente, el varón tiene mayor edad que su pareja y, por tanto, mayor probabilidad de necesitar ayuda por una limitación funcional. La diferencia de edad, sumada a la mayor esperanza de vida femenina, hace más frecuente que sea la mujer la que sobrevive al marido. En caso de dependencia se recurre a la red familiar, principalmente la hija, que asume la tarea en desigual reparto con sus hermanos varones, por lo que se repite el esquema de sexo en el cuidado. Un repaso de la forma de recepción de ayuda en las diferentes etapas del curso de vida permite delinear un modelo de familia española cuidadora con fuertes lazos, como sucede en otros países del sur de Europa, en contraste con países del centro y del norte europeo. Pero la fortaleza de los vínculos familiares esconde una realidad: se asienta principalmente en la mujer. En las tres etapas del curso de vida en que se ha clasificado a los dependientes predomina como cuidadora, bien como madre de un hijo dependiente (6-19 años); como madre, esposa o hija de un varón con discapacidad funcional (20-64 años); o, como hija de padres (sobre todo, madre) dependientes de edad avanzada (ver Gráfica 27). Este perfil de hija es el más representativo del cuidador, con la cifra más alta (463.356 hijas cuidando a dependientes, sobre todo mayores), dos veces superior a la de esposas y tres veces más alta que la de madres cuidadoras (Abellán et al., 2011).

Gráfica 27. Quién cuida a los dependientes en función de la edad de los mismos.



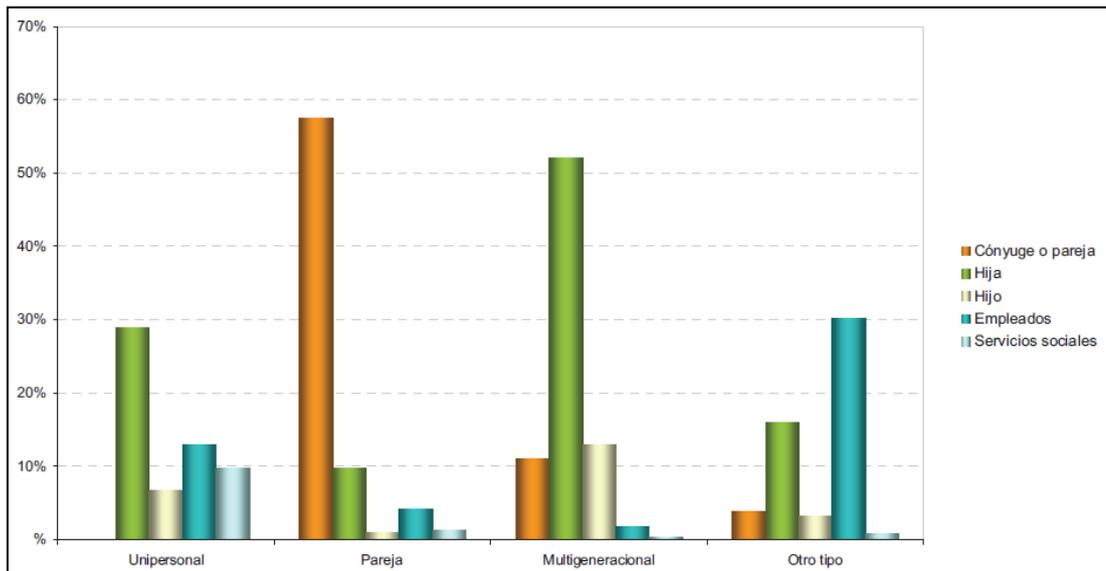
Fuente: INE. EDAD, 2008. Población de 6 y más años en viviendas familiares.

Las cuidadoras son mujeres de edad media: 42 años para las cuidadoras de jóvenes; 53 años para las cuidadoras de adultos; y 52 años para las hijas cuidadoras de personas mayores. Es decir, predomina la mujer que supera los 50 años, con una menopausia en ciernes y aún no finalizadas totalmente las tareas reproductivas o de cuidado de los hijos (hijos aún no emancipados). A menudo esta situación provoca tensiones para mantener la trayectoria laboral hasta la edad normal de jubilación. Los dependientes mayores son los más numerosos en donde los hombres están cuidados por su esposa, seguida por una hija corresidente o no, y en menor proporción por un hijo. Los servicios sociales tienen un escaso papel tanto en este escenario como cuando es la mujer la persona dependiente. La mujer dependiente es cuidada principalmente por su hija, y a continuación por su marido, si está casada; el hijo y la empleada, doméstica interna o que presta servicio desde fuera del hogar, vienen a ocupar el tercer puesto a continuación (Abellán et al., 2011; 2015).

El modelo de cuidado de los dependientes de más edad según el tipo de hogar es un buen ejemplo de cómo se relacionan convivencia, ayuda informal, carga del cuidado y

aparición de otras formas de prestación de ayuda formal (empleados y servicios sociales) (ver Gráfica 28).

Gráfica 28. Cuidado de los dependientes de 65 o más años según el tipo de hogar en el que viven.



Fuente: INE. EDAD, 2008. Población de 6 y más años en viviendas familiares. No están representadas todas las categorías de cuidadores.

En los hogares unipersonales los cuidadores se corresponden principalmente con una hija, una empleada en funciones de servicio doméstico y cuidadora o un profesional sociosanitario, teniendo presencia los servicios sociales. En los hogares donde vive una pareja, los dependientes son cuidados por el cónyuge y en menor proporción por una hija (no corresidente). En los hogares multigeneracionales, la cuidadora es una hija en proporción cuatro veces superior a un hijo y en donde los servicios sociales apenas tienen alguna relevancia. En los hogares constituidos de otra forma, sin vínculo filial ni conyugal, son las personas empleadas y la hija (residiendo fuera) las que llevan el peso de la tarea (Abellán et al., 2011).

Cabe añadir que las prestaciones para la cobertura de las necesidades de las personas mayores dependientes, se perseguía ya con la creación de la Ley 39/2006. Sin embargo, las ayudas de la dependencia no llegan de igual manera a todas las comunidades autónomas,

como queda reflejado el Consejo Económico y Social de España (en adelante, CES) (2013, p. 40): *“por lo que se refiere a la relación entre solicitudes y prestaciones reconocidas teniendo en cuenta la población de la comunidad, destacan por encima de la media Andalucía, La Rioja, Castilla-La Mancha y Cantabria; mientras que arrojan resultados muy pobres Canarias, Madrid, Valencia y Baleares”*.

Como se ha mencionado con anterioridad, nuestra sociedad ha sufrido un cambio demográfico por el progresivo envejecimiento de la población y la Región de Murcia no es diferente. En la Región de Murcia este proceso tiene su reflejo en el cambio experimentado que muestra la pirámide de edades de la población entre los años 1900 y 2007. En 1900, sólo el 4,2% de los habitantes de Murcia tenían 65 o más años; mientras que en 2007, el porcentaje se había triplicado hasta el 13,8%. De hecho, en uno de los últimos informes sobre la Región de Murcia se describe que más de 200.000 personas se encontraban por encima de los 65 años o más (14% de la población total) (Informes Epidemiológicos, 2013). También se detecta una brecha de género, como en el resto del país, habiendo más mujeres mayores de 65 o más años que hombres, en donde el porcentaje de mayores de 65 o más años se elevaba hasta el 15,8% de la población total entre las mujeres murcianas y hasta el 19% entre las mujeres españolas (ver Tabla 16).

Tabla 16. Envejecimiento de la población en Murcia y España.

	Murcia		España	
	1900	2007	1900	2007
Total	4,2	13,8	5,2	16,7
Hombres	4,0	11,8	5,1	14,3
Mujeres	4,4	15,8	5,3	19,0

Porcentaje de población de 65 años y más.
Fuente: INE (censos, padrón 2007) y Fundación BBVA-Ivie.

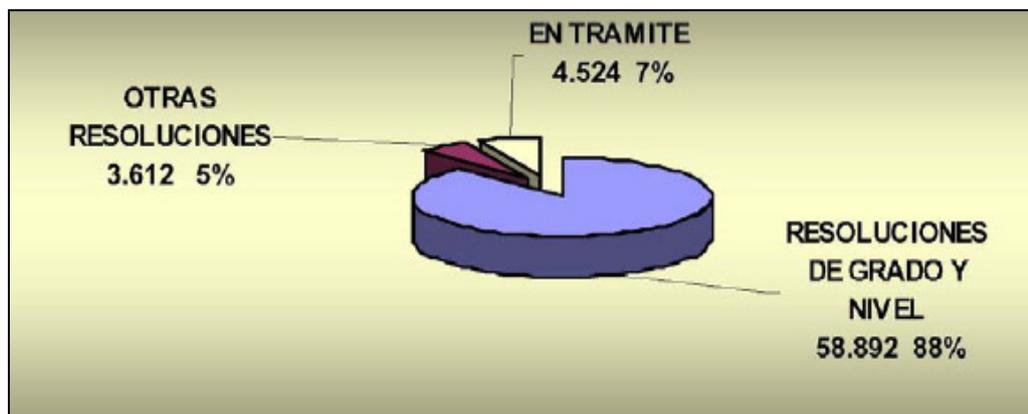
Además, otro de los cambios más sobresalientes del siglo XX ha sido la incorporación de la mujer al mercado de trabajo. En Murcia la tasa de actividad femenina pasó del 3,6% en 1900 al 34% en 2001. Si la población envejecida crece de forma similar al crecimiento evidenciado en la incorporación de la mujer al trabajo, que son quienes tradicionalmente

cuidaban de sus mayores, se podría observar un cambio en la estructura social que provocaría necesariamente la aparición de nuevas figuras de cuidadores y/o la necesidad de una tercera persona o institución que priorice el cuidado y el bienestar de estos mayores dependientes.

II.4. LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA DEPENDENCIA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA.

La situación actual de la dependencia en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia respecto a la Ley 39/2006 en la región de Murcia es deficiente. Tras la revisión bibliográfica y según el Anuario Estadístico de la Comunidad Autónoma a 10 de marzo de 2011, el número de solicitudes alcanzaban las 67.028 (ver Gráfica 29).

Gráfica 29. Situación de las solicitudes de la Ley de Dependencia 39/2006 en la Región de Murcia a 10 de marzo de 2011.



Fuente: Anuario Estadístico de la Comunidad Autónoma de la región de Murcia.

Según los últimos datos oficiales reconocidos por el Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación (SAAD-IMSERSO, 2011), la situación de las solicitudes en España y en la Región de Murcia, a 1 de julio de 2011 (ver Tabla 17) era la siguiente:

Tabla 17. Situación de las solicitudes de la Ley de Dependencia en la Región 39/2006 de Murcia a 1 de julio 2011.

ÁMBITO TERRITORIAL	Nº solicitudes	% sobre el total de solicitudes	Nº de habitantes ⁽¹⁾	% sobre el total de habitantes de cada Comunidad Autónoma
Andalucía	400.179	26,2%	8.415.490	4,8%
Aragón	48.188	3,2%	1.345.132	3,6%
Asturias (Principado de)	34.486	2,3%	1.081.348	3,2%
Balears (Illes)	23.218	1,5%	1.112.712	2,1%
Canarias	33.840	2,2%	2.125.256	1,6%
Cantabria	22.986	1,5%	592.560	3,9%
Castilla y León	85.805	5,6%	2.555.742	3,4%
Castilla-La Mancha	89.585	5,9%	2.113.506	4,2%
Cataluña	248.067	16,2%	7.535.251	3,3%
Comunitat Valenciana	112.035	7,3%	5.111.767	2,2%
Extremadura	41.691	2,7%	1.108.140	3,8%
Galicia	84.882	5,6%	2.794.516	3,0%
Madrid (Comunidad de)	133.781	8,8%	6.481.514	2,1%
Murcia (Región de)	51.364	3,4%	1.469.721	3,5%
Navarra (Comunidad Foral de)	18.132	1,2%	641.293	2,8%
País Vasco	81.765	5,4%	2.183.615	3,7%
Rioja (La)	13.115	0,9%	322.621	4,1%
Ceuta y Melilla	3.611	0,2%	160.635	2,2%
TOTAL	1.526.730	100,0%	47.150.819	3,2%

Fuente: IMSERSO.

Tabla 18. Situación de las solicitudes de la Ley de Dependencia 39/2006 en la Región de Murcia a 1 de agosto de 2011.

ÁMBITO TERRITORIAL	Solicitudes Registradas	
	Nº	%
Andalucía	402.573	26,20
Aragón	48.326	3,15
Asturias (Principado de)	34.656	2,26
Balears (Illes)	23.413	1,52
Canarias	34.210	2,23
Cantabria	23.353	1,52
Castilla y León	85.386	5,56
Castilla-La Mancha	89.862	5,85
Catalunya	252.437	16,43
Comunitat Valenciana	111.866	7,28
Extremadura	42.580	2,77
Galicia	85.161	5,54
Madrid (Comunidad de)	134.668	8,77
Murcia (Región de)	51.274	3,34
Navarra (Comunidad Foral de)	18.010	1,17
País Vasco	81.651	5,31
Rioja (La)	13.325	0,87
Ceuta y Melilla	3.649	0,24
TOTAL	1.536.400	100,00

El último análisis de la Ley 39/2006 que facilita la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (en adelante, CARM) tiene fecha de 10 de marzo de 2011 y en el que se reconoce a la Región de Murcia como la décima Comunidad Autónoma en población, con una población total de 1.461.979 habitantes y la duodécima Comunidad en cuanto a población potencialmente dependiente según el Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales (CARM, 2011). De la población total, son personas mayores 201.229, es decir un 13,76% de su población total que tiene o supera los 65 años de edad; y de ellos, el 50,52% (738.6527) son hombres y el 49,48% (723.352) mujeres.

En cuanto a la esperanza de vida, las más longevas son las mujeres que alcanzan los 83,70 años de edad; mientras que los hombres muestran una esperanza de vida de 77,4 años. El perfil básico de las personas, valoradas por el Sistema de la Dependencia de la Región de Murcia por la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración de la Región de Murcia a fecha del 13 de abril de 2011 (el más actualizado) se muestra en la Tabla 19:

Tabla 19. Perfil básico de las personas valoradas.

		Frecuencia	Pct.	Pct. válido	Pct. acum..
Válidos	De 0-16 años	2.333	3,8	3,9	3,9
	De 17-29 años	1.902	3,1	3,1	7,0
	De 30-45 años	3.243	5,4	5,4	12,3
	De 46-64 años	5.573	9,2	9,2	21,5
	De 65-79 años	21.198	35,0	35,0	56,5
	De 80 y + años	26.343	43,5	43,5	100,0
	Total	60.592	100,0	100,0	
Perdidos	14	,0			
Total	60.606	100,0			

Fuente: CARM, 2011.

El 78,5% de las personas valoradas tienen más de 65 años en nuestra Comunidad Autónoma, de los que el 43,5% tienen una edad superior a 80 años existiendo una presencia mayoritaria de mujeres, que suponen el 63,5% del total de las personas valoradas. El 54,3%

de las personas valoradas son mujeres de más de 65 años. Según el Instituto Murciano de Acción Social (IMAS) y la CARM, la evolución de solicitudes, resoluciones de grado y nivel y personas beneficiarias con derecho a prestación desde noviembre de 2011 a noviembre de 2014 se muestra en la Tabla 20:

Tabla 20. Evolución de las solicitudes, resoluciones de grado y personas beneficiarias con derecho a prestación.

	Solicitudes		Total Resueltas		Personas Beneficiarias con Derecho a Prestación		Personas Beneficiarias con Prestación	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Noviembre 2011	75.459	100	71.629	94,9	56.936	84,50	40.156	70,53
Noviembre 2012	82.424	100	81.111	98,4	62.153	81,67	45.750	73,61
Noviembre 2013	84.993	100	84.358	99,2	64.426	81,50	46.526	72,22
Noviembre de 2014	87.245	100	86.551	99,2	66.319	81,70	49.281	74,31

Fuente: elaboración propia basada en la estadística de la CARM y del IMAS.

Esta cantidad de solicitudes se basan en el supuesto derecho a alguna de las prestaciones que concurren en las personas en situación de dependencia. Las prestaciones de atención a la dependencia podrán tener la naturaleza de servicios y de prestaciones económicas e irán destinadas, por una parte, a la promoción de la autonomía personal y, por otra, a atender las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Los servicios del Catálogo reconocidos en la ley 39/2006 tendrán carácter prioritario y se prestarán a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales por las respectivas Comunidades Autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados. *“El beneficiario podrá, excepcionalmente, recibir una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales, siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda y así lo establezca su Programa Individual de Atención”* (Ley 39/2006, p. 44147).

Además de los anteriores servicios, también pueden acceder a prestaciones económicas en otras modalidades (Ley 39/2006):

A. Prestación económica vinculada al servicio. Esta prestación tiene carácter periódico. Se reconocerá únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, en función del grado y nivel de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario. Esta prestación es de carácter personal y estará, en todo caso, vinculada a la adquisición de un servicio. Las administraciones públicas competentes supervisarán, por tanto, el destino y utilización de estas prestaciones al cumplimiento de la finalidad para la que fueron concedidas.

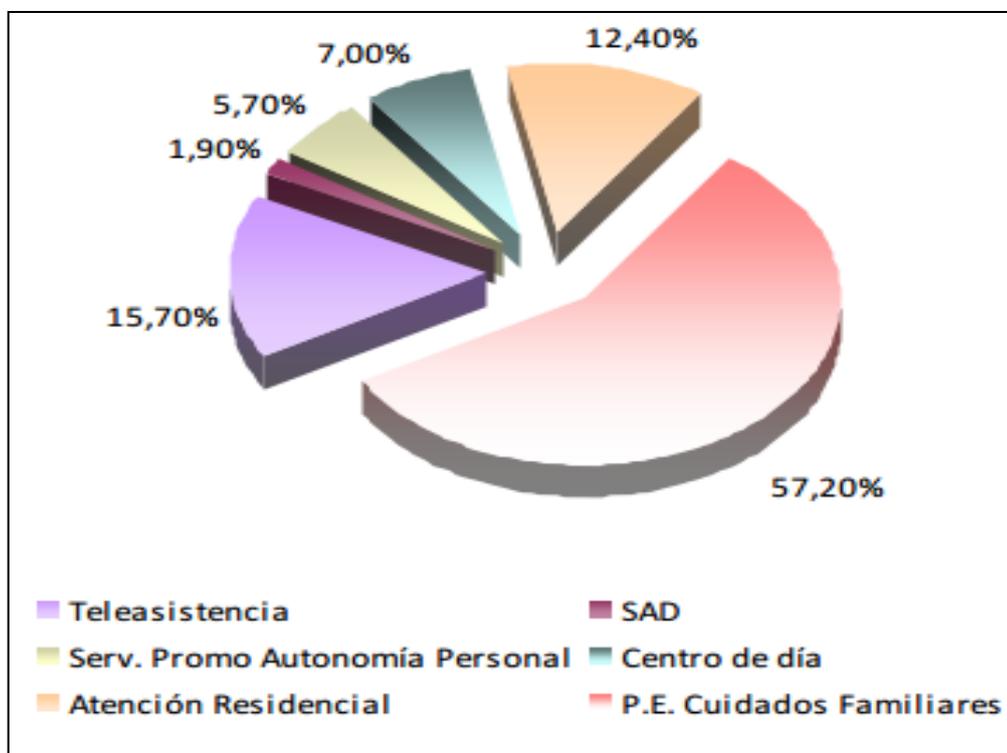
B. Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. Es una prestación excepcionalmente para el beneficiario cuando esté siendo atendido por su entorno familiar, y se reúnan las condiciones establecidas en el artículo 14.4 de la ley. Se establecerán las condiciones de acceso a esta prestación, en función del grado y nivel reconocido a la persona en situación de dependencia y de su capacidad económica. El cuidador deberá ajustarse a las normas sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social que se determinen reglamentariamente. Esta prestación únicamente se podrá conceder cuando no sea posible el acceso a un servicio o, en su defecto, a una prestación económica vinculada al servicio, debido a la inexistencia de recursos públicos o privados acreditados, y siempre que se cumplan los requisitos para el compromiso del cuidador. Éstos quedaron modificados por la Ley 6/2013, de 8 de julio, de medidas en materia tributaria de sector público, de política social y otras medidas administrativas.

C. Prestación económica de asistencia personal. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.

Las cuantías de las prestaciones económicas se acordarán por el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, para su aprobación posterior por el Gobierno mediante Real Decreto (Ley 39/2006).

Las prestaciones reconocidas en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia a 1 de noviembre de 2014 según el CARM y el IMAS se muestran a continuación (ver Gráfica 30):

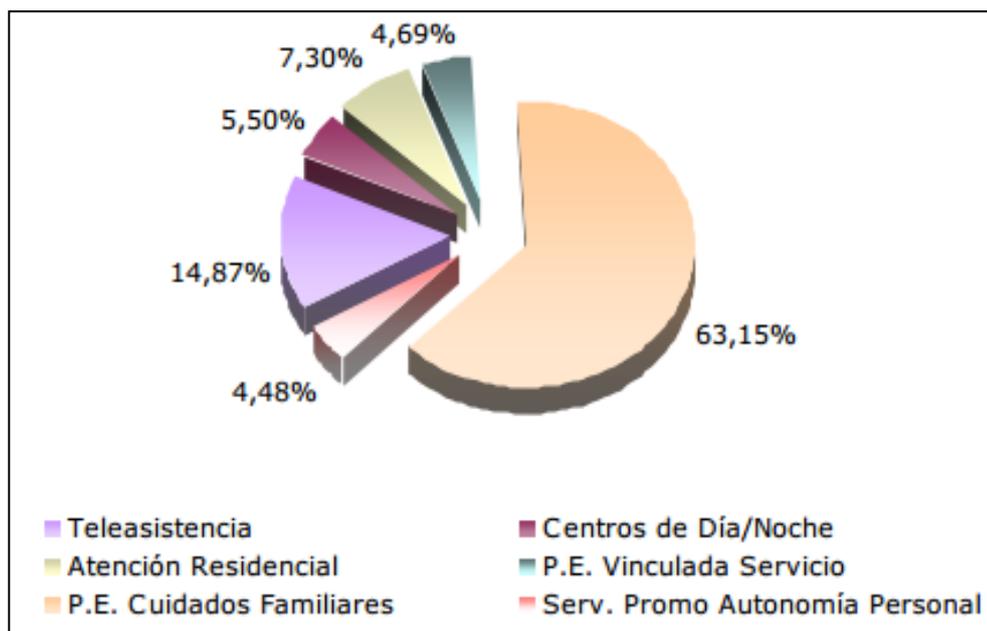
Gráfica 30. Prestaciones reconocidas en la Región de Murcia a 1 de noviembre de 2014.



Fuente: CARM e IMAS. Consulta Noviembre de 2014.

La prestación más reconocida en nuestra región es la prestación económica para cuidados familiares, seguido de la teleasistencia y, en tercer lugar, la atención residencial. El 72,9% de las solicitudes van dirigidas al mantenimiento del mayor en su ámbito familiar. Si comparamos con las prestaciones reconocidas en años anteriores, se observa que la prestación económica se ha ido reduciendo en los últimos años, incrementándose los reconocimientos de teleasistencia y atención residencial (ver Gráfica 31).

Gráfica 31. Prestaciones reconocidas en la Región de Murcia a 1 de noviembre de 2011.



Fuente: CARM e IMAS, 2011. Consulta Noviembre de 2014.

Siguiendo el informe de 13 de abril de 2011, los datos históricos del CARM recogen un total de 44.431 prestaciones, que corresponden a 35.173 personas dependientes. El número máximo de prestaciones por persona es de cinco, y solo el 1,7% de las personas beneficiarias disfrutaban de cuatro o cinco prestaciones. El 75,7% de las personas cuentan o han contado con una sola prestación, mostrando una ratio de prestaciones por persona de 1,26.

Sin embargo, el reconocimiento de una prestación u otra está en función del grado reconocido a la persona dependiente. Por ello, es necesario describir los diferentes grados reconocidos en la Ley 39/2006. La puntuación de estos grados es, para las personas mayores de tres años, y son (Real Decreto 174/2011, p.18571):

“a) Grado I. Dependencia moderada: 25-49 puntos. Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

b) Grado II. Dependencia severa: 50-74 puntos. Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero

no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

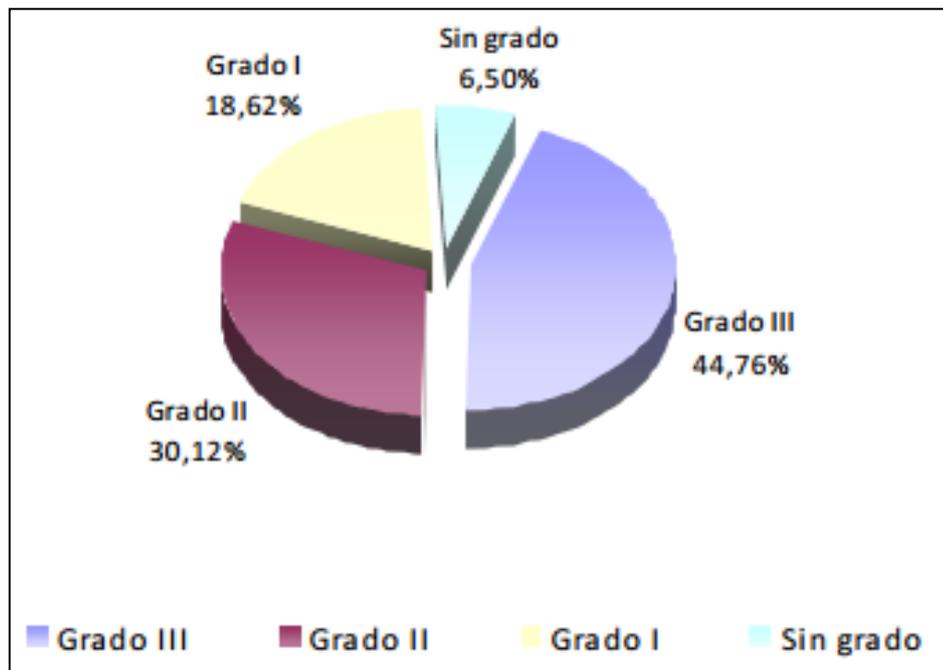
c) Grado III. Gran dependencia: 75-100 puntos. Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal”.

Tabla 21. Comparativa de la resolución de dictámenes por grados.

	Grado III		Grado II		Grado I		Sin grado	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
2011*	30.997	45,64	19.741	29,3	12.422	18,43	4.222	6,27
2014	36.298	44,76	24.426	30,12	15.097	18,62	5.267	6,50

*En el año 2011, se han sumado los niveles 1 y 2 de cada grado con el fin de obtener el número total de dictámenes por cada grado.
Fuente: elaboración propia en base a los datos recopilados del CARM y del IMAS, situación a 1 de noviembre de 2011 y 2014.

Gráfica 32. Dictámenes de los grado a 1 de noviembre de 2014 en la Región de Murcia.



Fuente: CARM e IMAS, situación a 1 de noviembre de 2014.

Los solicitantes que hayan sido valorados con un grado I inicialmente o como consecuencia de una revisión de grado bien de oficio o a instancia de parte, podrán solicitar los servicios y/o prestaciones que determine la normativa vigente, a 1 de julio de 2015, por ser esta la fecha de su entrada en vigor, de conformidad con lo establecido en la Disposición Final Primera, de la Ley 39/2006, en la redacción dada por el R.D. 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

Aquellas personas que hayan presentado su solicitud, inicial o revisión de situación de dependencia, antes del 1 de julio de 2011 y hayan sido valoradas con un grado I nivel 2 de dependencia, podrán solicitar los servicios y/o prestaciones, que obran en el documento participación del beneficiario, excepto el de atención residencial.

Para llegar al reconocimiento de grado se establecen una serie de criterios generales de aplicación que se han ido modificando desde la implementación de la Ley 39/2006. Estos criterios generales de aplicación se configuran como eje del manual de aplicación del Baremo de Valoración de Dependencia, de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 174/2011. La valoración tiene como referente fundamental la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) (OMS, 2001). La valoración se centrará en registrar las consecuencias o repercusiones de pérdidas anatómicas o funcionales, físicas, sensoriales, psíquicas o intelectuales que impliquen el concurso de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, o también conocidas como las actividades de la vida diaria.

Para la clasificación de las actividades diarias, la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AATO), elaboró en 1978 la primera definición de actividades de la vida diaria como aquellos componentes de la vida cotidiana comprendidos en las actividades de autocuidado, trabajo y juego/ocio (Moruno et al., 2006). Finalmente, para Peña-Casanova (1998) las AVD se definen como el conjunto de conductas que una persona ejecuta todos los días para vivir de forma autónoma e integrada en su medio ambiente y cumplir su papel social.

Según estos autores, y de manera general, hay tres tipos diferentes de AVD, clasificadas en función de su complejidad:

- **Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)**, serían actividades primarias de la persona, destinadas al autocuidado y movilidad para poder ser una persona autónoma e independiente, para poder vivir sin necesitar ayuda de otros. Las ABVD se caracterizan por ser universales, estar dirigidas a uno mismo y suponer un mínimo de esfuerzo cognitivo. Habitualmente dentro de las ABVD se incluyen la alimentación, el aseo, el baño, vestido, movilidad personal, sueño y descanso. Poseen además, como dice Moruno (2006), una función social básica, puesto que son indispensables para ser admitido y reconocido como un miembro perteneciente a una comunidad. Es decir, constituyen el soporte mínimo para que se dé una integración social básica, permitiendo a cada sujeto realizar actividades que lo incorporan a lo social y, a la vez, se conforman en insignias que permiten reconocer a un individuo como perteneciente a una determinada cultura y sociedad.

- **Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)**, conllevan un mayor sesgo cultural y están ligadas al entorno. Estas actividades son instrumentales, frente a las anteriores que son finalistas, dado que las AIVD son un medio para obtener o realizar otra acción. Son las actividades que le permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener su independencia en la comunidad. Suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz e implican interacciones con el medio tales como utilizar distintos sistemas de comunicación, escribir, hablar por teléfono, movilidad comunitaria (conducir, uso de medios de transporte), mantenimiento de la propia salud, mantenimiento del dinero, realización de compras, establecimiento y cuidado del hogar, cuidar de otras personas, uso de procedimientos de seguridad y respuesta ante emergencias.

- **Las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD)**, constituyen un conjunto de actividades más complejas que tienen que ver con el control del medio y del entorno social y que permiten al individuo desarrollar un papel social, mantener una buena salud mental y disfrutar de una excelente calidad de vida. No son indispensables para el mantenimiento de la independencia y están en relación con el estilo de vida del sujeto (Peña-Casanova et al., 1998).

Si bien esta diferenciación entre las categorías de actividades a realizar mantiene un consenso internacional, la CIF no hace distinción entre actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria, proponiendo su propia taxonomía fundamentada en AVD de forma genérica. De este modo, y a partir de la aprobación de la CIF (OMS, 2001), las AVD están identificadas, definidas, y clasificadas en nueve categorías de actividades:

- Aprendizaje y utilización del conocimiento: experiencias sensoriales intencionadas, resolución de problemas y toma de decisiones.
- Tareas y demandas generales: realización de tareas sencillas o complejas, organizar rutinas y manejar el estrés.
- Comunicación: producción y recepción de mensajes, llevar a cabo conversaciones, utilizar instrumentos y técnicas de comunicación.
- Movilidad: cambiar y mantener la posición del cuerpo, andar, moverse y desplazarse utilizando medios de transporte.
- Autocuidado: lavarse, vestirse, comer, beber y cuidar la propia salud.
- Vida doméstica: conseguir un lugar para vivir, comida, ropa y otras necesidades; tareas domésticas.
- Interacciones y relaciones interpersonales: llevar a cabo interacciones adecuadas al contexto y entorno social.
- Áreas principales de la vida: educación, trabajo, empleo y vida económica.
- Vida comunitaria, social y cívica: participación en la vida social fuera del ámbito familiar.

En nuestro estudio pretendemos analizar las características que presentan las personas mayores que residen institucionalizados en residencias para mayores en nuestra Comunidad Autónoma para establecer las diferencias sociales y sociosanitarias que presentan en comparación con las personas mayores que conviven habitualmente junto con alguno de sus familiares en el medio próximo donde han desarrollado su vida. Nuestro deseo es conocer la situación real de estos mayores institucionalizados, detectar las diferencias respecto a los mayores que viven con sus familias y establecer las necesidades específicas basadas en una información real actualizadas que, al permitirnos conocer la realidad, pueda permitir intervenir de forma adecuada en la solución de los problemas reales que presentan.

CAPÍTULO III. OBJETIVOS

III. OBJETIVOS

La tesis contempla dos objetivos generales, incluyendo dentro de los mismos diversos objetivos específicos:

1º- Determinar las características sociodemográficas, la capacidad funcional, el nivel de dependencia y la existencia de síntomas depresivos de las personas mayores institucionalizadas en residencias comparadas con las que presentan las personas mayores que viven con su familia; así como evaluar la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas en residencias en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

1.1. – Crear un instrumento cuantitativo adecuado que recoja las características sociodemográficas (edad, sexo, número de hijos, nivel de estudios, estado civil y nivel de ingresos); combinando diferentes índices (Índice de Barthel, Índice Lawton y Brody y Escala de Yesavage) para una evaluación científica cuantitativa de la capacidad funcional, nivel/grado de dependencia o autonomía y existencia de síntomas depresivos en la población estudiada.

1.2.- Evaluar la calidad de vida a través del Cuestionario abreviado de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (en adelante, WHOQoL-Bref).

2º.- Evaluar el grado de conocimiento de las personas mayores institucionalizadas en residencias y de las personas mayores que viven con su familia de su situación legal-administrativa ante la Ley 39/2006.

2.1.- Cuantificar la población que conoce su grado de dependencia.

2.2.- Determinar el nivel de conocimiento que tienen sobre las posibles prestaciones de las que podrían ser beneficiarios potenciales.

De esta manera, el estudio podría ofrecer un conocimiento de la situación actual de las personas mayores institucionalizadas en residencias comparándolas con las personas mayores que viven con su familia en el ámbito geográfico de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, así como las características específicas de las personas mayores institucionalizadas en nuestra comunidad respecto de las previamente descritas en nuestro país o en los países de nuestro entorno más cercano.

CAPÍTULO IV. MATERIAL Y MÉTODO

IV. MATERIAL Y MÉTODO.

En el capítulo anterior se han descrito los objetivos propuestos para el desarrollo de esta investigación y para determinar hacia dónde pretendemos ir. Para ello, es necesario un material y método riguroso que pueda permitirnos alcanzar dichos objetivos.

Teniendo en cuenta la complejidad del fenómeno a investigar, tanto los objetivos como la metodología empleada se basan, fundamentalmente, en la utilización de técnicas de carácter cuantitativo (cuestionario elaborado a través de índices y escalas estandarizadas), complementadas con análisis estadístico documental. Este enfoque metodológico nos permite recoger datos de manera cuantitativa; para ello hemos seguido estrictamente los requisitos establecidos por cada uno de los índices seleccionados, para posteriormente obtener un resultado global del nivel de dependencia para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), la existencia y cuantificación de síntomas depresivos y qué dominio en la calidad de vida se ve más deteriorado.

Como se demostrará mediante el análisis estadístico posteriormente, la muestra utilizada es adecuada para este estudio, la encuesta validada y sus características y resultados y significación, obtenida a través del test T-Student y la X^2 de Pearson permiten establecer la rigurosidad del estudio, empleando un valor mínimo de significación estadística de una p menor de 0,05 ($p < 0,05$).

Desde marzo de 2011 hasta octubre de 2014 se han estudiado las características sociodemográficas, la capacidad funcional, el nivel de dependencia y los síntomas depresivos de 401 personas mayores de 60 o más años y de ambos sexos distribuidas en dos grupos diferentes de personas mayores: 300 personas mayores institucionalizadas en una residencia para mayores en la que residen con carácter permanente; y, otras 101 personas mayores que viven con su familia. Todas ellas residentes en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. En todos los casos se ha establecido una relación directa entre las poblaciones encuestadas de ambos grupos en relación por su lugar de residencia, sexo y edad.

Una vez obtenidos los resultados de la comparativa de ambos grupos, se optó por evaluar la calidad de vida de las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias siguiendo el cuestionario abreviado de la OMS. El principal requisito para poder responder este cuestionario, es que sean las personas mayores quienes respondan este cuestionario, es decir, que sea autoadministrable. Tras recoger los cuestionarios, se observó que 113 no estaban correctamente respondido y se consiguió validar 187 cuestionarios, para detectar el dominio específico más deteriorado desde la propia perspectiva del mayor institucionalizado (siendo: estado de salud, estado psicológico, relaciones sociales o medio ambiente).

IV.1. RESIDENCIAS DE MAYORES.

Las personas mayores estudiadas residen en cinco de las residencias que disponen de las diferentes características posibles, es decir, con hospital de cuidados medios y paliativos, por encontrarse en el extrarradio de la ciudad/pueblo y/o encontrarse en el núcleo urbano, de mayor tamaño y de menor tamaño, etc. Todas ellas corresponden a empresas privadas con plazas concertadas con el IMAS (Instituto Murciano de Acción Social). Todas estas

residencias se encuentran ubicadas en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, y son las siguientes:

1. Residencia “Los Almendros” S. L., de Cartagena.
2. Residencia “Villademar”, de San Pedro del Pinatar.
3. Asociación Edad Dorada Mensajeros de la Paz Murcia, de San Pedro del Pinatar.
4. Residencia “Lozar” de Pozo Aledo (San Javier).
5. Residencia “Los Marines”, de Cartagena.

A continuación se describen brevemente las características necesarias para conocer las residencias y poder obtener una muestra equivalente.

IV.1.1. RESIDENCIA “LOS ALMENDROS”.

La residencia “Los Almendros” posee la certificación de calidad ISO 9001 y la medioambiental ISO 14001. Durante el año 2011 obtuvo la certificación del Sistema de Gestión de Centros Residenciales según los requisitos de la norma UNE 158101:2008.

Dispone de un edificio de nueva construcción de una sola planta y sin barreras arquitectónicas con 25.000 m² de zonas recreativas y ajardinadas (ver Figura 1 y 2).

Figura 1 y 2. Exterior y jardines de la residencia “Los Almendros”.





El equipo multidisciplinar de esta residencia está formada por profesionales de: medicina, enfermería, psicología, trabajo social, administración, fisioterapia, rehabilitación, limpieza, peluquería, podología, jardinería y servicio de mantenimiento.

Los servicios que encontramos en la residencia “Los Almendros” son: control de medicación; gestión de tramitación de recetas; terapia ocupacional; fisioterapia; podología; peluquería; esteticista; cocina propia; lavandería propia; cafetería; biblioteca y aparcamiento privado. Dispone de habitaciones individuales y compartidas con aire acondicionado y bomba de calor, baño individual, toma de televisión, teléfono, camas geriátricas articuladas, así como espacios dedicados al desarrollo de las diferentes actividades y/o servicios (gimnasio, sala de ocio y tiempo libre, sala de peluquería). Incluso, cuenta con 22 apartamentos de 50 m² equipados (ver Figura 3), una piscina y admite que cada residente añada los detalles personales que desee para la decoración.

Figura 3. Interior de uno de los apartamentos de la residencia “Los Almendros”.



Esta residencia está declarada como de utilidad pública, aunque es privada (concertada). Cuenta con un equipo multidisciplinario que le permite desarrollar simultánea y coordinadamente la actividad residencial, el centro de día y la del hospital de cuidados medios y paliativos (todo en el mismo perímetro). Esta residencia está concertada con el Servicio Murciano de Salud (en adelante, SMS), desde donde remiten mayores que necesitan unas atenciones médicas y cuidados paliativos de manera continuada.

Dispone de 180 plazas de las cuales: 150 habitaciones son dobles y 30 individuales. Este centro residencial está ubicado a 9,4 km de Cartagena y a 3,2 km del núcleo urbano más cercano (Los Molinos Marfagones). El medio de transporte habitual para llegar al centro urbano es el vehículo privado o la ambulancia. No hay red de autobuses, excepto el contratado para actividades específicas puntuales.

IV.1.2. RESIDENCIA INTERNACIONAL “VILLADEMAR”.

La residencia para mayores “**Villademar**” es un centro privado de atención integral a las personas mayores, que desarrolla su actividad de manera simultánea y coordinada de actividad residencial y la de hospital de cuidados medios y paliativos, concertada con el SMS, por lo que ofrece la ventaja de disponer de una atención médica y cuidados de enfermería de forma permanente (24 horas al día), servicios que por otra parte no es habitual que ofrezcan otras residencias de personas mayores.

Su infraestructura está compuesta por: centro de día o estancia diurna, habitaciones individuales y dobles adaptadas con baño, terraza exterior, aire acondicionado, televisión, teléfono, control de alarmas, control eléctrico de posición de camas y líneas ADSL, módulo hotelero para personas mayores, baños geriátricos, gimnasio de rehabilitación fisioterapéutica, adaptaciones técnicas, velatorio, capilla, cafetería, sala de peluquería, de ocio y tiempo libre, de conferencias y área ajardinada (ver Figura 4).

Figura 4. Exterior de la residencia internacional “Villademar”.



El equipo multidisciplinar de esta residencia, similar a la residencia anterior, cuenta con profesionales de: medicina y enfermería las 24 horas del día, fisioterapia (ver Figura 5), trabajo social, terapia ocupacional, dietética en coordinación con el equipo médico, podología, peluquería, administración, limpieza, cocina y servicios de mantenimiento y jardinería.

Figura 5. Sala de fisioterapia de la residencia internacional “Villademar”.



Dispone de 222 plazas, 95 habitaciones son dobles y 32 individuales. Además cuenta con 14 camas en unidades para pacientes terminales, paliativos o graves y con plazas para personas externas en régimen de Centro de Día (todas las instalaciones se encuentran dentro del mismo perímetro).

Este centro residencial está localizado en el municipio de San Pedro del Pinatar. Con una red de autobuses de conexión con el centro urbano, estando además comunicada mediante vehículo privado e incluso camino peatonal.

IV.1.3. RESIDENCIA “ASOCIACIÓN EDAD DORADA MENSAJEROS DE LA PAZ”.

La asociación Edad Dorada Mensajeros de la Paz, fundada en 1961, es una entidad sin ánimo de lucro de ámbito regional, que nace como un proyecto de la ONG Mensajeros de la Paz. Cuenta con la Certificación ISO 9001 desde 2008.

Dispone de 102 plazas, de las cuales 100 están concertadas con el IMAS. La residencia consta de una planta baja y tres pisos. En la planta baja se ubican las siguientes dependencias: salón comedor, sala de control, cocina, sala de fisioterapia y rehabilitación, sala de terapia y actividades, consultorio médico y enfermería, sala de farmacia, peluquería, despachos de dirección, administración y trabajo social, y lavandería. En el resto de las plantas se distribuyen 17 habitaciones dobles (ver Figura 6), en cada una con un cuarto de baño totalmente adaptado y baño geriátrico.

Figura 6. Jardines de la residencia “San Pedro”.



El equipo multidisciplinar de esta residencia, similar a las dos anteriores, cuenta con profesionales de: medicina y enfermería; fisioterapia; trabajo social; terapia ocupacional; peluquería; administración; limpieza; cocina; mantenimiento y de jardinería. Esta residencia

está ubicada en el núcleo de San Pedro del Pinatar. Cuenta con una red de recursos, servicios y transporte.

En la Región de Murcia existen otras residencias de la Asociación Mensajeros de la Paz en San Pedro del Pinatar ubicadas en Cartagena y en Villanueva del Río Segura.

IV.1.4. RESIDENCIA “LOZAR”.

La residencia “Lozar” es privada con 10 plazas concertadas con el IMAS. El equipo multidisciplinar diario de este centro residencial está formado por profesionales de: enfermería de 8 a 15h y auxiliares de enfermería durante todo el día, lavandería, administración, cocina con dietas adaptadas y de ocio y tiempo libre. También dispone de otros servicios: religiosos, podología (1-2 veces por semana), peluquería (1 vez por semana) y cuenta con una trabajadora social no presencial (se encuentra en el centro residencial ubicada en Santiago de la Ribera).

En la planta baja se encuentran las siguientes dependencias: salón comedor, una sala de estar grande para semi-asistidos y autónomos (donde se realizan actividades de ocio y tiempo libre, gerontogimnasia, servicio de podología, etc.) y otra sala de estar mediana para asistidos, despacho de dirección, cocina, 3 baños geriátricos (donde se prestaba el servicio de peluquería), despacho de enfermería, un pequeño almacén, así como 30 habitaciones dobles con baño geriátrico completo unidas por un pasillo (ver Figura 7) y una amplia terraza (ver Figura 8). Esta residencia cuenta con un total de 60 plazas, 50 privadas y 10 concertadas con el IMAS.

La residencia está situada en Pozo Aledo (pedanía de San Javier, a 2 km del centro urbano) y a 1,5 km del Nuevo Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Se puede acceder tanto en coche como en autobús (este último con una difícil accesibilidad, debido a la distancia y al aislamiento vecinal).

Figura 7. Pasillo que une las habitaciones de la residencia “Lozar”.

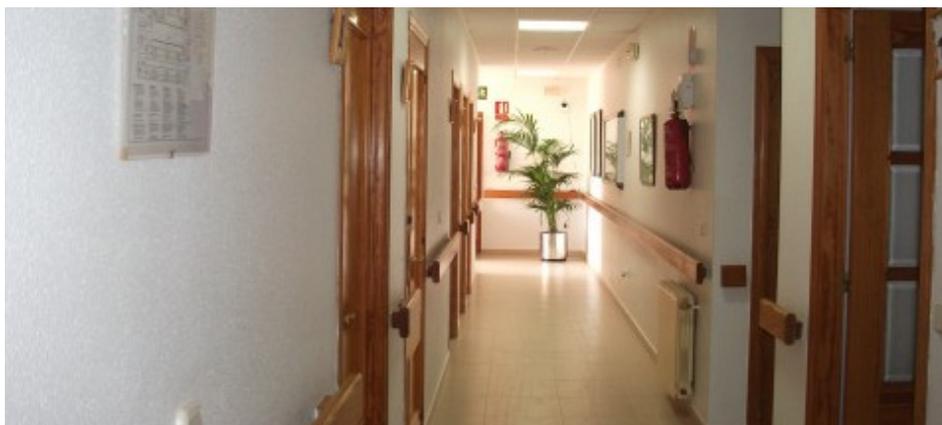


Figura 8. Exterior de la residencia “Lozar”.



IV.1.5. RESIDENCIA “LOS MARINES”, S. L.

La residencia de mayores “Los Marines” S. L., está declarada de utilidad pública. El equipo multidisciplinario está formado por profesionales de: medicina, podología, auxiliar de enfermería, peluquería, cocina, administración y trabajo social (esta última una vez a la semana).

Los servicios que presta esta residencia son los siguientes: estancias temporales; servicio de asistencia de 24 horas para personas mayores válidas y asistidas; asistencia nocturna y lavandería. Además, no solo es residencia para mayores sino que también cuenta con el servicio del Centro de Día para personas externas a la residencia y los propios usuarios.

Dispone de 28 plazas, 19 están concertadas con el IMAS y 9 son para oferta privada. La Residencia “Los Marines” se organiza en un centro residencial de planta baja, donde las

diferentes áreas están interconectadas. Dispone de las siguientes dependencias: despacho de dirección, cocina, una sala de estar, una sala comedor y las habitaciones con baño geriátrico completo. Cuenta con una pequeña zona, fuera del centro, ajardinada.

La residencia “Los Marines” está localizada en los alrededores de Cuesta Blanca (a 11 km de Cartagena); se puede llegar en coche, puesto que no hay línea de autobuses cercanas. Disponen de ambulancias cuando es necesario trasladar a las personas mayores con necesidades sanitarias.

Para establecer una relación directa entre las poblaciones encuestadas entre ambos grupos se han establecido criterios de relación mediante su lugar de residencia, sexo y edad, entrevistando a las personas mayores que viven con su familia en las zonas y barrios próximos en donde se ubican las personas mayores institucionalizadas en residencias, determinándose de esta forma un punto geográfico y ambiental común.

IV.2. POBLACIÓN ESTUDIADA.

Durante el resto de apartados previos se han dado pinceladas respecto al perfil de las personas estudiadas en esta tesis doctoral. Concretamente, la población total estudiada son 401 personas mayores de 60 o más años y de ambos sexos distribuidos en dos grupos diferentes: 300 personas mayores institucionalizadas en una residencia para mayores y otras 101 personas mayores que viven con su familia en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. En todos los casos se ha establecido una relación directa entre las poblaciones encuestadas de ambos grupos en relación con su lugar de residencia, sexo y edad.

La muestra de esta población fue dividida en dos grupos diferentes aunque de similares características socioculturales como ya se ha comentado previamente. Los mayores entrevistados están institucionalizados en cinco residencias de la Región de Murcia, de carácter privado y que ofertan numerosas plazas concertadas con los organismos públicos (como se ha explicado en el marco teórico, son las denominadas *residencias concertadas*). En la Región de Murcia el 66,7% de las residencias censadas son concertadas. Por ello, las residencias seleccionadas de esta investigación son de esta misma tipología.

Sus directores han permitido el estudio en sus instalaciones correspondientes, obteniéndose por escrito el consentimiento informado de cada persona mayor participante en el estudio. Los entrevistados son de ambos sexos con un predominio del sexo femenino (63,2% mujeres; 36,8% hombres) y edades comprendidas entre 60 y 105 años (edad media 83,7 años). Sus características sociodemográficas se muestran en la Tabla 22.

Las variables e ítems analizados así como las diferentes áreas que hemos recogido en las entrevistas individualizadas que la autora ha realizado se describen detalladamente en el anexo I (cuestionario realizado) y anexo II (cuestionario simplificado de la OMS). Brevemente, pueden sintetizarse en los siguientes apartados:

-Variables sociodemográficas: las variables estudiadas son sexo, edad, nivel educativo, estado civil, asistencia social, pensiones y número de hijos.

-Para el estado físico y/o funcional se ha utilizado el índice de Barthel, puesto que valora el grado de dependencia de las personas respecto a ABVD, mediante el cual se establecen diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto para realizarlas. Las actividades a las que nos referimos se corresponden con las básicas de la vida diaria como: comer, ir al baño, la higiene personal, bañarse/ ducharse, vestirse/ desvestirse, caminar, usar las escaleras, y la continencia urinaria/fecal (Mahoney y Barthel, 1965). Los residentes se han evaluado de acuerdo a las características del índice utilizado: independientes (100 puntos), dependencia leve (91-99 puntos), dependencia moderada (21-90) y dependencia severa (0-20 puntos). Además, también se ha utilizado el Índice de Lawton y Brody (Lawton y Brody, 1969), que valora el nivel de dependencia para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Dicho índice evalúa ocho actividades instrumentales diferentes tales como: capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía. Todas "las "personas" mayores" se han evaluado siguiendo los requisitos y las características de dicho índice: se les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (máxima dependencia). La puntuación final es la suma del valor de todas

las respuestas. La puntuación oscila entre 0 (que es el máximo grado de dependencia) y 8 (que es el máximo grado de autonomía) (Lawton et al., 1969).

Tabla 22. Características sociodemográficas de la población de mayores institucionalizadas en residencias y las que viven con su familia (*p<0,0005 respecto a los mayores institucionalizados en residencias para mayores).

	Residencias (n=300) (%)	Familia (n=101) (%)
Género:		
Mujer	66	60,4
Hombre	34	39,6
Rango de edad (años):		
<60	3,7	0
60-69	14,7	10,9
70-79	26	39,6
80-89	42,3	43,6
90-99	11,7	5,9
≥ 100	0,7	0
Número de hijos:		
Ninguno	35,7	8,9
1	17,7	6,9
2	23	23,8
3	13,7	26,7*
≥ 4	10	33,7*
Nivel de estudios:		
Analfabeto	16,3	22,8
Sin estudios	35,3	32,7
Primarios	31	35,6
Universidad	5	6,9
Otros	3	2
Estado civil		
Soltero/a	22,3	4,9

Casado/a	15	55,5*
Viudo/a	49,7	39,6
Separado/a	7,7	0
Nivel económico (€/mes):		
≤ 300	2,3	0
301-600	18,3	27,7
601-900	13,3	35,6*
901-1.200	7,7	9,9
1.201-1.800	5,3	14,9*
≥ 1.801	0,3	1

-Los *síntomas depresivos* se evalúan mediante la versión corta de la escala de depresión geriátrica de Yesavage para determinar la existencia e intensidad de los síntomas depresivos según el criterio establecido para la evaluación en diferentes niveles (Yesavage et al., 1983) y se han valorado siguiendo las recomendaciones de utilización de la escala abreviada (siendo 0-5, 6-9 y 10-15 puntos), cuyas áreas de distribución indican síntomas de depresión (sin depresión, depresión leve y depresión establecida, respectivamente).

-La *calidad de vida (QoL)*: se ha utilizado el cuestionario de calidad de vida para la edad avanzada de la Organización Mundial de la Salud Calidad de Vida (en adelante WHOQoL-BREF, 2004) tras la autorización institucional expresa que permite su utilización en esta investigación. Este cuestionario consta de 26 ítems que describen cuatro dominios diferentes (correspondientes al estado físico, el estado psicológico, las relaciones sociales y el medio ambiente) junto con dos preguntas generales sobre la percepción de su propia calidad de vida realizada al mayor, para valorar globalmente la calidad de vida en esa persona mayor. Cada uno de los dominios se evalúan de manera independiente (Skevington et al., 2004). Así, cuanto mayor sean los valores o puntuaciones obtenidos mejor será la calidad de vida en cada uno de los dominios evaluados. Este cuestionario se corresponde con la versión abreviada de la escala de Calidad de Vida-100 (en adelante, WHOQoL-100) (Power et al., 1999).

-*Patologías y enfermedades crónicas*: se les preguntó a los mayores estudiados sobre las enfermedades actuales de mayor prevalencia tales como artritis, diabetes, enfermedades

respiratorias, hipertensión arterial, anemia, isquemia coronaria, insuficiencia cardiaca congestiva, vasculitis periférica, arritmias, infartos, depresión, enfermedades de Parkinson y de Alzheimer, otras demencias, epilepsia y cáncer, entre otras.

El cuestionario que se ha realizado (ver Anexo I) está distribuido de la siguiente forma:

- De la pregunta 1 a la 5, ambas incluidas, además de la 48, 49 y 50, recogen *las características sociodemográficas*: fecha de nacimiento, sexo, nivel de estudios, número de hijos, situación laboral y estado civil.

- De la pregunta 6 a la 15 (ambas incluidas), son ítems que relacionados con el *Índice de Barthel de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)*. Este Índice valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente diez actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, capacidad para trasladarse al sillón o la cama, capacidad de deambulación y posibilidad de subir escaleras; asignándosele una puntuación (0, 5, 10, 15) en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, para obtener una puntuación final que varía entre **0 y 100 puntos**. La puntuación total de máxima independencia es 100 y la de máxima dependencia es 0. La valoración se realiza de 5 en 5 puntos y no es una escala continua, es decir, el cambio de 5 puntos en la situación funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia (Mahoney et al., 1965; Baztán et al., 1993). Las primeras referencias de este índice datan de los años 1958 y 1964 (Mahoney et al., 1958; Wylie y White, 1964), pero no será hasta el año siguiente cuando se haga la primera publicación (Mahoney et al., 1965). Actualmente está ampliamente aceptado y es utilizado tanto en su formato original como en cualquiera de sus variantes; siendo para algunos autores la escala más adecuada para valorar las actividades de la vida diaria debido a su elevada fiabilidad, describiéndose una kappa entre 0,84-0,97 (Gresham et al., 1980; Collin et al., 1988; Wade y Collin, 1988; Shah et al., 1989; Cid-Ruzafa y Moreno, 1997; Trigas-Ferrín et al., 2011).

Tabla 23. Puntuación del Índice de Barthel (ABVD).

Resultado	Grado de Dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
>o igual de 60	Leve
100	Independiente
Máxima Puntuación: 100 puntos (90 si usa silla de ruedas)	

El ítem 52 muestra el resultado final que se ha obtenido a través del conjunto de ítems comprendido entre el 6 y el 15 y mediante el cual se obtiene el grado de dependencia para las ABVD.

Algunos parámetros concretos del índice como son la continencia, la transferencia y la movilidad del mayor tienen un elevado poder de predicción en la puntuación total de los pacientes en el momento del alta hospitalaria.

Las limitaciones que se describen en la utilización de éste Índice son:

- Detecta fácilmente cambios en personas con puntuaciones intermedias aunque presenta limitaciones para detectar cambios en situaciones extremas (próximas a 0 o a 100). Estos inconvenientes no son problemáticos en la práctica clínica pero es necesario tenerlos para su valoración.
 - El contenido fundamental de su valoración se basa en tareas dependientes de extremidades inferiores (Cid- Ruzafa et al., 1997).
- De la pregunta 16 a la 23, ambas incluidas, son ítems que hacen referencia a la **Escala de Lawton y Brody de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)** (véase anexo I). Esta escala valora ocho ítems (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía) y les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (máxima dependencia). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas obtenidas. Oscila entre 0 (que es el máximo grado de dependencia) y 8 (que se corresponde con el grado de independencia total) (Lawton et al., 1969).

Una ventaja de esta escala es que permite valorar no sólo la puntuación global sino también cada uno de los ítems de forma individual (Trigás-Ferrín et al., 2011). Ha demostrado su utilidad como método de valoración objetiva y rápida permitiendo la implementación y evaluación de cualquier plan terapéutico tanto a nivel de cuidados diarios de los usuarios como a nivel docente e investigador. Además, se ha considerado una herramienta fiable (con muy buenos índices de fiabilidad), su puntuación no presenta sesgo de género y se puede combinar con otros índices, como el de Barthel (Martín et al., 2012).

Las limitaciones que se describen en el uso de esta escala son las siguientes:

- Las variables que se estudian están influidas por aspectos culturales y del entorno, por lo que es necesario adaptarlas al nivel cultural de la persona; algunas actividades requieren ser aprendidas o requieren la presencia de elementos externos para su realización.
- Las actividades instrumentales pueden ser difíciles de valorar en pacientes institucionalizados en función de las limitaciones impuestas por el entorno social propio del centro residencial.
- Las personas no requieren la misma habilidad ante el mismo grado de complejidad de la tarea analizada y la puntuación de diversos parámetros de la escala podrían reflejar ciertas situaciones sociales más que el grado de capacidad individual de la persona mayor analizada.
- Se ha considerado una escala más apropiada para las mujeres (muchas de las actividades que mide la escala han sido realizadas tradicionalmente por ellas), pero también se recomienda su aplicación a los hombres aunque todavía estén pendientes de identificar e incluir algunas actividades instrumentales realizadas mayoritariamente por ellos según sus patrones sociales y culturales (Trigás-Ferrín et al., 2011).

El ítem 53 refleja el resultado final que se ha obtenido a través del conjunto de ítems comprendidos entre las preguntas 16 y el 23 y mediante el cual se obtiene el grado de dependencia para las AIVD. Las recomendaciones de valoración de la puntuación alcanzada según el índice de Lawton y Brody son las siguientes:

Tabla 24. Puntuación del Índice de Lawton y Brody- Versión Original (AIVD) (Lawton et al., 1969).

Mujeres Dependencia	TOTAL 0-1	GRAVE 2-3	MODERADA 4-5	LEVE 6-7	AUTÓNOMA 8
Hombres Dependencia	TOTAL 0	GRAVE 1	MODERADA 2-3	LEVE 4	AUTÓNOMO 5

- Las preguntas 24 y 25 del cuestionario recogen el *tipo de estancia que disfrutan los mayores y si residen en una habitación individual o compartida*. Son factores que, aunque en un segundo plano, permiten mostrar el grado de deterioro físico, emocional y cognitivo de la persona mayor afectada.
- Los ítems 26 y 27 indagan sobre los *recursos tanto sociales como sanitarios* a los que acuden las personas mayores con mayor frecuencia, en la propia residencia o en servicios externos a la misma. Así se puede conocer el seguimiento por agravación de alguna enfermedad, las revisiones esporádicas y los recursos sociales y sanitarios más utilizados por este colectivo de mayores.
- La pregunta 28 es uno de los ítems más importantes de la entrevista. Hace referencia al *Grado de Dependencia legal reconocido* oficialmente. Este ítem permite cuantificar el número de personas mayores que tienen reconocido algún Grado de Dependencia así como su nivel, como establece la ley 39/2006 de 14 de Diciembre; aunque el nivel quedó eliminado a partir del año 2012 al entrar en vigor el R.D. 20/2012 de 13 de julio.
- Las preguntas 29, 30 y 31 indagan sobre *los ingresos* que percibe la persona mayor entrevistada, ya sea del núcleo familiar y/o la pensión, así como de su *procedencia*.
- La pregunta 32 hace referencia a las enfermedades que padecen estos mayores a través de una pregunta abierta que deja al mayor la posibilidad de describir todas las enfermedades que tiene en la actualidad. Una vez recogidas sus respuestas se codificaron numéricamente. Ante la gran variedad de patologías específicas recogidas se agruparon por afinidades topográficas y sistémicas con la ayuda de los médicos especialistas del

Área de Radiología y Medicina Física adscrita al Instituto de Investigación Universitario en Envejecimiento de la Universidad de Murcia, para su utilización estadística codificada.

- Los ítems comprendidos entre el 33 y el 47 se corresponde con 15 preguntas que recopilan la **Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage** (Verse Anexo I). La escala geriátrica de depresión de Yesavage es un instrumento diseñado para detectar y medir síntomas depresivos que se utiliza ampliamente en la población de personas mayores. Constituye un breve cuestionario en el que el entrevistado responde a 15 preguntas sencillas con monosílabos (sí o no) en relación a cómo se sintió durante la semana anterior al momento en que se realiza dicho cuestionario (Sheikh y Yesavage, 1986). Numerosos estudios describen que este cuestionario muestra una elevada fiabilidad, gran sensibilidad y especificidad y permite ser combinado con otras escalas, como el índice de Barthel, o el de Lawton y Brody, en su empleo sobre personas mayores dentro del ámbito geriátrico (Alden et al., 1989; Leshner y Berryhill, 1994; Martínez de la Iglesia et al., 2002). Para la valoración y obtención de resultados se han seguido las recomendaciones originales de la escala utilizada (Sheikh et al., 1986).

Tabla 25. Puntuación en la Escala de Yesavage (Sheikh et al., 1986).

Puntuación	Nivel de Depresión
0-5	Normal
6-10	D. Leve
11-15	D. Establecida
16	Ns/Nc

Finalmente, hemos utilizado la **Escala de WHOQoL-BREF** compuesto por 26 ítems para obtener la autovaloración de la *Calidad de Vida* percibida por las propias personas mayores, tras haber obtenido el permiso oficial explícito por escrito para su utilización y valoración en esta Tesis Doctoral de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El cuestionario WHOQoL-BREF se basa en los propios puntos de vista, y por tanto completamente subjetivo, de los mayores estudiados respecto a su autovaloración sobre su estado de bienestar, lo que se considera la perspectiva personal e íntima de la persona mayor entrevistada. El cuestionario está traducido a más de 20 idiomas y aporta puntuaciones de dominio que permiten su valoración, pero no puntuaciones sobre facetas o aspectos individuales (Lucas, 1998). El cuestionario se muestra en el anexo II.

Respecto a la estructura presentada por el cuestionario WHOQoL-BREF, comienza con dos ítems generales sobre la calidad de vida y la salud en general, que se continúan de los diferentes ítems que componen la escala, de forma aleatoria, no consecutiva y con puntuaciones invertidas frecuentemente que aseguran la reducción de cualquier forma de sesgo en su realización. Están agrupados en 4 dominios diferentes:

- Dominio 1: estado físico.
- Dominio 2: estado psicológico.
- Dominio 3: las relaciones sociales.
- Dominio 4: el medio ambiente (dentro del contexto de desarrollo de la actividad del mayor).

La valoración o calificación de dominio aportada por el cuestionario WHOQoL-BREF, permite cuatro puntuaciones de dominio. También existen dos áreas independientes que se examinan por separado: a) pregunta 1, percepción general de la persona mayor sobre su propia calidad de la vida; b) y la pregunta 2, percepción general de la persona mayor sobre su propia salud. Las puntuaciones de dominio se escalan en dirección proporcional positiva (es decir, las puntuaciones más altas indican una mayor calidad de vida). La puntuación media de cada uno de los elementos o ítems dentro de cada dominio se emplean para calcular la puntuación de ese dominio. Las puntuaciones medias pueden multiplicarse por 4 con el fin de hacer que las puntuaciones de dominio obtenidas por el cuestionario abreviado sean comparables con las puntuaciones obtenidas en el cuestionario completo WHOQOL-100, y posteriormente son transformadas a una escala de 0-100, usando la fórmula recomendada para establecer así el porcentaje obtenido en cada dominio. La puntuación obtenida y la valoración de los resultados obtenidos se han realizado siguiendo las recomendaciones y requisitos explícitos en las Instrucciones de uso y manejo de este cuestionario (WHO, 2012). Brevemente, la obtención de la puntuación se ha realizado:

- Dominio Físico = ((6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18) x4.
- Dominio Psicológico= (Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)) x4.
- Dominio de Relaciones Sociales = (Q20 + Q21 + Q22) x4.
- Dominio ambiental = (Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25) x4.

La puntuación de la escala de **WHOQoL-BREF** se obtiene mediante la media de todos los elementos que se incluyen en cada dominio, multiplicando por un factor de 4. Estas puntuaciones se transforman a una escala de 0-100 para su expresión porcentual. No todas las cuestiones o preguntas tienen una misma dirección, y las preguntas redactadas negativamente deben ser recodificadas antes de su manejo. Esta escala nos ha permitido evaluar las cuatro áreas (o dominios) diferentes que describen la calidad de vida autovalorada en las personas mayores que residen institucionalizadas en residencias para mayores, debido a que en nuestros resultados previos constituyen el grupo de personas mayores objeto del estudio y en donde se encontraron las personas más deterioradas (como se podrá comprobar en el siguiente capítulo). Así, se aplicó a las personas mayores institucionalizadas en residencias el cuestionario WHOQoL-BREF, con el fin de determinar cuál era el área o dominio que ellos percibían como más deteriorada.

Tabla 26. Recodificación de las preguntas redactadas negativamente, (WHO, 2012).

Preguntas (Q)	
Q3	Estas preguntas están redactadas negativamente por tanto su puntuación está invertido: (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)
Q4	
Q26	

IV.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

El estudio estadístico de esta memoria de Tesis doctoral se ha realizado en la Cátedra de Bioestadística del Departamento de Ciencias Sociosanitarias de la Facultad de Medicina, adscrito al Instituto de Investigación Universitario en Envejecimiento de la Universidad de Murcia. En primer lugar, se ha realizado una estadística descriptiva de cada ítem obteniendo

la distribución de frecuencias y, en los casos de ítems cuantitativos, los parámetros característicos: media y desviación típica. Posteriormente, la comparación de grupos se ha realizado mediante el test de la T-Student para ítems cuantitativos. Para los ítems cualitativos se ha utilizado un análisis de tablas de contingencia con el test de la χ^2 de Pearson complementado con análisis de residuos.

CAPÍTULO V. RESULTADOS

V. RESULTADOS.

En el capítulo anterior hemos expuesto cuál ha sido el material y el método utilizado para alcanzar los objetivos propuestos, el porqué de esa población y muestra, así como la distribución en esos dos grupos diferenciados, el motivo de escoger las residencias mencionadas y no otras, además de cómo se ha realizado el estudio estadístico de esta tesis doctoral. Por ello, a continuación exponemos los resultados obtenidos de todas y cada una de las variables que contempla nuestro cuestionario, así como los resultados de los diferentes índices y escalas estandarizadas. En cada una de estas variables se procederá a exponer los resultados en dos subapartados diferentes: personas mayores institucionalizadas en una residencia y personas mayores que viven con su familia.

La estructura de las variables sigue una línea y orden similar al presentado en el cuestionario confeccionado por nosotros (ver Anexo I), con el fin de facilitar la lectura de los datos sociodemográficos como: sexo, edad, número de hijos, nivel de estudios,

situación laboral y estado civil. El nivel económico se encuentra más adelante cuando hablamos de la pensión/prestaciones que perciben, además de si conocen su situación legal-administrativas ante la ley 39/2006. Las siguientes preguntas son las relacionadas con las ABVD y las AIVD (Índice de Barthel e Índice de Lawton y Brody) (Mahoney et al., 1965; Lawton et al., 1969), seguidas de las 15 preguntas que recoge la Escala de Yesavage (Yesavage et al., 1982) para identificar los síntomas depresivos. También se incluye las variables que nos permiten obtener si las personas mayores de ambos grupos conocen o si tienen o no reconocido su grado de dependencia y si conocen las prestaciones de las que son beneficiarios, además de conocer las patologías que sufren. La última de las escalas utilizadas en este estudio es el cuestionario de la Calidad de Vida en las personas mayores institucionalizadas en residencias, confeccionado por la OMS.

En la última parte de este apartado se hace la interpretación de los resultados obtenidos tanto en las personas mayores institucionalizadas en residencias como en las personas mayores que viven con su familia, recogiendo los resultados más significativos con los que se elaborará en el próximo capítulo con la discusión pertinente.

Los resultados de esta investigación son los siguientes:

- **V.1. Sexo.**

- *Personas mayores que viven con su familia.*

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 61 (60,4%) son mujeres y 40 (39,6%) son hombres (ver Tabla 27).

Tabla 27. El sexo de las personas mayores que viven con su familia.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mujer	61	60,4
Hombre	40	39,6
Total	101	100

○ ***Personas mayores institucionalizadas en residencias.***

De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 198 (66%) son mujeres y 102 (34%) son hombres (ver Tabla 28).

Tabla 28. El sexo de las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias

Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mujer	198	66
Hombre	102	34
Total	300	100

No hemos obtenido diferencias estadísticamente significativas (No Significativas, en adelante NS) en el sexo de las personas mayores que viven con su familia respecto a las que viven institucionalizadas en residencias; lo que expresa que en ambos grupos son similares al no encontrar diferencias estadísticamente significativas, por tanto el sexo en ambos grupos es similares y estadísticamente comparables.

• **V.2. Edad.**

○ ***Personas mayores que viven con su familia.***

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 44 (43,6%) tienen entre los 80 y 89 años, 40 (39,6%) están entre los 70 y 79 años, 11 (10,9%) tienen entre 60 y 69 años y 6 (5,9%) personas mayores han pasado los 90 años (ver Tabla 29).

Tabla 29. La edad de las personas mayores que viven con su familia.

Edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
< 60	0	0
60-69	11	10,9
70-79	40	39,6
80-89	44	43,6
90-99	6	5,9
≥ 100	0	0
Ns/Nc	0	0
Total	101	100

○ ***Personas mayores institucionalizadas en residencias.***

De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 127 (42,3%) de los mayores tienen entre 80 y 89 años, 78 (26%) entre 70 y 79 años, 44 (14,7%) alcanzan los 60 y 69 años y 35 (11,7%) tienen entre 90 y 99 años (ver Tabla 30).

Tabla 30. La edad de las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias.

Edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
< 60	11	3,7
60-69	44	14,7
70-79	78	26
80-89	127	42,3
90-99	35	11,7
≥ 100	2	0,7
Ns/Nc	3	1
Total	300	100

No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas (NS) en la edad que presentan las personas mayores que viven con su familia respecto a las que viven institucionalizadas en residencias, lo que expresa que la edad de los mayores estudiados es similar en ambos grupos analizados.

• **V.3. Número de hijos.**

Cuando hablamos durante todo este estudio del número de hijos, nos referimos a los hijos que han tenido y viven de estas personas mayores, independiente de si conviven o no con sus progenitores.

○ ***Personas mayores que viven con su familia.***

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 34 (33,7%) personas tienen 4 hijos o más, 27 (26,7%) mayores tienen 3 hijos y 9 (8,9 %) no tienen hijos (ver Tabla 31).

Tabla 31. Número de hijos de las personas mayores que viven con su familia (*: $p < 0,0005$ respecto a las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias).

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ninguno	9	8,9
1 hijo	7	6,9
2 hijos	24	23,8
3 hijos	27	26,7*
4 hijos o más	34	33,7*
Total	101	100

○ ***Personas mayores institucionalizadas en residencias.***

De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, hemos determinado que 107 (35,7%) mayores no tienen ningún hijo, 69 (23%) tienen dos hijos/as y 53 (17,7%) tienen un solo hijo (ver Tabla 32).

Tabla 32. Número de hijos en las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con sus familiares).

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ninguno	107	35,7*
1 hijo	53	17,7
2 hijos	69	23
3 hijos	41	13,7
4 hijos o más	30	10
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en el número de hijos que tienen estas personas mayores estudiadas ($p < 0,0005$), determinándose que los

mayores institucionalizados en residencias se asocian con la ausencia de hijos ($p < 0,0005$), mientras que los mayores que viven con su familia se asocian con la existencia de 3 o más hijos ($p < 0,0005$); lo que expresa que la ausencia de hijos se relaciona con la institucionalización de un mayor en una residencia para mayores; mientras que haber tenido 3 o más hijos se relaciona con la posibilidad de vivir en familia.

- **V.4. Nivel de estudios.**

- *Personas mayores que viven con su familia.*

Entre las 101 personas mayores que viven con su familia, 36 (35,6%) poseen estudios primarios, 33 (32,7%) mayores no tienen estudios (sabiendo leer y/o escribir) y otros 23 mayores (22,8%) son analfabetas (ver Tabla 33).

Tabla 33. Nivel de estudios de las personas mayores que viven con su familia.

Nivel de estudios	Frecuencia	Porcentaje (%)
Analfabeto	23	22,8
Sin estudios	33	32,7
Estudios primarios	36	35,6
Estudios superiores (universitaria)	7	6,9
Otros	2	2
Total	101	100

- *Personas mayores institucionalizadas en residencias.*

En las 300 personas mayores que viven en residencias, el nivel de estudios es similar a las personas mayores que viven con sus familias (ver Tabla 34).

Tabla 34. Nivel de estudios de las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias.

Nivel de estudios	Frecuencia	Porcentaje (%)
Analfabeto	49	16,3
Sin estudios	106	35,3
Estudios primarios	93	31
Estudios superiores (universitaria)	15	5

Otros	9	3
Ns/Nc	28	9,3
Total	300	100

No hemos obtenido diferencias estadísticamente significativas (NS) en el nivel de estudios que presentan las personas mayores que viven con su familia respecto a las que viven institucionalizadas en residencias, lo que expresa que el nivel de estudios de los mayores estudiados es similar en ambos grupos.

• **V.5. Situación laboral.**

○ *Personas mayores que residen con su familia.*

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 73 (72,3%) son jubilados/as y 15 (14,9%) describen diferentes formas de disfrutar de algún tipo de ayuda (ver Tabla 35).

Tabla 35. Situación laboral de las personas mayores que viven con su familia.

Situación laboral	Frecuencia	Porcentaje (%)
Jubilado/a	73	72,3
Incapacidad laboral temporal	0	0
Incapacidad laboral permanente	7	6,9
Otro tipo de pensionista	15	14,9
Ns/Nc	6	5,9
Total	101	100

○ *Personas mayores institucionalizadas en residencias.*

En las personas mayores que viven en residencias, la situación laboral es similar a las personas mayores que viven con sus familias (ver Tabla 36).

Tabla 36. La situación laboral de las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias.

Situación laboral	Frecuencia	Porcentaje (%)
Jubilado/a	140	46,7
Incapacidad laboral temporal	0	0

Incapacidad laboral permanente	32	10,7
Otro tipo de pensionista	79	26,3
Ns/Nc	49	16,3
Total	300	100

No hemos determinado diferencias estadísticamente significativas (NS) en la situación laboral que presentan las personas mayores que viven con su familia respecto a las que viven institucionalizadas en residencias, lo que expresa que la situación laboral de los mayores estudiados es similar en ambos grupos.

- **V.6. Estado civil.**

- *Personas mayores que viven con su familia.*

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 56 (55,5%) mayores están casados/as y 40 (39,6%) son viudos/as. Sin embargo, no hemos encontrado ningún separado y solamente 5 (4,9%) son solteros/as (ver Tabla 37).

Tabla 37. El estado civil de las personas mayores que viven con su familia (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero/a	5	4,9
Casado/a	56	55,5*
Viudo/a	40	39,6
Separado/a	0	0
Total	101	100

- *Personas mayores institucionalizadas en residencias.*

De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias hemos determinado que 149 (49,7%) mayores son viudos/as, 67 (22,3%) son solteros/as, 45 (15%) están casados y 23 (7,7%) están separados/as (ver Tabla 38).

Tabla 38. El estado civil de las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con sus familiares).

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero/a	67	22,3*
Casado/a	45	15
Viudo/a	149	49,7
Separado/a	23	7,7*
Ns/Nc	16	5,3
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en el estado civil de estos mayores ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores institucionalizados en residencias se asocian a personas solteras ($p < 0,0005$) y separadas ($p < 0,0005$), mientras que los mayores que viven en familia se asocian a una situación actual de estado civil de casados ($p < 0,0005$); lo que expresa que el estado civil se asocia con la institucionalización de un mayor en una residencia cuando se está soltero o separado y un estado civil de casado se asocia con la permanencia en casa junto con su familiares.

- **V.7. Necesitan ayuda para comer.**

- *Personas mayores que viven con su familia.*

Entre las 101 personas mayores que viven con su familia, 80 (79,2%) mayores manifiestan ser totalmente independientes, 13 (12,9%) precisan ayuda para cortar la carne, el pan, etc., y 8 (7,9%) son completamente dependientes (ver Tabla 39)

Tabla 39. Si las personas mayores que viven con su familia necesitan ayuda para comer.

Necesitan ayuda para comer	Frecuencia	Porcentaje (%)
Totalmente independiente	80	79,2
Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, etc.	13	12,9
Dependiente	8	7,9
Total	101	100

○ ***Personas mayores institucionalizadas en residencias.***

De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 186 (62%) son totalmente independientes para poder comer por sí solos, 36 (12%) mayores necesitan ayuda para cortar la carne, el pan, etc., y 78 (26%) son totalmente dependientes (ver Tabla 40).

Tabla 40. Si las personas mayores que viven en institucionalizadas residencias necesitan ayuda para comer.

Necesitan ayuda para comer	Frecuencia	Porcentaje (%)
Totalmente independiente	186	62
Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, etc.	36	12
Dependiente	78	26
Total	300	100

No hemos determinado diferencias estadísticamente significativas (NS) en la necesidad de ayuda externa para comer, lo que expresa que esta necesidad de ayuda para comer de los mayores estudiados es similar en ambos grupos.

• **V.8. Necesitan ayuda para vestirse.**

○ ***Personas mayores que viven con su familia.***

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 76 (75,3%) mayores son totalmente independientes siendo capaces de ponerse y quitarse la ropa, se atan los zapatos, se abrochan solos los botones, etc., y sólo 5 (4,9%) son totalmente dependientes (ver Tabla 41).

Tabla 41. Si las personas mayores que viven con su familia necesitan ayuda para vestirse (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Ayuda para vestirse	Frecuencia	Porcentaje (%)
Independiente. Se pone y quita la ropa. Se ata los zapatos. Se abotona	76	75,3*
Necesita ayuda	20	19,8
Dependiente	5	4,9
Total	101	100

○ *Personas mayores institucionalizadas en residencias.*

De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias hemos determinado que 113 (37,7%) mayores son independientes para quitarse" y ponerse la ropa, se abrochan solos los botones, etc., y 105 (35%) son dependientes para realizar esta tarea (ver Tabla 42).

Tabla 42. Si las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias necesitan ayuda para vestirse (*: p<0,0005 respecto a los mayores que viven con sus familiares).

Ayuda para vestirse	Frecuencia	Porcentaje (%)
Independiente	113	37,7
Necesita ayuda	82	27,3
Dependiente	105	35*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la necesidad de ayuda externa para vestirse ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores institucionalizados en residencias se asocian a personas dependientes para realizar estas tareas ($p < 0,0005$); mientras que los mayores que viven con su familia se muestran como personas independientes ($p < 0,0005$); lo que expresa que la necesidad de vestirse se relaciona con la institucionalización de un mayor en una residencia, mientras que los que son independientes y se visten sin necesidad de ayuda se asocia a las personas que viven con su familia.

• **V.9. Necesitan ayuda para lavarse/baño.**

○ *Personas mayores que viven con su familia.*

En las 101 personas mayores que viven con su familia, 66 (65,4%) son independientes para lavarse (entra y sale solo del baño) y 35 (34,6%) son completamente dependientes para realizar esta actividad (ver Tabla 43).

Tabla 43. Si las personas mayores que viven con su familia necesitan ayuda para lavarse/baño.

Ayuda para lavarse	Frecuencia	Porcentaje (%)
Independiente. Entra y sale solo al baño	66	65,4
Dependiente	35	34,6
Total	101	100

○ ***Personas mayores institucionalizadas en residencias.***

De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 129 (43%) son independientes para lavarse y 171 (57%) son dependientes (ver Tabla 44).

Tabla 44. Si las personas mayores que viven institucionalizadas en residencia necesitan ayuda para lavarse/baño.

Ayuda para lavarse	Frecuencia	Porcentaje (%)
Independiente. Entra y sale solo al baño	129	43
Dependiente	171	57
Total	300	100

No hemos obtenido diferencias estadísticamente significativas (NS) en la determinación de la necesidad de ayuda para lavarse en las personas mayores que viven con su familia respecto a las que viven institucionalizadas en residencias; lo que expresa que la necesidad de ayuda para lavarse de los mayores estudiados es similar en ambos grupos.

• **V.10. Necesitan ayuda para usar el retrete.**

○ ***Personas mayores que residen con su familia.***

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 80 (79,2%) son independientes para ir al retrete, se quitan y se ponen la ropa y 6 (5,9%) mayores son totalmente dependientes para realizar esta actividad (ver Tabla 45).

Tabla 45. Si las personas mayores que viven con su familia necesitan ayuda para usar el retrete (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Ayuda para usar el retrete	Frecuencia	Porcentaje (%)
Independiente	80	79,2*
Necesita ayuda, pero se limpia sólo	15	14,9
Dependiente	6	5,9
Total	101	100

○ ***Personas mayores institucionalizadas en residencias.***

De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias hemos determinado que 126 (42%) mayores son dependientes (ver Tabla 46).

Tabla 46. Si las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias necesitan ayuda para usar el retrete (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con sus familias).

Ayuda para usar el retrete	Frecuencia	Porcentaje (%)
Independiente	112	37,3
Necesita ayuda, pero se limpia sólo	62	20,7
Dependiente	126	42*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la necesidad de ayuda para usar el retrete en estos mayores ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores institucionalizados en residencias se asocian a personas completamente dependientes ($p < 0,0005$), y los mayores que viven en familia se asocia a personas completamente independientes ($p < 0,0005$); lo que expresa que la necesidad de ayuda para usar el retrete se relaciona con la institucionalización de un mayor en una residencia, mientras que la completa independencia se asocia con la posibilidad de vivir en familia.

• **V.11. Necesitan ayuda para orinar.**

○ *Personas mayores que viven con su familia.*

Entre las 101 personas mayores que viven con su familia, 85 (84,2%) mayores son continentes o son capaces de cuidar su sonda y solamente 5 (4,9%) personas son incontinentes (ver Tabla 47).

Tabla 47. Si las personas mayores que viven con su familia necesitan ayuda para orinar

(*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Ayuda para orinar	Frecuencia	Porcentaje (%)
Continente o es capaz de cuidarse la sonda	85	84,2*
Ocasionalmente, tiene un episodio de incontinencia cada 24 horas como máximo o precisa ayuda para la sonda	11	10,9
Incontinente	5	4,9
Total	101	100

○ *Personas mayores institucionalizadas en residencias.*

De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 132 (44%) mayores son incontinentes y 129 (43%) son continentes o capaces de cuidar su sonda (ver Tabla 48).

Tabla 48. Si las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias necesitan ayuda para

orinar (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con sus familias).

Ayuda para orinar	Frecuencia	Porcentaje (%)
Continente o es capaz de cuidarse la sonda	129	43
Ocasionalmente, tiene incontinencia cada 24 horas como máximo o precisa ayuda para la sonda	39	13
Incontinente	132	44*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la necesidad de ayuda para miccionar ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores institucionalizados en residencias se asocian a personas incontinentes ($p < 0,0005$), y los mayores que viven en familia se asocian a personas continentales o capaces de cuidarse la sonda ($p < 0,0005$); lo que expresa la necesidad de ayuda para orinar se asocia con la institucionalización de un mayor en una residencia, y su completa independencia se asocia con los mayores que viven con su familia.

- **V.12. Necesitan ayuda para hacer sus deposiciones.**

- *Personas mayores que viven con su familia.*

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 88 (87,1%) mayores manifiestan que son continentales para hacer sus deposiciones y 2 (2%) son incontinentes (ver Tabla 49).

Tabla 49. Si las personas mayores que viven con su familia necesitan ayuda para hacer sus deposiciones (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Ayuda para hacer sus deposiciones	Frecuencia	Porcentaje (%)
Continente	88	87,1*
Ocasionalmente, algún episodio de incontinencia o precisa de ayuda para lavativas	11	10,9
Incontinente	2	2
Total	101	100

- *Personas mayores institucionalizadas en residencias.*

Entre las 101 personas mayores institucionalizadas en residencias, 131 (43,7%) mayores son completamente continentales para hacer sus deposiciones y 129 (43%) manifiestan que son continentales (ver Tabla 50).

Tabla 50. Si las personas mayores institucionalizadas en residencias necesitan ayuda para hacer sus deposiciones (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con sus familias).

Ayuda para hacer sus deposiciones	Frecuencia	Porcentaje (%)
Continente	131	43,7
Ocasionalmente, algún episodio de incontinencia o precisa de ayuda para lavativas	40	13,3
Incontinente	129	43*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la necesidad de ayuda para hacer las deposiciones ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores institucionalizados en residencias se asocian a personas completamente incontinentes ($p < 0,0005$), y los mayores que viven en familia se asocian a personas completamente continentales ($p < 0,0005$); lo que expresa que la necesidad de ayuda para hacer sus deposiciones se relaciona con la institucionalización de un mayor en una residencia, mientras que la completa capacidad de continencia se relaciona con la existencia de vivir en familia.

- **V.13. Necesitan ayuda para arreglarse/aseo personal.**

- *Personas mayores que viven con su familia.*

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 92 (91,1%) son independientes para arreglarse/aseo personal y 9 (8,9%) son dependientes (ver Tabla 51).

Tabla 51. Si las personas mayores que viven con su familia necesitan ayuda para arreglarse/aseo personal (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Ayuda para arreglarse/aseo personal	Frecuencia	Porcentaje (%)
Independiente, lavarse la cara	92	91,1*
Dependiente	9	8,9
Total	101	100

○ ***Personas mayores institucionalizadas en residencias.***

De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 148 (49,3%) mayores son independientes para arreglarse/aseo personal y 152 (50,7%) son dependientes (ver Tabla 52).

Tabla 52. Si las personas mayores institucionalizadas en residencias necesitan ayuda para arreglarse/aseo personal (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con sus familias).

Ayuda para arreglarse/aseo personal	Frecuencia	Porcentaje (%)
Independiente, lavarse la cara	148	49,3
Dependiente	152	50,7*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la necesidad de ayuda para arreglarse y realizar el aseo personal ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores institucionalizados en residencias se asocian a personas completamente dependientes ($p < 0,0005$), y los mayores que viven en familia se asocian a personas completamente independientes ($p < 0,0005$); lo que expresa que la necesidad de ayuda para arreglarse y realizar el aseo personal se relaciona "con "la" institucionalización den mayor en una residencia, mientras que la completa independencia se relaciona con los mayores que viven con sus familias.

• **V.14. Necesitan ayuda para trasladarse.**

○ ***Personas mayores que viven con su familia.***

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 84 (83,2%) son independientes para trasladarse (del sillón a la cama), 9 (8,9%) mayores necesitan una mínima ayuda física o supervisión y 5 (4,9%) son dependientes (ver Tabla 53).

Tabla 53. Si las personas mayores que viven con su familia necesitan ayuda para trasladarse (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Ayuda para trasladarse	Frecuencia	Porcentaje (%)
Independiente para ir del sillón a la cama	84	83,2*
Mínima ayuda física o supervisión	9	8,9
Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	3	3
Dependiente	5	4,9
Total	101	100

o ***Personas mayores institucionalizadas en residencias.***

Entre las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 121 (40,3%) mayores son independientes para ir del sillón a la cama, 41 (13,7%) necesitan una mínima ayuda física o supervisión para trasladarse y 111 (37%) son dependientes para ello (ver Tabla 54).

Tabla 54. Si las personas mayores institucionalizadas en residencias necesitan ayuda para trasladarse (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con sus familias).

Ayuda para trasladarse	Frecuencia	Porcentaje (%)
Independiente para ir del sillón a la cama	121	40,3
Mínima ayuda física o supervisión	41	13,7
Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	27	9
Dependiente	111	37*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la necesidad de ayuda para trasladarse ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores institucionalizados en residencias se asocian a personas completamente dependientes ($p < 0,0005$), y los mayores que viven en familia se asocian a personas completamente

independientes ($p < 0,0005$); lo que expresa que la necesidad de ayuda para trasladarse se relaciona con la institucionalización de un mayor en una residencia, mientras que la carencia de ayuda por ser independiente se relaciona con las personas que viven con sus familias.

- **V.15. Necesitan ayuda para deambular.**

- *Personas mayores que viven con su familia.*

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 74 (73,3%) mayores son independientes para deambular, 21 (20,8%) necesitan ayuda o supervisión para caminar 50 metros y 5 (4,9%) personas son dependientes para deambular (ver Tabla 55).

Tabla 55. Si las personas mayores que viven con su familia necesitan ayuda para deambular (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Ayuda para deambular	Frecuencia	Porcentaje (%)
Independiente, camina solo 50 m.	74	73,3*
Necesita ayuda o supervisión para caminar 50 m.	21	20,8
Independiente en silla de ruedas sin ayuda	1	1
Dependiente	5	4,9
Total	101	100

- *Personas mayores institucionalizadas en residencias.*

De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 119 (39,7%) mayores son independientes para caminar 50 metros, 39 (13%) necesitan ayuda física o supervisión para deambular y 125 (41,7%) son dependientes (ver Tabla 56).

Tabla 56. Si las personas mayores institucionalizadas en residencias necesitan ayuda para deambular (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con sus familias)

Ayuda para deambular	Frecuencia	Porcentaje (%)
Independiente, camina solo 50 m.	119	39,7
Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 m.	39	13
Independiente en silla de ruedas sin ayuda	17	5,7

Dependiente	125	41,7*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la necesidad de ayuda para deambular ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores institucionalizados en residencias se asocian a personas completamente dependientes ($p < 0,0005$), y los mayores que viven en familia se asocian a personas completamente independientes ($p < 0,0005$); lo que expresa que la necesidad de ayuda para deambular se relaciona con la institucionalización de un mayor en una residencia, mientras que la capacidad de deambular de forma completamente independiente se relaciona con las personas que residen con su familia.

- **V.16. Necesitan ayuda para subir escalones.**

- *Personas mayores que viven con su familia.*

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 65 (64,4%) mayores son independientes para subir y bajar escalones y 7 (6,9%) son dependientes (ver Tabla 57).

Tabla 57. Si las personas mayores que viven con su familia necesitan ayuda para subir escalones (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Ayuda para subir y bajar escalones	Frecuencia	Porcentaje (%)
Independiente para subir y bajar escalones	65	64,4*
Necesita ayuda física o supervisión	29	28,7
Dependiente	7	6,9
Total	101	100

- *Personas mayores institucionalizadas en residencias.*

En los 300 mayores institucionalizadas en residencias, 93 (31 %) mayores son independientes para subir y bajar escalones y 159 (53 %) son dependientes (ver Tabla 58).

Tabla 58. Si las personas mayores institucionalizadas en residencias necesitan ayuda para subir escalones (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con sus familias).

Ayuda para subir y bajar escalones	Frecuencia	Porcentaje (%)
Independiente para subir y bajar escalones	93	31
Necesita ayuda física o supervisión	48	16
Dependiente	159	53*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la necesidad de ayuda para subir y bajar escalones ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores institucionalizados en residencias se asocian a personas que son completamente dependientes ($p < 0,0005$), y los mayores que viven en familia se asocian a personas completamente independientes ($p < 0,0005$); lo que expresa que la necesidad de ayuda para subir y bajar escalones se relaciona con la institucionalización de un mayor en una residencia, mientras que la capacidad de subir escalones independientemente se relaciona con las personas que viven con su familia.

- **V.17. Necesitan ayuda para llamar por teléfono.**

- *Personas mayores que viven con su familia.*

Entre las 101 personas mayores que viven con su familia, 66 (65,4%) utilizan el teléfono por iniciativa propia, 15 (14,9%) mayores son capaces de marcar bien algunos números familiares y solamente 4 (4%) no utilizan el teléfono (ver Tabla 59).

Tabla 59. Si las personas mayores que viven con su familia necesitan ayuda para llamar por teléfono (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Ayuda para llamar por teléfono	Frecuencia	Porcentaje (%)
Utilizan el teléfono por iniciativa propia	66	65,4*
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	15	14,9
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	16	15,8
No utilizan el teléfono	4	4
Total	101	100

○ ***Personas mayores institucionalizadas en residencias.***

En las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 86 (28,7%) mayores utilizan el teléfono por iniciativa propia, 11 (3,7%) son capaces de marcar bien algunos números familiares y 141 (47%) no utilizan el teléfono (ver tabla 60).

Tabla 60: Si las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias necesitan ayuda para llamar por teléfono (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con sus familias).

Ayuda para llamar por teléfono	Frecuencia	Porcentaje (%)
Utilizan el teléfono por iniciativa propia	86	28,7
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	11	3,7
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	62	20,7
No utilizan el teléfono	141	47*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la necesidad de ayuda para llamar por teléfono ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores institucionalizados en residencias se asocian a personas que no pueden utilizar el teléfono ($p < 0,0005$), y los mayores que viven en familia se asocian a personas que utilizan el teléfono por iniciativa propia ($p < 0,0005$); lo que expresa que la necesidad de ayuda para llamar por teléfono se relaciona con la institucionalización de un mayor en una residencia, mientras que la completa independencia en la utilización del teléfono se relaciona con las personas que viven con sus familiares.

• **V.18. Necesitan ayuda para realizar compras.**

○ ***Personas mayores que viven con su familia.***

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 54 (53,5%) realizan independientemente las compras necesarias, 20 (19,8%) mayores realizan independientemente las pequeñas compras y 12 (11,9%) son totalmente incapaces de ir a comprar (ver Tabla 61).

Tabla 61. Si las personas mayores que viven con su familia necesitan ayuda para realizar compras (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Ayuda para realizar compras	Frecuencia	Porcentaje (%)
Realizan independientemente las compras necesarias	54	53,5*
Realizan independientemente las pequeñas compras	20	19,8*
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	15	14,9
Totalmente incapaz de ir a comprar	12	11,9
Total	101	100

o ***Personas mayores institucionalizadas en residencias.***

De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 22 (7,3%) realizan independientemente las compras necesarias, 20 (6,7%) mayores realizan independientemente las pequeñas compras y 219 (73%) son totalmente incapaces de ir a comprar (ver Tabla 62).

Tabla 62. Si las personas mayores institucionalizadas en residencias necesitan ayuda para realizar compras (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con sus familias).

Ayuda para realizar compras	Frecuencia	Porcentaje (%)
Realizan independientemente las compras necesarias	22	7,3
Realizan independientemente las pequeñas compras	20	6,7
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	39	13
Totalmente incapaz de ir a comprar	219	73*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la necesidad de ayuda para realizar compras ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores institucionalizados en residencias se asocian a la incapacidad total de comprar ($p < 0,0005$), y los mayores que viven en familia se asocian a personas que realizan

independientemente todas las compras necesarias ($p < 0,0005$); lo que expresa que la necesidad de ayuda para realizar compras se relaciona con la institucionalización de un mayor en una residencia (es decir, que las personas mayores institucionalizadas en residencias precisan de ayuda para esta tarea), mientras que la capacidad de realizar las compras que se necesitan se relaciona con los mayores que viven con sus familias.

- **V.19. Necesitan ayuda para preparar la comida.**

- *Personas mayores que viven con su familia.*

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 60 (59,4%) organizan, preparan y sirven las comidas por sí mismos adecuadamente, 11 (10,9%) mayores preparan adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes y 20 (19,8%) necesitan que le preparen y sirvan las comidas (ver Tabla 63).

Tabla 63. Si las personas mayores que viven con su familia necesitan ayuda para preparar la comida (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Ayuda para preparar la comida	Frecuencia	Porcentaje (%)
Organizan, preparan y sirven las comidas por sí mismo adecuadamente	60	59,4*
Preparan adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes	11	10,9
Preparan, calientan y sirven las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	10	9,9
Necesitan que le preparen y sirvan las comidas	20	19,8
Total	101	100

- *Personas mayores institucionalizadas en residencias.*

De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 28 (9,3%) organizan, preparan y sirven las comidas por sí mismos adecuadamente, 15 (5%) mayores preparan adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes y 249 (83%) necesitan que le preparen y sirvan la comida (ver Tabla 64).

Tabla 64. Si las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias necesitan ayuda para preparar la comida (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con sus familias).

Ayuda para preparar la comida	Frecuencia	Porcentaje (%)
Organizan, preparan y sirven las comidas por sí mismo adecuadamente	28	9,3
Preparan adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes	15	5
Preparan, calientan y sirven las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	8	2,7
Necesitan que le preparen y sirvan las comidas	249	83*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la necesidad de ayuda para preparar la comida ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores institucionalizados en residencias se asocian a personas que necesitan que se les prepare y sirvan la comida ($p < 0,0005$), y los mayores que viven en familia se asocian a personas que son capaces de organizar, preparar y servir las comidas por sí mismos adecuadamente ($p < 0,0005$); lo que expresa que la necesidad de ayuda para preparar la comida se relaciona con la institucionalización de un mayor en una residencia, mientras que la completa capacidad de preparar su comida se relaciona con los mayores que viven con sus familias.

- **V.20. Necesitan ayuda para el cuidado de su habitación.**

- *Personas mayores que viven con su familia.*

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 49 (48,5%) cuidan (limpian, ordenan, etc.) por sí solas la habitación o con ayuda ocasional, 23 (22,8%) mayores realizan tareas ligeras, como hacer la cama o recoger su ropa y 20 (19,8%) no realizan ninguna actividad en relación a la limpieza de su habitación (ver Tabla 65).

Tabla 65. Si las personas mayores que viven con su familia necesitan ayuda para el cuidado de su habitación (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Ayuda para el cuidado de su habitación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sola o con ayuda ocasional	49	48,5*
Realizan tareas ligeras, como hacer la cama, recoger su ropa	23	22,8*
Realizan tareas ligeras, pero con ayuda	7	6,9
Necesitan ayuda en todas las labores	2	2
No realizan ninguna actividad	20	19,8
Total	101	100

o ***Personas mayores institucionalizadas en residencias.***

De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 19 (6,3%) cuidan (limpian, ordenan, etc.) por sí solas la habitación o con ayuda ocasional, 23 (7,7%) mayores realizan tareas ligeras, como hacer la cama o recoger su ropa y 220 (73,3%) no realizan ninguna actividad en relación con la limpieza de su habitación (ver Tabla 66).

Tabla 66. Si las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias necesitan ayuda para el cuidado de su habitación (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con su familia).

Ayuda para el cuidado de su habitación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sola o con ayuda ocasional	19	6,3
Realizan tareas ligeras, como hacer la cama, recoger su ropa	23	7,7
Realizan tareas ligeras, pero con ayuda	26	8,7
Necesita ayuda en todas las labores	12	4
No realizan ninguna actividad	220	73,3*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la necesidad de ayuda para el cuidado de su habitación ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores institucionalizados en residencias se asocian a personas que no realizan ninguna actividad en relación con la limpieza de su habitación ($p < 0,0005$), y los mayores que viven con su familia se asocian a personas que mantienen por sí solos el cuidado de su habitación ($p < 0,0005$) o realizan tareas ligeras ($p < 0,0005$); lo que expresa que la necesidad de ayuda para el cuidado de su habitación se relaciona con la institucionalización de un mayor en una residencia, mientras que la realización de todo o gran parte del cuidado de la habitación por sí solos se relaciona con las personas que viven con su familia.

- **V.21. Necesitan ayuda para el lavado de la ropa.**
 - *Personas mayores que viven con su familia.*

Entre las 101 personas mayores que viven con su familia, 64 (63,4%) lavan por sí solos toda su ropa y 28 (27,7%) mayores necesitan que todo el lavado de su ropa lo haga otra persona (ver Tabla 67).

Tabla 67. Si las personas mayores que viven con su familia necesitan ayuda para el lavado de la ropa (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Ayuda para el lavado de la ropa	Frecuencia	Porcentaje (%)
Lava por sí solo toda su ropa	64	63,4*
Lava por sí solo prendas pequeñas	9	8,9
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	28	27,7
Total	101	100

- *Personas mayores institucionalizadas en residencias.*

En las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 20 (6,7%) mayores lavan por sí solo toda su ropa y 263 (87,7%) necesitan que sea otra persona la que se encargue del lavado de toda la ropa (ver Tabla 68).

Tabla 68. Si las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias necesitan ayuda para el lavado de su ropa (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con su familia).

Ayuda para el lavado de la ropa	Frecuencia	Porcentaje (%)
Lava por sí solo toda su ropa	20	6,7
Lava por sí solo prendas pequeñas	17	5,7
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	263	87,7*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la necesidad de ayuda para el lavado de la ropa ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores institucionalizados en residencias se asocian a personas que precisan de otras personas para que realicen el lavado de su ropa ($p < 0,0005$), y los mayores que viven en familia se asocian a personas que lavan toda la ropa por sí solos ($p < 0,0005$); lo que expresa que la necesidad de ayuda para lavar la ropa se relaciona con la institucionalización de un mayor en una residencia, mientras que la capacidad de lavarse la ropa independientemente se relaciona con las personas que viven con su familia.

- **V.22. Uso del medio de transporte.**

- *Personas mayores que viven con su familia.*

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 49 (48,5%) viajan solos en transporte público o conducen su propio coche, 11 (10,9%) son capaces de tomar un taxi, pero no usan otro medio de transporte y 9 (8,9%) personas no viajan en absoluto (ver Tabla 69).

Tabla 69. El uso del medio de transporte en las personas mayores que viven con su familia (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Uso del medio de transporte	Frecuencia	Porcentaje (%)
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	49	48,5*
Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	11	10,9
Viaja en transporte público, cuando va acompañado de otra persona	13	12,9
Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	19	18,8
No viaja en absoluto	9	8,9
Total	101	100

○ *Personas mayores institucionalizadas en residencias.*

De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 5 (1,7%) viajan solos en transporte público o conducen su propio coche, 15 (5%) mayores son capaces de tomar un taxi pero no usan otro medio de transporte y 224 (74,7%) no viajan en absoluto (ver Tabla 70).

Tabla 70. El uso del medio de transporte en las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con su familia).

Uso del medio de transporte	Frecuencia	Porcentaje (%)
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	5	1,7
Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	15	5
Viaja en transporte público, cuando va acompañado de otra persona	20	6,7
Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	36	12
No viaja en absoluto	224	74,7*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en el uso del medio de transporte en las personas mayores estudiadas ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores institucionalizados en residencias se asocian a personas que no viajan en absoluto ($p < 0,0005$), y los mayores que viven en familia se asocian a personas que viajan solos en transporte público o conducen su propio coche ($p < 0,0005$); lo que expresa que la ausencia de uso de medio de transporte se relaciona con la institucionalización de un mayor en una residencia, mientras que viajar solo en transporte público o en su propio coche se relaciona con los mayores que viven con sus familiares.

• **V.23. Toma de su medicación.**

○ *Personas mayores que viven con su familia.*

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 77 (76,2%) son capaces de tomar su medicación a la hora y la dosis correcta, 12 (11,9%) mayores toman su medicación si la dosis está previamente preparada y otros 12 (11,9%) no son capaces de administrarse su medicación (ver Tabla 71).

Tabla 71. La toma de medicación de las personas mayores que viven con su familia (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Toma de su medicación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	77	76,2*
Toma su medicación si la dosis está previamente preparada	12	11,9
No es capaz de administrarse su medicación	12	11,9
Total	101	100

○ *Personas mayores institucionalizadas en residencias.*

De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 28 (9,3%) son capaces de tomarse la medicación a la hora y la dosis correcta, 161 (53,7%) mayores toman su medicación si la dosis está previamente preparada por otra persona y 111 (37%) no son capaces de administrarse su medicación (ver Tabla 72).

Tabla 72. La toma de medicación de las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias (*: p<0,0005 respecto a los mayores que viven con su familia).

Toma de su medicación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	28	9,3
Toma su medicación si la dosis está previamente preparada	161	53,7*
No es capaz de administrarse su medicación	111	37*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la capacidad individual para la toma de la medicación en estos mayores ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores institucionalizados en residencias se asocian a personas que no son capaces de administrarse su medicación ($p < 0,0005$) o la toman si alguien se las prepara previamente ($p < 0,0005$), y los mayores que viven en familia se asocian a personas que toman su medicación a la hora y dosis correcta ($p < 0,0005$); lo que expresa que la incapacidad para preparar y tomar su medicación se relaciona con la institucionalización de un mayor en una residencia, mientras que la capacidad de administrarse la medicación de forma correcta (dosis y hora) se relaciona con las personas mayores que viven con sus familiares.

- **V.24. Manejo de sus asuntos económicos.**

- *Personas mayores que viven con su familia.*

Entre las 101 personas mayores que viven con su familia, 53 (52,5%) mayores se encargan de sus asuntos económicos por sí solos de forma completamente independiente, 36 (35,6%) realizan pequeñas compras de la vida diaria (como comprar el pan, etc.) pero necesitan ayuda en las grandes compras y bancos y 12 (11,9%) personas son incapaces de manejar el dinero por lo que necesitan de una tercera persona que se responsabilice y administre su economía (ver Tabla 73).

Tabla 73. El manejo de los asuntos económicos de las personas mayores que viven con su familia (*: p<0,0005 respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Manejo de los asuntos económicos	Frecuencia	Porcentaje (%)
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	53	52,5*
Realiza pequeñas compras, pero ayuda en grandes compras y bancos	36	35,6*
Incapaz de manejar el dinero	12	11,9
Total	101	100

○ ***Personas mayores institucionalizadas en residencias.***

Entre las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 36 (12%) mayores se encargan de sus asuntos económicos por sí solos, 29 (9,7%) realizan pequeñas compras de la vida diaria (como comprar el pan, etc.), pero necesitan ayuda en las grandes compras y 235 (78,3%) son incapaces de manejar el dinero (ver Tabla 74).

Tabla 74. El manejo de los asuntos económicos de las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias (*: p<0,0005 respecto a los mayores que viven con su familia).

Manejo de los asuntos económicos	Frecuencia	Porcentaje (%)
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	36	12
Realiza pequeñas compras de la vida diaria, pero necesitan ayuda en las grandes compras	29	9,7
Incapaz de manejar el dinero	235	78,3*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la capacidad que presentan los mayores sobre el manejo de sus asuntos económicos (p<0,0005), determinándose que los mayores institucionalizados en residencias se asocian a personas incapaces de manejar su dinero y otros asuntos económicos (p<0,0005), y los mayores que viven en familia se asocian a personas que se encargan de forma independiente de sus asuntos económicos (p<0,0005) y realizan pequeñas compras de la

vida diaria aunque puedan en ocasiones necesitar ayuda en las grandes compras ($p < 0,0005$); lo que expresa que la incapacidad en el manejo de los propios asuntos económicos se relaciona con la institucionalización de un mayor en una residencia, mientras que la capacidad de encargarse de sus asuntos económicos y realizar las pequeñas compras cotidianas se asocian con los mayores que viven con su familia.

- **V.25. Tipo de habitación.**

- *Personas mayores que viven con su familia.*

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 54 (53,5%) tienen una habitación para ellos solos y 47 (46,5%) mayores disponen de una habitación compartida (ver Tabla 75).

Tabla 75. Tipo de habitación que ocupan las personas mayores que viven con su familia (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Tipo de habitación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Individual	54	53,5*
Compartida	47	46,5
Total	101	100

- *Personas mayores institucionalizadas en residencias.*

De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 24 (8%) mayores viven en habitaciones individuales y 276 (92%) residen en habitaciones compartidas (ver Tabla 76).

Tabla 76. Tipo de habitación que ocupan las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con su familia).

Tipo de habitación que ocupa	Frecuencia	Porcentaje (%)
Individual	24	8
Compartida	276	92*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en el tipo de habitación que ocupan estos mayores ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores institucionalizados en residencias se asocian a habitaciones compartidas ($p < 0,0005$), y los mayores que viven en familia se asocian con el uso de una habitaciones individual ($p < 0,0005$); lo que expresa que el uso compartido de una habitación se relaciona con la institucionalización de un mayor en una residencia, mientras que una habitación de uso exclusivo se relaciona con los mayores que viven con sus familiares.

- **V.26. Estancia en residencia.**

- *Personas mayores que viven con su familia.*

De las 101 personas mayores que viven con su familia, solamente 1 (1%) persona acude a residencias y de manera ocasional durante el período de verano y 100 (99%) no acuden a residencias (ver Tabla 77).

Tabla 77. La estancia en residencia de las personas mayores que viven con su familia (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Estancia en Residencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ocasional, sólo para fechas concretas (verano, Navidad)	1	1
Permanente	0	0
No acude a residencias	100	99*
Total	101	100

- *Personas mayores institucionalizadas en residencias.*

De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, la estancia de 13 (el 4,3% acuden en período concretos del año) personas mayores es de manera ocasional y 287 (95,7%) su estancia es de manera permanente (ver Tabla 78).

Tabla 78. La estancia en residencia de las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con su familia).

Estancia en Residencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ocasional, sólo para fechas concretas (verano, Navidad)	13	4,3
Permanente	287	95,7*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la estancia en residencias de estos mayores ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores institucionalizados en residencias se asocian a una estancia de manera permanente en las mismas ($p < 0,0005$), y los mayores que viven con su familia se asocian con que no acuden a centros residenciales ni para fechas concretas ($p < 0,0005$); lo que expresa que la estancia en residencias se relaciona con la institucionalización de un mayor en una residencia y los que viven con su familia no acuden, en ningún periodo vacacional, a residir temporalmente en una residencia.

- **V.27. Tipo de ayuda formal (recursos sociales).**

- *Personas mayores que viven con su familia.*

De las 101 personas mayores que viven con su familia, el servicio complementario más utilizado es el servicio de ayuda a domicilio (SAD) en 37 mayores (29,6%), seguido de la teleasistencia en 29 (23,2%) mayores y en tercer lugar los centros de días son utilizados en 14 (11,2%) mayores. La frecuencia determinada es mayor porque hay personas que recurren a más de un recurso (ver Tabla 79).

Tabla 79. Los recursos sociales que utilizan las personas mayores que residen con su familia.

Ayudas sociales que perciben y/o disfrutan	Frecuencia	Porcentaje (%)
Centros de día (mayores y discapacitados)	14	11,2
Teleasistencia	29	23,2
Servicios de ayuda a domicilio (SAD)	37	29,6
Ningún recurso	24	19,2
Otros	21	16,8
Total	125	100

○ ***Personas mayores institucionalizadas en residencias.***

Entre las 300 personas mayores que viven institucionalizadas en residencias, 230 (76,7%) disfrutan y/u ocupan una plaza pública en un centro residencial, 40 (13,3%) no disfrutan de ningún recurso social (vía privada) y 30 (10%) no sabe/ no contesta (ver tabla 80).

Tabla 80. Los recursos sociales que utilizan las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias.

Recursos sociales que perciben y/o disfrutan	Frecuencia	Porcentaje (%)
Residencia	230	76,7
Ninguna	40	13,3
Ns/ Nc	30	10
Total	300	100

• **V.28. Tipo de ayuda formal (recursos sanitarios).**

○ ***Personas mayores que viven con su familia.***

Entre las 101 personas mayores que viven con su familia, 38 (37,6%) personas acuden a las Unidades Médicas de Corta Estancia, 29 (28,7%) personas recurren más a

menudo al centro de salud que a otros servicios sanitarios y 12 (11,9%) utilizan los hospitales de atención a crónicos y larga estancia (ver Tabla 81).

Tabla 81. Los recursos sanitarios que utilizan las personas mayores que viven con su familia.

Recursos sanitarios que perciben y/o disfrutan	Frecuencia	Porcentaje (%)
Unidades Médicas de Corta Estancia	38	37,6
Centro de Salud	29	28,7
Hospitales de Atención a Crónicos y Larga Estancia	12	11,9
Otros	22	21,8
Total	101	100

○ ***Personas mayores institucionalizadas en residencia.***

Las 300 (100%) personas mayores institucionalizadas en residencias utilizan todos los servicios propios que prestan las residencias, que como se ha mencionado en el capítulo anterior las residencias disponen de servicios médicos y de enfermería. No obstante, 65 (21,7%) mayores además utilizan unidades de salud mental y 39 (13%) disfrutan de atención a crónicos y larga estancia (ver Tabla 82).

Tabla 82. Los recursos sanitarios que utilizan las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias.

Recursos sanitarios que perciben y/o disfrutan	Frecuencia	Porcentaje (%)
Propios de la residencia	300	100
Unidades de Salud Mental	65	21,7
Hospitales de Atención a Crónicos y Larga Estancia	39	13

- **V.29. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.**

- *Personas mayores que viven con su familia.*

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 58 (57,4%) no tienen grado de dependencia reconocido, 11 (10,9%) mayores tienen reconocido el grado II, 1 (1%) tiene reconocido el grado III y 27 (26,7%) mayores no pueden responder ya que desconocían su situación legal-administrativa. A ninguno se le había denegado el reconocimiento de grado tras su solicitud (ver Tabla 83).

Ley 39/2006	Frecuencia	Porcentaje (%)
No tienen reconocido	58	57,4*
Grado I	4	4
Grado II	11	10,9
Grado III	1	1
Solicitándose	0	0
Ns/Nc	27	26,7
Total	101	100

Tabla 83. La ley 39/2006 en las personas mayores que viven con su familia (*: p<0,0005 respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

- *Personas mayores institucionalizadas en residencias.*

De las 300 personas mayores que viven con su familia, 31 (10,3%) no tienen grado de dependencia, 26 (8,7%) mayores tienen reconocido el grado II, 17 (5,7%) tiene reconocido el grado III, 212 (70,7%) mayores no pueden responder ya que desconocían su situación legal-administrativa. A 5 (1,7%) mayores se le ha denegado el grado de dependencia o derecho a prestación tras haber presentado su solicitud (ver Tabla 84).

Tabla 84. La ley 39/2006 en las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias (*: p<0,0005 respecto a los mayores que viven con su familia).

Ley 39/2006	Frecuencia	Porcentaje (%)
No tienen reconocido	31	10,3
Grado I	3	1
Grado II	26	8,7
Grado III	17	5,7
Solicitándose	6	2
Ns/Nc	212	70,7*
Denegada	5	1,7
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la solicitud y disfrute de los recursos y/o servicios que ofrece la ley 39/2006 de estos mayores ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores institucionalizados en residencias se asocian con el desconocimiento de su propia situación respecto a su situación legal-administrativa ($p < 0,0005$), mientras que los mayores que viven con su familia se asocian con personas que no disfrutaban de ninguna ayuda reconocida en la ley 39/2006 ($p < 0,0005$); lo que expresa que presentan un desconocimiento de su situación legal-administrativa en el caso de los mayores institucionalizados en residencias, y la ausencia de disfrute se relaciona con los mayores que viven con su familia.

• **V.30. Ingresos mensuales (€).**

Entre los ingresos mensuales se incluye la cuantía de la pensión y de otros ingresos mensuales que disfrutaban los mayores estudiados.

○ ***Personas mayores que viven con su familia.***

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 28 (27,7%) personas perciben de 301-600 €, 36 (35,6%) entre 601-900 €, 15 (14,9%) personas perciben entre 1201-1800 € y 11 (10,9%) no saben/no contestan la cantidad que perciben mensualmente (ver Tabla 85).

Tabla 85. Los ingresos mensuales (€) de las personas mayores que viven con su familia (*: p<0,0005 respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Ingresos mensuales (€)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Hasta 300	0	0
De 301 a 600	28	27,7
De 601 a 900	36	35,6*
De 901 a 1200	10	9,9
De 1201 a 1800	15	14,9*
De 1801 a 3000	1	1
Ns/Nc	11	10,9
Total	101	100

o ***Personas mayores institucionalizadas en residencias.***

De las 300 personas mayores que viven institucionalizadas en residencias, 55 (18,3%) perciben entre 301-600 €, 40 (13,3%) entre 601-900 €, 16 (5,3%) perciben entre 1201-1800 € y 155 (51,7%) no saben/ no contestan cantidad que perciben (ver Tabla 86).

Tabla 86. Los ingresos mensuales (€) de las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias (*: p<0,0005 respecto a los mayores que viven con su familia).

Ingresos mensuales (€)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Hasta 300	7	2,3
De 301 a 600	55	18,3
De 601 a 900	40	13,3
De 901 a 1200	23	7,7
De 1201 a 1800	16	5,3
De 1801 a 3000	3	1
Más de 3000	1	0,3

Ns/Nc	155	51,7*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la cuantía de los ingresos mensuales de los mayores estudiados ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores institucionalizados en residencias se asocian al desconocimiento completo respecto a sus ingresos mensuales ($p < 0,0005$), mientras que los mayores que viven en familia se asocian a personas que perciben entre 601-900 € ($p < 0,0005$) o 1201-1800 € ($p < 0,0005$); lo que expresa que la cuantía y el desconocimiento de los propios ingresos mensuales se relaciona con la institucionalización de un mayor en una residencia, mientras que ingresos superiores a 600 € se relaciona con los mayores que viven con sus familias.

• **V.31. Procedencia de los ingresos mensuales.**

○ *Personas mayores que viven con su familia.*

Entre las 101 personas mayores que viven con su familia, los ingresos personales proceden en 54 (53,5%) mayores de pensiones de jubilación, en 27 (26,7%) mayores de viudedad y en 8 (7,9%) no saben/ no contestan al origen de sus ingresos (ver Tabla 87).

Tabla 87. La procedencia de los ingresos mensuales de las personas mayores que viven con su familia (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Procedencia de los ingresos mensuales (pensión)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Contributiva de jubilación	54	53,5*
Contributiva de invalidez	1	1
Contributiva de invalidez absoluta	5	4,9
Contributiva de gran invalidez	0	0
Viudedad	27	26,7
Orfandad	4	4
Aportación del marido	1	1
No contributiva (PNC)	1	1

Ns/Nc	8	7,9
Total	101	100

○ *Personas mayores institucionalizadas en residencias.*

De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 84 (28%) son pensiones de jubilación, 58 (19,3%) mayores perciben la pensión de viudedad y 130 (43,3%) no saben/no contestan de dónde procede la pensión que perciben (ver Tabla 88).

Tabla 88. La procedencia de los ingresos mensuales de las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias. (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con su familia).

Procedencia de los ingresos mensuales	Frecuencia	Porcentaje (%)
Contributiva de jubilación	84	28
Contributiva de invalidez	3	1
Contributiva de invalidez absoluta	12	4
Contributiva de gran invalidez	4	1,3
Viudedad	58	19,3
Orfandad	3	1
Aportación del marido	2	0,7
No contributiva (PNC)	4	1,3
Ns/Nc	130	43,3*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la procedencia de la pensión de los mayores estudiados ($p < 0,0005$), determinándose que las personas mayores institucionalizados en residencias se asocian a personas que desconocen el origen que da derecho a su pensión ($p < 0,0005$), mientras que los mayores que viven en familia se asocian a personas que perciben pensión de jubilación ($p < 0,0005$); lo que expresa que la incapacidad de describir la procedencia de su pensión se relaciona con la institucionalización de un mayor en una residencia; mientras que la pensión de jubilación es la que se relaciona con las personas mayores que viven con sus familias.

- **V.32. Enfermedades que padecen y/o para las que reciben tratamiento.**

- *Personas mayores que viven con su familia.*

Entre las 101 personas mayores que viven con su familia, en 75 (40,1%) hemos determinado enfermedades cardiovasculares, en 51 (27,3%) mayores enfermedades clasificadas como endocrinas metabólicas y en 12 (6,4%) mayores hemos determinado enfermedades osteoarticulares (ver Tabla 89).

Tabla 89. Enfermedades presentes en las personas mayores que viven con su familia.

Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje (%)
Psiquiátricas	3	1,6
Neoplásicas	11	5,9
Cardiovasculares	75	40,1*
Endocrinas	51	27,3*
Neurológicas	11	5,9
Osteoarticulares	12	6,4
Digestivas	10	5,4
Otras	14	7,5
Total	187	100

- *Personas mayores institucionalizadas en residencias.*

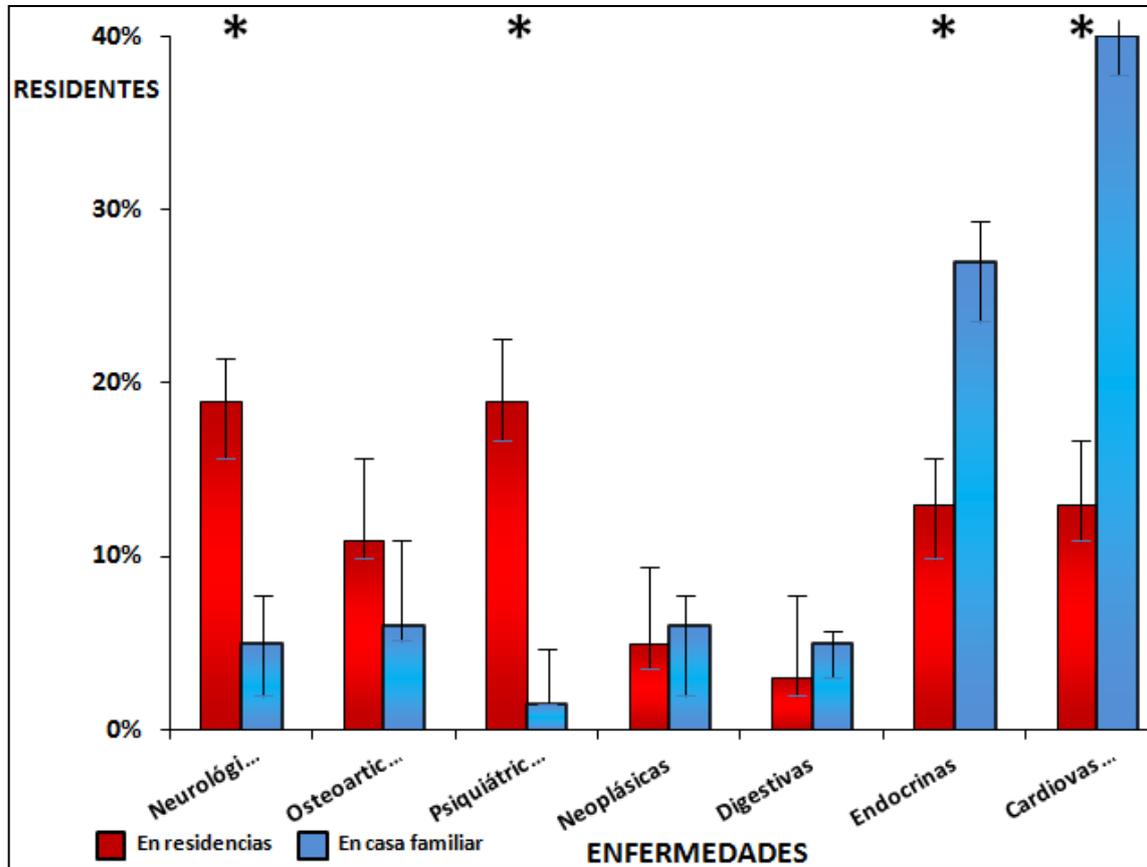
De las 300 personas mayores que viven institucionalizadas en residencias, en 96 (19,4%) personas encontramos enfermedades neurológicas, en 92 (18,6%) son enfermedades clasificadas como psiquiátricas y en 66 (13,4%) personas encontramos las enfermedades cardiovasculares (ver Tabla 90).

Tabla 90. Enfermedades presentes en las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias.

Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje (%)
Psiquiátricas	92	18,6*
Neoplásicas	24	4,9
Cardiovasculares	66	13,4
Endocrinas	64	13
Neurológicas	96	19,4*
Osteoarticulares	55	11,1
Digestivas	17	3,4
Otras	80	16,2
Total	494	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en las enfermedades que padecen los mayores estudiados, determinándose que los mayores institucionalizados en residencias se asocian a enfermedades neurológicas y psiquiátricas ($p < 0,0005$), y los mayores que viven en familia se asocian a enfermedades cardiovasculares y endocrinas ($p < 0,0005$); lo que expresa que las patologías más invalidantes y con dependencia psíquica se relacionan con los mayores institucionalizados en residencias, mientras que las enfermedades metabólicas o cardíacas se relacionan con los mayores que viven con sus familias.

Gráfica 33. Patologías y enfermedades de las personas mayores que residen con sus familias y de las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias.



- **V.33. Satisfacción que tienen de la vida vivida.**

- *Personas mayores que viven con su familia.*

Entre las 101 personas mayores que viven con su familia, 84 (83,2%) describen que están satisfechas con la vida que han llevado, mientras que 15 (14,9%) no lo están y 2 (2%) no saben/no contestan a esta pregunta (ver Tabla 91).

Tabla 91. Satisfacción que tienen de su vida las personas mayores que viven con su familia (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Satisfacción de la vida vivida	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	84	83,2*
No	15	14,9
Ns/Nc	2	2
Total	101	100

○ *Personas mayores institucionalizadas en residencias.*

De las 300 personas mayores que viven institucionalizadas en residencia, 131 (43,7%) mayores responden que están satisfechos con la vida que han llevado, 56 (18,7%) no lo están y 113 (37,7%) no saben/no contestan a esta pregunta (ver Tabla 92).

Tabla 92. Satisfacción que tienen de su vida las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con su familia).

Satisfacción de la vida vivida	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	131	43,7
No	56	18,7
Ns/Nc	113	37,7*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en el grado de la satisfacción que tienen los mayores estudiados sobre su vida pasada ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores institucionalizados en residencias se asocian a personas que no saben/no contestan ($p < 0,0005$), mientras que los mayores que viven en familia se asocian a personas que están satisfechos con su vida pasada ($p < 0,0005$); lo que expresa que la satisfacción que tienen de su vida pasada se relaciona con las personas que viven habitualmente con su familia, mientras que los institucionalizados en residencias no saben/no contestan a esta pregunta.

• **V.34. Renuncia a actividades e intereses.**

○ *Personas mayores que viven con su familia.*

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 54 (53,5%) responden que han tenido que renunciar a actividades y/o intereses que querrían realizar, 45 (44,5%) mayores responden que no y solamente 2 (2%) no saben/no contestan a la pregunta (ver Tabla 93).

Tabla 93. Renuncia a actividades e intereses las personas mayores que viven con su familia (*: p<0,0005 respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Renuncia a actividades e intereses	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	54	53,5*
No	45	44,5
Ns/Nc	2	2
Total	101	100

○ *Personas mayores institucionalizadas en residencias.*

De las 300 personas mayores que viven institucionalizadas en residencia, 90 (30%) responden que han tenido que renunciar a actividades y/o intereses que querrían realizar, 97 (32,3%) responden que no y 113 (37,7%) no saben/no contestan a la pregunta (ver Tabla 94).

Tabla 94. Renuncia a actividades e intereses las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias (*: p<0,0005 respecto a los mayores que viven con su familia).

Renuncia a actividades e intereses	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	90	30
No	97	32,3
Ns/Nc	113	37,7*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la renuncia a actividades e intereses de estos mayores ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores que viven en familia se asocian a la renuncia de actividades e intereses ($p < 0,0005$); mientras que los institucionalizados en residencias no saben/no contestan a esta pregunta.

○ **V.35. Sienten que su vida está vacía.**

○ *Personas mayores que viven con su familia.*

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 33 (32,7%) mayores responden que sienten que su vida está vacía y 66 (65,3%) contestan que no tienen la sensación de que su vida esté vacía (ver Tabla 95).

Tabla 95: Sentimiento de vacío que tienen en su vida las personas mayores que viven con su familia
 (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Sienten que su vida está vacía	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	33	32,7
No	66	65,3*
Ns/Nc	2	2
Total	101	100

○ *Personas mayores institucionalizadas en residencias.*

De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 85 (28,3%) sienten que su vida está vacía mientras que 102 (34%) mayores no tienen la sensación de que su vida esté vacía (ver Tabla 96).

Tabla 96. Sentimiento de vacío que tienen en su vida las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con su familia).

Satisfacción de la vida vivida	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	85	28,3
No	102	34
Ns/Nc	113	37,7*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en el sentimiento de vacío que tienen estos mayores sobre su propia vida ($p < 0,0005$), determinándose que las personas mayores que viven con su familia se asocian a personas que no sienten que su vida esté vacía ($p < 0,0005$); mientras que las personas institucionalizadas en residencias se relaciona con no sabe/no contesta a esta pregunta.

- **V.36. Se encuentran a menudo aburrido/a.**

- *Personas mayores que viven con su familia.*

Entre las 101 personas mayores que viven con su familia, 44 (43,6%) responden que suelen encontrarse a menudo aburridos y 55 (54,5%) contestan que no se encuentran aburridos/as a menudo (ver Tabla 97).

Tabla 97. Se encuentran a menudo aburrido/a las personas mayores que viven con su familia (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Se encuentran a menudo aburrido/a	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	44	43,6*
No	55	54,5*
Ns/Nc	2	2
Total	101	100

○ ***Personas mayores institucionalizadas en residencias.***

Entre las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 94 (31,3%) responden que suelen encontrarse aburridos, mientras que el 93 (31%) responden que no suelen sentirse aburridos; 113 (37,7%) no saben/no contestan (ver Tabla 98).

Tabla 98. Se encuentran a menudo aburrido/a las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con su familia).

Se encuentran a menudo aburrido/a	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	94	31,3
No	93	31
Ns/Nc	113	37,7*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la sensación de aburrimiento habitual en sus vidas ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores que viven en familia se asocian a personas que no se encuentran aburridos a menudo ($p < 0,0005$); mientras que los mayores institucionalizados en residencias no sabe/no contestan a esta pregunta.

• **V.37. Se encuentran alegres y optimistas.**

○ ***Personas mayores que viven con su familia.***

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 56 (55,4%) mayores responden que están alegres y optimistas habitualmente, 43 (42,6%) que no lo están habitualmente y 2 (2%) no saben/no contestan (ver Tabla 99).

Tabla 99. Se encuentran alegres y optimistas las personas mayores que viven con su familia (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Se encuentran alegres y optimistas	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	56	55,4*
No	43	42,6
Ns/Nc	2	2
Total	101	100

○ *Personas mayores institucionalizadas en residencias.*

De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 104 (34,7%) mayores responden que están alegres y optimistas, 83 (27,7%) responden que no se encuentran alegres y optimistas y 113 (37,7%) no saben/ no contestan (en su mayoría debido a las enfermedades) (ver Tabla 100).

Tabla 100. Se encuentran alegres y optimistas las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con su familia).

Se encuentran alegres y optimistas	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	104	34,7
No	83	27,7
Ns/Nc	113	37,7*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en el grado de sensación de alegría y optimismo que presentan estos mayores estudiados ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores que viven en familia se asocian a personas que se consideran alegres y optimistas ($p < 0,0005$), mientras que no saber o no contestar se relaciona con las personas institucionalizadas en residencias.

• **V.38. Temor a que les pase algo malo.**

○ ***Personas mayores que viven con su familia.***

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 35 (34,7%) responden que tienen temor a que les pueda ocurrir algo malo 64 (63,4%) no tienen ese miedo y 2 (2%) no saben/no contestan a la pregunta (ver Tabla 101).

Tabla 101. Si las personas mayores que viven con su familia temen que les vaya a pasar algo malo (*: p<0,0005 respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Temor a que les pase algo malo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	35	34,7
No	64	63,4*
Ns/Nc	2	2
Total	101	100

○ ***Personas mayores institucionalizadas en residencias.***

De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 58 (19,3%) mayores responden que tienen temor a que les pueda ocurrir algo malo, 129 (43%) responden que no lo tienen y 113 (37,7%) no saben/ no contestan (ver Tabla 102).

Tabla 102. Si las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias temen que les vaya a pasar algo malo (*: p<0,0005 respecto a los mayores que viven con su familia).

Temor que les pase algo malo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	58	19,3
No	129	43
Ns/Nc	113	37,7*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la sensación subjetiva de que les vaya a pasar algo malo en estos mayores estudiados (p<0,0005), determinándose que los mayores que viven en familia se asocian a las personas que no tienen miedo a que les vaya a ocurrir algo malo (p<0,0005), mientras que no saber o no

contestar se relaciona con las personas que viven institucionalizadas en residencias ($p < 0,0005$).

- **V.39. Se sienten feliz la mayor parte del tiempo.**

- *Personas mayores que viven con su familia.*

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 69 (68,3%) mayores describen que son felices la mayor parte del tiempo, 30 (29,7%) describen que no lo son y 2 (2%) no saben/no contestan (ver Tabla 103).

Tabla 103. Si las personas mayores que viven con su familia se sienten felices la mayor parte del tiempo (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Se sienten felices la mayor parte del tiempo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	69	68,3*
No	30	29,7
Ns/Nc	2	2
Total	101	100

- *Personas mayores institucionalizadas en residencias.*

De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 104 (34,7%) describen que son felices la mayor parte del tiempo, 83 (27,7%) describen que no lo son y 113 (37,7%) no saben/no contestan (ver Tabla 104).

Tabla 104. Si las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias se sienten felices la mayor parte del tiempo (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con su familia).

Se sienten felices la mayor parte del tiempo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	104	34,7
No	83	27,7
Ns/Nc	113	37,7*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la sensación de sentirse feliz la mayor parte del tiempo en estos mayores analizados ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores que viven en familia se asocian a personas que responden que son felices la mayor parte del tiempo ($p < 0,0005$); mientras que no saber o no contestar se relaciona con las personas institucionalizadas en residencias.

- **V.40. Se sienten sin esperanza.**

- *Personas mayores que viven con su familia.*

Entre las 101 personas mayores que viven con su familia, 32 (31,7%) dicen que se sienten sin esperanza en su vida, 67 (66,3%) mayores responden que no se sienten sin esperanza y 2 (2%) no saben/no contestan a la pregunta (ver Tabla 105).

Tabla 105. Si las personas mayores que viven con su familia se sienten sin esperanza (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Se sienten sin esperanza	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	32	31,7
No	67	66,3*
Ns/Nc	2	2
Total	101	100

- *Personas mayores institucionalizadas en residencias.*

De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 70 (23,3%) responden que se sienten sin esperanza en su vida, 117 (39%) mayores responden que no se sienten sin esperanza y 113 (37,7%) no saben/no contestan (ver Tabla 106).

Tabla 106. Si las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias se sienten sin esperanza (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con sus familiares).

Se sienten sin esperanza	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	70	23,3
No	117	39
Ns/Nc	113	37,7*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la sensación subjetiva de sentirse sin esperanza en su vida en estos mayores analizados ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores que viven con su familia se asocian a las personas que responden que no se sienten sin esperanza en su vida ($p < 0,0005$); mientras que no saber o no contestar se relaciona con los mayores institucionalizados en residencias ($p < 0,0005$).

- **V.41. Prefieren quedarse en casa o salir y hacer cosas nuevas.**

- *Personas mayores que viven con su familia.*

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 63 (62,4%) mayores responden que prefieren quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas nuevas, 36 (35,6%) no lo prefieren y 2 (2%) no pueden y/o no saben responder (ver Tabla 107).

Tabla 107. Si las personas mayores que viven con su familia prefieren quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas nuevas (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Prefieren quedarse en casa o salir y hacer cosas nuevas	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	63	62,4*
No	36	35,6
Ns/Nc	2	2
Total	101	100

○ *Personas mayores institucionalizadas en residencias.*

De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 102 (34%) mayores responden que prefieren quedarse en casa antes que salir y hacer cosas o actividades nuevas, 85 (28,3%) responden que no lo prefieren, es decir, prefieren salir y hacer cosas nuevas, y 113 (37,7%) no saben/ no contestan (ver Tabla 108).

Tabla 108. Si las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias prefieren quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas nuevas (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con su familia).

Prefieren quedarse en casa o salir y hacer cosas nuevas	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	102	34
No	85	28,3
Ns/Nc	113	37,7*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de quedarse en casa antes que salir y realizar cosas o actividades nuevas en las personas mayores analizadas ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores que viven en familia se asocian a las personas que responden que prefieren quedarse en casa y no realizar actividades nuevas ($p < 0,0005$); mientras que no saber o no contestar se relaciona con las personas institucionalizadas en residencias.

• **V.42. Les da la impresión de que tienen más fallos de memoria que otros.**

○ *Personas mayores que viven con su familia.*

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 44 (43,6%) responden que les da la impresión de tener más fallos de memoria que otros, 55 (54,5%) responden que no tienen esa impresión y 2 (2%) personas no saben/no contestan a la pregunta (ver Tabla 109).

Tabla 109. Si las personas mayores que viven con su familia les da la impresión de tener más fallos de memoria que otros (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Les da la impresión de que tienen más fallos de memoria que otros	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	44	43,6*
No	55	54,5
Ns/Nc	2	2
Total	101	100

o *Personas mayores institucionalizadas en residencias.*

De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 63 (21%) responden que tienen la impresión de tener más fallos de memoria que otros, 124 (41,3%) responden que no y 113 (37,7%) no saben contestar/no contestan (ver Tabla 110).

Tabla 110. Si las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias les da la impresión de tener más fallos de memoria que otros (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con su familia).

Les da la impresión de que tienen más fallos de memoria que otros	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	63	21
No	124	41,3
Ns/Nc	113	37,7*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la impresión de tener más fallos de memoria que otros ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores que viven en familia se asocian a personas que consideran que tienen más fallos de memoria que los demás ($p < 0,0005$); mientras que no saber o no contestar se relaciona con los mayores institucionalizados en residencias ($p < 0,0005$).

• **V.43. Si creen que es agradable estar vivo.**

○ *Personas mayores que viven con su familia.*

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 76 (75,2%) mayores responden que es agradable estar vivo, 23 (22,8%) consideran que no es agradable estar vivo y que ya ha llegado su hora y 2 (2%) no pueden y/o no saben responder (ver Tabla 111).

Tabla 111. Si las personas mayores que viven con su familia consideran que es agradable estar vivo (*: p<0,0005 respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Si creen que es agradable estar vivo/a	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	76	75,2*
No	23	22,8
Ns/Nc	2	2
Total	101	100

○ *Personas mayores institucionalizadas en residencias.*

De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 147 (49%) responden que sí creen que es agradable estar vivo, 40 (13,3%) responden que no y 113 (37,7%) no contestan/no responden (ver Tabla 112).

Tabla 112. Si las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias consideran que es agradable estar vivo (*: p<0,0005 respecto a los mayores que viven con su familia).

Si creen que es agradable estar vivo/a	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	147	49
No	40	13,3
Ns/Nc	113	37,7*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la creencia de si es agradable estar vivo (p<0,0005), determinándose que los mayores que viven en familia se asocian a personas que creen que es agradable estar vivo (p<0,0005);

mientras que no saber o no contestar se relaciona con las personas mayores institucionalizadas en residencias.

- **V.44. Se les hace duro empezar nuevos proyectos.**

- ***Personas mayores que viven con su familia.***

Entre las 101 personas mayores que viven con su familia, 64 (63,4%) describen que se les hace duro empezar nuevos proyectos, 35 (34,7%) responden que no lo es y 2 (2%) no saben/no contestan a la pregunta (ver Tabla 113).

Tabla 113. Si a las personas mayores que viven con su familia se les hace duro empezar nuevos proyectos (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Se les hace duro empezar nuevos proyectos	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	64	63,4*
No	35	34,7
Ns/Nc	2	2
Total	101	100

- ***Personas mayores institucionalizadas en residencias.***

Entre las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 109 (36,3%) responden que se les hace duro empezar nuevos proyectos, 78 (26%) responden que no lo es y 113 (37,7%) no saben/ no contestan (ver Tabla 114).

Tabla 114. Si a las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias se les hace duro empezar nuevos proyectos (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con su familia).

Se les hace duro empezar nuevos proyectos	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	109	36,3
No	78	26
Ns/Nc	113	37,7*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la sensación de dificultad para comenzar nuevos proyectos en las personas mayores analizadas ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores que viven en familia se asocian a personas que consideran que se les hace duro comenzar nuevos proyectos ($p < 0,0005$); mientras que no saber o no contestar se relaciona con las personas mayores institucionalizadas en residencias.

- **V.45. Se sienten llenos de energía.**

- *Personas mayores que viven con su familia.*

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 48 (47,5%) responden que se sienten llenos de energía, 50 (50,5%) personas responden que no se sienten así y 2 (2%) no pueden y/o no saben responder (Ver Tabla 115).

Tabla 115. Si las personas mayores que viven con su familia se sienten llenos de energía (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Se sienten llenos de energía	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	48	47,5*
No	51	50,5*
Ns/Nc	2	2
Total	101	100

- *Personas mayores institucionalizadas en residencias.*

De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 102 (34%) dicen que se sienten llenas de energía, 85 (28,3%) responden que no y 113 (37,7%) no saben/no contestan a esta pregunta (ver Tabla 116).

Tabla 116. Si las personas mayores que viven institucionalizados en residencias se sienten llenos de energía (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con su familia).

Se sienten llenos de energía	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	102	34
No	85	28,3
Ns/Nc	113	37,7*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la sensación de energía personal en las personas mayores analizadas ($p < 0,0005$), determinándose que los que viven en familia se asocian tanto a personas que se sienten llenos de energía ($p < 0,0005$) como a personas que no se sienten llenos de energía ($p < 0,0005$); sin embargo, no saber o no contestar se relaciona con las personas institucionalizadas en residencias.

- **V.46. Sienten que su situación es angustiosa, desesperada.**

- *Personas mayores que viven con su familia.*

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 27 (26,7%) responden que su situación es desesperada, 72 (71,3%) que no es angustiosa ni desesperada y 2 (2%) no saben/no contestan a la pregunta (ver Tabla 117).

Tabla 117. Si las personas mayores que viven con su familia sienten que su situación es angustiosa y/o desesperada (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Sienten que su situación es angustiosa y/o desesperada	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	27	26,7
No	72	71,3*
Ns/Nc	2	2
Total	101	100

○ ***Personas mayores institucionalizadas en residencias.***

De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 66 (22%) responden que sienten que su situación es angustiosa, 121 (40,3%) responden que no lo es y 113 (37,7%) no saben/no contestan (ver Tabla 118).

Tabla 118. Si las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias sienten que su situación es angustiosa y/o desesperada (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con su familia).

Sienten que su situación es angustiosa y/o desesperada	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	66	22
No	121	40,3
Ns/Nc	113	37,7*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la situación de angustia y desesperanza de estos mayores analizados ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores que viven en familia se asocian a personas que no sienten que su situación sea angustiosa ni desesperada ($p < 0,0005$); aunque no saber o no contestar se relaciona con las personas mayores institucionalizadas en residencias.

• **V.47. Si creen que otros viven económicamente mejor.**

○ ***Personas mayores que viven con su familia.***

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 53 (52,5%) responden que creen que otros viven económicamente mejor que ellos, 46 (45,5%) responden que no y 2 (2%) no pueden y/o no saben responder (ver Tabla 119).

Tabla 119. Si las personas mayores que viven con su familia creen que otros viven económicamente mejor (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven institucionalizados en residencias).

Si creen que otros viven económicamente mejor	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	53	52,5*
No	46	45,5
Ns/Nc	2	2
Total	101	100

○ ***Personas mayores institucionalizadas en residencias.***

De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 90 (30%) responden que creen que otros viven económicamente mejor que ellos, 97 (32,3%) personas consideran que no y 113 (37,7 %) no saben/no contestan a esta pregunta (ver Tabla 120).

Tabla 120. Si las personas mayores que viven en residencias institucionalizadas creen que otros viven económicamente mejor (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con su familia).

Si creen que otros viven económicamente mejor	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	90	30
No	97	32,3
Ns/Nc	113	37,7*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la consideración de que los demás viven económicamente mejor en los mayores estudiados ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores que viven en familia se asocia a personas que creen que otros viven económicamente mejor que ellos ($p < 0,0005$) y a que no creen que otros vivan económicamente mejor ($p < 0,0005$); mientras que no saber o no contestar se relaciona con las personas institucionalizadas en residencias.

• **V.48. Escala de Yesavage.**

Una vez aplicada la escala de Yesavage, se extrajo la puntuación total obtenida por todos y cada una de las personas mayores institucionalizadas en residencias así como de las personas mayores que viven con su familia con el fin de determinar en qué nivel de depresión se encontraban.

○ ***Personas mayores que viven con su familia.***

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 49 (48,5%) no presentan indicios de sintomatología depresiva, 26 mayores (25,7%) presentan una depresión leve, 24 (23,8%) presentan síntomas de una depresión establecida y únicamente 2 (2%) no saben/no contestan (ver Tabla 121).

Tabla 121. La escala de Yesavage en las personas mayores que viven con su familia (*: p<0,0005 respecto a los mayores institucionalizados en residencias).

Escala de Yesavage	Frecuencia	Porcentaje (%)
Normal	49	48,5*
Leve	26	25,7
Establecida	24	23,8
Ns/Nc	2	2
Total	101	100

○ ***Personas mayores institucionalizadas en residencias.***

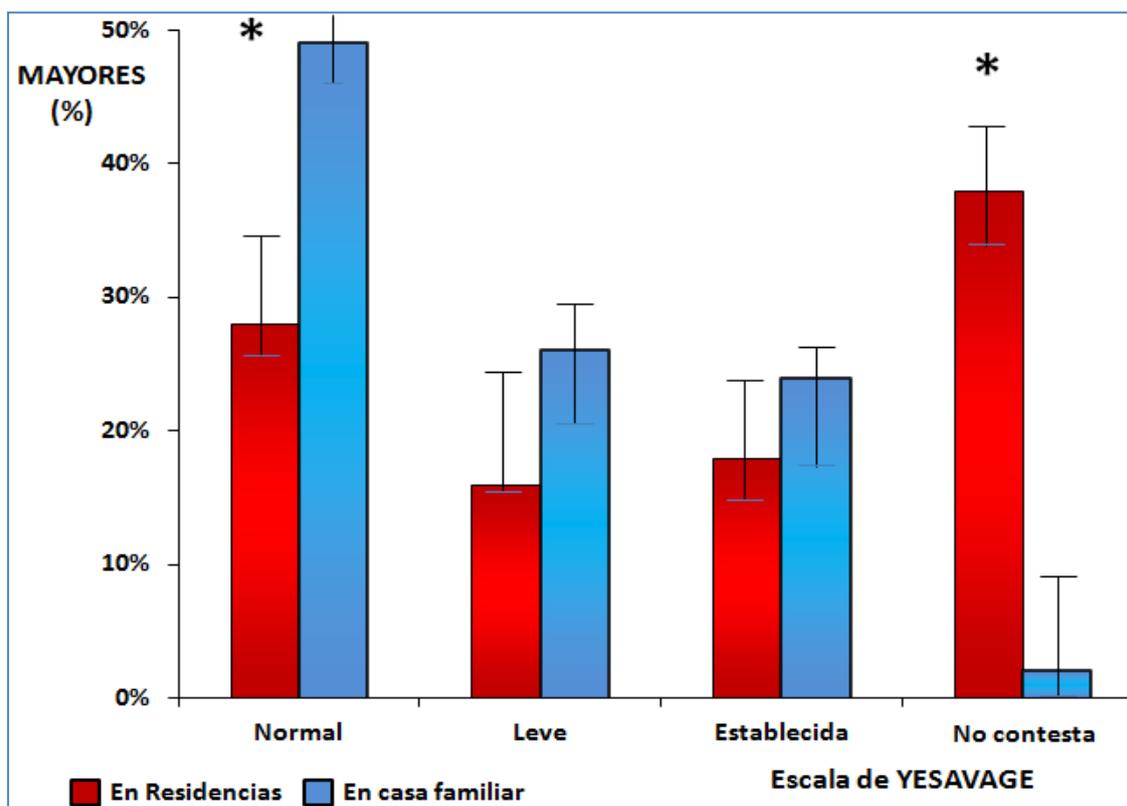
De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 113 (37,7%) personas no fueron capaces de responder al cuestionario, 54 (18%) mayores se encuentran dentro de los intervalos que se describe para una depresión establecida, 44 (16%) se encuentran dentro del rango de depresión leve y 85 (28,3%) no presenta ningún indicio de depresión (ver Tabla 122).

Tabla 122. La escala de Yesavage en las personas mayores que viven institucionalizados en residencias (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con su familia).

Escala de Yesavage	Frecuencia	Porcentaje (%)
Normal	85	28,3
Leve	48	16
Establecida	54	18
Ns/Nc	113	37,7*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en los resultados de sintomatología depresiva de estos mayores a través de la escala de Yesavage ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores institucionalizados en residencias se asocian a la respuesta de no saben/no contentan a esta pregunta ($p < 0,0005$); sólo puede determinarse un menor número de mayores sin ningún tipo de alteración en los mayores que viven en familia ($p < 0,01$) respecto a los mayores institucionalizados en residencias.

Gráfica 34. Escala de Yesavage: grado de depresión geriátrica de ambos grupos analizados.



• **V.49. Índice de Barthel.**

Una vez aplicado el Índice de Barthel, se extrajo la puntuación total obtenida por todos y cada una de las personas mayores institucionalizadas en residencias así como de las personas mayores que viven con su familia con el fin de determinar en qué grado de dependencia se encuentran para la realización de las ABVD.

○ ***Personas mayores que viven con su familia.***

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 56 (55,5%) son totalmente independientes o autónomas para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), 36 (35,6%) mayores tienen un grado de dependencia leve, 3 (3%) presentan un grado de dependencia moderado, 4 (4%) con un grado de dependencia grave y solamente 2 (2%) sufren una dependencia total o completa (ver Tabla 123).

Tabla 123. El índice de Barthel en las personas mayores que viven con su familia (*: p<0,0005 respecto a los mayores institucionalizados en residencias).

Índice de Barthel	Frecuencia	Porcentaje (%)
Total	2	2*
Grave	4	4
Moderada	3	3
Leve	36	35,6
Autónomo	56	55,5*
Total	101	100

○ ***Personas mayores institucionalizadas en residencias.***

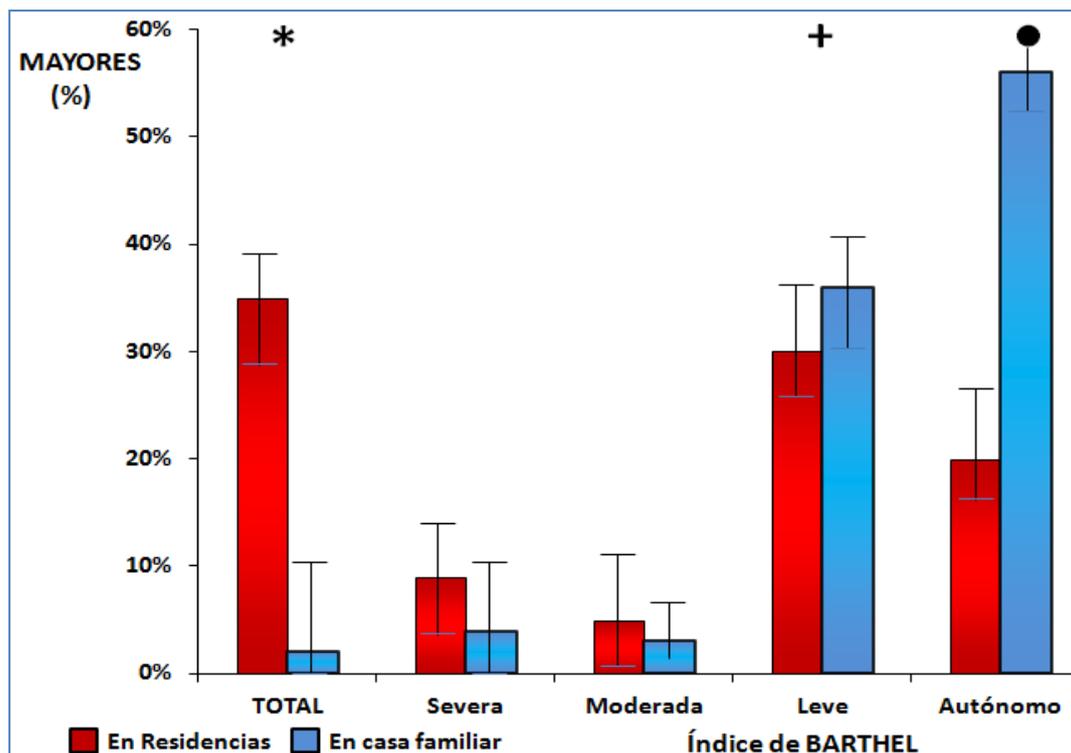
De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 106 (35,3%) son totalmente y completamente dependientes para realizar las ABVD, 27 (9%) tienen un grado de dependencia grave, 17 (5,7%) mayores cuentan con un grado de dependencia moderada, 90 (30%) tiene un grado de dependencia leve y 60 (20%) personas son autónomas e independientes (ver Tabla 124).

Tabla 124. El índice de Barthel en las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias (*: $p < 0,0005$ respecto a los mayores que viven con su familia).

Índice de Barthel	Frecuencia	Porcentaje (%)
Total	106	35,3*
Grave	27	9
Moderada	17	5,7
Leve	90	30
Autónomo	60	20*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en la capacidad de dependencia para realizar las ABVD (Índice de Barthel) de los mayores estudiados ($p < 0,0005$), determinándose que los mayores institucionalizados en residencias se asocian a personas totalmente dependientes para realizar las ABVD, mientras que las personas que viven con sus familiares son independientes o autónomas ($p < 0,001$); lo que expresa que el grado de dependencia física para realizar las ABVD se asocia a las personas mayores institucionalizadas en una residencia.

Gráfica 35. Índice de Barthel: Grado de Dependencia en las ABVD de ambos grupos analizados.



• **V.50. Índice de Lawton y Brody.**

Una vez aplicado el Índice de Lawton y Brody, se extrajo la puntuación total obtenida por todos y cada una de las personas mayores institucionalizadas en residencias así como de las personas mayores que viven con su familia con el fin de determinar en qué grado de dependencia se encuentran para la realización de las AIVD.

○ *Personas mayores que viven con su familia.*

De las 101 personas mayores que viven con su familia, 8 (7,9%) mayores son totalmente independientes o autónomos para realizar las (AIVD), 19 (18,8%) tienen un grado de dependencia leve, 10 (9,9%) mayores presentan un grado de dependencia moderada o severa, 7 (6,9%) un grado de dependencia grave y 8 (7,9%) mayores tienen una dependencia total (ver Tabla 125).

Tabla 125. El índice de Lawton en las personas mayores que viven con su familia (*: p< 0,001; **: p<0,0005 ambas respecto a los mayores institucionalizados en residencias).

Índice de Lawton	Frecuencia	Porcentaje (%)
Total	8	7,9**
Grave	7	6,9
Moderada (Severa)	10	9,9*
Leve	19	18,8
Autónomo/a	57	56,4*
Total	101	100

○ *Personas mayores institucionalizadas en residencias.*

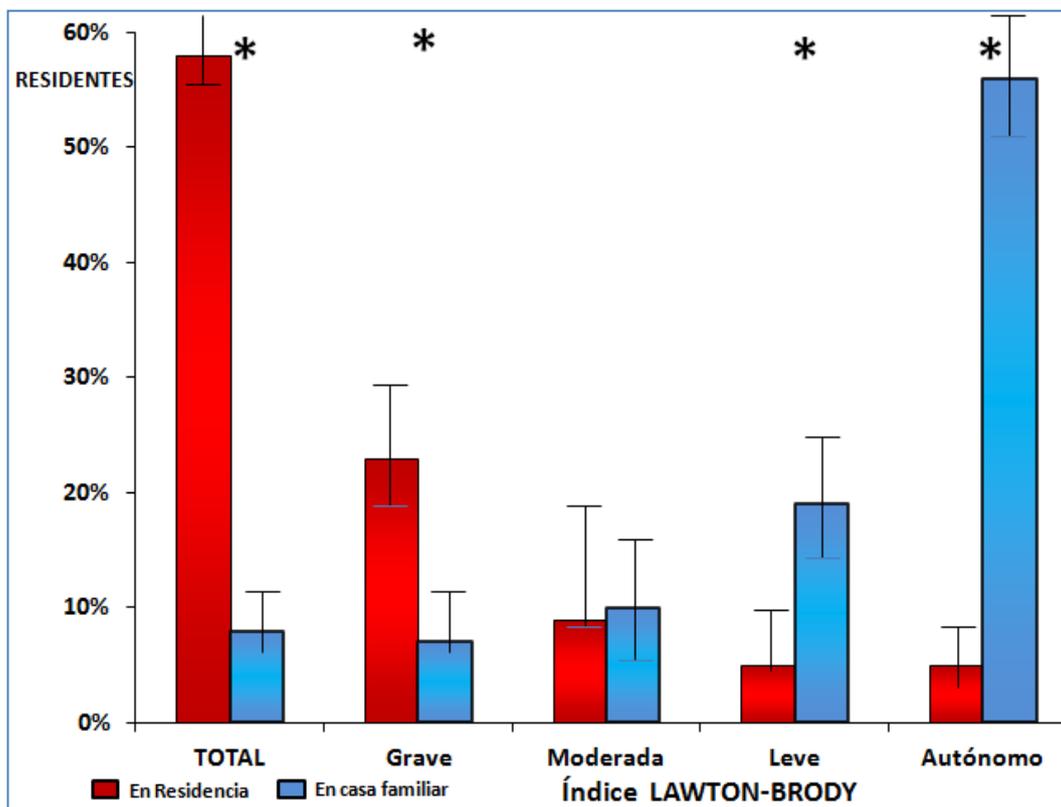
De las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias, 173 (57,7%) mayores son totalmente dependientes para realizar las AIVD, 69 (23%) mayores presentan un grado de dependencia grave, 28 (9,3%) mayores sufren un grado de dependencia moderada o severa, 16 (5,3%) mayores muestran un grado de dependencia leve y sólo 14 (4,7%) mayores son completamente autónomos (ver Tabla 126).

Tabla 126. El índice de Lawton y Brody en las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias (*: $p < 0,001$; **: $p < 0,0005$, ambas respecto a los mayores que viven con su familia).

Índice de Lawton	Frecuencia	Porcentaje (%)
Total	173	57,7**
Grave	69	23
Moderada (Severa)	28	9,3*
Leve	16	5,3
Independiente	14	4,7*
Total	300	100

Hemos determinado diferencias significativas en el grado de dependencia para realizar las AIVD (Índice de Lawton-Brody) de los mayores estudiados ($p < 0,0005$), que los mayores institucionalizados en residencias se asocian a personas totalmente dependientes para realizar las AIVD, mientras que los mayores independientes o completamente autónomos se asocian a mayores que viven sus familiares ($p < 0,001$); lo que expresa que el grado de dependencia física para realizar las AIVD se relaciona con la institucionalización de un mayor en una residencia.

Gráfica 36. Índice de Lawton-Brody: Grado de Dependencia en AIVD en ambos grupos analizados.



V.51. Cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la salud, específico para su empleo en personas mayores (WHOQoL-BREF).

El cuestionario de calidad de vida específico para su empleo en la determinación de la calidad de vida en personas mayores permite evaluar cuatro áreas diferentes (estado físico, estado psicológico, relaciones sociales y medio ambiente) y obtener una calificación global de la calidad de vida que disfrutaban las personas mayores que viven institucionalizadas en residencias debido a que es el grupo de personas mayores que se encuentra más deteriorada respecto a las personas mayores que viven con su familia.

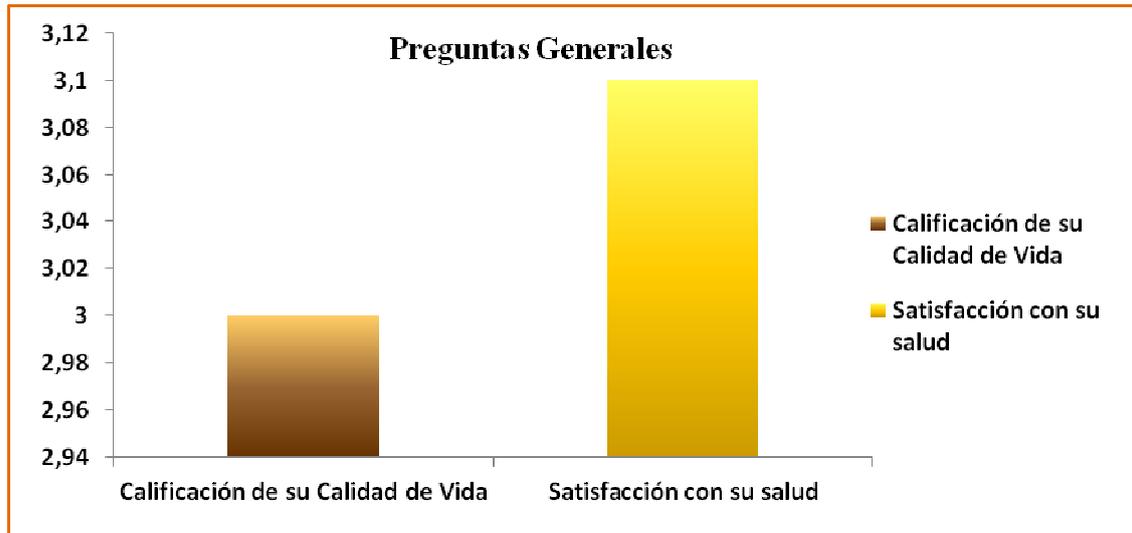
Como se ha mencionado en un capítulo anterior, una vez obtenidos los resultados de la comparativa de ambos grupos, se decide evaluar la calidad de vida de las 300 personas mayores institucionalizadas en residencias siguiendo el cuestionario abreviado de la OMS. El principal requisito para poder responder este cuestionario, es que sean las personas mayores quienes respondan este cuestionario, es decir, que sea autoadministrable. Tras recoger los cuestionarios, se observó que 113 no estaban correctamente respondidos y se consiguió validar 187 cuestionarios, para detectar el dominio específico más deteriorado desde la propia perspectiva del mayor institucionalizado (siendo: estado de salud, estado psicológico, relaciones sociales o medio ambiente).

Siguiendo esta línea, se les aplicó el cuestionario WHOQoL-BREF, con el fin de poder conocer cuál era el área que ellos ven más deteriorada, ya que este cuestionario recoge el propio punto de vista de la persona mayor.

V.51.1. Valoración global de la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas en residencia.

La estructura de la escala WHOQoL-BREF contiene dos ítems generales sobre la calidad de vida y cómo perciben ellos su estado de salud.

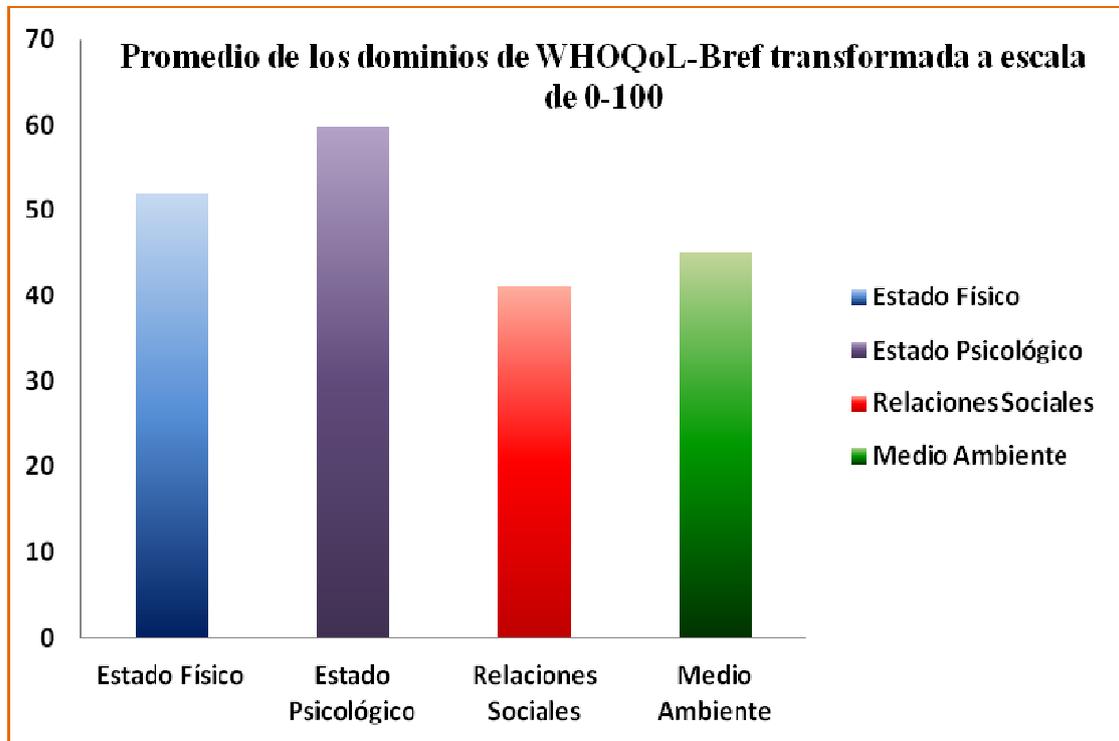
Gráfica 37. Preguntas generales (1 y 2) del cuestionario de WHOQoL-BREF.



La percepción que tienen de su calidad de vida y su estado de salud dan resultados similares, para la primera una $X=3$ y para la segunda una $X=3,1$. El valor numérico que tiene el tres en este cuestionario es de *normal*. No obstante, las personas mayores institucionalizadas están más satisfechas con su salud que calificación a su calidad de vida.

En esta escala cuanto mayor es el resultado mayor calidad de vida sienten tener estas personas mayores institucionalizadas. En la gráfica siguiente se expone las diferentes áreas que se evalúan con la escala WHOQoL-BREF (tras haber realizado las operaciones correspondientes, tal y como se explica en el capítulo anterior) obteniendo los siguientes resultados:

Gráfica 38. Promedio (media) de los dominios del cuestionario de WHOQoL-BREF transformado a escala de 0-100.



Tras haber realizado la comparación pertinente entre las personas mayores institucionalizadas en residencias respecto a las personas mayores que viven con su familia, como se ha mencionado con anterioridad, decidimos utilizar la escala de calidad de vida WHOQoL-BREF (WHO, 2012) para conocer si todas las áreas las perciben por igual y buscar en qué área/s pueden verse un mayor deterioro. Como se comprueba en la gráfica, el estado físico y el psicológico son los estados que reflejan mejores resultados. Sin embargo, las relaciones sociales y el medio ambiente son las dos áreas más deterioradas, según la percepción de las mismas personas. Siendo el estado físico y el estado psicológico mejor valoradas que las dos anteriores.

Cuando hablamos del dominio de relaciones sociales comprende las diferentes variables:

- Satisfacción o no en sus relaciones personales.
- Satisfacción o no con su vida sexual.
- Satisfacción o no con el apoyo de sus amigos/as.

El otro dominio deteriorado es el medio ambiente y las variables que comprenden son:

- La seguridad que sienten en su vida.
- La salubridad del ambiente físico que hay alrededor de estas personas.
- Suficiente dinero para cubrir sus necesidades.
- Disposición de la información que necesita para su vida diaria.
- Oportunidad de realizar actividades de ocio.
- Satisfacción de las condiciones del lugar donde viven.
- Satisfacción con el acceso que tienen a los servicios sanitarios.
- Satisfacción con los servicios de transporte de su zona.

V.52. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS ESTADÍSTICOS EN AMBAS POBLACIONES DE MAYORES.

En los dos grupos de mayores estudiados hemos determinado algunos parámetros en los que no se aprecian diferencias significativas (NS) y, por tanto, muestran la similitud existente entre ambos grupos. La persona mayor estudiada se corresponde con una mujer (60%) (NS), de 80-89 años de edad (80%) (NS), jubilada/pensionista (NS) que disfruta una pensión que oscila entre 601-900 € (NS) y sin estudios primarios (NS).

Las características donde se han determinado diferencias significativas se describen en cada uno de sus apartados correspondientes, comparándolas con las obtenidas en el grupo contrapuesto, mostrando las diferencias estadísticamente significativas en ellas entre paréntesis.

V.52.1. PERSONAS MAYORES QUE VIVEN CON SU FAMILIA.

La persona mayor que vive junto con algún miembro de su familia suele ser una mujer (NS), entre 80-89 años (NS), jubilada o pensionista (NS) con una cuantía de

pensión entre 601-900 € (NS), sin estudios (NS) que está casada ($p < 0,0005$) y con hijos, frecuentemente más de tres hijos ($p < 0,0005$).

Es capaz de realizar actividades de forma independiente como comer ($p < 0,0005$), vestirse ($p < 0,0005$), lavarse ($p < 0,0005$), ir al sillón solo ($p < 0,0005$) y al retrete ($p < 0,0005$), subir escaleras ($p < 0,0005$), caminar más de 50 metros ($p < 0,0005$) y suele tener su propia habitación ($p < 0,0005$) que no comparte con ningún otro miembro familiar ($p < 0,0005$).

Además, es continente para orinar ($p < 0,0005$) y defecar ($p < 0,0005$), realiza su propia higiene personal independientemente ($p < 0,0005$), arregla y limpia su habitación ($p < 0,0005$) y lava y cuida su propia ropa ($p < 0,0005$).

Es capaz de telefonar por iniciativa propia ($p < 0,0005$), realizar sus propias compras ($p < 0,0005$) y administrar su dinero ($p < 0,0005$), usa frecuentemente el transporte público ($p < 0,0005$) o incluso conduce su propio coche ($p < 0,0005$), y no suele percibir ayuda estatal según la ley 39/2006 ($p < 0,0005$).

Estas personas mayores se sienten satisfechas con su vida ($p < 0,0005$), aunque hayan renunciado a la realización de algunas actividades e intereses ($p < 0,0005$). No se sienten aburridas ($p < 0,0005$) y se encuentran habitualmente alegres y optimistas en su percepción personal ($p < 0,0005$). No temen que les vaya a pasar algo malo de forma repentina e inesperada ($p < 0,0005$) y se sienten felices la mayor parte del tiempo ($p < 0,0005$). Prefieren quedarse en casa antes que salir a hacer cosas nuevas ($p < 0,0005$) y no se sienten desesperanzadas ($p < 0,0005$). Consideran que tienen más fallos de memoria que los demás ($p < 0,0005$) y se les hace duro y difícil comenzar nuevos proyectos ($p < 0,0005$); consideran que es agradable estar vivo ($p < 0,0005$) y no sienten su situación como angustiosa ($p < 0,0005$), aunque consideran que otras personas mayores viven económicamente mejor que ellos mismos ($p < 0,0005$).

Se caracterizan por padecer enfermedades cardiovasculares ($p < 0,001$) o endocrinas ($p < 0,001$) y presentan un grado de normalidad en el análisis de aparición o existencia de sintomatología depresiva según el índice de Yesavage ($p < 0,001$).

Se caracterizan por su elevado nivel de autonomía personal para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel) ($p < 0,001$) y para las actividades instrumentales de la vida diaria (Índice de Lawton y Brody) ($p < 0,001$).

V.52.2. PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS EN RESIDENCIAS PARA MAYORES.

Las personas mayores institucionalizadas en residencias para mayores suele ser también una mujer (60%) (NS) de 80-89 años (NS), jubilada o pensionista (NS), que percibe unos ingresos mensuales que oscilan entre 601-900 € (NS), sin estudios primarios (NS), que es soltera ($p < 0,0005$) o viuda ($p < 0,0005$) y que no han tenido hijos ($p < 0,0005$).

Es incapaz de realizar actividades de forma independiente, precisando ayuda externa para poder vestirse ($p < 0,0005$), lavarse ($p < 0,0005$), alcanzar la silla o ir al sillón de la propia habitación ($p < 0,0005$), también precisa ayuda para alcanzar el retrete ($p < 0,0005$), e incapaz de subir escaleras ($p < 0,0005$), ya que precisa ayuda o medios adicionales para caminar ($p < 0,0005$). Suele residir en una habitación compartida con otra persona ($p < 0,0005$).

Además, presenta incontinencia e incapacidad para realizar de forma autónoma acciones como orinar ($p < 0,0005$), defecar ($p < 0,0005$), y precisa ayuda para llevar a cabo las actividades básicas para mantener su higiene personal ($p < 0,0005$), lavar o cuidar su ropa ($p < 0,0005$), así como arreglar su habitación ($p < 0,0005$) e incluso su propia cama ($p < 0,0005$).

Es incapaz de telefonar por iniciativa propia ($p < 0,0005$) por lo que no utiliza el teléfono ($p < 0,0005$), no utiliza nunca el transporte público si va sola ($p < 0,0005$) y nunca sale sola de la residencia ($p < 0,0005$); aunque es incapaz de responder a la existencia o no de alguna ayuda estatal debido a la situación en la que se encuentra ($p < 0,0005$), suele disfrutar de algún tipo de ayuda de dependencia ($p < 0,0005$).

Aunque se observa la tendencia a sentirse satisfecha con su vida (NS), renuncia a actividades e intereses ($p < 0,001$), no se sienten aburridos (NS) y suelen sentirse

optimistas (NS), sin temor a que les pase algo malo de manera repentina (NS) y prefieren quedarse en la residencia antes de hacer cosas nuevas de forma similar a las personas que viven en familia (NS). Durante la entrevista hemos detectado una significativa incapacidad para aportar una respuesta adecuada a estas preguntas subjetivas de percepciones y sensaciones en la mayoría de estos mayores que ha impedido establecer alguna relación significativa con los parámetros obtenidos en el grupo de personas mayores que conviven con algún miembro de su familia.

Estos mayores institucionalizados en residencias se asocian con enfermedades crónicas neurológicas ($p < 0,001$) o psiquiátricas ($p < 0,001$) y presentan menor frecuencia de normalidad en el análisis de la sintomatología depresiva según el índice de Yesavage ($p < 0,001$). Además, se caracterizan por el elevado grado de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel) ($p < 0,001$), así como en las actividades instrumentales de la vida diaria (Índice de Lawton-Brody) ($p < 0,001$).

De igual forma, se ha determinado una reducción significativa en la puntuación obtenida en la valoración de su calidad de vida según el cuestionario de calidad de vida (WHOQoL-BREF), en donde se pone de manifiesto que la reducción se produce fundamentalmente en la autovaloración de las áreas correspondientes a las relaciones sociales y a la interacción con el medio ambiente que les rodea en las residencias donde conviven. Esta disminución de la puntuación obtenida define una menor calidad de vida en los mayores institucionalizados en residencias.

CAPITULO VI. DISCUSIÓN

VI. DISCUSIÓN.

En las últimas décadas, el fenómeno del envejecimiento está revolucionando nuestra sociedad provocando una serie de cambios que se está produciendo a nivel global. Cada día es más latente la preocupación por llegar a una avanzada edad en las mejores condiciones saludables. Como ya definió la OMS en el año del Envejecimiento Activo (2012) se pretende añadir vida a los años y no sólo años a la vida con el objetivo de optimizar las oportunidades de salud, la participación y la seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. Sin embargo, para poder mejorar la calidad de vida hace falta conocer la situación real que tienen las personas mayores de nuestra sociedad y conocer qué falla para crear programas y recursos que fomenten su mejora.

Por ello, hemos pretendido con esta tesis doctoral afrontar también los escasos ámbitos estudiados en otras investigaciones y tesis doctorales como: la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas en residencias de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; sus características sociodemográficas; la evaluación de la capacidad funcional; el nivel de dependencia; los síntomas depresivos y el conocimiento que tienen ante su propia situación legal-administrativa, en comparación con las personas mayores que conviven con su familia.

Así que, tras haber realizado el trabajo de campo, se han obtenido numerosos resultados y un análisis que determina los aspectos y las diferencias estadísticamente significativas, se discuten a continuación los resultados coincidentes y diferentes con los descritos por otros autores, nacionales e internacionales, que han investigado la situación de las personas mayores institucionalizadas en residencias y/o la situación de personas mayores que viven con su familia; abordando de esta manera, las diferentes variables que constituyen este estudio de investigación. Para realizar una discusión adecuada de nuestros resultados con otros estudios existentes, es necesario sintetizar y dirigir nuestros resultados teniendo presentes los objetivos de nuestro estudio.

Actualmente se ha puesto de manifiesto un significativo aumento de la esperanza de vida que ha producido un envejecimiento gradual de la población española. Se ha descrito que entre el 30-40% de la población estará representada por personas mayores de 60 años en el año 2050 (CSIC, 2010). La investigación gerontológica ha dedicado siempre un esfuerzo considerable para identificar las características que puedan modificar la calidad de vida durante el envejecimiento. Sin embargo, a pesar de existir numerosos estudios sobre la calidad de vida (QoL) en la vejez, pocos se centran específicamente en las personas mayores que pasan sus últimos años en una residencia y aún menos los que comparan sus resultados con los mayores que residen en sus domicilios junto a sus familiares (Aberg et al., 2005; Schenk et al., 2013). Una de las razones de este escaso interés posiblemente se deba a la característica particular de las residencias que se comportan como una institución aislada e independiente, incluso como un “microcosmos” cerrado (Schenk et al., 2013, Acevedo et al., 2014), siendo difícil acceder a las personas mayores institucionalizadas y detectar sus características sociales y sanitarias. Diferentes estudios etnográficos han intentado evaluar y comprender el entorno de las residencias geriátricas y las percepciones de sus propios residentes, pero las perspectivas sobre la calidad de vida (QoL) no han sido el objetivo de estas investigaciones (Schenk et al., 2013). Por nuestra parte, hemos obtenido la predisposición favorable de la dirección y de los responsables de las residencias cuyos mayores hemos estudiado y que nos permiten un análisis comparativo entre nuestros grupos de mayores que residen en familia, ya que se encuentran en la misma localidad, barrio e incluso entorno que los mayores residentes institucionalizados; si bien debemos reconocer que la respuesta no ha sido positiva en todos los casos en los que hemos solicitado dicha colaboración institucional.

En los últimos años, los medios de comunicación se detienen resaltando las informaciones de las residencias para mayores y en el cuidado de “ancianos” cuando han centrado su interés en las deficiencias y escándalos públicos relacionados con el cuidado de las personas mayores en las residencias. Además, con todo ello suelen despertar un considerable interés público momentáneo sobre las condiciones de calidad de vida de estas personas mayores institucionalizadas en residencias (OCDE, 2005; Schenk et al., 2013). Como consecuencia, se ha generado una demanda de nuevos instrumentos capaces de medir la calidad de vida en este contexto multifactorial (OCDE, 2005).

En España no se realiza periódicamente ningún estudio sistemático sobre la población de mayores españoles institucionalizados en residencias para mayores. Existen estudios aislados, en muestras muy pequeñas y población reducida, que se corresponden con muestreos no probabilísticos y poco específicos de aspectos que le afectan a la población institucionalizada. En España, algunos autores han denunciado que no se conocen bien las estimaciones de prevalencia en las que se encuentran nuestras personas mayores institucionalizadas en residencias (Damián et al, 2004). A pesar de esta escasez de datos, en España se ha considerado que el 3,3% de la población de edad avanzada vive en residencias para personas mayores, presentando una variabilidad máxima de a dos puntos porcentuales de esa cifra media el resto de las comunidades autónomas españolas (entre el 1,3% y el 5,3%). Además, algunas encuestas reflejan que sólo el 7% de las personas mayores de la población global de personas mayores querrían vivir en una residencia para mayores (CIS, 2006). Estos datos muestran una proporción muy baja, similar a la de países como Italia o Japón, en donde las tradiciones socioculturales tienden a mantener a los mayores conviviendo en los domicilios junto con algunos de su miembros familiares (presentan un porcentaje de mayores institucionalizados entre el 2,5-3%), y que es mucho menor que la descrita en otros países desarrollados de nuestro entorno europeo, generalmente de origen anglosajón (en los que se describe una frecuencia del 5-15,5%) (Ministerio de Sanidad, 2011; Acevedo et al., 2012).

En nuestro estudio, mientras realizábamos la búsqueda bibliográfica de los aspectos técnicos y científicos de los aspectos sociosanitarios en la que se encuentran las personas mayores institucionalizadas en nuestro país, hemos podido constatar esta escasez de estudios, la vaguedad de los aspectos referenciados en este tipo de personas que suelen tratar

meramente sobre aspectos descriptivos y censales, así como el desfase existente entre las estadísticas oficiales publicadas que suelen hacer referencia a periodos de tiempo muy alejados de la realidad actual. Esta escasez y antigüedad de los resultados descritos en las publicaciones con datos estadísticos que no están actualizados de nuestra población de mayores se pone de manifiesto en nuestro estudio como una pesada losa que parece aparentar un desfase de nuestro estudio que presenta una bibliografía obsoleta o anticuada respecto a los estándares científicos normales; sin embargo, la realidad es que estamos obligados a contrastar los resultados actualizados que hemos determinado en nuestro estudio con estadísticas antiguas, probablemente ya obsoletas y posiblemente inadecuadas o falsas, en donde estamos obligados a discutir y comparar nuestros resultados con los previamente publicados que describen la situación que existía hace 5, 10 o incluso 15 años antes.

Hoy día, la calidad de vida en general se considera un concepto complejo y multifactorial (Aberg et al., 2005; Schenk et al., 2013). Al menos, se hace una distinción entre los aspectos “objetivos” y “subjetivos” en la evaluación de las características que influyen en la calidad de vida de las personas mayores. Los aspectos objetivos de la calidad de vida se refieren principalmente a la evaluación de las condiciones de vida que pueden ser fácilmente cuantificables (nutrición, movilidad, vivienda) y algunos otros estándares definidos por los expertos; por lo general, se evalúa a través de parámetros y variables de carácter externo. Los aspectos subjetivos de la calidad de vida son mucho más difíciles de valorar, se refieren a las características que surgen generalmente de la propia experiencia de vida de cada persona mayor (la satisfacción en las condiciones afectivas, el sentido del bienestar, etc.) y son, por definición, evaluados en relación con las normas personales o individuales que deben ser valoradas directamente por la propia persona mayor (Damián et al., 2013). En este sentido, nosotros hemos analizado ambos aspectos: 1) mediante diferentes índices y escalas estandarizadas y validadas internacionalmente hemos determinado y cuantificado los aspectos objetivos, cuantificables que presentan los mayores institucionalizados en residencias comparados con los que han presentado las personas mayores que todavía conviven con algún miembro de su familia, en un mismo entorno sociocultural y con las mismas características medioambientales para poder describir y cuantificar sus diferencias. A estos parámetros objetivos les hemos añadido la información de carácter personal, normal y patológico, que permiten evaluar también la calidad de vida mediante estos parámetros cuantificables externos; 2) además, hemos pretendido evaluar los aspectos subjetivos de la calidad de vida

de nuestros mayores mediante el análisis de la percepción subjetiva que tienen los propios mayores de su experiencia de vida fundamentalmente a través del cuestionario internacional, validado en español, específico para su empleo en personas mayores patrocinado por la OMS (2012); que hemos complementado mediante la escala de Yesavage que indaga en numerosos aspectos de percepción subjetiva en un tiempo inmediatamente anterior al momento de la realización de la entrevista.

Numerosos autores han puesto de manifiesto con sistemática insistencia que es muy escasa la literatura científica que compara y/o estudia la movilidad funcional, el nivel de dependencia, los síntomas depresivos y la calidad de vida en el contexto del estatus residencial para personas mayores, siendo todavía más escasos los estudios comparativos con las personas mayores que viven en un ambiente familiar (Kerem et al., 2001; Damián et al., 2004; Redil et al., 2006; Yümin et al., 2011; Damián et al., 2013;). Aún así, algunos estudios afirman que los mayores que viven en residencias gozan de mejor salud, mayor movilidad y requieren menos cuidados sociales y sanitarios que los mayores que viven con sus familias (Redil et al., 2006; Damián et al., 2013); incluso se ha descrito que los mayores institucionalizados en residencias para mayores son más independientes presentando una mayor autonomía personal para caminar, subir escaleras y realizar sus autocuidados, que los que viven en el domicilio junto a sus familiares (Kerem et al., 2001). Estas descripciones que ya contrastaban con nuestra percepción subjetiva basada en la experiencia personal completamente diferente a estas descripciones sobre la situación de nuestras personas mayores, también se contraponen con los resultados y el análisis estadístico que hemos determinado en este estudio.

De hecho, algunos autores afirman que los que viven con su familia son personas más dependientes, como ya se ha mencionado con anterioridad, y que precisan de ayuda para realizar algunas actividades como pagar sus facturas, limpiar su casa, lavar su ropa y hacer sus pequeñas compras (Erdil et al., 2006). Sin embargo y en contraposición, nuestros resultados muestran que los mayores que viven en residencias para mayores tienen un elevado grado de dependencia física, numerosas necesidades de cuidados físicos (para su higiene personal, para ir y utilizar el servicio, etc.), un importante deterioro cognitivo, mayor síntomas depresivos que los mayores que residen con sus familias. Además, el medio ambiente de las personas

mayores institucionalizadas en residencias no es del todo favorable ya que no cuentan con fuertes relaciones sociales y familiares y, en su conjunto, suponen los factores determinantes para la institucionalización del mayor en una residencia de forma permanente (Acevedo et al., 2012; 2014).

La movilidad física en las personas mayores es de gran importancia para mantener la independencia funcional en las actividades de la vida diaria; las dificultades en la movilidad afectan negativamente a su nivel de independencia y a su calidad de vida (Reed y Sanderson, 1980; Metz et al., 2000; Rubenstein et al., 2001; Dirik et al., 2006; Chalise et al., 2008; Yeom et al., 2008; Cordeiro et al., 2009; Luppá et al., 2010; Yümin et al., 2011).

Numerosos autores han descrito que es muy escasa la literatura científica disponible que compara la movilidad funcional, nivel de dependencia, síntomas depresivos y QoL en el contexto del estatus residencial (centros de ancianos versus el domicilio familiar) (Kerem et al., 2001; Ozer et al., 2004; Chung et al., 2008; Yumin et al., 2011). Algunos estudios afirman que los mayores que viven en residencias gozan de mejor salud, movilidad y requieren menos cuidados de enfermería que los que viven en casa con sus familias (Damian et al., 2013; Erdil et al., 2006), incluso se ha descrito que los mayores ingresados en residencias son más independientes para caminar, subir escaleras y realizar autocuidados, que los que viven en el domicilio junto a sus familiares (Kerem et al., 2001). Incluso algunos autores afirman que los que viven en casa son más dependientes para algunas actividades como pagar las facturas, limpiar la casa, lavar la ropa y hacer la compra (Erdil et al., 2006). Sin embargo y en contraposición, nuestros resultados muestran que los que viven en residencias tienen un mayor grado de dependencia física, numerosas necesidades de cuidados físicos, un importante deterioro cognitivo, síntomas depresivos y a menudo menor relación con la familia, todo lo cual implica una mayor necesidad de cuidados y atenciones que los que residen en domicilio junto con sus familiares.

La movilidad física en las personas mayores es de gran importancia para mantener la independencia funcional en las actividades de la vida diaria; las dificultades en la movilidad afectan negativamente su nivel de independencia y a su calidad de vida (Metz et al., 2000; Yumin et al., 2011; Luppá et al., 2010). Se ha recomendado a los profesionales sanitarios,

cuidadores principales y familiares, que nunca impongan restricciones a las actividades diarias de los mayores y que también tengan en cuenta sus capacidades basales, en vez de proporcionar cuidados simplemente (Erdil et al., 2006; Yumin et al., 2011). Algunos autores afirman que la movilidad funcional y el nivel de independencia son más altos en los mayores residentes en centros geriátricos que en los compatriotas que residen en el domicilio familiar.

Sin embargo nuestros resultados describen una situación muy diferente, en la que la dependencia física es significativamente mayor en las personas mayores que viven en residencias geriátricas que en los que viven en casa con sus familias. En este sentido, algunos autores describen resultados similares a los determinados en este estudio poniendo de manifiesto que los mayores de 65 años que viven en residencias, no realizan suficiente actividad física y que el nivel de actividad física de las personas residentes en el domicilio familiar es mayor que el de los residentes en centros geriátricos ya que caminan más en su actividad diaria y a menudo realizan actividades al aire libre como montar en bicicleta, senderismo, natación y jardinería, mientras que los que viven en residencias sólo participan en actividades en el interior de las mismas como juegos de mesa y baile (Yumin et al., 2011). En nuestro estudio, no se ha determinado el nivel de actividad física de los participantes; sin embargo, sí que se ha observado que los individuos que viven en casa realizan la compra, pueden pasear por el jardín o el huerto y a menudo caminan para visitar a amigos y vecinos. En cambio, los residentes en centro geriátricos participan en actividades de interior como teatro, conversan con las amistades y ven la televisión (Yumin et al., 2011), que fomentan las limitaciones físicas por lo que son mucho más importantes que en los que viven en el domicilio familiar. En concordancia con algunos autores, nuestros resultados también ponen de manifiesto que los mayores que son dependientes en las actividades de la vida diaria prefieren vivir en una residencia (Luppa et al., 2010; Yumin et al., 2011). En nuestro estudio, la edad media, el número de viudos y de usuarios de sistemas de apoyo para deambular son mayores en los residentes en centros de mayores que en los residentes en su domicilio, mostrando que los que viven en residencias son más dependientes para las AIVD que los que viven en un entorno familiar (Yumin et al., 2011).

En nuestro estudio hemos utilizado el índice de Barthel (Mahoney et al., 1965) para valorar el grado de dependencia funcional para las actividades básicas de la vida diaria por su

elevada fiabilidad (κ entre 0,84-0,97) similar a la descrita en numerosos estudios (Gresham et al., 1980; Collin et al., 1988; Wade et al., 1988; Shah et al., 1989; Cid-Ruzafa et al., 1997 y Trigas-Ferrín et al., 2011) y con la misma finalidad con la que se ha utilizado previamente por diferentes autores (Camps et al., 2009; Fuente et al., 2012; Caballero-Estévez et al., 2014). Para las AIVD, hemos manejado el más utilizado para determinar estos aspectos, el clásico índice de Lawton y Brody (1969). Ambos, índice de Barthel junto al índice de Lawton, nos ha permitido tener una visión global de la dependencia física que tienen actualmente las personas mayores ya que valoran, en su conjunto, la capacidad para desarrollar las actividades de la vida diaria.

En nuestro estudio, parece que el orden de adquisición de la discapacidad en las actividades coincide con el escalamiento jerárquico de las funciones sociobiológicas, es decir, las personas alcanzan una discapacidad en las funciones más complejas o de rango superior, como las instrumentales, y acaban teniendo posteriormente afectadas las más básicas y sencillas, de forma similar a la situación descrita por numerosos autores (Katz et al., 1976; Dunlop, et al., 1997; Barberger-Gateau et al., 2000; Verbrugge et al., 2004). De hecho, en nuestros resultados determinamos un mayor porcentaje de dependencia a la hora de realizar las AIVD, en las personas mayores institucionalizadas en residencias, respecto a las ABVD (80,7%; 44,3%, respectivamente). Sin embargo, aunque las ABVD afectan a menor número de personas, son las de naturaleza más grave y que, por tanto, significan mayor carga de necesidad de atención y ayuda, puesto que son las relacionadas con el control de esfínteres y la dificultad importante para llevar a cabo tareas como comer o beber sin ayuda y/o supervisión, también incluidas en las actividades básicas (Abellán et al., 2011).

Las dificultades para realizar actividades de la vida diaria, comienzan por la aparición de problemas en la realización de las compras de cualquier tipo (63,4%), deambular fuera de la residencia, en la comunidad (59,2%), tomar en solitario y sin ayuda el autobús (58,8%) de forma similar a otros estudios sobre personas mayores de nuestro país (Abellán et al., 2011). Dentro de todos los tipos de dependencia y en las diferentes edades, es en las personas mayores donde se observa más claramente este escalamiento progresivo de los procesos mediante los que se produce el incremento de la discapacidad (Ferrucci et al., 1996).

En concordancia con algunos autores, nuestros resultados también ponen de manifiesto que los mayores que son dependientes en las actividades de la vida diaria prefieren vivir en una residencia (Luppa et al., 2010; Yumin et al., 2011). Así, la elevada edad media, la viudedad y la utilización de sistemas de apoyo para deambular son muy frecuentes en los residentes en centros de mayores que en los mayores que viven con su familia, mostrando así que las personas mayores que viven en residencias son más dependientes para las AIVD que los que viven con su familia (Yumin et al., 2011). Precisamente, estas son las personas mayores que mejor han asumido en nuestro estudio su estancia o permanencia institucionalizadas en las residencias para mayores. En este sentido, de acuerdo con Yumin et al., (2011), nuestros resultados muestran que los mayores que son dependientes para la vida diaria, son mayoritariamente los que se encuentran significativamente institucionalizados en residencias.

Se sabe que la función cognitiva es una variable importante a la hora de decidir el ingreso en una residencia para mayores (Damián et al., 2013). Nuestro estudio muestra que los mayores institucionalizados en residencias padecen con mayor frecuencia enfermedades neurológicas (19,4%) y/o psiquiátricas (18,6%) que los mayores que residen con su familia, afectando directamente a su calidad de vida (Fernández-Ballesteros, 2011). En nuestra opinión, este tipo de patología suelen conllevar mayores atenciones, mayor gasto económico y mayor frecuencia de cuidados y son más difícilmente asumibles en un ambiente familiar, sin grandes ayudas externas. Las personas mayores que padecen estas enfermedades son institucionalizadas en un centro para mayores con mayor frecuencia, aún cuando la residencia no es nunca un centro especializado para este tipo de patologías y mostrando que probablemente éste es uno de los motivos de inadecuación de las actuales residencias que no disponen de servicios y/o actividades específicas para este tipo de residentes. Por el contrario, las enfermedades cardiovasculares (40,1%) y las enfermedades endocrinas (27,3%) se asocian con la residencia familiar, posiblemente porque son más fácilmente atendidas cuando se vive con la familia que considera que puede cuidar adecuadamente y mejor a sus mayores. En este tipo de patología, sólo coincidimos con algunos autores españoles en determinar las enfermedades cardiovasculares como una segunda causa de dependencia, pues el 18% de las personas mayores fueron diagnosticadas de infarto de miocardio y en la frecuencia de ingreso

en residentes con alteraciones crónicas producidas por accidentes cerebrovasculares (14,5%) (Abellán et al., 2011).

No hemos encontrado muchos estudios que determinen la prevalencia de sintomatología depresiva en la población de mayores institucionalizados. En la recopilación de estudios realizada por Blay et al., (2007), las estimaciones de prevalencia para la depresión en esta edad, en los diferentes estudios publicados entre 1982 y 2006, son bastante inexactos con una variación que oscila entre el 4,7% y el 36,8% de la población de mayores estudiada, dependiendo del instrumento utilizado para determinar y medir la depresión, cada uno con diferentes criterios. En nuestro estudio hemos utilizado la Escala Geriátrica Depresiva de Yesavage abreviada, frecuentemente utilizada para evaluar la prevalencia de sintomatología depresiva en múltiples circunstancias (Bacca et al., 2005; Reichert et al., 2011), entre las que también se encuentra la valoración de la calidad de vida en las residencias de mayores (Estrada et al., 2013). Nosotros hemos determinado en nuestro estudio una prevalencia de síntomas depresivos en el 34% de los residentes institucionalizados en centros de mayores cuando se suman las categorías de depresión leve y establecida determinadas mediante el test de Yesavage. Estos porcentajes son algo más elevados que el 31% descrito previamente en por algunos autores sobre población española (Damián et al., 2013) y similares a los descritos en los países europeos desarrollados de nuestro entorno que ponen de manifiesto una incidencia que oscila entre el 31% y el 44% (Rovner et al., 1991; Parmelee et al., 1992; Teresa et al., 2001).

En esta misma línea, se ha descrito en diferentes estudios que las personas mayores de 65 años cuando alcanzan la edad de jubilación pueden padecer un incremento en la incidencia de diferentes grados de depresión, posiblemente a causa del cambio de su rutina. La jubilación es el cambio vital más importante para las personas mayores, en especial en los hombres que son quienes trabajaban fuera del hogar, este proceso supone cambios y condicionamientos que afectarán a su calidad de vida global, social, psíquica, física y económica (Bódalo y Caravaca, 2012). Pero que se encuentren en situación de jubilación laboral, no significa que estén jubilados socialmente pues no hay que olvidar que las personas mayores son sociedad, no sólo lo son los jóvenes y adultos, sino que las personas mayores son un importante activo y con una gran sabiduría y por tanto una forma de incrementar la participación de manera saludable

y que aumentaría la satisfacción con ellas mismas, según la profesora Medina (2015), sería su participación en el voluntariado. Esto podría mejorar las relaciones sociales y el medio ambiente de las personas mayores institucionalizadas, ya que son estos dominios los más deteriorados tras indagar en su calidad de vida. Según Martínez de la Iglesia et al., (2002) se sienten perdidos al perder un trabajo y dejar de acudir todas las mañanas a su puesto de trabajo, lo que puede provocar un retraso en su readaptación, un tiempo en reubicarse.

Los signos de depresión con frecuencia pasan desapercibidos ya que pueden considerarse como situaciones de desesperanza y pueden ser considerados como de difícil tratamiento o incluso inútil tratar sus síntomas. Estos síntomas se agravan si se encuentran con un profesional que no da importancia a dichas quejas o piensa que son partes evolutivas propias del envejecimiento, por lo que el diagnóstico será pasado por alto y sin tratamiento adecuado (Martínez de la Iglesia et al., 2002).

En las personas mayores, los trastornos depresivos pueden ser primarios cuando no hay causa que esté provocando este trastorno, o secundario cuando están provocados por otras afecciones, por ejemplo, pueden aparecer en el curso de una enfermedad crónica (Martínez de la Iglesia et al., 2002). En algunos estudios, se ha descrito que la escala de Yesavage tiene una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89% cuando se evalúa como criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido apoyadas, tanto mediante la práctica como en la investigación clínica. No obstante, se debe tener presente que dicha escala no es un sustituto para una entrevista diagnóstica realizada por profesionales de salud mental. Es una herramienta útil de detección en el entorno clínico para facilitar la evaluación de la sintomatología depresiva en los adultos mayores. Aunque la versión original consta de 30 ítems (Brink et al., 1982), la más utilizada suele ser la abreviada compuesta por 15 ítems que se corresponde con la utilizada en nuestro estudio (Sheik et al., 1986; Aguado et al., 2000; Martínez de la Iglesia et al., 2002).

Los indicadores de prevalencia y riesgo de depresión en las residencias para mayores fueron estudiadas por Jongenelis et al., (2004) quienes describieron que los tipos de prevalencia encontrados, se daba 3 o 4 veces más que en las personas mayores que residen

con sus familias que en los institucionalizados en residencias. En ese estudio, la soledad y la baja calidad de vida, fueron los indicadores de riesgo de depresión.

Otro estudio a mujeres de 60 o más años no institucionalizadas refiere que sí existe un mayor riesgo de sufrir deterioro cognitivo entre las mujeres que presentan sintomatología depresiva, además de que es necesario realizar estos estudios en los diferentes centros de atención, con el fin de diseñar programas adecuadas a las necesidades de las personas mayores; contribuyendo así al incremento de la calidad de vida y disminuyendo los factores causales de depresión y deterioro cognitivo (Uribe et al., 2008).

Chung et al., (2008) compara el grado de depresión, en dos grupos similares a los nuestros realizado en personas mayores coreanas institucionalizadas en residencias para mayores con el de las personas mayores que viven con su familia. Describen que las personas mayores que residen habitualmente solos o con sus familiares, tenían mayor grado de depresión, y lo atribuye al elevado número de mujeres mayores coreanas que viven separados de sus hijos. Karakaya et al. (2009) también comparan a las personas mayores institucionalizadas en una residencias respecto a las personas mayores que viven con su familia; sin embargo describe una situación completamente diferente, incluso contrapuesta, ya que la mayor parte de las personas mayores que viven con sus familias (88%) viven con sus parientes y presentan menos síntomas depresivos que los mayores que viven institucionalizados en una residencia, poniendo de manifiesto que en Turquía los lazos familiares son más intensos y en donde las personas mayores son atendidas dentro de un ambiente familiar. Esta última situación vendría a coincidir con nuestros resultados, posiblemente también porque en nuestro entorno sociocultural de Murcia, la familia tiende también a incorporar a los miembros mayores dentro de sus obligaciones, dentro de su propio entorno de desarrollo personal.

Tras comparar ambos grupos: las personas mayores institucionalizadas en residencias respecto a las personas mayores que viven con su familia en este estudio, son las del primer grupo las que están más deterioradas prácticamente en todas las áreas evaluadas. Por ello, hemos evaluado los aspectos subjetivos que permiten valorar la calidad de vida de las

personas mayores institucionalizadas en residencias, aún cuando sólo nos pueda permitir conocer la visión que tienen estos mayores de sí mismos. Hay autores que ya en 2004 se preocupaban por esta área, pues según Medina (2004, p.180) se reconocía la Calidad de Vida como *“una sucesión de hechos o efectos que tienen como consecuencia un sentimiento de satisfacción o de felicidad con la vida y consigo mismo”*. En un estudio cuantitativo a nivel europeo sobre la atención relacionada a la calidad de vida de los mayores que viven en residencias para mayores, se describía que se había demostrado que los factores que afecta a la calidad de vida en las personas mayores en residencias se extendía más allá que a los aspectos relacionados con los cuidados y la salud (Pieper et al., 2008). Se ha considerado que la calidad de vida relacionada con la atención institucional en las residencias para mayores depende de diferentes factores, pero entre ellos destaca las relaciones interpersonales (por ejemplo, "escuchar si el mayor plantea preocupaciones"), y también la "dimensión" de contactos y relaciones sociales (Schenk et al., 2013). El apoyo psicológico, fomentar la participación en actividades de grupo y la interacción social beneficia la percepción individual de la calidad de vida y reduce la frecuencia de síntomas depresivos. Las actividades externas al aire libre pueden mejorar el bienestar al proporcionar un sentido de autonomía, y puede mejorar la eficiencia fisiológica a través de ejercicio apoyando la integración social mediante la vinculación de las personas activas como amigos y familiares en un contexto estructurado (Karakaya et al., 2009). Sin embargo, en nuestro estudio y coincidiendo con numerosos autores, los mayores que viven en una residencia realizan actividades fundamentalmente dentro de las propias residencias, tienen muy limitadas las conversaciones con amigos y familiares y muestran un incremento significativo del número de horas dedicadas a ver la televisión (Csapo et al., 2009; Yumin et al., 2011). En este sentido, hemos pretendido evaluar en nuestro estudio la percepción subjetiva sobre la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas en residencias cuyos resultados ponen de manifiesto precisamente que los deterioros más significativos percibidos por los propios mayores se corresponde con estos dos dominios o áreas de la calidad de vida: la percepción de sus relaciones sociales y la interacción con el medio ambiente o entorno habitual.

Algunos autores han descrito que la calidad de vida de las personas mayores cuando comienzan a vivir institucionalizados en una residencia se percibe como un deterioro significativo en su calidad de vida tan sólo 6 meses tras su incorporación a una residencia de mayores (Scocco et al., 2006). Los sentimientos de soledad y exclusión social se encuentran

entre las razones de ese descenso en la calidad de vida percibida (Scocco et al. 2006). Según Urzúa et al. (2011), quienes evaluaron la calidad de vida de personas mayores que acuden a organizaciones sociales, pusieron de manifiesto que el dominio más favorecido fue el de la participación social, sobre todo en las mujeres, y que su relevancia podría estar producida por la importancia de sentirse satisfecha en cómo se emplea su tiempo libre, en el incremento de su nivel de actividad física.

Sin embargo, como resaltan algunos autores, todavía no se ha realizado una recopilación sistemática y exhaustiva de estos criterios de calidad y de su importancia real. Por ello, sería necesaria una conceptualización desde una perspectiva multidimensional o desde la vertiente multifactorial para poder abordar adecuadamente la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas en residencias para mayores o que vivan junto con sus familiares. (Schenk et al., 2013). Es necesario que los mayores sean evaluados desde una visión multidisciplinar con el fin de establecer su propia capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (rendimiento físico, síntomas depresivos, función cognitiva, equilibrio, QoL, etc.) e identificar los problemas potenciales en la relación interpersonal (Karakaya et al., 2009).

Para los mayores, la actividad funcional, la independencia en las actividades de la vida diaria, el nivel de educación, la edad y el estado civil son parámetros que afectan, de manera significativa a su calidad de vida (Satorres et al., 2013). En algunos estudios previos, se ha descrito una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y la movilidad del mayor estudiado (Metz, 2000; Yümin et al., 2011). Para ello, a los mayores que viven institucionalizados en residencias se les anima a que tomen parte en actividades y responsabilidades tales como pagar sus facturas, caminar, participar en mayor número de actividades tanto de interior como de exterior, practicar algún pasatiempo, y también que se les consulte en la toma de cualquier tipo de decisiones, etc. (Yümin et al., 2011). Además, el hecho de aportar apoyo psicológico y animar a la participación en actividades en grupo y de interacción social puede producir grandes beneficios en la calidad de vida y reducir los síntomas depresivos en estos mayores. Las actividades de ocio pueden mejorar el bienestar y proporcionar un sentido lúdico y de auto-suficiencia, a la vez que pueden producir mejoras fisiológicas mediante un ejercicio adicional, mejorando la integración social al enlazar

personas activas con amistades y conocidos en un contexto bien estructurado (Karakaya et al., 2009).

Los resultados del presente estudio sobre la calidad de vida en las personas mayores que residen en sus casas con familiares son similares a los descritos previamente por otros autores (Urzúa et al., 2011). Los resultados cuantitativos aquí presentados muestran que la calidad de vida de los mayores que viven en residencias es significativamente más baja que la de los que viven en casas con sus familiares. En este sentido, algunos autores describen que las personas mayores que cohabitan en un entorno familiar tenían una sensación subjetiva de mayor satisfacción con sus vidas comparados con los que viven en residencias. Es más, la QoL de los mayores que se habían trasladado a una residencia se percibe como peor a los 6 meses de haberse realizado el ingreso en la misma (Ozer et al., 2004). Los sentimientos de soledad y marginalización destacan entre los motivos de dicho descenso en la QoL percibida por las personas mayores institucionalizadas. Como respuesta, generalmente, los cuidados a largo plazo que se encuentran en las residencias de los diferentes países se dividen en centros meramente residenciales (principalmente de asistencia social, que proporcionan alojamiento, alimentación y cuidados personales); y centros que cuentan con asistencia sanitaria (al menos una enfermera cualificada de guardia las 24 horas y que acogen a residentes con discapacidades físicas y mentales más severas) (Hortera et al., 2003). En España es habitual un único modelo meramente asistencial; sin embargo, resulta evidente tras la realización del presente estudio, que existe una situación generalizada de diferentes enfermedades y discapacidades crónicas en distintos grados que se encuentran completamente entremezcladas. Esta mezcla claramente se ha considerado un problema grave sin resolver, también incluso en los lugares en donde coexisten diferencias establecidas entre los tipos de residencia descritos (Rothera et al., 2003).

Sin embargo, esta posibilidad de elección de una residencia de mayores “adaptada” a las necesidades de dependencia o de patologías presentadas por las personas mayores no existe en nuestra comunidad autónoma ni, incluso en nuestro país. Las características de la mayoría de residencias para mayores que se encuentran en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia cumplen todos los requisitos legales e, incluso en ocasiones, hasta los estándares más altos de calidad en la gestión residencial. Sin embargo, en nuestra opinión,

están concebidas para responder adecuadamente a las necesidades de la población de mayores que tienen un elevado grado de autonomía y con pocas necesidades de ayuda o dependencia, es decir, responderían correctamente a las necesidades de la población de mayores que en nuestro estudio se corresponden con el grupo de mayores que convive en su casa con algún miembro de su familia. Sin embargo, dadas las características de las personas mayores que se encuentran institucionalizadas en residencias en nuestro estudio, las actuales residencias son inadecuadas e incapaces de aportar una respuesta adecuada a los graves problemas de dependencia física, falta de autonomía personal, limitaciones en sus relaciones sociales y personales y atención a la multipatología que presentan los mayores institucionalizados frecuentemente.

En los países que poseen diferentes modelos de residencias para mayores, generalmente anglosajones, también se ha descrito una asignación o una evaluación inadecuada en el 25% de las personas mayores diagnosticadas por los servicios sociales y que han sido institucionalizadas inapropiadamente en un tipo u otro de residencia ya que no responde a sus necesidades asistenciales adecuadamente (Rothera et al., 2003). Pero además, los recortes económicos sobre las aportaciones públicas en los aspectos sociales pueden inducir a ingresar a las personas más dependientes en instituciones únicamente residenciales, debido a que es una opción mucho más económica (Rothera et al., 2003). Ante estos criterios básicos en países de nuestro entorno, la mayoría de residencias en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia son residencias concertadas (66,7%) de características residenciales y sólo el 8,7% son totalmente públicas con un perfil de servicios muy homogéneo, como puede observarse en las residencias de nuestro estudio, que parecen dirigidas fundamentalmente a los aspectos residenciales de personas mayores con elevado grado de autonomía y poca necesidad, por tanto, de servicios y cuidados específicos.

Por último, cabe destacar que el grado de conocimiento de la Ley 39/2006 (popularmente conocida como la “ley de dependencia”) entre las personas mayores entrevistadas es muy escaso, de difícil acceso y de aplicaciones prácticamente desconocidas (Acevedo et al., 2014). Hemos determinado en nuestro estudio prácticamente un total desconocimiento de su situación administrativa respecto a la ley 39/2006 en nuestro grupo de mayores institucionalizados en residencias; sin embargo, cuando hemos accedido a los

registros oficiales de las direcciones de las propias instituciones hemos podido confirmar que prácticamente la totalidad de las personas residentes institucionalizadas en estas residencias estaban disfrutando de algún tipo de ayuda social promovida por dicha ley. Esta discrepancia en los resultados puede explicarse por el significativo deterioro físico y mental de las personas institucionalizadas en el momento de la entrevista, así como a la lejanía en el tiempo de su concesión o, incluso, a la dejación de esas responsabilidades en personas externas. Sin embargo, también podría poner de manifiesto la dificultad en el acceso a una plaza residencial institucional sin ningún tipo de ayuda pública o social, posiblemente a su elevado coste. En nuestro estudio el 76,7% de las personas mayores institucionalizadas en una residencia ocupan y disfrutan una plaza gracias a una ayuda pero no saben de dónde procede. De hecho, el 70,7% de las personas mayores institucionalizadas en una residencia desconocen si tienen reconocido o no el grado de dependencia respecto al 26,7% de las personas mayores que viven con su familia. En este último grupo, más de la mitad de las personas encuestadas no tienen el grado reconocido por ser personas autónomas a la hora de realizar las actividades de la vida diaria. Quedaría la duda sobre si estamos almacenando a nuestras personas mayores, grandes dependientes y que por ello disfrutan de buenas ayudas sociales, en instituciones residenciales caras y obsoletas que no responden a sus necesidades, pero que nos aportan un respiro familiar que parece que podría justificar una situación que parece injusta.

En este sentido, deberíamos abordar este modelo residencial obsoleto para dar una respuesta a los problemas reales de nuestros mayores institucionalizados en residencias para mayores. Un modelo en el cual no sólo se tengan presentes los aspectos sanitarios, sino también las necesidades sociales e individuales de estas personas, a través de relaciones intergeneracionales. Quizás, sea el momento de elaborar proyectos sociales intergeneracionales los cuales mejoren las condiciones físicas, psíquicas, sociales y medio ambientales de estas personas mayores. En mi opinión, el trabajador social debería liderar los estudios de investigación sobre esta problemática de las personas mayores, ayudar a determinar las necesidades reales de las mismas, implementar proyectos de actuación e intervención social en su entorno y valorar el resultado de dichas actuaciones para ir adaptándolas a las necesidades rápidamente cambiantes de nuestros mayores en un futuro próximo; es decir, para nosotros mismos dentro de unos pocos años.

Para nosotros, este apasionante trabajo de investigación supone una línea de investigación innovadora y de alto interés para el futuro debido a las proyecciones demográficas y de longevidad de nuestra población. Pretende aportar conocimiento respecto a la situación real de estas personas mayores que ayude a la implementación de medidas de política social adecuadas; así como, pretende que el trabajador social asuma cierto tipo de liderazgo en la realización de los estudios de investigación de los aspectos sociales y sanitarios de estas personas mayores, ya que al conocer las necesidades reales conseguiremos en un futuro elaborar formas de intervención social que consigan mejorar la integración de estos mayores en sus respectivas instituciones.

CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES

VII. CONCLUSIONES.

En este último capítulo se recoge las conclusiones obtenidas en esta tesis doctoral, respondiendo a los objetivos inicialmente definidos.

Respecto al **PRIMER OBJETIVO**, las personas mayores institucionalizadas en una residencia tienen una dependencia física mayor y una sintomatología depresiva más alta que las personas mayores que viven con su familia. Esto determina que la dependencia física y/o psicológica es el factor determinante para la institucionalización de una persona mayor en una residencia en nuestra comunidad. Las áreas o dominios más deteriorados en los aspectos subjetivos de la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas en residencias son las condicionadas por sus relaciones sociales y por su interacción con el entorno ambiental más cercano. Como consecuencia, el modelo actual de nuestras residencias para mayores fundamentalmente basados en objetivos simplemente residenciales está desfasado; para proporcionar una adecuada respuesta precisa adaptarse a las necesidades actuales de las personas mayores y a la existencia de un elevado grado de dependencia funcional y/o psicológica.

Y en referencia al **SEGUNDO OBJETIVO**, las personas mayores que viven con su familia conocen su situación legal-administrativa en relación con la ley 39/2006. Sin embargo, las personas mayores institucionalizadas en residencias para mayores reconocen que reciben algún tipo de ayuda, pero no su procedencia; existiendo un elevado porcentaje que ignoran su situación legal-administrativa respecto a la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

CAPÍTULO VIII. RESUMEN

RESUMEN

Introducción: el progresivo aumento de la esperanza de vida ha producido un envejecimiento de la población española. Existe una escasez y dificultad para encontrar estudios que describan y analicen las necesidades de las personas mayores institucionalizadas en residencias. Probablemente se deba a que las residencias se comportan como instituciones “cerradas” e incluso como un pequeño “microcosmos” social aislado.

Objetivo: analizar las características sociodemográficas, la capacidad funcional, el nivel de dependencia física y psíquica y los síntomas depresivos de los mayores institucionalizados en residencias comparándola con la presentada por los mayores que viven con su familia. Así como evaluar la calidad de vida de los mayores institucionalizados en residencias en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Material y Método: la población total estudiada son 401 personas mayores de 60 o más años y de ambos sexos distribuidos en dos grupos diferentes: 300 mayores institucionalizados en una residencia para mayores y 101 mayores que viven con su familia. Para ello, se ha utilizado un cuestionario que recoge 3 índices estandarizados que evalúan el grado de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD/Índice de Barthel), las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD/Índice de Lawton-Brody) y la incidencia de depresión geriátrica (Escala de Yesavage). Para la evaluación de la calidad de vida en las personas mayores institucionalizadas en residencias se ha utilizado la calidad de vida de la OMS (encuesta WHOQoL-BREF). Se ha determinado el grado de dependencia y correlación entre variables mediante análisis de varianza complementado con contraste de medias. Las variables cuantitativas se compararon mediante análisis de regresión y correlación lineales.

Resultados: se ha determinado una dependencia física/psicológica severa en los mayores institucionalizados en residencias respecto a los mayores que viven con su familia ($p < 0,0005$). Además, de los mayores institucionalizados en residencias son dependientes el 44,3% para las ABVD, el 80,7% son dependientes para las AIVD, mientras que sólo el 4,7% son autónomos, mostrando en todos los casos diferencias

significativas con los mayores que viven con su familia. Además, hemos detectado diferentes aspectos sociodemográficos diferenciales entre ambos grupos. También se aprecia un significativo desconocimiento de las posibilidades en la aplicación de la Ley 39/2006, que alcanza el 70,7% en las personas mayores institucionalizadas en residencias respecto al 26,7% de los mayores que viven con su familia ($p < 0,0005$). Finalmente, se recogió información sobre la calidad de vida de estas personas mayores con el fin de conocer la situación determinando que las relaciones personales y el medio ambiente son los dos dominios más afectados según la escala de WHOQoL-BREF.

Conclusiones: las personas mayores institucionalizadas en residencias son más dependientes que las personas mayores que viven con su familia. Por tanto, la dependencia física y/o psicológica es el factor determinante para el ingreso de una persona mayor en una residencia en nuestra comunidad ($p < 0,0005$) y refleja la necesidad de crear nuevos modelos de cuidados geriátricos para adaptarse a las necesidades reales de nuestros mayores.

Palabras clave: mayores, residencias, domicilio, cuidados, dependencia

ABSTRACT

Introduction: The progressive increase in life expectancy has been an aging Spanish population. There is a shortage and difficulty finding studies describing and analyzing the needs of the institutionalized elderly in nursing homes. Probably due to the residences behave as "closed" institutions and even as a small social "microcosm" isolated.

Aims: To analyze sociodemographic characteristics, functional capacity, the level of physical and psychological dependence and depressive symptoms of institutionalized elderly in nursing homes compared with that presented by the greatest living with his family. And to evaluate the quality of life of older institutionalized in nursing homes in the Autonomous Region of Murcia.

Material & Methods: The total study populations are 401 people over 60 years and both sexes divided into two different groups: 300 institutionalized elderly in a nursing home and 101 seniors living with his family. For them, we used a standardized questionnaire containing three indexes that evaluate the degree of dependence in basic activities of daily living (ADL/Barthel Index), instrumental activities of daily living (IADL/Lawton-Brody Index) and the incidence of geriatric depression (Yesavage scale). For the evaluation of the quality of life in the elderly institutionalized in nursing homes it has been used Quality of life WHO (WHOQOL-BREF survey). We have determined the dependence and correlation between variables by analysis of variance complemented via contrast of means. Quantitative means were compared via regression and lineal correlation analyses.

Results: It has given a severe physical/psychological dependence in older institutionalized in nursing homes compared to seniors living with his family ($p < 0.0005$). In addition, the institutionalized elderly in nursing homes are dependent 44.3% for BADL, 80.7% are dependent for the IADL, while only 4.7% are self-employed, showing in all cases with significant differences seniors living with his family. In addition, we detected different sociodemographic differentials between the two groups. A significant lack of opportunities in the application of Law 39/2006, which reached 70.7% in the elderly institutionalized in homes compared to 26.7% of the

elderly living with their families ($p < 0.0005$). Finally, information on the quality of life of these elderly are collected in order to understand the situation determining that personal relationships and the environment are the two most affected domains according to WHOQOL-BREF scale.

Conclusions: Institutionalized elderly people in nursing homes are more dependent than older people living with their family. Therefore, the physical and/or psychological dependence is the determinant for entry of an elderly person in a nursing home in our community ($p < 0.0005$) factor and reflects the need to create new models of geriatric care to suit the needs real of our elders.

Keywords: elderly, residents, home, care, dependency.

CAPÍTULO IX. BIBLIOGRAFÍA

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Abellán, A., Castejón, P., y Esparza, C. (2007). La dependencia en las personas mayores. *Sociedad y Utopía*, **30**, 133-145.
2. Abellán, A., y Esparza, C. (2007). ¿Qué es la dependencia? Geografía y prospectiva de la dependencia en España. *Análisis Local*, **70 (1)**, 7-19.
3. Abellán, A., Esparza, C., y Pérez, J. (2011). Evolución y estructura de la población en situación de dependencia. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, **29(1)**, 43-67.
4. Abellán, A., y Pujol, R. (2013). “Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos” (Informe No. 1). Madrid: Informes Envejecimiento en red.
5. Abellán, A., Vilches, J., y Pujol, R. (2014). “Un perfil de las personas mayores en España, 2014. Indicadores estadísticos básicos” (Informe No. 6). Madrid: Informes Envejecimiento en red.

6. Abellán, A. y Pujol, R. (2015). “*Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos*” (Informe No. 10). Madrid: Informes Envejecimiento en red.
7. Aberg, A. C., Sidenvall, B., Hepworth, M., O’Reilly, K., y Lithell, H. (2005). On loss of activity and independence, adaptation improves life satisfaction in old age: A qualitative study of patients’ perceptions. *Quality of Life Research*, **14(4)**, 1111–1125.
8. Acevedo, E., Fombuena, J., Benito, J., y Alcaraz, M. (2012). Diferencias entre las personas mayores alojadas en residencias y las que conviven con sus familiares en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Revista de Trabajo Social y Salud*, **73**, 301-309.
9. Acevedo, E., Alcaraz, M., Benito, J., Muir, B. R., y Navalón, C. (2014). Situación de nuestros mayores institucionalizados en residencias y necesidades para su integración social. *Azarbe: Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, **3**, 279-282.
10. Aguado, C., Martínez, J., Onís, M.C., Dueñas, R. M., Albert, C., y Espejo, J. (2000). Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la “Geriatric Depression Scale” (GDS) de Yesavage. *Atención Primaria*, **26(1)**, 328.
11. Alden, D., Austin, C. y Sturgeon, R. (1989). A correlation between the Geriatric Depression Scale Long and Short Forms. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Science*, **44(4)**, 124-5.
12. Bacca, A. M., González, A. y Uribe, A. F. (2005). Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento psicológico*, **5**, 53-64.
13. Barberger-Gateau, P., Rainville, C., Letenneur, L., y Dartigues, J.F. (2000). A hierarchical model of domains of disablement in the elderly: a longitudinal approach. *Disability and Rehabilitation*, **22(7)**, 308-317.

14. Barenys, M. P. (1993a). El significado sociológico de la vejez y de las Residencias de ancianos. En Sánchez Vera, P. (ed.): *Sociedad y Población Anciana*. Universidad de Murcia. Murcia.
15. Barenys, M. P. (1993b). Un marco teórico para el estudio de las instituciones de ancianos. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, **64**, 155-172.
16. Barriga, L. A., Brezmes, M. J., García, G. A. y Ramírez, J. M. (2015). *Evolución Interanual de los datos básicos de la atención a la dependencia y costes y financiación del sistema por comunidades autónomas*, XIV Dictamen del Observatorio.
17. Bazo, M.T. (1990). *La sociedad anciana*. Madrid: CIS y Siglo XXI.
18. Bazo, M.T. (1991). Institucionalización de personas ancianas: un reto sociológico. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, **53**, 149-164.
19. Baztán, J. J., Pérez, J., Alarcón, T., San Cristóbal, E., Izquierdo, G., y Manzarbeitia, J. (1993). Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Revista Española Geriatría y Gerontología*, **28**, 32-40.
20. Blay, S. L., Laks, J., Nittrini, R., y Caramelli, P. (2007). Epidemiologia dos transtornos mentais em idosos e a utilização dos serviços por esta população. Em: M. F. de Mello, A. A. F. de Mello & R. Kohn. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. Porto Alegre: *ARTMED*, 143-150.
21. Brink, T.L., Yesavage, J.A., Lum, O., Heersema, P.H., Adey, M., y Rose, T. (1982). Screening test for geriatric depression. *Clinical Gerontology*, **1**, 37-43.
22. Bódalo, E. y Caravaca, C. (2012). La intervención preventiva desde el Trabajo Social en los conflictos surgidos en la jubilación. *Revista de trabajo social y acción social*, **51**, 354-369.

23. Caballero-Estévez, N., Domínguez, A. y Abreu, P. (2014). Valor pronóstico intrahospitalario de la valoración funcional mediante el índice de Barthel en pacientes con síndrome coronario agudo: evaluación inicial de la enfermera en la unidad de cuidados intensivos cardiológicos. *Medicina intensiva*, **38(5)**, 332-334.
24. Camps, E., Andreu, L., Colomer, M., Claramunt, L. y Pasaron, M. (2009). Valoración del grado de autonomía funcional de pacientes renales crónicos según índices de Barthel, Lawton y baremo de Ley de Dependencia. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, **12(2)**, 104-110.
25. Carbonell, M.C. y García-Longoria, M.P. (2012). Análisis de las relaciones interpersonales y los conflictos en los centros residenciales para mayores, *Portularia*, **12(1)**, 17-27.
26. Castells, M., Pérez Ortiz, L., y Guillemard, A. M. (col.) (1992). *Análisis de las políticas de vejez en España en el contexto europeo*. Madrid: INSERSO.
27. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). *Situación social de los viejos en España*. Estudios y Encuestas 21, 2009. Madrid, 18, 23-34.
28. Chalise, H. N., Saito, T., y Kai, I. (2008). Functional disability in activities of daily living and instrumental activities of daily living among Nepalese Newar elderly. *Public Health*, **122**, 394-396.
29. Chung S. (2008). Residential status and depression among Korean elderly people: A comparison between residents of nursing home and those based in the community. *Health & Social Care in the Community*, **16**, 370-377.
30. Cid-Ruzafa, J., y Moreno, J. D. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, **71**, 127-131.
31. Collin, C., Wade, D. T., Davies, S. y Horne V. (1988). The Barthel ADL Index: a reliability study. *International Disability Studies*, **10**, 61-63.

32. Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. *Implantación de la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia en la Región de Murcia*. 10 de marzo de 2011. Murcia, R. de: España. Recuperado de

[http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=31342&IDTIPO=100&RASTRO=c883\\$m5878](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=31342&IDTIPO=100&RASTRO=c883$m5878)

33. Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. *Perfil básico de las personas valoradas por el Sistema de la Dependencia de la Región de Murcia*. 13 de abril de 2011. Murcia, R. de: España.

34. Consejería de Sanidad y Política Social e Instituto Murciano de Acción Social. *Estadísticas de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia en la Región de Murcia*. Actualizado a 1 de Noviembre de 2011. Murcia, R. de: España. Recuperado de [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=31483&IDTIPO=100&RASTRO=c883\\$m5878,31342,9223,9453](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=31483&IDTIPO=100&RASTRO=c883$m5878,31342,9223,9453)

35. Consejería de Sanidad y Política Social e Instituto Murciano de Acción Social. *Estadísticas de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia en la Región de Murcia*. Actualizado a 1 de Noviembre de 2012. Murcia, R. de: España. Recuperado de [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=31483&IDTIPO=100&RASTRO=c883\\$m5878,31342,9223,9453](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=31483&IDTIPO=100&RASTRO=c883$m5878,31342,9223,9453)

36. Consejería de Sanidad y Política Social e Instituto Murciano de Acción Social. *Estadísticas de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia en la Región de Murcia*. Actualizado a 1 de Noviembre de 2013. Murcia, R. de: España. Recuperado de [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=41227&IDTIPO=100&RASTRO=c883\\$m5878,31342,9223,9453](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=41227&IDTIPO=100&RASTRO=c883$m5878,31342,9223,9453)

37. Consejería de Sanidad y Política Social e Instituto Murciano de Acción Social. *Estadísticas de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las*

Personas en Situación de Dependencia en la Región de Murcia. Actualizado a 1 de Noviembre de 2014. Murcia, R. de: España. Recuperado de [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=9223&IDTIPO=100&RASTRO=c883\\$m5878,31342#](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=9223&IDTIPO=100&RASTRO=c883$m5878,31342#)

38. Consejo Económico y Social de España (2013). *La aplicación de la Ley de Dependencia en España.* Sevilla: CES.

39. Cooney, A., Murphy, K., y O'Shea, E. (2009). Resident perspectives of the determinants of quality of life in residential care in Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, **65(5)**, 1029–1038.

40. Cordeiro, R. C., Jardim, J. R., y Perracini, M. R. (2009). Factors associated with functional balance and mobility among elderly diabetic outpatients. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, **53**, 834-843.

41. Cortes Generales de España (1978, 29 de diciembre). Constitución Española. En *Boletín Oficial del Estado N° 311 Legislación Consolidada* [en línea]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf>.

42. Csapo, R., Gormasz, C., y Baron, R. (2009). Functional performance in community-dwelling and institutionalized elderly women. *The Wiener Klin Wochenschr*, **121**, 383-390.

43. Damian, J., Pedro-Cuesta, J., Almazán, J., Comín-Comín, M., Quintanilla, M. A., y Lobo, A. (2013). Depressive symptoms and associated factors in an older Spanish population positively screened for disability. *Geriatric and Psychiatric*, **28**, 744-55.

44. Dirik, A., Cavlak, U., y Akdag, B. (2006). Identifying the relationship among mental status, functional independence and mobility level in Turkish institutionalized elderly: gender differences. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, **42**, 339-350.

45. Dunlop, D.D., Hughes, S.L., y Manheim, L.M. (1997). Disability in Activities of Daily Living: Patterns of Change and Hierarchy of Disability. *American Journal of Public Health*, **87(3)**, 378-383.
46. Durkheim, E. (1970). *Le dualisme de la nature humaine, et ses conditions sociales*. Paris: Presses Universitaires.
47. Egea, C. y Sarabia, A. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Artículos y notas*, **1**, 15-30.
48. Envejecimiento en Red (2014). *Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de diciembre de 2013* [en línea] (Informe No.7) Madrid: Informes en Red. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enredestadisticasresidencias2013.pdf>
49. Erdil, F., Celik, S. S., Elik, S., y Baybuga, M. S. (2006). Aging in Turkey. Malta: *International Institute on Ageing*, United Nations (INIA).
50. España. Instituto Nacional de España (2015). *Avance de la Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2015*. INE: Notas de prensa.
51. España. Instituto Nacional de España (2012). *Encuesta Nacional de Salud 2011-2012*. INE: Notas de prensa.
52. Estrada, A., Cardona, D., Segura, A. M., Chavarriaga, L. M., Ordoñez, J., y Osorio, J. J. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, **12(1)**, 81-94.
53. Fericgla, J.M. (2002). *Envejecer: una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Herder.
54. Fernández, J.J. (2009). *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de Tercera Edad en dos contextos socioculturales*

diferentes, España y Cuba. (Tesis Doctoral inédita). Departamento de Antropología Social. Universidad de Valencia.

55. Fernández-Ballesteros, R. (2011). Quality of life in Old Age: Problematic Issues.

Applied Research Quality Life, **6**, 21-40.

56. Ferrucci, L., Guralnik, J.M., Simonsick, E., Salive, M.E., Corti, C., y Langlois, J. (1996). Progressive versus Catastrophic Disability: a Longitudinal View of the Disablement Process. *The Journals of Gerontology*, **51(3)**, 123-130.

57. Fillenbaum, G. (1984). The wellbeing of the elderly. Approaches to multidimensional assessment. *WHO: Offset Publications*, **84**.

58. Fuente, M. M., Bayona; I., Fernández de Santiago, F. J., Martínez, M. y Navas, F. J. (2012). La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel. *Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, **23(1)**, 19-22.

59. Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief y Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (1986). *El Médico y la Tercera Edad. Estudio Sociológico-Libro Blanco*. Madrid: Gráficas Nilo.

60. Gallagher, D., Thompson, L., y Levy, S. (1980). Clinical psychological assessment of older adults. En L. Poon (Ed.), *Aging in the 1980's*. New York: American Psychological Association, 19-40.

61. Gignac, M.A.M., y Cott, Ch. (1998). A conceptual model of independence and dependence for adults with chronic physical illness and disability. *Social Science and Medicine*, **47(6)**, 739-753.

62. Goffman, E. (1970). *Internados. Ensayos sobre la situación de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Eds.

63. Gresham, G. E., Philips, T. F. y Labi, M. L. C. (1980). ADL status in stroke: relative merits of three standard indexes. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, **61**, 355-358.
64. Ikegami, N., Morris, J. N., y Fries, B. E. (1997). Low-Care Cases in Long-Term Care Settings: Variations among Nations. *Age and Ageing*, **26(2)**, 67-71.
65. Informes Epidemiológicos (2013). Envejecimiento Activo en la Región de Murcia (No. 7) *Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública y Consejería de Sanidad y Política Social*. Murcia: España.
66. Instituto de Estadística de Andalucía (2006). *Dependencia y solidaridad en las redes familiares*, 2006. Sevilla: Consejería de Economía y Hacienda de la Junta de Andalucía.
67. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2000). *Informe 2000. Las personas mayores en España Observatorio de las Personas Mayores, 2000*. Madrid: España.
68. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2006). *A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores*. Encuesta 2006. Madrid: Imsero. Recuperado de: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-proposito-01.pdf>
69. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2011). *Libro Blanco de Envejecimiento Activo*. Madrid: Imsero.
70. Instituto Nacional de Estadística (INE). *Censos de Población y Viviendas 2011*.
71. Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008 (EDAD, 2008)*. España.
72. Jongenelis, K., Pot, A. M., Eisses, A. M. H, Beekman, A. T. F., Kluiters, H., y Ribbe, M. W. (2004). Prevalence and risk factors of depression in elderly nursing homes patients: The AGED study. *Journal of Affective Disorders*, **83**, 135-142.

73. Katz, S., y Akpom, A. (1976). A measure of primary sociobiological functions. *International Journal of Health Services*, **6(3)**, 493-507.
74. Karakaya, M. G., Sevil, C., Bilgin, U., Ekici, G., Köse, N., & Otman, A. S. (2009). Functional Mobility, Depressive Symptoms, Level of Independence, and Quality of Life of the Elderly Living at Home and in the Nursing Home. *Journal of the American Medical Directors Association*, **10**, 662-666.
75. Kaufmann, A. E., y Frias, R. (1996): “Residencias: lo público y lo privado”. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, **73**, 105-126.
76. Kerem, M., Meric, A., Kırdı, N., y Cavlak, U. (2001). Evaluation of elderly living at home and rest house. *Turkish Journal of Geriatrics*, **4**, 106–112.
77. Koch-Straube, U. (2003). *Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie* [The nursing home as an alien world: An ethnological study]. Bern: Huber. 20, 329–342.
78. Lang, G., Loger, B., y Amman, A. (2007). Well-being in the nursing home: A methodological approach towards the quality of life. *Journal for Public Health*, **15**, 109–120.
79. Lawton, M. P., y Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, **9**, 179-186.
80. Leshner, E. L. y Berryhill, J. S. (1994). Validation of a Geriatric Depression Scale-short form among inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, **50(2)**, 256-60.
81. Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia [en línea], 2430, Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (2013). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2004/02/10/pdfs/A05792-05803.pdf>
82. Ley 6/2013, de 8 de julio, de medidas en materia tributaria del sector público, de política social y otras medidas administrativas, 8990, BOE, Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, I. Disposiciones Generales (2013).

83. Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos, 103, BOE, Jefatura del Estado (1982).
84. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, 128, BOE, Jefatura del Estado (2003).
85. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, 21990, BOE, I. Disposiciones Generales (2006).
86. Ley orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, 102, BOE, I. Disposiciones Generales (1986).
87. Ljunggren, G., Phillips, C.D., y Sgadari, A. (1997). Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age Ageing*, **26(2)**, 43-7.
88. Lucas, R. (1998). *Versión española del WHOQOL*. Madrid: Ergón.
89. Luppá, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H. H., Brähler, E., y Riedel-Heller, S. G. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age Ageing*, **39**, 31-38.
90. Mahoney, F.I., y Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, **14**, 61-65.
91. Mahoney, F. I., Wood, O. H. y Barthel, D. W. (1958). Rehabilitation of chronically ill patients: the influence of complications on the final goal. *Southern Medical Journal*, **51**, 605-609.
92. Martín, I., Quintana, S., Urzay, V., Ganzarain, E., Aguirre, T. y Pedrero, J. E. (2012). Fiabilidad del cuestionario VIDA, para valoración de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en personas mayores. *Atención primaria*, **44(6)**, 309-317.

93. Martínez de la Iglesia, J., Onís, M. C., Dueñas, R., Albert, C., Aguado, C., y Luque, R. (2002). (Original) Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, **12(10)**, 620-630.
94. Maslow, A.H. (1954) *Motivation and personality*. New York: Harper and Row. Edición en Castellano: *Motivación y personalidad*. Barcelona: Sagitario, 1963.
95. Medina, E. (2015). *Satisfacción e intención de permanencia de personas mayores voluntarias. Un modelo explicativo*. (Tesis Doctoral inédita). Facultad de Trabajo Social. Universidad de Murcia.
96. Medina, M. E., Medina, E. y Martínez, G. (2011). *Análisis de la satisfacción de las personas mayores voluntarias*, [en línea]. Navarra: Universidad de Navarra. Disponible en: http://www.unavarra.es/digitalAssets/159/159641_7_p-Medina_mayores-1.pdf
97. Memin, C. (1984). *Proyect de vie avec les personnes agées en institution*. Paris: Centurion.
98. Metz, D. H. (2000). Mobility of older people and their of quality of life. *Trasnpport Policy*, **7**, 149-152.
99. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. *Información estadística del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Situación a 1 de Agosto de 2011*. Madrid: España. Gobierno de España. Recuperado de http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/estsis_aad20110801.pdf
100. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Informe del Gobierno para la Evaluación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia. 4 de noviembre 2011*. Madrid: España. Gobierno de España.

101. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de Mayores de Servicios Sociales. *Libro Blanco de la Dependencia 2004*. Madrid: España. Gobierno de España, 2005. Recuperado de <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>
102. Moix, M. (2004). El Trabajo Social y los Servicios Sociales. Su concepto. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 131-141.
103. Moruno, P. (2006). *Actividades de la vida diaria*. Barcelona: Masson.
104. Organización Panamericana de Salud Pública (OPS). *Programa especial de análisis de salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 1998* (2001). Washington, DC, OPS/OMS.
105. Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* [en línea]. Disponible en: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Jose%20L.%20Ramon%20Garcia/Mis%20Documentos/Downloads/Dialnet-LaDefinicionDeSaludDeLaOrganizacionMundialDeLaSalu-2781925.pdf>
106. Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF) [en línea]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>
107. Orden de 16 de mayo de 1985 por la que se aprueba el Estatuto de los Centros de la Tercera Edad del Instituto Nacional de Servicios Sociales de la Seguridad Social. Boletín oficial del Estado (BOE), 128, 15947-15951. I Disposiciones generales (1985).
108. Orden 29 de enero de 2010 de la Consejería de Presidencia y Administraciones Públicas, por la que se configura la opción Técnico Valorador en Dependencia dentro del Cuerpo Técnico. **Boletín Oficial de la Región de Murcia**, 33 (2010).

109. Özer, M. (2004). A study on the life satisfaction of elderly individuals living in family environment and nursing homes. *Turkish Journal of Geriatrics*, **7**, 33–36.
110. Parmelee, P. A., Katz, I. R., y Lawton, M. P. (1992). Incidence of depression in long-term care settings. *The Journal of Gerontology*, **47**, 189-196.
111. Peña-Casanova, J. (1998). Escalas funcionales e instrumentales de las actividades de la vida diaria. *Revista de Neurología*, **27**, 27-29.
112. Parapar, C., Fernández, J. L., Rey, J. y Ruiz, M. (2010). *Informe de la I+D+i sobre envejecimiento*. Madrid: Fundación General CSIC.
113. Pastor, E. (2001). Iniciativa Social y Trabajo Social Comunitario. *Iniciativa Social y Trabajo Social Comunitario*, 169-191.
114. Pieper, R., y Vaarama, M. (2008). The concept of care-related quality of life. In: M. Vaarama, R. Pieper, & A. Sixsmith (Eds.), *Care-related quality of life in old age: Concepts, models and empirical findings*. Springer New York, 65-101.
115. Pollo, R. (2009). *Apoyo en la organización de intervenciones en el ámbito institucional. Papel del profesional sociosanitario en la atención interdisciplinar de la dependencia* (1ªed.) Vigo: Ideaspropias Editorial, 8-10.
116. Power, M., Bullinger, M., y Harper, A. (1999). The WHOQOL Group. The World Health Organization WHOQOL-100: tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psychology*, **18**, 495-505.
117. Puga, M.D., y Abellán, A. (2004). *El proceso de discapacidad*. Fundación Pfizer.
118. Puga, M.D., Abellán, A., y Sancho, M.T. (2006). *Mayores y familia en la sociedad actual*. Madrid: Fundación Encuentro, Informe España 2006, 252, 261-333.
119. Puijalón, B., y Trincaz, J. (2000). *Le droit de vieillir*. Librairie Artheme Fayard. Paris.

120. Querejeta, M. (2004). *Discapacidad/dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Madrid: Imsero. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0181.pdf>

121. Real Decreto 69/2005, de 3 de junio, por el que se establecen las condiciones mínimas que han de reunir los centros residenciales para personas mayores de titularidad pública o privada.

122. Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, 3174, BOE, I. Disposiciones generales (2011).

123. Real Decreto 1071/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, 22, BOE (2000).

124. Real Decreto 1197/2007, de 14 de septiembre, por el que se modifica el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, en materia de reconocimiento de descanso por maternidad en los supuestos de discapacidad del hijo y de reconocimiento de la necesidad de asistencia de tercera persona en las prestaciones no contributivas, 237, BOE, I. Disposiciones generales (2007).

125. Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, 9364, BOE, I. Disposiciones generales (2012).

126. Reed, K. L., y Sanderson, S. R. (1980). *Concepts of occupational therapy*. Baltimore: Williams and Wilkins.

127. Reichert, C. L., Diogo, C. L., Vieira, J. L., y Dalacorte, R. R. (2011). Physical activity and depressive symptoms in community-dwelling elders from southern Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(2), 165-170.

128. Rodríguez, P. (1999). *Residencias para personas mayores*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

129. Rothera, I., Jones, R., Harwood, R., Avery, A., y Waite, J. (2003). Health status and assessed need for a cohort of older people admitted to nursing and residential homes. *Age Ageing*, **32**, 303-309.

130. Rovner, B. W., German, P. S., Brant, L. J., Clark, R., Burton, L., y Folstein, M. F. (1991). Depression and mortality in nursing homes. *JAMA*, **265**, 993-996.

131. Rubenstein, L. Z., Powers, C. M., y Maclean, C. H. (2001). Quality indicators for the management and prevention of falls and mobility problems in vulnerable elders. *Annals of Internal Medicine*, **135**, 686-693.

132. Satorres, E. (2013). *Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital*, (Tesis Doctoral inédita). Facultad de Psicología. Universitat de València.

133. Schenk, L., Meyer, R., Behr, A., Kuhlmeier, A., y Holzhausen, M. (2013). Quality of life in nursing homes: results of a qualitative resident survey. *Qual Life Research*, **22(10)**, 2929-2938.

134. Sheikh, J. I., y Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, **5**, 165-173.

135. Sgadari, A., Topinkova, E., Bjornson, J., y Bernabei, R. (1997). Urinary incontinence in nursing home residents: a cross-national comparison. *Age Ageing*, **26(2)**, 49-54.

136. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, Instituto de Mayores de Servicios Sociales (SAAD-IMSERSO) y Consejo Superior de Investigaciones Científicas. *Estadísticas del sistema para la autonomía y la atención a la dependencia. Situación a 1 de julio de 2011*. Madrid: España. Recuperado de <http://oduja.cpmti.es/blog/wp-content/uploads/2011/03/estadisticas-saad-jul-2011.pdf>

137. Skevington, S. M., Lotfy, M., y O'Connell, K. A. (2004) The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*; **13**, 299-310.
138. Scocco, P., Rapattoni, M., y Fantoni, G. (2006). Nursing home institutionalization: A source of eustress or distress for the elderly? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **21**, 281-287.
139. Shah, S., Vanclay, F. y Cooper, B. (1989) Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*, **42**, 703-709.
140. Spector, W.D., y Fleishman, J.A. (1998). Combining Activities of Daily Living with Instrumental Activities of Daily Living to Measure Functional Disability. *Journal of Gerontology, Social Sciences*, **53** (1), 46-57.
141. Suahin, E. M., y Yalem, B. M. (2003). Comparing the incidences of depression at the elderly living in nursing home or at their own homes. *Turkish Journal of Geriatrics*, **6**, 10-13.
142. Tada, T., Yamamoto, S., y Morimoto, T. (1999). Characteristics of the daily lives of elderly women at various facilities for the elderly. *Nursing & Health Science*, **1**, 13-18.
143. Teresi, J., Abrams, R., Holmes, D., Ramírez, M., y Eimicke, J. (2001). Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **36**, 613-620.
144. Trigás-Ferrín, M.; Ferreira-González, L., y Mejide-Míguez, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clínica*, **72**(1), 11-16.
145. Uribe, F., Molina, J. M., Barco, M. y González, L. (2008). Relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva en mujeres mayores colombianas. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, **43**(2), 85-89.

146. Urzúa, A., Bravo, M., Ogalde, M., y Vargas. (2011). Quality of life of older people living in Antofagasta, Chile. *Revista Médica de Chile*, **139**, 1006-1014.
147. Vázquez, M. A. (1995). “Programas de intervención para las personas con demencia”, en · Rodríguez, P., et al.: *Residencias para personas mayores: manual de orientación*. Manual de orientación. Madrid: SG Editores.
148. Verbrugge, L.M., Yang, L.S., y Juarez, L. (2004). Severity, timing and structure of disability. *Sozial- und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine*, **49(2)**, 110-121.
149. Wade, D. T. y Collin, C. (1988). The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability? *International Disability Studies*, **10**, 64-67.
150. Wilkin, D. (1987). Conceptual problems in dependency research. *Social Science and Medicine*, **24(150)**, 867-873.
151. Wylie, C. M. y White, B. K. (1964). A measure of disability, *Arch Environ Health* **8**, 834-839.
152. World Health Organization Quality of Life Group. (2012). *Programme on mental health. WHOQOL: user manual*. Geneva: WHO/HIS/HIS. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77932/1/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf
153. Yeom, H. A., Fleury, R. N. J., y Keller, C. (2008). Risk factors for mobility limitation in community-dwelling older adults: a social ecological perspective. *Geriatric Nursing*, **29**, 133-140.
154. Yesavage, J.A., Brink, T.L., y Rose, T.L. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, **17(1)**, 37-49.
155. Yümin, E. T., Simsek, T. T., Sertel, M., Öztürk, A., y Yümin, M. (2011). The effect of functional mobility and balance on health-related quality of life (HRQoL)

among elderly people living at home and those living in nursing home. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52, 180-184.

CAPÍTULO X. ANEXOS

Anexo 1
Cuadernillo de preguntas correspondientes
a la entrevista realizada



Lugar donde se realiza:

Observaciones/Resumen

Municipio:

Área de Salud:

Lugar de residencia:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Sexo:

Identificación del Encuestador:

Nombre:

Teléfono:

E-mail:

1		25	
2		26	
3		27	
4		28	
5		29	
6		30	
7		31	
8		32	
9		33	
10		34	
11		35	
12		36	
13		37	
14		38	
15		39	
16		40	
17		41	
18		42	
19		43	
20		44	
21		45	
22		46	
23		47	
24			

Marque con un círculo: 1

1. N° de hijos:

1. Ninguno
2. 1
3. 2
4. 3
5. Más de 3

2. Nivel de estudios:

1. Analfabeto/a
2. Sin estudios
3. Con estudios primarios

3. Estudios medios (Bachiller, F.P. o similar).

1. Estudios superiores (Titulación Universitaria)
2. Otros (especificar)
3. Ns/Nc

4. Situación laboral:

1. Jubilado/a.
2. Incapacidad laboral temporal.
3. Incapacidad laboral permanente.
4. Otro tipo de pensionista
5. NS/NC

5. ¿Cuál es su estado civil?

1. Soltero/a.
2. Casado/a.
3. Viudo/a.
4. Separado/a.
5. NS/NC.

6. A la hora de comer, ¿necesita ayuda?:

1. Totalmente independiente.
2. Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, etc
3. Dependiente.

7. A la hora de vestirse, ¿necesita ayuda?:

1. Independiente. Se pone y quita la ropa. Se ata los zapatos. Se abotona.
2. Necesita ayuda
3. Dependiente.

8. Para lavarse/baño, ¿necesita ayuda?:

1. Independiente. Entra y sale sólo al baño.
2. Dependiente.

9. Para usar el retrete, ¿necesita ayuda?:

1. Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa.
2. Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo.
3. Dependiente.

10. Para orinar, ¿necesita ayuda?:

1. Continente o es capaz de cuidarse de la sonda.
2. Ocasionalmente, tiene un episodio de incontinencia cada 24 horas como máximo o precisa ayuda para la sonda.
3. Incontinente.

11. Para hacer las deposiciones, ¿necesita ayuda?:

1. Continente.
2. Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o precisa de ayuda para lavativas.
3. Incontinente.

12. Para arreglarse/aseo personal, ¿necesita ayuda?:

1. Independiente para lavarse la cara,
2. Dependiente.

13. Para trasladarse, ¿necesita ayuda?:

1. Independiente para ir del sillón a la cama
2. Mínima ayuda física o supervisión.
3. Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda.
4. Dependiente.

14. Para deambular, ¿necesita ayuda?:

1. Independiente, camina solo 50 m.
2. Necesita ayuda o supervisión para caminar 50 m.
3. Independiente en silla de ruedas sin ayuda.
4. Dependiente.

15. Para subir escalones, ¿necesita ayuda?:

1. Independiente para subir y bajar escalones.
2. Necesita ayuda o supervisión.
3. Dependiente.

16. Para llamar por teléfono, ¿necesita ayuda?:

1. Utiliza el teléfono por iniciativa propia.
2. Es capaz de marcar bien algunos números familiares.
3. Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar.
4. No utiliza el teléfono.

17. Para realizar sus compras, ¿necesita ayuda?:

1. Realiza independientemente las compras necesarias.
2. Realiza independientemente las pequeñas compras.
3. Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra.
4. Totalmente incapaz de ir a comprar.

18. Para preparar su comida:

1. Organiza, prepara y sirve las comidas por sí sólo adecuadamente.
2. Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes.
3. Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada.
4. Necesita que le preparen y sirvan las comidas.

19. Para el cuidado de su habitación:

1. Mantiene sola la habitación o con ayuda ocasional.
2. Realiza tareas ligeras, como hacer la cama o recoger su ropa.
3. Realiza tareas ligeras, pero necesita ayuda para realizarlas.
4. Necesita ayuda en todas las labores.
5. No realiza ninguna actividad en relación a la limpieza de su habitación.

20. Para el lavado de su ropa:

1. Lava por sí solo toda su ropa.

2. Lava por sí solo prendas pequeñas.
3. Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona.

21. Para el uso de medios de transporte:

1. Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche.
2. Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte.
3. Viaja en transporte público, cuando va acompañado de otra persona.
4. Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros.
5. No viaja en absoluto.

22. Respecto a su medicación:

1. Es capaz de tomar su medicación a la hora y la dosis correcta.
2. Toma su medicación si la dosis está previamente preparada.
3. No es capaz de administrarse su medicación.

23. Para el manejo de asuntos económicos:

1. Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.
2. Realiza pequeñas compras de la vida diaria, pero necesita ayuda en las grandes compras y bancos.
3. Incapaz de manejar el dinero.

24. ¿Qué tipo de habitación ocupa?

1. Sola.
2. Compartida.

25. ¿Cómo es su estancia en la residencia?

1. Ocasional, sólo para fechas concretas como verano, Navidad, etc.
2. Permanente.
3. No acude a residencias.

26. ¿Recibe algún tipo de ayuda formal? (Respuesta múltiple).

• *Recursos Sociales:*

1. Residencias (mayores y discapacitados).
2. Centros de Atención de mayores y discapacitados (Alzheimer).
3. Servicios de Atención a personas mayores y/o personas con enfermedad de Alzheimer.

4. Viviendas Colectivas para personas mayores.
5. Centros de día (mayores y discapacitados).
6. Teleasistencia.
7. Servicios de ayuda a domicilio (SAD).
8. Servicios de apoyo a familias con personas mayores y/o personas con enfermedad de Alzheimer.
9. Servicios de Respiro Familiar.
10. Federaciones de discapacitados (asociaciones de S. de Down, esclerosis múltiple, parkinson, Alzheimer, etc.).

27) Recursos Sanitarios que ha utilizado:

1. Unidades de Hospitalización Domiciliaria.
2. Unidades Médicas de Corta Estancia.
3. Hospital de Atención a Crónicos y Larga Estancia
4. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.
5. Unidades de Salud Mental.
6. Unidades de Conductas Adictivas.
7. Otros _____.

28. Ley de dependencia:

-Grado: _____.

29. Total de ingresos mensuales en el núcleo familiar:

1. Hasta 300€
2. De 301 a 600€
3. De 601 a 900€

4. De 901 a 1.200€
5. De 1.201 a 1.800€
6. De 1.801 a 3.000€
7. Más de 3.000€
8. NS/NC

30. Tipo de ingresos del núcleo familiar y procedencia:

1. Pensión contributiva de jubilación.
2. Pensión contributiva de invalidez (para el trabajo habitual).
3. Pensión contributiva de invalidez (absoluta)
4. Pensión contributiva de invalidez (gran invalidez).
5. Pensión de viudedad.
6. Otro _____.

31. Cuantía de la pensión o ayuda social:

_____ €.

32. ¿Para qué enfermedad/es recibe tratamiento?

	Sí	No
33. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	1	2
34. ¿Ha renunciado a muchas actividades e intereses?	1	2
35. ¿Siente que su vida está vacía?	1	2
36. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	2
37. ¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo casi todo el tiempo?	1	2
38. ¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	1	2
39. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	1	2
40. ¿Se siente a menudo sin esperanza?	1	2
41. ¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	1	2
42. ¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás?	1	2
43. ¿Cree que es agradable estar vivo?	1	2
44. ¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	1	2
45. ¿Se siente lleno de energía?	1	2
46. ¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	1	2
47. ¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?	1	2

Gracias por su colaboración

Anexo 2
Cuadernillo de preguntas correspondientes
al cuestionario WHOQOL-BREF



ESCALA DE CALIDAD DE VIDA

WHOQOL-BREF

Versión adaptada de:

Murgieri, M. WHOQOL-100 Y WHOQOL-BREF. En red: Última actualización 30/03/2009.
http://www.llave.conmed.com.ar/portalnoticias_vernoticia.php?codigonoticia=17621

Torres M, Quezada M; Rioseco R, Ducci ME. Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF. Rev Med Chile 2008; 136: 325-333.

Otras referencias de interés:

Lucas R. Versión española del WHOQOL. Madrid: Ediciones Ergon. 1998

Versión original: OMS. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF World Health Organization 2004

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Gracias por su ayuda

Normas de administración y puntuación

En Badía X, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. 4ta edición Barcelona: Lilly. 2007

- Concepto: Proporciona un perfil de calidad de vida percibida por la persona. Fue diseñado para ser usado tanto en población general como en pacientes. La WHOQOL-BREF proporciona una manera rápida de puntuar los perfiles de las áreas que explora, sin embargo no permite la evaluación de las facetas individuales de las áreas. Se recomienda utilizarla en epidemiología y en clínica cuando la calidad de vida es de interés, pero no es el objetivo principal del estudio o intervención.
- Existen dos versiones la WHOQOL-100 y la WHOQOL-BREF ambas con estudios de validación en español (que aún continúan completándose). La versión aquí recogida, la WHOQOL-BREF (26 ítems) produce un perfil de 4 dimensiones: Salud física, Salud psicológica. Relaciones sociales, Ambiente.

En Murgieri, M. WHOQOL-100 Y WHOQOL-BREF. En red: Última actualización 30/03/2009. http://www.llave.connmed.com.ar/portalnoticias_vernoticia.php?codigonoticia=17621:

- Administración:
 - El tiempo de referencia que contempla el WHOQOL es de dos semanas.
 - El cuestionario debe ser autoadministrado.
 - Cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de educación, cultura o salud puede ser entrevistada.

Freire de Oliveira M, Ábalos Medina GM, Olmedo Alguacil M, Ramírez Rodrigo J, Fernández Pérez AM, Villaverde Gutiérrez C. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF Y SF-36, para medir calidad de vida en mayores. Scientia, 2008; 3: En red: <http://www.revista-scientia.es/documentos/2008/3.pdf>

- Puntuación:
 - El instrumento WHOQOL-BREF ofrece un perfil de calidad de vida, siendo cada dimensión o dominio puntuado de forma independiente. Cuanto mayor

sea es la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada.

- Sin embargo no todos los ítems se puntúan de forma directa, hay que recodificar de forma inversa parte de las puntuaciones. Las instrucciones para la recodificación de estos ítems, sobre cómo calcular la puntuación en cada dominio y la estandarización de estas puntuaciones para compararlas con otras escalas se pueden consultar en: Organización Mundial de la Salud (OMS). WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and version of the assessment. OMS. Ginebra. 1996: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf (ver tablas 3 y 4 en páginas: 12 y 13).

En Bobes García, J; G.-Portilla, MP; Bascarán Fernández, MT, Saiz Martínez; PA, Bousoño García M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 3.ª edición. Barcelona: Ars Médica. 2004

- Puntuación:
 - Se obtiene un perfil del paciente y una puntuación sobre percepción de calidad de vida global y salud general. No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor calidad de vida.
 - Para su corrección se remite al lector a la versión española del WHOQOL: Lucas Carrasco R. Versión española del WHOQOL. Madrid: Ergón, 1998.

Anexo 3
Tablas de contingencia del análisis estadístico

NÚMERO DE HIJOS

Tablas de contingencia

V1 * V53

Tabla de contingencia

		Familia		V53	Residenci	Total
		1	2			
V1	1	Recuento	7	79		86
		Frecuencia esperada	21,6	64,4		86,0
		Residuos corregidos	-4,3	4,3		
	2	Recuento	5	37		42
		Frecuencia esperada	10,6	31,4		42,0
		Residuos corregidos	-2,1	2,1		
	3	Recuento	18	51		69
		Frecuencia esperada	17,4	51,6		69,0
		Residuos corregidos	,2	-2		
	4	Recuento	20	32		52
		Frecuencia esperada	13,1	38,9		52,0
		Residuos corregidos	2,4	-2,4		
	5	Recuento	25	22		47
		Frecuencia esperada	11,8	35,2		47,0
		Residuos corregidos	4,8	-4,8		
	6	Recuento	0	2		2
		Frecuencia esperada	,5	1,5		2,0
		Residuos corregidos	-,8	,8		
Total	Recuento	75	223		298	
	Frecuencia esperada	75,0	223,0		298,0	

< ó igual a 5

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	42,345 ^a	5	,000
Razón de verosimilitudes	43,587	5	,000
Asociación lineal por lineal	37,197	1	,000
N de casos válidos	298		

p<0,0005

a. 2 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,50.

La variable *Número de hijos* se asocia:

- FAMILIA: con 4 (3 hijos) y 5 (4 o más hijos)
- RESIDENCIA: con 1 (ningún hijo).

NIVEL DE ESTUDIOS

V2 * V53

Tabla de contingencia

		V53		Total	
		1	2		
V2	1	Recuento	17	41	58
		Frecuencia esperada	14,6	43,4	58,0
		Residuos corregidos	,8	-,8	
	2	Recuento	25	81	106
		Frecuencia esperada	26,7	79,3	106,0
		Residuos corregidos	-,5	,5	
	3	Recuento	26	59	85
		Frecuencia esperada	21,4	63,6	85,0
		Residuos corregidos	1,4	-1,4	
	4	Recuento	5	12	17
		Frecuencia esperada	4,3	12,7	17,0
		Residuos corregidos	,4	-,4	
	5	Recuento	2	6	8
		Frecuencia esperada	2,0	6,0	8,0
		Residuos corregidos	,0	,0	
	6	Recuento	0	23	23
		Frecuencia esperada	5,8	17,2	23,0
		Residuos corregidos	-2,9	2,9	
33	Recuento	0	1	1	
	Frecuencia esperada	,3	,7	1,0	
	Residuos corregidos	-,6	,6		
Total	Recuento	75	223	298	
	Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,230 ^a	6	,115
Razón de verosimilitudes	15,997	6	,014
Asociación lineal por lineal	2,698	1	,100
N de casos válidos	298		

a. 4 casillas (28,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,25.

No se determina diferencias estadísticamente significativas.

SITUACIÓN LABORAL

V3 * V53

Tabla de contingencia					
		V53		Total	
		1	2		
V3	1	Recuento	54	98	152
		Frecuencia esperada	38,9	113,1	152,0
		Residuos corregidos	4,0	-4,0	
	1	Recuento	0	1	1
		Frecuencia esperada	,3	,7	1,0
		Residuos corregidos	-,6	,6	
	3	Recuento	5	24	29
		Frecuencia esperada	7,4	21,6	29,0
		Residuos corregidos	-,1	1,1	
	4	Recuento	11	58	69
		Frecuencia esperada	17,7	51,3	69,0
		Residuos corregidos	-,2	2,1	
	5	Recuento	5	37	42
		Frecuencia esperada	10,8	31,2	42,0
		Residuos corregidos	-,2	2,2	
Total	Recuento	75	218	293	
	Frecuencia esperada	75,0	218,0	293,0	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,787 ^a	4	,002
Razón de verosimilitudes	17,657	4	,001
Asociación lineal por lineal	15,635	1	,000
N de casos válidos	293		

a. 2 casillas (20,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,26.

No se determina diferencias estadísticamente significativas.

ESTADO CIVIL

V4 * V53

Tabla de contingencia					
		V53		Total	
		1	2		
V4	1	Recuento	4	49	53
		Frecuencia esperada	13,3	39,7	53,0
		Residuos corregidos	-,3	3,3	
	2	Recuento	41	35	76
		Frecuencia esperada	19,1	56,9	76,0
		Residuos corregidos	6,7	-6,7	
	3	Recuento	30	112	142
		Frecuencia esperada	35,7	106,3	142,0
		Residuos corregidos	-,5	1,5	
	4	Recuento	0	17	17
		Frecuencia esperada	4,3	12,7	17,0
		Residuos corregidos	-,2	2,5	
	5	Recuento	0	10	10
		Frecuencia esperada	2,5	7,5	10,0
		Residuos corregidos	-,9	1,9	
Total	Recuento	75	223	298	
	Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	52,473 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	56,560	4	,000
Asociación lineal por lineal	3,016	1	,082
N de casos válidos	298		

a. 2 casillas (20,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,52.

La variable *Estado civil* se asocia:

- FAMILIA: con 2 (casado/a)
- RESIDENCIA: con 1 (soltero/a) y 4 (separado/a).

NECESITAN AYUDA PARA COMER

V5 * V53					
Tabla de contingencia					
		V53		Total	
		1	2		
V5	1	Recuento	59	130	189
		Frecuencia esperada	47,6	141,4	189,0
		Residuos corregidos	3,2	-3,2	
	2	Recuento	10	27	37
		Frecuencia esperada	9,3	27,7	37,0
		Residuos corregidos	,3	-3	
	3	Recuento	6	66	72
		Frecuencia esperada	18,1	53,9	72,0
		Residuos corregidos	-3,8	3,8	
Total		75	223	298	
		Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,574 ^a	2	,001
Razón de verosimilitudes	17,088	2	,000
Asociación lineal por lineal	13,651	1	,000
N de casos válidos	298		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,31.

No se determina diferencias estadísticamente significativas.

NECESITAN AYUDA PARA VESTIRSE

V6 * V53					
Tabla de contingencia					
		V53		Total	
		1	2		
V6	1	Recuento	56	84	140
		Frecuencia esperada	35,2	104,8	140,0
		Residuos corregidos	5,6	-5,6	
	2	Recuento	15	61	76
		Frecuencia esperada	19,1	56,9	76,0
		Residuos corregidos	-1,3	1,3	
	3	Recuento	4	78	82
		Frecuencia esperada	20,6	61,4	82,0
		Residuos corregidos	-5,0	5,0	
Total		75	223	298	
		Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	35,467 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	40,334	2	,000
Asociación lineal por lineal	35,134	1	,000
N de casos válidos	298		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 19,13.

La variable *Necesitan ayuda para vestirse* se asocia:

- FAMILIA: con 1 (Independiente. Se pone y quita la ropa. Se ata los zapatos. Se abotona.)
- RESIDENCIA: con 3 (Dependiente).

NECESITAN AYUDA PARA LAVARSE/BAÑO

V7 * V53

Tabla de contingencia					
		V53		Total	
		1	2		
V7	1	Recuento	49	96	145
		Frecuencia esperada	36,5	108,5	145,0
		Residuos corregidos	3,3	-3,3	
2		Recuento	26	127	153
		Frecuencia esperada	38,5	114,5	153,0
		Residuos corregidos	-3,3	3,3	
Total		Recuento	75	223	298
		Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,156 ^a	1	,001		
Corrección por continuidad ^b	10,282	1	,001		
Razón de verosimilitudes	11,277	1	,001		
Estadístico exacto de Fisher				,001	,001
Asociación lineal por lineal	11,119	1	,001		
N de casos válidos	298				

a. 0 casillas (0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 36,49. b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

No se determina diferencias estadísticamente significativas.

NECESITAN AYUDA PARA USAR EL RETRETE

V8 * V53

Tabla de contingencia					
		V53		Total	
		1	2		
V8	1	Recuento	59	83	142
		Frecuencia esperada	35,7	106,3	142,0
		Residuos corregidos	6,2	-6,2	
2		Recuento	11	46	57
		Frecuencia esperada	14,3	42,7	57,0
		Residuos corregidos	-1,1	1,1	
3		Recuento	5	94	99
		Frecuencia esperada	24,9	74,1	99,0
		Residuos corregidos	-5,6	5,6	
Total		Recuento	75	223	298
		Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	42,549 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	47,949	2	,000
Asociación lineal por lineal	42,018	1	,000
N de casos válidos	298		

a. 0 casillas (0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 14,35.

La variable *Necesitan ayuda para usar el retrete* se asocia:

- FAMILIA: con 1 (Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa)
- RESIDENCIA: con 3 (Dependiente).

NECESITAN AYUDA PARA ORINAR

V9 * V53					
Tabla de contingencia					
		V53		Total	
		1	2		
V9	1	Recuento	63	96	159
		Frecuencia esperada	40,0	119,0	159,0
		Residuos corregidos	6,1	-6,1	
	2	Recuento	8	29	37
		Frecuencia esperada	9,3	27,7	37,0
		Residuos corregidos	-,5	,5	
	3	Recuento	4	98	102
		Frecuencia esperada	25,7	76,3	102,0
		Residuos corregidos	-6,1	6,1	
Total		Recuento	75	223	298
		Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	42,334 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	50,340	2	,000
Asociación lineal por lineal	42,192	1	,000
N de casos válidos	298		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,31.

La variable *Necesitan ayuda para orinar* se asocia:

- FAMILIA: con 1 (Continente o es capaz de cuidarse de la sonda)
- RESIDENCIA: con 3 (Incontinente).

NECESITAN AYUDA PARA HACER SUS DEPOSICIONES

V10 * V53						
Tabla de contingencia						
		V53		Total		
		1	2			
V10	1	Recuento	65	97	162	
		Frecuencia esperada	40,8	121,2	162,0	
		Residuos corregidos	6,5	-6,5		
	2	Recuento	8	30	38	
		Frecuencia esperada	9,6	28,4	38,0	
		Residuos corregidos	-,6	,6		
	3	Recuento	2	96	98	
		Frecuencia esperada	24,7	73,3	98,0	
		Residuos corregidos	-6,4	6,4		
	Total		Recuento	75	223	298
			Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	47,412 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	59,389	2	,000
Asociación lineal por lineal	47,253	1	,000
N de casos válidos	298		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,56.

La variable *Necesitan ayuda para hacer sus deposiciones* se asocia:

- FAMILIA: con 1 (Continente)
- RESIDENCIA: con 3 (Incontinente).

NECESITAN AYUDA PARA ARREGLARSE/ASEO PERSONAL

V11 * V53					
Tabla de contingencia					
			V53		Total
			1	2	
V11	1	Recuento	68	110	178
		Frecuencia esperada	44,8	133,2	178,0
		Residuos corregidos	6,3	-6,3	
	2	Recuento	7	112	119
		Frecuencia esperada	29,9	89,1	119,0
		Residuos corregidos	-6,3	6,3	
	3	Recuento	0	1	1
		Frecuencia esperada	,3	,7	1,0
		Residuos corregidos	-6	,6	
Total	Recuento	75	223	298	
	Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0	

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	39,894 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	46,245	2	,000
Asociación lineal por lineal	39,404	1	,000
N de casos válidos	298		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,25.

La variable *Necesitan ayuda para arreglarse/aseo personal* se asocia:

- FAMILIA: con 1 (Independiente para lavarse la cara)
- RESIDENCIA: con 2 (Dependiente).

NECESITAN AYUDA PARA TRASLADARSE

V12 * V53					
Tabla de contingencia					
			V53		Total
			1	2	
V12	1	Recuento	62	90	152
		Frecuencia esperada	38,3	113,7	152,0
		Residuos corregidos	6,3	-6,3	
	2	Recuento	7	30	37
		Frecuencia esperada	9,3	27,7	37,0
		Residuos corregidos	-9	,9	
	3	Recuento	2	20	22
		Frecuencia esperada	5,5	16,5	22,0
		Residuos corregidos	-1,8	1,8	
	4	Recuento	4	83	87
		Frecuencia esperada	21,9	65,1	87,0
		Residuos corregidos	-5,3	5,3	
Total	Recuento	75	223	298	
	Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0	

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	43,028 ^a	3	,000
Razón de verosimilitudes	48,969	3	,000
Asociación lineal por lineal	40,839	1	,000
N de casos válidos	298		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,54.

La variable *Necesitan ayuda para trasladarse* se asocia:

- FAMILIA: con 1 (Independiente para ir del sillón a la cama)
- RESIDENCIA: con 4 (Dependiente).

NECESITAN AYUDA PARA DEAMBULAR

V13 * V53

Tabla de contingencia					
		V53		Total	
		1	2		
V13	1	Recuento	54	88	142
		Frecuencia esperada	35,7	106,3	142,0
		Residuos corregidos	4,9	-4,9	
	2	Recuento	16	29	45
		Frecuencia esperada	11,3	33,7	45,0
		Residuos corregidos	1,7	-1,7	
	3	Recuento	1	13	14
		Frecuencia esperada	3,5	10,5	14,0
		Residuos corregidos	-1,6	1,6	
	4	Recuento	4	93	97
		Frecuencia esperada	24,4	72,6	97,0
		Residuos corregidos	-5,8	5,8	
Total		Recuento	75	223	298
		Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	40,272 ^a	3	,000
Razón de verosimilitudes	48,494	3	,000
Asociación lineal por lineal	37,945	1	,000
N de casos válidos	298		

a. 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,52.

La variable *Necesitan ayuda para deambular* se asocia:

- FAMILIA: con 1 (Independiente, camina sólo 50 metros)
- RESIDENCIA: con 4 (Dependiente).

NECESITAN AYUDA PARA SUBIR ESCALONES

V14 * V53

Tabla de contingencia						
		V53		Total		
		1	2			
V14	1	Recuento	48	69	117	
		Frecuencia esperada	29,4	87,6	117,0	
		Residuos corregidos	5,1	-5,1		
	2	Recuento	22	36	58	
		Frecuencia esperada	14,6	43,4	58,0	
		Residuos corregidos	2,5	-2,5		
	3	Recuento	5	118	123	
		Frecuencia esperada	31,0	92,0	123,0	
		Residuos corregidos	-7,0	7,0		
	Total		Recuento	75	223	298
			Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	49,723 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	59,026	2	,000
Asociación lineal por lineal	43,705	1	,000
N de casos válidos	298		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 14,60.

La variable *Necesitan ayuda para subir escalones* se asocia:

- FAMILIA: con 1 (Independiente para subir y bajar escalones) y 2 (Necesita ayuda y supervisión)
- RESIDENCIA: con 3 (Dependiente).

NECESITAN AYUDA PARA LLAMAR POR TELÉFONO

V15 * V53					
Tabla de contingencia					
			V53		Total
			1	2	
V15	1	Recuento	49	64	113
		Frecuencia esperada	28,4	84,6	113,0
		Residuos corregidos	5,7	-5,7	
	2	Recuento	11	8	19
		Frecuencia esperada	4,8	14,2	19,0
		Residuos corregidos	3,4	-3,4	
	3	Recuento	12	46	58
		Frecuencia esperada	14,6	43,4	58,0
		Residuos corregidos	-9	9	
	4	Recuento	3	105	108
		Frecuencia esperada	27,2	80,8	108,0
		Residuos corregidos	-6,7	6,7	
Total	Recuento	75	223	298	
	Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0	
Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)		
Chi-cuadrado de Pearson	60,033 ^a	3	,000		
Razón de verosimilitudes	69,172	3	,000		
Asociación lineal por lineal	52,457	1	,000		
N de casos válidos	298				

a. 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,78.

La variable *Necesitan ayuda para llamar por teléfono* se asocia:

- FAMILIA: con 1 (Utiliza el teléfono por iniciativa propia)
- RESIDENCIA: con 4 (No utiliza el teléfono).

NECESITAN AYUDA PARA REALIZAR COMPRAS

V16 * V53					
Tabla de contingencia					
			V53		Total
			1	2	
V16	1	Recuento	40	16	56
		Frecuencia esperada	14,1	41,9	56,0
		Residuos corregidos	8,9	-8,9	
	2	Recuento	15	15	30
		Frecuencia esperada	7,6	22,4	30,0
		Residuos corregidos	3,3	-3,3	
	3	Recuento	11	29	40
		Frecuencia esperada	10,1	29,9	40,0
		Residuos corregidos	,4	-4	
	4	Recuento	9	163	172
		Frecuencia esperada	43,3	128,7	172,0
		Residuos corregidos	-9,3	9,3	
Total	Recuento	75	223	298	
	Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0	
Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)		
Chi-cuadrado de Pearson	109,865 ^a	3	,000		
Razón de verosimilitudes	109,972	3	,000		
Asociación lineal por lineal	109,491	1	,000		
N de casos válidos	298				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,55.

La variable *Necesitan ayuda para realizar compras* se asocia:

- FAMILIA: con 1 (Realiza independientemente las compras necesarias) y 2 (Realiza independientemente las pequeñas compras)
- RESIDENCIA: con 4 (Totalmente incapaz de ir a comprar).

NECESITAN AYUDA PARA PREPARAR COMIDA

V17 * V53					
Tabla de contingencia					
			V53		Total
			1	2	
V17	1	Recuento	44	21	65
		Frecuencia esperada	16,4	48,6	65,0
		Residuos corregidos	8,9	-8,9	
	2	Recuento	8	11	19
		Frecuencia esperada	4,8	14,2	19,0
		Residuos corregidos	1,8	-1,8	
	3	Recuento	8	6	14
		Frecuencia esperada	3,5	10,5	14,0
		Residuos corregidos	2,8	-2,8	
	4	Recuento	15	185	200
		Frecuencia esperada	50,3	149,7	200,0
		Residuos corregidos	-10,0	10,0	
Total		Recuento	75	223	298
		Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	106,053 ^a	3	,000
Razón de verosimilitudes	102,915	3	,000
Asociación lineal por lineal	99,082	1	,000
N de casos válidos	298		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,52.

La variable *Necesitan ayuda para preparar comida* se asocia:

- FAMILIA: con 1 (Organiza, prepara y sirve las comidas por sí sólo adecuadamente)
- RESIDENCIA: con 4 (Necesita que le preparen y sirvan las comidas).

NECESITAN AYUDA PARA EL CUIDADO DE LA HABITACIÓN

V18 * V53					
Tabla de contingencia					
			V53		Total
			1	2	
V18	1	Recuento	36	14	50
		Frecuencia esperada	12,6	37,4	50,0
		Residuos corregidos	8,4	-8,4	
	2	Recuento	17	17	34
		Frecuencia esperada	8,6	25,4	34,0
		Residuos corregidos	3,5	-3,5	
	3	Recuento	5	19	24
		Frecuencia esperada	6,0	18,0	24,0
		Residuos corregidos	-5	,5	
	4	Recuento	2	9	11
		Frecuencia esperada	2,8	8,2	11,0
		Residuos corregidos	-5	,5	
	5	Recuento	15	164	179
		Frecuencia esperada	45,1	133,9	179,0
		Residuos corregidos	-8,2	8,2	
Total		Recuento	75	223	298
		Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	96,670 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	91,736	4	,000
Asociación lineal por lineal	92,028	1	,000
N de casos válidos	298		

a. 1 casillas (10,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,77.

La variable *Necesitan ayuda para el cuidado de la habitación* se asocia:

- FAMILIA: con 1 (Mantiene sola la habitación o con ayuda ocasional) y 2 (Realiza tareas ligeras, como hacer la cama o recoger su ropa)
- RESIDENCIA: con 5 (No realiza ninguna actividad en relación a la limpieza de su habitación).

NECESITAN AYUDA PARA LAVAR SU ROPA

V19 * V53

Tabla de contingencia

		V53		Total	
		1	2		
V19	1	Recuento	47	15	62
		Frecuencia esperada	15,6	46,4	62,0
		Residuos corregidos	10,3	-10,3	
	2	Recuento	7	13	20
		Frecuencia esperada	5,0	15,0	20,0
		Residuos corregidos	1,0	-1,0	
	3	Recuento	21	193	214
		Frecuencia esperada	53,9	160,1	214,0
		Residuos corregidos	-9,7	9,7	
	5	Recuento	0	2	2
		Frecuencia esperada	,5	1,5	2,0
		Residuos corregidos	-,8	,8	
	Total		75	223	298
			75,0	223,0	298,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	112,904 ^a	3	,000
Razón de verosimilitudes	104,369	3	,000
Asociación lineal por lineal	108,870	1	,000
N de casos válidos	298		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,50.

La variable *Necesitan ayuda para lavar su ropa* se asocia:

- FAMILIA: con 1 (Lava por sí sólo toda su ropa)
- RESIDENCIA: con 3 (Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona).

NECESITAN AYUDA PARA USAR EL TRANSPORTE

V20 * V53

Tabla de contingencia

		V53		Total	
		1	2		
V20	1	Recuento	36	4	40
		Frecuencia esperada	10,1	29,9	40,0
		Residuos corregidos	10,2	-10,2	
	2	Recuento	8	11	19
		Frecuencia esperada	4,8	14,2	19,0
		Residuos corregidos	1,8	-1,8	
	3	Recuento	10	15	25
		Frecuencia esperada	6,3	18,7	25,0
		Residuos corregidos	1,8	-1,8	
	4	Recuento	14	27	41
		Frecuencia esperada	10,3	30,7	41,0
		Residuos corregidos	1,4	-1,4	
	5	Recuento	7	166	173
		Frecuencia esperada	43,5	129,5	173,0
		Residuos corregidos	-9,9	9,9	
Total		75	223	298	
		75,0	223,0	298,0	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	137,819 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	139,464	4	,000
Asociación lineal por lineal	129,410	1	,000
N de casos válidos	298		

a. 1 casillas (10,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,78.

La variable *Necesitan ayuda para usar el transporte* se asocia:

- FAMILIA: con 1 (Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche)
- RESIDENCIA: con 5 (No viaja en absoluto).

NECESITAN AYUDA PARA TOMAR SU MEDICACIÓN

V21 * V53					
Tabla de contingencia					
			V53		Total
			1	2	
V21	1	Recuento	57	21	78
		Frecuencia esperada	19,6	58,4	78,0
		Residuos corregidos	11,3	-11,3	
	2	Recuento	9	120	129
		Frecuencia esperada	32,5	96,5	129,0
		Residuos corregidos	-6,3	6,3	
	3	Recuento	9	82	91
		Frecuencia esperada	22,9	68,1	91,0
		Residuos corregidos	-4,0	4,0	
Total	Recuento	75	223	298	
	Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0	

Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	129,004 ^a	2	,000	
Razón de verosimilitudes	121,369	2	,000	
Asociación lineal por lineal	82,592	1	,000	
N de casos válidos	298			

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 19,63.

La variable *Necesitan ayuda para tomar su medicación* se asocia:

- FAMILIA: con 1 (Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta)
- RESIDENCIA: con 2 (Toma su medicación si la dosis está previamente preparada) y 3 (No es capaz de administrarse su medicación).

NECESITAN AYUDA PARA LOS ASUNTOS ECONÓMICOS

V22 * V53					
Tabla de contingencia					
			V53		Total
			1	2	
V22	1	Recuento	39	27	66
		Frecuencia esperada	16,6	49,4	66,0
		Residuos corregidos	7,2	-7,2	
	2	Recuento	27	22	49
		Frecuencia esperada	12,3	36,7	49,0
		Residuos corregidos	5,3	-5,3	
	3	Recuento	9	173	182
		Frecuencia esperada	45,8	136,2	182,0
		Residuos corregidos	-10,1	10,1	
	4	Recuento	0	1	1
		Frecuencia esperada	,3	,7	1,0
		Residuos corregidos	-6	,6	
Total	Recuento	75	223	298	
	Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0	

Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	103,497 ^a	3	,000	
Razón de verosimilitudes	107,858	3	,000	
Asociación lineal por lineal	91,873	1	,000	
N de casos válidos	298			

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,25.

La variable *Necesitan ayuda para los asuntos económicos* se asocia:

- FAMILIA: con 1 (Se encarga de sus asuntos económicos por sí sólo) y 2 (Realiza pequeñas compras de la vida diaria, pero necesita ayuda en las grandes compras y bancos)
- RESIDENCIA: con 3 (Incapaz de manejar el dinero).

TIPO DE HABITACIÓN

V23 * V53

Tabla de contingencia					
		V53		Total	
		1	2		
V23	1	Recuento	39	18	57
		Frecuencia esperada	14,3	42,7	57,0
		Residuos corregidos	8,4	-8,4	
	2	Recuento	35	205	240
		Frecuencia esperada	60,4	179,6	240,0
		Residuos corregidos	-8,6	8,6	
	3	Recuento	1	0	1
		Frecuencia esperada	,3	,7	1,0
		Residuos corregidos	1,7	-1,7	
Total		Recuento	75	223	298
		Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	73,871 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	65,751	2	,000
Asociación lineal por lineal	63,701	1	,000
N de casos válidos	298		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,25.

La variable *Tipo de habitación* se asocia:

- FAMILIA: con 1 (Sola)
- RESIDENCIA: con 3 (Compartida).

ESTANCIA EN RESIDENCIA

V24 * V53

Tabla de contingencia					
		V53		Total	
		1	2		
V24	1	Recuento	1	10	11
		Frecuencia esperada	2,8	8,2	11,0
		Residuos corregidos	-1,3	1,3	
	2	Recuento	0	213	213
		Frecuencia esperada	53,6	159,4	213,0
		Residuos corregidos	-15,8	15,8	
	3	Recuento	74	0	74
		Frecuencia esperada	18,6	55,4	74,0
		Residuos corregidos	17,1	-17,1	
Total		Recuento	75	223	298
		Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	293,173 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	329,544	2	,000
Asociación lineal por lineal	241,072	1	,000
N de casos válidos	298		

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,77.

La variable *Estancia en residencia* se asocia:

- FAMILIA: con 3 (No acude a residencias)
- RESIDENCIA: con 2 (Permanente).

LEY DE DEPENDENCIA

V27 * V53

Tabla de contingencia					
			V53		Total
			1	2	
V27	0	Recuento	43	23	66
		Frecuencia esperada	16,9	49,1	66,0
		Residuos corregidos	8,4	-8,4	
	1	Recuento	3	0	3
		Frecuencia esperada	,8	2,2	3,0
		Residuos corregidos	3,0	-3,0	
	1	Recuento	0	1	1
		Frecuencia esperada	,3	,7	1,0
		Residuos corregidos	-6	,6	
	1	Recuento	0	1	1
		Frecuencia esperada	,3	,7	1,0
		Residuos corregidos	-6	,6	
	2	Recuento	5	6	11
		Frecuencia esperada	2,8	8,2	11,0
		Residuos corregidos	1,5	-1,5	
	2	Recuento	0	3	3
		Frecuencia esperada	,8	2,2	3,0
		Residuos corregidos	-1,0	1,0	
2	Recuento	0	4	4	
	Frecuencia esperada	1,0	3,0	4,0	
	Residuos corregidos	-1,2	1,2		
3	Recuento	1	1	2	
	Frecuencia esperada	,5	1,5	2,0	
	Residuos corregidos	,8	-,8		
3	Recuento	0	4	4	
	Frecuencia esperada	1,0	3,0	4,0	
	Residuos corregidos	-1,2	1,2		
3	Recuento	0	1	1	
	Frecuencia esperada	,3	,7	1,0	
	Residuos corregidos	-6	,6		
4	Recuento	0	5	5	
	Frecuencia esperada	1,3	3,7	5,0	
	Residuos corregidos	-1,3	1,3		
5	Recuento	20	157	177	
	Frecuencia esperada	45,2	131,8	177,0	
	Residuos corregidos	-7,1	7,1		
6	Recuento	0	4	4	
	Frecuencia esperada	1,0	3,0	4,0	
	Residuos corregidos	-1,2	1,2		
Total		72	210	282	
		Frecuencia esperada	72,0	210,0	282,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	92,908 ^a	12	,000
Razón de verosimilitudes	92,275	12	,000
Asociación lineal por lineal	76,179	1	,000
N de casos válidos	282		

a. 21 casillas (80,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,26.

La variable *Ley de dependencia* se asocia:

- FAMILIA: con 0 (No tienen ley de dependencia)
- RESIDENCIA: c
- on 5 (No sabe/No contesta).

INGRESOS MENSUALES (€)

V28 * V53

Tabla de contingencia					
			V53		Total
			1	2	
V28	1	Recuento	0	5	5
		Frecuencia esperada	1,3	3,7	5,0
		Residuos corregidos	-1,3	1,3	
	2	Recuento	21	41	62
		Frecuencia esperada	15,6	46,4	62,0
		Residuos corregidos	1,8	-1,8	
	3	Recuento	26	30	56
		Frecuencia esperada	14,1	41,9	56,0
		Residuos corregidos	4,1	-4,1	
	4	Recuento	8	17	25
		Frecuencia esperada	6,3	18,7	25,0
		Residuos corregidos	,8	-,8	
	5	Recuento	11	12	23
		Frecuencia esperada	5,8	17,2	23,0
		Residuos corregidos	2,6	-2,6	
	6	Recuento	1	2	3
		Frecuencia esperada	,8	2,2	3,0
		Residuos corregidos	,3	-,3	
	7	Recuento	0	1	1
		Frecuencia esperada	,3	,7	1,0
		Residuos corregidos	-6	,6	
	8	Recuento	8	115	123
		Frecuencia esperada	31,0	92,0	123,0
		Residuos corregidos	-6,2	6,2	
Total		75	223	298	
		Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	47,697 ^a	7	,000
Razón de verosimilitudes	53,322	7	,000
Asociación lineal por lineal	29,652	1	,000
N de casos válidos	298		

a. 6 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,25.

La variable *Ingresos mensuales (€)* se asocia:

- FAMILIA: con 3 (De 601-900€) y 5 (1200-1800€)
- RESIDENCIA: con 8 (No sabe/No contesta).

PROCEDENCIA DE LA PENSIÓN

V29 * V53

Tabla de contingencia					
			V53		Total
			1	2	
V29	1	Recuento	40	54	94
		Frecuencia esperada	24,4	69,6	94,0
		Residuos corregidos	4,5	-4,5	
2	2	Recuento	1	2	3
		Frecuencia esperada	,8	2,2	3,0
		Residuos corregidos	,3	-,3	
3	3	Recuento	4	9	13
		Frecuencia esperada	3,4	9,6	13,0
		Residuos corregidos	,4	-,4	
4	4	Recuento	0	3	3
		Frecuencia esperada	,8	2,2	3,0
		Residuos corregidos	-1,0	1,0	
5	5	Recuento	19	43	62
		Frecuencia esperada	16,1	45,9	62,0
		Residuos corregidos	1,0	-1,0	
6	6	Recuento	3	2	5
		Frecuencia esperada	1,3	3,7	5,0
		Residuos corregidos	1,8	-1,8	
7	7	Recuento	6	97	103
		Frecuencia esperada	26,7	76,3	103,0
		Residuos corregidos	-5,8	5,8	
8	8	Recuento	1	1	2
		Frecuencia esperada	,5	1,5	2,0
		Residuos corregidos	,8	-,8	
9	9	Recuento	1	3	4
		Frecuencia esperada	1,0	3,0	4,0
		Residuos corregidos	,0	,0	
Total		Recuento	75	214	289
		Frecuencia esperada	75,0	214,0	289,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	40,818 ^a	8	,000
Razón de verosimilitudes	46,674	8	,000
Asociación lineal por lineal	27,379	1	,000
N de casos válidos	289		

a. 11 casillas (61,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,52.

La variable *Procedencia de la pensión* se asocia:

- FAMILIA: con 1 (Pensión Contributiva de Jubilación)
- RESIDENCIA: con 7 (No sabe/No contesta).

SATISFACCIÓN DE LA VIDA

V32 * V53

Tabla de contingencia					
			V53		Total
			1	2	
V32	1	Recuento	62	97	159
		Frecuencia esperada	40,0	119,0	159,0
		Residuos corregidos	5,9	-5,9	
2	2	Recuento	11	42	53
		Frecuencia esperada	13,3	39,7	53,0
		Residuos corregidos	-,8	,8	
3	3	Recuento	2	84	86
		Frecuencia esperada	21,6	64,4	86,0
		Residuos corregidos	-5,8	5,8	
Total		Recuento	75	223	298
		Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	40,512 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	50,462	2	,000
Asociación lineal por lineal	40,375	1	,000
N de casos válidos	298		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 13,34.

La variable *Satisfacción de la vida* se asocia:

- FAMILIA: con 1 (Si)
- RESIDENCIA: con 3 (No sabe/No contesta).

RENUNCIAR A ACTIVIDADES E INTERESES

V33 * V53					
Tabla de contingencia					
		V53		Total	
		1	2		
V33	1	Recuento	39	67	106
		Frecuencia esperada	26,7	79,3	106,0
		Residuos corregidos	3,4	-3,4	
	2	Recuento	34	72	106
		Frecuencia esperada	26,7	79,3	106,0
		Residuos corregidos	2,0	-2,0	
	3	Recuento	2	84	86
		Frecuencia esperada	21,6	64,4	86,0
		Residuos corregidos	-5,8	5,8	
Total		Recuento	75	223	298
		Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0
Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)		
Chi-cuadrado de Pearson	34,117 ^a	2	,000		
Razón de verosimilitudes	44,769	2	,000		
Asociación lineal por lineal	28,362	1	,000		
N de casos válidos	298				

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 21,64.

La variable *Renunciar a actividades e intereses* se asocia:

- FAMILIA: con 1 (Si) y 2 (No)
- RESIDENCIA: con 3 (No sabe/No contesta).

SENTIR QUE SU VIDA ESTÁ VACÍA

V34 * V53					
Tabla de contingencia					
		V53		Total	
		1	2		
V34	1	Recuento	24	63	87
		Frecuencia esperada	21,9	65,1	87,0
		Residuos corregidos	,6	-,6	
	2	Recuento	49	76	125
		Frecuencia esperada	31,5	93,5	125,0
		Residuos corregidos	4,7	-4,7	
	3	Recuento	2	84	86
		Frecuencia esperada	21,6	64,4	86,0
		Residuos corregidos	-5,8	5,8	
Total		Recuento	75	223	298
		Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0
Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)		
Chi-cuadrado de Pearson	37,164 ^a	2	,000		
Razón de verosimilitudes	47,353	2	,000		
Asociación lineal por lineal	14,468	1	,000		
N de casos válidos	298				

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 21,64.

La variable *Sentir que su vida está vacía* se asocia:

- FAMILIA: con 2 (No)
- RESIDENCIA: con 3 (No sabe/No contesta).

SENTIRSE A MENUDO ABURRIDO/A

V35 * V53

Tabla de contingencia

		V53		Total	
		1	2		
V35	1	Recuento	33	70	103
		Frecuencia esperada	25,9	77,1	103,0
		Residuos corregidos	2,0	-2,0	
	2	Recuento	40	69	109
		Frecuencia esperada	27,4	81,6	109,0
		Residuos corregidos	3,5	-3,5	
	3	Recuento	2	84	86
		Frecuencia esperada	21,6	64,4	86,0
		Residuos corregidos	-5,8	5,8	
Total		Recuento	75	223	298
		Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,101 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	44,756	2	,000
Asociación lineal por lineal	20,096	1	,000
N de casos válidos	298		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 21,64.

La variable *Sentirse a menudo aburrido/a* se asocia:

- FAMILIA: con 1 (Si) y 2 (No)
- RESIDENCIA: con 3 (No sabe/No contesta).

SENTIRSE ALEGRE Y OPTIMISTA CASI TODO EL TIEMPO

V36 * V53

Tabla de contingencia

		V53		Total	
		1	2		
V36	1	Recuento	41	77	118
		Frecuencia esperada	29,7	88,3	118,0
		Residuos corregidos	3,1	-3,1	
	2	Recuento	32	62	94
		Frecuencia esperada	23,7	70,3	94,0
		Residuos corregidos	2,4	-2,4	
	3	Recuento	2	84	86
		Frecuencia esperada	21,6	64,4	86,0
		Residuos corregidos	-5,8	5,8	
Total		Recuento	75	223	298
		Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33,504 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	44,258	2	,000
Asociación lineal por lineal	25,268	1	,000
N de casos válidos	298		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 21,64.

La variable *Sentirse alegre y optimista casi todo el tiempo* se asocia:

- FAMILIA: con 1 (Si) 2 (No)
- RESIDENCIA: con 3 (No sabe/No contesta).

TEMOR A QUE LE VAYA A PASAR ALGO MALO

V37 * V53

Tabla de contingencia					
		V53		Total	
		1	2		
V37	1	Recuento	26	43	69
		Frecuencia esperada	17,4	51,6	69,0
		Residuos corregidos	2,7	-2,7	
	2	Recuento	47	96	143
		Frecuencia esperada	36,0	107,0	143,0
		Residuos corregidos	2,9	-2,9	
	3	Recuento	2	84	86
		Frecuencia esperada	21,6	64,4	86,0
		Residuos corregidos	-5,8	5,8	
Total		Recuento	75	223	298
		Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,063 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	44,721	2	,000
Asociación lineal por lineal	27,474	1	,000
N de casos válidos	298		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 17,37.

La variable *Temor a que le vaya a pasar algo malo* se asocia:

- FAMILIA: con 1 (Si) y 2 (No)
- RESIDENCIA: con 3 (No sabe/No contesta).

SENTIRSE FELIZ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO

V38 * V53

Tabla de contingencia					
		V53		Total	
		1	2		
V38	1	Recuento	51	79	130
		Frecuencia esperada	32,7	97,3	130,0
		Residuos corregidos	4,9	-4,9	
	2	Recuento	22	60	82
		Frecuencia esperada	20,6	61,4	82,0
		Residuos corregidos	,4	-4	
	3	Recuento	2	84	86
		Frecuencia esperada	21,6	64,4	86,0
		Residuos corregidos	-5,8	5,8	
Total		Recuento	75	223	298
		Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	37,597 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	47,733	2	,000
Asociación lineal por lineal	36,332	1	,000
N de casos válidos	298		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 20,64.

La variable *Sentirse feliz la mayor parte del tiempo* se asocia:

- FAMILIA: con 1 (Si)
- RESIDENCIA: con 3 (No sabe/No contesta).

SENTIRSE A MENUDO SIN ESPERANZA

V39 * V53

Tabla de contingencia					
		V53		Total	
		1	2		
V39	1	Recuento	24	52	76
		Frecuencia esperada	19,1	56,9	76,0
		Residuos corregidos	1,5	-1,5	
	2	Recuento	49	87	136
		Frecuencia esperada	34,2	101,8	136,0
		Residuos corregidos	4,0	-4,0	
	3	Recuento	2	84	86
		Frecuencia esperada	21,6	64,4	86,0
		Residuos corregidos	-5,8	5,8	
Total		Recuento	75	223	298
		Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,003 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	44,677	2	,000
Asociación lineal por lineal	19,675	1	,000
N de casos válidos	298		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 19,13.

La variable *Sentirse a menudo sin esperanza* se asocia:

- FAMILIA: con 2 (No)
- RESIDENCIA: con 3 (No sabe/No contesta).

PREFERIR QUEDARSE EN CASA O SALIR

V40 * V53

Tabla de contingencia					
		V53		Total	
		1	2		
V40	1	Recuento	46	76	122
		Frecuencia esperada	30,7	91,3	122,0
		Residuos corregidos	4,2	-4,2	
	2	Recuento	27	63	90
		Frecuencia esperada	22,7	67,3	90,0
		Residuos corregidos	1,3	-1,3	
	3	Recuento	2	84	86
		Frecuencia esperada	21,6	64,4	86,0
		Residuos corregidos	-5,8	5,8	
Total		Recuento	75	223	298
		Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	35,123 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	45,618	2	,000
Asociación lineal por lineal	31,722	1	,000
N de casos válidos	298		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 21,64.

La variable *Preferir quedarse en casa o salir* se asocia:

- FAMILIA: con 1 (Si)
- RESIDENCIA: con 3 (No sabe/No contesta).

DAR LA IMPRESIÓN DE TENER MÁS FALLOS DE MEMORIA QUE LOS DEMÁS

V41 * V53					
Tabla de contingencia					
		V53		Total	
		1	2		
V41	1	Recuento	33	48	81
		Frecuencia esperada	20,4	60,6	81,0
		Residuos corregidos	3,8	-3,8	
	2	Recuento	40	91	131
		Frecuencia esperada	33,0	98,0	131,0
		Residuos corregidos	1,9	-1,9	
	3	Recuento	2	84	86
		Frecuencia esperada	21,6	64,4	86,0
		Residuos corregidos	-5,8	5,8	
Total		75	223	298	
		Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0

Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	36,259 ^a	2	,000	
Razón de verosimilitudes	46,537	2	,000	
Asociación lineal por lineal	32,991	1	,000	
N de casos válidos	298			

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 20,39.

La variable *Tener la impresión de tener más fallos de memoria que los demás* se asocia:

- FAMILIA: con 1 (Si)
- RESIDENCIA: con 3 (No sabe/No contesta).

CREER QUE ES AGRADABLE ESTAR VIVO/A

V42 * V53					
Tabla de contingencia					
		V53		Total	
		1	2		
V42	1	Recuento	56	110	166
		Frecuencia esperada	41,8	124,2	166,0
		Residuos corregidos	3,8	-3,8	
	2	Recuento	17	29	46
		Frecuencia esperada	11,6	34,4	46,0
		Residuos corregidos	2,0	-2,0	
	3	Recuento	2	84	86
		Frecuencia esperada	21,6	64,4	86,0
		Residuos corregidos	-5,8	5,8	
Total		75	223	298	
		Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0

Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	33,689 ^a	2	,000	
Razón de verosimilitudes	44,410	2	,000	
Asociación lineal por lineal	26,328	1	,000	
N de casos válidos	298			

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11,58.

La variable *Creer que es agradable estar vivo/a* se asocia:

- FAMILIA: con 1 (Si) y 2 (No)
- RESIDENCIA: con 3 (No sabe/No contesta).

SI SE LES HACE DURO EMPEZAR NUEVOS PROYECTOS

V43 * V53					
Tabla de contingencia					
		V53			
		1	2	Total	
V43	1	Recuento	47	81	128
		Frecuencia esperada	32,2	95,8	128,0
		Residuos corregidos	4,0	-4,0	
	2	Recuento	26	58	84
		Frecuencia esperada	21,1	62,9	84,0
		Residuos corregidos	1,4	-1,4	
	3	Recuento	2	84	86
		Frecuencia esperada	21,6	64,4	86,0
		Residuos corregidos	-5,8	5,8	
Total		Recuento	75	223	298
		Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,386 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	44,998	2	,000
Asociación lineal por lineal	30,147	1	,000
N de casos válidos	298		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 21,14.

La variable *Si se les hace duro empezar nuevos proyectos* se asocia:

- FAMILIA: con 1 (Si)
- RESIDENCIA: con 3 (No sabe/No contesta).

SENTIRSE LLENOS DE ENERGÍA

V44 * V53					
Tabla de contingencia					
		V53			
		1	2	Total	
V44	1	Recuento	36	76	112
		Frecuencia esperada	28,2	83,8	112,0
		Residuos corregidos	2,2	-2,2	
	2	Recuento	37	63	100
		Frecuencia esperada	25,2	74,8	100,0
		Residuos corregidos	3,3	-3,3	
	3	Recuento	2	84	86
		Frecuencia esperada	21,6	64,4	86,0
		Residuos corregidos	-5,8	5,8	
Total		Recuento	75	223	298
		Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,152 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	44,798	2	,000
Asociación lineal por lineal	20,381	1	,000
N de casos válidos	298		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 21,64.

La variable *Sentirse lleno de energía* se asocia:

- FAMILIA: con 1 (Si) y 2 (No)
- RESIDENCIA: con 3 (No sabe/No contesta).

SENTIR QUE SU SITUACIÓN ES ANGUSTIOSA Y/O DESESPERADA

V45 * V53					
Tabla de contingencia					
			V53		Total
			1	2	
V45	1	Recuento	20	49	69
		Frecuencia esperada	17,4	51,6	69,0
		Residuos corregidos	,8	-,8	
	2	Recuento	53	90	143
		Frecuencia esperada	36,0	107,0	143,0
		Residuos corregidos	4,5	-,5	
	3	Recuento	2	84	86
		Frecuencia esperada	21,6	64,4	86,0
		Residuos corregidos	-,8	5,8	
Total	Recuento	75	223	298	
	Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0	

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	35,103 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	45,612	2	,000
Asociación lineal por lineal	17,052	1	,000
N de casos válidos	298		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 17,37.

La variable *Sentir que su situación es angustiosa y/o desesperada* se asocia:

- FAMILIA: con 2 (No)
- RESIDENCIA: con 3 (No sabe/No contesta).

CREER QUE OTROS VIVEN ECONÓMICAMENTE MEJOR QUE ELLOS/AS

V46 * V53					
Tabla de contingencia					
			V53		Total
			1	2	
V46	1	Recuento	39	67	106
		Frecuencia esperada	26,7	79,3	106,0
		Residuos corregidos	3,4	-,4	
	2	Recuento	34	72	106
		Frecuencia esperada	26,7	79,3	106,0
		Residuos corregidos	2,0	-,0	
	3	Recuento	2	84	86
		Frecuencia esperada	21,6	64,4	86,0
		Residuos corregidos	-,8	5,8	
Total	Recuento	75	223	298	
	Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0	

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,117 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	44,769	2	,000
Asociación lineal por lineal	28,362	1	,000
N de casos válidos	298		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 21,64.

La variable *Creer que otros viven económicamente mejor que ellos/as* se asocia:

- FAMILIA: con 1 (Si) y 2 (No)
- RESIDENCIA: con 3 (No sabe/No contesta).

SEXO

V49 * V53

Tabla de contingencia					
		V53		Total	
		1	2		
V49	1	Recuento	45	147	192
		Frecuencia esperada	48,3	143,7	192,0
		Residuos corregidos	-,9	,9	
	2	Recuento	30	76	106
		Frecuencia esperada	26,7	79,3	106,0
		Residuos corregidos	,9	-,9	
Total		Recuento	75	223	298
		Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,858 ^a	1	,354		
Corrección por continuidad ^b	,619	1	,431		
Razón de verosimilitudes	,849	1	,357		
Estadístico exacto de Fisher				,403	,215
Asociación lineal por lineal	,855	1	,355		
N de casos válidos	298				

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 26,68. b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

No se determina diferencias estadísticamente significativas.

ESCALA DE YESAVAGE

V50 * V53

Tabla de contingencia					
		V53		Total	
		1	2		
V50	0	Recuento	6	2	8
		Frecuencia esperada	2,0	6,0	8,0
		Residuos corregidos	-,3	-,3	
	1	Recuento	9	19	28
		Frecuencia esperada	7,0	21,0	28,0
		Residuos corregidos	,9	-,9	
	2	Recuento	3	13	16
		Frecuencia esperada	4,0	12,0	16,0
		Residuos corregidos	-,6	,6	
	5	Recuento	8	11	19
		Frecuencia esperada	4,8	14,2	19,0
		Residuos corregidos	1,8	-,8	
	4	Recuento	5	11	16
		Frecuencia esperada	4,0	12,0	16,0
		Residuos corregidos	,6	-,6	
	5	Recuento	5	7	12
		Frecuencia esperada	3,0	9,0	12,0
		Residuos corregidos	1,3	-,3	
	6	Recuento	4	12	16
		Frecuencia esperada	4,0	12,0	16,0
		Residuos corregidos	,0	,0	
	7	Recuento	2	9	11
		Frecuencia esperada	2,8	8,2	11,0
		Residuos corregidos	-,5	,5	
	8	Recuento	7	11	18
		Frecuencia esperada	4,5	13,5	18,0
		Residuos corregidos	1,4	-,4	
	9	Recuento	6	10	16
		Frecuencia esperada	4,0	12,0	16,0
		Residuos corregidos	1,2	-,2	
	10	Recuento	9	10	19
		Frecuencia esperada	4,8	14,2	19,0
		Residuos corregidos	2,3	-,3	
	11	Recuento	0	4	4
		Frecuencia esperada	1,0	3,0	4,0
		Residuos corregidos	-,2	1,2	
	12	Recuento	3	11	14
		Frecuencia esperada	3,5	10,5	14,0
		Residuos corregidos	-,3	,3	
	13	Recuento	2	3	5
		Frecuencia esperada	1,3	3,7	5,0
		Residuos corregidos	,8	-,8	
	14	Recuento	2	4	6
		Frecuencia esperada	1,5	4,5	6,0
		Residuos corregidos	,5	-,5	
	15	Recuento	2	2	4
		Frecuencia esperada	1,0	3,0	4,0
		Residuos corregidos	1,2	-,2	
	16	Recuento	2	84	86
		Frecuencia esperada	21,6	64,4	86,0
		Residuos corregidos	-,8	5,8	
Total		Recuento	75	223	298
		Frecuencia esperada	75,0	223,0	298,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	52,294 ^a	16	,000
Razón de verosimilitudes	61,203	16	,000
Asociación lineal por lineal	23,010	1	,000
N de casos válidos	298		

a. 19 casillas (55,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,01.

La variable *Escala de Yesavage* se asocia:

- RESIDENCIA: con 16 (No sabe/No contesta).