

**CUIDADOS Y CALIDAD DE VIDA EN
VILAFRANCA DEL PENEDE`S:**

**“LOS MAYORES DE 75 Y MÁS AÑOS ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE
ATENCIÓN DOMICILIARIA Y SUS CUIDADORES FAMILIARES”**

Por

Montserrat Puig Llobet

Para optar al título de Doctora en Sociología

Directora de tesis.

Dra. Nuria Rodríguez Ávila

Programa de Doctorado de Sociología, Bienio 2000-2002
Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones



UNIVERSITAT DE BARCELONA



2009

A Xavi por ayudarme en mis proyectos,
compartir experiencias y
motivarme en la realización de este trabajo.

A mis padres Arturo y Rosalia
por animarme y apoyarme en todos
los proyectos de mi vida.

Agradecimientos	7
Introducción.....	9
Prefacio.....	11
Justificación del estudio	14
PARTE TEÓRICA.....	21
Capítulo 1. Necesidades Humanas y Calidad de Vida	23
1.1. Perspectiva sociológica de las necesidades humanas	25
1.2. La Socialización en la satisfacción de las necesidades	31
1.3. Evolución y medición de la calidad de vida.....	37
Capítulo 2. Vejez, Dependencia y Cuidados	63
2.1. Construcción social de la vejez.....	65
2.2. Teorías sociales del envejecimiento	69
2.3. Envejecimiento de la población	76
2.4. Dependencia y cuidado	84
2.5. Componentes acerca del cuidar	96
Capítulo 3. Estado actual de los cuidados de larga duración	113
3.1. Cuidados de larga duración en el adulto mayor dependiente.....	115
3.2. Organizaciones y recursos a nivel nacional.....	116
3.3. Servicios sanitarios y sociales en Vilafranca del Penedès.....	123
3.4. La Ley de Dependencia en España.....	136
3.5. Protección social a la dependencia en el ámbito internacional.....	146
PARTE EMPÍRICA.....	153
Capítulo 4. Diseño y Metodología de estudio	155
4.1. Objetivos.....	157
4.2. Hipótesis	160
4.3. Metodología de la investigación.....	167
4.4. Limitaciones.....	176
Capítulo 5. Los Mayores dependientes: Cuidados y Calidad de Vida	179
5.1. Aspectos sociodemográficos	181
5.2. Estilo de vida	185
5.3. Relaciones personales con el cuidador familiar.....	191
5.4. Valoración de los cuidados	193

5.5. Percepción de salud y dependencia	195
5.6. Características del entorno	198
5.7. Percepción de calidad de vida: bienestar subjetivo	199
Capítulo 6. Cuidador familiar y profesional del mayor dependiente	219
6.1. Cuidadores familiares	221
6.2. Cuidadores profesionales	242
Capítulo 7. Modelos conceptuales de Calidad de Vida en mayores dependientes y cuidadores familiares	255
7.1. Modelos de CV a nivel internacional e nacional	257
7.2. Modelo Conceptual de CV para Personas Mayores Dependientes	261
7.3. Modelo Conceptual de CV para los Cuidadores Familiares.....	264
7.4. ¿Qué aportan estos Modelos Conceptuales de CV?	270
Capítulo 8. Discusión y Conclusiones.....	273
8.1. Persona mayor dependiente.....	276
8.2. Cuidador familiar.....	278
8.3. Cuidador profesional.....	279
8.4. Conclusiones finales.....	281
8.5. Reflexiones y nuevas propuestas de investigación	288
Bibliografía.....	293
ANEXOS	325
Anexo I Cuestionario: Persona Mayor Dependiente	327
Anexo II Cuestionario: Cuidador Familiar	337
Anexo III Cuestionario: Profesional Sanitario.....	349
Anexo IV. Estudios de calidad de vida en personas mayores	355
Anexo V. Estudios sobre cuidadores familiares.....	356
Índice de tablas y gráficos.....	359
Relación de Siglas.....	363

Agradecimientos

En la realización de esta tesis doctoral he contado con el apoyo de una serie de personas y organismos a los cuales agradezco enormemente su colaboración.

Un primer agradecimiento se lo debo a mi Directora de tesis, la Dra. Nuria Rodríguez. Esta tesis quizás no se hubiera llevado a cabo sin la motivación y empuje que ha ido prestándome desde el inicio de este trabajo, incluso mucho antes de convertirse en mi Directora. Su preocupación para que avanzara en este trabajo, su ayuda en la corrección de mis errores, así como la facilidad en proporcionarme los instrumentos necesarios y su apoyo, en lo profesional y en lo personal, me ha motivado a seguir avanzando.

Expreso una profunda gratitud a la Dra. Maria Teresa Lluch, en su ayuda en algunos matices de la tesis, así como al ánimo, apoyo y motivación prestada. También agradezco enormemente la gran ayuda y sabios consejos del Dr. Jaume Farràs. Así como la del Dr. José Luís C. Bosch por ayudarme en la elección de la muestra. En general, agradecer a todas las personas del Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones de la Universidad de Barcelona, que me han apoyado durante la realización de mi doctorado y tesis doctoral. Sin olvidar al Dr. Oscar Guasch en su ayuda como profesor durante los cursos de doctorado, a la Dra. Carmen Domínguez-Alcón por guiarme en mi primer camino hacia la realización de la presente tesis doctoral y a Marta Serra.

También ha sido importante la ayuda de mis compañeras de doctorado, y ahora amigas, con las que hemos compartido momentos de desánimo y diversión. Sin ellas, la cuesta hubiera sido sin lugar a dudas mucho más larga. Gracias Mari Carmen Barco, Marta Calleja y Luz Dary Salazar.

Agradecer la ayuda proporcionada por los profesionales del Área Básica de Salud de *Vilafranca del Penedès*, gracias a su colaboración he podido contactar con las personas elegidas de la muestra, en especial agradecer a Àngels Mata su colaboración y motivación en el proyecto, así como al personal de enfermería que colaboró en este trabajo desinteresadamente.

Me gustaría destacar a mis compañeras de la Escuela de Enfermería de la *Universitat de Barcelona*, en especial a Pilar Sabater por compartir muchos momentos de ánimo, motivación y reflexión, y a Mercedes Ugalde por su ánimo. También agradecer el ánimo de compañeras de las Escuelas de Enfermería de Gimbernat, *Sant Joan de Déu* y *Verge de la Cinta de Tortosa*. Agradecer el apoyo recibido por mis compañeros del servicio de prevención del cáncer del Instituto Catalán de Oncología, en especial al grupo de trabajo liderado por Esteve Fernández.

El apoyo recibido por la Obra social de *Caixa Penedès*, a su director Josep Cortés por interesarse por el proyecto. Así mismo, el Ayuntamiento de *Vilafranca del Penedès*, que aportó información y documentación necesaria. En especial Esperanza Borrull, Francesc Sáez y Nati Santacana.

No quisiera olvidarme de la ayuda de mis amigos por sus ánimos, paciencia y apoyo recibido: Marta Aguado, Elisabeth Aullón, Mercè Beumala, Marta Carbó, Eva Casas, Albert Cortés, Hug Cuellar, Silvia Martí, Mari Carmen Moreno, Olga Gutiérrez, Núria Novell, Laura Parra, Carles Rivas, Sandra Rodríguez, Jaume Termens, y Encarna Úbeda. Así como de Pere Domènech y Mercè Mascaró.

Mi último agradecimiento es para las personas entrevistadas, por dedicarme parte de su tiempo y contarme sus vivencias y opiniones en situaciones que a veces eran muy difíciles para ellos.

Introducción

Prefacio

La presente tesis versa sobre los cuidados y la calidad de vida de las personas mayores dependientes y sus cuidadores familiares. El marco de esta investigación es la ciudad de *Vilafranca del Penedès*, ubicada en la comarca de *l'Alt Penedès*, provincia de Barcelona, elegida debido a sus características poblacionales y culturales que explicaremos más adelante.

Conocer los comportamientos, expresiones, ideas e iniciativas de las personas mayores dependientes y sus cuidadores nos permite desvelar las formas en que puede mejorarse la calidad de vida en los cuidados de larga duración. Por consiguiente, esto nos ha de permitir plantear un modelo de atención de cuidados y una organización de servicios sociosanitarios que pueda utilizarse no sólo en la ciudad de *Vilafranca del Penedès*, sino en otras ciudades con características sociodemográficas, económicas y políticas semejantes.

Mi interés en el tema de la presente tesis doctoral, se debe a mi experiencia como enfermera de atención primaria, donde pude observar situaciones problemáticas tanto en los cuidadores familiares responsables del cuidado, como en los mayores dependientes que recibían cuidados de larga duración. Además, a nivel personal he vivido la experiencia en mi entorno de lo que conlleva ser cuidador de una persona dependiente. Ante esta situación pensé que estas circunstancias deberían ser tomadas en consideración por parte de las administraciones, y por parte de los familiares de la persona mayor dependiente. Las personas que se encuentran en estas situaciones saben los problemas que supone para una familia adaptarse a los cambios que comporta tener que cuidar de una persona dependiente sin tener los recursos y ayudas suficientes. La calidad de vida es muy importante, no sólo para las personas mayores dependientes que merecen vivir sus últimos años con dignidad sino también para sus cuidadores, pues los años pasan para todos.

Actualmente, la sensibilización de esta problemática está cada vez más contemplada en la sociedad actual. En la nueva Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (llamada también Ley de Dependencia) ¹ aprobada en España el año 2006, se legitima la situación y se recoge la necesidad de ayudar a las personas que participan en los cuidados de larga duración. Sin embargo, aun deberán pasar algunos años para valorar el funcionamiento y el impacto de esta ley.

Mi formación académica en Enfermería y en Antropología Social, así como los cursos de Doctorado en Sociología, me han guiado hacia la búsqueda de respuestas a la situación actual de los cuidados de larga duración desde las ciencias sociales y desde las ciencias de la salud, para tratar explorar la conexión de éstas con la calidad de vida. La elección de la ciudad de *Vilafranca del Penedès* se detalla ampliamente en el apartado de justificación del estudio y en el capítulo metodológico. Es mi ciudad de residencia y he visto su evolución en los últimos años, observando que dispone de unos servicios sociosanitarios muy acordes con lo que propone la Ley de Dependencia, y por tanto, resulta ser un buen contexto de estudio.

Esta investigación está estructurada en dos partes. La parte teórica consta de tres capítulos. El **capítulo I** comprende el marco teórico sobre las necesidades humanas y la calidad de vida, detallando las distintas visiones conceptuales. El **capítulo II** describe la construcción social y los cambios que se producen en la vejez, las teorías sociales del envejecimiento, el envejecimiento de la población, el análisis del término dependencia y sus dimensiones, las consideraciones acerca del cuidar, y los cuidados formales e informales en el marco de los cuidados de larga duración. Dicho capítulo es necesario para entender los elementos implicados en la calidad de vida de las personas mayores y sus cuidadores. El **capítulo III** describe las características de los cuidados de larga duración, las organizaciones y los recursos a nivel nacional para solventar los

¹ La ley de Dependencia, propone los siguientes servicios: teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día, centros de noche y atención residencial.

cuidados de larga duración, los servicios sociosanitarios de la ciudad de *Vilafranca del Penedès*, así como la protección a la dependencia en España y a nivel internacional. Dicho capítulo permite conocer el estado actual de los recursos destinados a la dependencia.

La segunda parte comprende la base empírica de la investigación, la cual consta de cinco capítulos. Un **capítulo IV** donde se describen los objetivos, las hipótesis, la metodología, el diseño de investigación utilizado, la justificación del lugar de estudio y las limitaciones. En los **capítulos V y VI** se describen los resultados agregados de las entrevistas realizadas. El **capítulo V** muestra el análisis de los cuidados y calidad de vida de los mayores dependientes y el **capítulo VI** muestra el análisis de los cuidadores familiares y de los profesionales. En el **capítulo VII** se presenta la propuesta de los modelos de cuidados y calidad de vida elaborados para las personas mayores dependientes y cuidadores familiares, contruidos a partir de los resultados obtenidos. Por último, en el **capítulo VIII** se presentan las conclusiones finales y se realiza la discusión entorno a las hipótesis planteadas inicialmente en el estudio.

Justificación del estudio

En las próximas líneas se describe de forma sintetizada la justificación del tema y lugar de estudio, en tanto que en los capítulos teóricos y en el capítulo de metodología se detallará de forma más amplia. El tema objeto de estudio se sustenta en la interacción social de cuatro conceptos clave: las necesidades humanas, la calidad de vida, la vejez y el cuidado formal e informal en los cuidados de larga duración. En el marco de la sociología, estos conceptos están vinculados a los planteamientos del funcionalismo y, de forma más concreta, a las formulaciones que esta perspectiva hace entorno a la socialización y al rol social de los actores implicados, que en nuestra tesis, ubicamos en el espacio de los cuidados de larga duración en personas mayores dependientes.

Tal y como refleja la literatura, partimos de un constructo, la calidad de vida, difícil de definir y medir. Este hecho es aún más complejo si lo ubicamos en la vejez. Los estudios de este grupo de edad no han adquirido relevancia hasta mediados del siglo XX, y en consecuencia la necesidad de conocer la calidad de vida de los mayores tampoco ha sido considerado como algo prioritario y aún menos en las personas mayores dependientes (O'Shea, 2003). Sin embargo, en los últimos años, el envejecimiento de la población ha fomentado el interés y preocupación de la calidad de vida de las personas mayores, aumentando el número de estudios destinados a este colectivo (Castellón y Romero, 2004; *Fundació Viure i Conviure*, 2006; Rodríguez et al., 2006a). Los estudios sobre calidad de vida, se ubican en dos tipos de perspectivas: por un lado, el enfoque positivo de la investigación social, que se centra en aspectos positivos tales como la autonomía, la autoestima, la actividad social y la satisfacción con la vida y, por otro lado, el enfoque negativo de la gerontología clínica, que atribuye de forma normativa una declinación global del individuo en la vejez, centrando el interés en las necesidades de cuidados de las personas mayores dependientes (*Fundació Viure i Conviure*, 2006).

En nuestro estudio, queremos valorar la calidad de vida de los individuos implicados en los cuidados de larga duración, para establecer qué aspectos y iniciativas son importantes, tanto para los mayores cuidados como para sus cuidadores; ello nos interesa para aplicar mejoras en una sociedad cada vez más envejecida, donde la problemática que produce la dependencia influye en la forma de organización pública y privada (Campo, 2000; Casado y López, 2001). Las personas mayores dependientes necesitan ayuda de su cuidador y, en muchas ocasiones, esta ayuda es insuficiente o inadecuada, además muchos mayores aceptan o se resignan a su situación, por el rol que les toca ocupar en la sociedad actual. Los cuidadores principales deben afrontar los cuidados de forma solitaria y con pocos recursos humanos y materiales disponibles, provocando cambios en el estilo de vida de estos cuidadores. Sin embargo, la socialización del cuidado, sobre todo en mujeres cuidadoras, hace que no se exprese como necesidad el hecho de tener una sobrecarga de cuidados. El cuidado informal, está sufriendo además cambios que comprometen tanto su permanencia como su calidad (Domínguez-Alcón, 1998b, 2001; Bazo, 1998; Alberdi, 1999; Campo, 2000).

Basándonos en los planteamientos sociológicos sobre la socialización y el rol social del funcionalismo (que describimos más adelante en el capítulo 1) pretendemos valorar el rol social de los actores implicados en los cuidados de (las personas mayores dependientes y sus cuidadores) y la incidencia que este rol tiene en la calidad de vida de los mismos, considerando en todo momento el proceso de socialización que cada actor tiene y que traduce o refleja en su modo de sentir y de actuar, por ello será necesario identificar la percepción subjetiva de la calidad de vida de las personas mayores dependientes y sus cuidadores, de forma que sus opiniones y percepciones puedan constituir una información válida para conocer los elementos objetivos y subjetivos que participan en su calidad de vida. Situando nuestro estudio desde un enfoque positivo y multidimensional, ubicándolo dentro de la perspectiva que combina las condiciones de vida y la satisfacción (aspectos objetivos y subjetivos).

El estudio de la calidad de vida está cobrando día a día especial relevancia desde distintas disciplinas: psicológicas, sociológicas, de salud, históricas, entre otras (Castellón y Del Pino, 2003; Fernández-Mayoralas et al., 2007). Se subraya que si bien la Sociología no ha sido la ciencia que más ha profundizado en el estudio de la calidad de vida, los componentes sociales están presentes en todos los planteamientos que se han ido formulando. Y en este sentido, pensamos que el trabajo de investigación que presentamos puede contribuir a reforzar la conexión de un constructo genérico como es la calidad de vida con unos planteamientos sociológicos que contemplan al ser humano en un contexto social en el cual las necesidades humanas y el cómo sus miembros se organizan para cubrirlas son una fuente principal de reflexión y estudio.

Por tanto, desde la perspectiva sociológica y, más concretamente desde el funcionalismo, interesa valorar el trabajo en aquellos enfoques de la calidad de vida que contemplan una perspectiva multidimensional en la cual se incluye la importancia de los componentes sociales en el constructo. Existen algunos trabajos que han estudiado la calidad de vida en personas mayores². Y también se ha localizado un trabajo que valora la calidad de vida en los cuidadores³. Estos estudios han servido de orientación en nuestro trabajo, pero

² Uno de los trabajos a destacar es el realizado por la *Fundación Viure i Conviure*. El objetivo de este estudio era conocer la calidad de vida de las personas mayores de *Catalunya* que viven en su domicilio, y establecer posibles relaciones entre calidad de vida de la gente mayor y otras variables estudiadas (sociodemográficas, socioeconómicas, estado de salud, hábitos que afecta a la salud, satisfacción, autopercepción, comorbilidad, problemas cognitivos, síntomas depresivos y discapacidad). Delimitando el territorio según las regiones sanitarias de *Catalunya*. En sus resultados destaca que las regiones donde hay una valoración más alta de calidad de vida (buena y muy buena) es en el Entorno Metropolitano, Comarcas Gironinas y Barcelona Ciudad. Ambito de Ponent y Alt Pirineus con una valoración intermedia y Terres de l'Ebre y Camp de Tarragona con una valoración baja de calidad de vida buena/muy buena (Fundació Viure i Conviure, 2006). Para observar otros estudios ver **Anexo IV**.

³ El objetivo del estudio "El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental" es valorar la calidad de vida del cuidador primario de familiares con dependencia funcional e identificar las características sociodemográficas de los sujetos implicados, el apoyo social y salud mental como variables asociadas, así como los niveles de deterioro cognitivo y dependencia funcional de las personas objeto de cuidados. Las variables utilizadas son referentes a datos sociodemográficos del cuidador, la calidad de vida, salud mental percibida, apoyo social, variables sociodemográficas y dependencia del paciente. Su conclusión principal establece que la calidad de vida global es percibida como positiva por la mayoría de los cuidadores, siendo el apoyo social y la satisfacción general los dominios de mayor fortaleza; y los de sobrecarga y ausencia de tiempo libre, los de mayor deterioro (Pérez, 2006). Para observar otros estudios ver **Anexo V**.

no se ha localizado ningún estudio que se centre de forma específica en un sector de la población anciana con un nivel de dependencia importante e incluido en un programa de Atención Domiciliaria, y que, por tanto, tiene un rol social limitado por su propia situación de salud. En este sentido pensamos que el estudio que presentamos supone un acercamiento para incrementar la visibilidad de las necesidades de un grupo social de población al que se le debe, si cabe, un nivel de atención superior por su larga trayectoria de vida. Por otro lado, pensamos que es relevante el hecho de estudiar de forma complementaria los dos actores principales de una situación de dependencia: las personas mayores dependientes y las personas que los cuidan, y que juntos configuran una unidad social.

Por último, el hecho de explorar la relación entre las necesidades de los mayores dependientes y sus cuidadores con el constructo de calidad de vida, puede aportar algunos datos que favorezcan la reflexión entorno a la calidad de vida en la vejez, rompiendo incluso algunos mitos procedentes especialmente, de las perspectivas más negativas en las que se puede pensar que vejez y buena calidad de vida son incompatibles. En este sentido, hemos considerado de gran relevancia el estudio de las percepciones subjetivas de los participantes en el estudio. Los resultados pueden servir para dejar perfilado una potencial perspectiva social de la calidad de vida en la vejez, donde se contemplen las múltiples dimensiones que intervienen en los cuidados que la población objeto de estudio precisa. En todo nuestro trabajo nos ha guiado una concepción integral del cuidar y pensamos que esta idea contribuye a reforzar la influencia que la sociología tiene en el ámbito de la salud, identificando la función de las instituciones sociosanitarias en los cuidados domiciliarios. Siendo nuestra pregunta de investigación la siguiente: ¿Qué elementos participan en la calidad de vida de las personas mayores dependientes de 75 y más años y sus cuidadores familiares atendidos por el servicio domiciliario ATDOM? detallada ampliamente en el capítulo metodológico.

La elección de la ciudad de *Vilafranca del Penedès* como lugar de estudio se debe a distintos motivos. Por un lado, por el tamaño de la ciudad, que a pesar de tener unos 36.656 habitantes (Idescat, 2008), tiene una organización social y cultural peculiar que le confieren características de localidad más pequeña. Por ello, nos pareció interesante conocer la organización de su gente en situaciones en las que es necesario una alta motivación y solidaridad para realizar con calidad los cuidados de larga duración. La ciudad cuenta además con todos los servicios que propone la Ley de Dependencia en España. En los últimos años *Vilafranca* está creciendo mucho y está construyendo nuevos distritos, lo que motiva el interés por obtener información de las vivencias de los mayores y cuidadores estudiados, de forma que pueda servir de práctica o experiencia en próximos estudios, y en otras ciudades de características similares. Por otro lado, también se eligió *Vilafranca* por los resultados publicados en un reciente estudio, que concluye que la ciudad tiene unos niveles altos de servicios de ayuda a domicilio, muy por encima de la mediana de otros municipios de la provincia de Barcelona, estos servicios atienden en *Vilafranca* a 16,1 usuarios por cada 1.000 habitantes, en tanto que el resto de municipios llega sólo a 5,4 usuarios (*Ajuntament de Vilafranca del Penedès*, 2007g). Por ello es interesante analizarlo y relacionarlo con la calidad de vida de los factores y actores implicados. En la ciudad además la evolución de la población de 75 y más años ha aumentado casi un 25% en los últimos años (*Consell Comarcal de l'Alt Penedès*, 2006). Y por último, el interés mostrado por la *Caixa Penedès* y su financiación del proyecto, fue un elemento también decisivo para avanzar en la realización del mismo.

De la aproximación teórica a la metodología utilizada

En cuanto a la metodología utilizada, se ha establecido la técnica de estudio de caso. En los estudios de casos se han de marcar los límites y analizar su contexto. La presente tesis corresponde a un estudio de caso, concretamente el de las personas mayores dependientes de 75 y más años adscritas al servicio de Atención Domiciliaria (ATDOM) y sus cuidadores en la ciudad de *Vilafranca del Penedès*. Tradicionalmente los estudios de casos se han

considerado como un método de investigación carente de precisión, con poca objetividad y rigor. Sin embargo, cada vez va ganando más peso en el campo académico (Yin, 1994; Bonache, 1999; Gummesson, 2000). Tal y como detalla Coller (2000:23): “la Sociología y el conocimiento sociológico no se explican sin el recurso a los estudios de caso”. Somos conscientes de que optar por esta técnica implica consecuencias en relación a la fiabilidad y validez, sobre todo en relación a la capacidad para generalizar y extrapolar los resultados adquiridos a partir de ella. Los criterios para elegir la muestra de estudio no suelen corresponderse con los que se utilizan en los estudios cuantitativos y por tanto, no pueden aplicarse los mismos principios de validez y fiabilidad. Los resultados y conclusiones sólo pueden extrapolarse en los casos estudiados, o en algunos casos, con otros estudios que comparten iguales características. Por ello Coller (2000) recomienda que los resultados y conclusiones deben compararse y triangularse con otras fuentes e investigaciones sobre el tema de estudio, detallando los pasos seguidos al seleccionar los casos según unas determinadas características.

En nuestro estudio, se han obtenido datos cuantitativos y cualitativos. Los datos cuantitativos proceden de las preguntas objetivas del cuestionario aplicado, aunque señalamos que dichos datos no son extrapolables o generalizables, pues sólo nos sirven para compararlos con los sujetos de nuestro estudio y en los programas de servicios de atención domiciliaria. Los datos cualitativos se han realizado a partir de preguntas abiertas que han dado lugar a entrevistas en profundidad sobre los temas de calidad de vida y bienestar subjetivo. En el capítulo 4 pasamos a detallar explícitamente la metodología utilizada.

PARTE TEÓRICA

Capítulo 1. Necesidades Humanas y Calidad de Vida

El marco teórico inicial de esta tesis, es el análisis conceptual de las necesidades humanas desde la perspectiva sociológica. Además, se exploran los planteamientos teóricos entorno al constructo calidad de vida, y los aspectos relacionados con la calidad de vida en las personas mayores dependientes y cuidadores familiares, con el objeto de reflejar la relación de la calidad de vida y las necesidades humanas en el marco social del abordaje del tema.

1.1. Perspectiva sociológica de las necesidades humanas

El estudio de las necesidades humanas no es nuevo, de hecho podemos remontarnos a postulados de Aristóteles, aunque el significado de necesidad ha ido modificándose al ir cambiando el contexto social y político. Es en la época de la industrialización y la postindustrialización cuando su estudio adquiere mayor relevancia (Kehl, 1993). En un principio los criterios productivistas y la idea de acumulación de bienes explicarían el bienestar, y en este sentido, el progreso del capitalismo y el desarrollo podían satisfacer las necesidades humanas. Sin embargo, con la crisis del Estado de Bienestar se fomenta la realización de estudios sobre las necesidades humanas desde otras perspectivas. La primera vez que aparece la noción de necesidades humanas básicas, fue en el seminario internacional patrocinado por UNCTAD (United Nation Conference on Trade and Development) y por el UNEP (United Nations Environmental Program) realizado en 1974 en México, llamado también la “Declaración de Cocoyoc”. Se entiende la noción de necesidad humana en el sentido de desarrollo de los seres humanos y no en el sentido de desarrollo de países o producción de bienes materiales. Desde este planteamiento, el desarrollo orientado hacia las necesidades va sustituyendo el concepto de bienestar ligado solamente al crecimiento económico (Kehl, 1993; Ballester, 1999). Son diversos los autores y las perspectivas sociológicas que han profundizado en el concepto de necesidad, clasificando los enfoques según la época de aparición. En general, todos los planteamientos se agrupan en dos

grandes grupos, la postura relativista y la postura universalista. Los relativistas intentan negar la noción de necesidades humanas como universales, determinando que las necesidades son distintas en función de diversos factores entre los que destaca el sexo, la edad, la raza, la cultura y las normas sociales adquiridas, entre otros factores que pueden influir en su percepción. En cambio los universalistas, piensan que debe haber algo independiente a los gustos y preferencias individuales y que pueda producir un prejuicio grave para todos, según esta perspectiva, las necesidades básicas pueden determinarse como objetivas y universales (Doyal y Gough, 1994).

Hemos analizado el concepto de necesidad según la evolución del constructo y su significado. En el siglo XIX, período de la industrialización, autores como Karl Marx (1818), Durkheim (1858), Georg Simmel (1858) y Max Weber (1864) dan su visión sobre el significado de necesidad. La perspectiva de Marx se centra sobre todo en el concepto de escasez o carencia, se entiende con ello cuando hay falta de bienes para cubrirla y cuya superación se impone al sujeto con gran prioridad para poder continuar su vida individual. Marx distingue entre impulsos permanentes como el hambre y el instinto sexual, que se modifican en la forma de expresarlo según el contexto cultural, y los impulsos relativos cuyo origen depende de la estructura social y de las condiciones de comunicación y producción. Las referencias aisladas que Marx expresa sobre las necesidades mantienen un marcado carácter ambivalente que se debate entre la universalidad de las necesidades y la subjetividad de las mismas, marcada por un contexto capitalista (Alguacil, 1998; Ballester, 1999). Durkheim, a partir de sus teorías sobre la anomia, describe que los apetitos humanos son insaciables, y que sólo una autoridad moral puede parar las necesidades ilimitadas del ser humano. Este autor define los hechos sociales como formas de actuar, de pensar y de sentir, que son externos al individuo, siendo las características básicas que representan a dichos hechos, la exterioridad, la coerción y la colectividad. Georg Simmel, por su parte rechaza que la pobreza se defina mediante una cantidad, o falta de cantidad, de dinero, puesto que establece que los pobres lo son desde la comparación con los niveles de vida de su comunidad, manteniendo un punto de vista relativista de la pobreza. Por

otro lado, Max Weber, insiste en que la motivación y las ideas del ser humano son las fuerzas que impulsan el cambio. Al contrario que Marx y Durkheim, Weber expone que los individuos disponen de la capacidad para actuar libremente y conformar su futuro (Giddens, 2007).

En el siglo XX, con la revolución tecnológica, aumentan los estudios y consideraciones acerca de las necesidades humanas y surgen distintas corrientes que discuten las necesidades humanas. Por un lado, la perspectiva marxista, que estudia el marxismo no como ideología política, sino en aras de actualizar los conceptos y problemas planteados en la obra de Marx. Dentro de dicha perspectiva encontramos a autores como Marcuse (1963), perteneciente a la Escuela de Frankfurt, que distingue entre falsas y verdaderas necesidades; como verdaderas se refiere a las propias del individuo y como falsas las que la sociedad le marca al individuo. Desde esta perspectiva se relativiza la existencia de las necesidades humanas (Kehl, 1993; Ballester, 1999). Dentro de esta postura, se destaca el trabajo de dos autores, que a pesar de no ser sociólogos, es conveniente detallar, es el trabajo de Doyal y Gough (1994) que, aun siendo de ideología marxista, ven las necesidades como objetivas e universales, y señalan como necesidades básicas la salud y la autonomía (Doyal y Gough, 1994). Por otro lado, el funcionalismo sostiene que la sociedad es un sistema complejo cuyas diversas partes funcionan conjuntamente para generar estabilidad y solidaridad, esta perspectiva entiende que las necesidades humanas motivan las acciones organizadas y crean instituciones que ayudan a satisfacer las necesidades de los individuos, y a medida que estas necesidades se vuelven más complejas, permiten el desarrollo de las estructuras sociales. Los funcionalistas mantienen una postura relativista de las necesidades (Giddens, 2007). Son diversos los autores que han hecho contribuciones destacadas, como Parsons (1902) y Merton (1910). En la evolución de dicha perspectiva se destaca el funcionalismo de Parsons; que entiende que un sistema social es un sistema de acción, y que dicho sistema es un todo estructurado con unas partes interdependientes que tienden a la estabilidad. Según este autor, la sociedad está compuesta por tres subsistemas: el sistema de la personalidad (necesidades individuales y motivaciones), el

sistema cultural (valores y creencias compartidas) y el sistema social (variedad de papeles sociales y normas). En la compleja evolución de la obra de Parsons, el tema de las necesidades aparece desde el principio, cuando busca construir una “teoría voluntaria de la acción”. Parsons estudia la forma en como se modela y modifica la acción individual respecto a determinados objetivos, ciertas personas y determinados símbolos culturales, que se cogen como modelos para las valoraciones y juicios. Es decir, las necesidades humanas son el resultado de la internalización en el sistema de personalidad (socialización) y de las pautas culturales que están institucionalizadas. Sin embargo, Merton (1910) cuestiona que una institución o elemento cultural, sea la única forma de satisfacer una necesidad, al poner en duda, que los prerequisites se cumplan siempre, además para el autor las necesidades van cambiando y debe observarse dichos factores para renovar los conocimientos (Ballester, 1999; Coller, 2003). Dicho enfoque se detallará en líneas posteriores al ubicar nuestro estudio en dicha postura funcionalista. Dentro del funcionalismo, hay que considerar también la aportación que el antropólogo Malinowsky (1944) hace acerca de la conceptualización de las necesidades humanas. Este autor señala que el ser humano tiene que satisfacer ciertas necesidades, y que la satisfacción de éstas debe buscarse de forma simultánea en lo social y en lo individual. Determina las necesidades como valores de uso y como valores simbólicos (Ballester, 1999).

Otras dos perspectivas sociológicas que tratan las necesidades, son la fenomenología y la etnometodología. La fenomenología trata de describir los fenómenos en si mismos, entendiendo dichos fenómenos como hechos significantes. Dentro de esta perspectiva destacan autores como Schütz (1899) y Berger y Luckman (1966), estos últimos con su publicación de la obra “La construcción social de la realidad”. Por otro lado, la etnometodología concibe la sociología como estudio del proceso de construcción social, siendo los máximos representantes Garfinkel (1917) y Goffman (1922). En ambas perspectivas, las necesidades son construidas socialmente, a través de las interacciones de la vida cotidiana; sin embargo, son subjetivas y dinámicas, dependen del entorno y de la cultura de cada estructura. En la etnometodología,

el lenguaje y las discusiones entre grupos es la forma en que se revelan o muestran las necesidades. Ambas perspectivas rechazan la idea de que las necesidades son objetivas y universales (Doyal y Gough, 1994; Alguacil, 1998; Coller, 2003).

Por último, en la sociología contemporánea, cabe destacar en la conceptualización de las necesidades humanas, los autores Baudrillard (1972) y Habermas (1981). Baudrillard estaba muy influenciado por el marxismo, sin embargo, señala que la expansión de las comunicaciones y medios de comunicación han cambiado la visión marxista según la cual las fuerzas económicas conforman la sociedad, determinando que la vida social está influenciada por los signos e imágenes, apoyándose en el estructuralismo. Según el autor, las necesidades no son simplemente un elemento de conexión entre personas. Las necesidades permiten a los individuos la capacidad de establecer ciertos niveles de relación interpersonal y de implicación en el proceso social. El autor distingue cuatro clases de lógicas diferentes en la dinámica de reproducción social (la lógica funcional de uso, la lógica económica del valor de cambio, la lógica del cambio simbólico y la lógica del valor de signo) y en este sentido, la dinámica de las necesidades sería la consecuencia de las cuatro lógicas combinadas. Habermas (1981) representa la segunda generación de la Escuela de Frankfurt. Su planteamiento, es que estar perjudicados por debajo de ciertas normas de bienestar es otra forma de decir que los estados de necesidad no son otra cosa que normas sociales expresadas de forma individual. Es decir, los criterios para valorar las necesidades tienen que ver con las normas sociales. De este modo, rechaza la objetividad y universalidad de las necesidades y plantea la idea de que la satisfacción de una necesidad va ligada a una estructura simbólica, al nivel sociocultural y a las normas sociales establecidas (Ballester, 1999). La sociología no es la única ciencia que ha hecho aportaciones al campo de las necesidades humanas. Por ello, añadimos en la **tabla 1.1** de forma resumida algunas de las aportaciones realizadas por la Sociología y otras ciencias.

Tabla 1.1. Diferentes enfoques de las necesidades humanas

Necesidad	Definición	Autores y perspectiva
Como carencia	Se entiende de esta forma cuando hay falta de bienes para cubrirla y cuya superación se impone al sujeto con gran prioridad para poder continuar su vida individual.	Perspectiva sociológica Marx (1803)
Como valor de uso y valor simbólico	La necesidad como valor de uso fue introducido sobre todo por Malinowski. Todo objeto en las sociedades primitivas respondía a una necesidad de uso. El valor de cambio simbólico es el paso de utilizar un objeto como un bien, a utilizarlo como una forma de expresión simbólica.	Funcionalismo antropológico Malinowski (1944),
Como acción social	Las necesidades humanas son el resultado de la internalización en el sistema de personalidad (socialización) y de las pautas culturales que están institucionalizadas.	Funcionalismo sociológico Parsons (1951)
Como impulso	Se entiende como una fuerza motivadora generada por un estado de carencia, se busca la consecución de necesidades de forma creciente y jerarquizada. Es una teoría muy influyente en el análisis de las necesidades básicas.	Perspectiva psicológica humanista Maslow (1954)
Como relación y proceso	Las necesidades no son simplemente un elemento de conexión entre personas. Las necesidades permiten a los individuos la capacidad de establecer ciertos niveles de relación interpersonal y de implicación en el proceso social.	Perspectiva sociológica Braudillard (1972)
Como construcción social	Las necesidades son construidas socialmente, a través de las interacciones de la vida cotidiana. En la etnometodología el lenguaje y las discusiones entre grupos es la forma en que se revelan o muestran las necesidades.	Perspectiva sociológica Fenomenología Schütz, 1899); Berger y Luckman, 1966). Etnometodología Garfinkel, 1917) y Goffman, 1922).
Normativa, expresada, percibida y comparativa	La necesidad normativa se basa en el establecimiento, por parte de un experto o grupo de expertos, profesionales o científicos sociales, de unos niveles teóricamente deseables de satisfacción de cada necesitado. La necesidad expresada es aquella que los usuarios de un recurso o servicio expresan mediante comportamientos, como la utilización de dichos servicios o recursos. La necesidad percibida es la basada en la percepción de cada persona o grupo de personas sobre determinada carencia. Y la necesidad comparativa se centra en la comparación entre los datos de la población objetivo y los de otro grupo.	Perspectiva psicológica Escuela de Harvard Bradsaw (1977)
Como norma social	La satisfacción de una necesidad va ligada a una estructura simbólica, es decir al nivel sociocultural y a las normas sociales establecidas.	Perspectiva sociológica Escuela de Frankfurt Habermas (1981)
Como universales	Las necesidades universales son la salud y la autonomía.	Perspectiva filosófica y teorías del desarrollo (Doyal y Gough, 1994)

Fuente: Elaboración propia a partir de Doyal y Gough (1994) y Ballester (1999)

1.2. La Socialización en la satisfacción de las necesidades

En la satisfacción de las necesidades de las personas mayores y cuidadores, pensamos que el funcionalismo puede explicar, a partir de la socialización y de los roles sociales, el como experimentan y como se comportan las personas implicadas en los cuidados de larga duración a nivel domiciliario, y también observar de qué forma influye en la percepción de la calidad de vida. Es a partir de la Sociología de la Salud y de la Sociología de la Familia, que ubicamos las perspectivas de nuestra tesis.

La socialización se entiende como *“el proceso mediante el cual los niños u otros nuevos miembros de la sociedad aprenden la forma de vida de esta”* (Giddens, 2007:58). La socialización debe considerarse como un proceso que dura toda la vida y está relacionado con las interacciones sociales que percibe el individuo a lo largo de la vida, siendo una forma de transmisión cultural a lo largo del tiempo y de las generaciones. Suelen diferenciarse dos grandes fases de socialización. Por un lado, la socialización primaria, que ocurre en la etapa de bebé y en la infancia, siendo el período de aprendizaje cultural más intenso, donde el principal agente socializador es la familia. La socialización secundaria, por su parte se produce desde la última fase de la infancia hasta la época de madurez; en esta fase los agentes socializadores son la escuela, los medios de comunicación, los compañeros, el lugar de trabajo, las organizaciones y la religión y, a partir de las interacciones sociales que se producen en estas instituciones y lugares, los individuos adquieren los valores, creencias y normas que componen las pautas culturales y las formas de actuar. Es decir, mediante la socialización los individuos configuran los roles sociales, entendidos como las expectativas sociales definidas que adquiere una persona en una determinada posición social (Giddens, 2007).

Durante el siglo XX, la socialización se ha debatido desde distintas perspectivas sociológicas. Por un lado, están autores marxistas, entre los que destaca Mills (1916), para los cuales está la familia como institución social que reproduce desigualdades, la educación como entidad creadora de desigualdades entre clases sociales y la religión como el control social del pueblo. Para los funcionalistas, entre los que destaca Parsons (1902) y Merton (1910), la familia tiene funciones positivas, la educación permite la movilidad social y la religión da sentido a la vida. Por otro lado, los Weberianos, entre los que destaca Golthorpe (1935) sostienen que la religión es una fuente de cambio y de conflicto. También cabe destacar la perspectiva feminista, la cual expone que en la familia domina el rol del hombre sobre la mujer, poniendo en tela de juicio la visión de la familia como ámbito igualitario y armonioso. Para las feministas la religión perpetua las desigualdades (Giddens, 2007; Macionis y Plummer, 2007). Por último, desde la perspectiva fenomenológica, Berger y Luckman (1986) presentan una fuerte influencia del funcionalismo de Parsons, aunque conciben la realidad social como una entidad subjetiva y objetiva al mismo tiempo. La forma objetiva la determinan a partir de la externalidad e institucionalización y la parte subjetiva a partir de la socialización primaria y secundaria (Coller, 2003).

El funcionalismo

Los primeros funcionalistas fueron Comte (1798) y Durkheim (1858), y los partidarios más relevantes Talcott Parsons (1902) y Robert Merton (1910). El enfoque funcionalista propone que la sociología debe investigar la relación que existe entre cada uno de los componentes de la sociedad y la relación que se da con el conjunto de ésta (Giddens, 2007). El funcionalismo da importancia al consenso moral para mantener el orden y crear estabilidad social. Los roles sociales son componentes fijos y relativamente inmutables que forman la cultura de una sociedad. Los individuos aprenden las expectativas que rodean las posiciones sociales en su cultura. Los roles sociales no conllevan creatividad o habilidades, pues son sólo preceptivos, puesto que dirigen el comportamiento del individuo; mediante la socialización, las personas

interiorizan los roles sociales y los ponen en práctica. En la actualidad, esta idea se considera errónea, al pensar que los individuos, en lugar de crear o superar los roles, sólo los asumen, puesto que no son sujetos pasivos, y llegan a comprender y asumir los roles sociales a partir de un continuo proceso de interacción social (Giddens, 2007).

Parsons (1950) crítica el positivismo por establecer el mundo como un sistema cerrado que no deja espacio a nociones como la mente, la conciencia, los valores, los fines y las normas. El autor intenta establecer el vínculo entre el plano microsociológico y el macrosociológico, es decir, intenta conectar los intereses, valores u objetivos de la persona con la orientación de la acción y con las consecuencias sociales de dicha acción. Para él, un sistema social es un todo estructurado con partes interrelacionadas que favorecen la estabilidad (Coller, 2003). Se pregunta por qué los individuos se comportan en relación a ellos mismos según esquemas predecibles y coherentes, que son los llamados “roles sociales” (Ballester, 1999). Es decir, el sistema social se configura como un sistema de roles, los que a su vez se basan en las orientaciones valóricas que tienen los actores sociales. Los roles se configuran porque los valores y esquemas culturales se internalizarían en el sistema de la personalidad y se institucionalizarían en el sistema social. Expone que, al existir muchas motivaciones que crean distintos roles, hay que analizar las motivaciones y valores de la persona (Coller, 2003).

Merton (1964) distingue entre las metas culturales y las normas (que son aspectos de la estructura cultural) de los medios institucionalizados (que forman parte de la estructura social y son las condiciones objetivas de la acción). Como metas, entiende las necesidades, aspiraciones e intereses más o menos integrados, y como normas, ve las reglas que definen los medios como forma de conseguir los objetivos colectivos determinados. Merton establece que un sociólogo no debe creer ciegamente que algo existe porque tiene una función, sino que debe averiguar por qué existe o que función desarrolla. El autor indica que una función, no es el motivo de la acción, sino las consecuencias de esa acción, que favorecen la adaptación o el ajuste del

sistema. También distingue entre motivos y funciones, un motivo es un propósito subjetivo de la acción, mientras que la función es la consecuencia objetiva de la misma. Para el autor la adaptación de los fines y medios supone un tipo de conducta conformista. Cuando ello no se produce, lo determina como desviación, entendida como *“un síntoma de la disociación entre las aspiraciones culturalmente prescritas (fines) y las maneras socialmente estructuradas de alcanzar estas aspiraciones”* Merton: 1949:128, citado en (Coller, 2003).

Sociología de la Salud

En el estudio de la Sociología de la Salud, nos interesa el papel de la socialización en la conceptualización del rol de enfermo, destacando la aportación de Parsons. Su finalidad, al describir dicho rol, es evidenciar las pautas de comportamiento que adopta la persona enferma para minimizar el impacto de su enfermedad o dolencia, aprendiendo dicho rol.

Para el autor, las personas adquieren y aprenden el rol de enfermo a partir de la socialización. En dicho rol, se distinguen tres puntos, por un lado, el enfermo no es personalmente responsable de estarlo, por otro, la persona enferma tiene ciertos derechos y privilegios, entre ellos librarse de determinadas responsabilidades, y por último, el enfermo debe trabajar para reconquistar la salud consultando a los especialistas y aceptando convertirse en un “paciente”. Sin embargo, otros sociólogos han ido perfeccionando su perspectiva, al señalar que la experiencia de este rol cambia según la clase de dolencia y sus características agudas o crónicas (Donati, 1994; Giddens, 2001). Parsons determina que en la enfermedad influyen aspectos sociales, culturales, y de personalidad; la enfermedad puede ser el resultado de dicho déficit o perturbación en cada uno de los subsistemas, aunque en dicha teoría, falta la integración entre los diversos planteamientos y niveles de análisis; y de este déficit, surge la necesidad de pasar del rol de enfermo al sistema de salud (Donati, 1994; Giddens, 2007). Parsons, en sus primeras definiciones, considera el enfermo como un conformista. Por tanto, el desarrollo de las instituciones médicas en el trato a la enfermedad, debe ir reconducido no sólo

hacia el progreso de la tecnología, sino también al hecho de ser funcional a la sociedad en por lo menos tres aspectos: a) protección de la familia, evitando situaciones destructivas, b) refuerzo del rol de enfermo como mecanismo de control social y c) facilidad en el proceso terapéutico. Más adelante, Parsons intenta recuperar la integración de la teoría de sistemas, es decir, entender la salud como un buen funcionamiento de los roles impersonales, y la teoría de la acción social o mundo vital, es decir, relacionar la salud del sujeto con el entorno orgánico, psicológico, social y cultural. Parsons, también da importancia al sistema económico, dado que sus crisis y repercusiones afectan a la sociedad, sobre todo como elementos que producen enfermedades sociales y provocan consecuencias en el sistema sanitario (Donati, 1994).

En nuestro estudio se analizan algunas de las premisas que la Sociología de la Salud evalúa. Siguiendo la clasificación de Rodríguez (1987), estudiamos las siguientes: las respuestas socioculturales a la salud y la enfermedad, observando cómo perciben los mayores y cuidadores su salud y enfermedad; la organización de la asistencia sanitaria, con lo cual identificamos los recursos sociosanitarios existentes para las personas mayores dependientes; la utilización y satisfacción de los servicios sanitarios; la sociología de las profesiones sanitarias; la medicalización de la sociedad, en aras de valorar la automedicación de las personas mayores y cuidadores; la sociología del estrés, a fin de estimar la carga por ser cuidador de personas mayores dependientes; y las políticas sanitarias, determinando las propuestas nacionales e internacionales para ayudar a las personas dependientes y cuidadores.

Sociología de la Familia

El estudio de la familia ha sido abordado de forma diversa según las opiniones de distintos sociólogos. En este caso, sólo detallaremos la postura que describe el funcionalismo, por ser la perspectiva que utilizamos en nuestro estudio. La familia, según Parsons, realiza dos funciones principales, la socialización primaria y la estabilización de la personalidad. Tal y como hemos descrito en líneas anteriores, la socialización primaria es el proceso por el cual

en la infancia se adquieren las normas culturales de la sociedad en la que se vive. La noción de estabilización de la personalidad se refiere al rol que desempeña la familia a la hora de asistir emocionalmente a sus miembros. Para Parsons, en la familia convencional, una persona, básicamente el hombre, trabaja fuera de casa, y la otra persona, la mujer, cuida del hogar y sus hijos. Siendo una de las funciones de la familia el cuidar de sus miembros. En la actualidad, dicha idea de familia parece un poco anticuada, siendo las teorías funcionalistas duramente criticadas por justificar la división del trabajo doméstico entre mujeres y hombres y considerarlo como algo natural. Asimismo, al destacar que la familia es uno de los agentes más importantes en la socialización, prescinden del papel de otras instituciones (Giddens, 2007). Con la aparición de nuevas formas de familia y la incorporación de la mujer al mundo laboral, dichas funciones dejan de ser claramente diferenciadas. Sin embargo, aunque el hecho de cuidar ya no se “atribuye” al hecho de ser mujer, la tradición y socialización del cuidar sigue pisando fuerte, sobre todo en la generación de mujeres que tienen más de 50 años, donde el cuidar de sus familiares es una de las funciones o roles que tienen claramente adquiridos.

Según la literatura revisada y expuesta ampliamente en el capítulo 2, se observa que esta generación de mujeres sigue cuidando por considerarlo algo natural e impuesto por el hecho de ser mujer, siendo estas mujeres las principales cuidadoras de las personas mayores dependientes. Además, en la sociedad actual, estas mujeres tienen doble carga, la laboral y la familiar. Por ello, es a partir de la socialización y la tradición del cuidado, cuando nos planteamos, que al ser mujeres mayores la mayoría de cuidadores de personas mayores están más socializadas a cuidar, y dicha situación facilita la adaptación, a pesar de las dificultades y cargas que supone realizar cuidados de larga duración sin tener ayuda suficiente. Pensamos que dicha situación puede ser distinta cuando esta función debe plantearse en la nueva generación de mujeres, puesto que cuando estas mujeres deban realizar los cuidados principales de personas dependientes, su forma de ver la función o rol que la mujer debe cumplir en la sociedad será distinta a la de las mujeres de generaciones anteriores. De hecho, Parsons ya afirmaba que el cambio social

se produce cuando ocurren problemas internos o externos que desequilibran el sistema. Deberá analizarse si la nueva Ley de Dependencia será suficiente para adaptarse a los cambios que está sufriendo el cuidado informal y la función del sistema familiar como sistema de cuidados.

El rol de anciano, se ubicaría también dentro de la misma perspectiva, puesto que por ser anciano se espera un determinado comportamiento y una forma de entender y vivir su situación. La construcción social de la vejez y las teorías sociales del envejecimiento se explican detalladamente en el capítulo 2.

Es a partir del funcionalismo, y concretamente la función de la socialización y de los roles sociales, la forma como explicamos las situaciones y percepciones que los mayores y cuidadores perciben el cuidado y la calidad de vida. Observando si las instituciones sociales, en este caso el Servicio de Atención Domiciliaria (ATDOM) contribuyen a identificar las necesidades de atención de las personas mayores dependientes y cuidadores, supliendo o ayudando en su satisfacción. Sin embargo, pensamos que los roles sociales no siempre se adquieren de forma pasiva, puesto que los sujetos son activos y dichos roles pueden comprenderse a partir de un continuo proceso de interacción social.

1.3. Evolución y medición de la calidad de vida

La satisfacción de las necesidades es un elemento clave en la percepción de la calidad de vida. A lo largo de la historia, distintas disciplinas han intentado explicar las causas de la felicidad y la calidad de vida. En la época pre-industrial se hablaba sobre todo de felicidad, valorando la espiritualidad y subjetividad, en la etapa industrial se hablaba de bienestar, relacionado con el materialismo y el utilitarismo y, fue en la etapa post-industrial, cuando se empieza a conceptualizar el constructo calidad de vida, siendo un constructo que aparece por los rápidos y continuos cambios sociales (Alguacil, 1998).

En las líneas siguientes se detalla la evolución del concepto de calidad de vida, así como las distintas teorías, vistas desde distintas perspectivas, y se muestran también las mediciones para operativizar dicho constructo. Uno de los términos estrechamente relacionados con la calidad de vida, tal y como hemos descrito al iniciar dicho apartado, es el de bienestar. Dicho concepto ha evolucionado hasta el concepto de calidad de vida. Desde el punto económico y filosófico se puede hablar de dos tipos de bienestar: bienestar como un disfrute, es decir un estado deseable de conciencia, llamado bienestar hedonista; y el bienestar como satisfacción de preferencias, sabiendo que este último cambiará según las preferencias, cultura o gustos del lugar en el que viva el individuo y destacando que no todo lo que deseamos implica un aumento de bienestar o calidad de vida. De forma, que bienestar y calidad de vida han sido y son términos estrechamente relacionados, utilizados en muchas ocasiones como sinónimos (Nussbaum y Sen, 1998).

A mediados del siglo XX, al iniciarse el interés por medir el bienestar social, es cuando la calidad de vida empieza a estudiarse en profundidad. Estados Unidos (1930) fue pionero en realizar la construcción de indicadores cuantitativos desde un marco y planteamiento economista en el los que se estudiaban datos como el Producto Interior Bruto y la Renta per Capita. En 1930, King realiza la primera evaluación de bienestar material y Ordway en 1953 realiza la primera definición de calidad de vida (Schwartzmann, 2003). Las Naciones Unidas publica en 1961, el informe “Definiciones y evaluación de los niveles de vida desde el punto de vista internacional”, y divide los indicadores sociales en áreas de salud, educación o trabajo. En 1973 en los Estados Unidos se publica la obra *Social indicators*, en la que se clasifican los indicadores en las áreas siguientes: salud, seguridad pública, educación, empleo, renta, ocio, actividades recreativas, vivienda y población. Entre 1966 y 1975 los trabajos sobre indicadores sociales centrados en el análisis de la calidad de vida se estudiaron y trabajaron en todo el mundo. En un principio, los estudios sobre calidad de vida utilizaban indicadores o medidas objetivas, pero se observó que estos indicadores no eran suficientes para valorarla, y es

en este nuevo planteamiento donde se empieza a analizar el bienestar social, no sólo desde un enfoque estrictamente económico sino analizado desde otras características como las actitudes, los criterios de los individuos y las necesidades humanas (Sastre et al., 2003; Pérez, 2006).

En España el inicio del estudio sobre calidad de vida fue en un principio a cargo de instituciones privadas como Cáritas Española, el Plan CCB (Comunidad Cristiana de Bienes) o la Fundación FOESSA (Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada). El INE (Instituto Nacional de Estadística) publicó en 1991 el volumen *Indicadores Sociales*, donde estableció las siguientes áreas para medir la calidad de vida: renta, trabajo, educación, salud, relaciones interpersonales, ocio y deporte, vivienda, entorno físico-social y seguridad (INE, 1991).

Así el concepto de calidad de vida ha ido evolucionando en los últimos años. Siendo un término utilizado por diferentes profesionales de las ciencias sociales, ambientales y de la salud, podría decirse que se trata de un concepto que cada vez cobra más importancia, que incluso está de moda. Los motivos pueden ser por un lado, la evolución del estado de bienestar, que enfatiza la satisfacción de las necesidades sociales y, por otro lado, la influencia de la definición de salud realizada por la OMS en 1948 donde se definía la salud como: “estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo ausencia de enfermedad, incluyendo otros factores como la espiritualidad, la percepción del entorno, el hogar y la economía” (Fernández-Ballesteros et al., 1996).

A pesar de ser un término ampliamente utilizado, la calidad de vida es difícil de definir y operativizar ya que es un concepto muy amplio, complejo y pluridimensional, aplicado a muchos ámbitos de la vida cotidiana y muchas veces utilizado de forma imprecisa o equivocada. Al igual que en las necesidades también en la calidad de vida hay discusión sobre la universalidad del concepto. Uno de los proyectos destacados en la determinación del concepto como universal es el “Proyecto de Calidad de Vida” de la OMS; su estudio mostró que sí existe cierto acuerdo sobre lo que constituye o se

entiende por calidad de vida; con la utilización del instrumento WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life group*) se confirmó la universalidad del contenido del concepto, en parte gracias a la introducción de su enfoque subjetivo, que evita la discusión de las diferencias culturales (Lucas, 1998).

A lo largo del tiempo distintos autores y organizaciones han intentado conceptualizar la calidad de vida desde distintos enfoques. Así, tal y como hemos dicho en líneas anteriores, el constructo ha evolucionado desde una concepción básicamente materialista, en la que primaban los aspectos objetivos de nivel de vida, pasando por la perspectiva donde los aspectos subjetivos se constituyen en el sustento fundamental, hasta la situación actual, en la que se adjudica la subjetividad y el carácter multidimensional del constructo, de forma que, aunque no hay un consenso único, parece que hay un cierto acuerdo en aceptar valorarla de forma multidimensional, identificando componentes objetivos y subjetivos (Castellón y Romero, 2004; Pérez, 2006; Rodríguez, 2006; Fernández-Mayoralas et al., 2007). Por otra parte, también se plantea si la calidad de vida debe referirse sólo a que sea el sujeto quien ha de determinar cuales son los elementos que intervienen en la “calidad de su vida”, o bien si puede establecerse una calidad de vida general para todos los individuos (Yanguas, 2006). Lo cierto es que hablar de calidad de vida es, por un lado, hablar de las variables que intervienen en su valoración, y por otro, un área de investigación actual que está cobrando día a día especial relevancia a nivel psicológico, de salud, sociológico y histórico (Castellón y Del Pino, 2003).

En la **tabla 1.2** se detallan distintas definiciones sobre calidad de vida. En general la mayoría de autores consideran aspectos objetivos y subjetivos de la calidad de vida, así como la satisfacción con dichos componentes, según la percepción de la persona respecto a sus valores, aspiraciones y actitudes personales (Castellón y Del Pino, 2003; Gómez Vela y Sabeh, 2006). Destaca la conceptualización de Cummins (1997,1999) que engloba algunas ideas o parámetros clave para definir la calidad de vida: a) Es un concepto multidimensional, con componentes objetivos y subjetivos, b) Aborda distintos ámbitos o dimensiones de la vida, c) Debe reflejar las características culturales

del bienestar objetivo, d) Debe considerar la forma subjetiva en que las personas dan importancia a los distintos ámbitos de su vida y e) Cualquier definición de calidad de vida debe poder aplicarse de forma universal (Yanguas,2006).

Tabla 1.2. Definiciones sobre calidad de vida según diversos autores.

Autor	Definición Calidad de vida
Lawton (1991)	Es la evaluación multidimensional, determinando criterios tanto intrapersonales como sionormativos del sistema de entorno personal de un individuo en tiempo pasado, actual y anticipado.
Fernández-Ballesteros (1992)	Determina una multidimensionalidad de la calidad de vida a partir de factores personales y factores socio-ambientales (Fernández-Ballesteros et al., 1996).
Setién (1993)	Nivel en que una sociedad hace posible que las personas que la componen puedan satisfacer sus necesidades.
OMS (1994)	Percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.
Badia y Patrick (1995)	Percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar del individuo.
Schalock (1996)	Se describe como una ambición humana por naturaleza.
Cummins (1997)	Descrito como constructo universal con dominios, objetivos y subjetivos.
Gómez Vela y Sabeh (2006)	Condiciones de vida de una persona, determinando la satisfacción respecto a los componentes objetivos y subjetivos, la escala de valores, las aspiraciones y las expectativas personales.

Fuente: Elaboración propia.

Se observa que hay diferencias en la conceptualización del constructo calidad de vida y, estas discrepancias también se observan en la teorización y medición del constructo. Existen distintos modelos y marcos teóricos sobre calidad de vida, planteados desde distintas disciplinas, siendo la mayoría planteadas desde la psicología social. En la **tabla 1.3** se muestran distintas teorías y modelos de calidad de vida, relacionándolas según los distintos elementos que se valoran: a) como calidad con las condiciones de vida (componente objetivo), b) como satisfacción personal con las condiciones de vida (componente subjetivo); c) combinando las condiciones de vida y la satisfacción y d) combinando las condiciones de vida y la satisfacción personal en función de la escala de valores y aspiraciones personales del individuo (Gómez Vela y Sabeh, 2006).

Tabla 1.3. Teorías y modelos de calidad de vida según perspectiva

Teorías de calidad de vida	Perspectiva
Teorías de listas Objetivas: Aparece a mediados del siglo XX. Afirmaba que los bienes (recursos) que controla una persona eran lo importante.	Objetiva
Teorías del Deseo (Young, 1941). Consideran que gran parte de nuestro comportamiento está encaminado a la consecución del placer con independencia del valor que pueda tener para nuestra conservación o supervivencia También se catalogan como Teorías Hedonistas.	Valores y aspiraciones personales del individuo.
Modelo de la Homeostasis de la Calidad de Vida de Cummins (2000): Postula que puede mantenerse un rendimiento en la forma de la calidad de vida subjetiva, dentro de los cambios del entorno de la persona.	Subjetiva
Modelo Escandinavo sobre el Bienestar: Tener, Amar y Ser (1972). El Tener se entiende como las necesidades materiales, el Amar como las necesidades sociales, y el Ser serían las necesidades de desarrollo personal.	Subjetiva y objetiva
Modelo Ecológico de Lawton (1975). El comportamiento adaptativo y el afecto positivo como resultado de la interacción entre el grado de competencia y el grado de presión ambiental. Se define calidad de vida como carácter subjetivo y multidimensional.	Subjetiva y objetiva
Modelo de Desempeño de Rol (Bigelow, Brodsky, Stewart y Olsen, 1982). Se basa sobre todo en la teoría de que la felicidad y la satisfacción están relacionadas con las condiciones sociales y ambientales necesarias en la satisfacción de las necesidades básicas.	Subjetiva y objetiva
Teoría de Bienestar de Amartya Sen (1985). Determina que el bienestar y con ello la calidad de vida de una persona parece aumentar con cualquier aumento en sus funcionamientos y en sus capacidades o libertad para elegir entre diferentes formas de vida.	Subjetiva y objetiva
Modelos de Comportamiento (Kaplan, 1994; Csikszentmihalyi, 1998; Reig, 2000) Defiende que la calidad de vida no depende sólo del bienestar psicológico, sino también del comportamiento que cada persona tiene para vivir una vida de calidad.	Subjetiva y objetiva
Modelo de la Teoría Óptima (Speight et al., 1991; Dennis et al., 1993). Dicha teoría se basa en un enfoque holístico, que trata de alcanzar un equilibrio entre los valores de diversidad y los de universalidad.	Subjetiva y objetiva
Modelo de Calidad de Vida de Fernández-Ballesteros (1992). Relaciona los elementos objetivos, los subjetivos, y los factores personales con la calidad de vida.	Subjetiva y objetiva
Modelo de Calidad de Vida de Hughes (Hughes et al., 1995). En dicho modelo se establecen quince dimensiones que según los autores permiten valorar la calidad de vida de los individuos con o sin discapacidad.	Subjetiva y objetiva
Modelo de Calidad de Vida de la OMS (1998; 2005). Clasifica tanto elementos objetivos como subjetivos.	Subjetiva y objetiva
Modelo Heurístico de Calidad de Vida (Shalock, 1997). El autor señala que la calida de vida es una de las dos grandes fuerzas que entran en conflicto en cualquier organización destinada a la prestación de servicios.	Subjetiva y objetiva
Modelo Comprensivo de Calidad de Vida de Cummins (1997). Contempla que es necesario contemplar el aspecto objetivo y subjetivo de la calidad de vida,	Subjetiva y objetiva
Modelos de Bienestar (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999). Señalan que el bienestar psicológico, la felicidad y la salud facilitan la posibilidad de vivir una vida de calidad.	Subjetiva y objetiva
Modelo de Calidad de Vida de Lawton (2001). Clasifica la calidad de vida en cuatro categorías: a) calidad de vida física, b) calidad de vida social, c) calidad de vida percibida, y d) la calidad de vida psicológica.	Subjetiva y objetiva

Fuente: Elaboración propia a partir de Nussbaum y Sen (1998); Rojas (2004); Belando (2006); Gómez Vela y Sabeh (2006); Yanguas (2006).

La manera de entender la calidad de vida es distinta según la época y según la ideología de los autores que la definen. Sin embargo, la mayoría de modelos y teorías contemplan los aspectos objetivos y subjetivos de la calidad de vida. En la elaboración de nuestros modelos de calidad de vida planteados en el tema 6, nos ha sido de gran utilidad el Modelo de Calidad de Vida de Fernández- Ballesteros (1992) y el Modelo de Calidad de Vida de la OMS (1998), ya que valoran la calidad de vida desde un enfoque multidimensional.

Las anteriores teorías de calidad de vida expuestas en la tabla 1.3 son de carácter general, aunque ello no significa que no puedan utilizarse en personas mayores. Sin embargo, cabe resaltar algunas teorías que si son específicas para dicho colectivo, tratadas sobre todo desde la perspectiva psicológica, como son el *Modelo de Margaret y Paul Baltes* (1990) que ofrecen un modelo psicológico de competencia para el estudio del envejecimiento con éxito: la Optimización Selectiva con Compensación (SOC). La puesta en marcha de los mecanismos de selección, optimización y compensación posibilita que la persona pueda vivir una vida de calidad, efectiva, aunque restringida. Las personas mayores afrontan bien el envejecer y aunque son conscientes de los cambios negativos, continúan siendo eficaces en el mantenimiento de una sensación de control y de una visión positiva del autoconcepto y del desarrollo personal, adaptándose a la situación. Para Reig (2000) esta resistencia y adaptación satisfactorias son resultado de la puesta en práctica de actividades instrumentales y procesos acomodativos. Son varios los estudios que evalúan la teoría de que el comportamiento es una parte importante para tener un envejecimiento con calidad. Otro modelo que se basa en el modelo de Baltes, es el *Modelo de Heckhausen y Schulz* (1996), es más elaborado y trata de explicar de forma bidimensional la optimización del control primario y secundario. Según estos autores, se producen una serie de cambios tanto biológicos como sociales a lo largo de la vida de las personas, dichos cambios suponen pérdidas y amenazas que los mayores deben afrontar a partir de estrategias de control (Yanguas, 2006). Algunos estudios, determinan que las personas felices viven más tiempo (Deeg y Van Zonneveld, 1989), otros que las personas infelices refieren un peor estado de salud y más problemas de salud

(Argyle, 1997), otros que la felicidad afecta a la salud objetiva y subjetivamente y que la salud es uno de los predictores más potentes de felicidad (Argyle, 1997); Willits y Crider (1988) determinan la salud como requisito de felicidad en las personas mayores (Yanguas, 2006; Zamarrón, 2006). También se destaca la *Teoría de las Aspiraciones y Logros* (Campbell y col., 1976), que detalla que en las personas mayores se da una menor divergencia entre las aspiraciones y los logros. Por último, el "*Modelo bio-psico-social*" de Wilson, es uno de los más completos pues permite describir estados de salud y, al mismo tiempo, se centra en el individuo que vive en sociedad (Castellón y Del Pino, 2003).

Por último, destacar la llamada "paradoja de la felicidad", entre las que se encuentran las *Teorías de estrategias de afrontamiento a lo largo del ciclo vital* (Brandtsadter y Renner, 1990), que explican porqué los mayores manifiestan ser más o menos igual de felices que las personas más jóvenes. Establece que conforme se van cumpliendo años, las personas aprendemos a utilizar estrategias más centradas en la emoción, de modo que se intenta dar distinto significado al problema y entenderlo de forma más positiva para que no nos altere. Es decir, las personas mayores se adaptan más a las circunstancias que les rodean que los jóvenes; estrategia mucho más fácil de conseguir que la elegida por los jóvenes. Esto explicaría el porqué, aunque las personas mayores tengan que manejar situaciones mucho más difíciles que los jóvenes, sean al menos igual o más felices que los de edades más jóvenes (Zamarrón, 2006).

Se observa que no hay un acuerdo unánime sobre cuales son las dimensiones o elementos que deben estar presentes al determinar la calidad de vida. Tampoco se trata de entrar en un debate sobre cuales son los elementos más importantes, pero pensamos que sí es necesario identificar los dominios de calidad de vida que puedan ser más necesarios de contemplar en las personas mayores. Aunque las teorías descritas en las líneas anteriores, muchas de ellas introducen la noción de salud en su definición, la importancia y relevancia del constructo, merece un apartado especial.

Calidad de vida relacionada con la salud

Hay cierta confusión al determinar los términos de salud, estado de salud, calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud. La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), es uno de los constructos más estudiados y desarrollados, seguramente al considerarse la salud como uno de los elementos principales para disfrutar de una buena calidad de vida, siendo el componente que se considera imprescindible en la determinación de la calidad de vida y tratarse de un elemento donde existe más acuerdo entre investigadores. La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto que, según Badía (1995), engloba tres conceptos (salud, estado de salud y calidad de vida) y que concentra tanto elementos internos como externos del individuo, elementos que influyen e interaccionan con él y pueden llegar a cambiar el estado de salud. Hay otros autores que definen la calidad de vida relacionada con la salud; se trata de Patrick y Erickson (1993) que la definen como el valor que se asigna a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional, y la disminución provocadas por una enfermedad, accidente, tratamiento o política. Según Spilker (1996) se determina también por los síntomas de diferentes enfermedades y algunas terapias que influyen en la calidad de vida cotidiana.

Otro autor a destacar es Lawton (2001), para el cual, la calidad de vida relacionada con la salud se refiere al hecho por el cual la disfunción física, el dolor y el malestar provocan limitaciones de las conductas cotidianas, actividades sociales, bienestar psicológico y otros aspectos del día a día de los sujetos y su calidad de vida global, juzgada por el propio sujeto (Yanguas, 2006). Se establecen tres conceptos relacionados con calidad de vida y salud: a) el impacto de una enfermedad o tratamiento, b) los efectos resultantes de una alteración en la forma de vida del individuo y c) la valoración subjetiva del propio individuo. El estudio de la calidad de vida relacionada con la salud se ha centrado sobre todo en patologías y tratamientos concretos, siendo necesario profundizar y valorar otros aspectos importantes en su valoración, como los aspectos somáticos y de salud mental (Yanguas, 2006). De hecho, cada vez

hay más estudios que muestran la relación existente entre salud (objetiva y subjetiva) y bienestar subjetivo; sin embargo, tener un buen estado de salud, no es por sí sólo un indicador de buena calidad de vida, siendo necesario investigar otros elementos participantes en la calidad de vida (Smith, 2000; Fernández-Mayoralas y Rojo, 2005; Yanguas, 2006; Fernández-Mayoralas et al., 2007).

Se destaca que en 1995 el Grupo WHOQOL⁴ establece la relación de las medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Aceptadas por diversos grupos de investigadores, se llega a los siguientes puntos para medir la CVRS⁵:

- a) Subjetivas: recoger la percepción de la persona involucrada.
- b) Multidimensionales: valorar diversos aspectos de la vida del individuo (niveles físico, emocional, social, interpersonal etc.), c) Sentimientos positivos y negativos y d) Variabilidad en el tiempo: la edad, la etapa vital que se atraviesa y el momento de la enfermedad que se padece. Dichos factores marcan diferencias importantes en los aspectos que deben valorarse al determinar la calidad de vida (Schwartzmann, 2003). La relación entre calidad de vida y estado de salud se ha detallado sobre todo en los efectos de determinadas enfermedades específicas, situación que hace difícil llegar a un consenso general en su determinación.

En relación a la valoración de calidad de vida y el estado de salud, y siguiendo los criterios de Siegrist et al., (2000), se describen los paradigmas futuros desde una perspectiva sociológica, que cristalizan en tres paradigmas:

- a) Paradigma de los resultados de la calidad de vida en la investigación clínica y sus dimensiones esenciales, donde se determina que los elementos de interés son las características variables de la persona y no las características estables, y que la capacidad de respuesta al cambio a lo largo del tiempo es una condición importante en la medición. Según esta perspectiva, la teoría de la función-producción de Ormel *et al.* (1997), propone que es posible integrar la dimensión social en la investigación de calidad de vida. Esta teoría se basa en

4. World Health Organization Quality of Life Group.

5. Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

que la persona con limitaciones produce su propio bienestar optimizando la satisfacción de sus necesidades; b) Paradigma predictor, según el cual los elementos de los pacientes y las expresiones de bienestar y funcionalismo no son empleados para evaluar los resultados de los tratamientos, sino para predecir el curso futuro de la enfermedad por medio de mecanismos fisiológicos del estrés. Existe actualmente evidencia clínica y epidemiológica que demuestra los efectos adversos en la recurrencia de la enfermedad y en la probabilidad de supervivencia producidos por una calidad de vida reducida; y c) La persona no es exclusivo objeto de la Medicina. Tal y como detalla la Teoría de los Sistemas, ciertas características se hacen sólo visibles cuando se mira de forma global, perdiéndose información cuando se hace de forma aislada. Por ello, al estudiar la salud deben relacionarse otros elementos como los ingresos económicos, la mortalidad o las desigualdades económicas. También cabe resaltar el concepto sugerido por Dahlgren (1997) llamado QALY (*Quality Adjusted Life Year*), es decir “años de vida ajustados por calidad”, que tienen en cuenta el efecto de una política de intervención particular para reducir las desigualdades sociales en salud, como intento de cuantificar la calidad de vida de grupos de individuos (Yanguas, 2006).

Dimensiones e Instrumentos de evaluación de la calidad de vida

En las próximas líneas mostramos las dimensiones y cuestionarios más utilizados en su valoración. En la **tabla 1.4** se describen las dimensiones de calidad de vida y se observa la salud como componente a determinar en la valoración de la calidad de vida, ya sea valorada como salud física y psíquica, o como salud en general. De los cuatro autores que describen los indicadores útiles para valorar la calidad de vida, Lawton (1991), IMSERSO (1999) y Sastre et al., (2003) tienen en cuenta, tanto aspectos objetivos como subjetivos, en cambio en una década anterior la OCDE (1982) valoraba solamente elementos objetivos.

Tabla 1.4. Dimensiones de calidad de vida.

Dimensiones	Autor	Evalúan
Salud Educación y adquisición de conocimientos Trabajo y empleo Tiempo libre y ocio Capacidad adquisitiva de bienes y servicios Entorno social	OCDE (1982)	Componentes objetivos
Bienestar psicológico Calidad de vida percibida Calidad de vida física Calidad de vida social	Lawton (1991)	Valoración subjetiva y objetiva de la calidad de vida
Salud y bienestar Satisfacción Relaciones Estilo de vida Opciones (necesidades, deseos) Derechos	IMSERSO (1999)	Componentes objetivos y subjetivos de la calidad de vida personal.
Indicadores de calidad de vida: Satisfacción con la propia vida y sentimiento de felicidad. Aspectos de la vida que producen mayor satisfacción. Renta Trabajo Educación Salud Relaciones interpersonales Ocio y deporte Vivienda Entorno físico-social Seguridad	Sastre et al., (2003)	Componentes objetivos y subjetivos de la calidad de vida

Fuente: Elaboración propia.

Existen diferentes escalas y cuestionarios que se utilizan en la medición de la calidad de vida. Algunos cuestionarios valoran la calidad de vida de forma genérica (**tabla 1.5**), otros la miden en enfermedades o situaciones específicas, como por ejemplo la Escala de Experiencia del Dolor (Pain Experience Scale, PES) de Turk y Rudy (1986) o la Escala de Medida del Impacto de la Artritis (Arthritis Impact Measurement) de Meenan, Gertman y Mason (1982) y otros la miden según la etapa vital, como por ejemplo la Play Performance Scale for Children: PPSC de Lansky et al.,(1985). También hay escalas que miden la calidad de vida de las personas mayores (**tabla 1.6**).

Las escalas genéricas que miden la calidad de vida permiten valorar grupos y poblaciones en general, en cambio las escalas específicas permiten analizar un fenómeno, problema o enfermedad u otras variables relacionadas con la calidad de vida. La utilización de diferentes escalas y cuestionarios es útil para establecer estados de salud, aplicar políticas sanitarias y sociales, así como la asignación de recursos (Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa, 2002). En la valoración de la calidad de vida, no debe olvidarse la influencia cultural, pues cada pueblo tiene parámetros distintos según sus valores y tradiciones culturales (Lucas, 1998).

Al observar la **tabla 1.5** vemos que nueve de los trece cuestionarios descritos, contemplan la salud como área necesaria en la determinación de la calidad de vida. Además, todas valoran aspectos subjetivos y objetivos de la calidad de vida, excepto la Escala de calidad de vida subjetiva de Morag (1995), que sólo la determina de forma subjetiva. Los cuestionarios de Ware y Sherbourne (1992) y Patrick (1998) introducen además el componente felicidad. Dicho concepto fue definido por Jones 1953, como un constructo psicológico posible de ser investigado y Gurin et al., en 1960 mostraron que la "felicidad y el bienestar" no podían reducirse solamente al estado de ánimo experimentado de forma positiva (Schwartzmann, 2003). También se entiende por felicidad el placer y la ausencia de dolor y por infelicidad el dolor y la ausencia de placer (Mill, 1980). Los instrumentos de Dupoy (1978); Evans y Cope (1989) y Cummins (1993) incorporan el concepto de bienestar en su valoración. Se subraya que a un alto bienestar subjetivo también se le denomina "felicidad". Se entiende que una persona tiene un alto bienestar subjetivo cuando está satisfecha con su vida y la vive de forma positiva. En cambio, una persona con un bienestar subjetivo bajo está insatisfecha con la vida, y vive las emociones negativas con ansiedad y/o depresión (Zamarrón, 2006).

Tabla 1.5. Instrumentos genéricos de calidad de vida

Cuestionarios y autor	Áreas
OARS-MFAQ. Duke University (1978) Versión española adaptada por: (Grau, 1993) y (Eiroa, 1994).	Recursos sociales. Recursos económicos. Salud mental (estrés, ansiedad). Salud física y Capacidad para desarrollar las actividades de la vida diaria.
Índice de Bienestar Psicológico general. Dupuy, 1978. (Versión española): Badia et al., 1996	Estado de ánimo (ansiedad-depresión). Vitalidad. Autocontrol. Salud. Bienestar psicofísico. Ansiedad. Depresión. Estado de ánimo positivo. Autocontrol. Vitalidad. Salud general.
Perfil del impacto de la enfermedad Bergner et al., (1981) Versión española adaptada por Badia y Alonso (1996)	136 ítems que abarcan 12 categorías: Paseos y movilidad. Cuidado del cuerpo. Interacción social. Conducta de atención Conducta emocional. Comunicación. Sueño y descanso. Comida. Trabajo y trabajo en casa. Recreo y pasatiempo
Escala sobre calidad de vida percibida Multidimensional y subjetiva. Patrick (1988)	Satisfacción con la salud. Pensamientos de felicidad. Familia, ayuda, comunidad, ocio, ingresos y trabajo.
Quality of Life Questionnaire: QLQ. Evans y Cope (1989)	Bienestar general. Relaciones interpersonales. Participación en organizaciones. Actividad laboral. Ocio y recreo.
Cuestionario de calidad de vida (subjetivo y multidimensional). Ruiz y Baca (1993)	Apoyo social (9 ítems). Satisfacción general (13 ítems). Bienestar físico/psíquico (7 ítems). Distensión laboral/tiempo libre (6 ítems).
Inventario de Calidad de Vida: ICV. García Riaño e Ibáñez (1992)	Afecto positivo integral. Control emocional/conductual. Cultural. Económica. Física. Relaciones emocionales. Sexual. Ansiedad. Depresión. Familiar. Laboral. Religión. Social.
Adaptación española del Cuestionario de Salud SF-36. Ware y Sherbourne (1992). Versión española adaptada por: Alonso et al., (1995)	Función física (10). Función social (2). Rol físico (4). Rol emocional (3). Salud mental (5): Nerviosismo, depresión, paz, felicidad y calma. Vitalidad (4); Dolor corporal (2). Salud general (5).
Escala Comprensiva de Calidad de Vida. Cummins (1993)	Lugar en la comunidad. Bienestar emocional, cosas materiales, salud, productividad, intimidad, seguridad.
“Encuesta sobre calidad de vida referida a la salud en suecia. Brorsson et al., (1993)	61 ítems que cubren: áreas de salud física, mental, social y general. Se mide la salud subjetiva.
Quavisupt rehab set. Corten y Mercier (1994)	Evaluación de la satisfacción. Asistencia para la vida cotidiana. Paraguas de las interdependencias. Escala de motivación para el éxito. Inventario de la ansiedad social.
Escala de calidad de vida subjetiva. Morag (1995)	Percepción de calidad de vida. Percepción de calidad de vida comparada con otros sujetos.
World Health Organization Quality Of Life instrument: WHOQOL-100. Orley y Kuiken. OMS (1994). Versión española adaptada por: Lucas (1998)	Salud física. Salud psicológica. Niveles de independencia. Relaciones sociales. Ambiente. Espiritualidad/Religión/creencias personales.
World Health Organization Quality Of Life instrument: WHOQOL-BREF. OMS (1996). Versión española adaptada por: Lucas Carrasco (1998)	Salud física. Área psicológica. Área relaciones sociales. Área ambiente.

Fuente: Elaboración propia

En la **tabla 1.6**, se muestran los cuestionarios e instrumentos de calidad de vida utilizados en las personas mayores. Detallamos que la mayoría de los instrumentos expuestos valoran componentes tanto objetivos como subjetivos de la calidad de vida. Excepto el cuestionario de Duke University Center (1988) y el de Guillén et al., (1990), que valoran sólo componentes objetivos. Además, tres de los cuestionarios, Ware et al., (1981); Wesley y Duncan (1990) y Guillén et al., (1990) sólo contemplan la salud como componente de valoración. Tres de los cuestionarios: Guillén et al., (1990); Intercampo (1993) y Fernández Ballesteros y Zamarrón (1996) fueron realizados en España.

En cuanto a los cuidadores familiares, no hemos encontrado instrumentos específicos para medir la calidad de vida de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes; sin embargo, sí se han encontrado escalas para medir la calidad de vida de cuidadores de pacientes con cáncer. Se destaca que los instrumentos existentes son, sobre todo, para medir el nivel de carga en los cuidados, siendo el más utilizado el test de Zarit; dicho cuestionario es el que hemos utilizado en nuestro estudio en las entrevistas realizadas al cuidador familiar (ver Anexo II).

Tabla 1.6. Instrumentos de evaluación de calidad de vida en población anciana

Cuestionarios	Áreas
“El rand medidas sobre el estado de salud” Ware et al., (1981).	Salud física, social, mental y percepción general de salud.
“Perfil del impacto de la enfermedad” Bergner, Babbit, Carter y Gibson (1981).	136 ítems: Paseos. Movilidad. Cuidado del cuerpo. Interacción social. Conducta de Atención. Conducta emocional. Comunicación. Sueño y descanso. Comida. Trabajo/ y en casa. Recreo/pasatiempo.
“Escala sobre la calidad de bienestar”. Kaplan y Bush (1982).	Movilidad, actividad física, actividad social.
“Ecuación estructural de ejercicio/sueño, modelo práctico de salud y calidad de vida en mayores” .Wesley y Duncan (1990).	Prácticas saludables relacionadas con el estado de salud.
“Tensión, soporte social y salud mental en individuos mayores en el medio rural”. Revicki y Mitchell (1990).	Soporte social, angustia vital y Salud mental.
Cuestionario Cruz Roja de calidad De vida en ancianos. Guillén et al., (1990).	Salud objetiva.
Multitratamiento-multimétodo un análisis de las medidas sobre la relación de calidad de vida y salud. Hadorn y Hays (1991).	Estado general de salud percibida. Actividades significativas. Perspectivas de vida y padecimientos físicos, Autocuidado y Relaciones sociales.
Cuestionario de calidad de vida. Ruiz Fernández y Boca Baldomero (1993).	Soporte social. Satisfacción general. Bienestar físico y psíquico. Ausencia de trabajo/ tiempo libre.
Estudio calidad de vida en la tercera edad. Intercampo (1993).	Estado mental. Salud subjetiva y objetiva. Integración social. Habilidades funcionales. Actividades de la vida diaria. Calidad ambiental. Calidad de los servicios sociales y sanitarios. Satisfacción con la vida. Sinceridad. Datos socioeconómicos. Datos de observación entrevistador.
Breve cuestionario de calidad de vida (CUBRECAVI). Fernández Ballesteros y Zamarrón (1996).	Salud objetiva y subjetiva. Integración social. Habilidades funcionales. Actividad y ocio. Calidad ambiental. Satisfacción con la vida. Educación. Ingresos. Servicios sociales y sanitarios. Calidad de vida.
Recursos y servicios de los ancianos americanos. Autores multidisciplinarios de Duke University Center (1988).	Soporte social y económico, salud mental y físico. AVD y AIVD.
“Perfil de la edad biológica (biograma) de los sujetos mayores sanos y pacientes cardiovasculares. Reig, Prieto, Rivera y Miquel (1991).	24 parámetros físicos, bioquímicos y psicológicos.
“Calidad de vida en los ancianos, resultados de pacientes con enfermedades crónicas” Pearlman y Uhlmann (1991).	Autovaloración de la calidad de vida: Cuidados médicos, salud. Relaciones interpersonales. Situación económica. Estado funcional.

Fuente: Elaboración propia a partir de Fernández- Ballesteros (1996).

Una vez detalladas las dimensiones e instrumentos más utilizados en la valoración de la calidad de vida, pasamos a valorar cuáles son los elementos que, según la literatura, están relacionados con la calidad de vida en el caso que nos ocupa, es decir, la calidad de vida de las personas mayores y los cuidadores familiares.

Calidad de vida en la vejez

En los últimos años, el envejecimiento de la población ha fomentado el interés y preocupación de la calidad de vida de las personas mayores, aumentando el número de estudios destinados a este colectivo (Rubio Herrera et al., 2001; Castellón y Del Pino, 2003; Castellón y Romero, 2004; *Fundació Viure i Conviure*, 2006; Rodríguez et al., 2006a). Los estudios sobre calidad de vida, se concretan bajo dos tipos de perspectivas; por un lado, el enfoque positivo de la investigación social, que es centrada en aspectos positivos tales como la autonomía, autoestima, actividad social y satisfacción con la vida y, por otro, el enfoque negativo de la gerontología clínica, que atribuye de forma normativa una declinación global del individuo en la vejez, encaminando el interés en las necesidades de cuidados de las personas mayores dependientes (*Fundació Viure i Conviure*, 2006).

Las aspiraciones, las necesidades relacionadas con tener una buena calidad de vida son distintas según la etapa evolutiva en la que se está, siendo la edad uno de los factores que influyen en la percepción y satisfacción de un determinado bienestar (Gómez Vela y Sabeh, 2006). Distintos estudios sobre calidad de vida en la vejez, determinan diversos factores que las personas mayores consideran importantes en su vida: actividades de ocio y tiempo libre, estado de salud, autonomía, relaciones familiares, apoyo familiar y social, contactos sociales, estado de la vivienda, disponibilidad económica, entorno, recursos, servicios y satisfacción en las condiciones de vida (Fernández-Ballesteros et al., 1996; Bazo, 1998; Azpiazu et al., 2002; Gómez Vela y Sabeh, 2006; Fernández-Mayoralas et al., 2007). La motivación y los sentimientos del cuidador en los cuidados proporcionados a la persona dependiente es otro de

los factores relacionados con la calidad de vida de los mayores dependientes (Marrugat, 2005).

Según remarca O'Shea (2003) es difícil realizar una definición de calidad de vida para las personas mayores y más todavía en las personas mayores dependientes. Bowling en 1998 expone que al no existir un acuerdo sobre dependencia, tampoco existe una definición única de calidad de vida para las personas mayores. Se determinan una serie de elementos necesarios a determinar para mejorar la calidad de vida de las personas mayores: salud objetiva y subjetiva, capacidad física, factores psicológicos (soledad, personalidad, sentimientos de inutilidad que influyen en la percepción de bienestar), entorno ambiental adecuado (vivienda, entorno social), factores sociales (aislamiento social), la propia estima y dignidad y la privación económica. La prevención de situaciones que afectan el bienestar de las personas mayores contribuye a mejorar su calidad de vida. De forma que identificar el estilo de vida de los mayores ayuda a prevenir enfermedades y mejorar la calidad de vida de los mayores (O'Shea, 2003; IMSERSO, 2004b, 2007). En relación a la prevención de enfermedades, hay estudios que corroboran que realizar ejercicio y llevar un estilo de vida saludable, como una alimentación equilibrada, retrasan o disminuyen situaciones o enfermedades que producen dependencia (Castellón y Del Pino, 2003, IMSERSO, 2004b, 2007). Respecto a las relaciones sociales, se estima que las buenas relaciones sociales y familiares fomenta la calidad de vida y el bienestar de los mayores, jugando un papel importante para obtener un envejecimiento saludable (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2005; Otero et al., 2006).

Algunos estudios y teorías detallan que en la vejez hay más riesgo de aislamiento y disminución de las relaciones sociales (Cervera y Sáiz, 2000; Rubio y Aleixandre, 2001; IMSERSO, 2005a). De hecho, uno de los indicadores que considera la OMS en la fragilidad de los ancianos es el de si el anciano vive solo. Hay que tener en cuenta que, debido a la sucesión de pérdidas que se producen en la vejez, es más probable experimentar la soledad en esta etapa de la vida. Dicho criterio es de utilidad para determinar no sólo si el

mayor puede valerse por si mismo, sino también para determinar si el mayor puede percibir sentimiento de soledad. Puede entenderse la soledad como la experiencia subjetiva que se produce cuando no estamos satisfechos o cuando nuestras relaciones no son suficientes. Se distingue la soledad objetiva como la falta de apoyo y compañía, y la soledad subjetiva como la percepción de sentirse solo (Boletín sobre el Envejecimiento, 2000). Cabe hacer hincapié en que soledad y aislamiento social no son constructos sinónimos, aunque muchas veces están relacionados. El aislamiento hace referencia a la objetividad y a la falta de relaciones y, en cambio, la soledad implica las vivencias o percepciones vividas. Lo cierto es que la soledad es un sentimiento que preocupa mucho a los mayores. En la encuesta realizada por el IMSERSO en 1995, los mayores determinaron la soledad como el problema de carácter no físico que más les preocupaba y esto sigue preocupando a los mayores, pues se observó, en un estudio más reciente que un 22% de las personas mayores manifestaron la soledad como un sentimiento doloroso y temido (Boletín sobre el Envejecimiento, 2000).

En España, existen más de un millón de personas mayores que viven solas, y se observa que, a más edad, más aumenta la probabilidad de vivir solas; además, las personas que viven solas presentan más índices de soledad que los que tienen apoyo y compañía. Por ello, parece necesario determinar como perciben los mayores su soledad (Rubio y Aleixandre, 2001; IMSERSO, 2005a). Sin embargo, el 90% de las personas mayores dependientes son cuidados por sus familiares (Meil, 2000; Domínguez-Alcón, 2001). Así, ante situaciones de dependencia, los mayores están apoyados por la estructura familiar y social (Iglesias de Ussel, 2001), sin embargo, sus relaciones sociales sí disminuyen al no poder salir del exterior de la vivienda; es por ello que en nuestro estudio lo incluimos como uno de los elementos que debe tenerse presente. Se destacan dos estudios que determinan las áreas importantes para los mayores en su calidad de vida. Uno de ellos es la revisión que cinco países europeos (Alemania, Italia, Países Bajos, Suecia y Reino Unido) realizaron sobre los aspectos de calidad de vida considerados por las personas mayores (Walker, 2004).

La conclusión de las principales áreas que los expertos determinaron en el análisis de la calidad de vida de las personas mayores son los siguientes:

- Definición y valoración de la calidad de vida.
- Entorno, barrio, vivienda, transporte y nuevas tecnologías.
- Salud física y salud mental.
- Apoyo familiar y social.
- Empleo e ingresos.
- Participación e integración social.
- Papel de los servicios en la calidad de vida.
- Satisfacción con la vida y bienestar subjetivo.
- Desigualdades y cambios en la calidad de vida.

El otro estudio muestra las distintas áreas que las personas mayores de distintos países destacan como importantes en la calidad de vida y sobresalen como áreas importantes la salud, las relaciones familiares, la economía, las relaciones sociales, el entorno o ambiente, las creencias, la independencia y la seguridad personal (*Fundació Viure y Conviure*, 2006). Poder determinar la importancia de las experiencias, preocupaciones y iniciativas de las personas mayores y cuidadores, los recursos y atención sociosanitaria necesarios son muchas de las razones que justifican dicho estudio en los mayores. Para Siegrist et al., (2000), existe una parte positiva y otra negativa en la determinación de la calidad de vida. La parte negativa es la falta de vigor, creatividad, y bajos niveles de razonamiento teórico y metodológico. Como parte positiva el aumento de su interés de estudio y aceptación como una actividad necesaria para optimizar los cuidados de los pacientes (Yanguas, 2006). En definitiva, la calidad de vida en las personas mayores, no es simplemente añadir años a la vida, sino vida a los años (Castellón y Del Pino, 2003). Tal y como hemos detallado en este mismo capítulo, al hablar de socialización de los cuidados, pensamos que la adaptación al rol social que le toca vivir como anciano y como persona dependiente, puede influenciar en la percepción de su calidad de vida. Sin embargo, esto no significa que al no expresar las necesidades, las personas mayores no tengan algunas necesidades que cubrir. En el capítulo 2 se detallan las teorías sociales del envejecimiento y el constructo social de la vejez.

Calidad de vida del cuidador familiar

Algunas de los factores que influyen en la calidad de vida de los cuidadores familiares están determinados por el contexto del cuidado, los apoyos, recursos y ayudas sociales, el apoyo familiar, las relaciones personales, las características y estado de salud de la persona dependiente, las características del propio cuidador, el estrés percibido, y la forma como son afrontados los cuidados (Pérez, 2006). Así, la calidad de vida del cuidador principal de la persona mayor dependiente puede verse alterada por distintos motivos, entre ellos los costes del cuidado informal, que son de carácter laboral, social, familiar, económico, legal, de ocio y de salud (Martorell et al., 1996; Campo, 2000). Los costes del cuidado se producen sobre todo en la percepción subjetiva del estado de salud y en las oportunidades sociales y laborales de las personas cuidadoras, las cuales perciben aislamiento social, falta de ocio y de oportunidades laborales, siendo la mayoría de cuidadores mujeres que deben plantearse el dilema de trabajar o cuidar (Domínguez-Alcón, 1998b; Campo, 2000; Meil, 2000). El cuidado de la persona enferma puede producir a la persona cuidadora sentimientos contradictorios (Bazo y Domínguez-Alcón, 1996; Campo, 2000). El cuidador familiar puede presentar diferentes tipos de reacciones emocionales: sentimientos de culpa, ira, impotencia, vergüenza, tristeza, depresión, soledad y estrés. Algunos cuidadores sufren alteraciones en el estado de salud: fatiga, cefaleas, lumbalgias, insomnio, estrés, depresión, angustia y alteración en la percepción subjetiva de salud; puede producirse también una sobrecarga de cuidados, que se expresa con cansancio físico y emocional (Domínguez-Alcón, 1998b, 2001; Selmes y Selmes, 1996; Meil, 2000; Muela et al., 2001; Marrugat, 2005; Ballester et al., 2006; Carretero et al., 2006; Pérez, 2006).

Se habla de la “Carga del Cuidador” que viene definida como el conjunto de problemas de carácter físico, psíquico, social o económico que pueden experimentar los cuidadores de adultos dependientes o incapacitados (Gómez-Busto et al., 1999). Dicha carga se ha relacionado con factores objetivos y subjetivos, siendo un conjunto de causas multifactoriales las que explican la

sobrecarga. Una de estas causas se debe a que la persona cuidadora se siente poco informada por parte de los profesionales sanitarios cuando la persona enferma acude al hospital o cuando precisa cuidados especializados en su domicilio (Celma, 2001). La carga familiar también se relaciona con la necesidad de institucionalizar a medio plazo los mayores dependientes que precisan cuidados de larga duración. Otra definición que contempla la misma problemática, es el llamado "Síndrome del Cuidador" que se refleja con alteraciones médicas, físicas, psíquicas, psicosomáticas, laborales y familiares que alteran la calidad de vida de los cuidadores (Montorio et al., 1998, Pérez, 2006). Algunos estudios destacan que los cuidadores de personas con Alzheimer, u otros tipos de demencia, perciben una carga más intensa que los cuidadores de personas con otro tipo de enfermedad (Martorell et al., 1996; Bazo, 1998).

Desde la psicología, algunos autores intentan explicar los elementos implicados en la sobrecarga de cuidados, tales como Lazarus et al., (1984) y Martín et al., (1996), que exponen tres modelos conceptuales para explicar la sobrecarga: 1) la relación de la sobrecarga del cuidador con el tipo específico de deterioro y necesidades del paciente. Como mayor es el deterioro del paciente mayor sobrecarga en el cuidador. 2) la relación de sobrecarga según la calidad de vida, ansiedad o depresión del cuidador, desde su propia personalidad y 3) la Teoría General de la Adaptación-Estrés (Lazarus et al., 1984). El cuidador debe afrontar determinados elementos estresantes y su respuesta a los mismos se ve afectada por factores psicológicos, impacto emocional, utilización de soporte familiar y estrategias de afrontamiento. Esta última es la más aceptada específicamente en la problemática de sobrecarga en los cuidadores (Gallart, 2007). Existen distintos test o escalas que analizan la sobrecarga del cuidador. Instrumentos como el test de estrés del cuidador, el índice de esfuerzo del cuidador, las características de personalidad del cuidador (cuestionario de Personalidad de Eysenk y Eysenk), las estrategias de afrontamiento (Cuestionario de Formas de Afrontamiento de Lazarus y Folkman) y el apoyo social (cuestionario de Apoyo Social Funcional de Duke-UNC), sin embargo la escala más validada y utilizada es la escala de Zarit (Montorio et al., 1998).

Desde la perspectiva enfermera, la taxonomía de la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA , 2005-2006) de diagnósticos enfermeros describen varias situaciones relacionadas con la carga, que son descritas como Riesgo de Cansancio en el Desempeño del Rol de Cuidador, definido cuando *“el cuidador es vulnerable a la sensación de dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia”* y, en caso de evidencia, se describe como Cansancio en el desempeño del rol de cuidador, definida cuando *“la persona percibe o demuestra dificultad para desempeñar el rol de cuidador familiar”* (NANDA, 2005-2006).

Sin embargo, cuidar a personas mayores puede conllevar experiencias tanto positivas como negativas. Como negativas las situaciones más frecuentes que presentan las personas cuidadoras son estados de angustia y depresión, así como la sobrecarga de cuidados; como positivas hallamos factores identificados con el bienestar emocional, la auto-aceptación, las relaciones personales positivas, la autonomía, el control del entorno, el significado cultural del cuidado, la reciprocidad, y el no vivir en la misma residencia que la persona dependiente. De modo que el cuidado no siempre implica consecuencias negativas. Además, el deseo de cuidar y ayudar a la persona dependiente disminuye el estrés en el cuidador (Farran, 1997). Esto permite ver el cuidado desde un punto de vista constructivista y artesanal, realizado con ingenio y amor (De la Cuesta, 2004), siendo en estas situaciones cuando las personas cuidadoras perciben mejor calidad de vida que las personas que realizan el cuidado como una carga o obligación. Sin embargo, algunos cuidadores perciben a la vez sentimientos negativos y positivos en la realización de los cuidados (Zabalegui et al., 2004).

Desde la perspectiva sociológica, pensamos que la socialización al cuidado y el aceptar el rol de cuidador ayudan a adaptarse y conciliarse con la situación de carga que supone realizar los cuidados de larga duración. Es por ello que adoptamos la perspectiva funcionalista de Parsons.

Conclusiones

Es difícil identificar y medir la satisfacción en las necesidades y calidad de vida. Existen dos grandes debates teóricos respecto a la universalidad de las necesidades; tenemos por un lado, la aproximación a las teorías universalistas, que sostienen que las necesidades de todos los seres humanos son fundamentalmente las mismas, sea cual sea su raza, sexo, edad o cultura y, por otro lado, las teorías relativistas, que intentan negar la noción de las necesidades humanas como universales, determinando que las necesidades son distintas en función del sexo, edad, raza, cultura, normas sociales adquiridas y percepción individual. En relación a las grandes corrientes teóricas que explican las necesidades humanas, se observa que hay distintas maneras de conceptualizarlas según la perspectiva sociológica, aunque la mayoría contemplan las necesidades como constructo social, posesionándose en la postura relativista de las necesidades. Sin embargo, desde la psicología las necesidades se explican más como motivaciones o perspectivas individuales.

En nuestro análisis, nos decidimos por el funcionalismo de Parsons por que nos importan elementos como la socialización, el rol social y la función de las instituciones. También se enfoca desde la Sociología de la Salud y desde la Sociología de la Familia por que se estudian algunas de las premisas que contemplan ambas perspectivas.

Se concluye que el concepto de calidad de vida es relativamente “nuevo”, y parte de la evolución de los conceptos de felicidad, bienestar y satisfacción de necesidades. Existen muchas definiciones sobre calidad de vida y los componentes que la integran cambian según autor, además de la existencia de multitud de escalas e instrumentos que evalúan la calidad de vida, y que no ayudan a establecer unos criterios más definitorios. Es por ello que pensamos que, aunque es necesaria la existencia de indicadores generales, también deben existir ítems adaptados a las necesidades que las personas identifican en cada etapa del ciclo vital o en diversas situaciones de su vida. Existen distintos modelos y marcos teóricos sobre calidad de vida. En general, la

mayoría de modelos destacan por una visión global. Hay dos grandes líneas de debate sobre la definición y medición de la calidad de vida; por un lado los que determinan que la calidad de vida engloba componentes subjetivos y objetivos, frente a los que determinan que la calidad de vida engloba solamente la percepción subjetiva; sin embargo, la mayoría de modelos tratan de determinar la calidad de vida de forma multidimensional, a partir de indicadores objetivos y subjetivos. También se cuestiona si la calidad de vida se estructura de forma general para todos los individuos, o bien si es cada individuo el que produce su propio constructo de calidad de vida. De hecho, en las personas mayores la calidad de vida está determinada, sobre todo, por la interrelación de la persona con su entorno y también en factores como: autonomía, estado de salud, relaciones familiares, economía y relaciones sociales. Es asimismo importante el rol social que ocupa el mayor por ser anciano y por ser enfermo crónico, en la percepción de su calidad de vida.

En relación a la calidad de vida del cuidador principal de la persona mayor dependiente, se destaca que puede verse alterada por distintos motivos, al existir unos costes del cuidado informal y unas situaciones de sobrecarga de cuidados que influyen en la socialización del cuidado, en la percepción y adaptación a la situación que conlleva realizar cuidados de larga duración.

De forma que la Sociología, a pesar de que no ha sido la ciencia que más ha profundizado en el estudio de la calidad de vida, los componentes sociales están siempre presentes en su valoración, por ello es necesario reforzar el estudio de los planteamientos sociológicos que contemplan las necesidades del ser humano y el cómo sus miembros se organizan en el contexto social y situación que les toca vivir.

El servicio de Atención Domiciliaria (ATDOM) es la institución sanitaria que puede identificar las necesidades de las personas mayores y cuidadores familiares, y proporcionar la ayuda y los recursos necesarios.

En los capítulos siguientes, se expone la construcción social de la vejez, la situación de dependencia, el envejecimiento de la población, los componentes del cuidado y las formas de cuidar, así como la situación de los cuidados de larga duración, con la finalidad de establecer la relación entre calidad de vida y cuidados en la dependencia.

Capítulo 2. Vejez, Dependencia y Cuidados

En este capítulo se revisa la construcción social de la vejez, detallando las teorías sociales del envejecimiento más aceptadas, así como sus principales críticas. Por otro lado, se exponen los orígenes de la gerontología, la situación actual del envejecimiento de la población y los cambios normales y patológicos que se producen en la vejez. Se describen distintas definiciones de dependencia y la evolución del concepto en los últimos años. Se detallan asimismo otras definiciones necesarias para entender mejor el término, y se describen las dimensiones de la dependencia. Se especifican las escalas más utilizadas en España para valorar los distintos tipos y niveles de dependencia. Se define asimismo el cuidado y sus dimensiones, especificando las características de los distintos tipos de cuidadores existentes: por un lado los cuidadores informales y, por otro, los cuidadores formales, destacando entre ellos los profesionales de enfermería que son por excelencia los profesionales del cuidar y se detallan los diversos modelos y teorías enfermeras, así como los instrumentos utilizados en el proceso de atención de enfermería. Se repasa la evolución de la familia en los cuidados, resaltando la situación actual y el perfil del cuidador familiar.

2.1. Construcción social de la vejez

En la construcción social de la vejez debe destacarse que no es lo mismo ser una persona mayor a principios del siglo XX que serlo en el siglo XXI. En nuestra sociedad, desde un punto de vista sociológico, el concepto de vejez viene determinado por la productividad, el consumo de ciertas tendencias, los ritmos impuestos en la industrialización y los roles sociales que se atribuyen a las personas mayores.

El término de anciano va muy ligado a cierto aislamiento social y déficit económico, de forma que se entiende el concepto de vejez como un constructo cultural que está relacionado con las formas de organización de la sociedad. A una persona se la considera vieja cuando la sociedad así lo considera. El ser humano durante su vejez, como en cualquier etapa del ciclo vital, su situación y

condición le viene impuesta por la sociedad a la que pertenece (Beauvoir, 1983; San Román, 1989; Bazo, 1990; Alba, 1992; Fericgla, 1992). Así por ejemplo, cabe señalar el funcionamiento que tenían las sociedades nómadas, cuyo sistema de vida estaba basado en la caza, recolección y pesca, y los ancianos estaban integrados en el grupo mientras no amenazaran la subsistencia de éste (Alba, 1992). Cada sociedad idealiza un tipo de hombre ideal, y, de este modelo, depende el rol y el concepto que se atribuye a la vejez. A nivel semántico, muchas veces se estigmatiza la palabra viejo, dándole un contenido marginal o de inferioridad, contribuyendo a ver la vejez como una etapa negativa. Sin embargo, entender la vejez como la culminación de la vida es algo que debe perseguirse para poder obtener una vejez saludable, aunque lo cierto es que a pesar que la sociedad expone que los ancianos merecen toda la ayuda y respeto, los valores reales se centran hacia la juventud y las personas productivas (Fericgla, 1992).

El rechazo a la vejez cambia según las culturas, pero parece estar siempre presente, pues parece confirmarse que en general los grupos humanos tienden a huir de la vejez y de sus consecuencias, incluso muchos individuos disimulan o quieren disimular el paso de los años en sus cuerpos. Minois (1989) describe la gerontofobia⁶ como un mecanismo de defensa para evitar la propia angustia y miedo a la muerte. También parecen influir en el rechazo, la pérdida de poder social, económico y cultural que determinados ancianos poseen. En cierta manera, históricamente se observa una contradicción hacia las personas mayores, que va de quererlas y respetarlas a temerlas y odiarlas (San Román, 1989). Así se desprende de los datos que revelan el estudio 2291 de CIS (1998a), donde se refleja que la percepción de la vejez en nuestra sociedad sigue siendo contradictoria; por un lado se atribuye a los mayores sabiduría, experiencia y transmisión de valores, y por otro se les califica de personas dependientes, inactivos, y poco alegres. Dicho estudio destaca que más de la mitad de las personas encuestadas manifestaron que la sociedad no se comporta de forma adecuada con las personas mayores (CIS, 1998a).

⁶ Tener miedo, fobia, desprecio o discriminación a las personas mayores.

Lo cierto es que la vejez es una etapa real, muchas veces despreciada por los que aún no han llegado a ser viejos y, en algunas ocasiones, poco aceptada por los propios ancianos, provocando en los mismos, un sentimiento de querer frenar y evitar los cambios producidos por el paso de los años.

De modo que no puede afirmarse que el pasado de los ancianos fue mejor en otras épocas, puesto que la historia nos muestra situaciones ambiguas. Si es cierto que en la sociedad actual los valores son distintos y, en ella, la vejez no tiene ningún valor que les apetezca mostrar. En la sociedad tradicional las personas mayores se consideraban útiles, sabios y no costaba mantenerlos, en cambio en la sociedad moderna se les considera costosos, poco útiles y con poca sabiduría.

A las personas mayores se les atribuyen unas características determinadas, tanto positivas como negativas, aunque las negativas muchas veces parecen tener más peso, hecho que contribuye a que los ancianos se sientan poco útiles en la sociedad. La valoración del estatus de ancianidad se puede observar en distintas áreas: biológica, psíquica, social y económica (**tabla 2.1**).

Tabla 2.1. Características atribuidas a las personas mayores

Valoraciones positivas	Valoraciones negativas
Área Biológica (maduro, inmunizado)	Área Biológica (débil, enfermo)
Área Psíquica (estable, equilibrio)	Área Psíquica (lento, inseguro)
Área Social (tiempo libre)	Área Social (pérdida de poder sociolaboral)
Área Económica (ventajas fiscales)	Área Económica (mayores necesidades de asistencia sanitaria)

Fuente: Elaboración a partir de Moragas, Gerontología Social, (Barcelona: Herder, 1998).

Cabe señalar que el edadismo⁷ atribuído a las personas mayores puede favorecer la realización de prácticas discriminatorias por parte de los profesionales, lo que hace infravalorar a las personas mayores simplemente por la edad (Losada, 2004). Analizar la vejez a través de las distintas épocas no es fácil, ya que el interés por su estudio no ha adquirido relevancia hasta mediados del siglo XX. De hecho no fue hasta mediados del siglo XIX cuando empezó a calcularse la esperanza de vida. El interés actual por la vejez se debe al aumento del grupo de población anciana, los cambios económicos, la incorporación de la mujer al trabajo, las nuevas formas de familia y el rol que ocupa el anciano en ella, los cambios políticos y sociales que produce el envejecimiento de la población, y la necesidad de tener en cuenta la calidad de vida de las personas mayores. La forma de envejecer ha cambiado en nuestra sociedad, no sólo en la forma de definir y ver otras posibilidades y oportunidades de acción en las personas mayores, sino también en su clasificación y necesidades de atención. Ejemplo de ello es el colectivo de personas de 80 y más años, a las que se les denomina “cuarta edad”, considerando que son las personas con más probabilidades de necesitar ayuda para cubrir sus actividades básicas de la vida diaria y siendo este grupo de mayores a los que se atribuye actualmente el significado de “viejo” y dependiente.

⁷ Hace referencia a la presencia de estereotipos y actitudes negativas o discriminatorias de una persona por el hecho de ser mayor, pudiendo favorecer la realización de prácticas discriminatorias.
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf>

2.2. Teorías sociales del envejecimiento

En 1903 aparece el término de Gerontología, definido por Metchnikoff como: “la ciencia que estudia las personas mayores y el envejecimiento en todas sus dimensiones”. En 1909, Nascher introduce el término de Geriatria. Este científico puso de manifiesto que era necesario entender la vejez desde distintas disciplinas, siendo los geriatras los impulsores o pioneros de la gerontología social. Posteriormente, en 1950 surge la Asociación Internacional de Gerontología, cuyo objetivo era promover el estudio de la vejez y envejecimiento, colaborando en ello diversas disciplinas (Moragas, 1998).

Se subraya que la comunidad académica de mitad del siglo XX ya no entendía la vejez como un proceso patológico, sino que veían algo más que el límite puramente biológico que comprende la vejez. Se entiende la gerontología como la ciencia que se ocupa de los problemas que conlleva el envejecimiento, tanto a nivel biológico, como a nivel psíquico y social, requiriendo por tanto de un estudio multidisciplinario para abarcar todas sus dimensiones.

La gerontología se divide en cuatro apartados: a) la gerontología biológica o experimental es la ciencia que se encarga de conocer tanto los mecanismos del envejecimiento como sus causas; b) la gerontología clínica o geriatría es parte de la Medicina que estudia la vejez y sus enfermedades; c) la gerontología social se preocupa de las relaciones entre individuo y sociedad, abarcando los problemas socioeconómicos, políticos y sanitarios, y d) la gerontopsiquiatría o psicogerontología que analiza los aspectos psicológicos y psiquiátricos del anciano.

Las principales teorías de la vejez se establecen en la década de los 60. Dichas teorías intentan explicar la influencia de los factores culturales y sociales para entender el envejecimiento (**tabla 2.2**). Siguiendo la clasificación de Rubio Herrera (1996), algunas teorías sociológicas se determinan dentro del funcionalismo, perspectiva que valora las necesidades de la sociedad, pero no las necesidades de las personas que la componen, ve la vejez como problema

social producido por la industrialización, los cambios familiares, la jubilación obligatoria y la poca adaptación individual a los cambios producidos por el envejecimiento. A principios de los años setenta se empieza a valorar otras técnicas o métodos para explicar la gerontología social, que se incluyen dentro de la perspectiva del interaccionismo simbólico. Dicha perspectiva determina que a cada grupo de edad se le atribuye unos roles, da importancia al lenguaje y a la comunicación social, y destaca la necesidad en los ancianos de utilizar muchos recursos, provocando por ello un desequilibrio en las necesidades sociales (Rubio Herrera, 1996; Bazo y García 2006). Otras dos teorías que la autora incluye en su clasificación, son la Teoría de la Estratificación por edades y la Teoría del Conflicto.

Teorías funcionalistas

Dentro de esas teorías se encuentra la *Teoría de la Desvinculación*. El punto de partida de esta teoría arranca de Cummings y Henry, en 1961. Esta teoría pone de manifiesto que la persona mayor se aleja poco a poco de la vida social, e insiste que la sociedad le ofrece también cada vez menos posibilidades. Este retraimiento se manifiesta especialmente en el caso de la jubilación como un referente fundamental en el alejamiento de la vida productiva. Plantea asimismo que conforme las personas se acercan al final de la vida, mayor es el distanciamiento entre los ancianos y su medio (Cummings y Henry, 1961). Según Bazo (2006) esta teoría se relaciona con la teoría de la modernidad, ubicada dentro del funcionalismo estructural; cuyos autores son Cowgill y Holmes (1972). Por otro lado, Simmons (1945) opina que el deseo de ser útiles en la vejez sólo se relaciona con el hecho de encontrarse seguros y el temor de verse rechazados (Ortiz, 2000). Las críticas que reciben son: a) por no probar y contrastar los hechos, b) la desatención de las variables culturales, sociales y personales que inciden en el proceso de envejecimiento, c) la diferente incidencia a través del tiempo y las enormes variaciones del proceso en distintas sociedades, d) la necesidad de distinguir entre la desvinculación social o reducción de las relaciones y recursos sociales, e) el hecho de que muchos

individuos continúan y prefieren ser activos y realizar contactos sociales y f) la desvinculación no tiene porque ser definitiva (San Román,1989; Belando, 2006).

Otra teoría es la *Teoría de la Actividad*, que tiene como principales teóricos a Havishurst (1961), Tadler (1961), Feingenbaum (1968), Neugarten y Hagestad (1990). Esta teoría propone que la pérdida del rol significa pérdida del estatus y de la función social del individuo; para conseguir un envejecimiento satisfactorio es necesario mantener determinados niveles de actividad y sustituir los roles anteriores por actividades nuevas. Propone que las actividades sociales tienen el rol de amortiguador para disminuir la pérdida de papel social. Las críticas a dicha teoría se deben al hecho que no establece una relación causal entre actividad y satisfacción de vida. Además, se trata de una teoría bastante idealista, pues no plantea la necesidad de prepararse a la vejez y no es aplicable a todos los grupos socioeconómicos. Según Blumer (1972) esta teoría se relaciona con el interaccionismo simbólico por considerar que los seres humanos desarrollan su forma de vida y sus valores a partir de la comunicación social. Según Cartensen (1990), además, esta teoría contradice la teoría de la desvinculación (Bazo y García, 2006; Belando, 2006).

Una tercera visión dentro del funcionalismo es la que se presenta como la *Teoría de la Continuidad*, desarrollada por Neugarten en 1964. Este autor parte del supuesto que a medida que la persona va madurando desarrolla unos valores, unas creencias, unas actitudes y unas formas de vivir, e insiste que estas características permanecen en la vejez, aunque puedan producirse cambios. Dicha teoría puede considerarse una alternativa a las dos anteriores. Son partidarios también de esta teoría autores como Atchley (1993) Yela (1992) y Gala (1989) citados en Belando (2006). Atcheley (1993) entiende que esta teoría es evolucionista, puesto que tiene que ver con la adaptación y determina que las personas seleccionan y desarrollan unas ideas en función de sus propias condiciones y oportunidades. Para Bazo (1990) esta teoría no se ha podido comprobar empíricamente, pues cada persona tiene su modelo (Belando, 2006). Otras críticas a la teoría sostienen que se le da más

importancia a la continuidad “interna o de identidad”, y menos importancia al ambiente familiar, y a las relaciones sociales y familiares.

Por último, cabe señalar la *Teoría de la Modernización*, desarrollada por Cowgill y Holmes (1972). Dichos autores pretenden explicar los cambios en el estatus de las personas mayores a partir de los cambios de los sistemas sociales en función del grado de industrialización que alcanzan las sociedades. El nivel de estatus de los mayores va relacionado al grado de industrialización. Una de las críticas a esta teoría es que no incide en las diferencias sociales y religiosas, además de idealizar la sociedad en la que vivían los ancianos en etapas anteriores. El estatus de los ancianos ha sido cambiante y no puede relacionarse de forma tan clara la influencia de la industrialización. Cabe resaltar también que el hecho de desvincularse de ciertas actividades hace que se preste interés a otras actividades más alcanzables en el momento de la vejez, adaptándose a la situación que les toca vivir por su edad.

En psicología cabría destacar a Huberman (1974), que considera que a partir de los 60 años va apareciendo un desinterés hacia las relaciones y actividades sociales (Bazo y García, 2005). Las dos vertientes más importantes fueron la Teoría de la Actividad, desarrollada por autores como Havighurst y Feingbaum (1968) y la Teoría de la Desvinculación elaborada por Cumming y Henry (1961). En general las teorías funcionalistas se olvidaron de determinar la relación entre envejecimiento y estructura socioeconómica.

Teoría de Interaccionismo simbólico

Desde esta perspectiva, definida por Blummer (1969), se da importancia al lenguaje, a la comunicación social a partir del significado y la simbología, considerando esta comunicación como un medio para actuar. Las personas mayores, al igual que en otras edades, presentan diferentes conductas dependiendo de la situación y las circunstancias por las que se ve envuelta o representada en el momento de su vejez (Bazo, 1990). El aporte de la teoría de la Interacción Simbólica es su capacidad de analizar las distintas formas de

interacción humana. Es además de las pocas teorías que explica el significado subjetivo de las experiencias sociales (Rubio Herrera, 1996).

Teoría de la Estratificación por Edades

Es propuesta por Riley (1986) y clasificada como una macroteoría, se relaciona con la teoría del rol, pues destaca que a cada grupo de edad se le atribuye unos u otros roles. La gente que tiene más o menos la misma edad vive o experimenta la vejez de forma similar, de tal forma que cada generación vive las circunstancias o momento histórico que le toca vivir, y ello hace que vivan experiencias similares. Además de la edad, Riley sostiene que influyen otros factores como el contexto cultural y social en el que vive la persona mayor, considerando que la edad incide de forma significativa en los mayores según sus características de su cohorte de edad (Rodríguez, 1994b).

Teoría del Conflicto o de la Competencia

Teoría basada en el elemento económico y relacionada con el envejecimiento de la población, la crisis del estado de bienestar y la política social. Los mayores necesitan muchos recursos y provocan un desequilibrio en las necesidades de los jóvenes, lo que fomenta el círculo de ver la vejez como algo negativo. La crítica a la teoría es que se da más importancia a las razones económicas y al conflicto entre jóvenes y mayores. Kuypers y Bengston (1973) proponen desunir este círculo o espiral negativo a partir de grupos de apoyo que reelaboren la imagen negativa de las persona mayores (Bazo y García, 2006).

Tabla 2.2. Principales características de las teorías sociales del envejecimiento

Teorías	Características	Perspectiva
Teoría de la Desvinculación (Cumming y Henry, 1961)	La persona mayor se aleja poco a poco de la vida social, reduciendo sus roles más activos y centrándose en su vida interior. La sociedad también le ofrece cada vez menos posibilidades.	Funcionalista
Teoría de la Actividad (Havisghurst, 1961, 1968)	Mantiene los siguientes supuestos: a) Muchas personas mayores mantienen unos niveles más o menos estables de actividad. b) Las actividades que realizan las personas mayores están relacionadas más por el estilo de vida y los aspectos socioeconómicos que por el propio envejecimiento. c) Para conseguir un envejecimiento satisfactorio es necesario mantener determinados niveles de actividad.	Funcionalista
Teoría de la Continuidad (Neugarten, 1964)	Esta teoría parte del supuesto que las personas mayores siguen teniendo muchas características de la personalidad adquirida en las etapas del ciclo vital.	Funcionalista
Teoría de la Modernización (Cowgill, 1972-1974)	Intenta explicar el cambio social y su influencia en el envejecimiento desde un enfoque global. Cowgill presupone una relación proporcional entre modernización y envejecimiento. La modernización ha supuesto que el estatus de las personas mayores disminuya, las sociedades modernas no están preparadas para proteger a la población anciana.	Funcionalista
Teoría de la Interacción Simbólica (Blumer, 1969)	Presupone que “el individuo es una entidad creativa, pensante, capaz de elegir su comportamiento, en vez de reaccionar, más o menos mecánicamente a la influencia de fuerzas sociales de gran escala”. El comportamiento humano está influenciado por los significados simbólicos que se establecen entre los individuos y la interacción social.	Interacción simbólica
Teoría de la Estratificación por Edades (Riley et al., 1986)	Establece que la sociedad está formada por varias generaciones de edad y cada generación tiene un curso determinado, en función de las etapas del ciclo vital y a las situaciones sociales e históricas. El envejecimiento no es algo pasivo, está influido por la sociedad, los individuos, las características y la personalidad del sujeto.	Macroteoría
Teoría del Conflicto	Esta teoría analiza la situación poco ventajosa de las personas ancianas respecto a los problemas laborales. Presupone que la sociedad se caracteriza por desigualdad y conflicto.	Marxista

Fuente: Elaboración a partir de Rubio Herrera (1996); Bazo y García (2006); Belando (2006).

La Teoría de la Desvinculación y la Teoría de la Actividad refuerzan los estereotipos de las personas mayores como dependientes, disminuyendo su oportunidad de participación en sus derechos como individuos sociales. La crítica a la Teoría de la Continuidad se debe al hecho que sólo se preocupa por un aspecto de la vejez, la personalidad, el cual es muy limitado para entender el envejecimiento. A diferencia de la Teoría de la Desvinculación y la Teoría de la Actividad que detallan aspectos más globales para analizar la vejez, esta teoría es más limitada a la hora de explicar los procesos sociales del envejecimiento. Se crítica la Teoría de la Modernización por la poca capacidad

de explicar la influencia de factores como el sexo y el estatus económico que se da en las personas ancianas de la sociedad moderna. La crítica a la Teoría de Estratificación por Edades está vinculada al no tener en cuenta variables que condicionan el envejecimiento, tales como las económicas y las de género. La Teoría del Conflicto señala que la desventaja social y económica de los ancianos no se ha identificado a lo largo de la humanidad como exclusiva del capitalismo (Rubio Herrera, 1996). Todas estas teorías detalladas son estudiadas e introducidas en sociedades desarrolladas, donde el envejecimiento de la población y la deseada calidad de vida al envejecer es un tema fundamental en las agendas políticas.

Para intentar comprender la relación que se establece entre sociedad y envejecimiento se han analizado las distintas teorías sociales del envejecimiento; sin embargo, existen otras corrientes teóricas que analizan el envejecimiento, entre ellas las teorías que provienen de la Psicología Social, las cuales tienen en común analizar la influencia de la edad a través del ciclo vital, y determinar las necesidades y situaciones de las personas mayores.

En 1982, la ONU proclamó “El año mundial del anciano”, invitando a la sociedad a descubrir y reflexionar valores culturales y la experiencia acumulada a lo largo de los años, dejando atrás los estereotipos como “viejo, pobre y enfermo”. El número de personas mayores está aumentando considerablemente en nuestra sociedad, donde va adquiriendo un peso importante a nivel político, económico, sanitario, social y laboral. Analizar el concepto de vejez a lo largo de la humanidad es importante para entender el significado de la vejez actual.

2.3. Envejecimiento de la población

Se entiende como envejecimiento demográfico un aumento en el porcentaje de personas mayores de 65 años sobre el total de la población. A lo largo del siglo XX se produce un aumento de la esperanza de vida y un descenso de la natalidad. En España el descenso de la natalidad se produce sobre todo a finales de los años 1970 (IMSERSO 2004b, IMSERSO, 2007; Bazo y García, 2005). Entre 1957 y 1977, se produce en España el fenómeno del *baby boom*⁸ vinculado al desarrollo económico, pero desde el 1978 hasta 1998 se produce el *baby bust*⁹, con un gran déficit de nacimientos, incluso mayor que el producido entre 1936 y 1956 como consecuencia de la Guerra Civil y la larga posguerra. La generación de los *baby boom* serán los primeros en experimentar la condición de los “nuevos mayores”, cuando estos envejezcan y la infraestructura social deberá tener los recursos necesarios para cubrir y proteger al gran número de personas mayores dependientes (Gil, 2003).

El envejecimiento no debe considerarse un problema social, o un hecho negativo, sino más bien un logro, donde los individuos tienen una vida más larga; sin embargo, lo verdaderamente valioso es envejecer libre de dependencias y manteniendo una buena calidad de vida. El problema no radica en el envejecimiento en sí, sino en las nuevas necesidades de atención. El desarrollo económico y la organización de las sociedades industriales han conducido a cambiar los sistemas de cuidados aplicados a las personas mayores dependientes. En las sociedades tradicionales el cuidado lo realizaba la familia, en los países industrializados la responsabilidad familiar de cuidar ha pasado a ser una responsabilidad pública, aunque los estudios muestran que sigue siendo la familia la principal proveedora de recursos y cuidados (Campo, 2000; Casado y López, 2001; Rodríguez et al., 2006a). De modo que el estado y el mercado deben participar y apoyar más a las familias si se quiere llegar a

⁸ Aumento de nacimientos.

⁹ Déficit de nacimientos.

un adecuado bienestar familiar ya que un modelo de cuidados basado exclusivamente en la familia no es viable para la sociedad actual.

En la población española hay cada vez más personas mayores. Según las proyecciones de Naciones Unidas (2002), se prevé que en España la esperanza de vida al nacer en el año 2020, sea de 81,6 años (78,5 en los varones y 84,8 en las mujeres). También se prevé que en Cataluña en el año 2020, haya entre 1.340 a 1.285 millones de personas de más de 64 años (*Generalitat de Catalunya*, 2002). Según el Instituto Nacional de Estadística (2004) y por el censo obtenido en el 2001, se prevé que en el año 2050 el colectivo de personas mayores represente un 30,8% de la población, lo que significa que habrá 16.394.839 personas mayores en España, sobre un total de 53.147.442 habitantes. Aunque, el gran incremento inmigratorio y la permanencia en el país de los inmigrantes al hacerse mayores, impide saber si esta cifra se mantendrá, aumentará o disminuirá (Abellán, 2004a). La actual crisis económica y el aumento del desempleo también pueden modificar las proyecciones planteadas.

Según un estudio de Naciones Unidas (2003) España será, en el 2050, el segundo país más envejecido del mundo, con un 35% de personas de 65 y más años. Como primer lugar más envejecido del mundo, aparece Japón con un 36,5% y, en tercer lugar, Italia con un 34,4% (Abellán, 2004a). Una característica de este proceso de envejecimiento, es el aumento de los mayores de 80 años, es decir “un envejecimiento del envejecimiento” y se prevé que en el año 2050 este colectivo llegue a ser entre el 10 o el 11% de la población española.

Se señala que existen al menos tres situaciones que explican el envejecimiento en la población española: a) el envejecimiento de la población, b) las diferencias en la esperanza de vida según género, pues las mujeres viven más años, y c) las desigualdades territoriales. De forma que este envejecimiento, es desigual en el territorio español, pues no todas las comunidades autónomas españolas envejecen por igual, sino que existen diferencias debidas a distintos

factores que determinan las características de cada territorio. Por ejemplo, Asturias y Galicia son comunidades muy envejecidas y feminizadas comparado con otras comunidades autónomas, tal y como se observa en la **tabla 2.3**. Bien es cierto que estos factores no son estáticos, sino que van cambiando según las situaciones y los factores que va viviendo cada comunidad (Bazo y García, 2006).

Tabla 2.3. Factores determinantes en el envejecimiento/rejuvenecimiento en las diferentes comunidades autónomas españolas.

Comunidad Autónoma	Características	Factores determinantes
Castilla- La Mancha Castilla y León Aragón La Rioja	Comunidad muy envejecida y poco feminizada.	Emigración con expulsión de mujeres.
Madrid País Vasco Cataluña	Comunidades rejuvenecidas y feminizadas.	Receptoras de población.
Asturias Galicia	Comunidad muy envejecida y muy feminizada.	Impacto selectivo de la emigración masculina.
Baleares Canarias Murcia Andalucía Extremadura Comunidad Valenciana Navarra	Feminización moderada y envejecimiento relativamente bajo.	Procesos migratorios selectivos. Reequilibrio demográfico a partir de tasas de fecundidad relativamente altas. Menos efectos devastadores de la emigración.

Fuente: Elaboración propia a partir de Bazo y García (2006).

Cambios al envejecer

El envejecimiento es una etapa más del ciclo vital y, como en cada etapa, hay cambios físicos, psíquicos y sociales. Pueden distinguirse tres tipos de envejecimiento: el envejecimiento normal, el envejecimiento patológico y el envejecimiento satisfactorio. Se considera envejecimiento normal el que se produce por cambios biológicos, psicológicos y sociales ligados a la edad, los cuales son inevitables como, por ejemplo, la aparición de arrugas. Por envejecimiento patológico se entienden aquellos cambios que se producen como consecuencia de un mal autocuidado o de enfermedades, es decir,

cambios que no forman parte del envejecimiento normal. Por envejecimiento saludable o óptimo se concibe el que tiene lugar en las mejores condiciones posibles; este tipo de envejecimiento es más frecuente en personas que favorecen su autocuidado físico, psíquico y social y las personas que experimentan este envejecimiento tienen una mejor calidad de vida (Losada et al., 2005).

Es difícil determinar donde termina el envejecimiento normal o biológico y donde empieza el envejecimiento patológico, sin embargo generalizar el estado de salud de las personas mayores es un concepto erróneo, puesto que cada persona envejece de forma distinta. En las líneas siguientes se describen las características de los tres tipos de envejecimiento:

En el envejecimiento normal se producen distintos cambios físicos y orgánicos, tanto en la apariencia física como a nivel orgánico. A nivel de apariencia física se producen cambios en la piel, en la cara, en el pelo y uñas y cambios en la estructura corporal. A nivel orgánico también se producen cambios que afectan a distintas estructuras. Las neuronas o células nerviosas van disminuyendo en número con la edad, el cerebro pierde peso y tamaño, se hace más lento los procesos cerebrales. Respecto a los órganos de los sentidos existe una disminución en la percepción de las sensaciones. En el sistema cardiovascular se dan cambios en la estructura del corazón, en los vasos sanguíneos y en el colágeno que envuelve las fibras musculares. En el sistema respiratorio se produce un menor rendimiento de la capacidad pulmonar, las modificaciones en la estructura de los pulmones. En el aparato digestivo hay una disminución de la movilidad y de los movimientos peristálticos, disminución en la producción de enzimas digestivas, disminución en el metabolismo hepático, pérdida de piezas dentarias, entre otros cambios más específicos de cada órgano que forma el aparato digestivo. En el aparato genitourinario la secreción hormonal disminuye, hay pérdida de masa renal que provoca una disminución de la efectividad de los riñones y una disminución de la filtración sanguínea para producir orina y para la eliminación de productos tóxicos. Los órganos genitales observan cambios como la pérdida de secreción y de vello púbico, atrofia de los tejidos, senos flácidos en la mujer y aumento de la próstata en el hombre.

En el sistema endocrino se produce una disminución de hormonas sexuales, tanto en hombres como en mujeres, una disminución de la eficacia de las glándulas sudoríparas y una alteración de las funciones homeostáticas tales como el control de la temperatura, también hay alteraciones en las hormonas pancreáticas, favoreciendo el riesgo de sufrir diabetes. En el sistema inmunitario se da una menor resistencia a las infecciones. En el aparato locomotor hay una pérdida de masa ósea que favorece el riesgo de fracturas. Las superficies articulares también se deterioran y aparece dolor y limitación de movimientos. En general se produce mayor dificultad para desplazarse y para realizar movilizaciones y acciones más finas y precisas (Cervera y Sáiz, 2001).

Respecto a los cambios psíquicos, se observa que en un envejecimiento normal no existe enfermedad psíquica, destacando que los trastornos del psiquismo no son tan frecuentes como se piensa en los ancianos, pues lo padece una minoría. Aunque para envejecer y estar bien psicológicamente es necesario tener una buena salud mental, es decir, no tener una patología psíquica y saber afrontar los cambios que se producen en la vida, entre ellos los propios que se producen en el envejecimiento. Respecto a los cambios cognitivos, distintos estudios sugieren que se producen cambios lentos y continuos en las funciones intelectuales, dificultades de procesamiento sintáctico y de organización del discurso, dificultades en varias dimensiones de la atención y funcionamiento de la memoria operativa (Junqué y Jodar, 1990; Iñiguez, 2004; Juncos-Rabadán et al., 2006). Sin embargo, pese a los cambios cada persona tiene su propio ritmo de envejecimiento, por ello en la valoración de las personas mayores deben tenerse en cuenta distintas variables tales como: el sexo, la raza, el origen familiar, la educación, la profesión, la posición social y la familia de orientación, realizando de este modo una visión integral de la persona y no solamente una simple visión cronológica (Rodríguez, 2006).

El envejecimiento patológico se vincula a la enfermedad. Las enfermedades crónicas son las más frecuentes y las causantes de una mayor dependencia en las personas mayores. Las enfermedades agudas pueden complicarse y tardar más en curarse en edades avanzadas. Según la OMS, las principales enfermedades crónicas que afectan a las personas mayores en todo el mundo

son: enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes, accidente cerebrovascular, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades músculo esqueléticas (artritis y osteoporosis), enfermedades mentales (principalmente demencia y depresión), ceguera y alteraciones visuales (OMS 2002). La mayoría de estas enfermedades geriátricas presentan unas características comunes: el uso de múltiples fármacos y sus efectos adversos, la pluripatología, la insuficiencia orgánica múltiple, la multicausalidad del mismo síntoma, la elevada sensibilidad a infecciones, la tendencia a la cronicidad y diversas alteraciones psicológicas como la depresión, la confusión mental, la apatía o la negación de síntomas, así como la instauración y rápida progresión de la enfermedad (OPS, 2005; Rodríguez, 2006). A nivel global, los principales síndromes geriátricos son: la desnutrición, la inmovilidad, la incontinencia, las úlceras, la hipotermia, la deshidratación y las caídas.

Por supuesto la vejez no siempre es sinónimo de patología, sin embargo, se identifican dos grupos que requieren cuidados gerontológicos; por un lado los pacientes geriátricos, que son personas mayores que tienen dificultades para satisfacer sus necesidades o bien tienen enfermedades que conllevan pérdidas de autonomía funcional. Y por otro lado, las personas mayores frágiles o de riesgo, definidas como tal las personas de edad avanzada que tienen un riesgo potencial más elevado de perder la capacidad de autonomía, tener complicaciones, ser institucionalizado o morir si no recibe los recursos adecuados. En este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS), citado por Cervera y Sáiz (2001), considera causas de fragilidad o de alto riesgo las siguientes situaciones:

- Ser mayor de 80 años.
- Vivir solo.
- Viudez inferior a un año.
- Cambio de domicilio hace menos de un año.
- Patología crónica.
- Ictus con secuelas.
- Infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca hace menos de seis meses.
- Enfermedad de parkinson.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Patología osteoarticular degenerativa.

- Caídas.
- Déficit visual severo.
- Hipoacusia severa.
- Enfermedad terminal.
- Toma de tres fármacos con efectos secundarios importantes.
- Prescripción en el último mes de antihipertensivos, antidiabéticos o sedantes.
- Ingreso hospitalario en los últimos doce meses.
- Necesidad de atención sanitaria en el domicilio una vez al mes.
- Incapacidad funcional por otras causas.
- Deterioro cognitivo y depresión.
- Situación económica precaria.

Aunque la dependencia puede darse a cualquier edad y ser aumentada o predisuelta por otros factores, lo cierto es que el aumento de enfermedades crónicas se produce principalmente cuando se envejece, al igual que la necesidad de ayuda en las ABVD y las AIVD (Campo, 2000; Meil, 2000; Casado y López, 2001; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004b; IMSERSO, 2005b), pero es sobre todo en el colectivo de 80 y más años (cuarta edad), donde aumenta la prevalencia a padecer dependencia. De hecho, en España, en 20 años, se ha duplicado el grupo de personas mayores que pertenecen a la cuarta edad. En 1970 eran medio millón, y en el año 1990 ya se contabilizaban más de 1,1 millones de personas. Las proyecciones marcan que seguirán aumentando (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004b; Sánchez Fierro, 2004). La dependencia afecta a más de 40 millones de europeos, y este aumento se atribuye, sobre todo, al envejecimiento de la población en la Unión Europea (Sánchez Fierro, 2004).

El envejecimiento saludable tiene lugar cuando se envejece en las mejores condiciones posibles. Las causas de un envejecimiento saludable deben buscarse en las características genéticas, estilo de vida y entorno psicosocial. Algunas de las recomendaciones para mejorar la longevidad son: ser optimista, sentirse autorrealizado, evitar la vida sedentaria, mantener una vida intelectual, evitar angustias, estrés y tensiones emocionales, evitar las radiaciones, evitar la obesidad, tener una alimentación hipocalórica (1500 a 2000 calorías/día), evitar las drogas (tabaco, alcohol y otras), evitar accidentes, y realizar controles médicos de salud (Limón, 2002).

En la persona mayor sana el objetivo es la promoción y prevención de la salud, motivando a la persona en su autocuidado y enseñándole hábitos y soluciones que le permita adaptarse a los posibles cambios que vaya teniendo. En este sentido se entiende el envejecimiento activo como *“el proceso de optimización de las oportunidades de la salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”*. El término activo se refiere a una participación continua en cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas y no solamente a la capacidad para estar físicamente activo. Dicho concepto fue definido por la OMS en los años 90 en aras de ampliar el concepto de envejecimiento saludable (OMS, 2002).

Posteriormente en 2002, la Organización Mundial de la Salud estableció una serie de principios para determinar la atención que necesitan las personas mayores para potenciar el envejecimiento activo:

- Incorporar la seguridad y la protección, la justicia y la equidad, la dignidad, la independencia y el poder de decisión como valores esenciales en la creación de políticas y programas de salud.
- Adoptar las metas del envejecimiento activo y la calidad de vida para las personas adultas mayores.
- Reconocer y apoyar la función continua de la familia al satisfacer las necesidades de las personas adultas mayores.
- Desarrollar e incorporar el uso de la tecnología apropiada para mejorar la capacidad de atención.
- Reconocer la necesidad de ampliar los sistemas de atención de las personas mayores frágiles.
- Abordar los problemas de accesibilidad, rendición de cuentas, adaptabilidad y aceptabilidad en el desarrollo de un sistema de apoyo a las personas adultas mayores.
- Adoptar un enfoque integral de atención personal.

La búsqueda de un envejecimiento activo o saludable es lo que en definitiva determina tener una buena calidad de vida en la vejez.

2.4. Dependencia y cuidado

El concepto de “dependencia” ha sido definido por distintas organizaciones. Cabe destacar, entre ellas la que realizó el Consejo de Europa en el año 1998: se entiende dependencia como *“el estado en que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes para realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”* (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004b).

Posteriormente, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2001, definió dependencia como: *“La restricción o ausencia de capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal; entre las actividades observadas se encuentran las actividades de la vida diaria, preparar la comida y cuidar de la vivienda, así como participar en la movilidad”* (OMS, 2001).

En la búsqueda para obtener una definición que tenga en cuenta una visión más global del concepto de dependencia, O’Shea propone ampliar la definición realizada en 1998 por el Consejo de Europa. Dicha definición destaca: elementos físicos, psíquicos, sociales y económicos y señala que la *“dependencia es un estado en que las personas, debido a la falta o pérdida de autonomía física, psicológica o mental, necesitan de algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias. La dependencia podría también estar originada o verse agravada por la ausencia de integración social, relaciones solidarias, entornos accesibles y recursos económicos adecuados para la vida de las personas mayores”* (O’Shea, 2003: 8). Esta definición tiene en cuenta factores como: el entorno, el autocuidado, el proceso de cuidados, la asistencia y la atención que requiere la persona dependiente para realizar las actividades básicas de la vida diaria, destacando que las capacidades físicas y psíquicas determinan sólo una parte del proceso de dependencia que vive el individuo (O’Shea, 2003; Sánchez Fierro, 2004). Sin embargo, al igual que otras muchas definiciones, no deja muy claro la diferencia entre deficiencia,

discapacidad y minusvalía, nada a extrañar si tenemos en cuenta que existen problemas conceptuales para definir y relacionar dichos términos (Quejereta, 2004).

La Ley de Dependencia aplicada en España (2006) define **dependencia** como: *“El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”*. Esta definición también se basa en la recomendación que realizó el Consejo de Europa en 1998, sin embargo es algo más precisa que las anteriores ya que contempla las diferentes situaciones que pueden conducir a vivir una situación de dependencia. A efectos de la ley se entiende por **autonomía** *“la capacidad de controlar, afrontar y tomar por iniciativa propia, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades de la vida diaria”* (Boletín Oficial del Estado, 2006c: 44144).

Se observa que las definiciones sobre el concepto de dependencia se van modificando con el paso de los años y, de contemplarse sólo aspectos físicos, se ha pasado a contemplar aspectos psíquicos, sociales y económicos en su valoración. Tal y como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS) no poder vivir de forma independiente y necesitar una ayuda continua en la satisfacción de las actividades de la vida diaria es la principal esencia de la dependencia, sin embargo los límites entre los conceptos de discapacidad, deficiencia y dependencia no siempre quedan claros. Las siguientes definiciones de la OMS (ver **tabla 2.4**) pueden ayudar a aclarar los diferentes conceptos, valorando que una enfermedad puede llevar a una deficiencia; que la discapacidad es la dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, y cuando esta discapacidad obliga a la persona a buscar ayuda para realizar las actividades de la vida diaria, es cuando se determina a la persona como

dependiente (OMS, 2001). De manera que discapacidad y dependencia no son conceptos sinónimos (*Fundació Institut Català de l'Envel·liment*, 2005).

Tabla 2.4. Definiciones revisadas por la OMS (2001).

Concepto	Definición
Discapacidad	Término relacionado con déficit, limitaciones de las actividades y restricciones en la participación. Denota los aspectos negativos de la interacción entre el individuo y su entorno.
Déficit	Es la pérdida o anomalía de una parte del cuerpo o función corporal. La función fisiológica incluye la función mental. Anormalidad se refiere estrictamente a una desviación significativa de las normas estadísticas establecidas.
Limitación de la actividad	Son las dificultades que un individuo puede tener en la ejecución de sus actividades. Una limitación en la actividad puede variar entre una leve o grave en términos de cantidad o calidad en la ejecución de la actividad en la manera, la extensión o la intensidad de la esperada en una persona sin esa condición de salud.
Restricción de la participación	Son problemas que un individuo puede experimentar en su implicación en las situaciones vitales. La presencia de restricciones en la participación viene determinada por la comparación de la participación de un individuo sin discapacidad en aquella cultura o sociedad.
Barrera	Son todos aquellos factores ambientales en el entorno de una persona que le delimitan el funcionamiento y le crean discapacidad.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2001).

La OMS (2001) modifica algunas de las definiciones que desarrolló en los años 80. El término deficiencia se modifica por discapacidad y déficit, la palabra discapacidad por limitación en la actividad y el concepto de minusvalía por restricción de la participación y barreras (OMS, 2001). De modo que el concepto de dependencia puede entenderse como una consecuencia social de la discapacidad (Abellán y Puyol, 2006). Con la legitimización del estado como proveedor de cuidados, la dependencia deja de ser un proceso individual o personal, para pasar a formar parte de un contexto social.

A partir de los años 80, en España se inician una gran cantidad de estudios sobre dependencia y discapacidad. En el informe realizado por Palacios y Abellán (2007) se presentan diferentes estimaciones de discapacidad y dependencia entre la población española de edad (65 y más años).

En el documento se muestra la trayectoria de dichos estudios, observándose un elevado incremento de los estudios a partir del año 1993 (Palacios y Abellán, 2007):

- **EDDM:** Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías).INE (1986).
- **ENS:** Encuesta Nacional de Salud, varios años (1993, 1995, 1997, 2001, 2003). MSC – CIS.
- **EAI:** Encuesta sobre Apoyo Informal a las Personas Mayores, 1ª fase y 2ª fase 1994. INSERSO (1993).
- **Soledad:** Encuesta sobre Soledad de las Personas Mayores. IMSERSO CIS (1998).
- **EDDES:** Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de salud. IMSERSO - INE - F. ONCE (1999).
- **EAI:** Encuesta sobre Apoyo Informal. IMSERSO (2004).
- **ECVM:** Encuesta sobre Condiciones de Vida de las Personas Mayores. IMSERSO (2004; 2006).

La gran cantidad de estudios realizados sobre dependencia en las personas mayores proporcionan la detección de las necesidades de atención de las personas mayores dependientes y justifica la prioridad de crear un sistema de atención a estas personas. En realidad dichos estudios han colaborado en menor o mayor medida en la elaboración de la Ley de la Dependencia en España. En el ámbito de la Dependencia se establecen distintos tipos de dependencia según el contexto en que ésta se analiza, y puede ser económica, física, psicológica, social y jurídica (ver **tabla 2.5**).

Tabla 2.5. Tipos de dependencia

Tipo	Descripción
Económica	La persona no tiene suficientes recursos económicos para cubrir sus necesidades.
Física	La persona no puede valerse por si misma, y necesita ayuda en las ABVD y las AIVD.
Social	Pérdida de personas y relaciones significativas para la persona. Se reducen las relaciones sociales.
Cognitiva	La persona no tiene autonomía emocional y cognitiva para resolver las situaciones de la vida diaria.
Jurídica	La persona no puede realizar actos jurídicos por si misma.

Fuente: *Generalitat de Catalunya*, 2003 y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004i.

Para determinar los distintos tipos de dependencia existen determinadas escalas o índices que intentan identificar el tipo y/o grado de dependencia. Sin embargo, antes de hablar de las diferentes escalas, es imprescindible determinar en qué aspectos o situaciones se mide la dependencia. La función física se mide, en primer lugar, a partir de las ABVD (Actividades Básicas de la Vida diaria): comer, vestirse, arreglo personal, bañarse, caminar, trasladarse y continencia y, en segundo lugar, a partir de las AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria): comprar, leer, cocinar, limpiar la casa, lavar la ropa, llamar por teléfono, responsabilidad al tomar la medicación, manejar dinero y usar medios de transporte. Es importante destacar que la dependencia en la realización de las actividades instrumentales puede ser distinta según género; en las mujeres está asociada al estado de salud mientras que en los hombres es más bien una dependencia cultural, pues los hombres son dependientes en tareas que nunca han realizado por ser actividades de tradición femenina. Por este motivo, es necesario realizar una puntuación distinta en su valoración (Tomás et al., 2003). La función mental se mide tanto a nivel emocional como a nivel de capacidad cognitiva y la valoración social se determina a partir de escalas o test que valoran el entorno y los recursos disponibles.

Existen problemas en la nomenclatura de las AVD pues, según la escala utilizada, se denominan de distintas formas: actividades de la vida diaria, actividades cotidianas, actividades más necesarias para la vida, actividades funcionales, actividades avanzadas, actividades instrumentales entre otras (Quejereta, 2004). La falta de unificación de criterios ha facilitado que existan diferentes parámetros para medir las actividades de la vida diaria, conllevando a tener distintas puntuaciones en su valoración según la escala de medición utilizada (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004i). Según la Ley de Dependencia (2006) se entiende por Actividades de la Vida Diaria (AVD): *“aquellas actividades más elementales para la persona, que le permiten tener un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal (vestirse, desplazarse, bañarse, asearse, alimentarse y continencia), las actividades domésticas básicas, la movilidad, reconocer personas y objetos,*

orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas” (Boletín Oficial del Estado, 2006c: 44144).

En un intento de unificación, la clasificación de la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento), de la Discapacidad y de la Salud (OMS, 2001) permite realizar una definición y clasificación de las actividades de la vida diaria, permitiendo una unificación internacional y un consenso para utilizar una misma nomenclatura y clasificación de las AVD. La clasificación de la CIF determina y clasifica las actividades de la vida diaria en unos nueve grupos, distribuidos de la siguiente forma (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004i):

- Aprendizaje y aplicación del conocimiento.
- Tareas y demandas generales.
- Comunicación
- Movilidad
- Autocuidado
- Vida doméstica
- Interacciones y relaciones personales
- Áreas principales de la vida
- Vida comunitaria, social y cívica

En la idea de unificar unos criterios de valoración y medición de la dependencia, la Ley de Dependencia (2007) utiliza como referente esta clasificación de la CIF en la valoración de las actividades de la vida diaria, estableciendo un único Baremo de Valoración de la Dependencia: BVD (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007), detallado explícitamente en el apartado de la Ley de Dependencia de este mismo capítulo.

Una vez detallados los aspectos en los que se mide la dependencia, se describen las distintas escalas utilizadas en la valoración de la dependencia física, psíquica y social (Cervera y Sáiz, 2001; *Departament de Sanitat i Seguretat Social*, 2003; OPS, 2005; Rodríguez, 2006).

En primer lugar, se detallan las escalas más utilizadas en la valoración de la **dependencia física**, se trata de:

A) Índice de Katz (1958): Utilizada para medir el grado de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria de las personas mayores y de las personas con enfermedades crónicas. Es una de las escalas más utilizadas.

B) Índice de Barthel: Creada en 1965 y modificada en 1978, utilizada para valorar la evolución en las actividades de la vida diaria de enfermos con problemas neuromusculares y músculo esqueléticos, se ha utilizado en áreas de rehabilitación de ingresos residenciales.

C) Índice de Lawton (1972): Es utilizado para valorar la rehabilitación de pacientes geriátricos e ingresos residenciales, evalúa 8 funciones que valoran el grado de dependencia y también de independencia. Valora las AIVD que son más útiles para detectar los primeros grados de dependencia

D) Escala de incapacidad de la Cruz Roja (1972): Utilizada en España, tanto para valorar la incapacidad física como psíquica. Valora los ingresos residenciales, nos da información sobre las actividades de la vida diaria, las actividades de marcha, la continencia y la necesidad de ayuda de los cuidados enfermeros.

E) Test de Barber: Se utiliza para valorar el grado de sufrir dependencia, se realizan nueve preguntas.

En la **tabla 2.6** pueden compararse los distintos índices o escalas más utilizados para valorar las Actividades Básicas de la Vida Diaria en las personas mayores. También puede observarse la escala más utilizada para determinar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

Tabla 2. 6. Escalas utilizadas para medir el grado de dependencia en las Actividades de la Vida Diaria

Katz (ABVD)	Barthel (ABVD)	Lawton (AIVD)	Escala de incapacidad física de Cruz Roja (ABVD)
Lavado	Comer	Uso de teléfono	Marcha y inmovilización
Vestido	Vestirse	Ir de compras	Continencia
Uso de retrete	Arreglarse	Preparar comidas	Actividades vida diaria
Transferencia	Ir al retrete	Trabajo doméstico	Necesidad de cuidados de enfermería
Continencia	Deposición	Lavado de ropa	
Alimentación	Micción	Transporte	
	Traslado sillón-cama	Control de la medicación	
	Deambulación	Utilizar dinero	
	Subir y bajar escaleras		
6 ítems	10 ítems	8 ítems	4 ítems

Fuente: Elaboración propia.

La Organización Panamericana de la Salud (2005) remarca como útil el índice de Katz para utilizar un lenguaje común en la valoración de las ABVD, aunque resalta que tiene limitaciones en la medición de pequeños cambios que se consiguen con la rehabilitación. El índice de Lawton es útil para evaluar los primeros grados de deterioro funcional del adulto mayor, valorando las AIVD. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), destaca también como útil en la determinación del estado de salud, la Escala de Tinetti modificada, utilizada para valorar el estado de la marcha y el equilibrio del adulto mayor, pues los afectados en estas actividades tienen más riesgo de caer y fracturarse (OPS, 2005).

En segundo lugar, se describen las escalas utilizadas en la valoración de la **dependencia psíquica**, que se dividen en las escalas que valoran la capacidad cognitiva y en las que valoran la situación emocional (ver detalladamente en la **tabla 2.7**).

Valoración cognitiva:

- A) Mini-Mental de Folstein: Creado en 1975, en España la adaptación española se realizó en 1979, denominada Mini Examen Cognoscitivo de Lobo. Se utiliza como cribaje de las demencias y para evaluar su evolución, mide la capacidad cognitiva en 5 estadios.
- B) Escala de Pfeiffer (Short Portable Mental State Questionnaire): Creado en 1975, sirve para evaluar el estado cognitivo; se realizan 9 preguntas; es un test muy rápido y fácil de aplicar, que se utiliza en atención primaria.
- C) Test de reloj de Shulman: Para aplicarlo hay que pedir al paciente que dibuje un reloj, y que lo haga en diferentes fases, se considera normal si el paciente obtiene un mínimo de 7 puntos.
- D) Test del Informador: Se realiza a una persona cercana al paciente, se le pregunta sobre el estado y la evolución del paciente. Debe comparar el estado actual del paciente con el que tenía hace 10 años, identificando los cambios experimentados por su familiar a lo largo de estos años según las preguntas del test.
- E) Escala de Blessed: Se utiliza para valorar el grado de demencia. Utiliza 22 ítems, valorados en tres apartados (cambios en los hábitos, cambios en la ejecución de las actividades de la vida diaria, cambio en la personalidad y conducta).
- F) Escala de Incapacidad mental de Cruz Roja: Mide 5 grados de incapacidad mental. Se contabiliza 0 (normalidad) y 5 (máximo deterioro).
- G) Test de Issacs: Útil sobre todo en pacientes analfabetos o con problemas sensoriales, es muy rápido de realizar. Se pide al paciente que diga elementos de los siguientes ítems (colores, animales, frutas, ciudades) sin detenerse hasta que se le indique. Se le da un minuto para cada ítem, si consigue nombrar 10 elementos del mismo sin repetición, se pasa al siguiente ítem.

Valoración emocional:

- A) Escala de depresión geriátrica de Yesavage (1982): Dicha escala además de medir el estado emocional del paciente, también permite valorar el estado mental del individuo. Se trata de un cuestionario corto en el cual se realizan 15 preguntas.
- B) Escala de Hamilton para la depresión: Es la más utilizada para cuantificar y establecer el pronóstico de la depresión, se utiliza en población adulta. La prueba consta de 17 ítems.

C) Escala de Hamilton para la ansiedad: Es una escala heteroadministrada, y consta de 14 ítems. Evalúa categorías de síntomas, tanto psíquicos como somáticos.

D) Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg: Es una escala muy fácil de usar y de gran eficacia en la detección de trastornos de depresión y/o ansiedad. Constituye un instrumento de evaluación de la gravedad y evolución de estos trastornos. Es un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas, una para valorar la ansiedad y otra para la depresión. Las dos escalas tienen 9 preguntas.

E) Escala de Depresión de Zung: Es sencilla de realizar y muy manejable, consta de 20 ítems y cuatro categorías y F) Inventario de depresión de Beck, que consta con 21 ítems.

Tabla 2.7. Escalas utilizadas en la valoración mental.

Valoración Cognitiva	Valoración emocional
Test de Pfeiffer (SPMSQ). Test del reloj de Shulman. Mini mental State Examination de Folstein. Mini Examen Cognoscitivo de Lobo. Test de Issacs. Escala de Incapacidad mental de la Cruz Roja. Escala de demencia de Blessed. Test del informador.	Escala de depresión geriátrica de Yesavage. Escala de Hamilton para depresión. Escala de Hamilton para ansiedad. La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. Escala de Depresión de Zung. Inventario de depresión de Beck.

Fuente: Elaboración propia

La Organización Panamericana de la Salud (2005) recomienda la utilización del Test de Pfeiffer, el Mini Mental de Lobo y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para evaluar el estado mental y emocional del adulto mayor. Estos índices ayudan en la objetividad de la evaluación de las limitaciones que tienen las personas dependientes, contribuyendo a detectar de forma precoz la discapacidad y facilitando de este modo la intervención de cuidados (OPS, 2005).

Y en tercer lugar, se clasifican las escalas más utilizadas en la valoración de la **dependencia social**:

A) Escala sociofamiliar de Gijón: Creada a final de los años 90, es sencilla y fácil de aplicar. Recoge en un cuestionario estructurado distintos aspectos en relación a las condiciones del entorno: vivienda, situación económica, relaciones y contactos sociales, apoyo familiar y social.

B) Escala OARS de recursos sociales (Duke University, 1978): Es un instrumento multidimensional adaptado a la población mayor, proporciona información sobre cinco áreas: estructura familiar y recursos sociales, recursos económicos, salud mental, salud física y capacidades para la realización de las AVD.

C) Escala de Filadelfia (1975): Evalúa la actitud frente al envejecimiento, la insatisfacción con la soledad y el grado subjetivo de satisfacción del mayor.

D) Apgar familiar (1982): Es un cuestionario que evalúa el impacto positivo y negativo de la función familiar en la salud de sus miembros. Consta de 5 preguntas tipo likert, que miden la adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad de resolución.

E) Escala de valoración social: Se utiliza en personas mayores de 65 años. Es una escala heteroadministrada que permite valorar el riesgo sociofamiliar a partir de 5 ítems.

F) Escala de reajuste social de Holmes y Rahe (1967): Evalúa el grado de estrés. Permite consultar los cambios significativos que una persona ha experimentado en los últimos 12 meses de su vida y que han podido influir en su situación psíquica o física actual.

G) Escala de Zarit (1983): Valora la sobrecarga del cuidador principal que realiza los cuidados. Es un instrumento autoadministrado que suele utilizarse en la evaluación de la carga de las personas cuidadoras en general, pero es muy utilizado en cuidadores de enfermos de Alzheimer. El modelo más utilizado consta de 22 ítems.

H) Índice de esfuerzo del cuidador: Se aplica a las personas cuidadoras de personas dependientes en general. Es un cuestionario heteroadministrado a partir de una entrevista semiestructurada. Presenta 13 ítems con respuesta dicotómica de verdadero y falso.

De modo que en la valoración social se evalúa la percepción del estado de salud, del entorno, de la situación familiar, del nivel de recursos económicos, de las relaciones sociales y de la situación del cuidador. Dicha valoración permite conocer la relación de la persona mayor con su entorno. Todas las escalas detalladas son útiles para determinar los niveles de dependencia física, psíquica y social, sin embargo, debe valorarse que cada situación es única y personal, siendo necesario aplicar una valoración integral de las personas mayores y cuidadores, y realizando reevaluaciones cada vez que sea necesario. En la **tabla 2.8** se detallan los instrumentos que se utilizan en la valoración de las personas mayores en la Comunidad Autónoma de Cataluña, siendo los mismos que se utilizan en el resto de España.

Tabla 2. 8. Instrumentos para la valoración de las personas mayores en Cataluña

Indicadores	Instrumentos
Detección de fragilidad	Cuestionario de Barber. Test de Moore. Criterios OMS.
Valoración clínica	Índice de masa corporal. Autotest de iniciativa nutricional. Mini Nutritional Assessment (MNA). Test de Sneller para la vista. Test para el oído.
Valoración de la función física	ABVD: índice de Barthel, Katz. AIVD: Lawton y Brodie. Equilibrio: <i>Timed up and go</i> , Tinetti, marcha tandem y semitandem.
Valoración de la función cognitiva y del estado de ánimo	Estado cognitivo: Short Portable Mental. Status Questionnaire de Pfeiffer; Miniexamen cognitivo de Folstein modificado por Lobo. Estado de ánimo: Escala de depresión geriátrica de Yesavage; escala de Goldberg.
Valoración social	Escala OARS. Valoración social de Gijón. Apgar familiar. Escala de reajuste social de Holmes y Rahe.
Valoración de la persona mayor frágil a domicilio	Todos los anteriores. Índice de Braden o Norton en la valoración de las úlceras por presión. Índice de Zarit en la detección precoz de la sobrecarga y claudicación de los cuidadores.

Fuente: Elaboración a partir del *Departament de Sanitat i Seguretat Social*, 2003.

2.5. Componentes acerca del cuidar

Cuidar implica tener una preocupación y responsabilidad hacia uno mismo y/o hacia los demás. El cuidado aparece desde el momento en que aparece la vida, sin los cuidados no hay supervivencia y en todas las etapas de la vida se proporcionan cuidados según las necesidades personales. El cuidado se entiende como las actividades dirigidas a ofrecer ayuda y mantener la salud y bienestar del individuo y/o comunidad; suele ser una acción solidaria y familiar, en la que influyen los valores, las creencias, los símbolos y las formas sociales y culturales (Leninger, 1985; Collière, 1993; Domínguez- Alcón, 1998a; Guimaraes y Partezani, 1999).

Si se contempla el término cuidado desde la perspectiva inglesa, es necesario distinguir los términos “care” y “cure”. Con “cure” se entienden los cuidados cuyo objetivo es tratar de disminuir y eliminar la enfermedad, y con “care”, los cuidados de la vida diaria, relacionados con valores y costumbres. Por otro lado, en nuestro contexto también cabe diferenciar el “cuidar” del “tratar”. Tratar es controlar, limitar, disminuir o eliminar la enfermedad, y cuidar significa fomentar, ayudar, suplir o aumentar el bienestar y las necesidades de las personas, potenciando el autocuidado en las personas que quieren o pueden realizarlo. Sin embargo, el tratar de ningún modo puede sustituir al cuidar (Collière, 1993). Según Collière, los cuidados pueden diferenciarse según su finalidad en: cuidados de estimulación, de “confort”, de mantenimiento de la vida, de compensación y de alivio o relajación. Saber que quiere conseguirse en el cuidado es fundamental para realizar unos cuidados adaptados a las necesidades de los receptores del cuidado (Collière, 1996).

El cuidado contribuye a la satisfacción de las necesidades físicas, psíquicas y sociales de los individuos y puede ir dirigido hacia los demás o bien hacia uno mismo (autocuidado). Se entiende por autocuidado las acciones que cada persona realiza para mantener su vida y su estado de salud para fomentar su

bienestar. Se pueden clasificar tres tipos de autocuidados: los derivados de las necesidades fundamentales del ser humano, los derivados de las necesidades específicas que se derivan de determinados momentos del desarrollo vital y los derivados de las desviaciones del estado de salud (Orem, 1993).

En el acto de cuidar interviene el receptor de cuidados y la persona que administra dichos cuidados, es decir el cuidador. Los tipos de cuidados pueden ser informales y formales. Se entiende como cuidado informal el cuidado realizado por la familia, los amigos, los vecinos o los parientes a personas que tienen necesidades de cuidados para la realización de actividades de la vida cotidiana. Este tipo de cuidados no está remunerado ni profesionalizado y tampoco está valorado adecuadamente como un recurso asistencial por parte del Estado (Rosenbaum, 1986; Domínguez-Alcón, 1998a; Campo, 2000; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004d; Castro y Zarzosa, 2006). Por otro lado, se entiende como cuidado formal el tipo de cuidado que se realiza pagando una retribución al cuidador que realiza los cuidados. Puede ser una ayuda directa o indirecta (Rodríguez y Montserrat, 2002; Carretero et al., 2006).

Cuidados formales

Dentro de los cuidados formales, se distinguen los cuidadores formales profesionales, los cuales disponen de una formación académica; destacamos entre ellos los profesionales de enfermería y los cuidadores no profesionales formales, los cuales no tiene formación académica pero son en cambio retribuidos económicamente por realizar estos cuidados (Wino et al., 2002; Gallart, 2007). La profesión de enfermería está centrada en el cuidar. Los profesionales de enfermería tienen un papel clave en la identificación de las necesidades de las personas mayores y de las personas cuidadoras, participan en el fomento de una mayor autonomía y en la calidad de vida de las personas que reciben y ofrecen cuidados de larga duración; es por ello que vemos necesario incluir un apartado de los cuidados enfermeros. En primer lugar, se define el concepto de enfermería, en segundo lugar, se realiza una breve evolución histórica detallando las distintas teorías y modelos de enfermería y,

por último, se describe la metodología e instrumentos utilizados en los cuidados. Según la definición del CIE (Consejo Internacional de enfermeras) se entiende que: *“La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.”* (CIE, 2007a). La aparición de la enfermería como ciencia fue en los años 1950, anteriormente la práctica de la profesión se centraba en un conjunto de principios y tradiciones basadas en una formación que estaba basada en el aprendizaje y en el sentido común; sin embargo, es en la década de los años 70 cuando la enfermería empieza a plantearse como una profesión más que una vocación, que se apoyará en la ciencia de la enfermería. En los años 80 empiezan a determinarse las teorías de enfermería (Marriner y Raile, 2003).

Son diversos los modelos y teorías de enfermería que pueden guiar y orientar el cuidar; destacan entre ellos las clasificaciones realizadas por los autores Marriner y Raile (2003), los cuales describen la evolución de las teorías de enfermería en filosóficas, en modelos conceptuales y en teorías de nivel medio. Las diferentes corrientes filosóficas definen los fenómenos observados mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica, siendo los primeros trabajos que contribuyeron a crear o construir los distintos modelos teóricos. Los Modelos Conceptuales de enfermería incluyen distintos aspectos del ser humano, salud y entorno y es donde se centran las principales enfermeras teóricas; y las teorías de enfermería, llamadas de nivel medio, son las más precisas y responden a preguntas prácticas determinadas y específicas, contemplando la acción enfermera.

Otra clasificación es la de los autores Wesley (1997) y Kozier et al., (2005), los cuales relacionan los distintos modelos conceptuales con las distintas teorías. Estos autores describen en primer lugar las Teorías y Modelos de Desarrollo o

Teorías Generales, las cuales buscan maximizar el crecimiento personal, donde el cuidado se centra en la independencia de la persona, en la satisfacción de sus necesidades y en su capacidad de llevar a cabo los autocuidados. Se trata de autoras como: Nightingale (1860), Henderson (1966), Rogers (1970) y Orem (1980). En segundo lugar, detallan las Teorías y Modelos de interacción que dan importancia a las relaciones humanas, siendo los conceptos centrales los de *Caring* y cultura. Estas teorías dan importancia a la capacidad de adaptación y comunicación, y determinan a la persona como sujeto activo; sus principales autoras son: Peplau (1952), Leininger (1978) y Watson (1979) y, en tercer lugar, describen las Teorías y Modelos de Sistemas que considera a la persona como un sistema abierto, donde cada sistema recibe información y se retroalimenta, busca un equilibrio o homeostasis, siendo sus principales autoras: Neuman (1972), Roy (1976), Johnson (1980), King (1981). Otros autores como Kérovac et al., (1996) clasifican los modelos por escuelas de pensamiento: Escuelas de Interacción, Escuela de Objetivos, Escuela de Necesidades, Escuela del *Caring* y Escuela del Ser Humano Unitario (ver **tabla 2.9**).

Tabla 2.9. Escuelas teóricas de enfermería

Escuelas	Características
Escuela de las necesidades	Se basa en la autonomía de la persona y en la satisfacción de sus necesidades (Henderson). En la capacidad de realizar sus autocuidados (Orem). Influencia de la jerarquía de necesidades de Maslow y de las etapas de desarrollo de Erikson. Otras teóricas: Abdellah, Paterson y Zderad.
Escuela de la interacción	Influencias en las teorías de la interacción, de la fenomenología y del existencialismo. Se determina el cuidado como proceso interactivo. Algunas teóricas de esta escuela: Travelbee, Wiedenbach, King, Peplau, Orlando.
Escuela de los efectos deseados	Los objetivos de los cuidados enfermeros son restablecer un equilibrio. Inspiradas en teorías de adaptación y desarrollo y en la teoría general de sistemas. Teóricas: Levine, Roy, Neuman, Johnson y Hall.
Escuela de la promoción de la salud	La familia es una institución muy importante en la promoción y educación de la salud. Influencia de la teoría del aprendizaje social de Bandura.
Escuela del ser humano unitario	Englobada dentro del paradigma de la transformación, del existencialismo, y la fenomenología. Toma fuerza el concepto de holismo. Teóricas: Rogers, Newman y Parse.
Escuela del <i>Caring</i>	Se determina que la calidad de los cuidados puede mejorar si el personal enfermero valora los aspectos religiosos y culturales, así como los elementos integrados a estas dimensiones. Se centra sobre todo en conceptos como la cultura y el <i>caring</i> (elementos humanistas, científicos, instrumentales, y significativos para cuidar). Teóricas: Leininger y Watson.

Fuente: Elaboración propia a partir Kérovac et al., (1996).

Se observa que no existe unificación de criterios en cuanto a la definición del modelo conceptual, y se utilizan distintos sinónimos. Como señalan Kozier, et al., (1998), la principal diferencia entre teoría y modelo conceptual está en su nivel de abstracción. Sin embargo, todas las teorías y modelos contemplan al ser humano como un ser biológico, psicológico, social y espiritual (Lluch, 2004).

Por otro lado, los cuidados se imparten siguiendo un proceso metodológico utilizando diversos instrumentos tanto de tipo diagnóstico como de clasificación de la intervención o de evaluación de los resultados. Uno de los instrumentos más utilizados en enfermería es el PAE (Proceso de Atención de Enfermería). Sus orígenes se remontan en los años 50, pero no es hasta los años 70 cuando se establecen las cinco etapas del Proceso de Atención de Enfermería que se utilizan en la actualidad, siendo en los años 80 cuando este proceso se incorpora en España. Se resalta que C. Roy (1975) es una de las autoras que contribuye en la identificación de estas etapas (Ugalde, 2001; Lluch, 2004).

El PAE se aplica en la práctica asistencial enfermera para detectar y ayudar en las necesidades de los pacientes, proporcionando unos cuidados adecuados e individuales de cada tipo de paciente. Dicho proceso está compuesto por cinco etapas sucesivas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (Murray y Atkinson, 1996). En la etapa de valoración se recoge la información del paciente. No existe un consenso general para recoger la información, sin embargo algunos de los modelos más utilizados en la fase de recogida de datos son: a) Modelo de Virginia Henderson, donde se recogen 14 necesidades: respiración, alimentación, eliminación, movimiento y mantenimiento de una postura adecuada, descanso, vestimenta, temperatura corporal, higiene corporal, evitar peligros, comunicación, expresión de emociones, necesidades, miedos u opiniones, religión, autorrealización, actividades de recreación y ocio, aprendizaje (Henderson, 1971); b) Patrones funcionales de Salud de Gordon, que lo clasifica de la siguiente forma: patrón percepción de salud-manejo de salud, patrón nutricional-metabólico, patrón eliminación, patrón actividad-ejercicio, patrón sueño descanso, patrón cognitivo-perceptual, patrón autopercepción-autoconcepto, patrón rol-relaciones, patrón sexual-reproductivo,

patrón adaptación-tolerancia al estrés y patrón valores-creencias (Gordon, 1996) y c) Dominios de Salud de la *North American Nursing Association* (NANDA). Los diagnósticos de enfermería empezaron a trabajarse de forma estandarizada a partir del 1973. En 1982 se formalizaron los diagnósticos de enfermería a partir de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos Enfermeros (*North American Nursing Association: NANDA*), creando un lenguaje común de diagnósticos enfermeros (Moorhead et al., 2005). En mayo de 2001 AENTDE propone la siguiente definición de diagnóstico enfermero: “*Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico, sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a etapas de la vida/ problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente*” (AENTDE, 2007). Los diagnósticos de enfermería pueden clasificarse en: reales, de riesgo y de salud (ICS, 2003; NANDA, 2005-2006). En la actualidad son cada vez más los servicios de enfermería que utilizan los diagnósticos enfermeros en la etapa de valoración de cuidados.

En la etapa de planificación se trata de establecer un plan de cuidados de enfermería, con la finalidad de prevenir, reducir o eliminar los problemas identificados. Se tiene en cuenta: a) establecer prioridades en los cuidados, b) planteamiento de los objetivos del paciente con resultados esperados, en esta fase pueden incluirse los resultados NOC (*Nursing Outcomes Classification*), los cuales pueden relacionarse con los diagnósticos de enfermería de la NANDA. Los resultados NOC sirven para identificar los resultados de enfermería esperados con respecto al estado de salud del paciente. Cabe destacar que los resultados NOC en la segunda y tercera edición relacionan los resultados esperados con la estructura de los patrones de Salud de Margory Gordon y c) elaboración de las actuaciones o intervenciones de enfermería.

En la etapa de ejecución se trata de llevar a cabo los objetivos y acciones planificadas. La ejecución implica recoger y valorar datos, realizar intervenciones enfermeras, registrar los cuidados de enfermería y mantener un plan de cuidados actualizados. Es decir cuando se aplican, entre otras actividades, las *Nursing Intervention Classification: NIC* (Lluch, 2004).

La última etapa del PAE es la evaluación, donde se compara la planificación y sistematización entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

Según la literatura de Sociología de salud, no existe un modelo conceptual que sea utilizado de forma estandarizada en la aplicación de los cuidados de enfermería. Existen protocolos informatizados, que determinan escalas y las taxonomías NANDA, NIC y NOC, pero no se utilizan de forma estandarizada. Cabe destacar que las taxonomías NANDA, NIC y NOC han sido creadas sin un marco conceptual y sin haber una relación directa entre ellas. Los últimos trabajos intentan poder unificar estas taxonomías para conseguir unos cuidados de enfermería de mayor calidad (Lluch, 2004). Destacamos que en Catalunya, el Instituto Catalán de Salud (ICS) ha elaborado un proyecto de investigación y posterior creación de un documento informatizado (*Estàndard de diagnòstics d'infermeria a l'Atenció Primària: NANDA*), que permite estandarizar un plan de cuidados de enfermería, así como establecer los diagnósticos de enfermería de la NANDA, detalla también algunas intervenciones de enfermería (NIC) que pueden aplicarse en el área de atención primaria de la comunidad autónoma de Catalunya (ICS, 2003). Resumiendo, establecemos que la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería es básico para detectar e intervenir en las necesidades de las personas mayores, ayudando a proporcionar unos cuidados de calidad.

Respecto a la actuación de enfermería en la vejez, se destaca la consideración que realiza el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE): *“La atención de salud a las personas mayores consiste en ayudarlas a mantener un comportamiento que se adapte, promover su bienestar y salud general, dispensarle cuidados en las enfermedades agudas y de largo plazo y reconfortarla a la hora de la muerte. Hay que afrontar, sin embargo, la realidad de una creciente población con probabilidad de enfermedades crónicas o debilitadoras”* (Consejo Internacional de Enfermeras, 2007b). De forma que el personal de enfermería tiene que identificar las necesidades de las personas mayores y familiares, aplicando programas de prevención y promoción de la salud, detectando los factores de riesgo que pueden comportar una

disminución de la calidad de vida, movilizando los recursos del anciano y su entorno, fomentando la autonomía e independencia y en definitiva ayudando al mayor a desarrollar estrategias para afrontar las distintas situaciones (Bonafont, 1997).

En relación a los cuidados en el ámbito domiciliario, es importante que los profesionales de enfermería tengan en cuenta las características donde se realizan los cuidados, puesto que el domicilio constituye un entorno que interviene en la forma y calidad de la provisión de cuidados. En el cuidado informal, debe entenderse que el lugar donde se realizan los cuidados, en este caso el domicilio, forman también un componente que influye en el cuidado, relacionado con elementos como la familia, identidad cultural e individual, el género, la generación y las relaciones de poder que entre ellos se establecen y condicionan (Bover, 2004). Los profesionales de enfermería, y sobre todo los que realizan sus servicios en atención domiciliaria pueden detectar las necesidades y estado de salud de las personas atendidas en su propio domicilio, tanto de los pacientes como a sus cuidadores. Por ello, es apropiado que un profesional pueda valorar la situación a nivel domiciliario, para detectar si es preciso una mayor atención al estado de salud o necesidades de la persona mayor dependiente y del cuidador principal, así como valorar si se realizan unos cuidados de calidad (IMSERSO, 2002; Gallart, 2007). Sin embargo, es importante que el profesional de enfermería no vea al cuidador como un colaborador, sino como a una persona que presta ayuda o cuidados, puesto que si no, se corre el riesgo de no atender a las necesidades y demandas de ayuda al cuidador (Aznar, 2004; Gallart, 2007). La Organización Mundial de la Salud recomienda evitar situaciones de sobrecarga en el cuidador, de descuido o abuso en el cuidado de la persona, siendo los profesionales los que deben implicarse en la identificación de dichas situaciones (OMS, 2000). En el capítulo siguiente se detallan las actividades que se realizan en servicios de Atención Domiciliaria (ATDOM), y se destaca que en dichos servicios se utilizan los planes de cuidados descritos en las líneas anteriores.

Dentro de los cuidadores formales no profesionales, destacan los cuidados realizados por inmigrantes. El aumento de cuidadores inmigrantes que proporcionan cuidados a mayores es un fenómeno social que va en aumento. Son factores que contribuyen a ello: a) el aumento del número de personas mayores dependientes; b) los nuevos roles familiares y c) el aumento de inmigrantes, mayormente mujeres, que están dispuestas a realizar trabajos domésticos. Es en esta actividad que muchas mujeres inmigrantes hallan un recurso a la precaria situación en la que se encuentran. Por otro lado, las familias también encuentran un apoyo en los cuidados al mayor dependiente (IMSERSO, 2005a).

En relación a los cuidadores inmigrantes, es preciso resaltar a Gallart (2007), que elabora en su tesis doctoral una interesante descripción en la que señala que los cuidadores inmigrantes que participan en los cuidados de personas mayores dependientes no tienen la formación necesaria para ello. El autor remarca que en España el cuidado informal suele ir a cargo de los familiares en un 86% de los casos; sin embargo cada vez hay más personas mayores cuidadas por inmigrantes, de hecho equivalen al 43% de los cuidadores no familiares. Destaca que el cuidador inmigrante también vive situaciones de sobrecarga, favorece a ello el estar mal pagado y realizar largas horas de trabajo; esta sobrecarga puede afectar a la calidad de los cuidados que reciben las personas dependientes. El autor propone la necesidad de disminuir la sobrecarga de los cuidadores inmigrantes, favoreciendo su integración y equiparación de los sueldos a los cuidadores nacionales. En sus recomendaciones también propone que el estado controle el estado de salud de las personas mayores dependientes y la del propio cuidador, valorando los conocimientos que tienen los cuidadores a partir de la supervisión de profesionales (Gallart, 2007).

Cuidado informal: evolución de la familia en los cuidados

El 1994 fue proclamado por Naciones Unidas como Año Internacional de la Familia. Uno de los principios expuestos fue: *“La familia constituye la unidad básica de la sociedad y, en consecuencia, merece especial atención. Por tanto, habrá que prestar a la familia protección y asistencia de la forma más amplia posible. Debe abarcar y tener en cuenta las necesidades de todos los tipos de familia”* (Giner et al., 1998:294). Esta definición muestra la importancia de tener presente la función de la familia en la sociedad y la aparición de nuevas formas de familia que han de tenerse en cuenta para entender y fomentar la adaptación a las nuevas situaciones y necesidades familiares.

La necesidad de ayuda y asistencia a personas dependientes ha existido siempre, pero la aparición de nuevas formas de familia, los cambios en los roles y en la organización familiar, junto con otros cambios sociales han favorecido la aparición de la actual “crisis” del sistema informal, poniéndose en peligro la continuidad de los cuidados familiares (Domínguez-Alcón, 1998b, 2001; Bazo, 1998; Alberdi, 1999; Campo, 2000). Las familias se ven sometidas a decisiones y sentimientos contradictorios; se busca una liberación del cuidado, ello produce tensiones y costes personales al existir a la vez una aversión a la institucionalización (Alberdi, 1999; Campo, 2000; Meil, 2000). Sin embargo pese al cambio, la familia continúa siendo la primera institución social en las sociedades occidentales y según Meil, las normas de obligación familiar en los cuidados de las personas mayores dependientes siguen siendo fuertes (Meil, 2000). En España, el 90% de las personas mayores dependientes son cuidados por sus familiares. La realidad social es que la familia española sigue siendo la gran proveedora de cuidados destinados a las personas mayores (Bazo y Domínguez-Alcón, 1996; Alberdi, 1999; Meil, 2000; Domínguez-Alcón, 2001; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004d; Gallart, 2007).

En la mayoría de los países europeos, el cuidado de las personas mayores dependientes también lo sigue realizando mayoritariamente la familia (Campo, 2000; Casado y López, 2001). Lo mismo se señala en Estados Unidos, donde

además se destaca que un 60% de los cuidadores familiares son mujeres (National Family Caregivers Association, 2007). Para las familias españolas, cada vez es más complicado poder atender todas las horas de cuidado que necesitan las personas mayores dependientes, puesto que en ocasiones se requieren muchas horas o casi todo el día para realizarlos. Esta situación fomenta la contratación de cuidadores formales no profesionales para cubrir las horas que los familiares no pueden atender a la persona dependiente (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004d). Se destaca que en algunas ocasiones se considera que ser anciano supone estar enfermo y esto provoca que algunos familiares justifiquen internar al anciano en una institución y verse libres de sus responsabilidades y, cuanto más necesidades deban cubrirse del anciano, más enfermo se le considera (Moragas, 1998).

Según datos del *Departament de Benestar i Família* (2002), la familia catalana tiene un papel de protección de las personas que forman el grupo familiar, pero admiten que la administración debe implicarse más para conseguir un soporte deseado (*Generalitat de Catalunya*, 2002). Los cambios producidos en la familia no van acompañados de soluciones para abordar los cuidados de sus miembros, ya que los recursos destinados a ellos no han aumentado proporcionalmente a las necesidades surgidas.

Se entiende por cuidador principal a la persona que asume la responsabilidad de la mayor parte de los cuidados prestados a la persona dependiente, siendo en muchas ocasiones los que más se preocupan por el familiar dependiente (García et al., 2004; Carretero et al., 2006). En España mayoritariamente son las mujeres quienes asumen el papel de cuidadora principal y suelen ser esposas, hijas y cónyuges, hermanas y nueras (Rodríguez, 1995a; Domínguez-Alcón, 1998a; Alberdi, 1999; Campo, 2000). En general, en todo el mundo son los familiares, sobre todo las mujeres, las que proporcionan la mayor parte del apoyo y cuidados a las personas mayores dependientes (Bazo, 1998; OMS, 2001; IMSERSO, 2004a).

Los datos publicados por el Ministerio de Trabajo y Asuntos, la franja de edad de los cuidadores se encontraba entre los 45 y los 69 años y la edad media era de 53 años, siendo un 73% de las personas cuidadoras las que no tenían actividad laboral retribuida. El 60,70% de los cuidadores informales vivían con la persona dependiente de cuidados. El 57,20% de los cuidadores eran los hijos, mayormente las hijas, un 16,80% eran los esposos y un 10,10% eran la nuera o el yerno. La media de años cuidados es de 6 años, con un promedio de 10 horas diarias. Los cuidadores familiares prefieren, en un 64% de los casos, ayuda de tipo domiciliario y de respiro familiar, y un 32% de los casos prefieren recibir un salario mensual (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004d, Gallart 2007).

Pese a los cambios sociales, la mujer sigue siendo la cuidadora familiar por excelencia. El rol de la mujer como cuidadora se debe a la tradición, socialización y relaciones económicas que sitúan a la mujer como cuidadora de la institución familiar. De tal forma que cuidar es parte de sus vidas (Rodríguez, 1994a; Domínguez-Alcón y Bazo, 1996; Domínguez-Alcón, 1998a, 2001; Bazo, 1998; Campo, 2000; Meil, 2000). Para Rodríguez existen otros motivos menos frecuentes al asumir el rol de persona cuidadora como son: por decisión familiar, por creencias éticas y religiosas, por reconocimiento, o bien porque no les queda más remedio (Rodríguez, 1994a). Domínguez-Alcón pone énfasis en los siguientes motivos: *“altruísmo, responsabilidad, satisfacción, reciprocidad, recompensa, deber/coerción/obligación, solidaridad, amor/cariño/afecto y también se cuida por dinero”* (Domínguez-Alcón, 2001:133).

Para explicar como la socialización influye en la subjetividad del individuo, en este caso en la construcción social de ser cuidador y lo que ello significa, partimos del funcionalismo de Parsons, detallado ampliamente en el capítulo 1. A pesar de que en la actualidad los cuidados informales están cambiando, la función del cuidado sigue estando a cargo por una generación de mujeres que aún está socializada para cuidar. Sin embargo, la nueva generación de mujeres ha protagonizado una auténtica transición laboral; no sólo tienen menos hijos, sino que los tiene más tarde y la mayoría no abandonan la actividad laboral. El

cambio de comportamiento ha provocado la generalización de un nuevo modelo de familia. En la actualidad además es imprescindible la aportación económica por parte de ambos miembros de la pareja. Todo ello implica que en los próximos años, cuando estas personas se vean obligadas a atender a los familiares mayores dependientes, es poco probable que las mujeres puedan proporcionar un “cuidado informal” como el que actualmente ofrecen las mujeres de mediana edad. La ruptura de las estructuras socioeconómicas tradicionales produce que se replanteen y cuestionen ciertos procesos: uno de ellos es la función del parentesco familiar como institución que cumple la función de protección y socialización de sus miembros. Tal y como señala Fukuyama estamos en una era de individualismo, donde la libertad individual parece más importante que las responsabilidades hacia los demás, entre ellas el acto de cuidar a los demás (Fukuyama, 2001). Es deseable que a partir de los recursos que proporcionará la Ley de la Dependencia, los recursos empiecen a caminar junto las necesidades de las personas mayores y sus cuidadores principales.

Ética del cuidado

La calidad de vida en las personas mayores está determinada sobre todo por la interrelación de la persona con su entorno y el poder mantener la autonomía. Debe entenderse que el concepto de salud va más allá que la determinación de ausencia de enfermedad, entendiendo de este modo el significado de la autonomía moral, en el que las personas toman sus propias decisiones en sus propios cuidados. La participación no tiene restricciones de edad, y cada vez son más las personas mayores que quieren mostrar sus iniciativas y defender su colectivo. La gerontóloga Neugarten (1964) ya destacaba que deben encontrarse mecanismos que permitan un trato diferencial para cada individuo, y que este sea respetado incluso cuando la personas acaban sufriendo una situación de dependencia (Barenys, 2002).

La aplicación de una ética del cuidado consiste en identificar como las personas desean ser cuidados y qué valores y creencias influyen en la realización de sus cuidados (Busquets, 2004). En general, las personas mayores quieren ser cuidadas por sus familiares pero el hecho de que sea la familia la que proporcione los cuidados, no garantiza que estos cuidados sean de calidad (Marrugat, 2005). Por ello deben valorarse los cuidados que reciben las personas mayores, no sólo los proporcionados por los cuidadores familiares, sino también los realizados por los cuidadores formales profesionales y los cuidadores formales no profesionales. De hecho las actuaciones de los profesionales sanitarios ya no dependen solamente de decisiones o criterios profesionales, sino que deben ceñirse a las opiniones de los pacientes y sus familiares, lo mismo que debería conseguirse en las actuaciones de los cuidadores familiares y los cuidadores formales no profesionales.

Conclusiones

La población española está envejecida. El descenso de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida son dos de los fenómenos que favorecen el envejecimiento de la población. Al envejecer se producen cambios físicos, psíquicos y sociales, y existe más probabilidad de enfermar y de generar así una situación de dependencia. Sin embargo, también es cierto que puede conseguirse un envejecimiento saludable, reduciendo o retrasando el proceso de dependencia.

En la actualidad la posición social del anciano es distinto que en épocas anteriores. Entre los factores que influyen destacan la aparición de nuevas formas de familia y el papel familiar que ocupa la persona mayor, las nuevas necesidades económicas y la incorporación de la mujer al trabajo. El concepto de ser mayor y lo que ello significa, es distinto en la época actual que en etapas anteriores, por ello la forma cómo se determinan las necesidades de los mayores también debe ser distinta. Deben potenciarse estilos de vida y recursos adecuados a las necesidades actuales de las personas mayores sanas y a las necesidades de las personas mayores dependientes, identificando también las necesidades de los cuidadores familiares.

Las teorías sociológicas y las teorías del envejecimiento social presentan la relación entre sociedad y envejecimiento. Las diferentes corrientes teóricas sobre la vejez están influidas por dos paradigmas, la psicología social y las teorías sociológicas.

El aumento de la esperanza de vida es uno de los factores que favorece el incremento de personas que presentan situaciones de dependencia. El interés por determinar los factores, los costes, y necesidades de atención en la dependencia, ha sido uno de los motivos que ha provocado un aumento del número de estudios destinados a la dependencia. Desde los años 90 el término dependencia ha ido evolucionando para integrar diversos factores implicados

en su identificación, también han ido modificándose los términos que van muy unidos al concepto. Existen distintos tipos de escalas o test que ayudan a determinar el nivel y el tipo de dependencia. Cada tipo de dependencia tiene multitud de escalas que son utilizadas para valorar su grado o nivel de dependencia, tal situación no ayuda a poder realizar comparaciones, puesto que no hay una disciplina en la utilización de una escala u otra. En el capítulo siguiente se detalla la Ley de Dependencia aplicada en España, así como las estrategias utilizadas en otros países para ayudar a las personas dependientes.

En los cuidados destinados a las personas mayores dependientes, se identifican distintos tipos de cuidados, los cuidados informales, que son los realizados por familiares o amigos, los cuales están relacionados con la socialización del cuidado, y los cuidados formales profesionales, que son los realizados por personas que tienen formación para cuidar, destacando los profesionales de enfermería por su papel clave en la identificación y actuación en las necesidades de las personas mayores y de las personas cuidadoras y, por último, los cuidados formales no profesionales, que son los realizados por personas que son retribuidos por realizar los cuidados, pero no tienen formación para realizarlos; en este tipo entrarían los cuidadores inmigrantes que a veces se contratan como asistentes domésticos.

Es necesario establecer una ética del cuidado, no sólo en los cuidadores formales sino también en los cuidadores informales, puesto que ser familiar de la persona dependiente o percibir dinero por cuidar no garantiza la calidad de los cuidados.

Capítulo 3. Estado actual de los cuidados de larga duración

Es necesario analizar los cuidados de larga duración, las organizaciones y recursos de cara a la atención de situaciones de dependencia, principalmente en los mayores de 75 años, al ser el grupo de edad que suele sufrir mayor dependencia. Nos interesa identificar cómo se organizan los cuidados y cómo se distribuyen los recursos, observando como se conciben las necesidades y cuidados de los mayores dependientes, determinando si existe una tendencia que establece la actuación y distribución de los recursos. Clasificamos los servicios existentes en España, contemplando dentro de los mismos, la Comunidad Autónoma de Cataluña, haciendo una referencia más detallada en la organización de los servicios sociales y los servicios sanitarios que existen en la ciudad de *Vilafranca del Penedès*. Es también de interés, determinar las aportaciones, valoraciones, prestaciones, recursos, controles de evaluación y desigualdades de la Ley de Dependencia en España, así como ver los modelos de protección a la dependencia de otros países.

3.1. Cuidados de larga duración en el adulto mayor dependiente

En la actualidad el cuidado de las personas mayores se realiza, sobre todo, a partir de la ayuda informal. Las personas mayores dependientes que viven en su domicilio y necesitan ayuda en la realización de sus actividades diarias reciben generalmente cuidados de larga duración. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los cuidados de larga duración son *“el sistema de actividades llevadas a cabo por cuidadores informales (familiares, amigos o vecinos) o profesionales (sanitarios, sociales u otros) o ambos, para conseguir que una persona que no sea totalmente capaz de cuidar de sí misma mantenga la mejor calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal, y dignidad humana”* (OMS, 2000:8). En la **tabla 3.1**, pueden observarse las actividades que deben incluir los cuidados de larga duración según la OMS.

Los cuidados de larga duración dan respuesta a la satisfacción de las necesidades y actividades de las personas mayores dependientes. Dichos cuidados se proporcionan durante un largo período de tiempo, no necesitan demasiadas tecnologías y conocimientos específicos para realizarlos y se realizan en su gran mayoría por familiares a nivel domiciliario (López et al., 2005). En los casos en que pueden realizarse unos cuidados domiciliarios adecuados puede retardarse o evitarse la institucionalización.

Tabla 3.1. Actividades que deben incluir los cuidados de larga duración

Actividades
Mantener la implicación en la vida comunitaria, social y familiar.
Adaptar el entorno de la vivienda.
Asesorar y evaluar el estado de asistencia social y sanitaria proporcionando planes de cuidados y una continuidad en los cuidados.
Ofrecer programas para reducir las discapacidades y prevenir complicaciones mayores.
Proporcionar asistencia en instituciones o residencias cuando sea necesario.
Reconocer y cubrir las necesidades espirituales, emocionales y psicológicas.
Aplicar cuidados paliativos cuando sea conveniente.
Ayudar a los familiares, amigos y otros cuidadores informales.
Ofrecer servicios de apoyo y asistencia proporcionados por profesionales y para profesionales.

Fuente: OMS, 2000.

En las recomendaciones de la OMS (2000), los cuidados de larga duración destinados a las personas mayores, deben incluir el acceso a otros servicios tales como: asistencia sanitaria médica, recursos económicos, sociales y jurídicos. Los cuidadores también deberían tener asesoramiento en ayudas económicas, en formación de cuidados y de alivio de carga por cuidar (OMS, 2000).

3.2. Organizaciones y recursos a nivel nacional

El Estado, el mercado y las organizaciones no lucrativas, contribuyen a compensar el espacio que la familia tiene dificultades en cubrir (Casado y López, 2001; IMSERSO, 2005a). Sin embargo, las prestaciones que se dedican a la protección social no son muy altas en España en comparación con otros

países de la Unión Europea. El gasto dedicado a la protección social está muy por debajo de otros países europeos, excepto de Irlanda, Grecia y Portugal. En España, según datos del año 2002, la intensidad de horas dedicadas en Servicios de Ayuda Domiciliaria (SAD) a personas mayores, era de 18,43 horas al mes; tal situación explica la necesidad de recorrer a servicios privados por parte de los mayores y sus familiares. El número de personas de 65 y más años atendidas por el SAD, a enero de 2006, era de 305.801 personas. En 10 años el número de usuarios ha aumentado de forma importante. A datos de enero de 2006, el servicio público de teleasistencia era utilizado por 3,5 de cada 100 personas de 65 y más años (IMSERSO, 2007).

En España, y también en la Comunidad Autónoma de Cataluña, los recursos formales destinados a la atención de las personas mayores se clasifican en tres grupos: 1) Los servicios de atención domiciliaria, 2) Los centros residenciales y 3) Los sistemas alternativos.

Servicios de atención domiciliaria

A) Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) facilita que las personas mayores dependientes puedan permanecer en su domicilio. Entre sus objetivos encontramos: fomentar hábitos y conductas saludables para mejorar la calidad de vida, aumentar las relaciones personales, la seguridad personal y conseguir que la persona mayor permanezca en su domicilio en unas condiciones adecuadas a su situación de dependencia. Las prestaciones que proporciona este servicio son: limpieza del domicilio, lavar y planchar la ropa, comprar y preparar comidas, aseo personal, peluquería, facilitar la autonomía, ayuda en el vestir y desvestir, movilización y traslado, cuidados sanitarios y de podología, acompañamiento, realización de gestiones, terapia ocupacional y fisioterapia (IMSERSO, 2005a). Existen Servicios de Atención a Domicilio públicos (el coste lo cubre el sistema público) y privados (el coste lo cubre la familia). Se identifica que la Atención Domiciliaria en España cubre a 229.000 personas de las que el 71% son mujeres y en el 52% atiende a personas mayores de 80 años (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004f).

B) Servicio de teleasistencia: facilita la atención a la persona mayor durante las 24 horas al día. Este recurso permite que las personas mayores y/o discapacitadas que viven solas y tienen situaciones problemáticas o de riesgo puedan seguir en su entorno habitual; la teleasistencia les permite, a partir de la pulsación de un botón ubicado en un collar o pulsera, estar conectados a unidades móviles que, en caso que sea necesario, se trasladan al domicilio de la persona mayor durante las 24 horas del día y los 365 días del año. Este servicio facilita la disminución de horas que los cuidadores deben dedicar al mayor en situación de riesgo (Rodríguez, 2006).

Centros residenciales

A) Centros de día: ofrecen servicios sociosanitarios que prestan ayuda en la realización de las necesidades personales, socioculturales y terapéuticas a las personas mayores dependientes ofreciendo un apoyo familiar. El objetivo primordial es retardar al máximo la institucionalización de las personas mayores, facilitando la permanencia en su entorno habitual. Los servicios que ofrecen estos centros son: atención social, atención a la salud física y psíquica y atención sociocultural y de participación. Los mayores vuelven a casa para pasar la noche. La atención puede ser continua o parcial. Suele utilizarse por personas que tienen una dependencia moderada y grave. (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004f, 2004g).

Los centros de día son relativamente nuevos en nuestro país. El crecimiento de plazas ha sido importante en los últimos años. Según datos del 2002, existían 3,4 plazas por cada cien personas de 65 y más años, de las cuales sólo 1,4 eran financiadas total o parcialmente por los servicios públicos (IMSERSO, 2005a). En enero de 2006 había 47.624 plazas de carácter público y privado, distribuidas entre 1.872 centros. Lo cierto es que en nuestro país existen más centros y más plazas de carácter privado que público (IMSERSO, 2007). Cabe diferenciar los centros de día, de los hospitales de día, los cuales ofrecen servicios sanitarios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los

problemas de salud, destinados a personas enfermas, tanto mayores como de otros grupos de edad (IMSERSO, 2005a).

B) Servicios de Atención Residencial: Se define residencia como “Centro gerontológico abierto, de desarrollo personal y atención sociosanitaria interprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia” (Rodríguez, 1995c:172). En la actualidad se está sustituyendo el término residencia por el de centro. Existen muchas diferencias entre la oferta existente de centros residenciales, tanto en sus características como en su gerencia (ayuntamientos, comunidades religiosas, Comunidades Autónomas, empresas privadas). En cualquier caso no hay plazas residenciales públicas suficientes para atender la demanda social (IMSERSO, 2005a). La clasificación de los recursos asistenciales sociosanitarios destinados a las personas mayores dependientes quedan distribuidos de la siguiente manera: servicios sociales, servicios de salud y programas sociosanitarios (ver **tabla 3.2**).

Tabla 3.2. Servicios destinados a las personas mayores dependientes

	Servicios sociales	Servicios sanitarios	Programas sociosanitarios
Objetivo	Ofrecer cuidado	Curar el problema de salud	Rehabilitación
Estancia	Cuidados de larga duración	Corta estancia	Media estancia
Tipo Servicios	Ayuda a domicilio. Centros de día Teleasistencia Residencias	Centro de salud Ambulatorio Hospitales	Unidad hospitalaria sociosanitaria Centro sociosanitario Hospital de día geriátrico

Fuente: Elaboración a partir de Sánchez Fierro, 2004.

En cuanto a la titularidad de los centros residenciales, un 83% de los centros son de titularidad privada y gestionan el 76% de la oferta de plazas residenciales. El 20% de la plazas residenciales son gestionadas por el sistema de concertación con el sector público y el 56% son plazas de financiación privada según mercado (IMSERSO, 2007). En general, el cuidado formal que se ofrece a partir de las administraciones públicas representa un 3%

en España y un 2,90% en Cataluña (Gallart, 2007). Estos resultados muestran estar muy lejos de conseguir cubrir la ayuda de tipo formal y profesional que necesitan las familias para cuidar a sus mayores, (IMSERSO, 2005a). Se espera que la nueva Ley de Dependencia ayude a mejorar dicha situación.

Otros servicios alternativos y de apoyo al mayor dependiente

A) Viviendas tuteladas: formadas por personas que presentan alguna limitación, normalmente la tutela se realiza desde centros sociales, centros de día o residencias próximas. En ellas se realiza un sistema de ayuda entre los miembros que la componen (Rodríguez, 2006). También existen servicios públicos de acogimiento familiar y apartamentos residenciales.

B) Ayudas técnicas para mejorar la autonomía y la reducción de la dependencia: Existe cada vez más demanda de tecnología que se utiliza para la satisfacción de las necesidades de las personas dependientes. Pueden distinguirse tres características de este tipo de tecnología: entornos adaptables, tecnología de apoyo o rehabilitación (sillas de ruedas, grúas, adaptaciones para el baño, comunicadores, cubiertos adaptados, etc.) y tecnología del mercado laboral (pulsador de luz, autobuses de piso bajo, señalización de colores, pavimentos no deslizantes, electrodomésticos domóticos y mobiliario ergonómico). Por ello, en la mejora de la calidad de vida de las personas dependientes y sus cuidadores participan muchos tipos de profesionales: arquitectos, profesionales de la salud, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, logopedas, ergónomos, ingenieros, informáticos y profesionales de ayuda a domicilio (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004f).

C) Programas de intervención con familias: Existen programas de información, asesoramiento y orientación a las familias. Estos programas son aplicados por el trabajador social o personal de enfermería y van dirigidos a informar y orientar sobre cuestiones que afectan a las personas dependientes y sus cuidadores. Entre estos programas destacan los grupos psicoeducativos, cuyo objetivo es dotar de conocimientos específicos a los cuidadores familiares de

personas dependientes para cuidar mejor y saber autocuidarse. Otro recurso son los grupos de ayuda o autoayuda, formado por grupos de familiares, estos grupos son proveedores y receptores de apoyo emocional. Por último, destacar otro grupo importante en la ayuda de las familias, las Asociaciones de Familiares, que algunas veces cubren el déficit de ayuda por parte de las Administraciones Públicas (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004f).

d) Hogares o clubes: Ofrecen servicios sociales de prevención, socialización, información y formación a personas semi independientes o independientes (IMSERSO, 2005a).

Ayudas de organizaciones sin ánimo de lucro y obras sociales

Las ayudas aportadas por las organizaciones sin ánimo de lucro cubren las demandas que el sector público o el mercado no pueden proporcionar de forma igualitaria. Al aumentar de forma considerable el número de personas mayores dependientes, aparece un número importante de organizaciones no gubernamentales y cooperativas que hacen frente a la situación de las personas dependientes. Para Sajardo (1996), especialista en el tema, afirma que existen una serie de ventajas si el sector público prefiere utilizar este tipo de organizaciones no lucrativas frente a las organizaciones lucrativas, puesto que ello proporciona una serie de ventajas para las personas dependientes, tales como: mayor eficiencia en evaluar los recursos mal utilizados, mayor capacidad para ofrecer y controlar la calidad, menor coste, actuación más personalizada, más rapidez en la detección de necesidades sociales y formar parte como agente social y político. El principal problema de las organizaciones no lucrativas es que la mayoría no tienen una estructura económica fuerte y estable y su actuación depende de muchos factores, entre ellos, que en determinadas ocasiones estas entidades dependen de la financiación o colaboración con el sector público (IMSERSO, 2005a).

En España, Cruz Roja ha sido pionera en la atención a las personas con dependencia. Los servicios que presta son: ayuda domiciliaria básica (atención

a las necesidades domésticas o relativas al cuidado personal), ayuda domiciliaria complementaria (compañía de voluntarios, apoyo en gestiones, acompañamiento, paseos), transporte adaptado, teleasistencia, centros de día o servicios de estancia diurnas, viviendas tuteladas, apoyos a familiares y cuidadores, ayudas técnicas, promoción del envejecimiento saludable y otros cuidados aplicados fuera del entorno habitual como por ejemplo los centros residenciales y el acogimiento familiar (Cruz Roja Española, 2007). Las cajas de ahorro son las principales entidades, que a partir de las Obras Sociales, participan en la prevención y asistencia de la dependencia a los mayores. En la **tabla 3.3** se reflejan algunas de las principales entidades que ofrecen recursos de atención a las personas mayores.

Tabla 3.3. Cajas de ahorro que participan en la atención a personas mayores

Entidad bancaria	Recursos
Obra Social Caixa Penedès	Ayudas a proyectos de investigación. Fundación privada Asil Inglada Via. Servicio de Acogida Residencial. 17 Casales de ancianos (propios) y otros 17 con colaboración.
Obra Social Caja Madrid	Centros de servicios de carácter gratuito para clientes. Ayudas a proyectos de investigación. Voluntariado. Ayudas a Proyectos de Alzheimer, Parkinson y otras patologías Neurodegenerativas. Voluntariado de mayores.
Obra Social Fundació “la Caixa”	Programa de prevención de la dependencia: Servicios de transporte adaptado, talleres e atención psicosocial, materiales y publicaciones. Talleres destinados a personas mayores (informática, memoria...). Ayudas a proyectos de investigación. Voluntariado.
Obra Social Fundació Caixa Catalunya	Atención social: <i>Fundació Viure i Conviure</i> : convivencia de una persona mayor con una persona joven. Ayudas a proyectos de investigación. Publicaciones, Clubs, Excursiones. Programas de Sensibilización. Centros sociosanitarios y residenciales. Ayudas, convenios y patrocinios.
Obra Social Bancaja	Actividades formativas, lúdicas, de termalismo y teleasistencia. Ayudas a proyectos de investigación. Voluntariado.
Obra Social CAM (Caja Mediterráneo)	Actividades educativas y socioculturales. Programa “Gente mayor gente activa”.

Fuente: Elaboración propia.

3.3. Servicios sanitarios y sociales en *Vilafranca del Penedès*

En las próximas líneas se detalla la organización de los servicios sociosanitarios existentes en la ciudad de *Vilafranca del Penedès* y comarca de *l'Alt Penedès*. En la comarca de *l'Alt Penedès* existen distintos servicios sanitarios y sociales, la gran mayoría de ellos ubicados en la ciudad de *Vilafranca del Penedès*. También se encuentran servicios de bienestar social y de voluntariado.

En cuanto a los servicios de **carácter sanitario** describimos, en primer lugar, el Centro de Atención Primaria *Alt Penedès*. En él se ubica el Área Básica de Salud "*Vilafranca Urbana*", que atiende a las personas de la localidad, y el Área Básica de Salud "*Penedès Rural*", destinada a atender a las personas de los municipios de la comarca de *l'Alt Penedès*, excepto *Vilafranca* y *Sant Sadurní*, que tienen un Centro de Atención Primaria (CAP) propio.

En el CAP encontramos los siguientes servicios: a) Servicio de Atención Continuada del Equipo de Atención Primaria *Penedès-Rural*; b) Servicio Ordinario de Urgencias de *l'Alt Penedès* (atención las 24 horas del día); c) Atención a la Salud Sexual y Reproductiva *Alt Penedès-Garraf* (Control y seguimiento del embarazo, educación maternal, atención en el puerperio, atención al posparto, planificación y orientación familiar, atención ginecológica y atención a la menopausia); d) Servicio de Diagnóstico por la imagen; e) Servicio de Rehabilitación; f) Programa de Atención Domiciliaria. La atención domiciliaria engloba un conjunto de actividades (visita, cuidados, tratamiento) realizados por médicos, profesionales de enfermería y trabajadores sociales, en el domicilio del paciente que no puede desplazarse al ambulatorio. Dentro de la atención domiciliaria existe el equipo de PADES (Programa de Atención Domiciliaria, Equipo de Apoyo), formado por un equipo multidisciplinario (médicos, enfermeros, asistentes sociales y psicólogos) que valoran, dan ayuda y realizan seguimientos al enfermo en fase crítica y también a su familia, favoreciendo y potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida.

Se cuenta también con el programa del servicio de Atención Domiciliaria (ATDOM). El servicio ATDOM es el elegido en nuestro estudio para identificar la función que tiene como institución sanitaria, en la detección de las necesidades de los mayores dependientes y cuidadores familiares. Este servicio está implantado en el conjunto de las Áreas Básicas de *Catalunya*, lo llevan a cabo un equipo de profesionales del equipo de atención domiciliaria, cuyo objetivo es atender las necesidades de las personas mayores a nivel domiciliario. Se incluyen en este programa las personas de 65 y más años, aunque en algunas ocasiones, también se incluyen otras personas menores de 65 años que precisan cuidados a nivel domiciliario, caso, por ejemplo, de personas con disminución física y/o psíquica. En muchas ocasiones los profesionales del ATDOM¹⁰ comparten pacientes con el equipo del PADES (ICS, 2007). También se realiza apoyo y asesoramiento al cuidador principal de personas con dependencia.

El Centro de Atención Primaria (CAP) tiene un papel muy importante en la detección de situaciones de dependencia y en la identificación de la ayuda de las personas mayores. Los profesionales del CAP son los encargados de derivar los casos a los servicios sociales. Los servicios del CAP son muy utilizados por los mayores, y están muy bien valorados. Los servicios sociales también están bien valorados, aunque se usan menos, quizás porque son menos conocidos. Se detalla, que próximamente se construirá un nuevo ambulatorio público, en principio subvencionado por el Ayuntamiento de *Vilafranca* y estará ubicado entre los distritos del *Espirall* y de la *Barceloneta*.

En segundo lugar, detallamos los servicios de Salud Mental *Alt Penedès*, donde se distinguen tres tipos de recursos: 1) Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias (CAS), donde los profesionales que trabajan en el centro son médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores

¹⁰ En el año 2006, los profesionales del ATDOM de Vilafranca, tenían en su programa de atención domiciliaria un total de 259 personas mayores (15 personas de 65 a 74 años y 244 personas de 75 y más años).

sociales y administrativos. Y, en el CAS de *Vilafranca*, hay un profesional de cada especialidad. Este centro es una entidad gestionada por la Mancomunitat Intermunicipal *Penedès-Garraf*. 2) Centro de Salud Mental, que atiende a personas con problemas y/o enfermedades mentales y 3) CAPIP (Centro de Atención Primaria Infantil de Psiquiatría) donde se atiende a niños con problemas mentales.

Y en tercer lugar, el Hospital Comarcal de *l'Alt Penedès*, que está gestionado por el Consorcio Sanitario de *l'Alt Penedès*, y cuenta con representantes de la *Generalitat de Catalunya*, del *Ajuntament de Vilafranca*, del *Consell Comarcal de l'Alt Penedès* y de la Fundación Hospital Comarcal de *l'Alt Penedès*. Dicho Consorcio fue creado en el año 2002, ofrece una amplia cartera de servicios sanitarios y cuenta con una amplia plantilla de 370 profesionales y trabajadores. El hospital tiene 134 camas, distribuidas en cinco unidades de hospitalización, un área de atención ambulatoria con 6 espacios para cirugía sin ingreso y 10 para Hospital de día. También tiene consultas externas y pruebas complementarias con 25 consultorios, así como un servicio de urgencias con 11 boxes y 6 camas de observación. Es el único centro hospitalario que atiende a los enfermos agudos de la comarca. En este momento se está realizando su ampliación, pues cada vez se precisan más camas y servicios.

A nivel privado, en la localidad de *Vilafranca*, existen tres centros médicos de atención privada que están concertados con mutuas de previsión. Tales centros atienden a un número alto de la población de *Vilafranca* y comarca.

Dentro de los **servicios sociales**, se encuentran los Servicios Sociales de Atención Primaria, los cuales están coordinados por el *Consell Comarcal de l'Alt Penedès* y por el Ayuntamiento de *Vilafranca*. Los Ayuntamientos de cada municipio de la comarca son los responsables de coordinar estos servicios. Esta red de servicios sociales es la unidad territorial básica de prestación de servicios que forma parte de la Red Básica de Servicios Sociales de Responsabilidad Pública en Cataluña. Cada red básica de servicios sociales es formada por un municipio de más de 20.000 habitantes. Dicha red tiene como

objetivo destacar el fomento de la inclusión social de aquellos colectivos y personas más vulnerables y con mayor dificultad de integración social y económica (*Consell Comarcal de l'Alt Penedès, 2007*). En el *Alt Penedès*, el equipo de profesionales está formado por siete asistentes sociales, tres educadores sociales, cinco trabajadores familiares, dos recepcionistas y la persona responsable técnica del servicio. Dichos servicios constituyen el punto de acceso inmediato al Sistema Catalán de Servicios Sociales, son el primer nivel en el ámbito familiar y social y ofrecen los siguientes recursos:

Equipo Básico de Atención Social Primaria: Su acción va dirigida a garantizar el acceso a unos recursos básicos a personas, familias y grupos con dificultades de desarrollo e integración, disminución, falta de autonomía y problemas familiares y/o sociales. Sus servicios se establecen en servicios de acogida, información, valoración, tramitación de prestaciones y programas y apoyo y derivación de recursos. El Equipo Básico de Atención Social Primaria destinado a la atención de las personas mayores, tiene como objetivo informar y asesorar sobre servicios y prestaciones municipales, y ofrecer un trato individualizado y grupal. Este equipo está organizado por dos grupos de atención social, que atiende a los sectores de población: el equipo de Atención a la Gente Mayor (personas de 65 años o más) y el equipo de Atención a Familias y Gente sola de menos de 65 años (*Ajuntament de Vilafranca del Penedès, 2007d*).

Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD): Este servicio, trabaja con distintos colectivos, niños, adolescentes, disminuidos, toxicómanos, personas con enfermedades crónicas, enfermos mentales y grupos de familiares con dificultades. En relación a los servicios destinados a la gente mayor y familias que se encuentran en situación de falta de autonomía en las ABVD y en las AIVD, ya sea de carácter temporal o permanente, uno de los objetivos del SAD es mejorar la calidad de vida de las personas mayores y sus cuidadores. Los servicios del SAD se coordinan desde los servicios sociales del Ayuntamiento, a partir del Equipo Básico de Atención Social Primaria (EBASP).

El SAD se presta en todos los municipios de la comarca de *l'Alt Penedès* con una población inferior a 20.000 habitantes, siempre que se haya solicitado al *Consell Comarcal* la prestación de dicho servicio. Las personas deberán estar empadronadas en el municipio donde solicitan el servicio. Una vez el SAD acepta la solicitud, el profesional del EBASP (Equipo Básico de Atención Social Primaria) deberá aportar el expediente en el plazo de quince días. El contrato se firma entre el EBASP, el SAD y las persona beneficiaria y/o familia (*Conselleria de Benestar Social i Sanitat, 2007*). El coste del servicio depende de los ingresos mensuales del solicitante, siendo el coste máximo por hora de 11,56 euros y cuando los ingresos son menores de 495,84 euros el coste es 0. Si los ingresos son superiores a 826,41 euros, el copago es de 11,56 euros por hora. Las personas que no tienen ningún ingreso tienen el servicio domiciliario gratuito (*Consell Comarcal de l'Alt Penedès, 2007*). Datos del Ayuntamiento de *Vilafranca* muestran que los trabajadores familiares atienden a unas cien personas al año de la comarca de *l'Alt Penedès* (*Ajuntament de Vilafranca del Penedès, 2007c*).

Los servicios que ofrece el SAD y gestiona el Equipo Básico de Atención Social Primaria son:

- Servicio de Trabajador/a Familiar: Es un servicio domiciliario para las personas que necesitan ayuda externa para realizar alguna actividad de la vida diaria. Las actividades que se realizan son: higiene y vestido, cuidar el hogar realizar las compras, preparar la comida, realizar cosas sencillas relacionadas con la salud y dar un tiempo de descanso a las familias y cuidadores.
- Servicio de Teleasistencia Domiciliaria: servicio indicado a personas que viven solas y que, por motivos de salud, invalidez o aislamiento necesitan una atención y vigilancia continuada. Las personas de más de 80 años tienen el servicio gratuito. El servicio está adscrito a todos los ayuntamientos del Área Básica de Servicios Sociales. Si la persona tiene menos de 80 años se le ofrece un servicio de teleasistencia concertado con otras entidades, si se contrata, por ejemplo a partir del *Consell Comarcal*, éste tiene un convenio con

Cruz Roja y el servicio cuesta 24 euros al mes. Esta entidad también ofrece el servicio a nivel privado.

- *Xec-Servei* de Ayuda Temporal y Urgente: Servicio de copago para personas que necesitan ayuda temporal en la satisfacción de alguna de las ABVD, por falta de disponibilidad de la persona cuidadora o mientras se espera alguna ayuda asistencial o sociosanitaria.
- *Xec-Servei* de Limpieza Doméstica: El servicio se ofrece a personas que necesitan ayuda externa para realizar tareas domésticas como: limpieza intensiva y mantenimiento del hogar, cuidado de la ropa, entre otras.
- Servicio de Rehabilitación de Viviendas: Se realizan pequeños arreglos del hogar, para las personas que ya tienen contacto y seguimiento en Servicios Sociales.

Los EBASP gestionan los programas de SAD, los programas de atención y promoción de las personas mayores con discapacidad y la plataforma de voluntariado social.

En el ámbito privado, existe otra entidad que es la *Fundació Pro Penedès*: es una entidad privada sin ánimo de lucro dedicada a la promoción y desarrollo de la comarca de *l'Alt Penedès*. De dicha Fundación pueden beneficiarse todos los ciudadanos del Penedès, sobre todo de la comarca de *l'Alt Penedès*. Sus miembros patronales son personas que ocupan cargos de carácter público. Dicha fundación gestiona la entidad *Prodomicili* que está dedicada a promover el sector de servicios a domicilio, sobre todo de atención a las personas y atención al hogar, en el que participan 13 municipios de la comarca. El servicio lo realizan empresas especializadas y homologadas por el Servicio *Prodomicili*. Todas las personas empadronadas en los municipios que forman la red *Prodomicili*, pueden recibir atención domiciliaria profesional, por lo que es un servicio universal y no va en función de los ingresos mensuales de la persona. Tiene un convenio con el *Consell Comarcal* que facilita a partir del *Xec-Servei* un descuento de 3 euros por cada hora de servicio contratado. Además cada persona puede disponer de 60 *Xecs-Serveis* de descuento al año.

El ayuntamiento de cada localidad de la comarca facilita la información y proporciona los talonarios de *Xec-Servei* y la tarjeta de usuario.

Aunque los servicios de *Prodomicili* salen un poco más caros que los ofrecidos por el Ayuntamiento, la entidad ha pactado unos precios máximos con las empresas de trabajo domiciliario que colaboran con el servicio de *Prodomicili* que trabajan en *Vilafranca* y comarca. Las empresas existentes en este momento son: Fundación Amalia Soler, ADTE, ARES, SERVITIUM, VILASAD, La Brigada de *neteja*, M&M *Serveis Auxiliars Integrals d'Ajuda a la Família*. S.L, Masnet Piera, *Netejas JC Serveis*, *Pròxims Serveis a Domicili*, Servicios Médicos de Barcelona. Todas ellas son agencias privadas pero en todas pueden concertarse sus servicios a partir de *Prodomicili*. De forma específica este recurso ofrece en el ámbito de la gente mayor y/o personas con enfermedades o dependencias transitorias los siguientes servicios: a) Cuidados de atención a la persona; b) Acompañamiento; c) Educación sanitaria y social; d) Ayuda en el hogar, y, e) Otros servicios como atención en hospitalizaciones y convalecencias, podología, terapia ocupacional, fisioterapia y peluquería (*Fundació Pro Penedès*, 2007).

Uno de los servicios sociales especializados a destacar es el Servicio de Transporte Adaptado, cuyo objetivo es facilitar el acceso a los recursos sociales a las personas con una movilidad reducida.

En relación a la existencia del SAD en otros municipios de la provincia de Barcelona, un estudio de la Diputación de Barcelona evidencia que el SAD es utilizado por casi la totalidad de los municipios, excepto los que tienen muy poca población. Sin embargo, la cobertura respecto a la población mayor de 65 años es baja, menor que muchas comunidades autónomas del Estado y mucho menor que la registrada en el conjunto de países europeos (Muñoz, 2007).

Como recursos de **bienestar social**, se subraya que en la comarca de l'Alt Penedès existen muchas residencias y centros de día, pero sólo se relacionan las ubicadas en la ciudad de Vilafranca. En la **tabla 3.4**, se detallan las residencias públicas y privadas existentes en Vilafranca.

Tabla 3.4. Residencias de Vilafranca del Penedès

Residencias
Residencia Mare Ràfols: Es de carácter privado y concertado, la edad mínima de acceso es de 65 años y sólo es para personas del sexo femenino. Hay 80 plazas individuales y 25 de ellas son concertadas con la Generalitat.
Fundació Privada Asil Inglada Via: pertenece a la Obra social de la Caixa Penedès: En la actualidad tiene convenio con el ICASS (Institut Català d'Assistència i Serveis Socials) de la Generalitat de Catalunya. Es un centro mixto con habitaciones individuales y dobles. En la actualidad está ampliando sus plazas.
Centro Sociosanitario Ricard Fortuny y Residencia St. Francesc: Ambas pertenecen al Consorcio Sociosanitario de l'Alt Penedès y están detalladas en el apartado de servicios sanitarios.
Fundació Privada Amàlia Soler: Entidad de iniciativa social, ofrece un servicio de atención a domicilio y pisos tutelados. El acceso es a partir de los 65 años, o menos de 65 años en casos de dependencia.
Hogar de Mayores de la Unión Evangélica Baptista Española: Es de carácter privado. La edad mínima de acceso es de 65 años. Tiene 49 plazas.

Fuente: Elaboración propia

En relación a los centros sociosanitarios *Ricard Fortuny* y *Residencia Sant Francesc*, se detalla que ambos centros atienden situaciones de dependencia, en colaboración con el Departamento de Bienestar y Familia y son de titularidad pública. El Centro *Ricard Fortuny* tiene capacidad para 250 camas de larga estancia sociosanitaria y 48 plazas de centro de día (sala comedor, terapias, rehabilitación), 2 consultas de valoración geriátricas y gimnasio para rehabilitación. La Residencia *Sant Francesc* ha aumentado su número de plazas, ofertando un total de 64 plazas, y ofrece residencia asistida y centro de día (*Consorti Sanitari Alt Penedès*, 2007). La Residencia *Mare Ràfols*, el Hogar de Mayores de la Unión Evangélica Baptista Española y la Fundación Privada *Amàlia Soler* son de carácter privado. A nivel privado, también se encuentra el Centro de día *Servitium*.

La localidad de *Vilafranca* es la que tiene más servicios de la comarca del Penedès; posee 23 del total de los 49 recursos de la comarca (ver **tabla 3.5**), y es la única que tiene todos los servicios sociosanitarios: centros de día, servicios de hogar residencia, residencia asistida, centros sociosanitarios, viviendas tuteladas y servicios de ayuda domiciliaria. Sin embargo, aunque el punto neurálgico de los servicios y entidades está en *Vilafranca*, el *Consell Comarcal de l'Alt Penedès* ofrece servicios de atención social primaria, servicio de ayuda domiciliaria, servicio de telealarma y teleasistencia y servicio de transporte adaptado a todos los municipios de la comarca. El servicio básico de atención social primaria tiene 14 trabajadores familiares, de los cuales 5 están destinados a *Vilafranca* y los 9 restantes a otras poblaciones de la comarca. En la Comarca también hay 10 trabajadores familiares, 4 de ellos en *Vilafranca*, contratados por una empresa que proporciona el servicio.

Tabla 3.5. Servicios destinados a mayores en *Vilafranca del Penedès*

Servicios	Público	Privado	Iniciativa Social (semi-público)
Centro sociosanitario de atención diurna	1	--	--
Centro sociosanitario de larga estancia	2	--	--
Servicio básico de atención social primaria	1	--	--
Ayuda domiciliaria	1	6	1
Atención de día sociosanitario	1	--	--
Vivienda tutelada	--	--	1
Centros de día	2	1	--
Hogar residencia asistida	1	2	2
Hogar residencia	--	--	2
Apoyo social a la atención primaria y especializada	--	1	--
Servicio de telealarma y teleasistencia	1	--	--
Transporte adaptado	1	--	--

Fuente: Elaboración a partir de *Consell Comarcal de l'Alt Penedès* (2006).

Otros recursos son los casales o clubes de jubilados y pensionistas. En la ciudad de *Vilafranca* existen tres casales para personas mayores, dos de ellos financiados por la entidad *Caixa Penedès*: Casal de Mayores de *Caixa*

Penedès Espirall y Casal de Mayores de *Caixa Penedès Tivoli* y Cofradía de St. Raimon del Casal de la Gente Mayor de *Vilafranca*. También se encuentran las asociaciones para personas mayores, tales como la asociación de jubilados, viudas y amas de casa “*El Pilar de Vuit*” y la Asociación de Veteranos y Jubilados del Trabajo.

En relación a los servicios municipales de la ciudad destinados a las personas mayores, encontramos los siguientes:

- Carnet Blanco de la Gente Mayor: El carnet da acceso directo a servicios y prestaciones de la gente mayor y genera descuentos en el microbús urbano, en teatros, en el gimnasio y piscina, acceso gratuito a las actividades realizadas por el Patronato de Deportes, descuentos de los impuestos del IBI, agua y basura, acceso directo a servicios de teleasistencia y *Xec-Servei*, entre otros. Se puede solicitar a partir de los 65 años.
- Proyecto de intercambio generacional: Conferencias a escuelas e institutos por parte de voluntariado mayor que explican experiencias de su vida.
- Navidad solidaria: Campaña de detección de riesgo en personas mayores de 80 años que viven solas, en la que se visitan residencias de gente mayor y se les obsequia con cava y turrónes.
- Fiesta de la gente mayor: Se celebra una vez al año y se aprovecha para homenajear a las parejas que cumplen las bodas de oro. La edad mínima de acceso son 75 años y cuesta aproximadamente 3 euros.
- Terapia Ocupacional de estimulación y animación dirigida a las personas internas del Consorcio Sociosanitario.
- Colonias para gente mayor: Plazas para pasar una semana en una residencia del Departamento de trabajo de las *Generalitats Catalana* o Valenciana.
- Taller de entrenamiento de memoria: Se realizan tres talleres al año y otro de refuerzo. La edad mínima son 60 años y son talleres con un máximo 10 plazas.

- Actividades deportivas para gente mayor: Actividades que se realizan en el Complejo acuático y que son gratuitas para gente mayor con el carnet blanco. Para acceder al servicio se debe estar empadronado en la ciudad y tener como mínimo 65 años.
- Aulas de Extensión Universitaria para la Gente Mayor, donde pueden recibir clases, talleres, seminarios y también participar en ellos (*Consell Comarcal, 2007*).

En el ámbito de **voluntariado**, existe en la ciudad de *Vilafranca* una amplia red, como son las distintas Organizaciones No Gubernamentales (ver **tabla 3.6**) y las Asociaciones de Salud y Grupos de Ayuda Mutua (ver **tabla 3.7**). Algunas de ellas son de gran utilidad en la atención a las personas mayores.

Tabla 3.6. Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y Soporte Social de la ciudad de *Vilafranca del Penedès*

ONG y Soporte Social
Amnistía Internacional. <i>Alt Penedès</i>
Caritas Interparroquial de <i>Vilafranca del Penedès</i>
Comunidad Benéfica Sión
Cooperació <i>Alt Penedès</i>
Comunitat Shalom
Creu Roja Joventut
Fundació Pau i Solidaritat
Fundació Privada Montserrat Junyent
Grup d'Ajuda Mútua de Mares Alletants. Gamma
Grup Tercer Món Mans Unides
Assemblea Local de la Creu Roja de <i>Vilafranca del Penedès</i>
Associació Catalana d'Amics del Poble Sahrauí (ACAPS)
Associació d'Amics de Puerto Cabezas
Associació Entrepobles
Camí Solidari

Fuente: La guía de Vilafranca, 2007a.

Uno de los grupos de voluntarios a destacar es la Cruz Roja. Dicha entidad está desarrollando el programa “Cuidamos a los que cuidan”, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de los cuidadores y de las personas atendidas. En Cataluña hay un total de 3.297 voluntarios/as implicados en proyectos de personas mayores. Los voluntarios de Cruz Roja han atendido en el año 2007, a 43.212 personas a partir de proyectos destinados a personas mayores (Cruz Roja Española, 2007).

Tabla 3.7. Asociaciones de Salud y Grupos de Ayuda Mutua de la ciudad de *Vilafranca del Penedès*

Asociaciones de Salud y Grupos de Ayuda Mutua
Associació de Diabètics de Catalunya (ADC) <i>Alt Penedès</i> Associació Espanyola Contra el Càncer. Junta Comarcal de <i>l'Alt Penedès</i> Associació Familiars Malalts d'Alzheimer GAM ACAPPS de deficiència auditiva, GAM de deficiència visual i ceguesa y GAM de disminució física GAMMA - GAM Mares Alletants Grup Ginesta. Grup d'Autoajuda Associació Prodisminuïts de <i>l'Alt Penedès</i> El Turó. Salut Mental. Associació de Familiars i Amics de <i>l'Alt Penedès</i> Fundació l'Espiga i Lliga Reumatològica Catalana de <i>l'Alt Penedès</i>

Fuente: La guía Vilafranca, 2007b.

Otro de los elementos de ayuda con los que cuenta la ciudad, es que en los distritos más antiguos y céntricos de *Vilafranca*, la gente se conoce de toda la vida, favoreciendo la ayuda entre vecinos. En cambio dicha situación no se produce en los distritos más nuevos y alejados de la ciudad, con una población más joven y que, en algunos casos, provienen de otras ciudades o pueblos cercanos a *Vilafranca*.

Una vez detallados los recursos de la ciudad de *Vilafranca del Penedès*, detallamos los recursos de la comarca de *l'Alt Penedès*. En la comarca de *Alt Penedès* hay un total de 49 recursos destinados a las personas mayores, siendo 24 de carácter privado, 14 de tipo público y 11 de iniciativa social (ver **tabla 3.8**). La residencia asistida es la que ofrece mayor oferta con 17 centros. A nivel público se ofrece más diversidad de servicios: atención social primaria, servicios de comedor, teleasistencia y transporte adaptado. Cabe subrayar que en algunos municipios de la comarca no hay una oferta propia de servicios y que sólo algunos municipios tienen descuentos a partir del *Xec-Servei*. Hay que destacar que en general en la comarca existe un número importante de casales destinados a las personas mayores, aunque dos municipios de la comarca no los tienen. También existen diversas asociaciones relacionadas con personas mayores.

Tabla 3.8. Servicios destinados a las personas mayores en l'Alt Penedès

Servicios	Cantidad
Centro sociosanitario de larga estancia	2
Vivienda tutelada para la gente mayor	1
Servicio básico de atención social primaria	(Consell Comarcal)
Servicio de ayuda domiciliaria	8
Servicio de atención de día sociosanitario	1
Servicio de centro de día para la gente mayor	3
Servicio de hogar residencial	2
Servicio de comedor	0
Servicio de residencia asistida	5
Servicio de apoyo social a la atención primaria y especializada	1
Servicio de telealarma y teleasistencia	(Consell comarcal)
Servicio de transporte adaptado	(Consell Comarcal)

Fuente: *Consell Comarcal de l'Alt Penedès* (2006).

En la comarca de l'Alt Penedès hay una oferta de 781 plazas residenciales y 183 plazas de centro de día. En los últimos años se ha producido un aumento del número de plazas residenciales en la comarca, por encima del incremento de la población de mayores de 75 y más años. También se ha producido un incremento en el número de plazas de centros de día, con un 15,1% de mediana anual (*Consell Comarcal de l'Alt Penedès*, 2006, 2007).

Los servicios sociales del Ayuntamiento de *Vilafranca*, *Consell Comarcal* y otros municipios de la comarca complementan y asumen la atención social de primer nivel. La atención sociosanitaria en l'Alt Penedès se complementa con un equipo de PADES gestionado por el Instituto Catalán de Salud (ICS) y las camas de cuidados paliativos y del equipo de UFISS (Unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias) que hay en el Hospital Comarcal de l'Alt Penedès, así como los servicios del Consorcio Sociosanitario de *Alt Penedès*.

Destacamos según un estudio reciente que la ciudad de *Vilafranca* tiene unos niveles altos de servicios de ayuda a domicilio, muy por encima de la mediana de otros municipios de la provincia de Barcelona. De forma que los servicios de ayuda a domicilio del Ayuntamiento de *Vilafranca* llegan a un 9,5% de personas

de más de 65 años y a un 14,1% de las personas de más de 75 años de *Vilafranca*. Estos servicios atienden en *Vilafranca* a 16,1 usuarios por cada 1.000 habitantes, cuando el resto de municipios llega sólo a 5,4 usuarios. Se destaca que el servicio de teleasistencia llega al 3,6% de la población de más de 65 años y el número de horas anuales dedicadas a formación de trabajadores familiares llega a 26,4 horas cuando la media es de 23 horas. El presupuesto destinado a Servicios Sociales de Atención Primaria, dentro del presupuesto municipal, se sitúa cerca del 4%, mientras que la mediana de los 43 municipios analizados es del 3,3% (*Ajuntament de Vilafranca del Penedès*, 2007g).

La ciudad de *Vilafranca del Penedès* y la comarca de l'Alt Penedès cuentan con los servicios propuestos para aplicar la Ley de Dependencia en España, detallados en el apartado siguiente.

3.4. La Ley de Dependencia en España

Hasta el año 2007, el modelo de protección social español no tenía prestaciones de tipo específico para atender las necesidades de las personas mayores dependientes; estas prestaciones eran de tipo general realizadas por las Administraciones Públicas (Comunidades Autónomas y locales) en el marco del Plan concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales. El sistema de la Seguridad Social cubría las necesidades de las personas dependientes a partir de prestaciones económicas: gran invalidez, accidentes, discapacidad, entre otras¹¹ (López et al., 2005; Boletín Oficial del Estado, 2006a).

Los antecedentes en España de la Ley de Dependencia son a partir de la Ley de Integración Social de las Personas con Minusvalía (LISMI) de 1982, la Ley

¹¹ Las ayudas económicas para ayudar a los cuidadores consistían en deducciones y bonificaciones del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, Exenciones de declaración de IRPF, Reducciones específicas en la base imponible por discapacidad o dependencia, reducción por discapacidad/dependencia de trabajadores activos, minoraciones por mínimo personal, reducción de edad (65 años) y reducción por asistencia (75 años) de su renta o base imponible (Gallart, 2007).

General de Sanidad de 1986, el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en 1988, la generalización del sistema de pensiones mediante la Ley de Prestaciones no contributivas de 1990 y el Plan Gerontológico en 1992; todos ellos dieron un fuerte impulso para la mejora de la protección social en nuestro país (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004a).

En 2001, el Acuerdo para la Mejora y el Desarrollo del Sistema de Protección Social realizado dentro del marco del Pacto de Toledo promovió que el Estado planificara un sistema específico en la atención a la dependencia, creando la nueva Ley de Dependencia, configurando de este modo un nuevo modelo de protección social que aumenta y mejora la acción de protección del Estado y de la Seguridad Social (López et al., 2005; Boletín Oficial del Estado, 2006a)¹².

La Ley de la Dependencia tiene como objetivo regular unas condiciones que garanticen la igualdad a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia de todos los ciudadanos, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, junto a la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía de la Administración General del Estado, y establece una coordinación junto a las Comunidades Autónomas de todo el territorio español (Boletín Oficial del Estado, 2006a, 2006b).

Las personas que estén en situación de dependencia tendrán derecho a acceder, en condiciones de igualdad, a las prestaciones y servicios previstos en la Ley, sea cual sea la Comunidad Autónoma en la que residan. La Ley establece los siguientes principios: el acceso de todas las personas en situación de dependencia, en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación; el carácter público de las prestaciones; la atención integral e integrada a las personas mayores dependientes; la valoración de las

¹² El Pleno del congreso aprobó el 30 de noviembre de 2006 la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia (Ley de Dependencia), que junto al Sistema Nacional de Salud, el Sistema Educativo y el Sistema de Pensiones, forman el cuarto pilar del Estado del Bienestar español (PricewaterhouseCoopers: PwC, 2007).

necesidades de las personas según criterios de equidad, marcando la personalización de la atención y las medidas adecuadas de prevención, rehabilitación, estímulo social y mental. Asimismo, se potenciará la permanencia de las personas en su entorno habitual, fomentando el mayor grado de autonomía posible, promoviendo la participación de las personas dependientes, familias y entidades que las representen en los términos previstos en la Ley.

A partir del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia que establece la Ley de Dependencia y teniendo en cuenta la Constitución Española (1978), los Estatutos de Autonomía y la legislación vigente, las Comunidades Autónomas participarán aportando las siguientes funciones:

- Planificar, ordenar, coordinar, gestionar y dirigir en su territorio los servicios y recursos necesarios de valoración y atención de la dependencia.
- Establecer la coordinación sociosanitaria.
- Crear, actualizar, inspeccionar y controlar los centros y servicios.
- Asegurar la elaboración de los correspondientes Programas Individuales de Atención.
- Evaluar de forma periódica el funcionamiento y calidad del sistema en su Comunidad.

Por otro lado, cada Comunidad podrá definir además con cargo a sus propios presupuestos, niveles de protección adicionales al fijado por la Administración General del Estado y, por último, las entidades locales también deberán participar en la gestión de los servicios.

La financiación del sistema se realizará a partir de la Administración General del Estado, el cual financiará el nivel mínimo de protección. La Ley también contempla convenios anuales o plurianuales con cada Comunidad Autónoma, marcando las obligaciones concretadas por cada una de las partes para la financiación de servicios y prestaciones del Sistema. Los beneficiarios de las prestaciones participarán en la financiación según el servicio y coste del mismo y según los recursos económicos, a partir del llamado “copago”. Aunque ninguna persona quedará fuera de la cobertura del Sistema si no dispone de recursos económicos.

Para poder obtener el reconocimiento como persona dependiente y poder disfrutar las prestaciones correspondientes, la persona dependiente o bien su representante deberá solicitar el procedimiento de evaluación. La evaluación la realizará un profesional cualificado aplicando el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD), que permite a partir de un cuestionario y mediante observación directa de la persona con dependencia, identificar situaciones de dependencia moderada, dependencia grave y de gran dependencia. En caso de que la persona dependiente presente una enfermedad mental, discapacidad intelectual o otras situaciones que afecten la capacidad perceptivo-cognitiva, el cuestionario se aplicará a partir de una entrevista en presencia de la persona a la que debe valorarse el grado de dependencia, pero con la participación de otra persona que conozca la situación de la persona dependiente. La valoración se realizará determinando el estado de salud, entorno, ayudas técnicas, ortesis, prótesis y barreras existentes de la persona dependiente. Todo el proceso de evaluación se realizará en el entorno habitual de la persona dependiente, determinando actividades dentro y fuera del domicilio.

También se valorará si la persona que solicita la ayuda precisa el apoyo y/o supervisión de un cuidador, determinando si puede realizar por si misma actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y valorando la capacidad de ejecución física, mental y/o de iniciativa. En las personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental o afectaciones perceptivo-cognitivas que pueden realizar las actividades de una forma aislada pero necesitan una supervisión para realizarlas, se valorarán como falta de desempeño en todas las tareas de la actividad correspondiente. De forma específica se señala que la valoración de actividades y tareas se realizará según los criterios de grupos de edad y de existencia de discapacidad intelectual o enfermedad mental (DI/EM) u otras situaciones en que las personas puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva.

Según la Ley de Dependencia, se establece tres niveles de desempeño de tareas que puede realizar una persona: *Sí*: la persona valorada es capaz de realizar la tarea sin el apoyo de otra persona; *No*: la persona valorada necesita el apoyo de otra persona y *No aplicable*. Los problemas en el desempeño de

tareas se establecen como: *F* (No ejecuta físicamente la tarea), *C* (sólo aplicable en DI/EM) no comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación y *I* (solo aplicable en DI/EM), no muestra iniciativa para la realización de la tarea. Los Grados de apoyo de otra persona en las tareas se catalogan en la **tabla 3.9**.

Tabla 3.9. Grados de apoyo para una persona dependiente

Grados de apoyo
SP: Supervisión/ Preparación: la persona valorada sólo necesita que otra persona le prepare los elementos necesarios para realizar la actividad y/o le haga indicaciones o estímulos, sin contacto físico, para realizar la actividad correctamente y/o evitar que represente un peligro.
FP: Asistencia Física Parcial: la persona valorada requiere que otra persona colabore físicamente en la realización de la actividad.
FM: Asistencia Física Máxima (la persona valorada requiere que otra persona le sustituya en la realización física de la actividad).
ES: Asistencia Especial. La persona valorada presenta trastornos de comportamiento y/o problemas perceptivos-cognitivos que dificultan la prestación del apoyo de otra persona en la realización de la actividad.

Fuente: Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (Boletín Oficial del Estado, 2007a).

Las actividades que se valoran en la Ley de Dependencia en una persona sin autonomía son: comer y beber, regulación de la micción y la defecación, lavarse, otros cuidados personales, vestirse, mantenimiento de la salud, transferencias corporales, desplazarse dentro y fuera del hogar, tareas domésticas y tomar decisiones en personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental o personas que puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva. Estas actividades han sido elegidas a partir de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. El grado de dependencia será revisado a petición de la persona dependiente o sus representantes, aunque también pueden considerarlo oportuno las Administraciones Públicas. Se realizarán revisiones en casos de

mejora o empeoramiento de la situación de dependencia o bien cuando pueda haber error en el diagnóstico o identificación del grado de dependencia según baremo (Boletín Oficial del Estado, 2007a).

Las Comunidades Autónomas realizarán las valoraciones de las personas dependientes de su territorio, considerando el estado de salud de la persona y su entorno social. El siguiente paso que se establece es la emisión de un informe que declarará el grado y nivel de dependencia, así como el nivel de cuidados que la persona precisa. A partir de esta etapa se elaborará un Programa Individual de Atención para la persona dependiente, en el que se reflejarán de forma individual y personalizada los servicios y prestaciones más adecuados. Los requisitos que establece la Ley para recibir las ayudas son: a) ser españoles, b) residir en territorio nacional (al menos durante 5 años, de los cuales, dos deberán ser anteriores a la solicitud) y c) haber sido declarado como persona “dependiente” por el órgano evaluador de la Comunidad Autónoma en la que se reside. El BVD es aplicable a cualquier edad a partir de los 3 años y para cualquier tipo de discapacidad. El sistema español contempla 3 grados de dependencia, moderada, severa y gran dependencia, y en cada grado se establecen dos niveles (ver **tabla 3.10**).

Tabla 3.10. Grados de dependencia

Grados	Puntos
Sin Grado: Dependencia ligera o autonomía.	Puntuación final: -25
Grado I: Dependencia moderada: cuando la persona necesita que le ayuden por lo menos una vez al día en varias ABVD.	Se corresponde con una puntuación final de BVD de: 25-49 puntos. Nivel 1: 25-39 Nivel 2: 40-49
Grado II: Dependencia severa: la persona necesita ayuda dos o tres veces al día para realizar varias ABVD, pero no necesita ayuda permanente de un cuidador.	Se corresponde con una puntuación final de BVD de: 50-74 puntos. Nivel 1: 50-64 Nivel 2: 65-74
Grado III o Gran dependencia: la persona necesita ayuda varias veces al día para realizar las ABVD, y necesitan una persona que le proporcione los cuidados de forma continua.	Se corresponde con una puntuación de BVD de: 75-100 puntos. Nivel 1: 75-89 Nivel 2: 90-100

Fuente: Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (Boletín Oficial del Estado, 2006c, 2007b)

En el caso de la Comunidad Catalana, la Ley de Dependencia, ha significado un aumento en la coordinación de los servicios sanitarios y sociales, creándose el Programa para el impulso y Ordenación de la Promoción de la Autonomía Personal y Atención de las Personas con Dependencias (PRODEP). Este programa de la *Generalitat de Catalunya* es el paso previo a la creación de la futura Agencia Catalana para la Dependencia que gestionará el sistema catalán de atención a las personas con dependencias. Para acceder a los servicios y prestaciones hay que solicitar el acceso a través de los servicios sociales de atención social de atención primaria del municipio donde la persona reside o bien en la Área Básica de Salud. También puede solicitarse a partir de las páginas Web del Departamento de Acción Social y Ciudadanía del Departamento de Salud de la *Generalitat*. Si la persona está ingresada en un centro puede tramitarse desde el servicio de trabajo social del mismo centro. Una vez tramitada la solicitud, el servicio de valoración se pone en contacto con las personas interesadas para determinar la situación (Generalitat de Catalunya, 2007a).

Prestaciones, servicios y recursos.

Los servicios ofrecidos a las personas mayores dependientes y sus cuidadores, pretenden conseguir una mejor calidad de vida y autonomía personal, facilitando que la persona que así lo desee y pueda ser posible permanezca en su domicilio o entorno habitual, fomentando buenas relaciones personales, familiares y sociales.

Las personas que sean valoradas como dependientes podrán recibir las siguientes prestaciones:

- a) Servicios prestados a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas. Se ofrecerán a partir de centros y servicios públicos o concertados (ver **tabla 3.11**).
- b) Prestaciones económicas vinculadas al servicio, las cuales se recibirán de forma periódica. A nivel excepcional se podrá recibir una

prestación económica para que la persona dependiente sea atendida por un cuidador no profesional o familiar. Se establecen las siguientes ayudas:

- b.1) 780 euros para prestaciones económicas destinadas al Nivel II del Grado III de dependencia.
- b.2) 585 euros para prestaciones económicas destinadas al Nivel 1 del Grado III de dependencia.

Tabla 3.11. Prestaciones y servicios previstos en 2007

Grados	Prestaciones y servicios
a) Grado III: Nivel 1 y 2 (Gran dependencia) b) Grado II: Nivel 1 y 2 (Dependencia severa)	Servicios: <ul style="list-style-type: none"> ➤ De prevención y de promoción de la autonomía personal. ➤ De Teleasistencia. ➤ De Ayuda a domicilio. ➤ De Centro de Día. ➤ De Centro de Noche. ➤ De Atención residencial. ➤ Prestaciones económicas: ➤ Prestación económica para cuidados en el entorno familiar. ➤ Prestación de asistencia personal (sólo en el Grado III). ➤ Prestación económica vinculada, en los supuestos previstos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.

Fuente: Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (Boletín Oficial del Estado, 2006c, 2007b)

Las prestaciones y servicios aprobados en 2007 se distribuyen de forma progresiva, inicialmente a las personas con Grado III, tanto nivel 1 como nivel 2, es decir, los de gran dependencia, disfrutarán de todos los servicios y prestaciones económicas y, posteriormente, se irán atendiendo los otros niveles de dependencia (ver **tabla 3.12**); Sin embargo, la Ley no estará totalmente desplegada hasta el año 2015 (Boletín Oficial del Estado, 2006a, 2006b).

Tabla 3.12. Desarrollo de la Ley de Dependencia en España

Desarrollo de la Ley de Dependencia
Primer año: valorados en el Grado III (gran dependencia), en ambos niveles.
Segundo y tercer año: valorados en el Grado II (dependencia severa), Nivel 2.
Tercer y cuarto año: valorados en el Grado II (dependencia severa), Nivel 1.
Quinto y sexto año: valorados en el Grado I (dependencia moderada) Nivel 2.
Séptimo y octavo año: valorados en el Grado I (dependencia moderada) Nivel 1.

Fuente: Herranz (2006)

Controles para evaluar los cuidados y la calidad del sistema

El sistema Europeo de atención a la dependencia es muy variado. Existe una preocupación común en relación a la escasa aplicación de sistemas de control de prestaciones y de mecanismos que valoren la evolución de los costes, la calidad y la satisfacción de los cuidados (Sánchez Fierro, 2004).

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en España propone medidas destinadas a fomentar la calidad y control de la atención a la dependencia. Se prevé aplicar estos controles de calidad a través de: a) asegurar la eficacia al distribuir y concretar las prestaciones y servicios; b) disponer de unos criterios de calidad y seguridad para los centros y servicios; y c) establecer indicadores de calidad para la evaluación, la mejora continua y el análisis comparado de los centros y servicios del sistema. Se han previsto guías de buenas prácticas y cartas de servicios adaptadas a las condiciones específicas de las personas dependientes, bajo los principios de no discriminación y accesibilidad.

La calidad en la prestación de servicios se revisará a través de estándares de calidad para todos los servicios que conforman el Catálogo regulado por la Ley, previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Todos los centros residenciales destinados a

personas dependientes deberán tener un reglamento de régimen interior que controle su organización y funcionamiento.

La Comunidad Autónoma será responsable de valorar las situaciones de dependencia de su territorio. Para garantizar la igualdad de aplicación, interpretación y análisis del Baremo de dependencia en todo el territorio español, el Estado creará una Comisión Técnica de Seguimiento en el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (Boletín Oficial del Estado, 2007b). Los poderes públicos determinarán las calificaciones profesionales adecuadas en la atención a las personas dependientes, promoviendo programas y acciones formativas adecuadas para implantar los servicios que propone la Ley (Boletín Oficial del Estado, 2006a, 2006b).

Desigualdades en la implantación de la Ley de Dependencia

Cabe preguntarse ¿podrán catalogarse tan fácilmente los tres niveles o grados de dependencia establecidos por la Ley? ¿los parámetros de valoración serán adecuados?. También deberá observarse si la Comisión Técnica de Seguimiento en el Consejo Territorial del Sistema podrá evitar la aparición de diferencias entre las valoraciones, ritmo y prestaciones que establezca cada Comunidad Autónoma. Otro elemento a tener en cuenta es desde que se realiza la valoración del grado de dependencia de la persona dependiente, hasta que pueda accederse a los recursos o servicios que la Ley establece para su nivel de dependencia. Si se producen demoras entre la valoración y el acceso a los recursos pueden modificarse el grado de dependencia y las necesidades de atención de la persona dependiente y no ser cubiertas. Según datos de finales del año 2007, las prestaciones ya van con retraso, y se observan diferencias entre las distintas comunidades autónomas, tanto en la determinación de las evaluaciones como en el ritmo de la implantación de los recursos que dispone la Ley (El País, 2007).

En relación a la cobertura, cabe destacar una desigualdad importante ya que está se realizará de forma progresiva, empezando por la gran dependencia. Esto conlleva que las personas que tienen una dependencia severa o

moderada tardarán más tiempo en disfrutar del servicio. De forma específica, en el caso de los enfermos mentales, las personas con gran dependencia están internadas en centros sanitarios en la mayoría de los casos. De hecho la Ley incluyó este colectivo en el último momento. Sin embargo, los enfermos mentales constituyen el segundo grupo más numeroso de personas con discapacidad. Otro problema en este colectivo es la falta de preparación de las personas encargadas de los servicios de evaluación de los baremos de dependencia respecto a las personas con trastornos mentales, destacando que la Ley de Dependencia es una Ley pensada, en general, para las personas mayores y con dependencia física (Trabado, 2007). La aplicación de la Ley de la Dependencia supone un esfuerzo de coordinación sociosanitaria en la atención a las personas dependientes. Otro tema es si habrá suficientes profesionales formados adecuadamente para atender de forma correcta a las personas dependientes y cuidadores.

3.5. Protección social a la dependencia en el ámbito internacional

La protección a las personas dependientes es un fenómeno que preocupa a los países de la Unión Europea, pero la cobertura del riesgo de la dependencia es distinto en cada país. Los cuidados de larga duración representan una parte importante respecto al gasto sociosanitario. Dicho gasto se debe al aumento de la esperanza de vida de la población, y se observa una tendencia a ir incrementándose. Se establece que el gasto medio ponderado en cuidados de larga duración en España es de menos del 1,3% del PIB (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004k). El objetivo de la Ley de Dependencia es conseguir pasar al 1% del PIB en 2015 (PricewaterhouseCoopers: PwC, 2007). Los modelos europeos de atención a la dependencia se clasifican en tres bloques: a) seguro obligatorio, b) derecho universal de servicios sociales y c) prestaciones sociales según necesidades (ver **tabla 3.13**).

Tabla 3.13. Modelos de protección a la dependencia en Europa

Modelos	Países	Características
Seguro obligatorio	Austria (1993), Alemania (1995), Luxemburgo (1998), Bélgica (2001), Francia (2002).	Financiado y gestionado en el ámbito de la Seguridad Social: a partir de prestaciones gestionadas por cotizaciones.
Derecho universal prestado por servicios sociales descentralizados	Modelo desarrollado en los últimos 20 años en (Dinamarca, Finlandia, Suecia, Holanda). Otros: Reino Unido e Irlanda).	El Estado garantiza una asistencia sanitaria y social universal financiada mediante impuestos.
Prestaciones sociales	España, Italia, Portugal, Grecia	De carácter asistencial, dirigido a personas sin recursos.

Fuente: Elaboración a partir del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004k y López et al., 2005.

En la organización de las prestaciones, financiación y valoración de la dependencia cada país utiliza criterios distintos, aunque pueden clasificarse en menor o mayor medida dentro de alguno de los tres modelos institucionales básicos.

En los Países Nórdicos y Holanda existe el sistema de protección universal que, a pesar de no tener seguros públicos específicos para cubrir las situaciones de dependencia, ésta se cubre a partir de la extensión de los servicios sociales y sanitarios configurados para ayudar a las personas dependientes. El tipo de cobertura es universal y las prestaciones son en su gran mayoría de servicios, debido a que en estos países existe menos tradición en la realización de cuidados informales; sin embargo, tanto en los países nórdicos como en Holanda, se potencian los cuidados domiciliarios versus la institucionalización. Su financiación es sobre todo de tipo público, el copago va en función de la renta y el servicio solicitado, aunque están aumentando los seguros de carácter privado. Son países con los mayores niveles de gasto público sobre el Producto Interior Bruto (PIB) destinado a los cuidados de larga duración. Además de financiar y controlar los servicios, las administraciones públicas son los mayores proveedores de servicios (domicilio, centros y residencias). Los sistemas de seguro obligatorio en la cobertura de las personas con dependencia se encuentran en Alemania, Austria, Francia y Luxemburgo. Observándose algunas diferencias (ver **tabla 3.14**).

En el caso de Alemania, le dan más peso a los servicios sanitarios que a los servicios sociales; en Austria y Francia hay poca coordinación entre el sistema social y el sistema sanitario; en Luxemburgo, en cambio, existe una alta coordinación sociosanitaria. Las formas de valorar la dependencia cambian según el país. En Francia, se valora a partir de la escala Autonomie Gérontologie Groupe ISOResources (AGGIR); esta escala se realiza a partir de 17 variables relacionadas con la pérdida de autonomía física y psíquica que afectan a las actividades diarias básicas. En cambio, en Alemania y Luxemburgo determinan la gravedad de la dependencia según las horas de atención a la semana y en Austria según las horas de atención al mes.

La mayoría de modelos de los países de la Unión Europea presentan un carácter universal impositivo o de Seguridad Social y los usuarios participan en mayor o menor medida en la financiación. En general se perfila un retroceso del asistencialismo potenciando la universalización del derecho social, determinándose según la necesidad sociosanitaria de la persona dependiente y no de los recursos de los que dispone la persona dependiente. Por tanto, esta prestación cubre sólo una parte de los costes que supone realizar cuidados de larga duración (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004k).

Tabla 3.14. Sistema de protección a personas con dependencia a través de la Seguridad Social en Europa

País y Año de Creación	Características
<p>Francia (1997-2002)</p>	<p>Grado de dependencia: cuatro grados de dependencia según escala AGGIR: GIR I (muy alta); GIR II (alta); GIR III (media-alta); GIR IV (moderada).</p> <p>Cobertura: sistema universal en función de la renta (asistencial), para poder acceder se debe ser mayor de 60 años, tener un grado de dependencia de los grupos GIR de 1 a 4 según la escala de Dependencias AGGIR y ser residente.</p> <p>Financiación: cada región financia el sistema junto a la Administración Central.</p> <p>Prestaciones: si la persona es cuidada en el domicilio recibe una prestación monetaria según grado de dependencia. Si reside en una residencia, recibe una subvención de la tarifa de dependencia del centro según grado de dependencia. El cuidador recibe formación y asesoramiento.</p>
<p>Alemania (1995)</p>	<p>Grado de dependencia: Moderado: 1,5- 3 horas atención diarias. Severo: entre 3 y 5 horas de atención diarias. Grave: más de 5 horas diarias.</p> <p>Cobertura: universal según necesidad y grado de dependencia evaluada por el Sistema Nacional de Salud dos veces al año. Apoyo universal limitado.</p> <p>Financiación: 1,7% de ingresos: 50% trabajadores y 50% empresarios, + 1 día menos de vacaciones.</p> <p>Prestaciones: ayudas monetarias, domiciliarias y residenciales para las personas dependientes; las ayudas a los cuidadores son a partir del seguro accidentes, cotización pensión, 4 semanas de licencia para contratar servicios profesionales. Adaptación de la vivienda, ayudas técnicas.</p>
<p>Austria (1993)</p>	<p>Grado de dependencia: 7 niveles en función de necesidades de atención en horas al mes. I (>50), II (>75), III (>120), IV (180), V (180 intensas), VI (180 constantes), VII (180 combinadas en inmovilidad completa).</p> <p>Cobertura: universal según grado de dependencia sin condicionantes de renta y edad.</p> <p>Financiación: con impuestos generales e incrementos de la cotización al seguro de salud.</p> <p>Prestaciones: cuantía económica distinta según el grado de dependencia, se puede elegir entre prestación económica o servicios. El cuidador recibe servicio de asesoría y desde 1998 se incluyen en el sistema de Seguridad Social los familiares cuidadores.</p>
<p>Luxemburgo (1998)</p>	<p>Grados de dependencia: según necesidades diarias de atención. I: entre 3,5 y 7 horas semana II: entre 7 y 14 horas. III: > 14 horas.</p> <p>Cobertura: Universal en función del grado de dependencia sin condicionantes de renta y edad.</p> <p>Financiación: Seguro Obligatorio financiado por impuestos (45%), 1% renta profesionales, capital y del patrimonio y canon especial sobre la energía eléctrica.</p> <p>Prestaciones: en servicios y económicos, grado de elección entre prestación monetaria o servicios según grado de dependencia. Ayudas complementarias mensuales para productos necesarios. En el cuidador: seguro accidentes, cotización pensión, 4 semanas de licencia para contratar servicios profesionales, adaptación de la vivienda, ayudas técnicas.</p>

Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004K.

En los Modelos no Europeos, vemos que en Estados Unidos, Japón y Australia se establece el derecho social a la dependencia bajo condición de recursos. En Estados Unidos la valoración de la dependencia lo realiza un equipo sanitario mientras que en Australia lo realiza un equipo multidisciplinar. Las condiciones de accesos a los servicios son, en ambos casos, no disponer de recursos y estar en situación de dependencia. La financiación en Estados Unidos se establece a partir de un seguro privado para cuidados de larga duración y, en caso de no tener recursos, se cubre a partir del sector público Medicare. En mayores de 65 años se completa a partir de seguros privados lo que no puede cubrirse a partir del sector público de Medicare.

En Australia se financia a partir de Impuestos del Gobierno federal en cooperación con estados y municipios. En EE.UU, la provisión de servicios se realiza a partir de empresas, Organizaciones sin ánimo de lucro (ONG) y en algunas ocasiones, ayuntamientos. En Australia a partir de Organizaciones sin ánimo de lucro (ONG), cooperativas y fundaciones. En ambos países hay pocos recursos destinados a los cuidadores familiares (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004k). Japón tiene un seguro universal de cuidados de larga duración que se aplica desde el año 2000. Para acceder a él se deber ser mayor de 40 años. Tiene dos tipos de prestaciones: contributiva y asistencial. Se valora la dependencia a partir de un equipo multidisciplinar que se desplaza al domicilio de las personas dependientes. La financiación es a través de primas sanitarias a la Seguridad Social o a los municipios. La prestación de servicios se realiza en un 98% de los casos a partir de empresas privadas. También se ofrecen ayudas a los cuidadores familiares. En el Modelo Suizo, se aplica el derecho contributivo y el asistencial. Se determina la dependencia en tres grados, que evalúa un especialista desplazado al domicilio, e identifica el grado de dependencia de cinco Actividades de la Vida Diaria (AVD). La financiación es a partir de cotizaciones e impuestos, la cual es gestionada por la seguridad social y por los cantones. La prestación de servicios es a partir del sector público y el sector privado. Se ayuda a los cuidadores familiares que tienen a cargo personas dependientes de grado medio (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004k).

Conclusiones

Los cuidados de larga duración son los cuidados que dan respuesta a las necesidades de atención de las personas mayores dependientes. Tales cuidados deben presentar unas actividades, criterios y servicios que puedan cubrir de forma integral las necesidades de las personas dependientes. El cambio de la estructura familiar junto a otros cambios sociales ha predisposto que el sistema informal de cuidados no sea suficiente para atender a las personas mayores dependientes ya que, dicho cambio, no ha ido acompañado por el aumento de recursos en la atención de las necesidades emergentes.

En España, y también en la Comunidad Autónoma de Cataluña, los recursos formales destinados a la atención de las personas mayores dependientes se clasifican en: servicios de atención domiciliaria, centros asistenciales y sistemas alternativos. También ofrecen ayuda las organizaciones sin ánimo de lucro y las obras sociales de las cajas de ahorro. Se destaca que la ciudad de *Vilafranca del Penedès* y la comarca de *l'Alt Penedès*, cuenta con todos los servicios propuestos por la Ley de Dependencia en España. De estos servicios, hemos elegido para nuestro estudio el servicio de Atención Domiciliaria (ATDOM) por ser el servicio que permite identificar las necesidades de los mayores dependientes y cuidadores familiares en su domicilio, valorando si cumple su función como institución sanitaria.

La Ley de la Dependencia aplicada en España, utiliza un baremo determinado que ayuda a identificar las actividades y la puntuación de dependencia de la persona evaluada, de tal forma que en todo el territorio español se utiliza el mismo baremo, aunque en caso de traslado a otra Comunidad Autónoma, la persona dependiente debe volver a pasar la valoración en la Comunidad receptora. Se subraya que, en las ayudas destinadas a los mayores dependientes, no se contempla evitar el aislamiento social. Se concluye que las necesidades de las personas mayores se cubren entre el sector público, sector privado, organizaciones no lucrativas y el apoyo informal de los cuidadores.

En la Unión Europea existen una gran variedad de modelos de protección a la dependencia pero, en general, se pueden agrupar en tres tipos: a) seguro obligatorio, b) derecho universal de servicios sociales, y c) prestaciones sociales según necesidades. Hasta la entrada en vigor de la Ley de la Dependencia, España pertenecía a este último modelo, es decir un tipo de modelo “asistencialista”, que excluía a una parte de la población con rentas medias. Que esta Ley funcione dependerá de muchos factores, sobre todo del sistema de financiación y distribución equitativa en las distintas Comunidades Autónomas y de la adecuada coordinación de los servicios sociosanitarios.

PARTE EMPÍRICA

Capítulo 4. Diseño y Metodología de estudio

Tras explorar el marco teórico, en este capítulo se expone el diseño y la metodología de la presente tesis. Se trazan las hipótesis fundamentadas en el corpus conceptual de los diferentes enfoques desarrollados en la parte teórica y en las aportaciones de la evidencia científica. En la parte central del capítulo, se detalla la estrategia metodológica utilizada para la obtención de la información y se termina con las limitaciones del estudio.

En una investigación, deben realizarse distintos pasos, siendo lo inicial el plantearse la pregunta de investigación, situándola en un contexto teórico, planteándose unas hipótesis y objetivos que deben operativizarse para poder desarrollar el trabajo de campo. Una vez analizados e interpretados los datos se establecen las conclusiones y se contextualizan (Prats, 2004).

4.1. Objetivos

En este apartado, y en base al corpus teórico, literatura conceptual y estudios empíricos observados, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué elementos participan en la calidad de vida de las personas mayores dependientes de 75 y más años y sus cuidadores familiares atendidos por el servicio domiciliario ATDOM?

Cabe señalar, que en muchas ocasiones no somos conscientes que la realización de determinadas acciones, el poder acceder a determinados recursos y el tipo de estilo de vida, son elementos que implican que nuestra calidad de vida se vea aumentada o disminuida. Por ello el planteamiento del **objetivo general** es determinar cuales son los elementos objetivos y subjetivos que favorecen la percepción de una buena calidad de vida en los mayores dependientes de 75 y más años, así como sus cuidadores familiares adscritos al programa del servicio ATDOM de *Vilafranca del Penedès*, y en que medida las teorías sociológicas que se postulan en el marco de la vejez y el funcionalismo de Parsons, pueden explicar los resultados.

El motivo de elegir los mayores de 75 y más años se justifica por ser la población que sufre mayores niveles de dependencia (Guillén, 2006; IMSERSO, 2007). El interés se centra en identificar como los servicios y recursos de los que disponen las personas implicadas en los cuidados, el estilo de vida, las relaciones familiares y sociales, el estado de salud y el rol que ocupan en la sociedad, determinan o influyen en la percepción de su calidad de vida. También nos interesa, identificar los elementos subjetivos que cada individuo y en definitiva cada grupo de estudio expresa y relaciona en la percepción de su calidad de vida. Interesan para valorar cuales son las necesidades o elementos que solicitan para tener una mejor calidad de vida. Para ello, se estudian determinados aspectos en los tres actores implicados en los cuidados domiciliarios: la persona mayor dependiente de 75 y más años, el cuidador familiar principal y el cuidador profesional de enfermería del servicio de Atención Domiciliaria. Conviene valorar el programa del servicio de Atención Domiciliaria (ATDOM), por ser el servicio que proporciona cuidados formales y interviene en el entorno del mayor y el cuidador familiar, facilitando que los profesionales de dicho servicio puedan identificar las necesidades reales de los mayores y cuidadores, valorando si los recursos y servicios de los que disponen son los adecuados y si se acercan a los propuestos por la Ley de Dependencia creada en España.

A continuación se explican los **objetivos más concretos** para cada colectivo. En cuanto a la **persona mayor dependiente de 75 y más años**, para valorar cuales son los elementos objetivos y subjetivos que participan en su calidad de vida, es importante ver cómo se determina la percepción de salud del mayor, identificando las enfermedades más frecuentes y las necesidades de ayuda en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Evaluar el estilo de vida en cuanto a alimentación, relaciones sociales y ejercicio físico. Analizar las motivaciones del cuidador familiar según opinión del enfermo, y la forma de financiación y situación económica. Estudiar los servicios sociosanitarios y características de la vivienda. Identificar el nivel de percepción subjetiva de la calidad de vida y la percepción de felicidad. Tratar de ver si existen diferencias entre las diferentes cohortes de edad (75 y 79 años, 80 y 84 años, 85 y 89 años,

90 y 94 años y mayores de 95 años); así como ver las características sociodemográficas del mayor dependiente y analizar si existe algún tipo de tendencia en el colectivo.

En relación a los **cuidadores familiares**, para determinar cuales son los elementos objetivos y subjetivos que participan en su calidad de vida, será objetivo prioritario saber la percepción del estado de salud del cuidador familiar y el número de horas que dedican al cuidado del enfermo. Valorar el estilo de vida del cuidador familiar (alimentación, relaciones sociales, ejercicio físico, descanso, tiempo libre y hábitos tóxicos) así como los vínculos relacionales que se establecen entre el cuidador familiar y la persona mayor dependiente, y entre el cuidador familiar y el cuidador profesional. Otro elemento de observación es la formación específica para aplicar los cuidados al mayor dependiente. También interesa la motivación del cuidador familiar en la prestación de los cuidados, la situación económica, los servicios sociosanitarios que se utilizan, y el conocimiento de las ayudas que se ofrecen a través de la Ley de Dependencia. Aprender el nivel de percepción subjetiva de la calidad de vida y la percepción de felicidad. Evaluar el entorno y el nivel de necesidades y carga de trabajo. Por último, se valoran las características sociodemográficas del cuidador familiar necesarias para el estudio.

En cuanto al **cuidador profesional de enfermería**, el objetivo es contrastar la información del profesional con las respuestas de las personas mayores y cuidadores familiares. Cabe además determinar como son los planes de cuidados que se aplican en atención domiciliaria y si éstos permiten detectar las necesidades de los mayores y cuidadores familiares. Para ello, se trata de evaluar como valora el estado de salud y la necesidad de ayuda en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del mayor dependiente. También establecer como identifica el cuidador profesional el estado de salud del cuidador familiar. Identificar la definición de calidad de vida que describe el cuidador profesional. Analizar, por otro lado, el nivel de carga de cuidados que los profesionales identifican en el cuidador familiar. En relación a la práctica profesional de los cuidadores profesionales enfermeros, establecer si se

utilizan los Diagnósticos de Enfermería de la Taxonomía NANDA y el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en los cuidados domiciliarios. Es preciso identificar las características sociodemográficas del cuidador profesional, e identificar si el cuidador profesional tiene formación especializada en geriatría. En definitiva, nos interesa valorar la función que el servicio ATDOM desempeña en la satisfacción de las necesidades de los mayores dependientes de 75 y más años y sus cuidadores familiares, valorando si se adapta a las necesidades reales que necesitan los cuidados de larga duración a nivel domiciliario.

4.2. Hipótesis

Una hipótesis es una suposición, una sospecha inicial, cuya formulación permite guiarnos en la propia investigación y comprobar si los postulados se producen o no en los sujetos estudiados. Resaltando las limitaciones metodológicas del tamaño de la muestra estudiada y la metodología utilizada en la presente tesis (dado que sólo el procedimiento muestral aleatorio resultado de las técnicas cuantitativas, permiten contrastar de forma más o menos real la aceptación o refutación de las hipótesis) la formulación de hipótesis nos ayuda a orientarnos en la propia investigación y permite además identificar si los enunciados se cumplen o no en el caso de estudio.

En los anteriores capítulos teóricos se muestran las principales ideas y controversias existentes sobre necesidades, calidad de vida, cuidados, dependencia, y los aspectos sociológicos ligados al proceso de envejecer y a la Sociología de la Salud y de la Familia. A partir de este marco teórico y de la literatura investigada, es cuando se plantea la exposición de una serie de hipótesis que, además de ayudar a orientar la investigación, nos ayudan a contrastar los resultados.

Así, una vez planteados los objetivos nos planteamos las siguientes **hipótesis**, aplicadas para cada grupo de estudio. En el caso de las personas mayores dependientes de 75 y más años, se destaca la siguiente:

Hipótesis 1: “Las personas mayores dependientes de 75 y más años, a pesar de sus limitaciones, no perciben una mala calidad de vida; resignarse al rol social atribuido, favorece dicha percepción. El servicio ATDOM puede identificar las necesidades del mayor y proporcionar los cuidados adecuados”.

Los progresos en la medicina y las condiciones sociales han aumentado la esperanza de vida de la población, provocando un mayor incremento de personas mayores y, por consecuencia, un aumento de sus necesidades sociales y de salud. Sin embargo, los recursos destinados a estas personas, concretamente a las personas mayores con dependencia de 75 y más años, han sido hasta el momento de la entrada en vigor de la Ley de Dependencia, más bien deficitarios. Destacamos que los recursos que se proporcionan a los mayores son, sobre todo, para cubrir los problemas de salud, dejando de lado el aislamiento social y las pocas o escasas relaciones sociales que tienen algunos de los mayores dependientes. Sin embargo, son varios los autores y teorías que determinan que en la vejez disminuyen las relaciones sociales y existe riesgo de aislamiento (Cervera y Sáiz, 2000; Rubio y Aleixandre, 2001; IMSERSO, 2005a). A pesar de ello, los mayores perciben una calidad de vida, que no es del todo mala (*Fundació Viure i Conviure*, 2006; Fernández-Mayorales, 2007).

Nuestra hipótesis está basada en que la adaptación de la persona mayor a su rol de anciano y también a su rol de enfermo crónico, puede favorecer a que se perciba una correcta o buena calidad de vida, teniendo en cuenta que, por su edad y enfermedad, no están del todo mal, de forma que no identifican como necesarios aspectos importantes y relevantes, como son el poder relacionarse. Los profesionales de enfermería del servicio ATDOM pueden identificar las necesidades de los mayores y aplicar los cuidados necesarios en el mismo ámbito domiciliario.

El marco teórico del que partimos es, por un lado, el funcionalismo; concretamente la explicación que Parsons atribuye al funcionamiento de una persona en sociedad, siendo posible medir a través de su desempeño, en los distintos roles sociales que le corresponde realizar (Parsons, 1999). En este caso, hablamos concretamente del rol de enfermo y el rol de anciano. Por otro lado, también nos posicionamos en la Teoría de la Desvinculación de Cummings y Henry (1961), que pone de manifiesto que la persona mayor se aleja poco a poco de la vida social, y la sociedad también le ofrece cada vez menos posibilidades, de forma que el anciano se adapta a dicha situación, al asumir que forma parte de la posición que ocupa en la sociedad. Ambas perspectivas teóricas están detalladas ampliamente en el capítulo 1 y 2 de la presente tesis. Así, estos planteamientos sociológicos, pueden facilitar la comprensión del tema y la construcción de modelos explicativos de calidad de vida.

La hipótesis planteada en el caso de los cuidadores familiares es la siguiente:

Hipótesis 2: “Realizar cuidados al mayor dependiente sin ayudas suficientes modifica el estilo de vida del cuidador familiar principal; la socialización del cuidado ayuda a una mejor conciliación en la percepción de la calidad de vida. El servicio ATDOM permite identificar las necesidades y sobrecarga del cuidador”.

Los cuidadores sin recursos deben modificar su estilo de vida; en algunos casos deben dejar de trabajar, y además ven disminuídas sus actividades de ocio y relaciones sociales, no tienen tiempo para cuidarse. Esto, entre otras situaciones, modifican su dinámica familiar y personal. Por estos motivos, algunos cuidadores padecen en algunos casos la llamada carga o síndrome del cuidador (Montorio et al., 1998; Campo, 2000; Bover, 2004; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004f; Marrugat 2005; Carretero et al., 2006; Pérez, 2006). Sin embargo, no debe olvidarse que la mayoría de cuidadores familiares son mujeres, influyendo en ello la socialización como cuidadoras que ello supone, aceptando como impuesto el hecho de cuidar, y ello favorece la aceptación y adaptación a la situación que suponen los cuidados de larga

duración. (Rodríguez, 1994a; Domínguez-Alcón, 1998a, 2001; Campo 2000; Meil, 2000).

En la presente tesis, no hemos querido entrar en el debate de la teoría feminista, puesto que nuestro objetivo es el análisis de la calidad de vida de las personas mayores dependientes y cuidadores atendidos por el servicio ATDOM, así como observar si en la situación actual, la socialización de ser cuidadores, en este caso cuidadoras, influye en la adaptación a una mejor calidad de vida. Por ello, nuestro marco teórico está ubicado en la perspectiva del funcionalismo, concretamente en la Teoría de la Acción de Talcott Parsons (detallada ampliamente en el capítulo 1). Para el autor los individuos aprenden a comportarse de una determinada forma, es decir, han sido socializados para ajustarse a determinados roles o papeles sociales. Las normas han sido inculcadas desde la infancia y están profundamente internalizadas de manera que forman parte de la estructura básica de la personalidad del individuo, y la socialización, en unos valores comunes a los miembros de un sistema social que garantiza la integración del mismo (Parsons, 1999; Coller, 2003). Aunque dicha teoría ha sido muy discutida, incluso por el mismo Parsons y discípulos, se acepta que las formas de organización familiar pueden modificarse y la socialización no sólo se realiza desde la familia y en la infancia. Sin embargo, son muchos los estudios actuales que reflejan que, en algunas generaciones, la familia aún sigue siendo la principal cuidadora de sus miembros y sigue socializada para ello (Bazo y Domínguez-Alcón, 1996; Alberdi, 1999; Meil, 2000; Domínguez-Alcón, 2001; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004d; Gallart, 2007). De forma, que si una persona integra que su función es cuidar, a pesar de tener unas cargas físicas, familiares, sociales, laborales y económicas en su forma de vida, se adaptará o resignará a ello, sin reclamar una mejor calidad de vida. El servicio ATDOM puede determinar las necesidades del cuidador, y establecer el nivel de carga de cuidados, de forma que puede ofrecer o valorar los recursos necesarios. Aunque cabrá estudiar si en las nuevas generaciones de mujeres, ello también se producirá o bien si la familia dejará de ser la principal institución de cuidado de sus miembros, sobre todo, en los casos de dependencia en las personas mayores, produciéndose en tal caso, un conflicto entre sus miembros y el sistema social. Deberá observarse si

la nueva Ley de Dependencia implantada en España, será capaz de ayudar a superar tales cambios, si es que éstos se producen.

En el caso de los cuidadores profesionales, se plantea la siguiente hipótesis:

Hipótesis 3: “La percepción que tienen los profesionales de enfermería del servicio ATDOM en relación al estado de salud y necesidades de las personas mayores dependientes y sus cuidadores es similar al percibido por los mismos. Estos profesionales pueden además valorar las necesidades no expresadas por los mayores y cuidadores”.

Los profesionales de enfermería, y sobre todo los que realizan sus servicios en atención domiciliaria, pueden detectar las necesidades y estado de salud de los pacientes y cuidadores en el propio domicilio, facilitando la valoración global de la situación de cuidados. Los profesionales de enfermería imparten los cuidados siguiendo un proceso metodológico utilizando diversos instrumentos tanto de tipo diagnóstico como de clasificación de la intervención o de evaluación de los resultados. Por ello, es apropiado que un profesional de enfermería pueda valorar la situación a nivel domiciliario, para detectar si es preciso una mayor atención al estado de salud o necesidades de la persona mayor dependiente y del cuidador principal, así como valorar si se realizan unos cuidados de calidad, pudiendo aportar una visión más objetiva de la situación (OMS, 2000; IMSERSO, 2002; Gallart, 2007).

Realizamos dicha suposición en base a la literatura encontrada y a las recomendaciones realizadas por las instituciones, a parte de haber identificado que en la ciudad de *Vilafranca del Penedès* se ofrecen todos los recursos sociosanitarios que la Ley de Dependencia recomienda, siendo estos servicios bien valorados por sus usuarios, según resultados de un estudio local y un estudio realizado en la provincia de Barcelona (detallado ampliamente en el capítulo 3). Teóricamente, lo enfocamos en que dicha institución o servicio sanitario cumple adecuadamente con la función social de identificar las necesidades de los usuarios, es decir, nos basamos en el supuesto teórico del funcionalismo, donde los sistemas de acción satisfacen las necesidades del sistema social distribuyendo los recursos sociales e identificando las

necesidades de los individuos (Coller, 2003). Desde la perspectiva enfermera, teóricas como Watson, establecen que el rol que enfermería cumple su función dentro de las instituciones sanitarias, estando socialmente estructurado, y adquiriendo unos roles profesionales y una conducta institucionalizada (Poblete y Valenzuela, 2007). Sin embargo, el personal de enfermería del servicio ATDOM puede identificar o remarcar las deficiencias de sistema, en este caso el de los servicios aplicados a los cuidados de larga duración, puesto que no siempre las instituciones saben cómo satisfacer las necesidades de la sociedad.

Para sintetizar, detallamos que nuestro estudio se enmarca dentro de los intereses de la Sociología de la Salud, pues valoramos siete de las doce premisas que determina dicha sociología, y en la Sociología de la Familia, al estudiar la socialización del cuidado, ambas detalladas en el capítulo 1. Sin embargo, de los resultados obtenidos deberán valorarse en los sujetos estudiados, si dichas suposiciones se relacionan con las perspectivas teóricas detalladas y si tienen alguna relación con la vivencia y la percepción de calidad de vida del cuidador.

Una vez planteados los objetivos e hipótesis, a modo de resumen en la **tabla 4.1** se establece la correlación entre objetivos, hipótesis y variables de estudio. Se utilizan dos tipos de variables, las de tipo objetivo y las de tipo subjetivo (relacionadas con la percepción de salud y el bienestar subjetivo de felicidad y calidad de vida).

Tabla 4.1. Relación entre objetivos, hipótesis y variables de estudio.

Sujetos	Objetivos específicos	Hipótesis	Variables del estudio
Persona mayor dependiente de 75 y más años	Conocer los elementos objetivos y subjetivos que participan en la calidad de vida de los mayores dependientes de cuidados	Hipótesis 1: “Las personas mayores dependientes de 75 y más años, a pesar de sus limitaciones, no perciben una mala calidad de vida; resignarse al rol social atribuido, favorece dicha percepción. El servicio ATDOM puede identificar las necesidades del mayor y proporcionar los cuidados adecuados”.	Datos sociodemográficos Estilo de vida Relaciones personales Valoración de los cuidados Estado y percepción de salud Nivel de dependencia Entorno Bienestar subjetivo (felicidad, calidad de vida)
Cuidador familiar	Conocer los elementos objetivos y subjetivos que participan en la calidad de vida de los cuidadores familiares	Hipótesis 2: “Realizar cuidados al mayor dependiente sin ayudas suficientes modifica el estilo de vida del cuidador familiar principal; la socialización del cuidado ayuda a una mejor conciliación en la percepción de la calidad de vida. El servicio ATDOM permite identificar las necesidades y sobrecarga del cuidador”.	Datos sociodemográficos Estilo de vida Relaciones personales Estado de salud y dependencia del mayor Estado y percepción de salud del cuidador familiar Formación y motivación del cuidador Sobrecarga en los cuidados. Utilización y satisfacción de los servicios sociosanitarios Entorno Bienestar subjetivo (felicidad y calidad de vida)
Cuidador profesional (profesional enfermería)	El objetivo es contrastar la información del profesional con las respuestas de las personas mayores y cuidadores familiares. Además determinar como son los planes de cuidados que se aplican en atención domiciliaria y si estos permiten detectar las necesidades de los mayores y cuidadores familiares.	Hipótesis 3: “La percepción que tienen los profesionales de enfermería del servicio ATDOM en relación al estado de salud y necesidades de las personas mayores dependientes y sus cuidadores es similar al percibido por los mismos. Estos profesionales pueden además valorar las necesidades no expresadas por los mayores y cuidadores”.	Datos sociodemográficos Estado de salud y dependencia del mayor Estado de salud del cuidador familiar Plan de cuidados de enfermería y definición de calidad de vida

Fuente: Elaboración propia.

4.3. Metodología de la investigación

El objetivo es poder observar de forma detallada elementos como son: las actitudes, los comportamientos, los sentimientos, las percepciones, entre otros elementos de tipo objetivo. En la presente tesis se ha realizado un estudio de caso de la ciudad de *Vilafranca del Penedès*. La ciudad de *Vilafranca* puede considerarse como un pueblo grande, o bien, una ciudad pequeña¹³, tiene una organización social y cultural peculiar, donde las relaciones entre vecinos y ciudadanos se asemejan a los de una población más pequeña. Se realizan diversas fiestas culturales, muchas de ellas relacionadas con la principal ocupación económica de la comarca, la empresa vitivinícola.

Su crecimiento poblacional es cada vez mayor, debido a la buena comunicación y proximidad con la ciudad de Barcelona. En relación a la evolución de la población de 75 y más años, ha aumentado tanto en *Vilafranca* como en territorios cercanos casi un 25% en los últimos años. De hecho, la localidad se sitúa en la media catalana, por lo que se refiere al incremento de la población de 75 años, aunque el aumento de *Vilafranca* es bastante superior que el de la comarca de *l'Alt Penedès* y de la provincia de Barcelona. Éste es uno de las principales motivos que nos hace pensar en una de las partes de la pregunta inicial ¿Qué elementos participan en la calidad de vida de estos mayores de 75 y más años?

Se estima que, en la comarca de *l'Alt Penedès*, el colectivo de personas de 75 y más años aumente en unas 200 personas por año durante los próximos cinco años y se prevé que en los próximos 4 a 9 años habrá un aumento en términos absolutos de las personas de 65 y más años (*Consell Comarcal de l'Alt Penedès*, 2006). Se refleja que el envejecimiento y la dependencia no se producen por igual en todos los distritos de la ciudad de *Vilafranca del Penedès*. Los distritos más envejecidos de la localidad son el distrito de les *Afores*, el *Centre* y la *Barceloneta* y el distrito menos envejecido es el de la *Girada*,

¹³ Se entiende por ciudad pequeña aquel municipio que tiene menos de 200.000 habitantes (Universitat de Barcelona, 2001).

siendo el distrito más reciente de la ciudad, donde la gran mayoría de personas que viven en él son parejas jóvenes. Respecto al índice de dependencia según distrito y al índice de dependencia de mayores, se observa que lógicamente los distritos con mayor dependencia coinciden en ser también los más envejecidos (*Consell Comarcal de l'Alt Penedès, 2006*).

Las personas mayores de *l'Alt Penedès* están muy integradas en la comarca, ya sea por que han nacido en ella o porque hace años que viven en el territorio. En el perfil demográfico de las personas mayores de la comarca hay una mayor presencia de mujeres (59,8%) que de hombres (40,2%) y la edad media está comprendida entre los 70 y los 75 años (*Servei d'Iniciatives Econòmiques Mancocumunitat Penedès-Garraf, 2007*).

En relación a la técnica elegida para obtener la información, es la entrevista personal (cara a cara), recogiendo la información a partir de cuestionarios con preguntas cerradas, abiertas y semicerradas dirigidas a las personas mayores dependientes (Anexo I), a los cuidadores familiares (Anexo II) y a los cuidadores profesionales (Anexo III). El motivo de elegir la técnica de entrevista cara a cara, se debe a que era necesario poder controlar las respuestas realizadas por los tres grupos de estudio, de forma que pudieran aclararse las dudas al plantearse ciertas preguntas. Debido a la elevada edad de los entrevistados el método de entrevista cara a cara ha facilitado la obtención de la información. Dicha técnica ha sido útil para obtener aspectos cuantitativos y aspectos cualitativos de las variables analizadas. Los datos cualitativos nos han ayudado a entender y comprender en profundidad la realidad a estudiar desde dentro del objeto de estudio, fundamentando en la realidad con carácter exploratorio, descriptivo e inductivo, aportando datos reales, ricos y profundos. En nuestro caso, los referentes a la parte de preguntas abiertas y de percepción subjetiva sobre la calidad de vida. Los datos cuantitativos han sido de utilidad para observar la utilización y satisfacción de los servicios y recursos, además de poder establecer comparaciones con los resultados de otros estudios realizados. De forma que se ha utilizado un tipo de metodología que mezcla aspectos cualitativos y aspectos cuantitativos. Sin embargo, cabe

remarcar que los datos cuantitativos obtenidos sólo pueden extrapolarse a los sujetos estudiados en la presente tesis, o como mucho a muestras de iguales características. Las fuentes de información tanto documentales como empíricas que se utilizan en este trabajo se pueden clasificar en los siguientes tipos: datos primarios y datos secundarios. Los datos primarios han sido obtenidos a través de la realización de entrevistas a las personas incluidas en la muestra de estudio. En cuanto a los datos secundarios están compuestos por estudios y fuentes estadísticas disponibles sobre personas mayores, cuidadores familiares y cuidadores profesionales a nivel local, nacional e internacional.

En relación a la *fente primaria*, la población de estudio son las personas mayores dependientes de 75 y más años que reciben cuidados domiciliarios, sus cuidadores familiares y los cuidadores profesionales de la ciudad de *Vilafranca del Penedès*. Se eligió los mayores de 75 y más años, por ser el grupo de edad que suele presentar mayor dependencia y el servicio ATDOM, por ser el servicio sanitario público que atiende a este grupo de edad en el mismo entorno donde reside el mayor. Para establecer el número de entrevistas a realizar en el caso de las personas mayores dependientes, se ha tenido en cuenta, en primer lugar, la distribución de la población de personas mayores de 75 y más años de la ciudad de *Vilafranca del Penedès* (ver **tabla 4.2**).

Tabla 4.2. Población de 75 y más años de *Vilafranca del Penedès* (2006)
(valores absolutos y relativos)

Edad	Valores absolutos			Valores relativos %		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	TOTAL
75-79	511	667	1178	19,1	25	44
80-84	296	524	820	11	19,6	30,7
85-89	146	281	427	5,4	10,3	16
90-94	52	143	195	1,9	5,4	7,3
95 y más	6	42	48	0,2	1,5	1,8
75 y más años	1011	1657	2668	37,9	62,1	100

Fuente: Ayuntamiento de *Vilafranca del Penedès* (2006b).

En segundo lugar, para establecer la muestra, se procede a elegir a un 10% de la población total de la base de datos del servicio ATDOM¹⁴, tratando de que se mantenga al máximo posible la estructura de la base y que estén representados todos los estratos (por grupo de edad y género), manteniendo el peso equivalente a la estructura de la población ATDOM de *Vilafranca de Penedès* (ver **tabla 4.3**). Esta clasificación se asemeja a la distribución de la población de *Vilafranca*, sin embargo, se subraya que no es muestreo representativo y no pueden extrapolarse los resultados.

Para seleccionar a los individuos se tuvo en cuenta los siguientes criterios: a) vivir en la ciudad de *Vilafranca del Penedès*, b) tener 75 o más años y estar adscritos al programa ATDOM (Atención Domiciliaria) del ambulatorio de *Vilafranca del Penedès*, c) dar el consentimiento por parte del mayor dependiente o por parte del cuidador familiar y/o profesional, y d) que la persona mayor mantenga la capacidad cognitiva.

¹⁴ La base de datos esta formada por la población de personas mayores de 65 años que reciben ayuda domiciliaria. La fecha de actualización de dicha base de datos es el 31 de diciembre 2006, con un total 259 personas. Una vez aplicados los criterios de selección se depuró la base descartando a 15 personas por ser menores de 75 años, quedando un total de 244 personas.

Tabla 4.3. Población de 75 y más años de la base ATDOM de *Vilafranca del Penedès* (2006) (valores absolutos y relativos)

Población dependiente lista ATDOM

Edad	Valores absolutos			Valores relativos %		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	TOTAL
75-79	29	36	65	11,9	14,8	26,6
80-84	19	43	62	7,8	17,6	25,4
85-89	23	34	57	9,4	13,9	23,4
90-94	18	23	41	7,4	9,4	16,8
95 y más	5	14	19	2,0	5,7	7,8
75 y más años	94	150	244	38,5	61,5	100

Muestra de entrevistas a realizar

Edad	Valores absolutos			Valores relativos %		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	TOTAL
75-79	4	4	8	15,38	15,38	30,7
80-84	2	4	6	7,6	15,38	23,07
85-89	2	4	6	7,6	15,38	23,07
90-94	1	2	3	3,8	7,6	11,5
95 y más	1	2	3	3,8	7,6	11,5
75 y más años	10	16	26	38,46	61,53	100

Fuente: Área Básica de Salud de *Vilafranca del Penedès*: Servicio de Atención Domiciliaria (ATDOM)

La selección de las unidades muestrales a partir de la lista ATDOM se ha llevado a cabo siguiendo los criterios del muestreo sistemático, seleccionando al azar las personas entrevistadas, separando el listado de hombres del de mujeres. El número de entrevistas a mujeres ha sido mayor para mantener el mismo peso que en la base total del servicio ATDOM. El número de entrevistas quedó en 26 personas mayores dependientes de 75 años y más años atendidas por el servicio ATDOM. Una vez establecido el acuerdo de confidencialidad y tratamiento agregado de los datos, se contó con la ayuda del equipo de enfermería, que nos facilitó el contacto con las personas elegidas y, una vez obtenido el consentimiento, se concertó día y hora para realizar las entrevistas.

En relación a la elección de los cuidadores familiares, se utilizó un criterio estratégico, entrevistando a los cuidadores principales de los mayores entrevistados, dando su consentimiento un total de 22 cuidadores familiares. Dichas entrevistas son de utilidad en la estimación de la realidad de los cuidados y determinan las valoraciones de los cuidadores. La selección de la muestra de los cuidadores profesionales de enfermería fue eligiendo sólo a aquellos profesionales que llevaran más de dos años trabajando en el servicio ATDOM de forma que pudieran aportar sus experiencias en el trabajo con el colectivo estudiado. Son un total de 11 profesionales entrevistados.

Sintetizando, el número total de entrevistas realizadas fueron 59, distribuidas de la siguiente forma: 26 personas mayores dependientes de 75 años y más atendidas por el servicio ATDOM; 22 cuidadores familiares y 11 profesionales de enfermería.

Se realizó una prueba piloto a cada grupo de estudio, de cara a mejorar y aumentar la calidad de la información que se pretendía obtener. La prueba sirvió para enfocar de forma más adecuada aquellos aspectos más comprometidos, como por ejemplo, las preguntas sobre la satisfacción con la vida o la percepción de felicidad y calidad de vida. Las entrevistas se han realizado por separado y se han grabado con previo consentimiento de los participantes.

Para la elaboración de los cuestionarios, se han tenido en cuenta las teorías más relevantes, las investigaciones similares, los objetivos y las hipótesis planteadas. En cuanto a las preguntas cerradas, se han incluido los test más utilizados y validados por la comunidad científica de investigación. El cuestionario dirigido a las personas mayores dependientes de 75 y más años, tiene en cuenta las dimensiones objetivas y subjetivas del individuo, y se miden las valoraciones de estilo de vida, relaciones personales, valoración del cuidado, nivel de dependencia, características del entorno y bienestar subjetivo (ver Anexo I: persona mayor dependiente).

En relación a los datos de las personas mayores entrevistadas, también contamos con algunos informes de su historial médico, obtenidos a partir de los responsables de enfermería; estos datos adicionales corresponden a los resultados de los siguientes test: Índice de Barthel (determina la dependencia en las actividades básicas de la vida diaria), la Escala de Braden (mide la predicción de úlceras por presión) y los Indicadores de Riesgo Social (valora si las personas mayores son candidatas a tener problemas de tipo social).

En cuanto a la estructura del cuestionario del cuidador familiar, es muy similar al del mayor dependiente, pero las preguntas sobre el mayor van dirigidas desde la perspectiva de como el cuidador ve al enfermo dependiente. Las dirigidas al cuidador van dirigidas a valorar los elementos que participan en su calidad de vida (Anexo II: cuidador familiar). En ambos cuestionarios del mayor dependiente y del cuidador familiar, en la parte de análisis sobre la percepción de calidad de vida y bienestar subjetivo, muchas de las preguntas se han realizado con carácter abierto, obteniendo de este modo una información más amplia y en profundidad. En cuanto al cuestionario aplicado al cuidador profesional, se valora el estado de salud de los cuidadores familiares, el estado de salud y dependencia en las personas mayores dependientes y el plan de cuidados de enfermería. A nivel subjetivo, se valora como estos cuidadores definen la calidad de vida. También se incluye para completar la información, los aspectos sociodemográficos de esta población de estudio (Anexo III: cuidador profesional).

En cuanto a las *fuentes secundarias*, se han consultado documentos oficiales y privados, así como páginas Web de máxima fiabilidad, de carácter local, nacional e internacional ¹⁵. Se han buscado los principales trabajos en relación al estudio de la dependencia y la población mayor dependiente, cuidadores familiares, cuidados de larga duración, necesidades y calidad de vida, algunos de ellos, detallados en el Anexo IV y Anexo V. Se han consultado también dos estudios locales realizados recientemente sobre los mayores de *Vilafranca del Penedès* y Comarca de *l'Alt Penedès*.

El primero de ellos es el estudio titulado: “*Situació de les persones de 75 anys i més que viuen soles a Vilafranca del Penedès, 2006*” (*Ajuntament de Vilafranca del Penedès, 2006c*). Dicha investigación analiza las siguientes dimensiones: estructura familiar, salud, autonomía funcional, soporte logístico, ingresos, vivienda, variables sociales básicas, recursos de atención social del ayuntamiento, relaciones, ocio y tiempo libre y observaciones del entrevistador. Son útiles para comparar con los resultados de nuestro estudio las siguientes variables: datos sociodemográficos, estructura familiar, percepción de salud, ingresos económicos, vivienda, recursos sociales y sanitarios y actividades de ocio. El segundo estudio, cuyo título es “*Necessitats assistencials i de serveis per a la gent gran a l'Alt Penedès*” (*Consell Comarcal de l'Alt Penedès, 2006*), presenta las características demográficas de la comarca y municipios, el nivel de dependencia funcional e instrumental de los mayores de la comarca, los aspectos de movilidad y vivienda, los ingresos económicos y estilo de vida, y los servicios y recursos de la comarca. Dicho estudio también es de utilidad en la valoración de nuestro trabajo.

¹⁵ Estudios de la ciudad de *Vilafranca del Penedès* y de la Comarca de *l'Alt Penedès*. Y a nivel nacional e internacional: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Alzheimer, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, Cruz Roja, Departament de Benestar Social y Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya, El Defensor del Pueblo, Fundació la “Caixa”, Fundación Pfizer, Informes SESPAS, Instituto de la Mujer, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO): Portal Mayores, Instituto Nacional de Salud (INS), Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS), Obra Social de Caja Madrid, Organización de Naciones Unidas (ONU), Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la salud (PAHO), Pla de Salut de Catalunya, Sociedad Española de Geriátría y Gerontología Social, Tesis Doctoral en Xarxa (TDX) bases de datos nacionales e internacionales.

Trabajo de campo

El trabajo de campo de esta tesis se ha realizado en cuatro fases. En la primera se procede a la búsqueda bibliográfica y se inician los primeros contactos con las entidades responsables de los servicios a mayores dependientes, el Ayuntamiento de *Vilafranca* y el Área Básica de Salud (ABS). En la segunda fase, se firma el convenio con *Caixa Penedès* y se obtiene la lista de las personas mayores dependientes de 75 y más años adscritas al servicio ATDOM, a partir de l'Área Básica de Salud de *Vilafranca del Penedès*, de la cual se selecciona la muestra de estudio. En la tercera fase, se procedió a realizar las entrevistas e iniciar el análisis y tratamiento de los resultados de manera agregada. Los datos cualitativos se han analizado a partir del análisis de contenido y agrupación por categoría. En la cuarta y última fase, se procedió a la redacción de una parte de los resultados del análisis que se presentaron al IX Congreso Español de Sociología de la Federación Española de Sociología, celebrado en Barcelona en septiembre de 2007. Desde octubre de 2007 hasta diciembre de 2008 se realizó la redacción final (ver **gráfico 4.1**).

Gráfico 4.1. Fases del trabajo de campo

FASES	2006	2007						2008
	Agosto a diciembre	Enero	Febrero	Marzo a mayo	Junio	Julio y Agosto	Septiembre	Octubre (2007) a Diciembre (2008)
PRIMERA FASE								
Fuentes documentales	X	X	X	X	X	X	X	X
Contacto con el ABS Y Ayuntamiento	X	X						
SEGUNDA FASE								
Convenio Caixa Penedès		X						
Elección de la muestra		X						
Equipo programa ATDOM			X					
Prueba piloto			X					
TERCERA FASE								
Realización de las entrevistas			X	X	X			
Análisis de los resultados					X	X		
CUARTA FASE								
Redacción resultados						X	X	X
Congreso FES							X	
Redacción final								X

Fuente: Elaboración propia.

4.4. Limitaciones

La complejidad de todo fenómeno social no debe ser una limitación para efectuar aproximaciones o estudios de los problemas sociales. A pesar de esa complejidad debemos tratar de explicar y entender por qué suceden determinados hechos y situaciones, partiendo de las fronteras y límites a las que nos enfrentamos como investigadores sociales y sociólogos.

A lo largo del capítulo se ha ido mostrando las limitaciones de la metodología elegida y del tamaño de muestra de estudio. Sintetizando las limitaciones a las que nos enfrentamos, una primera limitación, es el tamaño del estudio, puesto que para una mayor comprensión del proyecto y puesta en práctica se eligió realizar el estudio en un municipio de tamaño medio, en lugar de elegir todo el territorio de Cataluña. Otra limitación es que el estudio incluye solamente a personas dependientes que son atendidas por los servicios públicos de salud de la ciudad. Este hecho hace que no se pueda conocer el nivel de dependencia y la calidad de vida de todas las personas mayores de 75 años residentes en *Vilafranca* que están fuera del servicio ATDOM. Inicialmente, la tesis planteaba estudiar a todo el colectivo, pero debido a las dificultades de los datos censales se decidió ajustarlo al servicio ATDOM. Por lo que llegado a este punto, se estableció que de acorde al objetivo principal de estudio, era más conveniente utilizar a la población dependiente del servicio ATDOM y así evaluar un servicio que esta provisto en la Ley de Dependencia.

También queremos destacar la dificultad para conseguir los permisos y listados de personas mayores dependientes adscritas al servicio ATDOM del Área Básica de *Vilafranca del Penedès*, debido a la Ley de protección de datos. Además, resaltar que la duración de las entrevistas ha sido aproximadamente de unos 45 minutos, tanto las realizadas a los mayores como a los cuidadores familiares, y ello nos ha facilitado un mejor conocimiento de la situación.

Sin embargo, a pesar de las dificultades y limitaciones nos hemos aproximado a la realidad y vida cotidiana de las personas dependientes de 75 y más años y sus cuidadores en su entorno más próximo, como una foto tridimensional, la propia, la del familiar y la del cuidador, y que desarrollaremos en los próximos capítulos.

Capítulo 5. Los Mayores dependientes: Cuidados y Calidad de Vida

"La libertad y la salud se asemejan: su verdadero valor se conoce cuando nos faltan"

(Henri-François Becque, 1837-1899)

El objeto de este capítulo es presentar la discusión e interpretación de los resultados de las opiniones, definiciones y valoraciones de las entrevistas realizadas a las personas mayores dependientes de 75 y más años adscritos al servicio ATDOM de *Vilafranca del Penedès*. Forman este colectivo de mayores las personas que suelen tener más necesidad de ayuda en la realización de las actividades de la vida diaria; es por ello, importante valorar cómo son cubiertas sus necesidades y si existen situaciones que deberían mejorarse en los cuidados de larga duración aplicados a este colectivo. Por ello, se han valorado distintas variables, los aspectos sociodemográficos, el estilo de vida, las relaciones personales con el familiar, la valoración de los cuidados, la percepción de salud y dependencia, las características del entorno del mayor, y la percepción de la calidad de vida. La discusión se desarrolla dando respuesta a los objetivos de la investigación, relacionando los resultados con otros estudios aparecidos en la revisión de la literatura y con dos estudios locales realizados en el municipio de *Vilafranca* y comarca. Por último, se presentan las principales conclusiones.

5.1. Aspectos sociodemográficos

En relación a la muestra de personas mayores de 75 y más años, los entrevistados fueron un total de 26 personas, con una media de edad de 84,5 años (una desviación de 6,1). Las mujeres representan un 61,5%, situación que se explica por la mayor esperanza de vida que alcanzan las mujeres y por tener más predisposición a padecer enfermedades crónicas durante la vejez. Dichos resultados son comparables a la población mayor de *Vilafranca del Penedès* y a otras poblaciones catalanas y españolas¹⁶ donde las mujeres de edades avanzadas necesitan cuidados informales. Al valorar quien cuida al mayor

¹⁶ Otros estudios que muestran la misma tendencia son (Campo, 2000; *Ajuntament de Vilafranca del Penedès*, 2006c; Castejón y Abellán, 2006; *Consell Comarcal de l'Alt Penedès*, 2006; *Fundació Viure i Conviure*, 2006; Guillén, 2006).

dependiente es principalmente la familia directa, destacando que la mitad de los mayores son cuidados por las hijas, siendo en general las mujeres las que ejercen como principales cuidadoras. Son muchos los estudios que muestran los mismos resultados (Durán, 1997; Campo, 2000; Pérez Díaz, 2003, IMSERSO, 2005b; Carretero et al., 2006; *Consell Comarcal de l'Alt Penedès*, 2006; Fernández-Mayoralas et al., 2007).

El análisis de la distribución de las personas mayores por distrito ayuda a identificar la existencia de los barrios más envejecidos de la ciudad de *Vilafranca del Penedès*. Si se clasifica el número de entrevistas realizadas por distrito, se observa que el mayor número de entrevistas (un 38,5%) pertenecen al distrito de *l'Espirall*, en segundo lugar al distrito de *Poblenou* y en tercer lugar al de *Sant Julià*, por ser donde hay un mayor número de personas adscritas al servicio ATDOM. En cambio, en los distritos de la *Girada* y *Molí de'n Rovira* se han realizado menos entrevistas y no se ha realizado ninguna en el distrito de *les Afores*, por haber menos personas mayores adscritas al programa del servicio ATDOM. Los resultados obtenidos corroboran que el mayor número de entrevistas realizadas está relacionado con los distritos donde hay un mayor número de personas mayores con dependencia y con necesidad de cuidados.

En relación al estado civil, la mitad de los mayores están casados, seguido de personas viudas, de las cuales la mayoría son mujeres (ver **tabla 5.1**). Se observa que las personas mayores independientes viven solas, mientras que las personas con dependencia viven con sus familiares más próximos. Referente a identificar si tienen descendencia, se observa que el 84,6% de los mayores entrevistados tienen hijos, situación que ayuda a evitar la soledad y la falta de omisión de cuidados al mayor dependiente.

Tabla 5.1. Situación familiar de las personas mayores dependientes

Estado civil	%
Casado/a	46,2
Viudo/a	38,5
Soltero/a	15,3
Total	100 n=26

Fuente: Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en *Vilafranca del Penedès*, 2007"

Interesa saber el nivel de estudios de los mayores para valorar si existe relación con su estado de salud. El nivel de estudios es bajo, pues más de la mitad no tiene estudios (ver **tabla 5.2**). Las personas con menos estudios están más enfermas, tendencia que también se da a nivel nacional (Campo, 2000; IMSERSO, 2005b). Dicha relación se debe a la falta de conocimientos, sobre todo, los relacionados con un adecuado estilo de vida y con tener la capacidad para determinar situaciones que pueden provocar factores de riesgo o enfermedad, lo que induce un menor autocuidado y en consecuencia un peor estado de salud.

Tabla 5.2. Nivel de estudios de las personas de 75 y más años de *Vilafranca del Penedès*

Nivel estudios	Cuidados y calidad servicio ATDOM ¹ %	Ayuntamiento Vilafranca del Penedès ² %
Sin estudios	57,5	13
Primarios	38,5	14
Primarios incompletos	–	62
Secundarios	–	6
Universitarios	3,8	4
NS/NC	–	1
Total	100 (n=26)	100 (n= 451)

Fuentes:1. Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en Vilafranca del Penedès, 2007"

2. "Les situacions de dependència de les persones de 75 i més anys que viuen soles a Vilafranca del Penedès 2006"(Ajuntament de Vilafranca del Penedès, 2006c).

En relación a la prestación económica se distribuye de la siguiente manera: la pensión de jubilación y la pensión de viudedad son las dos fuentes económicas más frecuentes, tanto en nuestro estudio como en el estudio del Ayuntamiento (**tabla 5.3**). La pensión de viudedad la reciben sobre todo las mujeres, datos

que se explican por ser más frecuente el número de mujeres que hombres que llegan a edades avanzadas y porqué la mayoría no ha cotizado en el mercado laboral. Aunque son pocas las personas mayores que no reciben ninguna pensión, es necesario que sean identificadas por los servicios sociales, de forma que estos puedan ayudarles con otros recursos si fuera necesario.

Tabla 5.3. Prestaciones económicas de las personas de 75 y más años de *Vilafranca del Penedès*

Tipo de pensión	Cuidados y calidad de vida servicio ATDOM ¹ %	Ayuntamiento <i>Vilafranca del Penedès</i> ² %
Jubilación	46,2	44,8
Viudedad	30,8	49,2
Otras Pensiones	11,5	2,7
Ninguna	11,5	0,7
No consta	--	2,7
Total	100 (n=26)	100 (n= 451)

Fuentes:1. Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en *Vilafranca del Penedès*, 2007"

2. "Les situacions de dependència de les persones de 75 i més anys que viuen soles a *Vilafranca del Penedès* 2006"(Ajuntament de *Vilafranca del Penedès*, 2006c).

En cuanto a la cuantía de pensiones que perciben los mayores, ésta se encuentra entre los 300 y 600 euros al mes, según podemos observar en la **tabla 5.4**. Además, esta tendencia también se constata en otros estudios nacionales y locales que determinan bajas pensiones en las personas mayores (Campo, 2000; Fernández Ballesteros, 2004; *Consell Comarcal*, 2006; Pérez 2006a). En el caso de los datos del Ayuntamiento de *Vilafranca del Penedès*, coinciden con nuestro estudio al ser la pensión económica más frecuente en los mayores, la situada entre los 300 y 600 euros al mes. Dichos resultados indican que las personas mayores deben subsistir con pocos ingresos económicos, siendo éstos insuficientes para solventar las situaciones que conlleva la dependencia, de manera que muchas veces no pueden costearse ningún tipo de ayuda formal. Sin embargo, una de las ventajas de los mayores de dicha generación, es que la mayoría tiene pisos de propiedad. El tener una propiedad facilita el no tener que pagar alquiler y ofrece además la opción de poder realizar una hipoteca inversa en caso de un aumento de la necesidad económica.

Tabla 5.4. Pensión mensual de ingresos de las personas de 75 y más años de *Vilafranca del Penedès*

Cuantía	Cuidados y calidad de vida servicio ATDOM ¹ %	Ayuntamiento <i>Vilafranca del Penedès</i> ² %
Menos de 300€	7,7	3,9
De 300 a 599€	46,2	58,3
De 600 a 1000€	26,9	18,1
Más de 1.000€	7,7	8,9
Ningún ingreso	11,5	1,2
No consta	--	10,9
Total	100 (n=26)	100 (n= 451)

Fuentes:1. Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en *Vilafranca del Penedès*, 2007"

2. "Les situacions de dependència de les persones de 75 i més anys que viuen soles a *Vilafranca del Penedès* 2006"(Ajuntament de *Vilafranca del Penedès*, 2006c).

5.2. Estilo de vida

Un elemento importante en relación al estilo de vida es la alimentación, evaluando los siguientes indicadores: a) capacidad de masticación; b) causas de la dificultad de masticación; c) alimentos que consumen; d) número de comidas que realiza al día; e) hidratación diaria y f) consumo de alcohol. Los problemas en la masticación de los alimentos afectan a un 42,3% de los casos, siendo las causas más frecuentes el tener una mala dentadura o el no tener dientes. Esta situación conlleva que un número elevado de mayores tenga dificultades en la deglución de ciertos alimentos. Asimismo, hemos observado que las personas que tienen problemas de masticación consumen menos frutas y verduras. Dichos resultados muestran la importancia de tener una boca sana, facilitando de esta forma una mejor alimentación y disfrute de las comidas. En cuanto al número de comidas que realizan al día los mayores, observamos que la mayoría (96,1%) realiza de tres a cuatro comidas completas al día, de forma que en principio realizan una frecuencia de comidas adecuada. En referencia a los alimentos que consumen, se observa que la mayor parte de mayores introduce alimentos proteicos en su dieta, sin embargo, no realizan una dieta totalmente equilibrada, ya que para ello deberían consumir dos piezas de fruta y verdura al día, y más de la mitad de los mayores sólo consumen una pieza de cada, como se observa en la **tabla 5.5**. Datos del

Informe 2006 sobre las personas mayores, determinan que los mayores realizan mejor dieta que el resto de la población, en parte por la restricción de ciertos alimentos por padecer enfermedades crónicas. Destacan que un 84,2% de los mayores toman fruta fresca a diario, un 14% consume carne a diario e ingieren más verdura y hortalizas y menos embutidos y fiambres que el resto de la población (IMSERSO, 2007).

Tabla 5.5. Alimentación de las personas mayores dependientes

Alimentos	%
Huevos y legumbres de una a dos veces por semana	92,3
Carne, pescados o aves diariamente	88,5
Dos piezas de fruta y verdura diarias	38,5
Productos lácteos diariamente	100

Fuente: Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en *Vilafranca del Penedès*, 2007"

La alimentación está muy relacionada con el estado de salud de las personas e incluso con su mortalidad. Puesto que puede conducir a padecer distintas enfermedades: cardíacas, cerebrovasculares, obesidad, diabetes, algunos cánceres, etc. También la dieta y la inactividad están ligadas a una mayor mortalidad. Con la edad suele aumentar la proporción de personas con obesidad o sobrepeso por un mal de hábito alimenticio. La obesidad aumenta entre las personas de 50-74 años, sin embargo, vuelve a disminuir entre los muy mayores (75 y más años). De forma que la obesidad desciende entre los muy mayores, muchas veces asociada a peores estados de salud o a dietas estrictas seguidas por motivo de enfermedad (IMSERSO, 2004b). En nuestro estudio no hemos pesado a los mayores, pero al realizar las entrevistas cara a cara, hemos podido observar que la mayoría de mayores no están obesos.

Respecto a la hidratación de los mayores entrevistados, se destaca que es bastante precaria, puesto que el 73% bebe menos de 5 vasos de agua al día, es decir, menos de un litro diario de agua, cuando lo recomendable es beber como mínimo un litro y medio. En el estudio "*Hábitos de Hidratación de la*

Población Española”, se destaca que el 92,5 por ciento de la población española no se hidrata de manera adecuada, siendo los mayores y los niños los más perjudicados y vulnerables (Europa Press, 2008). En relación al consumo de alcohol, un 46,2% bebe vino diariamente junto a las comidas, siendo los hombres los que consumen más alcohol que las mujeres. En relación al consumo de alcohol, dichos resultados muestran la misma tendencia que los resultados expuestos en el Informe 2002 sobre las personas mayores en España, puesto que se observa que los varones consumen alcohol más habitualmente que las mujeres, que lo suelen hacer de forma esporádica. Datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2001, afirman que el 35,8% de los mayores consume casi todos los días vino (IMSERSO, 2004b; IMSERSO, 2007).

Otra variable analizada son las relaciones sociales que mantienen las personas mayores, y se ha estudiado a partir de: a) las visitas recibidas en el domicilio; b) el lugar y frecuencia de salidas fuera del hogar. Los resultados indican que el 92,3% de los mayores recibe visitas en su domicilio, por lo que se determina que no padecen un gran aislamiento social. En relación a la frecuencia de salidas destacamos que un 65,4% de los mayores no realiza salidas de ocio fuera del hogar y solamente un 15% lo hace de forma diaria. El 92,3% de los casos no realiza salidas a casales o asociaciones de mayores; de forma que las relaciones sociales se producen sobre todo en el hogar del mayor. Se establece que a más dependencia, se constituyen menos relaciones sociales fuera del hogar, existiendo de esta forma un mayor riesgo de aislamiento social si no se visita a los ancianos en su hogar. En el Informe 2006 sobre las personas mayores, también se establece que los mayores pasan la mayor parte del tiempo en su domicilio. Entre los mayores, más de la mitad del tiempo que queda, una vez satisfechas las necesidades fisiológicas y de cuidado personal, es tiempo libre que se dedica al ocio y las relaciones personales. Casi la mitad de ese tiempo, unas tres horas, se dedica a la audiencia de televisión y casi una hora más al ocio pasivo, es decir, a descansar sin hacer nada en particular.

En comparación con otros países, los mayores españoles dedican más tiempo a los paseos, seguramente en correspondencia con las condiciones climáticas del país; sin embargo leen menos y dedican menos tiempo también a oír música o las emisiones de radio (IMSERSO, 2007). Son varios los autores y teorías las que determinan que en la vejez disminuyen las relaciones sociales y existe mayor riesgo de aislamiento (Cervera y Sáiz, 2000; Rubio y Aleixandre, 2001; IMSERSO, 2005a). La *Teoría de la Desvinculación* de Cumming y Henry (1961) intenta explicar porqué la persona mayor se aleja poco a poco de la vida social y disminuyen sus roles más activos y destaca además, que la sociedad le ofrece cada vez menos posibilidades. El rol que se adquiere por ser mayor y enfermo influye en la situación que asume el mayor dependiente, considerando normal que a su edad disminuyan sus relaciones sociales (perspectiva detallada en el capítulo 1 y capítulo 2 de la presente tesis). Es por ello que decidimos estudiar dicha variable en los mayores de nuestro estudio, puesto que si se considera como normal no tener relaciones sociales, no se buscará ninguna solución para mejorar esta situación.

El aislamiento en el anciano también puede valorarse con el tipo de convivencia, y se muestra que la mayor parte de los mayores entrevistados comparten la vivienda con sus familiares, siendo sólo un 15,4% las personas que viven solos/as. Resultados que muestran la misma tendencia que los descritos en el Informe 2006 sobre las personas mayores, puesto que describen que en España, los mayores no sólo disponen de más hijos por término medio, sino que la distancia física que separa a padres e hijos también es más reducida que en otros países. En España, por ejemplo, casi la mitad de las personas de 60 a 79 años convive con algún hijo (IMSERSO, 2007).

Utilizando el indicador de riesgo social que manejan los profesionales de la Área Básica de Salud de *Vilafranca*, habría cuatro personas con riesgo social por el hecho de vivir solas. Estos resultados se acercan al estudio del *Consell Comarcal*, sin embargo, tal como era de esperar, no al estudio del Ayuntamiento ya que el porcentaje es a la inversa, puesto que la muestra

entrevistada son las personas mayores de 75 y más años que viven solas y son autónomas, a diferencia de nuestro estudio que son personas mayores dependientes (ver **tabla 5.6**). En general, las personas mayores dependientes tienen menos riesgo de sufrir aislamiento por convivir con sus familiares, mientras que los mayores independientes tienen más probabilidades de vivir solos y, por tanto, de padecer cierto aislamiento. En relación al sentimiento de soledad, el 73,1% de las personas mayores no se sienten solas. Los motivos pueden ser por adaptarse a la situación de soledad, o bien porque pocos mayores declaran vivir en un sentimiento continuo de soledad, tal y como exponen los estudios de Walker (1996) y Iglesias de Ussel (2001). Destacamos que el convivir con familiares, tampoco significa que no puedan sentirse solos, pues algunos mayores pasan muchas horas del día sin compañía.

Tabla 5.6. Convivencia de las personas de 75 y más años de *Vilafranca del Penedès*

Convivencia	Cuidados y calidad de vida servicio ATDOM ¹	Ayuntamiento Vilafranca del Penedès ²	Consell Comarcal ³
Viven solos	15,4	90	11,1
Viven con familiares	84,6	10	88,9
Total	100(n=26)	100(n=451)	100(n=425)

Fuentes:1. Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en *Vilafranca del Penedès*, 2007"

2. "Les situacions de dependència de les persones de 75 i més anys que viuen soles a *Vilafranca del Penedès* 2006" (*Ajuntament de Vilafranca del Penedès*, 2006c).

3. "Necessitats assistencials i de serveis per la gent gran a l'*Alt Penedès*" (*Consell Comarcal*, 2006).

En cuanto al parentesco, se constata que viven sobre todo con los hijos/as y/o sus parejas. Son menos los casos que viven con sus hermanos o con familiares menos directos (**tabla 5.7**). En general, la mayor parte de los mayores quiere vivir con sus hijos/as al quedarse solos.

Tabla 5.7. Parentesco de las personas de 75 y más años de *Vilafranca del Penedès*

Parentesco	Cuidados y calidad de vida servicio ATDOM ¹ %	Ayuntamiento <i>Vilafranca del Penedès</i> ² %
Hijo/as	46,2	49
Pareja	23,1	18
Hermanos/as	3,8	5
Otros familiares	3,8	10
Otros no familiares	7,7	18
Solos/as	15,4	--
Total	100 (n=26)	100 (n= 451)

Fuentes:1. Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en *Vilafranca del Penedès*, 2007"

2. "Les situacions de dependència de les persones de 75 i més anys que viuen soles a *Vilafranca del Penedès* 2006"(Ajuntament de *Vilafranca del Penedès*, 2006c).

En la valoración del estilo de vida también es necesario tener en cuenta si se realiza algún tipo de ejercicio físico y, por ello, se comprueba: a) el número de mayores que realizan ejercicio; b) motivos por los cuales no hacen ejercicio; c) tipo de ejercicio; d) frecuencia, y e) si acuden a un centro de rehabilitación. Un 76,9% de los mayores afirma realizar ejercicio. Los mayores que no realizan ningún tipo de ejercicio manifiestan que los motivos son por no poder caminar o por sentirse cansados. Subrayamos que algunos mayores catalogan como ejercicio el caminar o pasear. La actividad física practicada con diferencia por los mayores es caminar por fuera y dentro del hogar en un 61,5% de los casos, el resto realiza gimnasia. La frecuencia con la que realizan ejercicio es en un 73% de los casos de forma diaria, el resto se distribuye entre una o dos veces por semana. Respecto a si acuden a un centro de rehabilitación destacamos que el 96,2% de los casos no acude a ningún centro. Caminar un poquito cada día ayuda a los mayores a fortalecer su musculatura y a prevenir o disminuir complicaciones cardiovasculares y endocrinas. Según datos del Informe 2006 sobre las personas mayores, a partir de los 75 años la actividad principal de hombres y mujeres se torna más sedentaria. El porcentaje de personas mayores cuya actividad principal conlleva tareas que requieren gran esfuerzo físico es muy pequeño. Según datos de la Encuesta de Empleo del Tiempo del INE (2002-2003), se pregunta a las personas entrevistadas si realizan deportes o actividades al aire libre en su tiempo de ocio y la duración de éstas. Según estos datos, son las personas de 65 años y más las que en mayor porcentaje

hacen deporte (importante destacar que por deportes o actividades se considera también andar, pasear o caminar, y son precisamente a estas actividades a las que mayoritariamente se refieren las personas mayores al contestar esta pregunta) y los que mayor tiempo dedican a estas actividades, entre 2,13 horas de media diaria (IMSERSO, 2007).

5.3. Relaciones personales con el cuidador familiar

Las relaciones familiares son un indicador importante para contemplar la calidad de vida de las personas mayores y la de los propios cuidadores. Las relaciones que se establecen entre ellos pueden ser positivas y beneficiosas o bien negativas y negligentes. Cuando son buenas, se sobrellevan mejor las obligaciones y limitaciones que conlleva la dependencia. Por estas razones se planteó estudiar las relaciones con el cuidador familiar y la persona dependiente, tratando de determinar los vínculos que se establecen de forma positiva (afectividad, comprensión) y los que se establecen de forma negativa (detección de posibles maltratos, abusos o negligencias). Los aspectos que nos interesan son: a) la relación entre la persona mayor y el cuidador familiar; b) pensar que la relación podría ser mejor; c) los motivos de satisfacción y descontento de las relaciones personales; y d) la satisfacción con la vida familiar.

Al preguntar a los mayores sobre su relación con su cuidador, se observa que un 73% de los mayores entrevistados manifiestan tener una relación buena o muy buena con sus cuidadores (ver **tabla 5.8**) y creen además que esta no podría ser mejor por estar bien cuidados y por tener buenas relaciones¹⁷. Sin embargo, un 19,2% de los mayores piensa que la relación con su cuidador podría mejorar, ya que se producen enfados y discusiones por cuestiones banales tontas, poca salud y egoísmo por parte del cuidador. De todas formas

¹⁷ Algunos estudios que determinan como buenas las relaciones entre personas mayores dependientes y cuidadores familiares se observan en (Buz et al., 2004; *Fundació Viure i Conviure*, 2006; Fernández-Mayoralas et al., 2007).

incidimos que la percepción que cada persona tiene sobre qué son tener buenas relaciones, cambia según los criterios y valores de cada uno, y no siempre es fácil observar la diferencia entre tener unas relaciones buenas o tener unas relaciones cordiales o correctas.

Tabla 5.8. Relaciones entre cuidadores y personas mayores dependientes

Relaciones	%
Muy Buena	38,6
Buena	34,6
Correcta	19,2
No tienen cuidador	7,6
Total	100 n=26

Fuente: Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en Vilafranca del Penedès, 2007"

Al preguntar sobre los *motivos de satisfacción* en sus relaciones personales, la mayor parte de mayores expresan que se debe a tener buenas relaciones, también el sentirse queridos, aunque hay gran variedad en las respuestas que muestran satisfacción y descontento en las relaciones personales de los mayores, pues algunos valoran como motivo de satisfacción el tener cariño, la tranquilidad y el tener de todo; como motivos de descontento expresan el tener poco contacto social.

Al valorar la satisfacción con la vida familiar, en una escala de 0 a 10, la mayoría manifestaron que les era difícil dar una puntuación pero, un 53,8% de los mayores manifestó estar plenamente satisfecho/a con su vida familiar y sólo un 15,3% de los casos dio una puntuación por debajo del 6, por lo que en general los mayores están bastante satisfechos con su vida familiar. Tendencia observada en otros estudios, como el de la *Fundació Viure i Conviure*, que describe que la mayoría de los mayores están satisfechos con su vida familiar, destacando sobre todo las relaciones con sus hijos/as (*Fundació Viure i Conviure*, 2006). Además, la mayoría no ha experimentado situaciones problemáticas, excepto un 19,2% que sí las ha experimentado, destacando las

siguientes: dejarlos solos/as, que les digan malas palabras, infravalorar los problemas de salud, no acompañarles al médico, no saludarlos, no creerlos cuando tiene dolor y no hacerles caso cuando hablan.

5.4. Valoración de los cuidados

De los cuidados interesa analizar: a) motivos por los que el mayor piensa que le cuida el cuidador familiar; b) compensación económica del cuidador familiar por cuidar del mayor dependiente; c) grado y motivos de satisfacción en los cuidados proporcionados por el cuidador familiar; d) nacionalidad y grado de satisfacción con los cuidadores formales no profesionales; e) los servicios sociosanitarios más utilizados y más satisfactorios por los mayores; f) satisfacción con los cuidados proporcionados por los cuidadores formales profesionales y g) participación del mayor en sus cuidados. Los entrevistados (79,2%) opinan que los motivos por los que les cuidan los cuidadores familiares son por iniciativa propia, ello se relaciona con la función que se atribuye a la familia como principal cuidadora de sus miembros (ver **tabla 5.9**).

Tabla 5.9. Opiniones de los mayores sobre el por qué creen que les cuidan sus cuidadores

Opiniones	%
Por iniciativa propia	79,2
Por decisión familiar	12,4
Porque yo se lo pedí	4,2
Otras razones: Por interés propio del cuidador	4,2
Total	100 n=26

Fuente: Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en Vilafranca del Penedès, 2007"

En el estudio también ha interesado conocer si el cuidador familiar recibe alguna compensación económica por realizar los cuidados de la persona mayor dependiente, y los resultados son que la mayoría de cuidadores familiares (91,7%) no cobran por cuidar; sólo dos cuidadores perciben dinero por realizar

los cuidados del mayor. En líneas generales se observa que un 63% de los cuidadores familiares no reciben compensación económica por cuidar del mayor (Campo, 2000). Sin embargo, aunque los resultados muestran que mayoritariamente no se percibe compensación económica por cuidar, sí cabe resaltar que la herencia de propiedades tiene en algunas ocasiones, una relación directa con la persona que realiza los cuidados principales. En relación al grado y los motivos de satisfacción que determina el mayor dependiente del cuidador familiar que le proporciona los cuidados, los resultados muestran que el 95,8% de los mayores están satisfechos con la calidad de los cuidados recibidos por parte de su cuidador familiar. Esta tendencia se observa también en otros estudios (Campo, 2000; Zunzunegui, 2006). Son motivos de satisfacción el estar bien atendido, el tener buenas relaciones y el tener en cuenta sus decisiones. Y respecto a los motivos de insatisfacción son sobre todo por sentirse mal cuidados.

Otro objetivo del estudio, era determinar la nacionalidad y el grado de satisfacción con los cuidadores formales no profesionales. Se observa que en todos los casos en que se ha contratado cuidadores formales no profesionales son personas inmigrantes que proceden de los siguientes países: Perú, Ecuador y Marruecos. Se subraya que todos los mayores muestran un alto grado de satisfacción en los cuidados recibidos por parte de estos cuidadores. Resultados que también se han obtenido en otro estudio, donde los mayores están contentos con los cuidadores inmigrantes, siendo la mayoría personas de países sudamericanos (IMSERSO, 2005a). Es de interés para el estudio valorar los servicios sociosanitarios más utilizados y más satisfactorios para los mayores. Encontramos que, aparte del servicio ATDOM (Atención Domiciliaria) que es el servicio que hemos utilizado como forma de selección de los entrevistados, son el servicio Ambulatorio y el servicio *Xec-Servei* del Ayuntamiento¹⁸ los más utilizados y los que generan mayor satisfacción.

¹⁸ Son cheques descuento para contratar trabajadores familiares para ayuda personal o doméstica a nivel domiciliario.

Estos resultados están en la línea de otros estudios que destacan como servicio más utilizado por los mayores el Área Básica de Salud (*Fundació Viure i Conviure*, 2006; Fernández-Mayoralas et al., 2007; Gallart, 2007). Por otra parte, vemos que existe un elevado desconocimiento de los servicios sociales, datos también observados en los dos estudios locales analizados (*Ajuntament de Vilafranca del Penedès*, 2006c; *Consell Comarcal de l'Alt Penedès*, 2006). En un reciente estudio en el que han participado 43 municipios de la provincia de Barcelona (2006) se destaca que los servicios de ayuda a domicilio para personas mayores de la ciudad de *Vilafranca* llega a unos niveles altos de asistencia (*Ajuntament de Vilafranca del Penedès*, 2007g).

En relación a la satisfacción con los cuidados proporcionados por los cuidadores formales profesionales (enfermeros, médicos, trabajadores familiares, entre otros), los resultados muestran que todos los mayores consideran estar contentos con la calidad de los cuidados proporcionados por los profesionales, destacando a los profesionales de enfermería, resultados también identificados en el estudio de Fernández-Mayoralas et al., 2007. De forma que el servicio ATDOM parece satisfacer las necesidades de cuidados de los mayores dependientes adscritos a dicho servicio.

La participación de los mayores en su cuidado fomenta la adaptación del mayor a su situación de dependencia, y los resultados nos indican que un 86,4% de las personas mayores entrevistadas participa en sus cuidados, hecho que se considera positivo en la percepción de autonomía de las personas mayores.

5.5. Percepción de salud y dependencia

El estado de salud se puede estudiar desde un punto de vista objetivo y también subjetivo. Se estudia del mayor: a) percepción del estado de salud; b) enfermedades más frecuentes; c) automedicación; d) la necesidad de ayuda en las ABVD y las AIVD; e) valor medio de dependencia; g) riesgo de úlceras por presión; h) media de tiempo que los cuidadores emplean en dar los cuidados según los mayores. Al determinar la percepción del estado de salud subjetiva

de los mayores dependientes es aproximadamente en la mitad de los casos percibida como regular¹⁹ en los mayores de 75 y más años de *Vilafranca del Penedès* y se establece que un número importante de mayores no percibe un estado de salud del todo malo (**tabla 5.10**). Así el refrán “Si quieres vivir sano, hazte viejo temprano” refleja que se da por sentado que al envejecer se tiene peor salud, lo que puede explicar una parte de dicha percepción, es decir, que algunos ancianos piensan que por lo mayores que son, no están del todo mal. De forma que el rol que se atribuye a las personas mayores es asumido por los mismos mayores, al considerar que a partir de cierta edad es normal tener poca salud; por ello, hemos incluido en el estudio valorar la percepción del estado de salud.

Tabla 5.10. Percepción del estado de salud subjetiva de las personas mayores de 75 y más años de *Vilafranca del Penedès*

Estado de salud Percibida	Cuidados y calidad de vida servicio ATDOM ¹ %	Ayuntamiento <i>Vilafranca del Penedès</i> ² %
Muy Buena	--	17
Buena	15,4	29,9
Regular	53,8	34,4
Mala	19,2	18,6
Muy mala	11,6	--
Total	100 (n=26)	100 (n=451)

Fuentes: 1. Elaboración propia “Estudio Cuidados y Calidad de Vida en *Vilafranca del Penedès*, 2007”
 2. “Les situacions de dependència de les persones de 75 i més anys que viuen soles a *Vilafranca del Penedès* 2006”(Ajuntament de *Vilafranca del Penedès*, 2006c).

Si estudiamos la percepción de salud por sexo y edad, se observa que en la franja de edad de (75-79 años) las mujeres perciben peor estado de salud que los hombres, mientras que en la franja de edad de (85-89 años), son los hombres los que perciben peor estado de salud. Respecto a las enfermedades más frecuentes en los mayores: las óseas son más patentes en las mujeres, y las cardiovasculares en los hombres. Otras enfermedades que también padecen son: articulares, endocrinas, pulmonares, neurológicas, digestivas, sensoriales y psicológicas.

¹⁹ Observado en otros estudios (Encuesta Nacional de Salud, 2001; Carretero et al., 2006; *Ajuntament de Vilafranca del Penedès*, 2006c).

Se observa que el 88,4 % de las personas mayores tiene pluripatología²⁰. En cuanto a la automedicación, cabe resaltar que el 96,2% de los mayores afirman no automedicarse. Sin embargo, la mayoría toma mucha medicación prescrita por el médico, lo que provoca que muchos mayores necesiten ayuda para controlar las dosis y las pautas horarias.

En cuanto a las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) identificadas a partir del índice de Katz,²¹ se observa que la actividad en la que más ayuda necesitan de su cuidador los mayores dependientes es para bañarse o ducharse. Respecto a las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) identificadas a partir del índice de Lawton²² se identifica que la actividad en la que necesitan más ayuda del cuidador es para la realización de las compras.

Si mostramos los datos elaborados a partir del índice de Barthel que nos proporcionaron los profesionales de enfermería de las personas mayores dependientes seleccionadas en la muestra (ver **tabla 5.11**), vemos que el valor medio de los entrevistados es de una puntuación de 74, es decir, presentan una dependencia funcional leve (> 60 puntos). No se observan diferencias significativas según género, pero sí por edad, observándose que en general a más edad más dependencia.

Tabla 5.11. Nivel de dependencia de los mayores según el test de Barthel

Niveles	%
Dependencia leve (> 60 puntos)	65,3%
Dependencia moderada (60/40 puntos)	34,7%
Dependencia severa (35/20 puntos)	--
Dependencia Total (<20 puntos)	--
Autónomo	--
Total	100

Fuente: Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en Vilafranca del Penedès, 2007"

²⁰ La mayoría de mayores tiene pluripatología y las enfermedades más frecuentes son las óseas en las mujeres y las cardiovasculares en los hombres (Campo, 2000; Castejón y Abellán 2006; *Fundació Viure i Conviure*, 2006; Yanguas, 2006).

²¹ El índice de Katz valora las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).

²² El índice de Lawton valora las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

Los profesionales también nos proporcionaron los datos de la Escala de Braden que valora la predicción del riesgo de úlceras por presión. La puntuación media obtenida en los mayores entrevistados fue de 19 puntos, lo que se traduce en que hay un riesgo bajo de padecer úlceras por presión. Se determina que la media de horas de cuidado empleadas por los cuidadores a su familiar enfermo son 6,7h diarias.

5.6. Características del entorno

En este apartado interesa identificar las siguientes variables: a) adaptación de la vivienda a las necesidades del mayor; b) grado de satisfacción del mayor con su vivienda; c) tipos de cambios realizados en la vivienda; d) utilización de ayudas técnicas; e) satisfacción con los servicios del distrito y f) mejoras que realizarían en el distrito. Conocer el estado de la vivienda interesa para determinar si está adaptada a las necesidades y limitaciones actuales del mayor dependiente. Así, conocer el distrito en el que vive, permite saber si el mayor puede acceder a determinados servicios.

En relación a las viviendas de los mayores, se observa que el 27% de las viviendas no están adaptadas para poder acceder al exterior del edificio, siendo los principales motivos la falta de rampas o de ascensores, situación que favorece el aislamiento social del anciano. Un 15,3% de las viviendas no están adaptadas en su interior, por falta de higiene del hogar, por existir muchas escaleras y por falta de adaptación de la bañera. Sin embargo, el 88,5 % de mayores está satisfecho con su vivienda actual, tendencia que ya se había identificado en otras investigaciones (*Ajuntament de Vilafranca del Penedès*, 2006C; Pérez, 2006; Fernández- Mayoralas, et al., 2007). En relación a los cambios realizados en la vivienda, un 38,5 % ha realizado cambios para adaptarla a sus necesidades. De entre los cambios más realizados cabe mencionar cambiar la bañera por una ducha de fácil acceso o añadir elementos de ayuda para entrar y salir de ella. Las ayudas técnicas también facilitan una

mejor calidad de vida en las personas dependientes y cuidadoras, y vemos que el 88,5% de los mayores utiliza algún tipo de ayuda. Siendo las más utilizadas los carritos para caminar y el bastón, pero también se utilizan la silla de ruedas, las muletas y la moto eléctrica adaptada. En relación a la satisfacción con el distrito, el 88' 5% está satisfecho con los servicios del distrito donde vive. Expresan que mejoraría la situación si hubiera más bancos para sentarse y fueran más altos, principalmente en las paradas de autobús, también si hubiera más rampas, casales, tiendas y jardines.

5.7. Percepción de calidad de vida: bienestar subjetivo

En este apartado se analiza la calidad de vida a través del bienestar subjetivo que percibe el mayor dependiente de 75 años. Estudiando: a) la definición de calidad de vida; b) la percepción de calidad de vida y aspectos relacionados; c) los motivos de la percepción actual; d) la satisfacción con la vida actual; e) el sentimiento de felicidad; f) los aspectos más satisfactorios; g) la satisfacción de necesidades y h) las iniciativas para mejorar calidad de vida. Analizamos las variables de manera cualitativa. Uno de los objetivos pretendía saber como definen los mayores de 75 y más años la calidad de vida, y se comprueba que les resultó difícil y complicado establecer una definición de calidad de vida, habiendo de realizar un esfuerzo enorme para conseguir expresar una definición del concepto. Parte de la dificultad se debe a la complicación que existe en la definición del constructo.

Entre las respuestas realizadas por los mayores entrevistados, se determina que definen el estado de salud como elemento necesario en la calidad de vida.²³ Sin embargo, mientras unos remarcan la salud de forma exclusiva, otros la incorporan junto a otros conceptos como tener autonomía, tener compañía,

23. Son varios los estudios que remarcan la importancia de la salud en la valoración de la calidad de vida (Fernández-Ballesteros et al.,1996; Lucas,1998; Fry, 2000; Bowling et al., 2003; Sastre et al., 2003; Walker, 2004; Fernández-Ballesteros, 2004; *Fundació Viure i Conviure*, 2006; Yanguas, 2006; Fernández-Mayoralas et al., 2007).

tener ayuda en su vida diaria, adaptarse a la situación actual o tener dinero y amor. Algunas de las entrevistas determinan la salud como único elemento que participa en la calidad de vida:

“Tener salud es lo más importante” (E.01, E.06, E.15, E.16, E.17, E.18).

Otras respuestas reflejan que aunque la salud es un elemento importante, no es el único y lo definen junto a otros conceptos, tales como el sentirse acompañado, el tener dinero o ayudas, tal como se muestra en las siguientes líneas:

“Me cuesta decirlo, a lo mejor tener más dinero (para arreglo, ropa) pero la salud, la salud es lo principal de todo” (E.03)

“Tener salud y autonomía” (E.09, E.10)

“Tener salud, poder caminar” (E.08)

“Tener salud y dinero” (E.12)

“Tener salud y adaptarse” (E.20)

“Tener salud y compañía” (E.21, E.24)

“Tener salud y ayuda” (E.23)

“Tener 50 años menos, ser más joven y poder trabajar (risas), me gustaría llevar un camión de basura. Que toda la familia tenga salud” (E.13)

“Estar acompañada, no estar sola” (E.02)

Otro elemento que destacan los mayores es el amor, el cariño y el sentirse querido. Aunque algunas definiciones lo incorporan como dice el refrán de la canción: *“Salud, dinero y amor”* (E.05, E.19), también lo destacan como elemento importante las siguientes definiciones:

“Tener amor” (E.26)

“Tener amor, cariño y buenas relaciones, sólo” (E.22)

Las relaciones familiares son otro elemento destacado por los mayores, así como llevarse bien con la familia, lo cual se refleja en respuestas como:

“Vivir bien en casa, tener buenas relaciones” (E.04)

“Buenas relaciones con la familia” (E.14)

“Autorrealización, porque quería ser cantante y no me dejaron y tener mejores relaciones” (E.11)

El refrán español “Nada mejor en la vida que una familia unida” muestra que llevarse bien con la familia es muy importante en la vida de las personas. Y esto se intensifica en situaciones de dependencia o ayuda, cuando se precisa más de un apoyo familiar.

La adaptación es muy importante para conseguir el bienestar, y teniendo en cuenta que durante la vejez se produce un deterioro, es en esta etapa de la vida cuando adaptarse a las nuevas limitaciones conlleva un gran esfuerzo. La posición o rol social como anciano facilita dicha adaptación.

El refrán catalán “*Qui dies passa anys empeny*”²⁴ expresa que cada día es un regalo, y refleja que algunos mayores se conforman con su vida teniendo en cuenta su edad. Para los mayores es importante adaptarse y conformarse con la situación actual, tal y como se observa en las siguientes afirmaciones:

“Conformarte” (E.07)

“Tener salud y adaptarse” (E.20)

La vida social es necesaria para sentirse bien y evitar el aislamiento, como se observa en la siguiente definición, donde el mayor ansia tener vida social, salir de casa y realizar actividades de ocio:

“No lo sé, mi vida es aburrida, mi vida ha sido de trabajo a casa. Hace años que no salgo, hace años que no voy al cine, estoy en casa siempre” (E.25)

Se señala que ser autónomo e independiente son elementos necesarios en la percepción de una adecuada calidad de vida, aunque la adaptación y la ayuda material y emocional prestada influyen en su valoración. Asimismo, otros elementos mencionados por los mayores respecto a tener una buena calidad de vida son: tener relaciones sociales, tener compañía, sentirse querido y mantener buenas relaciones. Diversos estudios determinan dichos elementos como importantes en la determinación de la calidad de vida.²⁵

²⁴ En castellano se traduciría como: “Quién días pasa, años que gana”.

²⁵ Estudios (Lucas:WHO, 1998, Fry, 2000, Bowling et al., 2003; Sastre et al., 2003; Fernández-Ballesteros, 2004; Walker, 2004; *Fundació Viure i Conviure*, 2006, Yanguas, 2006; Fernández-Mayoralas et al., 2007).

Respecto a la percepción de la calidad de vida en los mayores de 75 años con dependencia, se observa que la mayoría expresan tener una buena calidad de vida, siendo sólo un 7,7% las personas mayores que dicen tener una mala calidad de vida (ver **tabla 5.12**), datos observados en otros estudios (*Fundació Viure i Conviure*, 2006; Fernández-Mayorales, 2007). En la identificación de las diferencias y similitudes en la valoración de la calidad de vida según los distintos intervalos de edad entre 75 y 79 años, 80 y 84 años, 85 y 89 años, 90 y 94 años y mayores de 95 años, observamos que la franja de edad de 90 y 94 años son el grupo que expresan tener mejor calidad de vida, tanto hombres como mujeres; la franja de edad de 95 y más años también perciben buena calidad de vida, aunque los datos sólo pertenecen a mujeres, puesto que no pudimos entrevistar ningún hombre de 95 y más años; y en la franja de edad de 80 a 84 años se observa que los hombres perciben peor calidad de vida que las mujeres. En general, observamos que las mujeres (87%) perciben mejor calidad de vida que los hombres (60%), sin embargo la existencia de más mujeres en la muestra puede producir sesgos en dichos resultados. Además, en otro estudio se muestra lo contrario, es decir, son los hombres los que generalmente perciben mejor calidad de vida (*Fundació Viure i Conviure*, 2006).

No se observan diferencias en la percepción de una mejor calidad de vida entre tener unas correctas relaciones familiares o tener unas buenas relaciones familiares. Destacamos que nadie ha expresado tener malas relaciones con sus familiares, bien porque se ocultan o no está bien visto informar de estos problemas. En cambio, sí se observa una posible relación entre no tener relaciones sociales y percibir una peor calidad de vida, pues aunque los mayores tiene asumido que por su edad y limitaciones, no puedan salir de casa, si les gustaría poder relacionarse con gente de su edad.

Tabla 5.12. Percepción de calidad de vida de los mayores dependientes

Percepción	%
Buena	76,9
Mala	7,7
Regular	15,4
Total	100 n=26

Fuente: Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en Vilafranca del Penedès, 2007"

Respecto a relacionar la percepción de calidad de vida y el estado de salud, se observa que de las 14 personas entrevistadas que perciben un estado de salud regular, sólo dos personas perciben una calidad de vida regular, por lo que parece indicar que la salud no es el único elemento determinante en la percepción de la calidad de vida de los mayores entrevistados. Sin embargo, algunos estudios relacionan el estado de salud de forma determinante en la percepción de la calidad de vida (Azpiazu et al., 2002; *Fundació Viure i Conviure*, 2006; Fernández-Mayoralas et al., 2007).

Los motivos que expresan los mayores cuando se les pregunta por qué valoran su calidad de vida de forma positiva o negativa son diversos. Las respuestas más frecuentes relacionadas con percibir una buena calidad de vida son: principalmente por adaptarse a la situación, pues por su edad y enfermedad, no pueden esperar nada más, de forma que esto confirma la relación entre asumir el rol de enfermo y el rol de mayor con la percepción de una determinada calidad de vida, le sigue el tener recursos, tener salud, tener amor, tener autonomía y estar bien atendidos por los familiares. En cambio las respuestas relacionadas con percibir una calidad de vida mala o regular son por tener falta de autonomía, tener mala salud y sentirse solos.

Algunas de las respuestas que muestran los elementos relacionados con tener una buena percepción de calidad de vida se reflejan en las siguientes entrevistas:

Adaptación: "Buena, me he adaptado a no poder caminar, a no bajar las escaleras" (E.07)

“Buena, porque me adapto a las necesidades” (E.08)
“Buena, estoy bien por la edad que tengo y estoy cuidada” (E.12)
“Buena, estoy bien por la edad que tengo, no puedo pedir más” (E.13)
“Buena, adaptada a la situación, leo mucho” (E.16),
“Buena, porque a mi edad, tengo un poco de salud, dinero y amor” (E.19)
“Buena, uno ha de adaptarse a las circunstancias, vaya creo que sí” (E.26)

Recursos: *“Buena, porque no me falta de nada, entre unos y otros me ayudan” (E.04)*

“Buena, porque no me falta nada, tengo recursos y salud, puedo comprar lo que quiero” (E.05)

“Buena, porque tengo todo lo que quiero, aunque no mucha salud” (E.11)
“Buena, no me falta de nada” (E.14)
“Buena, porque no me falta de nada, tengo todo lo que necesito, hombre me gustaría caminar” (E.20)

Salud: *“Buena, porque tengo salud y compañía” (E.02)*

“Yo me siento bien, es buena” (E.03)

“Buena, ahora sí, me encontraba mal antes, pero ahora bien, pensaba mal, estaba asustada (E.15)

“Buena, porque me encuentro bien” (E.24),

Amor: *“Buena, porque en casa hay amor” (E01),*

Autonomía: *“Buena, porque puedo valerme por mi misma” (E.10)*

Apoio familiar: *“Buena, porque me encuentro apoyado por todos los hijos” (E.22), “Buena, porque estoy cuidado” (E.23)*

Son elementos relacionados con tener una mala o regular percepción de calidad de vida, la pérdida de autonomía y salud, la soledad y la aceptación, tal y como se observa en las siguientes respuestas:

Pérdida de autonomía y salud:

“Regular y limitada, me gustaría hacer más cosas” (E.17)

“Mala, porque tengo mala salud y soy dependiente” (E.18)

“Regular, me encuentro mal, ni buena ni mala” (E.25)

“Mala, porque no tengo salud. Antes cuando iba a trabajar salía más” (E.06)

Soledad: *“Regular, me siento solo, la mujer no me conoce (está triste)” (E.21)*

Aceptación: *“Regular, pero lo acepto con la edad que tengo” (E.09)*

Si comparamos lo que consideran como calidad de vida los mayores y lo relacionamos en como perciben su estado actual, se observa que en las definiciones el elemento identificado con más frecuencia es la salud. En cambio al preguntarles cómo determinan la calidad de vida actual, la adaptación a la situación actual tiene un peso importante en las respuestas. Esto explica que en la percepción de una determinada calidad de vida la capacidad de adaptación es un elemento importante a tener en cuenta.

En relación a la variable que identifica la satisfacción con la vida actual, los resultados muestran que en general los mayores están bastantes satisfechos y ningún mayor se siente muy insatisfecho (ver **tabla 5.13**). Resultados también observados en otros estudios (Sastre et al., 2003; Pérez, 2006; IMSERSO, 2007; Fernández-Mayoralas et al., 2007), donde la respuesta más frecuente realizada por los mayores es la de estar bastante satisfecho con la vida actual.

Tabla 5.13. Satisfacción con la vida actual en los mayores dependientes

Satisfacción	%
Muy satisfecho	15,4
Bastante satisfecho	69,2
Bastante insatisfecho	15,4
Total	100 n=26

Fuente: Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en *Vilafranca del Penedès*, 2007"

En las líneas siguientes se muestran las distintas respuestas según el nivel de satisfacción con la vida en los mayores. En relación a los mayores que expresaron estar muy satisfechos con la vida actual, se destacan como motivos de satisfacción: la *adaptación* y el *cariño de los hijos*, mostrado en las siguientes transcripciones:

"Muy satisfecho, me adapto" (E.19)

"Muy satisfecha, esta mañana el otro hijo ya ha venido a verme" (E.05),

"Muy satisfecha" (E.08, E.12)

Respecto a las personas mayores que expresaron sentirse bastante satisfechas, fue por los siguientes motivos: *adaptación, falta de salud, autorrealización, tener dinero, adaptación y resignación*:

“Bastante satisfecho, me adapto” (E.18)

“Bastante satisfecho, pero no del todo, me falta salud” (E.20)

“Bastante satisfecho, como ya lo tengo todo hecho y me ha ido bien” (E.22)

“Bastante satisfecho/a” (E.01, E.02, E.09, E.11, E.13, E.15, E.16 E.23, E.24)

“Bastante satisfecho, sí, sí. Era muy rara mi vida, iba muy justo de dinero, ahora voy mejor” (E.25)

“Bastante satisfecho, a la fuerza, me gustaría ir a la montaña” (E.26)

“Bastante satisfecho, pero se han muerto los padres, hermanos, es lo que Dios va dando y debemos sobrellevarlo” (E.03)

“Digamos que bastante satisfecha” (E.06, E07)

“Bastante satisfecha, pero depende del día” (E.14)

Las personas que declararon estar bastante insatisfechas fue por *falta de salud, resignación y tristeza*:

“Bastante insatisfecha” (E.10)

“Bastante insatisfecha, porque no estoy bien, pero me he de aguantar” (E.04)

“Bastante triste (llora), por mi mujer, me da miedo que empeore” (E.17)

“Poco satisfecho” (E.21)

En cuanto a los resultados de los mayores respecto a la percepción de la felicidad, se observa que la respuesta más frecuente ha sido la de bastante feliz, datos que también aparecen en el estudio de CIS. Sin embargo, en el estudio realizado por CIS, eran mayores de 65 y más años sin limitaciones, en cambio en la lista ATDOM, todos los mayores eran dependientes, aunque a pesar de las diferencias, los resultados son semejantes (ver **tabla 5.14**). Dichos resultados, se asemejan al hecho llamado “la paradoja de la felicidad”, que destaca que los mayores manifiestan ser más o menos igual de felices que las personas más jóvenes. Aunque tal y como expresa Zamarrón (2006) esto no significa que no puedan alcanzarse niveles mas altos de bienestar y no debe realizarse estrategias para conseguirlo.

Tabla 5.14. Percepción de felicidad de los mayores

Percepción de felicidad	Cuidados y calidad de vida servicio ATDOM ¹ % (75 y más años) Dependientes	Indicadores de calidad de vida (CIS) ² % (65 y más años) No dependientes
Muy feliz	11,5	11,4
Bastante feliz	57,7	67,1
Poco feliz	30,8	18,3
Nada feliz	--	2,1
No contesta	--	1,2
Total	100 (n=26)	100 (n=519)

Fuentes: 1. "Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en Vilafranca del Penedès, 2007"

2. Sentimiento de felicidad según la edad. Estudio CIS 2380. P.56. (2000) en Indicadores de calidad de vida (Sastre et al., 2003).

Al analizar la percepción de felicidad en los ancianos del estudio, se observa que algunas de las personas dicen ser bastante felices por estar contentos con los hijos, la salud de la familia y adaptación a las circunstancias. En sociología, la Teoría del Rol (Parsons, 1999) volvería a explicarnos como la adaptación del anciano a su situación y posición social está relacionada con la percepción de felicidad de los mayores. Así, como la función social que ejerce la familia. Desde la psicología, el Modelo de Desempeño de Rol (Bigelow, Brodsky, Stewart y Olsen, 1982), relaciona la felicidad y la satisfacción con las condiciones sociales y ambientales necesarias en la satisfacción de las necesidades básicas, y la *Teoría de las Aspiraciones y Logros* (Campbell y col., 1976), detalla que en las personas mayores se da una menor divergencia entre las aspiraciones y los logros, fomentando una mayor adaptación y, por tanto, una mejor percepción de felicidad.

Cabe subrayar que en una de las entrevistas (E.20), la respuesta no concuerda con su expresión, puesto que la persona contesta llorando y al preguntarle el motivo, responde que se debe a no poder caminar, pero que con lo demás es bastante feliz:

"Bastante feliz" (E.01, E.02, E.04, E.11, E.12, E.16, E.18, E.20, E.22, E.23),

"Es complicado, mi marido ya hace 4 años que no está, pero es la vida, pero estoy bastante feliz" (E.03)

“Bastante feliz, con mi hija estoy contenta” (E.14)

“Bastante feliz, pero siempre se tiene algo, pero estoy acostumbrada a estar sola” (E.15)

“Bastante feliz, por la salud de la familia” (E.24)

“Bastante feliz dentro de mis circunstancias” (E.26)

La no felicidad, la asocian a la pérdida de familiares, por tener a la familia con mala salud, por tener pocos recursos o por no poder visitar a familiares que viven lejos:

“No, estoy poco feliz, cuando veo a mi marido que está mal y mi hijo mayor tampoco está muy bien, y está al paro” (E.06)

“No lo sé, poco feliz” (E.07)

“Poco feliz, al faltar gente” (E.09)

“Poco feliz” (E.10, E.25)

“Poco feliz, las otras hermanas no las vemos” (E.13)

“No, soy poco feliz” (E.17), “Poco feliz o nada (llora)” (E.21)

En cuanto a la variable que determina cuáles son los aspectos más satisfactorios para el mayor, los resultados muestran los siguientes: estar con la familia, tener compañía, estar en casa y/o pasear, sentirse cuidado y también no hacer nada en especial (ver **tabla 5.15**). La familia siempre es uno de los elementos más importante para la persona mayor dependiente.

Tabla 5.15. Aspectos que producen más satisfacción a los mayores dependientes

Aspectos	%
Estar con la familia	65,4%
Tener compañía	3,8%
Estar en casa y/o pasear	11,6%
Sentirse cuidado	3,8%
Nada especial	15,4%
Total	100 n=26

Fuente: Elaboración propia “Estudio Cuidados y Calidad de Vida en Vilafranca del Penedès, 2007”

En las líneas siguientes se muestran las distintas respuestas que realizan los mayores en relación a los aspectos que más satisfacción les producen. Algunas de las respuestas que muestran a la familia como uno de los aspectos que mayor satisfacción produce a los mayores, se presentan en las siguientes líneas:

- “Estar con toda la familia” (E.01)*
- “Estar más o menos bien, la familia (me gusta que vengan mis nietos) y hacer ganchillo” (E.03)*
- “Ver a los nietos, sobre todo los más pequeños” (E.04)*
- “Poder estar con la familia y estar bien, ir a Montserrat” (E.05)*
- “Mis dos nietas, como siempre he tenido niños” (E.06)*
- “No lo sé, estoy contenta porque veo toda la familia” (E.07)*
- “Tener salud y la familia” (E.09). “La familia” (E.11)*
- “Estar bien con el hijo” (E.12). “Vivir con mis hermanas” (E.13)*
- “Tener mi hija al lado (risas)” (E.14). “Los nietos” (E.16)*
- “Estar con la familia” (E.18). “Estar con la familia y amigos” (E.19)*
- “Tener más hambre, no tengo hambre, deben ser las pastillas, pero sobre todo la familia unida” (E.22)*
- “Ver los nietos y el bisnieto” (E.23)*
- “La salud de la familia” (E.24)*

Otras situaciones que producen satisfacción a los mayores entrevistados es el tener compañía:

- “Tener compañía y respeto” (E.08)*

Estar en casa y/o pasear son otros de los motivos de satisfacción en los mayores:

- “No lo sé, estar en casa, mi vida es estar en casa, cuando era joven sí salía, pero me gusta estar aquí” (E.25)*
- “Mirar la tele y salir a pasear” (E.15)*
- “Pasear por la calle” (E.17)*

El sentirse bien cuidado es otro motivo que se resalta en una entrevista:

- “Que me siento bien cuidado, que me cuiden” (E.20).*

Algunas de las personas expresan que no hay nada que les produzca satisfacción en este momento de su vida:

“Nada, porque la situación que me gustaría que mi mujer me conociera, estoy triste (llora). No nos ayuda nadie, el estado ayuda solo a los extranjeros” (E.21)

“Nada, nada” (E26), “Nada en especial” (E.02), “Nada” (E.10).

En relación a las necesidades no satisfechas, los resultados muestran que son diversas las necesidades no satisfechas en el momento actual de su vida, siendo sobre todo el no poder caminar y trasladarse, y la falta de salud, las necesidades más alteradas en los mayores dependientes entrevistados (ver **tabla 5.16**). Dichos resultados, se asemejan a la teoría universalista de los autores Doyal y Gough (1994), al determinar como necesidades que deben satisfacerse, la salud y autonomía. Desde la enfermería, también Virginia Henderson (1971), remarca como importantes la autonomía y la salud, así como la teoría de necesidades de Maslow (1954). Desde el funcionalismo sociológico de Parsons (1951), la satisfacción de dichas necesidades estará en función de la internalización en el sistema de personalidad (socialización) y de las pautas culturales que están institucionalizadas.

Tabla 5.16. Necesidades no satisfechas en los mayores dependientes

Necesidades	%
Caminar y trasladarse	57,7%
Tener más salud	11,6%
No sentirse realizado	3,8%
No hay ninguna necesidad insatisfecha	26,9%
Total	100 n=26

Fuente: Elaboración propia “Estudio Cuidados y Calida de Vida en Vilafranca del Penedès, 2007”

En las frases siguientes se muestran las respuestas de los mayores en relación a las necesidades no satisfechas, observándose que el ser autónomo, poder caminar y trasladarse para realizar salidas fuera del hogar, son las necesidades no satisfechas que los mayores destacan con más frecuencia:

“Salir más y ser más independiente” (E.02)

“Caminar. No me quejo, comprendo los años que tengo” (E.03)

“Salir más y poder caminar” (E.04, E.16, E.21)

“Caminar, poderse mover mejor” (E.06, E.07, E.09, E.11, E.19, E.20, E.22, E.23, E.26)

“Poder caminar, el año pasado aún iba al mercado” (E.15)

El estado de salud también es expresado por los mayores como necesidad no satisfecha:

“No poder vivir sin el oxígeno y no poder caminar” (E.17)

“No poder ver y respirar mal” (E.18), “La salud” (E.25)

Otra necesidad que se destaca en una sola entrevista es sentirse autorrealizado/a:

“Autorrealización, porque quería ser cantante y no me dejaron y tener mejores relaciones” (E.10)

Algunas de las personas expresan que no hay ninguna necesidad no satisfecha en este momento de su vida:

“Ninguna” (E.01, E.05, E.12, E.24)

“Ninguna, porque le gusta estar en casa” (E.08)

“Todo está bien” (E.13)

“Ninguna, bueno a lo mejor cuando mi hermana murió, la pusieron separada de los padres, yo era de Sant Marçal” (E.14)

También hemos incluido en las variables del estudio, identificar las iniciativas que proponen los mayores para mejorar su calidad de vida, siendo de interés identificar las opiniones de los mismos. Se encuentran algunas iniciativas que coinciden con las necesidades que los mayores expresan no tener satisfechas y algunas de ellas se parecen más a deseos que a propuestas, tales como tener salud o tener familia. En las líneas siguientes se muestran las respuestas realizadas por los mayores estudiados.

Se resalta que algunos de los mayores consideran que para mejorar su calidad de vida necesitarían ser más autónomos, poder caminar, salir más y viajar:

“Poder andar, salir. El teléfono debería ser gratis a las personas mayores para hablar más con la familia” (E.03)

“Poder salir más, que mi hijo encontrara trabajo” (E.06)

“Poder caminar (se ríe)” (E.07)

“Caminar mejor y poder salir más” (E.09)

“Salir a pasear” (E.15)

“Poder salir y que no me duelan las piernas” (E.14)

“Poder caminar y tener más hambre” (E.22)

“Poder andar” (E.20)

“Poder viajar” (E.02)

“Volver a Andalucía” (E.24)

Otro grupo destaca que tendrían mejor calidad de vida si tuvieran mejor salud:

“No lo sé, a lo mejor tener menos dolor” (E.04)

“Más salud” (E.12)

“Recuperar la visión” (E.18)

“No lo sé, ser más joven (risas) tener salud, es lo que añoro, no estoy muy bien” (E.25)

“Poder conducir el coche” (E.19)

Como respuestas más objetivas y que pueden ser tomadas en cuenta por las administraciones públicas para poder mejorar la calidad de vida de los mayores, se muestran las respuestas que reflejan la necesidad de poder acceder a determinados recursos e infraestructuras:

“Que me operen y vaya bien y que pongan ascensor” (E.11)

“La bañera adaptada” (E.13)

“Nada, conformarse, sacar las escaleras de abajo. Lo hemos hablado con los vecinos y no cabe un ascensor o escaleras mecánicas. Hay personas que dicen que me venda el piso y compre otro, pero son muy caros” (E.16)

“Que inventaran una mochilla de oxígeno para ir por la calle” (E.17)

“No ver a mi mujer como está, en la cama, que estuviera en una residencia, y la pudiera ver, llevamos 60 años juntos, más recursos a los mayores” (E.21)

Otra de las cosas que destacan los mayores para tener una mejor calidad de vida, son tener buenas relaciones personales y el hecho de tener una familia:

“Tener mejores relaciones personales” (E.10), “Nada, tener una familia” (E.26)

Algunos de los mayores no proponen ninguna situación o recomendación para mejorar su calidad de vida:

“Nada que pueda arreglarse” (E.01), “Nada” (E.08, E.23), “Sacar la lotería???” (risas). Nada” (E.05)

Una vez detalladas las iniciativas o deseos descritos por los mayores, se resumen las iniciativas objetivas que proponen las personas mayores dependientes para mejorar su calidad de vida, y se observa que muchas de las respuestas, indican que las tecnologías e infraestructuras pueden ayudar a satisfacer las necesidades y calidad de vida de los mayores dependientes:

- Teléfono gratis para todos los mayores.
- Más recursos y ayudas para realizar infraestructuras en los pisos antiguos para:
 - ⇒ Colocar ascensores.
 - ⇒ Colocar escaleras o grúas mecánicas en pisos que no pueda colocarse ascensor.
 - ⇒ Adaptar la bañera o colocar duchas.
- Acceso a mochillas de oxígeno pequeñas para poder caminar por la calle.
- Facilitar las visitas a personas que tengan su pareja en una residencia.
- Colocar más bancos para sentarse y que éstos sean más altos, en las calles y paradas de autobús de la ciudad de Vilafranca.
- Aumentar el número de casales y centros sociosanitarios en la ciudad.
- Aumentar la frecuencia de autobuses.

En relación a la demanda que los mayores realizan para mejorar los distritos, se subraya que son los distritos de *l’Espirall, Poble Nou y Sant Julià*, los barrios que según los mayores deben realizarse algunas mejoras, detallando

que hacen falta más bancos para sentarse en las calles y en las paradas de autobús. Más concretamente en el distrito de *Sant Julià* se piden más casaes de ancianos y más frecuencia de paso de autobuses y en el de la *Barceloneta* más tiendas y servicios.

Sintetizando los elementos que los mayores perciben como importantes en su calidad de vida, podemos observar que estos son diversos, se clasifican desde un punto de vista objetivo, como puede ser tener recursos, o bien desde un punto de vista subjetivo, como por ejemplo, estar adaptado y sentirse feliz y satisfecho con su vida actual; en las siguientes líneas se presenta la síntesis de todas las respuestas realizadas por los mayores:

- Adaptarse a la situación, estar feliz y satisfecho.
- Tener recursos
- Tener buena salud
- Tener autonomía y poder caminar
- Tener compañía y estar con la familia
- Tener buenas relaciones familiares
- Sentirse querido
- Vivir en su hogar y tener la vivienda adaptada
- Poder salir al exterior de su vivienda
- Tener ayudas técnicas
- Tener servicios adaptados en su distrito
- Sentirse cuidado
- Tener las necesidades satisfechas

Si comparamos los elementos descritos por los mayores como importantes en su calidad de vida con los resultados de otros estudios,²⁶ observamos los siguientes elementos coincidentes:

- Estado de salud
- Autonomía
- Relaciones familiares
- Estado de la vivienda
- Entorno, transporte y nuevas tecnologías
- Recursos y servicios
- Participación e integración social
- Satisfacción en las condiciones de vida

²⁶ Algunos de los autores que también identifican los mismos elementos son (Bazo, 1998; Azpiazu et al., 2002; Gómez Vela y Sabeh, 2006; Walker, 2004; Fernández- Mayoralas et al., 2007).

Conclusiones

Se observa que las mujeres mayores son las principales receptoras de cuidados informales, sobre todo por tener una mayor esperanza de vida, dichos resultados son similares a los resultados de Cataluña y España.

En cuanto al nivel de estudios, son bajos y con pocos ingresos mensuales, siendo las mujeres las que reciben pensiones económicas de menor cuantía, por ser la mayoría viudas y no haber cotizado en la seguridad social.

En general, se observa que los mayores dependientes viven cerca o en el mismo distrito que sus cuidadores principales. De forma que en situaciones de dependencia los mayores no están solos. Esta situación parece favorecer el cuidado del mayor facilitando el trabajo del cuidador.

En cuanto a la alimentación de los mayores dependientes de la ciudad de *Vilafranca*, se observa que los mayores no realizan una dieta rica en frutas y verduras. Nos percatamos que su hidratación diaria es precaria y que el consumo de vino en las comidas es una práctica habitual. Consumen un aporte diario adecuado de proteínas. Los mayores realizan algún tipo de ejercicio, sobre todo pasear o caminar. En general, los mayores no hacen muchas salidas de ocio; aunque les visitan en su domicilio personas distintas a los que conviven con ellos, evitando de esta forma que los mayores se sientan solos y aislados. Sin embargo, sí tienen disminuidas las relaciones sociales fuera de su domicilio, y con personas de su misma edad, y aunque admiten que les gustaría poder salir y relacionarse, se adaptan por su situación de persona mayor y dependiente.

En cuanto a los cuidados que recibe el mayor, los entrevistados están satisfechos y se sienten bien atendidos con todos sus cuidadores, tanto con los familiares, como con los cuidadores formales. Los mayores, encuentran muy necesaria la función que realizan los profesionales del servicio ATDOM, puesto que al no poder acudir con frecuencia al ambulatorio, dichos profesionales

detectan sus necesidades y les ayudan. Destacan de forma muy positiva la relación con los profesionales enfermeros, puesto que son los que más acuden a su domicilio para realizar sus cuidados. La mayoría de mayores participa en sus cuidados en la forma que puede.

Se destaca que, en general, la percepción del estado de salud del mayor no es del todo mala, sin embargo la mayoría tiene más de una enfermedad crónica. Respecto al nivel de dependencia se obtiene una media de dependencia funcional leve, aunque un alto porcentaje de mayores, presentan una dependencia moderada, siendo la actividad de higiene y la de ayuda para realizar las compras las necesidades que más precisan de cuidador. La mayoría están satisfechos con su vivienda y distrito; sin embargo, algunos no pueden salir de casa o pasear tranquilamente por la vivienda debido a la existencia de barreras arquitectónicas.

En las definiciones de calidad de vida realizadas por los mayores, se observa que tener salud es el elemento que describen con más frecuencia, pero no el único, también valoran: las buenas relaciones, el adaptarse, el sentirse querido y acompañado, el tener dinero, ayudas y recursos, y el tener vida social. La mayoría de mayores percibe una buena calidad de vida, y lo relaciona principalmente con la adaptación, le sigue el tener recursos, tener salud, tener amor, tener autonomía y estar bien atendidos por los familiares. En relación a la percepción de felicidad, se observa que una parte importante de mayores, se muestran bastantes felices, y lo relacionan con estar contentos con los hijos, la salud de la familia y la adaptación a las circunstancias y a la edad.

En general los entrevistados están bastante satisfechos con su vida actual y con su vida familiar, aunque les gustaría poder ser más autónomos. Cabe destacar que la capacidad de adaptación a las circunstancias y al rol social que ocupan, es un elemento importante a tener en cuenta en la satisfacción con la vida y en la valoración de la calidad de vida de estos mayores. La visión funcionalista de Parsons, explicada en el capítulo 1, puede ayudar a comprender dicha situación.

En relación a las iniciativas para mejorar la calidad de vida, proponen los propios interesados más recursos para mejorar su vivienda interior y poder acceder a su exterior. También reclaman más espacios exteriores y que estos estén mejor adaptados a las necesidades de las personas mayores. De forma, que piensan que las nuevas tecnologías y las infraestructuras pueden ayudarles a satisfacer sus necesidades en la dependencia.

Capítulo 6. Cuidador familiar y profesional del mayor dependiente

“Felicidad no es hacer lo que uno quiere sino querer lo que uno hace” (Jean Paul Sastre, 1905-1980)

El objeto de este capítulo es presentar la discusión e interpretaciones de los resultados referentes a las opiniones, definiciones y valoraciones de las entrevistas realizadas a los cuidadores familiares de las personas mayores dependientes de 75 y más años atendidas por el servicio ATDOM y de los profesionales de enfermería de este servicio. El papel de los profesionales sanitarios del servicio ATDOM, es identificar las necesidades de los mayores y cuidadores familiares con la finalidad de ayudarles en los cuidados de larga duración. La discusión se desarrolla dando respuesta a los objetivos de la investigación, y relacionándolo con otros estudios encontrados en la revisión de la literatura.

6.1. Cuidadores familiares

En el cuidador familiar se especificarán las siguientes variables: a) datos sociodemográficos, b) estilo de vida, c) relaciones personales con la persona mayor dependiente, d) estado de salud y nivel de dependencia de la persona mayor, e) estado de salud del cuidador; f) formación y motivación para cuidar; g) sentimientos y sobrecarga al cuidar, h) utilización y satisfacción de los servicios sociosanitarios; i) características del entorno y j) percepción de calidad de vida. Justificamos dichas variables por identificar en la literatura que son elementos importantes en la valoración de la calidad de vida del cuidador, detallándolo en el capítulo 1 y 2 de la presente tesis. Se entiende por cuidador familiar principal a la persona que asume la responsabilidad de la mayor parte de los cuidados prestados a la persona dependiente, siendo en muchas ocasiones los que más se preocupan por el familiar dependiente (García et al., 2004; Carretero et al., 2006).

Los cuidadores familiares que se han entrevistado son en su mayoría mujeres, con una media de edad de 64 años. La distribución por género muestra que las

mujeres representan el 72,7% del total de los cuidadores familiares. Se observa, que en primer lugar, son las hijas las principales cuidadoras, siendo los cónyuges los que ocupan el segundo lugar en la realización de los cuidados principales, en tercer lugar los hijos y en último lugar otros familiares. Este dato es una realidad en otros estudios realizados sobre cuidadores familiares, donde se observa que la mujer es la principal cuidadora (Rodríguez, 1995a; Domínguez-Alcón, 1998a; Alberdi, 1999; Campo, 2000; Pérez Díaz, 2003; IMSERSO, 2005b; Carretero et al., 2006; *Consell Comarcal de l'Alt Penedès*, 2006; Crespo y López, 2007; Fernández-Mayoralas et al., 2007; Gallart 2007). Además, este dato ya se daba en los años 80 (Rodríguez, 1994). Se tendrá que seguir estudiando, si esta variable tiene la misma tendencia en las próximas décadas, para determinar si el cuidado sigue siendo femenino y singular.

Es esencial saber el entorno en el que vive el cuidador y la distancia a la que se encuentran de sus familiares enfermos. Se ha identificado que los distritos en el que viven los cuidadores familiares son mayoritariamente *l'Espirall* (31,8%) y *Poblenou* (27,3%). Los resultados indican que el 95% de los cuidadores familiares viven en la misma ciudad que la persona mayor a la que cuidan y, además, muchos cuidadores viven en el mismo distrito. Ello indica que en casos de dependencia, los mayores son cuidados por sus familiares más próximos, y en caso de no vivir próximos, los cuidadores o los mayores se trasladan a viviendas cercanas, de forma que dicho acercamiento facilita un mejor contacto y en definitiva unos cuidados más personalizados.

El estado civil del cuidador principal es el de casado/a (ver **tabla 6.1**) y en referencia a identificar si tienen descendencia se observa que el 81,8% de los cuidadores tiene hijos.

Tabla 6.1. Situación familiar de los cuidadores familiares de las personas mayores dependientes

Estado civil	%
Casado/a	77,3
Soltero/a	18,2
Viudo/a	4,5
Total	100 n=22

Fuente: Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en *Vilafranca del Penedès*, 2007"

Al determinar la actividad laboral del cuidador, se muestra que un 36,4% realiza las tareas del hogar y un 27,3% están jubilados/as. De los que tienen retribución se distribuyen de la siguiente manera: un 9,1% están ocupados a tiempo parcial y un 22,7% están ocupados a tiempo completo. El resto (4,5%) se encuentra en otras situaciones²⁷. Así se observa que más de la mitad de los cuidadores no están en el mercado laboral, situación que puede deberse a la edad del cuidador, a su elección por cuidar o bien por no poder compaginar el trabajo y el cuidado del mayor dependiente.

En cuanto al nivel de estudios, comprobamos que más de dos tercios de los cuidadores entrevistados tienen un nivel de estudios muy bajo; tienen estudios primarios. Esta situación también se identifica a nivel nacional, observándose que los estudios más frecuentes en los cuidadores informales son los estudios primarios (ver **tabla 6.2**). En general el nivel de estudios es bajo.

²⁷ Resultados también identificados en otros estudios (IMSERSO, 2004a; IMSERSO, 2005b; Carretero et al., 2006; Crespo y López, 2007; Gallart, 2007).

Tabla 6.2. Nivel de estudios de los cuidadores familiares de las personas mayores dependientes

Nivel estudios	Cuidados y calidad de vida ¹ %	IMSERSO/Gfk-Emer (2004) ² %
Sin estudios	22,7	17,1
Primarios	45,5	43
Secundarios	22,7	32,6
Universitarios	9,1	7
NS/NC	--	0,3
Total	100 (n=22)	100 (n=861)

Fuentes:1. Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en Vilafranca del Penedès, 2007"

2. "IMSERSO/Gfk-Emer.(2004c) "Encuesta de Apoyo informal a los mayores en España". IMSERSO.

En relación a la situación económica y la cuantía total de ingresos de los cuidadores no es muy alta, puesto que solamente una persona tiene unos ingresos superiores a 1200 euros al mes, y tres cuidadores no reciben ninguna pensión (ver **tabla 6.3**). Es complicado establecer una línea general de la situación económica de los cuidadores familiares, aunque la tendencia indica niveles no muy altos de ingresos, sobre todo si se tiene en cuenta que la mayoría de cuidadores informales son mujeres, tal como se observa en los estudios de Carretero et al., 2006 y Crespo y López, 2007. Es de interés conocer la situación económica para ver la necesidad de ofrecer recursos desde las instituciones públicas.

Tabla 6.3. Cuantía total de ingresos de los cuidadores familiares de las personas mayores dependientes

Cuantía	%
Menos de 300 euros	13,6
Entre 301 y 600 euros	27,3
Entre 601 y 900 euros	9,1
Entre 901 y 1200 euros	27,3
Más de 1200 euros	4,5
Nada	18,2
Total	100 n=22

Fuente: Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en Vilafranca del Penedès, 2007"

Determinar el estilo de vida del cuidador nos permite identificar si se cuidan lo suficiente y si no lo hacen identificar su motivo, es importante resaltar que para cuidar a los demás, se necesita saber cuidarse de uno mismo. En primer lugar, se ha estudiado la alimentación, evaluando los siguientes indicadores: a) alimentos que consumen; b) número de comidas que realiza al día y c) hidratación diaria. En cuanto a los alimentos que consumen los cuidadores familiares, la mayoría consume una cantidad apropiada de proteínas (ver **tabla 6.4**). Sin embargo, no realizan una dieta equilibrada, ya que para ello deberían consumir dos piezas de fruta y verdura al día, y sólo la mitad de los cuidadores las consumen. Respecto al número de comidas que realizan estos cuidadores, observamos que un 90,9% toma 3 comidas completas al día, y lo recomendable son cuatro comidas al día, siendo tres de ellas completas. Acerca de la hidratación se observa que en general los cuidadores se hidratan poco ya que sólo un 27,3% bebe más de 5 vasos de agua diarios.

Tabla 6.4. Alimentación de los cuidadores familiares

Alimentos	%
Huevos y legumbres de una a dos veces por semana	95,5
Carne, pescados o aves diariamente	95,5
Dos piezas de fruta y verdura diarias	50
Productos lácteos diariamente	90,9

Fuente: Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en *Vilafranca del Penedès*, 2007"

En el estilo de vida del cuidador cuentan las relaciones sociales, que se miden valorado: a) frecuencia de salidas de ocio; b) utilización del tiempo libre; c) demanda de tiempo libre. Las relaciones sociales de los cuidadores familiares son bastante precarias, ya que en su mayoría no realizan nunca salidas de ocio. El poco tiempo libre que tienen lo utilizan sobre todo para estar en casa, principalmente viendo la televisión y/o leyendo. Otros van al cine o teatro, hacer ejercicio, estar con los amigos y no hacer nada. Se destaca que más de la mitad de los cuidadores necesita más tiempo libre para realizar actividades de ocio. Se observa, que en líneas generales los cuidadores manifiestan tener poco tiempo libre para realizar actividades de ocio y frecuentar sus relaciones

sociales (INSERSO et al., 1995; Montorio et al., 1998; Campo, 2000; Defensor del pueblo, 2000; Delicado, 2002; IMSERSO y Gfk-Emer 2004c; IMSERSO, 2005b; Carretero et al., 2006; Pérez, 2006; Gallart 2007).

Realizar ejercicio es necesario para llevar un estilo de vida saludable, y en relación a esta variable se ha verificado: a) el número de cuidadores que realizan ejercicio; b) tipo de ejercicio; c) frecuencia de realización del ejercicio y d) motivos por lo que no se realiza ejercicio. Se observa que un 72,7% de los cuidadores realizan ejercicio físico y la actividad física practicada con diferencia es caminar, además, algunos consideran como ejercicio realizar las tareas del hogar (ver **tabla 6.5**). De hecho lo importante, es no tener un tipo de vida sedentaria, puesto que predispone padecer enfermedades que pueden llevar a la dependencia.

Tabla 6.5. Tipo de ejercicio que realizan los cuidadores familiares

Ejercicio	%
Caminar	50
Gimnasia	13,7
Tareas del hogar	4,5
Yoga/pilates	4,5
No realizan ejercicio	27,3
Total	100 n=22

Fuente: Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en *Vilafranca del Penedès*, 2007"

La frecuencia en la realización de ejercicio es diaria en un 50 % de los casos. Respecto a los motivos por lo que los cuidadores no realizan ejercicio son por falta de tiempo o por estar enfermo.

En relación al descanso de los cuidadores principales, se han analizado a través de los siguientes indicadores: a) la media de horas que duermen los cuidadores y b) cansancio del cuidador y motivos. Se ha visto que los cuidadores duermen una media de 6,9 horas. Más de la mitad de ellos

duermen menos de 8 horas al día, no descansan lo suficiente y, por tanto, ello se refleja en que más de la mitad aseguran sentirse cansados durante el día. Los principales motivos de cansancio son el insomnio y la enfermedad. Hay otras respuestas como el dolor, la edad, las tareas de casa, y los nervios. En algunos estudios (Campo, 2000; IMSERSO y Gfk-Emer, 2004c; Ballester et al., 2006; Pérez, 2006) también se refleja que en general los cuidadores familiares suelen sentirse cansados, identificándose que las enfermedades y el insomnio son algunos de los principales motivos de cansancio.

Otra de las variables analizadas en los cuidadores estudiados, son los hábitos tóxicos, analizando el consumo de tabaco y el consumo de alcohol. El motivo de incluir dicha variable, fue creer que debido al estrés que conlleva ser el cuidador principal de una persona mayor dependiente, podría existir un abuso de ciertas sustancias tóxicas, pero los resultados muestran que el 95,5% de los cuidadores no es fumador y que un 40,9% bebe vino, que lo consume sobre todo durante las comidas. Algunos cuidadores consumen ocasionalmente cerveza y cava. Así los resultados indican que no se detecta un abuso de sustancias tóxicas en los cuidadores.

Es necesario saber las relaciones personales entre cuidadores y mayores, pues influyen en la percepción de un determinado bienestar. Cuando las relaciones son buenas se solventan mejor las situaciones problemáticas que conlleva realizar cuidados de larga duración. Por ello, uno de los objetivos del estudio es constatar las relaciones que se establecen entre cuidadores y mayores. Se ha observado que un 81,8% de los cuidadores familiares manifiestan tener una buena relación con la persona que cuidan y nadie manifiesta una mala o muy mala relación (ver **tabla 6.6**). Otros estudios también determinan como buenas las relaciones entre personas mayores dependientes y cuidadores familiares (Buz et al., 2004; *Fundació Viure i Conviure*, 2006; Fernández-Mayoralas et al., 2007). Dichos datos son de utilidad para identificar si el cuidador puede estar cansado de ejercer el rol de cuidador principal del mayor dependiente y para valorar si existe algún tipo de abuso o maltrato.

Tabla 6.6. Relaciones entre cuidadores y personas mayores dependientes

Relaciones	%
Muy Buena	27,3
Buena	54,5
Correcta	18,2
Total	100 n=22

Fuente: Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en *Vilafranca del Penedès*, 2007"

En cuanto a la satisfacción con las relaciones personales se observa que el 86.4% de los cuidadores muestran satisfacción con sus relaciones y los motivos son sobre todo por tener buenas relaciones (72,5 %) y relacionarse con buenas personas (13,6 %). En cambio los cuidadores que manifiestan no estar satisfechos con sus relaciones expresan que los motivos son por tener discusiones tontas y desengaños.

Al valorar la satisfacción con la vida familiar, en una escala de 0 a 10, comprobamos que más de la mitad de los cuidadores manifiestan estar satisfechos con una puntuación de 8 y más puntos, situación que favorece la realización de unos buenos cuidados. También favorece el cuidado, el hecho de sentirse valorado como cuidador, y se observa que el 86,4% de los cuidadores se sienten valorados por las personas que cuidan; tal situación ayuda a percibir mejores relaciones entre cuidador y persona mayor. Los motivos por los cuales se sienten valorados por la persona a la que cuidan son: porque la persona mayor expresa estar agradecida y así se lo comunica, porque así lo perciben, o porque los mayores no se quejan. Aquellos que no se sienten valorados, expresan que se debe a la exigencia e insatisfacción del mayor respecto a los cuidados proporcionados.

También se ha analizado el estado de salud y el nivel de dependencia de los mayores según la opinión de los cuidadores; el motivo es tratar de averiguar si como colectivo, los mayores se identifican tal y como los describen los cuidadores. Se observa que en general los cuidadores reflejan que el estado de salud de los mayores no es percibido como muy malo, clasificando como más

frecuente el estado de salud regular(ver **tabla 6.7**). Las enfermedades más frecuentes que padecen las personas mayores, según la opinión de sus cuidadores, son en primer lugar las enfermedades cardíacas y, en segundo las enfermedades óseas y articulares. Y en cuanto a la automedicación, el 95,5% de los mayores no se automedican, sobre todo porqué los cuidadores familiares son los que les controlan la medicación que deben tomar.

Tabla 6.7. Percepción de salud de los mayores dependientes según el cuidador familiar

Percepción	%
Muy Buena	4,5
Buena	22,7
Regular	50
Mala	13,7
Muy mala	9,1
Total	100 n=22

Fuente: Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en *Vilafranca del Penedès*, 2007"

En relación a la dependencia del mayor, los cuidadores manifiestan que las ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria) son en las que los mayores necesitan más ayuda, sobre todo en bañarse o ducharse, y respecto a las AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria) en la preparación de la comida. En cuanto al número de horas diarias que los cuidadores dedican como media a cuidar a la persona mayor se establece en 6,9 horas al día, datos que coinciden con otros estudios²⁸, que delimitan las horas de cuidado del mayor entre 7 y 10 horas diarias.

Otro dato importante era conocer el estado de salud del cuidador. Pues si el cuidador no goza de buena salud, tiene más posibilidades de empeorar su enfermedad y de ofrecer unos cuidados de menor calidad al mayor que recibe sus cuidados. Los resultados muestran que la percepción de salud más

²⁸ Resultados también identificados en otras investigaciones (INE; 2004; IMSERSO, 2005b; Carretero et al., 2006).

frecuente en los cuidadores es de regular en el caso de nuestro estudio,²⁹ sin embargo, en el estudio del IMSERSO (2004) la percepción más frecuente es la de un buen estado de salud (ver **tabla 6.8**).

Tabla 6.8. Percepción del estado de salud del cuidador familiar

Percepción del estado de salud	Cuidados y calidad de vida ¹ %	IMSERSO/Gfk-Emer (2004) ²
Muy buena	4,5	10,1
Buena	31,9	41,6
Regular	54,6	38,2
Mala	4,5	8,3
Muy mala	4,5	1,3
Total	100 (n=22)	100 (n=1.504)

Fuentes:1. Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en *Vilafranca del Penedès*, 2007".

2. "IMSERSO/Gfk-Emer (2004c) "Encuesta de Apoyo informal a los mayores en España".

En cuanto a las enfermedades se destaca que el 90,9% de los cuidadores familiares tiene alguna enfermedad crónica, siendo las enfermedades más frecuentes las enfermedades óseas y articulares, aunque también padecen enfermedades cardíacas y psicológicas. Al ser mujeres la mayoría de cuidadores, no pueden establecerse comparaciones sobre las enfermedades de los cuidadores según género. Algunos estudios establecen que los problemas osteoarticulares, las lumbalgias, la sobrecarga, la artritis y la hipertensión son algunas de las enfermedades más frecuentes en los cuidadores (Segura et al., 1998; Bover, 2004; García, 2004; Pérez, 2006; Crespo y López, 2007).

En relación a la automedicación en los cuidadores, se resalta que el 95,5% de los cuidadores afirma no automedicarse; en relación a la medicación más utilizada por los cuidadores se observa en primer lugar los antihipertensivos y en segundo lugar el calcio. Hay otros fármacos señalados como los

²⁹ Son algunos los estudios que muestran que los cuidadores familiares perciben en general un buen estado de salud, siendo en muchos casos percibida como regular (IMSERSO, 2005b; Crespo y López, 2007).

antidepresivos, analgésicos, antidiabéticos, protectores gástricos y otros. Destacamos que no se observa una clara relación entre ser cuidador y el aumento del consumo de determinados fármacos, sin embargo, se observa la toma de antidepresivos como tercera opción de consumo entre los cuidadores entrevistados³⁰. Respecto a los síntomas más habituales del cuidador, los resultados muestran que los síntomas físicos más frecuentes son el dolor óseo y el dolor de espalda y los síntomas psíquicos la depresión y la angustia; y es preciso destacar que hay un número elevado de cuidadores que padecen insomnio. Otros síntomas que aparecen son: el dolor de estómago, la hipertensión, los problemas sensoriales y el dolor de cabeza. Varias investigaciones señalan en los cuidadores la presencia de problemas psíquicos y el sentirse cansados (Delicado, 2002; Ballester et al., 2006; Crespo y López, 2007).

Identificar si el cuidador realiza un buen autocuidado, es un elemento clave que ayuda a aproximarnos al nivel de carga que tiene el cuidador familiar. Aunque no siempre tiene que por ser así, pues hay personas que no se cuidan por pereza o por otros motivos, que no son la falta de tiempo. En nuestro estudio se identifica que menos de la mitad de los cuidadores afirman cuidarse, siendo la falta de tiempo el principal motivo de no llevar a cabo el autocuidado. Algunos estudios confirman el déficit de autocuidados en los cuidadores familiares, lo que significa que descuidan de esta forma su propia salud (IMSERSO y CSIC, 2001; Rodríguez et al., 2006a; Crespo y López, 2007). Este déficit de autocuidados influye de forma negativa en la salud del cuidador y del mayor que recibe los cuidados.

También la motivación y la formación del cuidador son dos factores que influyen en la calidad de los cuidados que recibe el mayor. Respecto a la variable que determina si el cuidador ha recibido formación para realizar los

³⁰ En algunos estudios se muestra que los cuidadores familiares toman fármacos para tratar problemas psicológicos y de insomnio, relacionando de forma directa, el ser cuidador, con la toma de determinados medicamentos (IMSERSO, 2005b; Pérez, 2006; Crespo y López, 2007).

cuidados y si percibe necesario recibirla, los resultados indican que el 95,4% de los cuidadores no ha recibido ningún tipo de formación y el 68,1% no ve necesidad de recibirla. En general se comprueba que las personas cuidadoras afirman no necesitar formación para cuidar de sus mayores, en parte porque lo consideran dentro de su práctica habitual, y cuidar forma parte de sus vidas (Campo, 2000). En un estudio del IMSERSO (2005), un 42,1% de los cuidadores piensan que no necesitan formación y un 43,7 % ni se la plantean (IMSERSO, 2005b). Saber los motivos de cuidado, pueden ayudar a identificar el grado de implicación y motivación del cuidador en los cuidados del anciano. Entre los motivos por los que los cuidadores familiares cuidan de sus mayores, destaca sobre todo el cuidar por iniciativa propia³¹ (**tabla 6.9**). Sin embargo, cuidar por iniciativa propia, no siempre asegura el realizar unos buenos cuidados, puesto que aunque se haya elegido cuidar, está elección puede haber sido forzada por la situación y no por las ganas de cuidar del mayor. Un ejemplo de ello, es por el hecho de ser mujer, ya que cuidar es una tarea que se asigna al sexo femenino. Sin embargo, las personas cuidadoras de nuestro estudio exponen que cuidando se sienten satisfechas y se sentirían mal sino lo hicieran, su función es cuidar de las personas de su familia. Ello se relaciona con la socialización y la función de roles explicada desde el funcionalismo de Parsons (detallado en el capítulo 1 de la presente tesis).

Tabla 6.9. Motivos por lo cuales el cuidador familiar realiza los cuidados

Motivos de cuidado	Cuidados y calidad de vida ¹ %	IMSERSO/Gfk-Emer (2004) ²
Iniciativa propia	77,2	62,3
Decisión familiar	13,7	23,1
Única persona que podía	9,1	8,9
Lo pidió ella	--	5,1
Otras	--	--
Ns/Nc	--	0,8
Total	100 (n=22)	100 (n=1.504)

Fuentes: 1. Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en *Vilafranca del Penedès*, 2007".

2. "IMSERSO/Gfk-Emer (2004c) "Encuesta de Apoyo informal a los mayores en España".

³¹ Otras investigaciones coinciden con dichos resultados (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004d; IMSERSO, 2005b; Pérez, 2006).

En relación a identificar si el cuidador familiar recibe alguna compensación económica por realizar los cuidados de la persona mayor dependiente, los resultados muestran que el 90,9% de los cuidadores no cobran por realizarlos. En varios estudios se observa que la mayoría de los cuidadores familiares no cobran por realizar los cuidados del mayor (Campo, 2000; IMSERSO y Gfk-Emer 2004c). Sin embargo, recibir una compensación es un elemento motivador, y también lo es en el caso de los cuidados. A pesar de que la mayoría de cuidadores no cobran por cuidar, sí es cierto que en algunos casos, ser el cuidador principal implica heredar más beneficios o propiedades que los familiares que no realizan los cuidados.

Otro de los objetivos del estudio es identificar como perciben los cuidadores familiares la realización de los cuidados de larga duración. En cuanto a los sentimientos percibidos al cuidar, los resultados expresados por los cuidadores son diversos, incluso en las respuestas de un mismo cuidador, identificando que más de la mitad de los cuidadores percibe sentimientos positivos al realizar los cuidados (ver **tabla 6.10**). En relación a determinar si existe sobrecarga en los cuidados, los resultados indican según el test de Zarit (detallado en el capítulo 2) que hay una puntuación media de 37 puntos, lo que significa que en general los cuidadores no muestran sobrecarga en los cuidados, al no darse unos resultados superiores a 46 puntos (puntuación en la que existe sobrecarga). Sin embargo, encontramos unas siete personas que estarían rozando el nivel de sobrecarga de cuidados. Como experiencia propia en la aplicación del test, se ha visto que en algunas ocasiones no muestra la verdadera problemática, puesto que hay preguntas un poco agresivas de contestar, o bien son específicas para determinadas enfermedades; de forma que no siempre muestra la realidad de sobrecarga del cuidador.

Tabla 6.10. Sentimiento del cuidador familiar al cuidar de la persona mayor dependiente

Sentimientos	%
Satisfacción	36,4
Sentimientos positivos	22,7
Alegría	13,6
Falta de tiempo	9,1
Tranquilidad	9,1
Sentirse ocupada	4,5
Feliz y triste	4,5
Total	n:22 100

Fuente: Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en *Vilafranca del Penedès*, 2007"

Respecto a los años que el cuidador familiar realiza los cuidados principales del mayor, los resultados muestran que la media global se determina en 3,7 años. Acerca de si el cuidador recibe ayuda por parte de otros familiares o amigos, vemos que un 72,7% de los cuidadores sí la recibe y dicha ayuda proviene de los hijos/as (36,5%), de hermanos/as (31,7%) y del cónyuge (4,5%). Sin embargo, menos de la mitad de los cuidadores reciben una ayuda diaria de los familiares. Resultados que coinciden con los estudios realizados por el IMSERSO, 2005b y Carretero et al., 2006, que destacan que los cuidadores principales tienen sólo ayudas de forma ocasional en los cuidados del mayor.

Si quiere ayudarse a los cuidadores principales a disminuir la carga en los cuidados, las instituciones públicas deben informar de los recursos a los que pueden acceder el cuidador por parte de las administraciones y asociaciones. Al preguntarles a los cuidadores si han recibido información sobre programas destinados a disminuir la carga que supone ser el cuidador principal de una persona mayor dependiente, muy pocos responden haber recibido información de alguna institución, pues el 81,8% de los cuidadores responden que nadie les ha informado. El 18,2% que responde que sí ha sido informado, ha sido a partir de las siguientes instituciones: ambulatorio, ayuntamiento y hospital comarcal. Estos resultados muestran, por tanto, la necesidad de aumentar la información

a los cuidadores y familiares de personas con dependencia. Ejemplo de esta necesidad es que al preguntarles a los cuidadores si conocen los beneficios de la Ley de Dependencia, se establece que sólo un 36,4% conoce algo sobre de qué manera puede beneficiarle la ley.

La utilización y satisfacción de los servicios sociosanitarios también nos indican si los cuidadores se sienten apoyados por los recursos sociosanitarios de la ciudad. El servicio ATDOM (Atención Domiciliaria) ha sido utilizado para la selección de los entrevistados, de forma que a parte de este servicio, los servicios más utilizados por los cuidadores son los proporcionados por el Área Básica de Salud, seguidos del transporte adaptado y los servicios *Xec-Servei* del Ayuntamiento. Se destaca que los servicios sociales son menos utilizados que los servicios del ambulatorio, a veces por no necesitarlos y a veces por no conocerlos. Los siguientes estudios resaltan que se conocen mejor los servicios sanitarios que los servicios sociales (Casado y López, 2001; *Fundació Viure i Conviure*, 2006; Fernández-Mayoralas et al., 2007; Gallart, 2007). Se observa que los servicios de los que hay más satisfacción son también los más utilizados, siendo los tres más valorados: el servicio ATDOM, la Área Básica de Salud y el transporte adaptado. Los cuidadores familiares valoran de forma muy positiva a los profesionales enfermeros del servicio ATDOM, confían mucho en sus apreciaciones y ayudas, y les facilitan la realización de los cuidados de larga duración. Respecto a la opinión de los cuidadores sobre si existen suficientes recursos sociosanitarios en la ciudad de *Vilafranca del Penedès*, consideran que sí.

En cuanto a la relación que el cuidador familiar mantiene con el cuidador profesional, se constata que un 95,4% de los casos la considera como buena o muy buena y, en relación a los aspectos que los cuidadores familiares valoran del cuidador profesional, cabe destacar la amabilidad y la formación como lo más importante (ver **tabla 6.11**).

Tabla 6.11. Aspectos que el cuidador familiar valora en los profesionales

Aspectos	%
Amabilidad	59,2
Formación	22,7
Disponibilidad	13,6
Frecuencia de ayuda	4,5
Total	100 n=22

Fuente: Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en *Vilafranca del Penedès*, 2007"

Es importante determinar el entorno ambiental del cuidador, e identificar las características de la vivienda y distrito. En relación a la vivienda, observamos que el 90,9% de los cuidadores entrevistados están satisfechos con ella, y un 45,5% ha realizado cambios para adaptarla a las necesidades del mayor dependiente al que cuidan. Los cambios realizados con más frecuencia han sido sustituir la bañera por una ducha y otros cambios como: eliminar puertas, comunicar dos pisos, colocar una cama articulada, colocar una rampa o colocar una escalera mecánica. Respecto a la utilización de ayudas técnicas se identifica que la mayoría de los cuidadores no las utiliza. Respecto a la satisfacción con el distrito, el 81,8% de los cuidadores están contentos con él y un 63,6% de los cuidadores no propone ninguna mejora. De los que sí proponen mejoras se destaca: construir más plazas para pasear, colocar más bancos para sentarse (sobre todo en las paradas de autobús), ofrecer más servicios, colocar más rampas y tener menos ruidos externos.

Bienestar subjetivo

En referencia a como definen la calidad de vida los cuidadores familiares, se vió que es difícil y complicado establecer una definición de calidad de vida. En las respuestas obtenidas se identifican los elementos que ayudan a entender qué es para los cuidadores tener calidad de vida. Matizamos que un 77,2 % de los cuidadores remarcan la salud como elemento destacado de su definición de calidad de vida; en algunas definiciones se expresa de esta forma

exclusiva y en otras se incorpora junto a otros conceptos: tener dinero y recursos, tener buenas relaciones, tener amor, tener autonomía y tener trabajo.

Algunas de las respuestas determinan la salud como único elemento que participa en la calidad de vida, identificado en siete de las entrevistas realizadas:

“Tener salud” (E.01, E.02, E.07, E.09, E.10, E.13, E.14)

Algunas respuestas reflejan que aunque la salud es un elemento importante, no es el único y lo definen junto a otros conceptos, tales como el tener dinero o ayudas, tener buenas relaciones y tener autonomía, tal como se muestra en las siguientes líneas:

“Tener salud, recursos y buenas relaciones” (E.03)

“Tener salud, dinero y amor” (E.06)

“Salud y amor” (E.08)

“Tener salud, amor y recursos” (E.11)

“Tener salud y autonomía” (E.12)

“Hacer lo que uno quiere, tener salud y recursos” (E.19)

“Tener salud y buenas relaciones familiares” (E.20)

“Tener salud y trabajo” (E.21)

“Independencia y salud” (E.22)

Otros elementos identificados en los cuidadores son el tener tiempo y la adaptación a la situación actual:

Tiempo: *“Tener tiempo para disfrutar y estar bien con uno mismo” (E.04)*

“Hacer lo que uno quiere, poder salir” (E.16)

“Independencia y autonomía” (E.18)

Adaptación: *“Conformarte con la situación actual, adaptación” (E.05)*

“Estar a gusto con uno mismo, poder adaptarse a las nuevas situaciones” (E.15)

“Adaptarse a la vida, a la familia” (E.17)

Resumiendo, el tener salud, tiempo para el ocio y la vida social y adaptarse a la situación, son elementos que destacan los cuidadores como determinantes de la calidad de vida, de la misma forma como aparece en otras investigaciones (Montoro, 1999; García, 2004; Pérez, 2006; Crespo y López, 2007).

Al determinar la percepción de calidad de vida de los cuidadores, se observa que la respuesta más frecuente es la de una buena calidad de vida (ver **tabla 6.12**). Si comparamos los resultados con el estudio de Pérez (2006), observamos la misma tendencia, de forma, que son pocos los cuidadores que perciben una mala calidad de vida, y ninguno en nuestro caso.

Tabla 6.12. Percepción de calidad de vida de los cuidadores familiares de mayores dependientes

Percepción de calidad de vida	Cuidados y calidad de vida ¹ %	Cuidador primario (Pérez, 2006) ² %
Muy buena	4,5	3
Buena	50	46
Regular	45,5	31
Mala	--	8
Muy mala	--	4
Total	100 (n=22)	100 (n= 92)

Fuentes:1. Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en *Vilafranca del Penedès*, 2007".

2. Pérez, A. (2006) "El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental", Salamanca, Universidad de Salamanca.

Los motivos relacionados con la percepción de una determinada calidad de vida están relacionados principalmente con estar satisfecho y contento de ser cuidador, le sigue tener salud, tener buenas relaciones y tener recursos sociosanitarios. Los motivos relacionados con una regular o mala percepción de la calidad de vida son por estar muy atados, tener poca salud y tener pocas relaciones sociales. Se aprecia una relación entre el estado de salud y la percepción de calidad de vida. Se determina que a menos salud del cuidador familiar y del mayor al que cuidan, peor percepción de calidad de vida presentan los cuidadores familiares. En relación a los problemas psicológicos que los cuidadores relacionan con su calidad de vida son la angustia, la depresión y el estrés. Algunos estudios también destacan como elementos relacionados con la percepción de una determinada calidad de vida: la falta de tiempo libre, la percepción de un mal estado de salud físico y psíquico, el tener una red de apoyo social, el tener relaciones familiares satisfactorias, el contar con amor y afecto y el estar satisfecho con el ambiente familiar (CIS, 1990; Segura et al., 1998; Carretero et al., 2006; Pérez, 2006). En un estudio del IMSERSO (2005), se muestra que los elementos que más han modificado la

vida del cuidador familiar son los aspectos relacionados con el ocio y tiempo libre para ellos mismos y el tiempo para conciliar su vida familiar (IMSERSO, 2005b).

Respecto a la determinación del grado de satisfacción con la vida, los resultados indican que más de la mitad de los cuidadores se muestran bastante satisfechos/as (ver **tabla 6.13**). Respecto a los aspectos que más satisfacen en este momento a los cuidadores familiares se destaca principalmente los aspectos relacionados con la familia (tener buenas relaciones y la salud familiar) en un 77,2 % de los casos; otros aspectos son ser cuidador, tener tiempo libre, poder leer y estudiar y mantener las relaciones con los amigos.

Tabla 6.13. Satisfacción con la vida actual en los cuidadores familiares

Nivel de satisfacción	%
Muy satisfecho	13,7
Bastante satisfecho	63,6
Bastante insatisfecho	18,2
Muy insatisfecho	4,5
Total	100 n=22

Fuente: Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en *Vilafranca del Penedès*, 2007"

En relación a la variable que determina la percepción de felicidad, casi 3 de cada 4 cuidadores manifiesta sentirse bastante feliz (ver **tabla 6.14**). Así, a pesar de las dificultades que conlleva realizar unos cuidados de larga duración, los cuidadores se muestran satisfechos y felices con su vida actual.

Relacionamos dichos resultados con la socialización al cuidado, las personas que asumen el rol de cuidador, perciben una mejor calidad de vida que las personas que no se sienten identificadas como cuidadoras. La cita que expresa "Ayudar al que lo necesita no sólo es parte del deber, sino de la felicidad" de *Josep Martí* (1853-1895), refleja lo que algunos cuidadores han expresado en sus respuestas.

Tabla 6.14. Percepción de felicidad en los cuidadores familiares

Percepción	%
Muy feliz	13,7
Bastante feliz	72,7
Poco feliz	9,1
Nada feliz	4,5
Total	100 n=22

Fuente: Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en *Vilafranca del Penedès*, 2007"

El cuidador principal puede tener alguna necesidad no cubierta. Y aunque, observamos que un 54,5% de los cuidadores manifestaron no tener ninguna necesidad insatisfecha, los que sí lo creen, expresaron como necesidades insatisfechas el poder salir más, el tener más tiempo libre o de ocio y el tener más recursos económicos. En definitiva, vuelven a repetirse los conceptos de falta de tiempo para uno mismo, así como la falta de ayudas y recursos para llevar los cuidados de larga duración. Ello coincide, con las iniciativas que proponen los cuidadores para mejorar su calidad de vida, pues está básicamente tener más libertad y tiempo libre para sus cosas (ver **tabla 6.15**).

Tabla 6.15. Iniciativas de los cuidadores familiares en la mejora de su calidad de vida

Iniciativas	%
Tener más libertad y tiempo libre	50
Tener más recursos	22,8
Prejubilarse	4,5
Arreglar el hogar	4,5
Nada	13,7
No lo sabe	4,5
Total	100 n=22

Fuente: Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en *Vilafranca del Penedès*, 2007"

Esquematisando los elementos que los cuidadores perciben como importantes en su calidad de vida, podemos ver que estos son diversos. Desde un punto de vista objetivo, podemos clasificarlos como tener recursos y servicios, tener salud o tiempo libre, o bien desde un punto de vista subjetivo, como el sentirse feliz y satisfecho con su vida actual, en las líneas siguientes se presenta la síntesis de todas las respuestas realizadas por los cuidadores:

- Tener tiempo libre
- Sentirse feliz y satisfecho con su vida actual
- Tener salud
- Adaptarse a las situaciones
- Tener recursos y servicios para realizar cuidados de larga duración
- Estar satisfechos con los servicios sociosanitarios
- Poder autocuidarse
- Tener buenas relaciones familiares
- Tener relaciones sociales
- Tener las necesidades satisfechas
- Tener ayuda familiar

Si comparamos los elementos que indican los mayores entrevistados sobre los elementos importantes en la calidad de vida, destacan algunas dimensiones coincidentes:

- Estado de salud
- Adaptarse a la situación
- Relaciones familiares
- Recursos y servicios
- Satisfacción en las condiciones de vida

Dichas coincidencias determinan que a ambos colectivos, cuidadores y personas mayores, les interesa relacionarse con sus familiares, tener unos recursos sociosanitarios adecuados, así como poder adaptarse a las situaciones que conlleva ser cuidado o ser el cuidador principal de una persona dependiente. En definitiva estar satisfecho con su vida actual.

6.2. Cuidadores profesionales

La función de los profesionales sanitarios del servicio ATDOM, es identificar las necesidades de los mayores y cuidadores familiares, aplicando unos cuidados domiciliarios de calidad. En este apartado, analizamos las opiniones y valoraciones de los cuidadores profesionales de este servicio, en relación al estado de salud del mayor dependiente y cuidador familiar, a la situación de dependencia del mayor, al plan de cuidados de enfermería aplicado, a la definición de calidad de vida expresado por estos profesionales, y por último a las observaciones que proponen para mejorar los cuidados domiciliarios. Pensamos, que dichas variables nos permitirán conocer como ven estos profesionales las necesidades de los mayores y cuidadores, valorando si el plan de cuidados que se utiliza a nivel domiciliario, permite identificar la situación actual de las personas mayores dependientes de 75 y más años y la de sus cuidadores familiares en los cuidados de larga duración. Además las valoraciones de dichos profesionales permitirán observar las ventajas y deficiencias del servicio.

En cuanto a las características de los once profesionales enfermeros entrevistados, se señala que trabajan en el Área Básica de Salud de *Vilafranca del Penedès* y tienen una media de edad de 50 años, siendo la mayoría mujeres. Su jornada laboral consta de 36 horas/semanales, distribuidas aproximadamente en unas 6,30 horas de trabajo diarias, de las cuales una hora al día se dedica al servicio de Atención Domiciliaria (programa ATDOM); este programa permite tener grupos de pacientes asignados por enfermero/a. La formación de estos profesionales, es de carácter universitario, con titulación de primer ciclo; algunos tienen formación en Geriátrica, y otros en Salud Pública. Están preocupados por su formación continuada, aunque la mayoría no tiene una formación especializada en personas mayores.

Respecto a como determina el cuidador profesional el estado de salud del cuidador familiar se comparan las opiniones del cuidador profesional con los resultados del cuidador familiar y se observa que coinciden en determinar que

el estado de salud más frecuente del cuidador familiar es el de regular (ver **tabla 6.16**). Así, las respuestas descritas por ambos colectivos son coincidentes en determinar el estado de salud más frecuente del cuidador familiar.

Tabla 6.16. Percepción de la salud del cuidador familiar (*porcentajes*)

Estado de salud Percibida	Profesionales (%)	Cuidadores familiares (%)
Muy Buena	–	4,5
Buena	36,4	31,8
Regular	63,6	54,6
Mala	–	4,5
Muy mala	–	4,5
Total	100(n=11)	100(n=22)

Fuente: Elaboración propia “Estudio Cuidados y Calidad de Vida en Vilafranca del Penedès, 2007”

A la hora de determinar las enfermedades vemos que un 81'8% de los profesionales considera que los cuidadores familiares tienen al menos una enfermedad crónica, siendo las enfermedades óseas las más frecuentes, seguidas de las enfermedades cardiovasculares y endocrinas. Dichos resultados coinciden con las respuestas de los cuidadores familiares. En cuanto a los síntomas que padecen los cuidadores, los resultados muestran que el síntoma físico más frecuente del cuidador familiar es el dolor óseo sobre todo el dolor de espalda y el psíquico la angustia, aunque también destacan la hipertensión, el dolor articular, el dolor de cabeza, el dolor de estómago y la depresión.

En relación al tipo de medicación que toman los cuidadores los resultados indican que un 54'5% de los profesionales no sabe qué tipo de medicación toman los cuidadores. Sin embargo, los profesionales que sí lo saben afirman que los fármacos más frecuentes son los antidiabéticos y los antihipertensivos. Aparecen otros medicamentos como analgésicos, hipnóticos y protectores gástricos. Según los profesionales, la automedicación del cuidador familiar se produce en un 63'6 % de los casos y los cuidadores familiares afirman no automedicarse, de forma que los resultados no coinciden; puede ser una

explicación que algunos cuidadores consideran como normal comprarse determinados fármacos, que en alguna ocasión les recetó su médico, pero que evidentemente, no siempre pueden resultar beneficiosos.

Respecto al autocuidado del cuidador familiar, los profesionales consideran que sólo un 36,4% de los cuidadores familiares se cuidan, opinando que esta falta de autocuidado se debe a la falta de tiempo en más de la mitad de los casos. Sin embargo, en los casos en que los cuidadores familiares realizan un autocuidado, los profesionales piensan que lo hacen mayormente para seguir cuidando. Opinan también que es necesario que el cuidador familiar se cuide para tener mejor estado de salud y aportar una mejor calidad de cuidados al mayor dependiente. Casi la totalidad de los cuidadores profesionales piensa que los cuidadores familiares tienen una sobrecarga en los cuidados. Hay motivos de carga en los cuidadores familiares según los profesionales; se trata de la dificultad de los cuidados, a la falta de tiempo y por la elevada edad del cuidador. Los resultados del profesional en relación al autocuidado y a los motivos de carga del cuidador principal coinciden con las opiniones expresadas por los cuidadores familiares.

Otro de los aspectos que se comparan en este apartado, son el estado de salud y dependencia de las personas mayores; al comparar los resultados del cuidador profesional con los resultados del cuidador familiar y de la persona mayor dependiente, se observa que en los tres casos coinciden en afirmar que el estado de salud más frecuente del mayor es de regular, sin embargo, se observan diferencias en determinar otros estados de salud (ver **tabla 6.17**).

Tabla 6. 17. Estado de salud del mayor dependiente

Estado de salud	Cuidador profesional (%)	Cuidador familiar (%)	Persona mayor dependiente (%)
Muy buena	–	4,5	–
Buena	9,1	22,7	15,4
Regular	72,7	50	53,8
Mala	18,2	13,7	19,2
Muy mala	–	9,1	11,6
Total	100(n=11)	100(n=22)	100(n=26)

Fuente: Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en *Vilafranca del Penedès*, 2007"

Respecto a las enfermedades más frecuentes que según los profesionales padecen los pacientes mayores destacan las enfermedades óseas, seguidas de las enfermedades cardíacas y neurológicas; otras enfermedades mencionadas son de carácter articular, endocrino, pulmonar, neoplásicas y de tipo psicológico. También los cuidadores familiares y las personas mayores destacan como enfermedades más frecuentes en las personas mayores las enfermedades óseas y las enfermedades cardíacas. Al valorar la dependencia, en cuanto a las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) identificadas a partir del índice de Katz (detallado en el capítulo 2) según las respuestas de los profesionales, es en las ABVD donde las personas mayores presentan más necesidad de ayuda de su cuidador en tareas como bañarse o ducharse; estos resultados coinciden con los respuestas del cuidador familiar y de la persona mayor dependiente, sin embargo no coinciden en la frecuencia de ayuda de otras actividades (**tabla 6.18**).

Tabla 6.18. Frecuencia de ayuda en las ABVD del mayor dependiente

ABVD	Cuidador profesional (%)	Cuidador familiar (%)	Persona mayor dependiente (%)
Bañarse/ ducharse	100	86	77
Caminar	63,6	31,8	42,3
Continencia	45,4	18,2	19,2
Trasladarse	27,3	59	14
Vestirse/desvestirse	27,3	18,2	54
Alimentarse	--	18,2	11,5
Aspecto físico	--	18,2	15,4
Total	100(n=11)	100(n=22)	100(n=26)

Fuente: Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en Vilafranca del Penedès, 2007"

Respecto a las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) identificadas a partir del índice de Lawton (detallado en el capítulo 2) la actividad en la que precisan más ayuda los mayores es en la preparación de la comida y en la que menos es en la capacidad de utilización del teléfono. Estos datos coinciden con las respuestas realizadas por los cuidadores familiares, pero no en las respuestas de los mayores, puesto que para los mayores la necesidad en la que precisan más ayuda de su cuidador es para realizar las compras. Se observa una discordancia de opiniones en otras actividades (ver **tabla 6.19**).

Tabla 6.19. Frecuencia de ayuda en las AIVD del mayor dependiente

AIVD	Cuidador profesional (%)	Cuidador familiar (%)	Persona mayor dependiente (%)
Preparar la comida	72,7	81,8	73
Utilizar transporte	63,6	72,7	65,4
Ir de compras	54,5	72,7	80,7
Controlar medicamentos	54,5	54,5	46,1
Manejar dinero	54,5	31,8	38,5
Utilizar el teléfono	27,3	18,2	23
Total	100(n=11)	100(n=22)	100(n=26)

Fuente: Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en Vilafranca del Penedès, 2007"

Respecto a la automedicación del mayor, todos los cuidadores profesionales coinciden en afirmar que en general los mayores dependientes no se automedican; estos resultados coinciden con las respuestas realizadas por los mayores y por los cuidadores familiares.

En relación a la media de tiempo que los cuidadores familiares emplean en dar los cuidados a los mayores, los profesionales lo estiman en 7 horas diarias. También los cuidadores familiares y los mayores dependientes establecen como media unas 7 horas diarias como tiempo estimado en la realización de los cuidados³². También se ha averiguado el plan de cuidados del profesional sanitario, y se determina que los profesionales de enfermería utilizan los diagnósticos de enfermería de la Taxonomía NANDA y el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en sus cuidados domiciliarios. Según la opinión de los profesionales, los diagnósticos de enfermería que se dan con más frecuencia en los mayores son el deterioro y el riesgo de la integridad cutánea, el riesgo de caídas y el desequilibrio nutricional por defecto y por exceso. Como necesidades alteradas destacan la movilidad, la higiene y la nutrición. Algunos estudios destacan como diagnósticos enfermeros más frecuentes en personas mayores dependientes: el síndrome de estrés del traslado, el deterioro de la movilidad física, el deterioro de la integridad cutánea, el riesgo de caídas, el dolor, el deterioro de la movilidad física y el estreñimiento crónico (Blanco et al., 2003; García, 2004a; Silvano et al., 2006).

En relación a identificar los test que los profesionales de enfermería utilizan en sus valoraciones domiciliarias, se vió que los test que más a menudo se aplican a las personas mayores atendidas en el domicilio son el índice de Barthel (valora la dependencia), la escala de Braden (utilizada para identificar el riesgo de padecer úlceras por presión) y el indicador de riesgo social y, en los cuidadores, se utiliza el test de Zarit (valora la carga en los cuidados).

³² Datos que coinciden con los resultados obtenidos en otros estudios (INE, 2004; IMSERSO, 2005b; Carretero et al., 2006).

Destacamos que se utilizan también otros test que los profesionales consideran necesarios según las características individuales de cada paciente. También se utilizan con mucha frecuencia los test que valoran la capacidad cognitiva y el estado emocional del mayor. Los test se repiten cada año o siempre que sea necesario.

A modo de comparar qué es la calidad de vida para todas las personas entrevistadas en el presente trabajo, se analizan y transcriben las definiciones de calidad de vida realizadas por los profesionales. Y respecto a como definen la calidad de vida los cuidadores profesionales se vió que les era difícil describir y definir el término calidad de vida, pero en general destacan que es necesario cubrir de forma integral las necesidades de los individuos, desde una perspectiva física, psíquica y social. En dichas definiciones se observa la influencia de la definición de salud realizada por la OMS en 1948, que planteaba la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

En las respuestas obtenidas destacan los elementos que ayudan a entender qué es para los profesionales tener calidad de vida:

Felicidad, independencia, subjetividad y satisfacción con la vida:

“Es que la persona sea feliz e independiente” (E01)

“Es una sensación subjetiva, agradable y multifactorial” (E02)

“Es vivir satisfactoriamente” (E03)

Autonomía y salud:

“Es vivir de forma independiente y autónoma” (E04)

“Tener salud y autonomía” (E05)

“Tener salud para poder hacer una vida normal” (E06)

Bienestar físico, psíquico y social (satisfacción de necesidades, autoestima, buenas relaciones y apoyo social):

“Completo bienestar físico, psíquico y social” (E07)

“Estado de bienestar físico y psíquico en el día a día” (E08)

“Estar bien con uno mismo y los demás” (E09)

“Cubrir las necesidades y estar bien con uno mismo de forma física y mental” (E10)

“Salud física, psíquica y social y tener alguien para poder relacionarte” (E11)

Se destaca que en las definiciones de los profesionales se muestra la influencia de la disciplina enfermera, identificando el ser humano desde una perspectiva holística. Por último, se describen las observaciones que añaden los profesionales para mejorar los cuidados. Los profesionales enfermeros manifestaron que hay poca coordinación entre los recursos sociales y los recursos sanitarios, siendo los recursos sociales demasiado lentos y burocráticos. Destacan que no pueden destinar más horas a realizar domicilios, puesto que dentro de su jornada laboral, también deben atender a los pacientes que acuden a su consulta. También piensan que faltan más centros de estancias temporales en la Comarca del *Penedès*, manifiestan que tienen problemas en aparcar el coche cuando acuden a realizar los domicilios y piden poder solucionar dicho problema, puesto que tal situación limita mucho el tiempo de atención a los pacientes.

Conclusiones

El perfil de cuidador familiar que ejerce los cuidados principales, es el de una mujer de mediana edad. De forma, que son las mujeres las principales cuidadoras de las personas mayores atendidas por el servicio ATDOM de *Vilafranca*. Este dato se observa también en el resto de Cataluña y España. En general el nivel de estudios de los cuidadores es bajo y su cuantía total de ingresos no es demasiado alta. Se subraya que muchos cuidadores viven en el mismo distrito que el mayor al que cuidan. De hecho, casi todos los cuidadores entrevistados viven en la misma ciudad que las personas mayores a las que ofrecen sus cuidados.

Respecto al autocuidado del cuidador familiar, observamos que en general no realizan una alimentación equilibrada, puesto que la gran mayoría no consume la cantidad apropiada de piezas de fruta y verdura diarias y, además, no se hidratan adecuadamente. Más de la mitad de los cuidadores no duermen ni descansan lo suficiente y por ello se sienten cansados durante el día; sin embargo, no se observa un abuso de sustancias tóxicas en los cuidadores estudiados y un alto número de cuidadores realizan ejercicio físico aunque no de forma diaria. Opinan que no se cuidan por la falta de tiempo, y esto también lo expresan los cuidadores profesionales. De forma que la falta de tiempo parecer ser el principal motivo de déficit de autocuidado en los cuidadores.

Los cuidadores principales disponen de poco tiempo libre, que lo utilizan sobre todo para estar en casa, principalmente viendo la televisión y/o leyendo. La mayoría resalta que les gustaría poder tener más tiempo libre para realizar actividades de ocio. Las relaciones sociales y las salidas de ocio se ven disminuídas en las personas que realizan los cuidados principales del mayor dependiente. En cuanto a las relaciones personales, los cuidadores familiares están habitualmente satisfechos, tanto con los mayores como con los cuidadores profesionales. También muestran satisfacción con la vida familiar y se sienten valorados por las personas a las que cuidan.

Respecto a la salud del mayor dependiente, según la visión de ambos cuidadores, se observa que tanto los cuidadores familiares como los cuidadores profesionales reflejan que el estado de salud más frecuente en los mayores es de regular, coincidiendo con los resultados que expresan los mayores. En relación a las enfermedades más frecuentes, son las enfermedades óseas y las enfermedades cardiovasculares claramente las más habituales según los cuidadores familiares y profesionales, y según los propios mayores. Coinciden los tres grupos del estudio en afirmar que los mayores no se automedican. Los cuidadores familiares y profesionales expresan que es en las ABVD donde los mayores necesitan más ayuda; sobre todo para bañarse o ducharse y, respecto a las AIVD, destaca también la preparación de la comida. Dichos datos no coinciden con las respuestas del mayor respecto a las AIVD, puesto que para los mayores se necesita más ayuda para realizar las compras.

En referencia a la salud del cuidador familiar, se refleja que el estado de salud más frecuente del cuidador, es de regular y casi todos los cuidadores familiares tienen alguna enfermedad crónica, siendo las enfermedades más frecuentes las osteoarticulares y las cardiovasculares; esta constatación coincide con la opinión de los profesionales. La medicación más utilizada por los cuidadores familiares son, en primer lugar, los antihipertensivos, y cabe señalar que los profesionales así lo destacan, a parte de añadir otros fármacos antidiabéticos.

La mayoría de cuidadores familiares afirma no automedicarse, sin embargo, los cuidadores profesionales opinan que más de la mitad de los cuidadores familiares se automedican. En relación a los síntomas más frecuentes que padecen los cuidadores familiares, los profesionales coinciden con los cuidadores familiares en la determinación del dolor óseo como el síntoma físico más frecuente, pero en el síntoma psíquico, los profesionales expresan la angustia como el síntoma más habitual, y en cambio, los cuidadores familiares señalan la depresión.

Más de la mitad de los cuidadores familiares no ven la necesidad de recibir formación para cuidar. La gran mayoría cuida por iniciativa propia y no percibe compensación económica, además creen que es natural que se dediquen al cuidado de sus familiares. La percepción de sentimientos positivos al cuidar se da en más de la mitad de los cuidadores. Se observa, que a pesar de las dificultades en la realización de los cuidados de larga duración, un alto porcentaje de cuidadores percibe sentimientos positivos en la realización del cuidado al mayor dependiente, influyendo el hecho de que se elija voluntariamente el cuidar del mayor y la socialización adquirida de ser cuidadores, sobre todo cuidadoras, ya que no se plantean hacer otra cosa y, si no lo hicieran, sí se sentirían mal, pues cuidar forma parte de sus vidas. Reforzando la teoría de los roles y socialización de Parsons.

Sin embargo, también existen otras situaciones percibidas al cuidar, como una sobrecarga en los cuidados. Los resultados según el test de Zarit pasado a los cuidadores familiares no muestran sobrecarga, sin embargo, algunas respuestas reflejadas en otras variables, como la demanda de tiempo libre o los problemas de salud, así como algunas expresiones de los cuidadores, reflejan en algunos casos lo contrario, de forma que no hay una percepción real de sobrecarga, a pesar de estar objetivamente identificada. Se piensa por ello que dicho test, a pesar de ser uno de los más utilizados, provoca muchos sesgos por tener preguntas que no son suficientemente específicas y apropiadas para valorar el nivel de carga del cuidador, y contiene preguntas algo agresivas e incómodas para los cuidadores. Además, las opiniones de casi todos los cuidadores profesionales entrevistados, sí resaltan que los cuidadores familiares tienen una sobrecarga de cuidados.

Se refleja la necesidad de informar mejor a los cuidadores familiares sobre los programas destinados a la dependencia y a la disminución de la carga que supone realizar unos cuidados de larga duración. Se destaca, que aunque la mayoría de los cuidadores principales reciben ayuda de sus familiares, esta ayuda no la reciben diariamente, por lo que, en definitiva, estos cuidadores deben afrontar los cuidados sin tener una ayuda suficiente. Sin embargo, más

de la mitad de cuidadores familiares piensan que su ciudad tiene una oferta suficiente de recursos y de ayudas sociosanitarias. En los tres grupos entrevistados se establece que las horas de media que los cuidadores principales destinan al cuidado del mayor son de aproximadamente 7h diarias.

En general se utilizan más los servicios de salud que los servicios sociales, en parte por conocer menos estos últimos, siendo los servicios de salud los más valorados satisfactoriamente tanto por los cuidadores familiares como por los mayores. Se destaca, que tanto los mayores como los cuidadores familiares están satisfechos y confían en los profesionales del servicio ATDOM, sobre todo, con los profesionales de enfermería, que son los que más acuden a su domicilio. Referente a los cuidadores no profesionales, observamos que todos eran inmigrantes y que tanto mayores como cuidadores familiares también se muestran satisfechos con sus cuidados.

En general los cuidadores familiares están satisfechos con su vivienda y distrito, y algunos cuidadores han realizado modificaciones en su vivienda para adaptarla al mayor dependiente que vive con ellos.

Se expresa la dificultad de definir el constructo calidad de vida en los tres grupos entrevistados. Respecto a las definiciones de los cuidadores familiares, se identifican distintos elementos que participan en la calidad de vida: salud como elemento exclusivo, salud junto a otros componentes, tener tiempo para el ocio y vida social y adaptarse a la situación. Los cuidadores introducen un elemento no identificado en las definiciones de los mayores, el tener tiempo libre. Sí coinciden con las definiciones del mayor en identificar como elementos de calidad de vida la salud y la adaptación. En relación a las definiciones de calidad de vida de los profesionales coinciden en muchos elementos propuestos en las definiciones de los mayores y de los cuidadores familiares, tales como: la salud, la autonomía y la felicidad. Sin embargo, las definiciones de los profesionales muestran la influencia de la disciplina enfermera, que ve al ser humano desde una perspectiva holística.

Se establece que percibir un buen estado de salud, tener tiempo libre y tener buenas relaciones familiares son factores relacionados con la percepción de una buena calidad de vida en los cuidadores familiares. La mitad de cuidadores familiares expresan tener una buena calidad de vida. Si lo comparamos con los resultados de los mayores, se observa que los mayores perciben mejor calidad de vida que sus cuidadores. Más de la mitad de los cuidadores familiares manifiestan estar bastante satisfechos/as y felices con su vida actual, siendo la familia y el ser cuidador, el aspecto que más satisfacción les produce. Entre las necesidades insatisfechas de los cuidadores está la de no tener suficiente tiempo de ocio. Entre las iniciativas que proponen los cuidadores familiares para mejorar su calidad de vida, destacan poder tener más libertad y tiempo libre para sus cosas.

Todos los profesionales de enfermería entrevistados utilizan los Diagnósticos de Enfermería de la Taxonomía Nanda y el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en los cuidados domiciliarios. Los diagnósticos de enfermería identificados con más frecuencia en los mayores son el deterioro y el riesgo de la integridad cutánea y el riesgo de caídas. La necesidad alterada con más frecuencia es la movilidad. Los profesionales de enfermería aplican el proceso de atención de enfermería y los diagnósticos de enfermería en sus pacientes domiciliarios, detectando las necesidades de las personas mayores dependientes y la de sus cuidadores. De forma que los profesionales sanitarios cumplen con su función dentro del ámbito sanitario, identificando y aportando los cuidados necesarios en los cuidados de larga duración. Sin embargo, los profesionales del servicio ATDOM piensan que el sistema puede mejorar, añadiendo más horas a los cuidados domiciliarios y mejorando la coordinación sociosanitaria. Se destaca que los profesionales que trabajan en este servicio están muy motivados en realizar unos cuidados domiciliarios de calidad, y ello se refleja en las valoraciones positivas que expresan los cuidadores familiares y mayores de estos profesionales.

Capítulo 7. Modelos conceptuales de Calidad de Vida en mayores dependientes y cuidadores familiares

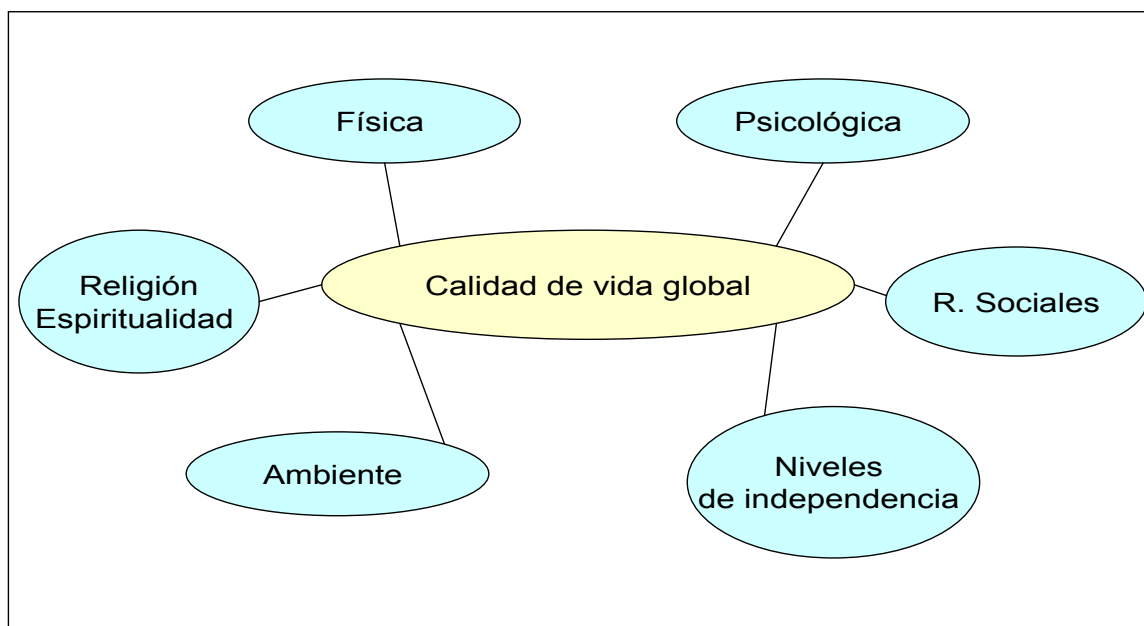
En esta tesis hemos presentado la pregunta de investigación ¿Qué elementos participan en la calidad de vida de las personas mayores dependientes de 75 y más años y sus cuidadores familiares atendidos por el servicio domiciliario ATDOM?. Lo que nos lleva a plantear, dos modelos conceptuales de calidad de vida. El primero, va destinado a las personas mayores dependientes y el segundo a los cuidadores familiares. Dichos modelos han sido construídos a partir de las aportaciones de nuestros informantes y de la revisión de literatura en calidad de vida y gerontología social, incorporando los elementos teóricos relativos al proceso de socialización y roles sociales explicados desde el funcionalismo.

7.1. Modelos de CV a nivel internacional e nacional

Modelo de la WHO

En la literatura destaca el modelo de World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL-100), que consta de seis áreas de valoración de calidad de vida: la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, el ambiente y las creencias personales (**gráfico 7.1**). Se creó para utilizarlo en distintas áreas: práctica clínica, investigación epidemiológica, planificación e implantación de políticas nuevas y evaluación de servicios sanitarios. Su objetivo es que pueda utilizarse en distintas culturas, en diferentes problemas de salud y en situaciones especiales como por ejemplo, ser cuidador o ser una persona mayor dependiente (OMS, 1993; Lucas, 1998, *Fundació Viure i Conviure*, 2006).

Gráfico 7.1. Modelo de calidad de vida según la WHOQOL-100



Fuente: Lucas (1998).

Modelos anglosajones

Los modelos de calidad de vida propuestos por el Reino Unido, Australia, Canadá y Suecia son contruidos a partir de las informaciones de las personas mayores sobre los aspectos que consideran importantes en su calidad de vida. Dichos modelos son comparados con el modelo de OMS: World Health Organisation Quality of Life (2005). La salud, las relaciones familiares, la economía y las relaciones sociales aparecen en los seis modelos expuestos. Sin embargo, el ambiente, las creencias y la religión coinciden en cinco de los modelos, la independencia en cuatro y la seguridad personal sólo en tres (ver **tabla 7.1**). Dichos modelos, ponen en evidencia que los mayores comparten elementos comunes en la forma de entender y percibir la calidad de vida (*Fundació Viure i Conviure*, 2006).

Tabla 7.1. Modelos anglosajones de calidad de vida en la personas mayores

Indicadores	Grupo WHO QOL-OLD (2005)	Reino Unido (Bowling et al., 2003)	Australia (Buys, 2001)	Suecia (Hilleras et al., 2001)	Canadá (Fry, 2000)	Canadá (Raphael et al., 1997)
Salud	X	X	X	X	X	X
Relaciones familiares	X	X	X	X	X	X
Economía	X	X	X	X	X	X
Relaciones Sociales	X	X	X	X	X	X
Ambiente	X	X	X	X	X	--
Creencias Religión	X	X	X	X	--	X
Independencia	X	X	--	--	X	X
Seguridad Personal	X	--	X	--	X	--

Fuente: *Fundació Viure y Conviure* (2006): Pág. 29.

Modelo Europeo

Un estudio realizado en cinco países europeos: Alemania, Italia, Países Bajos, Suecia y Reino Unido, establece unas áreas útiles en la valoración de la calidad de vida de los mayores: definición y valoración de la calidad de vida, entorno (barrio, vivienda, transporte y nuevas tecnologías), salud física y psíquica, apoyo familiar y social, empleo y ingresos, desigualdades, participación e integración social, papel de los servicios, satisfacción con la vida y bienestar subjetivo (Walker, 2004). Si lo comparamos con los modelos anglosajones y de la OMS, coinciden en destacar como importantes la salud, el apoyo familiar y social, el ambiente y la economía. Sin embargo, los modelos europeos, especifican de forma más diferenciada el bienestar subjetivo y la satisfacción con la vida.

Modelo español

Destacamos el de Fernández-Ballesteros (1992), que explica la calidad de vida de la persona mayor, a partir de dos clasificaciones interrelacionadas, distinguiendo las dimensiones personales de las dimensiones socio-ambientales (ver **gráfico 7.2**) y diferenciando a su vez los elementos subjetivos y los objetivos que la constituyen (ver **gráfico 7.3**). Este modelo parte de la implicación de la calidad de vida como concepto multidimensional. Ello supone que deberán valorarse factores personales como la salud, la autonomía y la satisfacción, así como factores socioambientales como las redes de apoyo o los servicios sociales. Así por ejemplo, se relaciona la salud (factor personal) con los servicios de salud (factor socio-ambiental). También contempla aspectos subjetivos (sentimientos, percepciones...) y aspectos objetivos (servicios, recursos), relacionándolos entre ellos. Además, establece que los mayores comparten elementos comunes, donde no intervienen algunos de los factores importantes para otros grupos de edad (Fernández- Ballesteros, 1992).

Gráfico 7.2. Modelo de calidad de vida según multidimensiones

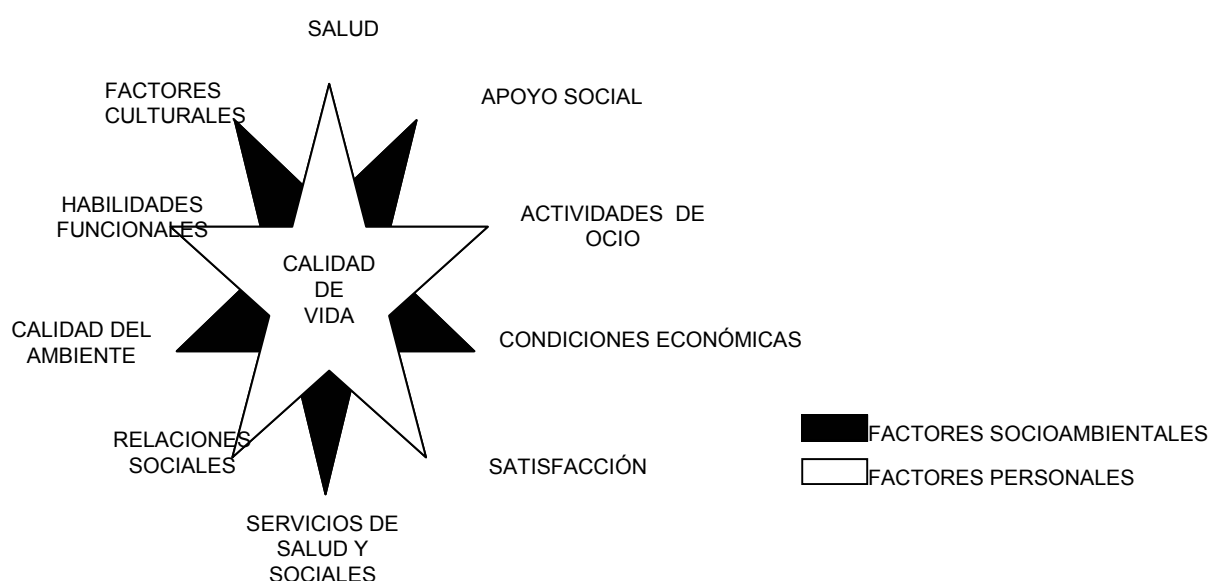
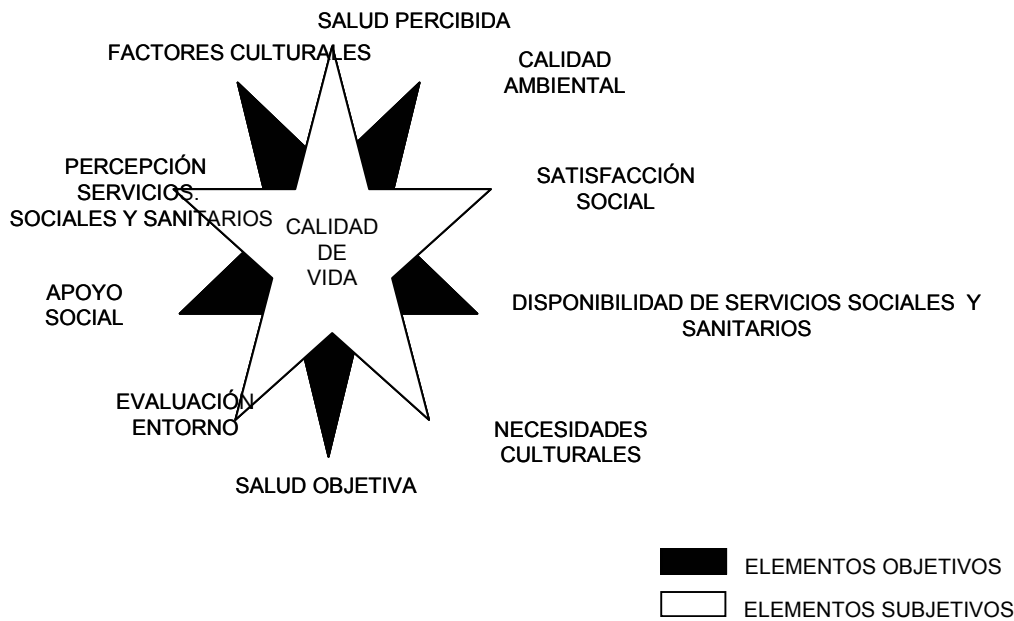


Gráfico 7.3. Modelo de calidad de vida según elementos objetivos y subjetivos



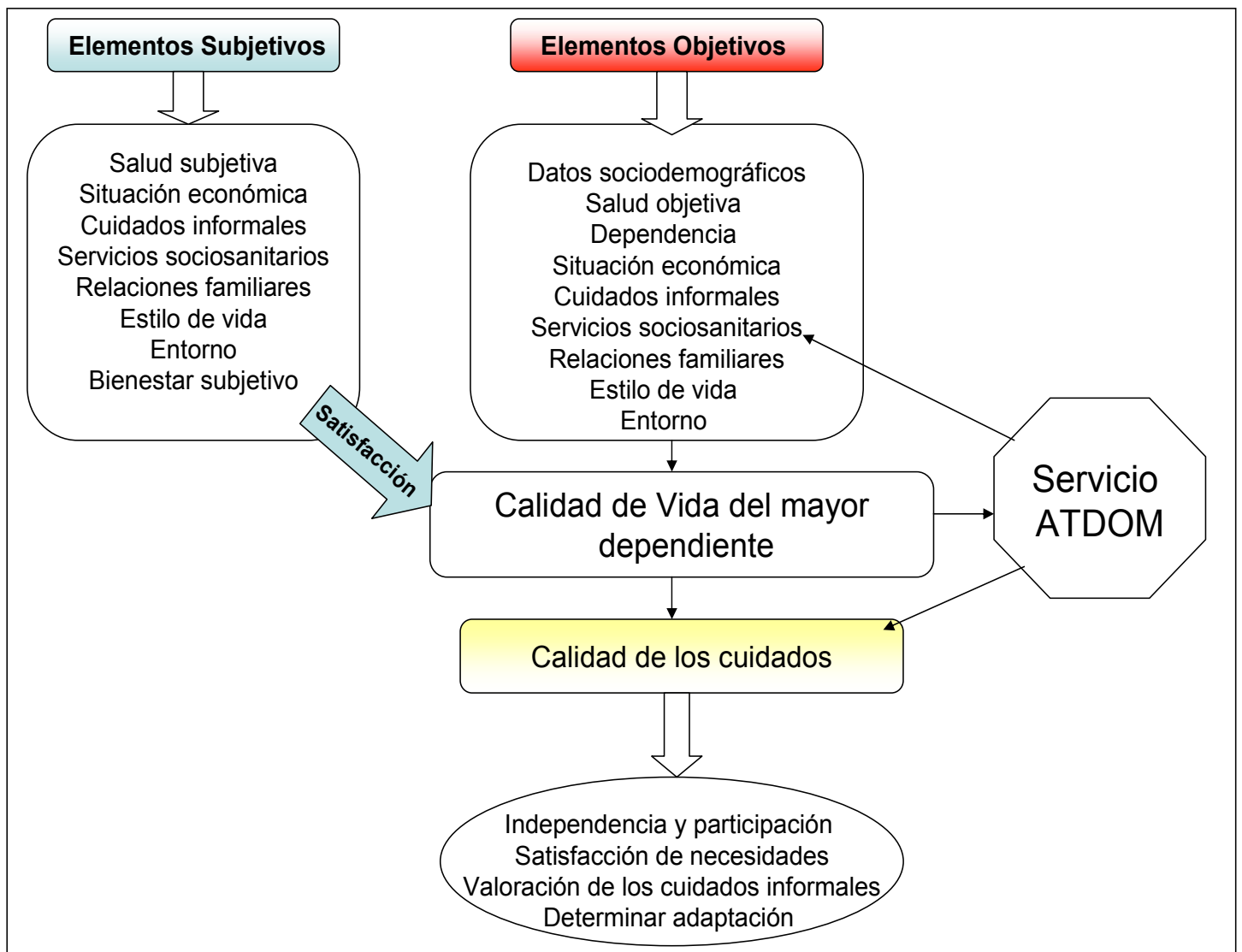
Fuente: Fernández Ballesteros et al., 1996.

Los modelos anteriores coinciden en determinar la calidad de vida de las personas mayores de forma multidimensional y valorando aspectos objetivos y subjetivos. Se destaca que no se ha encontrado ningún modelo de calidad de vida específico para cuidadores familiares.

7.2. Modelo Conceptual de CV para Personas Mayores Dependientes

Nuestra propuesta es la creación de un Modelo Conceptual para Personas Mayores Dependientes (ver **gráfico 7.4**), partiendo de un conjunto de variables y dimensiones, que hemos considerado relevantes en el estudio de calidad de vida de los mayores adscritos al programa del servicio ATDOM. Así mismo, incorporamos las siguientes variables de los modelos nacionales e internacionales descritos en el apartado anterior (salud objetiva y subjetiva, relaciones familiares, economía, relaciones sociales, ambiente, independencia, definición y valoración de la calidad de vida, apoyo social, participación e integración social, servicios sociales y de salud, satisfacción con la vida y bienestar subjetivo) determinándolas de forma objetiva y subjetiva.

Gráfico 7.4. Modelo conceptual de CV para personas mayores dependientes atendidas por un servicio ATDOM.



Fuente: Elaboración propia

En el modelo del mayor dependiente, las áreas incluidas son: a) la salud objetiva, identificada a partir de las enfermedades físicas y psíquicas y la salud subjetiva, valorada a partir de la percepción; b) la dependencia, medida a partir del índice de Barthel, Katz y Lawton; c) los recursos económicos con los que cuentan los mayores para solventar sus cuidados; d) las relaciones familiares, identificando si son buenas o existen situaciones conflictivas; e) el estilo de vida, medido a partir de la alimentación, el ejercicio, el tiempo de ocio y las relaciones sociales dentro y fuera del hogar. El estilo de vida, está relacionado con la salud y la autonomía, unos malos hábitos facilitan la aparición de enfermedades y situaciones que producen dependencia. Además, al determinar la frecuencia y lugar dónde se establecen las relaciones sociales, puede valorarse si existe riesgo de aislamiento social, soledad o relaciones sociales deficitarias en el mayor; f) el entorno, determinando la adaptación de la vivienda, los servicios del distrito y las ayudas técnicas; g) los servicios sociosanitarios, al precisar el nivel de información y acceso a dichos servicios. Al determinar específicamente la función del servicio ATDOM como institución que puede satisfacer las necesidades de los mayores dependientes adscritos a su programa domiciliario, se fomenta la independencia, la participación y se valora la calidad de los cuidados proporcionados por los familiares; h) los cuidados informales se determinan mediante las relaciones entre cuidador y mayor, las horas de cuidado, los motivos de cuidado, y el parentesco con el cuidador; i) el bienestar subjetivo, valorado por la percepción de calidad de vida y motivos relacionados, percepción de felicidad, satisfacción con la vida y las necesidades; y j) los datos sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, hijos, convivencia, nivel de estudios, distrito donde vive), elementos necesarios para entender y establecer la situación del mayor dependiente.

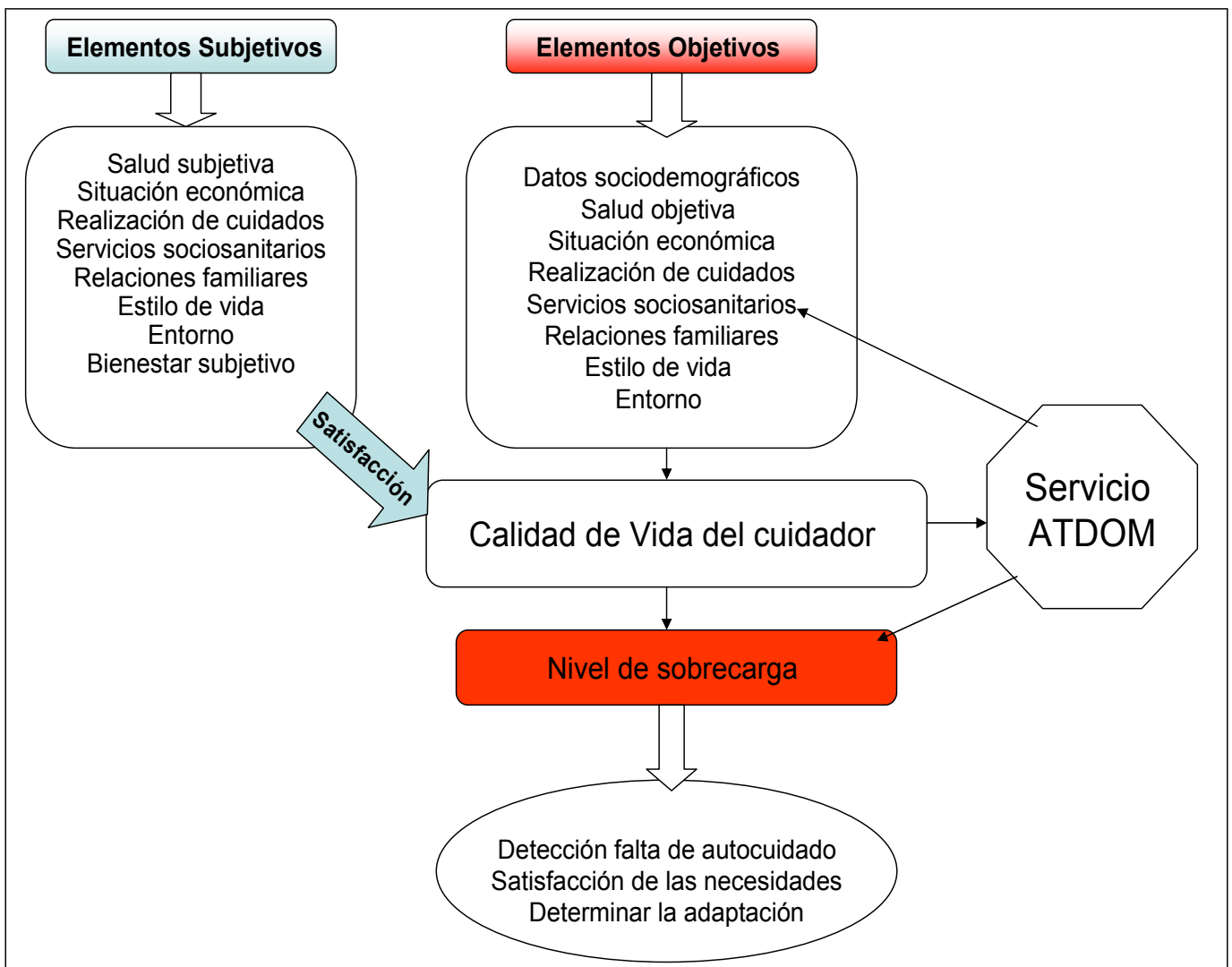
Las variables propuestas, están relacionadas con la estimación de una determinada calidad de vida, valoradas desde aspectos objetivos y aspectos subjetivos. Los subjetivos son identificados a partir de la satisfacción y la percepción. El servicio ATDOM, permite determinar la situación del mayor en su propio domicilio, valorar los cuidados que recibe la persona dependiente por parte de sus familiares, y facilitar los cuidados y ayudas necesarias para mejorar la calidad de vida del mayor.

De todas las variables que contempla este modelo, y según las respuestas de los mayores del estudio, destacan como elementos más importantes en la calidad de vida: la salud, la autonomía, los recursos, las relaciones familiares y la adaptación a su situación actual.

7.3. Modelo Conceptual de CV para los Cuidadores Familiares

El Modelo Conceptual para Cuidadores Familiares de personas mayores dependientes de personas mayores dependientes adscritas a un servicio ATDOM (ver **gráfico 7.5**) parte de un conjunto de variables y dimensiones que hemos considerado relevantes en el estudio de la calidad de vida de estos cuidadores. También incorporamos las siguientes variables de los modelos nacionales e internacionales descritos al principio del capítulo (salud objetiva y subjetiva, relaciones familiares, economía, relaciones sociales, ambiente, definición y valoración de la calidad de vida, apoyo social, servicios sociales y de salud, satisfacción con la vida y bienestar subjetivo) determinándolas de forma objetiva y subjetiva.

Gráfico 7.5. Modelo conceptual de CV para los cuidadores familiares de personas mayores dependientes adscritos a un servicio ATDOM



Fuente: Elaboración propia

En el modelo de calidad de vida del cuidador familiar, se han incluido el estado de salud. El estado de salud que influye en la calidad de vida de cualquier individuo; si tenemos en cuenta, que los cuidadores principales de las personas dependientes tienen una carga importante al tener que realizar unos cuidados de larga duración, gozar de un buen estado de salud es necesario para cuidar del mayor y de uno mismo. Por este motivo, se introduce en este modelo la salud objetiva: enfermedades físicas y psíquicas y los síntomas percibidos, así como la percepción subjetiva del estado de salud del cuidador.

Una segunda variable son los recursos económicos. Tener recursos económicos para solventar la situación que conlleva la realización de los cuidados de larga duración es uno de los elementos que ayudan a poder realizar unos cuidados de mayor calidad, eliminando o minimizando la sobrecarga del cuidador. En algunos casos el cuidador principal debe dejar de trabajar para cuidar el mayor, disminuyendo de esta forma los ingresos familiares; es por ello que introducimos en nuestro modelo tanto la valoración objetiva como subjetiva de la situación económica.

En tercer lugar se han incluido las relaciones familiares. Tener buenas relaciones con el familiar al que se cuida es importante en la valoración y satisfacción del cuidado, así como los sentimientos que se perciben al cuidar. También interesa el estilo de vida. Tener una adecuada alimentación, realizar ejercicio, descansar lo suficiente y evitar hábitos tóxicos favorecen un mejor estado de salud y fomentan el autocuidado. Tener tiempo libre para establecer relaciones sociales y cuidarse son elementos importantes en la percepción de una buena calidad de vida.

El entorno es otra de las variables incluidas. Muchos mayores viven con sus cuidadores familiares, siendo necesario en estos casos disponer de una vivienda adaptada a las necesidades del mayor, así como poder acceder a unas ayudas técnicas y vivir en un distrito con servicios adecuados.

Otra variable son los servicios sociosanitarios, donde se valora la información y acceso a los servicios y recursos necesarios. Dentro de ellos el servicio ATDOM, que al ofrecer unos cuidados domiciliarios puede identificar las necesidades del cuidador, valorando el nivel de sobrecarga y determinar su nivel de adaptación a la situación.

Respecto al cuidado informal, se determina de manera objetiva las horas de atención, la formación, las relaciones, la ayuda y la frecuencia de otros familiares en el cuidado del mayor, y de forma subjetiva la motivación, los sentimientos y la satisfacción del cuidado.

Se incluye también el bienestar subjetivo, valorando la percepción de calidad de vida y motivos relacionados, percepción de felicidad, satisfacción con la vida y necesidades.

Respecto a la sobrecarga de cuidados. Está vinculada de forma objetiva por distintos factores: estado de salud del mayor al que se presta cuidados (enfermedades y dependencia física e psíquica), falta de tiempo libre para realizar actividades de ocio o descanso, duración en que se realiza el cuidado, test de Zarit y edad del cuidador. Y de forma subjetiva por la percepción subjetiva de sobrecarga, valorando la adaptación y socialización al cuidado.

Por último, interesan algunos datos sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, hijos, parentesco con la persona que cuida, convivencia, actividad laboral, nivel de estudios, distrito donde vive), elementos necesarios para entender y establecer la situación del cuidador familiar. Estas variables están relacionadas con la estimación de una determinada calidad de vida, valoradas desde aspectos objetivos y aspectos subjetivos. Los subjetivos identificados a partir de la satisfacción y la percepción. El servicio ATDOM permite determinar la situación del cuidador en el entorno dónde realiza los cuidados, valorar sus necesidades, estado de salud y nivel de sobrecarga.

De todas las variables que contempla este modelo, y según las respuestas de los cuidadores del estudio, destacan como elementos más importantes en la calidad de vida: la salud, el tener tiempo libre, las relaciones familiares y la adaptación.

Si comparamos los dos modelos conceptuales de calidad de vida propuestos, el de la persona mayor y el del cuidador familiar, la mayoría de las áreas valoradas coinciden en ambos modelos, aunque con diferentes matices e indicadores en su valoración (ver **tabla 7.2**). Sólo cuatro de las áreas tienen los mismos indicadores de valoración: salud, ambiente, economía y bienestar subjetivo. El nivel de sobrecarga de cuidados es la única área que sólo se mide en el cuidador familiar. A nivel subjetivo, en ambos modelos valoramos a partir de la satisfacción y la percepción las áreas de: salud, entorno, estilo de vida, relaciones familiares, economía, cuidados informales, servicios sociosanitarios (ATDOM) y bienestar subjetivo.

Tabla 7.2. Similitudes y diferencias de los Modelos Conceptuales

Variables	Persona mayor	Cuidador familiar
Salud	Objetiva (enferm. físicas, psíquicas) Subjetiva: percepción	Objetiva (enferm. físicas, psíquicas) Subjetiva: percepción
Estilo de vida	Alimentación Ejercicio Ocio Relaciones sociales y soledad	Alimentación Ejercicio Ocio y tiempo libre Relaciones sociales Descanso Hábitos tóxicos Autocuidado
Entorno	Vivienda adaptada Servicios del distrito Ayudas técnicas	Vivienda adaptada Servicios del distrito Ayudas técnicas
Relaciones familiares	Buenas relaciones	Buenas relaciones
Economía	Recursos	Recursos
Cuidados informales	Horas de atención Motivación cuidador Relaciones con el cuidador Participación del mayor	Horas de atención Motivación y formación Relaciones con el mayor Sentimientos al cuidar Tipo de ayuda familiar y frecuencia
Servicios sociosanitarios	Información Acceso a recursos y utilización Relaciones con el cuidador ATDOM: Calidad en los cuidados (formales e informales)	Información Acceso a recursos y utilización Relaciones con el profesional ATDOM: Valorar la sobrecarga del cuidador
Bienestar subjetivo	Percepción CV y felicidad Motivos satisfacción Satisfacción con la vida y necesidades	Percepción CV y felicidad Motivos satisfacción Satisfacción con la vida y necesidades
Dependencia del mayor	Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria	Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria
Nivel de sobrecarga		Horas de cuidado al día Años de cuidado Estado de salud del mayor Test de Zarit and Zarit
Datos sociodemográficos	Sexo, edad, estado civil, hijos, parentesco con la persona que le cuida, convivencia, nivel de estudios, distrito donde vive.	Sexo, edad, estado civil, hijos, parentesco con la persona que cuida, convivencia, actividad laboral, nivel de estudios, distrito donde vive

Fuente: Elaboración propia

7.4. ¿Qué aportan estos Modelos Conceptuales de CV?

En el modelo conceptual de CV de la persona mayor dependiente, se han incluido las variables que otros modelos nacionales e internacionales consideran importantes en la valoración de la calidad de vida. Sin embargo, nuestro modelo lo planteamos desde la función que un servicio ATDOM puede proporcionar a la detección y satisfacción de las necesidades de los mayores dependientes, y contribuir a que se realicen unos cuidados formales e informales de calidad, fomentando la independencia y participación del mayor a la vez que valorar la adaptación del mayor a la situación actual. Por ello, en el modelo propuesto, añadimos algunos matices no encontrados en otros modelos revisados, como son las relaciones establecidas entre cuidadores profesionales y mayores dependientes, y la profundización en elementos objetivos y subjetivos que según los mayores contribuyen e influyen en la percepción de una determinada calidad de vida, como son el estilo de vida y el bienestar subjetivo.

El modelo conceptual de CV del cuidador familiar de la persona dependiente, se ha adaptado a la situación de cuidados de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes de 75 y más años adscritos a un servicio ATDOM. El servicio ATDOM puede detectar las necesidades de los cuidadores, así como valorar la sobrecarga de cuidados, al identificar el nivel de autocuidado y la adaptación a la condición de ser cuidador. Además, en comparación con los modelos analizados, se ha profundizado en algunas áreas como el estilo de vida y el bienestar subjetivo, así como las relaciones que se establecen entre cuidadores familiares y cuidadores profesionales, valorando tanto criterios objetivos como subjetivos.

Lo novedoso de estos modelos, además de profundizar en elementos objetivos y subjetivos en algunas de las áreas, es la valoración de las necesidades y calidad de vida de las personas mayores dependientes y cuidadores familiares adscritos a un servicio de Atención Domiciliaria (ATDOM). Este servicio valora y proporciona los cuidados en el mismo entorno donde vive el mayor

dependiente, facilitando la determinación y percepción real de los cuidados de larga duración. Ubicamos dichos modelos dentro de una perspectiva multidimensional, incluyendo elementos objetivos y subjetivos, y valorando las necesidades y elementos que las personas implicadas en los cuidados de larga duración consideran importantes. Creemos que nuestra propuesta puede aportar un granito de arena en la identificación de ciertos elementos que contribuyen a determinar la calidad de vida del cuidador familiar y de las personas mayores dependientes, y facilitar la valoración en los servicios de Atención Domiciliaria (ATDOM).

Capítulo 8. Discusión y Conclusiones

La investigación ha permitido cubrir los objetivos planteados y valorar si se cumplen o no las hipótesis iniciales. En los capítulos 5 y 6, se han analizado y discutido los resultados, en base a los objetivos de los tres colectivos de estudio y con la literatura encontrada sobre el tema. En el capítulo 7, se han planteado dos modelos conceptuales de calidad de vida para las personas mayores dependientes y para los cuidadores familiares, en base a los resultados, literatura, teorías y modelos de calidad de vida existentes. Sin embargo, queda por analizar las tres hipótesis de estudio atendiendo a los conceptos de la perspectiva teórica sobre calidad de vida, necesidades humanas y teorías sociales de la vejez, ubicadas en el funcionalismo. Por último, falta elaborar las conclusiones finales y las nuevas propuestas de investigación.

Respuesta a los objetivos e hipótesis

En las líneas siguientes se presentan e interpretan el objetivo general y las hipótesis según el colectivo estudiado. Al inicio de la investigación nos planteábamos la siguiente pregunta:

¿Qué elementos participan en la calidad de vida de las personas mayores dependientes de 75 y más años y sus cuidadores familiares atendidos por el servicio domiciliario ATDOM?

A partir de la operativización de los objetivos específicos de cada grupo de estudio (persona mayor dependiente, cuidador familiar y cuidador profesional) y la realización del trabajo de campo, se han identificado los elementos objetivos y subjetivos implicados en la calidad de vida de las personas mayores y sus cuidadores familiares.

8.1. Persona mayor dependiente

La hipótesis planteada para este grupo de estudio era:

Hipótesis 1: “Las personas mayores dependientes de 75 y más años, a pesar de sus limitaciones, no perciben una mala calidad de vida; resignarse al rol social atribuido, favorece dicha percepción. El servicio ATDOM puede identificar las necesidades del mayor y proporcionar los cuidados adecuados

Los elementos que los mayores del estudio consideran relevantes en su calidad de vida son: el estado de salud, la autonomía, las relaciones familiares, las relaciones sociales y la adaptación. En relación al estado de salud, se observa que en general los mayores tienen un estado de salud regular y padecen pluripatología, como puede valorarse en el capítulo 5 de resultados. Si se relaciona al estado de salud y la calidad de vida, se confirma que el estado de salud es uno de los elementos que los mayores destacan como importantes en su percepción de calidad de vida, sin embargo, no el único. Aunque la salud, es siempre un elemento destacado y podríamos decir que prioritario en la satisfacción. Si se relaciona la independencia o autonomía con la percepción de calidad de vida de los mayores, se observa que para ellos es importante poder ser autónomos e independientes, sin embargo, la autonomía o independencia no adquiere tanta relevancia en los mayores como el estado de salud, en parte, porque muchas veces lo engloban dentro de la dimensión de salud y por aceptar sus limitaciones al tener una edad avanzada.

Respecto a las relaciones sociales, los resultados indican que más de la mitad de los mayores no realizan salidas de ocio fuera del hogar y la mayoría no acuden a casales para mayores, aunque nueve de cada diez de los mayores reciben visitas en su domicilio, y ello evita el aislamiento social de estos mayores dependientes. Sin embargo, si que existe una disminución de los contactos sociales que se realizan fuera de la familia y del domicilio del mayor. Al relacionar la calidad de vida y las relaciones sociales, estas no son tan determinantes para los mayores como lo son las relaciones familiares, por

considerar que a su edad, es normal que ya no salgan tanto de casa y se relacionen menos, aunque sin embargo, expresan que sí les gustaría hacerlo. Así, muchos mayores expresan que están adaptados a la situación, sobre todo, al considerar la edad que tienen, como por ejemplo muestra la frase siguiente:

“Buena, estoy bien por la edad que tengo y estoy cuidada” (E.12)

Al preguntarles a los mayores sobre su percepción de calidad de vida, tres de cada cuatro la consideran buena, ocho de cada diez está bastante o muy satisfecho con la vida actual, y dos de cada tres se muestra bastante o muy feliz. De forma, que los resultados se aproximan a la hipótesis inicial planteada, que a pesar de las restricciones por sus enfermedades crónicas, la limitación de autonomía en ciertas actividades de la vida diaria y la disminución de sus relaciones sociales, un alto porcentaje de mayores entrevistados percibe una buena calidad de vida y se muestran felices y satisfechos con su vida actual. Además, la adaptación es para los mayores un mecanismo compensatorio. Relacionamos dicha adaptación al rol social que se atribuye a las personas mayores dependientes, ubicándonos en la perspectiva de rol del funcionalismo y en la teoría de la Desvinculación de Cumming y Henry (1961), que constata que el mayor se aleja poco a poco de la vida social y la sociedad también le ofrece cada vez menos posibilidades. De modo que no se contempla la necesidad de establecer contactos sociales a partir de cierta edad, ni por parte de los mayores, ni por parte de la sociedad.

Se constata que el servicio ATDOM ayuda a mejorar la calidad de vida del mayor, en la medida que identifica las necesidades del mayor dependiente, fomentando su independencia y participación, así como valorando los cuidados que le proporciona su cuidador familiar, favoreciendo a que se proporcionen unos cuidados de calidad.

8.2. Cuidador familiar

La hipótesis de partida planteada para el grupo de cuidadores familiares era:

Hipótesis 2: “Realizar cuidados al mayor dependiente sin ayudas suficientes modifica el estilo de vida del cuidador familiar principal; la socialización del cuidado ayuda a una mejor conciliación en la percepción de la calidad de vida. El servicio ATDOM permite identificar las necesidades y sobrecarga del cuidador”.

En los cuidadores familiares, se han identificado como elementos más importantes en su calidad de vida, el estado de salud, el tiempo libre, y el tener recursos. En el capítulo 6, se detallan ampliamente dichos resultados. En relación al estilo de vida del cuidador se observa que la mayoría no realizan un adecuado autocuidado. Respecto a las relaciones sociales, se observa que estas son bastante precarias, puesto que uno de cada tres cuidadores no realiza nunca salidas de ocio y más de la mitad de los cuidadores declaran necesitar más tiempo libre para realizar actividades de ocio y relacionarse con sus amigos. De modo que el estilo de vida de los cuidadores familiares queda modificado sobre todo en la disminución de las relaciones sociales (tanto en las actividades de ocio, como la relación con amistades) y en un déficit de autocuidado, ambas situaciones, expresadas por la falta de tiempo que provoca el ser cuidador de una persona dependiente. En un principio y según el test de Zarit, los cuidadores no muestran un nivel importante de sobrecarga de cuidados, sin embargo, expresan que la falta de tiempo para uno mismo afecta de forma importante su salud y estilo de vida.

Al preguntarles a los cuidadores sobre la percepción de su calidad de vida, más de la mitad la considera buena, y nadie la considera mala. En relación a la satisfacción con la vida actual, tres de cada cuatro se sienten satisfechos y ocho de cada diez se sienten felices. Un alto porcentaje de cuidadores está satisfecho y percibe sentimientos positivos al cuidar, expresan que no se plantean hacer otra cosa y, si no lo hicieran, sí se sentirían mal; cuidar forma parte de su vida. De manera que los resultados se aproximan a la hipótesis inicial planteada, que a pesar de ver modificado su estilo de vida, y no tener

ayudas suficientes, los cuidadores se muestran satisfechos y no perciben una carga real de cuidados. Pensamos que dicha conciliación o adaptación, se debe al rol y socialización que las mujeres de las generaciones implicadas en este estudio tienen respecto a su condición de cuidadoras. La media de edad de las mujeres cuidadoras familiares de las personas mayores adscritas al servicio ATDOM es de 64 años, y en estas generaciones aún se percibe el cuidado como algo propio de la mujer. Por ello, ubicamos dichos resultados en la perspectiva teórica del funcionalismo, que relaciona la socialización con la adquisición de determinados roles sociales, en este caso el de cuidadora. No significa ello que estas mujeres no necesiten más ayudas y recursos para realizar los cuidados, ni necesiten identificar que también deben cuidarse.

La misión del servicio ATDOM es el de identificar las necesidades del cuidador familiar, valorando el nivel de sobrecarga, así como si existe déficit de autocuidado, facilitando la ayuda y los recursos necesarios. Sabiendo que dicho servicio está preparado para ello.

8.3. Cuidador profesional

La hipótesis planteada para el grupo de cuidadores profesionales era:

Hipótesis 3: “La percepción que tienen los profesionales de enfermería del servicio ATDOM en relación al estado de salud y necesidades de las personas mayores dependientes y sus cuidadores es similar al percibido por los mismos. Estos profesionales pueden además valorar las necesidades no expresadas por los mayores y cuidadores”.

Para contrastar dicha hipótesis se han identificado el estado de salud y las necesidades de los mayores y de los cuidadores familiares. Coinciden con los resultados de los mayores en determinar el estado de salud, las enfermedades más frecuentes, en determinar la dependencia en las actividades básicas, y en la no automedicación del mayor. Sin embargo, no coinciden en determinar la actividad instrumental en la que precisan más ayuda los mayores, puesto que para los mayores es la realización de las compras y para los cuidadores es la

preparación de la comida. Respecto el estado de salud y necesidades de los cuidadores familiares, los profesionales coinciden con las opiniones de los cuidadores familiares, excepto en determinar el síntoma psíquico más frecuente, pues para los cuidadores familiares es la depresión y para los profesionales la angustia. En relación al autocuidado del cuidador familiar, los profesionales consideran que menos de la mitad se cuidan, y destacan que uno de los motivos implicados se debe a la falta de tiempo. Casi la totalidad de los cuidadores profesionales opina que los cuidadores tienen sobrecarga en los cuidados. Los resultados que relacionan el déficit de autocuidados y la falta de tiempo coinciden con las opiniones de los cuidadores familiares.

Se confirma que los profesionales del servicio ATDOM pueden valorar las necesidades y situaciones de las personas mayores dependientes y cuidadores familiares, con sus planes de cuidados y con otros instrumentos o escalas, que sin ser de la disciplina enfermera, son útiles en la determinación de las necesidades de las personas implicadas en los cuidados de larga duración. En el capítulo 2, se muestran las teorías, planes de cuidados enfermeros e instrumentos utilizados por los profesionales. Así, la hipótesis inicial se aproxima a los resultados, dado que los profesionales de dicho servicio establecen una buena valoración de las necesidades y estado de salud de los mayores y cuidadores; el realizar las visitas en su propio domicilio facilita dicha valoración. Además, los resultados permiten establecer que los servicios sanitarios y sus profesionales cumplen con el rol y la función de una institución sanitaria, según indica el pensamiento funcionalista. Aunque las instituciones no siempre satisfacen las necesidades de los individuos y, es por ello, que los profesionales sanitarios pueden identificar cuales son los déficits respecto a los cuidados de larga duración. Una de las afirmaciones más frecuentes de los profesionales es la falta de coordinación de los servicios sociosanitarios, siendo éstos muy lentos y con abundante burocracia.

8.4. Conclusiones finales

Persona mayor dependiente

Las mujeres representan dos de cada tres de los mayores dependientes, son mayores de 75 y más años que están adscritos al programa del servicio ATDOM del Área Básica de Salud de *Vilafranca del Penedès*; la mayoría expresa que su estado de salud es regular. Presentan pluripatología y toman mucha medicación, sin embargo, tanto ellos como los cuidadores afirman que no se automedican. En cuanto a la dependencia, se observa que en primer lugar aparece en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), convirtiéndose a medida que avanza la edad en dependencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Bañarse, preparar la comida e ir de compras son las que precisan más ayuda. En relación a las horas de atención, se comprueba que éstos mayores son atendidos por sus familiares en una media de unas siete horas al día.

Respecto al estilo de vida que llevan los mayores se ve que, en general, no realizan una alimentación e hidratación equilibrada y el tipo de ejercicio es mayoritariamente pasear por su vivienda o muy cerca de ella. A pesar de no salir mucho de su vivienda, la gran mayoría no se siente solo porque recibe visitas de familiares en su domicilio, y además, la mayoría de ellos/as convive con algún familiar. Sin embargo, manifiestan que si les gustaría salir más y relacionarse con gente de su edad, pero aceptan que por su situación no puedan hacerlo. Por ello, pensamos que debería tenerse en cuenta que las relaciones sociales son importantes para todos los individuos, incluidas las personas mayores dependientes. Encontrando una forma desde la atención primaria que contemplara esta situación.

Los mayores prefieren normalmente vivir en su domicilio y ser ayudados por sus hijos/as. En general los mayores tienen buenas relaciones con sus familiares y su cuidador familiar y profesional. No se han identificado casos de maltrato o abuso de ningún mayor por parte del cuidador principal, aunque se ha observado una situación de omisión de cuidados en algún caso.

En relación a si los mayores están satisfechos con sus cuidados, se destaca que generalmente sí lo están, tanto con el cuidador familiar como con el cuidador profesional, creen además que su familiar les cuida porque quiere hacerlo y sin cobrar nada a cambio. El servicio ATDOM es bien valorado por los mayores, y sobre todo están contentos con el profesional de enfermería. Además de estos servicios, los mayores de *Vilafranca* utilizan los servicios sociales del Ayuntamiento y servicios privados. Sin embargo, el servicio más utilizado es el del ambulatorio. Se observa, a pesar de ello, que subsiste un desconocimiento de los recursos a los cuales pueden acceder en caso de dependencia, tanto de cuidados personales como del hogar.

En cuanto al entorno donde vive el mayor, y aunque la mayoría estén satisfechos con su vivienda, se comprueba que casi el 30% de los casos, esta no está adecuada a sus necesidades y, en general, no han pedido ayuda a los servicios locales para adecuar la vivienda. Sin embargo, sí que opinan que necesitarían ayuda económica para poder arreglarla, puesto que la mayoría suelen tener unos ingresos económicos muy bajos. Además, hay mayores que no pueden salir fuera de su vivienda. Las mujeres son el colectivo más perjudicado; al ser más numerosas y percibir la mayoría de ellas sólo pensiones de viudedad. Respecto a los servicios del distrito, la principal recomendación que realizan los mayores, es que desde el Ayuntamiento de *Vilafranca* se eliminen barreras arquitectónicas y que los bancos para sentarse sean más altos, al tener en los actuales dificultad a la hora de levantarse.

En general, los mayores perciben buena calidad de vida, y se muestran felices y satisfechos con su vida actual y familiar. El estado de salud, la autonomía, las relaciones familiares y las relaciones sociales son los elementos que sobre

todo relacionan con su calidad de vida, aunque destacan que la adaptación a su situación actual, es decir, a su rol de persona mayor y enferma, es uno de los elementos clave en la percepción de una buena calidad de vida, lo que acerca dichos resultados a nuestra hipótesis inicial. En general, no expresan como necesidad el poder relacionarse y salir de casa, pues aunque manifiestan que les gustaría, asumen que a su edad ya es normal dicha situación. Desde la perspectiva sociológica, esta situación se explica desde el funcionamiento de roles del funcionalismo y la teoría social de la Desvinculación de Cumming y Henry (1961). De forma, que las condiciones sociales y la disminución de oportunidades de participar en la sociedad, influyen en la percepción que tienen de ellos mismos y en la forma en como se adaptan y actúan en la sociedad en la que viven. También destacamos que desde la psicología, el Modelo de Margaret y Paul Baltes (1990) afirman que en la vejez se ponen en marcha mecanismos de selección, optimización y compensación, que posibilitan que la persona pueda vivir una vida de calidad, efectiva, aunque restringida. Las personas mayores afrontan bien el envejecer; aunque son conscientes de los cambios negativos, continúan siendo eficaces en el mantenimiento de una sensación de control y de una visión positiva del autoconcepto y del desarrollo personal, adaptándose a la situación.

Cuidador familiar

Si el perfil de la persona cuidada es de una mujer mayor, el de la persona cuidadora es también del sexo femenino y con una media de edad de 64 años. De forma que, a pesar de haber cambios en la estructura familiar, la función de la mujer como cuidadora sigue siendo fuerte.

Respecto al estado de salud del cuidador, en general no es malo. Sin embargo, muchos tienen enfermedades crónicas y no realizan un buen autocuidado, expresado sobre todo, en la alimentación y el descanso, siendo el motivo principal la falta de tiempo para ellos. En general, manifiestan tener poco tiempo libre y realizar pocas salidas y contactos sociales.

Las relaciones con la persona cuidada y con los cuidadores profesionales son generalmente buenas. La mayoría de cuidadores familiares eligen cuidar y no suelen percibir dinero por hacerlo. Tampoco tienen necesidad de obtener más información para cuidar, ya que forma parte de su aprendizaje y la forma de vida que heredaron, además, cuidar forma parte de sus vidas, no se plantean el no realizar los cuidados a sus familiares enfermos.

A pesar de las dificultades, la mayoría de cuidadores muestran satisfacción al cuidar. Según el test de Zarit los cuidadores entrevistados no tienen sobrecarga en los cuidados, sin embargo, durante la realización de las entrevistas observamos discrepancias entre las respuestas realizadas y las expresiones de los cuidadores, así como otras situaciones observadas que nos han permitido identificar alguna situación de sobrecarga de cuidados. También la opinión de los cuidadores profesionales confirma la sobrecarga sufrida en los cuidadores, así como la falta de tiempo de los cuidadores para cuidarse. De modo que no hay una percepción real de sobrecarga, a pesar de que esta sí se produce. Se ha observado que la mayoría de los cuidadores principales no suelen tener ayuda de otros familiares de forma frecuente o diaria y no descartan contratar a alguien si fuera necesario.

En general, los cuidadores también conocen y utilizan más los servicios de salud que los servicios sociales, mostrándose satisfechos por los servicios recibidos y la atención por parte de los cuidadores profesionales, sobre todo, con los profesionales enfermeros del servicio ATDOM. Sin embargo, una parte importante de los cuidadores familiares no conoce cómo puede beneficiarle la Ley de Dependencia.

Muchos cuidadores viven cerca, en la misma ciudad o conviven con la persona mayor a la que prestan los cuidados, de forma que les facilita el trabajo de cuidador; esta situación, puede, sin embargo, ser un obstáculo en algunos casos, porque evita que el cuidador pueda desconectar del cuidado del mayor, aunque dicha expresión no se haya manifestado.

En relación a la percepción de calidad de vida de los cuidadores familiares, un poco más de la mitad percibe buena calidad de vida y el resto la percibe como regular. Un alto porcentaje se encuentra bastante satisfecho con su vida y se siente bastante feliz. Los elementos que relacionan con la calidad de vida son tener más tiempo libre, tener buenas relaciones familiares, el estado de salud del mayor y del mismo cuidador, y la satisfacción de ser cuidador. Al preguntarles por las necesidades no satisfechas, destacan que les gustaría poder salir más, tener más tiempo libre y recursos.

A pesar de las dificultades y modificación del estilo de vida, los cuidadores no perciben una mala calidad de vida. De modo que la hipótesis inicial se asemeja bastante a los resultados, puesto que, a pesar de la carga observada en los cuidados y la modificación del estilo de vida, los cuidadores no presentan una mala calidad de vida, y ello lo relacionamos con la socialización y aceptación de la mujer como cuidadora. Sin embargo, se deberá analizar qué ocurrirá y como vivirán el cuidado de las personas dependientes, la nueva generación de mujeres que han apostado por una carrera profesional y no tienen tan internalizado la tradición de cuidar.

Cuidador profesional

El cuidador profesional conoce muy bien el estado de salud de las personas mayores dependientes y de los cuidadores familiares. El profesional ha identificado los principales problemas y situaciones de los mayores y sus cuidadores, de forma que los resultados se aproximan a la hipótesis planteada. El profesional sanitario utiliza los actuales instrumentos de enfermería para detectar las necesidades de ayuda de los mayores y cuidadores. Aunque utiliza también escalas o instrumentos que, sin ser de la disciplina enfermera, se han adaptado a la misma, siendo las más utilizadas: escalas que miden la dependencia (Barthel, Lawton y Katz) escalas que valoran el riesgo social (Indicador de riesgo social), escala que valora la sobrecarga del cuidador (Zarit), test que determina el riesgo de padecer úlceras (Braden), test de valoración cognitiva (Mini-Mental, Pfeiffer) y de estado emocional (Yesavage, Hamilton,

Golberg). Todas ellas explicadas detalladamente en el capítulo 2.

El servicio ATDOM del Área de Salud de *Vilafranca del Penedès* realiza una buena coordinación de los recursos humanos y materiales, fomentando la formación continuada de sus profesionales. Además, cumple con la función que como institución o servicio sanitario debe realizar. Resalta, que una de las principales deficiencias del sistema de cuidados de larga duración, aplicados a las personas mayores dependientes, es la poca coordinación entre los servicios sanitarios y los sociales.

Comparación entre los grupos de estudio

En relación a la percepción de calidad de vida de las personas mayores y de los cuidadores familiares, destacamos que al comparar ambos grupos, se vio mejor percepción de calidad de vida en el grupo de mayores que en el grupo de cuidadores.

Al comparar los elementos que son importantes en la calidad de vida de los cuidadores familiares y de los mayores, se observa que comparten siete elementos coincidentes: la salud, el adaptarse a la situación, las buenas relaciones familiares, los recursos y servicios, la satisfacción en las condiciones de vida, la autonomía y las relaciones sociales. Cada grupo expone sus elementos más importantes; por ejemplo, sólo los mayores expresan necesitar compañía, amor y una vivienda adaptada, en cambio los cuidadores familiares reclaman más tiempo libre y autocuidado. Se destaca que en los tres grupos de estudio, les ha sido difícil establecer una definición de calidad de vida. En los tres grupos de estudio, la salud es uno de los elementos importantes, pero no el único, destacando otros elementos como la autonomía, la adaptación, las relaciones familiares, la felicidad y la satisfacción con la vida. Destacan las definiciones de calidad de vida de los cuidadores profesionales, pues muestran la influencia de la perspectiva enfermera.

Dichos resultados muestran que las necesidades y los elementos relacionados con la calidad de vida son distintos según cada grupo o colectivo, adoptando una perspectiva relativista. Sin embargo, el estado de salud y la autonomía son los elementos siempre presentes en los tres grupos de estudio, y algunos teóricos como Doyal y Gough (1994) lo ubicarían en una postura universalista de las necesidades. Aunque, tal y como hemos planteado al principio de la tesis, nuestro objetivo no es realizar un debate entre el relativismo y el universalismo de las necesidades, sino intentar mejorar la calidad de vida de los mayores dependientes y cuidadores a partir de un servicio ATDOM.

En relación a las iniciativas propuestas, los tres coinciden en necesitar más recursos sociosanitarios y mejor coordinación. Los mayores y cuidadores familiares piden más ayudas para adaptar la vivienda interior y exterior. Las personas mayores también piden más espacios exteriores, más autobuses, más centros y más casales. En cambio, los profesionales piden más tiempo de atención y más posibilidades de aparcar cuando se realizan los domicilios. Sin embargo, a pesar de las demandas e iniciativas expresadas, las personas mayores dependientes y sus cuidadores familiares están satisfechos con los servicios sociosanitarios de la ciudad *Vilafranca del Penedès*.

Los modelos conceptuales de calidad de vida propuestos para los mayores dependientes y los cuidadores familiares, han sido elaborados a partir de los resultados obtenidos, las teorías sociológicas sobre la vejez y los roles sociales atribuidos, la literatura, y los modelos de calidad de vida analizados. Son de tipo multidimensional y con una valoración que contempla elementos subjetivos y objetivos. Dichos modelos contemplan la definición de Calidad de Vida de la OMS (1994): “Percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (OMS, 1997:1). Son novedosos, en la medida que incorporan el servicio ATDOM como institución que puede identificar las necesidades de los mayores dependientes y cuidadores familiares, y al profundizar en algunas de las variables de estudio, como el bienestar subjetivo y el estilo de vida. El servicio ATDOM hacia los mayores

puede aportar unos cuidados de calidad y en los cuidadores valorar el nivel de sobrecarga de cuidados, fomentando de ese modo la calidad de vida de los actores implicados en los cuidados de larga duración.

A partir de fuentes secundarias, hemos identificado que la organización del entorno, distritos, distribución de los servicios sociosanitarios y características de la ciudad de *Vilafranca del Penedès*, hacen que la ciudad sea un buen modelo de atención diferencial al resto de ciudades de la comarca, en relación a los servicios domiciliarios. Se constata, que hay en dicha localidad la mitad de los recursos de los que dispone la comarca (detallado en el capítulo 3) y se observa que en *Vilafranca* existen unos niveles altos de servicios de ayuda a domicilio, muy por encima de la mediana de otros municipios de la provincia de Barcelona y que, además, sus ciudadanos pueden beneficiarse de la mayoría de servicios que propone la Ley de Dependencia. Aunque muchos de los mayores y cuidadores no conocen todos los servicios de los que dispone la ciudad.

8.5. Reflexiones y nuevas propuestas de investigación

En este apartado presentamos unas reflexiones finales, donde se expone la utilidad de dicho trabajo y se plantean nuevas líneas de investigación en el ámbito estudiado.

Las fuentes primarias y secundarias nos muestran que la ciudad de *Vilafranca* tiene unos recursos sociosanitarios adecuados a la población y que las personas mayores y cuidadores están satisfechos con ellos; a pesar de ello, pensamos que puede mejorarse la coordinación sociosanitaria e incrementarse los servicios, sobre todo por el creciente aumento y envejecimiento de la población. Sería necesaria una participación más activa de los profesionales que participan en los cuidados de larga duración, tanto los profesionales sanitarios como los profesionales de los servicios sociales, de forma que ambos profesionales se coordinaran mejor y elaboraran unos protocolos o modelos que contemplaran las estrategias y recursos a utilizar en la mejora de

la calidad de vida, tanto para las personas mayores, como para sus cuidadores principales. Al mismo tiempo, cabría ofrecer más ayudas para arreglar las viviendas. Aunque el servicio ATDOM cumple su función como institución, algunas de las necesidades que son observadas por estos profesionales no pueden satisfacerse desde los servicios de salud, siendo los servicios sociales los que deben implicarse en la satisfacción de las necesidades que dependen de su institución. Por ello, proponemos que se aumenten los canales informativos sobre los recursos sociosanitarios de la ciudad a los que los mayores y familiares pueden acceder en caso de dependencia o de necesidad de ayuda personal domiciliaria.

Además, no hemos observado que se fomente un envejecimiento activo hacia los cuidadores familiares ya mayores, por lo que pensamos que sería deseable que se fomentara la participación de éstos en programas que promuevan un envejecimiento saludable. Sería adecuado ayudar a las personas mayores y cuidadores a expresar y sentir las necesidades, ayudándolos a valorar y reflexionar en las situaciones que no perciben como necesarias debido al rol que les toca afrontar, ya sea por su condición de mayor, de enfermo o de cuidador. El no poder relacionarse, no debe considerarse como normal por el simple hecho de ser mayor y dependiente, así como el de no poder cuidarse y no tener tiempo libre por tener que cuidar a los demás. Deberían haber más servicios sociales que ayuden a solventar estas situaciones. El servicio ATDOM participa en la expresión de estas necesidades, aunque necesita disponer de más tiempo de dedicación y de mejor coordinación con los servicios sociales.

Deseamos finalizar, tal y como empezábamos, así el trabajo realizado es el producto interactivo de conjugar: la sensibilidad hacia las necesidades de la población anciana; la formación personal en enfermería y sociología y el interés por explorar el constructo de calidad de vida de los actores implicados en los cuidados de larga duración en situaciones de dependencia (personas mayores, cuidadores informales y cuidadores formales).

Nuestra aportación es relevante porque recoge la percepción y las propuestas de los individuos implicados, aunque se limita a un número reducido de personas que impide extraer generalidades. Por ello, nuestro máximo deseo es generar nuevos estudios que amplíen, profundicen y permitan generalizar o refutar los resultados obtenidos. En futuras investigaciones, los modelos propuestos de calidad de vida pueden servir para ampliar las valoraciones del estudio que realizó el Ayuntamiento de *Vilafranca del Penedès* a las personas mayores de 75 y más años que viven solas en la ciudad, identificando el peso estadístico de cada área analizada, de esta forma podrían identificarse los elementos que más preocupan y necesitan las personas que reciben y realizan los cuidados de larga duración. Asimismo dicho estudio puede realizarse en otras ciudades de características similares. En la misma línea de investigación, dichos modelos podrían utilizarse para identificar las características que inciden en la calidad de vida y en los cuidados de larga duración en las zonas rurales. De manera que pudieran identificarse elementos e iniciativas para mejorar la atención domiciliaria de las zonas descentralizadas o menos pobladas, donde la dificultad de acceso a los servicios de atención sociosanitaria conlleva menos oportunidades de atención. También sería interesante observar las redes sociales de los mayores, así como su percepción de soledad y bienestar.

Pensamos que esta tesis aporta un valor añadido en tanto que plantea una relación en ocasiones poco estudiadas entre tres elementos de dimensiones diferentes pero íntimamente interrelacionados: los principios sociológicos del funcionalismo, la vejez, en su fase de dependencia, y la calidad de vida centrándola como constructo multidimensional. Desde la sociología, la vejez es una etapa de la vida altamente significativa que permite enlazar los principios sociales de desarrollo humano con la evolución del ser humano como ente social. Determinar la calidad de vida percibida puede ayudar a comprender el desarrollo social del ser humano en su etapa de persona mayor dependiente, detectando necesidades y deficiencias que a veces pueden pasar desapercibidas si son valoradas desde otras perspectivas. Los resultados obtenidos en nuestro trabajo de campo, tanto en relación a los mayores dependientes como a sus cuidadores, nos alientan para proporcionar estudios

posteriores y evaluar trabajos de promoción de la calidad de vida en el marco de las personas mayores dependientes y sus cuidadores ya que la “resignación” y la asunción de rol posiblemente puede cambiar en el futuro y por tanto la sociología deberá tener presente los cambios de roles sociales que pueden generar los nuevos y futuros contextos sociales, requiriéndose nuevos estudios de calidad de vida que quizás podrán aportar datos similares o planteamientos diferentes. Esto debería ser un proceso modificable en función de los sistemas sociales y de las circunstancias en las cuales los actores implicados interaccionan. Es en esta línea en la que hemos desarrollado nuestra investigación y en este mismo enfoque planteamos nuestros principales objetivos de desarrollo futuro del trabajo: considerar las personas mayores dependientes y sus cuidadores como los actores centrales del estudio, contemplar la importancia de los servicios de salud y de los profesionales en el marco del cuidado de la dependencia y mantener los principios sociales de relación entre la sociología y sus vínculos con la calidad de vida, reforzando la necesidad de contemplar la sociología en el estudio de la calidad de vida.

Bibliografía

Bibliografía

Abellán, A. (2003) Percepción de salud en las personas de 16 y más años (%). Barómetro CIS. Madrid: Centro Investigaciones Sociológicas.

Abellán, A. (2004a) Capítulo I: "Indicadores demográficos" en Informe 2004, Las personas mayores en España. Observatorio de las Personas Mayores. Madrid: IMSERSO. CSIC, pp. 43-88.

Abellán, A. (2004b) Capítulo II: "Estado de Salud" en Informe 2004, Las personas mayores en España. Observatorio de las Personas Mayores. Madrid: IMSERSO. CSIC, pp. 89-204.

Abellán, A; Puga, M.D. (2001) *Informe España 2001:Una interpretación de su realidad social*. Madrid: Fundación Encuentro.

Abellán, A; Puga, M.D. (2004) "Una estimación de la dependencia en España" en *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, vol.14, nº 5, pp. 301-303.

Abellán, A; Puyol, R. (2006) *Envejecimiento y dependencia: Una mirada al panorama futuro de la población española*. Madrid: Mondial Assistance.

AENTDE. (2007) "Definición diagnóstico de enfermería" disponible en <http://www.aentde.com/index.php>.

Aguado, A.L; Alcedo, M.A; Fontanil, Y; Arias, B; Verdugo, M.A. (2003) *Calidad de vida y necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad*, Informe del proyecto de investigación. Oviedo: IMSERSO y Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo.

Ajuntament de Vilafranca del Penedès. (2006a) "Datos de la Población mayor de 65 y más según género de Vilafranca del Penedès del año 2005" disponible en www.ajvilafranca.es.

Ajuntament de Vilafranca del Penedès. (2006b) La població de *Vilafranca del Penedès* en xifres (any 2006).Indicadors de dependència i d'envelliment per barris. Ajuntament de Vilafranca del Penedès.

Ajuntament de Vilafranca del Penedès. (2006c) Situació de les persones de 75 i més anys que viuen soles a *Vilafranca del Penedès*, 2006. Col.legi de Doctors i Llicenciats en Ciències Polítiques i Sociologia de Catalunya. Diputació de Barcelona. Ajuntament de Vilafranca del Penedès.

Ajuntament de Vilafranca del Penedès. (2007) Índice de envejecimiento por distritos: *Vilafranca del Penedès* 2006. Ajuntament de Vilafranca del Penedès.

Ajuntament de Vilafranca del Penedès. (2007a) "Localización de Vilafranca" disponible en <http://www.ajvilafranca.es/html/sobrelaciutat/quees/situacio.html>

Ajuntament de Vilafranca del Penedès. (2007b) "Historia de Vilafranca" disponible en www.ajvilafranca.es/html/sobrelaciutat/quees/historia.html

Ajuntament de Vilafranca del Penedès. (2007c) SAD. Serveis d'ajut a domicili per a la gent gran. Vilafranca del Penedès. Ajuntament de Vilafranca del Penedès.

Ajuntament de Vilafranca del Penedès. (2007d) Guia Ciutadana dels Serveis Municipals. Vilafranca del Penedès. Ajuntament de Vilafranca del Penedès.

Ajuntament de Vilafranca del Penedès. (2007e) "Distribució de la població per barris: 01/01/2007, Padró Municipal d'Habitants" disponible en <http://www.ajvilafranca.es/html/sobrelaciutat/quees/historia.html>

Ajuntament de Vilafranca del Penedès. (2007f), Servei de plànol i estadística població estrangera per sexe i barris segons àrea d'origen-01.01.07. Ajuntament de Vilafranca del Penedès.

Ajuntament de Vilafranca del Penedès. (2007g) "Els serveis d'ajuda domiciliària de Vilafranca obtenen una molt bona puntuació en un estudi comparatiu de la Diputació" en Notícies del dia 07/01/2008 (Ajuntament de *Vilafranca del Penedès*), disponible en: <http://www.ajvilafranca.es/jsp/noticies/detall.jsp?id=21716895>

Alba, V. (1992) *Historia social de la vejez*. Barcelona: Editorial Alertes.

Alberdi, I. (1999) *La nueva familia española*. Madrid: Taurus.

Alfaro-LeFevre, R. (1999) *Aplicación del Proceso Enfermero. Guía paso a paso*. 4ª ed, Barcelona: Editorial Springer.

Algado, M.T. (1997) *Envejecimiento y sociedad. Una sociología de la vejez*. Alicante: Instituto Juan Gil Aalbert.

Algado, M.T; Basterra, A; Garrigós, J.A. (1997) "Familia y enfermedad de Alzheimer: una perspectiva cualitativa" en *Anales de Psicología*, vol.13, nº 1, pp.19-29.

Alguacil, J. (1998) "Calidad de Vida y Praxis Urbana" disponible en: http://habitat.aq.upm.es/cvpu/acvpu_6.html

Alonso, J; Prieto, L; Antó, J.M. (1995) "La versión española del SF-36 Health Survey (cuestionario de salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos" en *Med Clin (Barc)*, vol. 104, pp. 771-776.

Alt Penedès. (2007a) "El Penedés y la viña: una historia común" disponible en <http://altpenedes.net/es/vinya.htm>

Alt Penedès. (2007b) "Municipios de l'Alt Penedès" disponible en <http://altpenedes.net/es/quevisitar.htm>

Alt Penedès. (2007c) "Gastronomía" disponible en http://altpenedes.net/es/gastronomia_comarca.htm

Alt Penedès. (2007d) "Fiestas y tradiciones" disponible en <http://altpenedes.net/es/festes.htm>

Alvira, F. (2004) *La encuesta: Una perspectiva general metodológica*. Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

Ander-Egg, E. (1992) *Diccionario de Trabajo Social*. Barcelona: Ateneo.

Aznar, Ml. (2004) "Necesidades de los cuidadores informales de las personas con esquizofrenia: exploración del rol del profesional de enfermería" en *Enfermería Clínica*, vol. 5, p. 286- 294.

Azofra, M.J. (1999) *Cuestionarios*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

Azpiazu, M; Cruz Jentoft, A; Villagrasa, J.R; Abanades, J.C; García, N; Alvear, F. (2002) "Factores asociados a mal estado de salud percibido a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años" en *Revista Española de Salud Pública*, vol. 76, nº 6, p.683-699.

Badia, X; Patrick, K.D. (1995) La medida de la salud en la investigación y práctica clínica. Mahón: Escuela de verano de Salud Pública.

Badia, X; Alonso, J. (1996) "Validity and reproducibility of the Spanish version of the Sickness Impact Profile", en *Clin Epidemiol*, vol. 49, pp.359-365

Badia, X; Gutiérrez, F; Wicklund, I; Alonso, J. (1996) "Validity and reliability of the Spanish version of the «General Well-Being Index»" en *Quality Life Res*, vol. 5, pp.101-108.

Ballester, L. (1999) *Las Necesidades Sociales*. Barcelona: Síntesis Sociología.

Ballester, D; Juvinyà, D; Brugada, N; Doltra, J; Domingo, A. (2006) "Cambios en los cuidadores informales en cuanto a estilos de vida, relaciones y alteraciones de salud mental" en *Revista Presencia*, jul-dic, vol. 2, nº 4, disponible en <http://www.index-f.com/presencia/n4/56articulo.php>

Barenys, M.P. (2002) "Els valors socials i la gent gran" en *Revista Catalana de Sociologia*, nº 16, pp. 9-26.

Bazo, M.T. (1990) *La sociedad anciana*. Col.Monografías nº 113. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

Bazo, M.T.(1998) “Vejez dependiente, políticas y calidad de vida” en *Revista Papers*, nº 56, pp. 143-161.

Bazo, M.T.(2001) “Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España” en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 36, nº 1, pp. 8-14.

Bazo, M.T; Domínguez-Alcón, C. (1996) “Los Cuidados Familiares de Salud en las Personas Ancianas y las Políticas Sociales” en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, vol. 73, pp. 43-56.

Bazo, M.T; García, B. (2006) *Envejecimiento y Sociedad: Una perspectiva internacional* 2º ed. Madrid: Editorial Medica Panamericana.

Blanca, J; Gavilán, T; Jiménez, E; García, C. (2004) “Factores relacionados con el cansancio en el desempeño del rol de cuidador”, en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 39 nº 2, pp. 34-38.

Blanco, R; Zapico, F; Juanola, M.D; Aguas, A. (2003) “Entorno y necesidades de salud de la población mayor de 75 años no atendida en cuatro áreas básicas de salud de Barcelona” en *Enferm Global*, nº 3, pp.1-11.

Beauvoir, S. (1983) *La Vejez*. Barcelona: Edhasa.

Belando, M. (2006) Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios. Reconstruyendo identidades. Una visión desde el ámbito educativo. Comunicación de Ciudadanía nº 4.

Berger, P y Luckman, T. (1999) *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.

Berjano, E. (2005) “Dependencia y calidad de vida en las personas mayores” en *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, vol. 15, nº 3, p.144-154.

Boletín Oficial del Estado. (2006a) Proyecto de la Ley de Dependencia, Congreso de los Diputados. Madrid: BOE.

Boletín Oficial del Estado. (2006b) Proyectos de Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Madrid. Seria A: Proyectos de Ley, 5 de mayo de 2006, nº 84-1.Congreso de los Diputados.

Boletín Oficial del Estado. (2006c) “Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia”. BOE, nº 299 de 15 de diciembre de 2006, pp. 44142 – 44156.

Boletín Oficial del Estado. (2007a) Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Disposiciones Generales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, BOE, nº 96, pp.17649-17650.

Boletín Oficial del Estado. (2007b) Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia, por el que se establecen los acuerdos en materia de valoración de la situación de dependencia. BOE. nº 136, pp. 24870- 24871.

Boletín sobre El Envejecimiento. (2000). La soledad de las personas mayores. Madrid: Observatorio de Personas Mayores. IMSERSO. Diciembre 2000.

Bonache, J. (1999) “El estudio de casos como estrategia de construcción teórica: características, críticas y defensas” en *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa*, nº 3, pp.123-140.

Bonafont, A. (1997) “El cuidar y los ancianos” en *Gerokomos*, vol. 8, nº 20, pp.49-59.

Bosch, J.L; Torrente, D. (1993) *Encuestas telefónicas y por correo*.Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

Bover, A. (2004) “Cuidadores informales de salud del ámbito domiciliario: percepciones y estrategias de cuidado ligadas al género y a la generación”. Tesis Doctoral. Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears. Departament de Ciències de l’Educació.

Bover, A. (2006) “El impacto de cuidar en el bienestar percibido por mujeres y varones de mediana edad: una perspectiva de género” en *Enfermería Clínica*, vol. 16, nº 2, pp. 69-76.

Bover, A; Gastaldo, D. (2007) “Valoración y expectativas de las personas cuidadoras sobre las profesionales sociosanitarios” en *Metas de Enfermería*, vol.10, nº 3, pp.51-55.

Bowling, A. (1999) “Individual Quality of Life and Population Studies” en Joyce, C.R.B, et al., (ed.) *Individual Quality of Life: Approaches to Conceptualisation and Assessment*. Amsterdam. Harwood Academic Publishers, pp.175-184.

Bowling, A; Gabriel, Z; Dykes, J; Dowding, L.M; Evans, O. (2003) “Let’s ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over” en *International journal of aging & human development*, vol. 56, nº 4, pp. 269-306.

Brorsson, B; Ifver, J; Hays, R. (1993) “The Swedish health-related. quality of life survey (SWED-QUAL)” en *Qual Life Res*, Vol. 2, pp. 33–45.

Bueno, B; Navarro, A.B. (2004) “Afrontamiento y calidad de vida” en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 39, nº 3, pp. 31-37.

Busquets, M. (2004) “La autonomía del cuidado, Autonomía en el cuidado de la Salud”, Elementos de Bioética en *Revista FRC 9: Revista de Debat Polític*, Tardor-Hivern, pp. 115-127.

Buys, L.R. (2001) "Life in a retirement village: implications for contact with community and village friends" en *Gerontology*, 47, vol. pp.55-59.

Buz, J; Mayoral, P; Bueno, B; Vega, J.L. (2004) "Factores sociales del bienestar subjetivo en la vejez" en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 39, nº 3, pp. 38-45.

Cabrera, M.I. (1996) "Estado de salud y capacidad funcional de la población mayor de 75 años, no institucionalizados, de la Isla del Hierro" en *Gerokomos*, vol. 7, nº 17, pp. 53-62.

Calso, L.J; Villanueva, M; Flores, E; Pérez, P.J; Fernández, L; Velázquez, M. (2002) "Estudio comparativo de la calidad de vida en personas mayores de las ciudades de Iquitos (Perú) y Sevilla (España)" en *Revista de Enfermería*, vol. 15, pp.5-11.

Campo, M.J. (2000) *Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer Cuidadora*. Opiniones y Actitudes nº 31. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

Carretero, S; Garcés, J; Ródenas, F.J; Sanjosé, V. (2006) *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes, Análisis y propuestas de intervención psicosocial, Políticas de Bienestar Social*. Valencia: Tirant lo Blanc.

Casado, D. (2006) *Efectos y abordajes de la dependencia: Un análisis económico*. Barcelona: Elsevier Masson.

Casado, D. (2007) *Análisis de la evolución de la dependencia en la tercera edad en España*. Bilbao: Fundación BBVA.

Casado, D; López, G. (2001) *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración, Situación actual y perspectivas de futuro*. Colección de Estudios Sociales nº 6. Barcelona: Fundación "La Caixa".

Casals, A. (2004) "Programa de descanso familiar a cuidadores de personas con dependencia" en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 39, nº 2, pp. 10-11.

Castellón, A; Aleixandre, M. (2001) "Calidad de vida y salud" en *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, vol. 11, nº 11, pp. 12-19.

Castellón, A; Del Pino, S. (2003) "Calidad de vida en la atención al mayor" en *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, vol. 13, nº 3, pp. 188-192.

Castellón, A; Romero, V. (2004) "Autopercepción de la calidad de vida" en *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, vol. 14, nº 3, pp. 131-137.

Castejón, P; Abellán, A. (2006) Capítulo II: "Estado de Salud" en Informe 2006: Las personas mayores en España. Observatorio de las Personas Mayores. Madrid: IMSERSO, CSIC, pp. 75-135.

Castro, R; Campero, L; Hernández, B. (1997). "La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos" en *Revista Salud Pública*, vol.4, nº 31, pp.425-435.

Castro, E; Zarzosa, M.C. (2006) "La sobrecarga física y psicológica de los cuidadores de enfermos con discapacidad" en *Geriatría*, vol. 22, pp.18-23.

Cea D'Ancona, M.A. (1996) Metodología Cuantitativa, Estrategias y técnicas de investigación social. Madrid: 1º ed. Editorial Síntesis.

Celma, M. (2001) "Cuidadoras informales en el medio hospitalario" en *Revista Rol Enfermería*, vol. 24, nº 7-8, pp. 503-511.

Centro de Investigaciones Sociológicas. (1990) "Ayuda Informal a las Personas Mayores", Estudio 2117, Madrid, disponible en <http://www.cis.socio.es/boletín/4/est5.html>.

Centro de Investigaciones Sociológicas. (1998a) Barómetro de junio: Estudio 2291. Datos de Opinión nº18. Acerca de las personas mayores. Madrid:CIS.

Centro de Investigaciones Sociológicas. (1998b) *La Soledad en las personas mayores*. Estudio nº. 2.279. Madrid: IMSERSO.CIS.

Centro de Investigaciones Sociológicas. (2000) *Calidad de vida de los Españoles*. Estudio 2380. Madrid: Boletín 25 (julio-setiembre).CIS.

Cervera, M.C; Sáiz, J. (2001) *Actualización en geriatría y gerontología I*. Jaén: Editorial Formación Alcalá.

Chasco, C; Hernández, I. (2003) *Medición del bienestar social provincial a través de indicadores objetivos*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Coller, X. (2000) *Estudio de casos*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

Coller, X. (2003) *Canon Sociológico*. Madrid: Editorial Tecnos.

Collière, M.F. (1993) *Promover la vida*. Madrid: Interamericana.

Collière, M.F. (1996) "Cuidar: asegurar el mantenimiento y continuidad de la vida" en *Index de Enfermería*, nº 18, pp.9-14.

Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad. (2004) La protección de las situaciones de dependencia en España: Una alternativa para la atención a las personas con situación de dependencia desde la óptica del sector de la discapacidad, nº12. Madrid: Obra social Caja Madrid. CERMI.

Confederación Española de Organizaciones de Mayores: CEOMA. (2005) “El maltrato a los ancianos paso siguiente a la discriminación de los mayores”. Madrid, CEOMA, pp.1-4, disponible en http://www.ceoma.org/vii_congreso_nacion

Consejo de Europa. (2000) Carta Social Europea revisada Estrasburgo. Consejo de Europa.

Consejo Internacional de Enfermeras. (1996) La clasificación internacional para la práctica de enfermería: un marco unificador, la versión Alfa. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).

Consejo Internacional de Enfermeras. (2007a) “Ámbito de la práctica de enfermería, declaración de posición del CIE” disponible en <http://www.icn.ch/spanish.htm>

Consejo Internacional de Enfermeras. (2007b) “El CIE y el envejecimiento saludable: Desafío para la salud pública y la enfermería” disponible en http://www.icn.ch/matters_agingsp.htm

Consell Comarcal de l'Alt Penedès. (2006) Necessitats assistencials i de serveis per la gent gran a l'Alt Penedès. Cerdanyola del Vallès. Activa Prospect SL (Research & Solutions). Consell Comarcal de l'Alt Penedès.

Consell Comarcal de l'Alt Penedès. (2007) Recursos Socials SAD (Servei d'ajuda a Domicili). Consell Comarcal de l'Alt Penedès.

Conselleria de Benestar Social i Sanitat. (2007) Reglament del Servei d'Ajut a Domicili del Consell Comarcal de l'Alt Penedès. Conselleria de Benestar Social i Sanitat.

Consorci Sanitari Alt Penedès. (2007) “El Sector Sanitari a l'Alt Penedès” disponible en <http://www.csap.es/seccio.php?id=2>

Corral, R. (1996) “Los pacientes opinan sobre la visita domiciliaria” en *Revista Rol Enferm*, nº 214, pp. 19-22.

Corten, P; Mercier, C. (1994) “Subjective quality of life: Clinical model for assessment of rehabilitation treatment in psychiatry” en *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, pp. 178-183.

Crespo, M; López, J. (2007) *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: Desarrollo del programa*. Madrid. IMSERSO.

Cruz Roja Española. (2007) “Intervención social, gente Mayor” disponible en <http://www.creuroja.org/cat/fhome.htm>

Cueto, A; Corrales, E; Tardón, A. (2000) “Estado funcional y calidad de vida en mayores de setenta años” en *Psicotherma*, vol.12, pp.171-175.

Cummins, R.A. (1993) *The Comprehensive Quality of Life Scale for Adults*, 4ª ed. Melbourne.School of Psychology. Deakin University.

Cummins, R.A. (1997) *Comprehensive Quality of Life Scale-Adult: Manual, Burwood*. 5ª ed. Melbourne. School of Psychology.Deakin University.

Cummins, R.A. (1998) *Quality-of-Life Definition and Terminology: A discussion document from the international Society for Quality of Life Studies*. Blacksburg, VA.The International Society en Quality-of-Life Studies.

Cummins, R.A. (2005) "Caregivers as managers of subjective wellbeing: A homeostatic perspective" en *Journal of Applied Research in Intellectual disabilities*, dec, vol. 18, nº4, pp. 335.

Cummings, E; Henry, W. (1961) *Growing old: The process of disengagement*. New York. Basic Books.

Davis, A. (1999) "Las Dimensiones éticas del cuidar en enfermería" en *Enfermería Clínica*, vol. 9, Nº 1, pp. 21-34.

Defensor del Pueblo. (2000) *La atención sociosanitaria en España: Perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*. Madrid: Defensor del Pueblo.

De la Cuesta, C. (2004) *Cuidado artesanal: la invención ante la adversidad*. Colombia. Editorial Universidad de Antioquia.

Delicado, V. (2002) "Familia y cuidados de salud, Calidad de vida en cuidadores y repercusiones sociofamiliares de la dependencia".Tesis Doctoral. Alicante: Universidad de Alicante. Departamento de Psicología de la Salud.

De Miguel, A. (1997) *Manual del perfecto sociólogo*. Madrid: Espasa-Calpe.

De Miguel, J.M. (1998) *Estructura y cambio social en España*. Madrid: Alianza Editorial.

Departament de Sanitat i Seguretat Social. (2003) *Millorem l'atenció sanitària a les persones grans. Pla d'actuacions prioritàries de l'atenció primària de salut per el període 2003-2005*. Barcelona: CatSalut. 1ª ed.

Domínguez-Alcón, C. (1998a) "Cuidado informal, redes de apoyo y políticas de vejez", en *Index de Enfermería*, vol. 23, pp.15-21.

Domínguez-Alcón, C. (1998b) "Familia, cuidados informales y políticas de vejez" en Simon A; Compton, L (ed.) *Enfermería y Gerontología: Adaptación al proceso de envejecimiento*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Domínguez-Alcón, C. (2001) *Construyendo el equilibrio: Mujeres, Trabajo y Calidad de Vida*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Domínguez, M; Coco, A. (2000) *Tècniques d'investigació Social*, Departament de Sociologia i Anàlisi de les Organitzacions. Textos Docents 185. Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona.

Donati, P. (1994). *Manual de Sociología de la Salud*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Doyal, L; Gough, I. (1994) *Teoría de las necesidades humanas*. Barcelona-Madrid:Icaria- Fuhem.

Dupuy, H.J. (1984) "The psychological general well-being (PGWB) index" en Wenger, N.K; Mattson, M.E; Fuberg C.P (ed.) *Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies*. Nueva York, Le Jacq, pp.170-183.

Durán, M.A. (1997) "La investigación sobre uso del tiempo en España: algunas reflexiones metodológicas" en *Revista Internacional de Sociología*, nº 18, p. 163-190.

Durán, M.A. (1999) *Los costes invisibles de la enfermedad*. Madrid: Fundación BBV.

Durán, M.A. (2000) "La nueva división del trabajo en el cuidado de la Salud" en *Política y Sociedad*, nº 35, pp.9-30.

Durán, M.A. (2004) *Informe sobre el impacto social de los enfermos dependientes por ICTUS*. Madrid: Informe ISEDIC. Merck Sharp & Dohme de España.

Durkheim, E. (1982) *La división del Trabajo Social*. Madrid: Akal.

Edad y vida. (2005) *Jornada sobre Calidad de vida y dependencia: derechos y deberes de los ciudadanos*. Madrid: Edad y Vida.

Eiroa, P. (1994) "Valoración multidimensional de la tercera edad en el municipio de Vigo". Tesis Doctoral. Santiago de Compostela. A Coruña: Universidad de Santiago de Compostela.

El País. (2007) "Los dependientes tendrán que esperar. Sólo una de cada 10 personas que tenían derecho a la ayuda este año la han recibido" en *El País*, [El País, 09/11/2007].

Encuesta Nacional de Salud. (2001).

Enfermeros.org. (2006) "Temas y Recursos de Enfermería, Modelos y Teorías en Enfermería", disponible en <http://www.enfermeros.org/modelos-teorias.html>

Europa Press. (2008) "El 92,5% de los españoles no se hidrata de manera adecuada". Europa Press. 1 de Agosto de 2008.

Evans, DR; Cope, W. (1989) Quality of Life Questionnaire. New York. Multi-Health Systems Inc.

Farran, C.J. (1997) "Theoretical perspectives concerning positive aspects of caring for elderly persons with dementia: stress/adaptation and existentialism" en *The Gerontologist*, vol. 37, pp. 250-256.

Felce, D. (2006) "La calidad de vida en Servicios de vida comunitaria: Cuestiones sobre la medición subjetiva y objetiva" en Verdugo, M.A; Jordan de Urries Vega, F.B (ed.) Rompiendo inercias. Claves para avanzar. Salamanca. VI Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad, pp.73-88.

Fericgla, J.M. (1992) *Envejecer: Una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Antropos. Editorial del hombre.

Fernández, L.J. (2002) "Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en las esquizofrenias" en *Informaciones Psiquiátricas*, tercer trimestre, nº 169, disponible en http://www.revistahospitalarias.org/info_2002/03_169_04.htm

Fernández-Ballesteros, R. (1998) "Calidad de vida: Las condiciones diferenciales" en *Colegio Oficial de Psicólogos*, vol. 2. nº 1, pp. 57-65.

Fernández-Ballesteros, R. (2004) "Calidad de vida ¿es un concepto psicológico?", en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 39, nº 3, pp.18-22.

Fernández-Ballesteros, R; Zamarrón, M.D; Maciá, A. (1996) *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. IMSERSO.

Fernández-Mayoralas, G; Rojo, F. (2005) "Calidad de Vida y Salud: Planteamientos Conceptuales y Métodos de Investigación" en *Territoris, Revista del Departament de Ciències de la Terra*, segunda época. Monográfico sobre "Geografía de la Salud", nº 5, pp. 117-135.

Fernández-Mayoralas, G; Rojo, F; Prieto, M.E; León, B; Martínez, P; Forjaz, M. J; Frades, B; García, C. (2007) "El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores" disponible en <http://imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/fernandezmayoralas-significado-01.pdf>

Fornés, J. (2003) "Enfermería en Salud Mental. Como cuidar al cuidador y a nosotros mismos" en *Enfermería Global*, nº 2, disponible en <http://www.um.es/eglobal/2/02d05.html>

Fry, P. (2000) "Whose quality of life is it anyway? Why not ask seniors to tell us about it?" en *International journal of aging & human developmen*, nº 50, pp.361-83.

Fuentesalz, C; Úbeda, I; Roca, M; Faura, T; Salas, A.M; Buisac, D; López, C; Lacarcel, M. (2006) "Características y calidad de vida de los cuidadores informales de enfermos de sida" en *Enfermería Clínica*, vol. 16, nº 3, pp.137-143.

Fukuyama, F. (2001) *La gran ruptura: Naturaleza humana y reconstrucción del orden social*. Madrid: Ediciones B.S.A.

Fundació Institut Català de l'Envel·liment: FICE. (2005) "Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España", Madrid, Edad y Vida, 236 p, disponible en <http://www.edad-vida.org/ResumPublicacio>

Fundació Pro Penedès. (2007) "Servei Prodomicili" disponible en http://www.propenedes.com/projectes_en_curs/servei_prodomicili.

Fundació Viure i Conviure. (2006) *Qualitat de vida de les persones grans a Catalunya*. Caixa Catalunya. Obra Social.

Gallart, A. (2007) "Sobrecarga del cuidador inmigrante no profesional formal en Barcelona". Tesis Doctoral. Barcelona: Universidad Internacional Cataluña. Facultad d'Humanitats.

García, M.M. (2004) "El impacto del cuidar en la salud y la calidad de la vida de las mujeres" en *Gaceta Sanitaria*, vol. 18, nº 2, pp.83-92.

García, M.N. (2004a) "La atención domiciliaria: profesionalidad y cercanía en el cuidado del paciente" en *Metas Enferm*, vol. 7, nº 4, pp.58-62.

García, M.M; Mateo-Rodríguez, I; Eguiguren, A.P. (2004) "El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad" en *Gaceta Sanitaria*, vol. 18, Supl 1, pp. 132-139.

García-Riaño, D; Ibáñez, E. (1992) "Calidad de Vida en Enfermos Físicos" en *Rev Psiquiatría Fac Medicina Barna*, vol. 19, nº 4, pp. 148-161.

Generalitat de Catalunya. (2002) *Llibre Blanc de la gent gran activa, El paper actiu de la gent gran en la nova societat, 50 propostes de millora y 14 recomenacions*. Departament de Benestar Social. Generalitat de Catalunya.

Generalitat de Catalunya. (2003) *Atlas sobre la dependència*. Barcelona. Departament de Benestar Social. Generalitat de Catalunya.

Generalitat de Catalunya. (2007a) "PRODEP: Programa para el impulso e ordenación de la promoción de la autonomía personal y atención de las personas con dependencias Llei de la Dependència" disponible en <http://www.gencat.net/benestar/persones/dependencia/llei/>

Generalitat de Catalunya. (2007b) “Acció Social resoldrà les primeres valoracions de la Llei de la Dependència a partir de la setmana vinent” en Nota de Premsa: 21-08-07, 18:00h. Departament d’Acció Social i Ciutadania disponible en http://premsa.gencat.net/display_release.html?id=26834&comp_id=1013

Giddens, A. (2007) *Sociologia*. Madrid: Alianza Editorial. 5ª edición.

Gil, E. (2003) *El poder gris: Una nueva forma de entender la vejez*. Barcelona: Editorial Random House Mondadori. S.L.

Giner, S; Lamo de Espinosa, E; Torres, E. (1998) *Diccionario de Sociología*. Madrid. Alianza p.294.

Gómez-Busto, F; Ruiz de Alegría, K; Martín, A; San Jorge, B; Letona, J. (1999) “Perfil del cuidador, carga familiar y severidad de la demencia en tres ámbitos diferentes: domicilio, centro de día y residencia de válidos”, en *Revista Española Geriátrica y Gerontología*, vol. 34, nº3, pp.141-149.

Gómez Vela, M; Sabeh, E. (2006) “Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica” disponible en <http://www3.usal.es/inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>

Gordon, M. (1996) *Diagnóstico enfermero, proceso y aplicación*. 3ª ed. Madrid: Mosby.

Grau, G. (1993) Versión española del OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire, Documento técnico de la Consejería de Salud de Andalucía. Sevilla. Dirección General de Coordinación. Docencia e Investigación.

Guigoz, Y; Vellas, B; Garry, P.J. (1994) “Mini-Nutritional Assessment: A practical assesment tool for grading the nutritional state of elderly patients” en *Facts and Research in Gerontology*, Supplement 2, pp.15-59.

Guillén, M. (2006) *Longevidad y dependencia en España, Consecuencias sociales y económicas*. Bilbao: Fundación BBVA.

Guimaraes, O; Partezani, R. (1999) “Representaciones del cuidador familiar: ante el anciano con AVC” en *Revista Rol Enfermería*, vol. 22, nº 6, pp. 453-464.

Guirao, J; Ruiz, A. (2004) *Metodología de cuidados de enfermería en Atención Domiciliaria*. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat.

Gummesson, E. (2000) *Qualitative methods in management research*, Sage Publications.

Hadorn, D.C; Hays, R.D. (1991) “Multitrait-Multimethod Analysis of Health-Related Quality-of-Life Measures” en *Medical Care*, vol. 29, nº. 9, pp. 829-840.

Heierle, C. (2004) *Cuidando entre Cuidadores: Intercambio de apoyo en la Familia*. Cuadernos Index/3. Granada: Fundación Index y Asociación Andaluza.

Henderson, V. (1971) *Principios básicos de los cuidados de Enfermería*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras.

Herranz, R. (2006) “¿Qué es la Ley de Dependencia? 16 preguntas y respuestas sencillas sobre la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia”, Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 68, disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/herranz-preguntasdependencia -01.pdf>

Hilleras, P.K; Jorm, A.F; Herlitz, A; Winblad, B. (2001) “Life satisfaction among the very old: a survey on a cognitively intact sample aged 90 years or above?” en *International Journal of Aging & Human Development*, vol. 52, nº 2, pp.71-90.

Hughes, B. (1990) “Quality of life” en Sheia, S.M et al., (ed.) *Researching social gerotology. Concepts, methods and issues*. Thousand Oaks: Sage.

ICS. (2003) “Estàndard de diagnòstics d’infermeria a l’Atenció Primària (NANDA)”, Generalitat de Catalunya, Institut Català de Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social disponible en www.gencat.net/ics/professionals/protocols/nanda.pdf

ICS. (2007) “Atenció Primària, Àmbit d’Atenció Primària Costa de Ponent” disponible en http://www.gencat.net/ics/infocorp/dap/regio_costaponent.htm

IDESCAT. (2007) “Població Alt Penedès” disponible en <http://www.idescat.net/territ/BasicTerr?TC=3&V0=2&V1=03#T3>

IDESCAT. (2008) “Població Vilafranca del Penedès” disponible en <http://www.idescat.cat/territ/BasicTerr?TC=6&V0=1&CTX=B&ALLINFO=TRUE&V1=08305&VOK>.

Iglesias de Ussel, J. (2001) *La soledad en las personas mayores. Influencias Personales, Familiares y Sociales. Análisis cualitativo*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

IMSERSO. (1999) *Analizando la calidad de vida, Adaptación del Departamento de Servicios para el desarrollo de California*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. IMSERSO.

IMSERSO. (2002) *Modelos de Atención Sociosanitaria: Una aproximación a los costes de la dependencia*. Observatorio de personas Mayores. IMSERSO.

IMSERSO. (2004a) *Situación y Evolución del Apoyo Informal a los Mayores en España*. Informe de Resultados. Madrid: IMSERSO.

IMSERSO. (2004b) *Informe 2004: Las personas Mayores en España, Informe de Resultados*. Madrid: IMSERSO.

IMSERSO; Gfk-Emer.(2004c) *Encuesta de Apoyo informal a los mayores en España*. Madrid: IMSERSO.

IMSERSO. (2005a) *Cuidado a la Dependencia e inmigración, Informe de Resultados*. Madrid: Colección Estudios Serie Dependencia. IMSERSO.

IMSERSO. (2005b) *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles: El entorno familiar*. Colección Estudios Serie Dependencia. Madrid: IMSERSO.

IMSERSO. (2005c) Los mayores en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999, Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias, febrero, nº 14. IMSERSO.

IMSERSO. (2006) *Encuesta de condiciones de vida de los mayores. Estudio 4.597, microdatos*. IMSERSO.

IMSERSO. (2007) *Informe 2006: Las personas mayores en España. Observatorio de las personas mayores*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid:IMSERSO.

IMSERSO; CSIC. (2001) "Consecuencias en la vida diaria del cuidador" disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/salud/cuidadores/pyr/consecuencias.html>

INE. (1991) *Indicadores sociales de España*. Madrid: INE.

INE. (2001) *Indicadores Sociales de España*. Madrid:INE.

INE. (2004) *Cifras de población de España*. Madrid:INE.

IMSERSO; CIS; Colectivo Ioé. (1995) *Cuidados en la vejez: El apoyo informal*. Madrid: IMSERSO.

IMSERSO; CIS. (1995) *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*. Madrid: IMSERSO. CIS.

Instituto de Salud Carlos III. (2002) *Visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años*. Madrid:Ministerio de Sanidad y Consumo.

Iñiguez, J. (2004). "El Deterioro Cognitivo Leve. La importancia de su diagnóstico diferencial para detectar un posible proceso de demencia de tipo Alzheimer". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 17, disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/iniguez-deterioro-01.pdf>

Jiménez Lara, A. (2005) Los mayores en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y tendencias. nº 14. IMSERSO, 32 p.

Juncos-Rabadán, O; Pereiro, A; Facal, D. (2006). "Comunicación y lenguaje en la vejez". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 67, Lecciones de Gerontología, XI [Fecha de publicación: 13/11/2006] disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/juncos-comunicacion-01.pdf>

Junqué, C; Jodar, M. (1990) "Velocidad de procesamiento cognitivo en el envejecimiento" en *Anales de Psicología*, vol. 6, nº 2, pp. 199-207

Justicia de Aragón. (2004) *Calidad de vida de las personas mayores. Un supuesto especial: el maltrato*. Aragón: Gobierno de Aragón.

Katschnig, H; Freeman,H; Sartorius, N. (2000) "Calidad de vida en los trastornos mentales. Barcelona :Masson.

Katz, S; Down, T.D; Cash, H.R. (1970) "Progress in the Development of the Index of AD" en *Gerontologist*, vol.10, pp.20-30.

Kehl, S (1993) "Necesidades humanas y conflictos sociales" en *Cuadernos de Trabajo Social*.Ed. Universidad Complutense Madrid, nº 4-5, pp. 201-226

Kérovac, S; Pepin, J; Ducharme, F; Duquette, A; Major, F. (1996) *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Editorial Masson.

Kozier, B; Erb, G; Blais, K; Wilkinson, J. (2005) *Enfermería Fundamental, Biblioteca Enfermería Profesional*, vol. 1, 7ª ed. Madrid: Editorial McGraw-Hill. Interamericana.

La guia Vilafranca. (2007a) "Organitzacions No Gubernamentals (ONG) i suport social de la ciutat de *Vilafranca del Penedès*" disponible en <http://www.ciutat.net/vilafranca/>

La guia Vilafranca. (2007b) "Associacions de salut i grups d' ajuda mutua de la ciutat de *Vilafranca del Penedès* disponible" en <http://www.ciutat.net/vilafranca/>

Lansky, L.L; List, M.A; Lansky, S.B. (1985) "Toward the development of play performance scale for children: PPSC" en *Cancer* vol. 56, pp.1837-1849.

Lawton, M.P; Brody, E.M. (1969) "Assessment of Older People: Self-maintaining and instrumental active and daily living" en *Gerontologist*, vol. 9, pp.179-186.

Lawton, M.P. (1991) "A Multidimensional view of quality of life in frail elders" en Birren, J (ed.) *The concept and measurement of quality if life in the frail elderly*. San Diego. Acadeic Press.

Lehr, U. (2004) "Calidad de vida. Satisfacción con la vida. Envejecimiento satisfactorio y bienestar subjetivo" en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 39, nº 3, pp.2-7.

Leininger, M.M. (1985) "Transcultural care diversity and Universaly: a theory of nurs" en *Nurs Health Care*, vol. 6, nº 4, pp. 209-212.

Limón, M.R. (2002) *Grupos de debate para mayores*. Madrid: Narcea.

López, G; Comas, A; Monteverde, M; Casado, D; Caso, J.R; Ibern, P. (2005) *Envejecimiento y dependencia, Situación actual y retos del futuro, 002*. Estudios Caixa Catalunya. Barcelona. Caixa Catalunya.

Losada, A. (2004) "Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención de las personas mayores. Algunas pautas de intervención" disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf>

Losada, A; Márquez, M; Pérez, G. (2005) "Habilidades y conocimientos necesarios para trabajar con personas mayores". Madrid. Portal Mayores. Informes Portal Mayores, nº 32, disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-habilidades-01.pdf>

Lucas, R. (1998) *La Versión Española del WHOQOL*.Barcelona:Ediciones Ergón.

Lluch, M.T. (1999) "Construcción de una escala para valorar la salud mental positiva". Tesis Doctoral. Barcelona: Unversitat de Barcelona. Facultat de Psicologia.

Lluch, M.T. (2004) *Enfermería Psicosocial y de salud mental: marco conceptual y metodológico*.Barcelona. Publicaciones y Ediciones Universidad de Barcelona.

Macionis, J.J; Plummer, K (2007) *Sociología*. 3ª edición. Madrid:Pearson Educacion, S.A.

Marrugat, M.L. (2005) "La familia cuidadora y su incidencia en la calidad de vida de las personas dependientes", en *Revista Multidisciplinar de Gerontología* vol.15, nº 3, p.171-177.

Martín, I. (2006) "Anciano de riesgo en el medio comunitario. Planificación de cuidados en atención primaria", Madrid, Informes Portal Mayores, nº 44, disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martin-anciano-01.pdf>

Martín, M; Salvadó I; Nadal, S; Miji, L.C; Rico, J.M; Lanz, P; Taussig, M.I. (1996) “Adaptación para nuestro medio de la escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit” en *Revista de Gerontología*, vol.6, pp. 338-346.

Martin, M.L; Moreira, O; Carbajal, A. (2000) “La actividad física como indicador de la calidad de vida en los ancianos” en *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, vol. 10, nº 1, pp. 9-14.

Martorell, M.A; Burjales, M.D; Jiménez, M.F. (1996) “Dinámica familiar y enfermedad crónica: la demencia tipo Alzheimer” en *Revista de Gerontología*, vol. 6, pp.48-52.

Marriner, A; Raile, M. (2003) *Modelos y teorías en enfermería*. 5ª ed. Madrid: Elsevier Science.

Meenan, R.F; Gertman, P.M; Mason J.H. (1982) “The Arthritis Impact in Measurement Scales; further investigation of a health status measure” en *Arthritis and Rheumatology*, vol. 25, pp.1048-1053.

Meil, G. (2000) *Imágenes de la Solidaridad Familiar*, Opiniones y Actitudes, nº 30. Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

Mill, J.S. (1980) *Sobre la libertad. El utilitarismo*. Madrid: Aguilar.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2004a) “Introducción”, en Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.(2004b) Volumen 1: “Bases demográficas” en Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España.Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2004c) Volumen 2: “Régimen jurídico de la protección de la dependencia” en Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España.Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2004d) Volumen 3: “Cuidados de larga duración a cargo de la familia, El apoyo Informal” en Libro Blanco dependencia.Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2004e) Volumen 4:“Recursos para la atención de las personas menores de 65 años en situación de dependencia” en Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España.Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2004f) Volumen 5: “Recursos sociales para la atención de las personas mayores en situación de dependencia” en Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2004g) Volumen 6: “El sistema sanitario y la atención a las personas en situación de dependencia” en Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2004h) Volumen 7: “Coordinación sociosanitaria” en Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2004i) Volumen 9: “La valoración de la dependencia: criterios y técnicas de valoración clasificación” en Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2004j) Volumen 10: “Generación de empleo y retornos económicos y sociales” en Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2004k) Volumen 11: “Análisis de modelos de protección a las personas en situación de dependencia en algunos países de la unión europea y de la OCDE” en Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2004l) Volumen 12: “Consideraciones en torno a la protección de personas en situación de dependencia” en Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2007) Manual de uso para el empleo del Baremo de valoración de la dependencia (BVD). Dirigido a profesionales valoradores. Madrid: IMSERSO.

Minois, G. (1987) *Historia de la vejez: De la Antigüedad al Renacimiento*. Madrid: Editorial Nerea.

Mintzberg, H. (1990) "Strategy formation: Schools of thought" en Fredrickson, J.W (ed.) *Perspectives on Strategic Management*, Nueva York. Harper Business, pp. 05-235.

Montorio, I; Izal, M; López, A; Sánchez, M. (1998) "La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga", en *Anales de Psicología*, vol.14, nº 2, pp. 229-248.

Montoro, J. (1999) "Consecuencias psicosociales del cuidado informal a personas mayores" en *Revista Internacional de Sociología*, nº 23, pp.7-29.

Moorhead, S; Johnson, M; Maas, M. (2005) *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Madrid: 3º ed. Elsevier Mosby.

Mora, M; Villalobos, D; Araya, G; Ozols, A. (2004) "Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y la práctica de la actividad físico recreativa" en *Revista MHSalud*, Vol. 1, nº 1.

Morag, F. (1995) "Elderly People ís definitions of quality of Life" en *Soc Sci Med*, vol. 41, nº10, pp.1439-46.

Moragas, R. (1998) *Gerontología Social*. 2ª ed.Barcelona:Herder.

Moragas, R; Cristòfol, R; G.I.E. (2003) *El coste de la dependencia al envejecer*. Barcelona: Herder.

Morán, E. (1999) "Estimación de la población dependiente y de sus características demográficas" en IMSERSO, *La protección social de la dependencia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Muela, J.A; Torres, C.J; Peláez, E.M. (2001) "La evaluación de la asertividad como predictor de carga en cuidadores de enfermos de Alzheimer" en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 36, nº 1, pp. 31-45.

Muñoz, J. (2007) "El Servei d'Ajut a Domicili als municipis de la Província de Barcelona. ·1". Observatori Serveis Social Municipals. Barcelona: Diputació de Barcelona: Xarxa de Municipis.Serveis Socials.

Murray, M.E; Atkinson, L.D. (1996) *Proceso de Atención de Enfermería*. México: 5ª ed. McGraw-Hill Interamericana.

NANDA. (2005-2006) *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2005-2006*. Elsevier Nanda Internacional.

National Family Caregivers Association. (2007) "Caregiving Statistics: Statistics on Family Caregivers and Family Caregiving" disponible en [http://www.thefamilycaregiver.org/who are family caregivers/care giving statistics.cfm#1](http://www.thefamilycaregiver.org/who%20are%20family%20caregivers/care%20giving%20statistics.cfm#1)

Navaie-Waliser, M; Spriggs A; Feldman, P.H. (2002) "Informal caregiving: Differential experiences by gender" en *Med Care*, nº 40, pp.249-59.

Novartis y Semergen. (2006) "El cuidador familiar enfermo, Retos en la Salud Mental del siglo XXI" en *Atención Primaria*, Madrid: Novartis y Semergen.

Nussbaum, M; Sen, A. (1998) *La calidad de vida*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.

Obra Social Bancaja. (2007) "Desarrollo social" disponible en <http://obrasocial.bancaja.es/institucional/areas>

Obra Social Caixa Penedès. (2007) "Fundació Privada Asil Inglada Via" disponible en https://www.caixapenedes.com/obra_social.asp?fam=3

Obra Social Caja Madrid. (2007) "Mayores", disponible en <http://www.obrasocialcajamadrid.es/ObraSocial/os>

Obra Social CAM. (2007) "Solidaridad" disponible en <http://obrasocial.cam.es>

Obra Social Fundació Caixa Catalunya. (2007) "*Fundació Viure i Conviure*" disponible en <http://obrasocial.caixacatalunya.es/osocial/main>

Obra Social Fundació "la Caixa". (2007) "Prevenció a la dependecia" disponible en http://obrasocial.lacaixa.es/personasmayores/personasmayores_es.html

Orem, D. (1993) *Modelo de Orem, Conceptos de Enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería.

Organización Mundial de la Salud. (1993) WHOQOL Study Protocol. Geneva: (MNH/PSF/93.9), WHO.

Organización Mundial de la Salud. (2000) Programa sobre Envejecimiento y Salud. Hacia un consenso internacional sobre los programas de cuidados de larga duración para las personas mayores. Organización Mundial de la Salud y Milbank Memorial Fund.

Organización Mundial de la Salud. (2001) Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud «CIF». Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. IMSERSO.

Organización Mundial de la Salud. (2002) "II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Envejecimiento activo: un marco político" en *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, vol. 37, nº 2, pp. 74-105.

Organización Panamericana de la Salud. (2005) Guía para la atención Primaria a las Personas Adultas Mayores.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (1982) Lista OCDE de indicadores sociales. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1985.

Ortiz, T. (2000) "Psicología de la Vejez" en *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, vol. 10, nº 2, pp. 66-91.

O'shea, E. (2003) "La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes, Comité Europeo de Cohesión Social" en *Boletín sobre el Envejecimiento*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría General de Asuntos Sociales, IMSERSO.

Otero, A; Zunzunegui, M.A; Béland, F; Rodríguez, A; García de Yébenes, M.J. (2006) "*Relaciones sociales y envejecimiento saludable*". Documentos de Trabajo 9. Bilbao:.Fundación BBVA.

Palacios, E; Abellán, A. (2007) "Diferentes estimaciones de la discapacidad y la dependencia en España". Madrid: Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 56. [Fecha de publicación: 11/06/2007, versión 10] disponible en <http://www.imsersomayores/documentos/documentos/abellan-estimaciones-10.rtf>

Pardo, A. (2005) "La cultura de la sobreprotección" en *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, vol. 15, nº 3, pp. 165-170.

Parsons, T. (1999). *El sistema Social*. Madrid:Alianza.

Pedreny, R; Caja, C; Icart, M.T; Aguera, B; Fabrelles,N. (1986) "Evaluación del servicio de visitas domiciliarias "en *Revista Rol Enferm*, nº 98, pp. 19-25.

Pedrerá, J.D; Canal, M.L; Lavado, J.M. (1999) "Estudio de salud de las personas mayores en Extremadura: Consumo de fármacos y patologías crónicas más frecuentes" en *Revista Española Salud Pública*, vol.73, pp. 677-86.

Pérez, J. (1998a) *Proyección de personas dependientes al horizonte 2021*. Centro de Estudios Demográficos (CED).

Pérez, L. (1998b) *Las necesidades de las personas mayores*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Pérez, A. (2006) "El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental" Tesis Doctoral. Salamanca: Universidad de Salamanca. Facultad de Medicina.

Pérez, L. (2006a) Capítulo 3: “La protección social a la vejez” en Informe 2006, Las Personas Mayores en España, Observatorio de las Personas Mayores. Madrid, pp.139-150. IMSERSO, CSIC.

Pérez, L. (2006b) Capítulo 4: “Trabajo y situación económica” en Informe 2006, Las Personas Mayores en España, Observatorio de las Personas Mayores. Madrid, pp.195-204. IMSERSO, CSIC.

Pérez, L. (2006c) Capítulo 5: “Formas de convivencia, relaciones personales y la experiencia de envejecer” en Informe 2006. Las Personas Mayores en España, Observatorio de las Personas Mayores. Madrid, pp.249-260. IMSERSO, CSIC.

Pérez, L. (2006d) *La estructura social de la vejez en España, Nuevas y viejas formas de envejecer*. Madrid:IMSERSO.

Pérez Díaz, J. (2003) “Roles de género en la vejez”, en Aracil, E. et al., (ed.) Género y población: Una perspectiva internacional, Madrid, Ibersaf Editores, pp. 17-44.

Poblete, M; Valenzuela, S. (2007) “Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios” en *Acta paul. enferm*, vol.20, no.4, p.499-503.

Polit, D; Hungler, B. (2000) *Investigación científica en Ciencias de la Salud*. 5ª ed. México: McGraw-Hill.

Pons, I. (1993) *Programación de la investigación social*. Madrid:Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

Pont, A; Granollers, S. (1999) “Calidad de vida en los ancianos. Estudio descriptivo” en *Revista Rol de Enfermería*, nº 165, pp. 21-26.

Portal mayores. (2006) *Psicología del envejecimiento. Conocer la vejez*. Madrid:IMSERSO.

Poveda, R; Belda, J; Barberà, R; Cort, J.M; Prat, J.M; Matey, F; Soler, C; Dejoz, R. (2005) “Facilitación de la vida cotidiana mediante el diseño y la selección adecuada de tecnologías de apoyo para personas mayores con dependencia funcional” en *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, vol.15, nº 3, pp. 155-164.

Power, M; Quinn, K; Schmidt, S. (2005) “Development of the WHOQOL-OLD module” en *Qual Life Res*, vol.14, nº 10, pp. 2197-2214.

Prats, J. (2004) Técnicas y recursos para la elaboración de tesis doctorales: bibliografía y orientaciones metodológicas. Barcelona:Universitat de Barcelona. Departament de Didàctica de les Ciències Socials.

PricewaterhouseCoopers:PwC. (2007) Consenso económico (segundo trimestre 2007), Madrid, PricewaterhouseCoopers disponible en <http://www.pwc.com/es/esp/ins-sol/survey>

Puga, M.D. (2002) *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España, una previsión a 2010*. Alcobendas: Fundación Pfizer.

Puig, M; Lluch, M.T; Sabater, P. (2007) "Análisis del uso del constructo salud mental en los instrumentos genéricos que evalúan la Calidad de Vida" en *Rev Presencia*, jul-dic, vol.3, nº 6, disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n6/80articulo.php>> [ISSN:1885-0219]

Quejereta, M. (2004) *Discapacidad y dependencia.Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Raphael, D; Brown, I; Renwick, R; Cava, M; Weir, M; Weir, N; Heathcote, K. (1997) "Measuring the quality of life of older persons: a model with complications for community and public health nursing", en *International Journal of Nursing Studies*, vol. 34, nº 3, pp. 231-239.

Rodríguez, J.A. (1987) *Salud y sociedad. Análisis sociológico de la estructura y la dinámica del sector sanitario español*. Madrid: Editorial Tecnos.

Rodríguez, P. (1992) "El Plan Gerontológico y el esfuerzo compartido en acciones para la vejez", en *Documentación Social*, nº 86.

Rodríguez, J.A. (1994a) *Envejecimiento y familia*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Rodríguez, A. (1994b) "Dimensiones psicosociales de la vejez" en Buendía, J (comp.) *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid Siglo XXI de España, pp. 53-68.

Rodríguez, P. (1995a) "El apoyo informal a las personas mayores", en Baura, J.C. et al., (ed.) *Las personas mayores dependientes y el apoyo informal*, Baeza, Universidad Internacional de Andalucía "Antonio Machado".

Rodríguez, P. (1995b) "Cuidados en la vejez, La necesaria convergencia entre los recursos formales y el apoyo informal", en *Jornadas por una vejez activa*, Fundación Caja de Madrid.

Rodríguez, P. (1995c) "La residencia y su adecuación a las necesidades de las personas mayores dependientes" en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol.30, nº.3, pp.169-176.

Rodríguez, P. (1998) "El problema de la dependencia en las personas mayores" en *Documentación Social*, 112.

Rodríguez, P. (1999) "Las necesidades de las personas mayores dependientes" en *Revista de Asuntos Sociales*, nº 8, pp.38-41, IMSERSO-CSIC.

Rodríguez, G. (2000) "Dependencia y atención sociosanitaria, Boletín sobre envejecimiento" en *Perfiles y tendencias*, nº 2, pp.1-6.

Rodríguez, G. (2004) Protección social de la Dependencia en España. Fundación Alternativas. Documento de Trabajo 44/2004.

Rodríguez, N. (2006) Manual de Sociología Gerontológica. Textos Docents 320. Departament de Sociologia i Anàlisi de les Organitzacions. Barcelona:Universitat de Barcelona.

Rodríguez, P; Sancho, M.T. (1995) "Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. Las situaciones de fragilidad" en *Revista de Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 30, nº 3, pp. 141 - 152.

Rodríguez, G; Montserrat, J. (2002) *Modelos de Atención Sociosanitaria, Una aproximación a los costes de la dependencia*. Madrid:Observatorio de las personas Mayores. IMSERSO.

Rodríguez, M; Sánchez, A; González, A; León, R. (2006a) "Cuidadores de ancianos: cuidar y ser cuidados" en *Nursing*, vol. 24, nº 1, pp.58-66.

Rojas, S (2004) "Autodeterminación y calidad de vida en personas discapacitadas. Experiencia desde un hogar de grupo". Tesis Doctoral, Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Facultat de Ciències de l'Educació.

Rojo, F; Fernández-Mayoralas, G; Pozo, E. (2000) "Envejecer en casa: los predictores de las satisfacción con la casa, el barrio, y el vecindario como componentes de calidad de vida de los mayores en Madrid" en *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, vol.10, nº 4, pp. 222-233

Rosenbaum, J.N. (1986) "Comparison of two theorists on care: Orem and Lininger" en *Ain*, vol. 11, nº 4, pp. 409-419.

Rubio Herrera, R. (1996) *Modelos y teorías desde la perspectiva sociológica. Tratado de psicogerontología*. Valencia:Editorial Promolibro.

Rubio Herrera, R; Aleixandre, M; Cabezas, J.L. (2001) "Calidad de vida y diferencias en función del sexo" en *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, vol.11, nº 4, pp. 173-180.

Ruiz, M.A; Baca, E. (1993) "Desing and validation of the Cuestionario de Calidad de Vida (CCV): A generic health related quality of life instrument" en *European Journal of Psychological Assessment*, 9.

Ruiz, J.I. (1996) *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao:Universidad de Deusto.

Sánchez, P. (2000) "Sociología de la vejez versus economía de la vejez" en *Papers*, nº 61, pp.39-88.

Sánchez Fierro, J. (2004) *Libro Verde sobre la Dependencia en España*. Madrid. Fundación "AstraZeneca".

Sancho, M; Vega, J. (2004) "Calidad de vida y satisfacción en la vejez" en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol.39, nº 3, pp.1-4.

San Román, T. (1989) *Vejez y cultura:Hacia los límites del sistema*. Barcelona: Fundació la Caixa de Pensions.

Sajardo, A. (1996) "Economía social y Sociedad del Bienestar" en Barea, J; Monzón, J.L (drs.) Informe sobre la situación de las cooperativas y las sociedades laborales en España, Valencia: CIRIEC.

Sastre, M.J; Nyssen, J.M; Furio, D; Durán, M.C; Garrido,B; Toledo, A; Belmonte, I; Bartolomé, E. (2003) *Indicadores de calidad de vida. Un retrato del bienestar en España*. Opiniones y actitudes 47.Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Schalock, R. (1996) "Quality of Life. Application to Persons with Disabilities" en Snell, M; Vogtle, L (ed.) *Facilitating Relationships of Children with Mental Retardation in Schools*, vol.2, pp. 43-61.

Schwartzmann, L. (2003) "Calidad de Vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales" en *Revista Ciencia y Enfermería*, vol. 9, nº 2, pp. 9-21.

Segura, J.M; Bastida, N; Martí, N; Riba, M. (1998) "Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales" en *Aten Primaria*, vol. 21, nº 431, pp.1-6.

Sempere, J. (1999) "La necesidad humana como dependencia" en *Revista Internacional de Sociología*, vol. 23, nº 2, pp.131-144.

Selmes, J; Selmes, M.A. (1996) *Vivir con la enfermedad de Alzheimer*. Colección Guía Práctica.Editorial. Meditor.

Servei d'iniciatives econòmiques Mancocumunitat Penedès-Garraf. (2007) "Anàlisi econòmica Vilafranca del Penedès", pp.379-392, disponible en <http://www.iniciativeseconòmiques.com/dades/Vilafranca.pdf>

Setién, M.L, (1993) *Indicadores sociales de calidad de vida.Un sistema de medición aplicado al País Vasco*. Colección monografías 133. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Silvano, A; López, M.M; Olea, C; Martínez, A; Fernández; I; Torres, P. (2006) “Efectividad de la intervención enfermera en el riesgo de caídas” en Resumen de Comunicaciones, IV congreso ASANEC, Asociación andaluza de enfermería comunitaria: Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidencia 2006 ene-feb; 3(7), disponible en <http://www.index-f.com/evidencia/n7/216-1articulo.php>

Smith, A. (2000) “Researching Quality of Life of Older People: Concepts, Measures and Findings” en *Working Paper*, Keele University, Centre for Social Gerontology, nº 7, p.29.

Síndic de Greuges de Catalunya. (1999) La atención a las personas mayores dependientes en Catalunya. Síndic de Greuges de Catalunya.

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. (2004) “La prevención de la dependencia, una labor de todos: XLVI Congreso de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, Las Palmas de Gran Canaria”, 9-12 de junio, (2004) en *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, vol. 39, nº 2, pp. 1-124.

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2005) “Buenas relaciones. Saber envejecer. Prevenir la dependencia”. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/productos/dependencia/segg-saber-05-buenas-relaciones.pdf>

Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. (1998) La salud pública y el futuro del estado del bienestar: Informe SESPAS. Granada: SESPAS.

Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. (2004) La salud pública desde la perspectiva de género y clase social: Informe SESPAS. Granada: SESPAS.

Spillman, B.C. (2000) “Potential and active family caregivers: changing networks and the sandwich generation” en *Milbanq Q*, vol. 78, nº 3, pp.347-374.

Tomás, C; Zunzunegui, M.V; Moreno, L.A; Germán, C. (2003) “Dependencia evitable para las actividades de la vida diaria: Una perspectiva de género” en *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, vol. 38, nº 6, pp. 327-333.

Trabado, X. (2007) “Visió integral de la dependència” en III Jornada Catalana Infermeria de Salut Mental, Quin futur volem?. Barcelona, 9 de novembre de 2007.

Turk, D.C; Rudy, T. (1986). Assessment of cognitive factors in chronic pain: a worthwhile enterprise? en *Journal of consulting and clinical psychology*, vol.6, 760-768.

Ugalde, M. (2001) "Sistemas de clasificación diagnóstica en psiquiatría" en A. Rigol, *Enfermería en Salud Mental y Psiquiátrica*. 2ª ed. Barcelona:Masson. Manuales de Enfermería.

Universitat de Barcelona. (2001) "Immigració estrangera en una ciutat petita. Adaptació i integració al Vendrell" en *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, nº 94 (18).

Universitat Autònoma de Barcelona. (2004) *Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España*. Fundació Institut Català de l'Envel·liment. Edad y Vida. UAB.

Vallés, M. (1999) *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.

Vallés, M.N; Gutiérrez, V; Luquin, A.M; Martín, M.A; López, F. (1998) "Problemas de salud y sociales de los cuidadores de los pacientes con demencia" en *Aten Primaria*, vol. 22, pp.481-485.

Vega, J.L; Mayoral, P; Buz, J; Bueno, B. (2004) "Dominios globales y específicos del bienestar de las personas muy mayores", en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 39, nº 3, pp. 38-45.

Velarde-Jurado, E; Avila-Figueroa, C. (2002) "Evaluación de la calidad de vida" en *Revista Salud Publica Mex*, vol.44, pp.349-361.

Vinaccia, S; Orozco, L.M. (2005) "Aspectos Psicosociales asociados a la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas" en *Diversitas*, julio-diciembre, vol.1, nº 2, pp. 125-137.

Walker, A. (1996) "Actitudes europeas ante el envejecimiento y las personas mayores" en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, nº 73, pp. 17-43.

Walker, A. (2004) "Calidad de vida de las personas mayores. Análisis comparativo europeo" en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 39, nº 3, pp. 8-17.

Ware, J.E, Sherbourne, C.D. (1992) "The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection" en *Med Care*, vol. 30, pp.473-483.

Wesley, R.L. (1997) *Teorías y Modelos de Enfermería*. México:Mcgraw-Hill Interamericana de Mexico.

World Health Organization (1997). WHOQOL:Measuring Quality of Life. WHO, 1997.

World Health Organization (2007) Preguntas más frecuentes: ¿Cómo define la OMS la Salud?, disponible en <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>

Wino, A; Strauss E; Nordberg G; Sassi F; Johansson L. (2002) "Time spent on informal an formal care giving for persons with dementia in Sweden" en *Health Policy*, vol. 61, pp.255-268.

Yanguas, J.J. (2004) "Calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores: aproximación conceptual, evaluación e implicación en gerontología" en *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, vol. 39, nº 3, pp. 54-69.

Yanguas, J.J. (2006) *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: IMSERSO.

Yin, R.K. (1994) *Case study research, Design and methods*. Sage Publications.

Zabalegui, A; Juandó, C; Izquierdo, D; Gual, P; Gonzalez-Valentín, A; Díaz, M; Corrales, E; Cabrera, E. (2004) "Recursos y consecuencia del cuidar a las personas mayores de 65 años, una revisión sistemática" en *Gerokomos*, vol. 15, nº 4, pp.13-22.

Zamarrón, M.D. (2006). "El bienestar subjetivo en la vejez". disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/zamarron-bienestar-01.pdf>

Zunzunegui, M.V. (2006) "Los servicios integrados para la población mayor con dependencia", Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 69, disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/zunzunegui-servicios-01.pdf>

ANEXOS

Anexo I Cuestionario: Persona Mayor Dependiente

Calidad de Vida de los mayores de 75 y más años atendidos por el servicio ATDOM en *Vilafranca del Penedès*

Cuestionario: Persona Mayor Dependiente

Investigadores:

Lda. Montse Puig Llobet
Candidata a Doctora en Sociología
Universidad de Barcelona.
Licenciada en Antropología Social y Cultural.

Dra. Nuria Rodríguez Ávila: Directora de Tesis.
Profesora del Departamento de Sociología y Análisis de las
Organizaciones. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales
Universidad de Barcelona.
Diagonal, 690.
08034 Barcelona.

DATOS CONTROL

NID: _____
DÍA: _____
DISTRITO: _____

Presentación:

Buenos días/ buenas tardes.

El motivo de realizar esta entrevista es para estudiar los diferentes elementos que ayudan a determinar la calidad de vida de las personas mayores dependientes que reciben cuidados de larga duración a nivel domiciliario.

El objetivo del estudio es la realización de una Tesis Doctoral titulada *“Cuidados y Calidad de vida en Vilafranca del Penedès”*.

El proyecto de Ley de Autonomía personal (2006) define dependencia como: “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas a la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria”. Afrontar los cuidados de larga duración en situaciones de dependencia, provoca una alteración en la calidad de vida de las personas cuidadoras y de las personas dependientes. Las personas dependientes reciben cuidados de larga duración, estos cuidados pueden ser de tipo formal o profesional e informal o familiar, muchas veces necesitan los dos tipos de ayuda, siendo el caso de la persona dependiente a la que se le realiza la entrevista.

Por este motivo solicitamos su colaboración. Le garantizamos absoluto anonimato y secreto de sus respuestas, que serán tratadas de manera agregada y no se identificarán personas o actores.

Apartados del cuestionario:

Se valoran los diferentes elementos o situaciones que pueden determinar la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Estructura de los apartados: En el apartado **A** se valora el estilo de vida de la persona mayor dependiente: alimentación, relaciones sociales y realización de ejercicio. Para realizar el cuestionario se han utilizado algunas preguntas del Mini-Tamizaje de Nutrición en la Comunidad, el Mini-Examen Nutricional y el Instrumento de Valoración de Recursos Sociales aconsejado por la (OPS-OMS). En el apartado **B** nos interesa saber los tipos de relaciones que se establecen entre la persona dependiente y sus cuidadores. En el apartado **C** se determinan las características de los cuidadores familiares y de los servicios sociosanitarios, valorando la opinión de las personas mayores dependientes. En el **D** se quiere valorar la percepción de salud que expresa la persona dependiente, así como la necesidad de ayuda para realizar sus actividades de la vida diaria. En el apartado **E** se incluyen datos sobre las características de la vivienda y del distrito donde vive la persona dependiente. En el **F** se pretende valorar la percepción de calidad de vida de la persona dependiente. Por último en el apartado **G** se identifican los datos sociodemográficos.

APARTADO A: ESTILO DE VIDA

Se entiende por estilo de vida la realización de actividades de la vida cotidiana, de una forma de vivir, cuidarse y relacionarse. En este apartado se valoran los siguientes aspectos: alimentación, relaciones sociales y realización de ejercicio.

Para empezar nos gustaría que nos contestara las siguientes preguntas:

ALIMENTACIÓN: La alimentación se entiende como el conjunto de acciones a través de las cuales aportamos nutrientes al organismo. Para conseguir una alimentación equilibrada debe aportarse a la dieta una cantidad y calidad adecuada de hidratos de carbono, de grasas, proteínas, minerales y vitaminas. En relación a la alimentación:

A.1. ¿Puede decirnos si tiene problemas con la boca o los dientes que le dificulta masticar los alimentos?.....	1.Si <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------	-------------------------------

A.1.1. En caso afirmativo, ¿cuál es el motivo? _____.

A.2. ¿Cuántas comidas completas toma al día? _____.

A.3. ¿Con qué frecuencia consume de los siguientes alimentos?

A.3.1. Productos lácteos al menos una vez al día.....	1.Si <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>
A.3.2. Huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana.....	1.Si <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>
A.3.3. Carne, pescados o aves diariamente.....	1.Si <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>

A.4. ¿Consume frutas o verduras al menos dos veces al día?	1.Si <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------	-------------------------------

A.5. ¿Cuántos vasos de agua consume al día? _____.

A.6. ¿Toma tres o más bebidas alcohólicas al día?.....	1.Si <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>
A.7. ¿Podría decirnos si consume vino diariamente?	1.Si <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>

RELACIONES SOCIALES: Son los contactos que las personas tienen con otras personas y grupos. Nos interesa analizar los niveles de relaciones sociales y en que medida son valoradas.

A.8. ¿Con qué frecuencia realiza salidas de ocio o por placer fuera de casa? _____.

A.9. ¿Quién vive con usted? _____.

A.10. ¿Cuántas personas lo visitan en su casa? _____.

A.11. ¿Realiza salidas a algún casal o asociación para gente mayor?.....	1.Si <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------	-------------------------------

A.12. ¿Cuántas veces en la última semana estuvo con alguien que no vive con usted? _____

A.13. ¿Se siente solo con frecuencia?.....	1.Si <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------	-------------------------------

EJERCICIO FÍSICO: El ejercicio físico ayuda a prevenir problemas de salud, tanto físicos (problemas vasculares, obesidad) como psíquicos (estrés, angustia), reduciendo el riesgo de sufrir patologías que cursan con dependencia. En las preguntas siguientes se pretende valorar si la persona dependiente realiza algún tipo de ejercicio para prevenir complicaciones.

A.14. ¿Podría decirnos si realiza algún tipo de ejercicio físico?

1. Si ¿cuál?_____. ¿Con qué frecuencia?_____.
2. No ¿Por qué?_____.

A.15. ¿Acude a algún centro de rehabilitación?.....	1.Si <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------	-------------------------------

APARTADO B: RELACIONES PERSONALES CON CUIDADOR

Las relaciones, el comportamiento y los sentimientos que se establecen entre las personas pueden ser determinantes en la percepción de satisfacción de calidad de vida. En este apartado nos interesa saber los tipos de relaciones que se establecen entre la persona dependiente y sus cuidadores (familiar y profesional), así como la detección de algún indicio de maltrato o negligencia.

B.1. ¿Cómo definiría la relación que tiene con el familiar que le cuida?_____

1. Buena.	2. Muy buena.	3. Correcta.	4. Mala.	5. Muy mala.	6. Otras
-----------	---------------	--------------	----------	--------------	----------

B.2. ¿Piensa que la relación que tiene con su cuidador/a principal podría ser mejor?	1.Si <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------	-------------------------------

B.2.1. ¿Por qué?_____.

B.3. ¿Cómo definiría la relación que tiene con el cuidador profesional? _____

1. Buena.	2. Muy buena.	3. Correcta.	4. Mala.	5. Muy mala.	6. Otras
-----------	---------------	--------------	----------	--------------	----------

B.4. ¿Podría decirnos si está satisfecho con sus relaciones personales en general?.....	1.Si <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------	-------------------------------

B.4.1. ¿Por qué?_____.

B.5. Díganos en qué medida está satisfecho con su vida familiar.

El 0 significa que esta totalmente insatisfecho y el 10 que esta totalmente satisfecho.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

B.6. ¿Participa en sus propios cuidados?..... 1.Si 2.No

B.7. ¿Puede decirnos si en el lugar donde vive actualmente ha experimentado algunas de las siguientes situaciones?

Situaciones:	Si	No
1.“Falta de respeto”.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.“Que le griten”.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.“Infravaloran sus problemas de salud”.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.“Dejarlo/la (solo/la)”.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.“No acompañarlo al médico”.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.“No tenerlo/la en cuenta para decisiones importantes”.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.“No creerla/lo cuando tiene dolor”.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.“No respetan sus creencias religiosas”.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.“No le saludan”.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.“No le hacen caso cuando habla”.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.“Darle un empujón”.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.“Decirle malas palabras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.“Insultarlo/la.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.“Darle un golpe”.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APARTADO C: VALORACIÓN DE LOS CUIDADOS

Nos interesa saber sus opiniones en relación a los cuidadores familiares y servicios sociosanitarios para establecer la percepción en los cuidados que reciben las personas mayores dependientes.

CUIDADOR FAMILIAR

C.1. ¿Podría decirnos porque cree que le está cuidando su familiar?_____

1. Por iniciativa propia.
2. Por decisión familiar.
3. Porque es la única persona disponible.
4. Porque yo se lo pedí.
5. Otras razones._____

C.2. ¿El cuidador familiar recibe alguna compensación económica? 1.Si 2.No

C.3. ¿Está satisfecho con la calidad de cuidados recibidos por parte de su cuidador familiar?..... 1.Si 2.No

C.3.1. ¿Por qué?_____.

SERVICIOS SOCIO SANITARIOS: Por servicios socio sanitarios, se engloba un conjunto de servicios asistenciales de tipo social y sanitario.

C.4. De los servicios socio sanitarios que utiliza.

¿cuál utiliza con más frecuencia? _____.

C.4.1. ¿cuál es el que le resulta más satisfactorio? _____.

C.5. ¿Está satisfecho/a con la calidad de los cuidados recibidos por el cuidador profesional?.....	1.Si <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------	-------------------------------

APARTADO D: PERCEPCIÓN DE SALUD DE LA PERSONA DEPENDIENTE
--

El estado de salud se entiende como un estado de equilibrio físico, psíquico y social. En las preguntas siguientes se quiere valorar la percepción de salud que expresa la persona dependiente, así como la necesidad de ayuda para realizar sus actividades de la vida diaria. Se utiliza el índice de KATZ modificado (OPS-OMS) para determinar las ABVD y la escala de LAWTON para las AIVD

D.1. ¿Cómo considera su **estado de salud** en general? _____

1. Muy Buena.	2. buena.	3. Regular	4. Mala.	5. Muy mala.
---------------	-----------	------------	----------	--------------

D.2. ¿Cuáles de las siguientes **enfermedades** padece? (*conteste sólo tres*).

- 1. Óseas
- 2. Articulares (motoras).....
- 3. Cardíacas y cardiovasculares.....
- 4. Pulmonares.....
- 5. Sensoriales.....
- 6. Endocrinas.....
- 7. Urinarias.....
- 8. Psicológicas (depresión, angustia).....
- 9. Cáncer.....
- 10. Neurológicas.....
- 11. Digestivas.....
- 12. Otras. ¿cuáles?.....
- 13. Ninguna.....

D.3. Detalle de las **actividades básicas** de la vida diaria (ABVD) en cuales necesita que le ayuden (*conteste las tres más frecuentes*).

- 1. Alimentarse..... Si No
- 2. Bañarse o ducharse..... Si No
- 3. Vestirse y desvestirse..... Si No
- 4. Cuidar su aspecto físico..... Si No
- 5. Usar el inodoro..... Si No
- 6. Trasladarse..... Si No
- 7. Caminar..... Si No
- 8. Continencia..... Si No

Ahora sobre **actividades instrumentales** de la vida diaria (AIVD)

1. Capacidad para usar el teléfono..... Si No
2. Uso de medios de transporte..... Si No
3. Ir de compras..... Si No
4. Preparación de la comida..... Si No
5. Control de sus medicamentos..... Si No
6. Manejo de asuntos económicos..... Si No

D.4. ¿Cuántas horas al día como media dedica su cuidador principal en realizar sus cuidados?

_____.

D.5. ¿Se automedica en algunas ocasiones?.....	1.Si <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------	-------------------------------

APARTADO E: CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO

En este apartado se incluyen los datos sobre las características de la vivienda y del distrito donde vive la persona dependiente.

VIVIENDA.

Se recogen los aspectos relacionados con el estado o adaptación de la vivienda a las nuevas necesidades familiares, así como la satisfacción del entrevistado con ella.

E.1. ¿Está satisfecho de la vivienda en la que vive actualmente?.....	1.Si <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------	-------------------------------

E.2. ¿Se han realizado cambios en la vivienda para adaptarla a sus necesidades?	1.Si <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------	-------------------------------

¿Cuáles? _____

E.3. ¿Utiliza algún tipo de ayuda técnica?	1.Si <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------	-------------------------------

¿Cuáles? _____

DISTRITO.

Se recogen los aspectos relacionados con los servicios e infraestructuras del barrio, así como la satisfacción del entrevistado con el.

E.4. ¿Está satisfecho con los servicios del distrito en el que vive actualmente?.....	1.Si <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------	-------------------------------

E.5. ¿Qué mejoras o servicios destinados a las personas mayores propondría en su distrito?

_____.

APARTADO F: CALIDAD DE VIDA: BIENESTAR SUBJETIVO

El concepto de calidad de vida tiene una naturaleza muy ambigua, hay muchas definiciones o formas de valorarla. Por ejemplo se puede conceputar con las condiciones de vida (indicador objetivo), la satisfacción personal (subjetivo), o combinando las dos cosas. Los elementos o indicadores que se interrelacionan entre sí para valorarla, pueden ser diferentes según lo que se quiera analizar. En las siguientes preguntas se pretende determinar los elementos de bienestar subjetivo, y la satisfacción de las necesidades de la persona mayor dependiente.

F.1. ¿Cómo definiría calidad de vida? _____
_____.

F.2. ¿Cómo valora la calidad de vida que tiene usted actualmente?

1. Muy Buena.	2. buena.	3. Regular	4. Mala.	5. Muy mala.
---------------	-----------	------------	----------	--------------

F.2.1. ¿Por qué? _____.

F.3. ¿Podría decirnos el grado de satisfacción con la vida que tiene actualmente?

1. Muy satisfecho.
2. Bastante satisfecho.
3. Bastante insatisfecho.
4. Muy insatisfecho.
5. NC.

F.4. Respecto al sentimiento de felicidad: ¿Cómo ve su situación actual?

1. Muy feliz.
2. Bastante feliz.
3. Poco feliz.
4. Nada feliz.
5. NC

F.5. ¿Qué aspectos le producen más satisfacción en este momento?

_____.

F.6. ¿Qué elementos o iniciativas propondría para mejorar su calidad de vida?

_____.

F.7. ¿Qué necesidades no tiene satisfechas en este momento de su vida? _____

_____.

APARTADO G: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA PERSONA DEPENDIENTE
--

G.1. Sexo: H M

G.2. Edad: _____.

G.3. Parentesco con la persona cuidadora _____.

G.4. Distrito en el que vive:

1. Barceloneta.
2. Centro.
3. Clotes.
4. Espirall.
5. Molí de'n Rovira.
6. Poble Nou.
7. Sant Julià.
8. Afores.
9. Girada

G.5. Situación familiar:

1. Casado/a.
2. Soltero/a.
3. Separado/a.
4. Viudo/a.

G.6. Hijos:

1. Sí. Número de hijos: ____
2. No

G.7. Actividad:

1. Ama de casa.
2. Jubilado/a.
3. Ocupado a tiempo parcial.
4. Ocupado a tiempo completo.
5. Otras situaciones.

G.8. Nivel de estudios:

1. Sin estudios.
2. Estudios primarios.
3. Estudios secundarios.
4. Estudios Universitarios.
5. Otros no reglados.

G.9. Tipo de pensión:

1. Jubilación.
2. Viudedad.
3. Otras.
4. No recibe ninguna pensión.

G.10. Cuantía total de ingresos:

1. Menos de 300 euros al mes.
2. Entre 300 y 600 euros al mes.
3. Entre 600 y 1000 euros al mes.
4. Más de 1000 euros.

G.11. Personas con quién comparte vivienda _____

Observaciones

Muchas gracias por sus aportaciones y participación en el estudio.

Anexo II Cuestionario: Cuidador Familiar

**Calidad de vida de los cuidadores familiares
de las personas mayores dependientes de
75 y más años adscritos al servicio ATDOM
de *Vilafranca del Penedès***

Cuestionario: Cuidador Familiar

Investigadores:

Lda. Montse Puig Llobet
Candidata a Doctora en Sociología
Universidad de Barcelona.
Licenciada en Antropología Social y Cultural.

Dra. Nuria Rodríguez Ávila: Directora de Tesis.
Profesora del Departamento de Sociología y Análisis de las
Organizaciones. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales
Universidad de Barcelona.
Diagonal, 690.
08034 Barcelona.

DATOS CONTROL

NID: _____

DÍA: _____

DISTRITO: _____

Presentación:

Buenos días/ buenas tardes.

El motivo de realizar esta entrevista es para estudiar los diferentes elementos que ayudan a determinar la calidad de vida de las personas que realizan los cuidados principales de los familiares dependientes que necesitan cuidados de larga duración a nivel domiciliario.

El objetivo del estudio es la realización de una Tesis Doctoral titulada "*Cuidados y Calidad de vida en Vilafranca del Penedès*".

La persona mayor dependiente requiere unos cuidados que muchas veces son de gran intensidad y de larga duración, estos cuidados los realiza principalmente un sólo miembro de la familia, es decir un cuidador principal. Este cuidador debe afrontar en diversas ocasiones, situaciones que le obligan a modificar su estilo de vida, y muchas veces le conlleva situaciones que le resultan problemáticas y que pueden disminuir su calidad de vida.

Por este motivo solicitamos su colaboración. Le garantizamos absoluto anonimato y secreto de sus respuestas, que serán tratadas de manera agregada y no se identificarán personas o actores.

Apartados del cuestionario:

Se valoran los diferentes elementos o situaciones que pueden determinar la calidad de vida de los cuidadores familiares. Estructura de los apartados: En el apartado **A** se valora del estilo de vida de la persona cuidadora: alimentación, relaciones sociales, ejercicio físico, descanso, tiempo libre y hábitos tóxicos. Para realizar el cuestionario se han utilizado algunas preguntas del Mini-Tamizaje de Nutrición en la Comunidad y del Mini-Examen Nutricional aconsejado por la (OPS-OMS). En el apartado **B** nos interesa saber los tipos de relación que se establecen entre la persona cuidadora y el familiar dependiente, y entre la persona cuidadora y el cuidador profesional. En el **C**, se pretende valorar la percepción de salud y la necesidad de ayuda en las actividades básicas y en las actividades instrumentales de la vida diaria de las personas mayores dependientes según la opinión del cuidador familiar. En el apartado **D** se determinan los siguientes elementos del cuidador familiar: necesidad de formación en cuidados de larga duración, motivación para cuidar y percepción de salud. En el **E** se valora la utilización y satisfacción de los servicios sociosanitarios. En el apartado **F** se incluyen los datos sobre las características de la vivienda y del distrito donde vive la persona cuidadora. En el **G** se pretende valorar la percepción de calidad de vida de la persona cuidadora. En el apartado **H** se pretende observar las situaciones que vive el cuidador familiar y si presenta carga en los cuidados, se aplica el test de Zarit. Por último en el apartado **I** se identifican los datos sociodemográficos.

APARTADO A: ESTILO DE VIDA

Se entiende por estilo de vida la realización de actividades de la vida cotidiana, de una forma de vivir, cuidarse y relacionarse. En este apartado se valoran los siguientes aspectos: alimentación, relaciones sociales y realización de ejercicio. **Para empezar nos gustaría que nos contestara las siguientes preguntas:**

ALIMENTACIÓN: La alimentación se entiende como el conjunto de acciones a través de las cuales aportamos nutrientes al organismo. Para conseguir una alimentación equilibrada debe aportarse a la dieta una cantidad y calidad adecuada de hidratos de carbono, de grasas, proteínas, minerales y vitaminas. En relación a la alimentación:

A.1. ¿Cuántas comidas completas toma al día? _____.

A.2. De las siguientes preguntas díganos la frecuencia de consumo de los siguientes alimentos:

A.2.1. Productos lácteos al menos una vez al día.....	1.Si <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>
A.2.2. Huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana.....	1.Si <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>
A.2.3. Carne, pescados o aves diariamente.....	1.Si <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>

A.3. ¿Consume frutas o verduras al menos dos veces al día?	1.Si <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------	-------------------------------

A.4. ¿Cuántos vasos de agua consume al día? _____.

RELACIONES SOCIALES: Son los contactos que las personas tienen con otras personas y grupos. Nos interesa analizar los niveles de relaciones sociales y en que medida son valoradas.

A.5. ¿Con qué frecuencia realiza salidas de ocio o por placer fuera de casa? _____.

EJERCICIO FÍSICO: El ejercicio físico ayuda a prevenir problemas de salud, tanto físicos (problemas vasculares, obesidad) como psíquicos (estrés, angustia), reduciendo el riesgo de sufrir patologías que cursan con dependencia. En las preguntas siguientes se pretende valorar si la persona dependiente realiza algún tipo de ejercicio para prevenir complicaciones.

A.6. ¿Podría decirnos si realiza algún tipo de ejercicio físico?

1. Si 2. No

A.6.1. En caso afirmativo: ¿cuál? _____.

A.6.2. ¿Con qué frecuencia? _____.

A.6.3. En caso negativo ¿Por qué motivo? _____.

DESCANSO: Consiste en tener unas horas de quietud y tranquilidad son necesarias para tener una buena salud física y psíquica, se debe dormir las horas necesarias para que el cuerpo pueda recuperarse adecuadamente.

A.7. ¿Podría decirnos las horas al día que duerme como media? _____.

A.8. ¿Se siente cansado durante el día?.....	1.Si <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------	-------------------------------

A.8.1. En caso afirmativo, ¿Podría decirnos el motivo? _____.

TIEMPO LIBRE: Supone poder aprovechar las horas en las que la persona no tiene responsabilidades y utilizarlas para las actividades que a la persona le guste más realizar.

A.9. ¿Podría decirnos que hace usted en el tiempo libre? (*conteste las tres más frecuentes*)

- | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| 1.Estar en casa..... | Si <input type="checkbox"/> | 6.Ir de excursión..... | Si <input type="checkbox"/> |
| 2.Leer, ver la televisión..... | Si <input type="checkbox"/> | 7.Hacer ejercicio..... | Si <input type="checkbox"/> |
| 3.Estar con amigos..... | Si <input type="checkbox"/> | 8.Caminar..... | Si <input type="checkbox"/> |
| 4.Ir a asociaciones..... | Si <input type="checkbox"/> | 9.No hacer nada en especial..... | Si <input type="checkbox"/> |
| 5.Ir al cine, teatro..... | Si <input type="checkbox"/> | 10.Otros. ¿Cuáles? _____ | Si <input type="checkbox"/> |

A.10. ¿Cada cuando realiza actividades de ocio? _____

A.11. ¿Necesita más tiempo libre para sus actividades de ocio?..... 1.Si 2.No

HÁBITOS TÓXICOS: El abuso de sustancias tóxicas perjudican la salud. El tabaco y el alcohol son las sustancias utilizadas con más frecuencia. Muchas personas son conscientes de los perjuicios, pero muchas veces lo justifican por los problemas que deben afrontar en su vida diaria.

A.12. Podría decirnos si es fumador/a?..... 1.Si 2.No

A.12.1. En caso afirmativo. ¿Podría decirnos cuantos cigarrillos fuma al día? _____

A.13. ¿Podría decirnos si es consumidor de alcohol?..... 1.Si 2.No

A.13.1. En caso afirmativo. ¿Podría decirnos qué tipo de alcohol consume

A.13.2. ¿En qué frecuencia? _____

APARTADO B: RELACIONES PERSONALES

Las relaciones, el comportamiento y los sentimientos que se establecen entre las personas pueden ser determinantes en la percepción de satisfacción de calidad de vida. En este apartado nos interesa saber los tipos de relaciones que se establecen entre la persona dependiente y sus cuidadores (familiar y profesional), así como la detección de algún indicio de maltrato o negligencia.

B.1. ¿Cómo definiría la relación que tiene con el familiar que cuida?

1. Buena.	2. Muy buena.	3. Correcta.	4. Mala.	5. Muy mala.	6. Otras
-----------	---------------	--------------	----------	--------------	----------

B.2. ¿Cómo definiría la relación que tiene con el cuidador profesional?

1. Buena.	2. Muy buena.	3. Correcta.	4. Mala.	5. Muy mala.	6. Otras
-----------	---------------	--------------	----------	--------------	----------

B.3. ¿Podría decirnos si está satisfecho con sus relaciones personales en general?..... 1.Si 2.No

B.3.1. ¿Por qué? _____

B.4. Podría decirnos en qué medida está satisfecho con su vida familiar. El 0 significa que esta totalmente insatisfecho y el 10 que está totalmente satisfecho.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

B.5. ¿Se siente valorado por el familiar al que cuida?..... 1.Si 2.No

B.5.1.¿Por qué? _____

APARTADO C: NECESIDAD DE AYUDA EN LA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

En las preguntas siguientes se pretende valorar la percepción de salud y la necesidad de ayuda en las actividades básicas y en las actividades instrumentales de la vida diaria de las personas mayores dependientes según la opinión del cuidador familiar. Se utiliza el índice de KATZ modificado (OPS-OMS) para determinar las ABVD y la escala de LAWTON para las AIVD.

C.1. Podría decirnos, ¿Cómo es el estado de salud de la persona dependiente a la que proporciona cuidados? _____

1. Muy Buena.	2. buena.	3. Regular	4. Mala.	5. Muy mala.
---------------	-----------	------------	----------	--------------

C.2. ¿Cuáles de las siguientes **enfermedades** padece? (conteste sólo tres).

1. Óseas
2. Articulares (motoras).....
3. Cardíacas y cardiovasculares.....
4. Pulmonares.....
5. Sensoriales.....
6. Endocrinas.....
7. Urinarias.....
8. Psicológicas (depresión, angustia).....
9. Cáncer.....
10. Neurológicas.....
11. Digestivas.....
12. Otras. ¿Cuáles?.....
13. Ninguna.....

C.3. Detalle de las **actividades básicas** de la vida diaria (ABVD) en cuales necesita que le ayuden (conteste las tres más frecuentes).

1. Alimentarse..... Si No
2. Bañarse o ducharse..... Si No
3. Vestirse y desvestirse..... Si No
4. Cuidar su aspecto físico..... Si No
5. Usar el inodoro..... Si No
6. Trasladarse..... Si No
7. Caminar..... Si No
8. Continencia..... Si No

Ahora sobre **actividades instrumentales** de la vida diaria (AIVD)

1. Capacidad para usar el teléfono..... Si No
2. Uso de medios de transporte..... Si No
3. Ir de compras..... Si No
4. Preparación de la comida..... Si No
5. Control de sus medicamentos..... Si No
6. Manejo de asuntos económicos..... Si No

C.4. ¿Cuántas horas de atención al día dedica como media a los cuidados de la persona dependiente? _____

C.5. ¿Sabe si la persona mayor dependiente a la que cuida se automedica?.....	1.Si <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------	-------------------------------

APARTADO D: CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADOR FAMILIAR

Es necesario determinar las características de los cuidadores familiares para establecer la relación con la percepción de calidad de los cuidados aplicados a personas mayores dependientes. Los elementos que se valoran en el cuidador son: necesidad de formación en cuidados de larga duración, motivación para cuidar y percepción de salud.

FORMACIÓN: Nos interesa saber si ha recibido algún curso para cuidar mejor a sus familiares.

D.1. ¿Ha recibido algún tipo de formación para cuidar de su familiar?.....	1.Si <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------	-------------------------------

D.2. ¿Siente la necesidad de formarse en cuidados de larga duración?.....	1.Si <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------	-------------------------------

MOTIVACIÓN: En este apartado se quieren determinar los elementos que participan en la motivación y las ganas de cuidar de los cuidadores familiares en la realización de las prácticas y curas realizadas a sus familiares dependientes.

D.3. Podría decirnos ¿Cómo decidió ser el cuidador principal? _____

1. Por iniciativa propia.
2. Por decisión familiar.
3. Porque soy la única persona disponible.
4. Perché me lo pidió ella.
5. Por otras razones _____

D.4. ¿Podría decirnos qué sentimientos tiene al cuidar de su familiar dependiente? _____

D.5. ¿Recibe alguna compensación económica por cuidar a su familiar?... 1.Si 2.No

PERCEPCIÓN DE SALUD: La salud se entiende como un estado de equilibrio físico, psíquico y social. Muchas veces las personas que cuidan a familiares dependientes descuidan su propia salud y capacidad de auto cuidado. En las preguntas siguientes se quiere valorar la percepción de salud del cuidador familiar según su propia opinión.

D.6. ¿Cómo considera su estado de salud?

1. Muy Buena.	2. Buena.	3. Regular	4. Mala.	5. Muy mala.
---------------	-----------	------------	----------	--------------

D.7. ¿Tiene alguna enfermedad crónica?

1. Sí 2. No

D.7.1. En caso afirmativo: ¿cuál? _____

D.8. ¿Nos puede decir si toma alguna medicación y para qué?

D.9. ¿Algunas veces se automedica? 1. Sí 2. No

D.10. De los siguientes síntomas. Díganos cuáles son los tres que padece con más frecuencia, ordenándolos de más a menos frecuentes, (indique tres de más frecuente a menos).

1. Dolor de cabeza.....	<input type="checkbox"/>	9. Problemas sensoriales.....	<input type="checkbox"/>
2. Angustia.....	<input type="checkbox"/>	10. Insomnio.....	<input type="checkbox"/>
3. Depresión.....	<input type="checkbox"/>	11. Retención de líquidos.....	<input type="checkbox"/>
4. Dolor óseo.....	<input type="checkbox"/>	12. Pérdidas de memoria.....	<input type="checkbox"/>
5. Dolor articular.....	<input type="checkbox"/>	13. Taquicardia.....	<input type="checkbox"/>
6. Dolor de espalda.....	<input type="checkbox"/>	14. Dificultad de movimiento.....	<input type="checkbox"/>
7. Dolor de estómago.....	<input type="checkbox"/>	15. Otros. ¿Cuáles? _____	<input type="checkbox"/>
8. Hipertensión.....	<input type="checkbox"/>		

D.11. ¿Piensa usted que se cuida lo suficiente? 1.Si 2.No 3.No sabe

D.11.1. ¿Por qué? _____

APARTADO E: VALORACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIOSANITARIOS.

En este apartado se valora la utilización y satisfacción de los servicios sociosanitarios. También se determina si los cuidadores principales reciben ayuda de otros familiares.

E.1. ¿Cree que en su ciudad hay una oferta suficiente de recursos y ayudas sociosanitarias? 1.Si 2.No

E.2. De los siguientes servicios sociales y sanitarios. Marque **los tres** más utilizados:

1. Centro de atención primaria	<input type="checkbox"/>	10. Xec-servei ayuda limpieza doméstica	<input type="checkbox"/>
2. Servicio de atención domiciliaria SAD/ATDOM	<input type="checkbox"/>	11. Ayudas técnicas para adaptar la vivienda.	<input type="checkbox"/>
3. Servicios sociales (trabajador social o familiar).	<input type="checkbox"/>	12. Servicio de transporte adaptado.	<input type="checkbox"/>
4. Centro de día.	<input type="checkbox"/>	13. Servicio de podología (Casales).	<input type="checkbox"/>
5. Fisioterapia y rehabilitación.	<input type="checkbox"/>	14. Hospital de día.	<input type="checkbox"/>
6. Servicio de teleasistencia o telealarma 24h.	<input type="checkbox"/>	15. Actividades lúdicas de casales.	<input type="checkbox"/>
7. Estancias temporales: programa respiro.	<input type="checkbox"/>	16. Servicio de comedor (Casales).	<input type="checkbox"/>
8. Ayuda económica <i>Viure amb família</i> para personas dependientes	<input type="checkbox"/>	17. Ninguno.	<input type="checkbox"/>
9. Xec-servei ayuda temporal en ABVD.	<input type="checkbox"/>	18. Otros. ¿Cuáles? _____	<input type="checkbox"/>

E.3. ¿De qué servicios está más satisfecho? _____

E.4. De las siguientes características. ¿Cuál es la que más valora el cuidador profesional? _____

1. Grado de formación.
2. Amabilidad.
3. Frecuencia de ayuda.
4. La relación precio-hora sale económico.
5. Disponibilidad.
6. Gratuidad.
7. Otros.

E.5 ¿Está satisfecho con el cuidador profesional? 1.Si 2.No

E.6. ¿Conoce cómo puede beneficiarle la Ley de Dependencia?..... 1.Si 2.No

APARTADO F: CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO

En este apartado se incluyen los datos sobre las características de la vivienda y del distrito donde vive la persona cuidadora.

VIVIENDA: Se recogen los aspectos relacionados con el estado o adaptación de la vivienda a las nuevas necesidades familiares, así como la satisfacción del entrevistado con ella.

F.1. ¿Está satisfecho de la vivienda en la que vive actualmente?..... 1.Si 2.No

F.2. ¿Se han realizado cambios en la vivienda para adaptarla a las necesidades de la persona dependiente? 1.Si 2.No

F.2.1. ¿Cuáles? _____

F.3. ¿Utiliza algún tipo de ayuda técnica?..... 1.Si 2.No

F.3.1. ¿Cuál? _____

DISTRITO: En cuanto a los servicios e infraestructuras del barrio, así como la satisfacción del entrevistado con el.

F.4. ¿Está satisfecho con los servicios del distrito en el que vive actualmente?..... 1.Si 2.No

F.5. ¿Qué mejoras o servicios destinados a las personas mayores propondría en su distrito?

G. CALIDAD DE VIDA: BIENESTAR SUBJETIVO

El concepto de calidad de vida tiene una naturaleza muy ambigua, hay muchas definiciones o formas de valorarla. Por ejemplo se puede conceptualizar con las condiciones de vida (indicador objetivo), la satisfacción personal (subjetivo), o combinando las dos cosas. Los elementos o indicadores que se interrelacionan entre sí para valorarla, pueden ser diferentes según lo que se quiera analizar. En las siguientes preguntas se pretende aproximar a la determinación de la calidad de vida de la persona cuidadora, determinando elementos de bienestar subjetivo y la satisfacción de sus necesidades.

G.1. ¿Cómo definiría calidad de vida? _____

G.2. ¿Cómo valora la calidad de vida que tiene usted actualmente? _____

1. Muy Buena.	2. Buena.	3. Regular	4. Mala.	5. Muy mala.
---------------	-----------	------------	----------	--------------

G.2.1. ¿Por qué? _____

G.3. ¿Podría decirnos el grado de satisfacción con la vida que tiene actualmente? _____

- 6. Muy satisfecho.
- 7. Bastante satisfecho.
- 8. Bastante insatisfecho.
- 9. Muy insatisfecho.
- 10. NC.

G.4. Respecto al sentimiento de felicidad: ¿Cómo ve su situación actual? _____

- 6. Muy feliz.
- 7. Bastante feliz.
- 8. Poco feliz.
- 9. Nada feliz.
- 10. NC.

G.5. Nos puede decir ¿los aspectos que más satisfacción le producen en este momento?

G.6. Puede decirnos ¿Qué elementos o iniciativas propondría para mejorar su calidad de vida?

G.7. ¿Qué necesidades no tiene satisfechas en este momento de su vida? _____

H. CARGA DEL CUIDADOR

En las siguientes preguntas se pretende observar las situaciones que vive el cuidador familiar y si manifiesta carga en los cuidados. El test de Zarit es uno de los más utilizados para valorar la carga de los cuidadores de personas dependientes.

H.1. Test sobre la carga del cuidador (ZARIT y ZARIT, 1982)

Instrucciones:

Después de leer cada afirmación debe indicar con que frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo o casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas correctas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?.....
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?.....
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades?.....
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?.....
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?.....
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?.....
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?.....
8. ¿Piensa que su familiar depende de usted?.....
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?.....
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?.....
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?.....
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?.....
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?.....
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?.....
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?.....
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar de su familiar por mucho más tiempo?.....
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que ha empezado a cuidar de su familiar?.....
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?.....
19. ¿Se siente indeciso sobre qué ha de hacer con su familiar?.....
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?.....
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?.....
22. Globalmente: ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar de su familiar?

	NUNCA	RARAMENTE	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	1	2	3	4	5
2	1	2	3	4	5
3	1	2	3	4	5
4	1	2	3	4	5
5	1	2	3	4	5
6	1	2	3	4	5
7	1	2	3	4	5
8	1	2	3	4	5
9	1	2	3	4	5
10	1	2	3	4	5
11	1	2	3	4	5
12	1	2	3	4	5
13	1	2	3	4	5
14	1	2	3	4	5
15	1	2	3	4	5
16	1	2	3	4	5
17	1	2	3	4	5
18	1	2	3	4	5
19	1	2	3	4	5
20	1	2	3	4	5
21	1	2	3	4	5
22	1	2	3	4	5
Puntuación total					

H.2. ¿Desde cuanto tiempo es el cuidador principal de su familiar? _____ :

H.3. ¿Recibe información o participa en algún programa para prevenir o disminuir la carga que supone ser cuidador de personas dependientes?

1. Si 2. No

H.3.1. En caso afirmativo: ¿Desde qué institución? _____.

H.4. A parte de la ayuda formal. ¿Le ayuda alguien más en el cuidado de la persona dependiente? 1.Si 2.No

H.4.1. ¿Quién? _____

H.4.2. ¿Con qué frecuencia? _____

APARTADO I: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL CUIDADOR FAMILIAR
--

I.1. Sexo: H M

I.2. Edad: _____.

I.3. Parentesco con la persona cuidada _____.

I.4. Distrito en el que vive:

1. Barceloneta.
2. Centro.
3. Clotes.
4. Espirall.
5. Molí de'n Rovira.
6. Poble Nou.
7. Sant Julià.
8. Afores.
9. Girada
10. Otro municipio

I.5. Situación familiar:

1. Casado/a.
2. Soltero/a.
3. Separado/a.
4. Viudo/a.

I.6. Hijos: 1. Sí. 2. No.

I.7. Actividad:

1. Ama de casa.
2. Jubilado/a.
3. Ocupado a tiempo parcial.
4. Ocupado a tiempo completo.
5. Otras situaciones.

I.8. Nivel de estudios:

1. Sin estudios.
2. Estudios primarios.
3. Estudios secundarios.
4. Estudios Universitarios.
5. Otros no reglados.

I.9. Cuantía total de ingresos:

1. Menos de 300 euros.
2. Entre 301 y 600 euros.
3. Entre 601 y 900 euros.
4. Entre 901 y 1200 euros.
5. Más de 1200 euros.
6. Nada.

Observaciones

--

Muchas gracias por sus aportaciones y participación en el estudio.

**Calidad de vida de los mayores
dependientes y cuidadores familiares según
los profesionales del servicio ATDOM de
*Vilafranca del Penedès***

Cuestionario: Profesional Sanitario

Investigadores:

Montse Puig Llobet: Candidata a Doctora en Sociología por la
Universidad de Barcelona.
Licenciada en Antropología Social i Cultural.

Dra. Nuria Rodríguez Ávila: Directora de Tesis.
Profesora del Departamento de Sociología y Análisis de las
Organizaciones. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales
Universidad de Barcelona.
Diagonal, 690.
08034 Barcelona.

DATOS CONTROL

NID: _____

DÍA: _____

DISTRITO: _____

Presentación:

Buenos días/ buenas tardes.

El motivo de realizar esta entrevista es para estudiar la percepción de salud de la persona mayor dependiente y la de su cuidador familiar principal, según la visión del profesional sanitario que proporciona los cuidados a nivel domiciliario.

El objetivo del estudio es la realización de una Tesis Doctoral titulada "*Cuidados y Calidad de vida en Vilafranca del Penedès*".

Según la OMS, la salud es "un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la falta de enfermedad". Uno de los principales determinantes que nos indica la calidad de vida de las personas es su estado de salud y su grado de autonomía para realizar las actividades de la vida diaria. Debe tenerse en cuenta que la percepción que cada uno tiene de su propia salud y la de otras personas, puede ser diferente según lo que se valore. Se quiere determinar la "percepción de salud" objetiva y subjetiva de la persona mayor dependiente y de la persona cuidadora, valorando la relación entre percepción de salud y percepción de calidad de vida. Interesa saber la opinión del cuidador profesional para comparar la información prestada por el cuidador familiar y por el adulto mayor dependiente.

Por este motivo solicitamos su colaboración. Le garantizamos absoluto anonimato y secreto de sus respuestas, que serán tratadas de manera agregada y no se identificarán personas o actores.

Apartados del cuestionario:

En este cuestionario se quiere valorar y comparar la "percepción de salud" de las personas mayores dependientes y la de sus cuidadores familiares según la opinión del cuidador profesional, también valorar la definición de calidad de vida desde su experiencia como profesional. Estructura de los apartados: En el apartado **A** se valora la percepción de salud del cuidador familiar según su opinión como profesional y su definición de calidad de vida. En el **B** se determina la necesidad de ayuda de la persona dependiente según su opinión como profesional. Se utiliza el índice de KATZ modificado (OPS-OMS) para determinar las ABVD y la escala de LAWTON para las AIVD. En el apartado **C** se analiza el plan de cuidados del cuidador profesional. En el apartado **D** se identifican los datos sociodemográficos.

APARTADO A: PERCEPCIÓN DE SALUD DE LOS CUIDADORES FAMILIARES

La salud se entiende como un estado de equilibrio físico, psíquico y social. Muchas veces las personas que cuidan a familiares dependientes descuidan su propia salud y capacidad de autocuidado. En las preguntas siguientes se quiere valorar la percepción de salud del cuidador familiar según su opinión como profesional, así como su definición de calidad de vida.

Para empezar nos gustaría que nos contestara las siguientes preguntas:

A.1. ¿Cómo definiría calidad de vida? _____

A.2. Según su experiencia, ¿Cómo considera el estado de salud de los cuidadores familiares? _____

1. Muy bueno.
2. Bueno.
3. Regular.
4. Malo.
5. Muy malo.

A.3. ¿Normalmente los cuidadores familiares sufren alguna enfermedad crónica?

1. Sí. ¿Cuál es la más frecuente? _____
2. No.
3. No sabe.

A.4. ¿Sabe si los cuidadores familiares toman alguna medicación y para qué?

A.5. ¿Los cuidadores familiares se automedican? 1. Si 2. No 3.No sabe

A.6. De los siguientes síntomas. Díganos cuáles son los tres que observa con más frecuencia en los cuidadores familiares.

1. Dolor de cabeza.....	<input type="checkbox"/>	9. Problemas sensoriales.....	<input type="checkbox"/>
2. Angustia.....	<input type="checkbox"/>	10. Insomnio.....	<input type="checkbox"/>
3. Depresión.....	<input type="checkbox"/>	11. Retención de líquidos.....	<input type="checkbox"/>
4. Dolor óseo.....	<input type="checkbox"/>	12. Pérdidas de memoria.....	<input type="checkbox"/>
5. Dolor articular.....	<input type="checkbox"/>	13. Taquicardia.....	<input type="checkbox"/>
6. Dolor de espalda.....	<input type="checkbox"/>	14. Dificultad de movimiento.....	<input type="checkbox"/>
7. Dolor de estómago.....	<input type="checkbox"/>	15. Otros. ¿Cuáles? _____	<input type="checkbox"/>
8. Hipertensión.....	<input type="checkbox"/>		

A.7. ¿Piensa que los cuidadores familiares se cuidan suficientemente? 1. Si 2. No
¿Por qué? _____

A.8. ¿Considera que los cuidadores familiares tienen una carga excesiva en los cuidados?

1. Si 2. No ¿Por qué? _____

APARTADO B: NECESIDAD DE AYUDA EN LA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

En las preguntas siguientes se pretende valorar la percepción de salud y la necesidad de ayuda en las actividades básicas y en las actividades instrumentales de la vida diaria de las personas mayores dependientes según la opinión del profesional.

B.1. Desde su experiencia, ¿Cómo es el **estado de salud** de las personas dependientes en general? _____

1. Muy bueno. 2. Bueno. 3. Regular. 4. Malo. 5. Muy malo.

B.2. Desde su experiencia, ¿Cuáles de las siguientes **enfermedades** sufren con más frecuencia las personas mayores dependientes? (*conteste las tres más frecuentes*).

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Óseas | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. Articulares (motoras)..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. Cardíacas..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. Pulmonares..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. Sensoriales..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6. Endocrinas..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7. Urinarias..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8. Psicológicas (depresión, angustia)..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9. Cáncer..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 10. Neurológicas..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 11. Digestivas..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 12. Otras. ¿Cuáles?..... | | |

B.3. Desde su experiencia, nombre las **actividades básicas** de la vida diaria (ABVD) en las que las personas mayores dependientes necesitan ayuda con más frecuencia. (*conteste las tres más frecuentes*).

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Alimentarse..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. Bañarse o ducharse..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. Vestirse y desvestirse..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. Cuidar su aspecto físico..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. Usar el inodoro..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6. Trasladarse..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7. Caminar..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8. Continencia..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Ahora sobre **actividades instrumentales** de la vida diaria (AIVD)

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Capacidad para usar el teléfono..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. Uso de medios de transporte..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. Ir de compras..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. Preparación de la comida..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. Control de sus medicamentos..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6. Manejo de asuntos económicos..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

B.4. ¿Cuántas horas de atención al día necesitan las personas dependientes como media?

B.5. ¿Cuántas horas de media de su trabajo son destinadas a cuidar personas mayores dependientes?

B.6. ¿Las personas mayores dependientes se automedican en su gran mayoría?

1. Si 2. No 3.No sabe

APARTADO C. PLAN DE CUIDADOS DEL CUIDADOR PROFESIONAL
--

C1. ¿Podría decirnos si en general se realizan diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA, en las personas mayores dependientes con ayuda domiciliaria? 1. Si 2.No

C.2. ¿Utiliza los diagnósticos de enfermería en su práctica profesional?

1. Si
2. No

C2.1 ¿Cuáles son los detectados con más frecuencia? _____

C.3. Podría decirnos si utiliza en su práctica diaria el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).
1. Si 2.No

C3.1 ¿Cuáles son las necesidades detectadas con más frecuencia? _____

APARTADO D. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL PROFESIONAL

D.1. Sexo: H M **D.2.** Edad: _____.

D.3. Titulación: _____.

D.4. ¿Tiene formación en Geriátrica?

1. Si No Título _____

D.5. Horas de trabajo _____.

Observaciones

Muchas gracias por sus aportaciones y participación en el estudio.

Anexo IV. Estudios de calidad de vida en personas mayores

	Nombre del estudio/ autores	Características relevantes del estudio
1	“Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos”. (Fernández-Ballesteros et al., 1996)	Muestra de 1014 sujetos mayores de 65 años proporcional por Comunidades Autónomas. n 507 en domicilio, n 256 en residencias públicas, n 251 residencias privadas.
2	“La soledad en las personas mayores” (CIS, 1998b)	Lugar de estudio: 17 comunidades autónomas Estudio nº 2.279. Febrero-marzo 1998. n 2460 entrevista
3	“Estado funcional y calidad de vida en mayores de setenta años”. (Cueto et al., 2000)	Tipo de estudio: descriptivo transversal. Lugar de estudio: Centro de Salud Mieres-Sud (Asturias).n 273 (112 hombres/ 161 mujeres). Edad: mayores de 70 años
4	“La actividad física como indicador de la calidad de vida en los ancianos” (Martín et al., 2000)	Estudio semilongitudinal. Lugar de estudio: Betanzos (España), 1989/1993. n 47 mujeres y 35 hombres Edad: 77,2 y 76,6
5	“Envejecer en casa: los predictores de las satisfacción con la casa, el barrio, y el vecindario como componentes de calidad de vida de los mayores en Madrid” (Rojo et al., 2000)	Tipo de estudio: descriptivo Lugar de estudio: Madrid/ 1998 n1148. Edad: 65 a 84 años.
6	“Calidad de vida y diferencias en función del sexo” (Rubio et al., 2001)	Tipo de estudio: análisis multivariante. Lugar de estudio: provincia de Granada n 450/ Edad: mayores de 65 años y más.
7	“Calidad de vida y salud” (Castellón y Aleixandre, 2001)	Tipo de estudio: descriptivo Lugar del estudio: Provincia de Granada n 450 mayores de 65 años y más
8	“Factores asociados al mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años”. (Azpiazu et al., 2002)	Tipo de estudio: análisis multivariante mediante regresión logística. Lugar de estudio: Áreas sanitarias 2 y 4 de la comunidad de Madrid (1999-2000). n 911 Edad: mayores de 65 años no institucionalizados.
9	“Percepción de salud en las personas de 16 y más años (%)”. Barómetro CIS (Abellán, 2003)	Tipo de estudio: Barómetro CIS 2001 Lugar de estudio: Nacional n 4415 personas de 65 y más años.
10	“Entorno y necesidades de salud de la población mayor de 75 años no atendida en cuatro áreas básicas de salud de Barcelona” (Blanco et al., 2003)	Tipo de estudio: observacional, descriptivo, transversal. Lugar de estudio: 4 Áreas Básicas de Salud de Barcelona. n 227 ancianos mayores de 75 años asignados a las ABS.
11	“Indicadores de calidad de vida. Un retrato del bienestar en España” (Sastre et al., 2003)	En este trabajo se utiliza un número elevado de estudios de la base de datos de CIS, los que interesan en nuestro estudio son: Estudios: 2380. 2397. 2390. Estudio 2404:diciembre 2000. Preguntas: 25, 27, 31, 33, 34A, 34B, 34C. Estudio 2441: diciembre 2001. Preguntas: 5,6. Estudio 2443: enero 2002. Preguntas: 49.
12	“Dominios globales y específicos del bienestar de las personas muy mayores” (Vega et al., 2004).	Lugar de estudio: Salamanca. Objetivo: Identificar el bienestar subjetivo n 400 personas mayores de 75 años y más, entrevistados en su domicilio.

13	“Calidad de vida de las personas mayores: Análisis comparativo europeo” (Walker, 2004)	Objetivo: calidad de vida de las personas mayores desde una perspectiva europea. Muestra: Mayores de 5 países europeos.
14	“Qualitat de vida de les persones grans a Catalunya”. (Fundació Viure i Conviure, 2006)	Objetivo: conocer la calidad de vida de las personas mayores de Catalunya, estableciendo posibles relaciones entre distintas variables. Lugar de estudio: Catalunya. n 2500 entrevistas a mayores de 65 y más años.
15	“Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional” (Yanguas, 2006)	Tipo de estudio: descriptivo. Lugar de estudio: Residencias de personas mayores de la Comunidad Autónoma del País Vasco. n 500 (66% mujeres y 33,2 % hombres). Edad: 79,23 años. (Censo 1996).
16	“El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores” (Fernández-Mayoralas et al., 2007)	Objetivo: considerar la importancia de la salud en la percepción de la calidad de vida. Lugar de estudio: Comunidad de Madrid. Muestra: n 499 personas mayores de 65 años y más.

Fuente: Elaboración propia.

Anexo V. Estudios sobre cuidadores familiares

	Nombre del estudio/ autores	Características relevantes del estudio
1	“Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora” (Campo, 2000)	Tipo de estudio: Análisis de los datos obtenidos por un lado de los estudios monográficos sobre el Apoyo informal a las Personas mayores y por otro de encuestas estadísticas que tratan del tema realizadas por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Estudio monográfico 2072: noviembre 1993. n 2500 personas mayores de 65 años que residen en hogares y no en residencias u otras instituciones. Estudio monográfico 2117: octubre y noviembre 1994. N 1702 personas cuidadoras informales de gente mayor.
2	Tesis Doctoral: “Familia y cuidados de salud. Calidad de vida en cuidadores y repercusiones sociofamiliares de la dependencia” (Delicado, 2002)	Tipo de Estudio: Descriptivo y metodología cualitativa, sobre el cuidado en Albacete y provincia. Se entrevista a 209 Cuidadores de personas dependientes atendidas en su domicilio. Tiempo del estudio: 2001 y 2002.
3	“Factores relacionados con el cansancio en el desempeño del rol de cuidador” (Blanca et al., 2004)	Tipo de estudio: descriptivo y transversal Lugar de estudio: Hospital Doña Sofía. Córdoba. Años: (2003-2004). n 47 cuidadores de los ancianos ingresados.
4	Tesis Doctoral: “Cuidadores informales de salud del ámbito domiciliario: percepciones y estrategias de cuidado ligadas al género y a la generación” (Bover, 2004)	Tipo de estudio: cualitativo Lugar de estudio: Mallorca. n 14 entrevistas individuales a cuidadores n 41 entrevistas a grupos focales de cuidadores.
5	“Programa de descanso familiar a cuidadores de personas con dependencia” (Casals, 2004)	Tipo de estudio: descriptivo. Lugar del estudio: Barcelona. Estudio realizado entre: 1997- 2003. n distinta cada año, la media es de 56,1 casos.

6	“Cuidado artesanal: la invención ante la adversidad” (De la Cuesta, 2004)	Tipo de estudio: cualitativo Lugar de estudio: Medellín (Colombia) Estudio realizado entre: septiembre de 2000 hasta marzo del 2002. n 18 cuidadores de personas con demencia en etapa avanzada y 9 participantes de dos grupos distintos de apoyo.
7	“Informe sobre el impacto social de los enfermos dependientes por ictus: Informe Isedic” (Durán, 2004)	Tipo de estudio: cualitativo y cuantitativo. Lugar de estudio: Madrid, Andalucía, Galicia, Castilla-La Mancha, Cataluña y País Valenciano. Años: 2003-2004. n 136 a cuidadores principales no remunerados. 2 enfermos por ictus.
8	“Apoyo informal a las personas mayores” (IMSERSO,2004a)	Lugar del estudio:17 Comunidades Autónomas. Fecha: Noviembre 2003. Estudio N°: 4178, n 1.504 Personas cuidadoras informales y 207 cuidadores formales o profesionales.
9	“Cuidando entre cuidadores: intercambio de apoyo en la familia” (Heierle, 2004)	Tipo de estudio: cualitativo. Lugar de estudio: Granada, n 5 díadas (cuidadores principales y cuidadores secundarios)
10	“Cuidado a la Dependencia e Inmigración: informe de resultados” (IMSERSO, 2005 ^a)	Lugar de estudio: 3 Comunidades Autónomas (Valencia, Madrid y País Vasco). n 115 informantes clave; n 53 familias y n 54 inmigrantes.
11	Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles (IMSERSO 2005b)	Lugar de estudio: 17 Comunidades Autónomas Españolas. n 25.100 hogares.
12	“Cambios en los cuidadores informales en cuanto a estilos de vida, relaciones y alteraciones de salud mental” (Ballester et al., 2006)	Tipo de estudio: estudio observacional y transversal. Lugar de estudio: ámbito de atención primaria de la ciudad de Girona. N269 (muestra aleatoria de cuidadores de personas dependientes adscritos al programa de atención domiciliaria (ATDOM). Total 80 encuestas.
13	“La sobrecarga de las cuidadoras de las personas dependientes: Análisis y propuestas de intervención psicosocial” (Carretero et al., 2006)	Tipo de Estudio. Lugar de estudio: Comunidad Valenciana n 153 cuidadores familiares, n 296 personas mayores dependientes usuarias del SAD (Servicio Atención Domicilio)
14	“El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental”. (Pérez, 2006)	Tipo de estudio: observacional descriptivo y transversal. Lugar de estudio: personas dependientes y sus cuidadores atendidos por el programa ATDOM del Centro de Salud la Alamedilla (Salamanca) Años: 11/2004-11/2005. n 122 cuidadores y sus familiares.
15	“Sobrecarga del cuidador inmigrante formal no profesional en Barcelona” (Gallart,2007)	Tipo de estudio: Estudio de Casos. Tesis doctoral Lugar de estudio: Barcelona. n 55 Cuidadores inmno prof con sobrecarga y 55 sin sobrecarga.
16	“El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa” (Crespo y López, 2007)	Tipo de estudio: Diseño experimental multigrupo (3 grupos). Lugar de estudio: Territorio Español. n 91 cuidadores de familiares de mayores dependientes.

Fuente: Elaboración propia.

Índice de tablas y gráficos

Tablas

Tabla 1.1. Diferentes enfoques de las necesidades humanas	30
Tabla 1.2. Definiciones sobre calidad de vida según diversos autores.	41
Tabla 1.3. Teorías y modelos de calidad de vida según perspectiva	42
Tabla 1.4. Dimensiones de calidad de vida.....	48
Tabla 1.5. Instrumentos genéricos de calidad de vida	50
Tabla 1.6. Instrumentos de evaluación de calidad de vida en población anciana	52
Tabla 2.1. Características atribuidas a las personas mayores	67
Tabla 2.2. Principales características de las teorías sociales del envejecimiento	74
Tabla 2.3. Factores determinantes en el envejecimiento/rejuvenecimiento en las diferentes comunidades autónomas españolas	78
Tabla 2.4. Definiciones revisadas por la OMS (2001).	86
Tabla 2.5. Tipos de dependencia	87
Tabla 2.6. Escalas utilizadas para medir el grado de dependencia en las Actividades de la Vida Diaria.....	91
Tabla 2.7. Escalas utilizadas en la valoración mental.	93
Tabla 2.8. Instrumentos para la valoración de las personas mayores en Cataluña.....	95
Tabla 2.9. Escuelas teóricas de enfermería	99
Tabla 3.1. Actividades que deben incluir los cuidados de larga duración	116
Tabla 3.2. Servicios destinados a las personas mayores dependientes	119
Tabla 3.3. Cajas de ahorro que participan en la atención a personas mayores	122
Tabla 3.4. Residencias de <i>Vilafranca del Penedès</i>	130
Tabla 3.5. Servicios destinados a mayores en <i>Vilafranca del Penedès</i>	131
Tabla 3.6. Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y Soporte Social de la ciudad de <i>Vilafranca del Penedès</i>	133

Tabla 3.7. Asociaciones de Salud y Grupos de Ayuda Mutua de la ciudad de <i>Vilafranca del Penedès</i>	134
Tabla 3.8. Servicios destinados a las personas mayores en l' <i>Alt Penedès</i>	135
Tabla 3.9. Grados de apoyo para una persona dependiente	140
Tabla 3.10. Grados de dependencia	141
Tabla 3.11. Prestaciones y servicios previstos en 2007	143
Tabla 3.12. Desarrollo de la Ley de Dependencia en España	144
Tabla 3.13. Modelos de protección a la dependencia en Europa.....	147
Tabla 3.14. Sistema de protección a personas con dependencia a través de la Seguridad Social en Europa.....	149
Tabla 4.1. Relación entre objetivos, hipótesis y variables de estudio.	166
Tabla 4.2. Población de 75 y más años de <i>Vilafranca del Penedès</i> (2006) ...	169
Tabla 4.3. Población de 75 y más años de la base ATDOM de <i>Vilafranca del Penedès</i>	171
Tabla 5.1. Situación familiar de las personas mayores dependientes.....	183
Tabla 5.2. Nivel de estudios de las personas de 75 y más años de <i>Vilafranca del Penedès</i>	183
Tabla 5.3. Prestaciones económicas de las personas de 75 y más años de <i>Vilafranca del Penedès</i>	184
Tabla 5.4. Pensión mensual de ingresos de las personas de 75 y más años de <i>Vilafranca del Penedès</i>	185
Tabla 5.5. Alimentación de las personas mayores dependientes.....	186
Tabla 5.6. Convivencia de las personas de 75 y más años de <i>Vilafranca del Penedès</i>	189
Tabla 5.7. Parentesco de las personas de 75 y más años de <i>Vilafranca del Penedès</i>	190
Tabla 5.8. Relaciones entre cuidadores y personas mayores dependientes .	192
Tabla 5.9. Opiniones de los mayores sobre el por qué creen que les cuidan sus cuidadores.....	193
Tabla 5.10. Percepción del estado de salud subjetiva de las personas mayores de 75 y más años de <i>Vilfranca del Penedès</i>	196

Tabla 5.11. Nivel de dependencia de los mayores según el test de Barthel ..	197
Tabla 5.12. Percepción de calidad de vida de los mayores dependientes	203
Tabla 5.13. Satisfacción con la vida actual en los mayores dependientes.....	205
Tabla 5.14. Percepción de felicidad de los mayores	207
Tabla 5.15. Aspectos que producen más satisfacción a los mayores	208
Tabla 5.16. Necesidades no satisfechas en los mayores dependientes	210
Tabla 6.1. Situación familiar de los cuidadores familiares de las personas mayores dependientes.....	223
Tabla 6.2. Nivel de estudios de los cuidadores familiares de las personas mayores dependientes.....	224
Tabla 6.3. Cuantía total de ingresos de los cuidadores familiares de las personas mayores dependientes	224
Tabla 6.4. Alimentación de los cuidadores familiares.....	225
Tabla 6.5. Tipo de ejercicio que realizan los cuidadores familiares.....	226
Tabla 6.6. Relaciones entre cuidadores y personas mayores dependientes .	228
Tabla 6.7. Percepción de salud de los mayores dependientes según el cuidador familiar.....	229
Tabla 6.8. Percepción del estado de salud del cuidador familiar.....	230
Tabla 6.9. Motivos por lo cuales el cuidador familiar realiza los cuidados	232
Tabla 6.10. Sentimiento del cuidador familiar al cuidar de la persona mayor	234
Tabla 6.11. Aspectos que el cuidador familiar valora en los profesionales	236
Tabla 6.12. Percepción de calidad de vida de los cuidadores familiares de mayores dependientes.....	238
Tabla 6.13. Satisfacción con la vida actual en los cuidadores familiares	239
Tabla 6.14. Percepción de felicidad en los cuidadores familiares	240
Tabla 6.15. Iniciativas de los cuidadores familiares en la mejora de su calidad de vida.....	240
Tabla 6.16. Percepción de la salud del cuidador familiar (<i>porcentajes</i>)	243
Tabla 6.17. Estado de salud del mayor dependiente	245
Tabla 6.18. Frecuencia de ayuda en las ABVD del mayor dependiente	246
Tabla 6.19. Frecuencia de ayuda en las AIVD del mayor dependiente.....	246

Tabla 7.1. Modelos anglosajones de calidad de vida en la personas mayores	259
Tabla 7.2. Similitudes y diferencias de los Modelos Conceptuales	269

Gráficos

Gráfico 4.1. Fases del trabajo de campo.....	175
Gráfico 7.1. Modelo de calidad de vida según la WHOQOL-100	258
Gráfico 7.2. Modelo de calidad de vida según multidimensiones.....	260
Gráfico 7.3. Modelo de calidad de vida según elementos objetivos y subjetivos	261
Gráfico 7.4. Modelo conceptual de CV para personas mayores dependientes	262
Gráfico 7.5. Modelo conceptual de CV para los cuidadores familiares.....	265

Relación de Siglas

- ABS:** Área Básica de Salud.
ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria.
AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.
ATDOM: Atención Domiciliaria.
AVD: Actividades de la Vida Diaria.
BVD: Baremo de Valoración de la Dependencia.
BABY BOOM: Aumento de nacimientos.
BABY BUST: Déficit de nacimientos.
CAP: Centro de Atención Primaria.
CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.
CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas.
CUARTA EDAD: personas mayores de 80 o más años.
CV: Calidad de Vida.
CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)
EAP: Equipo de Atención Primaria.
- EBASP:** Equipos Básicos de Atención Social Primaria.
- FOESSA:** Fomento de Estudios Sociales y Sociología Avanzada.
HTA: Hipertensión Arterial.
ICS: Institut Català de la Salut.
IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
INE: Instituto Nacional de Estadística.
NANDA: North American Nursing Diagnosis Association.
OMS: Organización Mundial de la Salud.
ONG: Organización No Gubernamental.
ONU: Organización de las Naciones Unidas.
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PADES: Programa de Atención Domiciliaria, Equipo de Apoyo.
PRODEP: Programa para el Impulso e Ordenación de la Promoción de la Autonomía Personal y Atención de las Personas con Dependencias.
SAD: Servicio de Atención Domiciliaria.
SAAD: Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.
SESPAS: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.
UE: Unión Europea.
UFISS: Unidades Funcionales Interdisciplinarias Sociosanitarias.
WHO: World Health Organization.
WHOQOL 100: World Health Organization Quality of Life. Escala de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud.
WHOQOL-Bref: World Health Organization Quality of Life. Escala de calidad de vida de la organización Mundial de la Salud reducida.
ZBS: Zona Básica de Salud.

