



UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
FACULTAD DE MEDICINA
Departamento de Psiquiatría, Radiología y Salud Pública

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública

IMPACTO DEL ESTADO FUNCIONAL DEL ANCIANO EN LA SALUD DE SUS CUIDADORES.

Memoria que para optar al Grado de Doctora presenta
Mercedes A. Hernández Gómez

Santiago de Compostela, junio de 2012

Juan Jesús Gestal Otero, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Santiago de Compostela y **Manuel A. Blanco Ramos**, Doctor en Medicina por la Universidad de Santiago de Compostela.

CERTIFICAN

Que Doña Mercedes A. Hernández Gómez ha realizado bajo su dirección el trabajo de investigación titulado: “El impacto del estado funcional del anciano en la salud de sus cuidadores”, para optar al Grado de Doctora en Medicina.

Que una vez revisado consideran que reúne condiciones para ser defendido públicamente ante el Tribunal como Tesis Doctoral.

Y para que así conste a los efectos oportunos lo firman en:

Santiago de Compostela a 4 de junio de 2012.

J.J. Gestal Otero

M.A. Blanco Ramos

A mis padres.

Siempre firmeza, constancia y perseverancia.

Agradecimientos.

Al volver la vista atrás soy consciente del camino andado y valoro a todos los que de algún modo me han acompañado en este trabajo, contribuyendo a que hoy sea una realidad.

A los ourensanos de cuna o de residencia que han accedido a abrirnos las puertas de su hogar y de su alma.

A quienes han dirigido esta tesis. Dr J.J. Gestal Otero, gracias por los momentos dedicados, por dirigir éste y otros campos con eficacia y afectividad. Al Dr. Manuel Blanco Ramos a quien un día le pedí opinión sobre la posibilidad de hacer la tesis y ya nunca me abandonó; gracias por su generosidad y por sus acertadas correcciones.

A los compañeros del grupo investigador. David y Patricia, que hicieron de las entrevistas una aventura. Pilar, Ana y Chus, por la planificación. Che, por ser una guía en medio de la estadística. Jorge por los listados de los listados. A Manuel por dirigir el grupo.

A los compañeros que he ido encontrando por el camino. Myriam, por su apoyo en momentos bajos y por sus ilustraciones. Manuel González y Jose Blanco, por buscar pirámides en el calor del verano. Menchu, por su tesis. A las trabajadoras de la biblioteca del hospital de Ourense por hacer su trabajo con cariño. A María Elósegui porque sin conocerme estuvo cuando me hizo falta. A mi hermano Alfonso por sus sinónimos.

A Francisco Rodríguez y a Marga Martín, alcalde de Ourense y concejala de asuntos sociales, respectivamente, por creer en la investigación sociosanitaria.

A los periodistas que trabajan en los medios de comunicación en la ciudad de Ourense por hacer la divulgación del proyecto con sumo cuidado y respeto.

A los que han sido y serán mis maestros, profesores y tutores.

A mis amigos de siempre.

A mi familia.

INDICE GENERAL

INDICE DE FIGURAS	1
INDICE DE TABLAS.....	5
ABREVIATURAS.....	9
I. INTRODUCCIÓN.	13
ENVEJECIMIENTO.	15
ENVEJECIMIENTO ACTIVO.....	20
LA FRAGILIDAD EN EL ANCIANO.	23
El anciano golondrina.	24
Factores de riesgo de institucionalización y determinantes de ingreso hospitalario.	25
Predictores de mortalidad	26
DEPENDENCIA.	27
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	28
SITUACIÓN EN GALICIA.	30
ASPECTOS SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO.	37
Redes sociales.	38
La estructura familiar.	39
Cuidados informales. ¿Una cuestión de mujeres?	40
Medida de la sobrecarga del cuidador.	43
Intervenciones preventivas.	44
Marco legal.	46
CALIDAD DE VIDA.	48
MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS).	50
Instrumentos de medida en CVRS.....	51
ABORDAJE SANITARIO.	53
EL ENFERMO CON PLURIPATOLOGIA.	55
RETOS.....	58
LA ATENCIÓN SANITARIA.....	60
Medicalización de la muerte.....	62
Gestión de crónicos. El modelo de Kaiser Permanente. ¿Puede extrapolarse?	63
II. PLANTEAMIENTO DEL TRABAJO.	67
OBJETIVOS.	69
Objetivos generales.	69
Objetivos específicos.	70
Acerca del estado funcional del anciano:.....	70
Acerca de la salud de los cuidadores:	70
III. MATERIAL Y MÉTODOS.	71
BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.	73
Estrategia de búsqueda.....	73
Criterios de selección de los artículos.	73
- Según el diseño del estudio.	73
- Según el idioma.	74
- Según los MeSH.....	74
TIPO DE ESTUDIO.	74

POBLACIÓN DIANA.	75
TAMAÑO MUESTRAL.	75
AREA GEOGRÁFICA	76
SELECCIÓN DE LA MUESTRA	76
ACCESO A LOS ENTREVISTADOS	78
SELECCIÓN DEL ENTREVISTADOR.....	78
Formación del entrevistador	79
INSTRUMENTOS DE MEDIDA	80
ESCALA OARS-MFAQ	80
Descripción del OARS-MAFQ.	81
ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT.	85
Descripción de la escala.....	86
CUESTIONARIO GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE-GHQ	87
Interpretación.....	88
Propiedades psicométricas.	89
VARIABLES DEL ESTUDIO	89
Respecto a los ancianos entrevistados.....	89
Respecto a los cuidadores	92
Variables del Zarit y del GHQ	92
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.....	93
BOLSA DE INVESTIGACIÓN.....	95
ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	95
IV. RESULTADOS	97
ESTADO FUNCIONAL DE LOS ANCIANOS DE LA CIUDAD DE OURENSE.....	99
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.....	99
EXCLUIDOS.	102
OARS. CIUDAD DE OURENSE.....	102
Recursos sociales	103
Recursos económicos	104
Salud Mental.....	106
Actividades de la vida diaria.	108
Salud física y uso de medicamentos.....	111
Utilización de servicios. Services Assessment Questionnaire, SAQ.....	113
RESPUESTAS DEL INFORMANTE	118
Recursos sociales	118
Recursos económicos	119
Salud mental	119
Salud física	120
INFORMACIÓN DEL ENCUESTADOR	120
Recursos sociales	121
Recursos económicos	122
Salud Mental.....	123
PUNTUACIONES DE DETERIORO FUNCIONAL (PDF)	124
Relación entre la valoración funcional realizada por el propio anciano y la realizada por el entrevistador.....	125
Recursos sociales	125
Recursos económicos	125
Salud mental	125
Salud física	125

SALUD DE LOS CUIDADORES.....	127
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS CUIDADORES	127
SOBRECARGA DEL CUIDADOR.	128
Encuesta Zarit.....	128
Escala de Goldberg-GHQ-28	130
IMPACTO DEL ESTADO FUNCIONAL DEL ANCIANO EN LA SOBRECARGA Y EN LA SALUD DE LOS CUIDADORES.	132
V. DISCUSION	135
DISCUSIÓN DEL MÉTODO	137
SELECCIÓN DE LA MUESTRA. NO RESPONDEDORES.	137
EXCLUSIONES	139
ENCUESTADOR.....	139
CUIDADOR PRINCIPAL	140
INSTRUMENTOS DE MEDIDA.....	141
La encuesta OARS-MFAQ.....	141
La Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.	141
Cuestionario General Health Questionnaire, GHQ-28.	142
RESULTADOS.....	142
LA SALUD DE LOS ANCIANOS	142
Perfil sociodemográfico de la muestra	142
Encuesta OARS.	145
Multidimensional Functional Assessment Questionnaire. MFAQ.	145
Services Assessment Questionnaire, SAQ.	154
La salud del anciano según la opinión de los acompañantes.	158
Información del encuestador acerca del anciano.	159
SALUD DE LOS CUIDADORES.	161
Perfil sociodemográfico	161
Determinación de la sobrecarga sentida y de la salud.....	162
VI. CONCLUSIONES	167
VII. BIBLIOGRAFIA	173
VIII. ANEXOS	191
Anexo I. Certificado Comité Ético de Investigación clínica.	193
Anexo II. Presentación en rueda de prensa. 2 de abril 2009.	197
Anexo III. Carta a los profesionales.	205
Anexo IV. Carta a los ancianos y consentimiento informado.	209
Anexo V. Encuestas.	213
Encuesta OARS. Versión galega.	215
Encuesta GHQ-28	253
VI. Tablas adicionales a los resultados.	259

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Factores determinantes de aislamiento social.

Figura 2. Logo IYOP. Fuente Naciones Unidas. Resolución 47/5.¹³

Figura 3. Distribución por género en Europa año 2002. *Fuente WHO.*¹⁴

Figura 4. Determinantes del envejecimiento activo. *Fuente: WHO. Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster, Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Department. Active ageing. A policy framework.*¹⁴

Figura 5. Comunidades con saldo poblacional negativo. *Fuente INE. Proyección de la Población de España a Corto Plazo, 2009-2019.*⁴²

Figura 6. Comunidades donde las defunciones superan a los nacimientos. *Fuente INE. Proyección de la Población de España a Corto Plazo, 2009-2019.*⁴²

Figura 7. Pirámide demográfica de Ourense, año 2010. *Fuente INE.*

Figura 8. Pirámide demográfica de la ciudad de Ourense, año 2010. *Fuente IGE.*⁴⁵

Figura 9. Índice de envejecimiento en Galicia. Año 2009. *Fuente IGE.*⁴⁵

Figura 10. Constitución de los hogares en Galicia. *Fuente IGE.*⁴⁵

Figura 11. Comarcas gallegas con mayores tasas de dependencia y gran dependencia. *Fuente IGE.*⁴⁵

Figura 12. Componentes de un sistema de atención a patologías crónicas. *Fuente: Lewis R, Dixon I. Rethinking management of chronic diseases. BMJ. 2004; 328: 220-222.*¹³⁵

Figura 13. Carga en morbilidad de enfermedades crónicas. *Fuente: Epping-Jordan JE, Bengoa R, Pruitt SD, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic condition. Qual Saf Health Care. 2009.*¹³⁸

Indice de figuras

Figura 14. Índice de Katz. *Fuente: Avaliación da calidade de vida da xente maior. Aplicación práctica na provincia de Ourense. M. Blanco. Ourense. 2004. Xerencia de Atención Primaria. Xunta de Galicia.*^{97,98}

Figura 15. Clasificación de servicios. *Fuente: Avaliación da calidade de vida da xente maior. Aplicación práctica na provincia de Ourense. M. Blanco. Ourense. 2004. Xerencia de Atención Primaria. Xunta de Galicia.*^{97,98}

Figura 16. Deterioro funcional. Cleveland GAO Study. *Fuente: Avaliación da calidade de vida da xente maior. Aplicación práctica na provincia de Ourense. M. Blanco. Ourense. 2004. Xerencia de Atención Primaria. Xunta de Galicia.*^{97,98}

Figura 17. Diagrama de cajas que representa el comportamiento de la edad según el sexo.

Figura 18. Diagrama de cajas que representan estudios realizados por edad.

Figura 19. Estado cognitivo de las personas incluidas en el estudio. Short Portable Mental Status Questionnaire.

Figura 20. Relación incontinencia urinaria con uso de pañales.

Figura 21. Relación del informante con el entrevistado.

Figura 22. Fuente principal de información. Porcentaje según la edad.

Figura 23. Valoración de la situación económica del anciano por el entrevistador.

Figura 24. Puntuaciones de deterioro funcional.

Figura 25. Diagrama de cajas que representa la edad media de las cuidadoras.

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores de riesgo de fragilidad.

Tabla 2. Factores de riesgo de institucionalización.

Tabla 3. Predictores de mortalidad.

Tabla 4. Autovaloración de las AVD. *Fuente ENDES 2006*. Disponible en <http://www.ine>.

Tabla 5. Proyección de la Población de Galicia. *Fuente INE*.⁴²

Tabla 6. Comparativas de Índice de envejecimiento. *Fuente IGE*.⁴⁵

Tabla 7. Pluripatología por categorías clínicas. *Fuente: Zambrana García JL, et al.*¹⁴⁰

Tabla 8. Distribución de la muestra incluida según sexo y tramos de edad.

Tabla 9. Características sociodemográficas de la muestra. Estado civil y convivencia. Resultados en porcentaje.

Tabla 10. Características sociodemográficas de la muestra. Estudios realizados. Resultados en porcentaje.

Tabla 11. Área de recursos sociales. Resultados en porcentajes.

Tabla 12. Área de recursos económicos. Respuestas en porcentajes.

Tabla 13. Área de recursos económicos. Respuestas en porcentajes.

Tabla 14. Short Psychiatric Evaluation Schedule (SPES).

Tabla 15. Salud mental por sexo. Respuestas en porcentajes.

Tabla 16. Actividades de la vida diaria instrumentales. Porcentajes por edad y sexo.

Tabla 17. Actividades de la vida diaria básicas. Porcentajes por edad y sexo.

Tabla 18. Uso de medicamentos, porcentaje por sexo.

Tabla 19. Enfermedades. Porcentaje por sexo.

Tabla 20. Uso de transporte.

Tabla 21. Servicios sociales y de entretenimiento. Porcentajes por edad.

Tabla 22. Entrenamiento en actividades de la vida cotidiana.

Tabla 23. Medicamentos psicotrópicos. Porcentajes por sexo.

Tabla 24. Preparación de comida. Porcentajes por edad y sexo.

Tabla 25. Percepción del estado de salud mental por el acompañante. Porcentaje por edad.

Tabla 26. Percepción de la salud física por el acompañante. Porcentajes por edad.

Tabla 27. Valoración de los recursos sociales del anciano por el entrevistador.

Tabla 28. Valoración de la capacidad mental del entrevistado por el entrevistador.

Tabla 29. Valoración del estado mental durante la entrevista.

Tabla 30. Relación entre la autovaloración del anciano y la puntuación en deterioro del entrevistador.

Tabla 31. Escala de Zarit.

Tabla 32. Impacto del estado funcional del anciano en el grado de carga sentida por el cuidador.

Tabla 33. Impacto del estado funcional del anciano en la salud física del cuidador.

ABREVIATURAS

AVD. Actividades de la Vida Diaria.

AVD-B. Actividades Básicas de la Vida Diaria.

CPI. Cuidador principal informal.

CSIC. Centro Superior de Investigaciones Científicas.

CV. Calidad de vida.

CVRS. Calidad de vida relacionada con la salud.

EA. Enfermedad de Alzheimer.

ECVM 04. Encuesta de Condiciones de Vida de los Mayores de 2004.

EDDES-99. Encuesta de Discapacidad, Deficiencia y Estado de Salud.

ENSE. Encuesta Nacional de Salud de España.

EQ-5D.EuroQol.

HUI. Health Utility Index.

IGE. Instituto Galego de Estatística.

IMSERSO. Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

INE. Instituto Nacional de Estadística.

IYOP. Año Internacional de las Personas Mayores de las Naciones Unidas.

KP. Kaiser Permanente.

LASA. Longitudinal Aging Study Amsterdam.

NHS. National Health Service.

OARS. Older American Resource and Service.

OARS-MFAQ. The olders americans resources and services program-multidimensional functional assesment questionnaire.

Abreviaturas

OCDE. Organización para la Cooperación y el Desarrollo.

OMS. Organización Mundial de la Salud.

PAPPS. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de Salud.

QWB. Quality of Well Being Scale.

SEMFyC. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

SNS. Sistema Nacional de Salud.

TICs. Tecnologías de la Comunicación e Información.

TS. Tarjeta Sanitaria.

I. INTRODUCCIÓN.

*Los antiguos chinos pagaban a su médico mientras estaban sanos.
El objetivo no era recibir asistencia médica, sino evitarla.*

ENVEJECIMIENTO.

Kirkwood, en 1996, definió el envejecimiento como “el deterioro funcional progresivo y generalizado que ocasiona una pérdida de respuesta adaptativa a la agresión y un aumento del riesgo de enfermedades asociado a la edad”.^{*} Según esto, envejecer forma parte del continuo que es la vida, comienza incluso antes del nacimiento y continuará durante toda la existencia, y el factor esencial que determina el deterioro funcional es la edad. La alternativa sería la muerte prematura. En este proceso conviene aclarar varias cuestiones: en primer lugar, la edad no es el único factor determinante del envejecimiento, sino que interactúa con las circunstancias sociales, históricas y personales de cada uno; en segundo, a lo largo de la vida existen etapas de crecimiento, de estabilidad y de declive; y por último, el envejecimiento psicológico no presenta el mismo patrón que el biológico y estos

^{*} Tom Kirkwood, es profesor de biología gerontológica en la Universidad de Manchester (Reino Unido) y presidente de la Sociedad Británica de Investigación del Envejecimiento. Afirma que envejecer no es enfermar sino acumular daños y errores moleculares.

patrones no ocurren al azar, sino que el individuo y la sociedad pueden orientar, promover e influir en las formas de envejecimiento. En la práctica, la edad cronológica no es un indicador exacto de los cambios que acompañan al envejecimiento y existen considerables variaciones en el estado de salud y los niveles de independencia entre ancianos de la misma edad y el mismo medio. Así, personas que sufren enfermedades o eventos físicos o psíquicos exactamente iguales, pueden presentar respuestas diferentes tanto en su evolución clínica como en su actitud ante la enfermedad y vienen condicionadas por su desarrollo personal, su historia natural, el apoyo familiar o simplemente su actitud ante la vida.^{1,2}

El envejecimiento conduce a un deterioro conductual, y esto provoca que los individuos de edad avanzada muestren dificultades para afrontar situaciones novedosas de la vida diaria y mayores grados de ansiedad que otros más jóvenes; además, algunas capacidades cognitivas, como la memoria o la velocidad de aprendizaje, disminuyen de forma natural y esto se ha reproducido en estudios realizados con animales que han sido aislados durante la vejez.³ El declive cognitivo y físico asociado a la edad se caracteriza también por mayores tiempos de reacción, merma de la capacidad de respuesta, así como por una menor capacidad de atención y de concentración a corto y a medio plazo. De todos ellos la novedad y el grado de dificultad son los factores condicionantes de mayor importancia.⁴ Esto nos ayuda a explicar porqué una persona anciana aislada socialmente tiene más dificultades para desenvolverse con normalidad en ambientes nuevos o potencialmente ansiogénicos. Sin embargo, la mayor parte de estas deficiencias se compensan con la sabiduría, los conocimientos previos y la experiencia vital. No podemos olvidar que la anamnesis de una persona, es el resultado de la combinación de la genética, el medio ambiente, el estilo de vida, la nutrición y, en gran medida, del azar. Y variables como el desuso, la enfermedad, el abuso de alcohol y drogas, factores psicológicos como la falta de motivación o la pérdida de autoconfianza, y otros sociales como la soledad o el aislamiento, pueden influir más en el deterioro cognitivo que la propia edad.⁵

De todo esto se deduce que el envejecimiento es un proceso fisiológico que puede cursar con salud. En la Encuesta de Condiciones de Vida de los Mayores de 2004 (ECVM 04) casi la

mitad de los ancianos calificaron su estado de salud de forma positiva y sólo el 14% de forma claramente negativa, sin embargo en la actualidad es más fácil determinar la presencia o ausencia de una enfermedad que el nivel de salud.⁶

A efectos estadísticos a envejecer se le han puesto límites y el límite inferior para la Organización Mundial de la Salud (OMS) está en los 60 años mientras en la mayor parte de la bibliografía consultada lo hacen coincidir con los 65 años.

A pesar de que el aprendizaje es fundamental, el inicio del interés por la educación en la vejez dentro de la Psicología Educativa es relativamente reciente, data de los años 50-60. Llegó, incluso, a constituirse en un campo propio llamado “Gerontología Educativa”, pero hasta ahora no ha dado resultados.⁷ El estilo de vida y la participación activa en el propio autocuidado son importantes en todas las etapas del ciclo vital; la realización habitual de actividad física puede retrasar el declive funcional, ayuda a mantener la independencia y disminuye el riesgo de caídas; el entrenamiento aeróbico moderado es beneficioso para mejorar la salud física y mental.⁸ Y mediante una intervención en entrenamiento cognitivo también se pueden mejorar las estrategias de afrontamiento, el bienestar general, y por tanto, la percepción de felicidad. Es relevante cómo todo esto, ejercicio físico, adecuación de tiempos de ocio, una alimentación sana y un entorno estimulante mejoran el envejecimiento y en particular la función cognitiva, y finalmente, demuestran tener un efecto protector frente al desarrollo de enfermedad de Alzheimer y otras demencias, y deben considerarse en los programas de rehabilitación cognitiva.⁹

Aunque la mayoría de los ancianos se adaptan bien a los cambios, mantienen la autonomía e incluso trabajan en el sector informal, permitiendo a los más jóvenes de la familia comprometerse en trabajos remunerados; la sociedad relaciona la vejez con enfermedad, dependencia y jubilación.¹⁰

En nuestro medio la jubilación tiene arraigo, trabajar a partir de esa edad es excepcional, y la tendencia es no implicarse en desarrollar nuevos intereses y conservar las mismas relaciones sociales.

Hay estudios donde se ha observado cómo a pesar de haber mantenido una vida social normal durante las etapas anteriores de la vida, el aislamiento y la soledad exacerbaban la involución mental e inmunitaria durante este periodo y el aislamiento social es muy frecuente; las causas, como se puede apreciar en la figura 1, son varias.^{6, 11}



Figura 1. Factores determinantes de aislamiento social.

Como hemos visto anteriormente un entorno social adecuado que facilite la educación y el aprendizaje continuo durante todo el ciclo vital mejora la salud, la participación y la seguridad personal de las personas a medida que envejecen.¹² Si en la planificación de este entorno se tiene en cuenta a los ancianos y a los discapacitados se puede llegar a establecer la diferencia entre personas dependientes e independientes y para mejorar la socialización y evitar el aislamiento debe tenerse en cuenta la seguridad en la vivienda y el vecindario, facilitar la cercanía de amigos o familiares y el acceso a los servicios y el transporte; sin ir más lejos, la mayor parte de las lesiones por caídas en el entorno, sean por mala iluminación, suelos resbaladizos, irregulares o ausencia de barandillas para apoyarse, se pueden prevenir y es importante aplicar estos conocimientos y ofrecer áreas de paseo seguras, promover actividades comunes apropiadas que estimulen la actividad física y estén organizadas y dirigidas por personas mayores.¹⁰ En el año 1999, en la Asamblea General de Naciones Unidas valoraron estos escenarios y con unas estimaciones de que para el año 2020 el 70% de la población de edad avanzada viviría en países desarrollados, decidieron nombrarlo el Año Internacional de las Personas Mayores de las

Naciones Unidas (IYOP). El logotipo lo podemos ver en la figura 2, su lema “*una sociedad para todas las edades*”¹³



Figura 2. Logo IYOP

Por otra parte, las mujeres viven más años en casi todo el mundo. En el año 2011 en Europa el promedio era de 656 hombres por cada 1000 mujeres (Figura 3), y en España de 735, por tanto, será más frecuente encontrar a mujeres ancianas solas.¹⁴

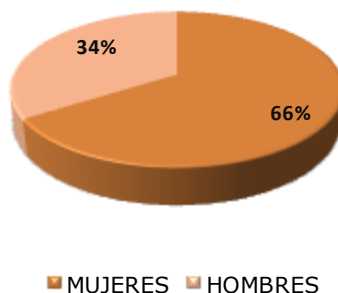


Figura 3. Distribución por sexo en Europa año 2011. Disponible en: <http://es.worldstat.info/Europe>

Los medios de que disponen las personas ancianas para mantener su independencia y dignidad son limitados en ocasiones, más en zonas rurales. Cuando los ingresos son escasos, los ancianos son especialmente vulnerables tanto en términos de salud como de discapacidad y sobre todo, si se trata de mujeres que viven solas y en estas zonas. Es importante enfatizar, en este contexto, que se mantiene la desigualdad de género, según la OMS en 1998, sigue habiendo diferencias en las tasas de alfabetización entre ambos sexos con un 20% de analfabetismo en hombres frente a un 30% en mujeres. No podemos

olvidar que tradicionalmente las mujeres son las cuidadoras de la familia y que algunas para poder hacerlo se ven forzadas a renunciar a un empleo remunerado, lo que puede contribuir a aumentar el nivel de pobreza y de mala salud en la vejez. Además de la desigualdad de género también se mantiene la desigualdad social y así, mientras los países desarrollados se han enriquecido antes del envejecimiento poblacional, los países en vías de desarrollo todavía están envejeciendo. Para el año 2025 se estima que cerca del 70% de todos los ancianos vivirán en estos países, y casi la mitad estarán en Asia.¹³⁻¹⁵

En la línea de intervenciones destinadas a mejorar los estilos de vida, en nuestro país, la aplicación del programa “Vivir con Vitalidad” de la Universidad Autónoma de Madrid, ha demostrado que favorece cambios significativos en conductas y opiniones sobre envejecimiento y vejez, satisfacción con la vida, hábitos nutricionales y ejercicio físico regular.²

ENVEJECIMIENTO ACTIVO.

Añadir vida a los años se ha convertido en un lema de la gerontología moderna y a finales de los años 90 la OMS acuñó un nuevo concepto, “*envejecimiento activo*”, y lo hizo con el fin de promover y divulgar un papel y un orden de las personas mayores en la sociedad. Lo definió, como el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez^{1,7,16,17}

El planteamiento del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos y en los principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos.[†] Sustituye una planificación basada

[†] Envejecimiento activo. Es el marco político desarrollado por el Programa de Envejecimiento y Ciclo Vital de la OMS como contribución a la Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, celebrada en abril de 2002 en Madrid.

en las necesidades de las personas a medida que envejecen, por otra basada en el derecho a la igualdad de trato y de oportunidades en todos los aspectos de la vida. El objetivo fundamental es mantener la autonomía y la independencia; la autonomía, entendida como la percepción de la capacidad de controlar, de afrontar y de tomar decisiones acerca de cómo vivir al día, de acuerdo con las normas y las preferencias propias; y la independencia, como la posibilidad de desempeñar las funciones de la vida diaria recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás.^{14,16,17}

La OMS sostiene que los distintos países podrán afrontar el envejecimiento si los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil promulgan políticas y programas de “envejecimiento activo” que mejoren la salud, la participación y la seguridad de los ciudadanos de más edad e incluyan a personas frágiles, con discapacidades o que necesiten asistencia. Desde una perspectiva institucional y social conseguir un cambio que redunde en este modelo no es una tarea sencilla ya que éstas políticas se deben basar en sus derechos, en sus necesidades, en sus preferencias y en sus capacidades. Las actuaciones que se pongan en marcha tendrán que lograr una reducción de la mortalidad prematura y de las discapacidades producidas por las enfermedades crónicas, un avance en la calidad de vida, un incremento en la participación en la vida social, cultural, económica y familiar de la persona mayor y por último una merma en el coste de los tratamientos médicos y de los servicios de salud^{18,19}. En resumen, para garantizar la calidad de vida que se merecen las personas mayores, en la planificación de cualquier estrategia se tendrán en cuenta, cuatro aspectos fundamentales: garantizar la protección social, las expectativas y las aspiraciones futuras que tienen las personas mayores acerca de su calidad de vida; ser conscientes de los miedos y ansiedades que esto genera en este colectivo de cara al futuro, y dar respuesta a los procesos o sucesos externos que puedan afectarla.¹⁷

Como se puede apreciar en la figura 4, entre los determinantes que condicionan el proceso de envejecimiento activo, además del propio envejecimiento, la OMS incluye los estilos de vida y factores personales entre los que se encuentran habilidades de afrontamiento y control interno, comportamiento pro-social y pensamiento positivo, como condiciones psicológicas de la personalidad que aparecen asociadas a la longevidad, demás

de los factores genéticos y biológicos.^{2,14}

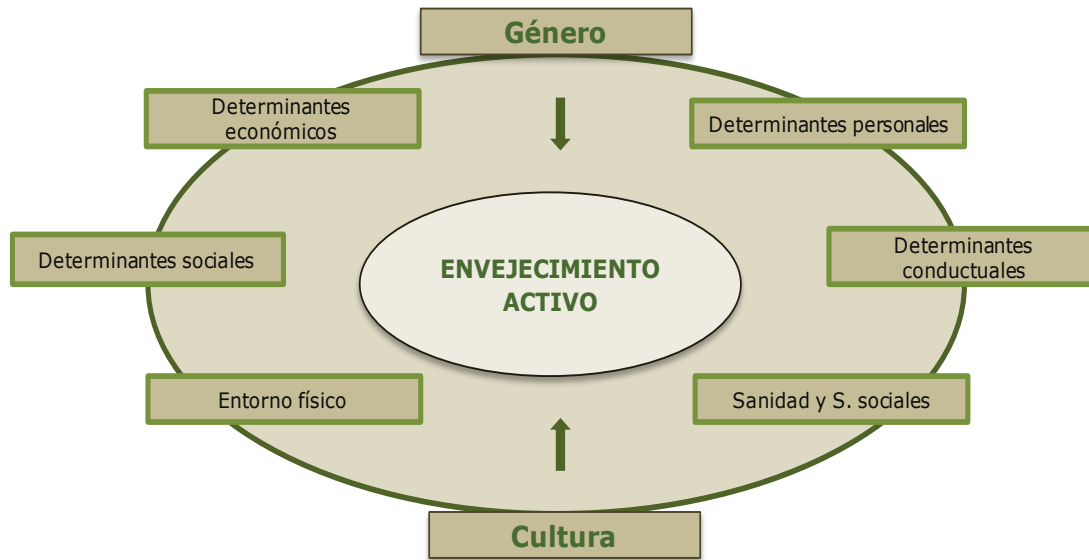


Figura 4. Determinantes del envejecimiento activo. Fuente: WHO. Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster, Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Department. Active ageing. A policy framework. Disponible en: <http://www.who.int/hpr/ageing/index.htm>.¹⁴

Sitúan la cultura y el género como determinantes transversales que influyen en todos los demás. Los valores y tradiciones culturales, porque determinan en gran parte cómo las personas consideran a los ancianos y el propio proceso de envejecimiento; y el género, porque, como hemos podido ver anteriormente, es el prisma a través del cual se pueden desarrollar las políticas a instaurar.^{2,14-16}

La percepción que los adultos tienen de la vejez es variable y la tendencia es a tener una percepción más negativa a medida que aumenta la edad y a menor nivel cultural;²⁰ las mujeres suelen indicar una salud más pobre y mayor número de enfermedades que los hombres de la misma edad, aunque hay estudios donde se ha observado que los ancianos mayores de 80 años tienen una percepción más favorable de su salud que los grupos de ancianos de menor edad. Como las personas tienden a mantener las mismas representaciones de la vejez durante toda la vida, sería importante diseñar líneas de

intervención dirigidas a modificar desde la infancia las representaciones sociales negativas de la vejez e intervenciones comunitarias para ayudar a las personas mayores a tener conciencia de sus derechos sociales.^{9,11} Como se dijo en la reunión de la OMS del 2002, los desafíos del envejecimiento de la población son globales, nacionales, pero también locales, entre ellos destacan las enfermedades crónicas y la planificación socio-sanitaria, las discapacidades y la desigualdad por la feminización de los cuidados. A medida que las naciones se industrializan, el cambio en los modos de vida va acompañado de cambios en los patrones de enfermedad y las enfermedades crónicas se están convirtiendo en las primeras causas de morbi-mortalidad.¹⁷

LA FRAGILIDAD EN EL ANCIANO.

Se llama “anciano frágil” al que tiene las reservas fisiológicas reducidas y un mayor riesgo de declinar, lo que lo sitúa en una situación de vulnerabilidad ante perturbaciones externas y como resultado, de mayor probabilidad para presentar episodios adversos de salud y pérdida de funcionalidad, de discapacidad o dependencia.

FRAGILIDAD

Edad>80años
Hospitalización
Caídas frecuentes
Debilidad muscular
Co-morbilidad
Soporte deficitario
Condiciones sociales adversas
Polifarmacia

Tabla 1. Factores de riesgo de fragilidad

Se distinguen dos tipos de fragilidad, la primaria que se relaciona con los cambios biológicos que se producen con el envejecimiento y los estilos de vida no saludables, y la

secundaria, derivada de la presencia de enfermedades o condiciones que favorecen la inmovilidad y cambios hormonales e inflamatorios.²¹ La identificación y captación de los ancianos frágiles se puede hacer por los factores de riesgo (tabla 1) o por una selección sobre la base de la pérdida de funcionalidad precoz.

Habitualmente se siguen los criterios de fragilidad de Fried, que son: pérdida de peso no intencionada, debilidad muscular, agotamiento, lentitud al caminar y baja actividad física. Pero hay más criterios de fragilidad: edad superior a 80 años, vivir en soledad, viudez en el último año, cambios frecuentes de domicilio, hospitalización en los últimos 6 meses, enfermedad potencialmente invalidante y problemas económicos o de vivienda.²²

En un estudio realizado en nuestro país, la prevalencia de fragilidad en mayores de 65 años es del 10,3% (8,1% en hombres y 11,9% en mujeres) y se asocia de forma independiente con la edad mayor de 85 años y el nivel educativo bajo.²³

En la práctica clínica el cribado se puede justificar para impulsar la prevención mediante adaptaciones en el estilo de vida que incluyan, entre otras, promoción de la participación social, dieta variada y ejercicio, ya que la implementación de programas de entrenamiento en el manejo de la fragilidad ha evidenciado que mejora la percepción de calidad de vida (CV) de los pacientes.^{24,25}

Se desconoce, sin embargo, el alcance que puede tener el tratamiento de la fragilidad en la evolución natural de las enfermedades y según el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) no se dispone de evidencia suficiente, ni a favor ni en contra, del cribado de la fragilidad en el anciano en atención primaria, debido a la incertidumbre sobre las herramientas a emplear y su efectividad en este ámbito asistencial^{22,24}.

El anciano golondrina.

En todas las sociedades la vivienda tiene una dimensión simbólica, es el continente de la

memoria y de los recuerdos, representa la continuidad, y el área que la rodea es tan importante como ella misma; es el hogar.¹⁰ En él la familia sigue siendo el núcleo aglutinador de todos sus componentes, y velan por ellos y, también, por sus ancianos.

En las últimas décadas se han abandonado las zonas rurales para trabajar en sectores diferentes al agrario o el ganadero y en la estructura familiar hay cambios socioculturales. Como consecuencia aumenta la dificultad para hacerse cargo de los miembros vulnerables de la familia, se pospone la decisión de qué hacer y cómo actuar con ellos, de modo que llegado el momento crucial, por razones médicas o sociales, con frecuencia se produce un reparto desesperado de la persona o las personas entre los distintos hijos. En este reparto, habitualmente por meses, pueden estar el anciano y su pareja, e inician así una migración por distintas familias.²⁶ “Ésos son los abuelos golondrina, los que cambian de mes en mes, de hijo en hijo, porque ninguno puede cuidarlos a tiempo completo”.^{3,27} Se convierten así en ancianos itinerantes o ancianos maleta, y más que como las golondrinas, muchos son como los charranes del norte que migran cada dos meses. Son los hombres viudos los que más rotan, mientras que las mujeres en esa misma situación suelen vivir solas o con hijos solteros.¹⁰

En este esfuerzo de adaptación, el anciano pierde sus referencias afectivas, emocionales, espaciales, culturales y llega a sentirse una carga para la familia. Las secuelas son, entre otras, desarraigo, problemas de adaptación, dificultad para el seguimiento sanitario, conflictos familiares, problemas relacionados con la vivienda y con la economía familiar. Los efectos positivos, son los propios cuidados familiares y el retraso o evitación de la institucionalización.^{28,29}

Factores de riesgo de institucionalización y determinantes de ingreso hospitalario.

En la tabla 2 se representan los factores de riesgo de institucionalización. Destaca la soledad que es un predictor más importante que todos los factores psicológicos; además, junto con la viudedad, la soltería, la dependencia en las actividades de la vida diaria (AVD)

y la edad más joven dentro de la ancianidad, son determinantes de ingreso hospitalario.³⁰

INSTITUCIONALIZACIÓN

Edad > 70 años
Mujer
Soledad y aislamiento social
Demencia
Inmovilidad
Co-morbilidad
Soporte deficitario
Duelo reciente
Depresión
Alta hospitalaria reciente

Tabla 2. Factores de riesgo de institucionalización.

La severidad de los problemas de salud es decisiva para esclarecer porqué aumentan los servicios de cuidados al final de la vida, y un factor de institucionalización poco explorado es la capacidad de autogestión. En los resultados del estudio Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) destacan la estabilización del uso de los servicios hospitalarios a partir de los 80 años.³¹

Predictores de mortalidad

Hay factores que relacionan directamente la mortalidad con una salud autopercebida como baja, independientemente de la salud objetiva del individuo.³² Y como se puede apreciar en la tabla 3, algunos son comunes con el riesgo de hospitalización y de institucionalización.

Para afrontar estas situaciones, prevenir y atender la dependencia en cada comunidad y sobre todo en las zonas rurales es necesario evaluar el estado de salud de estos ancianos

respecto al resto y determinar si presentan mayor número de enfermedades o si consumen más recursos socio sanitarios y fármacos.^{25, 26}

MORTALIDAD

Edad > 70 años

Mujer

Soledad y aislamiento social

Demencia

Inmovilidad

Co-morbilidad

Soporte deficitario

Tabla 3. Predictores de mortalidad.

DEPENDENCIA.

La autonomía de una persona se ve amenazada cuando las discapacidades físicas o mentales hacen que le resulte difícil llevar a cabo las actividades de la vida diaria. El problema no es nuevo y seguramente ha existido siempre. Caradec, señala que los primeros en ponerle nombre han sido los geriatras a principio de la década de los 70; pero la legitimidad social es de los años 90, cuando se promulgan las primeras leyes en Europa y su reconocimiento supone una nueva orientación en la política social dirigida a los mayores.³³

En el Libro Blanco de la Dependencia, elaborado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) a finales de 2004, se define la dependencia fundamentalmente en relación a la necesidad de ayuda de otra persona ante la imposibilidad de realizar, por uno mismo, un conjunto de actividades básicas de la vida diaria (AVD-B).³⁴ El “umbral de dependencia” radica en la necesidad de ayuda para una o varias de las siguientes tareas: comer, vestirse o desnudarse, asearse o arreglarse, andar por casa, levantarse o acostarse y utilizar el retrete.

Según la Encuesta de Condiciones de Vida 2004 (ECVM-04), el 26,5% de los ancianos necesitan ayuda para alguna AVD-B; y según la Encuesta de Discapacidad, Deficiencia y Estado de Salud (EDDES-99) realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) son el 22,8%.³³ La mayor parte son mujeres, han perdido a su pareja y viven solas con algún hijo o en otras formas de convivencia, lo hacen en grandes municipios y carecen de estudios; también se ha visto que en dependencia hay una relación directa con la edad y que se asocia a una valoración negativa de su propia salud.

El cálculo de la tasa de dependencia de la ancianidad se utiliza para políticas de pensiones. Se cree que debería utilizarse también para la gestión y la planificación de los servicios asistenciales, sin embargo, para predecir las necesidades de la población tiene un valor limitado.

$$\text{Tasa de dependencia de ancianidad} = \frac{\text{Población} \geq 65 \text{ años}}{\text{Población entre 15 – 65 años}}$$

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

Las AVD son un índice del grado salud y calidad de vida de las personas mayores. Su medición resulta crítica, ya que indagar en el impacto que tienen los problemas de salud en las AVD puede servir para la planificación de algunas intervenciones cuando apenas hay deterioro y con fines rehabilitadores.³⁵

La mayoría de los ancianos siguen siendo un recurso fundamental para sus familiares e incluso para la comunidad, y continúan trabajando en sectores laborales formales o informales. En nuestro país el 70% de los ancianos pueden llevar a cabo las AVD sin necesidad de ayuda y el 38% de las familias manifiestan no necesitar de esta, por tanto, no todas las personas con enfermedades graves tienen alteraciones en las AVD-B.³⁶ Sin embargo, el deterioro funcional, sobre todo en su dimensión motora, se asocia a fragilidad,

dependencia, institucionalización, aumento del riesgo de caídas, y a mortalidad, afectando además a la percepción de calidad de vida.¹⁸

Para la medición de las AVD hay múltiples escalas. En el año 2007, se han analizado la aplicabilidad y las propiedades psicométricas de distintas medidas empleadas con personas mayores españolas (Índice de Barthel, Índice de Katz, Escala de incapacidad física de la Cruz Roja y la escala OARS), concluyen que hay un elevado número de versiones para cada escala, que los procesos de adaptación transcultural son endeble y sin normas de administración ni de interpretación y la reproductibilidad es el elemento que más valoran. De todas ellas únicamente es válida la escala utilizada en The Older American Resource and Service (OARS).³⁷

En la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) realizada en el año 2006, se investiga el mantenimiento de las capacidades para las AVD sin ayuda. Encuentran que la mayor parte de los ancianos, el 65,60%, se declara capaz de realizar las 8 actividades relacionadas con el cuidado personal, el 61,40% puede realizar las 13 actividades relacionadas con las labores domésticas y el 68,6% se considera capaz de realizar las seis actividades relacionadas con la movilidad (tabla 4).³⁸

El deterioro para el desempeño de las AVD-I es el primero en aparecer y debe considerarse en una valoración precoz de la dependencia porque condiciona la independencia de los ancianos y constituye por si sólo un factor de riesgo de mortalidad.³⁹

Como hemos visto anteriormente, son necesarios índices más sofisticados que reflejen con mayor precisión la dependencia, antes de categorizar equivocadamente a personas que siguen siendo capaces e independientes. Las líneas de investigación en este sentido deben definir y estandarizar las herramientas utilizadas para discernir entre capacidad y discapacidad, y proporcionar a los responsables políticos más pruebas sobre procesos de capacitación claves no sólo en sanidad; en estos análisis, por ejemplo, será fundamental prestar atención a las diferencias de sexo.

Introducción

- 1.Utilizar el teléfono (buscar número y marcar)
- 2.Comprar comida, ropa,...
- 3.Coger el autobús, metro, taxi, ...
- 4.Preparar el propio desayuno
- 5.Preparar la propia comida
- 6.Tomar sus medicinas (acordarse de la cantidad y el momento en que las debe tomar)
- 7.Administrar su propio dinero (pagar recibos, tratar con el banco, firmar cheques)
- 8.Cortar una rebanada de pan
- 9.Fregar la vajilla
- 10.Hacer la cama
- 11.Cambiar las sábanas de la cama
- 12.Lavar la ropa ligera a mano
- 13.Lavar la ropa a máquina
- 14.Limpiar la casa (fregar el suelo, barrer,...)
- 15.Limpiar una mancha del suelo agachándose
- 16.Comer (cortar la comida y/o introducirla en la boca)
- 17.Vestirse y desnudarse y elegir la ropa que debe ponerse
- 18.Peinarse, afeitarse,...
- 19.Andar (con o sin bastón)
- 20.Levantarse de la cama y acostarse
- 21.Cortarse las uñas de los pies
- 22.Coser un botón
- 23.Lavarse la cara y el cuerpo de la cintura para arriba
- 24.Ducharse o bañarse
- 25.Subir 10 escaleras
- 26.Andar durante una hora seguida
- 27.Quedarse solo/a durante toda una noche

Se puntúan según:

PUEDE HACERLO SIN AYUDA
PUEDE HACERLO CON AYUDA
NO PUEDE HACERLO DE NINGUNA MANERA

Tabla 4. Autovaloración de las AVD. (Tomado de ENDES 2006. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/web/Endes/>)

SITUACIÓN EN GALICIA.

En todo el mundo se observan fuertes descensos en las tasas de fertilidad. El grupo de población de personas mayores está creciendo más que cualquier otro y se calcula que, para el año 2025, al menos 120 países habrán alcanzado tasas de fertilidad total por debajo de la tasa de sustitución y un crecimiento vegetativo negativo. En consecuencia, el

envejecimiento de la población es un fenómeno generalizado en los países de nuestro entorno y se estima que en esa misma fecha habrá cerca de 1,2 mil millones de ancianos, además el propio grupo de ancianos también está envejeciendo.

En 2001 el IMSERSO estimaba que para el año 2010 las personas ancianas serían el 18% de la población total, y en el año 2050 el 48%. En la revisión de los datos provisionales del Padrón Municipal de 2010 facilitados por el Instituto Nacional de Estadística, la predicción se cumple y la población mayor de 64 años supone el 16,9%.⁴⁰ La proyección de población a corto plazo para el periodo 2009-2019 contempla ya una desaceleración de la tasa de crecimiento de la población.⁴¹

Ante esta evolución de la pirámide poblacional de España, la tasa de dependencia (entendida como la relación entre la población menor de 16 años o mayor de 64 y la población de 16 a 64 años) mantendrá una continua tendencia ascendente y pasará del 47% al 55% al final de la próxima década.



Figura 5. Comunidades con saldo poblacional negativo. Fuente INE. Avance del Padrón Municipal a 1 de enero de 2011, datos provisionales.⁴¹

El efecto de las hipótesis planteadas sobre las poblaciones de partida, da como resultado que las zonas peninsulares del centro-sur, del levante y los territorios insulares configurarán las áreas de mayor dinamismo demográfico durante los 10 próximos años. Por el contrario, figura 5, el Principado de Asturias, País Vasco y Galicia, tendrán decrecimientos poblacionales superiores al 3,0%. Además en estas tres comunidades el

descenso generalizado del saldo vegetativo no se va a ver compensado por la aportación de la migración exterior e interior.⁴²

De esta proyección de la población de España a corto plazo llama la atención, como podemos ver en la figura 6, que en la próxima década el número de defunciones superaría al de nacimientos en ocho comunidades autónomas (Galicia, Castilla y León, Principado de Asturias, País Vasco, Extremadura, Aragón, Cantabria y La Rioja).



Figura 6. Comunidades donde las defunciones superarán a los nacimientos. Fuente INE. Avance del Padrón Municipal a 1 de enero de 2011, datos provisionales.⁴¹

En Galicia la población mayor de 65 años ha aumentado de forma significativa en los últimos años y las previsiones son que siga haciéndolo. Según los datos del INE de 2004, Galicia junto con Asturias y Aragón son las autonomías más envejecidas de España (el 21,3% de la población tiene más de 65 años).

PROVINCIA	RESIDENTES A 1 DE ENERO			CRECIMIENTO RELATIVO	
	AÑO 2002	AÑO2009	PREVISIÓN 2019	2001-2008	2009-2018
A Coruña	40,65%	41%	41,42%	2,54	-2,09
Lugo	13,25%	12,63%	12,27%	-3,09%	-5,83%
Ourense	12,54%	11,93%	11,70%	-3,25%	-4,97%
Pontevedra	33,54%	34,42%	34,59%	4,36%	-2,63%

Tabla 5. Proyección de la población de Galicia. Fuente INE.⁴¹

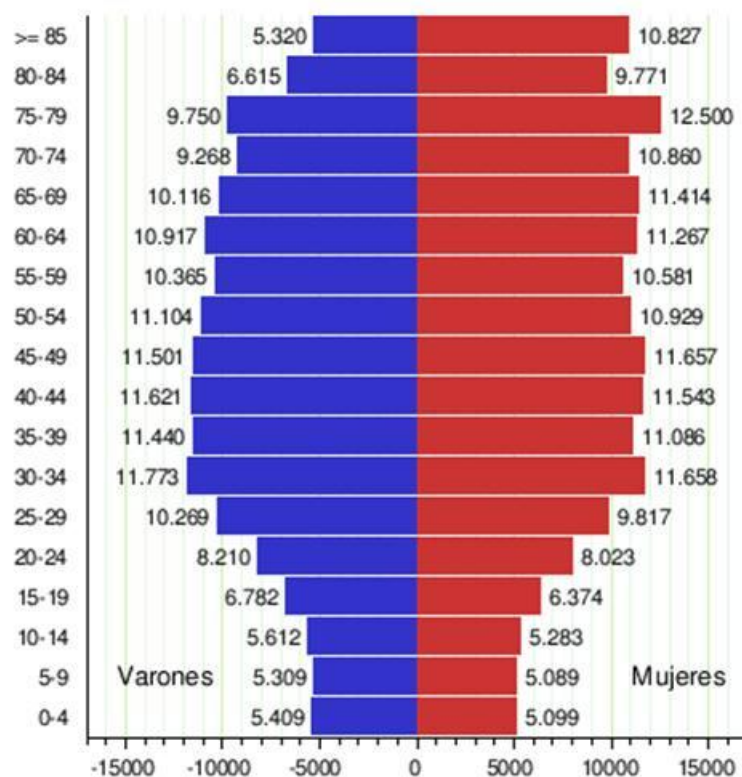


Figura 7. Pirámide demográfica provincia de Ourense, 2010. Fuente INE.⁴⁰

Ourense tiene no sólo la mayor edad media de todo el país, sino la mayor tasa de dependencia, y la segunda de gran dependencia (tabla 5; figuras 7 y 8).

Desde el año 1998 el saldo vegetativo de crecimiento en todas las provincias gallegas es negativo.

En el período 1998-2007, de los 315 municipios existentes en esta Comunidad Autónoma, 87 aumentaron su población, mientras los 228 restantes la perdieron. Uno de cada cinco hogares gallegos está compuesto por personas de 65 años o más.⁴³

Introducción

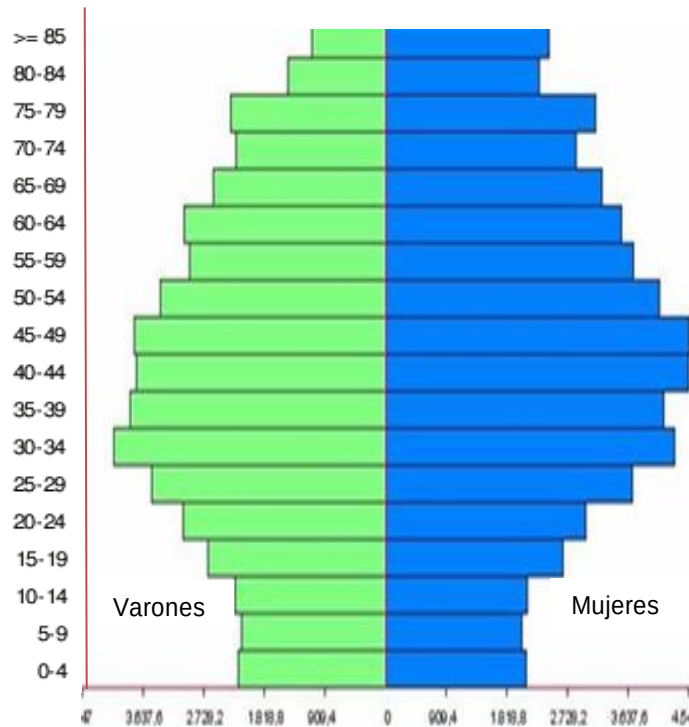


Figura 8. Pirámide demográfica de la ciudad de Ourense, 2010. Fuente IGE.
<http://www.ige.eu/igebdt/esqv.jsp?ruta=piramideimp.jsp>

En la tabla 6, podemos apreciar una comparativa del año 2009 del *Índice de Envejecimiento* (población mayor de 65 años/población menor de 20 años), en España, Galicia, Ourense, y en los municipios más envejecidos del país, que además están en esta provincia.⁴⁴

ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO	
España	87
Galicia	136,9
Ourense-provincia	208
Ourense-ciudad	121,4
A Teixeira	1064
Lobeira	869,5
Calvos de Randín	839,7
San Xoán de Río	821,6
Verea	762,2

Tabla 6. Comparativas de Índice de envejecimiento. Fuente IGE.

Al comparar este mismo índice en las cuatro provincias gallegas se evidencia la situación en las provincias de Lugo y Ourense, figura 9. En ellas hay que destacar el **Índice de sobreenvjecimiento** que expresa la proporción entre el número de personas mayores de 74 años y las mayores de 64 años (sin embargo, en la mayor parte de la literatura consultada, los “olders” son los mayores de 85 años).⁴⁴

Indices de envejecimiento de Galicia. Año 2009

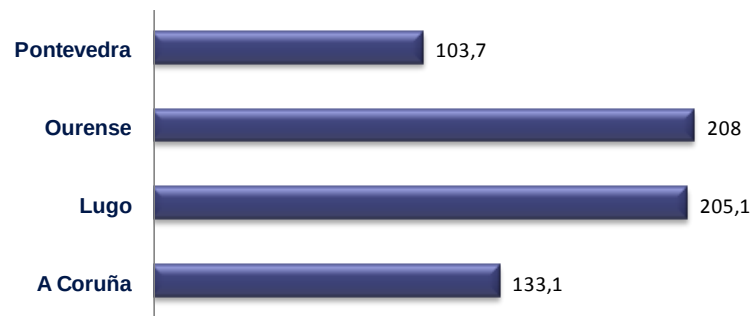


Figura 9. Indices de envejecimiento en Galicia. Año 2009.
Fuente IGE.

Los municipios con menor densidad de población (habitantes/km²), se sitúan en la zona oriental de la provincia de Ourense (Vilariño de Conso, A Veiga y Chadrexa de Queixa) y en el interior de Lugo (Negreira de Muñiz y Muras).⁴⁵

HOGARES EN GALICIA 2008

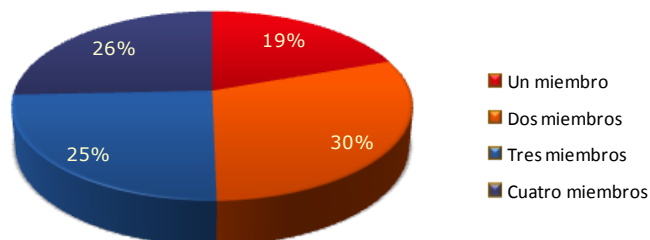


Figura 10. Constitución de los hogares en Galicia. Fuente IGE.

La tipología más habitual en la constitución de los hogares en Galicia (figura10) es la formada por una pareja con hijos (35,2%). Sin embargo, en Lugo y Ourense cuentan con un menor porcentaje de hogares de este tipo, y predominan los hogares unipersonales (alrededor de 1 de cada 4).

El 20,7% del total de hogares gallegos está compuesto por personas de 65 o más años. Y destaca la variación geográfica, mientras en Pontevedra estos hogares sólo representan el 16,9% del total, en Ourense son el 29,5%; alcanzando el 36,5% en el área sur de esta provincia.⁴⁵

Como podemos ver un rasgo característico de la población ourensana es su envejecimiento. Según datos provisionales del Padrón Municipal de 2010, las personas mayores de 65 años en la provincia de Ourense suponen casi el 29% de la población total, de ellos el 4,81% tienen 85 años o más. Si la media de edad de la población en Galicia en 2007 ascendió a 44,4 años, un incremento de 2,7 años respecto a 1998, en la provincia de Ourense es de 48,1 años y en la propia capital de 43,8 años.

Los municipios gallegos con mayor edad media, son de Ourense: San Xoán de Río, A Teixeira, Calvos de Randín, O Bolo y A Veiga.⁴⁵

En cuanto a tasa bruta de natalidad, número de nacimientos por cada 1000 habitantes, en la provincia de Pontevedra se sitúa en un 8,8 (un punto por encima de la media de Galicia), mientras que en Ourense y Lugo es de 5,8. Y los concellos de menor tasa de natalidad son Vereia, Montederramo, San Xoan de Río, Laza y Quintela de Leirado, todos de Ourense.⁴⁵

Las comarcas ourensanas, presentan proporcionalmente unos de los niveles más altos de dependencia de todo el Estado.

En la figura 11, observamos cuatro de las cinco comarcas de Galicia con mayores tasas de dependencia y de gran dependencia que, además, son ourensanas: Celanova (54,84%), Baja Limia (56,16%), Trives (60,25%), Caldelas (67,08%).⁴⁵

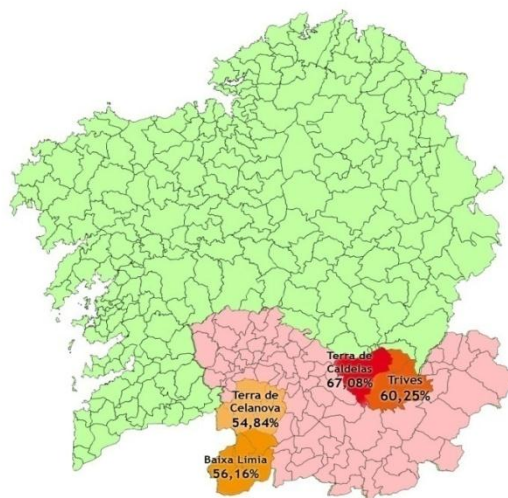


Figura 11. Comarcas gallegas con mayores tasas de dependencia y gran dependencia. Fuente IGE.⁴⁵

ASPECTOS SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO.

El envejecimiento poblacional y la mayor supervivencia de las personas con enfermedades crónicas y discapacidades, aumentan el número de personas que necesitan cuidados, así como la complejidad y la exigencia de las prestaciones.

Los agentes productores de bienestar son Estado, Mercado y Familia. Su grado de contribución es variable; así, mientras en los países nórdicos las redes se articulan a través del Estado, es decir, predominan los cuidados formales públicos; en los continentales, el Estado se encarga de una parte, pero la familia tiene una aportación básica y, finalmente en los países del Mediterráneo la atención se presta fundamentalmente a través de la familia.⁴⁶

Redes sociales.

La asistencia de larga duración es el sistema de actividades desarrolladas por los cuidadores informales o profesionales para garantizar que una persona que no se vale por si misma pueda llevar una vida con la mayor calidad posible, según sus preferencias, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización y dignidad humana.

En el Libro Blanco de la Dependencia se define el apoyo social como “la actividad que consiste en el cuidado y atención que se dispensa de manera altruista a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia, fundamentalmente por sus familiares o allegados, pero también por otros agentes y redes distintos de los servicios formalizados de atención”.³³

Alrededor de la persona mayor se crean de forma natural una serie de redes que dan apoyo y continuidad en el cuidado, que son:⁴⁷⁻⁴⁹

- La red social primaria, se crea de manera informal y es la más importante. Es aquella prestación de cuidados a personas dependientes que parte fundamentalmente de la familia, los amigos, los vecinos u otras personas que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen⁵⁰. Se trata de un apoyo social esencial, tanto que en el contexto del trabajo social, ante la falta o fallo de esta red primaria se dispara la alarma.⁵¹
- Un segundo nivel de apoyo es la “*ayuda natural organizada*”, constituida por las asociaciones, organizaciones, grupos de autoayuda, voluntariado, etc. Este nivel es complementario de los otros y cubre necesidades o carencias que van apareciendo en la persona mayor. En este sentido y dentro de este nivel, se ha comprobado cómo las visitas regulares a personas mayores de 75 años realizadas por voluntarios no médicos son una forma práctica de identificar las carencias o necesidades e iniciar interven-

ciones en este colectivo.³⁴

- El tercer nivel es el sistema público de servicios sociales. Es integrador de los anteriores; su objetivo, coordinar y mejorar la atención a los mayores.

La estructura familiar.

Según Esping-Andersen, en los países mediterráneos el modelo de bienestar tiene en la familia su seña de identidad respecto a la responsabilidad acerca de la provisión de servicios de atención y cuidado para las personas dependientes. La familia de referencia es la biparental con división sexual del trabajo.⁴⁶

La sociedad española ha experimentado en las últimas décadas grandes cambios demográficos, sociales y económicos. Esta evolución ha tenido sus consecuencias en la institución familiar; las adaptaciones atañen tanto a su estructura como a la dinámica de procesos y roles que se desempeñan en su seno. Así, al aumentar la esperanza de vida y cambiar el marco demográfico, dentro de la familia surgen nuevas figuras, padres mayores con hijos adultos bajo su techo (*“la crianza prolongada”* que dice Pérez Ortiz), abuelos que recuperan tareas de crianza y tutela de menores, hijos adultos que regresan al hogar tras un fracaso matrimonial o laboral, familias monoparentales, y personas que viven solas por decisión propia, viudez o divorcio.¹⁰

Para hablar de la familia actual, Giddens plantea la *“hipótesis de la intimidad”*. Según esta teoría, el círculo íntimo se circunscribe a las relaciones elegidas voluntariamente, o sea, pareja y amigos, excluyendo la relación entre padres mayores e hijos adultos.⁵²⁻⁵³

Pero las relaciones personales de los ancianos no se limitan a las relaciones familiares y para algunos de ellos los vecinos se convierten en una red de apoyo flexible, también las personas que les atienden en los sitios de siempre (farmacia, tienda, etc.), los asistentes

en el hogar o los cuidadores, cuando su salud así se lo exige. Sin embargo estas relaciones, aunque tienen mucha importancia, para ellos son redes poco significativas y casi la quinta parte considera que no tiene amigos, sólo conocidos.⁴⁴

Aunque uno de los cónyuges presente dificultades para desenvolverse en la vida diaria, el apoyo del otro puede permitirle mantener la autonomía con respecto a los miembros más jóvenes de la familia.⁵⁴ En la transformación de la familia algo ha cambiado y permanece *“la fuerza social de las relaciones de parentesco”*, las relaciones intergeneracionales cobran relevancia por su continuidad en el tiempo, frente a la inestabilidad de las parejas.⁵⁵ En España las familias tienden a mantener el núcleo local aglutinador, la casa familiar, y las distancias físicas entre domicilios son reducidas.⁵⁶ Esa proximidad permite integrar los contactos entre los miembros de la familia en las rutinas, y las relaciones son más casuales y espontáneas.⁴² Cuando la frecuencia de los contactos es baja, éstos se hacen ritualizados, más rígidos, necesitan planificación; como resultado la relación no es significativa respecto a estados de ánimo y sentimientos generales ante la vida.¹⁰

Personas que mantienen vínculos de apego, se van haciendo similares por una tendencia natural a la imitación, esto reduce las posibilidades de conflicto aumentando las de solidaridad y compañerismo. La familia es, casi de forma natural, un lugar de solidaridad. Hoy, a los niños no los cuidan sus hermanos, porque casi no tienen, los cuidan los abuelos. En el reparto de tareas, la preparación de comidas y las labores de costura siguen siendo tareas femeninas.¹⁰

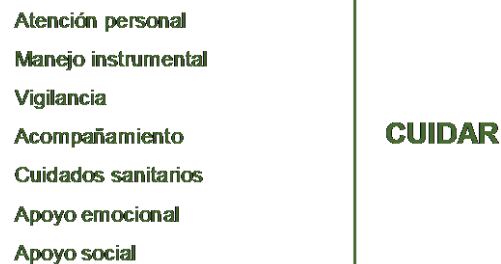
Las principales motivaciones familiares para cuidar a ancianos con demencia se sustentan en sentimientos de obligatoriedad, pero también de afectividad. Por eso la institucionalización se percibe como un fracaso familiar.⁵⁷

Cuidados informales. ¿Una cuestión de mujeres?

Las políticas de conciliación de la vida familiar y laboral que se han puesto en marcha no

han conseguido una gran oferta pública de servicios de atención a niños o ancianos dependientes.⁵⁸

En estos últimos años los servicios sanitarios han evolucionado desplazando cuidados cada vez más complejos hacia el sistema informal en un marco de contención del gasto sanitario y escaso desarrollo de otros servicios de atención social.



La atención informal a la salud plantea hoy día dos cuestiones relacionadas con la equidad: la carga diferencial del cuidado entre hombres y mujeres, que sería una desigualdad de género (entendido como la compleja y diferente evolución en los roles, responsabilidades, normas, valores, libertades y la limitación que implica lo que es considerado “masculino” y “femenino”), y la inequidad en la capacidad de elección y acceso a recursos y servicios de ayuda, según el nivel educativo y económico, que sería una desigualdad de clase social.⁵⁹

Badía Llach define al cuidador principal informal (CPI) como la persona encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente, durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica por ello.⁶⁰ Otros autores exigen que esta tarea se lleve a cabo al menos desde hace seis meses y durante más de una hora al día.⁶¹

Las principales variables que sirven para predecir qué persona del núcleo familiar va a ser el cuidador principal son el sexo, la convivencia y el parentesco, todas en estrecha relación con las normas sociales y las tradiciones culturales. Cuidar se considera, además

de un deber, una obligación. Posiblemente influyan factores psicoeducacionales, rol social aprendido y dinámica familiar ancestral; pero en todo caso, son patrones universales.⁷

Las personas que tradicionalmente se han encargado de cuidar a los mayores pertenecen al entorno familiar y son mayoritariamente mujeres.^{8,11,14,18,26,36,38,48,62,63}

La mujer tiene absoluta preferencia para el cuidado. En primer lugar son las cónyuges, después las hijas, y finalmente las nueras; los hijos ocupan el tercer lugar.

En cuanto al estado civil, las hijas solteras o viudas son las personas preferentes para el cuidado, no suelen tener estudios o sólo primarios incompletos.^{17, 20,38} En este patrón femenino, la edad ronda los 50 años o algo más.^{11,14} Si hay varios hijos, se reparte por rotación o uno asume el rol de cuidador principal.^{20, 38} Como dice García Calvente: *“no se trabaja de cuidadora, se es cuidadora”*.⁵⁹

La creciente incorporación de la mujer al mercado laboral hace cada vez más difícil conciliar las obligaciones laborales y familiares.

El coste que asumen las mujeres en sus vidas por el hecho de cuidar es importante en salud, hay estudios donde se ha comprobado que hasta el 27% tiene alteraciones en la salud mental (depresión y ansiedad).^{64,65} Cuidar afecta a la calidad de vida, al acceso a empleo y desarrollo profesional, aumenta el aislamiento social, disminuye la disponibilidad de tiempo propio y tiene repercusión económica.^{11,14,26,30,48,66} Además, los cuidadores no suelen frecuentar las consultas y, por tanto, no son diagnosticados de la mayoría de sus afecciones.^{11,14,67}

Cuidar afecta a la dinámica familiar, cuando la función familiar es buena presentan mejor salud mental; sin embargo, cuando cuidan a un familiar dependiente, el 31,1% de las familias se perciben como disfuncionales y el 32,7% con escaso apoyo social.^{63,68}

El apoyo familiar constituye el principal predictor del mantenimiento de las personas mayores en el hogar. Dos meses después de un ingreso por enfermedad muy grave el 65,5%

de los cuidadores tienen depresión y en el 16,7% es grave.⁶⁵ Los cónyuges se encuentran en mayor riesgo de deterioro en la calidad de vida que los otros cuidadores.

Medida de la sobrecarga del cuidador.

Con la longevidad, los ancianos pierden autonomía y son más dependientes del cuidado de terceros. En atención primaria es imprescindible detectar a los cuidadores con sobrecarga para darles apoyo y planificar intervenciones.⁶⁷

La “carga” es un concepto clave en el análisis de las repercusiones del cuidado de las personas mayores sobre la familia; y el sentimiento de carga del cuidador se relaciona con la utilización de servicios de larga estancia, con un aumento en las tasas de institucionalización, de deterioro funcional, de mortalidad y con afectación de la calidad de vida de los cuidadores.^{60, 69} Este concepto se remonta a los años 60 y se creó en Gran Bretaña para estudiar las repercusiones que tenía sobre la familia el mantenimiento de los enfermos psiquiátricos en la comunidad.

Dentro de la “carga” hay que diferenciar la carga subjetiva de la objetiva. La carga subjetiva incluye las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar; la carga objetiva, el grado de perturbación o los cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores.⁷⁰

El grado de carga es variable, en algún estudio la sobrecarga intensa alcanza al 44,4% de los cuidadores informales.⁶³ Los más susceptibles son los cónyuges y los familiares más cercanos.⁷¹

Las tareas que más realizan los cuidadores son ayudar a la persona a vestirse y desvestirse, asistirle en sus necesidades fisiológicas, en el control de la temperatura corporal, pero también el mantenimiento de sus creencias y valores.⁵⁰

Los cuidados, en general, aumentan a medida que el deterioro progresa y con frecuencia son proporcionados por otro anciano. Estos cuidadores más mayores, en general, comunican menos problemas; esto se ha interpretado porque a lo largo de su vida han obtenido más habilidades en estas tareas.⁷²

En algún estudio, la edad ha resultado ser un factor protector. Cuanto mayor es el paciente, menor es la sobrecarga que provoca en su cuidador y consecuentemente, menor es la necesidad de tratamiento ansiolítico.⁷⁴ Sin embargo, en otros estudios los factores predictores de carga son la edad, la vulnerabilidad clínica, el deterioro funcional y cognitivo del paciente.^{31, 48, 62}

Intervenciones preventivas.

Las personas quieren envejecer en casa y para que esta realidad sea posible, será indispensable cuidar a los cuidadores.^{73,74,75} Sin ir más lejos, cuando se trata de cuidar a personas con demencia las características del cuidador son un predictor de riesgo más importante que la propia gravedad del proceso.⁷⁶

En cifras, y según la Encuesta Nacional de Salud del año 2006, en España el 32,4% de los hombres y el 58,5% de las mujeres cuidan a los mayores de 74 años que conviven con ellos. La dedicación media semanal es de 66 horas en el caso de los varones y de 68 horas en el de las mujeres.⁷⁷

Hay algunas intervenciones sobre los cuidadores informales que ya han demostrado reducir la morbilidad psicológica o ayudar en la permanencia de las personas en el hogar. Los programas que involucran tanto a los pacientes como a sus familiares y se adaptan a los cuidadores informales tienen más éxito.^{70,78}

En la bibliografía consultada encontramos diferentes ejemplos de estas intervenciones, educación sanitaria sobre las consecuencias del accidente cerebrovascular y su manejo,⁷⁹ o

una intervención en “conciencia plena” en cuidadores de Alzheimer que ha demostrado ser efectiva a corto plazo, pero no se mantiene a los 4 meses.⁸⁰

En otros casos y con el objetivo de que pacientes y cuidadores informales tengan un papel más activo tras el ingreso hospitalario, se ha realizado una intervención mediante un programa de transición de cuidados basada en autoadministración de medicamentos, registro de síntomas y recuperación funcional, seguimiento por atención primaria y especializada o gestión de alertas indicadoras de empeoramiento e instrucciones de actuación.^{70,81}

Todo indica que la prevalencia de enfermedad de Alzheimer (EA) llegará al 27% en el año 2020 y en general ser cuidador de personas ancianas con demencia está asociado a niveles elevados de malestar físico y psicológico. En los pacientes con EA los trastornos más frecuentes son el deterioro en la memoria, la orientación, la atención y la motivación; sin embargo en la enfermedad de Parkinson, que también causa alteraciones cognitivas, predominan los cambios en el humor, los trastornos del sueño y de la marcha.⁸² Una intervención básica consiste en explicar esto al cuidador o cuidadores para que al anticiparse, se reduzcan sus niveles de ansiedad y depresión.^{83,84} Otro tipo de intervenciones se centra en mejorar la calidad de vida de los CPI, con la percepción de una indemnización económica, con relevos en los cuidados (disposición de una o dos horas libres a la semana) o con la existencia de circuitos de ayuda formados en asociaciones de familiares, con enfermeros o con servicios de ayuda a domicilio (para limpieza o compra).⁵¹

De todos modos, debemos destacar que hay dudas acerca de que el apoyo de amigos o de la familia sean importantes para el cuidador después de acontecimientos estresantes.⁴⁸

El optimismo, definido como la tendencia a esperar resultados positivos y favorables, presenta efectos psicológicos saludables tanto para los cuidadores como para los receptores de los cuidados, independientemente de la intensidad y de la frecuencia de los agentes estresantes implicados en la situación; una línea de intervención terapéutica dirigida a potenciarlo, puede amortiguar el impacto del estrés causado por los trastornos

en el comportamiento de la persona cuidada.^{4,61,82,85}

De forma global, los obstáculos administrativos con el sistema sanitario se pueden reducir coordinando servicios como el transporte, las instrucciones sobre procedimientos a aplicar, tratamientos y medicaciones, la asistencia hospitalaria o las citas médicas.⁶

Marco legal.

Según la encuesta “Hogares 2000” del Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), el 16,7% de las amas de casa en España dedica algún tiempo todas las semanas a cuidar a personas ancianas, enfermas o a niños pequeños, y así lo hace también el 10,3% de las mujeres que tienen otro trabajo estable.⁸⁶

La sociedad está cambiando, el envejecimiento aumenta, y el Estado y los ciudadanos, deben acordar a través de decisiones políticas y legislativas la organización de estas tareas.⁸⁷

El Pacto de Toledo es el “Informe para el análisis de los problemas estructurales del sistema de la Seguridad Social, y de las principales reformas que deberán acometerse” ratificado en el Pleno del Congreso de los Diputados, en su sesión del día 6 de abril de 1995. En la Renovación del Pacto de Toledo se ha tratado la necesidad de configurar un sistema integrado que aborde de forma global la dependencia, para dar respuesta al envejecimiento de la población, al “envejecimiento del envejecimiento” y a la correlación entre discapacidad y edad. Esta necesidad se ha aprobado, finalmente, en el Pleno del Congreso de los Diputados de octubre de 2003.⁸⁸

En el año 2006 se publicó la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, con el objetivo de dar una respuesta integral a la compleja realidad sociosanitaria que llevan estas situaciones y las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de los ciudadanos, a la

promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia.⁸⁹

Las principales orientaciones de la ley están contenidas en el Libro Blanco de la Dependencia, que elaboró el IMSERSO a finales de 2004. En él se contempla un esfuerzo adicional del sistema sanitario para atender adecuadamente los numerosos problemas físicos y psicológicos que presentan tanto los pacientes como sus cuidadores principales, y apremia a potenciar la coordinación sociosanitaria.³³

En Galicia, el Decreto 176/2007, regula el trámite para el reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la comunidad autónoma.⁹⁰ La Ley 13/2008, estructura y regula, como servicio público, los servicios sociales en la comunidad autónoma para la construcción de un sistema gallego de bienestar.⁹¹ Finalmente, la Orden de 22 de enero de 2009, regula el servicio de ayuda a domicilio, que tiene por objeto prestar un conjunto de atenciones a las personas, desde una perspectiva integral y normalizada; en aquellas situaciones en las que tengan limitada su autonomía personal o haya desestructuración familiar.⁹²

Para reconocer el papel de las mujeres en los cuidados faltaba introducir “*la perspectiva de género*”, que exige analizar de modo conjunto la relación entre política social, laboral, fiscal y familiar.⁸⁷ En este sentido en nuestro país hay distintas iniciativas para el apoyo a los cuidadores: La Ley de Conciliación de la Vida Laboral y Familiar,⁹³ el Plan Integral de Apoyo a la Familia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales,⁹⁴ y en la Ley Orgánica 3/2007 de Igualdad Efectiva entre Hombres y Mujeres, se introduce la flexibilización de horario de trabajo.⁹⁵

La propia Ley de Dependencia prevé el despliegue gradual del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia hasta 2015. En el verano de 2010 más de 600.000 personas son ya beneficiarias de esta ley y reciben prestaciones, según lo manifestado por la entonces ministra de Sanidad y Política Social, Trinidad Jiménez.⁹⁶

CALIDAD DE VIDA.

La manera de enfrentarse a circunstancias adversas determina la adaptación a transiciones como la jubilación o las crisis del envejecimiento, por pérdida de seres queridos o aparición de enfermedades. En muchas enfermedades crónicas, las conductas relacionadas con el estilo de vida, las habilidades para afrontar situaciones adversas y una buena red social, pueden modificar la herencia genética en el declive funcional y el inicio de la enfermedad.^{97,98}

El término “calidad de vida” se remonta al año 1964, cuando Lyndon B. Johnson lo acuñó durante un discurso de campaña para introducir la idea de que tener una buena vida significa mucho más que la seguridad económica.⁹⁹

Según la OMS, la calidad de vida es la "percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive en relación con sus expectativas, normas e inquietudes.

Se trata de un concepto muy amplio que está influenciado de un modo complejo por la salud física del sujeto, por su estado psicológico, su nivel de independencia, por sus relaciones sociales y con los elementos esenciales de su entorno".^{100,101}

En nuestro país, Badía Llach la define como: la percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar del individuo.¹⁰²

El patrón con el que una persona valora su propia calidad de vida depende de su experiencia y del contraste que exista entre sus expectativas y sus logros.¹⁰³ Ya no sólo preocupa vivir más, sino que es primordial hacerlo de forma digna.¹⁰⁴ El siglo XXI se presenta cómo aquél en que la calidad de vida guiará las intenciones y acciones de los individuos que ahora disfrutan de mayores posibilidades de elección y decisión y optan por

una vida de mayor calidad; también las de los servicios en general, que se verán obligados a adoptar técnicas avanzadas en sus procedimientos y que serán analizados desde criterios de excelencia.^{4,15,105}

Las organizaciones internacionales, la sociedad civil y los gobiernos, deben poner en marcha programas que logren un envejecimiento activo con un adecuado nivel de salud, sin olvidar que han de basarse en los derechos, necesidades, preferencias y capacidades de las personas mayores.

La detección de necesidades o carencias en este colectivo permitirán dirigir determinadas campañas de promoción de la salud para aquellos que más lo precisen.¹⁰⁶

La “calidad de vida relacionada con la salud” (CVRS) o estado de salud percibido, se refiere a la valoración subjetiva que hacemos acerca de la influencia de ésta sobre nuestra capacidad funcional para realizar determinadas actividades que afectan al bienestar. Es el conjunto de atributos valorados por los pacientes en la medida en que contribuyen al mantenimiento físico, emocional e intelectual y al grado en que conservan la capacidad de participar en actividades valoradas dentro de la familia, el trabajo y la comunidad.^{104,107}

Se relaciona, de forma independiente, con la mortalidad y la limitación funcional, y como hemos visto puede utilizarse como predictor del uso de los recursos sanitarios.¹⁰⁸⁻¹¹¹

Hasta ahora no se ha podido demostrar que la información en CVRS modifique el tratamiento o consiga revertir en la percepción de salud.¹⁰⁸ Así, una percepción baja se relaciona con mayor severidad en la evolución de enfermedades como la demencia por Alzheimer o la enfermedad pulmonar obstructiva.¹¹²⁻¹¹⁵ Sin embargo, hay discrepancia en la percepción de CV entre personas con demencia y los médicos, que tienden a calificarla peor que ellos o en el caso de los cuidadores, donde esta tendencia es a subestimar la CV de su familiar con demencia y se ha visto que esta discrepancia se asocia al grado de sobrecarga.⁷³

La salud mental y la capacidad funcional son los factores que más influyen en la percepción del estado de salud y la calidad de vida de los ancianos; también los efectos

directos de la enfermedad, los del tratamiento prescrito y la tensión psicosocial o la angustia de hacer frente a la enfermedad o el tratamiento.¹⁰⁷

En otros estudios son el número de enfermedades crónicas, las discapacidades y pertenecer a clases sociales desfavorecidas los factores que explican la percepción de mala salud.⁴⁴ Curiosamente, las personas de mayor edad con más problemas de salud se perciben como más sanas que las de menor edad.^{20,103}

MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS).

El paciente no define la recuperación en términos de tareas físicas específicas, sino como la capacidad para volver a una vida de actividades significativas.¹¹⁶ Como consecuencia, en enfermedades con escasa supervivencia, la calidad de vida se convierte en un objetivo en sí misma y su medición es fundamental para la monitorización del estado de salud de la población.¹⁰⁸ Por ello, es cada vez más común el interés de los profesionales sanitarios en la utilización de instrumentos que midan la calidad de vida, con todo, en la práctica diaria el médico todavía tiende a centrarse más en los aspectos clínicos, y en los resultados analíticos o radiológicos que en el estado de bienestar del paciente que es valorado de forma rápida o superficial. En tanto, para el paciente, síntomas como el malestar, la fatiga o la incapacidad para desempeñar tareas concretas, constituyen las verdaderas preocupaciones para las que apenas encuentra respuesta.⁷³

Es fundamental determinar cuáles son los predictores de deterioro funcional, con el fin de separar la progresión de la enfermedad de los efectos de un cuidado deficiente.¹¹⁷

Una de las principales tareas para quienes investigan en calidad de vida, es trabajar para descubrir los aspectos más cualitativos de la vida e integrarlos en el entorno inmediato y cotidiano, tal como demanda con creciente interés nuestra sociedad.^{19,108,118, 119} El reto consiste en medir esos factores y los resultados que condicionan la calidad de vida, porque si se logra construir un modelo explicativo de ésta, podremos desarrollar estrategias racio-

nales y coste-efectivas.^{7, 120, 121}

Por ello se debe seguir investigando en dos líneas: una, orientada a identificar los aspectos clave de la calidad de vida y otra, dedicada a identificar los factores de riesgo que implican una pérdida de salud. La intervención sobre esos factores de riesgo por parte de los sistemas sociosanitarios y sus profesionales pueden lograr modificar activamente la calidad de vida de los individuos.¹⁰⁸

Hasta ahora la investigación en calidad de vida ha atraído líneas de trabajo en medicina, en otras ciencias de la salud y en ciencias sociales; sin embargo, el desarrollo que ha experimentado el análisis e investigación en calidad de vida relacionada con la salud no ha ido parejo a su implementación en la práctica clínica diaria.

La medición de la calidad de vida, precisa de instrumentos adecuados para alcanzar una visión aproximada de la realidad.¹⁰⁸ Estos instrumentos ayudarán a identificar los procesos clave para garantizar el acceso a ese estado de salud excelente, ya que asegurar la equidad en el acceso al sistema sanitario, no implica alcanzarlo, especialmente cuando hablamos de colectivos como el de las personas mayores.

Instrumentos de medida en CVRS.

La calidad de vida se puede medir de forma independiente y objetiva, pero es más importante obtener una perspectiva subjetiva para acercarnos a lo que la persona mayor, en este caso, desea alcanzar. Por ello, generalmente, para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de forma global en los ancianos, en los enfermos mentales y en personas institucionalizadas se recomiendan instrumentos de medición largos.

La utilización de estos instrumentos de medida difiere en función del objetivo o área a evaluar (función física, evaluación cognitiva, estado emocional, actividades y soporte social) y puede ser el referente para establecer prioridades en la gestión de los recursos y para determinar el coste-eficacia de los servicios ofrecidos.^{57,122,123}

Existen dos grandes áreas de aplicación de los instrumentos de medición de la calidad de vida: como herramienta de gestión clínica para el sanitario dentro de la consulta y otra de utilidad en la planificación de servicios sociales y sanitarios.

Dentro del ámbito de la salud, el futuro de la atención a las personas mayores está cambiando, y aún lo debe hacer más, para dirigirse hacia políticas de prevención y promoción de la salud. Estas medidas de prevención y promoción, que necesariamente deben iniciarse en la edad adulta e incluso en la infancia, se prolongarán incluso en la vejez, puesto que, aunque en muchos casos no se consigan en las personas mayores grandes avances, lo que sí se consigue es un avance en la sensación de bienestar, de satisfacción y un aumento de las prácticas saludables.

Conocer la salud futura de las personas mayores es crucial para la Administración Sanitaria, porque las actuales carencias encontradas, las necesidades sentidas y las demandas que hacen, permitirán dirigir en los próximos años las campañas de promoción de la salud hacia una correcta planificación sanitaria y de servicios sociales.³³ Como los indicadores sanitarios tradicionales son insuficientes para identificar y priorizar problemas de salud y la investigación en calidad de vida relacionada con la salud integra las ciencias sociales en la práctica médica y sirve para justificar costes o intervenciones en salud, a partir de cuestionarios de CVRS validados en España se ha desarrollado un Test Adaptativo Informatizado (TAI) para la medición del estado de salud percibido por el paciente.¹²⁴

La realización de estudios internacionales que utilizan los instrumentos de medición de la CVRS como medida de resultado sanitario y de eficacia en los ensayos clínicos, creó la necesidad de que las medidas utilizadas fueran comparables entre distintos países y, por tanto, adaptar medidas desarrolladas en una cultura a otra.¹²⁵⁻¹²⁸ Los instrumentos de medida de CVRS deben poseer cualidades psicométricas como validez, fiabilidad y sensibilidad a los cambios. Además, de ser sencillos, fáciles de cumplimentar e interpretar y capaces de proporcionar datos de utilidad clínica. Para facilitar su uso en la clínica diaria y teniendo en cuenta la limitación de tiempo hay cuestionarios genéricos sencillos como el Health Utility Index (HUI), el Quality of Well Being Scale (QWB) o el EuroQol (EQ-5D).¹⁰⁸

El EQ-5D es muy útil para la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con deterioro cognitivo sin necesidad de ajustarlo ampliando un apartado cognitivo (EQ-5D+C).³⁷

El 65QOL se construyó para cuantificar los valores subjetivos asignados por las personas mayores a sus dimensiones de calidad de vida y, por orden de preferencia, el valor más importante es la salud, le siguen el mantenimiento de la autonomía personal y la calidad de la vivienda.¹²⁹

La utilización de medidas de valoración multidimensional, que integran todas las áreas previamente descritas, como el “*the olders americans resources and services program-multidimensional functional assesment questionnaire*” (OARS-MFAQ), que es largo, permiten obtener una información completa sobre el estado de salud del anciano, conocer los recursos socio-sanitarios consumidos y valorar cuáles serían imprescindibles. Realiza una valoración funcional y, sobre todo, permite conocer cuál es la calidad de vida percibida por el anciano y los determinantes de la misma, concretar la situación real y las necesidades de recursos e institucionalización de la población y analizar cuáles pueden ser los factores implicados en las mismas. Finalmente, nos ayuda a identificar los procesos y eventos clave del individuo para garantizar su acceso a ese estado de salud excelente, algo fundamental cuando hablamos de colectivos como el de las personas mayores.¹³⁰⁻¹³²

ABORDAJE SANITARIO.

El sistema sociosanitario es el punto de partida para la orientación de los servicios y como hemos visto hasta ahora la valoración de las necesidades no cubiertas es esencial para la planificación de los servicios de larga duración.¹³³

La transformación de la pirámide poblacional plantea nuevos retos a las sociedades del bienestar como la aparición de enfermedades consideradas raras hasta hace 50 años y que van unidas a cambios degenerativos relacionados con la edad y la variación en la tasa de

dependencia, con mayor número de personas dependientes respecto a los potenciales activos y cuidadores. Las enfermedades crónicas, el aumento en la esperanza de vida, los hospitales diseñados para la atención de agudos y las nuevas estructuras familiares con mujeres que trabajan también fuera de casa son ya una realidad.¹⁰⁷ El equilibrio entre la responsabilidad familiar y la estatal requiere reformular la provisión de servicios de salud, acercando los cuidados informales a los formales y adecuando los sistemas de derivación y de información.¹³⁴

El número de pacientes con enfermedades crónicas está creciendo. Es, por tanto, necesario mejorar la gestión de las patologías múltiples ya que los actuales modelos de prestación de servicios sanitarios para enfermedades agudas no son adecuados para afrontar las necesidades de la población que envejece rápidamente (OMS, 2001).



Figura 12. Componentes de un sistema de atención a patologías crónicas. Tomado de Lewis R, Dixon I. Rethinking management of chronic diseases. BMJ. 2004; 328: 220-222.¹³⁵

Tal como se refleja en la figura 12, en un sistema de atención a patologías crónicas hay una serie de componentes fundamentales, como son: integrar las directrices basadas en la evidencia y los sistemas de información clínica, la participación de todos los afectados en los programas comunitarios, la organización de la atención sanitaria, la creación de una cultura de atención segura y de alta calidad, el apoyo a la autogestión, y la capacitación de los pacientes para el manejo de su salud.¹³⁵

En resumen, para fomentar el envejecimiento activo es necesario que los sistemas sanitarios tengan una perspectiva del ciclo vital completo y se orienten a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el acceso equitativo a la atención primaria entendida como asistencia de larga duración y de calidad. En este proceso son básicos los entornos favorables que faciliten la toma de decisiones, sin olvidar que el envejecimiento en si mismo no aumenta los costes sanitarios, pero la discapacidad y la mala salud si.

Como dice R. Bengoa, en este momento el sistema sanitario está organizado para una medicina de agudos; sin embargo, el 80% de las consultas en atención primaria son de enfermedades crónicas y éstas representan el 60% de los ingresos hospitalarios.¹³⁶

La demanda de atención residencial supera la disponibilidad. La incapacidad para la gestión de las actividades cotidianas y la falta de una red social apropiada se asocian a esta demanda.¹³⁷

Pero, aunque los recursos sociales son escasos, algo está fallando, la derivación de los pacientes y sus cuidadores hacia los recursos disponibles es insuficiente.¹⁰⁷

EL ENFERMO CON PLURIPATOLOGIA.

Según la encuesta ECVI-04 el 39,2% de la muestra tenía más de una enfermedad; el 19,6% más de dos, el 9,6% más de tres, y el 5,1% más de cuatro enfermedades.¹⁰

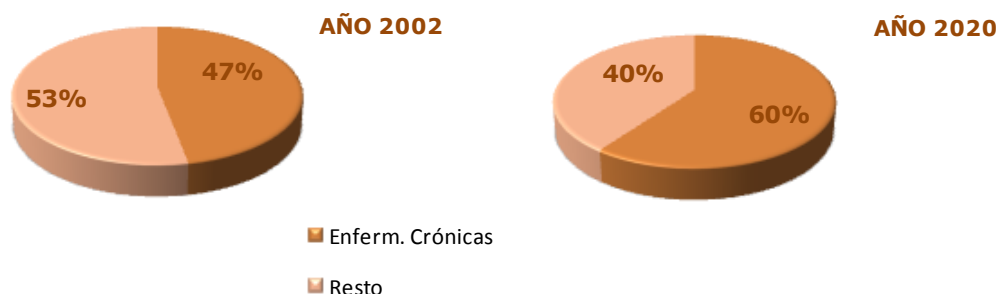


Figura 13. Carga en morbilidad de enfermedades crónicas. Tomado de Epping-Jordan JE, Bengoa R, Pruitt SD, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic condition. Qual Saf Health Care. 2009.¹³⁸

Las enfermedades crónicas no transmisibles y los trastornos mentales representaban en el año 2002 el 47% de la carga en morbilidad, se preveía que en el año 2020 alcanzarían el 60%, tal como se refleja en la figura 13. Las principales causas están bien delimitadas, son las enfermedades cardiovasculares, la depresión y el cáncer.¹³⁸ Sin ir más lejos, los síntomas depresivos están infradiagnosticados e infratratados en los ancianos, siendo la depresión un factor de riesgo tras haber sufrido un infarto de miocardio.¹³⁹

El enfermo pluripatológico puede definirse como aquél que presenta dos o más patologías de las categorías clínicas que se representan en la tabla 7. Los autores del estudio, analizando el motivo de ingreso en medicina interna comprobaron que el 42% eran pacientes de este tipo, y que las categorías A, F y E fueron las más prevalentes; que el número medio de asociaciones de categorías fue de 2,5 y que las asociaciones más frecuentes son A - F (patología cardíaca y arteriopatía) con un 15%; E - F (patología cognitiva y arterial) con un 10%; A - E (cardiopatía y alteraciones cognitivas) con un 9%, y A - C (cardiopatía y limitación crónica al flujo aéreo) con otro 9%. Encuentran, además, que los ingresos de estos pacientes se producen en los meses de invierno, así como que sus estancias hospitalarias son más prolongadas.¹⁴⁰

Introducción

CATEGORIA	A	B	C	D	E	F	G
Enfermedades	Insuficiencia cardiaca	Enfermedad osteoarticular	Limitación crónica al flujo aéreo	Enf. inflamatoria intestinal	Enf neurológica con déficit motor o cognitivo	Arteriopatía sintomática	Anemia crónica
	Cardiopatía isquémica	Enf. Vascular Conectivopatía Insuficiencia renal crónica		Hepatopatía crónica		Diabetes con afectación vascular	Otra enfermedad hematológica u oncológica no subsidiaria de tto.

Tabla 7. Pluripatología por categorías clínicas. Tomado de Zambrana García JL, et al. Características clínicas diferenciales de los enfermos pluripatológicos hospitalizados en servicios de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2005.¹⁴⁰

La polimedicación, definida como la necesidad de tomar 6 medicamentos o más durante al menos 6 meses, es superior al 11% en las personas de más de 65 años y llega hasta el 40% en quienes viven en instituciones. Una de las principales consecuencias es el importante aumento de reacciones adversas a los medicamentos y, por tanto, el incremento de los ingresos hospitalarios.

Según algún estudio entre el 10 y el 20% de todos los ingresos se relaciona con el consumo de fármacos.¹⁴¹ En cifras esto supone el 70% del gasto farmacéutico, y un consumo de medicamentos que va de 4,5 a 8 por persona y día.

El uso inadecuado de fármacos varía desde el 14% en quienes viven en su hogar, al 40,3% en los que están institucionalizados. Las causas son múltiples, entre otras, la prevalencia de trastornos psiquiátricos, que en este segmento de la población es del 10-25%.

Existen aspectos propios del manejo de los psicofármacos como la automedicación, la menor adherencia al tratamiento o la pluripatología orgánica que conllevan mayor asociación de medicamentos, con un ajuste de dosis que debería ser más laborioso. Sin embargo, los ensayos clínicos de nuevos fármacos se hacen en edades comprendidas entre los 18 y los 65 años, por tanto se excluye a personas de mayor edad.^{142,143}

RETOS

Tras la reunión de mayo de 2001 en la OMS, los líderes en salud llegaron a varias conclusiones. En primer lugar, ningún país escapará a la carga del envejecimiento ni al aumento de las enfermedades crónicas, esto puede ser un reto para garantizar la coordinación en los sistemas de cuidados; en segundo lugar, la peor parte recaerá en los más pobres; en tercer lugar, las soluciones puntuales no van a resolver el problema de fondo y los sistemas sanitarios tendrán que abandonar el modelo actual, y finalmente, cuanto antes se invierta en esto mejor.

Las estrategias que proponen para mejorar la atención clínica y los resultados en las enfermedades crónicas, son: desarrollar políticas de salud y legislación en apoyo de la atención integral; reorganizar la financiación sanitaria para facilitar y apoyar la atención basada en la evidencia; coordinar la asistencia sanitaria entre distintos niveles y con las redes sociales existentes; mejorar el flujo de conocimientos e información entre los pacientes y los proveedores de salud, así como entre los propios proveedores; educar y apoyar a los pacientes para manejar sus propias condiciones tanto como sea posible; ayudar a los pacientes para adherirse al tratamiento a través de intervenciones eficaces; vincular la salud a otros recursos en la comunidad, monitorizar y evaluar la calidad de los servicios y los resultados.^{136, 138,144}

El envejecimiento y la necesidad de cuidados, junto con los recortes económicos en el sector público van a dar lugar a un creciente número de cuidadores informales.⁵¹ En nuestro país, el 12% de las personas dependientes viven solas, el 13,5% en pareja y el 8,2% en rotación. Las tendencias demográficas sugieren que el nido será cada vez más difícil de vaciar e incluso que puede volver a llenarse con el retorno de los hijos al hogar.

Los servicios sanitarios y sociales han de estar integrados y coordinados para ser efectivos, integrales y rentables, pero además la colaboración entre los agentes sanitarios y sociales, y la familia debe ocupar un lugar preeminente.^{68, 99, 145}

La vida en solitario se ha consolidado en el tipo más habitual de hogar sea por viudez (59,4%), por ruptura matrimonial o de pareja (3%), por emancipación (6,3%), por carecer de familiares (5,1%) o por decisión propia (15,6%). Hay que tener en cuenta que estas formas de convivencia van a dificultar la articulación de los cuidados formales e informales.¹⁰

La mayor parte de los procesos crónicos requieren incidir en los cambios de conducta y en las actitudes de los pacientes porque el modelo etiológico no es lineal y la respuesta asistencial no recae en un único profesional. Esto supone que los trabajadores sanitarios deben estar versados en el diagnóstico, tratamiento y manejo de los “*cuatro gigantes de la geriatría*”: pérdida de memoria, incontinencia urinaria, depresión e inmovilidad; así como en las enfermedades crónicas comunes en la vejez que con frecuencia se pueden prevenir o retrasar.¹⁴⁶

El manejo de estas enfermedades, basado en la evidencia, requiere un complejo ajuste de fármacos, mejorar la propia capacidad de gestión y de monitorización continua. Por tanto, desde el ámbito sanitario los retos que se plantean son, cómo mantener la calidad de vida y la autonomía personal, cómo promover un envejecimiento activo, desarrollar el sistema formal e informal de cuidados garantizando la cobertura de las necesidades básicas y cómo aportar apoyo emocional a las personas mayores y a sus familiares.^{35,107}

Para garantizar la calidad de vida el activo más valioso es la salud, y ésta con frecuencia refleja el apoyo social recibido,¹⁵ si éste falta pueden incrementarse el riesgo cardiovascular y la mortalidad independientemente de otros factores de riesgo conocidos.¹²

Los cuidadores informales ocupan un lugar muy importante en la política sanitaria y social de una comunidad.¹⁴⁷

La atención sanitaria debe ser accesible y responder a los problemas con agilidad y rapidez. Los puntos críticos, en este momento, son: la falta de cobertura de la atención primaria fuera del horario del centro de salud, la dificultad para contactar por teléfono

con los profesionales, que enfermería no haga más atención planificada en domicilio y la escasez de material.¹⁴⁸

El reconocimiento de la dependencia supone una nueva orientación en la política social dirigida a los mayores, hasta ahora basada en la cobertura de las necesidades económicas o en el desarrollo de políticas de ocio y participación social. En este momento los servicios sociales no satisfacen nuevas necesidades relacionadas con el envejecimiento de la población, la transformación de la estructura familiar, la incorporación cada vez mayor de la mujer al mercado laboral, la creciente urbanización de la población ni el aumento del nivel económico y de renta.¹⁰

LA ATENCIÓN SANITARIA.

La atención primaria debe ser planteada como el eje del sistema sanitario para atender este tipo de enfermedades.¹⁴⁹ Pero incorporando las aportaciones de una gestión basada en la evidencia científica.¹⁵⁰

Algunos autores manifiestan su preocupación acerca de los cambios necesarios para mantener la atención primaria del siglo XXI porque los médicos de este nivel asistencial tienen estrés, una organización rígida e ineficiente, se mantiene el exceso en la carga burocrática, y además son conscientes de que no manejan bien las enfermedades crónicas. Esto se puede cuantificar, sólo el 27% de los hipertensos están bien controlados, sólo el 14% de los pacientes de enfermedad coronaria cumple los objetivos en LDL colesterol, el 50% de los fumadores no recibe consejo antitabáquico, y hasta el 54% de los diabéticos tienen hemoglobinas glicosiladas por encima de 7%.¹⁵¹

En un estudio cualitativo realizado en nuestro país para conocer la opinión de médicos y de pacientes sobre la atención a algunos procesos crónicos, se concluye que para los médicos las dificultades están en los recursos asistenciales y en las competencias de relación con el paciente, mientras que para los pacientes lo importante es la atención integral, humana y

respetuosa, la información clara y adaptada al contexto o que haya continuidad en el seguimiento.¹⁵²

La cobertura de la atención primaria se ha ampliado en los últimos años con una creciente medicalización de problemas sociales (trastornos de atención en escolares, violencia doméstica, conductas de riesgo, soledad en ancianos)²⁶ y la accesibilidad de los centros de salud es crítica para la salud de las personas mayores en todo el mundo.^{148, 151}

Es fundamental conseguir el máximo bienestar del paciente, aportando información adecuada, asesoramiento práctico para el cuidado y apoyo emocional¹⁰³, tener en cuenta que las necesidades de los cuidadores no son constantes sino que van aumentando a medida que progresa el deterioro, y facilitar el proceso de adaptación potenciando sus recursos y disminuyendo su vulnerabilidad.

El equipo sanitario debe ser capaz de asesorar sobre técnicas básicas sin tener que realizar el aprendizaje por ensayo-error.^{145,149}

En la gestión de las enfermedades crónicas la adhesión a protocolos estandarizados durante mucho tiempo no suele servir. Si la asistencia sanitaria no mejora en atención a las enfermedades crónicas los resultados son, aumento de la morbilidad y de los costes, por la creciente y excesiva demanda sanitaria.

A medida que se cambia la atención, de una orientación dependiente del proveedor hacia la gestión del autocuidado, empezamos a fijar nuestra mirada en la interacción entre pacientes y proveedores. Y, en este contexto, la comunicación se reconoce cada vez más, como una prioridad.¹⁵³

En nuestro país, desde el Fòrum Català d'Atenció Primària, sugieren que debe iniciarse una amplia intervención pública que prestigie la actuación de los profesionales de atención primaria, huyendo de la tendencia natural de la sociedad a valorar la tecnología.¹⁵⁴

Medicalización de la muerte.

Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE), el fomento de las largas estancias hospitalarias, el excesivo número de interconsultas médicas y el uso inadecuado de tecnologías influyen en que aumenten los costes, además el uso de los servicios sanitarios es más intensivo durante la última etapa de la vida.^{31,122}

Durante el siglo XX la medicalización de la muerte fue aumentando progresivamente, pasando de un 51% en 1950, a más de un 80% en 1994. Actualmente el número de fallecimientos en residencias se ha triplicado, ha aumentado ligeramente en los hospitales, en detrimento de morir en el propio hogar.

En el estudio de Manitoba, se plantean si las personas ancianas reciben tratamientos excesivamente agresivos al final de la vida; destacando que todos los ancianos tenían al menos cuatro nuevas prescripciones en los seis meses previos al fallecimiento.¹⁵⁵

Para los pacientes crónicos, y sus cuidadores, la coordinación entre la atención primaria y la hospitalaria es fundamental para evitar contradicciones o prácticas diferentes que les desconciertan y son responsables de su inseguridad. La calidad percibida es muy importante, las líneas de investigación deben centrarse en identificar las intervenciones que pueden prevenir su pérdida o limitar el deterioro de la salud mental.^{71, 147}

En ancianos con salud frágil una intervención con terapia cognitivo-conductual realizada en domicilio puede ayudarles a mejorar tanto su salud mental como su satisfacción con la vida.⁵

La investigación relativa a experiencias de gestión en pacientes con múltiples enfermedades crónicas es muy limitada. Sería fundamental para analizar diferentes métodos con los que mejorar la participación en actividades de cuidado personal, para fomentar y mantener cambios positivos en el comportamiento, así como para mejorar la

calidad de vida relacionada con la salud en quienes deben autogestionar múltiples enfermedades crónicas.^{11,156}

La telemedicina puede servir en atención primaria para adoptar modelos de atención sanitaria mejor adaptados, de más calidad y eficiencia para el perfil de necesidades de una población cada vez mayor. La teleasistencia puede resultar útil para hacer seguimiento y posibles intervenciones en los ancianos con enfermedades crónicas y en sus cuidadores. Hay programas piloto en gestión de enfermedades crónicas, en gestión de casos, autogestión de pacientes, en promoción de hábitos de vida saludables y entornos para la vida independiente en el hogar.^{157,178}

Gestión de crónicos. El modelo de Kaiser Permanente. ¿Puede extrapolarse?

Kaiser Permanente (KP) es la organización sanitaria aseguradora integrada de los Estados Unidos. Su misión es proporcionar atención de calidad a sus miembros y familias, y contribuir al bienestar de sus comunidades.

KP es una asociación de tres entidades diferentes, la Kaiser Foundation Health Plan, Inc. y sus organizaciones regionales, los Grupos de Permanente Medical y los Hospitales de la Fundación Kaiser. Cuenta con 8,8 millones de afiliados a planes de salud, con 156.000 empleados, 13.730 médicos, 36 centros médicos y alrededor de 400 consultorios. Tiene unos ingresos de explotación anual de 34.400 millones dólares y una utilidad neta de 1.300 millones de dólares. Según *The Economist*, esta aseguradora sanitaria sin ánimo de lucro, y cadena de centros sanitarios, recaudó en el año 2009, 2.000 millones de dólares gracias a un modelo en el que integran una tarifa fija de aseguramiento sanitario con el tratamiento en sus propios hospitales y clínicas. Esto le ha proporcionado altas cotas de eficiencia, convirtiéndose así en uno de los proveedores sanitarios más económicos de los mercados regionales en los que opera.¹⁵⁹

Entre sus bases de funcionamiento están: el uso de las Tecnologías de la Comunicación e Información (TICs), la coordinación entre niveles, y unos incentivos profesionales

orientados a promover la mejora de calidad, no de la cantidad. Como resultado obtienen reducción del número de "visitas frívolas", mejoran los resultados de las intervenciones médicas y todo con una elevada satisfacción del paciente. Su enfoque integrado y su estructura alientan la inversión a largo plazo.¹⁵⁹

Aunque organizaciones como el National Health Service (NHS) han enviado emisarios a California para estudiar este modelo, los esfuerzos realizados para imitarles han tenido un éxito limitado.

El NHS se basa en la premisa de que la atención médica se hace sobre la necesidad y no por la capacidad de pago. Su financiamiento proviene de los impuestos y el presupuesto nacional; en resumen, gratis en el punto de entrega, comprensivo, equitativo e igualitario. Creado en 1948, el sistema de salud británico ha sido reconocido por su cobertura universal, la alta calidad de la atención primaria, el éxito de sus estrategias de contención de gastos, así como por el óptimo grado de autorregulación y desarrollo profesional que ha alcanzado en cada nivel de servicio. Los principios establecidos en su concepción aún siguen vigentes: la obligación de ofrecer un servicio de salud integral gratuito para toda la población según la demanda, sin distinción de su nivel de ingresos. Pero en la actualidad es un sistema cuestionado.¹⁶⁰

KP es esencialmente un sistema cerrado que ofrece poca distinción entre atención primaria y secundaria, tiene bien establecidas las vías de atención para muchas enfermedades, satisface las necesidades del paciente antes de su ingreso y después del alta, como consecuencia tiene menos ingresos hospitalarios por habitante que el NHS y parece funcionar con costes de gestión por lo menos tan eficaces como éste. En la filosofía "Kaiser" todo el servicio se configura como un conjunto único de valores, por lo tanto, las distinciones tradicionales entre atención primaria y secundaria, entre médicos generalistas y especialistas, entre médicos y enfermeras, se consideran obsoletas.

A diferencia de la Seguridad Social, las estructuras dentro de Kaiser crean menos obstáculos para la atención del paciente.¹³⁶

Cuando se analizan las diferencias entre el NHS británico y la Health Maintenance Organization de California (KP) para la gestión de las personas mayores con enfermedades crónicas, se concluye que con la implicación de los profesionales médicos en el desarrollo del sistema y con un modelo integrado de asistencia, se pueden reducir no sólo las tasas de frecuentación hospitalaria sino también las estancias medias.^{161,162} Las principales diferencias entre ambos sistemas radican en la gestión de las enfermedades crónicas, en la integración entre atención primaria y atención hospitalaria, en el uso de los cuidados intermedios, o en la complicidad de los médicos en el desarrollo y soporte de un nuevo modelo integrado de asistencia.¹⁶⁰

Según J. Shapiro*: “En el NHS, el aumento de la centralización, la microgestión y una sensación general de impotencia nos están causando la pérdida de la sensación de colectivo. El reto es volver a crear el sentido de orgullo e identidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS), que la prestación de servicios sea prioritaria sobre las cuestiones de organización tribal. Finalmente, de hacerlo así, los sistemas de trabajo efectivos de KP impulsados desde la cultura de la organización se podrían aplicar para el NHS”.^{161,135}

En nuestro país, algunos autores alertan sobre los problemas de calidad y eficiencia del SNS, que centran en la rigidez y en las barreras entre los servicios sanitarios y sociales; en la división real entre atención primaria y atención hospitalaria, pero también entre los propios trabajadores de la salud; en la insatisfacción profesional debida no sólo a la falta de autonomía sino a la transferencia de responsabilidades, así como a la ausencia de incentivos, y finalmente, por el gasto farmacéutico que supone el 22% del gasto público total en 2008.^{136,154,162}

* Jonathan Shapiro es un académico sénior que utiliza su amplia experiencia de la asistencia sanitaria en el sector público para ofrecer asesoría estratégica y soluciones prácticas para una amplia variedad de organizaciones de atención sanitaria, tanto en el Reino Unido y el extranjero.

II. PLANTEAMIENTO DEL TRABAJO.

En Galicia la población mayor de 65 años ha aumentado de forma significativa en los últimos años y las previsiones son que siga haciéndolo. Esta comunidad es junto con Asturias y Aragón la más envejecida de este país y, dentro de ella, la provincia de Ourense tiene la mayor edad media de España, la mayor tasa de dependencia y es la segunda en gran dependencia.

Sólo en contadas ocasiones se han utilizado instrumentos de calidad de vida, como medición global.¹⁰⁹ En los años 2001-2002 se llevó a cabo un trabajo de campo para valorar la calidad de vida de los ancianos de la provincia de Ourense, tanto en ámbito rural como urbano, que sirvió de tesis al Dr. Manuel Blanco.^{97,98} De los resultados de ese trabajo destacamos el deseo de las personas de mantenerse el mayor tiempo posible en su hogar.

Con este estudio nos proponemos continuar esta línea de investigación e integrar estos conocimientos en mejorar la calidad de vida de los ancianos y la salud de sus cuidadores.

Con la utilización de instrumentos de valoración multidimensional podremos detectar aquellas variables que se asocian a una tendencia a la institucionalización, pudiendo actuar sobre ellas, y hacer estimaciones sobre las necesidades de la misma.

OBJETIVOS.

Objetivos generales.

- Diagnóstico sociosanitario de las personas mayores de 65 años no institucionalizadas del Ayuntamiento de Ourense.
- Diagnóstico sociosanitario de sus cuidadores.

Objetivos específicos.

Acerca del estado funcional del anciano:

- Conocer las variables que se asocian a la calidad de vida relacionada con la salud en las personas mayores de 65 años no institucionalizadas.
- Determinar el nivel de discapacidad en las actividades de la vida diaria de la población estudiada.
- Conocer el uso y demanda de recursos sociales en este colectivo.
- Evaluar la calidad de la atención recibida e identificar necesidades no cubiertas.
- Determinar el nivel de necesidades para la planificación y gestión de recursos sociales y sanitarios.

Acerca de la salud de los cuidadores:

- Recoger las necesidades y demandas de los familiares y cuidadores principales, así como el nivel de satisfacción con los servicios recibidos.
- Determinar el nivel de necesidades para la planificación y gestión de recursos sociales y sanitarios.
- Evaluar la calidad de la atención recibida e identificar necesidades no cubiertas.

III. MATERIAL Y MÉTODOS.

BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.

Estrategia de búsqueda.

Se ha realizado una revisión de la literatura científica desde el año 1972 hasta marzo del año 2011.

Para ello se han utilizado las siguientes bases de datos bibliográficas: Medline, Scopus, Embase, Cochrane Library Plus, Science Direct, IME (índice médico español), Scielo, Web of Science (ISI), TRIP database. Así como otros recursos disponibles en internet como Google Académico.

Después de una lectura inicial de los resúmenes de los artículos, fueron seleccionados los que cumplían los criterios de inclusión que se detallan en el siguiente apartado. Posteriormente se procedió a la revisión manual de la bibliografía referida de los artículos que fueron seleccionados.

Criterios de selección de los artículos.

- Según el diseño del estudio.

Criterios de inclusión: revisiones sistemáticas, estudios experimentales, estudios de cohortes, estudios descriptivos de series de casos, estudios descriptivos, cartas al director, editoriales, comunicaciones a congresos.

Criterios de exclusión: comentarios y certificados de universidades u otros organismos sin descripción detallada de los estudios.

- *Según el idioma.*

Criterios de inclusión: estudios en castellano, portugués, inglés y francés.

Criterios de exclusión: estudios en cualquier otro idioma distinto de los citados previamente.

- *Según los MeSH.*

Criterios de inclusión: elderly people, quality of life, chronic diseases, caregivers, burden interview; con términos relacionados: old age assistance, mortality, social and health services, chronically critically ill, disease management.

TIPO DE ESTUDIO.

Se trata de un estudio epidemiológico transversal o de prevalencia mediante cuestionario. Este tipo de diseño es el que mejor se adapta a los objetivos del estudio, que son identificar y conocer aspectos poblacionales desconocidos o poco estudiados. En función de las conclusiones finales se podrían generar otros estudios diferentes para profundizar en otros aspectos tanto de la salud y calidad de vida de los ancianos como la de sus cuidadores.^{97,98,147}

Tienen la ventaja de trabajar con muestras representativas de la población general, lo que permite extrapolar con gran validez externa, siendo la información obtenida de gran utilidad para valorar el estado de salud de la comunidad y determinar sus necesidades, permitiendo además formular hipótesis etiológicas.^{163,164}

POBLACIÓN DIANA.

La población diana, es decir aquella que potencialmente puede formar parte del estudio y a la que se extrapolan los resultados, incluye a las personas mayores de 65 años residentes en la ciudad de Ourense, según la renovación del Padrón Municipal de 2007 y a sus cuidadores principales informales (CPI) según las definiciones de Badía y Márquez-González.^{60,61}

De este modo la población diana asciende a 22.282 personas mayores, 13.062 mujeres (58,62%) y 9.220 hombres (41,38%) y a 104 cuidadores informales.

TAMAÑO MUESTRAL.

Para el cálculo del tamaño muestral utilizamos como referencia estudios previos publicados sobre calidad de vida en ancianos asumiendo que, por su similitud, los datos obtenidos podrán servir para conocer la variabilidad del objeto a estudio. En concreto dos trabajos realizados en Galicia, uno llevado a cabo en el Ayuntamiento de Vigo realizado con motivo de la validación al gallego del instrumento de medición de calidad de vida OARS, y el otro, el realizado en Ourense en el año 2000.^{97,98, 147}

En este tipo de trabajos, y en el nuestro concretamente, el esfuerzo investigador lo centramos en detectar a aquellos individuos que presentan alguna alteración (leve, moderada o grave) de las actividades de la vida diaria. En el estudio de Vigo, antes mencionado, Eiroa Patiño y colaboradores encuentran que la proporción esperada de alteración en las actividades de la vida diaria (AVD) está en torno al 27%. Utilizando esa proporción esperada obtenemos un tamaño muestral de 603 personas, para un nivel de precisión del 3,5% y un nivel de confianza del 95%.

A la hora de extraer la muestra debemos tener en cuenta la posibilidad de pérdidas, sea por contactos infructuosos, por negativa a participar de los encuestados, por cambios de

domicilio, fallecimiento, etc. Revisando la literatura de estudios similares desarrollados en nuestro país, podemos cifrar estos contactos negativos en alrededor de un 30-35%.¹⁶⁴ En nuestro caso decidimos estimar en un 40% la posibilidad de “no contactos”, elaborando un listado con el mismo procedimiento. Obtuvimos, de este modo, un listado un listado accesorio con 241 personas a utilizar en caso de fallos del primero. El tamaño muestral final ha sido de 656 personas.

AREA GEOGRÁFICA

El ámbito geográfico es el Concello de Ourense.

Ourense es capital de provincia y la tercera ciudad gallega por población, tras Vigo y A Coruña. Situada en el sureste de Galicia es la ciudad más poblada del interior de la Comunidad Autónoma; cuenta con 108.953 habitantes (Padrón Municipal a 10/11/2009), con una densidad poblacional de 1278.79 habitantes /km² distribuidos en una superficie de 85,2 km².

Según la división sanitaria de la Atención Primaria, cuenta con 5 centros de salud: A Carballeira, A Cuña-Mariñamansa, A Ponte, Novoa Santos y Valle Inclán. Esta distribución funcional de la ciudad tiene como finalidad delimitar las áreas desde donde se estructuran los medios sanitarios al alcance de la población. Para cada uno se calculó el peso muestral, en función del aporte de personas mayores de sesenta y cinco años al total de la ciudad. Una vez hallado ese número se distribuyó entre esos centros.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Incluimos a todas las personas mayores de 65 años, con residencia habitual en el Ayuntamiento de Ourense, y que dieron el consentimiento informado para participar.

Como base de datos para la obtención de la muestra utilizamos el registro de Tarxeta Sanitaria (TS). Las razones por las que nos decidimos por la base de datos de TS y no el Padrón Municipal son las siguientes: TS constituye en la actualidad un instrumento fiable, con una cobertura que ronda el 100% de la población protegida por el Servicio Galego de Saúde, y que tiene la ventaja de acercarnos información complementaria muy importante para el estudio como es el centro de salud o el médico de cabecera asignado a cada individuo. Sus datos se actualizan de forma periódica por lo que asumimos su validez como fuente para el estudio.

A partir de la base de datos de Tarxeta Sanitaria y previa autorización de los responsables, se estableció el punto de corte en todas aquellas personas nacidas antes del día 31 de diciembre del año 1942 con tarjeta asignada en el Ayuntamiento de Ourense. Una vez editado el listado con los datos de cada individuo asociados con su médico de familia, se procedió a realizar un muestreo aleatorio simple estratificado por sexo y edad.

Con estas salvedades, en la revisión de los datos del Padrón Municipal del último año disponible cuando iniciamos el estudio, año 2007, la población diana ascendía a 22.699 personas, 13.334 mujeres (59%) y 9.365 hombres (41%); en el aplicativo de *Tarxeta Sanitaria del Servizo Galego de Saúde*, TS, eran 23.668 personas. Las pérdidas o exclusiones se clasificarán en los siguientes grupos:

- Institucionalización del anciano (residencia de la tercera edad, ingreso hospitalario o ingreso en cualquier institución cerrada).
- Errores derivados de la fuente de registro utilizada (datos incorrectos, dirección no localizable...).
- Defunciones.
- Traslados de domicilio a un lugar desconocido o fuera de la provincia de Ourense.
- Negativa del individuo a participar en el estudio.

Para la selección de los cuidadores principales partimos de la definición de Badía según la cual es la persona encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la

vida diaria, durante la mayor parte del día y sin recibir por ello ayuda económica.⁶⁰ Añadimos como criterio que llevaran haciéndolo al menos durante seis meses y más de una hora diaria.⁶¹

ACCESO A LOS ENTREVISTADOS

La encuesta se realizó en el domicilio del encuestado. Como sabemos, el hecho de que una persona desconocida acuda al hogar a realizar una encuesta puede generar desconfianza, lo que alteraría el resultado del estudio o influiría en la colaboración del anciano. Para poder controlar este potencial sesgo, se tomaron las siguientes medidas:

- Información personal y por escrito al Alcalde y a la Concejala de Asuntos Sociosanitarios del Concello de Ourense.
- Presentación del estudio al personal sanitario y trabajadores sociales, en todos los centros de salud de la ciudad.
- Presentación en rueda de prensa el 2 de abril de 2009 con difusión en medios de comunicación locales.
- Envío de una carta de presentación a los seleccionados para la realización de la encuesta, con los anagramas del Servicio Galego de Saúde y del Concello de Ourense, para facilitar su identificación por los ancianos. En ella se les explicaban los objetivos del estudio y el procedimiento de la entrevista.
- Contacto telefónico posterior al envío de la carta para concertar la cita. En caso de no tener teléfono nos presentamos en el domicilio y acordamos el encuentro.

SELECCIÓN DEL ENTREVISTADOR

El grupo investigador está constituido por 8 personas: 4 médicos de familia donde se incluyen, la doctorando, el co-director de la tesis, otra doctorando y un médico de atención primaria; 3 enfermeras y un psicólogo.

El instrumento de trabajo, encuesta OARS, se abre a la posibilidad de ser utilizado por diferentes perfiles profesionales. En nuestro país se ha utilizado por médicos, diplomados universitarios en enfermería y psicólogos, con resultado satisfactorio. En nuestro caso desde el principio nos decantamos porque fuera el psicólogo del grupo que trabajaba en los Servicios Sociales del Concello quien realizara todas las entrevistas, de este modo evitamos el sesgo interobservador tan importante para la fiabilidad de los resultados.³⁷ En las últimas 100 entrevistas hemos tenido que acudir a otra psicóloga con experiencia en encuestas de este tipo.

La utilización de personal con experiencia en el contacto con personas mayores y con habilidades en el trato personal es básico porque en el instrumento de medida utilizado en este estudio (OARS-MFAQ) existe un bloque final en el que el encuestador debe realizar una valoración diagnóstica del individuo, y que es imprescindible. Estos psicólogos tienen formación específica en áreas como metodología de la investigación, investigación cualitativa y entrevista clínica, considerados como una premisa para favorecer el desarrollo del estudio, además de experiencia en el trato con ancianos y sus cuidadores.

Formación del entrevistador

Al inicio del estudio se analizaron en profundidad las entrevistas grabadas en vídeo en los años 2000-1 con motivo de la tesis del Dr. Manuel Blanco. En esas grabaciones un encuestador con formación específica realizó la encuesta OARS a dos voluntarios mayores de 65 años en su domicilio habitual, tras haberles pedido permiso para grabarlo.

En las reuniones previas a iniciar el trabajo de campo se consensuaron los aspectos específicos de la presentación, tanto telefónica como de la directa en el hogar del encuestado.

Respecto a las preguntas del estudio, se ensayaron las pausas, las cadencias, los silencios y se enfatizó en la importancia del análisis final de la entrevista.

INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Frente a escalas específicas, que se detienen en aspectos concretos del individuo, las escalas de valoración funcional multidimensional son los instrumentos más adecuados para la valoración del anciano en su globalidad y, asimismo, son imprescindibles para la consecución de los objetivos del estudio.

La valoración multidimensional es la que con mayor facilidad nos puede ayudar para sugerir medidas de planificación para la atención de este colectivo.

ESCALA OARS-MFAQ

Para la valoración de la calidad de vida del anciano y dentro de los instrumentos de valoración multidimensional escogimos el “The Olders Americans Resources and Services Program- Multidimensional Functional Assesment Questionnaire” (OARS-MFAQ).

Este cuestionario nació en 1972 en la Universidad de Duke con el objeto de evaluar estrategias alternativas a la institucionalización de ancianos frágiles.

Hoy día es, probablemente el método más ampliamente probado para obtener una medición global de salud en una muestra de la comunidad sin necesidad de emplear exploraciones físicas o test fisiológicos.

En la primera versión conocida, Community Survey Questionnaire-CSQ, los investigadores tenían como objetivo que fuera de utilidad al clínico, al investigador y al planificador de programas; para eso procuraron localizar los mejores instrumentos de medida existentes en el momento, los adaptaron y acercaron recientes mediciones, creando finalmente el OARS, que compuesto por 105 cuestiones permite recabar información acerca de cinco áreas funcionales: recursos sociales; económicos; salud mental; física, y capacidad para el desarrollo de las actividades de la vida diaria.^{125-127, 131,132}

Conoció la versión definitiva y su manual de uso americano en el año 1988, y desde entonces fue utilizado en numerosos países. En España fue validado al castellano en el año 1993 y al gallego en el año 1994.¹²⁵⁻¹²⁷

La decisión para la elección de este instrumento de medida se ha basado en las siguientes razones:

- Se trata de un instrumento de medición validado a los idiomas castellano y gallego.
- Valora todas las áreas funcionales del individuo, incluidos consumo y demanda de servicios sociales.
- Ya fue utilizado con éxito en España, en Galicia y hace 8 años en Ourense.
- Dispone de un manual de uso que facilita la uniformidad entre los entrevistadores.
- La escala de actividades de cuidado personal de OARS presenta un adecuado proceso de adaptación transcultural.³⁷

Descripción del OARS-MAFQ.

La encuesta está constituida por dos partes:

Parte A.

Esta parte está orientada a la exploración de las áreas de salud física y mental, recursos sociales y económicos, y actividades de la vida diaria. En cada una se realizará un juicio cuantitativo.

Comienza esta parte por una escala de valoración rápida del déficit cognitivo, para determinar si la información puede ser solicitada del anciano o si es necesaria la colaboración de un informante. Concretamente para realizar esta valoración utiliza el instrumento “Short Portable Mental Status Questionnaire”(SPMSQ)-Test de Pfeiffer. Este test evalúa la memoria remota, los conocimientos aprendidos en el pasado, valora

habilidades prácticas de supervivencia y posee un indicador de capacidad matemática. Para su interpretación es preciso tener en cuenta el nivel de estudios; así, en un caso como el nuestro, donde la mayoría de la población sólo tiene estudios básicos, hay que interpretarlo en cada una de sus categorías con un error más.

El apartado de exploración de recursos sociales tiene como fin evaluar la red social que rodea al individuo, tanto la red estructural como la funcional. Con el objeto de calibrar el aislamiento social se realizan cuatro preguntas clave. Se le pregunta si existe alguien en quien pueda confiar, si se encuentra sólo, si ve a sus familiares tanto como quisiera y, por último, si existe alguien que le ayudaría en caso de estar enfermo.

El área de evaluación de recursos económicos, recoge el perfil profesional previo de la persona mayor y su estado económico actual.

El área de salud física incluye preguntas sobre número de visitas al médico, días enfermo en los últimos seis meses, 18 categorías de medicamentos, 28 enfermedades, valoración de la visión, audición, presencia de prótesis, ejercicio físico y preguntas sobre autovaloración.

Para el área de salud mental, los autores del cuestionario adaptaron un instrumento conocido de la época como era el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. También incluye el *Short Psychiatric Evaluation Schedule* (SPES), cuestionario orientado a la detección precoz de trastornos psiquiátricos en las personas mayores. El SPES está formado por quince cuestiones a las que hay que responder verdadero o falso. Explora aspectos como la depresión, las alteraciones del sueño, la hipocondría o la ansiedad. Se considera que puntuaciones de cinco o más en este cuestionario indicarían una posible alteración psiquiátrica y haría necesario realizar despistaje de patología específica.

El área de valoración de actividades de la vida diaria (AVD), está compuesto por dos áreas: las propias AVD, o actividades básicas de la vida diaria, y las actividades instrumentales de la vida diaria (AVD-I). Está basado en la versión de Katz al que se añadieron dos preguntas referentes a la capacidad de andar y a la capacidad de acicalarse. La valoración que de las

actividades de la vida diaria se hace en el OARS, se puede trasladar, como ya hicieron otros autores, a la escala presentada por Katz y de este modo poder comparar los resultados con otros estudios. Figura 14.

Índice de Katz modificado
A: Puede realizar todas las AVD básicas sin ayuda.
B: Necesita ayuda en una de ellas.
C: Necesita ayuda en el baño y en otra cualquiera.
D: Necesita ayuda en el baño, en el vestido y en otra cualquiera.
E: Necesita ayuda en el baño, en el vestido y en otra cualquiera, pero conserva la capacidad de movimiento.
F: Necesita ayuda en el baño, en el vestido, para moverse y en otra cualquiera.
G: Necesita ayuda en todas
Otras: Dependiente en dos funciones pero no clasificable en lo previo.

Figura 14. Índice de Katz. Fuente: Avaliación da calidade de vida da xente maior. Aplicación práctica na provincia de Ourense. M. Blanco. Ourense. 2004. Xerencia de Atención Primaria. Xunta de Galicia.^{97,98}

Parte B.

En este apartado se recoge información sobre veintidós potenciales servicios de los que puede hacer uso el anciano en los últimos seis meses.

El objetivo de exploración del área de recursos sociales se centra en tres aspectos: medidas de interacción y recursos sociales del entrevistado, medidas de bienestar subjetivo y de adaptación, y finalmente mediciones de la adecuación sujeto-entorno.

Dentro del área social tienen especial relevancia los patrones de amistad, las visitas sociales, la presencia de amigos próximos y la existencia de disponibilidad de apoyo social.

Los servicios se agrupan en cuatro grandes grupos: servicios de mantenimiento básico o diario, servicios sanitarios, servicios sociales y de entretenimiento y servicios de sostenimiento. Figura 15.

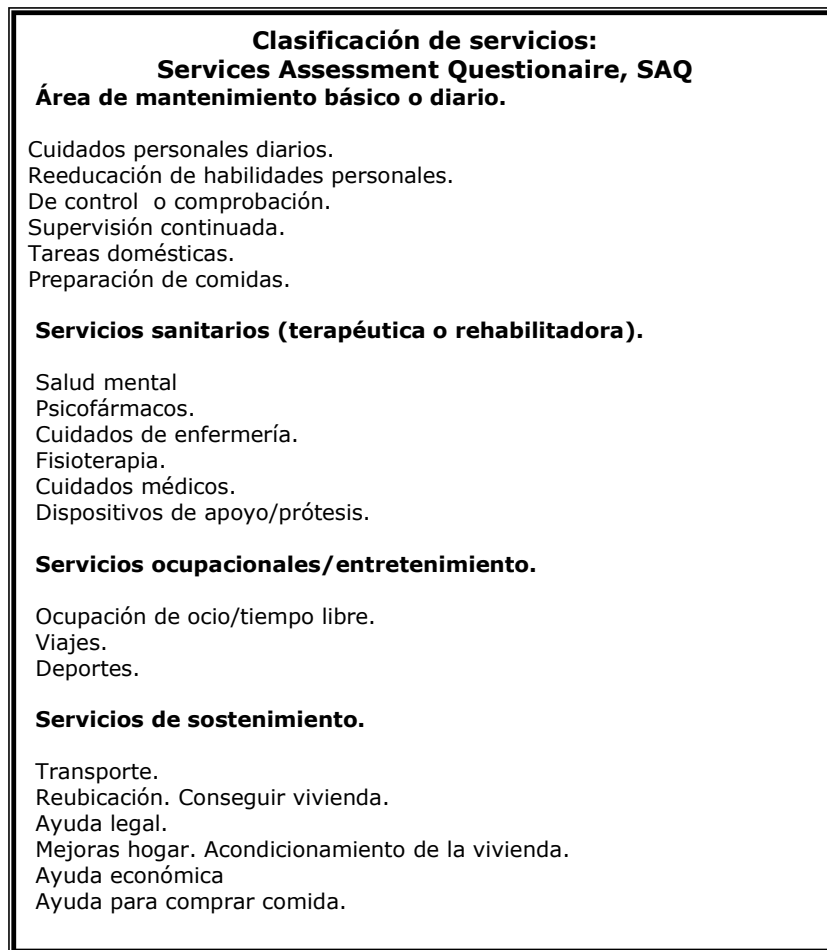


Figura 15. Clasificación de servicios. Fuente: Avaliación da calidade de vida da xente maior. Aplicación práctica na provincia de Ourense. M. Blanco.Ourense. 2004. Xerencia de Atención Primaria. Xunta de Galicia.^{97,98}

Para finalizar, después de completar el cuestionario, el entrevistador deberá realizar en primer lugar una valoración cualitativa de la veracidad de la información recibida y un juicio cuantitativo sobre el sujeto en cada una de las siguientes áreas: recursos sociales, recursos económicos, salud mental, salud física y actividades de la vida diaria.

El entrevistador da una puntuación en cada una de esas áreas, que equivale a un juicio del estatus del entrevistado en esa área. La medición va a lo largo de una escala de seis

puntos donde 1 es “excelente funcionamiento” y 6 es “total incapacidad”. Para la representación gráfica de las categorías funcionales se agruparán en tres: situación funcional excelente o buena (1, 2), deterioro leve o moderado (3, 4) y deterioro grave o absoluto (5, 6).

Modo de aplicación.

La información ha de recogerse en el domicilio del sujeto, mediante entrevista personal dirigida y previa solicitud del Consentimiento Informado.

En la primera parte del cuestionario, existen una serie de preguntas dirigidas a un informante cualificado, conocedor de la situación actual del sujeto índice. Y que puede ser un familiar que viva con el sujeto, alguien responsable de su cuidado, alguien que viva en la casa sin ser familiar o un vecino (sobre todo en la periferia de la ciudad con ámbito más rural) y, por último, también podría tratarse de un familiar del sujeto que no viva en la casa. El cuestionario está constituido por preguntas de carácter cerrado con varias opciones existiendo en todas ellas la posibilidad de no contestar donde se indica si no sabe o si rehúsa contestarla. La duración aproximada de la encuesta es de unos cuarenta minutos, aunque se ve reducida con el entrenamiento del entrevistador.

En cualquier caso el cuestionario posee un “manual del entrevistador” que facilita y aclara aquellos aspectos que presentan dificultad en su interpretación.

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT.

La investigación sobre la salud de las cuidadoras debe complementarse con estudios de calidad de vida.¹⁴⁷

En la década de los años ochenta, Zarit y colaboradores investigaron acerca de la carga en el ámbito gerontológico, considerando su efecto en los familiares como clave en el

mantenimiento de las personas con demencia en la comunidad y elaboraron una “Entrevista sobre la Carga del Cuidador”, que es probablemente, en la actualidad el instrumento más utilizado para evaluar la carga del cuidador en gerontología.^{69, 165-167}

El instrumento original consistía en un cuestionario de 29 elementos, en el que se tenían en cuenta los siguientes aspectos: salud física y psíquica, área laboral y de economía, relaciones sociales y con la persona mayor receptora de los cuidados. Posteriormente se redujo y mantiene unas buenas propiedades psicométricas.

Zarit afirmó en 1985 que su escala no escaba pensada para establecer puntos de corte, sino para hacer una valoración global del estado del cuidador. Sin embargo, las puntuaciones de carga se correlacionan significativamente con síntomas psicopatológicos en el cuidador, con el estado de ánimo y la salud física, así como con la calidad de la relación entre el cuidador y el receptor de cuidados.⁹⁴

Descripción de la escala.

En nuestro país la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit ha sido validada para su uso en castellano.^{69,165,166}

La entrevista responde a un enfoque subjetivo de la carga, que es un buen indicador de los efectos del cuidado y la puntuación de carga obtenida resulta ser mejor indicador de institucionalización que el estado mental o los problemas de conducta del receptor de los cuidados.¹⁶⁷

La escala de Zarit, en la actualidad, consta de 22 preguntas con 5 posibles respuestas (nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces, casi siempre) que puntúan de 1 a 5 en España y de 0 a 4 en otros países, lo que supone que no se puedan comparar directamente con estudios internacionales al dar puntuaciones artificialmente altas.

Con un rango de 22 a 110 en la puntuación total establece los diferentes grados de sobrecarga: Ausencia de Sobrecarga (≤ 46), Sobrecarga Ligera (47-55); Sobrecarga Intensa (≥ 56).

EL principal inconveniente para su utilización es el tamaño que tiene y, por tanto, el tiempo que hay que emplear en su uso.

CUESTIONARIO GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE-GHQ

Este cuestionario se utilizó para determinar el estado de salud de los cuidadores principales.

En 1972 David Goldberg desarrolló este cuestionario como método de identificación de pacientes con trastornos psíquicos para aplicar en el ámbito no psiquiátrico.

En los últimos años, el GHQ se ha confirmado como uno de los mejores instrumentos dentro de las técnicas de cribado para estudios epidemiológicos psiquiátricos, y sus diferentes modalidades han sido traducidas al menos a 36 idiomas y utilizadas en más de 50 estudios de validación. En su formato original constaba de 93 ítems y a partir de él, se han ido generando versiones más cortas —GHQ-60, GHQ-30, GHQ-28, GHQ-20, y GHQ-12.

En España el más difundido es el GHQ-28 de Goldberg e Hillier de 1979 y validado para su uso en nuestro país por Lobo y col. en 1985. El GHQ-28 es un cuestionario autoadministrado que consta de 28 ítems que agrupados en cuatro sub-escalas de 7 preguntas cada una: sub-escala A, de síntomas somáticos; sub-escala B, de ansiedad e insomnio; sub-escala C, de disfunción social; y sub-escala D, de depresión grave. Es fundamental que su respuesta se base en valorar su situación durante el último mes.

Cada elemento se califica en una escala de cuatro puntos (menos de lo habitual, no más de lo habitual, algo más de lo habitual, o mucho más de lo habitual).

Para la valoración de los resultados se pueden utilizar dos tipos de escalas: la de respuesta múltiple o tipo Likert en la que cada respuesta tiene un valor (0-1-2-3), asignando mayor puntuación a mayor deterioro; o la de respuesta bi-modal, en la que distintas posiciones comparten puntuación. Con este método se elimina la tendencia natural de algunas personas a posicionarse en valores extremos o centrales.¹⁶⁸ Así, puntuaron a 0 las dos primeras opciones y a 1 las dos últimas (0-0-1-1).

Interpretación

Se trata de un cuestionario breve y de fácil ejecución. Tiene dos aplicaciones principales que son, estimar la prevalencia de enfermedad psiquiátrica en una determinada población y captar casos de patología psiquiátrica en las consultas no especializadas.¹⁶⁹⁻¹⁷²

Las limitaciones se relacionan con el diseño. El GHQ monitoriza cambios recientes en los síntomas, no mide niveles. Si una persona presenta un síntoma desde hace tiempo y no se ha modificado en las últimas semanas, responderá “no más de lo habitual” y no identificamos el problema. Esto se puede obviar utilizando el método CGHQ para puntuar. Según este método, se dividen los ítems en dos apartados: positivos, que hacen referencia a la salud (A1, C1-3-4-5-6-7) y negativos, que hacen referencia a enfermedad (el resto); los positivos se puntuán 0,0,1,1 y los negativos 1,1,1,1. De este modo evitamos obviar trastornos de larga duración y que puntuarían 0 con los otros sistemas.

El GHQ no sirve para diagnosticar. Las diferentes sub-escalas del GHQ-28 valoran sintomatología específica para cada uno de sus apartados pero no se corresponden con diagnósticos psiquiátricos, estas sub-escalas no son independientes entre sí.

Aunque las sub-escalas B (ansiedad/insomnio) y D (depresión grave) se correlacionan bien con la valoración de los psiquiatras para ansiedad y depresión, esto no ocurre con la sub-escala A para síntomas somáticos.¹⁶⁹⁻¹⁷²

Propiedades psicométricas.

Fiabilidad. Los estudios de validación están hechos sobre diferentes grupos de pacientes y los datos indican una fiabilidad re-test elevada ($r=0,90$).

Validez. La sensibilidad oscila entre 44-100% (mediana de 86%) y la especificidad entre el 74-93%, mediana de 82%.

En el estudio de Lobo para la validación española se aplicó a 100 pacientes ambulatorios de medicina interna. La sensibilidad para un punto de corte de 5/6 (5 no caso/6 caso) fue del 84,6%; la especificidad del 82%; el valor predictivo positivo (VPP) del 75%; el predictivo negativo (VPN) del 89,3%; para un punto de corte de 6/7 la sensibilidad fue de 76,9%; especificidad de 90,2%, VPP de 83,3% y VPN de 85,9%.

A la hora de analizar la puntuación total obtenida en el cuestionario, se utilizó como punto de corte o umbral entre “probablemente normal, no caso” y “probablemente caso”, el valor 6/7, para estimar la prevalencia de trastornos psíquicos.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Respecto a los ancianos entrevistados

Variables de filiación

Edad: la edad del paciente en años cumplidos al inicio del estudio. Esta variable se ha recodificado en tramos de decenios para la realización del análisis bivalente.

Sexo: variable dicotómica hombre/mujer.

Variables de exclusión:

Excluidos: Si/no.

Incluyen errores de dirección, traslado de domicilio, institucionalización, defunción, hospitalización, localización imposible tras cuatro intentos y sin evidencia de que viva allí y negativa a colaborar.

Variables clínicas y sociofamiliares

Vienen definidas en el instrumento *OARS-MFAQ*. Anexo V.

OARS-MFAQ -Parte A.

De esta parte orientada a la exploración de las áreas de salud física y mental; recursos sociales y económicos, y actividades de la vida diaria. Se ha recogido de cada área un juicio cuantitativo.

De la escala de valoración rápida de déficit cognitivo, con el *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) se evalúa la memoria remota, los conocimientos aprendidos en el pasado, y se valoran habilidades prácticas de supervivencia y posee un indicador de capacidad matemática. Para su interpretación es preciso tener en cuenta el nivel de estudios; así, en casos como el nuestro, donde la mayoría de la población sólo tiene estudios básicos, hay que interpretarlo en cada una de sus categorías con un error más.

Número de hijas y de hijos.

Estudios realizados: No sabe leer ni escribir; Ninguno pero sabe leer y escribir; No completó estudios primarios; Primarios completos; Bachiller elemental; Bachiller superior o Formación Profesional; Estudios Medios; Estudios Superiores; No contesta.

El apartado de exploración de *recursos sociales* tiene como fin evaluar la red social que rodea al individuo, tanto la red estructural como la funcional. Con el objeto de calibrar el aislamiento social se realizan cuatro preguntas clave. Se le pregunta si existe alguien en quien pueda confiar, si se encuentra solo, si ve a sus familiares tanto como quisiera y por último si existe alguien que le ayudaría en caso de estar enfermo. Además otras como estado civil, con quien vive, a cuánta gente conoce como para ir de visita a su casa, veces que ha hablado por teléfono con familiares o amigos.

En el área de evaluación de *recursos económicos*, se recoge por un lado el perfil profesional anterior de la persona anciana y su estado económico actual.

Para el área de salud mental, se incluye el *Short Psychiatric Evaluation Schedule* (SPES), cuestionario formado por quince afirmaciones a las que hay que responder verdadero o falso y que explora aspectos como la depresión, las alteraciones del sueño, la hipocondría o la ansiedad.

El área de *salud física* incluye: preguntas sobre número de visitas al médico; días enfermo en los últimos seis meses; 18 categorías de medicamentos; 28 categorías de enfermedades; una valoración de la visión y de la audición; uso de prótesis; realización de ejercicio físico, y preguntas sobre autovaloración.

El área de *valoración de actividades de la vida diaria* (AVD), está compuesto de dos partes con sus correspondientes variables: las propias AVD básicas, y las actividades de la vida diaria instrumentales (AVD-I).

OARS-MFAQ -Parte B.

En este apartado se recoge información sobre veintidós potenciales *servicios de los que haya podido hacer uso* el anciano en los últimos seis meses, que se agrupan en: servicios de mantenimiento básico o diario, servicios sanitarios, servicios sociales y de entretenimiento y servicios de sostenimiento.

OARS-MFAQ - Parte final

El entrevistador realiza una *valoración cualitativa* de la veracidad de la información recibida y un juicio cuantitativo sobre el sujeto en cada una de las siguientes áreas: recursos sociales, recursos económicos, salud mental, salud física y actividades de la vida diaria. La medición va a lo largo de una escala de seis puntos donde 1 equivale a “funcionamiento excelente” y 6 a “totalmente incapacitado”.

Para la representación gráfica de las categorías funcionales se agrupan en: situación funcional excelente o buena (1,2); deterioro leve o moderado (3,4), y deterioro grave o absoluto (5,6).

Respecto a los cuidadores

Variables de filiación

Edad: la edad del cuidador en años cumplidos al inicio del estudio.

Sexo: variable dicotómica hombre/mujer.

Variables del Zarit y del GHQ

La “Escala de Sobrecarga del Cuidador” de Zarit está formada por un listado de 22 preguntas, en las que reflejan cómo se sienten las personas que cuidan a otra persona. Y las respuestas posibles son: nunca, casi nunca, algunas veces, bastantes veces y casi siempre.

El “General Health Questionnaire” (GHQ-28), es también autoadministrado y consta de 8 ítems, con cuatro respuestas posibles, progresivamente peores. El entrevistado debe

marcar la respuesta escogida, es esencial que limite la respuesta a las tres últimas semanas no al pasado.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Los datos de las encuestas realizadas: OARS-MFAQ, Escala de Sobrecarga del Cuidador y GHQ-28 se recogieron en formato en papel y posteriormente fueron volcados en una base de datos creada directamente sobre SPSS 14.0 para Windows. El análisis estadístico se realizó con el mismo programa.

La información que genera este instrumento de medida nos permite realizar los siguientes cálculos estadísticos:

Para el área general, aplicamos un estudio descriptivo básico utilizando medidas de tendencia central (media y mediana), de dispersión (desviación estándar, DE), estimación de medias y proporciones expresadas con sus intervalos de confianza (IC) al 95%. En este área nos encontramos con valores como los siguientes: prevalencia de enfermedades, consumo de fármacos, ingresos económicos, valoración de la vivienda, convivientes con el anciano, nivel de estudios, tipo de cobertura sanitaria, utilización de prótesis o dispositivos de apoyo y todo el área de las actividades de la vida diaria (AVD).

Con este modelo de encuesta se generan categorías funcionalmente equivalentes de ancianos y cuidadores, que permitirán la comparación entre ellos y en función de diferentes variables (consumo de recursos, diferencias en cuanto sexo, aislamiento o limitación a la accesibilidad).

Para la comparación de variables cualitativas dicotómicas se emplearon el “test de Chi cuadrado” o “la prueba exacta de Fisher” en aquellos casos que lo precisaron. Para comparación de variables cuantitativas se utilizarán la “t-Student”, en caso de no cumplir criterios de normalidad pruebas no paramétricas como “la U de Mann Whitney”. La

“ANOVA” cuando se comparan más de dos proporciones con variables categóricas. Todos los resultados analíticos se han expresado en función de sus intervalos de confianza al 95%.

<i>Cleveland GAO Study</i>
• No deteriorado. Excelente o bien en las cinco áreas de funcionamiento humano. • Ligeramente deteriorado. Excelente o bien en cuatro áreas. • Levemente deteriorado. Leve o moderadamente deteriorado en dos áreas, o leve o moderadamente deteriorado en un área y grave o completamente deteriorado en otra. • Moderadamente deteriorado. Leve o moderadamente deteriorado en tres áreas, o leve o moderadamente deteriorado en dos área y grave o completamente deteriorado en una. • Generalmente deteriorado. Leve o moderadamente deteriorado en cuatro áreas. • Ampliamente deteriorado. Leve o moderadamente deteriorado en tres áreas, y severa y completamente deteriorado en otra. • Muy ampliamente deteriorado. Leve o moderadamente deteriorado en cinco áreas. • Extremadamente deteriorado. Leve o moderadamente deteriorado en cuatro áreas y severa o completamente deteriorado en la otra o completamente deteriorado en dos o más.

Figura 16. Deterioro funcional. Cleveland GAO Study. Fuente: Avaliación da calidade de vida da xente maior. Aplicación práctica na provincia de Ourense. M. Blanco.Ourense. 2004. Xerencia de Atención Primaria. Xunta de Galicia.^{97,98}

Área de puntuación de deterioro funcional (PDF). El cuestionario posee, al final del mismo, un módulo en el que el encuestador debe realizar una valoración del anciano en las cinco áreas exploradas: recursos sociales, recursos económicos, salud mental, salud física y desempeño de las actividades de la vida diaria. Con estas valoraciones se crea la puntuación de deterioro funcional. La combinación de estas puntuaciones puede generar una clasificación en ocho intervalos que van de no deteriorado a extremadamente

deteriorado; esto puede resultar muy útil al tener cuenta a los que están gravemente deteriorados y también a aquellos que tienen deterioro moderado pero en varias áreas. Figura 16.

No existe ningún factor, a priori, que nos impida extrapolar estos resultados al conjunto de la población de nuestra comunidad autónoma puesto que la distribución geográfica y los condicionantes sociales y culturales determinados por el sexo son similares en todo el territorio.

BOLSA DE INVESTIGACIÓN

Este trabajo de investigación parte de una beca de investigación de la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia, en colaboración con el Ministerio de Ciencia e Innovación a través del Instituto de Salud Carlos III, para la realización de proyectos de investigación en los centros del sistema sanitario público gallego (orden del 27 de junio de 2008). Número de expediente PS08/50. Proyecto titulado: "Personas mayores del ayuntamiento de Ourense. Determinación multifactorial de su estado funcional".

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

El estudio se ha realizado respetando la normativa nacional y europea en lo que a investigación clínica se refiere, y siguiendo las recomendaciones éticas internacionales para la investigación en humanos establecidas en los principios de la Declaración de Helsinki y sus posteriores modificaciones.

Se cumple la legislación vigente en lo que se refiere a garantizar la confidencialidad de los datos (L.O. 15/99 de protección de datos de carácter personal), y al uso de las historias clínicas con un fin no asistencial (ley 3/05, de modificación de la ley 3/10, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes).

Se solicitó la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia que se concedió el 30 de septiembre del 2008 con el código de registro 2008/287, realizándose en todos los casos consentimiento informado oral y escrito para recibir información.

IV. RESULTADOS

ESTADO FUNCIONAL DE LOS ANCIANOS DE LA CIUDAD DE OURENSE

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.

La población mayor de 65 años de la ciudad de Ourense, la constituyen 23668 personas; el número final de entrevistados fue de 656, 254 hombres (39,3%) y 392 mujeres (60,7%).

Tabla 8.

Distribución de los tramos de edad según sexo			
Edad	Sexo		Total
	Hombres	Mujeres	
De 65 a 74 años	59 (41,5%)	83 (58,5%)	142(21,98%)
De 75 a 84 años	129 (39,9%)	194 (60,1%)	323 (50%)
Mayores de 85 años	66 (36,5%)	115(63,5%)	181 (28,02%)
Total	254 (39,3%)	392 (60,7%)	646 (100%)

Tabla 8. Distribución de la muestra según sexo y tramos de edad.

La media de edad de las personas incluidas en el estudio es de 80 años (IC 95% 69 a 104 años).

En los hombres la edad es ligeramente menor, 79 años (IC 95% 68 a 101 años) que en las mujeres, 80 años (IC 95% entre 65 y 104 años).

Los mayores de 85 años, *oldest old* en la literatura anglosajona, supusieron en la muestra un 28,02%, siendo en su mayoría mujeres (63,5%).

En la figura 17 podemos ver la diferencia en la distribución etaria, correspondiendo la mayor longevidad al sexo femenino.

Resultados

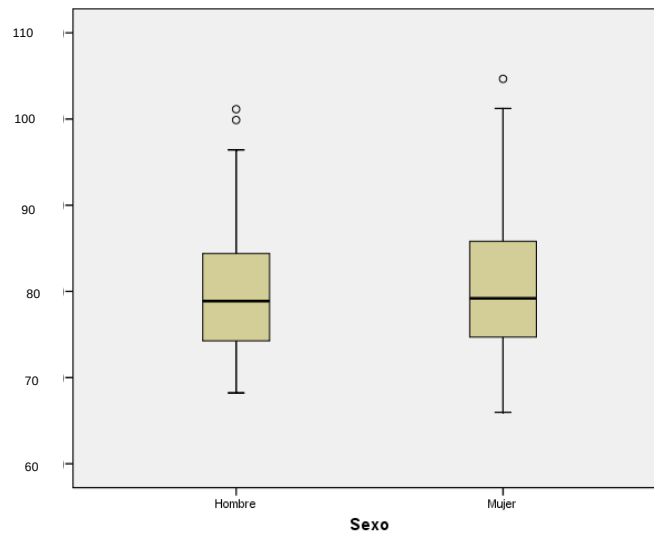


Figura 17. Diagrama de cajas que representa el comportamiento de la edad según el sexo.

En la tabla 9 se reflejan las características sociodemográficas de la muestra. En este tramo de la vida la población está habitualmente casada (64,03%), y la viudez es más frecuente en las mujeres (36,5% frente a 11,2%). El perfil de estado civil varía en función al sexo ($p < 0,0001$) y en todos los tramos de edad viven solas más mujeres que hombres ($p = 0,046$).

		Hombres			Subtotal hombres	Mujeres			Subtotal mujeres
	Total	65 a 74	75 a 84	85 y más		65 a 74	75 a 84	85 y más	
Estado civil		n=58	n=124	n=60		n=82	n=188	n=92	
Soltero	6,73	0	5,6	1,7	3,3	3,7	6,9	17,4	8,8
Casado/en pareja	64,03	87,9	83,9	75	82,6	72	55,9	26,1	51,9
Viudo	26,43	6,9	7,3	23,3	11,2	24,4	33,5	53,3	36,5
Divorciado/separado	2,79	5,2	3,2	0	2,9	0	3,7	3,3	2,8
		$p=0,005$				$p<0,0001$			
Viven solos		n=58	n=123	n=60		n=82	n=187	n=88	
Si	6,9	5,7	11,7	7,5	7,5	12,2	24,6	26,1	22,1
		$p=0,35$				$p=0,046$			

Tabla 9. Características sociodemográficas de la muestra. Estado civil y convivencia. Resultados en porcentaje.

Resultados

El 40,2% tienen los estudios primarios sin terminar; el 2,7% de los entrevistados no saben leer; el 17,9% lee pero no tiene estudios; el 2,5% tiene estudios superiores. Entre las mujeres estos porcentajes son menores ($p<0,00001$). Tabla 10 y en la figura 18.

	Total	Hombres			Subtotal hombres	Mujeres			Subtotal mujeres
		65 a 74	75 a 84	85 y más		65 a 74	75 a 84	85 y más	
Estudios		n= 58	n=123	n=59		n=82	n=186	n=88	
Analfabeto	2,7	0	3,3	1,7	2,1	1,2	3,8	3,3	3,1
Sabe leer	17,9	3,4	13,8	35,6	16,7	6,1	17,2	3,3	18,7
Primarios no finalizados	40,2	34,5	39,8	30,5	36,3	37,8	46,2	40,7	42,9
Primarios completos	26,5	39,7	27,6	20,3	28,8	42,7	26,3	6,6	25,1
Bachiller	6,7	15,5	9,8	5,1	10	4,9	3,2	6,6	4,5
Estudios medios	3,5	5,2	3,3	0	2,9	4,9	2,7	5,5	3,9
Universitarios	2,5	1,7	2,4	6,8	3,3	2,4	0,5	4,4	1,9

Tabla 10. Características sociodemográficas de la muestra. Estudios realizados. Resultados en porcentaje.

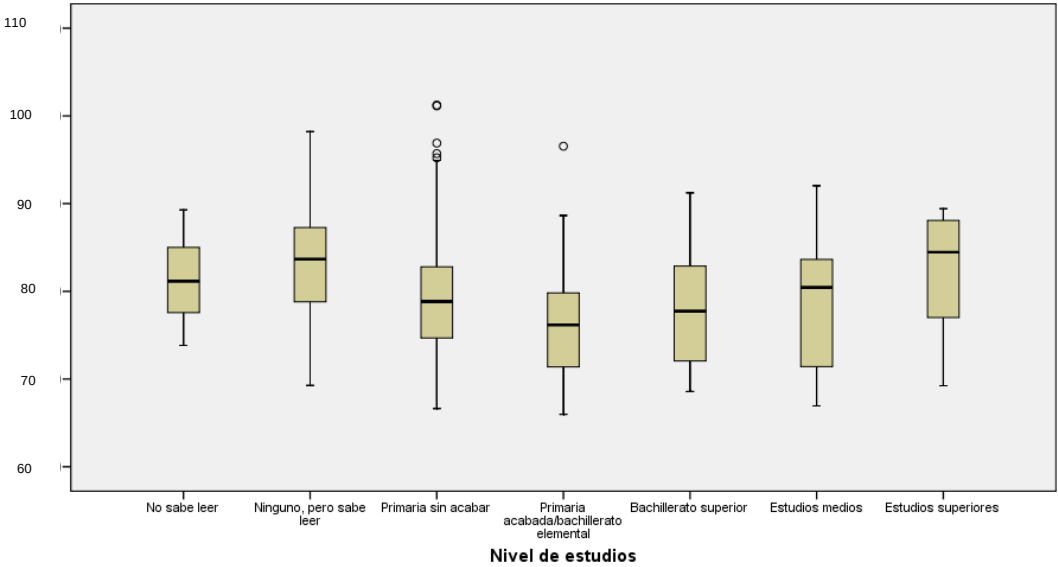


Figura 18. Diagrama de cajas que representan estudios realizados por edad.

EXCLUIDOS.

En conjunto, el porcentaje de ancianos del listado que no pudo ser entrevistado se situó en 26,67 %.

El perfil de los no contestadores, 175 en total, fue 48,57% hombres y 51,43% mujeres. Los motivos de exclusión han sido: no localizables 30,86%; negativa a colaborar 42,86 %; cambio de domicilio 11,43%, e institucionalización 4%.

OARS. CIUDAD DE OURENSE.

Se inicia con un cuestionario preliminar, orientado al diagnóstico del estado cognitivo del individuo, el Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ). El SPMSQ, se suele presentar en la literatura siguiendo una subdivisión en categorías; de esta forma entre 0 y 2 errores se considera sin alteración, de 3 a 4 errores con alteración cognitiva leve, entre 5 y 7 errores con deterioro intelectual moderado y más de 7, alteración severa.

En la figura 19 se puede ver como la mayoría no tiene alteración (73,8%) el 9,5% tiene alteración leve y el 12,2% tiene deterioro moderado o severo. El deterioro se relaciona con la edad y el sexo ($p < 0,0001$).

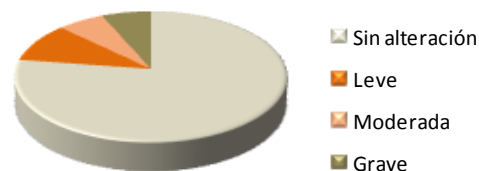


Figura 19. Estado cognitivo de las personas incluidas en el estudio. Short Portable Mental Status Questionnaire.

Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (MFAQ). De la muestra de 656 personas, se eliminaron aquéllas cuyo déficit cognitivo era tan severo que impedía la realización de ese módulo, en total fueron 26 personas. A todas ellas el entrevistador les hizo igualmente la valoración de las áreas funcionales a partir de los datos aportados por el cuidador.

Recursos sociales

Entre los convivientes de los encuestados se sitúa en primer lugar la pareja (64,4%), seguida de los hijos (34,1%).

El teléfono no es usado nunca por el 8,6% de las personas entrevistadas; el 18,7% no tienen contacto con otras personas, y de éstas, el 32% no suelen hablar por teléfono con nadie ($p < 0,00001$).

El 3,3% de la muestra dice no tener en quien confiar, y este sentimiento es más probable entre las mujeres para cualquier tramo de edad, aumentando conforme aumenta ésta.

Casi el 32% de los ancianos entrevistados se encuentra solo; este sentimiento de soledad es más frecuente entre las mujeres ($p = 0,001$).

Al preguntarles si alguien les cuidaría en caso de enfermedad, responden que no el 16% de las mujeres, y el 6% de los hombres ($p = 0,0004$); al profundizar, preguntando durante cuánto tiempo, casi el 10% de los hombres opinan que les cuidarían ocasionalmente, y el 25% de las mujeres ($p < 0,0001$).

En la tabla 11 se reflejan los resultados.

Resultados

	Total	Hombres	Mujeres	P significación
¿Alguien en quien confiar?	N=571	n=226	n=345	
Si		97,3	96,2	0,634
No		2,7	3,8	
¿Se encuentra solo?	N=579	n=229	n=350	
Muy a menudo		7	14,9	0,001
Algunas veces		17	23,7	
Casi nunca		76	61,4	
¿Ve a sus familiares?	N=532	n=209	n=323	
No como quisiera		36,8	41,8	0,277
Si		63,2	58,2	
De estar enfermo¿ alguien le ayudaría?	N=539	n=214	n=325	
Si		93,9	84	0,0004
No		6,1	16	
¿Cuánto tiempo le cuidaría?	N=480	n=202	n=278	
Ocasional		9,9	25,2	<0,0001
Algún tiempo		20,8	20,5	
Indefinidamente		69,3	54,3	

Tabla 11. Área de recursos sociales. Resultados en porcentajes.

El 14% manifiesta tener a alguien que les ayuda las 24 horas del día, siendo sobre todo familiares (86,6%), seguida de alguien que cobra por ello (4,9%).

El 64,4% todavía recibe supervisión continuada, aunque sólo el 10,3% la considera necesaria; aumentando esta opinión con la edad ($p<0,0001$).

Recursos económicos

El 62,6% de los encuestados están jubilados por edad; un 26,8% son amas de casa (que no están oficialmente o administrativamente jubiladas), un 6,8% están jubilados por enfermedad; un 2,3% son empleados, y el 1,4% afirma estar en paro y sin buscar empleo.

Resultados

El 83,8% dice tener casa en propiedad, y para el 98,4% es una vivienda digna. El 65,4% posee, además, otras propiedades.

Sólo 15 personas han afirmado vivir en una casa cedida: en el 73,3% por algún familiar, en el 20% por organismos oficiales, y el 6,7% reciben subvención para ello.

El 53,1% considera que sus ingresos son suficientes, y el 63% afirma necesitar ayuda económica, en ambos casos hay diferencia por sexo; tan sólo el 0,8% de las personas entrevistadas necesitan ayuda para su alimentación. Tabla 12.

	Total	Hombres	Mujeres	P significación
Su economía respecto a los demás, es?	N=576	n=231	n=345	
Peor		21,6	31,6	0,066
Igual		39,8	33	
Mejor		26	23,2	
NC		12,6	12,2	
Sus ingresos cubren sus necesidades?	N=574	n=229	n=345	
Escasamente		29,7	31,9	0,709
Medianamente		47,6	49,3	
Muy bien		21,4	18	
NC		1,3	0,9	
Dinero para "extras"	N=576	n=231	n=345	
Si		55,4	49,9	0,416
No		43,7	49	
NC		0,9	1,2	
Suficiente para necesidades futuras?	N=576	n=231	n=345	
Si		41,1	31	0,045
No		28,1	32,8	
NC		30,7	36,2	

Tabla 13. Área de recursos económicos. Respuestas en porcentajes.

Cuando se les pregunta acerca de cómo consideran su economía respecto a los demás, el 27,6% la consideran peor, y el 24,3% mejor; y el 67,9% consideran que sus ingresos cubren

Resultados

sus necesidades aceptablemente bien. El 52,1% afirma disponer de dinero para extras. En la pregunta sobre necesidades futuras el 34% no contestan, esta respuesta predomina entre las mujeres que, además, tienen una percepción peor al respecto ($p=0,045$).

Salud Mental

Más del 52% de los entrevistados encuentra la vida interesante, y esta percepción es superior entre los hombres ($p=0,019$). La mayor parte de la población entrevistada, el 64,5%, está satisfecha con su vida, y esta respuesta predomina entre los varones ($p=0,005$).

Las mujeres dicen preocuparse más por las cosas (65,7% frente a 40,6% con una $p<0,0001$).
Tabla 13.

	Total	Hombres	Mujeres	P significación
¿Cómo encuentra la vida?	N=576	n=228	n=348	
Interesante		57,9	48,9	0,019
Rutinaria		29,7	29,3	
Aburrida		10,1	19,5	
NC		2,2	0,6	
Satisfacción con la vida	N=574	n=227	n=347	
Buena		68,3	62	0,005
Regular		28,2	30,8	
Mala		1,3	6,6	
NC		2,2	0,6	
¿Se preocupa por las cosas?	N=579	n=229	n=350	
Muy a menudo		40,6	65,7	<0,0001
Algunas veces		30,1	22,6	
Casi nunca		28,8	11,7	
Cómo valora su salud mental?	N=574	n=228	n=346	
Excelente		4,4	2	<0,0001
Buena		62,7	45,4	
Regular		28,9	41	
Mala		3,9	11,3	

Tabla 13. Área de recursos económicos. Respuestas en porcentajes.

Resultados

En el cuestionario Short Psychiatric Evaluation Schedule (SPES), tabla 14, el 29,6% obtuvo una puntuación superior a 5, lo que indica la necesidad de hacer despistaje de patología psiquiátrica. Además hay diferencia por sexo, siendo las mujeres quienes presentan mayor puntuación (36,9% frente a 18,6% de los hombres).

Las respuestas verdaderas y su distribución por sexo se representan en la tabla, y salvo en “a veces he tenido deseos de abandonar el hogar”, “nadie parece comprenderme”, “se trama algo contra mí”, “casi nunca noto palpitaciones ni me falta el aliento”; el resto tiene variación entre ambos sexos, mostrando una visión significativamente más negativa entre las mujeres.

	Total	Hombres	Mujeres	p
Despierto fresco y descansado casi todas las mañanas	578	66,4	43,6	<0,0001
Mi vida está llena de cosas que me mantienen interesado	571	84,5	76,5	0,02
A veces he tenido muchos deseos de abandonar el hogar	575	6,6	10	0,159
Nadie parece comprenderme	571	5,8	9,2	0,139
He tenido periodos en que no podía ocuparme de nada porque no podía más	565	13,1	33,7	<0,0001
Mi sueño es irregular e inquieto	575	39,8	58,2	<0,0001
Soy feliz la mayor parte del tiempo	570	87,1	74,8	<0,0001
Pienso que se trama algo contra mí	570	4,9	7,5	0,218
Verdaderamente a veces siento que no sirvo para nada	570	24,6	32,4	0,045
Durante los últimos años he estado bien la mayor parte del tiempo	567	74,7	60,8	0,001
Me siento débil con mucha frecuencia	566	20,5	38	<0,0001
Me duele la cabeza muy pocas veces	570	77,5	63,3	<0,0001
No tengo ninguna dificultades para mantener el equilibrio cuando camino	571	65,6	47,7	<0,0001
Casi nunca noto palpitaciones y muy pocas veces me falta el aliento	570	60,2	54,4	0,17
Aún estando con gente, me siento solo la mayor parte de las veces	568	2,7	7	0,025

Tabla 14. Short Psychiatric Evaluation Schedule (SPES).

La valoración de la propia salud mental es peor entre las mujeres que la califican como mala o regular en un 52,3%, frente al 32,8% de los hombres ($p<0,0001$).

Resultados

En cuanto a la percepción de la salud global actual respecto a la de hace 5 años, tabla 15, el 71,4% opina que es igual o mejor, habiendo diferencia por sexo ($p=0,002$).

	Total	Hombres	Mujeres	p
Valoración de la salud mental	N=574	n=228	n=346	
Excelente		4,4	2	
Buena		62,7	45,4	<0,0001
Regular		28,9	41	
Mala		3,9	11,3	
NC		0	0,3	
Su salud desde hace 5 años es?	N=576	n=229	n=347	
Mejor		3,5	7,5	
Igual		74,7	59,4	0,002
Peor		21,4	32,9	
NC		0,4	0,3	

Tabla 15. Salud mental por sexo. Respuestas en porcentajes.

Actividades de la vida diaria.

Actividades instrumentales de la vida diaria-AVD-I.

Estas actividades engloban aquéllas en cuya ejecución interviene alguna tarea o acción de tipo instrumental y, en general, son las que primero se afectan con el paso de los años.

Según la encuesta, casi el 83% de los entrevistados puede utilizar el teléfono sin ayuda, mientras que para el 10,9% resulta imposible su uso habitual. El 72% puede llegar a pie a los sitios sin necesidad de ayuda; puede hacer la compra el 60,6% de la población entrevistada; preparar la comida el 53%; el 78,9% pueden tomar sus medicamentos, y el 82% administran su dinero. En todos los casos, tal como se refleja en la tabla 16, hay variación por edad y sexo ($p<0,0001$).

Resultados

	Total	Hombres			Subtotal hombres	Mujeres			Subtotal mujeres
		65 a 74	75 a 84	85 y más		65 a 74	75 a 84	85 y más	
	N= 635	n=59	n=127	n=64	250	n=83	n=190	n=106	379
Usar el teléfono									
Sin ayuda	82,8	98,3	89	65,6	85,2	95,2	89,5	57,5	81,8
Con ayuda	6,1	0	3,1	12,5	4,8	1,2	5,3	15,1	7,1
Imposible	10,9	1,7	7,9	21,9	10	3,6	5,3	26,4	10,8
p significación	<0,0001			<0,0001					
Llegar a pie									
Sin ayuda	72	96,6	81,1	62,5	80	95,2	72,6	35,8	67,5
Con ayuda	18,7	1,7	9,4	23,4	11,2	2,4	25,8	35,8	23,5
Imposible	9	1,7	8,7	12,5	8	12,5	2,4	1,6	9,2
p significación	0,001			<0,0001					
Hacer la compra									
Sin ayuda	60,6	84,7	70,1	31,3	63,6	86,7	64,7	27,4	59,1
Con ayuda	22,2	13,6	17,3	37,5	21,6	8,4	24,7	29,2	22,4
Imposible	17,2	1,7	12,6	31,3	14,8	4,8	10,5	43,4	18,5
p significación	<0,0001			<0,0001					
Preparar la comida									
Sin ayuda	53,1	44,1	27,3	14,1	27,9	92,8	77,4	39,6	70,2
Con ayuda	28,1	44,1	53,9	40,6	48,2	4,8	12,6	26,4	14,8
Imposible	17,9	6,8	18,8	43,8	22,3	2,4	9,5	34	14,8
p significación	<0,0001			<0,0001					
Hacer las cosas de casa									
Sin ayuda	34,9	52,5	26,6	9,4	28,3	72,3	38,9	15,1	39,6
Con ayuda	42,6	40,7	50,8	43,8	46,6	24,1	44,7	44,3	40,1
Imposible	21,9	3,4	22,7	43,8	23,5	3,6	16,3	40,6	20,3
p significación	<0,0001			<0,0001					
Tomar sus medicamentos									
Sin ayuda	78,9	96,6	85,2	54,7	80,1	95,2	84,2	55,2	78,6
Con ayuda	11,3	1,7	7	29,7	11,6	2,4	11,1	21	11,9
Imposible	9,1	1,7	7,8	15,6	8,4	2,4	4,7	23,8	9,5
p significación	<0,0001			<0,0001					
Administrar dinero									
Sin ayuda	82	98,3	89,1	65,6	85,3	96,4	86,3	57,1	80,4
Con ayuda	6,5	0	2,3	18,8	6	1,2	7,4	10,5	6,9
Imposible	11,5	1,7	8,6	15,6	8,8	2,4	6,3	32,4	12,7
p significación	<0,0001			<0,0001					

Tabla 16. Actividades de la vida diaria instrumentales. Porcentajes por edad y sexo. Nota: Cuando la suma de porcentajes no alcanza el 100% corresponde a los no contestados.

Resultados

		Hombres			Subtotal	Mujeres			Subtotal
	Total	65 a 74	75 a 84	85 y más	hombres	65 a 74	75 a 84	85 y más	mujeres
	N=631	n=59	n=128	n=64	251	n=83	n=191	n=106	380
Comer									
Sin ayuda	91,7	98,3	98,3	81,3	91,6	96,4	96,9	79,2	91,8
Con ayuda	4,4	1,7	2,3	14,1	5,2	2,4	1,6	9,4	3,9
Imposible	3,9	0	3,9	4,7	3,2	1,2	1,6	11,3	4,2
p significación		p=0,002				<0,0001			
Vestirse									
Sin ayuda	82,4	93,2	85,9	67,2	82,9	95,2	85,9	67	82,6
Con ayuda	11,6	6,8	6,3	23,4	10,8	3,6	12,6	17,9	12,1
Imposible	6	0	7,8	9,4	6,4	1,2	1,6	15,1	5,3
p significación		p<0,0001				<0,0001			
Cuidar su apariencia									
Sin ayuda	87,6	98,3	89,1	75	87,6	97,6	93,2	71,7	88,2
Con ayuda	6,1	1,7	3,9	12,5	5,6	1,2	4,7	13,2	6,3
Imposible	6,3	0	7	12,5	6,8	1,2	2,1	15,1	5,5
p significación		p=0,002				<0,0001			
Andar									
Sin ayuda	72,7	91,5	81,3	51,6	76,1	92,8	77,5	42,5	71,1
Con ayuda	22,9	6,8	14,1	42,2	19,5	6	20,4	47,2	24,7
Imposible	4,4	1,7	4,7	6,3	4,4	1,2	2,1	10,4	4,2
p significación		p<0,0001				<0,0001			
Acostarse									
Sin ayuda	85,1	93,2	87,5	76,6	86,1	96,4	91,1	65,1	85
Con ayuda	9,9	5,1	7	15,6	8,8	2,4	6,8	22,6	10,3
Imposible	5	1,7	5,5	7,8	5,2	1,2	2,1	12,3	4,7
p significación		p=0,088				<0,0001			
Bañarse									
Sin ayuda	72,4	93,2	78,1	54,7	75,7	95,2	78	38,1	70,7
Con ayuda	16,5	5,1	12,5	28,1	14,7	1,2	16,2	33,3	17,7
Imposible	11,1	1,7	9,4	17,2	9,6	3,6	5,8	28,6	11,6
p significación		p<0,0001				<0,0001			

Tabla 17. Actividades de la vida diaria básicas. Porcentajes por edad y sexo. Nota: Cuando la suma de porcentajes no alcanza el 100% corresponde a los no contestados.

Actividades básicas de la vida diaria-AVD.

Comer, vestirse, cuidar la apariencia, andar, acostarse y asearse son tareas de la vida diaria básicas que se conservan hasta que ya hay un deterioro evidente.

Así, casi el 92% de los ancianos pueden comer sin ayuda, se visten solos el 82,4%; el 87,6% pueden cuidar su apariencia y el 72,4% pueden bañarse solos. En todos los casos hay variación por edad y sexo. Los resultados se reflejan en la tabla 17.

Salud física y uso de medicamentos

Incontinencia urinaria

A la pregunta acerca de si en algún momento se le ha escapado la orina en las últimas 48 horas, responde afirmativamente el 21,9% de la muestra, siendo más frecuente entre las mujeres ($p=0,042$). Además la probabilidad de tener incontinencia se incrementa con la edad, sobre todo en las mujeres ($p<0,001$).

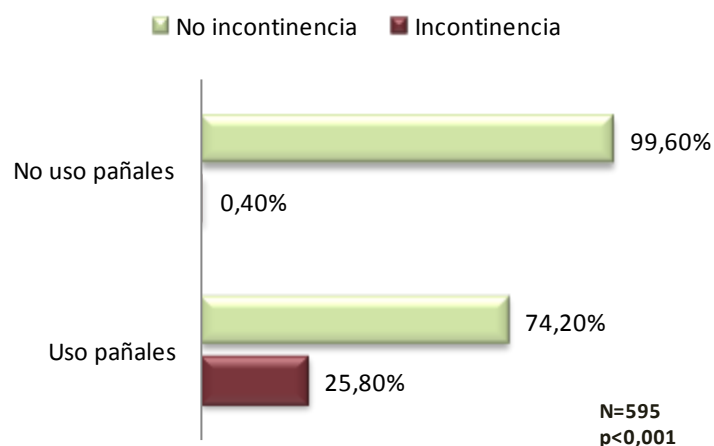


Figura 20. Relación incontinencia urinaria con uso de pañales.

Resultados

Al contrastar si tienen incontinencia con el uso de pañales, encontramos que no siempre se correlacionan ambas variables ($p<0,001$). Figura 20.

Uso de medicamentos.

El 57,2% toma fármacos para la hipertensión arterial (HTA); el 35% antiagregantes o anticoagulantes orales; casi el 32% medicación para el estómago, toda ella del grupo de los inhibidores de la bomba de protones (IBP); el 26,5% toma medicinas para los nervios, y casi el 17% hipnóticos para dormir. Tabla 18.

MEDICAMENTOS	TOTAL=621	Hombres	Mujeres	p
Artritis	22,9	15,1	27,9	<0,0001
Dolor	23	15,9	27,7	0,001
Hipertensión arterial	57,2	57,6	57,9	0,87
Bronquitis-asma	9,7	15,9	5,6	<0,0001
Insuf. Cardíaca-arritmias	15,3	17,1	14,1	0,3
Cardiopatía isquémica	9,8	13,1	7,7	0,029
Anticoagulantes-antiagregantes	35	40,8	31,2	0,014
Circulación	26,7	20,8	30,5	0,008
Antidiabéticos orales	12,9	16,7	10,4	0,021
Estómago	31,9	26,2	35,6	0,015
Nervios	26,6	16,7	33,1	<0,0001
Para dormir	27	15,1	34,8	0,0001

Tabla 18. Uso de medicamentos. Porcentaje por sexo.

En el caso de los IBP, al correlacionar el tratamiento con la percepción de padecer del estómago, casi el 26% de los entrevistados los toman sin padecer nada ($p<0,001$).

La agudeza visual la califican como buena o excelente el 61,3% de los entrevistados, y la auditiva el 60%; en ambos casos se aprecia un deterioro significativo con la edad ($p<0,0001$).

Resultados

Las enfermedades más frecuentes, desde su punto de vista, son las de tipo reumático, incluyendo las patologías articulares degenerativas, seguidas de hipertensión arterial, enfermedades respiratorias y digestivas. Tabla 19.

ENFERMEDAD	TOTAL=621	Hombres	Mujeres	p
Reumatismo	58,9	46,5	67,2	<0,0001
Bronquitis/Asma	12,6	21	7	<0,0001
Hipertensión	23,3	19	26,1	0,21
Cardiopatía isquémica	10,7	12,7	9,4	1,13
Insuficiencia cardíaca	12,2	12,3	12,2	0,31
Diabetes	10,1	12,7	8,3	0,001
Patología gástrica	12,5	11,4	13,1	1,19
Tumores	2,5	3,4	1,9	0,37
Accidente cerebrovascular	3,7	3,8	3,6	0,5
Demencia	8,6	5	11,1	0,06

Tabla 19. Enfermedades. Porcentaje por sexo.

Utilización de servicios. Services Assessment Questionnaire, SAQ.

Se han clasificado en cuatro grupos: área de mantenimiento básico o diario; área de servicios sanitarios; área de servicios sociales, y entretenimiento y área de sostenimiento.

Área de mantenimiento básico o diario.

Engloba las funciones que facilitan el desempeño de la vida diaria, cuidados personales, reeducación, control y comprobación, supervisión, tareas domésticas y preparación de comidas.

Resultados

Transporte.

A la pregunta, ¿quién le lleva cuando necesita ir de compras, visitas o para ir al médico?, el 25,2% responde que ellos mismos; esta posibilidad va disminuyendo con la edad ($p<0,0001$), y aumenta, sin embargo, la necesidad de transporte por parte de algún familiar ($p<0,0001$), o usando organismos públicos ($p=0,001$). Tabla 20.

	Total	65-74	75-84	85 y más	p significación
Transporte	640				
Usted mismo	25,2	43,7	25,2	11,4	<0,0001
Familiar	55	41,5	54	67,6	<0,0001
Transporte público	72,7	84,5	78,9	51,7	<0,0001
Orgtanismo público	6,1	1,4	5,3	11,4	0,001

Tabla 20. Uso de transporte.

Servicios sociales/entretenimiento.

Los resultados se reflejan en la tabla 21, y la valoración se hace en base a tres preguntas que engloban cursos y talleres, viajes y ejercicio físico.

	Total	65-74	75-84	85 y más	p
Participan en actividades sociales	18,5	27,5	19,6	9,5	<0,0001
Cree que lo necesita	38,7	55,4	40,8	20,6	<0,0001
Participa en viajes?	31,8	34	36,3	20	0,003
Cree que lo necesita	34,4	62,8	31,5	11,3	<0,0001
Hace deporte?	8,5	17	6,9	3	<0,0001
Cree que lo necesita	16,8	32,9	13,9	6,1	<0,0001

Tabla 21. Servicios sociales y de entretenimiento. Porcentajes por edad.

¿En los últimos seis meses ha participado en alguna de las actividades que organizó el Concello, la Xunta, el Gobierno, Cajas de Ahorros, parroquia, etc.? Responde

afirmativamente el 18,5%, mientras que el 38,7% considera necesario hacerlo, en ambos casos esta posibilidad va disminuyendo a medida que aumenta la edad ($p<0,0001$).

A la pregunta, ¿durante los últimos años ha realizado alguno de los viajes organizados por esas entidades o el IMSERSO? Responde afirmativamente el 31,8%, mientras que el 34,4% lo considera necesario; en ambos casos hay variación en función de la edad.

¿Durante los últimos seis meses participó en algún programa de ejercicio físico o deporte organizado por esas instituciones? El 8,5% responde afirmativamente; el 16,8% lo considera necesario ($p<0,0001$).

Entrenamiento paliativo o de preparación para las actividades de la vida cotidiana.

Cuando se les pregunta acerca de si han asistido a algún curso de educación de adultos, rehabilitación de lenguaje o de aprendizaje de actividades personales como vestirse, cocinar, leer, caminar, etc. El 97,4% responde negativamente, y tan solo el 5,6% considera que necesita este entrenamiento, en ambos casos, tal como se refleja en la tabla 22, hay diferencia con la edad ($p<0,0001$).

	Total	65-74	75-84	85 y más	p significación
Entrenamiento en actividades habituales	N=644				
No	97,4	98,6	99,1	93,3	<0,0001
Lo cree necesario	5,6	1,4	3,1	13,6	<0,0001

Tabla 22. Entrenamiento en actividades de la vida cotidiana.

Servicios de atención a la salud mental.

¿Ha recibido en los últimos seis meses alguna orientación o tratamiento por problemas familiares o personales, por problemas nerviosos o emocionales? Responden negativamente el 92,2% y no lo consideran necesario.

Resultados

Estuvieron ingresadas por problemas nerviosos o emocionales 7 personas en los seis meses previos; 32 consultaron por este motivo, y de ellas, el 6,25% recibió más de 4 sesiones, pagando por ello el 22,9% de los asistidos.

Medicamentos psicotrópicos.

A la pregunta, ¿ha tomado usted algún medicamento recetado para los nervios en los últimos seis meses, tales como sedantes, tranquilizantes o para la depresión? Responde negativamente el 76,3%, y considera que los necesitaría el 41,6%. En ambos casos hay diferencia por sexo ($p<0,0001$) no por edad. Tabla 23.

	Total	Hombres	Mujeres	p
Toma psicofármacos	23,8	13,3	30,6	<0,0001
Necesita psicofármacos	41,5	23	53,4	<0,0001

Tabla 23. Medicamentos psicotrópicos. Porcentajes por sexo.

Servicios de cuidados personales.

Respecto a si durante los últimos seis meses ha tenido a alguien que le ayudara en el cuidado personal diario (bañarse, vestirse, darle la comida o ayudarle en el aseo diario), el 23,2% responde afirmativamente, y hay variación en función de la edad ($p<0,0001$) no por sexo. La ayuda procede de algún familiar (78%), y durante más de hora y media al día (71,4%). El 80,5% no considera estos servicios necesarios ($p<0,0001$).

Cuidados de enfermería y fisioterapia.

A la pregunta, ¿durante los últimos seis meses ha recibido soporte de enfermera o practicante para tomarle la tensión arterial, cambiarle sondas, etc.? El 54,2% responde afirmativamente, y el 56,1 lo considera necesario.

Respecto a ejercicios de rehabilitación física, respiratoria u otros, recibe fisioterapia el 11,5% de la población entrevistada, y cree necesitarla el 24,5%, habiendo una tendencia a considerarla necesaria a menor edad ($p=0,017$).

Servicios de control.

El 44,8% no ha tenido a nadie que haya estado pendiente de cómo se encontraba al menos cinco veces por semana, aunque sea por teléfono, y el 49,8% considera que lo necesita, en ambos casos hay tendencia mayor con la edad ($p<0,0001$).

Tareas domésticas.

El 55,4% tiene a alguien que les ayuda regularmente para hacer las cosas de casa, como limpiar, lavar la ropa, etc. Suele ser un familiar en colaboración o no con otras personas. Cree que es necesario el 62,7%, y la probabilidad aumenta en función de la edad ($p<0,0001$).

	Hombres			Subtotal		Mujeres			Subtotal
	65 a 74	75 a 84	85 y más	hombres		65 a 74	75 a 84	85 y más	mujeres
	n=58	n=129	n=66			n=82	n=193	n=112	
Alguien le prepara la comida?	69	74,4	84,8	75,9	7,3	21,8	57,1	28,9	
p significación	0,102					<0,0001			
Cree que lo necesita?	61,4	69,3	83,3	71,2	8,4	23,6	58,6	30,4	
p significación	<0,0001					<0,0001			

Tabla 24. Preparación de comidas. Porcentajes por edad y sexo.

Para preparar la comida el 47,5% recibe ayuda, y ésta procede fundamentalmente de un familiar (el 46,5% lo considera necesario), la tendencia aumenta con la edad y en el sexo masculino ($p<0,0001$). Así, en la tabla 24 se puede comprobar cómo los hombres reciben

ayuda para esta tarea en cualquier tramo de edad, sin embargo, en las mujeres sólo es significativo en las más mayores ($p < 0,0001$). Al 29,7% de las mujeres les preparan la comida frente al 76,1% de los hombres ($p < 0,0001$).

RESPUESTAS DEL INFORMANTE

En nuestro estudio se encontraban solos 252 ancianos, un 38,41% de la muestra, y estaban presentes 404 personas acompañando al anciano entrevistado, que se consideraron informantes.

En primer lugar se analiza la relación que tienen y se representa en la figura 21.

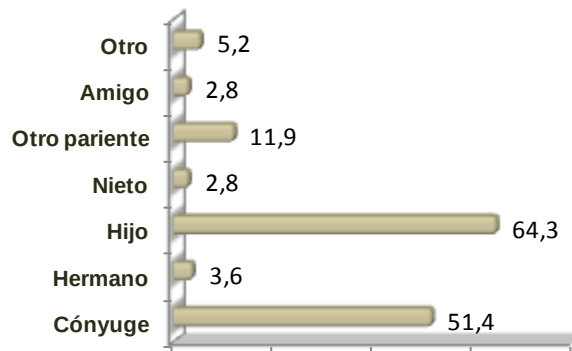


Figura 21. Relación del informante con el entrevistado.

Después se le pregunta acerca de los recursos sociales y económicos y cómo considera la salud física y mental del anciano.

Recursos sociales

El 92,6% opina que esa persona se lleva muy bien con la familia y los amigos. A la pregunta, ¿hay alguien que le ayudaría en todo si estuviera enfermo o incapacitado? El

95,3% opina que sí, y de éstos, el 76,3% cree que sería indefinidamente; el 17,7% por un corto período; el 4,9% ocasionalmente, y el 0,3% nunca.

Recursos económicos

Se les preguntó sobre su percepción acerca de la cobertura de las necesidades básicas de comida, vivienda, ropa, cuidado médico y “extras” o caprichos. Salvo la última respuesta, extras o caprichos, el resto están muy bien valorados.

Salud mental

Se evaluó en base a cinco preguntas: *¿Muestra sentido común para hacer juicios o tomar decisiones?; ¿Es capaz de hacer frente a los problemas graves que ocurren en la vida?; ¿Cree que encuentra la vida interesante y divertida?; ¿Cómo valoraría su situación mental y emocional o su capacidad para razonar en este momento, comparando con otras personas que tienen una vida independiente?; ¿La salud mental o emocional o su capacidad de razonar es mejor, igual o peor que hace cinco años?.*

Salud mental actual					
	Total	65-74	74-84	85 y más	p significación
Sentido común	78,3	94,8	83,7	59,8	<0001
Capacidad de afrontamiento	56,6	79,2	64,6	30,7	<0,0001
Encuentra vida interesante	64,9	84,4	65,6	52	<0,0001
Capacidad mental actual					
Excelente	3,3	9,1	2,1	1,6	<0,0001
Buena	56,5	71,4	63,9	36,2	
Regular	23,4	13	22,7	30,7	
Mala	16,6	5,2	11,3	31,5	
Respecto a hace 5 años					
Igual o mejor	57,8	75,3	62,9	39,3	<0,0001
Peor	42,2	24,7	37,1	60,6	

Tabla 25. Percepción del estado de salud mental por el acompañante. Porcentaje por edad.

Resultados

Como se puede ver en la tabla 25, en general, hay un deterioro progresivo con la edad ($p<0001$).

Salud física

Como se refleja en la tabla 26, se han hecho dos preguntas, ¿cómo valoraría su salud en este momento?, ¿en qué medida los problemas de salud le dificultan hacer las cosas? En ambos casos el deterioro se relaciona con la edad ($p<0,0001$).

Salud física actual					
	Total	65-74	74-84	85 y más	p significación
Mala	14,8	5,2	14,9	20,5	<0,0001
Regular	52,1	41,6	53,8	55,9	
Buena	30,1	46,8	29,7	20,5	
Excelente	2,8	6,5	1,5	2,4	
Interfiere en su vida?					
Mucho	37,3	15,6	31,8	59,1	<0,0001
Un poco	42,9	48,1	48,7	30,7	
Nada	19,5	36,4	19,5	9,4	

Tabla 26. Percepción de la salud física por el acompañante. Porcentajes por edad.

INFORMACIÓN DEL ENCUESTADOR

Una vez terminada la entrevista, el encuestador debe hacer la valoración de la calidad de la información recibida, tanto de las preguntas objetivas como de la información subjetiva.

La principal fuente de información objetiva ha sido el propio anciano (87,8%) y el familiar o acompañante se convierte en el informador clave conforme aumenta la edad ($p<0,0001$).

Figura 22.

Resultados

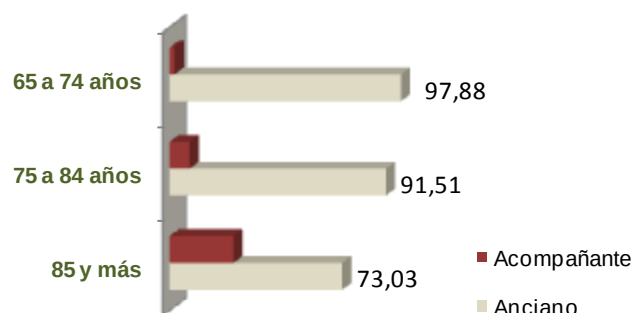


Figura 22. Fuente principal de información. Porcentaje según la edad.

Las preguntas objetivas obtenidas del sujeto y/o del informante son calificadas por los entrevistadores en un 98,1% como de total confianza en la mayor parte de la entrevista. Y las subjetivas en un 95%, éstas se han obtenido sólo de los sujetos y vienen marcadas en la entrevista.

Recursos sociales

Entre esta serie de frases se pide al entrevistador que elija la que mejor define la disponibilidad de ayuda que tiene o que tendría el anciano de estar enfermo o incapacitado. “Como mínimo una persona podría encargarse indefinidamente, tanto tiempo como necesitase”; “como mínimo una persona se podría encargar durante unas semanas o meses”; “la ayuda estaría disponible sólo ocasionalmente para llevarlo al médico, hacerle la comida, etc.”; “no tendría ayuda, sólo una posibilidad en una emergencia”.

		Hombre	Mujer	
	N=653	255	398	p significación
No tiene ninguna ayuda	3,37	3,14	3,52	
Ayuda sólo de vez en cuando	11,94	6,66	15,33	
Ayuda durante un tiempo	28,94	25,88	30,9	0,0008
Ayuda indefinida	55,74	64,31	50,25	

Tabla 27. Valoración de los recursos sociales del anciano por el entrevistador. Porcentaje por sexo.

Resultados

Como se puede ver en la tabla 27, la mayor parte de los ancianos entrevistados (55,7%) podrían tener ayuda indefinidamente, y un 3,4% no tiene ningún tipo de ayuda. Hay variación en función del sexo, $p=0,001$.

Para describir las relaciones sociales prevalece la opinión de que son moderadamente satisfactorias (70,6%), y nada satisfactorias en un 16,5%.

Recursos económicos

En primer lugar se le pide que escoja la mejor definición de sus ingresos y los resultados se aprecian en la figura 23. En este caso hay cambios en función del sexo ($p<0,0001$).



Figura 23. Valoración de la situación económica del anciano valorada por el entrevistador.

Las necesidades suelen estar cubiertas sin permitirse lujos (53,7%), hasta el 41,8% pueden permitírselos; para el resto, alguna de las necesidades básicas (ropa, comida o vivienda) queda descubierta. En cuanto a si tiene reservas financieras, prevalece en 62% la opinión favorable ($p=0,05$).

Salud Mental

El 85,9% muestra sentido común para formular juicios y tomar decisiones. El 66,9% es capaz de afrontar los problemas graves que le ocurren. Y según el entrevistador el 74,3% encuentra la vida interesante y divertida. Como se refleja en la tabla 28 influye la edad.

	% subtotal	65-74	75-84	85 y más	p significación
Capacidad de decisión	85,9	97,2	90,7	68,3	<0,0001
Afrontar problemas	66,9	88,7	71,4	66,9	<0,0001
Vida interesante	74,3	82,4	76,7	63,7	0,001

Tabla 28. Valoración de la capacidad mental del entrevistado por el entrevistador.

Para definir el estado de los sujetos durante la entrevista el encuestador ha marcado diferentes posibilidades, así: el 78,2% ha estado en alerta; el 84,8% ha estado agradable o participativo y el 10,1% distraído o letárgico; en estos casos hay variación en función de la edad. Tabla 29.

	Hombres					Mujeres			
	Total	65-74	75-84	85 y más	Subtotal	65-74	75-84	85 y más	Subtotal
En alerta	78,2	91,5	78,7	65,6	78,4	94	81,8	59,3	78,1
p significación			0,002				<0,0001		
Participativo y agradable	84,8	91,5	78	84,4	82,8	91,6	90,6	77,8	87,2
p significación			0,069				0,002		
Depresivo	11	11,9	4,7	4,7	6,4	21,7	13,5	10,2	14,4
p significación			0,146				0,072		
Distraído o letárgico	10,1	0	10,2	15,6	9,2	3,6	7,3	16,7	9,1
p significación			0,73				0,45		

Tabla 29. Valoración del estado mental durante la entrevista.

PUNTUACIONES DE DETERIORO FUNCIONAL (PDF)

Se establecen para cada una de las siguientes áreas: red social, recursos económicos, salud mental, salud física y actividades de la vida diaria.

En cada una de las áreas, el entrevistador puntúa en una escala de uno a seis a la persona objeto de la entrevista, uno corresponde a la funcionalidad plena, y seis al deterioro absoluto. Las PDF obtenidas se representan en la figura 24.

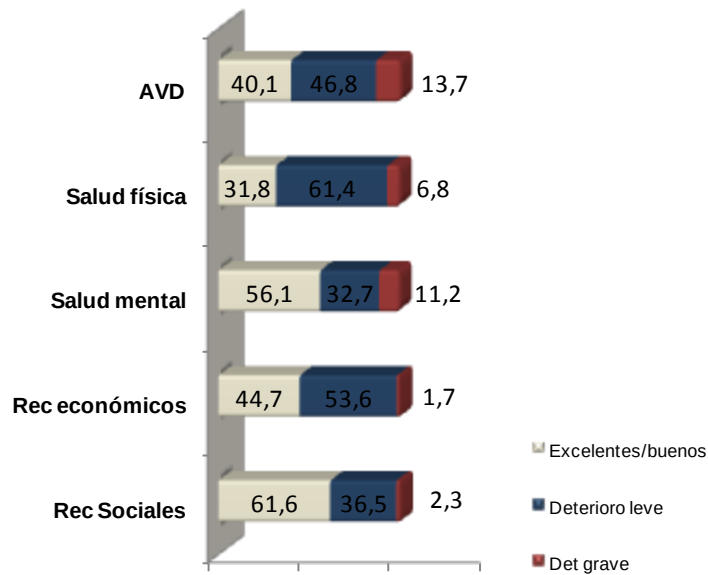


Figura 24. Puntuaciones de deterioro funcional.

Según esto, en recursos sociales, el 61,6% de la muestra tiene recursos considerados como buenos y excelentes, mientras el 2,3% carece de ellos o están muy deteriorados.

En recursos económicos tiene deterioro leve o moderado el 53,6% y el 1,7% carece de recursos o la insuficiencia es severa.

En cuanto a salud mental y física tiene deterioro severo el 11,2% y el 6,8% respectivamente, y en AVD este deterioro afecta al 13,7%; en todos estos casos el deterioro se acentúa con la edad ($p<0,0001$).

Relación entre la valoración funcional realizada por el propio anciano y la realizada por el entrevistador

Recursos sociales

Cuando el anciano tiene a alguien en quien confiar, el entrevistador le puntúa mejor en recursos sociales; lo mismo sucede si no se encuentra solo, si ve a sus familiares tanto como quiere, o si tiene a alguien que le ayuda, siendo en estos últimos casos significativo.

Recursos económicos

En este apartado valora mejor al anciano si éste tiene dinero para extras o lo considera suficiente para cubrir necesidades futuras; si su situación económica es estable; o si los ingresos que tiene cubren bien sus necesidades ($p<0,001$).

Salud mental

Cuando el anciano no encuentra la vida aburrida, sino rutinaria o interesante, el entrevistador le puntúa mejor en salud mental. También sucede así cuando el entrevistado está satisfecho con la vida, y conforme mejora la valoración de su propia salud mental ($p<0,001$).

Salud física

El entrevistador mejora la valoración en este apartado cuando aumenta la percepción de la salud por el anciano, cuando éste no encuentra variación en los últimos cinco años, y cuando los problemas de salud no le producen impedimentos en su vida diaria ($p<0,001$).

Resultados

	CR	p	IC
RECURSOS ECONÓMICOS			
Alguien en quien confiar	-0,183	0,361	[(-0,57)-(-0,21)]
Se encuentra solo	-0,443	0,001	[(-0,54)-(-0,34)]
Ve a sus familiares tanto como quiere	-0,233	0,004	[(-0,39)-(-0,07)]
Alguien que le ayuda	-0,764	0,001	[(-0,98)-(-0,55)]
RECURSOS ECONÓMICOS			
Dinero para extras	-0,188	0,001	[(-0,26)-(-0,12)]
Dinero para cubrir necesidades futuras	0,013	0,140	[(0,004)-(-0,03)]
Situación económica actual igual a la de hace 5 años	-0,442	<0,001	[(-0,27, -0,61)]
Situación económica actual mejor a la de hace 5 años	-0,927	<0,001	[(-0,74),(1,11)]
Ingresos cubren necesidades medianamente bien	-0,499	<0,001	[(-0,36), (0,64)]
Ingresos cubren necesidades muy bien	-1,391	<0,001	[(0,32), 3,10]
SALUD MENTAL			
Encuentra la vida rutinaria	-0,529	<0,001	[(-0,33), (0,73)]
Encuentra la vida interesante	-0,809	<0,001	[(-0,62), (0,99)]
Está satisfecho con la vida	-0,654	<0,001	[(-0,33), (0,97)]
Valora como regular su salud mental	-0,596	<0,001	[(-0,35), (0,84)]
Valora como buena su salud mental	-0,906	<0,001	[(0,67), (1,14)]
Valora como excelente su salud mental	-1,457	<0,001	[(-1,03), (1,88)]
Su salud mental es igual que hace 5 años	-0,448	<0,001	[(-0,30), (0,59)]
SALUD FÍSICA			
Valora como regular su salud física	-0,653	<0,001	[(-0,43), (0,88)]
Valora como buena su salud física	-1,07	<0,001	[(-0,41), (1,73)]
Valora como excelente su salud física	-1,629	<0,001	[(-1,25), (2,01)]
Su salud física es igual que hace 5 años	-0,509	<0,001	[(-0,36), (0,66)]
Sus problemas de salud le producen un poco de impedimento	-0,574	<0,001	[(1,02), (2,17)]
Sus problemas de salud no le producen ningún tipo de impedimento	-1,129	<0,001	[(0,96),(1,29)]

Tabla 30. Relación entre la autovaloración del anciano y la puntuación en deterioro del entrevistador.
(CR: Coeficiente de regresión)

SALUD DE LOS CUIDADORES.

Como ya hemos dicho, seguimos la definición de Badía y el marco temporal de Márquez-González; de modo que, el cuidador principal informal, CPI, en nuestro estudio, es la persona encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria, durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica por ello y que lleva haciéndolo desde hace más de seis meses.

Con estos criterios restrictivos se ha entrevistado a 104 cuidadores. A quienes cumplían los criterios de inclusión y aceptaron participar en la prueba, que fueron todos a quienes se les planteó, se le tomaron datos de parentesco, sexo, edad, y se les pasó la encuesta de Zarit y la de Goldberg.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS CUIDADORES

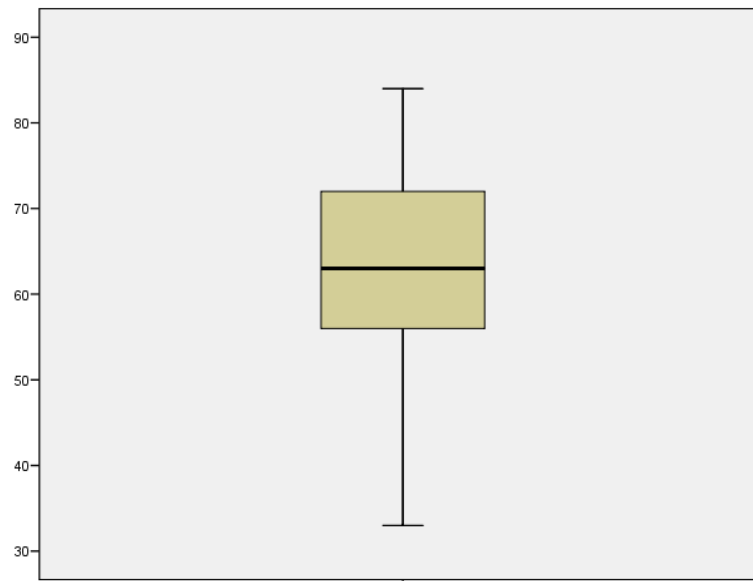


Figura 25. Diagrama de cajas donde se representa la edad media de los cuidadores.

El 84,5% de los CPI es mujer; la media de edad es de 63 años (figura 25), con una moda de 66, y el 78,3% dedica a esta tarea más de 8 horas diarias.

La relación más habitual con el sujeto de cuidado es la filial (47,5%) seguida de la conyugal (34,4%).

Valoramos la salud del cuidador mediante la Encuesta de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y la Escala GHQ-28, como indicamos en el apartado de Material y Métodos.

SOBRECARGA DEL CUIDADOR.

Encuesta Zarit.

La encuesta de Zarit consta de 22 preguntas, que se puntúan según la codificación internacional de 0-4 (siendo 0 nunca, y 4 casi siempre). El máximo de puntuación, por tanto, sería 88. Se considera “no sobrecarga” la puntuación menor o igual a 46, “sobrecarga moderada” entre 47 y 55, y “sobrecarga intensa” la puntuación superior a 56. En España lo habitual es codificar entre 1 y 5, lo que hace que puntúe más y que no se deba comparar con las encuestas internacionales.

Como recordamos, Zarit afirmó en 1985 que su escala no estaba pensada para establecer puntos de corte sino para hacer una valoración global del estado del cuidador. Desglosamos a continuación las respuestas, por el valor que tienen para recoger las necesidades y las demandas de los cuidadores.

En este estudio la escala se ha codificado para comparar tanto con estudios nacionales como internacionales. Así, al codificar de 0 a 4 resulta una media de 31,80 (IC 28,46-35,13) y, según la codificación seguida habitualmente para estudios nacionales (entre 1-5) resulta una media de 53,15 (IC 49,78-56,51).

Resultados

Podemos concluir que según estas puntuaciones, el 76,7% no tendrían sobrecarga; el 13,6% de los cuidadores tendría sobrecarga leve, y el 9,7% severa. Tabla 31.

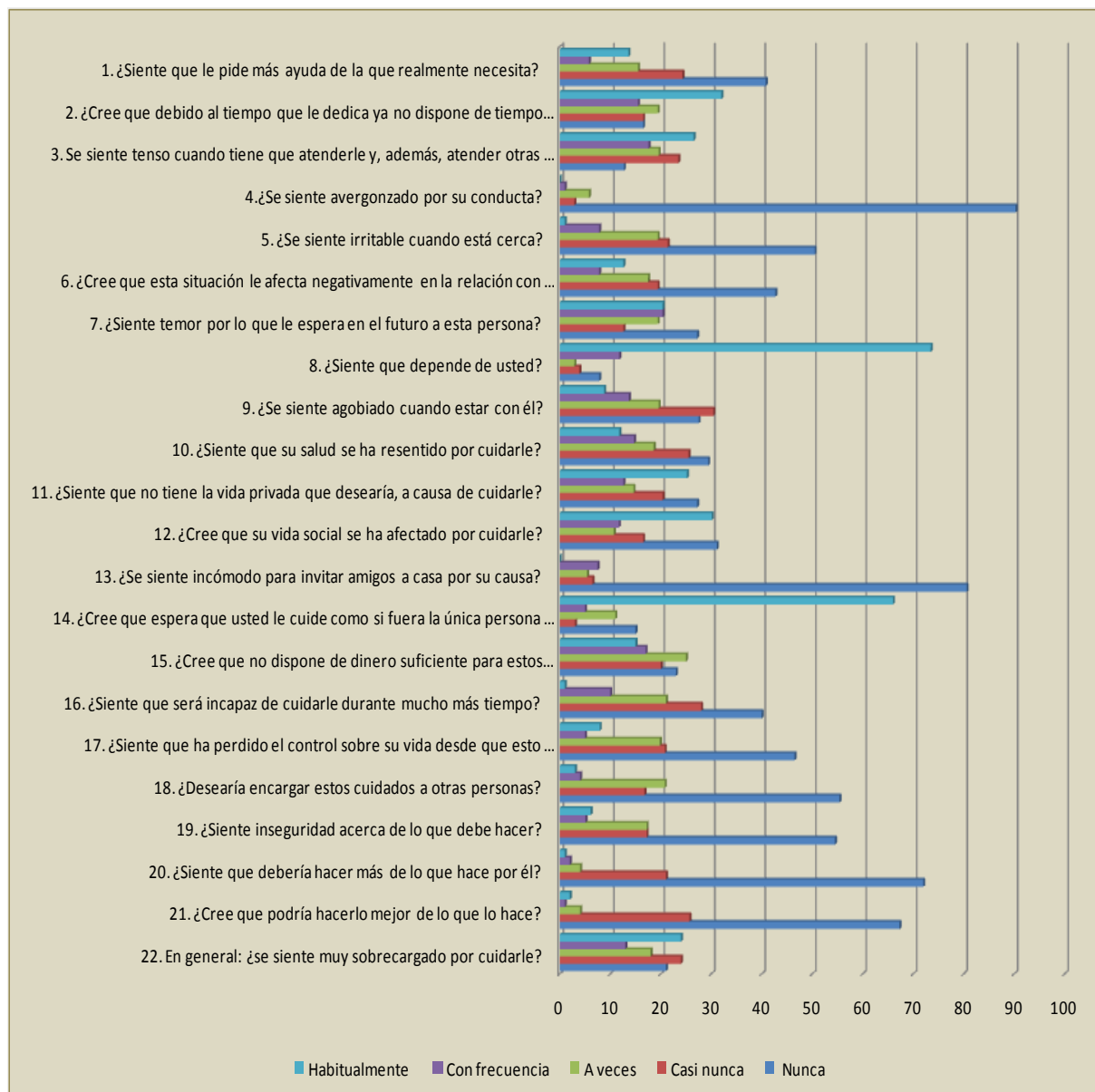


Tabla 31. Escala de Zarit.

Resultados

Hacemos a continuación la valoración de cada una de las respuestas:

Así, a la primera pregunta, *¿siente que su familiar solicita más ayuda de las que realmente necesita?*, el 40,8% no se lo ha planteado nunca, y el 13,6% de forma habitual.

¿Cree que debido al tiempo que le dedica ya no dispone de tiempo suficiente para usted?, el 32% responde que sí, y al 35% le sucede con frecuencia.

¿Se siente tenso cuando tiene que cuidarle y atender, además, otras responsabilidades? Para el 26,5% es habitual, y para el 37% frecuente.

¿Se siente avergonzado por su conducta?, el 90,3% de las cuidadoras responde que nunca.

El 8,8% siente irritabilidad al cuidar.

El 42,7% considera que el hecho de cuidar nunca le ha afectado negativamente en las relaciones sociales; mientras que al 37% sólo le afecta ocasionalmente.

A la pregunta, *¿siente que la persona cuidada depende de usted?*, responden que “siempre” el 73,5% de los cuidadores, y frecuentemente el 11,8%.

El 58% no se ha sentido agobiado prácticamente nunca.

¿Considera que su salud se ha resentido por el cuidado?, el 29,4% responde que nunca, y el 11,8% de manera habitual.

Por este motivo han perdido totalmente la vida privada el 25,2% de las cuidadoras; con frecuencia el 12,6%, y ocasionalmente el 35%. El 46,5% nunca ha sentido la pérdida del control de su vida con esta situación.

La tarea de cuidar afecta habitualmente a la vida social del 30% de los cuidadores. El 80,6% nunca se ha sentido incómodo con esta situación para invitar a los amigos a casa.

A la pregunta, *¿Considera que la persona cuidada espera todo de usted, como si no hubiera nadie más?* responde afirmativamente el 66% de los cuidadores.

El 54,5% nunca ha sentido inseguridad respecto a lo que debe hacer.

A la pregunta, *¿siente que debería hacer algo más de lo que hace?* el 72% responde que no.

El 67,3% nunca ha creído que podría hacerlo mejor.

En la última pregunta de esta encuesta se les preguntó si, en general, se sentían sobrecargados por los cuidados. El 21% contestó nunca; el 24% casi nunca; el 18,5% a veces; el 13% con frecuencia, y el 24% siempre.

Escala de Goldberg-GHQ-28

El cuestionario consta de 28 ítems separados en cuatro partes, cada una con siete preguntas, la primera evalúa síntomas somáticos, la segunda ansiedad e insomnio, la tercera disfunción social, y la cuarta depresión severa.

El entrevistado tiene 4 posibles respuestas progresivamente peores, y debe subrayar la que más se ajusta a su situación en las últimas semanas.

El punto de corte se pone en 5/6, lo que significa que se considera normal hasta 5, y de 6 en adelante indicativo de trastorno psicológico.

Así, el 62.5% de los cuidadores entrevistados está por encima de 6; y con la valoración likert, es decir, sumando la puntuación, la media es de 15,37 (IC al 95% 14,34-16,39).

IMPACTO DEL ESTADO FUNCIONAL DEL ANCIANO EN LA SOBRECARGA Y EN LA SALUD DE LOS CUIDADORES.

Como ya hemos visto, el estado funcional del anciano se ha valorado en base a sus recursos sociales y económicos; su salud física y mental, y la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria.

La situación de los cuidadores se ha valorado en base a la Encuesta de Sobrecarga de Zarit y al GHQ-28 de Goldberg.

		SOBRECARGA			
		NINGUNA	LIGERA	INTENSA	p significación
RECURSOS SOCIALES	Excelentes-buenos	38,6	14	47,4	0,6
	Leve-moderado	38,1	14,3	47,6	
	Grave-absoluto	66,7	33,3	0	
RECURSOS ECONÓMICOS	Excelentes	56,3	12,5	31,3	0,003
	Deteriorados	24,1	16,7	59,3	
SALUD MENTAL	Excelentes-buenos	55,2	13,8	31	0,98
	Leve-moderado	35,9	20,5	43,6	
	Grave-absoluto	29,4	8,8	61,8	
SALUD FÍSICA	Excelentes-buenos	31,3	18,8	50	0,234
	Leve-moderado	47,6	12,7	39,7	
	Grave-absoluto	21,7	17,4	60,9	
AVD	Conservada	43,8	18,8	37,5	0,573
	Alterada	44,2	16,3	39,5	
	Muy alterada	32,6	11,6	55,8	

Tabla 32. Impacto del estado funcional del anciano en el grado de carga sentida por el cuidador principal.

En general, cuando comparamos estos parámetros con el grado de sobrecarga que tiene el cuidador principal medida por la Encuesta de Zarit, encontramos que no hay correlaciones

significativas. La excepción, como podemos ver en la tabla 32, son los recursos económicos; cuando éstos son buenos o excelentes, el 31,3% de cuidadores tienen sobrecarga intensa; mientras que si están regular o mal, la sobrecarga alcanza el 59,3% ($p=0.003$).

Cuando comparamos el estado funcional del anciano con la salud psíquica del cuidador, medida por la Escala GHQ-28, tabla 33, tampoco hay correlación significativa.

		ESTADO PSICOLÓGICO		
		NORMAL	TRASTORNO	p significación
RECURSOS SOCIALES	Excelentes-buenos	43,1	56,9	0,187
	Leve-moderado	31	69	
	Grave-absoluto	0	4,6	
RECURSOS ECONÓMICOS	Excelentes	41,7	58,3	0,348
	Deteriorados	32,7	67,3	
SALUD MENTAL	Excelentes-buenos	46,7	53,3	0,127
	Leve-moderado	41	59	
	Grave-absoluto	23,5	76,5	
SALUD FÍSICA	Excelentes-buenos	50	50	0,31
	Leve-moderado	37,5	62,5	
	Grave-absoluto	26,1	73,9	
AVD	Excelentes-buenos	56,3	43,8	0,108
	Leve-moderado	39,5	60,5	
	Grave-absoluto	27,3	72,7	

Tabla 33. Impacto del estado funcional del anciano en la salud del cuidador principal.

V. DISCUSSION

Las variables asociadas al deterioro funcional de los ancianos y la sobrecarga sentida por los cuidadores informales han sido analizadas en diversos estudios.^{1, 2, 7-9, 26, 28-30, 32, 39, 44, 48, 50, 51, 57, 59-61, 63-65, 68,69, 71, 72, 74-76, 78-81, 83, 85, 97, 98, 103, 105, 107-113, 116, 119,156}

Se desconoce si el deterioro funcional del anciano se correlaciona con la carga sentida por el cuidador principal, y con las alteraciones en la salud de éste. Esta fue la razón que hizo que estudiáramos, por una parte el deterioro funcional del anciano; por otra, la sobrecarga sentida y la salud del cuidador principal; y, finalmente, el impacto del estado funcional del anciano en el deterioro de su cuidador. Todo ello en el ámbito de la ciudad de Ourense, donde el índice de envejecimiento es muy elevado.

DISCUSIÓN DEL MÉTODO

Es importante conocer a priori las limitaciones que pueden aparecer por la elección del método de muestreo escogido.

En la primera etapa, y previamente al inicio del estudio, se analizó el Padrón de Ourense del año 2007. La selección de los ancianos incluyó a todas las personas mayores de 65 años de este ayuntamiento. Ante la imposibilidad de acceder a todos los ancianos de la ciudad, para garantizar la representatividad de la muestra y, por tanto, la validez externa, se hizo en primer lugar un muestreo sistemático estratificado por edad y sexo.

La muestra final estuvo constituida por 656 personas; 39,3% hombres, y 60,7% mujeres; de las 22282 personas mayores de 65 años que tenía la ciudad en ese momento.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA. NO RESPONDEDORES.

En previsión de las potenciales pérdidas que suceden al trabajar con encuestas de salud, el listado inicial incluía otro listado elaborado del mismo modo, con un porcentaje de reserva

del 40%. Pretendíamos sustituir al anciano excluido, por otro del listado paralelo perteneciente a su mismo tramo de edad. Sin embargo, como nos interesaba conocer si había algún impacto del estado funcional de los ancianos en la salud de sus cuidadores, ya desde inicio comprobamos que con el criterio tan restrictivo con que habíamos definido al cuidador principal (esto era, cuidando la mayor parte del día y al menos desde hacía seis meses) tendríamos una muestra insuficiente de cuidadores; por ese motivo reemplazamos a los ancianos excluidos con los de más edad del listado paralelo con el fin de aumentar esta muestra.

Entre las causas de exclusión se contemplaron la institucionalización, las itinerancias entre el hogar de diferentes hijos para los cuidados (que explicaban que no estuvieran presentes en esa dirección en el momento del contacto), la negativa a participar, no dar su consentimiento para la realización de la encuesta, los errores en la dirección y los fallecimientos.

Una vez obtenida la muestra y valoradas las causas de exclusión tratamos de aumentar la colaboración ciudadana porque en los estudios epidemiológicos la tasa de respuesta disminuye con la edad. Valoramos que en nuestro caso la encuesta OARS es larga, en torno a 35-45 minutos y además, se hace en el hogar habitual. Consideramos que este factor unido a otros más frecuentes en ancianos como la ansiedad que generan las situaciones novedosas³; los déficits sensitivos; los mayores tiempos de reacción,⁴ y la tendencia al aislamiento⁵, podrían explicar la negación a participar.

Para favorecer la participación en el estudio se hicieron varias intervenciones dirigidas a informar del objetivo del proyecto: una rueda de prensa en el salón de actos del Ayuntamiento de Ourense desde donde partió la difusión a los medios de comunicación locales (ver anexos); presentaciones a los profesionales sanitarios y trabajadores sociales en todos los centros de salud de la ciudad que son: A Cuña-Mariñamansa, A Ponte, A Carballeira, Novoa Santos y Valle Inclán; envío de cartas de presentación de la encuesta a los seleccionados con membrete del Ayuntamiento y del Servicio Gallego de Salud (ver

anexos III-IV), y por último, se concertaba la cita a través de contacto telefónico, si no lo tenían, o no contestaban, yendo a su casa.

Obtuvimos una tasa de respuesta del 73,33%; que consideramos muy buena, superior a la del estudio de calidad de vida realizado en esta provincia hace diez años, que fue del 63%, ya aceptable,^{97, 98} y similar a la de otros trabajos de este tipo.^{109,119}

EXCLUSIONES

El principal motivo de exclusión ha sido la negativa a participar, seguido de no haber podido localizar a esa persona anciana, fallecieron 19 personas y 7 fueron institucionalizadas. No hubo diferencia por sexo.

La negativa la explicamos por las causas que preveíamos al comienzo del estudio y que ya enumeramos; pero la imposibilidad de hallarlos engloba cualquier error de dirección y supuso el 30,86% de las exclusiones; el dato es preocupante ya que entre ellos están los llamados ancianos golondrina.²⁶⁻²⁸ En atención primaria de salud el conocimiento de la persona, de su familia y del entorno son herramientas básicas para la detección de posibles problemas sociales y sanitarios, así como para llevar a cabo un seguimiento. La informatización de la historia clínica en la comunidad gallega facilita el acceso a determinados datos y pruebas clínicas, pero para mejorar la atención a estos pacientes que se desplazan por temporadas habrá que articular algún sistema para que al menos tengan profesionales fijos asignados en cada lugar de residencia.

ENCUESTADOR

En el planteamiento del estudio, la selección de los encuestadores fue otro punto clave para garantizar la validez de los resultados. Aunque la encuesta OARS puede ser utilizada por distintos perfiles profesionales, nos decantamos por un único perfil, el de un psicólogo

con formación en investigación cualitativa, en encuesta OARS y experiencia en trabajos de campo y servicios sociales. En todo momento se iban revisando las encuestas realizadas para detectar y corregir errores derivados de la propia entrevista o del entrevistador, lo que permitía subsanar errores e incluso, completar información.

Al final del trabajo de campo el psicólogo que hacía las entrevistas tuvo que dejarlo y fue sustituido por una psicóloga de perfil similar.

Para evaluar la concordancia entre ellos, se consideró, tal como se comentó en el apartado de material y métodos, que el área crítica era la evaluación que hacen del perfil de deterioro funcional del individuo, en las áreas de recursos sociales, recursos económicos, salud mental, salud física y actividades de la vida diaria (AVD). Por ello el objetivo que nos marcamos, es que cada individuo fuera correctamente clasificado en un grupo, y ambos lo asignaran al mismo grado en todas las áreas objeto de evaluación. Observamos una concordancia total.

CUIDADOR PRINCIPAL

Uno de los factores a considerar al analizar este trabajo, es que no hay definición universal de cuidador principal informal. Entendíamos que para valorar las repercusiones del cuidado del anciano, era fundamental tener en cuenta el tipo de cuidado, las horas diarias empleadas y el marco temporal. Por eso, fuimos muy restrictivos y unimos los criterios de Badía y de Márquez González, de modo que cuidador principal era la persona encargada de ayudar en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica por ello, y que llevaba haciéndolo más de seis meses.

Incluir esta definición sería de gran importancia en los trabajos sobre cuidadores informales, orientando en la lectura crítica, debido a que los resultados pueden variar en función de definiciones más o menos laxas.

INSTRUMENTOS DE MEDIDA

La encuesta OARS-MFAQ.

Nos decantamos por utilizar la encuesta OARS por sus muchas ventajas y ser un instrumento de medición validado para su uso en castellano y gallego; porque valora todas las áreas funcionales del individuo, incluyendo consumo y demanda de servicios; porque había sido utilizada con éxito en Ourense previamente;^{97.98} porque dispone de un manual que facilita la uniformidad en su utilización, y porque en el estudio de Cabañero se comprobó que la escala de actividades de cuidado personal presenta un adecuado proceso de adaptación transcultural.⁹⁴

En su contra está que el tiempo empleado ronda los 45 minutos; que no permite profundizar en consumo de fármacos porque los agrupa, que considera las enfermedades sentidas, pero no las reales. Como se trataba de determinar el deterioro funcional, este último ítem lo dejamos tal cual estaba; pero para saber los fármacos que tomaban los entrevistados, se le dijo al psicólogo que solicitara que le mostraran los medicamentos que tomaban a diario.

La Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.

Pretendimos conocer el enfoque subjetivo de los efectos del cuidado, la carga de cuidar; porque, según el propio autor, la puntuación de carga obtenida es un indicador más fiable de institucionalización que el estado mental o los problemas de conducta del receptor de los cuidados.¹⁶⁷

En la mayoría de los estudios se utiliza con categorizaciones que, según Cabañero, se correlacionan con síntomas psicopatológicos en el cuidador, con síntomas físicos, así como con la calidad de la relación entre el cuidador y el receptor de cuidados.⁹⁴ Sin embargo,

fue el propio autor, Zarit, quien afirmó que su escala no estaba pensada para establecer puntos de corte sino para hacer una valoración global del estado del cuidador. Por este motivo pensamos que debíamos asociar otro instrumento de cribado de patología psiquiátrica, eligiendo para ello el Cuestionario de Goldberg.

Cuestionario General Health Questionnaire, GHQ-28.

Para el cribado de patología psiquiátrica nos decantamos por este instrumento porque se ha confirmado como uno de los mejores para estimar prevalencia en estudios epidemiológicos, está validado para su uso en castellano, es breve y de fácil ejecución.¹⁶⁹⁻

172

RESULTADOS

LA SALUD DE LOS ANCIANOS

Perfil sociodemográfico de la muestra

La esperanza de vida ha aumentado, para ambos sexos, desde principios del siglo XX; pero, sobre todo, en el caso de las mujeres en quienes, en el primer semestre del año 2010, ha alcanzado los 84 años frente a los 78 años en los hombres. Debido a esto, en el año 2011, las mujeres mayores españolas representan casi el 10% de la población total de este país. En nuestro trabajo en todos los tramos el porcentaje de mujeres era superior, pero las distancias se iban ampliando al aumentar la edad, siendo muy marcadas a partir de los 85 años. La mayor longevidad de la mujer es lo que determina la feminización del envejecimiento, además, como dice el informe del Instituto Nacional de Estadística de enero de 2011, es un factor demográfico del que participan todos los países de la Unión

Europea, aunque la longevidad sea menor en los países incorporados recientemente, antigua Europa del Este.¹⁷³

La edad media de la muestra fue de 80 años y casi un tercio de la misma, el 28%, superaba los 85 años. En el trabajo de M. Blanco la edad media de la muestra analizada en la misma provincia se situó en 77 años y el 17% de los encuestados tenía más de 85 años.^{97,98}

En cuanto al estado civil, se trataba fundamentalmente de personas casadas. El índice de viudez fue elevado, superior al 26% en toda la muestra, y sobre todo, entre las mujeres, afectando a más de la mitad de ellas (53,3%) por encima de los 85 años.

Nuestra hipótesis se centraba en que, además de la edad, existen otras variables que tienen un impacto importante en el deterioro. Y así, mientras la edad es una variable que no se puede modificar, la intervención sobre esas otras nos puede permitir emprender acciones concretas encaminadas a enlentecer el deterioro funcional de los ancianos e introducir mejoras en su calidad de vida y en la de sus cuidadores. Analizamos pues, esas posibles variables de la encuesta OARS.

En la variable estudios, el grado de escolarización era en general bajo y desigual entre hombres y mujeres. Más del 60% no había completado estudios primarios y de ellos, algunos no llegaron a iniciarlos, de modo que el 2,7% de la muestra no sabe leer ni escribir. En ambos sexos el indicador de nivel educativo es peor para el tramo de 75 a 84 años que para los mayores de 85 años. Se puede explicar porque a esas personas la Guerra Civil española les afectó en su primera infancia, dificultando o impidiendo el acceso a la enseñanza; por eso los estudios primarios no se iniciaron o no se completaron. Hay que recordar que en ese momento la mayor parte de la población vivía en aldeas y muchos tuvieron que dejar de estudiar para ayudar en el campo; además, el acceso a los estudios superiores era muy restringido y se necesitaba un potencial económico importante, primándose a los hombres a la hora de estudiar. Sin embargo, de los que tenían más de 85 años, algunos ya eran adolescentes en aquél momento, con estudios iniciados o completos y no se vieron afectados.

En el trabajo de Tomás Aznar realizado en Zaragoza, no tienen estudios completos el 40,6% de los ancianos; nuestros resultados son intermedios entre los suyos y los publicados por el INE, donde se indica que el nivel educativo de casi el 83% de las personas mayores no traspasa los estudios primarios, las mujeres tienen una mayor tasa de analfabetismo, y su representación es muy escasa dentro de las personas con educación superior.¹⁷³ La tasa de analfabetismo en la comunidad gallega es del 2%, medio punto por debajo de la media española. Si tratamos de escolarización los peores datos los tiene el eje atlántico constituido por las provincias de Pontevedra y A Coruña, pero seguido de Ourense con 13,2%.¹⁷³

La cultura es un importante recurso tanto para el desarrollo como para la realización personal, y aumenta la posibilidad de integración social;¹² así, el alfabetismo puede considerarse un bien imponderable para el individuo y la sociedad, además de un derecho humano fundamental, en contraposición con el analfabetismo, que supone la máxima expresión de la vulnerabilidad educativa. Un nivel educativo bajo se asocia con fragilidad de forma independientemente.²³

En el trabajo de Fernández Ballesteros explican cómo los determinantes transversales del envejecimiento activo son la cultura y el sexo, porque influyen en todos los demás, que son: el entorno y los factores personales, sociales y económicos, la sanidad, los servicios sociales y los determinantes conductuales.² Según lo que hemos podido ver hasta ahora, los determinantes transversales en los ancianos de la ciudad de Ourense no favorecen un envejecimiento activo. Pero hemos visto que la educación para un envejecimiento saludable y activo, debe iniciarse en las primeras etapas de la vida; sabemos por los trabajos de Scogin, Van Uffelen o Winocur que la sabiduría y la experiencia acumuladas a lo largo de toda la vida compensan las deficiencias de la edad, y que el estilo de vida puede influir más en la capacidad de aprendizaje que el propio deterioro cognitivo.^{5,8,9} Es necesario difundir esto, para que las generaciones que aún no son ancianas aprendan a envejecer, participen de las oportunidades culturales y respeten esta etapa del ciclo vital;² la senilidad no es sinónimo de deterioro,¹⁰ y la capacidad de aprendizaje se adapta pero nunca se pierde.

Como resumen hasta aquí, el perfil sociodemográfico de la persona entrevistada es el de una mujer mayor de 74 años, que puede vivir sola y está casada, o posiblemente viuda a partir de los 80 años, sin estudios o sin completarlos y que habitualmente se ha dedicado al cuidado de la casa y de la familia, y que a veces ha simultaneado esto con un trabajo sin marco legal de protección. Podemos extrapolarlo a nuestra población anciana de referencia y además, es importante hacerlo para adecuar las estrategias de intervención social o sanitaria.

Encuesta OARS.

Cuestionario de estado cognitivo, SPMSQ.

Más del 12% tenía deterioro cognitivo moderado-severo que, además, aumentaba de forma significativa con la edad y para ambos sexos. Para el cuestionario del estado cognitivo, el SPMSQ, fueron excluidas 26 personas por deterioro muy severo, tenían demencias avanzadas, enfermedades terminales o sedación. Destacamos que a pesar de lo complejo de su estado permanecían en el hogar, y eso es, básicamente, gracias al trabajo y apoyo de los cuidadores.

Multidimensional Functional Assessment Questionnaire. MFAQ.

Recursos sociales.

En esta ciudad los ancianos conviven habitualmente con su pareja (64,4%) o sus hijos. Pero del 16,1% que vive en soledad, el número de mujeres triplica al de hombres (22% frente a 7,5%) y esto ocurre en todos los tramos de edad analizados tendiendo a disminuir a medida que avanza la edad.

Esta tendencia se confirma en toda España y también en el resto de Europa.¹⁷³

Vivir en soledad puede ser un reto y una oportunidad de disfrutar de la independencia, de potenciar la autonomía que muchas personas no han tenido, sobre todo entre el sexo femenino. Pero no se puede confundir vivir solo con la sensación subjetiva de soledad que aumenta la vulnerabilidad, y las mujeres se sienten solas más a menudo (38,6% frente al 24%); pero, dentro de la pareja, este sentimiento es más frecuente entre los hombres.

Ambas situaciones, vivir solo y sentirse solo, pueden llevar al aislamiento social y éste se define como la soledad negativa o amenazadora percibida por el individuo.

El aislamiento social en el anciano se relaciona con carencias en los recursos personales, con la falta de apoyo social, con la viudez, con la pérdida de seres queridos y con la presencia de procesos degenerativos o invalidantes. Se puede manifestar por alteraciones higiénicas o en el vestir, por baja autoestima, búsqueda de soledad continua o por alteraciones en la conducta como retraimiento u hostilidad, y es un factor de riesgo de institucionalización y de hospitalización.³⁰

Como dice Reinald-Pamplona, es fundamental la prevención y trabajar en los factores de riesgo conocidos, porque el aislamiento y la soledad exacerban la involución mental e inmunitaria durante la vejez, a pesar de haber mantenido una vida social activa durante las etapas previas de la vida.¹¹ En la actualidad, y en tanto no se articulan debidamente esos recursos, debería haber una especie de radar que facilitara el reconocimiento de esta situación individual.

El 40% no ve a sus familiares tanto como quisiera, y este sentimiento también es más frecuente entre las mujeres. Casi el 17% de los entrevistados no tiene ningún contacto habitual con otras personas, y el 28% sólo lo tiene una vez por semana.

Es sabido que las relaciones personales no se limitan a la familia, los vecinos pueden formar parte de la red de apoyo y también las personas que les atienden en los lugares habituales como la tienda o la farmacia. Sin embargo, esta relación es poco significativa y posiblemente no la tienen en cuenta, tal como sucede en el estudio de Seculi.⁴⁴

Los cambios en la estructura familiar, la incorporación de la mujer al mercado laboral o la necesidad de cuidar a los más ancianos de la familia fuera de su hogar habitual, son factores comunes que encontramos como causa de soledad y de aislamiento en los ancianos. En Galicia y especialmente en la parte más oriental de la comunidad, esto es Lugo y Ourense, se añaden condiciones particulares como la dispersión de los núcleos rurales y su creciente despoblación, el envejecimiento progresivo de la población, y las consecuencias de la emigración, entre ellas la disgregación de los miembros del núcleo familiar y el desarraigo.

Recursos económicos

Según el Instituto Galego de Estatística (IGE) en los años 2007 y 2008 el ingreso medio mensual en los hogares gallegos fue de 2.029 euros. Por provincias, A Coruña y Pontevedra tenían los mayores ingresos y Ourense los más bajos (1.659 euros/mes) y procedente de prestaciones sociales casi el 40% (39,2%). Y de prestaciones procede, a finales del año 2010, el único dinero que entra en la cuarta parte de los hogares de la ciudad. Sin embargo, en nuestro trabajo tendían a pensar que su situación económica era igual o mejor, respecto a otras personas de su misma edad, aunque en general, la opinión de las mujeres fue más pesimista.

El 63% dijo necesitar ayuda económica, y el 6% ayuda para alimentos. El 55,6% cobraba menos de 1000 euros mensuales de los que suelen vivir 2 personas, y sólo el 15,2% cobraba más de 1500 euros al mes. El 3% percibía menos de 500 euros mensuales. Según los últimos datos publicados por el Servicio Público de Empleo Estatal, en la provincia de Ourense existen 16.662 beneficiarios de prestaciones contributivas que perciben una cuantía media mensual de 801,2 euros, una de las pagas más bajas de todo el Estado. Sin embargo, la mayoría de los ancianos entrevistados (84%) tenía casa en propiedad que, además, consideraban digna (98%), y el 65% poseía otras propiedades, en general fincas en la aldea.

En las reuniones de la OMS se ha insistido en que cuando los ingresos son escasos, los ancianos son especialmente vulnerables en su salud y también, en términos de

discapacidad; y especialmente en caso de mujeres que viven solas y en áreas rurales. Estamos frente a un problema, porque como hemos visto hasta ahora en nuestra ciudad confluyen muchos factores de fragilidad: feminización del envejecimiento, viudez, soledad voluntaria y aislamiento social, baja cultura, y problemas económicos.

Salud.

La industrialización y los cambios en el estilo de vida se han acompañado de variación en los patrones de enfermedad y en la actualidad son las enfermedades crónicas la primera causa de morbilidad y de mortalidad.

En el estudio de Arranz encuentran que el declive cognitivo y físico asociado a la edad, se caracteriza por: mayores tiempos de reacción, disminución de la capacidad de respuesta y de concentración, y eso explica porqué los ancianos muestran mayores grados de ansiedad.³ Los factores psicosociales y los propios cambios asociados a la edad los hacen más vulnerables a sufrir depresión, y ésta se manifiesta con síntomas que pueden quedar enmascarados por otras patologías; por eso los clínicos debemos sospecharla ante pacientes que frecuentan la consulta de atención primaria o los servicios de urgencias, y que están polimedicados. En este sentido, los trabajos de García González y de Campillos Páez, confirman que para afrontar estas situaciones y, sobre todo, para prevenirlas es necesaria la evaluación del estado de salud de los ancianos y determinar los recursos socio sanitarios que consumen.^{25,26}

Entre los factores de riesgo de institucionalización y de hospitalización están la depresión y el sexo femenino.^{26,30} Según el trabajo de Fernández Merino, realizado en una zona rural gallega hasta el 24% de los ancianos consideraron su salud como mala o muy mala.¹¹⁹ En nuestro estudio, al igual que en el de Pedrera Zamorano,¹⁷⁴ encontramos que el 52% de las mujeres percibía su salud mental como regular o mala, respondiendo de forma más negativa y preocupándose más por las cosas que los hombres; según Lefrancois esta autopercepción de la salud como deficiente o mala es un indicador por sí mismo de morbilidad, mortalidad y de utilización de servicios.³² Para Tomás Aznar tienen mayores

problemas de dependencia. Sin embargo, todos en general consideraban que su salud era igual o mejor que hace cinco años, estaban satisfechos con la vida y la encontraban interesante.

Hay datos que indican que las personas mayores de 80 años, tienen una percepción más favorable de su salud.²⁰ En el estudio de Blanco Ramos, realizado en esta provincia en el año 2000, se encontraban peor el 41,5% de las mujeres y el 23,6% de los hombres. No hay en la encuesta ninguna referencia para que puedan indicar a qué se debe esta mejor percepción; ése mayor optimismo podría ser clave para entender el descenso en la prevalencia de patología psiquiátrica. Aún así y de acuerdo con el Short Psychiatric Evaluation Schedule, SPES, a más del 29% de la muestra habría que hacerle un despistaje de patología psiquiátrica, y entre mujeres al 37%. Estos datos superan la prevalencia de trastornos psiquiátricos en este segmento de la población, cifrada entre el 10 y el 25% según el estudio de Chamorro,¹⁴² pero son menores respecto al trabajo de Blanco Ramos, donde llegaba al 39,6% de los ancianos de la provincia de Ourense, y al 50,5% de las ancianas.^{97, 98}

En nuestro sistema sanitario la atención primaria es muy accesible y se confirma en el estudio como el lugar habitual de consulta para el 87% de los entrevistados; la media de visitas a su médico en los últimos seis meses había sido de 3,69 (IC al 95% 3,39-4).

La pregunta realizada en la entrevista no permite discernir si el motivo de ir al centro de salud era consulta o recetas; pero en los últimos años la informatización de la historia clínica y de la prescripción, ha favorecido la continuidad de ésta sin necesidad de acudir al centro cada vez que se necesita renovar el tratamiento; quizá sea el motivo por el que se ha rebajado el dato respecto al estudio realizado en este ámbito en el año 2000.^{97, 98}

En el hospital han ingresado una media de 1,89 días en los últimos seis meses y casi el 87% de los encuestados no ha estado ingresado; de tener que ingresar, lo habitual fue durante menos de 10 días.

A pesar de que los ancianos, que son quienes acumulan más enfermedades, suelen consultar en los centros de salud, en nuestro país la mayor parte del gasto se sigue destinando a la asistencia institucional, sin tener en cuenta el envejecimiento poblacional, la necesidad de cuidados y los recortes económicos. En este contexto, según Wagner, la atención primaria de salud debe seguir siendo el eje central del sistema sanitario, y para el manejo de las enfermedades crónicas ha de basarse en la evidencia científica.¹⁴⁹ Pero como dicen Grumbach y Bodenheimer, los médicos de familia tienen una organización rígida e ineficiente, con mucha carga burocrática y son conscientes de que no lo hacen bien.¹⁵¹ Será necesario reevaluar nuestro sistema socio-sanitario hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, garantizando la cobertura de las necesidades y dando apoyo a los ancianos con varias enfermedades crónicas simultáneas y a sus cuidadores; hay que recordar que tratamos enfermos y no enfermedades, y que éstos consultan habitualmente en el primer nivel asistencial.

Medicación

El apartado de fármacos y de enfermedades de la encuesta OARS dista mucho de lo que, como clínicos, nos gustaría preguntar a la población entrevistada; pero no podemos olvidar que se trata de un estudio de calidad de vida y se pretende intuir someramente si en ella pueden influir estos factores.

Para recoger la información terapéutica se le pedía al encuestado o su acompañante que mostrara todos los medicamentos que tomaba a diario, el entrevistador los anotaba en el reverso, y el médico del grupo que pasaba los datos a la base lo asignaba en el grupo correspondiente de la encuesta. Al haberlo hecho de este modo tenemos un buen registro de las prescripciones, aunque en el cuestionario se muestren agrupadas.

La prevalencia de hipertensión en España varía según las fuentes. Se estima que el 68% de los adultos mayores de 65 años tiene HTA, y sólo el 40% la tiene controlada, lo que conlleva mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares. En las encuestas de salud por declaración individual, comprobamos que tener HTA no es considerado un problema que

necesite tratamiento médico; según la Encuesta Nacional de la Salud de 2001, la HTA afecta al 37,7% de la población, y según la ECVI-04, al 18,6%. De forma similar en nuestro trabajo, el 57% de los entrevistados tomaba antihipertensivos, a pesar de que sólo el 23,3% se declaraba hipertenso.

El 35% tomaba medicamentos antiagregantes o anticoagulantes. En el estudio de Arribas la prevalencia de tratamiento anticoagulante resultó ser de 10,12 por mil habitantes, de los que la mayoría están controlados en centro de salud (62,24%)¹⁷⁵; y se calcula que el 41% de los pacientes mayores de 65 años que ingresan en un centro hospitalario consumen antiagregantes.¹⁷⁶

En España, las enfermedades cardiovasculares representan casi el 34% de las causas de mortalidad, y su prevalencia aumenta a partir de los 55 años, sobre todo en varones; de modo que, el tratamiento con antiagregantes y anticoagulantes está plenamente justificado en prevención, y la educación sanitaria es fundamental para concienciarnos acerca de las enfermedades crónicas y convertir al paciente en el gestor de su propia enfermedad. El personal de enfermería tiene un papel primordial, y eso exige una reflexión sobre marcos competenciales, la identificación de necesidades formativas, y cambiar rutinas de trabajo que no han supuesto, hasta ahora, mejoría en resultados de salud.

El tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, IBP, se ha hecho habitual, bien por tener patología digestiva o para prevención de sangrado gastrointestinal en caso de recibir tratamiento con corticoides o antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Son numerosos los estudios que evidencian el exceso de su prescripción tanto en atención primaria como hospitalaria.¹⁷⁷ Por tanto, pacientes polimedicados, que no toman AINE o ácido acetilsalicílico no requieren IBP.¹⁷⁸ En nuestro caso, el 32% seguía este tratamiento y, al cotejar este tratamiento con las enfermedades que creían tener, casi el 26% no eran conscientes de tener síntomas digestivos. Los datos de este trabajo indican que habría que analizar en profundidad su indicación porque no encontramos esta correlación, y es un tratamiento que no está exento de riesgos, que van desde sequedad de boca, cefalea,

alteraciones gastrointestinales o hipersensibilidad, a aumento del riesgo de sufrir fractura de cadera.^{179,180} desarrollar neumonía adquirida en la comunidad,¹⁸¹ colitis pseudomembranosa en pacientes hospitalizados,¹⁸² gastroenteritis¹⁸³ o deficiencia de vitamina B₁₂.¹⁸⁴

El 26,6% tomaba medicación para los nervios y el 27% del grupo de los hipnóticos, en ambos casos predominaba el uso entre las mujeres. Sin embargo, al preguntarles si tomaban psicofármacos, definidos en la encuesta como medicación para los nervios o para dormir, respondían afirmativamente el 23,8%, y creía necesitarlos el 41,5% de la muestra analizada. Por tanto, algunos pacientes que siguen este tipo de tratamiento no son conscientes de ello y además, según dicen, no se encuentran bien. El uso de benzodiacepinas y de hipnóticos está extendido en toda Europa y, según González Solanellas, aproximadamente la mitad de quienes las están tomando tienen depresión que no ha sido tratada.¹⁸⁵

Aparasu y Mort, concluyen que el 10-20% de todos los ingresos hospitalarios se relaciona con el consumo de fármacos.¹⁴⁴ El gasto farmacéutico se ha reducido en el pasado año (un 8,77% menos en el mes de septiembre de 2011, respecto a la misma fecha de 2010). Pero, según el IMSERSO, hasta el 70% del gasto farmacéutico depende de la prescripción realizada a los ancianos, siendo en ellos la polimedicación superior al 11%, y llegando hasta el 40% cuando están institucionalizados. En una provincia como la nuestra, con marcada tendencia al envejecimiento, puede ser útil profundizar en el uso racional del medicamento, y trabajar en indicadores que vayan más allá del gasto farmacéutico, indicadores de salud. Para ello, los sistemas informáticos de la consulta diaria, deben ser lo suficientemente ágiles como para conocer en cada visita los controles de esa persona y optimizarlos, para revisar periódicamente las prescripciones detectando interacciones, reacciones adversas y efectos secundarios. De ese modo se facilitaría la investigación en prescripción crónica a personas ancianas y muy ancianas, y permitiría la difusión de los resultados. Hay autores que proponen que dada la magnitud del problema es conveniente que en los exámenes de salud de las personas mayores de 75 años se incluya una revisión habitual del consumo de fármacos.¹⁸⁶

En el apartado de enfermedades, los entrevistados respondían a lo que consideraban que sufrían. Las patologías que más les afectaban eran las de tipo osteoarticular, así lo afirmaban más de la mitad de los entrevistados; eran seguidas por la hipertensión, las enfermedades respiratorias y los problemas digestivos como gastritis o úlcera. Estos datos no varían respecto al estudio de Frutos Bernal.¹⁸⁶ Las enfermedades tumorales sólo afectarían al 2,5%.

Las alteraciones sensoriales visuales y auditivas se incrementaban, como era de esperar, con el paso de los años. En el caso de la vista, el deterioro se relaciona sobre todo con las cataratas, las alteraciones en la refracción o la degeneración macular; y entre las causas, además de la edad, hay otros factores implicados como el consumo de tabaco, de alcohol, la luz ultravioleta o la diabetes. Aunque la principal consecuencia es el aumento en las caídas, no está indicado el rastreo habitual¹⁸⁷, pero si el diagnóstico y el tratamiento precoz. Por eso el papel de enfermería en atención primaria es fundamental, y en Galicia desde el año 2008, hay un acuerdo entre el Colegio de Optometristas y el Servicio Galego de Saúde, para la valoración de agudeza visual en la población que así lo requiera. En el caso del déficit auditivo las principales consecuencias son, la alteración progresiva de la comunicación, el aislamiento y, finalmente, la mayor tendencia a desarrollar una depresión. Se estima que el 30% de los ancianos tiene deficiencia auditiva, dato similar al encontrado en la población analizada. En este caso para la detección, es fundamental la colaboración de los convivientes o personas cercanas porque no es un déficit reconocido, sino más bien negado.

Casi el 22% de los ancianos afirmaban haber tenido incontinencia urinaria (IU), y la prevalencia aumentaba con la edad y en el sexo femenino. Estos datos confirman que la IU es un problema sanitario relevante que afecta más a las mujeres, en quienes se relaciona fundamentalmente con los partos vaginales y con la menopausia, y que se va agravando con la edad. Sin embargo, la prevalencia es menor a la de estudios como el de Martínez Agulló, donde se ha comprobado que supera el 50% en personas mayores de 65 años;¹⁸⁸ en el de Sánchez González se sitúa en el 36,2%, alcanzando el 84,6% entre los pacientes

encamados.¹⁸⁹ Nos ha llamado la atención que tener IU no se correlacionaba con el uso de pañales.

Decían tener incontinencia y usaban pañales el 25,8% de los entrevistados; sin embargo, un 74,20% de los mismos usaban pañales sin tener incontinencia. Hay pocos estudios que analizan el impacto que tiene la IU en la calidad de vida; pero en el de Badía afectaba a la calidad de vida del 90% de las mujeres con incontinencia.¹⁹⁰ En realidad, la IU es un problema por el que no se consulta, según Gavira Iglesias, sólo lo harían el 32% de los pacientes.^{191,192} Algunas personas sienten vergüenza, y eso podría explicar que al entrevistador le hayan dicho que no se les ha escapado la orina, pero estén usando pañales, y que la prevalencia real de IU sea mayor.

Como dice la OMS, los trabajadores sanitarios deben estar versados en el diagnóstico, tratamiento y manejo de los cuatro gigantes de la geriatría que son, además de la incontinencia urinaria, la pérdida de memoria, la depresión y la inmovilidad.¹⁹³

Services Assessment Questionnaire, SAQ.

El apartado de “Utilización de Servicios” es una herramienta de gran utilidad en gestión de servicios públicos, al reflejar las necesidades percibidas en un grupo poblacional que pueden llevar a hacer intervenciones dirigidas. Los servicios fueron evaluados de manera conjunta, pero los hemos agrupado para facilitar la discusión.

El área de mantenimiento básico o diario engloba los cuidados personales, la supervisión, la preparación de comidas y las tareas domésticas; funciones todas ellas que facilitan el desarrollo de la vida diaria. Porque según Rodríguez Castedo, el “umbral de dependencia” radica en la necesidad de ayuda para comer, vestirse o desnudarse, asearse, acostarse y utilizar el retrete.³³

El deterioro para el desempeño de las AVD-B es el primero en aparecer y el que va a condicionar la autonomía de las personas.³⁹

Casi una cuarta parte de los entrevistados, el 23,2%, había tenido a alguien que le ayudaba en el cuidado personal diario, habitualmente era un familiar al que hacerlo le llevaba más de hora y media diaria. Más de la mitad, el 55,4%, tenía a alguien que le ayudaba regularmente a hacer las cosas de casa. Para preparar la comida recibía ayuda el 47,5%; en este caso, los hombres recibían ayuda en cualquier tramo de edad, sin embargo, las mujeres sólo cuando eran más mayores.

Como ya hemos mencionado la ayuda procedía habitualmente de familiares y, en general, eran autónomos para estas actividades hasta una edad avanzada; considerando más necesaria la ayuda para las tareas domésticas, el 62,7%, o para hacer la comida, el 46,5%, que para el cuidado personal diario, el 19,5%. Estos resultados no coinciden con los de la Encuesta Nacional de Salud 2006, según la cual, el 61,4% de los ancianos se consideran capaces de realizar las labores domésticas, y el 65,6% capaces para el cuidado personal.^{ine}

^{ense 2006} En la Encuesta de Condiciones de Vida del año 2004, el 26,5% de los ancianos necesitan ayuda para alguna actividad básica de la vida diaria, y en la Encuesta de Discapacidad, Deficiencia y Estado de Salud (EDDES-99) se cifra la necesidad en el 22,8%; ambas han sido realizadas por el INE.

Tradicionalmente son las mujeres las que se han hecho cargo de las tareas de la casa y como dice Pérez Ortiz, la preparación de las comidas y la costura siguen siendo tareas femeninas; quizá por eso también las mujeres de Ourense se arreglan mejor hasta que son muy mayores.¹⁰

Como dice Lozano Yagüe, el equilibrio entre la responsabilidad familiar y la responsabilidad estatal requiere reformular la provisión de servicios de salud, acercando los cuidados formales e informales, y adecuando los sistemas de derivación e información.¹³⁴ Para facilitar la permanencia de los ancianos en su hogar, en Ourense, la concejalía de Bienestar y Asuntos Sociales y Sanitarios, ofrece ayuda en las tareas el hogar y menús a domicilio “Comedor sobre ruedas”, cuyo coste varía según la renta del solicitante; teleasistencia en el hogar, con un terminal que se activa pulsando un botón, y en caso de demencia hay un centro de atención integral en régimen diurno.¹⁹⁴

Servicios de sostenimiento. El deterioro funcional en su dimensión motora se asocia a fragilidad y dependencia, y afecta a la percepción de calidad de vida.

Para ir al médico o a la compra, el 25,2% podía moverse sin necesidad de ayuda, pero esta cifra iba empeorando al aumentar la edad y entonces, dependían de algún familiar que les llevara. El autobús urbano en la ciudad lo utilizaba el 72,7% de los entrevistados; pero su uso, también iba disminuyendo en función de la edad en contraposición con el aumento del uso de transporte por organismos públicos (taxi, transporte sanitario, Cruz Roja, etc.).

En Ourense la empresa encargada de la prestación de transporte urbano es Autobuses Urbanos de Ourense S.L. que, cubre la ciudad y sus alrededores con 30 líneas, y tiene tarifa gratuita para las personas mayores de 65 años, los discapacitados y pensionistas. No se ha preguntado por los motivos que han llevado al cambio en medio de transporte, pero posiblemente estén relacionados con la seguridad. Los entornos físicos que tienen en cuenta a los ancianos pueden marcar su independencia, ahí cobran mayor importancia factores como la iluminación, la señalización, el tipo de suelo y sus irregularidades o las barandillas.

Servicios sociales y de entretenimiento.

En viajes organizados había participado casi un 32% de los entrevistados; mientras que en otras actividades, como manualidades o talleres de habilidades sólo el 18,5%.

A pesar de que el ejercicio aeróbico moderado, como caminar a diario, es beneficioso para mejorar la calidad de vida física y mental en todas las etapas de la vida, de que retrasa el deterioro funcional, y disminuye el riesgo de caídas,⁸ sólo el 8,5% hacía ejercicio físico.

La mayor parte de los procesos crónicos requieren incidir sobre cambios en la conducta y en la actitud; la adquisición de hábitos de vida saludable es importante en todas las etapas de la vida, y tan necesario puede ser convivir en los viajes, como en las actividades que se pueden realizar en la ciudad, todo ello sirve para mantener o mejorar la autonomía, y

aprender a convivir con las deficiencias propias y ajenas. Descubrir estos aspectos y trabajar sobre ellos es básico para quienes investigan en calidad de vida; pero finalmente los resultados deben implementarse en la práctica diaria.^{107, 108}

Servicios sanitarios.

En los trabajos de Pot y de Ahmad se ha visto cómo el uso de los servicios sanitarios es más intensivo durante la última etapa de la vida. En nuestro trabajo más de la mitad de la población había recibido cuidados de enfermería, y además los consideraba necesarios; sin embargo, los servicios de fisioterapia, los recibía el 11,5% de los entrevistados, y creían necesitarlos el 24,5%, habiendo en este caso tendencia a considerarla más necesaria a menor edad.

Un elevado porcentaje de la población padece enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, cardiopatías, procesos óseos degenerativos o enfermedades respiratorias y, además, con frecuencia coexisten varias de ellas; esta tendencia aumenta con la edad.¹³³ En los procesos crónicos los gestores sanitarios y sociales deben plantearse objetivos más allá de la salud, el personal de enfermería tiene un papel fundamental y su conocimiento del paciente ha de procurarle a éste autonomía y capacidad de decisión y resolución, actuando además, como el puente entre el paciente atendido en su domicilio y el resto del sistema. Como dice Elosua, si hablamos en términos de calidad de vida también hay que valorar la autonomía personal y la calidad de los cuidados.¹²⁹

El conocimiento de los ancianos respecto al uso potencial de la terapia física era escaso. Su implantación en la ciudad de Ourense, aún no es uniforme. En los últimos años se ha ampliado la dotación de salas de fisioterapia en los centros de salud de la provincia, y también en la ciudad; pero aún hay centros urbanos que a día de hoy carecen de la infraestructura necesaria y esto afecta a un amplio sector de la población del municipio. La fisioterapia aporta tratamiento integral, además de tratamiento preventivo y posiblemente, debería formar parte de la cartera de servicios en todos los centros de salud urbanos y en las cabeceras de comarca. Además por el envejecimiento poblacional, sería

muy importante, ampliar su oferta a la atención domiciliaria para incluir a los pacientes encamados, y contar con un programa de atención a cuidadores. En la actualidad en todos los hospitales hay servicios de rehabilitación y fisioterapia; pero nuestro sistema sanitario sigue siendo excesivamente rígido, se mantienen las barreras entre los distintos servicios sanitarios e incluso, persisten diferencias entre los propios profesionales, lo que mantiene el hospitalocentrismo y la excesiva medicalización de la salud.

Rafael Bengoa, actualmente Consejero de Sanidad en el País Vasco, afirmaba en el año 2009 que, el 80% de las consultas realizadas en atención primaria son de enfermedades crónicas y que éstas representan el 60% de los ingresos hospitalarios.^{136,138} Las experiencias en gestión de enfermedades crónicas y patología múltiple asociadas al envejecimiento poblacional deben promover cambios en la gestión; como dice Elola Somoza la ausencia de incentivos profesionales, la nula capacidad de autonomía, y la transferencia de responsabilidades favorecen la insatisfacción profesional.¹⁶² Habría que involucrar a los profesionales sanitarios en el desarrollo y soporte de un modelo real de integración sanitaria, sin las actuales diferencias entre AP-AH, haciendo uso de los cuidados intermedios reales y con un modelo de gestión de crónicos ya existente en otros lugares.^{136,138}

Ratificamos la utilidad del instrumento de medida OARS, para valoración global de la calidad de vida en grandes poblaciones; pero aún aportando información muy valiosa para estudios de investigación consideramos muy difícil incluirlo en valoraciones particulares dentro de la consulta clínica.

La salud del anciano según la opinión de los acompañantes.

Dentro de la encuesta hay un apartado reservado para el acompañante presente durante la entrevista, en el que se le preguntaba acerca de los recursos sociales y económicos, y cómo consideraba la salud física y mental del anciano.

El 38,41% de los entrevistados estaba sólo en el momento de la entrevista; cuando había

alguien, se trataba la mayor parte de las veces del cónyuge o de algún hijo.

De los 404 informantes, sólo 101 cumplían criterios para ser definidos como cuidadores principales, estando el resto como meros acompañantes en la entrevista. Cabría preguntarles cuáles son, desde su punto de vista, los criterios o situaciones que hacen que el acompañamiento se transforme en cuidado habitual e imprescindible, porque es este hecho lo que justifica el cuidado del anciano enfermo o discapacitado en domicilio.

El 93% de los acompañantes consideraba que la relación de la persona con sus familiares y amigos era excelente. Para más del 95% habría alguien que le podría ayudar en caso de enfermedad o incapacidad. También opinaban que los recursos económicos estaban bien cubiertos para comida, vivienda, ropa y cuidados médicos.

El 37,3% de los acompañantes pensaba que los problemas de salud interferían mucho en las actividades diarias. En cuanto a la salud mental, opinaban que se iba deteriorando con la edad y, sin embargo, para el 57,8% era igual o mejor que 5 años atrás.

Información del encuestador acerca del anciano.

La principal fuente de información ha sido el anciano y sus respuestas las definieron como de gran confianza (98,1%). Esto lo relacionamos con el ambiente tranquilo en que se desarrollaba la entrevista, con la información previa que se les había facilitado al concertar las citas y con la propia presentación del trabajo en los medios de comunicación.

Al confrontar la opinión de los encuestadores, de los ancianos y de los acompañantes, respecto a si el anciano tendría ayuda indefinida en caso de enfermedad o discapacidad, responden de forma afirmativa respectivamente el 55,7%; el 60,5%, y el 76,3%.

Parece que los entrevistadores tienden a ser más pesimistas en su valoración; desde su punto de vista, el 3,4% no tendría ningún tipo de ayuda, mientras que para los acompañantes sólo afectaría al 0,3%.

Como vemos cambian las percepciones en función de donde se encuentre cada uno; así, para los cuidados indefinidos, los más optimistas son los acompañantes, seguidos por los propios ancianos entrevistados, y finalmente la opinión del encuestador, posiblemente influenciada por lo que va percibiendo en cada una de las encuestas que ha ido pasando y por lo que se ha documentado.

Encaja la opinión de nuestros encuestadores con la de las ancianas entrevistadas, por eso opinamos que quizá éstas no sean pesimistas en sus opiniones sino realistas, porque no olvidemos que las mujeres han sido históricamente las cuidadoras de la familia en casi todas las culturas y conocen las repercusiones de cuidar pudiendo anticiparse a ello.

Martínez Velilla afirma que para hacer una adecuada gestión de los recursos es esencial conocer las necesidades no cubiertas.¹³³ En este caso se repite la opinión moderada de los encuestadores para los ingresos insuficientes con un 52,9%; frente a 47% de ancianos, y el 33,4% de los acompañantes.

En el caso del deterioro en la salud mental la valoración de todos se asemejaba, considerándola deteriorada para casi el 44% de los ancianos por los encuestadores, el 44,5% por ellos mismos, y el 40% por los acompañantes. Este hecho nos parece importante de cara a las intervenciones que se puedan hacer para mejorarla, y válida para hacer un rastreo de casos susceptibles de intervención.

La salud física estaría deteriorada para el 68,2% de la muestra, según entrevistadores, y de forma similar para los informantes, 67%, y esta valoración contrasta con la que hacen los propios ancianos, que la definen como mala o regular en un 47,1%. Posiblemente se debe a que se encuentran bien dentro de la enfermedad, con calidad de vida, o quizá porque consideran que es la edad la responsable de sus males y no las enfermedades.

Cuando el anciano tenía a alguien en quien confiar, no se encontraba solo, veía a sus familiares tanto como quería o tenía a alguien que le ayudaba; mejoraba la percepción de estado funcional en el apartado social valorada por el entrevistador.

En el apartado económico, la percepción del entrevistador mejoraba cuando los ancianos tenían dinero para “extras”, para cubrir necesidades futuras o una situación económica mantenida o mejorada en los últimos cinco años.

Cuando los entrevistados encontraban la vida rutinaria o interesante, no aburrida; cuando estaban satisfechos con la vida; cuando valoraban su propia salud mental como no mala, sino regular, buena o excelente; y si ésta no había variado en los últimos cinco años, también mejoraban las puntuaciones en salud mental por el entrevistador.

Finalmente, en la salud física, además de la autopercepción como regular, buena o excelente; no tener impedimentos para las actividades diarias o tener sólo algunos, y que no hubiera variación en los últimos años, se relacionan con una mejor valoración por el entrevistador en cuanto al estado funcional del anciano.

SALUD DE LOS CUIDADORES.

Perfil sociodemográfico

Tradicionalmente, las mujeres se han encargado del cuidado tanto del hogar como de sus integrantes y, en la actualidad, se mantiene esta desigualdad respecto a los hombres. La mayor parte de los CPI, el 84,5%, fueron mujeres y este resultado es acorde en toda la bibliografía consultada.^{8, 11, 36, 40, 50, 62, 63, 64, 79, 80}

Según los datos de la encuesta “Hogares 2000”, el 16,7% de las amas de casa en este país, dedica todas las semanas algún tiempo a cuidar a ancianos, niños o enfermos; y así lo hace, también, el 10,3% de las mujeres que tienen además otro trabajo remunerado. Por tanto, podemos afirmar que cuidar tiene género y es femenino.

La media de edad era de 63 años, similar a lo encontrado en la bibliografía consultada.^{10,70} Más del 78% dedicaba a esta tarea de cuidar, más de 8 horas diarias, en consonancia con los datos registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES.

Las cuidadoras en general, pertenecen al entorno familiar. En el trabajo de García Calvente el primer lugar lo ocupa la esposa, seguido de las hijas y nueras, ocupando los hijos el puesto final.⁵⁹ En nuestro trabajo eran las hijas las CPI más frecuentes, esto puede estar en relación con la elevada edad de la muestra, y con la mayor probabilidad de sobrevivencia de las mujeres. No hemos analizado la rotación de los cuidados entre familiares.

La mayor parte de las personas dependientes han perdido su pareja, viven en grandes núcleos de población, solos, con algún hijo o en otras formas de convivencia, carecen de estudios, suelen ser mujeres y tienen una valoración negativa de su propia salud. Como vemos en nuestro trabajo se cumplen todas estas circunstancias, cuidar tiene género femenino, se trata de hijas que superan los 60 años y emplean en esta tarea más de 8 horas al día.

Determinación de la sobrecarga sentida y de la salud

Para medir el grado de carga que tiene cuidar se utilizó la escala de Zarit, y se baremó para poder comparar con estudios nacionales e internacionales; aunque, como ya se ha dicho, el propio autor prefería el análisis global y no con puntos de corte.

La puntuación media indicaba que más del 76% de los cuidadores no tenían sobrecarga; el 13,6% tenía sobrecarga leve, y casi el 10% tenía sobrecarga severa.

Para saber si tenían algún tipo de trastorno psicológico, se pasó la Escala de Goldberg, GHQ-25; el punto de corte se puso en 5/6, considerando normal hasta 5, e indicativo de trastorno por encima de 6. Así, comprobamos que el 62.5% estaba por encima de 6, lo que indica que tienen necesidad de ayuda.

En nuestro trabajo se han pasado dos escalas a las cuidadoras, una de sobrecarga sentida donde la mayoría de las cuidadoras estaban bien sin sobrecarga; y otra de filtrado de

trastorno psicológico, donde la mayoría deberían ser valorados por este motivo. ¿Por qué sólo el 10% tenía sobrecarga intensa y, sin embargo, el 62,5% necesitaría despistaje de trastorno psicológico? El hecho de cuidar a un familiar con dependencia afecta a la salud del cuidador y sobre todo, a su salud mental; pero también se han descrito efectos positivos como la satisfacción personal o la adquisición de habilidades que podrían explicar, en este caso, porqué no perciben la sobrecarga.

En nuestro trabajo tenían sobrecarga intensa el 10% de los cuidadores, frente al 44,4% encontrado por Regueiro, en un medio similar.⁶³ Pudiera deberse, al reducido tamaño de su muestra; pero también a la avanzada edad de los ancianos de Ourense, porque según este autor la edad es un factor protector y a mayor edad del paciente menor sobrecarga; así, en el estudio de Vilagarcía de Arousa el 14,3% de la muestra tiene 70 años o más, mientras que en el de Ourense el 28% de la muestra supera los 85 años.^{63,72} Por otra parte, y en contra de esto, Moreno-Gaviño concluye que el nivel de carga es mayor en zonas urbanas y en su trabajo el 39% tenían sobrecarga elevada, en este trabajo valoraban el cuidado en el seno de pacientes pluripatológicos, y no tenían porqué ser ancianos.⁶²

Cuidar se considera un deber y una obligación, por eso los cuidadores no consultan ni están diagnosticados, y posiblemente no son conscientes de su malestar; ^{6,10,64,65} sin embargo, suelen tener ansiedad, tanto por la situación actual como por la expectativa de los cuidados futuros y ésta acaba afectando a sus relaciones familiares y sociales.

Según los estudios de Moral Serrano y Pérez Peñaranda hasta el 27% de los CPI tiene depresión, la continuidad en esta tarea les puede afectar en la dinámica familiar y llevar al aislamiento social; así, hasta el 31% de las familias donde hay una persona dependiente se perciben como disfuncionales, y el 33% dice tener escaso apoyo social.^{62,68} Habría que profundizar en estos datos porque salvo edad y sexo, no se han evaluado las características sociodemográficas de los cuidadores, estudios, núcleo familiar y social o situación laboral, y tampoco la presencia de enfermedades o tratamientos realizados. En el trabajo de Pérez Peñaranda el consumo de psicofármacos, la disfuncionalidad familiar, el escaso apoyo social y un nivel educativo bajo se asocian al deterioro mental.⁶⁴

Con la edad se pierde autonomía y aumenta la probabilidad de depender del cuidado de terceros. Cuidar implica atención personal, instrumental, vigilancia, acompañamiento, cuidados sanitarios, gestión y relación con profesionales de la salud, e implica apoyo emocional y social. Parece estar profesionalizado, pero como dice García-Calvente, no se trabaja de cuidadora, se es cuidadora.⁵⁹ Por eso, en atención primaria se debe hacer una búsqueda activa de cuidadores informales para planificar sobre ellos intervenciones directas dirigidas a prevenir, evitar o en su caso, tratar las consecuencias de cuidar. Cuando hay sobrecarga, ésta se relaciona con el uso desproporcionado de servicios hospitalarios de larga estancia, con aumento en las tasas de institucionalización, de deterioro funcional, de mortalidad, y con la afectación en su calidad de vida. Moral Serrano comprobó que un tiempo después de un alta hospitalaria por enfermedad grave, el 65,5% de los cuidadores tiene depresión y en el 17% es grave.^{56, 65} Y en el trabajo de Sewitch la calidad de vida de los cuidadores estaba deteriorada un mes después de iniciar los cuidados. La creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral dificulta conciliar su trabajo y la vida familiar; como dice Pérez Ortiz, el coste personal que asumen por el hecho de cuidar, es importante afectando a su desarrollo profesional, a las relaciones personales y, además, tiene repercusiones económicas y en salud.^{10, 29, 48}

Al determinar el impacto del estado funcional del anciano en el grado de carga percibido por el cuidador principal y en su salud psíquica, son los recursos económicos insuficientes lo que determina una sobrecarga intensa; pero influyen el deterioro en la salud mental, física y la limitación para realizar las actividades de la vida diaria, no así los recursos sociales.

Como dice Argimón Pallas en su editorial, las líneas de investigación se deben centrar en identificar las intervenciones que pueden prevenir o limitar el deterioro en la salud mental y la pérdida de la calidad de vida de los cuidadores.¹⁴⁷ Algunos autores, como Garand o Scogin, proponen hacer intervenciones en el momento del diagnóstico de la situación de cuidados,^{7,68} pero cuando hemos revisado las intervenciones a realizar no hay claras evidencias a seguir y autores como Franco han demostrado que la intervención sólo es efectiva a corto plazo.⁸⁰

En el trabajo de Hochstenbach plantean hacer educación sanitaria sobre las posibles consecuencias de los accidentes vasculares cerebrales y su manejo⁷⁹; en el de Franco hacer una intervención en conciencia plena en enfermedad de Alzheimer⁸⁰; otros como Sevic y Coleman, pretenden que los familiares tengan un papel más activo tras el ingreso hospitalario de su familiar y hacen un programa de transición de cuidados que incluye administración de medicamentos, registro de síntomas y signos de recuperación, seguimiento asistencial y manejo de situaciones de alerta.^{81,107} Prigerson y Mol, defienden una intervención básica y razonable consistente en explicarles la enfermedad y su evolución para que se reduzca la ansiedad anticipatoria^{83,84} Borg y Hallberg se centran en mejorar la calidad de vida de los CPI en base a una retribución, disposición de 1-2 horas libres por semana, circuitos de autoayuda con otros cuidadores, apoyo de enfermería y trabajadores sociales y servicios de ayuda a domicilio.^{51, 61} Wederburg y Cole, abogan por potenciar el optimismo y trabajar con pacientes y sus cuidadores para que perciban los resultados positivos de todo el proceso, para amortiguar el impacto del estrés de la situación.^{4,61, 82}

En la actualidad es más fácil determinar la presencia o ausencia de una enfermedad que el nivel de salud.⁶ Vivir más años con dignidad implica cambiar los conceptos de salud por los de calidad de vida, hay evidencia científica de ello, y esto será lo que guíe las actuaciones a seguir en la organización de los servicios en general, en las técnicas y en los tratamientos.

En la ciudad de Ourense la pirámide poblacional ya ha cambiado y el reto de gestionar la asistencia sociosanitaria del envejecimiento y de las enfermedades crónicas y degenerativas asociadas a él, es el presente. Al igual que en el estudio de Serick, las enfermedades crónicas, los tratamientos múltiples, el envejecimiento de la población y las nuevas estructuras familiares con mujeres que trabajan dentro y fuera de casa son una realidad. Los resultados de la encuesta nos permiten conocer la salud actual y, también, hacer una proyección de la calidad de vida de las personas ancianas y de sus cuidadoras de esta ciudad. Tenemos una estimación de sus necesidades sentidas y de sus demandas, y en base a ellas podemos hacer una planificación de los servicios sociosanitarios para los

próximos años, con la ventaja de que las intervenciones realizadas se pueden medir y justificar o no su permanencia.

Como vemos en los resultados, los pacientes con enfermedades crónicas y quienes les rodean, perciben los obstáculos administrativos de nuestro sistema sanitario. Los pacientes consideran que la calidad de la atención está en ser integral y respetuosa, con información clara y con un seguimiento continuado.¹⁵² Como dice Ruíz Moral, los médicos tienen problemas relacionados con la organización de los recursos asistenciales y en las competencias de relación y de comunicación, ésta debe mejorar dentro y fuera del sistema sanitario y cambiar la orientación de una atención dependiente del proveedor, hacia la autogestión de los cuidados.^{152,153} En el trabajo de Prieto Rodríguez los cuidadores consideran que los puntos críticos del actual sistema de atención son, la falta de cobertura de atención primaria de salud fuera del horario habitual, la dificultad para establecer contacto telefónico con los profesionales sanitarios, que enfermería no haga más atención programada y la escasez de material.¹⁴⁸ Las experiencias en gestión de pacientes con múltiples enfermedades crónicas son aún limitadas y, algunas, se basan en mejorar la participación en cuidados personales y en fomentar y mantener cambios en estilo de vida.^{11,156} Aunque hay otras intervenciones fundamentales, como mejorar la coordinación del transporte, crear instrucciones sencillas acerca de los procedimientos asistenciales, los tratamientos, la ayuda social o las citaciones.^{6, 103,134} Los cuidadores informales deben estar integrados en la atención sanitaria ocupando el lugar preeminente que les corresponde.^{68, 99, 145}

No podemos olvidar la soledad y el aislamiento de los ancianos y en este trabajo el 16,1% de la muestra vivía solo, el 18,7% no tenía contacto habitual con nadie y el 32% se sentía solo. Pérez Ortiz afirma que la vida en solitario se consolida como el tipo más habitual de hogar y esto va a dificultar la articulación de los cuidados, por ello los servicios sanitarios y sociales deben coordinarse para ser efectivos, integrales y rentables.^{68, 99,145} Y el papel de la teleasistencia es fundamental para el seguimiento.¹⁵⁸

VI. CONCLUSIONES

1. Diagnóstico sociosanitario de las personas mayores y cuidadores de Ourense:

Las personas ancianas de Ourense son mayoritariamente mujeres; casadas, con elevada tasa de viudez las mayores de 85 años; que en su mayoría no han completado los estudios primarios, quizás porque la Guerra Civil truncase su formación, el nivel educativo resulta inferior en los ancianos de 75-85 años, respecto de los de más edad.

En cuanto a su salud mental, no suelen tener alteraciones cognitivas, y se pueden calificar como personas optimistas porque consideran la vida interesante, están satisfechos con ella, y opinan que su salud global es igual o mejor que hace cinco años.

Los cuidadores también son mayoritariamente mujeres; con relación filial con el anciano; edad entorno a los 63 años, y dedicación al cuidado de más de 8 horas al día desde hace más de seis meses.

2. Variables asociadas a la CVRS

La sensación de soledad es mayor en las mujeres, las viudas y las que viven solas, y empeora conforme pasan los años. Cuando no se encuentran solos; tienen en quien confiar, o ven a sus familiares tanto como quisieran, se encuentran mejor.

Cuando hay necesidad de ayuda económica o no se pueden permitir gastos “extras”, se sienten peor y se preocupan más por el futuro; entre ellos hay un 6% de personas mayores que dice necesitar ayuda económica para poder alimentarse. Por el contrario, si tienen dinero para extras y perciben que su situación económica es mejor que hace cinco años, su calidad de vida es mejor valorada.

La probabilidad de tener deterioro cognitivo es proporcional a la edad, percibiendo las mujeres mayores de 65 años su salud mental como mala, pudiendo tener más de un tercio de ellas alguna patología psíquica.

Cuando encuentran la vida interesante, cuando valoran bien su salud mental o cuando la

salud física no le produce impedimentos en su vida diaria, aumenta la integración social y tienen mejor calidad de vida independientemente de las circunstancias sociales, económicas y de salud que tengan.

3. Factores determinan el nivel de discapacidad en AVD

En general, mantienen hasta una edad avanzada un elevado nivel de autonomía para las actividades instrumentales de la vida diaria como utilizar el teléfono, ir a pie a los sitios habituales, hacer la compra, administrar su dinero y tomar la medicación.

La ayuda para preparar la comida mejora su autonomía, y es necesaria en los varones de cualquier edad, a diferencia de las mujeres que sólo la necesitan cuando son muy mayores.

También mejora cuando tiene ayuda para hacer las cosas de casa y para el cuidado personal diario; lo mismo sucede si hay una adaptación del transporte urbano.

4. Demandas y usos de los servicios sociales

En educación para lograr un envejecimiento activo hay mucha labor por desarrollar. El uso de los servicios de entretenimiento y formación destinados a la llamada “tercera edad” es escaso, no lo consideran necesario y va disminuyendo con la edad.

A pesar de las ventajas que ha demostrado la realización de ejercicio físico, la participación organizada en el mismo es mínima. Y el entrenamiento en educación específica para adultos es prácticamente nulo además de ser considerado como innecesario.

5. Evaluación de la calidad de la atención recibida. Necesidades no cubiertas.

Las personas mayores de 65 años y sobre todo, los más ancianos, se sienten solos a menudo y no ven a su familia tanto como quisieran. Casi la mitad no tiene a nadie pendiente de su estado, ni siquiera por teléfono, y un tercio no tiene contacto habitual con nadie o de tenerlo es un día a la semana.

En educación sanitaria hay deficiencias tanto en el conocimiento de enfermedades como la hipertensión arterial o la incontinencia urinaria, como en el consumo de fármacos. Casi un tercio de los ancianos toman medicamentos del grupo de los psicotropos, incluidos hipnóticos y benzodiacepinas, a pesar de los riesgos de efectos adversos como caídas, y de que los propios pacientes perciben su salud mental como mala.

Las tecnologías de la información, incluida la historia clínica informatizada, deben informar a los sanitarios del consumo innecesario de fármacos porque, en esta ciudad, más de la tercera parte de los ancianos toma medicamentos del grupo de los inhibidores de la bomba de protones (IBP).

6. Necesidades para la planificación y gestión de los recursos sociosanitarios.

Es necesario mejorar la formación en geriatría de todos los médicos en general y la coordinación sanitaria.

Los ancianos realizan una media de 3,7 visitas al Centro de Salud en los últimos seis meses, siendo la atención de enfermería básica en el seguimiento del paciente. La mayoría no han estado ingresados en esos meses, y de hacerlo ha sido durante menos de dos días.

Es necesario difundir las ventajas de la fisioterapia, un servicio poco conocido en la ciudad, sobre todo entre los ancianos de mayor edad.

7. Necesidades y demandas de familiares y cuidadores

Las necesidades de los ancianos en cuanto a comida, vivienda, ropa y atención médica, según sus cuidadores, están bien cubiertas, sin embargo, demandan que mejore su disponibilidad económica para que se puedan permitir algún “extra”.

Conforme va aumentando la edad del anciano, sus cuidadores consideran que empeora su capacidad de afrontar los problemas diarios, su visión de la vida y se deterioran su capacidad mental y su salud global.

Conclusiones

Cuidar es un trabajo reconocido por el propio anciano que es consciente de esto, los cuidadores sienten su dependencia y opinan que éste espera todo de ellos como si no hubiera nadie más.

La mayoría de las cuidadoras no tienen sobrecarga por el hecho de cuidar, sin embargo más de la mitad necesitarían un despistaje de patología psiquiátrica. Por tanto, podemos afirmar que la sobrecarga sentida no se correlaciona con la repercusión en la salud mental que tiene cuidar.

Los trabajadores sociales y sanitarios, deben captar a los cuidadores informales para que sean valorados por un clínico.

Los cuidadores informales necesitan apoyo profesional, formación en cuidados e implicación del núcleo familiar, y en la actualidad la calidad de la atención recibida por los cuidadores carece de suficiente coordinación entre los distintos niveles asistenciales.

La atención al envejecimiento debe iniciarse en la infancia, incluir el entorno físico y social del anciano y tener en cuenta que los cuidadores siempre van a tener problemas por el hecho de cuidar.

Cuando se valora un anciano dependiente hay que hacer una valoración simultánea del núcleo familiar por un grupo de multidisciplinar de profesionales de la salud y servicios sociales, haciendo hincapié en el cuidador principal.

VII. BIBLIOGRAFIA

Bibliografía

1. Franciulli SE, Ricci NA, Lemos ND, Cordeiro RC, Gazzola JM. A modalidade de asistencia centro-día geriátrico: efeitos funcionais em 6 meses de acompanhamento multiprofissional. *Cien Saude Colet.* 2007; 12(2): 373-380.
2. Fernández-Ballesteros R, Caprara MG, Iñiguez J, García LF. Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa “Vivir con Vitalidad”. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005; 40(2): 92-102.
3. Arranz L, Giménez-Llort L, De Castro NM, Baeza I, De la Fuente M. El aislamiento social durante la vejez empeora el deterioro cognitivo, conductual e inmunitario. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009; 44(3):137-142.
4. Cole CS. Nursing Home Resident´s Sense of Coherence and Functional Status Decline. *J Holista Nursing.* 2007; 25(2): 96-103.
5. Scogin F, Morthland M, Kaufman A, Burgio L, Chaplin W, Kong G. Improving Quality of Life in Diverse Rural Older Adults: A Randomized Trial of a Psychological Treatment. *Psychol and Aging.* 2007; 22(4): 657-665.
6. Cancela Carral J.M., Ayán Pérez C., Varela Martínez S. La condición física saludable del anciano. Evaluación mediante baterías validadas al idioma español. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009; 44(1): 42-46.
7. Villar F. Educación en la vejez: hacia la definición de un nuevo ámbito para la Psicología de la Educación. *Infancia y Aprendizaje.* 2005; 28(1): 63-79.
8. Van Uffelen JG, Chin A Paw MJM., Hopman- Rock M, van Mechelen W. The Effect Of Walking and Vitamin B Supplementation on Quality of Life in Community-dwelling Adults With Mild Cognitive Impairment: A Randomized, Controlled Trial. *Qual Life Res.* 2007; 16: 1137-1146.
9. Winocur G, Palmer H, Dawson D, Binns MA, Bridges K, Stuss DT. Cognitive Rehabilitation in the Elderly: an Evaluation of Psychosocial Factors. *J Int Neuropsychol Soc.* 2007; 13: 153-165.
10. Pérez Ortiz L. La estructura social de la vejez en España. Nuevas y viejas formas de envejecer. Nº 22010. Madrid: IMSERSO; 2006. Disponible en:
www.imsersomayores.csic.es/documentación/biblioteca/registro.htm?id=52022
11. Reinald Pamplona. La vida humana ante el proceso de envejecimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009; 44(3):119.
12. Mookadava F, Arthur H. Systematics Overview: Social Support Antits Relationship to Morbidity and Mortality After Myocardial Infarction. *Arch Intern Med.* 2004; 164(14): 1514-1518.
13. Naciones Unidas. Resolución 47/5. Disponible en:
<http://www.un.org/spanish/conferences/iyop.htm>

Bibliografía

14. World Health Organization, Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster, Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Department. Active ageing. A policy framework.

Disponible en: <http://www.who.int/hpr/ageing/index.htm>

15. Kalache A. Active Ageing Makes the Difference. Bull World Health Organ. 1999, 77(4): 299. PMID: PMC 2557644. Disponible en:

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2557644/

16. World Health Organization. The world health report 2000, nº 97. Geneva: WHO; 2000. Disponible en: www.who.int/whr/2000/en/

17. World Health Organization. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol, 2002, 37(S2):74-105.

18. IMSERSO. Cuidando a las personas mayores en los hogares españoles: el entorno familiar. Madrid: Colección Estudios. Serie Dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2005.

19. Ljubuncic P, Globerson A, Reznic AZ. Evidence-based Roads to the Promotion of Health in Old Age. J Nutr Health Aging. 2008; 12(2):139-143.

20. Sánchez Palacios C, Trianes Torres MV, Blanca Mena MJ. Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas en personas mayores de 65 años. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009; 44(3):124-129.

21. García-García FJ, Alfaro Acha A. Fragilidad: de la epidemiología a la clínica. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010; 45(5): 250-251.

22. Martín Lesende I, Gorroñogoitia Iturbe A, Gómez Pavón J, Baztán Cortés JJ, Abizanda Soler P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en Atención Primaria. Aten Primaria. 2010; 42(7): 388-393.

23. Castell Alcalá MV, Otero Puime A, Sánchez Santos MT, Garrido BA, González Montalvo JI, Zunzunegui MV. Prevalencia de fragilidad en una población urbana de mayores de 65 años y su relación con morbilidad y discapacidad. Aten Primaria. 2010; 42(10): 520-527.

24. Lang PO, Michel JP, Zekry D. Frailty Syndrome: A Transitional State in a Dynamic Process. Gerontology. 2009; 55(5): 539-549. Citado en PubMed PMID 19346741.

25. García González J, Rodríguez-Rodríguez P. "Rompiendo Distancias": Un programa integral para prevenir y atender la dependencia de las personas mayores en el medio rural. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005; 40(1):22-33.

26. Campillos Páez MT, Pardo Moreno G, Agudo Polo S, Prieto Arroyo G, Aguado Reguilón D, Lorenzo MJ. El anciano golondrina en la consulta de Atención Primaria [Cartas al Director]. Medicina General. 2002; 49: 877-879.
27. Morán C. El viaje de los abuelos golondrina [reportaje]. El País. Lunes 4 febrero 2008.
28. Sánchez Beiza L, Sánchez del Corral F. Nuestros ancianos se vuelven itinerantes. Aten Primaria. 2000; 26: 331-332.
29. Fernández Martínez de Alegría C, Ursúa Sesma ME, Martínez Zubiri A, Buil P. Problemas de los ancianos que se desplazan periódicamente a vivir con diferentes familias. Centro de Salud. 1997; 5: 568-572.
30. Paul C, Ayis S, Ebrahim S. Psychological Distress, Loneliness and Disability in Old Age. Psychol Health Med. 2006; 11(2): 221-232.
31. Pot AM, Portrait F, Visser G, Puts M, Broese van Groenou MI, Deeg D. Utilization of Acute and Long-term Care in the Last Year of Life: Comparison With Survivors in a Population-based Study. BMC Health Serv Res. 2009; 9:139. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/139>
32. Lefrancois R, Lapointe M. Global Health Indicators as Predictor of Mortality in Elderly Persons: A Six-year Prospective Study. Can J Public Health. 1999; 90(1): 66-71.
33. Rodríguez Castedo A, director. Atención a las personas mayores en situación de dependencia. Libro blanco 2004. Madrid: IMSERSO; 2005.
34. Puga MD, Abellán A. El proceso de discapacidad. Un análisis de la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 2004. Madrid: Fundación Pfizer; 2004.
35. Fagerström C, Holst G, Hallberg JR. Feeling Hindered by Health Problems and Functional Capacity at 60 Years and Above. Arch Gerontol Geriatr. 2007; 44: 181-201.
36. Palma Martos L, González Camacho C. Características de la Oferta de Servicios a Personas Mayores de 65 años. La Oferta de Servicios de Atención a la Dependencia en la Ciudad de Sevilla: Menores de Tres años, Personas con Discapacidad y Mayores. Sevilla. Servicio de Desarrollo Local. Area de Admon de Personal, Juventud y Empleo. Ayuntamiento de Sevilla. 2005. 119-168.
37. Cabañero-Martínez MJ, Cabrero-García J, Richart-Martínez M, Muñoz Mendoza C. Revisión estructurada de las medidas de actividades de la vida diaria en personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008; 43(5):271-83.
38. Instituto Nacional de Estadística. INE. Encuesta Nacional de Salud. Año 2006. Notas de prensa, 13 de marzo de 2008.
Disponible en:
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase>

Bibliografía

39. Rubio Aranda E, Lázaro Alquézar A, Martínez Terrer T, Magallón Botaya R. Enfermedades crónicas y deterioro funcional para las actividades de la vida diaria en población mayor no institucionalizada. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009; 44(5): 244-250.
40. Instituto Nacional de Estadística. INE. Avance del Padrón Municipal a 1 de enero de 2010. Notas de Prensa. 29 de abril 2010. Disponible en: <http://www.INE.es>
41. Instituto Nacional de Estadística. INE. Avance del Padrón Municipal a 1 de enero de 2011, datos provisionales. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e245/p04/provi&file=pcaxis>
42. Instituto Nacional de Estadística. INE. Proyección de la Población de España a Corto Plazo, 2009-2019. Notas de Prensa. 19 de noviembre 2009. Disponible en: <http://www.INE.es>.
Los resultados provinciales y demás resultados detallados de la Proyección de Población a Corto Plazo pueden consultarse en:
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp269&file=inebase&L>
43. Instituto Galego de Estatística. Enquisa de condicións de vida das familias. Ano 2008. Nota de prensa de 31 de agosto de 2010. Disponible en: <http://www.IGE.es>
44. Séculi E et al. Percepción del estado de salud en hombres y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gac Sanit*. 2001; 15(3): 217-223.
45. Instituto Galego de Estatística. Panorama demográfico de Galicia 2007. Xunta de Galicia. Disponible en: <http://www.ige.eu>
46. Esping-Andersen G. Los tres grandes retos del estado de bienestar. 1ª ed. Barcelona: Ariel; 2010.
47. Liotta G, Scarcella P, Carbinì R, Palombi I, Talarico F, Marazzi MC. Social and Health Services Needs in a Sample of Elderly People in Cantazaro. *Ann Ig*. 2002; 14(2): 149-61.
48. Smerglia VL, Miller NB, Sotnak DL, Geiss CA. Social Support and Adjustment to Caring for Elder Family Members: A Multi-study Analysis. *Aging Ment Health*. 2007; 11(2): 205-17.
49. IMSERSO/GFK-Emer. Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles. El entorno familiar. 1ª edición. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO; 2005. Disponible en: <http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/imsero-cuidados-01.pdf>
50. Roca Roger M, Ubeda Boneta I, Fuentelsaz Gallego C, Lopez Pisab R, Pont Ribasb A, García Viñetsa L, Pedreny Oriola R. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Aten Primaria*. 2000; 26: 217-223.
51. Borg C, Hallberg I. Life Satisfaction Among Informal Caregivers in Comparison with Non-Caregivers. *Scand J Caring Sci*. 2006; 20(4): 427-38.

Bibliografía

52. Giddens A. La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas. Madrid: Cátedra; 1998.
53. Giddens A. Sociología. Madrid: Alianza Universidad Textos; 1993. Lo acabo de añadir ojo, así no retraso tanto el resto.
54. Sánchez del Corral F y Sancho Castiello MT. Vejez, negligencia, abuso y maltrato. La perspectiva de los mayores y de los profesionales. Madrid: IMSERSO; 2004. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-vejeznegligencia-01.pdf>
55. Attias-Donfut C, Lapierre N y Segalen M. Le nouvel esprit de famille. París: Odile Jacob; 2002.
56. González Blasco P, director. Jóvenes españoles 2005. Madrid: Ediciones SM; 2006.
57. Rivera J, Rivera S, Zurdo A. El cuidado informal a ancianos con demencia: análisis del discurso. Rev Mult Gerontol. 1999; 9: 225-232.
Disponible en: http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/22616/1/DSC_CuidadoAncianos.pdf.pdf
58. Fundación Encuentro. Informe España 2010. Una interpretación de su realidad social. Madrid: Fundación Encuentro; 2010. Disponible en: http://www.fund-encuentro.org/informe_espana/10/notas/cap3.pdf.
59. García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gac Sanit. 2004; 18 (Supl 1): 132-9.
60. Badía Llach X, Lara Suriñach N, Roset Gamisans M. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal del enfermo de Alzheimer. Aten Primaria. 2004; 34(4): 171-7.
61. Márquez-González M, Losada Baltar A, Peñacoba Puente C, Romero-Moreno R. El optimismo como factor moderador de la relación entre el estrés y la depresión de los cuidadores informales de personas mayores dependientes. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009; 44(5): 251-255.
62. Moreno-Gaviño M, Bernabeu-Wittel M, Alvarez-Tello M, Rincón Gómez M, Bohórquez Colombo P, Cassani Garza M et al. Sobrecarga sentida por la familia del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. Aten Primaria. 2008; 40(4): 193-8.
63. Regueiro Martínez AA, Pérez-Vázquez A, Gómara Villabona SM, Ferreiro Cruz MC. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. Aten Primaria. 2007; 39(4): 185-8.
64. Pérez Peñaranda A, García Ortiz L, Rodríguez Sánchez E, Losada Baltar A, Porras Santos N, Gómez Marcos MA. Función familiar y salud mental del cuidador de familiar con dependencia. Aten Primaria. 2009; 41(11): 621-628.

Bibliografía

65. Moral Serrano MS, Juan Ortega J, López Matoses MJ, Pellicer Magraner P. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Aten Primaria*. 2003; 32(2): 77-87.
66. Douglas SL, Daly BJ, Kelley CG, O'Toole E, Montenegro H. Impact of a Disease Management Program Upon Caregivers of Chronically Critically Ill Patients. *Chest*. 2005; 128: 3925-3936. Disponible en: <http://chestjournal.chestpubs.org/content/128/6/3925.full.html>
67. Thorpe JM et al. Caregiver Psychological Distress as a Barrier to Influenza Vaccination Among Community-dwelling Elderly with Dementia. *Med Care*. 2006; 44: 713-721. Citado en PubMed PMID 16862032.
68. Garand L, Dew MA, Urda B, Lingler J, Dekosky S, Reynolds III C. Marital Quality in the Context of Mild Cognitive Impairment. *West J Nurs Res*. 2007; 29(8): 976-992. Citado en PubMed PMID 18669942.
69. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. 71 Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontol*. 1980; 20: 649-655.
70. Sewitch MJ, Yaffe MJ, Mc Cusker J, Ciampi A. Helping Family Doctors Detect Vulnerable Caregivers After an Emergency Department Visit for an Elderly Relative: Results of a Longitudinal Study. *BMC Fam Prac*. 2006; 7:46. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/7/46>
71. Keith PM. Health Care Hassles of Caregivers to the Chronically Ill. *Int J Aging Hum Dev*. 2009; 69(1): 1-16. Citado en PubMed PMID 19803337. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19803337#>
72. Regueiro Martínez AA, Ferreiro Cruz MC, Gómara Villabona SM, Pérez Vázquez A. Sobrecarga del cuidador principal del paciente dependiente en atención primaria. [Cartas de investigación]. *Aten Primaria*. 2006; 38(3).
73. Sands L, Ferreira P, Stewart A, Brod M, Yaffe K. What Explains Differences Between Dementia Patient's and Their Caregiver's Ratings of Patient's Quality of Life? *Am J Geriatr Psychiatry*. 2004;12: 272-280. Citado en PubMed PMID 15126228.
74. Bédard M, Kuzik R, Chambers I, Molloy D, Dubois S, Lever JA. Understanding Burden Differences Between Men and Women Caregivers: The Contribution of Care-recipient Problem Behaviors. *Int Psychogeriatr*. 2005; 17(1): 99-118. Citado en PubMed PMID 15945595.
75. Pinquart M, Sörensen S. Gender Differences in Caregiver Stressors, Social Resources and Health: An Updated Meta-Analysis. *J Gerontol B Psychol Sci. Soc. Sci*. 2006; 61B (1): 33-45. Citado en PubMed PMID 16399940.

76. Alonso Babarro A, Garrido Barral A, Díaz Ponce A, Casquero Ruiz R, Riera Pastor M. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Aten Primaria*. 2004; 33(2):61-8.
77. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud, 2006. Disponible en:
<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
78. Brodaty H, Green A, Koschera A. Metaanálisis of Psychosocial Interventions for Caregivers of People with Dementia. *J Am Soc Geriatr*. 2003; 51:657-664. Citado en PubMed PMID 12752841.
79. Hochstenbach J, Pritagano G, Mulder T. Patient's and Relative's Reports of Disturbances 9 months After Stroke: Subjective Changes in Physical Functioning, Cognition, Emotion and Behavior. *Arch Phys Med Rehabil*. 2005; 86: 1587-93.
80. Franco C, Sola MM, Justo E. Reducción del malestar psicológico y de la sobrecarga en familiares cuidadores de enfermedad de Alzheimer mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en Mindfulness (conciencia plena). *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010; 45 (5): 252-258.
81. Coleman E. Encouraging patients and family caregivers to assert a more active role during care hand-offs: the care transitions intervention. *Int J Integr Care*. 2009; 9-suppl. Disponible en:
<http://www.ijic.org>.
82. Wedderburn C et al. The utility of the Cambridge Behavioural Inventory in neurodegenerative disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2008; 79(5): 500-503. Citado en PubMed PMID 17846114.
83. Prigerson HG. Costs to Society of Family Caregiving for Patients with End-Stage Alzheimer's Disease. *N Engl J Med*. 2003; 349(20): 1891-2. Citado en PubMed PMID 14614164.
84. Mol M, Carpay M, Ramakers I, Rozendaal N, Verhey F, Jolles J. The effect of perceived forgetfulness on quality of life in older adults; a qualitative review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007; 22(5): 393-400. Citado en PubMed PMID 17044138.
85. Sotto Mayor M, Ribeiro O, Paul C. Satisfacción percibida en el cuidado de ancianos. *Gerokomos* (revista en internet) 2008; 19(3): 121-127.
86. Durán MA del CSIC. Encuesta Hogares 2000. Disponible en:
http://digital.csic.es/bitstream/10261/10789/1/revista_n6-4.pdf
87. Elósegui, M. Diez temas de género. Hombre y mujer ante los derechos productivos y reproductivos. 2ª ed. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias; 2011.
88. Proyecto de Ley. Renovación del Pacto de Toledo. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados, (04-06-2010).
Disponible en: http://www.congreso.es/public_oficiales/L9/CONG/BOCG/B/B_255-01.PDF

Bibliografía

89. Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas mayores en situación de dependencia. Ley 39/2006, de 14 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 299, (15-12-2006).
90. Decreto polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do sistema para a autonomía e atención á dependencia na Comunidade Autónoma de Galicia. Decreto 176/2007, do 6 de setembro. Diario Oficial de Galicia. Nº 187, (26-09-2007): 15854-15869. Disponible en: http://www.xunta.es/dog/Publicados/2007/20070926/Anuncio3B176_gl.pdf
91. Ley de servicios sociales de Galicia. Ley 13/2008, de 3 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 15, Secc I: 5513-5551. Disponible en: <http://www.xunta.es/Doc/Dog2008.nsf/FichaContenido/4C642?OpenDocument>
92. Orden de 22 de enero, por la que se regula el servicio de ayuda a domicilio. Diario Oficial de Galicia, nº22, (02 -02-2009): 2095-2106. Disponible en: <http://www.derecho.com/l/doga/orden-22-enero-2009-regula-servicio-ayuda-domicilio/>
93. Ley para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. Ley 39/1999, 5 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 266, (06-09-1999): 38934-38942. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1999/11/06/pdfs/A38934-38942.pdf>
94. Plan Integral de Apoyo a la Familia 2001-2004. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 40: 105-124. Disponible en: http://www.mtin.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/40/Informes01.pdf
95. Ley para la igualdad efectiva de hombres y mujeres. Ley 3/2007, de 22 de marzo. Boletín Oficial del Estado, nº 71, (23-03-2007): 12611-12645. Disponible en: http://www.ub.edu/genere/docs/llei_organica_igualdad_efectiva.pdf
96. Redacción Intergeneraciones. Más de 600000 personas reciben ya las prestaciones de la Ley de Dependencia. Intergeneraciones interacción social.com [revista en Internet] 2010 [de martes, 13-07-2010, 09:17]. Disponible en: <http://www.msps.es/gabinetePrensa/notaPrensa/desarrolloNotaPrensa.jsp?id=1842>
97. Blanco Ramos, MA. Calidad de vida de los ancianos en Galicia. Aproximación mediante la evaluación en una provincia de interior [tesis doctoral]. Santiago de Compostela; 2003.
98. Blanco Ramos, MA. Avaliación da calidade de vida da xente maior. Aplicación práctica na provincia de Ourense. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2004.
99. Register ME, Herman J. A Middle Range Theory for Genetative Quality of Life for the Elderly. ANS Adv Nurs Sci. 2006; 29(4): 340-350. Citado en PubMed PMID 17135802.
100. World Health Organization, Noncommunicable diseases and mental health cluster, noncommunicable disease prevention and promotion department. Active ageing. A policy framework. Disponible en: [http:// www.who.int/hpr/ageing/index.htm](http://www.who.int/hpr/ageing/index.htm).

101. Nauman VJ, Byrne GJ. WHOQOL-BREF as a measure of quality of life in older patients with depression. *Int Psychogeriatr*. 2004; 16(2): 159-173. Citado en PubMed PMID 15318762.
102. Badía X, Patrick KD. La medida de la salud en la investigación y práctica clínica. Mahón. Escuela de verano de Salud Pública; 1995.
103. Azpiazu Garrido M, Cruz Jentof A, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz JC, García Martín N, Alvear Valero de Bernabé F. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en las personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública*. 2002; 76: 683-699.
104. Shek D, Lee BM. A Comprehensive Review of Quality of life (QOL) Research in Hong Kong. *ScientificWorldJournal*. 2007; 7: 1222-1229. Citado en PubMed PMID 17704855.
105. Hafsteinsdóttir T, Algra A, Kappelle L, Grypdonck MH. Neurodevelopmental treatment after stroke: a comparative study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2005; 76: 788-792. DOI: 10.1136/jnnp.2004.042267
106. Organización Naciones Unidas. Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad [serial on line] 2002. Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Madrid, 8-12 de abril de 2002. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/principios.htm>
107. Sevick MA, Trauth JM, Ling BS, Anderson RT, Piatt GA, Kilbourne AM, Goodman RM. Patients with Complex Chronic Diseases: Perspectives on Supporting Self-management. *J Gen Intern Med*. 2007; 22 (Suppl 3):438-44. Disponible en: <http://dx.crossref.org/10.1007%2Fs11606-007-0316-z>
108. Lizán Tudela L. La calidad de vida relacionada con la salud. *Aten Primaria*. 2009; 41(7): 411-416.
109. Eiroa Patiño P, Vázquez-Vizoso FL, Veras Castro R. Discapacidades y necesidades de servicios en las personas mayores detectadas en la encuesta de salud OARS- Vigo. *Med Clin*. 1996; 106(17): 641-648.
110. Gavilán Moral E et al. Factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores. *Med Fam Andal*. 2009; 2: 95- 107. Disponible en: <http://www.dscadizlajanda.com/images/archivos/editorialantidepresivos.pdf>
111. Casado JM, González N, Orueta R, Carmona J, Gómez-Calcerrada RM, Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001; 28(3): 167-173.
112. Cully JA, Graham DP, Stanley MA, Ferguson CJ, Sharafkhaneh A, Soucek J, Kunic ME. Quality of Life in patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Comorbid Anxiety or Depression. *Psychosomatics*. 2006; 47:312-319.
113. Matsumura B, Ambrose AF. Balance in elderly. *Clin Geriatr Med*. 2006; 22(2):395-412. Citado en Pub Med PMID 16627085.

Bibliografía

114. Ready RE, Ott BR, Grace J, Fernández I. The Cornell-Brown Scale for Quality of Life in Dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2002; 16(2): 109-115. Citado en Pub Med PMID 12040306.
115. Njegovan V, Hing M, Mitchell SL, Molnar FJ. The Hierarchy of Functional Loss Associated with Cognitive Decline in Older Persons. *J Gerontol Biol Sci Med Sci*. 2001; 56(10):638-643. Citado en PubMed PMID 11584037.
116. Pajalic Z, Karlsson S, Wertergren A. Functioning and subjective health among stroke survivors after discharge from hospital. *J Adv Nurs*. 2006; 54(4): 457-466. Citado en PubMed PMID 16671975.
117. Pollak Scharpf T et al. Functional status decline as a measure of adverse events in home health care: an observational study. *BMC Health Services Reseach*. 2006; 6:162. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/162>.
118. Haywood KL, Garrat AM, Fitzpatrick R. Older people specific health status and quality of life: a structured review of self-assessed instruments. *J Eval Clin Pract*. 2005; 11(4):315-327. Citado en PubMed 16011644.
119. Fernández Merino MC, Rey-García J, Tato Becerro F, Barros-Dios J, Gude F. Autopercepción de la salud y mortalidad en ancianos de una comunidad rural: Aten Primaria. 2000; 25(7): 459-463.
120. Mystakidou K et al. Exploring the Relations Between Depression, Hopelessness, Cognitive Status, Pain, and Spirituality in Patients with Advanced Cancer. *Arch Psych Nurs*. 2007; 21 (3): 150-161. Citado en PubMed PMID 17556108.
121. Wolfs C, Dirksen C, Alfons Kessels A, Willems D, Verhey F, Severens J. Performance of the EQ-5D and the EQ-5D+C in elderly patients with cognitive impairments. *Health Qual Outcomes*. 2007; 5:33. Disponible en: <http://www.hqlo.com/content/5/1/33>
122. Ahmad S, O'Mahony MS. Where older people die: A retrospective population-based study. *Q J Med*, 2005;98:865-870. Citado en PubMed PMID 16299059. Disponible en: <http://qjmed.oxfordjournals.org/content/98/12/865.full.pdf+html>
123. Drageset J et al. Differences in health-related quality of life between older nursing home residents without cognitive impairment and the general population of Norway. *J Clin Nurs*. 2008; 17(9): 1227-1236. Citado en PubMed PMID 18416797.
124. Rebollo P et al. Desarrollo del CAT-HEALTH, primer test adaptativo informatizado para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en España. *Med Clin (Barc)*.2009; 133(7):241-251. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2>
125. Grau Fibla G, Eiroa Patiño P, Cayuela Domínguez A. Versión Española del OARS, Multidimensional Functional Assessment Questionnaire: adaptación transcultural y medida de la validez. *Aten Primaria*. 1996; 17(8) 486-495. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/version-espa%C3%B1ola-oars-multidimensional-functional-assessment-questionnaire-14256-originales-1996>

126. Grau G. Evaluación multidimensional de los adultos de edad avanzada. 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; 1993.
127. Grau Fibla G. Cuestionarios OARS y EASY. Validación y aplicación práctica. Aten Primaria. 1995; 16(Supl 1): 135-136.
128. Herdman M, Badía X, Serra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. Aten Primaria. 2001; 28(6):425-429. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/en/node/2012957>
129. Elosua P. Valores subjetivos de las dimensiones de calidad de vida en adultos mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010; 45(2):67-71.
130. Doble SE, Fisher AG. The dimensionality and validity of the Older Americans Resources and Services (OARS) Activities of Daily Living (ADL) Scale. J Outcome Meas. 1998; 2(1):4-24. Citado en PubMed PMID 9661728.
131. Fillenbaum G, Smyer M. The Development, Validity and Reliability of the OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire. J Gerontol. 1981; 36(4): 428-434.
132. Fillembaum G.G. Multidimensional Functional Assessment of Older Adults: The Duke Older Americans Resources and Services Procedures. Center for the Study of Aging and Human Development. Duke University. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates; 1998.
133. Martínez Velilla N. Multimorbilidad: el último de los síndromes geriátricos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010; 45(4): 177-178.
134. Lozano Yagüe T. Una metodología para la identificación de las necesidades sociosanitarias en personas mayores. Rev Adm Sanitar. 2001; 5:99-114.
135. Lewis R, Dixon I. Rethinking management of chronic diseases. BMJ. 2004; 328: 220-222. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/328/7433/220.full>
136. Bengoa R. y Nuño Solinís R. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía para avanzar. Barcelona: Elsevier- Masson; 2009.
137. Van Bilsen PM, Hamers JP, Groot W, Spreeuwenberg C. Demand of elderly people for residential care: an exploratory study. BMC Health Serv Res. 2006, 6:39. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/39>. Citado en PubMed PMID 16566822.
138. Epping-Jordan JE, Bengoa R, Pruitt SD, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic condition. Qual Saf Health Care. 2004; 13: 299-305. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743863/pdf/v013p00299.pdf> (consultado el 20 de octubre de 2010).

Bibliografía

139. Arthur HM. Depression, isolation, social support and cardiovascular disease in older adults. *J Cardiovascular Nurs.* 2006; 21: 2-7.
140. Zambrana García JL, Velasco Malagón, Díez García F, Cruz Caparrós G, Martín Escalante MD, Adarraga Cansino MD. Características clínicas diferenciales de los enfermos pluripatológicos hospitalizados en servicios de Medicina Interna. *Rev Clin Esp.* 2005; 205(9):413-417. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en/node/2041082>
141. IMSERSO. Sesenta y más. 2010; 293:6-60. Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/revistacompletan293.pdf>
142. Chamorro García L. Psicofármacos en el anciano. *Rev Clin Esp.* 2005; 205(10): 513-517. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-clinica-espa%C3%B1ola-65/psicofarmacos-anciano-13079770-revisiones-2005>
143. Inzitari M. Estudios longitudinales sobre envejecimiento: pasado, presente y futuro. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010; 45(2): 103-105. Disponible en: [http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0211-139X\(09\)00331-X.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0211-139X(09)00331-X.pdf)
144. Epping-Jordan J, Bengoa R, Kwar R, Sabaté E. The challenge of chronic conditions. *WHO responds. BMJ.* 2001; 323(7319): 947-948. Citado en PubMed PMID 11679371.
145. Alonso Babarro A. Atención a la familia. *Aten Primaria.* 2006; 38(Supl 2):14-20. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v38nSupl.2a13094771pdf001.pdf>
146. World Health Organization. Envejecimiento y Ciclo de Vida. [revista en Internet]. Disponible en <http://www.who.int/hpr/ageing>. Consultado por última vez el 13 de noviembre de 2010.
147. Argimón Pallas J. Comentario: “¿Son eficaces las intervenciones de apoyo a los cuidadores de pacientes con demencia? *Aten Primaria.* 2004; 33(2):68. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/comentario-son-eficaces-las-intervenciones-apoyo-los-13057255-originales-2004>
148. Prieto Rodríguez MA, Gil García E, Heierle Valero C, Frías Osuna A. La perspectiva de las cuidadoras informales sobre la atención domiciliaria. Un estudio cualitativo con ayuda de un programa informático. *Rev Esp Salud Pública.* 2002; 76: 613-625.
149. Wagner EH. Meeting the needs of chronically ill people. Socioeconomic factors, disabilities, and comorbid conditions are obstacles. *BMJ.* 2001; 323: 945-946. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1121493/>
150. Ferrán Mercadé M. Proyecto AP-21. ¿Ilusión o realidad? *Aten Primaria.* 2010; 42(6): 307-308. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/proyecto-ap-21-ilusion-o-realidad-13151163-editorial-2010>

151. Grumbach K, Bodenheimer T. A Primary Care Home for Americans. Putting the House in Order. JAMA. 2002; 288 (7):889-893.
152. Ruiz Moral R., Rodríguez Salvador J., Pérula L., Fernández J., Martínez J., Fernández M.J. et. al. Problemas y soluciones en la atención sanitaria de enfermedades crónicas. Un estudio cualitativo con pacientes y médicos. Aten Primaria. 2006; 38(9):483-9.
153. Thorne S. Patient-provider communication in chronic illness. A health promotion window of opportunity. Fam Community Health. 2006; 29 (Suppl 1): 4-11. Citado en PubMed PMID 16344631.
154. Zapater F, Maynegre M. Cambio posible, cambio imprescindible [Edit]. Aten Primaria. 2010; 42(10): 496-497.
155. Menec VH, Lix L, Nowicki S, Ekuma O. Health care use at the end of life among older adults: does it vary by age? J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2007; 62(4): 400-407.
156. De la Revilla Ahumada L, De los Ríos Alvarez AM, De la Revilla Negro E, Prados Quel MA, Ruperez Larrea M, López de Hierro JA. El impacto sobre la salud de la cuidadora principal de personas mayores dependientes. Med fam Andal. 2009; 10(2): 136-144. Disponible en: <http://www.dscadizla.janda.com/images/archivos/editorialantidepresivos.pdf>
157. Monteagudo Peña JL. Telemedicina y atención primaria [edit]. Aten Primaria. 2009; 41(3): 129- 130. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en/node/2072766> Consultado el 13/11/2010.
158. Heinzelmann PJ, Williams CM, Lugn NE, Kvedar JC: Clinical outcomes associated with telemedicine/telehealth. Telemed J E Health. 2005; 11(3): 329-347. Citado en PubMed PMID 16035930.
159. Another American way. The success of Kaiser Permanente, an integrated American health-care firm, offers lessons for insurers and hospitals at home and abroad. The Economist. 29 de abril de 2010. Controlling health-care costs. Disponible en: <http://www.economist.com/node/16009167?story>
160. Ham C, York N, Sutch S, Shaw R. Hospital based utilization in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data. BMJ. 2003; 327: 1257-1260. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/327/7426/1257.full.pdf>
161. Shapiro J, Smith S. Lessons for the NHS from Kaiser Permanente. BMJ. 2003; 327(7426): 1241-1242. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC286235/?tool=pubmed>
162. Elola Somoza J. Gestión del Sistema Nacional de Salud, ¿Se puede?, ¿Se debe?, ¿Cómo? Rev Adm Sanit. 2004; 2(3): 375-386.

Bibliografía

163. Pita Fernández S. Tipos de estudios clínico-epidemiológicos. Fistera.com. Atención Primaria en la Red. Disponible en:
http://www.fistera.com/mbe/investiga/6tipos_estudios/6tipos_estudios.asp el 08/12/2009
164. Martínez de la Iglesia J, Espejo Espejo J, Rubio Cuadrado J. Valoración funcional de personas mayores de 60 años que viven en una comunidad urbana. Proyecto ANCO. Aten Primaria 1997 Nov; 20(9):475-484.
165. Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective Burden of Husbands and Wives as Caregivers: A Longitudinal Study. The Gerontologist. 1986; 26(3): 260-266.
166. Martín M, Salvadó I, Nadal S et al. Adaptación para nuestro medio de la escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit. Rev Gerontol. 1996; 6: 338-346.
167. Douglas SL, Daly BJ, Kelley CG, O'Toole E, Montenegro H. Impact of a Disease Management Program Upon Caregivers of Chronically Critically Ill Patients. Chest. 2005; 128:3925-3936. Disponible en:
<http://chestjournal.chestpubs.org/content/128/6/3925.full.html>
168. Sánchez-López MP, Dresch V. The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. Psicothema. 2008; 20(4):839-843.
169. Goldberg DP. The detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. London. Oxford University Press. 1972.
170. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine. 1979; 9: 139-145.
171. Lobo A, Pérez Echevarría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) a Spanish population. Psychological Medicine. 1986; 16: 135-140.
172. Goldberg D, Williams P. Cuestionario de salud general GHQ (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones. Barcelona. Mason. 1996.
173. INE. Enero 2011. Disponible en:
<http://www.msps.es/novedades/docs/mujeresBorrador.pdf>
174. Pedrera Zamorano JD et al. Estudio de salud de las personas mayores en Extremadura: consumo de fármacos y patologías crónicas más frecuentes. Rev Esp salud Pública. 1999; 73(6): 677-686
175. Arribas Mir L, Rodríguez Tebas T, Bravo García P, García Bernabé C, Revelles Muñoz F. Anticoagulación oral en un centro de salud urbano. Resultados del primer año. Aten Primaria. 2002; 29(6):338-42.

176. Barceló M, Ruíz D, Rosa Moreno N, Vazquez G, Domingo P. Antiagregantes plaquetarios y su influencia en la estancia hospitalaria y consumo de recursos sanitarios en pacientes ancianos con fractura de fémur. *Calidad Asistencial*. 2005; 20(5): 251-5.
177. Burgos C, Novo del Castillo S, Llorente E, Salinero MA. Estudio prescripción-indicación de inhibidores de la bomba de protones. *Rev Clin Esp* 2006; 206: 266-70.
178. Guía Terapéutica en atención primaria basada en la selección razonada de medicamentos, 4ª edición. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. www.guiaterapeutica.net [Consulta: 02 de febrero de 2012].
179. Yang YX, Lewis JD, Epstein S, Metz DC. Long-term proton pump inhibitor therapy and risk of hip fracture. *JAMA* 2006; 296: 2947-53.
180. Targownik LE, Lix LM, Metge CJ, et al. Use of proton pump inhibitors and risk of osteoporosis-related fractures. *CMAJ* 2008;179: 319-26.
181. Gulmez SE, Holm A, Frederiksen H, Jensen TG, Pedersen C, Hallas J. Use of proton pump inhibitors and the risk of community-acquired pneumonia: a population-based case-control study. *Arch Intern Med* 2007;167: 950-5.
182. Dial S, Alrasadi K, Manoukian C, Huang A, Menzies D. Risk of *Clostridium difficile* diarrhea among hospital inpatients prescribed proton pump inhibitors: cohort and case-control studies. *CMAJ*.2004;171: 33-8.
183. García Rodríguez LA, Ruigómez A, Panés J. Use of acid-suppressing drugs and the risk of bacterial gastroenteritis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007;5: 1418-23.
184. Valuck RJ, Ruscini JM. A case-control study on adverse effects: H2 blocker or proton pump inhibitor use and risk of vitamin B12 deficiency in older adults. *J Clin Epidemiol* 2004; 57: 422-8.
185. González Solanellas, M; Cabrero Sobrino P, Lancho Lancho S, Torres Sánchez A. Consumo crónico de benzodiacepinas en ancianos. *Aten Primaria*. 2004; 33(6): 349. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/consumo-cronico-benzodiacepinas-ancianos-13059753-cartas-investigacion-2004>. consultado en enero 2012.
186. Frutos Bernal E, Martín Corral JC, Galindo Villardón P. Factores asociados a la polifarmacia en la población anciana no institucionalizada. Análisis de la submuestra de la Encuesta Nacional de Salud 2006 para personas mayores de Castilla y León. *Rev Esp Geriatr Gerontol*.2011; 46(6):303-306.
187. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for impaired visual acuity in older adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2009; 151:37-43.
188. Martínez Agulló E. Grupo de Estudio Cooperativo EPICC. Prevalencia de Incontinencia Urinaria y Vejiga Hiperactiva en la población española: Resultados del Estudio EPICC. *Act Urol Esp*. 2009; 33(2):159-166.

Bibliografía

189. Sánchez González R, Rupérez Cordero O, Delgado Nicolás MA, Mateo Fernández R, Hernando Blázquez MA. Prevalencia de incontinencia en la población mayor de 60 años atendida en atención primaria. *Aten Primaria*. 1999; 24(7) 421-424.
190. Badía Llach X, Castro Díaz D, Conejero Sugrañes J. Validez del cuestionario King's Health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)*. 2000; 114 (17): 647-652.
191. Gavira Iglesias FJ. Comunicación, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en los ancianos de una zona básica de salud. *Aten Primaria*. 2001; 28(2):97-104.
192. Nieto Blanco E et al. Epidemiología e impacto de la incontinencia urinaria en mujeres de 40 a 65 años de edad en un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria* 2003; 32(7):410-414. Disponible en <http://www.who.int/hpr/ageing>. Consultado por última vez el 13 de noviembre de 2010.
193. La Región. Casi 800 mayores requieren ayuda para las tareas del hogar en la ciudad. Domingo, 30 de octubre de 2011.

VIII. ANEXOS

Anexo I. Certificado Comité Ético de Investigación clínica.

Anexos



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

Edificio Administrativo San Lázaro
15703 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Teléfono: 981 54 27 26 - 961 54 27 27 - Fax: 981 54 27 28
www.sergas.es



Comité Ético de Investigación clínica
Telf: 881 54 64 25 FAX: 881 54 18 04
Email: ceic@sergas.es

DITAME DO COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE GALIZA

D. Xoán X. Casas Rodríguez , Secretario do Comité Ético de Investigación Clínica de Galiza

CERTIFICA:

Que este Comité avaliou na súa reunión do día 30/09/2008 o estudo:

Título: Persoas maiores do concello de Ourense. Determinación multifactorial do seu estado funcional

Promotor: Manuel A. Blanco Ramos

Código do Promotor:

Código de Rexistro CEIC de Galicia: 2008/287

Que se cumpren os requisitos éticos aplicábeis a este tipo de estudos, están xustificadas os riscos e molestias previsíbeis para o suxeito e é adecuado o procedemento para obter o consentimento informado.

E que este Comité acepta, de conformidade cos seus Procedementos Normalizados de Traballo, que o devandito estudo sexa realizado nos seguintes centros:

Centros	Investigadores principais
XAP Ourense	Manuel A. Blanco Ramos

En Santiago de Compostela a 30 de setembro de 2008

O Secretario,



Xoán X. Casas Rodríguez

Anexo II. Presentación en rueda de prensa. 2 de abril 2009.

farodevigo.es
 Decano de la prensa nacional

NOTICIAS
Portada de Ourense

HEMEROTECA »

EN E

INICIO Y EDICIONES
SECCIONES
DEPORTES
OPINIONES
CANALES
GEN

FDS Nuevo Gran Vigo Comarcas Morrazo Pontevedra Deza-Tabeirós-Montes Arousa **Ourense** Club Faro Lo + visto

ÚLTIMA HORA
 Fernández de Kichner anuncia la expropiación del 51% de YPF

farodevigo.es » Portada de Ourense

La población de personas mayores de 65 años en la ciudad aumenta y supera el 21 por ciento

Concello y Consellería de Sanidade realizarán un estudio pionero en España sobre las necesidades que tienen



VÍCTOR RODRÍGUEZ - OURENSE

La media de vida de los ourensanos supera los 80 años, de ahí que no resulte extraño el aumento de la población de personas mayores de 65 años que residen en la ciudad, y que supera el 21 por ciento, aunque la media a nivel provincial se sitúa por encima del 28 por ciento, mientras que la de Galicia es del 20,7 por ciento.

Así, según los datos del padrón municipal a noviembre de 2007, la población de personas que superan los 65 años era de 22.669, aunque cuentan con la tarjeta sanitaria 23.668, una diferencia que según explicó la concejala de Bienestar Social, Marga Martín, se debe a que esas personas viven en la ciudad con sus hijos, aunque siguen censadas en sus concellos de origen.

Unos datos que son la base del estudio pionero que desde ayer se puso en marcha por parte del Concello de Ourense y la Consellería de Sanidade, del que se encargará un equipo de investigación formado por médicos ourensanos que coordina la directora médica de Atención Primaria, Mercedes Hernández.

El objetivo del estudio surge de la necesidad de "estudiar a nuestros mayores" y, sobre todo "oír a las personas que superan los 65 años, para que nos digan cómo ven su calidad de vida y la planificación de futuro".

Mercedes Hernández recalcó que "contamos con la población más envejecida de toda España", algo que "es muy positivo".

Vejez y calidad de vida

Para llevar a cabo el estudio, el grupo de investigación eligió aleatoriamente a 813 personas que residen en la ciudad, entre los que se incluyen las 150 personas mayores a las que ya se entrevistaron hace 8 años, cuando el actual gerente de Atención Primaria, Manuel Blanco, realizó tesis doctoral que versó sobre la relación entre la vejez y la calidad de vida que tienen.

Mercedes Hernández explicó que "empezaremos por los 150 mayores que fueron evaluados hace 8 años", y espera que las encuestas se realicen en los próximos seis meses, para en el plazo de un año contar con datos concretos y realizar los correspondientes análisis sobre la situación en que se encuentran los mayores.

De lo que se trata es de recoger las necesidades que tienen las personas mayores de 65 años, así como las de sus familiares y de los cuidadores, que según explicó la coordinadora del estudio, "son mujeres; hijas o nueras del anciano, con una edad media de 50 años", y que debido a esa nueva situación "no cuidan su salud, se dan cifras muy altas de depresión y ansiedad, con riesgo de aislamiento". Por lo que sostiene que también es fundamental "cuidar a los cuidadores" de las personas mayores.



El colectivo de la tercera edad creció en los últimos años en la ciudad. Jesús Regal

[lavo.es](#)
[tienda](#)
[empresas](#)
[páginas](#)

[PORTADA](#)
[GALICIA](#)
[DEPORTES](#)
[SOCIEDAD](#)
[DINERO](#)
[ESPAÑA](#)
[MUNDO](#)
[OPINIÓN](#)
[PARTICIPACIÓN](#)
[BLOGS](#)
[OCIO](#)
[SERVICIOS](#)
[CANALES](#)
[TIENDA](#)
[INMO](#)
[MOTOR](#)
[EMPLEO](#)

[A Coruña](#)
[A Mariña](#)
[Arousa](#)
[Barbanza](#)
[Carballo](#)
[Deza](#)
[Ferrol](#)
[Lemos](#)
[Lugo](#)
[Ourense](#)
[Pontevedra](#)
[Santiago](#)
[Vigo](#)
[Emigración](#)

Un millar de mayores se mudaron a la ciudad para que los cuiden sus hijos

El 21% de los vecinos de la capital ourensana tienen más de 65 años, según datos del padrón municipal

Rubén Nóvoa | 3/4/2009

★★★★★ Valoración

Un estudio pretende analizar la realidad de las personas mayores de 65 años en la ciudad de Ourense. El objetivo pasa por conocer su situación actual, sus carencias, sus necesidades, sus preocupaciones y las de sus cuidadores. Será un trabajo que realizará encuestas a cerca de un millar de personas y que, según las previsiones del grupo que lo dirige, les supondrá un año de trabajo.

A la hora de dar el pistoletazo de salida a este trabajo de campo, el grupo de profesionales presentó ya algunas variables que les sirven para centrar su encuesta. Con los datos en la mano, detectaron que hay un desfase de cerca de mil personas mayores de 65 años entre los datos registrados en el padrón municipal y las tarjetas sanitarias del municipio de Ourense. En concreto, las cifras del padrón a noviembre del 2007 indican que en la capital hay 22.699 personas con más de 65 años, mientras que existen un total de 23.668 tarjetas sanitarias. Esta diferencia se debe, según explicó Mercedes Hernández responsable de la investigación, a que «la gente deja los pueblos para ir a la capital. Por eso no están censados en nuestro municipio pero viven en la capital».

Según los datos del padrón municipal, el 21% de la población tiene más de 65 años, una cifra que está siete puntos por debajo de la media de la provincia de Ourense y que, según indicaron, aumenta en zonas como la Baixa Limia, Terras de Caldelas o Celanova.

Por franjas de edad

Los datos por franjas de edades muestran que la más numerosa es la que va desde los 65 a los 74 años, ya que hay censadas en el municipio de Ourense 10.945 personas, de las que 6.046 son mujeres. El siguiente grupo de edad es el que va desde los 75 hasta los 84 años, ya que reúne a un total de 8.577 personas (5.066 mujeres). Con más de 85 años hay censadas en la ciudad 3.177 personas. «E o sector da poboación que máis crece. Os maiores son cada vez máis. As administracións públicas temos que redobrar os esforzos», indicó la concejala de Sanidade, Marga Martín. El estudio que permitirá obtener una radiografía completa de este grupo de edad está financiado por la Consellería de Sanidade y el Concello de Ourense.

La actividad física en los mayores es básica para alargar la esperanza de vida

PILI PROL

Relacionados de la noticia

- «Envejecer no es sinónimo de estar enfermo»
- El estudio durará un año y entrevistará a 813 personas
- El perfil del cuidador es el de una mujer de 50 años que tiende a sufrir depresión y a aislarse socialmente

Publicado

Noticias - vistas
Videos
Álbumes

- Cientos de menores pasaron el Fin de Año en la calle tras pagar 40 euros
- Desigual vuelve a retar al frío en las rebajas de enero
- Adiós a Nucha y Mucha, cantareiras de Ardebullo
- Un incendio calcina dos pubs contiguos de Lugo y obliga a desalojar un edificio
- Kiko Rivera y Jessica Bueno, segunda parte

AHORA EN PORTADA DE LAVOZ.ES

- Gallardón anuncia que no volverá a ser candidato a la alcaldía de Madrid
- La belleza pasa por el quirófano en Corea del Sur
- La CEOE aboga por recuperar la figura del aprendiz con un salario por debajo del mínimo
- Excarcelada una persona tras un accidente en Badajoz

El perfil del cuidador es el de una mujer de 50 años que tiende a sufrir depresión y a aislarse socialmente

| 3/4/2009

☆☆☆☆ Valoración



El trabajo de investigación será realizado por un grupo multidisciplinar conformado por médicos de familia de Atención Primaria, enfermeros de Atención Primaria y el Complejo Hospitalario Ourense y un psicólogo. Entre los objetivos que se plantean están: realizar un diagnóstico sanitario de personas mayores que no estén ingresadas y encontrar las variables que expliquen el deterioro funcional precoz para detectarlo y actuar de manera inmediata.

El estudio que comenzará de manera inmediata tampoco se olvida de los cuidadores de las personas mayores. Por eso, la intención a la hora de realizar las encuestas es que participen tanto el anciano como la persona que la cuida. Según relató Mercedes Hernández, responsable del proyecto, el perfil del cuidador en la provincia es el de una mujer de cincuenta años con relación de hija o nuera con el enfermo, que descuida su salud aunque posteriormente se detecta un elevado porcentaje de casos de depresión y ansiedad como consecuencia del cuidado del mayor. Por último, también se percibe que tiende a sufrir aislamiento social y a empeorar su situación económica.

A raíz de los resultados que se obtengan en este estudio, y que no se conocerán antes de un año, se pretende mejorar las políticas sociales y sanitarias en la ciudad. Así, confían en conocer de primera mano la demanda de los recursos sociales. «A veces no llegamos a quienes realmente necesitan las políticas sociales. Se tiene la sensación de que atendemos siempre a las mismas personas», indicó Mercedes Hernández.

Diagnóstico

Durante la presentación del proyecto, el alcalde de Ourense, Francisco Rodríguez, indicó: «Trátase dun traballo que nos vai a permitir facer un diagnóstico moi axeitado da realidade e a situación das persoas maiores».



[PORTADA](#)
[GALICIA](#)
[DEPORTES](#)
[SOCIEDAD](#)
[DINERO](#)
[ESPAÑA](#)
[MUNDO](#)
[OPINIÓN](#)
[PARTICIPA](#)
[BLOGS](#)
[OCIO](#)
[SERVICIOS](#)
[CANAL](#)

[A Coruña](#)
[A Mariña](#)
[Arousa](#)
[Barbanza](#)
[Carballo](#)
[Deza](#)
[Ferrol](#)
[Lemos](#)
[Lugo](#)
[Ourense](#)
[Pontevedra](#)
[Santiago](#)

«Envejecer no es sinónimo de estar enfermo»

| 3/4/2009

☆☆☆☆

Valoración



Mercedes Hernández, médica de familia y responsable de la investigación, quiso acabar con varios tópicos que rodean a los mayores: «Envejecer no es sinónimo de estar enfermo. Estamos acostumbrados a ver como se le habla a una persona mayor como si fuera sorda o despacio porque suponemos que no nos entienden. Envejecer es un proceso natural dentro de la vida, y enfermas es perder la salud, que se puede dar también en otras etapas».



[PORTADA](#)
[GALICIA](#)
[DEPORTES](#)
[SOCIEDAD](#)
[DINERO](#)
[ESPAÑA](#)
[MUNDO](#)
[OPINIÓN](#)
[PARTICIPA](#)
[BLOGS](#)
[OCIO](#)
[SERVICIOS](#)
[CANAL](#)

[A Coruña](#)
[A Mariña](#)
[Arousa](#)
[Barbanza](#)
[Carballo](#)
[Deza](#)
[Ferrol](#)
[Lemos](#)
[Lugo](#)
[Ourense](#)
[Pontevedra](#)
[Santiago](#)

El estudio durará un año y entrevistará a 813 personas

| 3/4/2009

☆☆☆☆

Valoración



El ambicioso estudio que plantean el Concello de Ourense y la Consellería de Sanidade se prolongará durante un año. En ese período se realizarán 813 encuestas a personas mayores de 65 años. Según explicó la responsable de la investigación, se trata de encuestas muy ambiciosas, ya que se preguntan cuestiones íntimas y cada una tendrá una duración aproximada de una hora. Para ello, los encuestados comenzarán a recibir en su domicilio una carta del Concello de Ourense invitándoles a participar en esta iniciativa. Posteriormente, se procederá a concertar una cita mediante una llamada telefónica.

6 — OURENSE

Un vecino de Xinzo fue detenido por dos robos en casas y uno en grado de tentativa

XINZO • LR

El Equipo de la Policía Judicial de la Guardia Civil de Xinzo detuvo a un vecino del municipio, Francisco A.F., de 64 años, como presunto autor de dos delitos de robo con fuerza en el interior de dos viviendas y uno en grado de tentativa.

El primer robo tuvo lugar el pasado 22 de marzo en As Pegas (Sandiás), donde el hombre supuestamente se apoderó de un crucifijo de oro, prendas de ropa y comestibles. El segundo se registró el 26 de marzo en Lavandeira (Sandiás), en el domicilio de un hombre de 86 años, donde se apoderó de 800 euros, un traje de caballero, enseres de cocina y calzado.

El robo en grado de tentativa ocurrió en A Corña (Sandiás), donde el detenido fue sorprendido por una vecina en el interior de un domicilio.

Francisco A.F. tiene antecedentes por robo y había sido arrestado en otra ocasión por la Guardia Civil.

Una mujer se enfrenta a una multa de 2.700 euros por talar 9.444 pinos en un monte

OURENSE • LR

Una vecina de Parada do Sil, Purificación S.V., de 55 años, se sentó ayer en el banquillo del Juzgado de lo Penal número 2 de Ourense por talar 9.444 pinos que crecían en un monte en mano común de los vecinos de Parada, Chamoso, Cudician y Fondodevila (Parada do Sil).

Los árboles fueron plantados por la sociedad cooperativa "Os Erbes" en el año 2006. La mujer, según el escrito del fiscal, los taló del 2007, al parecer, por diferencias con la repoblación.

El fiscal solicitó durante la vista que la mujer fuera condenada a una multa de 2.700 euros y que indemnizara con 5.666 euros a la sociedad por los daños.

Un equipo médico investiga las condiciones de vida de las personas mayores en la ciudad

Trabaja junto con el Concello para que los recursos municipales lleguen a todos los ancianos

● Un equipo médico comenzó a analizar las condiciones de vida de las personas mayores de 65 años en la ciudad. Los facultativos realizan el trabajo, pionero en España, en colaboración con el Concello, para aprovechar mejor los recursos municipales. En el caso

urbano residen 23.668 personas mayores de 65 años y las ayudas sociales no están llegando en la actualidad a todos ellos. La iniciativa tiene como objetivo mejorar su calidad de vida y que envejeczan de una forma más activa.

OURENSE • A. Rodríguez

"Envejecer y enfermedad no son sinónimos, porque envejecer es natural y enfermarse es perder la salud". Esta es una de las frases a las que recurrió la médica de familia Mercedes Fernández Gómez, para presentar el estudio que comenzaron a realizar el Servicio Galego de Saúde y el Concello de Ourense para mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

En el casco urbano ourensano residen, según el padrón municipal del 2007, un total de 22.699 personas mayores de 65 años, lo que supone un 21% de la población. El censo aumenta en 969 personas (23.668) si se contabilizan las tarjetas sanitarias en vigor. "Pueden que aún sean más. La diferencia que hay entre el padrón y las tarjetas sanitarias son personas de pueblos que se vienen a vivir con sus hijos y no están empadronadas en la ciudad", aseguró Fernández.

Objetivos

El estudio será realizado por un equipo médico y el primer objetivo es conocer cómo viven, qué relación tienen con la familia, el lugar en el que están, sus recursos económicos, la calidad de vida y las preocupaciones que les afectan. Esto es, en palabras de Mercedes Fernández, "escuchar todo lo que tienen que decir y cómo les gustaría que fueran las cosas", afirmó.

Para esta facultativa, el grupo de personas mayores crece cada año y "la baja calidad de vida la relacionan con hospitalización, por eso debemos incidir, trabajar la calidad de vida y atajar el deterioro", añadió.

El equipo médico escogió de forma aleatoria entre las 23.668 personas mayores de 65 años a 813, a las que consideran sig-



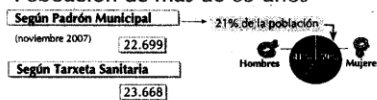
Fernández, Martín, Rodríguez, Jiménez y Blanco, en la presentación de la iniciativa.

nificativas de todo el colectivo. Estos tendrán que responder a las preguntas de una encuesta, siempre en compañía de un familiar y en su propio domicilio. "Hoy ya les informamos a través de una carta del estudio", apuntó Mercedes Fernández.

En la presentación del proyecto, estuvieron presentes el alcalde, Francisco Rodríguez, la concejala de Bienestar Social, Marga Martín, el director gerente de Atención Primaria, Manuel Blanco. "Este trabajo nos va a permitir conocer cuál es el diagnóstico de la realidad en que viven las personas mayores, un colectivo que para el grupo de gobierno es prioritario", dijo el regidor.

Por su parte, Marga Martín, se mostró satisfecha con la iniciativa. "Este estudio ya había sido aprobado a propuesta del PSOE en el año 2005, pero no se llevó a cabo", lamentó.

Población de más de 65 años



► Muestreo de hace ocho años

El estudio parte de la tesis doctoral que elaboró Manuel Blanco hace ocho años con 150 personas mayores de 65 años, todas ellas residentes en la ciudad. Todas ellas serán entrevistadas ahora de nuevo "para conocer cuál fue su evolución", afirmó Manuel Blanco, recordando que "hay ancianos que se vuelven frágiles y esto conlleva ingresarlos en centros específicos como geriátricos, lo que reduce la calidad de vida". Para Blanco Ramos, la calidad de vida siempre será mucho mayor mientras una persona de la tercera edad habite en su casa y se desenvuelva en su entorno natural. Los médicos, una vez detectados las carencias e identificados los factores de riesgo en la pérdida de salud, plantearán medidas para un buen aprovechamiento de los recursos sociales y sanitarios y, así favorecer un envejecimiento natural y activo, promovido por la Organización Mundial de Salud en los años 90.

Anexo III. Carta a los profesionales.

Anexos



Ourense 09 de diciembre de 2009.

Estimado compañeiro:

Como te informáramos previamente na presentación realizada no teu centro de saúde por parte do equipo do proxecto de investigación "PERSOAS MAIORES DO CONCELLO DE OURENSE. DETERMINACION MULTIFACTORIAL DO SEU ESTADO FUNCIONAL", estamos realizando este estudo cuxa intención é, determinar ás variables que inflúen no estado funcional das persoas maiores, ás súas necesidades e ás dos seus familiares e cuidadores e que estes datos permitan unha mellor xestión dos recursos destinados polo Concello a este colectivo.

Como nos comprometemos na citada presentación achegámosche a relación dos teus pacientes que van participar no proxecto co fin de que nos poidades introducir, informándolles de que se trata dun traballo de investigación no que os obxectivos pretenden afondar nas necesidades sociosanitarias do noso Concello.

Agradecendo de antemán a túa valiosa colaboración, recibe un saúdo cordial.

Equipo de investigación.

Relación de pacientes:

Anexo IV. Carta a los ancianos y consentimiento informado.

Estimados sr/sra:

Somos un grupo de investigación, que vai traballar nun proxecto que pretende coñecer as situacións que inflúen no estado funcional das persoas maiores do Concello de Ourense.

O grupo de investigación está constituído por médicos de atención primaria, enfermaría e un psicólogo do noso Concello.

Para levalo a cabo necesitamos entrevistar a un grupo de persoas maiores de 65 anos, entre nas que está vostede, escollidas ao chou, e facerlle unha serie de preguntas para saber cómo se desenvolve na súa vida diaria, qué problemas de saúde ten, qué necesidades sociais precisaría vostede e/ou a súa familia. Con todos eses datos faremos un estudo da situación dos maiores do concello de Ourense. Tódolos datos obtidos na entrevista trataráanse de modo totalmente confidencial e anónimo, e sempre contando co seu previo consentimento.

O seu médico de familia tamén lle poderá informar do estudo, dado que xa nos puxemos en contacto con él para explicarllelo.

A entrevista terá lugar no seu domicilio, previa concertación dunha cita a través do teléfono, e será o psicólogo do concello de Ourense, Don David Pardo Hermida, quen se vai acercar a súa casa a facerlle este cuestionario.

A nosa intención é, como dicíamos ao principio, determinar as variables que inflúen no estado funcional das persoas maiores, as súas necesidades e as dos seus familiares e coidadores, o nivel de minusvalidez no desenvolvemento das actividades da vida diaria, descubrir necesidades non cubertas e posteriormente aplicar os resultados para a planificación e xestión dos recursos sociais e sanitarios.

Por último, recordarlle que o seu médico poderá resolverlle as dúbidas que lle xurdan sobre este tema

Agradecemos de antemán a súa colaboración.

Atentamente,

O GRUPO INVESTIGADOR

Anexos

Confidencialidade.

Estamos a realizar o estudo “ Persoas maiores do concello de Ourense. Determinación multifactorial do seu estado funcional” co obxectivo principal de facer un diagnóstico sociosanitario ds persoas maiores de 65 anos non institucionalizadas do concello de Ourense. Realizaremos una enquisa que está orientada á exploración das áreas de Saúde física, mental,apoio social e actividades da vida diaria, que en caso de non poder realizar a persoa determinada polo seu deterioro funcional, a realizará o cuidador principal sea o ben un familiar seu o a persoa que realiza os seus cuidados. Esta enquisa realizarase no domicilio da persoa obxecto do estudio.

.Os datos obtidos neste estudio serán exclusivamente utilizados para as fins mencionadas no mesmo. O equipo de investigación manterá confidencialidade da información médica obtida según o disposto pola lei 15/1999 de protección de datos de carácter persoal. A cada enquisa se lle asociará un código co que será posíbel identificar a sua enquisa. Por outra banda, Vde. poderá ter acceso á sua información que se determine durante o estudo.

Para calquera dúbida pode Vde comunicarse co responsable do estudio, DR. M. ANGEL BLANCO RAMOS no teléfono 988066448.

Participación voluntaria:

A sua participación no estudo é totalmente voluntaria, polo que pode rexeitar tomar parte no estudo.

Formulario de aceptación do estudo sobre [Persoas maiores do concello de Ourense.determinación multifactorial do seu estado funcional.](#)

Eu....., declaro baixo a miña responsabilidade que recibín suficiente información sobre o estudio.

Puden facer preguntas sobre o mesmo.

Fun informado por.....

Entendo que a miña participación é voluntaria.

Entendo que podo retirarme do estudio:

- 1) Cando queira.
- 2) Sen ter que dar explicacións.
- 3) Sen que isto repercute nos meus coidados médicos.

Ourense, a de.....de.....

Sinatura do participante:

Sinatura do monitor:

Anexo V. Encuestas.

Encuesta OARS. Versión galega.

Cuestionario de Avaliación Funcional Multidimensional
dos Adultos de Idade Avanzada
OARS-MFAQ. Revisión de 1988.
(Adaptacións: Sevilla 1993 e Vigo 1994)

Copyright 1975 Duke University Center for the Study of Aging and Human Development

Número de orde: _____

Distrito: _ Sección:

Nome do Suxeito:

Enderezo: (rúa/praza/..., nº, andar):

Sexo: Home .. 0 Muller .. 1 Data de nacemento: ____ / ____ / ____ Titulación:

Entrevistador:

SE NON SE PODE ENTREVISTAR AO INDIVIDUO, INDICALA CAUSA:

- 1 Erro do domicilio (<65 anos, nunca viviu alí, enderezo inexistente).
- 2 Existe evidencia (polos veciños) de traslado a domicilio inaccesible durante a realización do estudio:temporalmente ou definitivamente reside noutro domicilio descoñecido en Vigo ou coñecido fora del.
- 3 Defunción.
- 4 Ingreso nunha institución cerrada (residencia da 3ª idade, ...).
- 5 Hospitalización.
- 6 Non localizable após de 4 intentos e non hai evidencia de que non vive alí.
- 7 Negativa a colaborar.

Os campos precedidos por # non deben introducirse na base de datos xeral.

Versión Galega

Anexos

Parte I N° de Orde: _____

**Cuestionario de Avaliación Funcional Multidimensional
dos Adultos de Idade Avanzada
OARS-MFAQ. Revisión de 1988.
(Adaptacións: Sevilla 1993 e Vigo 1994)**

Copyright 1975 Duke University Center for the Study of Aging and Human Development

Teño tamén unha serie de preguntas dirixidas a un familiar, un veciño, ou alguén que o coñeza ben a vostede. Se vostede e o seu familiar/veciño/..., non teñen inconveniente, a entrevista debe realizarse con vostede a solas, e no seu momento fareille a el unhas preguntas, tamén a solas. (SE E IMPOSIBEL VER O SUXEITO A SOLAS, EXPLICAR O INFORMANTE:) Por favor, pídolle logo, que non interveña para nada na entrevista, que permaneza en silencio.

Das preguntas que vou facerlle, algunhas poden parecerlle absurdas ou que non lle son aplicables. Teña en conta que as cuestións foron pensadas para que serviran o mesmo tempo a persoas moi distintas, e permitiran coñecer necesidades de todo tipo. Por favor, teña paciencia comigo, e responda o mellor posible en cada caso.

Lugar da entrevista: Domicilio do suxeito 0 Outro lugar 1

Data da entrevista: ____/____/____ Hora de inicio (1): _____,

Asegurámoslle que as súas respostas serán confidenciais, gardaranse absolutamente en segredo.

1. CUESTIONARIO PRELIMINAR

(FACE-LAS PREGUNTAS 1 A 10 E APUNTAR TÓDALAS RESPOSTAS. SO SE PREGUNTA A 4a SE O SUXEITO NON TEN TELEFONO-. MARCA- LO CORRECTO (+) E INCORRECTO (-) PARA CADA UNHA E APUNTA-LO NUMERO TOTAL DE ERROS BASEADOS NAS 10 PREGUNTAS).

1	0
+	-
_____	1. ¿A que data estamos? Día, mes e ano. __/__/
_____	2. ¿Que día da semana é?
_____	3. ¿Como se chama estA cidade?
_____	4. ¿Cal é o seu número de teléfono?
_____	4a. (SO SE NON TEN TELEFONO). ¿Cal é o seu enderezo/dirección?
_____	5. ¿Cantos anos ten?
_____	6. ¿Cal é a súa data de nacemento? Día, mes e ano. __/__/
_____	7. ¿Como se chama o rei de España?
_____	8. ¿Como se chamaba o anterior xefe do estado español?
_____	9. ¿Cal é o segundo apelido da súa nai?
_____	10. Quítelle 3 a 20 e faga o mesmo con cada número que obteña ata que non poida seguir restando

(OS NÚMEROS CORRECTOS SON: 17, 14, 11, 8, 5, 2).

_____ Número total de erros.

2. Número de fillas (vivas):

3. Número de fillos varóns (vivos):

4. Idade do suxeito: (NON CUBRIR NIN PREGUNTAR)

5. ¿Que estudos ten feito?

Non sabe ler nin escribir	1
Ningún, pero sabe ler e escribir.....	2
Foi á escola primaria pero non rematou	3
Ensino primario rematado (Certificado escolar, Certificado de Estudios Primarios, Bacharelato Elemental	4
Título de Bacharelato Superior, Mestría ou calquera outro tipo de formación profesional titulada.....	5
Estudios medios (Diplomatura Universitaria -mestre, practicante).....	6
Estudios Superiores (Licenciatura Universitaria).....	7
NC.....	-

RECURSOS SOCIAIS

Parte III. Nº de Orde: _____

Agora gustárame preguntarlle algunhas cuestións sobre a súa familia e amigos.

6. ¿Está solteiro/a (nunca estivo casado/a), casado/a, viúvo/a, divorciado/a ou separado/a?

Solteiro/a..... 1 Casado-a/En parella..... 2 Viúvo/a..... 3
Divorciado-a/Separado-a.... 4 NC..... -

7. ¿Quen vive con vostede na súa casa?

(MARCAR "SI" OU "NON" PARA CADA UNHA DAS SEGUINTES). SI NON

a) Ninguén	1	0
b) Marido/Muller	1	0
c) Fillos/as	1	0
d) Netos/as.....	1	0
e) Pais ou sogros.....	1	0
f) Irmáns/irmás ou cuñados/as	1	0
g) Outros familiares (ESPECIFICAR).....	1	0
h) Amigos/as.....	1	0
i) Asistente (a soldo ou prestándolle unha habitación sen ser familiar)	1	0

7.J. FOGAR MULTIXENERACIONAL:

TRES OU MAIS XENERACIÓNS VIVINDO NA MESMA CASA 1 MENOS ... 0

8. ¿A canta xente coñece o suficiente como para ir de visita a súa casa?

Cinco ou máis..... 3 Tres ou catro.... 2 Un o dous..... 1 Ninguén..... 0 NC..... -

9. Aproximadamente, ¿Cantas veces falou Vd. por teléfono a semana pasada con alguén -amigos, familiares ou outros- tanto se o chamaron como se chamou Vd.) (SE NON TEN TELEFONO TAMÉN SE APLICA A PREGUNTA).

Unha vez ó día ou máis... 3 De dúas a seis veces na semana... 2 Unha vez na semana... 1
Ningunha..... 0 NC..... -

10. ¿Cantas veces durante a semana pasada pasou Vd. algún tempo con alguén con quen non vive; es dicir, Vd. foi a velos ou eles viñeron visitalo/a, ou saíron a facer algo xuntos?

Unha vez ó día ou máis..... 3 De dúas a seis veces á semana.... 2 Unha vez na semana..... 1
Ningunha..... 0 NC..... -

11. ¿Ten alguén en quen poida confiar? Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

12. ¿Encóntrase só/soa moi a miúdo, ás veces ou case nunca?

Moi a miúdo.... 0 Algunhas veces..... 1 Case nunca..... 2 NC..... -

13. ¿Ve ós seus familiares e amigos tan a miúdo como quere, ou non?

Anexos

Tan a miúdo como quero..... 1 Non tan a miúdo como quixese..... 0 NC..... -

14. ¿Hai alguén que podería axudalo/a si estivese enfermo/a ou incapacitado/a, por exemplo, a súa muller/o seu home, un membro da súa familia ou un amigo? **(REFÍRESE A AXUDA SOCIAL, NON ECONÓMICA)**

Si..... 1 Non hai ninguén disposto e capaz de axudar..... 0 NC..... -

(SE RESPONDEN QUE SI PREGUNTAR a E b).

- a. ¿Hai alguén que podería coidalo/a tanto tempo como necesitara, só por pouco tempo, ou alguén que o/a axudaría e cando en vez (por exemplo: levándoo/a ó médico ou preparándolle a comida ocasionalmente, etc.?)

Alguén que o/a coidaría indefinidamente (tanto tempo como o necesitara) 3

Alguén que o/a coidaría por pouco tempo (dunhas poucas semanas a seis meses) 2

Alguén que o/a axudaría de cando en vez (levándoo/a ó médico ou preparándolle unha comida, etc) 1

NC -

- b. ¿Quen é/son esas persoas?

Relación:

SI NON

a. Cónxuxe.....	1	0
b. Irmán/Irmá.....	1	0
c. Fillos/as	1	0
d. Netos/as.	1	0
e. Outro parente.	1	0
f. Amigo/a	1	0
g. Outro.	1	0

RECURSOS ECONÓMICOS

Agora gustaríame preguntarlle algunhas cuestións sobre a súa situación laboral.

15. A súa actividade actual é: **(MARCAR SI OU NON PARA CADA UNHA DAS SEGUINTE OPCIÓNS).**

SI NON

a. Ama de casa	1	0
b. Traballa a tempo completo.....	1	0
c. Traballa a tempo parcial	1	0
d. Xubilado por idade.....	1	0
e. Xubilado por invalidez	1	0
f. Non traballa e está a buscar traballo	1	0
g. Non traballa e non busca traballo	1	0

Anexos

16 A. ¿Que tipo de traballo tivo a maior parte da súa vida? **(ELEXI-LO MAIS APROPIADO).**

Non estivo nunca empregado/a..... 1 Ama de casa..... 2 Outro.....3 NC..... -

16 B. SI LA RESPUESTA ANTERIOR FOI 3 **(outro)** ESPECIFIQUE A OCUPACIÓN DETALLADAMENTE):

17 ¿Traballa o seu marido/muller ou traballou algunha vez? **(APLICASE A PREGUNTA SO PARA O CÓNXUXE CO QUE ESTIVO CASADO/A DURANTE MAIS TEMPO).**

Si..... 1 Non.....0 Nunca estivo casado/a..... 2 NC..... -

(SE RESPONDE QUE SI, PREGUNTAR A).

A. ¿Que tipo de traballo fixo ou fai a súa muller/marido?

(DETALLA-LA OCUPACIÓN).

Anexos

18 ¿De onde proveñen os seus ingresos (seus e do seu marido/muller)? (MARCAR "SI" OU "NON" PARA CADA UNHA DAS SEGUINTE E SE E QUE "SI", APUNTA-LA CANTIDADE E FRECUENCIA).

FRECUENCIA

	SI	NO	CANTO	SEMANAL	MENSUAL	ANUAL
A. Do emprego ou negocio	1	0	_____	1	2	3
B. Ingresos por rendas de capital (dividendos de inversións, interese de aforros, fondos de pensións) e rendas de patrimonio (alugueres)	1	0	_____	1	2	3
C. Paga da Seguridade Social (inclúe paga por incapacidade)	1	0	_____	1	2	3
D. Pensión de xubilación da empresa.....	1	0	_____	1	2	3
E. Outras pagas provenientes de Colexios Profesionais, Montepíos, etc	1	0	_____	1	2	3
F. Subsidio de desemprego	1	0	_____	1	2	3
G. Pensión alimenticia (en caso de separados ou divorciados)	1	0	_____	1	2	3
H. Becas de estudio de fillos ou netos.....	1	0	_____	1	2	3
I. Axuda por fillos minusválidos.	1	0	_____	1	2	3
J. Axuda financeira regular por parte de membros da familia (incluíndo contribucións regulares por parte dos fillos empregados)	1	0	_____	1	2	3
K. Salario social	1	0	_____	1	2	3
L. Axuda financeira regular de organizacións privadas e igrexas.	1	0	_____	1	2	3
M. Outros.	1	0	_____	1	2	3

N) ¿Que cantidade de ingresos ten Vd. (e o seu marido/muller)? (MOSTRAR UNHA ESCALA DE INGRESOS ANUAIS E MARCA-LA LETRA QUE IDENTIFICA TANTO OS INGRESOS MENSUAIS COMO ANUAIS).

<u>MENSUALMENTE</u>	<u>ANUALMENTE</u>
A. Menos de 10.000 01	Menos de 140.000 01
B. De 10.001 a 15.000 02	De 140.001 a 210.000 02
C. De 15.001 a 20.000 03	De 210.001 a 280.000 03
D. De 20.001 a 30.000 04	De 280.001 a 420.000 04
E. De 30.001 a 40.000 05	De 420.001 a 560.000 05
F. De 40.001 a 50.000 06	De 560.001 a 700.000 06
G. De 50.001 a 60.000 07	De 700.001 a 840.000 07
H. De 60.001 a 80.000 08	De 840.001 a 1.120.000 08
I. De 80.001 a 100.000 09	De 1.120.001 a 1.400.000 09
J. De 100.001 a 120.000. 10	De 1.400.001 a 1.680.000 10
K. De 120.001 a 150.000. 11	De 1.600.001 a 2.100.000 11
L. De 150.001 a 200.000. 12	De 2.100.001 a 2.800.000 12
M. Máis de 200.000..... 13	Máis de 2.800.000..... 13

19. ¿Cantas persoas viven destes ingresos? (Refírese ás persoas que alomenos a metade dos seus gastos proveñen da cifra anterior)

Anexos

20. ¿A casa na que vive é da súa propiedade? Si (PASAR A "a" E "b")..... 1 Non (PASAR A "c" E "d")..... 0 NC..... -

a) ¿En canto está valorada aproximadamente na actualidade?:

Menos de un millón.....1	De quince a menos de vinte..... 5
De un a menos de cinco.....2	De vinte a menos de trinta..... 6
De cinco a menos de dez.....3	Máis de trinta..... 7
De dez a menos de quince.....4	NC..... -

b) ¿Está pagando hipoteca aínda?

Non.... 1 Si..... 2 NC..... -

(SE AÍNDA A ESTA A PAGAR -DÍXITO 2 EN P.20b- PREGUNTAR (1.).

(1.) ¿Canto paga de hipoteca mensualmente?

Menos de 5.000 ptas. 1	De 5.001 a 10.000..... 2	De 10.001 a 20.000.....3
De 20.001 a 30.000..... 4	De 30.001 a 40.000 3	De 40.001 a 50.000.....6
Máis de 50.000 7	NC..... -	

c) ¿Quen paga o aluguer da súa casa?

Vd. paga o total do aluguer..... 1 Vd. contribúe en parte ó custo 2
 Hai alguén que lle deixa a súa casa ou paga o aluguer e Vd. non paga nada 3 NC.....-

(SE RESPONDE DÍXITOS 1 OU 2 PREGUNTAR (1.).

(1.) ¿Canto paga polo aluguer?

Menos de 5.000 ptas 1	De 5.001 a 10.000..... 2	De 10.001 a 20.000.....3
De 20.001 a 30.000..... 4	De 30.001 a 40.000 5	De 40.001 a 50.000.....6
Máis de 50.000 7	NC..... -	

d) ¿Vive nunha casa cedida gratuitamente por unha institución ou recibe algunha subvención para o aluguer?

Non, ningunha das dúas cousas 0 Si, vivo nunha casa cedida gratuitamente 1
 Si, recibo unha subvención 2 NC -

e) ¿Considera Vd. que o sitio onde vive é digno?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

f) ¿A parte da vivenda, ten vostede outras propiedades, coma casa, terras, valores de bolsa ou parte nalgunha empresa?

Si.....1 (PASAR A "g") Non.....0 (PASAR A P.21) NC.....- (PASAR A P.21)

Anexos

g) ¿Sen contar ca súa vivenda actual, en canto valora as súas propiedades aproximadamente, na actualidade?

Menos de un millón.....1
De un a menos de cinco.....2
De cinco a menos de dez 3
Máis de dez 4
NC.....5

21. ¿Cree que as súas propiedades e ingresos son suficientes para facer fronte a un imprevisto?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

22. ¿Os seus gastos son tan grandes que non pode facerlles fronte, chégalle o xusto para pagalos ou non supoñen un problema para vostede?

Non podo facerlles fronte.....1 Chégame xusto.....2
Non teño problemas cos gastos 3 NC..... -

23. ¿A súa situación económica é tal que cree Vd. que necesita axuda económica ou que lle aumenten a que ten?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

24. ¿Paga Vd. a súa alimentación ou obtén algunha axuda regular para iso? **INCLÚE AXUDAS PARA A COMPRA DE COMIDA E COMEDORES PÚBLICOS**

Págaa Vd. mesmo / ou Non a paga pero podería pagala..... 1 Recibe axuda..... 2 NC..... 0
(SI RESPONDE DÍXITO 2 EN P.24 PREGUNTAR a)

a. ¿De quen? (MARCAR 'SI' OU 'NON' PARA CADA UNHA DAS SEGUINTEs)
SI NON

A. Familia ou amigos 1 0
B. Recibo axuda dunha institución (gobernamental ou benéfica) 1 0
C. Come nalgunha institución benéfica ou lla traen a casa..... 1 0
(comida xa preparada)
D. (ESPECIFICA-LO NUMERO DE COMIDAS A SEMANA)

25. ¿Cre que necesita recibir algún tipo de axuda económica para a compra de comida?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

26. ¿Ten seguridade social ou algún tipo de seguro de enfermidade?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... - (SE CONTESTA QUE "SI" PREGUNTAR a)

Anexos

a. ¿Que tipo de seguro? [MARCAR SI OU NON PARA CADA UNHA DAS SEGUINTEs]:

SI NON

A. Seguridade Social/MUFACE/ISFAS	1	0
B. Seguro privado, só de hospitalizacións	1	0
C. Seguro privado, só médico.....	1	0
D. Seguro privado, médico e hospital.....	1	0
E. Outros seguros de indemnizacións por enfermidade	1	0

27. Por favor, dígame como pensa que está Vd. agora economicamente, respecto a outras persoas da súa mesma idade -mellor, igual ou peor-?

Mellor..... 2 Igual..... 1 Peor..... 0 NC..... -

28. ¿A cantidade de ingresos que Vd ten, como cobre as súas necesidades: moi ben, medianamente ben ou escasamente?

Moi ben.... 2 Medianamente ben.... 1 Escasamente..... 0 NC..... -

29. ¿Normalmente ten diñeiro como para comprar pequenos "extras", é dicir, permitirse pequenos caprichos

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

30. Hoxe por hoxe, ¿cree que terá suficiente para as súas necesidades no futuro?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

SAÚDE MENTAL

A continuación, gustárame facerlle unhas preguntas sobre os seus sentimentos cara a vida.

31. ¿Con que frecuencia diría que se preocupa polas cousas en xeral- moi a miúdo, algunhas veces o case nunca-?

Moi a miúdo..... 0 Algunhas veces... 1 Case nunca..... 2 NC..... -

32. En xeral, ¿encontra a vida interesante, monótona ou aburrida?

Interesante..... 2 Rutineira..... 1 Aburrida..... 0 NC.... -

33. Tendo en conta todo o que lle ocorre neste momento, en xeral ¿como describiría a súa satisfacción coa vida: boa, regular ou mala?

Boa..... 2 Regular..... 1 Mala..... 0 NC..... -

34. Por favor, responda **verdadeiro ou falso** ás seguintes preguntas, segundo se axustan a Vd. actualmente
Non hai respostas correctas ou incorrectas, só se lle son aplicables. Algunha delas pode parecerlle que non ten nada que ver con Vd., pero por favor, conteste **verdadeiro ou falso** á que máis se lle aproxime. **(MARCAR VERDADEIRO OU FALSO PARA CADA UNHA)**

- (a) Esperto fresco/a e descansado/a case tódalas mañás. Verdadeiro..... FALSO
- (b) A miña vida diaria está chea de cousas que me manteñen interesado/a..... Verdadeiro..... FALSO
- (c) As veces sentín moitísimos desexos de abandona-lo meu fogar VERDADEIRO..... Falso
- (d) Ninguén parece comprenderme VERDADEIRO Falso
- (e) Tiven períodos de días, semanas ou meses en que non podía ocuparme de nada porque non podía máis VERDADEIRO Falso
- (f) O meu sono é irregular e inqueda..... VERDADEIRO Falso
- (g) Son feliz a maior parte do tempo Verdadeiro..... FALSO
- (h) Penso que se trama algo contra min..... VERDADEIRO Falso
- (i) Verdadeiramente ás veces sinto que non sirvo para nada. VERDADEIRO Falso
- (j) Durante os últimos anos, estiven ben a maior parte do tempo..... Verdadeiro..... FALSO
- (k) Síntome débil con moita frecuencia..... VERDADEIRO Falso
- (l) Dóeme a cabeza moi poucas veces. Verdadeiro..... FALSO
- (m) Non tiven dificultade ningunha para mante-lo equilibrio cando camiño?..... Verdadeiro..... FALSO
- (n) Case nunca noto palpitacións e moi poucas veces fáltame a respiración Verdadeiro..... FALSO
- (o) Mesmo cando estou con xente, síntome só a maior parte das veces? VERDADEIRO Falso

(p) SUMA DAS RESPÓSTAS EN MAIÚSCULAS

Anexos

35. As veces a xente di que padece de nervios, con relación a isto, ¿como está Vd. dos nervios nestes momentos?

Excelente.... 3 Boa.... 2 Regular.... 1 Mala.... 0 NC... -

36. ¿Neste sentido, ¿Séntese agora mellor, igual o peor que hai cinco anos?

Mellor..... 2 Igual..... 1 Peor..... 0 NC..... -

SAÚDE FÍSICA

Parte II. N° de Orde: _____

. ¿Onde o atende normalmente o seu *médico de cabeceira*?

Centro de saúde	1	Ambulatorio	2	Consultorio da S.S	3
Seguro Privado	4	Consulta Privada	5	N.C	-

37. ¿Cantas veces foi ó médico ou enfermeira nos últimos seis meses, (dende _____ ESPECIFICAR MES), sen estar ingresado/a nun hospital? **(EXCLÚENSE OS PSIQUIATRAS).**

Número de veces

38. Nos últimos seis meses, dende _____, ¿Cantos días estivo Vd. tan enfermo que non foi quen (que foi incapaz) de levar a cabo as súas actividades cotiás -como ir traballar ou face-las cousas da casa-?

Ningún.....	0	Unha semana ou menos	1	Máis de unha semana pero menos de un mes	2
De 1 a 3 meses.....	3	De 4 a 6 meses	4	NC	-

39. ¿Cantos días nos últimos seis meses, dende _____, estivo Vd. ingresado/a no hospital por problemas de saúde?
(EXCLÚENSE INGRESOS POR SAÚDE MENTAL)

Número de Días

40. ¿Cantas visitas na súa casa lle fixo o seu médico de cabeceira nos últimos seis meses, dende debido a problemas de saúde?

Número de visitas

41. ¿Cre Vd. que necesita coidados médicos ou tratamentos ademais dos que recibe neste momento?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

Anexos

42. Aquí teño unha lista de medicamentos que os médicos adoitan receitar. ¿Podería dicirme, por favor, se lle receitaron algún dos seguintes **no último mes?** (MARCAR 'SI' OU 'NON' PARA CADA MEDICAMENTO).

	SI	NON
a. Medicamentos para a artrite ou artrose.....	1	0
b. Medicamentos para a dor (distintos dos de arriba).....	1	0
c. Medicamentos para a hipertensión arteria.....	1	0
d. Medicamentos para asma ou bronquite crónica (Ventolín, Teofilina)	1	0
e. Para a insuficiencia cardíaca ou arritmias, como Digoxina ou diuréticos.	1	0
f. Medicamentos para a anxina de peito ou enfermidade coronaria como.....	1	0
Cafinitrina, Vernies ou parches.....	1	0
g. Anticoagulantes (por exemplo, Aspirina, Disgren, Sintrom)	1	0
h. Medicamentos para mellora-la circulación	1	0
i. Inxeccións de insulina para a diabete.....	1	0
j. Pastillas para a diabete.....	1	0
k. Medicamentos para a úlcera de estómago ou duodeno,ou hernia de hiato	1	0
l. Medicamentos para o estreñimento ou a colite	1	0
m. Medicamentos para o Párkinson	1	0
n. Medicamentos para a próstata ou a menopausa	1	0
o. Antibióticos	1	0
p. Tranquilizantes ou medicamentos para os nervios.....	1	0
q. Medicamentos para durmir (unha vez á semana ou máis).....	1	0
r. Colirios para glaucoma ou cataratas (Timoftol, Clarvisan)	1	0

43. ¿Ten algunha das seguintes enfermidades nestes momentos?

(MARCAR "SI" OU "NON" PARA CADA UNHA DAS SEGUINTE. SE RESPONDEN "SI", PREGUNTAR:

"¿Canto interfere a enfermidade nas súas actividades: nada, un pouco, moito?" E MARCA-LA RESPUESTA NO SITIO CORRECTO).

	SI	NON	NADA	UN POUCO	MOITO
1. Reumatismo, artrose, lumbago, ciática, columna, gota	* 0	1	2	3	
2. Glaucoma, cataratas, desprendemento de retina.....	* 0	1	2	3	
3. Asma, EPOC, bronquite crónica, mancha ou lesión de pulmón, pleura, enfisema	* 0	1	2	3	
4. Hipertensión arterial.....	* 0	1	2	3	
5. Tremor, párkinson, problemas para mante-lo equilibrio	* 0	1	2	3	
6. Enfermidade coronaria, anxina de peito, infarto	* 0	1	2	3	
7. Insuficiencia cardíaca, arritmia	* 0	1	2	3	
8. Problemas de circulación sanguínea, varices, úlceras, chagas.....	* 0	1	2	3	
9. Diabete.	* 0	1	2	3	
10. Úlceras de estómago ou duodeno, gastrite, ardores, hernia de hiato	* 0	1	2	3	
11. Estreñimento, colite, fisuras, hemorroides (almorrás).....	* 0	1	2	3	
12. Enfermidades do fígado, cirrose, hepatite	* 0	1	2	3	
13. Enfermidades do ril, urea, pedras no ril	* 0	1	2	3	
14. Próstata, cistite, infección na ouriña.....	* 0	1	2	3	
15. Cancro, leucemia, tumor	* 0	1	2	3	
16. Anemia.....	* 0	1	2	3	

Anexos

17. Trombose, embolia, hemorraxia cerebral	*	0	1	2	3
18. Arterioesclerose, perda de memoria, demencia, mareo-vertixe, dificultade para falar	*	0	1	2	3
19. Enfermidades dos pes, xoanetes, calos, calosidades, fungos	*	0	1	2	3
20. Hernias da virilla (ingle) e do ventre	*	0	1	2	3
21. Dor de cabeza	*	0	1	2	3
22. Obesidade	*	0	1	2	3
23. Enfermidades da boca e dentes, farinxite crónica	*	0	1	2	3
24. Bocio, tiroide	*	0	1	2	3
25. Eccema, picor (comechón), outras enfermidades da pel	*	0	1	2	3
26. Pneumonía, broncopneumonía.....	*	0	1	2	3
27. Trastornos da menopausa	*	0	1	2	3
28. Falta de apetito, debilidade, desnutrición.....	*	0	1	2	3

44. ¿Ten algunha incapacidade física como parálise total ou parcial, falta dun membro ou da súa función, ou fractura de osos na actualidade?

Non.....0 Parálise total.....1 Parálise parcial 2
Falta dun membro ou da súa función.....3 Fractura de osos..... 4 NC..... -

45. ¿Como está da vista (con gafas ou lentillas postas) -excelente, ben, regular, mal, ou está cego/a?

Excelente..... 1 Ben.... 2 Regular..... 3 Mal..... 4 Está cego.... 5 NC.... -

46. ¿Como está do oído -excelente, ben, regular, mal, ou está xordo/a? **(SEN AXUDA PARA OÍR)**

Excelente..... 1 Ben.... 2 Regular..... 3 Mal..... 4 Está xordo/a.... 5 NC.... -

47. ¿Neste intre, ¿ten algún outro problema físico ou enfermidades que afecten seriamente a súa saúde?

Si.....1 Non..... ..0 NC ..-

SE A RESPOTA ANTERIOR FOI SI (1), ESPECIFICAR:

Anexos

SUPERVISIÓN CONTINUA, SEGUIMIENTO OU CONTROLES CONTINUADOS

71-14. Durante os últimos seis meses (dende _____**ESPECIFICAR MES**) ¿houbo algún tempo no que alguén tivo que estar con vostede as 24 horas do día?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

SE "NON" PASAR A c.; SE "Si" PREGUNTAR a., b., E c.]

71-14a. ¿Quen o/a atendeu ou axudou dese xeito?

SI NON

A. Un membro de la familia	1	0
B. Un/unha amigo/a	1	0
C. Alguén que cobra por axudalo/a neste sentido	1	0
D. Alguén da Seguridade Social ou doutra institución.....	1	0

71-14b. ¿Aínda ten que estar xunto a Vd. alguén coidándoo/a todo o tempo?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

71-14c. ¿Cree Vd. que necesita a alguén que estea xunto a Vd. coidándoo/a todo o tempo?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

DISPOSITIVOS DE APOIO E PRÓTESE

48. ¿Usa Vd. algunha das seguintes axudas con bastante frecuencia? (**MARCAR Si OU NON PARA CADA AXUDA**).

SI NON

a. Bastón	1	0
b. Muletas	1	0
c. Silla de rodas.....	1	0
d. Prótese de cadeira ou xeonllo, ou férulas da perna	1	0
e. Faixa ou corsé ortopédico	1	0
f. Dentaduras.....	1	0
g. Audífono (aparelo para xordos)	1	0
h. Pañales incontinencia.....	1	0
i. Catéter ou sonda	1	0
j. Equipo de colostomía.....	1	0
k. Cama articulada ou colchón antiescaras.....	1	0
l. Osíxeno.....	1	0

Anexos

49. ¿Necesita algunha axuda deste tipo ou similar que actualmente non teña? **Si ...1 Non ...0 NC ...-**

50. SE A RESPUESTA ANTERIOR FOI SI (1): (¿Cal/cales? ESPECIFICAR UTILIZANDO AS LETRAS CORRESPONDENTES AS OPCIÓNS DE RESPUESTA A PREGUNTA 48, SE E NECESARIO, REPETILAS _____)

51. ¿Ten algún problema de saúde a causa da bebida, ou o seu médico tenlle dito que debería beber menos?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

52. ¿Practica regularmente algún tipo de actividade física dura como cultiva-la terra, longas caminatas ou deportes fortes como nadar, tenis, bicicleta; sube e baixa escaleiras repetidamente ou fai limpeza xeral?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

53. ¿Como valora Vd. a súa saúde globalmente no momento actual -excelente, boa, regular ou mala-?

Excelente..... 3 Boa..... 2 Regular..... 1 Mala..... 0 NC..... -

54. ¿A súa saúde é agora mellor, igual ou peor que hai cinco años?

Mellor..... 2 Igual..... 1 Peor..... 0 NC... -

55. ¿Os seus problemas de saúde impídenlle face-las cousas que Vd. quixese -non nada, un pouco, moito-?

Non nada..... 2 Un pouco..... 1 Moito..... 0 NC..... -

ACTIVIDADES DA VIDA DIARIA-AVD

Agora gustaríame facerlle algunhas preguntas sobre as súas actividades da vida diaria, as cousas que todos necesitamos facer como parte das nosas vidas diarias. Gustaríame saber se vostede pode facer estas actividades sen axuda ningunha, se necesita algunha axuda para facelas, ou se non pode facelas (**ASEGURARSE DE LER O/A ENTREVISTADO/A TÓDALAS ELECCIÓNS DE RESPUESTA QUE LLE SEXAN APLICABLES DAS PREGUNTAS 56 A 69**).

AVD INSTRUMENTAL

56. ¿Pode vostede usa-lo teléfono...

Sen axuda, incluíndo busca-los números e marcar 2

Con algunha axuda (pode responder ó teléfono ou marcar un número de emerxencia

como o da policía, pero necesita axuda para outros número) 1

Resúltalle imposible usa-lo teléfono..... 0

NC -

Anexos

57. ¿Pode chegar a lugares ós que non se pode ir a pé...

Sen axuda (conduce o seu propio coche, ou viaxa só en autobuses ou taxis).....	2
Con algunha axuda (necesita que alguén o/a axude ou vaia con Vd. cando viaxa);	1
Resúltalle imposible viaxar, a non ser que o faga nun vehículo especial como por exemplo unha ambulancia.....	0
NC -	

58. ¿E capaz de comprar (a comida, a roupa, etc)... **(ASUMINDO QUE O SUXEITO TEN MEDIO DE TRANSPORTE)**

Sen axuda (facéndose cargo de todo o que necesita comprar).....	2
Con algunha axuda (precisa que alguén vaia con Vd. cada vez que vai de compras)	1
Resúltalle imposible facer calquera tipo de compra	0
NC -	

59. ¿E capaz de preparar Vd. a súa propia comida...

Sen axuda (Decide sempre que vai comer e todo o prepara Vd. mesmo).....	2
Con algunha axuda (pode preparar algunhas cousas pero non tódalas comidas).....	1
Resúltalle imposible preparar calquera comida.	0
NC -	

60. ¿E capaz de face-las cousas da casa...

Sen axuda (pode limpar chans, etc).....	2
Con algunha axuda (pode facer traballos lixeiros pero necesita axuda para os traballos duros).....	1
Resúltalle imposible facer calquera destes traballos	0
NC -	

61. ¿E Vd. capaz de toma-los seus propios medicamentos...

Sen axuda (a dose correcta no momento axeitado)	2
Con algunha axuda (pode toma-los medicamentos se alguén llos prepara e/ou lle recorda que ten que tomalos)	1
Resúltalle imposible toma-los seus propios medicamentos.....	0
NC -	

62. ¿Pode administra-los seus propios cartos...

Sen axuda (estender cheques, pagar facturas, etc).....	2
Con algunha axuda (vaise amañando para as compras diarias pero necesita axuda para estender cheques e pagar facturas)	1
Resúltalle imposible manexa-lo seu diñeiro	0
NC -	

Anexos

AVD FÍSICO

63. ¿E capaz de comer...

Sen axuda (é capaz de comer completamente só).....	2
Con algunha axuda (necesita axuda para corta-la comida, etc).....	1
Resúltalle imposible comer só/soa.....	0
NC -	

64. ¿Pode vestirse e espirse só/soa...

Sen axuda (é capaz de escolle-la roupa, vestirse e desvestirse vd. mesmo).....	2
Con algunha axuda	1
Resúltalle imposible vestirse e desvestirse vd. só/soa.....	0
NC -	

65. ¿Pode vd. coidar da súa propia aparencia, por exemplo, peitearse e (para homes) barbearse...

Sen axuda	2
Con algunha axuda	1
Resúltalle imposible coidar da súa aparencia	0
NC -	

66. ¿Pode andar...

Sen axuda (excepto de un bastón).....	2
Con axuda de algunha persoa o con el uso de muletas o de aparato de axuda a la marcha	1
Lle resulta imposible andar	0
NC -	

67. ¿Pode deitarse e erguerse da cama...

Sen axuda ningunha de persoa ou instrumento	2
Con algunha axuda (dalgunha persoa ou dalgún dispositivo)	1
Depende completamente de que alguén o/a levante	0
NC -	

68. ¿Pode bañarse ou ducharse...

Sen axuda	2
Con algunha axuda (necesita axuda para entrar ou saír da bañeira ou necesita unha suxeición especial na bañeira)	1
Resúltalle imposible lavarse só/soa	0
NC -	

69. ¿Ten tido algunha vez problemas para chegar ó water a tempo?

Non..... 2 Si... 0 Si, pero agora non porque teño unha sonda o colostomía.. 1 NC... -

(SE RESPONDE QUE "Si" PREGUNTAR a)

Anexos

a. ¿Con que frecuencia se molla ou se ensucia (tanto de día como de noite)?

Unha ou dúas veces á semana.... 1 Tres veces á semana ou más..... 0 NC..... -

70. ¿Hai alguén que lle axude con cousas tales como ir de compras, face-las cousas da casa, bañarse, vestirse e saír de casa? (INCLÚESE PERSOAL REMUNERADO)

Si..... 1 Non.....0 NC..... -

SE RESPONDE QUE SI PREGUNTAR a E b:

a. ¿Quen é a súa principal axuda? Nome

Relación:	Cónxuxe.....1	Irmán/Irmá.....2	Fillos/as.....3	Netos/as.....4
	Outro parente 5	Amigos 6	Outro 7	<u>ESPECIFICAR</u>

b. ¿Quen máis o/a axuda? Nome

Relación:	Cónxuxe.....1	Irmán/Irmá.....2	Fillos/as.....3	Netos/as.....4
	Outro parente 5	Amigos 6	Outro 7	<u>ESPECIFICAR</u>

HORA(2) NESTE PUNTO: _____]

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

71. Agora quixese facerlle algunhas preguntas referentes ó tipo de axuda que está recibindo, recibiu, ou considera que necesitaría. Queremos saber non só acerca da axuda que está ou estivo recibindo de organismos oficiais, senón tamén da axuda procedente da súa familia ou amigos e se algunha a paga directamente Ud ou non.

TRANSPORTE

71-1. ¿Quen o/a leva cando necesita transporte para ir de compras, visitar amigos, ir ó médico, etc?

[RESPONDA "SI" OU "NON" PARA CADA ITEM]

SI NON

71-1A) Vd mesmo/a	1	0
71-1B) A súa familia	1	0
71-1C) Os seus amigos/as.....	1	0
71-1D) Usa o transporte público (autobús, taxi, metro,etc.)	1	0
71-1E) Un organismo público [ESPECIFICAR]_____	1	0

71-1a. Por termo medio, ¿cantos desprazamentos fai vostede á semana, utilizando algún transporte?

Ningunha..... 0
 Menos de unha á semana..... 1
 De unha a tres á semana 2
 Catro ou máis 3
 NC..... -

71-1b. ¿Cree Vd. que necesita transporte máis a miúdo do que dispón actualmente para citas, visitas, saídas, etc.?

Si..... 1 NON..... 0 NC..... -

SERVICIOS SOCIAIS/RECREACIONAIS

71-2. Nos últimos seis meses (dende _____[ESPECIFICA-LO MES]) participou Vd. nalgunha das actividades que organiza o Concello, a Xunta, o Goberno, as Caixas de Aforro ou grupos parroquiais, casinos, etc.

Si..... 1 Non..... 0 NC..... - [SE "NON" PASAR A c.; SE "SI" PREGUNTAR a., b., E c.]

71-2a. ¿Cantas veces á semana participa Vd. nesas actividades?

Anexos

Unha vez á semana ou menos..... 1 De dúas a tres veces á semana..... 2
Catro veces á semana ou máis..... 3 NC..... -

71-2b. ¿Participa aínda Vd. nese tipo de actividades? Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

71-2c. ¿Cree Vd. que necesita participar neste tipo de actividades? Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

SERVICIOS DE EMPREGO

71-3. ¿Axudoulle alguén a buscar traballo ou aconsellárono/a sobre como conseguir algún emprego nos últimos seis meses (dende____[ESPECIFICAR MES])?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

[SE "NON" PASAR A b.; SE "Si" PREGUNTAR a., E b.]

71-3a. ¿Quen o/a axudou?

SI NON

A. Un familiar	1	0
B. Un amigo/a	1	0
C. Un organismo oficial	1	0

71-3b. ¿Cree Vd. que necesita que alguén lle axude a encontrar un traballo?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

VIAXES

71-4. Durante os dous últimos anos (dende _____ ESPECIFICAR MES E ANO) ¿realizou algunha das viaxes que organiza o Concello, o INSERSO, a Xunta, as Caixas de Aforro?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

71-4a. ¿Fixo ou fará algunha viaxe deste tipo este ano?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

71-4b. ¿Cree Vd. que necesita viaxar?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

Anexos

DEPORTES

71-5. Nos últimos seis meses (dende _____ **ESPECIFICAR MES**) ¿participou Vd. nalgún programa de exercicio físico ou deporte que organiza o Concello, o INSERSO, a Xunta?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

[SE "NON" PASAR A c.; SE "Si" PREGUNTAR a., b., e c.]

71-5a. ¿Cantas veces á semana participa Vd. nesas actividades?

Unha vez á semana ou menos..... 1 De dúas a tres veces á semana..... 2 NC..... -

71-5b. ¿Participa aínda nesas programas de deportes?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

71-5c. ¿Cree Vd. que necesita facer algún deporte ou exercicio físico?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

ENTRENAMIENTO PALIATIVO OU DE PREPARACIÓN PARA AS ACTIVIDADES DA VIDA COTIÁ

71-6 Nos últimos seis meses (dende _____ **ESPECIFICAR MES**) ¿asistiu Vd. a algún curso de educación de adultos, rehabilitación da linguaxe ou calquera outro tipo de aprendizaxe de habilidades persoais (vestirse, cociñar, ler, camiñar...)?

[EXCLUÍR TERAPIA FÍSICA]

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

[SE "NON" PASAR A d.; SE "Si" PREGUNTAR a., b., c. e d.]

71-6a. Por termo medio ¿A cantas sesións deste tipo asistiu Vd. nos últimos seis meses?

Menos dunha vez á semana 1

Unha vez á semana 2

Dúas ou máis veces á semana 3

NC -

71-6b. ¿Está Vd. asistindo na actualidade a estas sesións?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

71-6c. ¿Tivo Vd. que pagar por elo?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

71-6d. ¿Cree que necesita Vd. esa preparación para as súas actividades normais da vida cotiá?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

SERVICIOS DE ATENCIÓN A SAÚDE MENTAL

71-7. ¿Recibiu Vd. algunha orientación ou tratamento por problemas persoais ou familiares, o por problemas nerviosos ou emocionais, nos últimos seis meses, é dicir, dende [ESPECIFICA-LO MES]?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

[SE "NON" PASAR A d.; SE "Si" PREGUNTAR a., b., c., E e.]

71-7a ¿Estivo Vd. hospitalizado nalgún momento por problemas de nervios ou emocionais durante ese período? (Últimos seis meses)

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

71-7b. Nos últimos seis meses ¿cantas consultas ou sesións tivo con médicos, psiquiatras, ou outras persoas que orientan neste tipo de problemas (sen estar ingresado no hospital)?

Ningunha.....0
Menos de 4 sesións..... 1
De 4 a 12 sesións.....2
13 o más sesións.....3
NC..... -

71-7c. ¿Tivo Vd. que pagar por iso?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

71-7d. ¿Está aínda recibindo esa axuda?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

71-7e. ¿Pensa Vd. que necesita tratamento ou que o/a aconsellen por problemas persoais ou familiares, ou por problemas nerviosos ou emocionais?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

71-8. ¿Ten tomado Vd. algún medicamento recetado para os nervios nos últimos seis meses (dende _____ **ESPECIFICAR MES**), tales como medicinas sedantes, tranquilizantes ou para a depresión?

Si.... 1 No.... 0 Só para durmir.... 0 NC.... -

[SE "NON" PASAR A b.; SE "Si" PREGUNTAR a., E b.]

71-8a. ¿Aínda o está a tomar?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

71-8b. ¿Cree Vd. que necesita tomar este tipo de medicación?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

SERVICIOS DE COIDADOS PERSOAIS

71-9. Nos últimos seis meses (dende _____ **ESPECIFICAR MES**) tivo a alguén que o/a axudaba no seu coidado persoal diario, por exemplo para bañarse ou vestirse, dándolle de comer, ou axudándolle na hixiene persoal? **[EXCLUI-LA ATENCIÓN PERSOAL RECIBIDA NO HOSPITAL]**

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

[SE "NON" PASAR A d.; SE "Si" PREGUNTAR a., b., c., E d.]

71-9a. ¿Quen o/a axudou dese xeito? SI NO

Un membro da familia	1	0
Un amigo/a	1	0
Alguén que cobra por axudalo/a neste sentido.....	1	0
Alguén da Seguridade Social ou outra institución	1	0

71-9b. Por termo medio, ¿canto tempo ó día empregou esa persoa en bañalo/a, vestilo/a, axudalo/a a comer, a ir ó wáter, etc.?

Menos de 1/2 hora ó día..... 1	De 1/2 h. a 1 h. e 1/2 ó día..... 2
Más de 1 h. e 1/2 ó día..... 3	NC -

71-9c. ¿Está aínda recibindo esta axuda?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

71-9d. ¿Cree Vd. que necesita axuda para bañarse, vestirse, comer ou ir ó wáter, etc.?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

COIDADOS DE ENFERMERÍA

71-10. Durante os seis últimos meses (dende _____ **ESPECIFICAR MES**) ¿recibiu dalgunha persoa (practicante, enfermeira ou similar) tratamentos ou medicamentos receitados polo seu médico como tomarlle a tensión, cambio de sonda, pór inxeccións, etc.?

[EXCLUÍR ATENCIÓN DE ENFERMERÍA RECIBIDA EN ESTANCIA HOSPITALARIA E FISIOTERAPIA]

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

[SE "NON" PASAR A e.; SE "Si" PREGUNTAR a., b., c., d., E e.]

71-10a. ¿Quen o/a axudou dese xeito?

SI NON

A. Un membro de la familia	1	0
B. Un amigo.....	1	0
C. Alguén que cobra por axudalo/a nese sentido	1	0
D. Alguén da Seguridade Social ou outra institución.....	1	0

71-10b. Por termo medio, ¿cantas horas ó día ten recibido este tipo de axuda?

Só de xeito ocasional, non cada día 0
 Só para darlle medicina vía oral..... 1
 Menos de 1/2 hora ó día..... 2
 De 1/2 hora a 1 hora ó día..... 3
 Máis de 1 hora ó día..... 4
 NC..... -

71-10c. ¿Durante canto tempo recibiu Vd. esa axuda durante os últimos seis meses?

Menos de un mes..... 1 De 1 a 3 meses..... 2 Máis de 3 meses..... 3 NC..... -

71-10d. ¿Recibe aínda estes coidados?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

71-10e. ¿Cre Vd. que necesita estes coidados? Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

FISIOTERAPIA (TERAPIA FÍSICA)

71-13. Durante os últimos seis meses (dende _____ **ESPECIFICAR MES**) ¿ten recibido Vd. exercicios de rehabilitación física, respiratorios ou outros?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

[SE "NON" PASAR A d.; SE "Si" PREGUNTAR a., b., c., E d.]

Anexos

71-13a. ¿Quen o/a atendeu ou lle axudou a realízalos?

SI NON

A. Un membro da familia sen cobrar	1	0
B. Un amigo/a sen cobrar	1	0
C. Alguén que cobra por atendelo/a	1	0
D. Alguén da Seguridade Social ou de outra institución	1	0

71-13b. Por termo medio, ¿cantas veces á semana lle ten axudado alguén a facer estes exercicios?

Menos de unha vez á semana	1
Unha vez á semana	2
Dúas ou máis veces á semana	3
NC	-

71-13c. ¿Aínda está facéndoos?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

71-13d. ¿Cre Vd. que necesita realizar estes exercicios?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

SERVICIOS DE CONTROL

71-15. [SE A PERSOA ESTA AÍNDA RECIBINDO SUPERVISIÓN CONTINUA PREGUNTAR SO c.]

Durante os últimos seis meses (dende _____ESPECIFICAR MES) ¿houbo alguén que teña estado pendente de como se encontraba Vd., alomenos cinco veces por semana, aínda que sexa por teléfono?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

[SE "NON" PASAR A c.; SE "Si" PREGUNTAR a., b., E c.]

71-15a. ¿Quen o ten feito?

SI NON

A. Un membro de la familia	1	0
B. Un amigo/a	1	0
C. Alguén da Seguridade Social ou de outra institución, un voluntario	1	0
D. Alguén que cobra por facelo	1	0

71-15b. ¿Aínda hai alguén que pregunta pola súa saúde, alomenos 5 veces á semana?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

Anexos

71-15c. ¿Cre Vd. que precisa que alguén comprobe se está Vd. ben, (alomenos 5 veces á semana), sexa por teléfono ou en persoa?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

SERVICIOS DE REUBICACION

71-16. Nos últimos seis meses (dende _____ **ESPECIFICAR MES**) ¿Ten recibido Vd. algunha axuda para conseguir unha nova casa ou lugar onde vivir, o para arranxar os trámites para mudarse? **[INCLÚEN ALOXAMENTO EN INSTITUCIÓNS.]**

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

[SE "NON" PASAR A c.; SE "Si" PREGUNTAR a., b. E c.]

71-16a. ¿Quen lle axudou a facelo?

SI NON

A. Un membro de la familia	1	0
B. Un amigo/a	1	0
C. Outros, como por exemplo alguén da Seg. Social ou doutra institución	1	0

71-16b. ¿Xa conseguiu a nova casa ou a praza nunha residencia de anciáns?

Si.....2	Está en lista de espera 1
Non lla concederon 0	NC -

71-16c. ¿Cre Vd. que necesita axuda para conseguir un (outro) lugar para vivir?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

SERVICIOS DOMÉSTICOS

71-17 Nos últimos seis meses (dende _____ **ESPECIFICAR MES**) ¿Ten tido a alguén que lle axude regularmente a face-las cousas da casa, como limpar, lava-la roupa, etc.? E dicir, ¿o seu marido/muller ou outra persoa tivo que as facer porque Vd. non puido?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

[SE "NON" PASAR A d.; SE "Si" PREGUNTAR a., b., c. E d.]

71-17a. ¿Quen o/a axudaba fíxolle esas tarefas?

SI NON

A. Un membro de la familia.....	1	0
B. Un amigo/a	1	0
C. Alguén que cobra por axudalo/a	1	0
D. Unha persoa dunha institución ou organismo.....	1	0

Anexos

71-17b. ¿Cantas horas á semana empregou en facerlle esas tarefas domésticas?

Menos de 4 horas á semana 1
De 4 a 8 horas (de medio día a un día) 2
9 ou máis horas á semana (máis de 1 día) 3
NC -

71-17c. ¿Aínda está a facerlle alguén algúns labores da casa? Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

71-17d. ¿Cre que necesita a alguén que o axude na casa? Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

PREPARACIÓN DE COMIDAS

71-18. Durante os últimos seis meses (dende _____ **ESPECIFICAR MES**) ¿alguén lle ten preparado regularmente a comida ou tivo Vd. que ir a comer fora da súa casa? Es dicir, ¿o seu esposo/a ou outra persoa tivo que cociñar para Vd. porque Vd. non é capaz de facelo?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

[SE "NON" PASAR A C.; SE "Si" PREGUNTAR a., b., E c.]

71-18a. ¿Quen o/a axudou neste sentido?

SI NON

A. Un membro de la familia	1	0
B. Un amigo/A.....	1	0
C. Alguén dunha institución ou organismo gratuíto (comedor público,etc).....	1	0
D. Outros, tales como alguén que cobra por elo	1	0

71-18b. ¿Aínda ten alguén que lle prepara-la comida?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

71-18c. ¿Cree que necesita a alguén que lle prepare regularmente a comida porque Vd. non o fai ou non pode facelo?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

SERVICIOS DE AXUDA E ASESORAMENTO ADMINISTRATIVO, LEGAL E DE PROTECCIÓN

71-19. Durante os últimos seis meses (dende _____ **ESPECIFICAR MES**) ¿lle ten levado alguén algún asunto legal ou xestións relacionadas con negocios persoais ou de xestión do seu diñeiro?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

[SE "NON" PASAR A C.; SE "Si" PREGUNTAR a., b., E c.]

Anexos

71-19a. ¿Quen o fixo?

SI NON

- | | | |
|--|---|---|
| A. Un membro de la familia..... | 1 | 0 |
| B. Un amigo/a | 1 | 0 |
| C. Unha institución ou organismo gratuíto..... | 1 | 0 |
| D. Alguén que cobra por axudalo/a (como un avogado, por exemplo) | 1 | 0 |

71-19b. ¿Aínda alguén lle axuda nestas cuestións?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

71-19c. ¿Cre que necesita que alguén lle axude nestes asuntos?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

SERVICIOS DE ACONDICIONAMENTO DA VIVENDA

71-23. Durante os últimos seis meses (dende ____**ESPECIFICAR MES**), ¿ten mellorado as condicións de habitabilidade da súa vivenda, por exemplo, ten feito obras na casa, instalado o ascensor, ten posto mobles novos, instalado auga quente, calefacción ou teléfono?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

[SI "NO" PASAR A C.; SI "SI" PREGUNTAR a., b., E c.]

71-23a. ¿Quen lle proporcionou axuda?

SI NON

- | | | |
|---|---|---|
| A. Un membro de la familia ou un amigo | 1 | 0 |
| B. Alguén da Seg. Social ou doutra institución..... | 1 | 0 |
| C. O pagou Vd. mesmo..... | 1 | 0 |

71-23b. ¿Aínda está a facelo?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

71-23c. ¿Cre que necesita que alguén lle proporcione axuda para mellorar as condicións da súa vivenda?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

72. **[A PREGUNTA 71 FOI REALIZADA Ó:**

Suxeito..... 1 Informante..... 2 Ambos..... 3

[HORA ATA ESTE PUNTO (3):_____]

AQUÍ REMATAN AS PREGUNTAS DIRIXIDAS O SUXEITO

[FAGA UNHA BREVE INTERVENCIÓN FINAL INDICANDO O SUXEITO ENTREVISTADO A FINALIZACIÓN DA ENTREVISTA E DÁNDOLLE AS GRACIAS POLA SÚA COLABORACIÓN]

PREGUNTAS PARA FACER O INFORMANTE.

BASEADAS NO SEU COÑECEMENTO DO ENTREVISTADO

[HORA DE INICIO DA ENTREVISTA O INFORMANTE (4): _____]

[DATA DA ENTREVISTA O INFORMANTE: _____]

Relación do informante co/coa entrevistado/a:

Cónxuxe	1	Irmán/á	2	Fillo/a	3	Neto/a	4
Outro parente	5	Amigo/a	6	Outro	7		

RECURSOS SOCIAIS

73. ¿Como se leva _____ (o Suxeito) coa súa familia e amigos, moi ben, regular ou mal (ten moitos problemas ou conflitos con eles)?

Moi ben 3
Regular (ten algún conflito ou problema con eles) 2
Mal (ten moitos problemas ou con eles) 1
NC -

74. ¿Hai alguén que axudaría a _____ (Suxeito) en todo si estivese enfermo/a ou incapacitado/a, por exemplo, o seu marido ou muller, un membro da familia ou un amigo?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

(SE RESPONDE QUE SI PREGUNTAR a E b)

a. **RODEA- LA MAIS APROPIADA.** ¿Hai alguén que ?

Alguén o/a coidaría (o Suxeito) indefinidamente (tanto tempo como o necesitase) 3
Alguén o/a coidaría (o Suxeito) un curto período de tempo (de unhas semanas a seis meses) 2
Alguén o/a axudaría de cando en vez (levándoo/a ó médico, preparándolle a comida, etc) 1
NC -

Anexos

b. ¿Quen son esas persoas?

A. Marido/Muller.....	1	0
B. Irmán/Irmá	1	0
C. Fillo/a	1	0
D. Neto/a.....	1	0
E. Outro parente.....	1	0
F. Amigo.....	1	0
G. Outro.....	1	0

RECURSOS ECONÓMICOS

75. ¿Como cre que están sendo cubertas as seguintes necesidades básicas de _____ (Suxeito) ben, regular ou mal cubertas?
(MARCA-LA RESPOTA PARA CADA NECESIDADE)

	BEN CUBERTA	REGULAR	MAL CUBETA
A. Comida	2	1	0
B. Vivenda.....	2	1	0
C. Roupas.....	2	1	0
D. Coidado médico.....	2	1	0
E. "Extras" o pequenos caprichos	2	1	0

SAÚDE MENTAL

76. ¿_____ (o Suxeito) mostra sentido común ó facer xuízos ou tomar decisións?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

77. ¿E _____ (o Suxeito) capaz de facer fronte ós problemas graves que ocorren na súa vida?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

78. ¿Cre que _____(o Suxeito) encontra a vida interesante e divertida?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

79. ¿Como valoraría a situación mental e emocional de _____(o Suxeito) ou a súa capacidade para razoar nestes momentos, comparada con outras persoas que teñen unha vida independente -excelente, boa, regular, mala-?

Excelente.... 3 Boa..... 2 Regular..... 1 Mala..... 0 NC..... -

80. ¿A saúde mental ou emocional de _____ (Suxeito) ou a súa capacidade de razoar é -mellor, igual ou peor que hai cinco anos?

Mellor..... 2 Igual..... 1 Peor..... 0 NC..... -

Anexos

SAÚDE FÍSICA

81. ¿Como valoraría a saúde de _____ (Suxeito) no momento actual -excelente, boa, regular ou mala-?

Excelente..... 3 Boa..... 2 Regular..... 1 Mala..... 0 NC..... -

82. ¿En que medida os problemas de saúde de _____(suxeito) dificultánlle face-las cousas que quere facer -nada, un pouco ou moito-?

Nada..... 2 Un pouco..... 1 Moito..... 0 NC..... -

[AGRADECER O/A INFORMANTE A SÚA COLABORACIÓN]

83. [HORA NESTE PUNTO (5):_____]

[AS PREGUNTAS RESTANTES SON PARA CONTESTAREN POLO/A ENTREVISTADOR/A NADA MÁIS DEIXA-LO LUGAR DA ENTREVISTA].

[CANDO INICIE O RESTO DE PREGUNTAS DIRIXIDAS A VD. COMO OBSERVADOR/A, TOME O TEMPO PARA MEDI-LA DURACIÓN DENDE AQUÍ DEICA A FIN (HORA 6): _____]

84. A información obxectiva foi obtida do: Suxeito... 1 Parente... 2 Outro....3 (ESPECIFICAR)

85. As preguntas obxectivas obtidas do Suxeito e/o informante son:

De confianza totalmente..... 1	De confianza na maior parte dos items 2
De confianza, só uns cantos items..... 3	Non son nada fiables..... 4

86. As preguntas subxectivas (enmarcadas en cadros e obtidas só do Suxeito) son:

De confianza totalmente..... 1	De confianza na maior parte dos seus items..... 2
De confianza, só uns cantos items..... 3	Non son nada fiables..... 4
Non se obtiveron 5	

(SE RESPONDE QUE NON SE OBTIVERON -DÍXITO 5- PASAR A "a").

a. ¿Por que non contestou o Suxeito ás preguntas subxectivas?

Afasia/disartría 1	Xordeira 2
Demencia..... 3	Oligofrenia 4
Demasiado enfermo. 5	Non colaboración..... 6

RECURSOS SOCIAIS

87. ¿Das seguintes frases, cal describe mellor a dispoñibilidade de axuda que ten o Suxeito se el/ela estivese enfermo/a ou incapacitado/a? (RODEA-LA MAIS AXEITADA).

Como mínimo unha persoa podería e se encargaría do Suxeito indefinidamente (tanto tempo como necesitase)..... 3
Como mínimo unha persoa podería e se encargaría do Suxeito durante pouco tempo (dunhas poucas semanas a seis meses) 2
A axuda estaría dispoñible só de cando en vez, para cousas como levalo/a ó médico, prepararlle a comida, etc..... 1
Non tería ningunha axuda dispoñible (non sendo unha posible axuda de emerxencia..... 0

88. ¿Cal das seguintes frases describe mellor as relacións sociais do Suxeito? (RODEA-LA MÁIS AXEITADA)

Moi satisfactorias -amplas..... 3	Moderadamente satisfactorias-adequadas..... 2
Non satisfactorias, poucas, de escasa calidade.....1	

RECURSOS ECONÓMICOS

89. Na súa opinión, ¿cal das seguintes frases describe mellor os ingresos do Suxeito?

Amplos, folgados	1	Satisfactorios	2	Algo insuficientes.....	3
Totalmente insuficientes	4	Non ten ningún tipo de ingresos	5		

90. Na súa opinión, ¿o Suxeito ten reservas financeiras?

Si, ten reservas..... 1 Non, ten escasas ou non ten reservas..... 0

91. Na súa opinión, ¿cal das seguintes frases describe mellor o grao con que se cobren as necesidades do Suxeito?

Cóbreñse comida, vivenda, roupa, necesidades médicas e pode permitirse pequenos luxos (o Suxeito).....	1
Cóbreñse comida, casa, roupa e necesidades médicas pero non pode permitirse pequenos luxos	2
Non se cobren comida <u>ou</u> vivenda <u>ou</u> roupa <u>ou</u> coidados médicos e ademais non pode permitirse pequenos luxos	3
Non se cobren dúas ou máis necesidades básicas (casa, comida, roupa, coidados médicos) e ademais non pode permitirse pequenos luxos.....	4

SAÚDE MENTAL

92. ¿Ten a impresión de que o Suxeito mostra sentido común ó formular xuízos e tomar decisións?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

93. ¿Ten a impresión de que o Suxeito é quen de facerlle fronte os problemas graves que lle ocorren na súa vida?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

94. ¿Ten a impresión de que o Suxeito encontra a vida interesante e divertida?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... -

95. Durante a entrevista o comportamento do Suxeito pareceulle como:

(MARCAR SI OU NON PARA CADA UNHA DAS SEGUINTE)	Si	NON
A. Mentalmente alerta e estimulado	1	0
B. Agradable e participativo	1	0
C. Depresivo ou chorocho	1	0
D. Distraído o letárxico	1	0
E. Amedrentado, inquedo ou extremadamente tenso.....	1	0
F. Cheo de queixas físicas non realistas.....	1	0
G. Desconfiado, máis do razoable	1	0
H. Extravagante ou inapropiado en pensamento ou acción.....	1	0
I. Excesivamente falador ou demasiado xovial, ou gozoso.....	1	0

SAÚDE FÍSICA

96. ¿Ten o Suxeito excesivo sobrepeso ou está malnutrido ou extremadamente delgado?

Non...0 Si, é un obeso.....1 Si, está malnutrido ou extremadamente delgado...2 No contesta...-

RESUMEN DE PUNTUACIÓNS

97. Recursos Sociais

98. Recursos Económicos

99. Saúde Mental

100. Saúde Física

101. Actividades da Vida Diaria

102. Puntuacións acumulativas de deterioro
(Suma das cinco puntuacións)

[HORA DE FINALIZACIÓN DO CUESTIONARIO (7):_____]

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

1. ¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?
2. ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?
3. ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?
6. ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?
8. ¿Siente que su familiar depende de usted?
9. ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?
10. ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?
12. ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?
13. ¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?
14. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?
15. ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?
16. ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?
19. ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?
21. ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?
22. En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.

Encuesta GHQ-28

Identificación:

Fecha:

*Nos gustaría saber si tiene algún problema médico y cómo ha estado de salud, en general, durante las últimas semanas.
Por favor, conteste a TODAS las preguntas subrayando la respuesta, que según su criterio, mejor se adapte a su situación. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado.*

*Es importante que intente contestar TODAS las preguntas.
Muchas gracias por su colaboración.*

ÚLTIMAMENTE...

Parte A.

- A. 1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?
- Mejor que lo habitual
 - Peor que lo habitual
 - Igual que lo habitual
 - Mucho peor que lo habitual
2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?
- No, en absoluto
 - Bastante más que lo habitual
 - No más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual
3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?
- No, en absoluto
 - Bastante más que lo habitual
 - No más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual
4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?
- No, en absoluto
 - Bastante más que lo habitual
 - No más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual
5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?
- No, en absoluto
 - Bastante más que lo habitual
 - No más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual
6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?
- No, en absoluto
 - Bastante más que lo habitual
 - No más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual
7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?
- No, en absoluto
 - Bastante más que lo habitual
 - No más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual

Parte B

1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
 - No, en absoluto
 - Bastante más que lo habitual
 - No más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual
2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
 - No, en absoluto
 - Bastante más que lo habitual
 - No más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual
3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
 - No, en absoluto
 - Bastante más que lo habitual
 - No más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual
4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
 - No, en absoluto
 - Bastante más que lo habitual
 - No más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual
5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
 - No, en absoluto
 - Bastante más que lo habitual
 - No más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual
6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?
 - No, en absoluto
 - Bastante más que lo habitual
 - No más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual
7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?
 - No, en absoluto
 - Bastante más que lo habitual
 - No más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual

Parte C

1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?
 - Más activo que lo habitual
 - Bastante menos que lo habitual
 - Igual que lo habitual
 - Mucho menos que lo habitual
2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?
 - Menos tiempo que lo habitual
 - Más tiempo que lo habitual
 - Igual que lo habitual
 - Mucho más tiempo que lo habitual
3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?
 - Mejor que lo habitual
 - Peor que lo habitual
 - Igual que lo habitual
 - Mucho peor que lo habitual
4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?
 - Mas satisfecho que lo habitual
 - Menos satisfecho que lo habitual
 - Igual que lo habitual
 - Mucho menos satisfecho que lo habitual
5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?
 - Más útil que lo habitual
 - Menos útil que lo habitual
 - Igual de útil que lo habitual
 - Mucho menos útil que lo habitual
6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?
 - Más que lo habitual
 - Menos que lo habitual
 - Igual que lo habitual
 - Mucho menos que lo habitual
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?
 - Más que lo habitual
 - Menos que lo habitual
 - Igual que lo habitual
 - Mucho menos que lo habitual

Parte D

1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
 - No, en absoluto
 - Bastante más que lo habitual
 - No más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual
2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?
 - No, en absoluto
 - Bastante más que lo habitual
 - No más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual
3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
 - No, en absoluto
 - Bastante más que lo habitual
 - No más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual
4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?
 - Claramente, no
 - Se me ha cruzado por la mente
 - Me parece que no
 - Claramente, lo he pensado
5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
 - No, en absoluto
 - Bastante más que lo habitual
 - No más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual
6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
 - No, en absoluto
 - Bastante más que lo habitual
 - No más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual
7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?
 - Claramente, no
 - Se me ha cruzado por la mente
 - Me parece que no
 - Claramente, lo he pensado

PUNTUACIÓN GHQ CGHQ

PUNTUACIÓN TOTAL

Síntomas somáticos:

Ansiedad-insomnio:

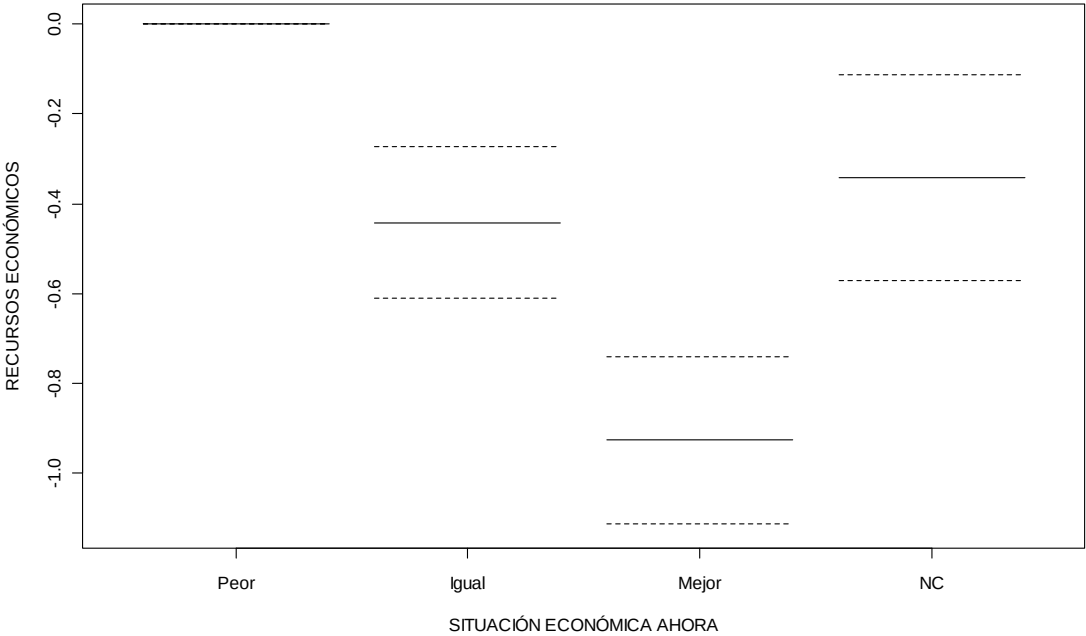
Disfunción social:

Depresión:

VI. Tablas adicionales a los resultados.

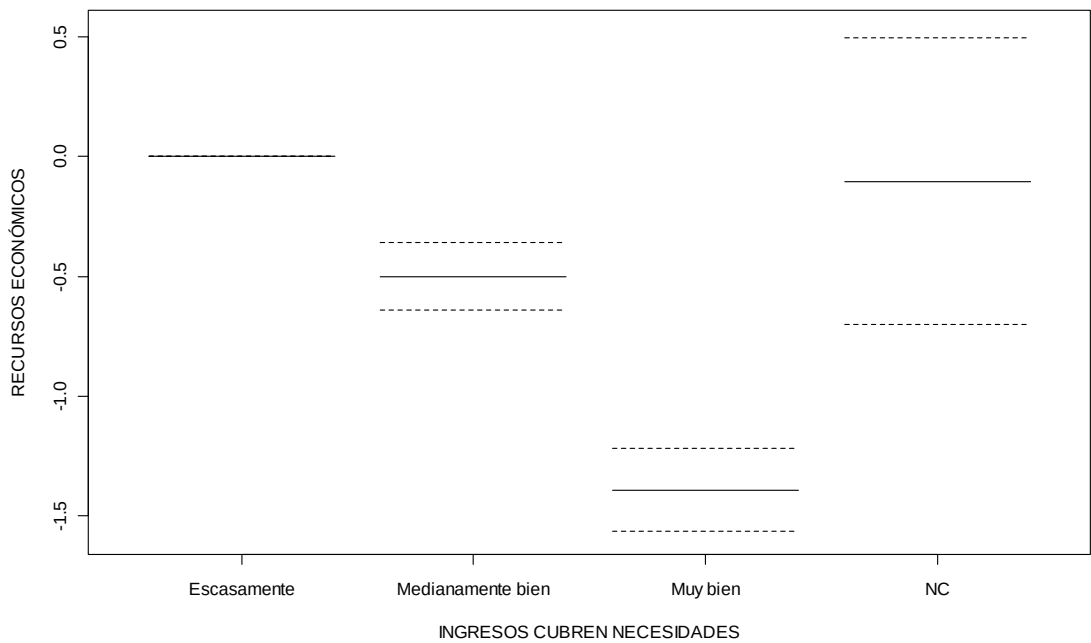
¿Cómo valora su situación económica actual? /puntuación de los recursos económicos por el entrevistador.

	Coeficiente de regresión	Error estándar	p valor
Igual	-0,44209	0,08497	<0,001
Mejor	-0,92711	0,0931	<0,001
NC	-0,34139	0,11505	0,00313



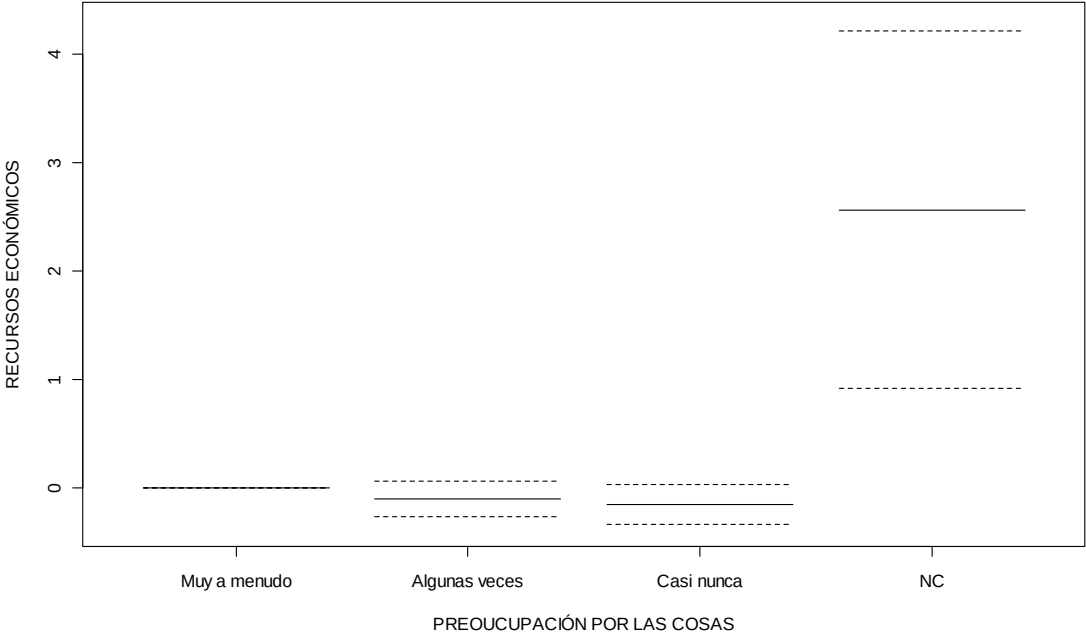
¿Los ingresos cubren sus necesidades? / Puntuación de los recursos económicos por el entrevistador.

	Coefficiente de regresión	Error estándar	p valor
Igual	-0,49997	0,06957	<0,001
Mejor	-1,39115	0,08742	<0,001
NC	-0,10286	0,29911	0,731



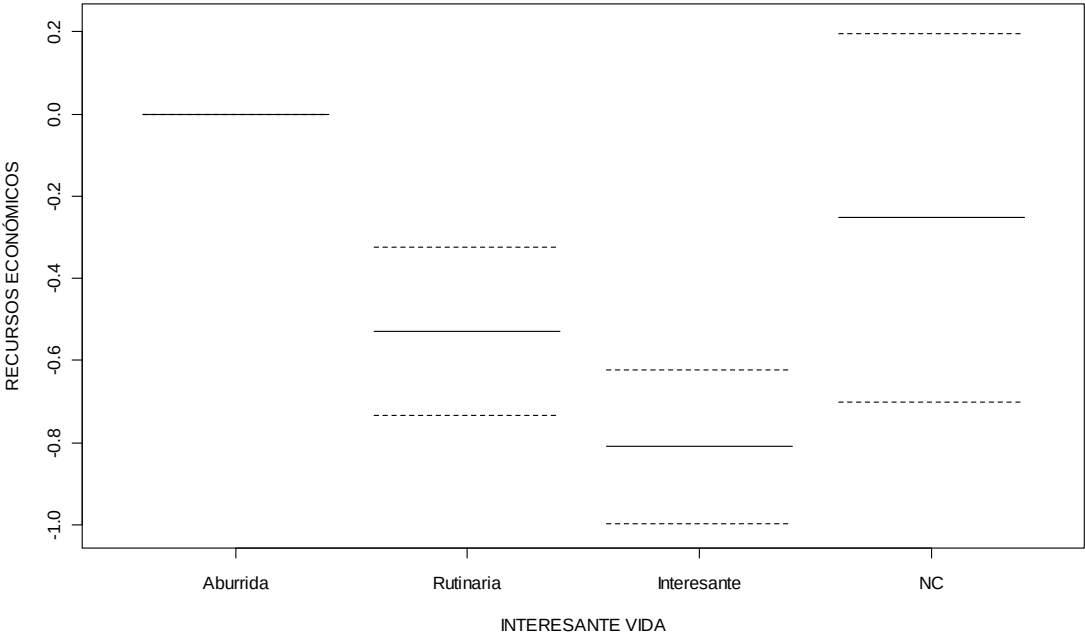
Preocupación por las cosas/puntuación en salud mental por el entrevistador.

	Coeficiente de regresión	Error estándar	p valor
Algunas veces	-0,10466	0,08166	0,2
Casi nunca	-0,16215	0,09205	0,078
NC	2,56426	0,82236	0,002



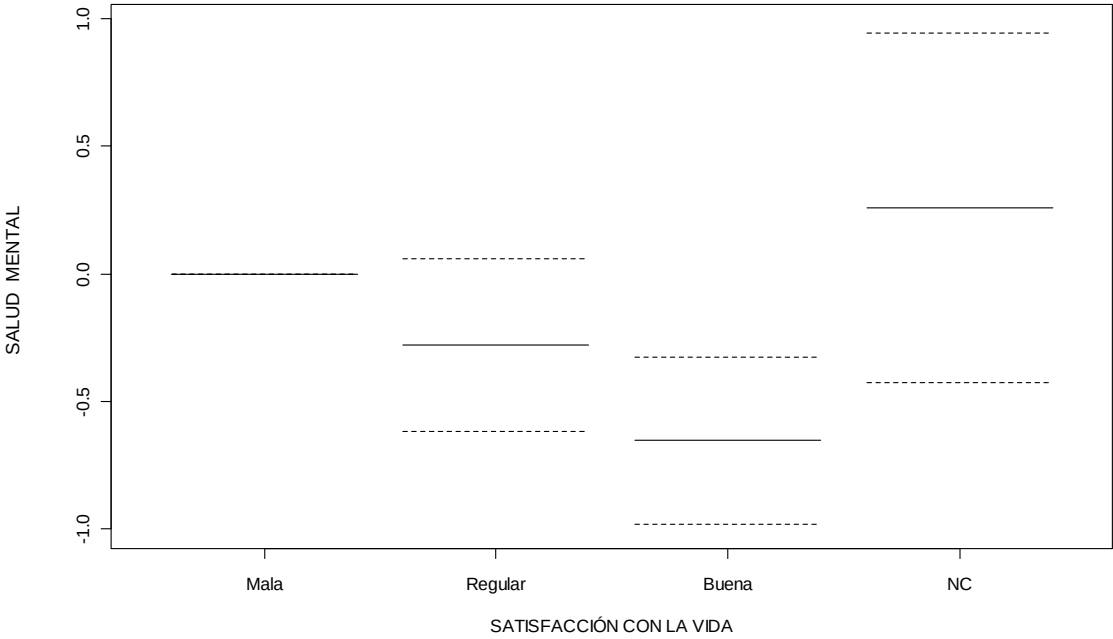
¿Cómo encuentra la vida: aburrida, rutinaria o interesante?/ puntuación en salud mental por el entrevistador

	Coefficiente de regresión	Error estándar	p valor
Rutinaria	-0,52954	0,10201	<0,001
Interesante	-0,80948	0,09379	<0,001
NC	-0,25238	0,22413	0,261



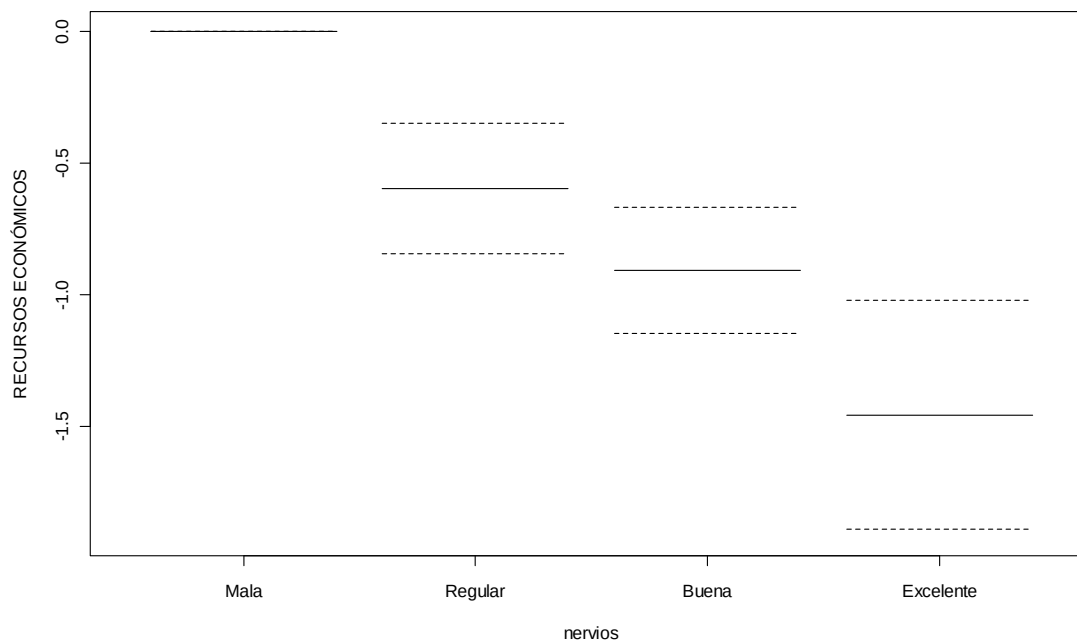
Su satisfacción con la vida es: mala, regular, buena/ puntuación en salud mental por el entrevistador.

	Coeficiente de regresión	Error estándar	p valor
Regular	-0,2798	0,1691	0,098
Buena	-0,6536	0,1628	<0,001
NC	0,2582	0,3415	0,449



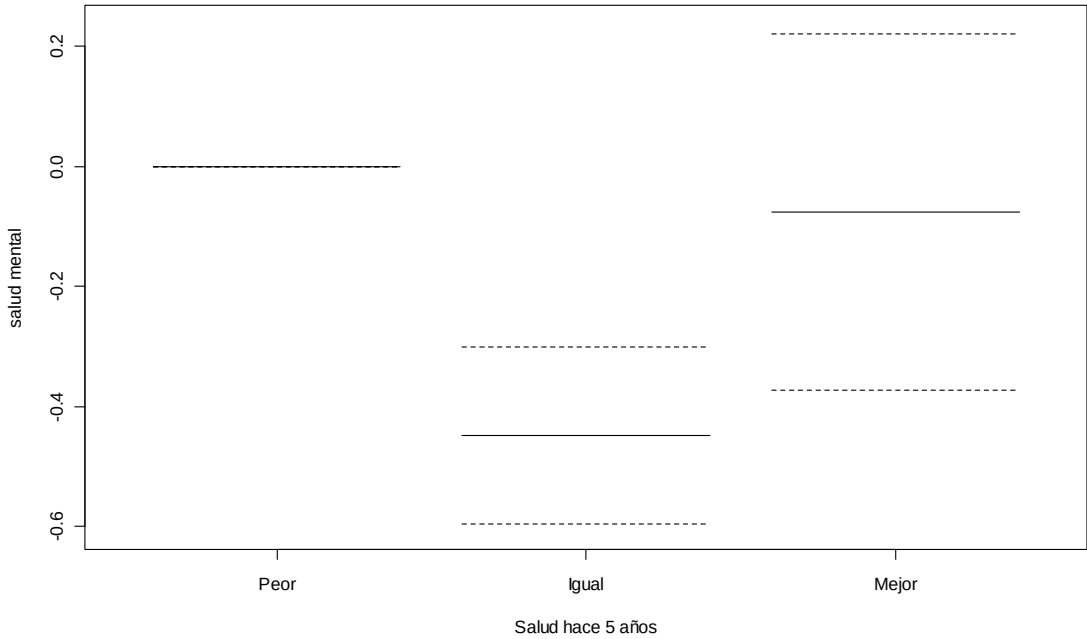
¿Cómo calificaría su salud mental?/puntuación en salud mental por el entrevistador.

	Coefficiente de regresión	Error estándar	p valor
Regular	-0,5968	0,1239	<0,001
Buena	-0,9062	0,1202	<0,001
Excelente	-1,4571	0,2181	<0,001



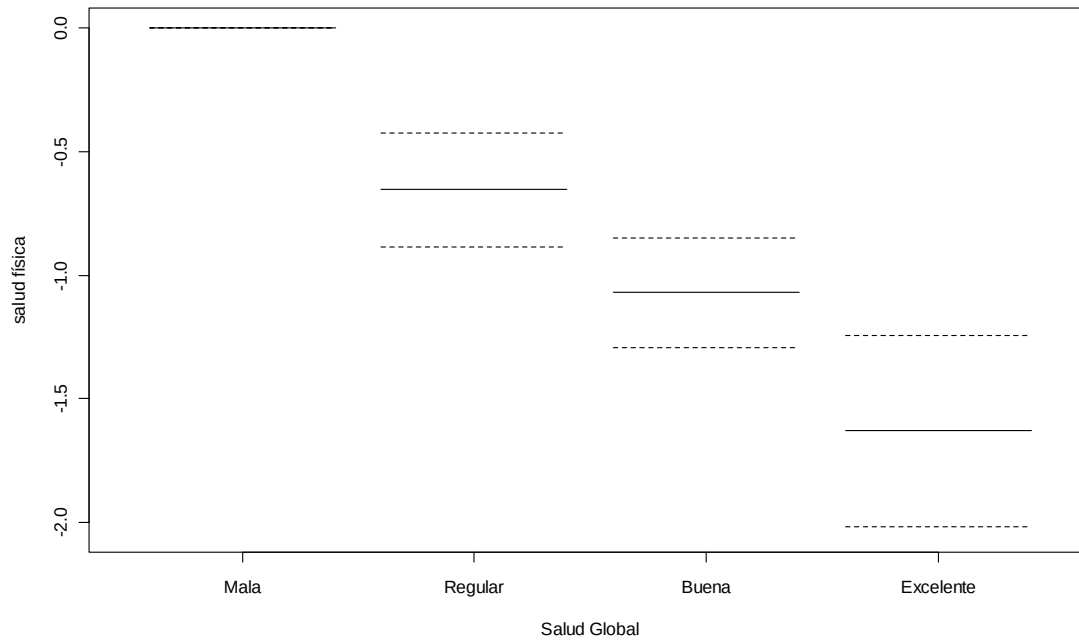
¿Cómo está su salud mental respecto a hace cinco años?/ Puntuación del entrevistador en salud mental.

	Coefficiente de regresión	Error estándar	p valor
Igual	-0,44802	0,07408	<0,001
Mejor	-0,07636	0,14833	0,607



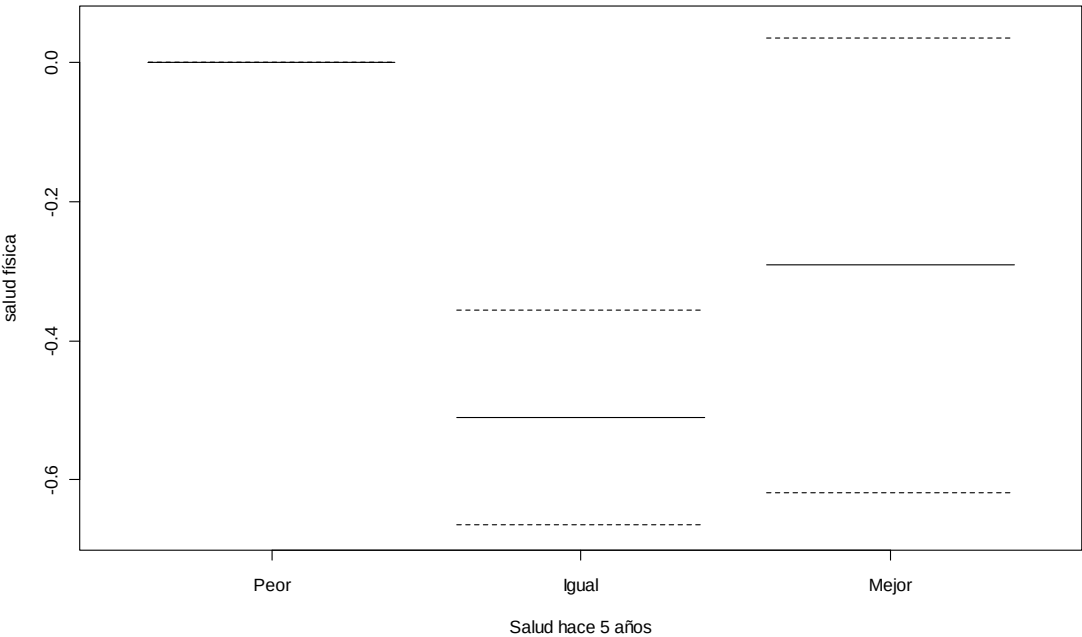
¿Cómo considera su salud física?/puntuación del entrevistador en salud física.

	Coeficiente de regresión	Error estándar	p valor
Regular	-0,6534	0,1153	<0,001
Buena	-1,0703	0,1116	<0,001
Excelente	-1,629	0,1942	<0,001



¿Cómo está su salud física respecto a hace cinco años?/ Puntuación del entrevistador en salud física.

	Coefficiente de regresión	Error estándar	p valor
Igual	-0,50951	0,07713	<0,001
Mejor	-0,29138	0,16352	0,0753



Su salud física le produce algún tipo de impedimento/puntuación del entrevistador en salud física.

	Coefficiente de regresión	Error estándar	p valor
Un poco	-0,5742	0,08139	<0,001
Nada	-1012923	0,08366	<0,001

