

# INFORMES PORTAL MAYORES

## Número 43

### **Necesidades, recursos y calidad de vida de las personas mayores de la Comarca de la Sidra**

**Autor/es:** Albuérne López, Fernando; Labra Pérez, José Antonio

**Filiación:** Univ. de Oviedo; Mancomunidad Comarca de la Sidra

**Contacto:**

**Fecha:** 13-12-2005

**Para citar este documento:**

ALBUERNE LÓPEZ, Fernando, LABRA PÉREZ, José Antonio (2005) "Necesidades, recursos y calidad de vida de las personas mayores de la Comarca de la Sidra". Madrid, Informes Portal Mayores, nº 43. [Fecha de publicación: 13/12/2005].

<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/albuerne-necesidades-01.pdf>>

**Una iniciativa del IMSERSO y del CSIC © 2003**

**ISSN: 1885-6780**

# NECESIDADES, RECURSOS Y CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES DE LA COMARCA DE LA SIDRA

## AUTORES:

Fernando Albuérne López (Universidad de Oviedo)

José Antonio Labra Pérez (Mancomunidad Comarca de la Sidra)

**Esta investigación ha sido financiada por la Consejería de Industria y Empleo del Principado de Asturias y por la Universidad de Oviedo dentro de la convocatoria de Proyectos de Interés Regional (Proyecto IR-99-506-31).**

# INDICE

1. Introducción
2. La investigación: características de la comarca, diseño, y metodología.
  - 1.1. Características de la comarca
  - 1.2. Diseño y metodología.
3. Indicadores de salud y Calidad de Vida. Dependencia y niveles asistenciales.
4. Redes sociales, actividad y ocio.
5. Recursos socio-sanitarios: analizando la demanda.
6. Repercusiones del estudio en la Comarca: prestación servicios y creación de empleo.

# 1. INTRODUCCIÓN

Un estudio relativo a las personas mayores, que en buena medida residen en un entorno rural o transformadamente rural, nos enfrenta al menos a dos cuestiones: la que tiene que ver con el envejecimiento de la población y la que se refiere a la situación actual del campo.

Antes de seguir adelante es menester señalar que el propósito original y básico de nuestro trabajo ha consistido en detectar y analizar las necesidades -percibidas y/o expresadas por los mayores de MANCOSI-, determinar los recursos existentes en esta zona y, finalmente, aproximarse a algunos indicadores específicos que guardan relación con la calidad de vida. Asimismo, el objetivo último del estudio se encaminó más a proporcionar información relevante para planificar y tomar decisiones destinadas al diseño, implementación y ejecución de políticas sociales de atención a los mayores que a un mero ejercicio de erudición. Nuestra intención determinante fue precisamente contribuir a que los servicios destinados a los mayores se organicen adecuadamente en los dos grandes ejes que los vertebran: atención en situaciones de dependencia y fomento de la participación social; los dos ejes a nuestro juicio decisivos a la hora de diseñar políticas de atención socio-sanitaria y, además, de ayudar a una mejor coordinación entre ambas dimensiones.

Dicho esto cabe hacer algunas reflexiones obligadamente breves sobre los dos elementos señalados al comienzo: el envejecimiento y el medio rural. Uno y otro se condicionan mutuamente. Es decir, ni el medio rural sería el mismo con una tasa de envejecimiento distinta de la actual, ni el envejecimiento ocurre de la misma manera que en otros contextos geográficos y socioculturales. En cualquier caso, no se trata de hacer ahora una digresión extensa sobre cada uno de estos dos aspectos, y menos aún sobre lo rural o lo agrario –los expertos utilizan ambos términos-. Por lo que al envejecimiento se refiere diríamos que todo el contenido del estudio gira en torno suyo, razón por la cual aquí le dedicaremos unas líneas que, como reza el

epígrafe, serán meramente introductorias o, como mucho, parcialmente contextualizadoras.

Por lo que se refiere a la realidad del campo actualmente, nos parece que se ha dado tanto una desruralización -o desagrarización- de este ámbito y, últimamente, una vuelta a lo rural -ya notablemente cambiado- adquiriendo un cariz manifiestamente próximo a lo urbano. A la vez, seguramente se está dando un flujo de interdependencia entre lo rural y lo urbano hasta el punto de acortar distancias y homogeneizar costumbres y estilos de vida entre contextos tan próximos entre sí como son los asentamientos urbanos y rurales. Con la industrialización se expande y crece lo urbano y se torna dominante, quedando el medio rural “aislado y excluido de este proceso”, siendo “desplazado por áreas cada vez más lejanas de las grandes áreas urbanas” (Camarero, 1993: 19). Así, el campo va a ir quedando casi relegado a ser fuente de mano de obra. Por otra parte, también conviene notar que el medio rural ha incorporado o está incorporando nuevos usos, de tipo residencial unos y de ocio otros, lo cual modifica su papel tradicionalmente productivo. Diríase que se está produciendo una especie de revalorización de lo rural al margen de la actividad específicamente agraria. ¿Quiere ello decir que lo rural ha quedado absorbido por lo urbano? Seguramente no, pero, los modos de vida probablemente se han “urbanizado” bastante, lo que no quiere decir que hayan perdido totalmente señas de identidad características de la sociedad rural. De todas formas -y ya abordamos el segundo aspecto de esta introducción-, el envejecimiento viene marcado tanto por señas de identidad diferenciales de la sociedad rural como por algunas novedades consecuentes a los cambios sociales, económicos y culturales sucedidos.

En primer lugar, el envejecimiento es un fenómeno particularmente sobresaliente en el medio rural. Piénsese a título de ejemplo que el municipio de Cabranes cuenta con un 44% de mayores de 65 años. Los jóvenes se han ido -se siguen yendo- y los viejos se quedan. Más aún, los reflujos hacia el campo están protagonizados en buena medida por sujetos mayores que retornan a sus raíces. Todo ello muestra una tendencia bastante notoria: la proporción de viejos en el campo será aun mayor que

en el resto de la sociedad, que también experimentará a su vez ese incremento. En segundo lugar, a nivel general y como consecuencia del aumento de expectativa de vida, se está dando un claro proceso de sobreenvjecimiento, que en consecuencia con lo dicho anteriormente será más notable en el ámbito rural.

Tercero, a mayor edad mayor probabilidad de vulnerabilidad y, consiguientemente, de desarrollar algún tipo de dependencia. Teniendo esto en cuenta es esperable, por tanto, que la necesidad de atender a mayores dependientes también crezca. Esto nos sitúa ante el reto de la dependencia y el diseño de políticas de atención sociosanitaria acordes con este fenómeno. Pero también es conveniente destacar algo frecuentemente olvidado u oscurecido por el fantasma de la dependencia. Los viejos actuales llegan a esa edades en mejores condiciones físicas, psíquicas y sociales que hace años. Este hecho no es baladí, pues comporta atender a estas personas favoreciendo su participación social activa en la comunidad. De esta suerte, los dos grandes ejes de la atención a los mayores acaban convergiendo en un lugar común: promover la plena integración del mayor.

En cuarto lugar cabe señalar que la familia tradicional ha experimentado notables cambios y asistimos a un proceso de deconstrucción de la familia. Asimismo, los procesos migratorios han supuesto en el campo un añadido a los cambios generales de la sociedad en este sentido. La consecuencia es que las redes familiares disminuyen, los soportes familiares se rompen y ha mermado ostensiblemente el apoyo que de ellos dimanaba. Así, la familia rural ha experimentado un serio proceso de desestructuración y generado abundantes hogares solitarios. La sombra de la soledad –muchas veces abonada por el aislamiento geográfico y los frecuentemente deficientes y escasos medios públicos de transporte- se alarga sobre la sociedad rural. Si a ello se añade la creciente incorporación de la mujer al trabajo fuera del hogar nos encontraremos con que la familia, en tanto que fuente de soporte y apoyo, cada vez está más en cuestión. A la sombra de la soledad, pues, se añade la no menos oscura del sentimiento de desprotección en las situaciones de necesidad y/o dependencia.

En cualquier caso, la imagen del envejecimiento no ha de ser forzosamente pesimista. Por ello, nos atrevemos a señalar algunas consideraciones:

1. Nuestros mayores no sólo son más cuantitativamente hablando y más longevos, sino que han envejecido, están envejeciendo en condiciones favorables, no conocidas en la historia de la humanidad.
2. Consiguientemente y sin caer en triunfalismos e ingenuidades, representan frecuentemente un alegato contra el cliché de vejez igual a enfermedad, dependencia y fragilidad.
3. Así las cosas, los viejos constituyen un potencial que nuestra sociedad no puede permitirse el lujo de desaprovechar. Incluso nos atrevemos a señalar que las situaciones de dependencia de algunos son oportunidades para que muchos puedan ejercer la solidaridad y la justicia social.
4. En consecuencia, es menester diseñar políticas que favorezcan la participación social de los mayores y promover acciones que la hagan viable. Aquí reside un reto que pondrá a prueba el grado de confianza en las posibilidades de los mayores. Y los primeros en quedar al descubierto en este sentido serán quienes -instituciones, autoridades y profesionales- tienen responsabilidades en este campo.
5. Asimismo es necesario proveer de medios materiales y humanos encaminados a favorecer la autonomía, la calidad de vida y la satisfacción con la misma entre nuestros mayores. Vale más prevenir que curar. Y cuando llegue la dependencia han de desplegarse los recursos asistenciales desde las administraciones locales, autonómicas o nacionales para atender esas situaciones. Pero ello en absoluto exime de diseñar también políticas preventivas orientadas a la prevención.
6. La familia parece que seguirá siendo un poderoso medio de contención y soporte. Pero esto en absoluto puede servir de parapeto para ninguna administración. Al contrario, y refiriéndonos al medio rural, constituye un importante desafío para acercar los servicios a los mayores y a sus familias.

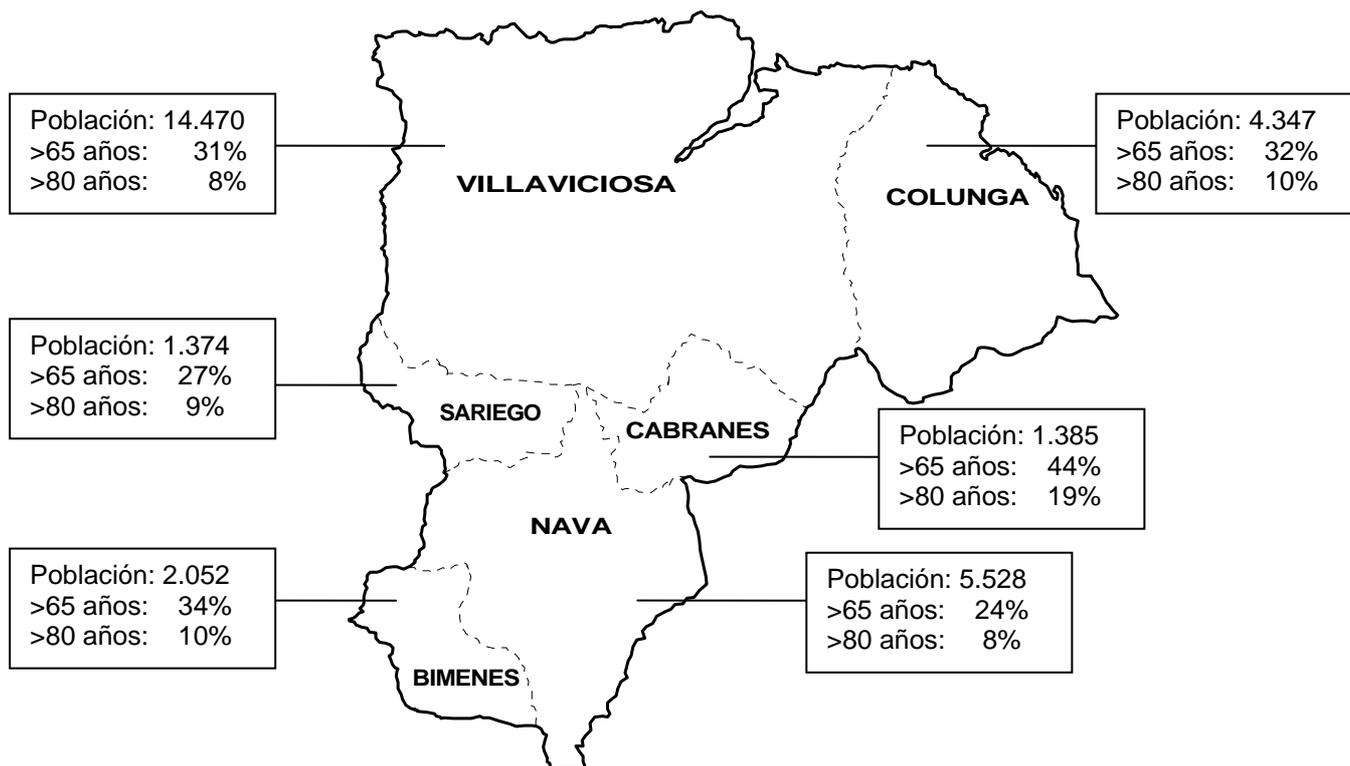
7. Frecuentemente se oye hablar de las personas mayores como yacimiento de empleo. Aunque la expresión nos parece poco afortunada, creemos que refleja una realidad que es preciso asumir. ¿Dónde prefieren envejecer los mayores? Abierta y mayoritariamente en su casa y en su entorno físico y social. Pues bien, bastantes de las dificultades para ello podrían solucionarse desde la propia comunidad proporcionando compañía, ayuda en los domicilios, programas destinados a atender al dependiente y oxigenar la familia que le cuida, etc. Así se estaría en condiciones de proporcionar trabajo a quienes lo necesitan sin emigrar y, al tiempo, permitiría al mayor mantenerse en su casa convenientemente atendido.

¿Sería tan difícil y costoso sustanciar este desafío de poner en marcha programas para formar personal de la propia comarca a fin de atender a los mayores dependientes? Desde este planteamiento cabría pensar en la posibilidad real de trabajo para unos, atención para otros y, seguramente, mayor bienestar para todos. En este orden de cosas lo que, al inicio del trabajo era un objetivo y un deseo, va configurándose actualmente como una grata realidad que paulatinamente va cobrando cuerpo en la Comarca: las políticas de atención a la vejez no sólo contribuyen a atender mejor las dos grandes dimensiones del envejecimiento ya mencionadas, sino que también se está generando empleo en este terreno. Cuando se finalizó el estudio expresamos nuestro ferviente deseo que llegase a ser la herramienta útil que en todo momento se pretendió. Al día de hoy tenemos la satisfacción -con limitaciones, evidentemente- de haber contribuido modestamente a ello. Todo sea por nuestros mayores.

## 1. La investigación: características de la comarca, diseño, y metodología

### 1.1. Características de la comarca.

El ámbito territorial en el que se realizó la presente investigación es la Comarca de la Sidra, constituida por seis municipios de la región centro-oriental asturiana: Bimenes, Cabranes, Colunga, Nava, Sariego y Villaviciosa. Si algo caracteriza a estos municipios, como al resto de municipios asturianos, es el considerable envejecimiento de su población, un fenómeno habitual de las zonas rurales como consecuencia fundamentalmente de la emigración acaecida en los años de la posguerra, así como de la “huida” de los jóvenes en busca de mejores oportunidades de las que actualmente ofrece el medio rural. Sin embargo, si el vivir en zonas rurales significaría para unos un estancamiento, para otros podría suponer una oportunidad laboral en la atención al colectivo de personas mayores, como ya veremos al final de este documento.



Otra singularidad del medio rural es la alta dispersión geográfica, que unido a la falta de transporte, redonda ostensiblemente en el grado de atención a las personas mayores y favorece el aislamiento, tanto físico como social, convirtiéndose en un factor a tener en cuenta a la hora de llevar a cabo el estudio.

Quizá sea este el momento de adelantar algunos resultados de la investigación con el fin de re-dibujar el panorama sociodemográfico del envejecimiento en la Comarca.

Cabe decir que la edad media de las personas entrevistadas se sitúa en torno a los 75 años y el 57% son mujeres. En cuanto al estado civil, predominan los casados y los viudos, observando que mientras los varones están en su mayoría casados, las mujeres pertenecen a la categoría de viudas y solteras ( $\chi^2 = 73,897$ ;  $p = 0,000$ ). Un dato que ilustra esto es que los varones enviudan a una edad más tardía que las mujeres (varones: 73 años, mujeres: 62 años) ( $F = 21,360$ ;  $p = 0,000$ ), lo que no hace más que confirmar que el fenómeno de la viudedad es un rasgo sociológico

ligado al género, así como que la vejez tiene un rostro mayoritariamente femenino.

Si analizamos el acceso a la enseñanza, las mujeres manifiestan una tasa más alta de analfabetismo y un menor acceso a la enseñanza que los varones ( $\text{Chi}^2= 10,602$ ;  $p = 0,005$ ). Seguramente, las tareas del cuidado del hogar y de la familia, propias de la mujer (a las que habrían de añadirse seguramente las que dimanarían de la propia concepción social relativa a la utilidad de estudiar en la mujer y de la necesidad de ello para el desempeño de sus papeles como tal), han modelado este perfil en las mujeres, quizá más notorio aún en la mujer rural, aunque no sólo en ella. Sin embargo, hoy en día este patrón de las mujeres ha cambiado sustancialmente y seguirá cambiando en el futuro, también en los contextos rurales.

En cuanto a la actividad económica, las mujeres se encuentran en una clara situación de inferioridad respecto de los varones. Mujeres poco longevas que no han accedido al mercado laboral o mujeres de avanzada edad que tienen como único sustento la pensión de viudedad ( $\text{Chi}^2= 106,802$ ;  $p = 0,000$ ). De todos los miembros que componen la unidad familiar, el 63% de las personas entrevistadas afirman que son ellas quienes aportan los mayores ingresos a dicha unidad familiar, fundamentalmente varones ( $\text{Chi}^2= 115,047$ ;  $p = 0,000$ ).

El tipo de ingreso responde, principalmente, a la pensión, propia (75%) o del cónyuge (38%). Existe un porcentaje importante de personas que perciben la pensión de viudedad (19%) y los ahorros constituyen así mismo otra fuente de ingresos nada desdeñable (39%). Los ingresos de los varones dependen, principalmente, aunque no en su totalidad, de la jubilación propia y de la jubilación por invalidez propia ( $\text{Chi}^2= 50,563$ ;  $p = 0,000$  y  $\text{Chi}^2= 6,588$   $p = 0,010$ ), mientras que en las mujeres la pensión por viudedad y la pensión no contributiva, desempeñan, como no podía ser de otro modo, un papel relevante ( $\text{Chi}^2= 66,587$ ;  $p = 0,000$  y  $\text{Chi}^2= 11,569$ ;  $p = 0,001$ ). Piénsese simplemente en que el rol de la mujer se concentró en las tareas del hogar y la crianza de los hijos, trabajos estos no remunerados ni reconocidos a efectos jubilatorios; por ello, los ingresos

correspondientes a estas generaciones provienen de esas dos fuentes, siendo excepcional lo contrario. Puede decirse que el oficio de ama de casa sigue siendo aún hoy una actividad carente de reconocimiento no sólo económico, sino también social. Seguramente una asignatura pendiente a la hora de pensar también políticas sociales.

En cuanto al municipio de residencia, las diferencias vienen marcadas por el tipo de actividad laboral desarrollada en el pasado. Así por ejemplo, en los municipios de Bimenes y Cabranes, donde existía una gran actividad minera, predomina la pensión por invalidez ( $\text{Chi}^2= 20,427$ ;  $p = 0,000$ ) y la pensión por viudedad ( $\text{Chi}^2= 20,829$ ;  $p = 0,000$ ). Este hecho no solo afecta a dimensiones económicas relacionadas con la importancia de la minería, sino que seguramente estarán también presentes estilos de vida diferenciales modulados por la tipología ocupacional y que afectarán a otras esferas como la salud, así como de los aspectos socio-emocionales relacionados con el proceso de viudedad. Destacar, así mismo, el alto porcentaje de personas con pensiones de viudedad y que son cabeza de familia ( $\text{Chi}^2= 5,799$ ;  $p = 0,016$ ), lo que pone de manifiesto las dificultades económicas de estas personas que tienen que llevar el peso de los gastos del hogar con una pensión que la mayoría de las veces no sobrepasa los 438 euros mensuales.

La cuantía media de la pensión percibida gira en torno a los 438,71 euros mensuales. Este intervalo se corresponde con la pensión agraria. Le sigue un importante porcentaje de personas que perciben entre 600 y 900 euros mensuales, principalmente la pensión por invalidez de la minería. Y un 7% de las personas entrevistadas no percibe más de 289 euros mensuales como consecuencia de las pensiones no contributivas o ayudas asistenciales. Por edad, a medida que aumenta ésta disminuye la cuantía de la pensión percibida ( $\text{Chi}^2= 48,412$ ;  $p = 0,000$ ), las mujeres se sitúan en los puestos más bajos de ingresos por pensión, de tal forma que del total de personas que perciben menos de 270 euros mensuales, el 85% son mujeres ( $\text{Chi}^2= 86,681$ ;  $p = 0,000$ ). Al analizar los ingresos mensuales que por todos los conceptos entran en el hogar, se observa que el intervalo que va de los 601 a los

900 euros es el que mayor porcentaje de personas engloba y le sigue el porcentaje de personas que tienen unos ingresos mensuales comprendidos entre los 270 y los 450 euros mensuales. En el primer caso, se corresponde con la pensión de jubilación de ambos cónyuges, mientras que el segundo representa las pensiones por jubilación de un solo cónyuge.

Un llamativo 32% de las personas mayores presta algún tipo de ayuda económica a hijos o familiares, mientras que casi el total de la muestra (el 92%) afirma no recibir ayuda económica de sus hijos o familiares. Estos datos contravienen el cliché de que los viejos son una carga, ya que destacan la importancia de su contribución social, no sólo por lo que respecta a prestaciones personales (piénsese nada más que en el apoyo emocional e instrumental<sup>1</sup> que suponen para las familias de sus hijos y nietos) sino también en lo económico (ténganse en cuenta las ayudas materiales que los mayores dispensan a hijos en situación económica delicada o en paro). Aquí son los varones quienes más ayuda prestan a los hijos o familiares ( $\text{Chi}^2 = 7,037$ ;  $p = 0,008$ ). No resulta extraño, pues como hemos visto con anterioridad éstos tienen unos niveles económicos claramente superiores a las mujeres. Las personas que viven en su hogar con otros familiares o en casa de sus hijos ayudan más económicamente que aquellas que viven con su cónyuge o solas ( $\text{Chi}^2 = 20,922$ ;  $p = 0,000$ ). Nuevamente se pone en tela de juicio el estereotipo de los mayores como económicamente dependientes, como carga económica. Si se introduce la variable “convivencia” vemos que reciben más ayuda económica las personas que viven en casa de sus hijos o en su casa con otros familiares, mientras que las que menos ayuda recibe son las personas que viven solas o viven con su cónyuge o pareja ( $\text{Chi}^2 = 9,601$ ;  $p = 0,022$ ). Es este un aspecto que seguramente se solapa con situaciones de dependencia, ya que es más probable que se dé la convivencia con hijos cuando disminuye la autonomía y aparece la dependencia, extremos ambos más probables cuando más avanzada es la edad del mayor.

---

<sup>1</sup> Dice el Talmud que “quien educa a su hijo educa también a su nieto”. Seguramente tal apoyo tiene con mucha frecuencia como objetivo y destinatarios el cuidado y educación de los nietos, lo cual, sin duda, revierte indirectamente en los propios hijos, de cuyos niños son progenitores. No sería impertinente tener en cuenta esa sentencia talmúdica por la carga intergeneracional que comporta en cuanto a trasmisión de valores.

## 1.2. Diseño y metodología.

Esta investigación tiene por objeto analizar las necesidades, los recursos y la Calidad de Vida de las personas mayores de la Comarca para impulsar políticas de atención acordes con las necesidades demandadas, así como promover el empleo en los Servicios de Atención a mayores. Para ello se ha contado con la colaboración de los Servicios Sociales, los Centros de Salud, la Agencia de Desarrollo Local Comarcal y las Corporaciones Locales de los municipios.

Se seleccionaron 711 personas con una edad igual o superior a los 65 años, considerando esta edad como la de jubilación. Para lo cual, se realizó un muestreo estadísticamente representativo de la población objeto de estudio para un nivel de confianza del 95% y un error muestral del  $\pm 3,7\%$ . El procedimiento de muestreo seguido ha sido el aleatorio estratificado con afijación proporcional por edad, género y municipio de residencia.

Para la recogida de la información se emplearon dos tipos de instrumentos: un cuestionario y las escalas de valoración o screening. El cuestionario, construido “ad hoc”, tiene una duración aproximada de 40 a 45 minutos. Para la puesta a prueba del instrumento se realizó un pretest sobre una población de 30 personas mayores de la Comarca. Consta de 67 preguntas, algunas relacionadas con aspectos de

Calidad de Vida, y  
estructuradas en

ÁREAS CUESTIONARIO
Datos de clasificación Vivienda y equipamientos Residencia y estructura familiar Indicadores de salud y Calidad de Vida Dependencia y niveles asistenciales Relaciones y redes sociales Actividad y tiempo de ocio Recursos socio-sanitarios

todas ellas  
distintas áreas.

Se utilizaron distintos instrumentos de evaluación o escalas que cumplen con los criterios científicos de validez y fiabilidad; es decir, que son capaces de obtener el mismo resultado con mediciones repetidas y a la vez tienen la capacidad de reflejar la característica que persiguen valorar. Estos instrumentos son de fácil aplicación y conceden una mayor seguridad en el proceso de evaluación, facilitando la transmisión de la información y permitiendo la tabulación de los datos significativos y válidos.

- **Escala E.A.D.G.:** Pretende valorar (no diagnosticar) el nivel de ansiedad (en la sub-escala de ansiedad) y el nivel de depresión (en la sub-escala de depresión) para la población mayor. Se considera que un sujeto tiene “probable ansiedad” cuando puntúa 4 o más alto en la sub-escala de ansiedad y “probable depresión” cuando puntúa 2 o más alto en la sub-escala de depresión. Así mismo, se considera que un sujeto es “probable caso” de malestar psíquico significativo cuando puntúa por encima del umbral/punto de corte en ambas sub-escalas.
- **Mini-examen Cognoscitivo (adaptación de Lobo –1979a y b, 1980- a partir del Mini-Mental de Folstein y Mc Hugh, 1975):** Consta de cinco apartados (orientación en el tiempo y espacio, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje y construcción) que pretenden valorar, en términos generales, el grado de deterioro cognitivo. La puntuación en la escala puede oscilar entre 0 y 35 puntos, situándose el punto de corte en 24. Es decir, los sujetos que obtengan una puntuación menor o igual que 24 manifestarían cierto grado de deterioro cognitivo.
- **Índice de Katz (1963, 1970, 1983):** Evalúa dicotómicamente seis actividades básicas de la vida diaria: bañarse, vestirse, ir al aseo, trasladarse, continencia y alimentación.

- **Índice de Lawton (1969, 1972):** Recoge las siguientes funciones: usar el teléfono, ir de compras, preparación de comidas, cuidar la casa, lavado de ropa, medio de transporte, responsabilidad sobre la medicación y utilizar el dinero.

El trabajo de campo fue realizado por becarias de la Universidad de Oviedo. Consistió en una entrevista personalizada realizada en los Centros de Salud para las personas que podían acudir, mientras que las personas mayores con dependencia o que no habían acudido al centro se les entrevistó en su domicilio. Para la correcta realización de la entrevista se hizo un entrenamiento con las becarias, así como un seguimiento del trabajo de campo y una supervisión de todos los cuestionarios.

Para los análisis estadísticos se utilizó el programa informático SPSS en la versión 11.0 para Windows. Se realizaron análisis descriptivos y comparativos. Mediante los primeros se mostraron las características de las variables mediante frecuencias y porcentajes. En los estudios comparativos se trabajó básicamente a partir de tablas de contingencia utilizando la prueba chi-cuadrado con el propósito de poner de manifiesto la existencia o no de diferencias y asociaciones estadísticamente significativas.

## **2. Vivienda, residencia y estructura familiar**

Antes de incidir en aquellos aspectos relacionados con la estructura de la familia, veamos algunas cuestiones de la vivienda.

Si la vivienda no es propiedad de la persona mayor o no cumple ciertos criterios de calidad puede llevar a la institucionalización. Otras veces, una mala calidad de la vivienda hace que las personas mayores tengan que marcharse a vivir con sus hijos u otros familiares. El 84% de las personas mayores entrevistadas reconocen que el domicilio en el que habitan es de su propiedad. Aquí aparecen diferencias por edad, los más mayores viven en domicilios que son propiedad o están alquilados por algún hijo o familiar, mientras que los menos longevos residen en domicilios de su

propiedad ( $\text{Chi}^2= 5,162$ ;  $p = 0,023$ ). Las mujeres, en mayor medida que los varones, viven en domicilios que son propiedad o están alquilados por algún hijo o familiar ( $\text{Chi}^2= 5,768$ ;  $p = 0,016$ ). Esta misma circunstancia también ocurre con los solteros y los viudos ( $\text{Chi}^2= 36,005$ ;  $p = 0,000$ ).

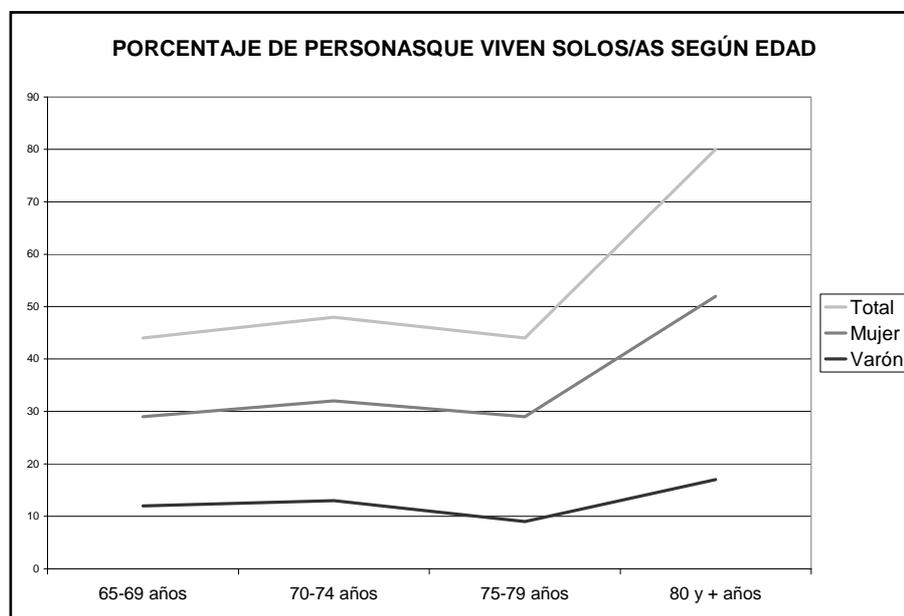
Las viviendas de muchas personas mayores presentan innumerables barreras arquitectónicas que dificultan la movilidad y la realización de muchas de las actividades de la vida diaria. Una de estas barreras tiene que ver con el propio acceso a la vivienda; es decir, la existencia de escaleras en domicilios de más de una planta y la falta de ascensor o rampas tiene implicaciones negativas para las personas dependientes, impidiendo, en muchos casos, que estas personas puedan salir de sus casas. Esto, efectivamente, repercutirá en la calidad de vida de estos sujetos, constituyendo además, una barrera casi infranqueable con el exterior y, por lo tanto, en las relaciones sociales. El 64% de las personas mayores requiere de escaleras o ascensor para acceder a la vivienda, sin embargo, de esas personas el 96% no dispone de ascensor ( $\text{Chi}^2= 99,556$ ;  $p = 0,000$ ). Este hecho viene explicado por el tipo de vivienda propia de las zonas rurales, hogares unifamiliares de dos plantas donde la vivienda se sitúa en la parte superior pero que, sin duda alguna, tendrán efectos sobre las personas dependientes y que debe tenerse en cuenta cuando se diseñe un plan de accesibilidad. Por otro lado y como puede observarse en la tabla, los mayores de este estudio poseen las condiciones mínimas de calidad ambiental en el hogar.

COMODIDADES EN EL HOGAR	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
ASCENSOR	33	4,5
ELECTRICIDAD	710	99,9
AGUA CORRIENTE	705	99,2
AGUA CALIENTE	678	95,4
CALEFACCIÓN CENTRAL	276	38,8
CALEFACCIÓN ESTUFAS	286	40,2
BAÑO	662	93,1
TELEFONO	652	91,7
LAVADORA	686	96,5
FRIGORIFICO	693	97,5
TELEVISIÓN	699	98,3
	-----	-----
Total respuestas	6080	855,1

La forma de convivencia juega un papel determinante en el nivel asistencial, así como en aspectos como la soledad y la red de apoyo social. El 42% de las personas del estudio convive con otros familiares en el hogar. Un 36% convive con su cónyuge o pareja sin ningún otro familiar. El 18% de la muestra vive solo, un 2,4% vive en casa de sus hijos y sólo dos personas viven con su cónyuge en casa de sus hijos. Así pues, predomina la convivencia plurifamiliar; es decir, varios miembros en el hogar. Quizá, sea esto un residuo heredado de las formas de convivencia más antiguas de las zonas rurales, en las que habitaba más de una generación en un mismo domicilio. El alto porcentaje de personas que conviven solamente con su cónyuge o pareja refleja un fenómeno cada vez más presente en las zonas rurales: la existencia de familias monoparentales. Este hecho viene dado por la marcha de los hijos del mundo rural al mundo urbano, produciéndose un acusado desarraigo social y asistencial hacia los progenitores. El vivir sólo se hace palpable en una sociedad rural y envejecida como a la que nos estamos refiriendo y es un indicador fundamental de la presencia o no de soledad. Ese importante porcentaje de personas mayores que viven solas representa, la mayoría de las veces, el lado amargo de este fenómeno imparable que es el envejecimiento poblacional.

Por edad, los más mayores viven principalmente solos, en casa de sus hijos o con otros familiares, mientras que los más jóvenes conviven con su cónyuge o pareja ( $\text{Chi}^2 = 16,828$ ;  $p = 0,001$ ), destacando el alto porcentaje de personas mayores de 75 años que viven solas (el 22%), lo cual implica una situación de riesgo en términos de dependencia y soledad. Fiel reflejo de ello es el otro porcentaje de personas de avanzada edad que viven en casa de sus hijos como consecuencia, seguramente, de los bajos niveles de autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria.

En cuanto al género, el porcentaje de mujeres que viven solas, en casa de sus hijos o con otros familiares es superior al de varones ( $\text{Chi}^2 = 28,185$ ;  $p = 0,000$ ). Evidentemente, factores sociodemográficos como la mayor expectativa de vida en las mujeres, una mayor tasa viudedad o un mayor porcentaje de solteras que de solteros pueden explicar este hecho. Vivir solo es un fenómeno ligado a la edad y al género. Con la edad aumenta el porcentaje de personas que viven solas, sobre todo a partir del intervalo de edad 75-79 años, pero este aumento es considerablemente mayor en las mujeres que en los varones ( $\text{Chi}^2 = 11,036$ ;  $p = 0,001$ ).



En cuanto al estado civil, el 57% de las personas solteras viven con otros familiares y un 41% viven solas. En cambio las personas que han enviudado viven principalmente en casa de sus hijos o solas ( $\text{Chi}^2 = 372,437$ ;  $p = 0,000$ ). La viudedad marca una nueva etapa en la vida de muchas personas mayores al tener que marcharse a vivir con sus hijos. Etapa marcada por cambios, desde el adaptarse a unos nuevos patrones familiares de convivencia hasta la pérdida, en muchos casos, de una autonomía económica y familiar, que implica un proceso de adaptación a esta nueva realidad.

Ingresos y tipo de convivencia guardan una relación significativa, siendo las personas que viven solas las peor paradas económicamente ( $\text{Chi}^2 = 175,501$ ;  $p = 0,000$ ). Seguramente, los ingresos del hogar de estas personas dependen de su propia pensión y, puesto que las personas que viven solas son mujeres y viudas, cabe pensar que los ingresos por pensión, efectivamente, son bastante bajos. Además, hemos descubierto que las personas que viven solas disponen de menos comodidades en el hogar, así como de peores condiciones de habitabilidad, lo cual ha de tenerse en cuenta desde los Servicios Sociales a la hora de planificar los recursos de atención domiciliaria, ya que uno de los factores que puede desencadenar situaciones de dependencia es la inadecuación de la vivienda.

Vivir sólo supone en muchos casos una situación de crisis ante la vejez, y en otros una forma de vida que viene siendo habitual en las zonas rurales como consecuencia del envejecimiento o de la soltería. Los cambios sociales acaecidos en el mundo rural (fuerte emigración del campo a la ciudad, desintegración de la familia tradicional compuesta por varias órdenes generacionales, paulatina disminución de la población, etc.) hace que en los núcleos rurales aumente considerablemente el número de personas mayores que viven solas. Se preguntó a las personas que viven solas cuál es el motivo que les ha llevado a vivir de este modo. Más de la mitad de la muestra reconocen que viven solos porque pueden valerse por sí mismos y no necesitan a nadie. Le sigue el porcentaje de personas a quienes les gusta vivir solos. Un 10% no tienen a nadie y por esa razón viven solos. El cuarto motivo en importancia es el poseer medios suficientes y, por último, un 5% de las personas entrevistadas

afirman que sus familiares no tienen espacio para ellos y otro 5% que sus familiares no quieren que vivan con ellos.

Así pues, puede apreciarse que la capacidad funcional es un factor explicativo del vivir solo. Destacar, si acaso, el porcentaje de personas que no tienen a nadie, ya que el vivir solo para ellos es un imperativo impuesto por las circunstancias de la vida. Es éste el grupo de población que suele ingresar en un centro residencial por problemas de soledad, de falta de apoyo informal y de inadecuación de la vivienda.

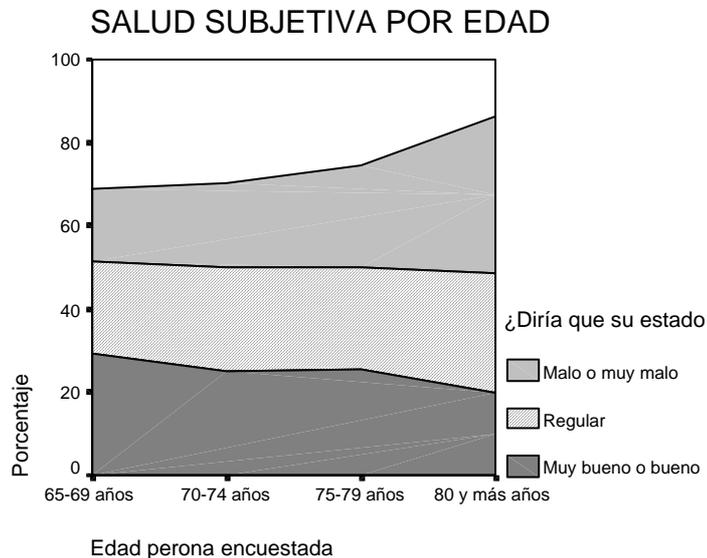
El tamaño medio del hogar es de 2,53 personas (Desv. típ. = 1,34). Es decir, el tipo de hogar predominante, al igual que en el estudio realizado por García Sanz (1997) sobre las personas mayores en el medio rural, es el compuesto por dos personas (hogares monoparentales), fundamentalmente, una pareja o cónyuge de personas mayores, como consecuencia, una vez más, de la emigración transoceánica o peninsular de los hijos. También los hogares unipersonales son bastante numerosos. Este tipo de estructura familiar no extensa influye en el grado de apoyo asistencial y relacional de las personas mayores. Por un lado, en las familias monoparentales uno de los cónyuges debe hacerse cargo del otro para atenderle en sus actividades de la vida diaria, siendo la figura de la mujer predominante en este cuidado. Conviene destacar, el que las personas viudas o solteras (mujeres fundamentalmente) están presentes en hogares unipersonales o en hogares de varios miembros. Es decir, en la propia casa mientras sea posible y en casa de los hijos u otros familiares cuando no queda más remedio.

### 3. Indicadores de salud y Calidad de Vida. Dependencia y niveles asistenciales

La salud como constructo multidimensional que es, comprende distintos ámbitos de estudio y análisis. De ahí que la enfermedad y el deterioro afectan no sólo al área física, sino también al funcionamiento psicológico, al nivel de autonomía y, por su supuesto, al grado de integración social en la comunidad. Así mismo, factores de naturaleza no médica pueden también influir sobre la salud, por ejemplo un entorno inadecuado podría facilitar la aparición de determinados estados psicopatológicos desencadenando conductas y comportamientos poco adaptativos. Los acontecimientos vitales ejercen una presión sustancial sobre el estado de salud; el estilo de vida, los hábitos pasados, el nivel de estrés experimentado son acontecimientos que marcan el devenir de los años en la ancianidad.

Para analizar el estado de salud de las personas mayores de la Comarca se han tenido en cuenta los siguientes aspectos. De un lado, la salud subjetiva o el estado de salud percibido. Por otro, la prevalencia de una serie enfermedades crónicas más comunes en este grupo de población, así como la ingesta de fármacos. Y por último, un apartado de salud psíquica donde se ha estudiado tres aspectos: ansiedad, depresión y posible deterioro cognitivo, valorados mediante tres escalas, cuyas puntuaciones sólo denotan la probabilidad de padecer ciertos desajustes psicológicos. No hemos realizado, ni mucho menos, un diagnóstico de estos aspectos, sólo se dirá que determinado sujeto “es probable caso de ansiedad” y no que “tiene un trastorno de ansiedad”. Casi la mitad de las personas mayores está satisfecha de su salud (47%), el 41% afirman que regular y un 11% consideran que tienen una mala salud. De esto se desprende que es necesario romper con el estereotipo de persona mayor igual a enfermo y para ello nada mejor que prestar atención a lo que los mayores opinan de su propia salud. En numerosas ocasiones, los familiares y algunos profesionales responden asistencialmente según esta imagen estereotipada, desencadenando situaciones en las que el propio mayor se mueve en unos niveles funcionales muy por debajo de sus posibilidades reales. Se le hace más dependiente.

Las personas de mayor edad tienen una peor percepción de su estado de salud actual, sobre todo a partir de los 75-79 años ( $\chi^2 = 7,970$ ;  $p = 0,019$ ). El género y el estado civil no guardan relación con este aspecto ( $\chi^2 = 1,994$ ;  $p = 0,369$  y  $\chi^2 = 1,928$ ;  $p = 0,749$ ).



En el análisis de las enfermedades crónicas con mayor prevalencia destacan el reuma o enfermedad de los huesos, la hipertensión arterial, enfermedad del corazón y el asma o bronquitis crónica, en ese orden. En cuanto a la edad, sólo se ha encontrado relación con la enfermedad del corazón, siendo un tipo de afección que afecta principalmente a las personas mayores de 75 años ( $\chi^2 = 15,281$ ;  $p = 0,000$ ). Por género, las mujeres padecen en mayor medida hipertensión arterial ( $\chi^2 = 13,556$ ;  $p = 0,000$ ), colesterol elevado ( $\chi^2 = 10,091$ ;  $p = 0,000$ ), reuma o enfermedad de los huesos ( $\chi^2 = 15,317$ ;  $p = 0,000$ ) y alergia ( $\chi^2 = 6,734$ ;  $p = 0,000$ ). Mientras que el asma o la bronquitis crónica aparece asociada al género masculino ( $\chi^2 = 40,173$ ;  $p = 0,000$ ) como consecuencia de los estilos de vida y del tipo de trabajo que en algunos municipios han desempeñado los varones, concretamente el de la minería.

TIPO DE ENFERMEDAD	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	249	35,3
COLESTEROL ELEVADO	111	15,7
REUMA O ENFERMEDAD DE LOS HUESOS	453	64,2
DIABETES	79	11,2
ASMA O BRONQUITIS CRÓNICA	134	19,0
ENFERMEDAD DEL CORAZON	158	22,4
ULCERA DE ESTOMAGO	74	10,5
ALERGIA	96	13,6
OTRAS ENFERMEDADES	172	24,4
NO PADECE NINGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES	81	11,5
	-----	-----
Total respuestas	1607	227,6

Si se compara la salud subjetiva con las enfermedades recogidas en el estudio puede observarse que, efectivamente, existe relación entre dicho indicador subjetivo y la mayoría de las enfermedades crónicas, a excepción del colesterol. Es decir, las personas mayores valoran su salud actual rigiéndose por criterios objetivos de salud y consideran que el tener un colesterol elevado no afecta significativamente a su salud. Las enfermedades crónicas que guardan una relación significativa más alta con la salud subjetiva son: reuma o enfermedad de los huesos, asma o bronquitis crónica, enfermedad del corazón y úlcera de estomago. De hecho, serían aquellas que imposibilitan para llevar una vida lo suficientemente autónoma o que suponen un cambio en los hábitos de vida anterior.

TIPO DE ENFERMEDAD	SALUD SUBJETIVA	
	PRUEBA CHI-CUADRADO	SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	12,070	**
COLESTEROL ELEVADO	5,222	
REUMA O ENFERMEDAD DE LOS HUESOS	31,637	***
DIABETES	6,818	*
ASMA O BRONQUITIS CRÓNICA	31,276	***
ENFERMEDAD DEL CORAZON	29,491	***
ULCERA DE ESTOMAGO	35,745	***
ALERGIA	6,591	*
	-----	
		* <0,05
		** <0,01
		*** <0,001

Considerando que el consumo indiscriminado de fármacos es un factor de riesgo que puede producir trastornos en el funcionamiento cognitivo y afectivo, se ha preguntado por la ingesta de fármacos o medicamentos. El 82% de la muestra dice

haber ingerido algún tipo de medicamento en las dos últimas semanas. A medida que aumenta la edad encontramos un mayor porcentaje de personas que ingieren algún tipo de medicamento ( $\text{Chi}^2 = 18,042$ ;  $p = 0,000$ ), produciéndose un aumento considerable a partir de los 80 años, las mujeres consumen, en mayor medida, algún tipo de medicamento frente a los varones ( $\text{Chi}^2 = 20,264$ ;  $p = 0,000$ ), así como las personas viudas en relación a los casados y solteros ( $\text{Chi}^2 = 6,727$ ;  $p = 0,035$ ). Del mismo modo, a una peor percepción de salud se une una mayor ingesta de fármacos ( $\text{Chi}^2 = 58,479$ ;  $p = 0,000$ ).

Las personas mayores entrevistadas utilizan principalmente los siguientes medicamentos: para la tensión, tranquilizantes o ansiolíticos, para el reuma, para el corazón y para el catarro, la garganta o los bronquios. Por género, las mujeres consumen con mayor frecuencia vitaminas o minerales ( $\text{Chi}^2 = 3,893$ ;  $p = 0,048$ ), tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir ( $\text{Chi}^2 = 27,988$ ;  $p = 0,000$ ), antidepresivos o estimulantes ( $\text{Chi}^2 = 3,893$ ;  $p = 0,048$ ) y medicamentos para el colesterol ( $\text{Chi}^2 = 5,701$ ;  $p = 0,017$ ). Por el contrario, los varones utilizan en mayor medida medicamentos para el sistema respiratorio ( $\text{Chi}^2 = 14,160$ ;  $p = 0,000$ ) y antibióticos ( $\text{Chi}^2 = 5,472$ ;  $p = 0,019$ ). En cuanto al estado civil, solo se ha encontrado diferencias en el uso de tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir, siendo las personas viudas quienes más lo consumen ( $\text{Chi}^2 = 10,998$ ;  $p = 0,004$ ). Los trastornos psicoafectivos derivados del enviudamiento (sentimientos de soledad, angustia, tristeza,) propician el uso de este tipo de fármacos.

A continuación se analiza el apartado de salud psíquica y para ello se presentan los resultados obtenidos de las escalas de valoración aplicadas. De la escala de Ansiedad y Depresión Geriátrica (E.A.D.G.) vemos que el 23% de los mayores manifiesta “probable ansiedad”. El género aparece como un factor de diferenciación importante: el 29% de las mujeres frente al 16% de los varones son probables casos de ansiedad ( $\text{Chi}^2 = 15,136$ ;  $p = 0,000$ ). Razones de tipo orgánico, desajustes hormonales como consecuencia de la menopausia, de tipo social, desajustes emocionales consecuencia de la viudedad, y de tipo familiar, sobrecarga emocional

y física en el hogar, podrían explicar estas puntuaciones altas de las mujeres en ansiedad. También las personas mayores viudas padecen en mayor medida este trastorno frente a los casados y los solteros ( $\text{Chi}^2 = 7,057$ ;  $p = 0,029$ ).

En un estudio realizado por Eaton y Keyl (1990) se encontró que uno de los factores de riesgo para desarrollar trastornos de ansiedad en la edad avanzada, junto con ser mujer y haber enviudado, es tener unos ingresos económicos bajos. En el presente estudio también se ha detectado que puntuaciones altas en ansiedad guarda relación con la variable económica. Las personas que no perciben pensión o cuya pensión es inferior a 289 euros mensuales obtienen puntuaciones altas en la sub-escala de ansiedad ( $\text{Chi}^2 = 11,002$ ;  $p = 0,027$ ).

Otro de los aspectos estudiados en esta investigación es el fenómeno de la depresión. Una vez más es necesario mencionar que no se pretendió realizar un diagnóstico del cuadro depresivo sino un screening a través de la escala E.A.D.G. Determinados autores afirman que la depresión no es un problema necesariamente asociado a la vejez, sino un trastorno que se da en otras poblaciones, incluso con mayor frecuencia que en la población mayor en situaciones comunitarias (Fernández, R.; Moya, R.; Martínez, J.; Zamarrón, M<sup>a</sup>; 1999). Para estos autores es necesario diferenciar entre depresión mayor, como cuadro psicopatológico recogido en la clasificación del DSM-IV, y manifestaciones depresivas durante la vejez como respuesta a una etiología bio-psico-social, donde los aspectos sociales y ambientales juegan un papel importante (Fernández, R.; Moya, R.; Martínez, J. y Zamarrón, M<sup>a</sup>; 1999). Entre estos aspectos socio-ambientales destacan: la jubilación, cambio de hábitos y de estilo de vida, pérdida de seres queridos y dificultades económicas. El 28% de las personas mayores del estudio presenta “probable depresión”, siendo las de mayor edad ( $\text{Chi}^2 = 12,335$ ;  $p = 0,006$ ), las mujeres ( $\text{Chi}^2 = 11,452$ ;  $p = 0,001$ ) y las personas viudas ( $\text{Chi}^2 = 7,633$ ;  $p = 0,022$ ) quienes padecen con mayor frecuencia este trastorno.

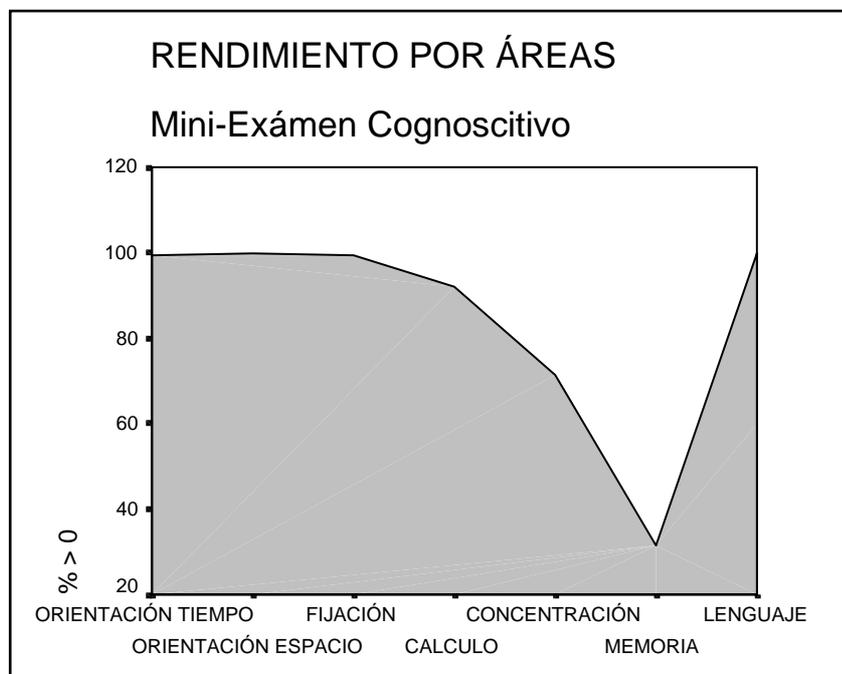
También se observa una relación estadística muy significativa entre ansiedad y depresión ( $\text{Chi}^2= 192,741$ ;  $p = 0,000$ ). De las personas con “probable depresión”, el 70% también presentan “probable ansiedad”. Ansiedad y depresión son dos trastornos que caminan de la mano en aquellas personas que lo padecen. Del igual modo, tanto las personas con “probable depresión como las que manifiestan “probable ansiedad” tienen una peor percepción de salud ( $\text{Chi}^2= 60,797$ ;  $p = 0,000$  y  $\text{Chi}^2= 97,006$ ;  $p = 0,000$ ).

A continuación se pasa a analizar otra de las áreas recogidas en el estudio dentro del apartado de salud: el deterioro cognitivo (de aquí en adelante D.C.). Para ello se ha utilizado, como ya se ha comentado en el apartado de diseño y metodología, el Mini-examen Cognoscitivo de Lobo. Antes que nada es necesario afirmar que D.C. no es sinónimo de demencia, aunque bien es verdad que las personas con demencia presentan este tipo de deterioro. Sin embargo, una actuación o intervención temprana en esta área podría minimizar sustancialmente problemas posteriores en el ámbito de las capacidades mentales. El D.C. se define como la pérdida de las capacidades mentales que imposibilita para llevar una vida autónoma. Afecta a distintas áreas del individuo: desorientación en el tiempo y en el espacio, pérdida de atención, problemas para la concentración, pérdida de memoria y problemas con el lenguaje. Quizá el área más afectada por el deterioro y que más preocupación produce es la pérdida de memoria, como más adelante se apreciará.

En cuanto a la distribución de este trastorno en la muestra, el 84% no presenta D.C., un 12% manifiesta un D.C. moderado y el 4% severo. En total, el 16% de la muestra evidencia un deterioro de sus facultades mentales en distinto grado. Estos datos coinciden con los de otras investigaciones llevadas a cabo fuera y dentro de nuestra provincia (Pedregal et al; 1990 y Pérez de Albéniz, 1995).

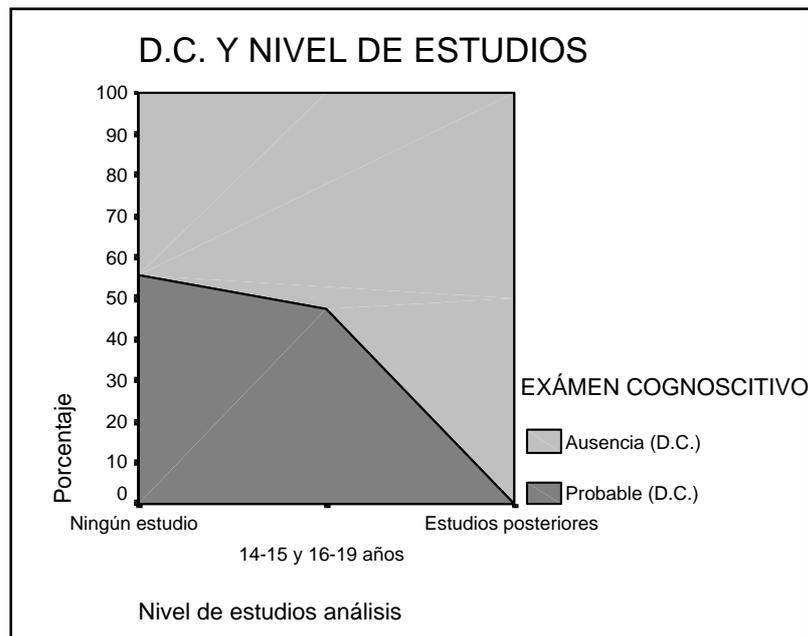
Si se analiza el rendimiento en las distintas áreas de la escala, se observa que las personas mayores muestran un menor rendimiento en el cálculo, la concentración

(aunque el rendimiento no es muy bajo) y sobre todo, en la memoria, donde se produce un descenso sorprendente. El 69% de la muestra obtiene una puntuación de cero en esta esfera del rendimiento cognitivo. Quizá este bajo rendimiento en memoria venga explicado por las propias expectativas negativas de las personas mayores hacia el funcionamiento de la memoria en la vejez: “yo ya no tengo memoria, ya soy mayor”, “la memoria se va perdiendo y no hay nada que hacer”. Sin embargo, no debe olvidarse que es un aspecto que precisa ser trabajado y estimulado, bien en cuanto a los estereotipos o ideas, bien en cuanto a los procesos mismos de funcionamiento cognitivo, mediante la realización de tareas y ejercicios.



Se observa un aumento gradual en D.C. según avanza la edad de las personas entrevistadas, siendo hacia los 70-74 años donde tiene lugar un aumento significativo ( $\chi^2 = 24,527$ ;  $p = 0,000$ ). También se ha encontrado un mayor porcentaje de mujeres que varones con D.C. ( $\chi^2 = 10,091$ ;  $p = 0,000$ ).

En la mayoría de los trabajos europeos y en nuestro propio país se ha constatado que el nivel cultural o educativo se ha asociado con la presencia de demencia o de



deterioro cognitivo (Bermejo et al., 1992). En el presente estudio también hemos observado esta relación, al cruzar las variables escolarización y nivel de estudios con las puntuaciones de los sujetos en la escala. En este sentido, las personas analfabetas o que no han asistido a la escuela presentan puntuaciones por debajo del umbral de corte en la escala en un porcentaje superior que las personas escolarizadas ( $\chi^2 = 68,661$ ;  $p = 0,000$ ). Del mismo modo, se ha encontrado una disminución del porcentaje de personas con puntuaciones inferiores al punto de corte a medida que aumenta el nivel de los estudios alcanzados. De los sujetos que han alcanzado estudios posteriores a los 19 años, ninguno presenta deterioro cognitivo; es decir, todos han obtenido una puntuación  $\geq$  de 24 en la escala ( $\chi^2 = 6,002$ ;  $p = 0,050$ )

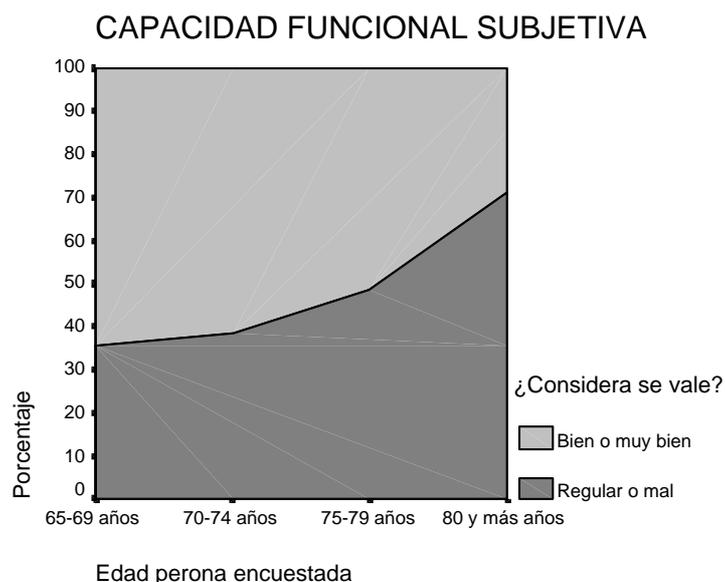
En cuanto al tipo de convivencia, el 16% de los mayores que manifiestan “probable deterioro cognitivo” viven solos, de los cuales el 24% tienen un “deterioro cognitivo severo” según las puntuaciones de la escala. Además, de las personas con D.C. y que viven acompañadas, el 21% lo hace en casa de sus hijos, el 17% en su hogar con otros familiares y un 14% con su cónyuge o pareja solamente. Estos datos reflejan la estructura de la familia que presta sus cuidados a los mayores con este tipo de problemática. Por último, si cruzamos la variable D.C. con distintos aspectos del área de la salud se observa que las personas con “probable deterioro cognitivo” tienen una peor percepción de su estado de salud, obtienen puntuaciones más altas en ansiedad y depresión e ingieren, en mayor medida, diferentes tipos de fármacos que las personas que no presentan este tipo de problemática.

VARIABLES DE SALUD	DETERIORO COGNITIVO	
	PRUEBA CHI-CUADRADO	SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
SALUD SUBJETIVA	13,159	**
ANSIEDAD (E.A.D.G.)	8,975	**
DEPRESIÓN (E.A.D.G.)	4,389	*
CONSUMO DE FÁRMACOS	6,345	*
		* <0,05
		** <0,01
		*** <0,001

La dependencia ha sido definida por el Consejo de Europa como la situación en la que se encuentran aquellas personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de capacidad física, psíquica o social, tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD), que pueden ser básicas (AVD-B) e instrumentales (AVD-I). Así pues y según esta definición, las causas que producen dependencia no son sólo de origen físico, como pueden ser los problemas de salud, sino que factores psíquicos (pérdida de capacidad para resolver problemas y tomar decisiones) y sociales (situaciones de crisis como el enviudamiento o la inadecuación de la vivienda) producen también dependencia. En este sentido, la

falta de autonomía para realizar las AVD no es un problema únicamente de las personas mayores, pues ya se ha visto que factores de orden social ejercen una influencia importante en el grado de autonomía. Así mismo, los propios profesionales o cuidadores, en algunas ocasiones, mantienen relaciones asistenciales con las personas mayores que provocan y mantienen la dependencia.

En este apartado, y al igual que en el ámbito de la salud, se ha recogido información sobre la naturaleza subjetiva de la capacidad funcional y también se han valorado las dificultades para la realización de las AVD mediante dos escalas al uso: el índice de Katz y el índice de Lawton. El 67% de las personas mayores considera que puede valerse por sí mismo bien o muy bien, mientras que el 33% considera que regular o mal. Con la edad parece que las personas mayores manifiestan una peor percepción de su capacidad funcional. Es a partir de los 75-79 años cuando aumenta considerablemente este tipo de manifestaciones en torno a la capacidad funcional ( $\text{Chi}^2 = 57,769$ ;  $p = 0,000$ ). Seguramente estamos ante un dato no sólo cronológico sino que señala un punto crítico de inflexión relativo a la dependencia. Y, dado el sobreenvjecimiento ya comentado, habrá que prepararse y actuar para atender situaciones crecientes de dependencia tanto cuantitativa como cualitativamente hablando.



Según el género, son las mujeres quienes se consideran peor funcionalmente ( $\text{Chi}^2=6,243$ ;  $p = 0,012$ ), al igual que las personas viudas y solteras ( $\text{Chi}^2= 7,057$ ;  $p = 0,029$ ). De nuevo aparece un nuevo matiz femenino en el envejecimiento: las mujeres no sólo viven más sino que, al parecer, envejecen peor. En cuanto al área de salud, las personas con una peor percepción de su capacidad funcional también manifiestan peor percepción de su estado de salud, puntuaciones altas en ansiedad y depresión, y el 61% muestra deterioro cognitivo. Por ello, el indicador de capacidad funcional puede constituir un predictor útil tanto del envejecimiento saludable y exitoso como de la dependencia.

Al analizar las puntuaciones obtenidas con la escala de Katz (que valora la dependencia en las AVD-B), se observa que un 20% de los mayores entrevistados presenta dependencia en al menos una AVD-B y el 12% de la muestra en más de una AVD-B. Como era esperable, el grado de dependencia en estas actividades aumenta con la edad ( $\text{Chi}^2 = 63,063$ ;  $p = 0,000$ ). Este aumento es progresivo y muy poco acusado hasta los 75-79 años, en donde se produce un aumento drástico y muy acusado en el número de personas con dependencia (recuérdese lo comentado más arriba sobre el punto de inflexión en la edad). Este es un dato a tener en cuenta en orden a la planificación de los servicios de atención a mayores, ya que las personas a partir de los 75-80 años sufren cambios muy rápidos en su autonomía para desarrollar las AVD-B. Según el género, son más dependientes las mujeres que los varones ( $\text{Chi}^2 = 7,827$ ;  $p = 0,005$ ). Si se tiene en cuenta el tipo de convivencia, las personas con dependencia en las AVD-B viven principalmente en casa de sus hijos (el 68%) y en menor medida en su hogar con otros familiares (el 32%) ( $\text{Chi}^2 = 13,490$ ;  $p = 0,005$ ). En cuanto al área de salud, las personas que son dependientes en las

VARIABLES DE SALUD	DEPENDENCIA EN AVD-B	
	PRUEBA CHI-CUADRADO	SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
SALUD SUBJETIVA	42,121	***
ANSIEDAD (E.A.D.G.)	9,973	**
DEPRESIÓN (E.A.D.G.)	41,986	***
DETERIORO COGNITIVO	30,461	***
CAPACIDAD FUNCIONAL PERCIBIDO	116,298	***
		-----
		* <0,05
		** <0,01
		*** <0,001

AVD-B presentan puntuaciones altas en ansiedad y más altas en depresión, puntuaciones elevadas también en deterioro cognitivo y tienen una peor percepción de su capacidad funcional así como de su salud. No sorprende esta especie de 'cluster' relativo a la dependencia: quien se ve limitado en lo relativo al autocuidado y, además, percibe la necesidad -a veces apremiante- de recibir ayuda, seguramente tiene mayor probabilidad de entristecerse, sentirse psíquicamente decaído, angustiarse y, en definitiva, mayor riesgo de padecer algún cuadro depresivo.

Las actividades de la vida diaria instrumentales (AVD-I) son necesarias para vivir de forma autónoma en la comunidad, afectan al funcionamiento social e incluyen el uso del teléfono, realización de las compras, la preparación de las comidas, el cuidado de la casa, el lavado de ropa, el uso del transporte público, la responsabilidad sobre la medicación y la capacidad para utilizar el dinero. Para la valoración de este tipo de actividades se ha utilizado el índice de Lawton, una sencilla escala que recoge los aspectos mencionados con anterioridad. La puntuación de corte en esta escala es distinta según el género, pues este tipo de actividades en personas mayores están sujetas a cuestiones culturales y de estilo de vida: los varones suelen tener un menor rendimiento en las mismas ya que, en la mayoría de los casos, nunca las han realizado. De ahí que el punto de corte para los varones en esta escala es distinto que el de las mujeres. Una puntuación  $< 3$  para los varones describe una situación de dependencia; en cambio para las mujeres la situación de dependencia vendría dada cuando la puntuación obtenida en la escala es  $< 5$ .

Las AVD-I que presentan problemas más notorios para las personas mayores del estudio son: el ir de compras, la preparación de la comida, el lavado de ropa, el cuidado de la casa y el uso del transporte. La edad aparece relacionada con todas AVD-I recogidas en la escala; es decir, a mayor edad, menor autonomía para llevar a cabo este tipo de actividades, siendo realizar compras y la utilización del transporte público las actividades que mayores problemas presentan en una edad más avanzada. Según género, las diferencias entre varones y mujeres se manifiestan con claridad. Los varones presentan mayores dificultades que las mujeres en las siguientes actividades: uso del teléfono, realización de las compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de ropa y responsabilidad sobre la medicación. En cambio las mujeres manifiestan mayores problemas que los varones en el uso del transporte público. Ninguna de las personas que viven solas presenta mayores dificultades en las AVD-I que las que viven en compañía. Así pues, el vivir solo implica cierta autonomía en las distintas actividades de la vida diaria. Y por el contrario, la convivencia con otras personas constituye, seguramente, un recurso asistencial para las personas que son dependientes.

AVD - INSTRUMENTALES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
CAPACIDAD PARA USAR EL TELLÉFONO	69	14.0
IR DE COMPRAS	363	73.6
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	325	65.9
CUIDAR DE LA CASA	279	56.6
LAVADO DE ROPA	312	63.3
MEDIO DE TRANSPORTE	178	36.1
RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN	104	21.1
CAPACIDAD PARA UTILIZAR EL DINERO	97	19.7
	-----	-----
Total respuestas	1727	350.3

Puntuaciones altas en ansiedad guardan relación con la dificultad de los mayores para la realización de algunas de las AVD-I. Por el contrario, las personas que presentan dificultades para ir de compras, usar el transporte, utilizar adecuadamente la medicación y manejar el dinero, obtienen puntuaciones elevadas en la escala de depresión. No debe olvidarse que para las personas con síntomas depresivos salir de casa y relacionarse es todo un problema, lo que guarda relación con algunas de las actividades descritas, como ir de compras o usar el transporte para viajar. Así, pues, probablemente las limitaciones en AVD-I comportan mengua en la libertad para moverse en el entorno, comunicarse y mantener/establecer relaciones sociales suficiente y/o satisfactorias. Seguramente esto conlleva también cierta hipostimulación que podría favorecer el retraimiento, entristecimiento y posibles situaciones depresivas. Finalmente, las personas con deterioro cognitivo presentan dificultades en la realización de casi todas las AVD-I, lo que pone de manifiesto la importancia de este trastorno para vivir o no en la comunidad.

AVD-I (ESCALA LAWTON)	VARIABLES DE ANÁLISIS					
	EDAD	GÉNERO	VIVE	ANSIEDAD	DEPRESIÓN	DETERIORO COGNITIVO
USO TELÉFONO	8,277**	12,826***	1,963	0,092	0,614	45,041***
COMPRAS	25,621***	28,446***	17,930***	3,656	10,018**	29,616***
PREPARACIÓN COMIDA	7,195**	272,806***	38,325***	2,823	0,344	6,468*
CUIDAR CASA	10,318**	202,078***	41,214***	3,823	1,566	3,993*
LAVADO ROPA	13,537***	288,474***	35,315***	2,835	1,439	2,980
TRANSPORTE	67,991***	10,279**	1,919	10,355**	44,214***	55,412***
MEDICACIÓN	19,455***	6,384*	7,738**	7,461**	38,003***	61,236***
UTILIZACIÓN DINERO	23,737***	3,232	2,739	7,371**	26,170***	70,315***

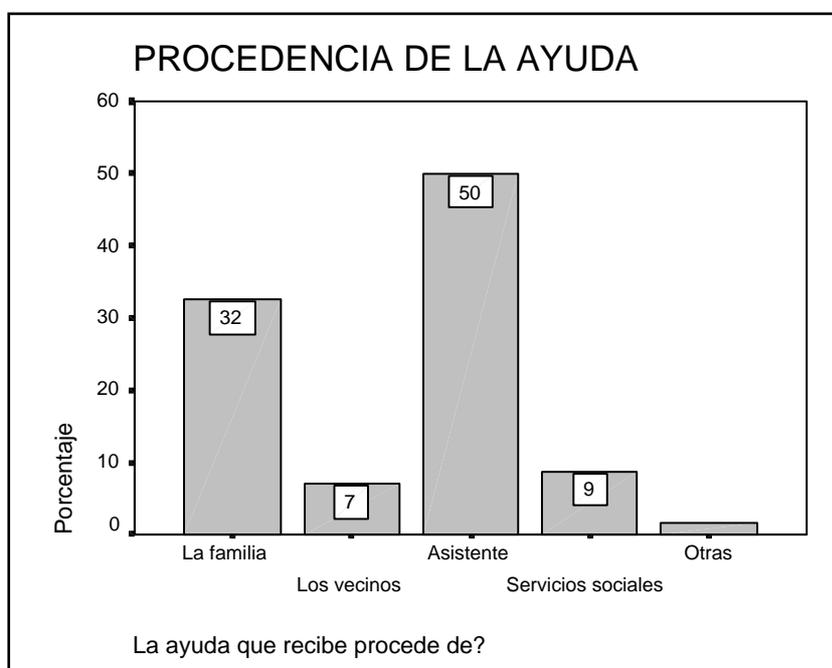
\* < 0,05  
\*\* < 0,01  
\*\*\* < 0,001

Las dificultades en el desplazamiento o movilidad de los mayores constituyen un aspecto importante a tener en cuenta, que afecta a distintas áreas de la vida de estas personas. Así pues, se preguntó sobre las dificultades para el desplazamiento tanto dentro del hogar como fuera del mismo. El 14% de las personas mayores del estudio manifiestan dificultades para desplazarse dentro del hogar, siendo los de mayor edad ( $\text{Chi}^2= 6,705$ ;  $p = 0,010$ ) quienes presentan mayores dificultades. Se ha encontrado relación entre esta variable y puntuaciones de dependencia tanto en las AVD-B ( $\text{Chi}^2= 109,754$ ;  $p = 0,000$ ) como en las AVD-I para varones ( $\text{Chi}^2= 35,785$ ;  $p = 0,000$ ) y mujeres ( $\text{Chi}^2= 61,202$ ;  $p = 0,005$ ). El 16% de las personas mayores manifiesta tener dificultades para desplazarse fuera del hogar. Como de esperar, quienes presentan mayores dificultades son las personas de edad más avanzada ( $\text{Chi}^2= 16,786$ ;  $p = 0,000$ ) y aquellas que obtienen puntuaciones altas en dependencia tanto en las AVD-B ( $\text{Chi}^2= 114,604$ ;  $p = 0,000$ ) como en las AVD-I para varones ( $\text{Chi}^2= 30,012$ ;  $p = 0,000$ ) y mujeres ( $\text{Chi}^2= 55,686$ ;  $p = 0,000$ ).

Siguiendo con el apartado de movilidad, el 27% de los mayores utiliza algún tipo de instrumento o aparato para el desplazamiento, de los que la mayoría vive en la planta baja o sótano ( $\text{Chi}^2= 55,686$ ;  $p = 0,000$ ). De las personas que no disponen de instrumento para la movilidad, el 10% precisarían del mismo en su vida diaria. Además, son personas de edad avanzada ( $\text{Chi}^2= 32,434$ ;  $p = 0,000$ ) que cuentan con la ayuda de personas ajenas al núcleo familiar ( $\text{Chi}^2=6,402$ ;  $p = 0,014$ ), con dependencia en las AVD-B ( $\text{Chi}^2= 153,931$ ;  $p = 0,000$ ) y con dificultades para moverse tanto dentro como fuera del hogar ( $\text{Chi}^2= 109,277$ ;  $p = 0,000$  y  $\text{Chi}^2= 85,775$ ;  $p = 0,000$ ).

Preguntadas las personas mayores si necesitan ayuda de alguien para el desempeño de las AVD, para el 31% la respuesta es afirmativa, sobre todo los más mayores ( $\text{Chi}^2= 32,108$ ;  $p = 0,000$ ), las mujeres ( $\text{Chi}^2= 85,775$ ;  $p = 0,000$ ) y las personas viudas y solteras ( $\text{Chi}^2= 85,775$ ;  $p = 0,000$ ). Sin embargo, sólo el 16% de la muestra afirma contar con ayuda para la realización de sus AVD fuera del propio núcleo familiar.

Un dato a considerar es que el 65% de las personas que reclaman ayuda en las AVD no reciben ayuda ajena a la proporcionada dentro del núcleo familiar ( $\chi^2=13,199$ ;  $p = 0,000$ ). Si nos detenemos en la ayuda recibida por las personas mayores con dependencia, en la mitad de los casos ésta procede de asistente o persona contratada, en un 32% de los casos de la familia, en un 9% de los Servicios Sociales y en un 7% de los vecinos. En cuanto al tipo de ayuda recibida, ésta consiste en la limpieza del hogar, en el lavado y planchado de ropa, en la compra y condimentación de alimentos y en la compañía. Y en menor porcentaje en el aseo personal y en actividades culturales y de asesoramiento. Lo que acaba de comentarse constituye todo un reto para los servicios sociales y sanitarios, a la par que muestra bien a las claras que la familia sigue siendo el principal soporte y agente de apoyo y contención en la dependencia. Y si bien esto constituye un valor del que debería enorgullecerse la sociedad, también es cierto que debe constituir una razón más para apoyar a la familia decidida y abundantemente -tanto en extensión como en intensidad- a fin de que pueda hacerse realidad verdaderamente la ansiada aspiración de los mayores de envejecer en casa..



#### 4. Redes sociales, actividad y ocio.

El apoyo social informal proporcionado por la familia, amigos y vecinos constituye un recurso importante para las personas mayores que sufren de algún tipo de dependencia o bien se sienten solas. Los hijos -mayoritariamente hijas- dentro de la familia desempeñan un papel fundamental en el cuidado y atención a los mayores. El 81% de las personas entrevistadas tienen hijos y de este grupo de mayores con hijos son pocos los que cuentan con ayuda para el desempeño de las AVD fuera del propio núcleo familiar ( $\text{Chi}^2= 12,112$ ;  $p = 0,001$ ), siendo, por lo tanto, la propia familia con la que conviven quien proporciona la ayuda ( $\text{Chi}^2= 5,403$ ;  $p = 0,020$ ). Reiteramos lo dicho más arriba: las diferentes Administraciones tienen con las familias que cuidan personas dependientes un deber ineludible -en modo alguno susceptible de recortes. Debería ser prioritario destinar ayudas de todo tipo para que la familia pueda continuar esa tarea sin menoscabo de otras obligaciones inherentes al sistema familiar en conjunto (crianza y educación de los hijos, atención a los deberes laborales, etc.)

Quizá uno de los problemas a los que tienen que enfrentarse los mayores hoy en día es al fenómeno de la soledad. Hemos incluido en este apartado este aspecto porque guarda, ciertamente, relación con el grado de apoyo social recibido y con el nivel de integración social. La soledad afecta al 26% de la muestra, a un 18% con asiduidad y a un 8% a veces. El perfil de persona con sentimientos de soledad es el siguiente: de edad avanzada ( $\text{Chi}^2= 5,587$ ;  $p = 0,018$ ), mujer ( $\text{Chi}^2= 27,399$ ;  $p = 0,000$ ), persona viuda o soltera ( $\text{Chi}^2= 65,120$ ;  $p = 0,000$ ), que no tiene hijos ( $\text{Chi}^2= 14,338$ ;  $p = 0,000$ ), que vive sola o en casa de sus hijos ( $\text{Chi}^2= 57,052$ ;  $p = 0,000$ ), cuyas razones para vivir sola son: no tener medios económicos suficientes, no tener a nadie, que los familiares no quieran que viva con ellos o que los familiares no tengan espacio suficiente ( $\text{Chi}^2= 14,436$ ;  $p = 0,025$ ). Personas que reciben ayuda fuera del núcleo familiar ( $\text{Chi}^2= 22,681$ ;  $p = 0,000$ ), que tienen dificultades para desplazarse fuera del hogar ( $\text{Chi}^2= 23,472$ ;  $p = 0,000$ ), con puntuaciones altas en

ansiedad y depresión ( $\text{Chi}^2= 64,917$ ;  $p = 0,000$  y  $\text{Chi}^2= 59,983$ ;  $p = 0,000$ ), con dependencia en las AVD-B ( $\text{Chi}^2= 7,108$  ;  $p = 0,008$ ), que necesitan ayuda de otra persona para las AVD ( $\text{Chi}^2= 30,558$ ;  $p = 0,000$ ) y con una peor percepción de su estado de salud y de su capacidad funcional ( $\text{Chi}^2= 24,171$ ;  $p = 0,000$  y  $\text{Chi}^2= 49,402$ ;  $p = 0,000$ ).

Las causas o las razones esgrimidas por las personas mayores que aducen soledad son diversas, sin embargo, la más importante es echar de menos a otras personas, fundamentalmente cónyuge e hijos ya fallecidos, aunque también a los propios familiares si éstos dejan el hogar ciertas horas al día. El desinterés de los familiares hacia la propia persona mayor es también un motivo de soledad para el 12% de la muestra, así como estar impedido físicamente (10%). Por último, el aislamiento o la falta de relaciones sociales también juegan un papel importante en los sentimientos de soledad

El entramado social de las personas mayores de la muestra descansa principalmente en los vecinos, los hijos y los amigos. La relación con los nietos es bastante menor y con otros familiares menos importante aún. Por edad, parece que disminuye la frecuencia en las relaciones con los vecinos en edades más avanzadas ( $\text{Chi}^2= 16,111$ ;  $p = 0,000$ ). Los varones se relacionan más con los vecinos que las mujeres ( $\text{Chi}^2= 4,924$ ;  $p = 0,026$ ). Las personas que tienen una peor percepción de su salud se relacionan menos con familiares que no son hijos o nietos ( $\text{Chi}^2= 12,185$ ;  $p = 0,002$ ). Y aquellas que presentan problemas de dependencia en AVD-B la frecuencia de relación con amigos y vecinos es menor ( $\text{Chi}^2=9,611$ ;  $p = 0,002$  y  $\text{Chi}^2= 5,958$ ;  $p = 0,015$ ). Del mismo modo ocurre con las personas que son dependientes en las AVD-I (tanto varones como mujeres), sus relaciones con amigos y vecinos también se reducen considerablemente (en varones  $\text{Chi}^2=14,370$ ;  $p = 0,000$  y  $\text{Chi}^2= 22,082$ ;  $p = 0,000$  / en mujeres  $\text{Chi}^2= 13,142$ ;  $p = 0,000$  y  $\text{Chi}^2= 20,682$ ;  $p = 0,000$ ).

RELACIONES SOCIO-FAMILIARES FRECUENTES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
Hijos	507	74.1
Nietos	394	57.6
Otros familiares	354	51.8
Amigos	447	65.4
Vecinos	547	80.0
	-----	-----
Total respuestas	2249	328.8

Tan importante es la frecuencia en las relaciones sociales como la calidad de las mismas, de ahí que se haya recabado la opinión de los mayores de la Comarca respecto de la relación con sus familiares, vecinos, instituciones políticas, socio-sanitarias y religiosas. En general se observa que los mayores valoran positivamente sus relaciones con los distintos grupos mencionados con anterioridad. Son pocos los que afirman que la familia, los vecinos y las instituciones les tratan regular o mal. Los colectivos mejor valorados son las instituciones socio-sanitarias, los familiares y los vecinos, mientras que las instituciones políticas son las menos valoradas. Tal parecería que a mayor proximidad o cercanía, incluso geográfica o física, mayor satisfacción percibida por las personas mayores. Las menos satisfechas del trato recibido por familiares y vecinos obtienen puntuaciones altas en ansiedad ( $\text{Chi}^2 = 28,971$ ;  $p = 0,000$  y  $\text{Chi}^2 = 7,983$ ;  $p = 0,005$ ) y depresión ( $\text{Chi}^2 = 13,488$ ;  $p = 0,000$  y  $\text{Chi}^2 = 8,084$ ;  $p = 0,004$ ) y se sienten solas en mayor medida que aquellos que valoran el trato positivamente ( $\text{Chi}^2 = 19,981$ ;  $p = 0,000$  y  $\text{Chi}^2 = 3,986$ ;  $p = 0,046$ ).

Finalmente, se ha analizado también una variable subjetiva importante: la satisfacción con la vida. Constituye un aspecto de la Calidad de Vida que abarca muchas dimensiones de las personas. El sentimiento de satisfacción con la vida es un indicador del grado de bienestar personal que expresa, en términos generales, la situación afectiva-emocional de un sujeto en un momento determinado de su vida en relación con el contexto en el que se desarrolla como persona y en relación con toda una serie de aspectos importantes como pueden ser la familia, la salud, las relaciones sociales, la vivienda, etc. Cuando se les pregunta a las personas mayores de la Comarca por esta dimensión, se observa una cierta tendencia a valorar positivamente el grado de satisfacción con la propia vida. Sin embargo, parece más interesante analizar, desde un punto de vista comparativo, quiénes afirman sentirse algo

o nada satisfechos con la vida. Este grupo lo conforman aquellas personas que se sienten solas ( $\chi^2 = 38,182$ ;  $p = 0,000$ ), que tienen una peor percepción de su salud y de su capacidad funcional ( $\chi^2 = 33,856$ ;  $p = 0,000$  y  $\chi^2 = 37,511$ ;  $p = 0,000$ ), que obtienen puntuaciones altas en ansiedad y depresión ( $\chi^2 = 40,090$ ;  $p = 0,000$  y  $\chi^2 = 49,919$ ;  $p = 0,000$ ), que son dependientes en las AVD-B ( $\chi^2 = 6,322$ ;  $p = 0,012$ ) y que presentan deterioro cognitivo ( $\chi^2 = 6,170$ ;  $p = 0,013$ ). La menor satisfacción con la



vida aparece relacionada con la dependencia en las AVD-I para los varones ( $\chi^2 = 23,310$ ;  $p = 0,000$ ) y no para las mujeres ( $\chi^2 = 2,929$ ;  $p = 0,087$ ). Sin embargo, la edad, el género, el estado civil, los ingresos económicos por pensión y el tipo de convivencia no guardan relación con esta variable de la Calidad de Vida.

Dejando de lado lo que los mayores pueden realizar o no en su vida diaria como consecuencia de su estado de salud físico y psicológico, otro ámbito importante de análisis es aquel que tiene que ver con lo que estas personas realizan a lo largo del día. La jubilación, como fenómeno social que afecta a todos los individuos en un momento determinado de la vida, implica un cese de las labores y tareas que se venían desarrollando hasta el momento y un mayor tiempo para el ocio y el aprovechamiento personal del tiempo. Si bien esta situación es general, afectando a

todas las personas sea cual sea su condición, sin embargo el contexto es un condicionante importante en el paso de la vida activa a la jubilación. Así por ejemplo, en las zonas rurales la entrada en la jubilación no implica un corte decisivo con su anterior situación de vida en activo. Aquí las personas jubiladas siguen desarrollando una actividad parecida a la que ejercían con anterioridad a la jubilación: cuidado del ganado, limpieza del huerto y fincas, recogida de la cosecha, etc. Es decir, no se produce un corte tajante, sino más bien se tiende a una cierta continuidad en el tipo de actividad desarrollada hasta la fecha. Es patente y quizá por ello no sea necesario comentar el caso especial de las mujeres que dedican su tiempo a las tareas del hogar de la misma forma que siempre y para las cuales la jubilación no supone un proceso en sí mismo. Esto es así en las personas de edad más jóvenes que todavía pueden realizar dichas actividades con cierta libertad. En cambio, en las personas de mayor edad las limitaciones físicas implican un aprovechamiento del tiempo de forma distinta. A continuación veremos cuál es el nivel de actividad de los mayores del municipio y a qué dedican su tiempo de ocio.

El 25% de los mayores afirma realizar todavía algún tipo de actividad relacionada con su anterior profesión. Son fundamentalmente los más jóvenes ( $\text{Chi}^2= 6,566$ ;  $p = 0,010$ ) y las mujeres ( $\text{Chi}^2= 5,630$ ;  $p = 0,018$ ). En la Comarca existen asociaciones y hogares de jubilados en todos los municipios pero sólo el 24% de los mayores afirma pertenecer a alguna de ellas. La mayoría son sujetos de edad más joven ( $\text{Chi}^2= 6,376$ ;  $p = 0,012$ ), varones ( $\text{Chi}^2= 8,174$ ;  $p = 0,004$ ) y personas casadas ( $\text{Chi}^2= 13,205$ ;  $p = 0,001$ ). Era esperable que así mismo el porcentaje de personas con sentimientos de soledad fuera mayor en el grupo de los que no forman parte de alguna asociación ( $\text{Chi}^2= 5,329$ ;  $p = 0,021$ ).

La mitad de las personas entrevistadas desarrollan una actividad normal doméstica (51%), consistente en realizar las tareas del hogar, ir a la compra, cuidar del jardín, etc. Le sigue un 31% de personas que declaran llevar a cabo actividades de ligero esfuerzo, basadas en la realización de las labores del campo, entre las que se incluye el cuidado del ganado, la recogida de productos agrícolas, limpieza de fincas y huertos, etc.

Del mismo modo, dentro de esta categoría se incluye también salir a caminar todos o casi todos los días. El 15% de los mayores dice estar casi completamente inactivo a lo largo del día, dedicando su tiempo a ver televisión y escuchar la radio, principalmente. Sólo el 2% de la muestra dedica parte su tiempo al entrenamiento físico semanal (bicicleta, nadar, correr, etc.) y el 1% realiza alguna actividad física con una periodicidad mensual.

Las personas que presentan un nivel de actividad más bajo tienen una peor percepción de su salud ( $\text{Chi}^2= 84,943$ ;  $p = 0,000$ ) y de su capacidad funcional ( $\text{Chi}^2=138,258$ ;  $p = 0,000$ ), son dependientes tanto en las AVD-B ( $\text{Chi}^2= 108,151$ ;  $p = 0,000$ ) como en las AVD-I para varones ( $\text{Chi}^2= 58,547$ ;  $p = 0,000$ ) y mujeres ( $\text{Chi}^2= 215,829$ ;  $p = 0,000$ ), obtienen puntuaciones más altas en las escalas de ansiedad ( $\text{Chi}^2= 18,807$ ;  $p = 0,000$ ) y depresión ( $\text{Chi}^2= 49,537$ ;  $p = 0,000$ ), presentan en un mayor medida deterioro cognitivo ( $\text{Chi}^2= 81,765$ ;  $p = 0,000$ ) y se sienten solos/as en un porcentaje más alto que las personas que presentan un mayor nivel de actividad diaria ( $\text{Chi}^2= 13,824$ ;  $p = 0,003$ ).

Entre las actividades que realizan con mayor frecuencia las personas mayores de la Comarca se encuentran: ver la televisión (86%), pasear (68%) y charlar o asistir a tertulias (64%). La mitad o casi la mitad de los mayores dedica su tiempo al jardín o la huerta (50%), a labores caseras (49%) y a la actividad intelectual o lectura (47%). En cambio las actividades que menos realizan son: algún deporte (4%), acudir a espectáculos (5%) y actividades artísticas (10%), lo cual no debería sorprender, ya que la posibilidad de frecuentar tales actividades está francamente limitada: en la mayoría de los municipios se carece de infraestructuras para ello. Añádase a ello el nada despreciable efecto derivado de las distancias y el deficiente transporte público para los desplazamientos, extremo este que seguramente contribuye a desmotivar hacia unas actividades no precisamente asentadas en la trayectoria vital de muchas personas mayores.

ACTIVIDADES REALIZAN HABITUALMENTE	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
Intelectual (lectura)	333	47.0
Artística (música, pintura)	72	10.2
Artisanal (trabajos manuales)	139	19.6
Jardinería y horticultura	355	50.1
Deporte	27	3.8
Espectáculos (cine, teatro,)	32	4.5
Juegos de mesa	174	24.5
Pasear	485	68.4
Charlar, tertulias	452	63.8
Labores caseras	345	48.7
Labores del campo	144	20.3
Ver la televisión	612	86.3
Otras	236	33.3
	-----	-----
Total respuestas	3406	480.4

El deterioro cognitivo guarda relación con distintas actividades recogidas en el estudio. Así, los sujetos que presentan “probable deterioro cognitivo” dedican menos tiempo de su vida diaria a las siguientes actividades: intelectuales como la lectura, artísticas, artesanales o trabajos manuales, horticultura o jardinería, juegos de mesa y ver la televisión. Todas ellas son actividades que requieren la puesta en marcha de recursos cognitivos como la atención, la memoria, la concentración o el cálculo; capacidades que es necesario potenciar en personas de edades avanzadas no sólo a nivel preventivo (sin duda un reto ineludible), sino también para el mantenimiento de aquellas capacidades o habilidades que aún se preservan en casos de demencias. En ambos supuestos ello podría favorecer una mejor calidad de vida. Por último, las personas que son dependientes en las AVD-B, según el índice de Katz, manifiestan menor actividad en todas las actividades recogidas en el cuestionario, excepto en las siguientes: pasear, charlar o tertulias y ver la televisión.

ACTIVIDADES HABITUALES	VARIABLES DE ANÁLISIS	
	DEPENDENCIA AVD-B	DETERRIORO COGNITIVO
INTELLECTUAL, LECTURA	7,395**	28,955***
ACTIVIDAD ARTÍSTICA	6,962**	12,301***
ARTESANAL, TRABAJOS MANUALES	9,507**	12,741***
JARDINERIA, HUERTA	27,984***	14,492***
DEPORTE	5,533*	3,021
IR A ESPECTÁCULOS	4,036*	2,229
JUEGOS MESA	8,224**	15,092***
PASEAR	3,091	2,222
CHARLAR, TERTULIAS	2,107	1,428
LABORES CASERAS	17,102***	1,011
LABORES CAMPO	20,827***	2,776
VER TELEVISIÓN	1,656	11,871**
		*<0,05
		**<0,01
		***<0,001

Para finalizar este apartado se ha analizado un aspecto subjetivo de la Calidad que tiene un especial interés a la hora de elaborar actuaciones de participación con las personas mayores: el grado de satisfacción con la forma en que ocupan el tiempo. La mayoría de las personas mayores están satisfechas de la forma en que ocupan el tiempo de ocio (el 81%), un 10% indiferentes y otro 10% insatisfechas. Las personas menos satisfechas son aquellas que tienen una edad más avanzada ( $\text{Chi}^2 = 6,151$ ;  $p = 0,046$ ), que se sienten solas ( $\text{Chi}^2 = 29,426$ ;  $p = 0,000$ ), que obtienen puntuaciones altas en ansiedad ( $\text{Chi}^2 = 30,251$ ;  $p = 0,000$ ) y depresión ( $\text{Chi}^2 = 62,249$ ;  $p = 0,000$ ), que son dependientes en las AVD-B ( $\text{Chi}^2 = 27,224$ ,  $p = 0,000$ ) y que se encuentran casi completamente inactivas ( $\text{Chi}^2 = 92,072$ ,  $p = 0,000$ ).

## 5. Recursos socio-sanitarios: analizando la demanda.

Hasta este momento se ha puesto de manifiesto las necesidades de los mayores en las distintas áreas sin profundizar en los recursos socio-sanitarios de atención a dichas necesidades. En este apartado se analizarán los distintos recursos, pero antes se adelanta una descripción de los mismos. Durante la realización este estudio la Mancomunidad Comarca de la Sidra contaba con los siguientes recursos para la atención a las personas mayores:

- Tres Centros de Servicios Sociales. Uno de ellos atiende las necesidades de Cabranes, Sariego, Bimenes y Nava y su centro está ubicado en este último municipio. Un segundo que tiene su ubicación en Villaviciosa y presta sus servicios en dicho municipio y un último que se encuentra ubicado en el municipio de Colunga. Estos centros desarrollan los siguientes programas que tienen que ver con las personas mayores: Servicio de Ayuda a Domicilio, Acogimiento Familiar, Servicio de Tele – Asistencia, Ayudas Económicas, gestión para el ingreso en un centro residencial, tramitación de las solicitudes de vacaciones y de la utilización de recursos terapéuticos como balnearios o termalismo.
- Tres centros de salud ubicados en Colunga, Nava y Villaviciosa, así como cinco consultorios médicos situados en los distintos municipios. El centro de salud de Villaviciosa atiende las necesidades de una parte del municipio y el consultorio médico de Venta de las Ranas el resto.
- Dos Hogares de pensionistas, uno en Nava y otro en Villaviciosa. Así como, distintas Asociaciones de personas mayores en los diferentes municipios.

En el análisis de los recursos, nuestra atención se centrará, en un primer lugar, en el ámbito sanitario. El tipo de seguro médico predominante es el de la Seguridad Social (el 98%). Las mutualidades del Estado, las mutualidades de seguro privado y el seguro privado individual tienen escasa incidencia. En cuanto a la

frecuencia con que las personas mayores acuden al médico, el 52% lo hace sólo cuando lo necesita, el 31% una vez al mes y un menor porcentaje cada quince días (6%) o una vez a la semana (2%). El 8% no acude nunca al médico. Cuando indagamos acerca de la dificultad para recibir atención sanitaria como consecuencia de la incapacidad física o mental, el 92% no presenta dificultades, un 7% presenta dificultades pero el médico viene a casa y tan sólo 9 personas declaran tener dificultades y no recibir atención en sus domicilios de su médico de cabecera.

Otro de los aspectos que se ha tenido en cuenta en el estudio es el acceso a los servicios socio-sanitarios. El 67% de las personas encuestadas afirman que tanto los servicios sanitarios como los sociales son de fácil acceso: el 24% declaran que son poco accesibles por la falta de transporte, el 5% poco accesibles debido a la distancia y un 2% considera que son muy poco accesibles y otro 2% accesibles sólo ciertos días. En cuanto al tipo de transporte que utilizan las personas mayores de la Comarca para acudir a los distintos servicios socio-sanitarios, la mayoría es trasladada por algún familiar o acude caminando, les siguen los que utilizan su propio vehículo, el transporte público (bus), el taxi y los que son trasladados por algún vecino. Repárese en que el transporte estrictamente público es abiertamente limitado en bastantes núcleos de la Comarca (en algunos municipios carecen en la práctica de él): una dificultad objetiva y que reclama soluciones que no hayan de pasar obligadamente por alternativas costosas (taxi) o deban fiarse a la disponibilidad y buena voluntad personal (vehículo de los vecinos). En cambio, un porcentaje muy pequeño no acude a los servicios socio-sanitarios, bien porque no tienen transporte o bien porque su estado de salud no les permite acudir.

Centrando la atención en los distintos recursos existentes en la Comarca para atender las necesidades de los mayores, se observa que tan sólo el 2% de las personas mayores entrevistadas ha solicitado ingresar en una residencia y que el 13% solicitaría si llegara el caso. Los motivos principales para el ingreso en un centro residencial son: la soledad, los problemas de salud y el deseo de no ser una carga para la familia. De los recursos de atención a las personas mayores que existen en la Comarca, los más conocidos son: los centros residenciales,

los hogares o asociaciones de jubilados, la ayuda a domicilio y las vacaciones organizadas. Y entre los menos conocidos destacan el acogimiento familiar y la tele - asistencia. En cuanto a la utilización de los distintos recursos existentes en la Comarca, los más utilizados son los hogares o asociaciones de jubilados y las vacaciones organizadas. Otros recursos como las residencias (de forma temporal), el acogimiento familiar, la tele – asistencia y las ayudas económicas apenas tienen un peso porcentual significativo estadísticamente hablando. La ayuda a domicilio como prestación básica de los servicios sociales la utilizan el 8% de los mayores, un porcentaje bastante bajo si tenemos en cuenta los datos barajados con anterioridad en el apartado de la dependencia.

Cuando se pregunta a las personas entrevistadas si estarían dispuestas a aportar económicamente con relación a distintos servicios, se observa un alto porcentaje de respuestas afirmativas, siendo la ayuda a domicilio el servicio con un mayor porcentaje de casos. Téngase en cuenta que el SAD constituye una importante prestación tanto por lo que facilita el mantenimiento en casa evitando ingresos en establecimientos geriátricos, como por encajar dentro del plan de acercamiento de servicios, particularmente en zonas rurales como es el caso de la Comarca de la Sidra, con núcleos dispersos y con deficientes medios de comunicación.

APORTACIÓN ECONÓMICA	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
Residencias	509	88.8
Atención domiciliaria	524	91.4
Centro de día	451	78.7
	-----	-----
Total respuestas	1484	259.0

Para finalizar, las necesidades más demandadas y que tienen que ver con la asistencia domiciliaria son: el auxiliar de hogar, el acompañamiento y la comida a domicilio. En relación con otras necesidades de carácter general, las personas mayores demandan la atención sanitaria especializada, los centros de día y las residencias geriátricas, en ese orden.

<b>ATENCIÓN DOMICILIARIA</b>	
Auxiliar del hogar	25%
Acompañamiento	18%
Comida a Domicilio	16%
<b>OTRAS NECESIDADES</b>	
Atención sanitaria especializada	31%
Centros de Día	14%
Residencias Geriátricas	10%

## **6. Repercusiones del estudio en la Comarca: prestación de servicios y creación de empleo.**

El propósito del estudio, como ya quedó dicho desde el comienzo, siempre pretendió servir de instrumento de análisis para la planificación de actuaciones dirigidas a las personas mayores. Al día de hoy y con las limitaciones que tiene cualquier empresa humana, no es impertinente decir que sus resultados, sugerencias y pistas de actuación han permitido contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores de la Comarca mediante la prestación de una serie de servicios que, a la vez, han tenido una repercusión importante en el empleo. Asimismo, el programa “Rompiendo distancias”, que hoy es una feliz realidad en cada vez mayor número de concejos y comarcas rurales asturianas, tuvo en este estudio uno de los principales apoyos para su planificación y puesta en marcha en la Comarca de la Sidra, indudablemente su buque enseña al menos cronológicamente hablando. Seguidamente se ofrece una síntesis de algunas de las conclusiones, así como un cuadro comparativo de sus efectos en la Comarca tanto por lo relativo a los servicios como por lo referente a la creación de empleo dentro de la misma.

Una primera lectura en positivo de los datos del estudio permitía afirmar que la calidad de vida de las personas mayores de este medio rural es relativamente buena. Una segunda lectura apunta a que el estudio ha suministrado las claves -y, en alguna medida, todavía sigue siendo punto de referencia- para la adecuada planificación de las actuaciones en la atención a las personas mayores. Ello descansa en los siguientes puntos:

1. Los datos recogidos permiten establecer como objetivo prioritario medidas de atención a los más mayores, así como programas de envejecimiento activo que mejoren su calidad de vida.
2. En determinadas áreas las mujeres envejecen peor que los varones (por ejemplo, educativo-cultural, económica, bienestar emocional y cognitivo, apoyo social y soledad). Por ello, los programas de participación social deben de captar el perfil de mujer viuda, que vive sola y manifiesta claramente un aislamiento respecto de y en la comunidad.
3. Los varones, que suelen tener más dificultades para desarrollar ciertas AVD -principalmente instrumentales-, seguramente constituyen un especial colectivo destinatario de la atención domiciliaria y los servicios de proximidad.
4. En la organización de los servicios de atención a la dependencia es necesario tener en cuenta el contexto territorial, ya que la salud y el grado de dependencia es distinto según el municipio de residencia. Así pues, en los municipios de tradición minera (Bimenes y Nava) se aprecian mayores problemas de salud en los varones derivados de su actividad minera y también mayores desajustes emocionales en las mujeres como consecuencia de la viudedad.
5. Es preciso un análisis más detallado de la accesibilidad en las viviendas. El tipo de arquitectura rural y la falta de acceso adecuado a las viviendas constituye una dificultad importante para permanecer en el domicilio. Ligado a esto, se ha constatado la necesidad de ayudas técnicas en el domicilio.
6. Otro aspecto importante afecta a la familia como proveedora de cuidados a los mayores dependientes. Dada su situación actual es importante e inaplazable poner en marcha programas de apoyo que le proporcionen información/formación necesaria para el cuidado, así como todo tipo de ayudas y el apoyo adecuado para las situaciones de sobrecarga física o emocional.
7. Las personas que viven solas (mujeres viudas o solteras y sobrevejecidas) necesitarían de mayor atención domiciliaria y de servicios que proporcionen un contacto con los Servicios Sociales y con el exterior.

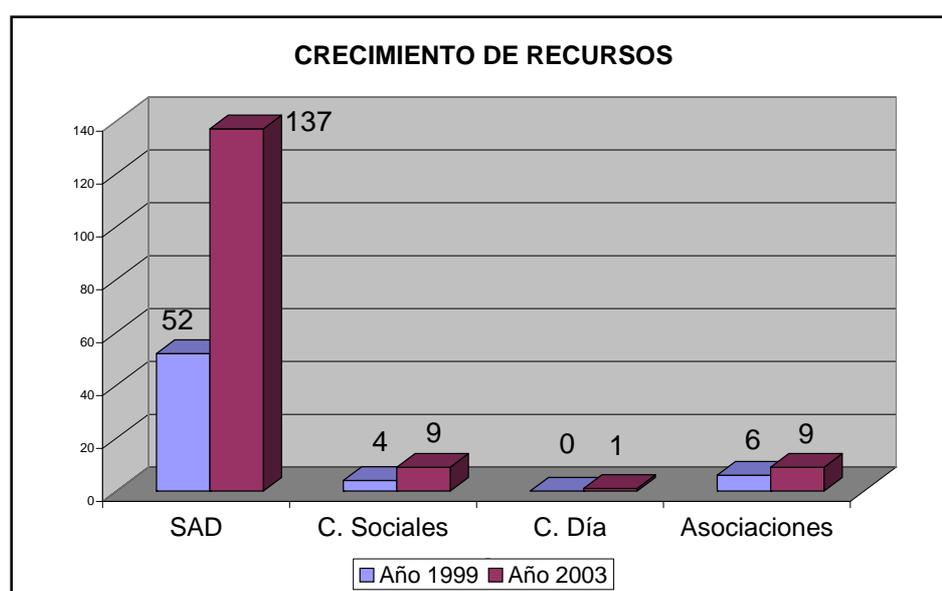
8. Dado la elevada ingesta de medicamentos (particularmente mujeres y/o personas viudas y de avanzada edad), resultaría necesario promover programas para el consumo responsable de medicación.
9. El alto porcentaje de personas mayores que manifiestan malestar emocional (probable ansiedad y depresión) pone de manifiesto la necesidad de impulsar programas que minimicen o eviten el aislamiento social y favorezcan su integración a través de actividades de participación social, que además vendrían muy bien para quienes manifiestan soledad (26%), a la par que beneficiaría también a personas dependientes que han restringido notablemente sus relaciones sociales.
10. La relación del deterioro cognitivo con variables culturales y educativas aconseja desarrollar actividades encaminadas a estimular las capacidades mentales (por ejemplo, programas de entrenamiento de la memoria, talleres literarios, conferencias, etc).
11. Dado que la dependencia es un fenómeno multidimensional, tal como ha podido constatarse fehacientemente en el estudio, la intervención en las situaciones de dependencia ha de ser también interdisciplinar.
12. Habida cuenta del escaso porcentaje de mayores que recibía ayuda de los servicios sociales (9%), que utilizaba la ayuda a domicilio (7%) o el elevado número que refería dificultades para acceder a los servicios socio-sanitarios (33%), resulta apremiante incrementar la atención domiciliaria cuantitativa y cualitativamente, a la vez que implantar servicios de proximidad que complementen la labor desarrollada desde el SAD. Como se verá en el gráfico final, en estos años se constata un alentador avance.

Como se indicaba al comienzo de este capítulo, tras la realización del estudio y apoyándose en él se implanta en la Comarca, bajo el mandato entusiasta de Pilar Rodríguez Rodríguez en la Dirección General de Atención a Mayores y Discapacitados, un programa piloto de atención a personas mayores en el medio rural: "Rompiendo distancias". Un programa que, además de quebrar las distancias

geográficas y sociales, impulsa un estilo dinamizador, innovador y flexible, adaptado a las necesidades de nuestros mayores, atendiendo y dando respuesta a las situaciones de dependencia y fomentando la participación e integración social de los mayores.

<b>PROGRAMAS Y ACTIVIDADES</b>	
<b>Atención a la dependencia (nº usuarios: 285)</b>	<b>Participación e integración en la Comunidad (nº usuarios: 2.856)</b>
T. Ocupacional en SAD– Ayudas Técnicas	Nuevas tecnologías
Valoración integral en SAD	Programación cultural - educativa
Transporte Accesible	Encuentros participación social
Comida a domicilio	Experiencias intergeneracionales
Talleres de envejecimiento saludable	Voluntariado de mayores
Formación y apoyo familiares cuidadores	Desarrollo y dinamización de asociaciones
Formación personal SAD	Participación en recursos comunitarios
Eliminación barreras en domicilio	Intercambios de experiencias

Asimismo el desarrollo del programa -también como algo previsto y buscado como resultados del objetivo primordial- supuso una importante fuente de empleo: desde que se inicio el mismo se han realizado alrededor de 50 contrataciones ligadas a las distintas actividades que se vienen desarrollando con y para las personas mayores (la gráfica final ilustra y evidencia esa realidad). Igualmente este programa de atención a personas mayores ha generado a su vez más recursos destinados a los mayores, como puede apreciarse en el cuadro anterior.



## BIBLIOGRAFÍA

Albuerne, F; Labra, J.A.; Juanco, M<sup>a</sup>.A; (1998). "Indicadores subjetivos en la Calidad de Vida en ancianos de un contexto rural". V Congreso de Intervención Social. *Calidad y responsabilidad compartida: retos del bienestar en el cambio de siglo*.

Arenas M. (1995). *Las personas mayores de Avilés. La generación de la inmigración*. Servicios Sociales Municipales. Ayuntamiento de Avilés.

Baltes, P. y Baltes, M.(1990). *Sucessful aging. Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press-European Science Foundation)

Bazo, M.T. (1990). *La sociedad anciana*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Bazo, M.T. (1996). "Aportaciones de las personas mayores a la sociedad: análisis sociológico". *Reis*, 73, p. 209-222.

Bermejo, F. (1993). *Nivel de salud y deterioro cognitivo en ancianos*. Barcelona: SG Editores.

Bermejo, F.; Vega S. Y Oliet C. La epidemiología de la enfermedad de Alzheimer. Situación al comienzo de una década. *Eur. J. Gerontol*; 1992, (supl.):5-18.

Camarero, L. A. (1993). *Del éxodo rural y del éxodo urbano: ocaso y renacimiento de los asentamientos rurales en España*. Madrid: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.

Cano S. (1990). *La vejez: integración o exilio*. Fundación Pública de Servicios Sociales Municipales. Gijón.

Eaton, W. W. Y Keyl, P. M. (1990). Risk factors on the onset of DIS/DSM-III agoraphobia in a prospective, population-based study. *Archives of General Psychiatry*, 47, 819-824.

Etxezarreta, M. (1983). *La agricultura insuficiente: la agricultura a tiempo parcial en España*. Madrid: Instituto de Estudios Agrarios, Pesqueros y Alimentarios.

Etxezarreta, M. (comp.) (1988). *Desarrollo rural integrado*. Madrid: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.

Fernández-Ballesteros, R.; Izal, M.; Montorio, I.; González, J.L. y Díaz, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Roca.

Fernández-Ballesteros, R.; Moya, R.; Martínez, J. y Zamarrón, M<sup>a</sup>. (1993). *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Fernández-Ballesteros R. et al. (1996). *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Folstein, M.F., Folstein, S.E. y McHugh, P.R. (1975). "A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician". *Journal of Psychiatric Research*, 12, 3, p. 189-198.

García Sanz, B. (1997). *La sociedad rural ante el siglo XXI*. Madrid: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.

García Sanz, B. Et al. (1997). *Envejecimiento y medio rural: problemas y soluciones*. Madrid: Imserso.

González Quevedo, R. (1994). "La mujer y cambio social en una sociedad rural". En Encuentros en Torazo 1987-1994, *Perspectivas del mundo rural asturiano*. Cabranes: Grupo Encuentros en Torazo.

Guillén Llera F. (1994). "Demografía del envejecimiento". En Guillén F. y Pérez del Molino J., *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. Barcelona: Masson.

Katz, S. et al. (1963). "Studies of illness in the aged: The index of ADL, a standardized measure of biological and psychological function". *Journal of the Medical Association*, 185, p. 914-919.

Katz, S. et al. (1970). "Progress in development of the index of ADL". *Gerontologist*, 1, p. 20-30.

Katz, S. (1983). "Assessing self maintenance: Activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living". *Journal of the American Geriatrics Society*, p. 721- 777.

Lawton, M.P. y Brody, E.M.(1969). "Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living". *Gerontologist*, 9, p. 179-186.

Lawton, M.P.(1972). "Assessing the competence of older people". En D. Jent, R. Kastenbeum y S. Sherwood (Eds.), *Research Planning and Action for the Elderly*. Nueva York: Behavioral Publications.

Lemos, S. y Fernández, J.R. (1990). Redes de soporte social y salud. En *Psicothema*, vol. 2, nº 2, pp. 113 – 135.

Lobo, A., Ezquerro, J. Y cols (1979a). "El 'Mini-Examen Cognoscitivo': Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos". *Actas Luso- Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, p.189-202.

Lobo, A. Gómez-Burgada, F. y cols.(1979b). "El 'Mini-Examen Cognoscitivo' en pacientes geriátricos". *Folia Neuropsiquiátrica*, 14, 1-4, p. 244-251.

Lobo, A., EscolaR, V. y cols.(1980). "El 'Mini-Examen Cognoscitivo': Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes psiquiátricos". *Revista de Psiquiatría y Psicología médica*, 14, 5, p. 39-57.

Montorio, I. E Izal, M. (1997). La vejez con éxito. Pero, ¿por qué las personas mayores no se deprimen más?. *Intervención psicosocial* Vol. 6 (1), 53 - 75.

Morales Domínguez, J.F. (1981). *Metodología y Teoría de la Psicología*. Madrid: UNED.

Neugarten, B.L. y Datan, N. (1973). "Sociological perspectives on the life cycle". En P.B. Baltes y K.W. Schaie (Eds.), *Life-span developmental psychology: Personality and socialization*. New York: Academic Press.

Pérez Albéniz, C. (1995). *Evaluación de la salud general y calidad de vida en edades involutivas en Oviedo*. Universidad de Oviedo: Departamento de Medicina. Proyecto de Investigación de Doctorado no publicado.

Rodríguez y Sancho, M.T. (1995). "Vejez y familia: apuntes sobre una contribución desconocida". *Infancia y Sociedad*, 29, p. 64-78.

Sabater, F. (1993). "El rescate de la experiencia". En *Solidaridad intergeneracional*. Barcelona: Fundación La Caixa.

SADEI (1998). *Padrón Municipal y Estadístico de Población de Asturias, 1996. Características de la Población*.

SECOT (1995). *Las actividades económicas de las personas mayores*. Madrid: Senior Españoles para la Cooperación Técnica (SECOT).

