



**UNIVERSIDAD DE JAÉN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS**  
**DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

**TESIS DOCTORAL**

**LOS SERVICIOS SOCIO SANITARIOS EN LA  
PROVINCIA DE JAÉN Y SU RELACIÓN CON  
LAS DIFERENCIAS EXISTENTES EN LA  
CALIDAD DE VIDA ENTRE HOMBRE Y  
MUJERES MAYORES QUE VIVEN EN LA  
PROVINCIA DE JAÉN**

**PRESENTADA POR:  
JÉSSICA BAILÉN EXPÓSITO**

**DIRIGIDA POR:  
DRA. D.<sup>a</sup> MARÍA LUISA GRANDE GASCÓN  
DRA. D.<sup>a</sup> MARÍA JOSÉ CALERO GARCÍA  
DR. D. ALFONSO CRUZ LENDÍNEZ**

**JAÉN, 18 DE SEPTIEMBRE DE 2017**

**ISBN 978-84-9159-119-1**



## INDICE:

<b>Introducción.</b> -----	10
<b>Capítulo 1.</b> -----	13
1. El envejecimiento. -----	14
1.1. Causas del envejecimiento poblacional mundial. -----	17
1.2. La revolución demográfica del mundo. -----	19
1.3. Europa, el continente más envejecido del mundo. -----	23
<b>Capítulo 2.</b> -----	29
2. El envejecimiento de la población española. -----	30
2.1. Valores demográficos por comunidades autónomas. -----	31
2.2. Evolución censal de Andalucía. -----	38
2.3. Progreso de la población en Jaén. -----	45
<b>Capítulo 3.</b> -----	54
3. Marco conceptual de la tesis doctoral. -----	55
3.1. Percepción de las necesidades de la población mayor. -----	62
3.1.1. Dependencia y discapacidad. -----	63
3.1.2. Salud personal y recursos sociosanitarios. -----	72

3.1.3. Actividades de la vida diaria. -----	75
3.2. Servicios sociosanitarios en España. -----	77
3.3. Gastos asociados a la dependencia de las personas mayores. -----	92
<b>Capítulo 4.</b> -----	<b>100</b>
4. Grado de innovación de la Tesis Doctoral. -----	101
<b>Capítulo 5.</b> -----	<b>103</b>
5. Metodología. -----	104
5.1. Investigación cuantitativa. -----	107
5.2. Investigación cualitativa. -----	112
5.3. Diferencias entre el método cuantitativo y el método cualitativo. -----	119
5.4. Estudios mixtos. -----	121
5.5. Investigación científica en enfermería. -----	123
<b>Capítulo 6.</b> -----	<b>132</b>
6. Diseño de la investigación. -----	133
6.1. Sujetos. -----	133
6.2. Recogida de datos. -----	134

6.3. Objetivo general. -----	134
6.4 Objetivos específicos. -----	135
6.5. Hipótesis. -----	135
6.6. Aspectos éticos. -----	136
6.7. Investigación cualitativa. -----	136
6.7.1. Tamaño de la muestra. -----	138
6.7.2. Análisis de los datos. -----	139
6.8. Investigación cuantitativa. -----	140
6.8.1. Tamaño de la muestra. -----	141
6.8.2. Análisis de los datos. -----	144
<b>Capítulo 7. -----</b>	<b>145</b>
7.1. Resultados cualitativos. -----	146
7.1.1. Describir los recursos sociosanitarios existentes para la población mayor de Jaén en función del tipo de población (mayor o menor de 10000 habitantes) y del sexo. -----	146
7.1.2. Determinar el nivel de satisfacción de las personas mayores respecto de los recursos sociosanitarios accesibles. -----	149

7.1.3. Analizar cómo reciben las ayudas sanitarias existentes, si son de fácil acceso y si están satisfechos con su desarrollo los mayores de la ciudad y de los pueblos. -----	153
7.1.4. Elaborar indicadores para la planificación de recursos sociosanitarios en la provincia de Jaén. -----	159
7.1.5. Determinar las necesidades de recursos sociosanitarios de la población mayor de Jaén en función de los indicadores que usemos para la planificación de recursos sociosanitarios, del tipo de población (mayor o menor de 10.000 habitantes) y del sexo. -----	161
7.2. Resultados cuantitativos. -----	171
7.2.1. Resultados del grupo urbano. -----	176
7.2.2. Resultado del grupo rural. -----	177
7.3. Discusión. -----	178
7.4. Conclusiones y recomendaciones. -----	184
<b>Capítulo 8.</b> -----	<b>187</b>
8. Bibliografía y anexos. -----	188
8.1. Bibliografía. -----	188
8.2. Anexos. -----	205
8.2.1. Anexo 1. Hoja de Consentimiento informado. -----	205

8.2.1. Anexo 2. Entrevista. -----	209
8.2.3. Anexo 3. Test SF-36. -----	217
8.2.4. Anexo 4. Test de Barber del medio Urbano. -----	229
8.2.5. Anexo 5. Test de Barber del medio Rural. -----	230
8.2.6. Anexo 6. Población por edad simple y provincia según su nacionalidad (española/extranjera) y sexo. Año 206. -----	231
8.2.7. Anexo 7. Población institucionalizada en Jaén. Año 2011. -----	237

### 8.3. Índice de gráficas y Tablas:

8.3.1. Gráfica 1. Tasa de natalidad y de mortalidad en el mundo en los años 1950 hasta el año 2040. -----	18
8.3.2. Tabla 2. : Clasificación poblacional por Edmund Rosset. -----	19
8.3.3. Gráfica 3. Estructura demográfica del mundo. -----	20
8.3.4. Gráfica 4. Porcentaje de población mayor por continentes. -----	21
8.3.5. Gráfica 5. Evolución de los grupos de población estimados en la UE- 25 para el periodo 1950-2050. -----	24
8.3.6. Tabla 6. Porcentaje de población mayor en los países europeos. -----	25
8.3.7. Tabla 7. Porcentaje de mayores de 64 años por Comunidades Autónomas en España, 1991-2012. -----	32
8.3.8. Gráfica 8. Mapa de estado del envejecimiento en 2010. -----	34

8.3.9. Gráfica 9. Mapa del estado del envejecimiento en el año 2031. --	35
8.3.10. Gráfica 10. Porcentaje de hombres mayores de 65 años sobre el total de la población por comunidades autónomas. -----	37
8.3.11. Gráfica 11. Porcentaje de mujeres mayores de 65 años sobre el total de la población por comunidades autónomas. -----	38
8.3.12. Tabla 12. Evolución del índice de envejecimiento en Andalucía. 39	
8.3.13. Gráfica 13. : Distribución de la población según tamaño demográfico en el año 2001 en Andalucía. -----	41
8.3.14. Gráfica 14. Distribución de la población mayor de 65 años en Andalucía por municipios. -----	42
8.3.15. Tabla 15. Proporción de personas de 64 años o más por provincias andaluzas. -----	43
8.3.16. Tabla 16. Índice de envejecimiento por provincias andaluzas. ---	44
8.3.17. Tabla 17. Rasgos demográficos básicos de Jaén, Andalucía y España. -----	46
8.3.18. Tabla 18. Municipios jiennenses con mayor densidad de población. Años 1900, 2007 y 2012. -----	48
8.3.19. Tabla 19. Municipios jiennenses con menor densidad de población. Años 1900, 2007 y 2012. -----	48
8.3.20. Gráfica 20. Pirámide poblacional de Jaén. Comparación entre años 1900 y 2007. -----	51

8.3.21. Gráfica 21. Pirámide poblacional de España. Años 2012 y 2052. ---	
-----	52
8.3.22. Tabla 22. Municipios más envejecidos de la provincia de Jaén en 2012. -----	53
8.3.23. Tabla 23. Municipios menos envejecidos de la provincia de Jaén en 2012. -----	53
8.3.24. Gráfica 24. Población con discapacidad en España. -----	69
8.3.25. Tabla 25. Tasas de dependencia. -----	70
8.3.26. Gráfica 26. Mapa de dependencia en Andalucía (2008). -----	71
8.3.27. Tabla 27. Fundamentos del modelo de atención sanitaria. -----	82
8.3.28. Tabla 28. Recursos de atención diurna en España. -----	85
8.3.29. Tabla 29. Gasto aproximado en servicios sanitarios y sociales en la fase de dependencia y no dependencia de los mayores en euros. -----	95
8.3.30. Gráfica 30. Proceso cuantitativo. -----	106
8.3.31. Gráfica 31. Proceso cualitativo. -----	107
8.3.32. Gráfica 32. Esquema de experimento y variable. -----	110
8.3.33. Gráfica 33. Investigación no experimental. -----	111
8.3.34. Tabla 34. Diferencia entre investigación cuantitativa y cualitativa. -----	120

8.3.35. Tabla 35. Ventajas e inconvenientes de los métodos cuantitativos y cualitativos. -----	121
8.3.36. Tabla 36. Numero de muestra escogida para la investigación cualitativa. -----	138
8.3.37. Tabla 37. Numero de muestra escogida para la investigación cuantitativa.-----	143
8.3.38. Gráfica 38. Componentes del Test SF-36 comparados en la población mayor general, población urbana y rural. -----	172
8.3.39. Gráfica 39. Componentes del Test SF-36 comparando resultados entre los mayores que viven en residencias y los que disfrutan de la atención en Centros de Día. -----	173
8.3.40. Tabla 40: Modelo de regresión con componente de salud como variable dependiente. -----	174
8.3.41. Tabla 41: Modelo de regresión con componente mental como variable dependiente. -----	175

# **INTRODUCCIÓN**

A lo largo del siglo XX las sociedades han sufrido importantes cambios, sobre todo en lo referente a fenómenos demográficos. Se ha visto cómo ha cambiado la pirámide poblacional de manera que poco a poco están invirtiéndose los grupos de edad, es decir, la base de dicha pirámide cada vez va haciéndose más pequeña mientras que el pico va en aumento. Todo ello se debe a importantes cambios sociales ocurridos en las poblaciones actuales, y que además se prevé que dichos cambios no cesen, sino que con los años se sigan acentuando cada vez más.

Con la existencia de estos cambios poblacionales, los servicios sociosanitarios se han visto afectados también, ya que en poco tiempo se han tenido que adaptar a esta nueva situación. Pero este cambio como bien se ha dicho, no ha cesado ni cesará, por lo que dichos servicios deben estar en constante cambio y evolución para dar respuesta a las nuevas necesidades que puedan aparecer en la sociedad.

La presente tesis tiene como finalidad analizar los servicios sociosanitarios que existen en la provincia de Jaén que van destinados a dar atención a la población mayor de 65 años, la calidad de vida que estos mayores tienen y las posibles diferencias que puedan existir entre las zonas urbanas (municipios de más de 10.000 habitantes) y las zonas rurales (municipios de menos de 10.000 habitantes). Analizando una muestra poblacional de 150 mayores repartidos entre ambos ámbitos que disfruten actualmente de algún servicio sociosanitarios, como son residencias o centros de día.

Para ello primero se realiza una contextualización de la situación y del problema investigado, dónde se analizarán: la evolución demográfica que ha sufrido la sociedad en los últimos años y las predicciones que existen sobre este fenómeno; las necesidades que presentan la población mayor; los recursos sociosanitarios de los que se disponen

actualmente y el gasto asociado a la dependencia en la población mayor. Todo ello será descrito en los capítulos 1, 2 y 3.

A continuación, se expondrá el grado de innovación que presenta la Tesis doctoral dónde se hará referencia a la justificación de este estudio en el capítulo 4.

En el capítulo 5 se realiza una descripción de la metodología, en la cual se expone una breve explicación de los estudios cualitativos, los estudios cuantitativos y las diferencias entre ambos tipos de investigación, para introducir al lector en estos tipos de investigaciones. Además, también se hace una breve descripción de la investigación en la especialidad de la enfermería.

Seguido de todo lo anterior, en el capítulo 6, se recogen los datos y explicaciones referentes a la investigación cualitativa realizada en esta investigación, desde los sujetos, objetivos, hipótesis, análisis de datos y aspectos éticos. Del mismo modo, en el capítulo 7 aparecen dichos datos pero alusivo a la investigación cuantitativa.

Y por último, el capítulo 8 alberga los resultados y conclusiones de esta Tesis Doctoral.

# **CAPÍTULO 1**

## 1. El envejecimiento.

Resulta paradójico el hecho de que a simple vista no resultaría difícil el diferenciar a un individuo joven de una persona mayor, sin embargo, definir el proceso de envejecimiento es mucho más complejo de lo que puede parecer en un primer momento. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el envejecimiento se define como: “el deterioro de las funciones progresivo y generalizado, que produce una pérdida de la respuesta adaptativa al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad”. Sin embargo la OMS hace una distinción del envejecimiento en sí, como un proceso normal que representa los cambios biológicos universales que se producen con la edad y que no están influenciados por la influencia de enfermedades o del entorno y por tanto no tienen por qué conllevar con consecuencias clínicas adversas <sup>(1)</sup>. El proceso del envejecimiento tiene una base multi-causal y que para comprenderla plenamente hay que tener una visión global <sup>(2)</sup>. También, tenemos que destacar la importancia de las teorías en las que se exponen que envejecer es una parte del ciclo vital, es un fenómeno evolutivo y universal, dónde se considera que se empieza a envejecer desde el momento en que nacemos. Pues es un fenómeno natural, gradual, de cambios y de transformaciones a nivel biológico, psicológico y social que se estructuran en torno al tiempo <sup>(3)</sup>. Ésta última es cada vez más aceptada y con un mayor número de adeptos, como expone por ejemplo Simone Beauvoir, en su excelente obra “La vejez”, en la cual se plantea que: “*La vejez no es un hecho estadístico: es la conclusión y la prolongación de un suceso*” <sup>(4)</sup>.

Además de las diferentes definiciones de envejecimiento que podemos encontrar, existen otros aspectos a tener en cuenta como son los límites de edad estipulados para definir la población mayor. A nivel nacional, el IMSERSO, entiende que

las personas son mayores a partir de los 65 años, por ser la edad de jubilación estipulada. Sin embargo, actualmente parece ponerse en duda éste límite cronológico, ya que viene siendo normal en nuestra sociedad abandonar el mercado laboral a una edad más temprana o en otros muchos casos prorrogarla hasta una edad más avanzada. Por otro lado, la ONU ha fragmentado las edades desde los 60 años, al igual que ha hecho la OMS, que utiliza categorías que empiezan a los 65 años de forma fraccionada hasta los 80 años. Pero para los países en vías de desarrollo, la tercera edad puede considerarse funcionalmente entre los 40-50 años <sup>(1)</sup>.

El envejecimiento de la población es uno de los mayores triunfos de la humanidad y uno de nuestros mayores desafíos <sup>(5)</sup>. Éste envejecimiento es sin duda, un producto del éxito de la sociedad humana, ya que son los desarrollos científicos, bio-médicos y desarrollos sociales sus determinantes esenciales. Dicho de otra manera, es un reto a la ciencia y la sociedad actual y futura, pero también es una prueba al desarrollo humano <sup>(6)</sup>. Como bien dijo Gro Harlem Brundtland, directora General de la Organización Mundial de Salud en 1999, *“El envejecimiento de la población es, ante todo y sobre todo, una historia del éxito de las políticas de salud pública, así como el desarrollo social y económico...”* <sup>(5)</sup>. Esto es un fenómeno social registrado en todo el mundo <sup>(7)</sup>, por ello, y por su gran importancia, en el verano de 1982, en Viena, se realizó la *primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*, desde la cual se realizó el primer Plan de Acción Internacional que guiará el pensamiento político y científico de un gran número de países asistentes para alcanzar el mayor bienestar posible de la población adulta mayor. Dicho plan de acción motivó la investigación científica, especialmente en los países desarrollados, a través de la creación de centros de investigación gerontológica y

una serie de iniciativas que van desde lo legislativo e institucional hasta la dimensión educativa y cultural <sup>(8)</sup>.

En términos estadísticos, el envejecimiento poblacional se entiende por el incremento de la proporción de personas mayores, así como el incremento de la edad media de la población <sup>(9)</sup>. Existen diferentes tipos de envejecimiento humano, entre los que sobresalen el individual o el demográfico o poblacional. El *envejecimiento individual* es el proceso de evolución, hasta ahora irreversible, que experimenta cada persona en el transcurso de su vida, mientras que el *envejecimiento demográfico* es el incremento del número de adultos mayores con respecto al conjunto de la población a que pertenecen <sup>(10)</sup>. Éste fenómeno del envejecimiento social está suscitando la atención a múltiples niveles: políticos, económicos, sociológicos, sanitarios y de investigaciones científicas, debido a las enormes consecuencias que se han comenzado a notar y que se acentuarán en los próximos años <sup>(9)</sup>, además se debe minimizar el impacto de las enfermedades crónicas y discapacidades en el estado de salud de las adultos mayores, para también prevenir sus discapacidades y mejorar, en lo posible, su calidad de vida <sup>(11)</sup>, ya que de acuerdo con los estudios de la “European Commission”, se asegura que con éste aumento de la longevidad conllevará al aumento brusco de la dependencia durante la vejez en los próximos cuarenta años <sup>(12)</sup>.

Por lo tanto, el envejecimiento a nivel mundial impondrá mayores exigencias económicas y sociales <sup>(5)</sup>, lo que supone un reto tanto a nivel poblacional como individual <sup>(13)</sup>. La Organización Mundial de la Salud sostiene que los países podrán afrontar el envejecimiento si los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil,

promulgan programas de “envejecimiento activo”, que mejoren la salud, la participación y la seguridad de los ciudadanos de mayor edad <sup>(5)</sup>.

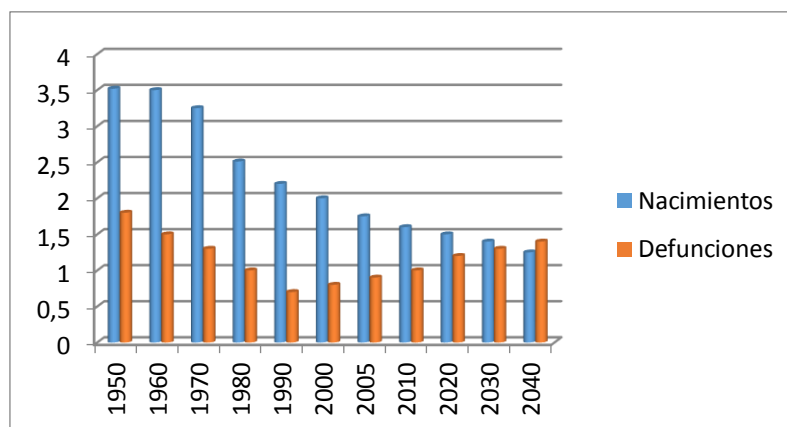
### **1.1. Causas del envejecimiento en la poblacional mundial:**

El resultado de que la población mundial envejezca cada vez más y más rápido se debe principalmente a dos factores:

-Tasa de mortalidad: definida como: cantidad de defunciones por cada mil ciudadanos de una determinada comunidad en un periodo de tiempo concreto <sup>(14)</sup>. Sabemos que durante el siglo XX se ha llevado a un aumento de la supervivencia en todas las edades y al incremento notable de la esperanza de vida. Los 34´8 años de vida media o esperanza de vida al nacer en el año 1900 se han convertido en 81´6 años en 2009. Las personas llegan más al umbral de la vejez y una vez sobrepasado viven más tiempo que hace una centuria <sup>(15)</sup>.

-Natalidad: podemos dividirla en dos tipos de tasas: *tasa de fecundidad*: definida como la relación que existe entre el número de nacimientos ocurridos en un cierto periodo de tiempo y la cantidad de población femenina en edad fértil, entre los 15-49 años en el mismo periodo de tiempo <sup>(16)</sup>. Y la *tasa de natalidad*: que podemos definirla como la cantidad proporcional de nacimientos que tiene lugar en una comunidad en un periodo de tiempo determinado <sup>(17)</sup>. Al disminuir la fecundidad supone un descenso de los nacimientos lo cual produce la merma de los grupos jóvenes, con un aumento progresivo de los mayores. Este fenómeno sucede principalmente en los países de mayor nivel de renta y mayor nivel cultural <sup>(9)</sup>.

Gráfico 1: Tasa de natalidad y de mortalidad en el mundo en los años 1950 hasta el año 2040.



Fuente: Elaboración propia. Basada en: <http://www.claves.cl/2013/04/04/un-modelo-predice-que-la-poblacion-mundial-dejara-de-crecer-en-2050/>

Apoyándonos en los parámetros que Edmund Rosset manejó para clasificar a los países según la estructura de su población respecto a la edad, aunque con algunas modificaciones en la terminología, llamaremos países jóvenes o en juventud demográfica, a aquellos cuya población de niños (menores de 15 años) supere el 35%, la de 15-64 años menor del 60% y la de 65 años o más es menor del 5%. Aquellos países en los que el porcentaje de niños oscila entre el 25-30%, la de adultos entre el 60-65% y la de adultos mayores entre el 5-10%, los llamaremos países maduros o en el estadio de madurez demográfica. Finalmente a los países con un porcentaje de niños inferior al 25%, de adulto superior al 65% y la población de adultos mayores superior al 10% los consideraremos países en estadio de envejecimiento demográfico <sup>(18)</sup>.

Tabla 2: Clasificación poblacional por Edmund Rosset.

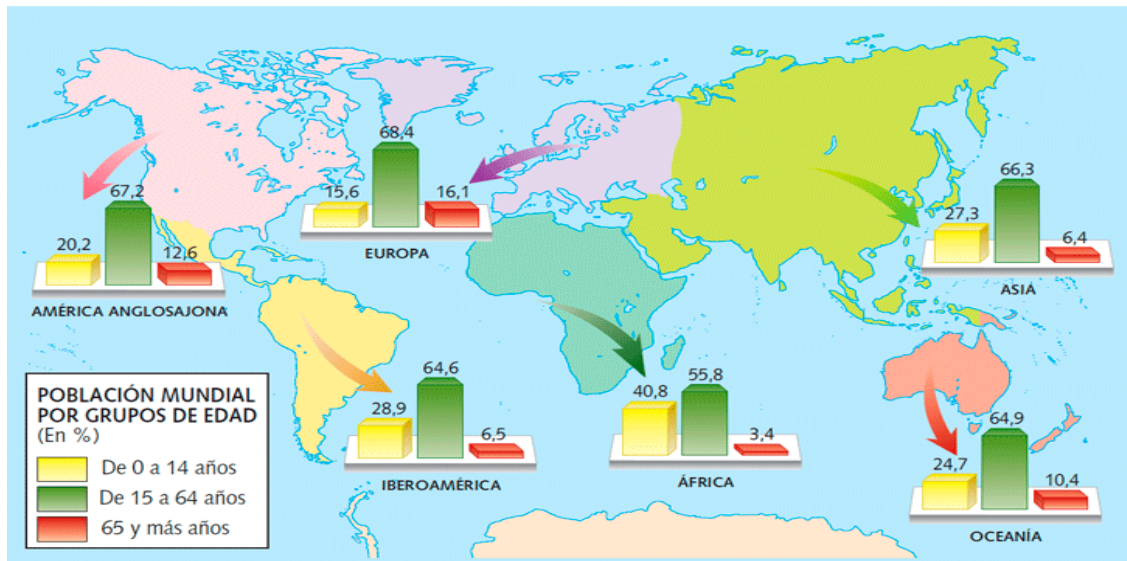
	Niños >15 años (%)	Jóvenes y adultos 15-64 años (%)	Adulto mayor >65 años (%)
Juventud demográfica	+35	-60	-5
Madurez demográfica	25-35	60-65	5-10
Envejecimiento demográfico	-25	+65	+10

Fuente: Elaboración propia. Basada en: Lerma A. Muerte social. [public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/otro\\_3.pdf](http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/otro_3.pdf).

## 1.2. La revolución demográfica en el mundo:

La Organización Mundial sobre el Envejecimiento estima que para el año 2018 habrá en el mundo 1.000 millones de personas de 60 años o más <sup>(19)</sup>, lo que se traduce como un aumento significativo de la población adulta mayor en los próximos años <sup>(20)</sup>. Es en los países desarrollados donde en los últimos treinta años se ha experimentado un proceso de envejecimiento demográfico sin precedentes históricos <sup>(21)</sup>, además son los que envejecerán más rápidamente en los próximos años, y los que precisamente menos preparados están para ello <sup>(22)</sup>. Con los datos y numerosos estudios y publicaciones existentes sobre la población mundial mayor, podemos llegar a pensar que vivimos en un mundo cada vez más mayor en su totalidad, pero esto no es cien por cien correcto, pues existen zonas del planeta donde la población de 60 años o más no llega ni siquiera a alcanzar el 3-6% de la población, como ocurre por ejemplo en países africanos o asiáticos <sup>(9)</sup>. Generalmente, el envejecimiento demográfico, se traduce en un aumento del porcentaje de personas de edad avanzada, el cual caracteriza la dinámica de población de gran parte del planeta (Gráfico 3) <sup>(23)</sup>.

Gráfico 3: Estructura demográfica del mundo:



Fuente: Disponible en: <http://geo-historiaeso.blogspot.com.es/2011/03/caracteristicas-de-la-poblacion-mundial.html>

La gran heterogeneidad de la población permite analizar seis posibles escenarios de envejecimiento poblacional:

-El escenario Africano: extraordinaria juventud en su población con un 40'8% menor de 15 años y sólo un 3'4 % mayor de 65 años, además posee una alta natalidad y baja esperanza de vida (entorno a los 52 años), éste continente estaría en el estadio de juventud demográfica.

-El modelo Asiático: similar al africano, pero mejorando la esperanza de vida, lo que aumenta el porcentaje de mayores progresivamente. Podemos clasificarlo en el estadio de madurez demográfica de forma general, aunque existen países en el estadio de juventud en la zona Occidental y la zona centro-sur, y también países envejecidos, aunque países clasificados como envejecidos sólo son una mínima parte del total.

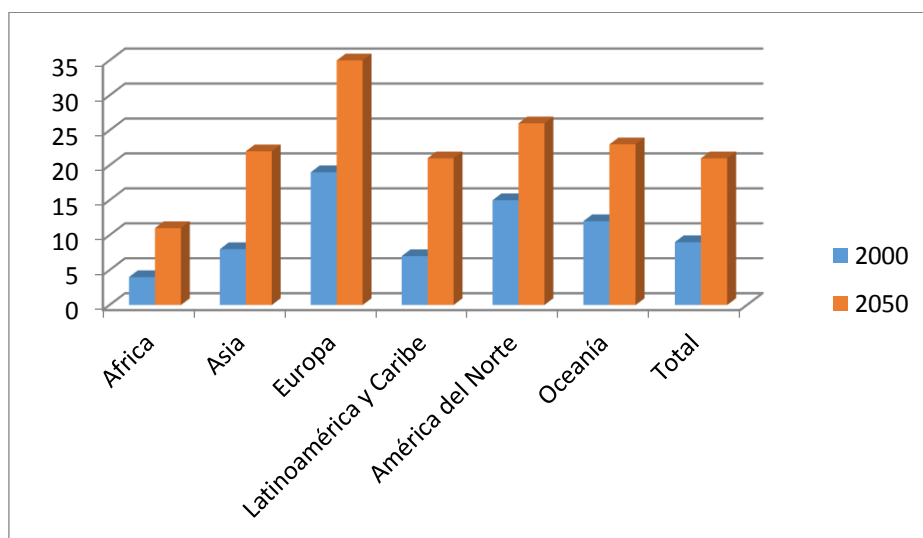
-El modelo Iberoamericano o América latina: presenta una acelerada transición demográfica con disminución de las tasas de mortalidad y natalidad, aunque el conjunto de población, aún es muy joven, con sólo un 6´5% de población mayor de 65 años. Éste continente estaría también dentro del estadio de madurez demográfica.

-La zona de América anglosajona: extensible a Canadá y Australia, con poblaciones menos envejecidas que las europeas. La importante inmigración, con gran mezcla de grupos étnicos, retrasa el fenómeno del envejecimiento. Aun así se encuentra en el estadio de vejez demográfica.

-Oceanía: también lo encontramos en la categoría de vejez demográfica, aunque no tanto como el continente europeo o América del Norte.

-Continente Europeo: éste se clasifica dentro del estadio de vejez demográfica, ya que con la caída de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida por el descenso de la mortalidad hacen de él el continente más viejo del mundo <sup>(9)</sup>.

Gráfico 4: Porcentaje de población mayor por continentes.



Fuente: *Elaboración propia. Basado en:* <http://tusienciassociales-teodosio.blogspot.com.es/2010/11/209-geografia-poblacion-actividades.html>

Si examinamos los datos expuestos anteriormente, vemos que todos los países desarrollados están inmersos en el proceso de envejecimiento, proceso en el que destaca *Europa*, pues es el único continente en el que todas sus regiones comparten esta situación, cosa que no sucede en ningún otro país. En el caso de *América anglosajona* y *América latina*, observamos que la primera cae también en la clasificación de ancianidad demográfica, pero no tan acentuada como Europa, debido a la influencia que ejercen las continuas migraciones de personas hacia sus países. Por otro lado, América latina presenta un estado de madurez demográfica, caracterizada por un importante continente de gente joven y madura. Cabe destacar que en ésta parte de América los países de Uruguay y Cuba son los únicos que se encuentran en un estado de ancianidad demográfica, a diferencia de Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Bolivia y Paraguay caen en la clasificación de países jóvenes. *África*, sin embargo, cuenta con una gran homogeneidad demográfica al clasificarse todos sus países en la categoría de juventud demográfica. Caso notable es el de Uganda, dónde se encuentra el porcentaje más alto de niños del mundo, debido a que su esperanza de vida es sólo de 42'5 años, por lo tanto es el país más joven del mundo junto con Níger, dónde el 50% de la población son niños. Sin embargo, países como Túnez, Marruecos, Cabo Verde, las islas Mauricio y las islas Seychelles, se clasifican como países maduros. En *Asia* se predominan los países jóvenes, pero existe mayor diversidad de situaciones demográficas. En éste continente los países jóvenes se encuentran principalmente en Asia Occidental y del centro sur, con excepción de Kirguistán, Israel, Líbano, Kuwait, Sri

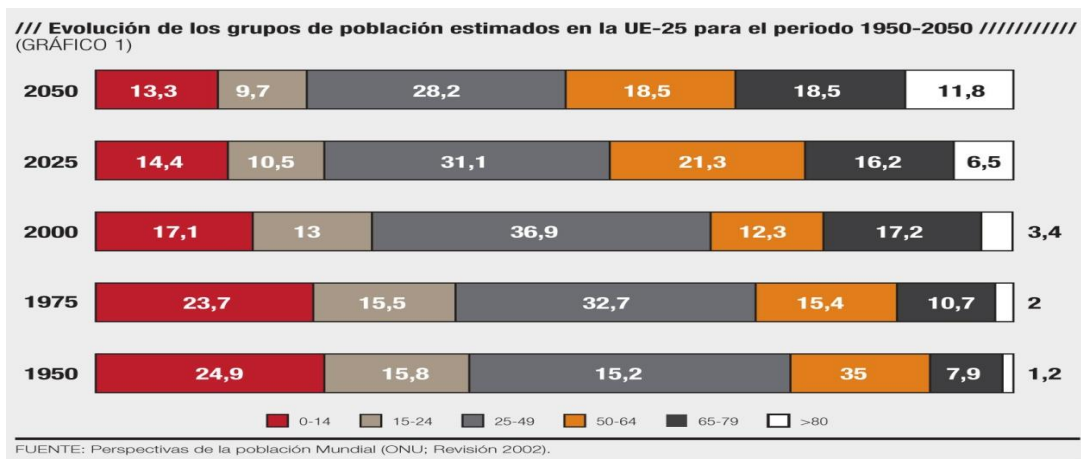
Lanka y países euroasiáticos como Turquía, Chipre, Armenia, Azerbaiyán, Georgia y Kazajistán, los cuales son países maduros. Sobresale, que en Asia Oriental, Japón es el único país envejecido, China, en cambio, no cae en la denominación de país envejecido, sino, que lo llamaremos país “menos envejecido”, ya que cuenta con un 23% de menores de 15 años, un 70% de población entre los 15-64 años y un 7% de población mayor de 65 años, de la misma manera que le ocurre a Corea del Sur y Tailandia. Contrastando con éstos países, podemos destacar que Corea del Norte, Birmania, Vietnam, Malasia e Indonesia, se ubican como países maduros. Finalmente, en *Oceanía*, destacaremos los países de Australia y Nueva Zelanda, que los clasificaremos como países envejecidos <sup>(18)</sup>.

Como se observa, el proceso de envejecimiento es un acontecimiento global que manifiesta su importancia en términos relativos en gran parte de los países desarrollados <sup>(24)</sup>.

### **1.3. Europa, el continente más envejecido del mundo:**

Centrándonos en los miembros de la Unión Europea, vemos que en las próximas décadas la población será algo menos en número, pero mucho más vieja. Éste envejecimiento se debe a causas similares a las que producen el envejecimiento a nivel mundial: disminución de la tasa de natalidad y aumento de la esperanza de vida <sup>(25)</sup>.

Grafico 5: Evolución de los grupos de población estimados en la UE-25 para el periodo 1950-2050.



Fuente: [http://www.fgcsic.es/lychnos/es\\_ES/articulos/envejecimiento\\_poblacion](http://www.fgcsic.es/lychnos/es_ES/articulos/envejecimiento_poblacion).

Podemos ver en la imagen superior, la evolución de los diferentes grupos poblacionales de éste continente, cómo han cambiado en los últimos sesenta- setenta años y cómo evolucionarán en los próximos cuarenta años. Si observamos el grupo de edad más joven, (comprendido entre los 0-14 años) vemos cómo ha disminuido de forma notable en estos 100 años que abarca la gráfica, pasando de un total de un 29´4% en el año 1950, a un 17´1% en el año 2000 y llegando solamente hasta un 13´3% para el año 2050. Por el contrario, si nos centramos en los dos grupos de población de mayor edad, (uno de ellos formado por la población de 65-79 años y otro compuesto por las personas de más de 80 años), vemos cómo ambos grupos crecen rápidamente, pues para el año 1950 el total de personas mayores de 65 años en la Unión Europea era sólo de un 9´1%, pasando a un 20´6% en el año 2000 y se estima que para el año 2050 la población europea mayor de 65 años llegará hasta un 30´3%. Otro fenómeno que observamos con éste gráfico, es que la parte media de la población, (formada por las personas con edad comprendida entre los 15 hasta los 64 años) está decreciendo. Esto manifiesta que en el futuro nuestra población contará con una porción menor de

personas laboralmente activas. El decrecimiento poblacional es uno de los principales retos que tendremos que afrontar en el futuro e implica un serio desafío para que la economía europea continúe creciendo y siga siendo competitiva en un mundo en estado de crecimiento global <sup>(26)</sup>.

Europa es actualmente, después de Japón, la región más envejecida de todo el mundo, con un 16% de la población mayor de 65 años, predicciones internacionales también concluyen que este envejecimiento se incrementará más rápidamente que en cualquier otra región del mundo <sup>(27)</sup>. Por ello podemos decir que Europa se encuentra en un periodo de inflexión demográfica <sup>(28)</sup>. Son los países del mediterráneo, Grecia, Italia, España y Portugal, junto con otros países como Alemania, los que presentan porcentajes de envejecimiento más destacados con valores entre un 16 y un 20% de su población <sup>(15)</sup>. En cifras absolutas, es Alemania el país europeo con un mayor número de personas de 65 años o más, con casi quince millones de personas mayores (14.850.144), seguido de Italia con más de once millones (11.224.781), Francia y Reino Unido con algo más de nueve millones (con 9.932.037 y 9.605.520 respectivamente) y España con más de siete millones en la actualidad <sup>(29)</sup>. Según los censos del año 2010 los porcentajes europeos de la población de 65 años o más son:

Tabla 6: Porcentaje de población mayor en los países europeos:

Países	% Población de 65 años o más
<b>Alemania</b>	20´7%
<b>Italia</b>	20´3%

<b>Grecia</b>	19%
<b>Suecia</b>	18'1%
<b>Portugal</b>	17'9%
<b>Austria</b>	17'8%
<b>Bulgaria</b>	17'6%
<b>Letonia</b>	17'4%
<b>Bélgica</b>	17'1%
<b>Estonia</b>	17%
<b>Finlandia</b>	17%
<b>España</b>	16'8%
<b>Francia</b>	16'6%
<b>Hungría</b>	16'6%
<b>Reino Unido</b>	16'5%
<b>Dinamarca</b>	16'4%
<b>Lituania</b>	16'1%
<b>Países Bajos</b>	15'4%
<b>República Checa</b>	15'3%
<b>Rumanía</b>	15%
<b>Malta</b>	14'9%
<b>Luxemburgo</b>	14%
<b>Polonia</b>	13'5%
<b>Chipre</b>	13%
<b>Eslovaquia</b>	12'3%
<b>Irlanda</b>	11'5%

*Fuente: Elaboración propia. Basado en: Causapié P, Balbotín A, Porras M, Mateo A. Envejecimiento activo. Libro Blanco. 1ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.*

La Unión Europea, además de tener la tercera población mundial, posee una de las esperanzas de vida más altas del mundo, con un 78´5 años de vida media <sup>(30)</sup>, con 75 años para los hombres y 82 años para las mujeres <sup>(31)</sup>. Otra de las manifestaciones que está produciendo el envejecimiento poblacional es el crecimiento de los octogenarios. Ya son 2´2 millones de personas mayores de 80 años que se han multiplicado desde principios del siglo XX. Se calcula que para el 2049 serán 5´6 millones y habrán crecido más que el resto de grupos de edades. El crecimiento de éste grupo de edad tiene y tendrá importantes implicaciones en los sistemas de ayudas. Hoy por hoy, sus necesidades son diferentes, sobre todo en atención sanitaria, cuidados y tipo de convivencia. Son y serán, por tanto, grandes consumidores de prestaciones sociales y sanitarias tanto formales como informales <sup>(15)</sup>. Otra característica de la población europea debido al aumento de personas de 65 años o más, es la feminización de éste grupo de edad poblacional, dados los comportamientos de vida y salud de las mujeres <sup>(32)</sup>. Éste proceso se ha caracterizado por una acentuación del desequilibrio entre sexos durante la pasada centuria, pero se observa un cambio de tendencia en la década final del siglo XX y en las primeras décadas del siglo XXI. Ésta tendencia se acentuó en los años cuarenta y se mantuvo en setenta varones de edad por cada cien mujeres en las décadas de los cincuenta a los noventa, momento en el que el descenso de la mortalidad masculina, mayor que la femenina, está conduciendo a una recuperación del equilibrio global entre sexos: setenta y cuatro varones por cada cien mujeres en el año 2010, con estimaciones al alza a lo largo de todo el siglo XXI <sup>(15)</sup>.

Si retrocedemos en el tiempo podemos observar que Europa ha estado siempre al frente de múltiples políticas innovadoras que se introdujeron en el pasado siglo para proporcionar recursos y servicios a las personas mayores. Europa fue pionera en la implantación de las pensiones por jubilación: dicho sistema apareció primero en Alemania, y después en Inglaterra y otros países europeos. Se debe conseguir una cohesión entre la generación joven y la mayor y darle prioridad a las soluciones que se presenten en el envejecimiento de la población, pero no se requerirán sólo políticas públicas, también será necesario que la sociedad civil y los medios de comunicación colaboren en encontrar la cohesión social intergeneracional. Tenemos que encontrar una manera de seguir apoyando a las personas mayores pero al mismo tiempo sin considerarlas una carga para la sociedad <sup>(26)</sup>, pues a los 65 años queda aún mucha vida por delante, que se puede vivir de muchas maneras, no hay delimitar las opciones a la jubilación y al tiempo libre, es necesario abrir un abanico de posibilidades y oportunidades para que las personas de esas edad puedan elegir su futuro <sup>(29)</sup>.

# **CAPÍTULO 2**

## 2. El envejecimiento de la población española:

Según el tópico, es la juventud la que impulsa las revoluciones e irrumpe generación tras generación inyectando creatividad, energías renovadas y sed de cambios. Son muchos, quienes ven a los mayores como supuestamente estáticos, que representan la tradición y el pasado, aferrados a lo ya conseguido y recelosos de las novedades. Pero son los mayores, los que hoy encabezan una reestructuración sin precedentes del entramado social que nos afecta a todos. Buena parte de su carácter innovador es fruto de las tardías pero rapidísimas transformaciones demográficas experimentadas por España durante el siglo XX, especialmente las relativas a la mortalidad <sup>(33)</sup>. En nuestro país se está consolidando el progresivo envejecimiento de la población (personas de 65 años y más), según las cifras oficiales del INE (Instituto Nacional de Estadística) en el años 2003, las personas de 65 años y más representan el 17% de toda la población española, es decir, 7.276.620 personas <sup>(34)</sup>. En los años siguientes el porcentaje de ésta parte de la población española disminuye un poco, de forma que en el año 2005 dicho porcentaje era del 16´56%, en el año 2008 llega a un 16´44%, alcanzando así el menor porcentaje de personas de 65 años o más que ha habido en estos últimos años, posteriormente, éste porcentaje vuelve a aumentar, pues en el año 2011 era del 17´11% y en 2012 del 17´36% <sup>(35)</sup>. Pero un hecho muy importante en la evolución de la población española, es el incremento de personas de edad avanzada, que han superado los 80 años y en algunos casos hasta los 100 años. La comparación internacional de éste proceso de envejecimiento posiciona a España posiciona a España en el cuarto lugar dentro de los países más envejecidos del planeta. Japón con un 19´7% de población mayor, encabeza la lista, seguido de Italia y Alemania <sup>(36)</sup>. Si observamos las proyecciones que las Naciones Unidas asignan para el año 2050,

vemos que España se sitúa en un segundo lugar con un 35% de personas de 65 años y más (más de 13 millones de personas), por detrás de Japón con un 36'5%, y por delante de Italia (34'4%), Eslovenia (34%) y Grecia (33'2%), como los países más envejecidos del mundo <sup>(34)</sup>. Como podemos observar, la longevidad se ha incrementado de forma espectacular durante el siglo XX, tanto en España como en la mayoría de los países del mundo <sup>(36)</sup>, en 1900 dicha esperanza de vida era del 34'8 años y sin embargo actualmente ha ascendido hasta un 81'6 años, ésta esperanza de vida, tanto para los hombres como para las mujeres, se encuentra entre una de las más altas de la Unión Europea <sup>(37)</sup>, por detrás de países como Suiza, Italia o Francia <sup>(38)</sup>. Debemos tener en cuenta los datos del claro envejecimiento de la población ya envejecida, es decir, estamos asistiendo a un progresivo y creciente envejecimiento del envejecimiento. El grupo de población de 80 años o más son el grupo de población que más han crecido en la última década, mientras que los jóvenes de hasta 20 años es el grupo que más población pierde. Se ha incrementado un 53% el número de personas de 80 años y más entre los años 1991 y 2003, cuando el total de la población lo ha hecho en un 9'9%, incluida la población inmigrante. Se prevé que para el año 2050, dicho porcentaje de personas de 80 años y más, se habrá incrementado hasta un 11'4%, lo que se traduce en más de seis millones de personas. Según las proyecciones ya comentadas de Naciones Unidas, España presentará un 12'6% de personas octogenarias, sólo por detrás de Japón (15'5%) e Italia (13'5%) <sup>(34)</sup>.

## **2.1. Valores demográficos por Comunidades Autónomas.**

Si comparamos las diferentes comunidades autónomas españolas, podemos observar grandes diferencias que se deben sobre todo a factores de índole social, como las migraciones, la composición rural o urbana de las poblaciones, el crecimiento económico, los diferentes patrones de natalidad, etc. <sup>(29)</sup>. Cataluña, Andalucía y Madrid son las comunidades autónomas con mayor número de personas de 65 años y más empadronadas, pues sólo las dos primeras suman el millón de personas, según datos del Padrón del año 2005. Sin embargo, Castilla y León, Asturias, Aragón y Galicia son las comunidades más envejecidas proporcionalmente. En el otro lado de la escala encontramos a Melilla, Ceuta y Canarias, que representan la menor proporción de personas mayores en su población <sup>(34)</sup>.

Tabla 7: Porcentaje de mayores de 64 años por Comunidades Autónomas en España, 1991-2012:

	2012	2011	2006	2001	1991
<b>Total Nacional</b>	17'36	17'11	16'64	16'89	13'79
<b>Andalucía</b>	15'30	15'12	14'55	14'42	11'70
<b>Aragón</b>	20'08	19'91	20'30	21'34	17'80
<b>Asturias, Principado de</b>	22'68	22'33	21'88	21'57	16'72
<b>Baleares, Islas</b>	14'29	14'01	13'77	14'48	14'16
<b>Canarias</b>	13'93	13'59	12'23	11'68	9'53
<b>Cantabria</b>	19'00	18'73	18'68	18'93	15'35
<b>Castilla y León</b>	23'02	22'83	22'50	22'31	17'64
<b>Castilla-La Mancha</b>	17'64	17'64	18'66	19'69	16'57

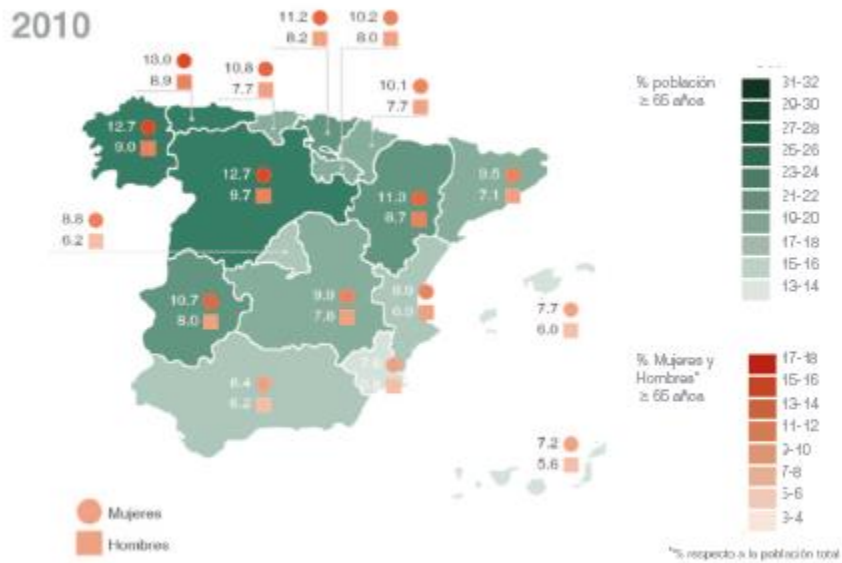
<b>Cataluña</b>	17'06	16'77	16'45	17'27	14'20
<b>Comunidad Valenciana</b>	17'21	16'88	16'11	16'42	13'59
<b>Extremadura</b>	19'22	19'16	19'05	18'72	15'28
<b>Galicia</b>	22'83	22'49	21'44	20'61	16'48
<b>Madrid, Comunidad de</b>	15'44	15'10	14'29	14'66	11'81
<b>Murcia, Región de</b>	14'28	14'00	13'78	14'31	11'84
<b>Navarra, Comunidad Foral de</b>	17'93	17'68	17'45	17'94	15'32
<b>País Vasco</b>	19'88	19'50	18'32	17'60	12'64
<b>Rioja, La</b>	18'71	18'48	18'33	19'65	16'42
<b>Ceuta</b>	10'85	10'96	11'32	10'92	9'43
<b>Melilla</b>	9'82	10'08	10'75	10'46	9'43

Fuente: Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

El incremento de la población mayor es un elemento a destacar, ya que existen diferencias entre las diferentes comunidades autónomas. Mientras que en algunas comunidades la población de 65 años y más ha llegado a disminuir con el paso de los años, como sucede en Melilla, Ceuta o Castilla- La Mancha, mientras que por el paso de las generaciones huecas de la guerra civil, el umbral de los 65 años, la población de 80 años o más, la población de 65 años o más ha crecido sustancialmente, como ocurre en Cantabria, Murcia o Carilla y León. En los últimos veinticuatro años la cifra de mayores se duplicada en Canarias, País Vasco y Madrid. Dónde menos ha aumentado la población de personas de 65 años y más es en aquellas dónde su proporción ya era elevada

anteriormente, como es el caso de Aragón o Galicia; Extremadura es la comunidad con el menor incremento del número de mayores <sup>(29)</sup>.

Gráfica 8: Mapa de estado del envejecimiento en 2010:

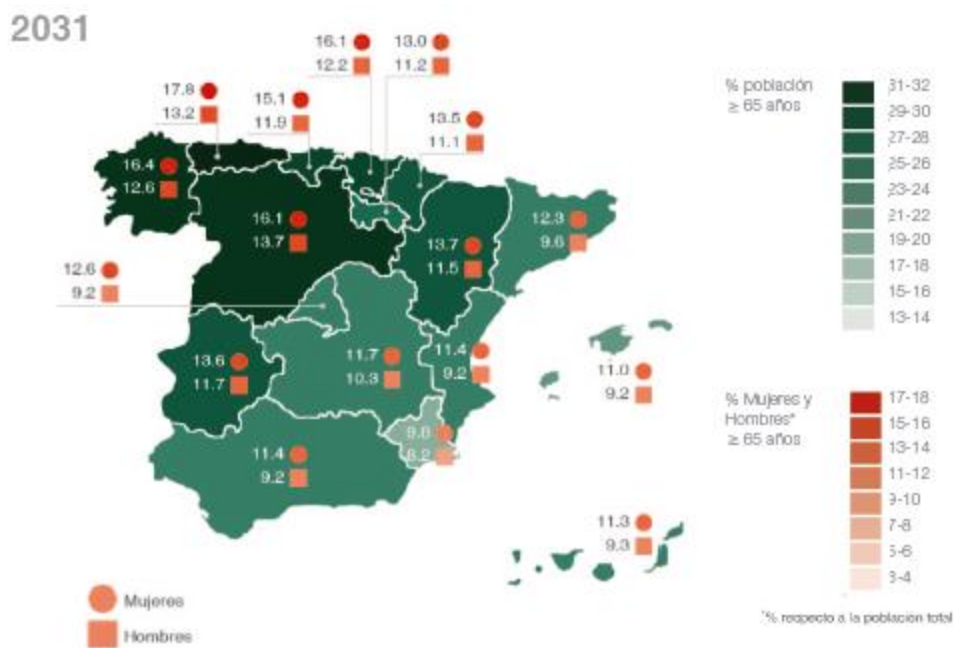


Fuente: Parapar C, Rey J, Fernández J. L, Ruiz M. Informe de la I+D+i. Informe sobre envejecimiento. Madrid: Fundación General del CSIC; 2010.

Si observamos las proyecciones previstas para el año 2031, las comunidades autónomas que menor porcentaje de personas mayores tenían en el año 2010 son las que van a poseer un mayor ritmo de crecimiento de la población de 65 años y más. Es decir, la velocidad de crecimiento de las comunidades autónomas menos envejecida es muy superior al resto de las regiones. Si analizamos los datos que poseemos del año 2010 con los que se prevén para el 2031, se observa que la población española en su conjunto también tiende a envejecer. Ésta tendencia se produce tanto en términos absolutos como en términos relativos, es decir, que en 2031 habrá más personas

mayores de 65 años que en la actualidad, un 53% más, y a pesar de que la población total también se habrá incrementado, alrededor de un 13%, el porcentaje de mayores de 65 años sobre la población total será muy superior al actual, pasando de un 17% en 2010 a un 23% en 2031 en toda España <sup>(1)</sup>.

Gráfica 9: Mapa del estado del envejecimiento en el año 2031:



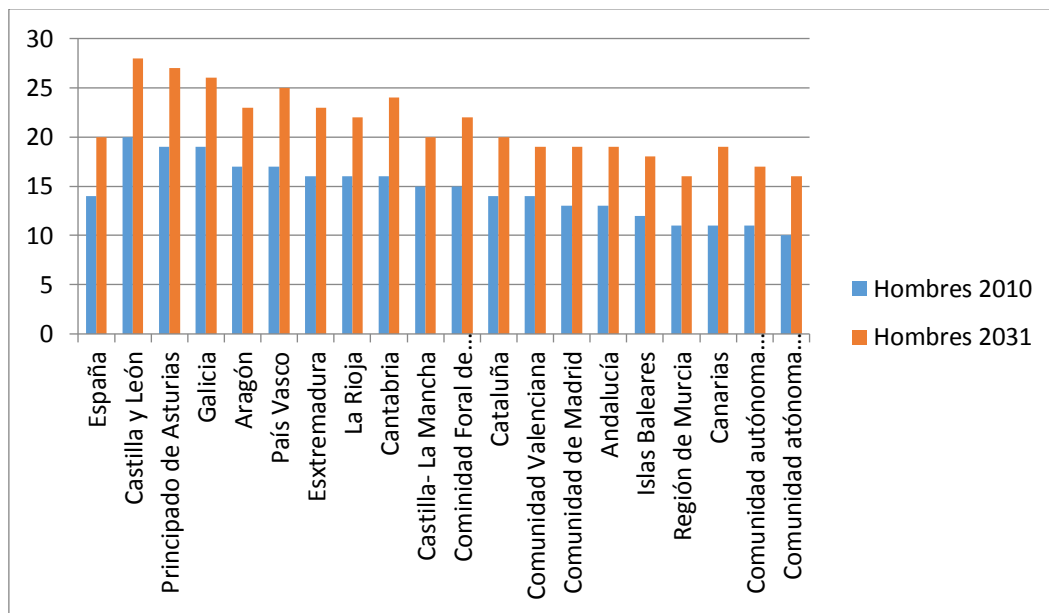
Fuente: Parapar C, Rey J, Fernández J. L, Ruiz M. Informe de la I+D+i. Informe sobre envejecimiento. Madrid: Fundación General del CSIC; 2010.

Como bien podemos observar tanto en el mapa poblacional de España del año 2010 como en la tabla anterior de población numérica de las diferentes comunidades autónomas de nuestro país, vemos que en las zonas de interior es dónde más personas mayores residen. Debemos saber, que el proceso de envejecimiento de las regiones del interior comenzó antes del proceso general, antes de la fuerte caída de la tasa de fecundidad. Muchos pueblos del mundo rural vieron cómo sus jóvenes emigraban hacia

la ciudad, y dichos núcleos rurales envejecían por falta de niños y por la gran cantidad de adultos mayores que allí quedaban. Éste proceso fue parejo al de la industrialización y de modificación del perfil socioeconómico del trabajador, los cuales cambiaron de ocupación desde el sector agrario a empleo industrial y posteriormente a servicios. Todo esto trajo como consecuencia un cambio a la hora de mantener los lazos familiares y conocidos en el medio urbano y suburbano, la comunicación cara a cara pasó a ser a través de hilo telefónico. Éste éxodo también constituyó una transformación de la composición del hogar, que pasó a ser menos extenso, se formaban familias con menos miembros y la convivencia de varias generaciones en un mismo hogar se modificó en hogares en los que conviven pequeños núcleos familiares de parejas o de padres con hijos. Así pues, el envejecimiento se concentró en las zonas rurales, se acentuó y desde entonces así continúa en la actualidad. Sin embargo la mayor concentración de personas mayores se produce en áreas urbanas. Ésta distribución sigue el patrón de distribución general de la población, en el que cada vez juega un papel más relevante el medio urbano y un menor peso el rural <sup>(29)</sup>. Si analizamos los datos por sub-poblaciones de géneros vemos que no sólo un mayor porcentaje de las personas mayores de 65 años sobre la población total son mujeres, si no que la proporción de mayores de la población femenina es mayor que la de la población masculina. En el año 2031, se estima que ésta diferencia de proporciones entre sexos seguirá existiendo, e incluso que aumentará, lo que significa que seguirá siendo superior la esperanza de vida de las mujeres que la de los hombres en la próxima década. Si observamos el mapa del envejecimiento de 2010 y 2031, vemos que las comunidades autónomas con un envejecimiento más acelerado en 2010 contarán en 2031 con alrededor del 30% de mujeres mayores de 65 años, mientras que el porcentaje de hombres mayores de 65 años se encontrará alrededor del

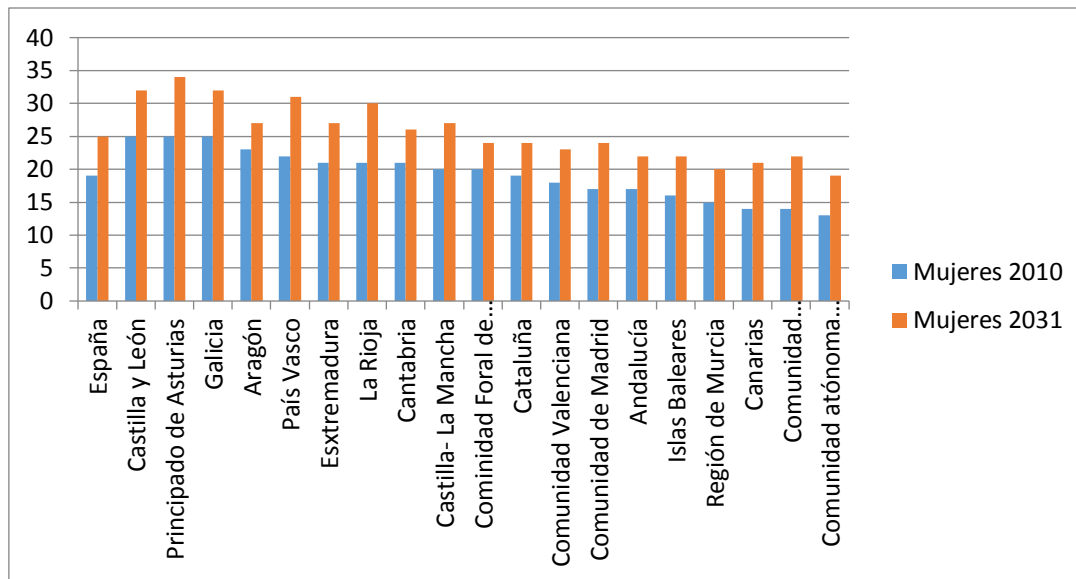
25%. Cabe destacar la mejora de la esperanza de vida de los hombres en ciertas comunidades autónomas, como en Galicia, Principado de Asturias o Castilla y León, aunque la esperanza de vida de la mujeres en esas comunidades autónomas también mejoraran incluso más que la de los hombres <sup>(1)</sup>.

Gráfica 10: Porcentaje de hombres mayores de 65 años sobre el total de la población por comunidades autónomas:



Fuente: Elaboración propia. Basado en: Parapar C, Rey J, Fernández J. L, Ruiz M. Informe de la I+D+i. Informe sobre envejecimiento. Madrid: Fundación General del CSIC; 2010.

Gráfica 11: Porcentaje de mujeres mayores de 65 años sobre el total de la población por comunidades autónomas:



Fuente: Elaboración propia. Basado en: Parapar C, Rey J, Fernández J. L, Ruiz M. Informe de la I+D+i. Informe sobre envejecimiento. Madrid: Fundación General del CSIC; 2010.

## 2.2. Evolución censal de Andalucía.

A continuación observaremos más a fondo la evolución demográfica de Andalucía, la cual vemos que ha seguido una evolución muy similar a la que ha seguido el resto de España y todos los países desarrollados, aunque el inicio de los cambios en las variables demográficas ha sido más tardío <sup>(39)</sup>. En los años cincuenta, Andalucía era una sociedad subdesarrollada, con unas altas tasas de natalidad y de mortalidad, por encima de las españolas, que daban lugar a un crecimiento vegetativo imposible de absorber por el desarrollo de su economía. De ahí que entre 1941-1950 y entre 1951-1960 los saldos migratorios fueran negativos <sup>(40)</sup>. Pero a pesar de la sangría demográfica que ha supuesto la emigración, la población de Andalucía se duplicó entre los años 1900 y 1991, (pasando de 3'5 millones a 7 millones de habitantes). Andalucía era a principio del siglo pasado la región más poblada de España, (teniendo un 19'5% sobre la población española en el año 1900), en contraste con otras comunidades españolas como

Extremadura, Castilla La Mancha o Castilla- León <sup>(39)</sup>. A comienzos del siglo actual, en el año 2001, Andalucía sigue siendo una de las regiones con una mayor población de España, teniendo un 18'9% de la población española (7.357.558 habitantes) <sup>(41)</sup>, en el año 2009 nuestra comunidad presenta un 17'82% de la población española, como vemos, con el paso de los años, la población andaluza va siendo cada vez un poco menor, pero aun así sigue formando parte de las comunidades españolas con mayor peso poblacional <sup>(42)</sup>. Si nos centramos en la evolución de la población andaluza de 64 años o más, vemos que éste porcentaje aumenta a lo largo de los años, de forma que en 1980 Andalucía presentaba un 10'07%, en 1990 un 11'45%, en el año 2001 un 14'42%, en 2006 un 14'55%, en 2009 un 14'64%, en 2011 un 15'12% y finalmente en el año 2012 un 15'30% <sup>(43)</sup>, por lo tanto, Andalucía es una de las comunidades autónomas que mayor efectivo de personas de 64 años o más presenta, pero aun así no es de las comunidades autónomas con mayor índice de envejecimiento, ya que dicho índice se sitúa por debajo de la media española <sup>(44)</sup>. Dicho índice de envejecimiento también ha ido aumentando con el paso de los años, desde el año 1980 en el que Andalucía presentaba un índice de 32'09, pasando a un 73'74 en el 2000, o un 86'89 en el año 2012 <sup>(45)</sup>, aun así se mantiene por debajo de la media nacional, por lo que no se puede considerar Andalucía como una de las comunidades españolas envejecidas <sup>(44)</sup>.

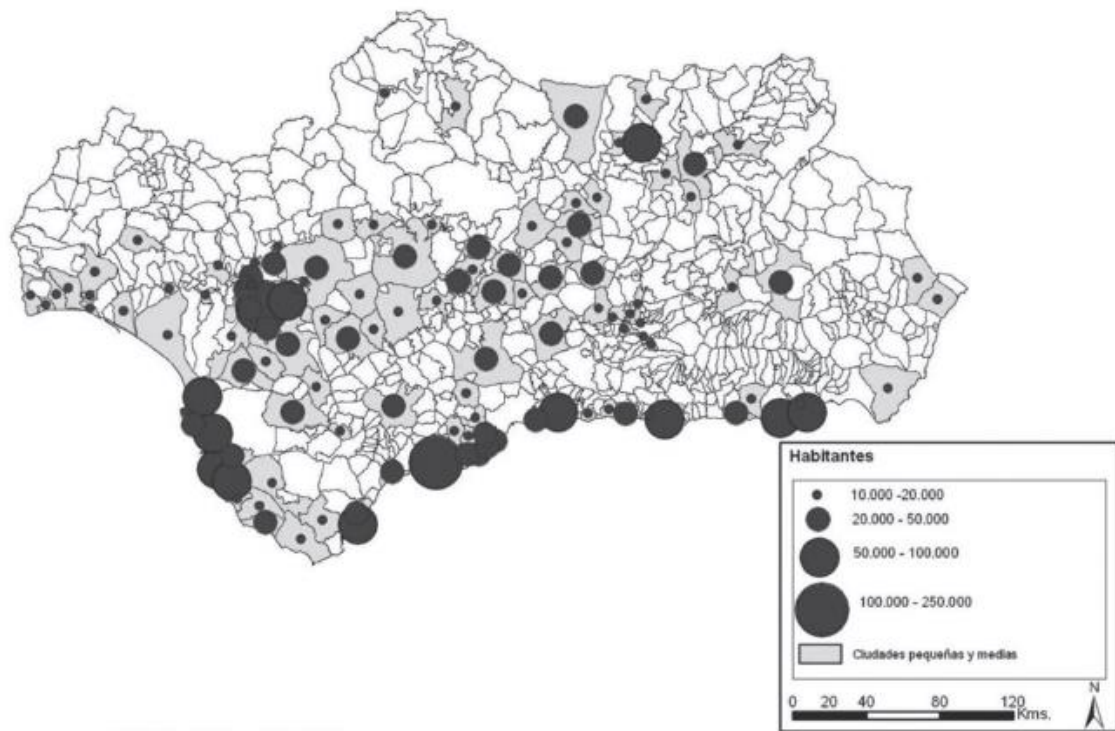
Tabla 12: Evolución del índice de envejecimiento en Andalucía. Elaboración propia:

	2012	2010	2000	1990	1980
Total nacional	108'34	106'12	103'99	61'17	40'07
Andalucía	86'89	84'27	73'74	44'97	32'09

*Fuente: Basado en: Instituto Nacional de Estadística (sede web). Enero de 2012. (acceso 25 de Febrero de 2013). Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>*

Llama especialmente la atención el modelo territorial equilibrado que caracteriza el sistema urbano andaluz, localizando cuatro tipos de ámbito: las aglomeraciones urbanas, el litoral, las campiñas y vegas del río Guadalquivir. Por lo que se refiere a la evolución de la población, el mayor crecimiento tiene lugar en los ámbitos económicamente más dinámicos: aglomeraciones urbanas de Sevilla, Málaga y Granada y los vinculados a la agricultura intensiva y al turismo, comarcas del poniente y levante almeriense, costa onubense, costa del sol occidental y bahía de Cádiz. Sin embargo, han tenido un desarrollo menos favorable las ciudades medias de las campiñas y vegas del Guadalquivir y el llamado surco Intrabético, cuyas poblaciones se mantienen en buena parte debido a su alta tasa de natalidad <sup>(41)</sup>.

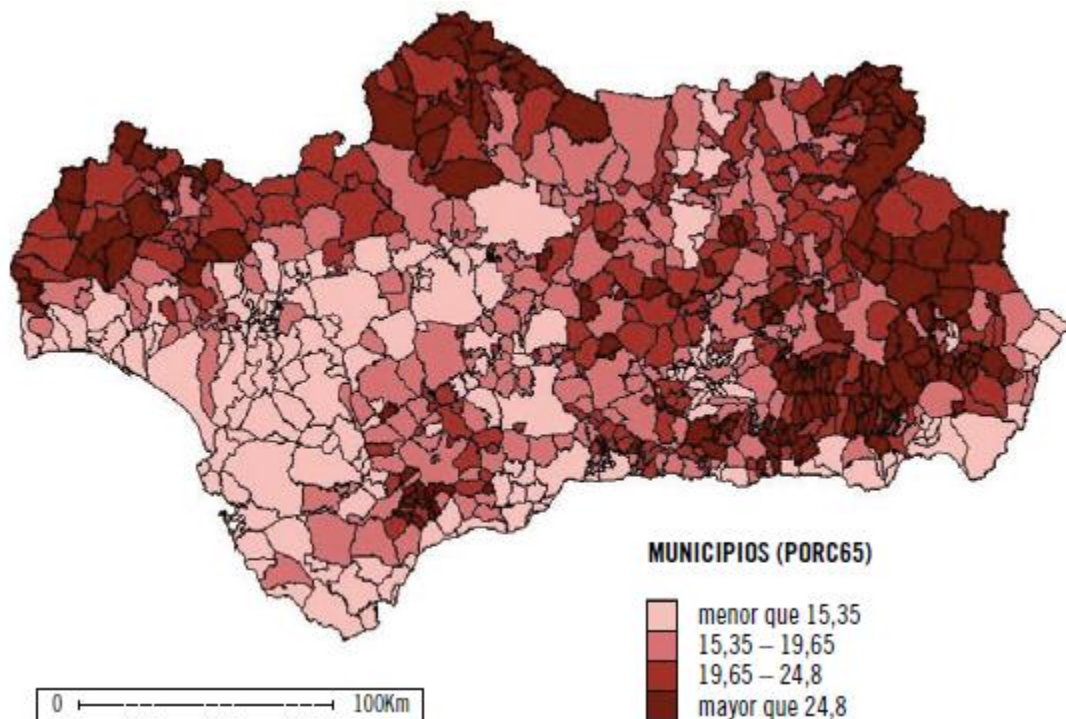
Gráfica 13: Distribución de la población según tamaño demográfico en el año 2001 en Andalucía:



*Fuente: Caravaca I., González G., Mendoza A. Indicadores de dinamismo, innovación y desarrollo. Su aplicación en ciudades pequeñas y medias de Andalucía. Boletín de la A. E. G. 2007; (43): 131-154.*

Pero si vemos la distribución de la población de 65 años o más en Andalucía, la distribución cambia con respecto al gráfico anterior, ya que la población mayor se encuentra mayoritariamente en las zonas de interior de la comunidad y municipios menores de 10.000 habitantes <sup>(46)</sup>.

Gráfica 14: Distribución de la población mayor de 65 años en Andalucía por municipios:



*Fuente: Junta de Andalucía. Plan Andaluz de cuidados Paliativos 2008-2012. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Sanidad; 2012.*

Como consecuencias de los cambios que se han producido a lo largo del siglo XX, se ha modificado profundamente la distribución interna de la población andaluza. El peso de algunas provincias ha disminuido sustancialmente con el paso de los años, como es el caso de Almería, que pasa del 10´2% en el año 1900 hasta un 6´4% en 1950, porcentaje que conserva actualmente pero con una ligera tendencia al alza, o el caso de Jaén, que pierde peso entre 1950 y 1980 (de 13´3% a 9´7% respectivamente) y se mantiene con ligera baja después hasta llegar a nuestros días. También han perdido importancia demográfica, aunque en menor medida que las anteriores, las provincias de Córdoba, Granada y Huelva. Y por último, las tres provincias restantes han incrementado su peso, especialmente Sevilla, que pasa del 16% en el año 1900 a un 23% en los ochenta. En conjunto, se ha acentuado aún más la desigualdad en la distribución

de la población y las tres provincias más pobladas, Sevilla, Málaga y Cádiz, agrupan ahora el 56% de la población andaluza. Ésta divergencia territorial se explica, en parte, por diferencias de crecimiento natural, que no ha sido uniforme en todas las provincias y que no lo es tampoco en la actualidad, pero sobre todo refleja la desigual incidencia de la emigración andaluza en las provincias <sup>(39)</sup>. Si comparamos los diferentes porcentajes de personas de 64 años o más de las ocho provincias andaluzas, vemos que desde el año 1991 hasta la actualidad estos porcentajes han ido aumentando en todas las provincias, en unas más que en otras, pero en general las diferentes provincias han aumentado el número de personas mayores. Lo mismo ocurre con el índice de envejecimiento de cada provincia de Andalucía, que desde el año 1991 hasta el 2012 ha ido incrementando también.

Tabla 15: Proporción de personas de 64 años o más por provincias andaluzas:

	2012	2011	2008	2005	2001	1996	1991
<b>Total nacional</b>	17'36%	17'11%	16'44 %	16'56 %	16'89%	15'47%	13'79%
<b>Almería</b>	13'26%	12'96%	12'45 %	12'68 %	13'51%	12'71%	11'66%
<b>Cádiz</b>	14'02%	13'74%	12'83 %	12'53 %	12'09%	10'60%	9'36%
<b>Córdoba</b>	17'66%	17'60%	17'05 %	17'03 %	16'93%	15'31%	13'69%
<b>Granada</b>	16'32%	16'17%	15'76 %	15'98 %	16'07%	14'36%	12'74%
<b>Huelva</b>	14'99%	14'89%	14'35 %	14'74 %	15'01%	13'89%	12'93%

Jaén	17'85%	17'92%	17'69 %	17'68 %	17'46%	15'52%	13'58%
Málaga	15'36%	15'04%	14'05 %	13'97 %	13'80%	12'64%	11'17%
Sevilla	14'54%	14'38%	13'70 %	13'65 %	13'49%	12'22%	11'12%

Fuente: Elaboración propia. Basado en:  
<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?per=12&type=db&divi=IDB&idtab=54>

Tabla 16: Índice de envejecimiento por provincias andaluzas (unidades en %):

	2012	2011	2008	2005	2001	1996	1999
Media nacional	108'34	107'35	105'25	106'93	106'77	86'73	65'06
Almería	71'49	71'26	68'49	68'70	68'66	56'78	45'25
Cádiz	77'46	75'84	70'50	67'73	61'82	46'74	34'92
Córdoba	106'25	105'33	99'43	96'16	90'33	73'27	58'23
Granada	94'08	93'05	90'10	89'64	85'66	69'50	53'94
Huelva	86'47	86'06	83'52	83'57	80'36	65'21	52'23
Jaén	108'32	107'19	101'01	96'10	89'60	72'24	57'37
Málaga	88'72	86'88	81'26	80'19	75'11	60'00	45'66
Sevilla	79'47	79'01	76'10	75'73	72'22	57'83	44'50

Fuente: Elaboración propia. Basado en:  
<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?per=12&type=db&divi=IDB&idtab=57>

Si analizamos el orden de las provincias andaluzas según sus índices de envejecimiento en la actualidad, obtenemos el siguiente orden de provincia más envejecida a la menos envejecida: Jaén, Córdoba, Granada, Málaga, Huelva, Sevilla,

Cádiz y Almería. En todas las provincias la tendencia seguida por la población de 64 años o más durante la última centuria ha sido al alza, y en la mayoría de los casos podemos afirmar que el proceso de envejecimiento andaluz no es un fenómeno nuevo de las últimas décadas, sino que desde 1900 se viene registrando un crecimiento sostenido de la población mayor, cuyo ritmo se acentúa a partir de 1980 <sup>(44)</sup>. Aun así, a pesar de que dicho índice aumente cada año, siempre está por debajo de la media nacional, por lo que Andalucía no es una de las comunidades autónomas envejecidas de España.

### **2.3. Progreso de la población en Jaén:**

La provincia de Jaén ha experimentado una evolución de la población, se ha pasado por una transición demográfica, no sólo a causa de la disminución de la mortalidad que ha contribuido a elevar el índice de esperanza de vida media, sino especialmente por la disminución de la mortalidad infantil y también por la reducción de la natalidad <sup>(47)</sup>. Si observamos el último censo de nuestra provincia, vemos que en el año pasado, en 2012, había una población total de 670.782 habitantes <sup>(48)</sup>, de la cual un 17'85 % (119.734 personas) eran mayores de 64 años <sup>(49)</sup>. Jaén forma parte del grupo de provincias españolas cuyo máximo volumen de población no es alcanzado en el último año de referencia, sino a mediados del siglo XX. En efecto, entre el censo de 1900 y el de 1950, la provincia presentaba un fuerte ritmo de crecimiento, en torno al 11% intercensal de media. Sin embargo desde el censo de 1950, Jaén pierde efectivos de forma continuada hasta el de 1991. En las últimas dos décadas se observan variaciones de signos positivos, aunque reducidas, que no han evitado que siga perdiendo peso la región. En conjunto el crecimiento medio de la provincia ha sido muy limitado, el 0'33%

de media entre 1900 y 2007, frente al 0'78% de Andalucía y el 0'83% de media en España. En 2007, en Jaén vivían 49'3 hab. /km<sup>2</sup> frente a los 92 de Andalucía y a los 89'3 en España <sup>(50)</sup>.

Tabla 17: Rasgos demográficos básicos de Jaén, Andalucía y España Elaboración propia:

Censos					
	1900	1970	2001	2007	2012
<b>Población de derecho</b>					
Jaén	469.881	668.206	643.820	664.742	670.242
Andalucía	3.544.769	5.991.076	7.357.558	8.059.461	8.449.985
España	18.830.649	34.041.482	40.847.371	45.200.737	47.265.321
<b>Densidad de población (hab./km<sup>2</sup>)</b>					
Jaén	34'8	49'5	47'7	49'3	49'7
Andalucía	40'5	68'4	84'0	92'0	96'83
España	37'2	67'3	80'7	89'3	93'51
<b>Número de municipio</b>					
Jaén	97	101	97	97	97
Andalucía	801	796	770	770	771
España	9.267	8.658	8.108	8.111	8.116

Fuente: Elaboración propia. Fundación BBVA. La población de Jaén. 2007; Disponible en: [http://www.fbbva.es/TLFU/dat/cuaderno\\_poblacion\\_jaen.pdf](http://www.fbbva.es/TLFU/dat/cuaderno_poblacion_jaen.pdf)

Como en todas las provincias andaluzas el tamaño medio municipal en Jaén es superior al observado para el total nacional. En el año 2007, en la provincia habitaban,

de media, 6.853 personas por municipios frente a las 5.573 de España, y en el año 2012, ésta media de habitantes ascendió sólo a 6.909 para la provincia de Jaén, mientras que la media nacional se encontraba en 5.823, que aunque la media de nuestra provincia seguía estando por encima de la media nacional, si la comparamos con la media andaluza queda por debajo, cuyo tamaño municipal medio para el año 2007 se cifraba en 10.467 y para 2012 en 10.959. Estas cifras ocultan distribuciones muy dispares de los habitantes sobre el territorio. En España el 60% de los municipios contaban con 1.000 habitantes por municipio o menos en 2007, mientras que en Jaén sólo el 15% de sus municipios se englobaban en éste tramo. El tramo de 1.001 a 5.000 habitantes es el que se aglutinan más del 50% de los municipios de la provincia, los municipios de tamaño medio –alto de 10.001 a 50.000, corresponden a un único municipio de la provincia, la capital, sólo residen aproximadamente el 17'5% de la población de Jaén, mientras que a nivel nacional aglutina el 39'6% aproximadamente. Mientras que los municipios más pequeños, de menos de 1.000 habitantes, aunque han aumentado en número, la población que reside en los mismos no se han visto modificada. Excepto en la primera mitad del siglo XX, la densidad de población de la provincia de Jaén es relativamente reducida. Aunque las divergencias por municipios no son tan acusadas como en otras provincias de España, existen diferencias de densidad apreciables. Por ejemplo, en Jamilena, los habitantes por km<sup>2</sup> ascienden a 389 en 2007, cerca de 8 veces por encima la densidad de la provincia <sup>(50)</sup>, y en 2012 dicha densidad se mantiene prácticamente igual, situándose en 388'88 hab. /km<sup>2</sup> <sup>(51)</sup>. Éste municipio ya era el más densamente poblado en el año 1900, seguido por Linares. Por otro lado el municipio con menor volumen de población en el año 2007 era Aldeaquemada con 4'7 hab. /km<sup>2</sup> <sup>(50)</sup>, cuya

cifra sigue disminuyendo con el paso de los años, pues en 2012 la densidad para éste municipio se encuentra en un 4'55 hab. /km<sup>2</sup> (52).

Tabla 18: Municipios jiennenses con mayor densidad de población. Años 1900, 2007 y 2012.

1900			2007			2012		
Nº	Municipio	Densidad	Nº	Municipio	Densidad	Nº	Municipio	Densidad
1	Jamilena	279'6	1	Jamilena	389'4	1	Jamilena	388'88
2	Linares	191'5	2	Linares	311'4	2	Linares	308'61
3	Canena	122'4	3	Jaén	274'3	3	Jaén	275'11
4	Arjonilla	107'7	4	Bailén	158'6	4	Bailén	159'23
5	Villadompardo	83'2	5	Mengíbar	147'9	5	Mengíbar	158'93
6	Escañuela	77'0	6	Canena	145'9	6	Canena	146'18
7	Begíjar	76'2	7	Mancha Real	108'7	7	Guardia de Jaén (La)	118'42
8	Rus	76'0	8	Guardia de Jaén (La)	95'7	8	Mancha Real	116'58
9	Frailas	74'7	9	Martos	92'5	9	Martos	94'74
10	Fuensanta de Martos	73'5	10	Arjonilla	91'3	10	Arjonilla	90'33

Fuente: Elaboración propia. Disponible en:

<http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/anuario/anuario12/anuario12c02.htm>

Tabla 19: Municipios jiennenses con menor densidad de población. Años 1900, 2007 y 2012:

1900			2007			2012		
Nº	Municipio	Densidad	Nº	Municipio	Densidad	Nº	Municipio	Densidad

1	Arroyo del Ojanco	3'4	1	Aldeaquemada	4'7	1	Aldeaquemada	4'55
2	Montizón	4'6	2	Chiclana de la Sierra	4'9	2	Chiclana de la sierra	4'91
3	Aldeaquemada	6'6	3	Hornos	5'7	3	Santiago-Pontones	5'21
4	Baños de la Encina	7'1	4	Santiago-Pontones	5'8	4	Hornos	5'83
5	Chiclana de Segura	10'6	5	Villarrodrigo	6'8	5	Villarrodrigo	5'92
6	Espeluy	11'2	6	Santa Elena	6'9	6	Baños de la Encina	6'87
7	Santiago-Pontones	12'9	7	Baños de la Encina	7'0	7	Santa Elena	6'88
8	Segura de la Sierra	13'0	8	Segura de la Sierra	8'9	8	Segura de la Sierra	8'85
9	Vilches	13'0	9	Montizón	9'1	9	Montizón	8'98
10	Santa Elena	13'1	10	Génave	10	10	Génave	10'16

Fuente: Elaboración propia. Basado en:

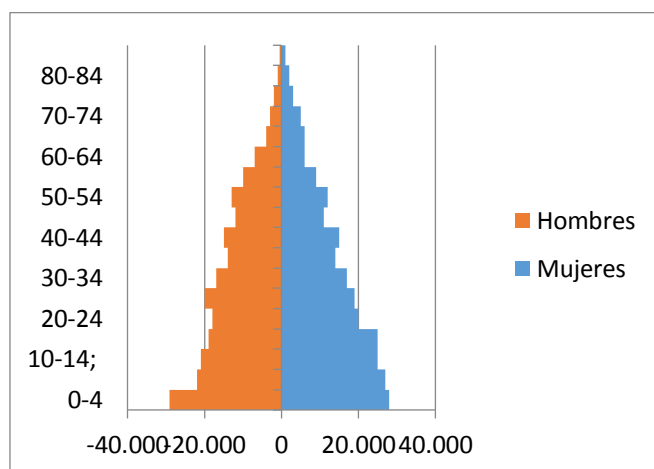
<http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/anuario/anuario12/anuario12c02.htm>

El progresivo envejecimiento en la provincia de Jaén se ilustra claramente a partir de las pirámides de edad de 1900, 2007 y 2011. Por un lado se pone de manifiesto una pérdida generalizada de volumen de población entre los más jóvenes, por el intenso estrechamiento de la base de la pirámide. Más notable es todavía el ensanchamiento de los tramos de edad superiores, correspondiente a la población de más edad. Mientras en 1900 el 34'1% de la población de Jaén tenía menos de 15 años, porcentaje similar al

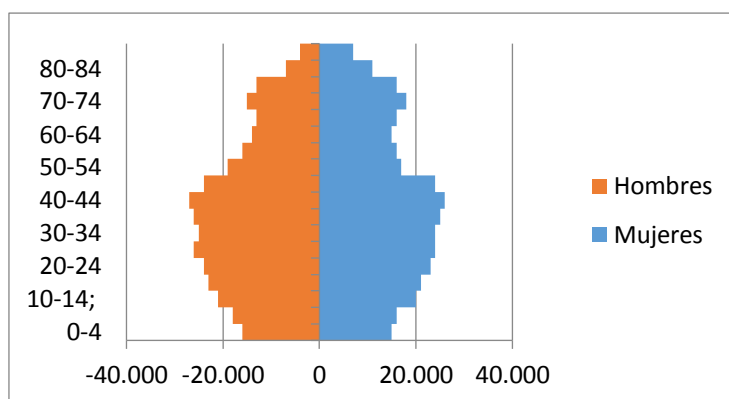
observado en Andalucía (33%) y en España (33'5%), en 2007 el peso de los más jóvenes se había reducido a algo menos de la mitad, tanto en la provincia (16'4%) como en Andalucía (16'2%) y en mayor medida en el conjunto del país (14'3%). En los tres casos la participación de las mujeres en el grupo de los más jóvenes es al menos un punto inferior al de los hombres <sup>(50)</sup>. En el año 2012 la población menos de 15 años en la provincia de Jaén era de un 15'31%, lo que significa que con el paso de los años este tramo de población se ha ido reduciendo considerablemente, mientras que en Andalucía dicho porcentaje de población se mantiene igual que en el año 2007, en un 16'2% <sup>(53)</sup>, y finalmente en España el porcentaje de personas menores de 15 años aumenta durante los últimos años, pues en 2012 en España hay un 15'1% del total de la población <sup>(54)</sup>. La otra cara de la moneda la ofrece el grupo de edad poblacional de mayores de 65 años, ya que dicha población se ha multiplicado por un factor superior a cuatro, situándose en 2007 en 17'9% del total de la población jiennense. Este ritmo de envejecimiento ha sido muy notable si lo comparamos con la media de Andalucía, con un porcentaje de población mayor de un 14'6% para el año 2007. La distancia entre hombres y mujeres es más acentuada en éste caso, 4'5 puntos marca la diferencia entre sexos, a favor de las mujeres <sup>(50)</sup>. Si observamos datos más recientes, vemos que en el año 2012 en Jaén existe un 17'84% de población mayor, lo que supone una mínima reducción de éste grupo poblacional, ya que los porcentajes entre 2007 y 2012 son prácticamente iguales en la provincia de Jaén. Si miramos a nivel andaluz, dicho porcentaje si aumenta, encontrándose en un 15'43%. Pero además contemplamos los estudios sobre expectativas futuras de la población de la provincia de Jaén vemos que para el 2025 disminuye considerablemente la población menor de 15 años y aumenta la población mayor de 65 años <sup>(53)</sup>.

Gráfica 20: Pirámide poblacional de Jaén. Comparación entre años 1900 y 2007.

Año 1900:

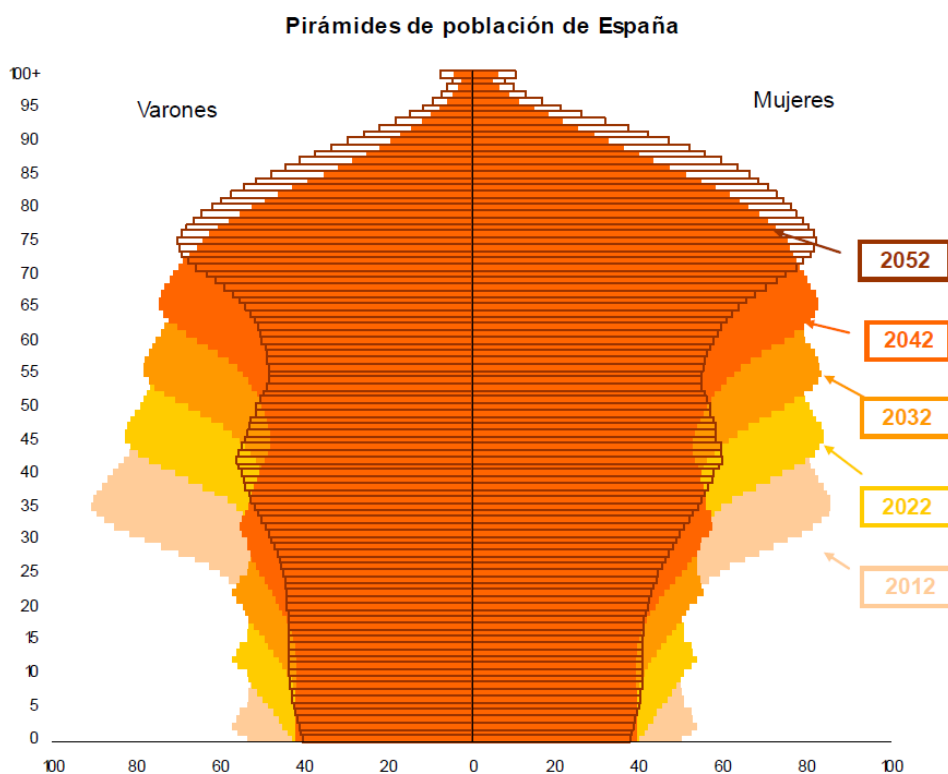


Año 2007:



Fuente: Elaboración propia. Basado en: Fundación BBVA. La población de Jaén. 2007;  
Disponble en: [http://www.fbbva.es/TLFU/dat/cuaderno\\_poblacion\\_jaen.pdf](http://www.fbbva.es/TLFU/dat/cuaderno_poblacion_jaen.pdf)

Gráfica 21: Pirámide poblacional de España. Años 2012 y 2052:



*Fuente: Vázquez-Noguerol R. La calidad de vida de las personas mayores e inmovilizadas de un distrito urbano [Tesis doctoral]. Madrid, Universidad Complutense de Madrid; 1995.*

Si echamos un vistazo a los diferentes porcentajes de personas mayores de 65 años o más en el año 2012 en los diferentes municipios de la provincia de Jaén, podemos ver que el que mayor porcentaje posee es Villarrodrigo con un 33'3% del total de su población, seguido de Albánchez de Mágina con un 30'65% y Torres con un 29'89%. Por otro lado, los municipios con un menor porcentaje de población de 65 años o más son La Guardia de Jaén con un 9'99%, Mengíbar con un 13'51% y Bailén con un 13'63% del total de sus poblaciones respectivamente. Por otro lado, si observamos el índice de envejecimiento de los municipios jiennenses, vemos que los tres pueblos con mayor índice son Villarrodrigo con un 366'66%, Albánchez de Mágina con un 334'51% e Hinojares con un 314'63%, mientras que los municipios con menor índice son La Guardia de Jaén con un 44'6%, Mengíbar con un 68'38% y Bailén con un 78'41% <sup>(55)</sup>.

Tabla 22: Municipios más envejecidos de la provincia de Jaén en 2012:

	Municipio:	% de 65 años o más	Índice de envejecimiento
1	Villarrodriego	33'3%	366'66%
2	Albanchez de Mágina	30'65%	334'51%
3	Torres	29'89%	314'28%
4	Hinojares	29'58%	314'63%
5	Castilla de Locubín	28'93%	298'89%

Fuente: Elaboración propia. Basado en: Junta de Andalucía (sede web). Sevilla: [juntadeandalucia.es](http://www.juntadeandalucia.es); (acceso 24 de Abril de 2013). Estadística y cartografía. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/iea/resultadosConsulta.jsp?codConsulta=59595>

Tabla 23: Municipios menos envejecidos de la provincia de Jaén en 2012:

	Municipios:	% de 65 años o más	Índice de envejecimiento
1	La Guardia de Jaén	9'99%	44'60%
2	Mengíbar	13'51%	68'38%
3	Bailén	13'63%	78'41%
4	Mancha Real	14'81%	81'58%
5	Jódar	14'91%	82'62%

Fuente: Elaboración propia. Basado en: Junta de Andalucía (sede web). Sevilla: [juntadeandalucia.es](http://www.juntadeandalucia.es); (acceso 24 de Abril de 2013). Estadística y cartografía. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/iea/resultadosConsulta.jsp?codConsulta=59595>

# **CAPÍTULO 3**

### **3. Marco conceptual de la tesis doctoral:**

Cronológicamente el interés por la interacción ambiente-individuo en la vejez tiene su origen en la década de los sesenta como consecuencia de algunas investigaciones que ponían de relieve los efectos negativos de la institucionalización sobre los mayores. En una etapa posterior, que se sitúa en la década de los setenta, el interés comenzó a centrarse en diferentes factores ambientales que pudieran afectar al comportamiento de las personas mayores, al considerarse que algunos comportamientos calificados de inapropiados podrían ser explicados por características del ambiente que por la propia edad <sup>(56)</sup>. Anteriormente, era la imagen social construida a través de la vida diaria espontánea, lo que más condicionaba, tanto la percepción que el individuo tenía de sí mismo, como la que los demás tenían de él; pero al intervenir la ciencia en éste ámbito las imágenes o representaciones que ella ofrece sobre la vejez tiene una gran influencia en la vivencia de ésta etapa de la vida, lo que se espera de toda persona que se encuentra en ella, la imagen que el propio mayor ha de tener de sí mismo, etc <sup>(57)</sup>. Surgieron entonces distintos modelos teóricos con el objetivo de clarificar la naturaleza de las relaciones entre ambiente y conducta en la vejez. Tradicionalmente el comportamiento de las personas mayores ha venido siendo explicado en función de la edad o, más exactamente, de determinadas características asociadas a la edad. En este sentido la constatación de los cambios físicos que tiene lugar en la vejez sin duda han contribuido a contemplar el comportamiento en esta edad como un resultado, principalmente, de factores biológicos. La incorporación al campo de la vejez de planteamientos interactivos presentes en otras áreas de la psicología, postulan la importancia del ambiente en la explicación del comportamiento humano y conlleva un cambio decisivo en el intento de explicación del comportamiento para esas

edades <sup>(56)</sup>. Aparecen así diferentes teorías que reflejan la imagen que se tiene de esta etapa de la vida, al a vez que la condicionan, debido a la popularidad que algunas de ellas han alcanzado. De ahí, que más que describir, se han convertido en modelos de actuación de gran influencia en la evolución psicosocial de las personas mayores, como grupo e individualmente. Podemos distinguir múltiples modelos de base psicosocial sobre la vejez, las cuales explican aspectos parciales de dicho proceso, y entre las que podemos destacar las siguientes teorías:

➤ Teoría de la desvinculación, desacoplamiento o retrainamiento: Esta teoría, también llamada del desenganche y la ruptura, fue postulada inicialmente por E. Cumming y W.E. Henry en 1961, y más tarde por Schaie y Neugarten. Tuvo un gran apogeo en los años sesenta y setenta, aunque también recibió severas críticas <sup>(57)</sup>. En ella se afirma que el envejecimiento normal se caracteriza por ser un proceso de separación en el que individuo y ambiente desarrollan un rechazo mutuo y que, por tanto, el medio idóneo para el anciano sería aquel que hiciera posible o, mejor aún, favoreciera dicha separación <sup>(56)</sup>. El mayor se va separando cada vez más de las relaciones sociales, reduce sus roles más activos y se centra en su vida interior, a la vez que la sociedad va cerrando la posibilidad de participación del mayor y le libera de sus obligaciones y sus roles, lo que hace que la persona se sienta feliz y satisfecha.

➤ Teoría de la actividad: Fue formulada originalmente por Havighurst y también se habla del alemán Tartler (1961) y de Atchley (1977) como representantes de esta teoría. Carstensen (1990) hace notar que no se trata de una teoría formal, sino que es una perspectiva sobre el envejecimiento que se opone a la teoría de la desvinculación <sup>(57)</sup>. En ella se establece que existe

una relación positiva entre la actividad y el mantenimiento del funcionamiento general y el nivel de satisfacción en la vejez. De acuerdo a esta teoría, el ambiente se calificaría según el grado de actividad que es capaz de producir <sup>(56)</sup>. Se defiende aquí, que una buena vejez debe estar acompañada de nuevas actividades o trabajos (hobbies, participaciones en clubs o asociaciones...) que sustituyan a los que se tenían antes de la jubilación. Además estas actividades deberán ser, de alguna forma, remuneradas, por la necesidad económica que suelen tener los ancianos, y porque en nuestra sociedad se valora, ante todo, el trabajo pagado. Se ha observado en diferentes estudios que la moral alta en la vejez está relacionada con un nivel alto de actividad, lo cual apoya esta teoría; pero no se niega que, con la edad, hay una menor tasa de actividad global, debida a imposiciones externas como el decremento de los roles sociales, el fallecimiento de amigos y familiares o el deterioro de la salud. De esta teoría se recomienda la formación de grupos con intereses comunes, lo que puede contribuir a una actitud positiva con respecto al futuro. Pero por otro lado, se sitúan a las personas dependientes, con limitaciones físicas o mentales, en una situación desventajosa y de marginación social <sup>(57)</sup>.

➤ Teoría de los roles: Rodríguez en el año 1994 afirma que la teoría de la actividad proviene de la teoría de los roles, según la cual los roles que representamos a lo largo de nuestras vidas nos define tanto social como personalmente. Durante la vejez lo característico es una pérdida de los roles, por lo que la persona que se encuentra en esta etapa de la vida experimenta un decremento de normas y expectativas, convirtiéndose progresivamente en una persona no útil. Según esto, en la teoría de la actividad se entiende que la

autoestima de la persona está condicionada por los roles (actividades en ese caso) que desempeña. Por último, el grado de adaptación del individuo al proceso de envejecimiento dependerá de cómo se hagan cargo de los cambios correspondientes en los roles que las creencias sociales le van asignando según su edad y de la forma y grado en que se cumplen las expectativas del rol. Aunque esto se refiere a algo más que a una simple adaptación de los roles, significa madurez como individuo, capacidades y personalidad, lo que dependerá de cada individuo y de sus experiencias, pero sí que es necesario establecer un nuevo rol en la sociedad para que todos los mayores vivan con dignidad y satisfacción <sup>(58)</sup>.

➤ Teoría de la estratificación por edades: Fue propuesta por Riley a principios de los setenta, y posteriormente, por Foner. Esta teoría guarda una estrecha relación con el marco conceptual de la teoría de los roles <sup>(57)</sup>, aunque abarca menos conceptos <sup>(58)</sup>, ya que se defiende la idea de que a cada grupo de edad se le asignan determinados roles. Así la estimación de cada etapa y la autoestima de cada persona, está condicionada por la valoración social que se le asigna a los roles que desempeña. Pero además, el pertenecer a una fase de la vida, las diferencias entre los diferentes grupos de edades, y las individuales, se presentan marcadas por los acontecimientos experimentados en el periodo histórico en que se ha vivido (guerras, modas, innovaciones sociales, etc.) <sup>(57)</sup>.

➤ Teoría de la continuidad: Para los partidarios de esta teoría, las dos primeras teorías (teoría de la desvinculación y la teoría de la actividad) están equivocadas porque no cuentan con el proceso biográfico <sup>(57)</sup>. Según esta perspectiva la calidad del envejecimiento está condicionada por las experiencias de la vida de los individuos que representan una fuente de enseñanza

inestimable <sup>(59)</sup>. En dicha teoría se defiende que la vejez es una prolongación de las etapas anteriores de la vida; así, mantienen los elementos principales de la personalidad del anciano, sus gustos y sus hábitos <sup>(57)</sup>. Esta idea implica una estructura de base que persiste con el curso de la vida. Dicha continuidad es a la vez interna (ideas, emociones, experiencias vividas) y externa (medio ambiente social y físico) y permite asumir o integrar una variedad de cambios <sup>(59)</sup>. La desventaja de esta teoría es que no se ha podido comprobar empíricamente, ya que cada persona tendría su propio modelo.

➤ Teoría del medio social o socio-ambiental: En ésta teoría, planteada por Gubrium, se intenta aunar los factores sociales con los personales, o sea, se concibe la vejez como el resultado de la interacción entre la persona y su entorno. Así pues, se defiende que en el nivel de actividad de una persona mayor hay tres factores que inciden fundamentalmente, y son: la salud, el dinero y los apoyos sociales.

➤ Teoría de los ancianos como subcultura: Esta teoría fue defendida en primer lugar por Rose en el año 1965. Esta teoría es explicada indicando las características que son comunes a las personas mayores y las definen, y su aislamiento, lo que hace que formen un grupo social aparte. El formar una subcultura facilita una autoestima positiva por parte de los ancianos, a la vez que les ayuda a mantener su identidad, ya que se comparan con otras personas que se encuentran en una situación parecida a la suya, pues la comparación con otros grupos de edades podría ser negativo para su autoestima. Aunque esta teoría ha recibido críticas, hay otros autores que la defienden aludiendo al creciente asociacionismo entre los ancianos.

➤ Los ancianos como grupo minoritario: Las personas mayores se sienten obligadas a formar un grupo minoritario debido a las actitudes negativas que la sociedad mantiene hacia ellas. Y como grupo minoritario, se les suele atribuir las características propias de otros grupos similares, tales como: la pobreza, la segregación, la falta de movilidad, la baja autoestima y la impotencia.

➤ Teoría del conflicto: Alude a un conflicto de edades, basado en el elemento económico. Esta teoría está relacionada con el problema del envejecimiento de la población, con la política social y la crisis del estado de bienestar. Los jóvenes y la población activa podrían oponerse a los ancianos, por los gastos que requieren. La crítica que se da a esta teoría es que da demasiada importancia a las razones económicas y presupone un “enfrentamiento entre jóvenes y mayores” <sup>(57)</sup>.

➤ Teoría psico-ecológica: Este modelo se lo debemos a Lawton, quien analiza la presión del medio que nos rodea, para tratar de optimizarlo <sup>(60)</sup>. Se parte de la idea de que cada persona intenta lograr en cada etapa de su vida “el equilibrio entre sus propias competencias y las presiones del medio ambiente” <sup>(57)</sup>.

➤ Teoría del etiquetaje o de la estigmatización: Ésta teoría es se cree que explicaría alguna de las conductas de los ancianos como las derivadas de etiquetar a una persona, por ejemplo, como senil o dependiente, siendo tratada según el significado social de la etiqueta que condicionaría la conducta de la persona que verá cómo se modifica sus roles, estatus e identidad <sup>(61)</sup>. Así pues, la forma en que se percibe a una persona, acaba siendo el modo en que esa persona se percibe a sí misma, y su conducta se orientará en base a ello <sup>(57)</sup>.

➤ Teoría fenomenológica: Tiene su origen en Alemania y fue elaborada inicialmente por E. Husserl, siendo su idea fundamental que para poder entender la conducta humana hay que comprender el mundo perceptivo de la persona <sup>(61)</sup>. Esta teoría, según Bazo, es una de las más completas y comprensivas, pero está poco investigada.

➤ Teoría del interaccionismo simbólico: Es la desarrollada por G. H. Mead, Ch. Cooley y W. Thomas. En ella se asigna una gran importancia al lenguaje, ya que defiende que las personas, a través de la comunicación por medio de símbolos, es como aprenden la forma de actuar de los que viven en su mismo entorno, así como sus valores y significados, por lo que mediante esta comunicación extendida desde el nacimiento, es como se aprende la mayor parte del comportamiento adulto. Las personas mayores, al igual que las personas de otras edades, presentan diferentes conductas dependiendo de las “diferentes definiciones de la situación realizada, las diferentes interpretaciones y respuestas del yo-espejo y las diversas presentaciones de sí mismo que consideren convenientes en las circunstancias que se presenten” <sup>(57)</sup>.

Para realizar esta tesis me voy a centrar en la combinación de tres de las teorías anteriormente descritas. Por un lado, es importante tener en cuenta la *teoría de la continuidad* la cual hace referencia a que la vejez es una prolongación de las etapas anteriores de la vida, de forma que no se produce una ruptura radical ni una transición brusca entre las etapas de la vida, sino que se trata solo de cambios menores u ocasionales que surgen de las dificultades de la adaptación a la vejez. Dicha teoría se basa en dos postulaciones básicas: 1.El paso a la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos. Prácticamente la personalidad y los valores

permanecen intactos. 2. Al envejecer los individuos aprenden a utilizar diversas estrategias de adaptación que les ayuda a reaccionar eficazmente antes las situaciones de sufrimiento y dificultades de la vida <sup>(62)</sup>. Otra teoría importante que debemos tener en cuenta es la *teoría de medio social o socio-ambiental*, en ella se relaciona el envejecimiento con algunas condiciones biológicas y sociales, como la salud, el dinero y los apoyos sociales <sup>(61)</sup>, la vejez es la interacción del mayor con su entorno <sup>(57)</sup>. Según esta teoría la salud sería un factor determinante ya que muchas personas están muy limitadas por las enfermedades crónicas, incluso estando algunas totalmente imposibilitada. En cuanto al dinero, una situación precaria sería otra condición negativa que actuaría como factor limitante del mayor. Y por lo que respecta al apoyo social, la desintegración familiar por muerte de uno de los cónyuges, o la falta de relaciones sociales actuarían también condicionando la conducta de la población mayor <sup>(61)</sup>. Y por último, y no por ello menos importante, no debemos olvidarnos de la *teoría fenomenológica*, en la que tiene su necesidad en comprender el mundo perceptivo de las personas para poder comprender su conducta <sup>(57)</sup>. Es una teoría de elevado nivel de abstracción con evidentes problemas para la investigación empírica pero muy comprensiva y completa <sup>(61)</sup>, por lo que está poco investigada <sup>(57)</sup>. Según mi punto de vista, creo que lo mejor para mi tesis es hacer una mezcla de las tres teorías y coger así de cada una de ellas un poco para poder obtener la teoría que más se adapta a mis necesidades de investigación.

### **3.1. Percepción de las necesidades de la población mayor:**

La persona mayor tiene una percepción propia sobre sus necesidades, preocupaciones o demandas <sup>(1)</sup>. El principal objetivo que propone la OMS a la comunidad internacional para enfrentarse con optimismo a la realidad de una sociedad que envejecen tan rápidamente, es la promoción del envejecimiento activo y saludable, definido como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” <sup>(63)</sup>, término que fue adoptado por la OMS a finales de los años 90 con el objetivo de transmitir un mensaje más completo que el de “envejecimiento saludable”. En este contexto la palabra “activo” hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y por supuesto, no solo a la capacidad de estar físicamente o laboralmente activo <sup>(64)</sup>. Para la OMS dicho envejecimiento activo requiere de tres pilares básicos que son: la salud, la participación y la seguridad, si estos tres factores permanecen adecuadamente en los individuos de 65 años o más, supondría un menor gasto para la sociedad en general <sup>(63)</sup>. Pero no siempre se puede llegar a esta etapa madura con dichos tres pilares básicos adecuados. En muchos casos aparece la dependencia, la discapacidad (que se explicarán posteriormente) y con ellas una serie de preocupaciones de nuestros mayores y sus familiares que afecta puede afectar a su calidad de vida.

### **3.1.1. Dependencia y discapacidad:**

En el lenguaje coloquial muchas veces se intercambian entre sí los términos de discapacidad y dependencia, utilizándose como sinónimos, sin embargo, hacen referencia a realidades diferentes aunque complementarias entre sí <sup>(65)</sup>. Por lo cual,

definiremos dependencia y discapacidad para diferenciarlas correctamente. La dependencia se define, según la recomendación del Consejo de Europa aprobada en Septiembre de 1998, como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, o, de manera más precisa, como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”. Ésta definición, que ha sido ampliamente aceptada, plantea la concurrencia de tres factores para que se pueda hablar de una situación de dependencia: en primer lugar, la situación de una limitación física, psíquica o intelectual, que merma determinadas capacidades de las personas; en segundo lugar, la incapacidad de la persona para realizar por sí misma las actividades de la vida diaria; en tercer lugar, la necesidad de asistencia o el cuidado de un tercero <sup>(66)</sup>.

Esa perspectiva es coherente con el planteamiento de discapacidades de la OMS, denominada Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), adoptada durante la 54ª Asamblea Mundial de la Salud, que tuvo lugar en Ginebra (Suiza) entre el 14 y el 22 de Mayo del 2001, que propone el siguiente esquema conceptual para interpretar las consecuencias de las alteraciones de la salud:

- Déficit en el funcionamiento: es la pérdida o anormalidad de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental. En éste contexto el término “anormalidad” se usa para referirse a una desviación significativa de la norma estadística (por ejemplo, la mediana de la distribución estandarizada de la población).

➤ Limitación de la actividad: son las dificultades que un individuo puede tener en la ejecución de las actividades. Las limitaciones de las actividades pueden clasificarse en distintos grados, según suponga una desviación más o menos importante, en términos de cantidad o calidad, en la manera, extensión o intensidad en que se esperaría la ejecución de la actividad en una persona sin alteración de la salud.

➤ Restricción en la participación: son problemas que un individuo puede experimentar en su implicación en situaciones vitales. La presencia de restricciones en la participación es determinada por la comparación de la participación de un determinado individuo con la participación esperada de un individuo sin discapacidad en una determinada cultura o sociedad.

➤ Barrera: son todos aquellos factores ambientales en el entorno de una persona, que condicionan el funcionamiento y crean discapacidad. Pueden incluir aspectos, como por ejemplo, un ambiente físico inaccesible, la falta de tecnología asistencial apropiada, las actitudes de las personas hacia la discapacidad, etc.

➤ Discapacidad: en la CIF es un término “paraguas”, que se utiliza para referirse a los déficits, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Denota los aspectos negativos de la interacción del individuo con una alteración de la salud y su entorno (factores contextuales y ambientales).

La dependencia puede entenderse, por tanto, como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un “déficit” en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente. Éste déficit comporta una limitación en

la actividad. Cuando ésta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una “restricción en la participación” que se concreta en la “dependencia” de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana <sup>(67)</sup>.

Como anteriormente hemos expuesto, según las Naciones Unidas, España será en el futuro uno de los países más envejecidos del mundo, y la edad media de nuestro país llegará incluso casi a doblar la media de edad nacional. La dependencia asociada al envejecimiento se convierte así en un problema socio-sanitario y económico trascendente <sup>(68)</sup>, pues la evidencia empírica disponible muestra que existe una estrecha relación entre dependencia y edad <sup>(67)</sup>, pues el porcentaje de individuos con limitaciones en su capacidad funcional aumenta conforme consideramos grupos de población de mayor edad <sup>(69)</sup>. Ese aumento en las tasas de prevalencia por grupos de edad no se produce a un ritmo constante, sino que existe una edad (alrededor de los 80 años) en que dicho aumento se acelera notablemente. No es extraño, por ello, que la dependencia se vea como un problema estrechamente vinculado al envejecimiento demográfico, y que, algunas veces, en una visión reduccionista, se tienda a considerar la dependencia como un fenómeno que afecta sólo a los mayores. La dependencia puede también no aparecer, y de hecho, en muchos casos no aparece aunque la persona haya alcanzado una edad muy avanzada. Existe una serie de variables de tipo social y ambiental (además de los factores genéticos), que condicionan la aparición y el desarrollo de los desencadenantes de la dependencia, en la que los individuos difieren entre sí. Esto quiere decir que es posible prevenir la dependencia promoviendo hábitos de vida saludables, mejorando la eficacia de los sistemas de atención de la salud y asegurando el tratamiento precoz de las enfermedades crónicas. Las malformaciones

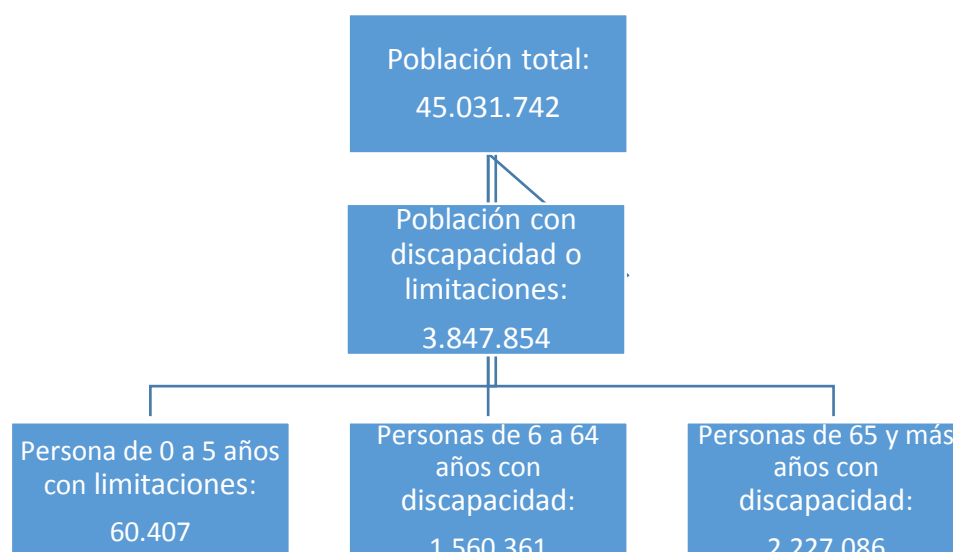
congénitas, los accedentes, las nuevas enfermedades invalidantes y el propio curso de la edad, bajo determinadas circunstancias físicas y personales, son factores que contribuyen a hacer de la dependencia un problema social de primera magnitud. Sin embargo, el proceso acelerado de envejecimiento de nuestra población está dando una dimensión nueva al problema, tanto cuantitativa como cualitativamente, al coincidir con cambios profundos en la estructura social de la familia y de la población cuidadora. Las personas dependientes requieren de una intervención continuada, aunque no necesariamente permanente, basada en el apoyo y los cuidados. La atención de la dependencia se embarca por tanto en el ámbito de los servicios sociales, aunque también existe una estrecha relación con el ámbito sanitario. En concreto, se tiene constancia de la eficacia de las intervenciones sanitarias en edades medias para la prevención de la aparición de la dependencia en las edades más avanzadas. Por otra parte, en los casos en que la dependencia ya está establecida, el cuidado de la salud es esencial para lograr una adecuada adaptación de las personas a su nueva situación y mejorar su calidad de vida. Ésta interrelación ha dado lugar al concepto de “servicio sociosanitario”, cabe destacar que la asimetría actualmente entre los servicios sanitarios y los sociales es, precisamente, una de las dificultades más significativas para la protección de las personas con dependencia, pues mientras la sanidad constituye un servicio de carácter universal y gratuito como derecho legal para todos los ciudadanos, los servicios sociales tienen un carácter graciable y un desarrollo muy desigual. Organizar y coordinar ambos tipos de servicios es esencial para proporcionar una respuesta integral y eficaz <sup>(67)</sup>.

Un gran paso adelante fue la creación de la relativamente reciente aprobada “Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de

Dependencia”, tiene por finalidad prevenir la aparición o agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y a las personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos, con especial consideración de los riesgos y actuaciones de las personas mayores. Sin embargo, no se menciona explícitamente el carácter preventivo, sino el tratamiento de la dependencia como tal. Evitar la aparición de la dependencia es tan importante como abordarla, y abordarla cuando es reciente y reversible es más efectivo que hacerlo cuando ya está establecida. Por lo tanto, es necesario reforzar los dispositivos asistenciales para las personas gravemente dependientes, no se deben dejar en un segundo plano los esfuerzos para evitar la dependencia o la recuperación cuando dicha dependencia es reversible, por lo que las actividades que tengan como objetivo la actuación preventiva, temprana y rehabilitadora deben ocupar un lugar preferente en la “Ley de Dependencia” <sup>(70)</sup>, pues en la mayoría de los casos dicha dependencia aumenta los costes de la sanidad para la sociedad y reducen la calidad de vida de las personas mayores <sup>(71)</sup>.

Según el último estudio realizado por el “INE” en el año 2008 sobre discapacidad y dependencia de la población española, sabemos que del total de la población de nuestro país era 45.031.742 personas, había un total de 3.847.854 de discapacitados o población con cierta limitación, de los cuales 60.407 eran niños de 0 a 5 años (a éste grupo de edad se les consideran dependientes), 1.560.361 personas con discapacidad que comprenden entre los 6 años y los 64 años, y finalmente 2.227.086 son las personas con discapacidad con más de 64 años <sup>(72)</sup>.

Gráfica 24: Población con discapacidad en España:



*Fuente: Elaboración propia. Basado en: Catalán C. E. Discapacidad y dependencia en España. Informes portal de mayores (revista en internet)\* 2011-Abril (acceso 23 de Mayo de 2013). Disponible en: <http://www.espaciomayores.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/pm-discapacidad-01.pdf>*

Además, las proyecciones que el “Instituto Nacional de Estadística” (INE) hace sobre la dependencia en nuestro país, vemos que si el comportamiento y tendencias demográficas actuales se mantienen en el futuro, para el año 2022, la tasa de dependencia se elevaría hasta un 58%. Es decir, que por cada 10 personas en edad de trabajar, habría para el año 2022 habría en España casi seis personas serían potencialmente inactivas (menos de 16 años o mayor de 64 años). Y si miramos más hacia el futuro aún, dentro de unos cuarenta años, dicha tasa de dependencia se elevaría casi al 100%, lo que quiere decir que por cada persona en edad de trabajar prácticamente habría otra que no estaría en edad de hacerlo <sup>(73)</sup>.

Tabla 25: Tasas de dependencia (datos expresados en %):

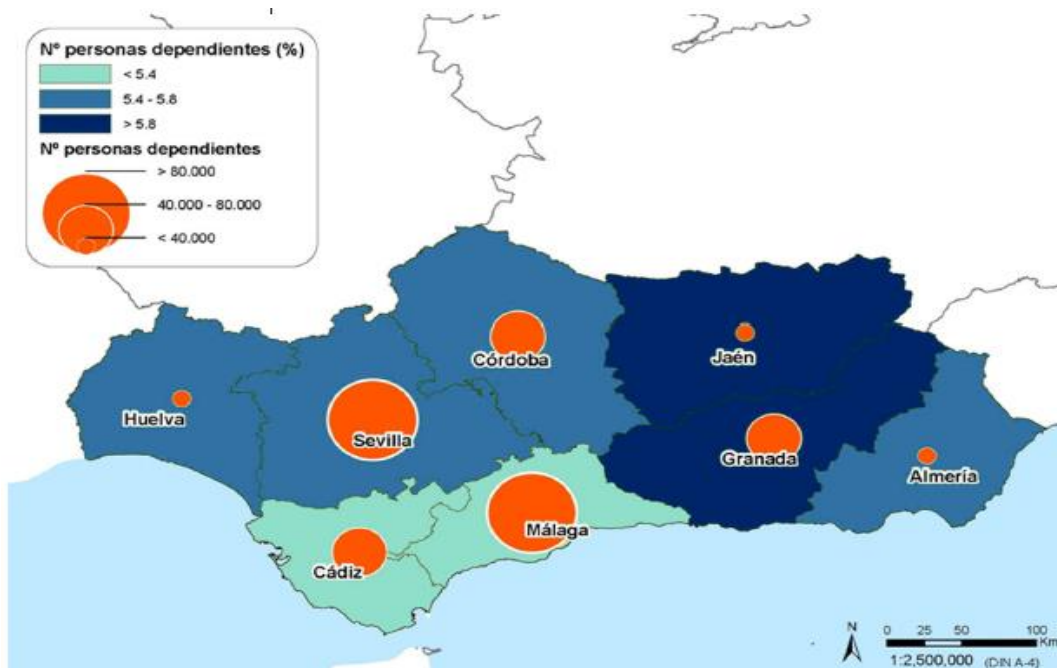
Años	Mayores de 64 años	Menores de 16 años	Total (menores de 16 años y mayores de 64 años)
2012	26'14	24'25	50'39
2022	33'30	24'87	58'17
2032	45'23	22'56	67'79
2042	62'19	24'37	86'56
2052	73'00	26'54	99'54

*Fuente: Elaboración propia. Basado en: Instituto Nacional de Estadística (sede web). Noviembre 2012 (actualizada 4 de Diciembre de 2012- acceso 23 de Mayo de 2013). Proyecciones de población 2012. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np744.pdf>*

Podemos hacer una comparativa de la cantidad de personas discapacitadas y dependientes que hay en cada comunidad autónoma española durante el año 2008 y vemos que Andalucía es la comunidad autónoma con más dependientes y discapacitados, con un total de 716.000 personas, seguida por Cataluña con 512.000 personas, Comunidad Valenciana con 453.000 personas, Comunidad de Madrid con 435.000 personas y Galicia con 293.000 personas. Si por el contrario hacemos la comparativa al revés, las comunidades autónomas con menos personas discapacitadas y dependientes son Ceuta y Melilla con 7.000 personas cada una, La Rioja con 18.000 personas, Cantabria con 37.000 personas y La Comunidad de Navarra con 42.000 personas <sup>(74)</sup>. Como hemos visto, Andalucía es la Comunidad Autónoma española con mayor número de personas discapacitadas y dependientes, y dentro de ella, las provincias con mayor número de éstas son: Sevilla con un total de 167.000 personas, seguida por Málaga con 136.000 personas, Granada con 97.000 personas, Cádiz 80.000 personas, Córdoba con 71.000 personas, Almería con 66.000 personas, Jaén con 56.000

personas y por último, la provincia andaluza con menor número de personas discapacitadas y dependientes es Huelva con un total de 42.000 personas <sup>(75)</sup>.

Gráfica 26: Mapa de dependencia en Andalucía (2008):



Fuente: Abellán A., Pérez J., Catalán C. E., Castejón P., Ahmed-Mohamed K. Discapacidad y dependencia en Andalucía. Sevilla: Instituto de estadística y cartografía de Andalucía; 2012.

Con todo lo observado anteriormente podemos llegar al término de que el desarrollo de la discapacidad y dependencia se produce en edades cada vez más avanzadas, lo que supone una mayor esperanza de vida libre de discapacidad, dicho aumento de discapacidad no se produce a un ritmo constante, sino que es a partir de los 80 años cuando aumenta en mayor medida. Dentro del colectivo de las personas mayores discapacitadas se produce una mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres, debido, como ya hemos expuesto, la mayor esperanza de vida de éstas. Las discapacidades más frecuentes y que comienzan a edades más tempranas son las

relacionadas con la disminución de la capacidad visual y auditiva, seguida de la movilidad en el exterior de la vivienda (que en muchos casos está asociado a la disminución visual). Cuando aparece el déficit auditivo suele relacionar problemas de las personas mayores para comunicarse y hablar, lo que puede traducirse en un sentimiento progresivo de aislamiento. Por tanto las discapacidades más numerosas relacionadas con la edad son las relativas a las funciones cognitivas <sup>(1)</sup>.

### **3.1.2. Salud personal y recursos sociosanitarios:**

El estado de salud personal supone una de las principales preocupaciones presentes en todas las etapas de la vida de la persona mayor <sup>(1)</sup>. El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por su evaluación sistemática y científica es relativamente reciente <sup>(77)</sup>. La percepción del estado de salud es una herramienta factible de considerar para conocer el estado de salud de los ancianos. Diversas investigaciones han demostrado que medir la percepción personal de salud es útil como un indicador global del nivel de salud de la población que reflejan tanto elementos sociales como elementos de salud. Analizar éstos factores asociados con la expresión de distintos niveles de salud, permiten ampliar las perspectivas para la identificación de las necesidades de salud y la evaluación de programas e intervenciones dirigidas a ésta población <sup>(78)</sup>. Es importante saber, también, que la calidad de vida en general consiste en la valoración que el sujeto hace de su propia vida en relación a la satisfacción de los diversos componentes que la integran <sup>(79)</sup>. Éste es un concepto evaluador multidimensional y multidisciplinario. En la tercera edad debe estar ajustada a la esperanza de vida, ya que, matemáticamente,

se puede expresar que el aumento de calidad de vida es inversamente proporcional a la expectativa de incapacidad. Para las personas mayores, una buena calidad de vida es sinónimo de autonomía e implica la posibilidad de llevar una vida independiente.

Varios estudios han señalado que la edad dentro de los mismos adultos mayores marca condiciones diferentes. A medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas e incapacitantes, así como discapacidades físicas y mentales, unido a la incapacidad y la restricción de actividades que afectan a la autonomía de las personas mayores, todo ello hace que la percepción de salud de dichas personas sea disminuida. En la mayoría de las investigaciones y publicaciones consultadas se expone el beneficio que conlleva el que los adultos mayores vivan en compañía de sus parejas, ya que cuentan con mayor apoyo entre ellos, intercambian sentimientos, emociones y necesidades propias de la edad, es un apoyo afectivo que evita, en la medida de lo posible, la aparición de soledad, aislamiento, depresión, tristeza, etc, ya que la aparición de éstos síntomas puede afectar a la percepción de su propia calidad de vida. Otro factor importantes puede ser la escolarización de éste grupo de población, ya que se relaciona una mejor percepción de salud con mayores niveles de escolaridad, pues mayores que no han ido al colegio ni tienen estudios tienen menos interés en preocuparse por permanecer activos y adoptar estilos de vida saludables, lo que también afectará a dicha percepción de salud <sup>(77)</sup>. Por lo tanto, son muchos los factores que intervienen en la percepción de salud de las personas mayores, desde los dos anteriormente citados, pasando también por la actividad laboral que habían ejercido, la realización de actividad física, el empleo del tiempo libre, los contactos sociales, la participación social de las personas mayores y por último, y no menos importante, no debemos olvidar tampoco los hábitos de consumo que presentan los

mayores, como el abuso de alcohol, fumar, etc, pues todos ellos también influirán en la percepción de salud del mayor <sup>(80)</sup>.

También debemos señalar la importancia de las necesidades percibidas sobre la disponibilidad y acceso a los recursos sanitarios asistenciales <sup>(1)</sup>. Básicamente, estos recursos necesarios para la población de 65 años o más se dividen en dos importantes grupo: las necesidades de recursos sanitarios y las necesidades de recursos sociales. Sobre los recursos sanitarios debemos exigir una reforma del modelo de atención al adulto mayor, la “geriatrización de la medicina” es una consecuencia inevitable debido al incremento absoluto en el número de la población mayor de 65 años; ésta situación es indiscutible y progresiva e implica la necesidad de plantearse políticas asistenciales encaminadas a satisfacer sus necesidades. Por lo general, el tipo de cuidados que se dispensa a los mayores está poco ajustado a sus necesidades, aumentando normalmente los resultados adversos tras su hospitalización (deterioro funcional y cognitivo, estancias hospitalarias prolongadas y aumento de la mortalidad). Así pues se debe adaptar el sistema sanitario a las necesidades de su principal cliente: los mayores de nuestra sociedad. Y por otro lado, las necesidades de los recursos sociales, dónde éste gran grupo poblacional tiene una amplia variedad de necesidades, desde lucrativas hasta de institucionalizaciones en caso de dependencia. Tras la relativa reciente implantación en España de los Servicios Sociales, se produce un incremento de los recursos sociales más tradicionales (hogares y club de jubilados), se implantan también los servicios de atención domiciliaria y se han ido abriendo servicios innovadores (como la teleasistencia, centros de día, pisos tutelados, estancias temporales, etc.), es de destacar que aquí se produce un giro en la filosofía de prestaciones sociales. Las actuales transformaciones sociales de los países occidentales, sobre todo el cambio de rol de las

mujeres con su incorporación al mundo laboral, originan la necesidad de buscar soluciones a problemas familiares (como el cuidado de los mayores de la familia) ya que siempre asumía esta responsabilidad la mujer por estar en casa todo el día. Actualmente los servicios sociales en España actúan normalmente a través de dos programas o ayudas, aunque a nivel de comunidades autónomas también existen diferencias en dichas prestaciones: uno de ellos es el programa de participación social, dónde existen ofertas educativas, ofertas de vacaciones para los mayores y por último los hogares y clubes dónde pueden reunirse y convivir los mayores de la población. Otro tipo de ayuda son las destinadas a la dependencia y gestión de centros institucionales: dónde podemos encontrar la adaptación de viviendas, servicio de ayuda a domicilio, servicio de teleasistencia, centros de día, estancias temporales en residencias, pisos tutelados, servicios institucionales (como son las residencias propiamente dichas), y por último las organizaciones no gubernamentales y empresas privadas (con la atención del anciano a través de ONG's por ejemplo). Pero a pesar los enormes esfuerzos realizados en los últimos años para mejorar los problemas de atención de los mayores dependientes, hoy por hoy, los recursos son insuficientes ante las demandas existentes, y siguen siendo las familias, y más concretamente las mujeres, las que asumen el cuidado de sus mayores, debiendo por tanto los poderes públicos plantearse medidas de apoyo para éstas familias <sup>(81)</sup>.

### **3.1.3. Actividades de la vida diaria:**

Otro punto importante para esta parte de la población son las situaciones de dificultad que se producen en la realización de las actividades de la vida diaria. Estas

actividades son las relacionadas con los cuidados personales diarios (aseo personal, control de las necesidades, vestirse, alimentación, etc.), con las posibles limitaciones funcionales y desplazamientos dentro del hogar (levantarse, acostarse, cambio y mantenimiento de las diferentes posiciones corporales, permanecer de pie o sentado, desplazarse dentro del hogar, etc.), o con llevar a cabo las tareas del hogar. La mayoría de estas necesidades son padecidas por las mujeres debido a su mayor longevidad <sup>(1)</sup>.

Por lo tanto, el estudio de las capacidades de la población para el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD) y el análisis de la presencia, o no, del riesgo de dependencia que tienen las personas, son las mejores aproximaciones que desde el análisis cuantitativo se pueden hacer a la hora de abordar el fenómeno de la dependencia. Según la “Encuesta de condiciones de vida de los mayores” de 2004 realizada por el Observatorio de personas mayores del IMSERSO, el 26´5% de las personas de 65 y más años no pueden o necesitan ayuda para realizar una o varias AVD. En el tramo de edad de los 65 a los 74 años este porcentaje apenas llega al 15%; en el tramo de los 75 a 84 años, más de un tercio de la población mayor, un 35´5%, padece limitaciones en su capacidad funcional; pero en las personas de 85 y más años, la proporción asciende a cinco de cada ocho mayores. Pero no olvidemos que la dependencia puede no aparecer, y de hecho en muchos casos no aparece aunque la persona haya alcanzado una edad muy avanzada, pues existe una serie de variables de tipo social y ambiental que condiciona la aparición y el desarrollo de los desencadenantes de la dependencia. Lo que quiero decir con esto, es que es posible prevenir la dependencia promoviendo hábitos de vida saludables, mejorando la eficacia de los sistemas de atención de la salud y asegurando el tratamiento precoz de las enfermedades crónicas <sup>(29)</sup>.

### **3.2. Servicios sociosanitarios en España:**

La atención sociosanitaria son los servicios que coordinan la asistencia curativa, social y educativa de colectivos en situación de dependencia como la tercera edad, los enfermos crónicos y las personas con alguna discapacidad física, psíquica o sensorial. En especial, han de buscar el aumento de la autonomía del usuario, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar, además, su reinserción social <sup>(82)</sup>. Respecto al grupo poblacional en el que se basa mi tesis, para las personas de 65 años o más, los servicios sociosanitarios buscan principalmente aumentar la calidad de vida de éstos, además de los objetivos anteriormente mencionados. Dicha calidad de vida constituye un referente primordial en el ámbito de la gerontología y en la planificación de las políticas sociosanitarias, y además, es considerado por muchos autores como el concepto básico en el campo de atención de las personas mayores y uno de los principales indicadores a tener en cuenta a la hora de evaluar la eficacia de dichos servicios <sup>(83)</sup>. El avance social ha orientado a la sociedad en busca de un envejecimiento competente, en sentido útil y productivo, capaz de fortalecer, desde un punto de vista genérico de la salud, su calidad de vida <sup>(84)</sup>. Aparece un gran desarrollo de servicios y programas destinados a un conjunto heterogéneo de situaciones de necesidad que experimentan estas personas mayores. La amplitud y diversidad de fórmulas que se han ido desarrollando van desde la apertura de espacios y mecanismos de participación social de las personas y de los grupos, hasta la oferta de programas culturales y de ocio mediante los que ocupar gran parte del tiempo libre que queda tras la jubilación, pasando por un gran elenco de programas de atención sociosanitaria. Muchos de ellos, sobre todo los destinados a paliar la necesidad de cuidados de larga duración que padecen un importante número

de personas mayores de 65 años, exige un grado de especialización considerable, por lo que ha sido necesario realizar un gran esfuerzo para ofrecer mayor calidad de atención, al tiempo que se aumentaba cuantitativamente la extensión de los servicios.

Los comienzos en la implantación de los programas de intervención gerontológica de los países desarrollados, que pueden situarse a partir de la segunda guerra mundial, vinieron presididos por postulados unidireccionales consistentes en que la intervención se producía si, y sólo si, existía constatación de la incapacidad de los individuos para adaptarse a los cambios, tanto individuales como sociales. Esto era así en dos sentidos y en dos momentos. En primer lugar, porque los mecanismos protectores de los servicios sociales sólo entraban en escena cuando ocurría una situación social de necesidad grave, a la que el individuo o su familia no pudieran dar respuesta (personas mayores indigentes, sin familias, enfermas, etc.). En segundo lugar, y ya en ámbito estricto de la intervención, porque los especialistas de la gerontología (que procedían, sobre todo, de la geriatría) se limitaban a intervenir en los aspectos relacionados con las pérdidas de capacidades funcionales para desarrollar las AVD. Fue la época del desarrollo institucional en todos los ámbitos. Existía consenso en cuanto a que toda persona que presentara síntomas de no poder desarrollar su vida con las pautas establecidas como “normales”, debería de ser atendida. Lo habitual era que los cuidados se prestasen dentro del contexto familiar y sólo si éste era inexistente o fallaba, intervenían los sistemas formales de atención, previa prueba de escasez de medios económicos. En este último caso, la intervención se realizaba en ámbitos y contextos que situaban a las personas aislados de la sociedad (hospitales psiquiátricos, hospicios, etc.). Habría que esperar hasta la década de los ochenta en nuestro país para que se produjera un giro conceptual radical. Poco a poco se abandona el discurso de la

marginalidad y se van consolidando las posturas que hoy presiden la filosofía de protección social a las personas mayores, en términos de la adaptación de la sociedad a las necesidades de este grupo poblacional y no al contrario. La consecuencia de este cambio conceptual es el desarrollo de un amplio espectro de servicios sociales comunitarios, en detrimento de las estructuras aislantes y hospitalarias que se ofrecían en antaño como única solución a los problemas de las personas mayores con afectaciones crónicas o enfermedades mentales carentes de apoyo familiar. Por otra parte, se van implantando programas cuyo objetivo básico es buscar la integración y participación de las personas mayores de la población. Existe un lema: “Envejecer en casa”, el cual se ha convertido en un objetivo común de la políticas sociales de atención a las personas mayores de los países desarrollados (OCDE 1996). Así, el modelo comunitario de atención defiende la conveniencia de que los problemas de las personas se afrontan allí donde se producen, sin que tengan que sufrir el desarraigo que genera el abandono del modo de vida habitual. En consecuencia, los servicios de atención giran en torno al domicilio, lo que ha dado y está dando lugar a una amplia gama de modalidades. La evolución que se ha experimentado en lo que se refiere a programas y servicios gerontológicos, ha venido acompañado, además, de la importancia de hacer diagnósticos e intervenciones sociales de carácter global. Como resultado de todo ello, además de ir desarrollándose programas y servicios comunitarios de atención a personas mayores también se va incluyendo a las familias como destinataria de los mismos. Partiendo del reconocimiento del apoyo familiar como principal proveedor de cuidados y atenciones a las personas dependientes, el interés de los poderes públicos es favorecer ahora el mantenimiento de dicho apoyo mediante una oferta diversificada de prestaciones y servicios. Desde ésta perspectiva, en el caso de las personas mayores,

aparecen como prioritario atender, además de sus concreta necesidades de atención sociosanitaria, también cuestiones como la garantía de su autodeterminación, la participación social, el acceso a los bienes culturales, el aprovechamiento de su experiencia como beneficio para la sociedad, las relaciones intergeneracionales, etc. Así pues, los últimos años han supuesto un decisivo impulso en la creación de servicios y programas de todo tipo: comunitarios, institucionales, sociales, sanitarios, educativos, etc.

La familia española (y de manera especial las mujeres) está soportando un peso abrumador sin que por parte de los poderes públicos hayan realizado un esfuerzo paralelo para mitigarlo en algo. Las dificultades establecidas para acceder a los servicios sociales (ayudas a domicilios, residencias, centros de días, estancias temporales, etc.) son de tanta envergadura que muchas familias que han demandado este apoyo se han dado de bruces contra el “muro del baremo”. Estos suelen establecer unos requisitos tan rigurosos para poder acceder a los servicios públicos que el destino final de las solicitudes suelen ser largas listas de espera, porque nunca llega a producirse la entrada al servicio solicitado. La existencia de requisitos de acceso que nada tiene que ver con la circunstancia objetiva de “necesitar ayuda para las AVD” se plantea en dos direcciones: Por una parte, suele penalizarse la existencia de un familiar que esté asumiendo el cuidado, lo que resulta verdaderamente paradójico e injusto para las familias, que ven como su generosidad y entrega para cuidar a su familiar, responde por parte de los poderes públicos con una puntuación negativa para el baremo. Y, por otra parte, por alcanzar un determinado nivel de renta suele ser motivo de exclusión. Muchas personas, y de manera muy especial las que pertenecen a la clase media, se encuentran ante una nueva paradoja. Se les deniega el servicio público por sobrepasar el nivel de renta

establecido en los baremos (son consideradas ricas), y, cuando estas personas acuden a un servicio privado, no pueden pagarlo (son y se sienten pobres).

El desarrollo de la geriatría y de la gerontología han evidenciado, por otra parte, que ofrecer una atención de calidad a las personas dependientes no pueden hacerlo personas sin formación específica. La aplicación de determinados programas de intervención, según patologías o trastornos, exige disponer de unos conocimientos técnicos suficientes. Afrontar determinados comportamientos, comunicarse con personas que pueden tener dificultad para expresarse, saber cómo manejar las situaciones de estrés, pasa por haber recibido formación y entrenamiento en las habilidades necesarias. Podemos afirmar, por tanto, que las personas cuidadoras de mayores dependientes, aunque sean familiares, deben contar con información y formación suficiente para desarrollar esta labor de manera competente. Asimismo, y con independencia del tiempo que pueda dedicar al cuidado, éste debería ser evaluado y supervisado por profesionales con formación y experiencia gerontológica. Existen investigaciones que evidencian que la inmensa mayoría de los cuidados durante la vejez se suministran todavía por el apoyo informal, aunque hay signos que avisan del peligro de dicho sistema asistencial. No quiere decirse con ello que haya que pensar en sustituir el protagonismo de las familias en los cuidados en la vejez, sino que se considera imprescindible admitir que, en el futuro, los cambios sociales experimentados se traducirán en la imposibilidad para muchas familias de asumir todo el cuidado y mucho menos si está a cargo únicamente de una sola persona <sup>(85)</sup>.

En España no existe un modelo uniforme de prestaciones ni de coordinación de servicios sanitarios y sociales. Tampoco existen verdaderos sistemas de provisión

integrada de estos servicios. La coordinación debe realizarse a varios niveles: entre los servicios sociales y los servicios sanitarios; entre los diversos recursos y los niveles de atención de un mismo sistema; entre los servicios profesionales, sociales y sanitarios, y el sistema de apoyo informal; y por último, entre las diferentes Administraciones públicas: General del Estado, Autonómica y Locales. Para dar respuesta a las situaciones de descoordinación entre los diferentes sistemas de provisión de servicios se remonta a la Comisión de Análisis y Evaluación del SNS en 1991, en el cual se proponía el siguiente esquema:

Tabla 27: Fundamentos del modelo de atención sanitaria:



*Fuente: Disponible en: Rodríguez A., Cobo P., Duque J.M., Fernández J. M., García J. M., Herrero A. et al. Coordinación sociosanitaria. En: Secretaría de estado de servicios sociales familias y discapacidad. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco. Madrid: Secretaría de estado de servicios sociales familias y discapacidad; 2004. P. 505- 525.*

A partir de ello, las Comunidades Autónomas llevan a cabo una serie de experiencias y proyectos dentro de éste ámbito, pero de los cuales se produce un escaso desarrollo práctico de ellos. La Subsecretaría de Sanidad y Consumo, en estrecha colaboración con la Secretaría General de Asuntos Sociales a través del IMSERSO, decidió en el año 1998 dar un impulso a la tarea de avanzar en la configuración de un modelo de atención sociosanitaria que tuviese unas bases comunes, sin disminuir las competencias que las Comunidades Autónomas tienen otorgadas en esta materia. Para ello se formó un grupo de expertos para realizar un informe y abordar un estudio sobre: usuarios sociosanitarios, prestaciones sociosanitarias, sistemas de información y clasificación de usuarios, coordinación sociosanitaria y por último, la financiación sociosanitaria. Finalmente, en el ámbito del desarrollo normativo de la Administración general del estado, es imprescindible destacar por su importancia la Ley 63/2003, dicha ley establece las actuaciones que desde el ámbito sanitario se han de asumir: cuidados sanitarios de larga duración, atención sanitaria de convalecencia y rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable <sup>(86)</sup>.

Los principales servicios sociales dirigidos a las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia en España son:

-Hogares y clubes: son centros de reunión que promueven la convivencia de las personas mayores y la mejora de sus condiciones de vida a través de diversos servicios. Suelen ofrecer: información, orientación, biblioteca, podología, cafetería, peluquería, actividades lúdicas y sociales, animación, etc. Además muchos de éstos ya tienen también asistencia sanitaria.

-Adaptaciones de viviendas: este programa tiene como objetivo dotar a la vivienda ocupada por una persona mayor de las adecuadas condiciones de habitabilidad y accesibilidad. Suelen llevarse a cabo a través de ayudas económicas para la rehabilitación y adaptación funcional de las viviendas que lo precisan, si se cumplen los requisitos establecidos.

-Servicio de ayuda a domicilio (SAD): ha sido definido como un programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesionales consistentes en la atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial y familiar y relaciones con el entorno, prestados en el domicilio de una persona mayor dependiente en algún grado. Los servicios que se ofrecen a través del SAD son muy diversificados. Van desde todo el conjunto que tiene que ver con la realización de tareas domésticas a la atención personal y ayudas en las AVD, pasando por el cuidado y apoyo a las personas con graves dependencias, sin olvidar las actividades que facilitan la integración social. Los servicios de teleasistencia, así como los de comida a domicilio y lavandería se incluyen en ocasiones. Otras intervenciones más especializadas (psicosociales, la terapia ocupacional, fisioterapia, etc.) son todavía muy escasas.

-Servicio de teleasistencia: existen diversos sistemas de teleasistencia muy perfeccionados tecnológicamente. La base de todos ellos consiste en un entorno informático con un terminal que se encuentra en el domicilio de la persona que es usuaria de este servicio. Consiste en un dispositivo que el mayor lleva sobre sí, y que, al pulsarlo, desencadena una señal de alarma identificable en la central de escucha, dónde, de manera automática, se muestra en el ordenador del operador/a los datos

identificables y relevantes del usuario/a. Inmediatamente, se produce el contacto telefónico con él o ella para detectar la causa de la llamada y buscar la solución más pertinente, incluyendo, si el caso lo requiere, el envío de ayuda urgente al domicilio de donde proviene la señal de alarma. Este dispositivo constituye un importante elemento de seguridad y tranquilidad para las personas mayores que viven solas o pasan la mayor parte del día sin compañía y son susceptibles de encontrarse en alguna situación de riesgo. La evolución y perfeccionamiento tecnológico ha abaratado considerablemente sus costes, lo que facilita su accesibilidad al mismo desde el sector público y privado <sup>(85)</sup>.

-Centros de día: son instalaciones especializadas en el mayor, dónde un grupo de profesionales se dedican a la prevención, tratamiento y cuidado de éstas personas. Las personas mayores pueden continuar viviendo en sus casas, pasando en ellas las noches y fines de semana, por lo que no existe una desvinculación total de su entorno <sup>(87)</sup>. No debemos confundir éste dispositivo con otros como los clubes y hogares o los hospitales de día.

Tabla 28: Recursos de atención diurna en España:

Modelo	Dependencia	Objetivo	Duración del servicio	Destinatario
Hospital de día	Servicios sanitarios	Diagnóstico, tratamiento, rehabilitación ante problemas de salud.	Programa cerrado. Periodo de poco meses.	Personas mayores enfermas, en su mayoría pertenecientes de un hospital.
Centro de día	Servicios sociales	Prevención de la institucionalización, rehabilitación,	Flexibles, hay casos cronificados.	Personas mayores con problemas de pérdidas de las

Hogares y clubes		mantenimiento del nivel de autonomía, apoyo a las familias.		capacidades funcionales (física o psíquica).
	Servicios sociales	Prevención, socialización, información y formación.	Indefinida.	Personas mayores independientes y semiindependientes.

*Fuente: Elaboración propia. Basado en: Defensor del pueblo. La atención sociosanitaria en España: Perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. (Libro en internet)\*Madrid: Defensor del pueblo; 2000 (acceso 10 de Junio de 2013). Disponible en: [http://www.defensordelpueblo.es/es/Documentacion/Publicaciones/monografico/contenido\\_1261585109715.html](http://www.defensordelpueblo.es/es/Documentacion/Publicaciones/monografico/contenido_1261585109715.html)*

Los centros de día ofrecen atención social, atención a la salud psico-física, socialización y participación.

-Estancias temporales en residencias: este programa posibilita la estancia en una residencia de mayores en un periodo generalmente no superior a los sesenta días a los mayores que se encuentran, bien por ellos mismos o por las personas con las que convive, en un estado eventual de necesidad susceptible de solución o mejora mediante el acceso a éste recurso. Es un servicio también de apoyo familiar, al cumplir una importante función de alivio para los cuidadores, favoreciendo así la permanencia del mayor en el entorno familiar y evitando la institucionalización definitiva. Estos programas de estancia temporal ofrecen los mismos servicios que disfrutaban las personas que residen permanentemente en ellas.

-Sistema alternativo de alojamiento: bajo esta denominación se agrupa una gama de alojamientos para las personas mayores que, por problemas de viviendas, soledad o pérdida de autonomía se ven obligadas a abandonar sus domicilios y optan

por las soluciones más parecidas a su modo de vida habitual. La oferta que existe es bastante diversa: *apartamentos individuales o bipersonales* (con una amplia gama de servicios que se ofrecen en el mismo edificio o en algún centro gerontológico cercano), *viviendas tuteladas* ocupadas por grupos de cuatro a diez personas, *viviendas comunales* (habitualmente gestionadas por las propias personas que la habitan), *mini-residencias* de hasta veinte personas (desarrolladas sobre todo en el ámbito rural) y *acogimiento* de diversas fórmulas (como la acogida familiar, convivencia intergeneracional, etc.) <sup>(85)</sup>.

-Servicios institucionales: están constituidos principalmente por las residencias. Estas residencias se pueden definir como un centro gerontológico en el que viven temporal o permanentemente personas mayores, las cuales en la mayoría de los casos presentan algún grado de dependencia. Ofrecen servicios de desarrollo personal y atención sociosanitaria. Por ello, las residencias poseen un equipo de profesionales adecuados con formación gerontológica específica <sup>(88)</sup>. En todas ellas, su diseño arquitectónico debería garantizar que las características de las residencias contribuyen a: potenciar la independencia y la seguridad, conseguir el equilibrio y seguridad psíquica, respetar la intimidad individual, provocar las relaciones sociales y facilitar la labor del personal para realizar sus funciones <sup>(85)</sup>.

Si analizamos los servicios sanitarios que tenemos en nuestro país podemos ver, que actualmente, España presenta unos de los mejores balances sanitarios del mundo dónde el acceso de la población a los servicios sanitarios de calidad es universal y masivo, fundamentalmente a través de la sanidad de carácter público. El principal resultado de un sistema sanitario eficiente se traduce en una esperanza de vida acrecentada y libre de incapacidades, en la medida de lo posible. En nuestro país, la

población depende de manera masiva del sistema sanitario, en el cual se premia más la curación que la prevención. Por lo tanto, uno de los objetivos de nuestro sistema sanitario debería de ser reducir la dependencia evitable de la población al sistema sanitario. Para dicho cambio, sería necesario una permuta en los comportamientos de la población joven, los futuros adultos, de manera que junto al crecimiento del envejecimiento, el cual está sucediendo ya en la actualidad, se produzca la emergencia de individuos más sanos, y por lo tanto, menos dependientes del sistema sanitario. La reducción de este tipo de dependencia es posible mediante una adecuada salud pública, sin duda más barata y rentable a largo plazo que la provisión de medios y protocolos curativos. Éste envejecimiento poblacional, implica una dependencia mayor, la cual va más allá de la propia dependencia sanitaria, me refiero a la aparición de diversas discapacidades, como las anteriormente descritas, referentes a la realización de las AVD, ello provocará una dependencia a terceros que afectará a una parte creciente de la población. En este contexto, el sistema sanitario, como bien hemos explicado en párrafos anteriores, intenta dar respuesta a ello, pero de forma muy limitada, por lo que resulta urgente que tanto instituciones públicas como privadas anticipen soluciones a coste moderado. En el ámbito público, el problema radica en la contención del gasto social en su conjunto, por lo que el crecimiento de este tipo de gastos conllevará la limitación de otros gastos y el establecimiento de prioridades. En el ámbito privado, se trata de que la oferta de los servicios que requieren las personas mayores sean eficientes y de coste ajustado a los medios que posean sus demandantes, que por lo general son personas o familias jubiladas de reducidos ingresos <sup>(89)</sup>.

Si observamos la red sociosanitaria de Andalucía, debemos hacer referencia al capítulo V de la Ley de Atención y Protección de las Personas Mayores en Andalucía (Ley

6/1999), en la que se regula la atención sociosanitaria dirigida a las personas mayores que tengan un alto grado de dependencia, especialización de los cuidados e insuficiencia de apoyo familiar y requieran ser atendidos conjuntamente por los recursos sociales y sanitarios. La ley andaluza configura una “red sociosanitaria” a determinar reglamentariamente y compuesta por servicios de todas las Administraciones regionales y locales más los de entidades privadas colaboradoras. Las prestaciones sociosanitarias están compuestas, entre otras, por la atención domiciliaria, atención en periodos de convalecencia y rehabilitación, cuidados paliativos, atención en estancias diurnas y atención de larga duración. Ésta ley, a diferencia de los planes que siguen, aborda el problema de la financiación, que estará compuesta por los presupuestos públicos que se integren en el objetivo sociosanitario, subvenciones y aportaciones voluntarias de entidades y particulares y la participación de los usuarios en el coste de los servicios de acuerdo con el principio de prueba de medios que regula el artículo 22 de dicha ley, es decir, “serán computadas tanto la renta y bienes de la persona mayor como los de aquellos obligados a prestarle alimentos, sin perjuicio de que las personas que carezcan de recursos suficientes para abonar su importe tengan derecho a la dispensación o bonificación del pago del coste de los servicios que reciban.” Es con el “II Plan Andaluz de Salud” con el que se comienza a introducir la problemática de la coordinación de los servicios sociosanitarios sin generar una red propia de recursos, e intentan darle solución a diversos problemas existentes sobre la funcionalidad, accesibilidad y coordinación de dichos servicios sociosanitarios. Actualmente, se sigue avanzando, más o menos rápido, en esta problemática, pues se han desarrollado también el “III y IV Plan Andaluz de Salud”. Es importante saber, que no existe comunidad autónoma que no tenga un plan, programa o norma que no haga referencia a la necesidad de proteger la

dependencia mediante la asistencia sociosanitaria y a la consiguiente coordinación de recursos. Sin embargo, sigue habiendo un triple lastre en el desarrollo de lo sociosanitario: el contraste entre sanidad y servicios sociales en cuanto a los derechos que generan y los recursos de que disponen; también la desigualdad de recursos entre comunidades autónomas y, finalmente, los distintos ritmos y formas de incorporación de lo sociosanitario en las instituciones públicas de cada comunidad. Cabe pensar razonablemente que cada comunidad autónoma tendrá su propio modelo de asistencia sociosanitaria y que será posible, además de deseable, un marco común estatal que garantice el derecho universal a la atención sociosanitaria, la financiación del sistema, protocolos comunes de valoración de la dependencia y mecanismos de equidad territorial para garantizar un nivel de servicios suficiente y de calidad <sup>(90)</sup>.

Podemos estudiar la oferta sociosanitaria que ofrece la provincia de Jaén, y si nos centramos en lo referente al nivel sanitario, podemos encontrar una sanidad pública y accesible para toda persona que necesite de dicha atención siempre que sean de nacionalidad española o pertenecientes a la Unión Europea o sean de cualquier otro estado fuera del europeo según los derechos que reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos por el estado español; además se garantiza las prestaciones vitales de emergencias a todas las personas. En la provincia de Jaén podemos encontrar cuatro *distritos sanitarios*, a los que cada uno les corresponde varias *zonas básicas de salud* <sup>(91)</sup>. En nuestra provincia existen actualmente cuatro *distritos sanitarios*, el distrito Jaén-Norte, el distrito Jaén –Nordeste, distrito de Jaén y por último el distrito sanitario de Jaén-Sur <sup>(92)</sup>. Cada distrito sanitario a su vez está formado por las *Zonas básicas de salud*, en el caso del distrito de Jaén encontramos las zonas básicas de salud de Torredelcampo, Mengíbar, Mancha Real, Jaén, Huelma y Cambil <sup>(91)</sup>. El distrito Jaén-Norte está formado

por las zonas básicas de salud de Arjona, Bailén, La Carolina, Linares, Andújar y Santisteban del Puerto <sup>(93)</sup>. El distrito sanitario Jaén-Nordeste incluye las zonas básicas de salud de Baeza, Beas de Segura, Villacarrillo, Jódar, Cazorla, Santiago-Pontones, Torreperogil, Úbeda, Orcera, Peal de Becerro, Villanueva del arzobispo y Pozo Alcón <sup>(94)</sup>. Y por último, si vemos el distrito de Jaén-Sur, podemos observar que está formado por las siguientes zonas básicas de salud, Alcalá la Real, Alcaudete, Martos, Torredonjimeno y Porcuna <sup>(95)</sup>. A su vez cada zona básica de salud tiene también consultorios locales y auxiliares pertenecientes a otras poblaciones de la provincia, las cuales cuentan con menos cantidad de habitantes. Además a cada zona básica de salud le corresponden centros de atención primaria y de atención especializada, hospitales <sup>(91)</sup>.

Por otra parte, la prestación de Servicios Sociales de ámbito público en nuestra provincia será responsabilidad de los diferentes ayuntamientos en su ámbito territorial de acuerdo con la ley reguladora de las bases del régimen local y dentro del marco de la Ley de Servicios Sociales de Andalucía. Por lo tanto, cada ayuntamiento tiene como competencia: la gestión de los centros sociales comunitarios y especializados de los municipios de más de 20.000 habitantes y la ejecución y gestión de los servicios sociales y prestaciones económicas que pudieran encomendarles el Consejo de Gobierno. Finalmente, los ayuntamientos ejercerán sus facultades de programación, planificación u ordenación de dichos servicios sociales. Podrán beneficiarse de estos servicios sociales todas las personas que vivan en la provincia de Jaén y los extranjeros y refugiados residentes en el territorio provincial, siempre en conformidad con lo expuesto en las normas, tratados y convenios internacionales vigentes en esta materia, sin perjuicio de lo que se establezca reglamentariamente para quienes se encuentren en reconocido estado de necesidad. Actualmente, para llevar a cabo los objetivos y fines que se marcan

los diferentes ayuntamientos de la provincia de Jaén, se cuentan con los siguientes centros, servicios y convenios como: *-Servicios centrales*: programas de vacaciones para la tercera edad, programa anual de rehabilitación de la vivienda, adjudicación de viviendas municipales, etc. *-Comedores escolares*, *-Centro ocupacional de discapacitados psíquicos*, *-Equipo de tratamiento familiar*, *-Centro municipal de acogida al transeúnte*, *-Escuelas municipales infantiles*, y *-Servicios concertados y programas de atención a colectivos específicos*: dónde podemos encontrar, como por ejemplo, la teleasistencia domiciliaria, atención a discapacitados, atención a grupos y colectivos con riesgo de exclusión social, etc. Pero si nos centramos en el grupo poblacional de personas de 65 años o más, podemos encontrar como recursos más numerosos: Los centros de día <sup>(91)</sup>, que de los 56 disponibles en toda la provincia, 33 de ellos son de ámbito público y 23 de gestión privada <sup>(96)</sup>. Además también tenemos las residencias para mayores <sup>(91)</sup>, dónde existen un total de 69 residencias, de las cuales 30 son públicas y un total de 39 son privadas <sup>(97)</sup>.

### **3.3. Gastos asociados a la dependencia de las personas mayores:**

El gasto sanitario y social asociado al envejecimiento está condicionado a variables como el número de personas mayores (con el aumento de la esperanza de vida), el número de personas que sufren discapacidades, la expectativa de años de vida con procesos invalidantes, el tipo de recursos sanitarios y sociales utilizados por dichas personas, así como la frecuencia e intensidad en el consumo de dichos recursos. Las variables explicativas del gasto irán variando a medida que cambia el entorno y se produzcan alteraciones que indican en cualquiera de ellas, como por ejemplo, que la

expectativa del número de años con dependencia disminuya. La dependencia genera gastos en el modelo sanitario, pero también en el sistema social, por lo tanto, el análisis del gasto debe ser omnicomprendivo, incluyendo el consumo de servicios sanitarios y sociales, así como el consumo de otros productos (como farmacia, ayudas técnicas, etc.). Conocer el consumo de recursos asociados a la dependencia, así como el gasto que este genera, es un aspecto importante en la planificación de la atención sanitaria y social, especialmente cuando en España tenemos un porcentaje de mayores dependientes que supone <sup>(90)</sup> alrededor de un 26% <sup>(98)</sup> del colectivo de mayores, y si no se producen cambios en el entorno, la cifra del gasto se incrementará debido a la evolución demográfica. La perspectiva de la estructura del gasto no es paralela a la del consumo ya que interviene el factor de coste de los servicios; así resulta que el gasto en un servicio puede ser menos que el de otro servicio, aunque el consumo del primero sea mayor; ello es debido al menor precio del mismo. Otro factor que podría enriquecer una composición homogénea de los gastos es el hecho de que cada centro tiene sus propios costes, y ello conlleva a que dos centros que prestan una misma cantidad de servicios pueden reflejar gastos diferentes <sup>(90)</sup>.

La crisis económica a la que venimos asistiendo en los últimos años que, previsiblemente se mantendrá durante los siguientes y supondrá la adopción de medidas rigurosas para su superación, constituye una amenaza la prestación continuada de servicios sanitarios y sociales, los cuales son un pilar básico para el estado de bienestar de las personas. La financiación de ambos sistemas alcanza el 50% de los presupuestos públicos de las comunidades autónomas. Ésta situación nos plantea un reto ineludible: ofrecer servicios eficientes y de calidad a un número cada vez mayor de personas en un contexto en el que se acrecienta la coincidencia de necesidades de

atención desde ambos sistemas, el sanitario y el social, obligando a reformular el modelo, creciendo hacia un sistema de atención integral, entendido como algo superior a la suma de sus partes sin que ello suponga la pérdida de la identidad propia de cada cual. Es esencial comprender que el escenario en el que estamos ahora mismo requiere, no simples medidas de contención o reducción del gasto de carácter lineal, sino aunar esfuerzos en pro del objetivo común, que no es otro que la necesaria racionalización del gasto pero bajo el principio del mantenimiento de los niveles de protección social sin menoscabo, por tanto, de la calidad y de la equidad en la prestación de los servicios sanitarios y sociales. Los sistemas de protección no deben deshacerse de los principios que se encuentran en la génesis de su creación por la mayor complicación de los entornos en que se operan, sino que tienen la obligación de flexibilizarse y adaptarse a ellos sin perder su sentido último y primordial. En este sentido, el Real Decreto-Ley 9/2011, de 19 de Agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal y de elevación de los avales del Estado para 2011, ha comprendido la importancia de esta noción e introduce en su capítulo III artículo 8 la adopción de medidas para la coordinación sociosanitaria encomendando al Gobierno la elaboración de la estrategia de coordinación de la atención sociosanitaria; y considerando, entre otros aspectos, por tanto: que la coordinación sociosanitaria ha de valer como método para la realización del gasto partiendo del concepto de que es posible la optimización y el uso correcto de los recursos. Y por otra parte, también introduce una idea que lo puede permitir el impulso a la innovación en éste ámbito con el objeto de la mejora en la calidad y la eficacia de los servicios sanitarios y la atención social <sup>(99)</sup>.

El gasto sociosanitario depende de la situación física y psíquica en que se encuentre el individuo. Una primera diferencia será la del gasto en la fase de dependencia y el de la fase de “no dependencia”. El gasto medio anual de una persona mayor dependiente en el consumo de servicios sanitarios y sociales es de alrededor de 9.000 euros en la fase de “dependencia”, y de unos 900 euros para la fase de “no dependencia” <sup>(90)</sup>.

Tabla 29: Gasto aproximado en servicios sanitarios y sociales en la fase de dependencia y no dependencia de los mayores en euros:

Gasto año/individuo	Mayor sin dependencia	Mayor con dependencia
Servicios sanitarios	414'48	2.855'56
Servicios sociales	485'88	6.159'14
<b>Total de Gastos</b>	<b>900'35</b>	<b>9.014'72</b>

*Fuente: Elaboración propia. Basado en: Rodríguez G., Montserrat J. Modelos de atención sociosanitaria. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales: 2002.*

La estructura del gasto entre servicios sanitarios y sociales refleja el peso del gasto de cada uno de los subgrupos; así, en la fase de la dependencia el gasto se distribuye en un 68% para los servicios sociales y un 32% para los servicios sanitarios. Esto es debido a un consumo mayor de los servicios sociales que de servicios sanitarios y, también, al hecho de que los servicios sociales que se consumen son mayoritariamente servicios de internamiento, lo que significa que son servicios usados los 365 días del año, frente al consumo de servicios sanitarios que, aunque más caros, se consumen sólo unos cuantos días al año. El consumo de estos dos servicios nos

muestran que en la fase de “no dependencia” se gasta, aproximadamente, la mitad en servicios sanitarios y la mitad en servicios sociales. Respecto a los servicios sanitarios el gasto se centra en los hospitales de agudos, las unidades de media estancia y atención primaria. Por lo que respecta a servicios sociales, el gasto se localiza en servicios de residencias y servicio doméstico, siendo muy poco significativo el consumo de otro servicio. Pero por otro lado, si observamos la fase de “dependencia” de un mayor, el gasto sanitario pierde peso aquí, éstos se centran en unidades de larga estancia, hospitales de agudos y unidades de media estancia. Y en cuanto a los servicios sociales, el gasto se concentra principalmente en servicios residenciales, adquieren un poco de relevancia los centros de día o centros polivalentes, y, en tercer lugar, se sitúa la ayuda a domicilio pública y servicio doméstico <sup>(90)</sup>.

El sistema sanitario es uno de los sectores más productivos de la economía española, los resultados clínicos obtenidos se encuentran al mismo nivel que los países más desarrollados y el coste de los mismos es de los más bajos de la UE-15 en términos del gasto global total sobre el PIB, lo que supone una mayor eficiencia en términos comparados. Ello, sin embargo, no altera la situación global de amenaza en la que se encuentra enmarcado: en el contexto actual de crisis, el gasto sanitario mundial está experimentando un progresivo incremento. La parte más significativa de éste gasto sanitario se está dedicando a la atención de la enfermedad crónica, usando recursos en su mayor parte confeccionados en su mayor parte para la atención a los episodios agudos de la enfermedad en general. De éste modo, se dedican recursos en exceso costosos para atender una tipología de enfermedad que no precisa de este tipo de recursos sino la combinación de otros de menor coste y diferentes en el tipo de atención, probablemente de mayor “calidad relacional” si se ajustada las necesidades reales de

atención. Por lo tanto, será necesario asegurar un uso eficiente y óptimo de los recursos a través de una adecuada gestión y organización de los mismos enfocándolos a las condiciones específicas de las personas que ha de atender, el permanente enfoque del equilibrio entre cuidar y curar. Con respecto al sistema social, la aprobación de la LAPAD (Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia) ha supuesto un paso de enorme relevancia en la atención, si bien, su desarrollo supone un desafío; por un lado, porque el correcto abordaje de las necesidades de estas personas y sus familias requieren de la coordinación de los servicios que actúan sobre ellos, y de otro lado, en lo relativo al incremento del gasto público que su materialización real va a llevar emparejada. Los factores que determinan el gasto social en cuidados a las situaciones de dependencias son, como el gasto sanitario, diversos: además del ya visto envejecimiento demográfico, tiene una dependencia directa con la mayor prevalencia de personas en situación de dependencia que precisan de ayuda para realizar las AVD, el grado de utilización de diversos servicios y el coste de cada servicio. En este servicio no se suele contabilizar el gasto económico que implica el “cuidado informal” realizado por familiares en su propio domicilio. Esto tiene mucha transcendencia teniendo en cuenta que, es en este factor el que se basa el modelo de cuidado tradicional y que, actualmente, se está viendo afectado por varios motivos, entre los que hay que destacar la incorporación de la mujer al mercado laboral.

El requisito para que esta transformación del gasto sociosanitario en España sea posible es mediante la innovación, se ha de permitir la invención de formulaciones, un nuevo diseño y una reorientación del modelo; en definitiva una renovación de la gestión, organización, funcionamiento y financiación. Es cierto, que en un futuro próximo, haya que reforzar los recursos disponibles para atender al incremento de las demandas

asistenciales, actualmente, existen numerosos recursos sanitarios y sociales que, organizados en coordinación y cooperación y en un modelo de funcionamiento diferente, ampliaría su espectro de atención. Es el propio cambio en el método de funcionamiento el que ayudará a propiciar una atención coherente y acorde a las necesidades reales de la población y a un menor coste. Por lo tanto, el actual entorno de crisis económica ha de ser visto como una oportunidad de poder plantear los cambios y reestructuraciones necesarias para hacer ambos sistemas auténticamente compatibles, eficientes de manera conjunta, perfectamente complementarios en la atención de las necesidades y en la organización de sus recursos. Esto requerirá reformar nuestras organizaciones hacia una visión y misión conjunta de ambos sectores y que la planificación del modelo sea cooperativa, es decir, generada con la participación de ambas.

Así pues, la coordinación de dichos servicios en el sistema debe ser capaz de:

- Mantener la autonomía e independencia de las personas durante el mayor tiempo posible.

- Evitar que el cuidado y apoyo de las necesidades se vayan reduciendo con el tiempo.

- Garantizar la equidad en la valoración, evaluación y atención de las necesidades.

- Accesibilidad de una amplia gama de servicios de atención y apoyo evitando la fragmentación de los mismos.

- Brindar información eficaz de la cartera de servicios.

-Garantizar la personalización y la integralidad de la atención.

El futuro puede presentarse alentador si conseguimos conjugar de manera eficiente las redes sanitarias y sociales que, si bien son de origen y finalidad diferentes, convergen en dar respuesta en muchas ocasiones a las mismas personas y sus familias. Existe un abordaje inadecuado a las necesidades planteadas por personas con edad avanzada y/o enfermos crónicos y dependientes que conduce generalmente a un empeoramiento de salud, hospitalizaciones innecesarias, aumento de la mortalidad, etc., también conlleva a una sensación de indefensión y frustración por parte de los pacientes y a un incremento en los costes del sistema. De ahí que se precise racionalizar y adecuar a la demanda el uso de recursos y promover nuevas alternativas a la asistencia tradicional, algo que se consigue adoptando un compromiso de trabajo conjunto bajo un modelo sólido de coordinación. Existe la necesidad de unificar la atención a todos los segmentos de la población de crónicos, adecuando los componentes y beneficios de los mismos a la gravedad, riesgo y gasto de cada uno de ellos <sup>(99)</sup>.

# **CAPÍTULO 4**

#### **4. Grado de innovación de la Tesis Doctoral:**

En la actualidad, los servicios sociosanitarios son un tema muy relevante de investigación, pues se han convertido en una herramienta muy necesaria para la población. Con el paso de los años, se observa que la demanda de dichos recursos es cada vez mayor, y por lo tanto, la oferta de ellos debe ser aumentada y a su vez mejorada para poder, así, ofrecer una asistencia de mayor calidad y adaptada a toda persona que la necesite. Como ya hemos explicado anteriormente, en España la población de personas con 65 años o más ha crecido considerablemente, y además se espera que durante los próximos años lo sigan haciendo, es por ello, que es necesario estudiar cómo repartir la oferta de los recursos sociosanitarios de manera eficaz y eficiente, para garantizar de forma satisfactoria la atención de todas las personas mayores que necesiten de ellos. Así pues, en éste estudio se investigará cual es el estado actual de dichos dispositivos en función del tipo de población (si es de más de 10.000 habitantes o menos) y del género, determinaremos los niveles de satisfacción existente en la población mayor relacionados con dichos recursos, estudiaremos si los recursos sociosanitarios son de fácil acceso e iguales para todos y determinaremos las necesidades sociosanitarias de la población mayor en nuestra provincia a través de unos indicadores que elaboraremos nosotros.

Una vez realizado nuestra investigación podremos saber, a través de las personas que reciben dichos servicios y centrándonos en su propia experiencia, qué y cómo se ofertan éstos dispositivos sociosanitarios, si realmente las necesidades de los usuarios están correctamente satisfechas y cómo están repartidos y administrados dichos recursos. Personalmente creo, que este estudio será muy beneficioso para la sociedad, pues se podrá mejorar las deficiencias que tengan los servicios sociosanitarios de la

provincia de Jaén e incluso personalizarlos según las diferencias existentes entre hombres y mujeres, y dependiendo de las áreas dónde se encuentren las diferentes poblaciones. Así, pienso también que, además de dar una mejor respuesta a las necesidades de estos usuarios también podríamos producir una cierta disminución de los costes de ellos o una distribución económica más razonable y centrada en la realidad e intentar eliminar costes innecesarios existentes hoy día en el funcionamiento de estos recursos.

# **CAPÍTULO 5**

## 5. Metodología.

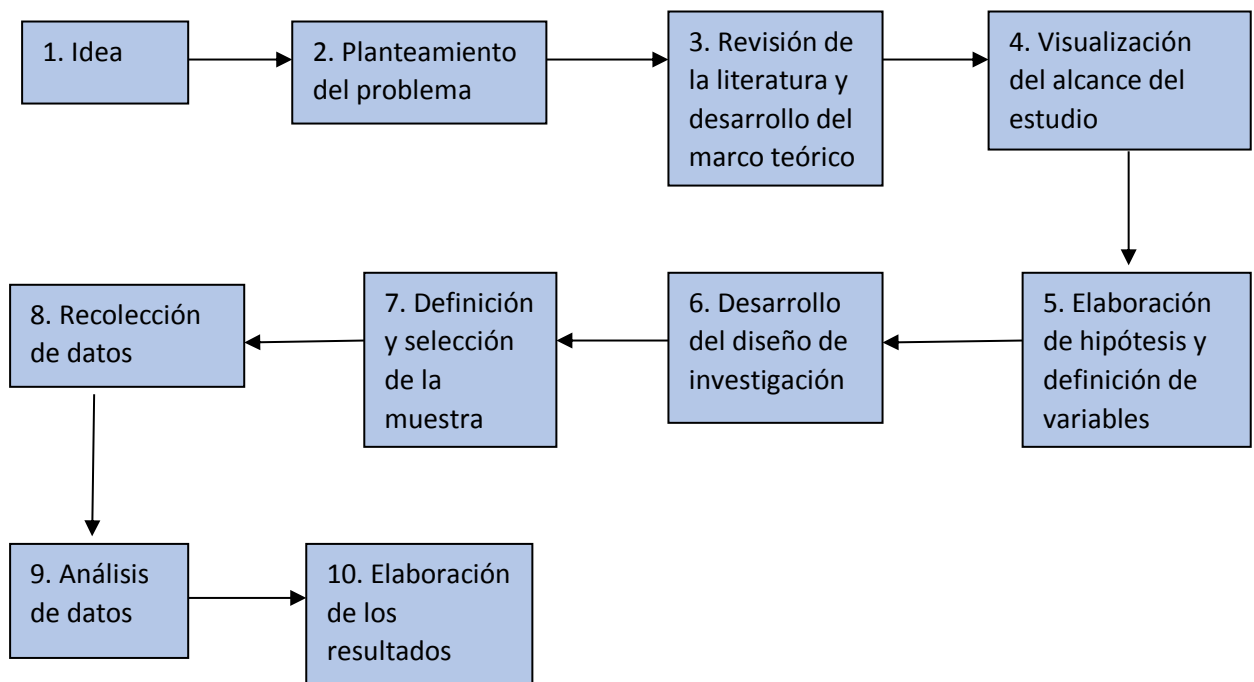
Podemos comenzar definiendo qué es la investigación, “es un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno”<sup>(100)</sup>. La investigación es lo más importante en la rama de la ciencia, ya que debe ser sistemática y cuya teoría debe ser comprobable y válida. Por lo que tiene el objetivo de dar fundamento a las diferentes ramas de la ciencia, basándose en teorías con base y fundamentos para las fuentes de conocimientos del desarrollo histórico de la investigación. Pero a través de una perspectiva específica en ciencias sociales, dónde desde los Estados Unidos, se crea el nombre de “investigación” y se desarrolla para el resto del mundo. La historia de la investigación la podemos dividir en tres etapas: la etapa inicial, la etapa intermedia y por último, la llamada, el tercer momento. Vamos a observar la etapa inicial, en ella vemos que predomina la intuición, la subjetividad; sus preguntas fundamentales tenían que ver con la naturaleza y la satisfacción de las necesidades vitales, y sus respuestas estaban inspiradas en la ingenuidad, la ignorancia, el mito, pero tampoco estaba privando completamente del razonamiento. Durante esta etapa surgieron grandes sabios, buenos observadores de la naturaleza que recogieron el fruto de la experiencia, y además, acumulaban información convirtiéndose en referentes a los que la gente acudía en busca de orientación, cuyas respuestas a dichas preguntas estaban basadas en la moralidad, misticismo y religiosidad. Durante la etapa intermedia, se dejaron de acumular simplemente información y comenzaron a sistematizarla y a codificarla, la ciencia que hasta éste momento sólo había sido una unidad llamada genéricamente filosofía, comenzó a estructurarse en cuerpos doctrinarios, que comenzaron las primeras explicaciones razonadas a los interrogantes del ser humano, que ya se habían rebasado las necesidades de subsistencia, para

abordar a partir de ahora las necesidades de información, satisfacción insaciable de la curiosidad. Es la época en la que grandes filósofos fueron los primeros investigadores, los cuales trataban de acercarse a los hechos para, así, desmitificar aquellas historias fantásticas, además consultaban con otros sabios, con las bibliotecas, entrevistaban a diversas personas, etc. Todo ello movido por la motivación de la búsqueda de la verdad y la razón. En esta etapa comienza la investigación seria y formal, y el nacimiento de las ciencias. Finalmente, es en el tercer momento en el que desde un primer principio los que se llamaron alquimistas y más tarde científicos, no se conformaban con buscar sólo los objetos dónde se encontraran o esperar a que sucediese algún fenómeno para estudiarlo, pues decidieron provocar los hechos, manipular las variables para tener la oportunidad de observar con más detenimiento y verificar mejor sus componentes. Había nacido la experimentación por medio de la intervención y el manejo de los elementos y circunstancias, para así poder hacer un seguimiento más profundo de los fenómenos. Además fueron estableciendo procedimientos que daban forma a lo que llamaron “método científico”, es decir, la rigurosidad en la experimentación, en el manejo de los objetos, procedimientos, instrumentos, datos y el propio razonamiento (101).

Si observamos los movimientos surgidos a lo largo de la historia, vemos que han sido muchos, diversas corrientes de pensamientos como: el empirismo, el materialismo dialéctico, el positivismo, la fenomenología, el estructuralismo y diversos marcos interpretativos como la etnografía y el constructivismo, los cuales han originado diversas rutas en la búsqueda del conocimiento. Todos estos movimientos mencionados, desde el siglo pasado se han concentrado en dos aproximaciones principales para indagar: el enfoque cuantitativo y el enfoque cualitativo. Ambos enfoques emplean procesos

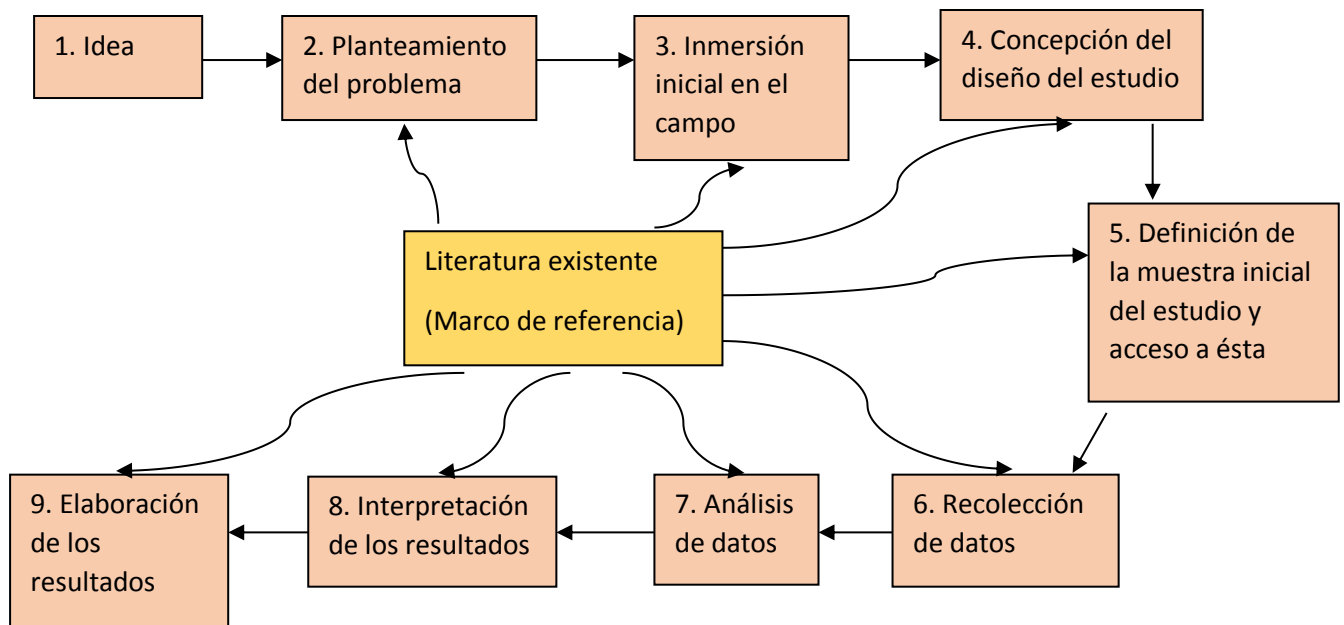
cuidadosos, metódicos y empíricos en su esfuerzo para generar conocimiento, llevan a cabo la observación y evaluación de fenómenos, establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluación realizada, demuestran el grado en que las suposiciones o ideas tienen fundamento, revisan tales suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas o del análisis y proponen nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar y fundamentar las suposiciones e ideas, o incluso para generar otras. Sin embargo, aunque las aproximaciones cuantitativa y cualitativa comparten esas estrategias generales, cada una tiene sus propias características y fases (100).

Gráfico 30: Proceso cuantitativo:



*Fuente: Elaboración propia. Basado: Hernández R., Fernández C., Baptista P. Metodología de la investigación. 5ª ed. México D.F.: Mc Graw Hill; 2010.*

Gráfica 31: Proceso cualitativo:



*Fuente: Elaboración propia. Basado: Hernández R., Fernández C., Baptista P. Metodología de la investigación. 5ª ed. México D.F.: Mc Graw Hill; 2010.*

### 5.1. Investigación cuantitativa:

La investigación cuantitativa se basa en el uso de técnicas estadísticas para conocer ciertos aspectos de interés sobre la población que se está estudiando <sup>(102)</sup>, está directamente basada en el paradigma explicativo. Este paradigma utiliza preferentemente información cuantitativa o cuantificable para describir o tratar de explicar los fenómenos que estudia <sup>(103)</sup>. Este tipo de investigación se puede utilizar en diferentes ámbitos, desde estudios de opinión hasta diagnósticos para establecer políticas de desarrollo. Descansa en el principio de que las partes representan al todo; estudiando a ciertos números de la población (muestra) nos podemos hacer una idea de cómo es la población en su conjunto. Concretamente, se pretende conocer la distribución de ciertas variables de interés en una población. Dichas variables pueden ser tanto cosas objetivas (por ejemplo, número de hijos, altura o nivel de renta) como

subjetivas (opiniones o valoraciones con respecto a algo). Para observar dichas variables, o recolectar información, se suelen utilizar distintas técnicas, como las encuestas o la medición. Como anteriormente se ha expuesto, no hace falta observar todos los sujetos de la población, sino solamente una muestra de la misma. Siempre que la muestra se escoja de manera aleatoria, será posible establecer hasta qué punto los resultados obtenidos para la muestra son generalizables a toda la población. La metodología cuantitativa tiene la virtud de plantear una serie de pasos que permiten estudiar un fenómeno de forma estandarizada, acotando en gran medida la interferencia de los sesgos (conscientes o no) del investigador. Además la comunicación de los resultados en forma de estadísticas y gráficas resulta fácil y rápida de entender por el público en general y los tomadores de decisiones. Ese potencial de neutralidad le confiere un halo de objetividad y verdad indiscutible <sup>(102)</sup>.

Debemos prestar una gran atención al alcance del estudio, pues a través de él, los datos que se recolectan, la manera de obtenerlos, el muestreo y otros componentes del proceso de investigación son distintos en estudios exploratorios, descriptivos, correlacionales y explicativos <sup>(104)</sup>. Utilizaremos los *estudios exploratorios* cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o incluso no se abordado anteriormente. Por otro lado, los *estudios descriptivos* buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, por lo tanto, su objetivo no es indicar como se relacionan éstas. Con los *estudios correlacionales* se pretenden responder a preguntas de investigación. Tiene

como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular. Y por último, tenemos el *estudio explicativo*, los cuales van más allá de la descripción de conceptos y fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; es decir, están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales <sup>(100)</sup>.

Tampoco podemos olvidar la gran importancia que tiene el diseño de la investigación, en este enfoque cuantitativo, el investigador utiliza su o sus diseños para analizar la certeza de las hipótesis formuladas en un contexto en particular para aportar evidencias respecto a los lineamientos de la investigación (si es que no se tiene hipótesis). Pero, ¿de qué tipos de diseños disponemos para investigar? En la literatura sobre la investigación cuantitativa es posible encontrar diferentes clasificaciones de los diseños, pero yo me voy a centrar en la que diferencia sólo dos tipos: investigación experimental e investigación no experimental. A su vez, la primera podría dividirse de acuerdo con las clásicas categorías de Campbell y Stanley en: preexperimentos, experimentos “puros” y cuasiexperimentos. Y por otro lado, la investigación no experimental la subdividimos en diseños transversales y diseños longitudinales.

**-Diseños experimentales:** Podemos definirlo, como un estudio en el que se manipulan intencionalmente una o más variables independientes (supuestas causas-antecedentes), para analizar las consecuencias que la manipulación tiene sobre una o más variables dependientes (supuestos efectos-consecuencias), dentro de una situación de control para el investigador.

Gráfica 32: Esquema de experimento y variable:

Causa (variable independiente) X  $\longrightarrow$  Efecto (variable dependiente) Y

*Fuente: Elaboración propia. Basado en: Hernández R., Fernández C., Baptista P. Metodología de la investigación. 5ª ed. México D.F.: Mc Graw Hill; 2010.*

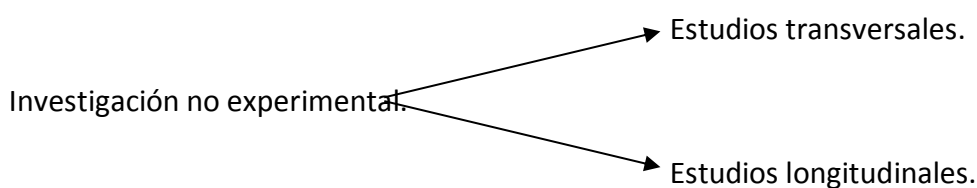
Dentro de los diseños experimentales, los tipos más comúnmente conocidos según la tipología de Campbell y Stanley son: los preexperimentos, experimentos y cuasiexperimentos.

**-Diseños no experimentales:** Podríamos definirlos como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente las variables. Es decir, se trata de estudios dónde no hacemos variar de forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos. En este tipo de investigación las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre dichas variables ni se puede influir sobre ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos. La investigación no experimental es la línea divisoria de varios estudios cuantitativos, como las encuestas de opinión, los estudios ex post-facto retrospectivos y prospectivos, etc. En éste tipo de investigación no existe ni la manipulación intencional (como ya hemos hecho referencia anteriormente) ni asignación al azar. Es una investigación sistemática y empírica. Para catalogar esta investigación diversos autores han adoptado diversos criterios, sin embargo, yo utilizaré la siguiente manera de clasificar dicha investigación: por su dimensión temporal o el número de momentos o puntos en el tiempo, en los cuales se recolectan datos. Dependiendo de la investigación, nos podemos centrar en: a) Analizar

cuál es el nivel o modalidad de una o diversas variables en un momento dado; b) Evaluar una situación, comunidad, evento, fenómeno o contexto en un punto del tiempo; y finalmente, c) Determinar o ubicar cuál es la relación entre un conjunto de variables en un momento.

En estos casos el diseño apropiado, bajo un enfoque no experimental, es el transversal o transeccional. Ya sea que su alcance inicial o final sea exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo. Y otras veces, la investigación se concentra en: a) Estudiar cómo evoluciona una o más variables o las relaciones entre ellas; b) Analizar los cambios a través del tiempo de un evento, una comunidad, un fenómeno, una situación o un contexto. En situaciones como esta el diseño apropiado es longitudinal. Por lo tanto, los diseños no experimentales los podemos clasificar en estudios longitudinales y transversales.

Gráfica 33: Investigación no experimental:



*Fuente: Elaboración propia. Basado en: Hernández R., Fernández C., Baptista P. Metodología de la investigación. 5ª ed. México D.F.: Mc Graw Hill; 2010.*

-Estudio de casos: Son considerados por algunos autores y autoras como una clase de diseños, a la par de los experimentales, no experimentales y cualitativos. La realidad es que este tipo de diseño es todo lo anterior descrito en los diversos diseños

de antes. Poseen sus propios procedimientos y clases de diseños. Se podrían definir como estudios que al utilizar los procesos de investigación cuantitativa, cualitativa o mixta; analizan profundamente una unidad para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar alguna teoría. En ocasiones, estos estudios utilizan la experimentación, es decir, se constituyen en estudios preexperimentales. Otras veces se fundamentan en un diseño no experimental y en ciertas situaciones se convierten en estudios cualitativos, al emplear métodos cualitativos. Por lo tanto, puede valerse también de las herramientas de la investigación mixta <sup>(100)</sup>.

## **5.2. Investigación cualitativa:**

La investigación cualitativa tiene sus orígenes en la antropología y pretende una comprensión holística, no traducibles en términos matemáticos y pone el énfasis en la profundidad. Además, está basada en el paradigma de investigación naturalista, con la cual se pretende explicar los fenómenos desde la interpretación subjetiva de las personas, examinan el modo en el que se experimenta el mundo. A partir de ella, se pretende describir qué existe, cómo varía en las diferentes circunstancias y cuáles son las causas subyacentes. El foco de la investigación, por tanto, se centra en la búsqueda de explicaciones subyacentes, percepciones, sentimientos y opiniones de los sujetos del estudio <sup>(105)</sup>. El investigador pretende conocer el fenómeno que estudia en su entorno natural, siendo el propio investigador el principal instrumento para la generación y recogida de datos <sup>(106)</sup>, además de describir la unidad en profundidad, en detalle, basada en el contexto y de una manera total <sup>(107)</sup>, pues no busca la “verdad” sino una comprensión detallada de las perspectivas de las personas que participan que participan

en el estudio, y para ello debe aportar sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones <sup>(105)</sup>. En estos estudios generalmente la población que participa es limitada pero la información que se recopila de los participantes es muy profunda <sup>(107)</sup>. La investigación cualitativa es inductiva y se presenta como idónea para conocer problemas que han sido poco estudiados o sobre los que se tienen pocos conocimientos <sup>(105)</sup>. Las características generales de este tipo de investigación son: a) Se trata de estudios flexibles y elásticos, es decir, pueden adaptarse a lo que descubren mientras se recogen los datos; b) Implica la fusión de diferentes metodologías; c) Tiende a ser holista, ya que se esfuerza por comprender la totalidad del fenómeno que se estudia; d) Se concentra en comprender el fenómeno o entorno social, no busca hacer predicciones sobre dicho entorno o fenómeno; e) Exige gran dedicación por parte del investigador; f) El propio investigador es el instrumento de investigación; g) Requiere de un análisis continuo de los datos; h) Impulsa al investigador a construir un modelo de lo que se intuye en el ambiente social o de lo que trata el fenómeno de interés; i) Analiza el cometido del investigador y sus propios sesgos o prejuicios <sup>(106)</sup>.

Hay que tener en cuenta que cuando realizamos un estudio cualitativo debemos seguir un planteamiento, el cual suele incluir: los objetivos, las preguntas de investigación, la justificación y la viabilidad, una exploración de las deficiencias en el conocimiento del problema y la definición inicial del ambiente o contexto <sup>(100)</sup>. Cuando queramos comenzar una investigación cualitativa, tendremos que tener en cuenta una serie de pasos o fases a seguir para realizarla correctamente, dónde las dos primeras fases son comunes tanto para la investigación cuantitativa como para la cualitativa, pues comenzamos partiendo de una *idea* inicial. Seguidamente, pasamos al *planteamiento del problema*, en la que necesitamos delimitar nuestro campo de actuación y establecer

nuestros límites de forma clara, ya que dentro de ellos debemos realizar nuestra investigación <sup>(108)</sup>. Como paso número tres tenemos la *inmersión inicial en el campo*, lo que significa sensibilizarnos con el ambiente o entorno en el cual se llevará a cabo nuestro estudio. A continuación, tenemos la *definición de la muestra inicial del estudio y acceso a ésta*, en ella debemos seleccionar un grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades... Después tocaría la hora de *recolectar los datos* de nuestro estudio, en esta fase ocurre igual que en el proceso cuantitativo, dicha recolección de datos resulta fundamental, solamente que su propósito no es medir variables para llevar a cabo inferencias y análisis estadísticos, sino que lo que buscamos es sólo obtener datos. Podemos obtener nuestros datos a través de entrevistas, de la observación, de sesiones en profundidad o grupos de enfoque o mediante documentos, registros o materiales. Debemos seguir con el *análisis de datos*, aunque en la investigación cualitativa la recolección de datos y el análisis ocurren prácticamente en paralelo <sup>(100)</sup>. La *recolección de datos* consiste fundamentalmente en que nosotros damos estructura a los datos desestructurados que recibimos. Como fase número ocho, se encuentra la *interpretación de los resultados*, dónde los datos obtenidos mediante la recolección de ellos. Y, por último, realizaremos la *elaboración de los resultados*, en la cual, tenemos que interpretar los resultados obtenidos durante las fases anteriores y obtener la información para comunicar dichos resultados <sup>(102)</sup>.

Cómo se ha expuesto un poco más arriba, la recolección de datos resulta fundamental en este tipo de estudios, dónde las principales *herramientas* de las que puede disponer el investigador cualitativo para obtener dichos datos son:

*-La observación:* Para la investigación cualitativa debemos estar entrenados para observar. Esta observación cualitativa no se limita solamente en el sentido de la vista, sino que implica todos los sentidos. No es una mera observación, implica adentrarnos en profundidad a situaciones sociales y mantener un papel activo, así como una reflexión permanente, además de estar atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones. Respecto a los periodos de observación, en la investigación cualitativa es abierto.

*-La entrevista:* Se define como una reunión entre personas (el entrevistador y el entrevistado o entrevistados) para conversar e intercambiar información. En ella, a través de las preguntas y las respuestas se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados de un tema. Podemos dividir las entrevistas en: Estructuradas (dónde el entrevistador realiza su labor con base a una guía de preguntas específicas y éste se sujeta exclusivamente a ésta); Semiestructuradas (se basan en una guía de preguntas pero el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales, para precisar conceptos u obtener información sobre temas deseados); Y finalmente, se encuentran las no estructuradas o abiertas (las cuales se fundamentan en una guía general de contenidos y el entrevistador posee toda la flexibilidad para manejarla, dicho entrevistador es el que maneja el ritmo, la estructura y el contenido). Estas entrevistas se utilizan como herramientas para obtener datos cualitativos cuando el problema de estudio no se puede observar o es muy difícil hacerlo por ética o complejidad.

*-Sesiones en profundidad o grupos de enfoque:* Algunos autores lo consideran como una especie de entrevistas grupales, las cuales consisten en reuniones

de grupos pequeños o medianos (de tres a diez personas), en las cuales los participantes conversan entorno a uno o varios temas en un ambiente relajado e informal, bajo la conducción de un especialista en dinámicas grupales.

*-Documentos, registros, materiales y artefactos:* Son una fuente muy valiosa para las investigaciones cualitativas, pues nos pueden ayudar a entender el fenómeno central de estudio. Éstos materiales, registros, documentos y artefactos pueden ser de dos tipos: *Individuales y grupales*.

*-Biografías e historias de vida:* Muy utilizada en la investigación cualitativa, puede ser también individual o colectiva. Se construyen mediante la obtención de documentos, registros, materiales y artefactos anteriormente explicados, también por medio de entrevistas. En ellas, el investigador debe obtener datos profundos y completos sobre cómo ven los individuos los acontecimientos de sus vidas y a sí mismos.

*-Triangulación de métodos de recolección de datos:* Siempre y cuando los recursos lo permitan, es conveniente tener varias fuentes de información y método para recolectar los datos, ya que así se posee una mayor riqueza, amplitud y profundidad en los datos. A este hecho de utilizar diferentes fuentes y métodos de recolección se le denomina triangulación de datos.

Resulta difícil saber qué tipos de diseños cualitativos existen, pues existen diferentes autores que describen lo difícil que resulta realizar esta clasificación, pero para esta tesis, yo adoptaré la más común y reciente: a) Teoría fundamentada; b) Diseños etnográficos; c) Diseños narrativos; y d) Diseños de investigación-acción. Además es importante señalar que las “fronteras” entre tales diseños son sumamente

relativas, realmente no existen, y la mayoría de los estudios toma elementos de más de uno de éstos, es decir, los diseños se yuxtaponen <sup>(100)</sup>.

a) Diseños de teoría fundamentada: Se trata de una metodología general fundamentada en una recogida y análisis de datos. La teoría se desarrolla durante la investigación, y esto se realiza a través de una continua pregunta entre el análisis y la recogida de datos. Las fuentes de datos son las entrevistas y las observaciones de campo, así como los documentos de todo tipo, grabaciones audiovisuales, etc. La principal diferencia que existe entre este método y otros cualitativos reside en su énfasis en la generación de teorías <sup>(109)</sup>. Esta teoría es especialmente útil cuando las teorías disponibles no explican el fenómeno o planteamiento del problema, o bien, cuando no cubren a los participantes o muestra de interés. Se diseñaron dos diseños de la teoría fundamentada: sistemático y emergente.

b) Diseños etnográficos: Pretenden describir y analizar ideas, creencias, significados, conocimientos y prácticas de grupos, culturas y comunidades. Incluso también pueden abarcar historia, geografía, subsistemas socioeconómicos, educativos, políticos y culturales de un sistema social. La etnografía implica la descripción e interpretación profunda de un grupo, sistema social o cultural. Este diseño tiene como propósito describir y analizar lo que las personas de un sitio, estrato o contexto determinado hacen usualmente; así como los significados que le dan a ese comportamiento realizado bajo circunstancias comunes o especiales, y finalmente, presentan los resultados de manera que se resalten las regularidades que implican proceso cultural. Existen diversas clasificaciones de los diseños etnográficos, pero en este caso me centraré en la que realiza Creswel, la cuales es: *Diseños realistas o mixtos*,

*diseños críticos, diseños clásicos, diseños microetnográfico, estudios de casos culturales, metaetnografía.*

c) Diseños narrativos: En este tipo de diseño, el investigador recolecta datos sobre las historias de vida y experiencias de ciertas personas para describirlas y analizarlas. Suele usarse cuando el objetivo es evaluar una serie de acontecimientos. El investigador obtiene los datos de autobiografías, biografías, entrevistas, documentos, artefactos y materiales y testimonios. Según Mertens estos estudios narrativos los podemos dividir en: 1) De tópicos; 2) Biográficos; 3) Autobiográficos <sup>(100)</sup>.

d) Diseños de investigación-acción: Este tipo de diseño se concibe desde una perspectiva diferente a la concepción positivista, defendiendo la unión del investigador/investigado. En ellos, se implica un talante democrático, con una perspectiva comunitaria, pues no se puede hacer de manera aislada, es necesaria la implicación grupal. Así pues, se trata de una búsqueda autorreflexiva, llevada a cabo por participantes en situaciones sociales para perfeccionar la lógica y la equidad de: a) las propias prácticas sociales o educativas en las que se efectúan estas prácticas, b) comprensión de estas prácticas, y c) las situaciones en las que se efectúan estas prácticas <sup>(109)</sup>. Se busca resolver problemas cotidianos e inmediatos, además, de mejorar prácticas concretas.

e) Otros diseños: Existen diseños que, según algunos autores, también se pueden incluir en este grupo de estudios cualitativos, como, por ejemplo, los diseños fenomenológicos, los cuales se enfocan en experiencias individuales subjetivas de los participantes, dónde se pretende reconocer las experiencias de las personas y el significado de un fenómeno o experiencia. En ellos se pretende describir y entender los

fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente. Se basa en el análisis de discursos y temas específicos, así como la búsqueda de posibles significados.

### **5.3. Diferencias entre el método cuantitativo y el método cualitativo:**

El debate sobre las metodologías de investigación cuantitativa y cualitativa ha sido constante en el mundo de las ciencias. Tal debate tiene sus raíces en las tradiciones científicas, epistemológicas y filosóficas del pensamiento occidental <sup>(110)</sup>. Para saber cuál es la diferencia real entre el método cuantitativo y el método cualitativo, debemos recordar que en el enfoque cuantitativo se pretende intencionadamente acotar la información, para medir con precisión las variables del estudio, mientras que para el enfoque cualitativo se busca principalmente la dispersión o expansión de los datos e información. En estas investigaciones cualitativas, la reflexión es el puente que vincula al investigador y a los participantes, para construir creencias propias sobre el fenómeno estudiado. Mientras que en un estudio cuantitativo se basa en otros previos, éste se utiliza para consolidar las creencias, las cuales son formuladas de manera lógica en una teoría o esquema teórico y así establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población <sup>(100)</sup>. Si observamos lo que afirma Stake, vemos que sitúa las diferencias fundamentales entre ambas investigaciones en tres aspectos fundamentales: a) La distinción entre la explicación y la comprensión como propósito del proceso de indagación en la cualitativa; b) La distinción entre el papel personal e impersonal que puede adoptar el investigador en ambos diseños; y c) La distinción entre conocimiento descubierto y conocimiento construido. <sup>(14)</sup> Más allá de iniciar un discurso sobre la

historia de la ciencia, conviene destacar que este pluralismo metodológico, más que confundir al investigador, debe proporcionarle una diversidad metodológica que le permita ampliar, optimizar y perfeccionar su actividad investigadora <sup>(110)</sup>. Pues el empleo de ambos procedimientos cuantitativos y cualitativos en una investigación, probablemente podría ayudar a corregir los sesgos propios de cada método, pero el hecho de que la metodología cuantitativa sea la más utilizada no es producto del azar, sino de la evolución de dicho método científico a lo largo de los años <sup>(111)</sup>.

Tabla 34. Diferencias entre investigación cuantitativa y cualitativa:

<b>Investigación cuantitativa</b>	<b>Investigación cualitativa</b>
Basada en la inducción probabilística del positivismo lógico	Centrada en la fenomenología y comprensión
Medición penetrante y controlada	Observación naturista sin control
Objetiva	Subjetiva
Inferencias más allá de los datos	Inferencias de sus datos
Confirmatoria, inferencial y deductiva	Exploratoria, inductiva y descriptiva
Orientada al resultado	Orientada al proceso
Datos “sólidos y repetibles”	Datos “ricos y profundos”
Generalizable	No generalizable
Particularista	Holista
Realidad estática	Realidad dinámica

*Fuente: Elaboración propia. Basado en: Mendoza R. Investigación cualitativa y cuantitativa- Diferencias y limitaciones (monografía en internet). Monografias.com. (Acceso 8 de Marzo de 2014). Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos38/investigacion-cualitativa/investigacion-cualitativa.shtml>*

Tabla 35. Ventajas e inconvenientes de los métodos cuantitativos y cualitativos:

<b>Método cuantitativo</b>	<b>Método cualitativo</b>
Propensión a “servirse de” los sujetos del estudio	Propensión a “comunicarse con” los sujetos del estudio
Se limita a responder	Se limita a preguntar
Son débiles en términos de validez interna (casi nunca sabemos si miden lo que quieren medir) pero son fuertes en validez externa, lo que encuentran es generalizable a la población	Comunicación más horizontal, entre el investigador y los investigados, mayor naturalidad y habilidad de estudiar los factores sociales en un escenario natural
Son débiles en términos de validez interna (casi nunca sabemos si miden lo que quieren medir) pero son fuertes en validez externa, lo que encuentran es generalizable a la población	Son fuerte en términos de validez interna, pero son débiles en validez externa, lo que encuentran no es generalizable a la población

*Fuente: Elaboración propia. Basado en: Mendoza R. Investigación cualitativa y cuantitativa- Diferencias y limitaciones (monografía en internet). Monografias.com. (Acceso 8 de Marzo de 2014). Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos38/investigacion-cualitativa/investigacion-cualitativa.shtml>*

#### **5.4. Estudios mixtos:**

Existen muchas definiciones para estos diseños de investigación, pero, personalmente, creo que una de las más amplias y bien realizada podría ser la siguiente: Los métodos de investigación mixta son la integración sistemática de los métodos cuantitativo y cualitativo en un solo estudio, con el fin de obtener una “fotografía” más completa del fenómeno. Éstos pueden ser conjuntados de tal manera que las aproximaciones cuantitativa y cualitativa conserven sus estructuras y procedimientos originales (forma pura de los métodos mixtos). Alternativamente, estos métodos

pueden ser adaptados, alterados o sintetizados para efectuar la investigación y lidiar con los costos del estudio (forma modificada de los métodos mixtos). Además, algunos autores visualizan a la investigación mista como un continuo en donde se mezclan los enfoques cuantitativo y cualitativo, centrandose más en uno de ellos o en los dos con el mismo peso. Si queremos situar a los métodos mixtos dentro del espectro de las clases de investigación y diseños, debemos saber que los métodos cuantitativo y cualitativo son monometódicos (implican un solo método), mientras que los diseños mixtos son multimetódicos (pues implican más de un solo método). Como ventaja de estos tipos de investigaciones con respecto a los anteriores diseños se encuentra en que en ellos se da un enriquecimiento de la muestra, una mayor fidelidad del instrumento, integración del tratamiento o intervención (lo que asegura su confiabilidad) y por último optimiza significados.

Como etapas claves de estos estudios mixtos encontramos:

- *Planteamiento de problemas mixtos.*

- *Revisión de la literatura.*

- *Hipótesis.*

- *Diseños:* Realmente cada estudio mixto implica un trabajo único y un diseño propio, pero podemos identificar modelos generales de diseños que combinan los métodos cuantitativos y cualitativos, y que guían la construcción y el desarrollo del diseño particular. En el desarrollo de los métodos mixtos se han generado diversas clasificaciones de éstos, pero yo desarrollaré la dada por Hernández Sampieri y Mendoza, de forma que podemos encontrar:

- a) Diseño exploratorio secuencial (DEXPLOS).
- b) Diseño explicativo secuencial (DEXPLIS).
- c) Diseño transformativo secuencial (DITRAS).
- d) Diseño de triangulación concurrente (DITRIAC).
  
- e) Diseño anidado o incrustado concurrente de modelo dominante (DIAC).
  
- f) Diseño anidado ocurrente de varios niveles (DIACNIV).
  
- g) Diseño transformativo concurrente (DISTRAC) <sup>(100)</sup>.
  
- h) Diseño de integración múltiple (DIM) <sup>(112)</sup>.

### **5.5. Investigación científica en enfermería:**

La investigación en enfermería y ciencias de la salud entraña una búsqueda sistemática de conocimientos sobre temas de importancia para el ejercicio profesional en estos campos. Su desarrollo en los últimos tres decenios ha sido considerable y brinda a los profesionales una base cada vez más sólida de conocimientos para la práctica. Como meta final de la enfermería, y de toda profesión, es mejorar la aptitud práctica de sus interrogantes, de modo que los servicios prestados a los pacientes tengan la mayor eficacia. Por ello, los estudiantes y profesionales de las diferentes ramas de la atención de la salud, asumen distintas posturas en lo que respecta a la investigación científica. De este modo se configura un continuo que refleja distintos grados de participación en el proceso de realización y difusión de las investigaciones. El investigador científico

persigue entender, explicar y predecir o controlar los fenómenos, sin embargo, lleva a cabo esta tarea más ordenada y sistemática que en la resolución cotidiana de los problemas, pues el método científico entraña la aplicación formal de procedimientos lógicos y sistemáticos que guían la indagación de los fenómenos de interés. Los métodos aplicados para afrontar problemas de interés en el desarrollo de una base científica en el área de la enfermería son muy variados. Esta diversidad resulta indispensable para el espíritu científico. Como ya se ha explicado antes existen dos grandes e importantes vertientes en las que se pueden dividir los diseños de investigación, la investigación cuantitativa y la cualitativa, donde la mayor parte de las investigaciones en ciencias de la salud son de carácter cuantitativo, aunque se registran un número creciente de investigaciones cualitativas. Así mismo, recientemente ha habido un incremento considerable en el número de estudios en los que se aplican por igual los métodos cuantitativos y cualitativos, los llamados métodos mixtos <sup>(113)</sup>. Debemos recordar que Nightingale, la primera enfermera investigadora, fue una estadística competente, y que sus trabajos y la organización del trabajo de enfermería estuvieron basados en datos cuantitativos. Podemos afirmar, que hasta los años sesenta, todos los estudios de investigación en enfermería fueron cuantitativos. E, incluso hoy, más del noventa por ciento lo son. Igualmente, los análisis de la producción científica de los investigadores muestran que los diseños mayoritariamente empleados han sido también los cuantitativos. Por lo tanto, no es sorprendente que la mayoría de los textos y manuales de investigación en enfermería recogieran hasta muy recientemente, casi exclusivamente, técnicas y procedimientos cuantitativos. No hay duda que la investigación cuantitativa ha sido útil para el avance de la enfermería como disciplina científica. Especialmente, esto ha sido así, en los estudios dirigidos a solucionar

problemas o evaluar aquellos aspectos de enfermería susceptibles de medición. Pero en los años ochenta se observa en enfermería un creciente entusiasmo por los diseños cualitativos, principalmente por los procedentes de la fenomenología, de la etnografía, los estudios de casos y la teoría fundamentada en la realidad. Este entusiasmo se ha visto traducido en un incremento del número en investigaciones que emplean diseños cualitativos. Los que proponen este tipo metodológico lo justifican apelando a la incapacidad de los métodos cuantitativos para dar cuentas a los fenómenos que no son medibles, cuantificables, que se centran en la experiencia social, en cómo es creada, y cómo la vida humana cobra significado en esta experiencia. Todo ello se argumenta porque, la enfermería como disciplina y como práctica es el cuidado holista de los seres humanos, por lo que hay un espacio nítido para las técnicas de investigación cualitativa. Esto es así porque el holismo implica atender no sólo a las dimensiones biofísicas, sino también a las socioculturales, y aún las espirituales. Finalmente, en esta última década, con éste nuevo énfasis en la investigación cualitativa, se ha sucedido un debate inevitable sobre los méritos de ambas investigaciones, la cualitativa y la cuantitativa. Pero debemos tener en cuenta, que el cuerpo de la investigación en enfermería, históricamente y en la actualidad, recae en la investigación cuantitativa, y que el peso de la investigación cualitativa es, a día de hoy, prácticamente testimonial. Es característica, además, la interrelación entre niveles, pues las áreas de la enfermería clínica difieren en la intensidad de su dependencia de los distintos niveles. De este modo, la investigación en enfermería debe intentar reunir aspectos cuantitativos y cualitativos, la enfermería ha reconocido casi desde siempre la unicidad de la experiencia personal (lo cualitativo), pero sin desatender los aspectos comunes de las necesidades y los cuidados retrospectivos (lo cuantitativo). Ambas metodologías son

pertinentes en la investigación en enfermería, como acabamos de ver. Además ambas pueden complementarse de forma que se vigoricen mutuamente. Así, el conocimiento de origen cuantitativo se asienta sobre bases cualitativas, de forma que toda medición se halla fundada en innumerables suposiciones cualitativas acerca del instrumento de medida y de la realidad evaluada. La elección de un modelo estadístico que encaje con los datos, la interpretación de resultados a que dé lugar y la generalización de los descubrimientos a otros entornos se hallan basadas en un conocimiento cualitativo. El empleo combinado de técnicas cualitativas y cuantitativas en una investigación o en un programa de investigación o cualquier aproximación multimétodo puede contribuir a controlar y corregir los sesgos propios de cada método, como ya se ha explicado detalladamente anteriormente. Pero a pesar del aumento tanto de la investigación cualitativa como de los métodos mixtos en la enfermería, según la prospección realizada por Abdellah y Levine, afirman que la investigación en la enfermería seguirá siendo mayoritariamente cuantitativa <sup>(114)</sup>.

Un punto muy importante y destacado que debemos hacer referencia en la investigación enfermera, es todo lo referente a la ética en éste tipo de investigaciones, pues cuando se recurre a los seres humanos como sujetos de la investigación científica, cosa que por lo general ocurre en la investigación en enfermería y en ciencias de la salud, debe tenerse sumo cuidado para asegurar que sus derechos se hallen protegidos. Durante los últimos cuatro decenios, se han establecidos diversos códigos de ética, para evitar así las violaciones a los derechos humanos que pudiesen producirse. Uno de los primeros esfuerzos reconocidos internacionalmente para establecer normas éticas es el conocido como código de Nuremberg, posteriormente se crearon también algunas otras normas internacionales, entre las que destaca la Declaración de Helsinki en 1975. Pero

la mayoría de las disciplinas han establecido sus propios códigos éticos, como por ejemplo, La American Nurses Association, la American Sociological Association, etc., pero debemos destacar la National Commission for the protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (Comisión nacional para la protección de sujetos humanos en investigación biomédica y de la conducta) en el año 1978, pues adoptó un código ético de especial importancia, el cual sirvió como modelo para muchos de los lineamientos que adoptaron las diferentes disciplinas específicas. Se postularon tres principios éticos primordiales para la investigación, como son, el principio de beneficencia, el respeto a la dignidad humana y la justicia.

*-Principio de beneficencia:* tiene como principio no hacer daño, pero múltiples autores consideran que este principio encierra múltiples dimensiones. Cuando se realiza una investigación es inaceptable que a los participantes se les exponga a experiencias que den por resultado daños graves o permanentes, tanto físico como psicológico. Además involucrarse en un estudio de investigación no debe situar a los sujetos en desventaja o exponerlos a situaciones para las que no hayan sido preparados explícitamente. Se requiere asegurar que su participación o la información que proporcionen no serán utilizadas de ninguna forma contra ellos.

*-Principio de respeto a la dignidad humana:* Este principio comprende el derecho a la autodeterminación y al conocimiento irrestricto de la información. Los seres humanos deben ser tratados como entidades autónomas, capaces de conducir sus propias actividades y destinos, Este principio significa que los posibles sujetos de investigación tienen el derecho de decidir voluntariamente, si quieren o no participar en un estudio, sin el riesgo de exponerse a represalias o a un trato prejudicado. Además

ellos tienen el derecho de decidir en cualquier momento el dar por terminada su participación en el estudio. El participante debe ser informado y tomar voluntariamente la decisión de participar o no.

*-Principio de justicia:* Los participantes en una investigación tienen el derecho a un trato justo y equitativo, tanto antes como durante y después de su participación. El trato justo comprende la selección justa y no discriminatoria de los sujetos, el trato sin prejuicios de aquéllos que se rehúsen a participar o que abandonen el estudio después de haber consentido en participar, el cumplimiento de todos los acuerdos establecidos entre el investigador y el sujeto, el que los sujetos puedan ponerse en contacto con el personal investigador en cualquier momento a fin de aclarar cualquier información respecto a la misma, el acceso del sujeto a una adecuada asesoría profesional en caso de cualquier daño físico o psicológico, y por último, y no por ello menos importante, un trato respetuoso y amable en todo momento. La investigación que involucre seres humanos conlleva cierto grado de intromisión en la vida privada de los sujetos. Así pues, es necesario que los investigadores se percaten de que la investigación no invada más de lo necesario estos terrenos y que se conserve la privacidad del sujeto a lo largo del estudio. Para salvaguardar la confidencialidad de los sujetos los investigadores pueden: obtener datos generales únicamente cuando resulte imprescindible, asignar un número de identificación a cada sujeto en lugar de otra identificación, conservar los archivos bajo llave, restringir a un número reducido de personas el acceso a los datos de identificación, etc. Y finalmente, no podemos olvidar la importancia del consentimiento informado, pues con él, los sujetos del estudio dan su consentimiento a participar o no, estos se encuentran bien informado acerca de la naturaleza de la investigación, de los

costos y beneficios de esta, que son capaces de entenderla y que pueden ejercer su libre elección, lo cual les da el poder de aceptar o declinar dicha participación.

Un buen número de comentaristas han señalado que el avance con respecto al uso de los resultados de la investigación en enfermería ha procedido con lentitud, incluso con demasiada lentitud, para quienes se encuentran ansiosos por establecer una base científica para las actividades de la enfermería. A continuación expondré las posibilidades de aplicar los resultados de un estudio y el grado en el que la aplicación se ha llevado a cabo.

*-Integración de la investigación a la práctica, potencialidades:* El proceso de enfermería es complejo y exige que la enfermera participe en diversas actividades que requieren la toma de decisiones. Durante el cuidado de un paciente, la enfermera recaba información necesaria, valora y hace diagnósticos, desarrolla planes para llevar a cabo las actividades adecuadas, inicia diversas intervenciones y evalúa el efecto de las mismas. Tales actividades corresponden a las cinco fases de la enfermería descrita en las “Normas para la práctica” establecidas durante el “American Nurses Association Congress for Practice” en el año 1973, donde en cada una de estas fases, los resultados de la investigación pueden contribuir a la toma de decisiones mejor sustentadas y a la realización de actividades que se fundamenten en principios sólidos y científicos. De aquí que la investigación que efectúan las enfermeras tenga potencial necesario para desempeñar un papel decisivo en el perfeccionamiento de la calidad práctica de la enfermería, de la eficiencia con la que se proporciona y del proceso que permite llevarla a cabo.

*-Integración de la investigación a la práctica, situación actual:* Como ya hemos expuesto anteriormente, el uso potencial de la investigación en las diversas fases del proceso de enfermería es muy amplio, sin embargo, aún persiste la idea de que las enfermeras no han aprovechado este potencial en la toma de decisiones para mejorar su desempeño. Esta preocupación se fundamenta en pruebas que sugieren que las enfermeras prácticamente no siempre conocen los resultados de la investigación y, por consecuencia, no los incorpora de manera efectiva en el ejercicio de su profesión. Por lo tanto, no cabe duda que existe un distanciamiento entre la producción de conocimientos y su aplicación, tanto en el campo de la enfermería como en otras disciplinas. Pero cierto distanciamiento resulta siempre inevitable, y ante la imperfección de la investigación científica como medio para la adquisición de conocimientos, puede incluso ser necesario. Más aún, cabe la posibilidad de que la brecha identificativa en los estudios antes citados resulte desmedida por tres razones, primero, los estudios sobre la aplicación de la investigación no siempre consideran los cambios tecnológicos, los cuales pueden llevar al conocimiento a ser relevante. Segundo, un factor importante, en la aplicación de los hallazgos de la investigación es la valoración de su costo y beneficio. Tercero, los estudios sobre la aplicación de los resultados de la investigación se dirigen en lo fundamental a un extremo del continuo de utilización, es decir, a la aplicación fundamental, esto significa que suelen centrarse en el grado en que cierta información específica se utiliza en situaciones de enfermería específica. Así pues, las enfermeras se percatan cada vez más del valor de la investigación, mientras que el creciente volumen de estudios comienza a romper con las tradiciones en el ejercicio de la enfermería.

*-Esfuerzos para mejorar la aplicación:* Aunque la necesidad de reducir la brecha entre la investigación y la práctica de la enfermería es aún tema de numerosas controversias, en realidad se ha hecho poco en términos formales para lograrlo. Las principales acciones tomadas al respecto son: Proyecto Wiche, el proyecto Ncast y el proyecto Curn.

Por lo general suelen transcurrir varios años entre el momento en que el investigador conceptúa y diseña un estudio y la fecha en la que los resultados aparecen en las publicaciones especializadas, aunque quizás transcurra más años entre el momento en que se publiquen los resultados y en el que las enfermeras los conozcan y e intenten llevarlos a la práctica. Por ello, se registra un lapso de diez años o más entre el planteamiento del problema y la aplicación de la solución, si es que alguna vez llega a aplicarse. Algunas de las estrategias para salvar posibles barreras que pueden aparecer en la aplicación de la investigación en enfermería, las cuales las podemos agrupar en cuatro categorías principales de acuerdo con su origen: 1) propias del estudio; 2) de las enfermeras practicantes; 3) de las instituciones; y 4) de la profesión de la enfermería

(113)

# **CAPÍTULO 6**

## **6. Diseño de la investigación:**

### **6.1. Sujetos:**

#### **Unidad de estudio:**

Personas mayores de 65 años que están internas en residencias o que son usuarias habituales de los Centro de Día en la provincia de Jaén.

#### **Población:**

Población de referencia: personas mayores de la provincia de Jaén que vivan en residencias o que sean usuarios de centros de estancia diurna.

#### Criterios de inclusión:

- Persona mayor de 65 años y que lleven en situación de jubilación al menos un año.
- Persona mayor usuario en centro residencial o centro polivalente de atención diurna.
- Persona mayor que no presente ningún tipo deterioro cognitivo ni ninguna otra patología psicológica, y que por lo tanto, el paciente presente autonomía en la toma de sus propias decisiones.

#### Criterios de exclusión:

- Persona menor de 65 años de edad, o mayor de 65 años de edad pero que lleve menos de un año en situación de jubilación.
- Persona mayor que no sea usuaria de ningún centro de día o residencia.

- Persona mayor que presente algún tipo de deterioro cognitivo o patología psicológica, la cual le impida poseer autonomía en la toma de sus propias decisiones.
- Que durante el periodo de investigación el paciente sufra el exitus.
- Que el paciente se niegue a firmar el documento de consentimiento informado.

## **6.2. Recogida de datos:**

En la recogida de datos, tanto para la parte cuantitativa como para la parte cualitativa, se pidió ayuda al director/a de la residencia o del centro de día y ellos dieron el listado de las personas que había con las características que se necesitaban para la investigación. Una vez con el listado en manos del investigador, la selección de las personas que realizarían el test fue mediante el azar, de forma que a las personas de dicha lista se les otorgaba un número, y, con la ayuda de una bolsa llena de papelitos con dichos números se iban cogiendo, así pues cada número que se obtenía de la bolsa era la persona que tenía que realizar los test. Los test eran pasados por el propio investigador en una sala o despacho de manera privada. Los testimonios de los entrevistados en la parte cualitativa fueron grabados en formato digital a través de un dispositivo tipo Mp3 y, posteriormente, transcritos literalmente en formato digital tipo Word.

## **6.3. Objetivo General.**

El objetivo principal de esta tesis es analizar los recursos sociosanitarios existentes en la provincia de Jaén, según su disponibilidad, acceso, nivel de satisfacción de los usuarios y determinar las necesidades sociosanitarias existentes conforme al tipo de población y del género de la persona.

#### **6.4. Objetivos específicos.**

1. Describir los recursos sociosanitarios existentes para la población mayor de Jaén en función del tipo de población (mayor o menor de 10000 habitantes) y del sexo.
2. Determinar el nivel de satisfacción de las personas mayores respecto de los recursos sociosanitarios accesibles.
3. Analizar cómo reciben las ayudas sanitarias existentes, si son de fácil acceso y si están satisfechos con su desarrollo los mayores de la ciudad y de los pueblos.
4. Elaborar indicadores para la planificación de recursos sociosanitarios en la provincia de Jaén.
5. Determinar las necesidades de recursos sociosanitarios de la población mayor de Jaén en función de los indicadores que usemos para la planificación de recursos sociosanitarios, del tipo de población (mayor o menor de 10.000 habitantes) y del sexo.

#### **6.5. Hipótesis.**

- La implantación de servicios sociosanitarios en la provincia de Jaén no obedece a una planificación basada en las necesidades reales de la población mayor.
- La calidad de vida y la percepción de su salud de la población de mayores de la provincia de Jaén guarda relación directa con los dispositivos asistenciales accesibles.
- La calidad de vida del grupo poblacional formado por las personas de 65 años o más es mayor en las mujeres que en los hombres y en ambos en las poblaciones de menos de 10.000 habitantes.

#### **6.6. Aspectos éticos.**

Para la realización de ésta Tesis Doctoral es necesario que cada una de las personas que formen parte de la muestra tenga firmado el consentimiento informado que se incluye en el apartado de Anexos. Primeramente se explicará bien a los mayores en qué consiste nuestro trabajo y daremos la oportunidad de que ellos tomen su propia decisión si quieren o no formar parte de nuestro estudio. Además también se comunicará a cada uno de ellos que la información recogida sólo será utilizada por los investigadores dentro de los fines de la investigación, y que bajo ningún concepto se dará ningún tipo de dato a personas ajenas al equipo de investigación.

#### **6.7. Investigación cualitativa.**

Después de recopilar todo los datos anteriores, se llega a la conclusión de que para realizar ésta tesis doctoral se utilizará, para una parte del estudio, la investigación

cualitativa, y para otra parte de ésta, la investigación cuantitativa. Primeramente, se usará la investigación cualitativa pues, dónde como ya se explicó anteriormente, a través de ella se intenta explicar de forma holística el fenómeno investigado, pues nos interesa conocer las percepciones, sentimientos y opiniones de los sujetos de estudio <sup>(115)</sup>. Como diseño más acertado para esta parte de la tesis se empleará un estudio cualitativo de tipo descriptivo pues describen los hechos como son observados, además de ser un tipo de estudio con un bajo nivel interpretativo y poseer un análisis implícito para la organización de los discursos <sup>(116)</sup>. Para este tipo de diseño la recogida de datos se realizará a través de la entrevista no estructurada, pues con ella se trabajará con preguntas abiertas, sin un orden preestablecido, adquiriendo características de conversación, pues consiste en realizar preguntas de acuerdo a las respuestas que vayan surgiendo durante la entrevista y actitud del entrevistado <sup>(117)</sup>. El muestreo en esta parte de la investigación será de tipo intencional, en la que el propio investigador decida quién será o no el participante en el estudio según las características que estos presenten o no, es decir, según los criterios de exclusión e inclusión que el investigador proponga para este estudio, así pues, se irán incorporando sujetos hasta alcanzar el principio de saturación de la información. La saturación de la información se consigue cuando a medida que se avanza y se van realizando entrevistas a los sujetos se van descubriendo características y novedades desconocidas en un principio por el investigador, pero llega un momento en que se deja de descubrir nuevas cosas, sólo se repite dicha información y se puede ir validando y confirmando la hipótesis, en este momento llegamos a la saturación de la información <sup>(118)</sup>.

### 6.7.1. Tamaño de la muestra:

Para ésta parte cualitativa se alcanzó la saturación de la muestra y de los resultados con un total de 85 entrevistas, dónde 50 pertenecen mayores que viven en población urbana, y, en la población rural se realizó un total de 35 entrevistas.

Tabla 36. Número de muestra escogida para la investigación cualitativa:

POBLACIÓN URBANA			
	RESIDENCIA	LOCALIDAD	ENTREVISTAS REALIZADAS
1	Residencia Caridad y Consuelo	Jaén	6
2	Residencia de los Desamparados	Torredonjimeno	16
3	Residencia de los Desamparados	Martos	10
	CENTRO DE DÍA	LOCALIDAD	ENTREVISTAS REALIZADAS
1	Centro de día para personas mayores "Catedral" Jaén I	Jaén	7
2	Unidad de estancia diurna de Torredonjimeno	Torredonjimeno	5
3	Centro de día Santa Marta	Martos	6

### POBLACIÓN RURAL

	RESIDENCIA	LOCALIDAD	ENTREVISTAS REALIZADAS
1	Residencia de Mayores de Orcera	Orcera	7
2	Residencia	Génave	7
3		La Puerta de Segura	3
	CENTRO DE DÍA	LOCALIDAD	ENTREVISTAS REALIZADAS
1	Estancia diurna de Peal de Becerro	Peal de Becerro	5
2		La Puerta de Segura	8
3		Orcera	5

*Fuente: Elaboración propia a partir de la investigación realizada.*

### **6.7.2. Análisis de los datos.**

El análisis de datos se realizará a través del método de Giorgi, el cual se caracteriza por cuatro pasos esenciales: En primer lugar se debe hacer una lectura general de las entrevistas para así poder encontrar el sentido general del texto <sup>(119)</sup>. Como segundo paso, se necesita discriminar las “unidades de significado”, las cuales no se encuentran listas en las transcripciones, sino que se revelan a partir de las relecturas, se trata de recoger las diversas intervenciones agrupándolas en porciones que formen una unidad de significado, éstas unidades tienen aspecto general, es decir, que se incluyen tanto en aspectos relacionados directamente como los no relacionados <sup>(120)</sup>. En tercer lugar, se necesitará transformar estas “unidades de significado” en expresiones adecuadas en el fenómeno a investigar, se trata de agrupar estas “unidades” en temas

más amplios denominados “temas comunes”, lo cual le confiere la esencia al estudio. Y por último, como cuarto paso, se tendrá que realizar la síntesis de la transformación de las “unidades de significado”, pues se trata de sintetizar e integrar los “temas comunes” a través de una “descripción general” en la que se capte la esencia de la experiencia vivida por los participantes <sup>(119)</sup>.

## **6.8. Investigación cuantitativa.**

En esta segunda parte de la investigación, los datos serán tratados a través de una metodología cuantitativa. Como ya se ha explicado anteriormente, con la metodología cuantitativa se pretende analizar cómo influyen diferentes variables en la Calidad de vida y en el uso de servicios sociosanitarios. Para ello utilizaremos el “SF-36” y el “Test de Barber”, para obtener una medida de la dependencia o riesgo de dependencia de la persona, se utiliza este test ya que se tienen en cuenta si la persona vive en ambiente rural o urbano.

El Test “SF-36” fue desarrollado a principio de los noventa en EEUU para el estudio de los resultados médicos. Se trata de una escala numérica que nos proporciona un perfil del estado de salud, fácilmente aplicable a pacientes sanitarios como a la población en general. Además, es un test que ha resultado útil para medir la calidad de vida relacionada con la salud en la población en general. Éste test ha sido evaluado en más de cuatrocientos artículos por lo que éste test se convierte en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud que presenta la persona. El cuestionario está formado por treinta y seis ítems que valoran los estados, tanto positivos como negativos, de la salud.

Dichos ítems cubren los siguientes escalones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental, aunque también tiene un ítem que pregunta sobre el cambio en el estado de salud respecto al año anterior, el cual sólo sirve para proporcionar información útil para el investigador <sup>(119)</sup>. También se han desarrollado dos componentes sumatorios a partir de sus 8 dimensiones originales: Componente de Salud Física (CSF) y Componente de Salud Mental. (CSM) Los valores de referencia utilizados para su interpretación son los valores medios de la población española del grupo de edad correspondiente <sup>(120)</sup>.

Por otro lado, también se utilizó el “Test de Barber”, el cual se creó en Inglaterra y comenzó a utilizarse a principios de los años ochenta para detectar a las personas mayores con riesgo de dependencia. Se trata del cuestionario más utilizado en España para seleccionar a los mayores en riesgo en general, aunque al principio se usaba para detectar mayores en riesgo de dependencia. Se divide en dos test, uno destinado a la población urbana y otro para la población rural, así los resultados son mucho más concretos. Éste test consta de nueve preguntas en las cuales las respuestas a dar son simplemente sí o no <sup>(121)</sup>. Valores diferentes de 0 indican dependencia o riesgo de dependencia.

#### **6.8.1. Tamaño de la muestra.**

El muestreo ha sido un muestreo aleatorio por conveniencia. De ésta manera, se irán incorporando sujetos en cada grupo (urbano, rural) hasta llegar a la muestra representativa, que en este caso se calculó mediante la fórmula de predeterminación del tamaño muestral para estimación de medidas aritméticas poblacionales.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

n: Tamaño de la muestra.

N: Población de referencia, en este caso 92906.

Z $\alpha$ : Valor correspondiente al riesgo deseado, 1'96.

1- $\alpha$ : Nivel de confianza o seguridad, 90%.

a: Riesgo: 5%.

d: Precisión, 3%.

p: proporción esperada: 5%.

q: 1-p, 95%.

n= 75.

La población de referencia ha sido obtenida de la base de datos de la Junta de Andalucía <sup>(122)</sup>.

Tras realizar los cálculos matemáticos se llega al resultado de la necesidad de realizar un total de 75 test urbanos y 75 test rurales para que la muestra sea considerada como representativa.

Tabla 37. Número de muestra escogido para la investigación cuantitativa:

POBLACIÓN URBANA
------------------

	RESIDENCIA	LOCALIDAD	ENTREVISTAS REALIZADAS
1	Residencia Caridad y Consuelo	Jaén	9
2	Residencia de los Desamparados	Torredonjimeno	18
3	Residencia de los Desamparados	Martos	11
	CENTRO DE DÍA	LOCALIDAD	ENTREVISTAS REALIZADAS
1	Centro de día para personas mayores "Catedral" Jaén I	Jaén	21
2	Unidad de estancia diurna de Torredonjimeno	Torredonjimeno	5
3	Centro de día Santa Marta	Martos	11

POBLACIÓN RURAL			
	RESIDENCIA	LOCALIDAD	ENTREVISTAS REALIZADAS
1	Residencia de Mayores de Orcera	Orcera	14
2	Residencia	Génave	7
3		La Puerta de Segura	3
	CENTRO DE DÍA	LOCALIDAD	ENTREVISTAS REALIZADAS
1	Estancia diurna de Peal de Becerro	Peal de Becerro	5
2		La Puerta de Segura	31
3		Orcera	15

*Fuente: Elaboración propia a partir de la investigación realizada.*

### **6.8.2. Análisis de los datos:**

Se ha realizado un primer nivel de análisis descriptivo de la muestra general y también por subgrupos diferenciando entre participantes del núcleo urbano y rural, utilizando frecuencias para las variables nominales o categóricas y estadísticos descriptivos para las variables cuantitativas. Posteriormente se han realizado pruebas de correlación para ver las relaciones significativas de las diferentes variables con la calidad de vida, componentes CSF y CSM, y el Test de Barber. Cuando se produjeron relaciones significativas para las variables dependientes, se realizaron comparaciones de medias mediante ANOVAs ó T de Student, para ver la existencia de diferencias significativas entre grupos. Por último se ha realizado un análisis de regresión por pasos sucesivos, para ver las variables predictores de los CSF y CSM.

# **CAPÍTULO 7**

Los resultados en esta Tesis Doctoral se agruparon en dos partes, primeramente los resultados obtenidos tras las entrevistas cualitativas y, posteriormente, los resultados de la parte cuantitativa de la investigación.

## **7.1. Resultados cualitativos:**

### **7.1.1. Objetivo 1: Describir los recursos sociosanitarios existentes para la población mayor de Jaén en función del tipo de población (mayor o menor de 10000 habitantes) y del sexo.**

Describir los recursos sociosanitarios existentes para la población mayor de Jaén en función del tipo de población (mayor o menor de 10000 habitantes) y del sexo.

Recursos sociosanitarios existentes para la población mayor:

Centros Residenciales.

Centros de estancia diurna o de día.

Ayuda a domicilio

Según las entrevistas realizadas en las poblaciones urbanas, de más de 10.000 habitantes, como para la población rural, de menos de 10.000 habitantes, se observa que los recursos sociosanitarios de los que la población mayor puede disfrutar es de centros residenciales, centros de día y, además, para los que viven en domicilios propios o con algún familiar, también pueden disfrutar de la atención o ayuda a domicilio. Al valorar las respuestas dadas tanto en el ámbito rural como el urbano las afirmaciones son básicamente las mismas, pues todos están muy satisfechos de la asistencia que reciben y las perciben como indispensables para que estén bien. Por otra parte, si hacemos distinción en el disfrute de estos recursos sociosanitarios entre hombre y mujeres, se contempla que no hay variación para la utilización de dichos recursos ni de

opiniones sobre ellos, ambos sexos están contentos con ello y piensan que hoy día es muy necesario e importante para todos poder disfrutar de estas atenciones sociosanitarias.

Como norma general todos ellos están muy satisfechos con éstos servicios.

*E4 “Estoy muy contento con la atención que recibo aquí en la residencia, si no fuese por la ayuda de las trabajadoras no estaría así de bien, ya que me ayudan a lavarme, a vestirme, a comer, etc. Su ayuda es muy importante para mí”*

*E28 “ Para mí el haber venido a la residencia es lo mejor que me podía pasar, pues en mi casa ya no podía estar, pues desde que me dio el Ictus no era capaz de valerme por mi mismo, y gracias a Dios me dieron plaza aquí, dónde me atienden muy bien, esto es como mi casa y mi familia”.*

*E56 “Gracias a la atención que me dan en este centro de día puedo comer bien y estar distraída con mis amigas, sino en casa estaría sola, mal atendida y muy aburrida, y a nuestra edad los mayores debemos disfrutar del tiempo que nos quede para poder estar mejor y más felices”*

*E44 “Soy muy feliz aquí en el centro de día, tengo más calidad de vida, el tiempo aquí lo disfruto más, hacemos muchas actividades, visitas, juegos, y eso es muy bueno, pues no nos sentimos tan solos, y también estamos bien cuidados, pues tenemos enfermera, chicas que nos dan de comer, fisioterapeuta con la que hacemos gimnasia, no nos podemos quejar de lo bien atendidos que estamos”.*

*E32 “Estoy muy contento con la atención que me dan aquí en este centro de día y además también muy contento por la chica que viene a mi domicilio todos los días para levantarme y asearme, y, también, viene luego por las noches para acostarme, ya que solo no podría hacerlo”.*

Escuchando todos los testimonios obtenidos, la mayoría de ellos están encantados con los recursos sociosanitarios, aunque también una parte de ellos me comentan que aunque existen centros dónde se les ofrece ayuda, éstos se quedan pequeños para lo que realmente necesitan. Con esto se hace referencia a los mayores que disfrutaban de la atención en centros de día, pues la mayoría de ellos además del centro de estancia diurna también necesitan ayuda en el domicilio para realizar sus actividades diarias, tales como levantarse, desayunar, hacer las tareas del hogar, etc., algunos de éstos mayores al disfrutar ya del centro diurno no reciben la ayuda para la atención en domicilio, por lo que si quieren tenerla deben pagarla ellos de su propio bolsillo, y argumentan que con las pequeñas pensiones que les quedan les resulta muy difícil hacer frente a este gasto, y en muchas ocasiones tienen que pedir ayuda económica a familiares o directamente no poder hacer uso de él.

*E13 “Yo disfruto de la atención aquí en mi pueblo del centro de estancia diurna, pero necesitaría ayuda en mi domicilio para realizar las tareas domésticas, porque con lo mayor que estoy no soy capaz ni de hacer una cama.....Antes, hace unos años, tenía a una muchacha por horas para que viniese a casa por las mañanas y me limpiara la casa, pero hoy día no puedo hacer frente a ese gasto, cuando se acabaron los ahorrillos que tenía tuve que dejar de pagar a esa mujer, pues económicamente no podía mantenerlo”.*

*E1 “Actualmente tengo una señora que viene a casa por las mañanas para ayudarme en todo lo que necesite antes de venir aquí al centro de día, pero esa señora no la pago yo, a ese gasto ha ce frente mi hija.....la pobre con los gastos de su casa que tiene y también tiene que pagar a la mujer....pues ella trabaja y no puede cuidarme como le gustaría. No me gusta que mi hija tenga que pagarme esta atención domiciliaria, pero como no sea con ella, no soy capaz ni de levantarme de la cama casi....”.*

Así pues, por todo ello, se deduce que la atención que los mayores reciben en la provincia de Jaén es buena, pero a la vez escasa. Es buena, porque a la vista está con los resultados de las encuestas realizadas que todos aquellos que disfrutan de algún tipo de asistencia sociosanitarias están muy contentos con ella, que para su día a día es indispensable, y que no quieren dejar de disfrutarla durante la vida que les quede. Pero se trata además de recursos escasos porque existen una parte de la población mayor que no tienen totalmente cubiertas sus necesidades básicas, es el tema de la atención domiciliaria por ejemplo, dónde al disfrutar ya de un tipo de asistencia no tienen derecho a más, y en algunos casos si quieren tener una atención mayor o más completa deben pagarlo ellos mismos, por ello, se deben emplear mayores recursos económicos para evitar que existan mayores que no puedan obtener dicha ayuda domiciliaria básica para su día a día.

**7.1.2. Objetivo 2: Determinar el nivel de satisfacción de las personas mayores respecto de los recursos sociosanitarios accesibles.**

Describir los recursos sociosanitarios existentes para la población mayor de Jaén en función del tipo de población (mayor o menor de 10000 habitantes) y del sexo.

Recursos sociosanitarios existentes para la población mayor:

Centros Residenciales.

Centros de estancia diurna o de día.

Ayuda a domicilio

Según las entrevistas realizadas en las poblaciones urbanas, de más de 10.000 habitantes, como para la población rural, de menos de 10.000 habitantes, se observa que los recursos sociosanitarios de los que la población mayor puede disfrutar es de centros residenciales, centros de día y, además, para los que viven en domicilios propios o con algún familiar, también pueden disfrutar de la atención o ayuda a domicilio. Al valorar las respuestas dadas tanto en el ámbito rural como el urbano las afirmaciones son básicamente las mismas, pues todos están muy satisfechos de la asistencia que reciben y las perciben como indispensables para que estén bien. Por otra parte, si hacemos distinción en el disfrute de estos recursos sociosanitarios entre hombre y mujeres, se contempla que no hay variación para la utilización de dichos recursos ni de opiniones sobre ellos, ambos sexos están contentos con ello y piensan que hoy día es muy necesario e importante para todos poder disfrutar de estas atenciones sociosanitarias.

Como norma general todos ellos están muy satisfechos con éstos servicios.

*E4 "Estoy muy contento con la atención que recibo aquí en la residencia, si no fuese por la ayuda de las trabajadoras no estaría así de bien, ya que me*

*ayudan a lavarme, a vestirme, a comer, etc. Su ayuda es muy importante para mí”*

*E28 “ Para mí el haber venido a la residencia es lo mejor que me podía pasar, pues en mi casa ya no podía estar, pues desde que me dio el Ictus no era capaz de valerme por mi mismo, y gracias a Dios me dieron plaza aquí, dónde me atienden muy bien, esto es como mi casa y mi familia”.*

*E56 “Gracias a la atención que me dan en este centro de día puedo comer bien y estar distraída con mis amigas, sino en casa estaría sola, mal atendida y muy aburrida, y a nuestra edad los mayores debemos disfrutar del tiempo que nos quede para poder estar mejor y más felices”*

*E44 “Soy muy feliz aquí en el centro de día, tengo más calidad de vida, el tiempo aquí lo disfruto más, hacemos muchas actividades, visitas, juegos, y eso es muy bueno, pues no nos sentimos tan solos, y también estamos bien cuidados, pues tenemos enfermera, chicas que nos dan de comer, fisioterapeuta con la que hacemos gimnasia, no nos podemos quejar de lo bien atendidos que estamos”.*

*E32 “Estoy muy contento con la atención que me dan aquí en este centro de día y además también muy contento por la chica que viene a mi domicilio todos los días para levantarme y asearme, y, también, viene luego por las noches para acostarme, ya que solo no podría hacerlo”.*

Escuchando todos los testimonios obtenidos, la mayoría de ellos están encantados con los recursos sociosanitarios, aunque también una parte de ellos me comentan que aunque existen centros dónde se les ofrece ayuda, éstos se quedan pequeños para lo que realmente necesitan. Con esto se hace referencia a los mayores

que disfrutaban de la atención en centros de día, pues la mayoría de ellos además del centro de estancia diurna también necesitan ayuda en el domicilio para realizar sus actividades diarias, tales como levantarse, desayunar, hacer las tareas del hogar, etc., algunos de éstos mayores al disfrutar ya del centro diurno no reciben la ayuda para la atención en domicilio, por lo que si quieren tenerla deben pagarla ellos de su propio bolsillo, y argumentan que con las pequeñas pensiones que les quedan les resulta muy difícil hacer frente a este gasto, y en muchas ocasiones tienen que pedir ayuda económica a familiares o directamente no poder hacer uso de él.

*E13 “Yo disfruto de la atención aquí en mi pueblo del centro de estancia diurna, pero necesitaría ayuda en mi domicilio para realizar las tareas domésticas, porque con lo mayor que estoy no soy capaz ni de hacer una cama.....Antes, hace unos años, tenía a una muchacha por horas para que viniese a casa por las mañanas y me limpiara la casa, pero hoy día no puedo hacer frente a ese gasto, cuando se acabaron los ahorrillos que tenía tuve que dejar de pagar a esa mujer, pues económicamente no podía mantenerlo”.*

*E1 “Actualmente tengo una señora que viene a casa por las mañanas para ayudarme en todo lo que necesite antes de venir aquí al centro de día, pero esa señora no la pago yo, a ese gasto ha ce frente mi hija.....la pobre con los gastos de su casa que tiene y también tiene que pagar a la mujer....pues ella trabaja y no puede cuidarme como le gustaría. No me gusta que mi hija tenga que pagarme esta atención domiciliaria, pero como no sea con ella, no soy capaz ni de levantarme de la cama casi....”.*

Así pues, por todo ello, se deduce que la atención que los mayores reciben en la provincia de Jaén es buena, pero a la vez escasa. Es buena, porque a la vista está con los resultados de las encuestas realizadas que todos aquellos que disfrutan de algún tipo de asistencia sociosanitarias están muy contentos con ella, que para su día a día es indispensable, y que no quieren dejar de disfrutarla durante la vida que les quede. Pero se trata además de recursos escasos porque existen una parte de la población mayor que no tienen totalmente cubiertas sus necesidades básicas, es el tema de la atención domiciliaria por ejemplo, dónde al disfrutar ya de un tipo de asistencia no tienen derecho a más, y en algunos casos si quieren tener una atención mayor o más completa deben pagarlo ellos mismos, por ello, se deben emplear mayores recursos económicos para evitar que existan mayores que no puedan obtener dicha ayuda domiciliaria básica para su día a día.

**7.1.3. Objetivo 3: Analizar cómo reciben las ayudas sanitarias existentes, si son de fácil acceso y si están satisfechos con su desarrollo los mayores de la ciudad y de los pueblos.**

Analizar cómo reciben las ayudas sanitarias existentes, si son de fácil acceso y si están satisfechos con su desarrollo los mayores de la ciudad y de los pueblos.

Ayudas recibidas, acceso fácil a éstas y nivel de satisfacción con ellas.  
Ayudas que tardan mucho tiempo en poder disfrutarlas.  
Elevado coste económico.  
Difícil acceso por la falta de plazas.  
Satisfechos con el trabajo del personal contratado, pero son conscientes de la falta de trabajadores.

Al revisar las entrevistas realizadas el punto en el que todos los usuarios coinciden, tanto los que viven en la zona urbana como los que viven en la zona rural, es en la tardanza de la concesión de las plazas en centros públicos como en los centros privados. La mayoría de ellos son conscientes de la suerte que han tenido de poder estar disfrutando ya de una plaza en algún centro, tanto privado como público, pues saben la dificultad que atañe hoy día entrar en ellos, y siempre me ponían de ejemplo los meses que han tenido que esperar para estar en el centro o incluso casos conocidos de familiares o amigos que a día de hoy están esperando una plaza y no reciben la atención adecuada en su domicilio.

*E70 “La verdad que soy una afortunada de estar aquí en la residencia, pues conozco a personas que llevan meses esperando poder venir porque en sus casas no están igual de bien atendidos que aquí”*

*E2 “Cada día doy gracias a Dios de haber podido entrar aquí, en casa no podía estar sola, mis hijos no podían hacerse cargo de mí bien, por lo que echaron los papeles por si podía venirme, y mira por donde tuve la suerte de entrar y no esperar mucho, pero si es verdad que sé de amigas que quieren venir y no pueden porque no hay plazas, y están esperando a que alguno fallezca para poder venir, o si quieren entrar a una residencia como yo tienen que irse muy lejos, y eso no es justo, para lo que nos queda de vida a nosotras nos gusta quedarnos en nuestro pueblo, con nuestra gente y nuestros amigos, porque así una es más feliz”*

*E55 “A pesar de lo que tardé en poder venir a éste centro tengo que estar agradecido, porque aquí no todo el mundo puede venir, no es tan fácil como decir*

*yo quiero entrar aquí y al día siguiente entras, no es así, lo normal es solicitarlo, tener que hacer mil papeles, y esperar y esperar, mi hijo me contó el otro día que mi vecina echó la solicitud el mismo mes que yo, y a ella aún no se la han dado, a eso no hay derecho, porque somos mayores y no podemos estar a cargo de nuestros hijos, porque ellos tienen que hacer sus vidas y no tenemos que ser otra carga más para ellos. Lo normal sería que después de toda una vida trabajando y cuidando a nuestras familias, llegados a una cierta edad nos den a todos la posibilidad de decidir si queremos venir aquí y si queremos entrar directamente sin esperas”*

Además otro punto con el que no están satisfechos los mayores entrevistados es en los referente al ámbito económico, pues se quejan de que de la poca pensión que cobran, la mayor parte de su sueldo va destinado a pagar estos servicios, y también existen usuarios que además de usar su pensión para pagar estos servicios tienen que pedir ayuda económica a familiares, pues sin esa ayuda no podrían pagarlo. Solicitan que tanto las residencias como los centros de día deberían ser gratuitos o mucho más baratos de lo que son, pues a la mayoría les cuesta mucho pagar todos los meses estos servicios.

*E80 “Mi economía si afecta a mi calidad de vida, claro que sí, porque si no tienes el dinero para pagar estos centros no puedes venir, por lo que la calidad de vida sería menor....Por suerte, yo tengo una pensión suficiente para pagar este centro de día, peros sé de compañeros y compañeras que no pueden pagarlo por sí mismos y tienes que hacerlo los hijos”*

*E83 “ El dinero si es un problema....Mi pensión es muy pequeña y yo sola no puedo pagar el venir a este centro de día, porque luego también tengo los gastos de mi casa, luz, agua, comida, etc., menos mal que tengo 4 hijos buenísimos y que trabajan, así entre todos me están pagando”*

*E26 “Esta residencia es muy muy cara, yo doy toda mi paga que tengo y además mi hija tiene que ayudarme a pagar un poco más que me falta....Eso no es justo, estas cosas deberían ser totalmente gratuitas, es un derecho que tenemos los mayores, que estemos bien atendidos y nos cuiden correctamente, no merecemos menos. Y esa atención no puede depender del dinero que tengas, no es justo que uno que tenga más dinero si pueda venir a estos centros y los que no tenemos no podamos, todo tenemos los mismo derechos de poder tener una plaza en una residencia”*

Otra queja de los mayores entrevistados es la falta de plazas en los centros, son conscientes éstos de que hay más mayores demandantes de atención que plazas ofertadas tanto en centros de día como en residencias.

*E71 “La dificultad que encontré para poder entrar en esta residencia era la falta de plazas, tuve que esperar durante meses hasta que salió una plaza para mí, eso no está bien, porque yo no podía estar en casa sin la atención adecuada y aún así tuve que esperar unos meses para entrar”*

*E49 “Sé que hay gente esperando para entrar, por ejemplo mi prima quiere venir aquí, pero ya hace tiempo que echó los papeles y a día de hoy la pobre sigue esperando a que la llamen para entrar.”*

*E12 “En este centro de día se está tan bien que todo el pueblo quiere entrar, algunas de mis vecinas quieren venirse aquí cuando les cuento lo bien que estoy, las cosas que hacemos, lo bien que comemos....Sin embargo están esperando para entrar, echaron los papeles por la junta de Andalucía para que les dieran alguna ayuda, tienen una muchacha que va todos los días a levantarla y eso, pero no es suficiente, ella lo que quiere es venir se aquí conmigo, pero no hay plazas...”*

Además al preguntar por cómo trabajaban el personal de los centros sociosanitarios en los que se encontraban, se observa que a nivel general la mayoría estaba muy contento con ello, aunque eran conscientes de que falta personal, lo mayores me comentan que las trabajadoras lo hacen correctamente pero si contrataran más personal todo sería mucho mejor tanto para el trabajados como en lo referente a la atención que recibía el mayor.

*E64 “Las muchachas que trabajan en esta residencia lo hacen muy bien, yo no tengo ninguna queja, saben qué hacernos y cómo hacerlos en cada momento....Si es cierto que hay días que las pobres no dan a bastos, pues somos muchos y como uno de nosotros se ponga un poco más enfermo o algo....entonces ese día todo se disloca un poco y no pueden hacer tan bien su trabajo....pero bueno, no me quejo de cómo trabajan, porque lo hacen estupendamente y son muy amables.”*

*E83 “En este centro de día estamos muy bien cuidados, nos ayudan a ir al baño, nos ponen la comida, están pendientes de nosotros siempre. Sé que hay otros sitios dónde las trabajadoras no son tan buenas como las de aquí, pero yo*

*que voy a decir de las chicas de aquí....son todas buenísimas porque esto es como una segunda familia.”*

*E43 “Aquí todos sabemos que si hubiesen más trabajadores el centro estaría mejor, porque nosotros aunque somos mayores vemos como los trabajadores van siempre con prisas, corriendo, y hay veces que no nos hacen las cosas tan bien como deberían. Yo no me quejo de la atención que recibimos, porque es una atención buena, se preocupan mucho por cómo estamos y si necesitamos algo, pero si es verdad que si este centro de día contrataran a más personal la cosa iría mucho mejor, porque muchas veces nos dan hasta lástima de ver cómo agobian.”*

*E25 “El personal de aquí es muy cariñoso y bueno, pero hay falta de trabajadores, supongo que será por ahorrar dinero, pero sobre todo por las noches como llamemos dos o tres personas a la vez no pueden venir a atendernos cómo debería, porque, claro, no se pueden dividir en dos y tienen que hacer lo que pueden...”*

Por lo tanto, analizando las ayudas sanitarias existentes se observa que actualmente no son de fácil acceso, la mayoría de los mayores entrevistados afirman que para entrar en este tipo de centros, tanto residencias como centros de día, es necesario realizar muchos documentos por lo que se ralentiza demasiado el proceso. No sólo eso, sino que también hablan de la falta de plazas, pues afirman que hasta que no dejaron libres alguna plaza en el centro ellos no pudieron disfrutar de estos servicios y que además son conocedores de otros mayores que actualmente están esperando a que quede alguna plaza libre para así poder disfrutarlo. Pero aún así, la mayoría están muy

satisfechos con los servicios sociosanitarios, la valoración general que hacen de ellos es positiva, pues un comentario muy general entre los mayores es que al final han acabado siendo como una familia, donde hay días que discuten, que lloran, que ríen, pero se han cogido cariño unos a otros y se quieren, tanto entre mayores como con el personal trabajador de los centros.

#### **7.1.4. Objetivo 4: Elaborar indicadores para la planificación de recursos sociosanitarios en la provincia de Jaén.**

Elaborar indicadores para la planificación de recursos sociosanitarios en la provincia de Jaén.

Con todos los datos obtenidos en las entrevistas y test realizados, se percibe que es necesario crear un instrumento de valoración que incluya los siguientes ítems, pues con éstos se ayudaría a planificar adecuadamente el uso y disfrute de los recursos sociosanitarios, de modo que así se puede dar respuesta a lo que ellos sienten realmente, perciben y necesita.

-Satisfacción general con los servicios sociosanitarios:

1. Veo necesario disfrutar de los servicios sociosanitarios.
2. Pienso que es incompleta la atención que recibo por parte de los servicios sociosanitarios.
3. Me encuentro feliz y satisfecho con mi estancia en el centro sociosanitario.

-Necesidad de atención para los mayores que disfrutan del servicio de centro de día:

4. No puedo realizar por mí mismo las actividades de la vida diaria.

5. Necesito que mi familia venga todos los días para ayudarme con las tareas domésticas.

-Coste económico de los servicios sociosanitarios:

6. Con mi pensión pago los servicios sociosanitarios y además puedo pagar otras cosas.

7. Para pagar los servicios sociosanitarios doy mi pensión y tengo que pedir ayuda económica a mi familia.

-Tiempo de espera y dificultad para obtener el disfrute de los servicios sociosanitarios:

8. Pienso que se tarda mucho tiempo en poder acceder a los servicios sociosanitarios.

9. Dificultad burocrática para obtener la ayuda sociosanitaria.

-Calidad de la atención recibida en el centro sociosanitario:

10. Estoy contento/a con la atención recibida.

11. ME ayudan y atienden siempre que lo necesito.

12. Percibo que los cuidados que me dan son buenos y de calidad.

-Actividades que se desarrollan en el centro:

13. Existe una buena oferta de actividades para realizar en el centro.

14. Las actividades que hacemos son adecuadas para nosotros y variadas.

15. Me divierto con las actividades que realizamos.

**7.1.5. Objetivo 5: Determinar las necesidades de recursos sociosanitarios de la población mayor de Jaén en función de los indicadores que usemos para la planificación de recursos sociosanitarios, del tipo de población (mayor o menor de 10.000 habitantes) y del sexo.**

Determinar las necesidades de recursos sociosanitarios de la población mayor de Jaén en función de los indicadores que usemos para la planificación de recursos sociosanitarios, del tipo de población (mayor o menor de 10.000 habitantes) y del sexo.

Al analizar las necesidades de la población mayor la provincia de Jaén según los indicadores creados en el objetivo anterior:

**Satisfacción general con los servicios sociosanitarios:**

**- Veo necesarios disfrutar de los servicios sociosanitarios:**

La gran mayoría de los entrevistados apuntan que el disfrute de estos servicios sociosanitarios es algo esencial para poder tener una mayor calidad de vida. Coinciden en que al ser cada vez más mayores, los cuerpos se van deteriorando poco a poco y por lo tanto no pueden realizar las tareas y las actividades de la vida diaria por sí mismos ni tan bien como a ellos les gustaría. Por lo tanto, ven en estos servicios sociosanitarios

como una gran ayuda, una manera con la que su vida no empeore con el paso de los años y puedan vivir lo más normal posible y con una buena calidad.

Se puede observar en las entrevistas de la población rural y la urbana con respecto a éste indicador, que no existe diferencia entre ellas, ambas poblaciones piensan que es muy necesario para ellos el disfrutar de estos servicios, pues son conscientes de las limitaciones que están empezando a tener, o que ya tienen, y saben que en estos centros están mejor atendidos que en sus propios domicilios.

Al estudiar lo que piensan hombres y mujeres, si se ve que las mujeres son más abiertas al disfrute de los centros sociosanitarios, mientras que los hombres le dan un poco más de lado. Las mujeres muestran mucho más la necesidad de poder entrar en dichos centros para evitar así ser una posible carga para su familia, ya que muchas de ellas en años anteriores han tenido a su cuidado a familiares mayores y saben y comprenden lo duro que es cuidar de una persona mayor que necesita cuidados, o incluso que depende totalmente de otra persona para todo. Sin embargo, los hombres comentan que al principio no lo veían como un cambio positivo y que les gustaría más estar con su familia en sus hogares, pero aun así saben y son conscientes de que el estar en estos centros les beneficia gratamente y están contentos con ello.

*-Pienso que es incompleta la atención que recibo por parte de los servicios sociosanitarios:*

Con respecto a los mayores que están en las residencias esta afirmación es totalmente falsa, tanto para el ámbito urbano como para el rural, todos ellos afirman que la atención que reciben es muy completa, están muy contentos con ella y no la cambiarían. Sin embargo, si analizamos lo que dicen los mayores que disfrutan de los

centros de día, la respuesta a este indicador si es afirmativa. Aquí hay que hacer algunas diferencias, por ejemplo, los mayores que están en centro de día en la zona urbana si me indican que la atención sociosanitaria que reciben se les queda incompleta, ya que mientras están en el centro de día todo va muy bien, pero cuando llegan a casa es cuando empiezan los problemas, debido a que sus hijos o familiares trabajan y no pueden ocuparse de ellos de manera tan completa como les gustaría. Es aquí por lo que en la mayoría de los casos estos mayores demandan atención domiciliaria, de manera que si tienen la suerte de que la administración pública se las apruebe y puedan tener esa ayuda no hay problemas, pero un gran número de mayores no tienen esta ayuda domiciliaria por lo que tienen que pagarla de su propio bolsillo, con la dificultad que ello les atañe debido a las pequeñas pensiones que por norma general suelen tener, llegando en muchos casos a tener que ser la familia la que le pague dicho servicio. Por otro lado, en las zonas rurales los mayores también demandan una mayor cobertura en el cuidado domiciliario, es decir, también necesitan que en los domicilios reciban atención, pero en estas zonas es menor dicha demanda, ya que normalmente se trata de familias en las que algún familiar se suele dedicar al cuidado del mayor y no es tan necesaria la contratación de un trabajador para que se ocupe del mayor cuando esta fuera del centro de día.

La diferencia entre los hombres y mujeres viene dada de manera igual que en el indicador anterior, las mujeres se preocupan más de no llegar a ser una carga para su familia y demandan más la necesidad de una atención domiciliaria adecuada, mientras que los hombres están más acostumbrados a ser cuidados por sus familiares y, en cierto modo, ven menos necesaria esta ayuda.

-Me encuentro feliz y satisfecho con mi estancia en el centro sociosanitario:

Casi en su totalidad, la mayoría de los entrevistados, tanto hombres como mujeres del ámbito rural como urbano coinciden en afirmar que están muy satisfechos de los servicios sociosanitarios de los que disfrutan, tanto en residencias como en centros de día. Exponen que para ellos el disfrutar de estos centros es algo considerado como necesidad básica y diaria para su día a día. Además, llegan a verlo como una segunda familia tanto a los compañeros del centro como a los trabajadores. Afirman ser felices mientras están allí, pues se divierte, hablan, realizan actividades, etc., cosas tan básicas como necesarias que quizás no harían si estuviesen en sus domicilios.

**Necesidad de atención para los mayores que disfrutan del servicio sociosanitario de centro de día:**

-No puedo realizar por mí mismo las actividades de la vida diaria (bañarse, vestirse, etc.):

En este ítem se analizó la necesidad de los mayores que están en centros de día de disfrutar de una atención domiciliaria reglada y de calidad. Como en el indicador anterior, los mayores de las zonas urbanas son los que más demandan este servicio, mientras que en las zonas rurales también se demandan pero son menos numerosos, ya que en estas zonas existe algún familiar que se dedica al cuidado de ellos. Al igual que antes se expuso, las mujeres lo consideran más necesario que los hombres, por el hecho de que las mujeres normalmente en casos anteriores se tuvieron que hacer cargo de otros familiares y son conscientes de lo duro y complicado que es cuidar a un mayor. Aun así, ambos sexos son conscientes de las limitaciones que tienen y reconocen la necesidad de una atención domiciliaria de calidad cuando están fuera del centro de día.

-Necesito que mi familia venga todos los días para ayudarme con las tareas

domésticas:

De manera general, todos los mayores que están en centro de día reconocen que necesitan de la ayuda de familiares para realizar las tareas domésticas. En el mejor de los casos tienen ayuda domiciliaria y en estos casos esa ayuda necesitada es menor, pero en los casos en los que no la tienen dicha ayuda es necesaria a diario. Comprenden entonces la importancia de poder tener ayuda a domicilio, ya que por sí mismo no son capaces de realizarlas. Aquí no existen diferencias entre en ámbito rural y el urbano, ni entre hombres y mujeres, pues todos necesitan esta ayuda.

#### **Coste económico de los servicios sociosanitarios:**

-Con mi pensión pago los servicios sociosanitarios y además puedo pagar otras

cosas:

Esta afirmación es minoritaria entre los mayores, son muy pocos los que disfrutan de esta situación. Al analizar dónde se da más, se trataría de las zonas urbanas, sobre todo en hombres, los cuales tienen mejores pensiones que las mujeres, ya que antes los hombres trabajaban y las mujeres solían quedarse en el domicilio, por lo que la pensión que queda a los mayores del ámbito urbano es mayor que la de las mujeres. En las zonas rurales, esta afirmación casi ni se da, existe algún mayor que comentó que vivía de manera desahogada y que aparte de pagar el servicio sociosanitario le quedaba un poco de dinero para gastar en lo que quisiera, pero por norma general, en las zonas rurales las pensiones suelen ser menores, por lo que el hacer frente al pago de estos servicios en la mayoría de los casos es relativamente difícil, pues no suele quedarles dinero para gastar en otras cosas que estimen oportunas y que les gustaría.

-Para pagar los servicios sociosanitarios doy mi pensión y tengo que pedir ayuda económica a mi familia:

Para los mayores entrevistados éste ítem se cumple en la mayoría de los casos, aquí no hay diferencias entre las zonas urbanas y rurales ni entre hombres y mujeres. Por norma general lo mayores necesitan de la ayuda de familiares para hacer frente a pagos e incluso en algunos casos para hacer frente al gasto de la residencia o del centro de día, ya que las ayudas recibidas por parte de la administración pública o son insuficientes o no tienen derecho a ellas.

El descontento de los mayores en estos casos vienen cuando ellos saben que necesitan estar en estos centros pero que por sí mismos les es muy difícil pagarlos, debido a sus pequeñas pensiones que tienen y lo caro que suelen ser este tipo de centros, sobre todo las residencias. Piden que algún día aumenten las ayudas por parte de la administración pública y que llegasen a ser gratuitos para ellos, porque todos tienen el mismo derecho y las mismas necesidades de disfrutar de ellos tengan más o menos dinero.

**Tiempo de espera y dificultad para obtener el disfrute de los servicios sociosanitarios:**

-Pienso que se tarda mucho en poder acceder a los servicios sociosanitarios:

En éste ítem hay que hacer dos diferencias, una para residencias y otra para centros de día. Cuando se realizaron las entrevistas, se observó que para los mayores que necesitaban disfrutar de la atención sociosanitaria en residencias el tiempo de espera era mayor que para acceder a los centros de día, aunque para entrar en estos últimos también había listas de espera.

En lo referente a diferencias entre zona rural y zona urbana y entre hombres y mujeres, no las existe, pues de ello no depende el tener acceso a una plaza, todos por igual tienen que esperar para hacer uso de los servicios sociosanitarios.

Los mayores estaban insatisfechos con esto, pues han tenido que esperar meses para poder hacer uso de estos servicios, de manera que el tiempo que han estado en sus domicilios esperando no estaban atendidos igual de bien que ahora en los correspondientes centros. Exigen que se aumente el número de plazas, para que así ningún mayor tenga que esperar tanto a que le concedan la plaza o la ayuda que necesitan.

*-Dificultad burocrática para obtener la ayuda sociosanitaria:*

Ésta afirmación va dada de la mano del ítem anterior, a la falta de plazas y la espera que tienen que soportar los mayores para hacer uso de los servicios, se une la dificultad burocrática, es decir, un gran número de solicitudes y documentos que hace que el proceso se alargue mucho más en el tiempo. Esta dificultad es la misma tanto para hombres como para mujeres e igual para el ámbito rural como para el urbano.

**Calidad de la atención recibida:**

*-Estoy contento/a con la atención recibida:*

La respuesta a la pregunta de si estaban contentos con la atención recibida en los centros donde se encontraban era unánime y clara, la gran mayoría de los mayores entrevistados estaban satisfechos con la atención que recibían. Si es necesario hacer algún apunte sobre los resultados obtenidos sería que los usuarios de las zonas urbanas son un poco más exigentes que los de las zonas rurales, es decir, los mayores que viven

en las zonas urbanas, aunque están contentos con la atención recibida, la mayoría piensa que se podría mejorar con pequeños cambios. Mientras que la población rural no valora ni siquiera la posibilidad de cambio, todos están en estas zonas muy satisfechos con la atención, por decirlo de algún modo, son un poco menos exigentes que los de las zonas urbanas. Y al analizar las diferencias entre hombres y mujeres, estas no existen, ambos piensan más o menos igual, respecto a esta afirmación no existen diferencias importantes.

*-Me ayudan y atienden siempre que lo necesito:*

A pesar de que los mayores están contentos con la atención recibida, si se pregunta si son atendidos siempre que lo necesitan, se observan diferentes opiniones. Algunos de ellos afirman que sí, que están muy bien atendidos y que en nada que avisan a las trabajadoras porque necesita cualquier cosa, éstas van rápido y lo hacen correctamente. Sin embargo, otra mayoría de mayores, al realizarles la misma pregunta la respuesta es muy diferente. Dicen estar contentos con la forma de trabajar del personal, porque lo hacen bien, pero hacen referencia a la tardanza que en muchas ocasiones aparece, es decir, desde que ellos avisan que necesitan alguna atención hasta que reciben la ayuda, en muchas ocasiones tienen que esperar un tiempo, pues los trabajadores suelen estar ocupados con otros residentes.

Esta demora en la atención los residentes lo achacan a la falta de personal en muchas ocasiones, es decir, los mayores son conscientes que en muchos de los centros entrevistados la falta de personal es muy visible, que ha y muchos mayores que atender y pocos trabajadores para dar respuesta a las necesidades de éstos, por lo que se traduce en una tardanza a la hora de recibir los cuidados y atenciones.

Si se observan las diferencias entre las zonas rurales y urbanas, y entre hombres y mujeres, se percibe que prácticamente son inexistentes, es decir, esta tardanza en la atención o carencia de personal se da en ambas poblaciones y es observada por ambos sexos.

*-Percibo que los cuidados que me dan son buenos y de calidad:*

Todos los mayores perciben que los cuidados que le dan son buenos, que los trabajadores se esfuerzan en hacer correctamente su trabajo y que lo hacen lo mejor que pueden. Pero al hablar de calidad ahí los resultados en las respuestas dadas varían un poco, de tal modo que la mayoría de los mayores que pertenecen a las zonas rurales si piensan que estos cuidados son de alta calidad, mientras que al preguntar a los que viven en zonas urbanas, las respuestas se dividen entre los que piensan que si son de calidad y los que piensan que no tienen la calidad que deberían.

Al preguntar el porqué de esa falta de calidad a los que lo afirmaron, lo relacionaban con la escasez de personal, diciendo que al no estar contratado tanto personal como el que realmente se necesitan en los centros, hace que la calidad de la atención disminuya, ya que no pueden detenerse lo necesario con cada mayor o con cada cuidado que ofrecen, pues los trabajadores deben ir rápido para poder atender a todos los mayores y ello hace que la calidad disminuya.

**Actividades que se desarrollan en el centro:**

*-Existe una buena oferta de actividades para realizar en el centro:*

Para todos los mayores vivan donde vivan y sean del sexo que sean, es muy importante que en el centro exista una buena oferta de actividades, piensan que es

significativo que puedan hacer actividades en su tiempo libre, pues así trabajan la mente, el cuerpo y pasan el tiempo más divertidos y entretenidos.

Aunque tanto para hombres como para mujeres es muy importante contar con una buena oferta de actividades en los centros sociosanitarios, son las mujeres las que mayoritariamente realizan éstas. Los hombres son un poco más reacios a participar en todas las actividades, las mujeres sin embargo participan activamente en todas, les guste más o menos, las realizan para no aburrirse y a la vez relacionarse con los compañeros/as, mientras que los hombres como no les guste o atraiga la actividad de primera hora no participan en ellas.

La oferta de actividades es prácticamente igual en el ámbito urbano y rural, en ambos lugares se preocupan de que los mayores que disfrutan de sus servicios dispongan de diferentes actividades que puedan atraerles y gustarles a todos.

*-Las actividades que hacemos son adecuadas para nosotros y variadas:*

En las zonas urbanas, sobre todo las mujeres, si afirman que en los centros en los que se encuentran poseen una oferta de actividades variada y adecuadas para ellos. Los hombres de estas zonas, las urbanas, comprenden la importancia de hacer actividades en el tiempo libre, pero no les preocupa mucho que dichas actividades sean tan variadas, éstos, a diferencia de las mujeres, solo realizan las actividades que realmente les gustan.

En las zonas rurales, tanto hombre como mujeres, al igual que se expuso antes, comprenden la importancia de participar en actividades y hacer cosas con los compañeros, pero en estas zonas el nivel de participación decae un poco en comparación de las zonas urbanas. Aquí a diferencia de las zonas urbanas, tanto para

hombres como para mujeres las actividades a realizar deben ser atractivas para ellos, pues sólo les gusta hacer cosas que les resulten atractivas, no suelen probar nuevas actividades, por lo que se limitan mucho en actividades como manualidades, hacer punto, dibujar y en algunos casos hacer ejercicio en compañía del fisioterapeuta, no les apetece hacer muchas más cosas diferentes.

Por lo tanto, en ambas zonas se comprende la importancia de realizar actividades en el tiempo libre, son conscientes de que las actividades ofertadas en sus centros son correctas para su edad, pero es en las zonas urbana donde los mayores se atreven a llevar a cabo más actividades que en la rural, y en ambas poblaciones, son las mujeres las que tienen un mayor grado de participación que los hombres.

*-Me divierto con las actividades que realizamos:*

Casi en la totalidad de las entrevistas realizadas, los mayores afirman rotundamente que cuando realizan las actividades se divierten y lo pasan muy bien, pues comparten risas y vivencias con los compañeros del centro. Valoran el realizar actividades como muy positivo y las consideran muy importantes para que su estancia en el centro sea mejor y más agradable, pues les ayuda a distraerse y afianzar las relaciones entre los residentes.

## **7.2. Resultados cuantitativos:**

La mayoría de los participantes fueron mujeres (60,7%), de estado civil viudedad (51,3%) seguidos de soltería (24%), casados (22,7%) y divorciados (2%). Respecto al nivel

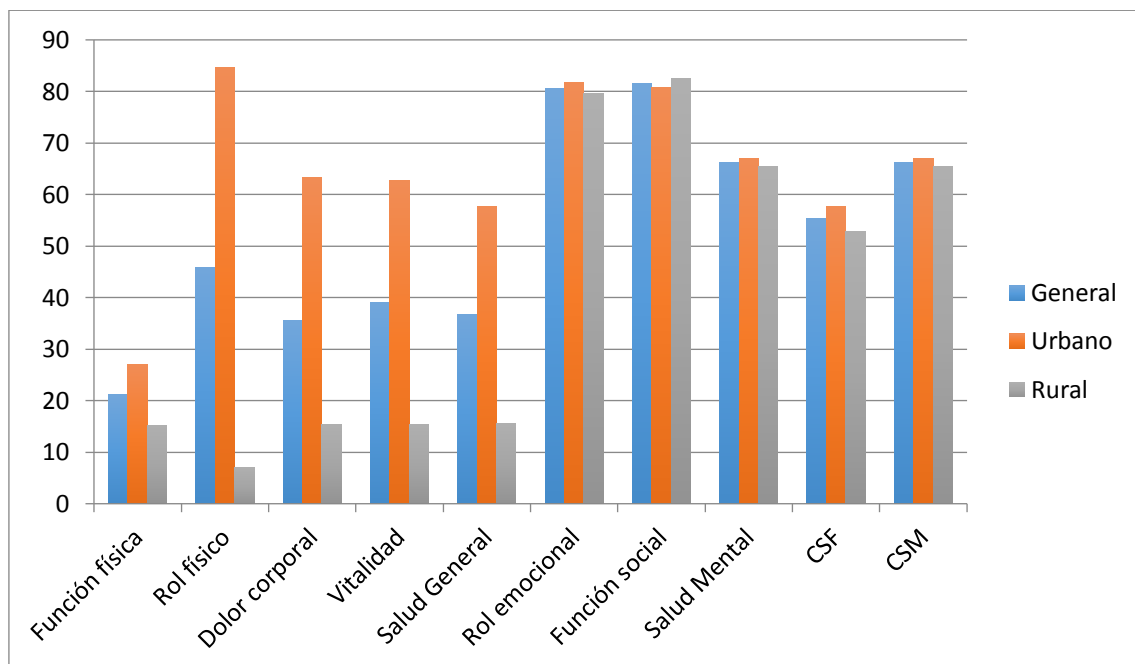
de estudios en su mayoría (58,7%) no tiene estudios o tiene estudios primarios (41,3%).

La media de edad es de 80,13, rango de 66 a 96 (DT=6,868).

En el Test de Barber tan sólo un 0,7% ha dado como resultado 0, presentando los resultados una media de 2,78 y una moda de 3, rango de 0 a 5.

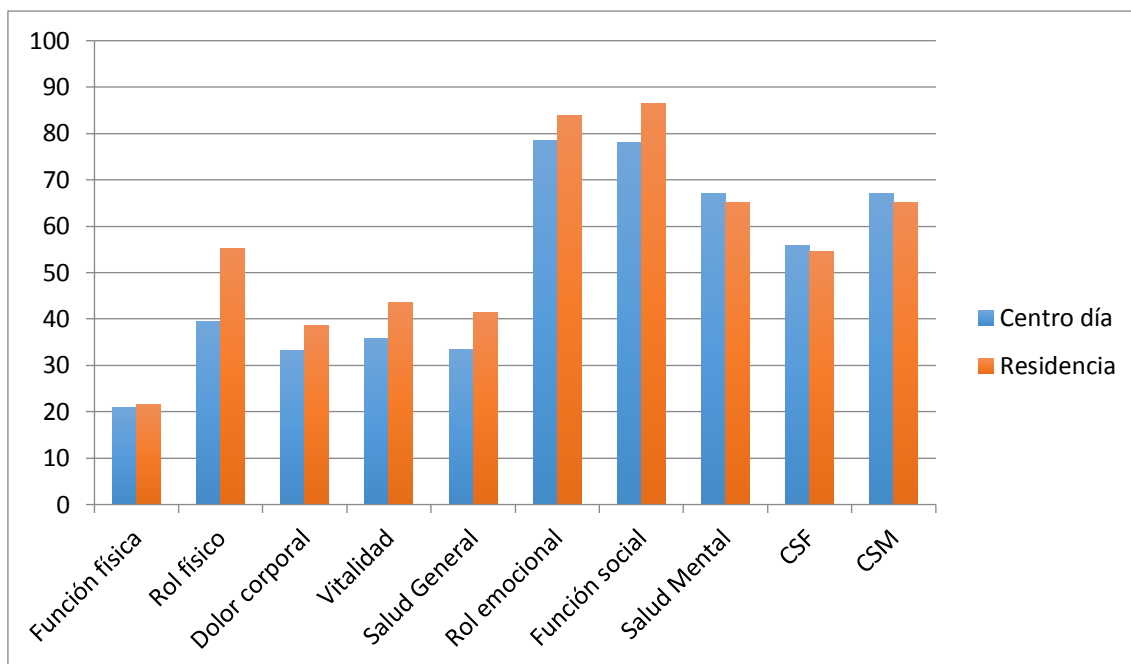
Respecto a los resultados del SF-36 han sido superiores a la media para la población española de ese grupo de edad, que es para el CSF 44,82 (DT=10,26) y para el CSM 49,70 DT=10,73) <sup>(120)</sup>. El CSF presenta una media de 55,29 (DT= 22,06), el CSM media 66,21 (DT=18,04). Analizando los componentes del SF-36 uno a uno vemos que los valores más altos corresponden a rol emocional y función social y los más bajos a función física, vitalidad y dolor corporal.

Gráfica 38. Componentes del Test SF-36 comparados en la población mayor general, población urbana y rural:



Fuente: Elaboración propia partir de los resultados obtenidos en la investigación.

Gráfica 39. Componentes del Test SF-36 comparando resultados entre los mayores que viven en residencias y los que disfrutan de la atención en Centros de Día:



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en la investigación.

Hemos encontrado correlaciones significativas entre los resultados del test de Barber y el CSF (-,308;  $p < ,01$ ) en el sentido que a mayor puntuación en el CSF menor puntuación en el Test de Barber (mayor independencia). También entre el CSF y CSM (,573;  $p < ,01$ ) en el sentido que a mayor puntuación en el CSF mayor puntuación en el CSM.

También hay una correlación significativa entre los servicios que utilizan y la edad (-,074;  $p < ,01$ ) los de menor edad utilizan centros de día y los de mayor edad viven en residencias. Confirmándose esta diferencia significativa en el análisis de medias ( $F_{(2,148)}$ )

=,712;  $p < ,000$ ), asisten a centros de día personas más jóvenes ( $M=78,11$ ;  $DT=6,135$ ) y viven en residencias personas de más edad ( $M=83$ ;  $DT=6,87$ ).

Respecto al contexto urbano y rural, encontramos correlaciones significativas de este con función física ( $-,797$ ;  $p < ,01$ ), dolor ( $-,772$ ;  $p < ,01$ ), vitalidad ( $-,882$ ;  $p < ,01$ ) y CSF ( $-,774$ ;  $p < ,01$ ), relacionando mayores puntuaciones de los mismos con hábitat urbano.

Por último hemos realizado un análisis de regresión por pasos sucesivos para obtener un modelo predictivo utilizando como variables dependientes el CSF y el CSM. En el primer caso CSF, el modelo predictor obtenido ha sido que en primer lugar es el componente mental, el segundo el Test de Barber y en tercero la edad, los que predicen el CSF.

Tabla 40: Modelo de regresión con componente de salud como variable dependiente:

**ANOVA<sup>a</sup>**

Modelo		Suma de cuadrados	de gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	23256,074	1	23256,074	69,854	,000 <sup>b</sup>
	Residual	49273,019	148	332,926		
	Total	72529,093	149			
2	Regresión	27929,371	2	13964,685	46,027	,000 <sup>c</sup>
	Residual	44599,723	147	303,399		
	Total	72529,093	149			
3	Regresión	29203,004	3	9734,335	32,803	,000 <sup>d</sup>
	Residual	43326,090	146	296,754		
	Total	72529,093	149			

a. Variable dependiente: Csalud

b. Variables predictoras: (Constante), Cmental

c. Variables predictoras: (Constante), Cmental, BARBER

d. Variables predictoras: (Constante), Cmental, BARBER, EDAD

**Coeficientes<sup>a</sup>**

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	9,457	5,683		1,664	,098
	Cmental	,692	,083	,566	8,358	,000
2	(Constante)	26,568	6,960		3,817	,000
	Cmental	,651	,080	,533	8,162	,000
	BARBER	-5,173	1,318	-,256	-3,925	,000
3	(Constante)	-6,784	17,509		-,387	,699
	Cmental	,644	,079	,527	8,157	,000
	BARBER	-5,304	1,305	-,263	-4,064	,000
	EDAD	,427	,206	,133	2,072	,040

a. Variable dependiente: Csalud

Fuente: Elaboración propia a través de los cálculos matemáticos realizados.

Para el modelo predictor del CSM la única variable predictora con significación

es el CSF.

Tabla 41: Modelo de regresión con componente mental como variable dependiente:

**ANOVA<sup>a</sup>**

Modelo	Suma de cuadrados	de gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	15522,526	1	15522,526	69,213	,000 <sup>b</sup>
Residual	32967,783	147	224,271		
Total	48490,309	148			

a. Variable dependiente: Cmental

b. Variables predictoras: (Constante), Csalud

<sup>s</sup>

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1 (Constante)	40,586	3,320		12,223	,000

Csalud	,463	,056	,566	8,319	,000
--------	------	------	------	-------	------

a. Variable dependiente: Cmental

Fuente: Elaboración propia a través de cálculos matemáticos realizados.

### 7.2.1. Resultados del grupo urbano:

Los participantes del grupo urbano eran en su mayoría mujeres (65,3%) frente a un 34,7% de hombres. Respecto a su estado civil un 53,3% estaba viudo, 25,3% estaba casado, un 17,3% soltero y un 4% divorciado. Un 41,3% tiene estudios primarios. El 49,3% asiste a un centro de día, mientras que un 50,7% vive en residencias.

Respecto a las puntuaciones del CSF la media es de 57,70 (DE=21,68) y el CSM de 67,04 (DE=18,24), superiores ambos valores a los de referencia para la población española en ese grupo de edad. Los valores más alto se corresponden a los componentes rol físico (Media=84,66), dolor (Media=63,29) y vitalidad (Media=62,69).

En el test de Barber si encontramos valores 0 (1,3%) lo que indica que hay personas independientes y sin riesgo de dependencia.

Existen correlaciones significativas entre los resultados del Test de Barber y el CSF (-,315;  $p < ,01$ ), en el sentido que a mayor puntuación del Barber menor CSF. No existe relación significativa con la edad.

Encontramos una diferencia significativa entre la edad y el tipo de servicio social que utilizan, en el sentido que las personas de menor edad (media 77,35; DE=6,516) van al centro de día y las de mayor (83,53; DE= 6,817) viven en residencia.

### 7.2.2. Resultados del grupo rural:

En el grupo rural había un 50,7% de mujeres, frente a un 49,3% de hombres. El estado civil en un 49,3% de participantes era viudo, un 30,7% solteros y un 20% casados, ningún divorciado o separado. El 68% asiste a centro de día, frente a un 32% que vive en residencia. Un 41,3% tiene estudios primarios. La media de edad es de 79,79 años, con un rango entre 67 y 93 años.

Todas las puntuaciones del Test de Barber son  $>$  de 0, lo que indica riesgo de dependencia.

Respecto al SF-36, el componente de salud tiene una media de 52,88 (DE= 22,32) y el de salud mental 65,38 (DE=17,93), superiores en ambos casos a los valores de referencia para población española  $>$  de 65 años cuyos valores son CSF 44,82 (DE=10,26) y CSM 49,70 DE=10,73). Si analizamos los componentes del SF-36 encontramos que los valores más altos se corresponden con función física, salud, vitalidad y rol emocional, y los más bajos con dolor rol físico y función social.

Existen correlaciones significativas entre el resultado del Test de Barber y los CSF (-,309;  $p < ,01$ ) y en menor medida con el CSM (-,238;  $p < ,05$ ), en el sentido de que a mayor puntuación menores valores de los CSF y M. No existe relación entre la edad y los CSF y M.

Encontramos diferencias significativas entre la función física y las personas que asisten al centro de día, en el sentido de que son los que tienen mayor valoración del CSF los que van a centro de día.

### **7.3. Discusión.**

Con este estudio se va a analizar los servicios sociosanitarios de la provincia de Jaén, referente a las residencias y a los centros de día. Se han estudiado si éstos cubren las necesidades de la población mayor que hace uso de ellos, si esa asistencia es percibida como buena y de calidad por los mayores, y si le dan respuestas correctas a lo que necesiten. Además también se valoran las diferencias existentes entre los servicios sociosanitarios de las zonas rurales y las urbanas, considerando como zona rural los municipios de menos de 10.000 habitantes y como zona urbana los municipios de más de 10.000 habitantes. Y, finalmente, también se ven qué diferencias hay entre hombres y mujeres mayores de 65 años que hacen uso de estos servicios sociosanitarios con respecto a la cobertura de sus necesidades y percepciones de éstos.

Para este estudio se entrevistaron a mayores de 65 años que estaban disfrutando de algún recurso sociosanitario, bien residencias o centros de estancia diurna, que no tuviesen deterioro cognitivo. Se hizo una entrevista cualitativa y dos test cuantitativos a cada uno de los sujetos de estudio.

Como hemos visto las características de la muestra son similares a otros estudios del mismo grupo de edad, mayoritariamente femenino y viudas, por lo que los resultados son comparables.

Al comparar los resultados de este estudio con otros diferentes se percibe que, por ejemplo, en el artículo de “Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados” obtienen el resultado de que el apoyo tanto familiar como entre compañeros y trabajadores es uno de los indicadores de calidad de vida de los mayores, siendo dicha percepción de calidad por parte de los mayores más

elevada si el apoyo es satisfactorio. Por lo tanto, uno de los objetivos que se debe promocionar tanto en las residencias como en los centros de día es aumentar, mejorar y favorecer las relaciones y el apoyo entre las personas que disfrutan de estos servicios sociosanitarios. Además en éste estudio se exponen resultados como que las personas que están institucionalizadas presentan una mayor satisfacción, de modo que comparando esto con los resultados de esta Tesis, en cierto punto es correcta, se ha llegado a observar que numerosos mayores, los cuales están disfrutando actualmente de la atención en residencias y centros de día, para ellos es muy importante estos servicios, y no conciben su vida sin ello. Con la ayuda que les brindan les garantizan que sus necesidades están cubierta de forma correcta, están mejor atendidos que si viviesen en sus domicilios y además gozan de una mayor seguridad, por lo tanto, gozan de una gran satisfacción debido a la utilización de éstos. <sup>(123)</sup> Otro dato a destacar es la utilización de residencias por parte de las personas de mayor edad, mientras que a menor edad se utilizan los centros de día. Y, también podemos reseñar las diferencias entre las personas que usan centros de día y las que van a residencia, en el primer caso son las de menor edad y con mejor CSF, frente a las que van a residencia que son mayores con peor CSF, pero mejor CSM.

Según el autor Alberto Castellón Sánchez del Pino en su artículo “Calidad de vida en la atención al mayor”, relata que la calidad de vida subjetiva es mayor en los hombres que en las mujeres debido a que el envejecimiento es percibido por éstas como más negativo <sup>(83)</sup>. En esta investigación, no se ha percibido dicha afirmación, según las respuestas que han dado los mayores entrevistados, dicha percepción de calidad de vida es prácticamente la misma para ambos sexos, todos ellos pensaban que tenían buena calidad de vida y que no presentaban grandes quejas ante su calidad de vida, pues con

los años eran conscientes de que la salud poco a poco iba empeorando y todo iba desvaneciéndose, pero aun así los mayores encuestados en su mayoría eran positivos y optimistas. Aún así, se obtienen los resultados de que en el grupo urbano hay personas independientes según la puntuación del Test de Barber, y en el medio rural no hay ninguna puntuación 0, es decir todos son dependientes o en riesgo de dependencia, por lo que las personas del grupo rural que usan servicios sociosanitarios tienen una edad mayor y peor CSF, pero a pesar de ello, como se ha expuesto sobresalía la positividad y el optimismo. Podemos pensar que en la zona rural utilizan mayoritariamente los servicios sociosanitarios cuanto tienen un empeoramiento de su calidad de vida.

Una de las preocupaciones que los mayores tenían y que la relacionaban íntimamente con esa percepción de la calidad de vida era la salud que presentaban, al igual que en el artículo “Autopercepción de calidad de vida”, resalta la importancia de esa salud con dicha percepción, cuanto mejor era la salud del mayor, mejor percepción de calidad de vida tenía. Ésta apreciación también se refleja en las entrevistas de esta Tesis. <sup>(124)</sup> Además, es importante resaltar que la calidad de vida del grupo estudiado, es mejor, comparativamente que la calidad media en España para ese grupo de edad, en sus dos componentes CSF y CSM. Se observa cómo respecto al CSF influyen la salud mental, el riesgo de dependencia y la edad. Sin embargo para CSM la variable más influyente de manera significativa es la salud física. Como diferencia existente en las zonas rurales y urbanas, podemos observar a través de nuestro estudio que los valores más altos de los componentes del SF-36 para el grupo urbano son los correspondientes a la salud física, mientras que en el rural son la función social y el rol emocional.

Otro factor que también consideran importante los mayores entrevistados en la presente investigación es la existencia de un buen apoyo familia y de amigos/as. En otro artículo muy interesante del autor Meléndez J. C., habla de “Percepción de relaciones sociales en la tercera edad”, en él, destaca el resultado de la necesidad de aumentar o mantener las relaciones sociales que las personas tenían antes de jubilarse. Expone la importancia de mantener un buen círculo de amigos con los que los mayores poder hacer cosas y así son más felices. Afirma dicho autor que en cuando una persona se jubila, en muchas ocasiones el número de amigos disminuye debido a que deja el trabajo, lugar dónde se encuentran normalmente el mayor número de amigos y compañeros, por lo que cuando una persona llega a esta nueva etapa de subida tenemos que favorecer la realización de nuevas relaciones con otros miembros de los centros sociosanitarios o hacer que no pierdan las relaciones que tienen. Según los cuestionarios realizados, los mayores si consideran muy importantes tanto las relaciones familiares como con los amigos, pero especialmente las relativas a la familia. Consideran que para estar mejor y ser más felices es necesario tener buenas relaciones socio-familiares <sup>(125)</sup>. Por lo que al igual que en este artículo, se considera muy importante el favorecer que todos los mayores que estén en los centros sociosanitarios mantengan buena relación con su familia y se aumenten o creen nuevas relaciones sociales con los mayores que comparten estos servicios sociosanitarios.

Otro punto a tener en cuenta para que los mayores estén más felices en los centros sociosanitarios son las actividades realizadas. En el artículo “Autopercepción de la calidad de vida” también se habla de la importancia de estas actividades, se expone que los mayores es mejor que no se aburran, pero afirma que estos mayores no enuncian propuestas nuevas de cómo pasar el tiempo, sino que se muestran conformes

con su situación actual en los centros sociosanitarios. Esto puede deberse a que los mayores no conozcan otras alternativas o que hayan asumido el rol de anciano que no puede hacer nada más allá de lo que le ofrecen.<sup>(124)</sup> Esto mismo ocurre en ésta Tesis, la gran mayoría de los mayores entrevistados están felices con las actividades que realizan en sus centros, piensan que son muy necesarias e importantes, pero no se plantean hacer otras diferentes que no las ofrezcan en el centro, además cuando se pregunta cómo mejorarían dicha oferta de actividades y ocio, prácticamente ninguno de ellos piensan que la cambiarían, están conforme con lo que se le ofrece. Por lo tanto, como bien exponen Alberto Castellón y Victorina Romero en este artículo, esto se debe a que el mayor se encasilla en el rol de persona mayor la cual no puede hacer mucho más de lo que el centro le ofrece, por lo que es función de la sociedad cambiar esta visión tan cuadrículada.

Con respecto a la existencia de los recursos sociosanitarios en nuestro país, en la publicación “Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España” se identifican dos grandes barreras que existen para la coordinación de los servicios sociosanitarios, dónde en primer lugar hablan de la ausencia de un modelo de definición de la calidad de vida que se persigue para los usuarios del sistema, donde en muchas ocasiones no se escucha la propia voz del mayor y se hace todo tan estandarizado que no se da al mayor lo que realmente el necesita para ser feliz. En las entrevistas realizadas existían mayores que me describían la situación de que si eran felices y se encontraban bien en los centros, pero que echaban el falta quizás algunas cosas, como por ejemplo un mayor contacto con la naturaleza, esto les haría mucho más feliz. También habla de la rigidez de los servicios prestados, no se adecúan en muchas ocasiones a las demandas que tienen la población en cada momento, ya que dichas demandas no son iguales con

el paso de los años, sino que cambian. Y como no, también definen la dificultad burocrática y falta de información en muchas ocasiones, esta afirmación si se ha hecho patente en las entrevistas realizadas para este investigación, pues un gran número de mayores achacaban la dificultad de poder obtener disfrutar de los servicios sociosanitarios debido a la falta de plazas y a la dificultad que tuvieron en lo referente a la burocracia, lo que hace que dicho proceso de aceptación del disfrute de estos servicios se alarguen mucho más en el tiempo. Añaden también como dificultad el sistema de financiación de residencias y centros de día, de manera que esta dificultad también se hizo muy visible en las entrevistas, pues para los mayores era, en muchas ocasiones, muy complicado hacer frente al gasto de estos servicios y tenían que pedir ayuda económica a familiares para pagar el centro o bien para poder hacer frente a cualquier gasto que viniese de fuera del servicio sociosanitario. <sup>(126)</sup>

Resumiendo, esta Tesis Doctoral coincide con los resultados de otros estudios ya existentes, en los que se ponen de manifiesto y relevancia la importancia de que los mayores tengan y perciban que poseen una buena calidad de vida, que sepan ellos que la atención que están recibiendo es de calidad, que sean atendidos en su debido momento, que no encuentren dificultades para hacer uso de dichos servicios con falta de plazas o problemas burocráticos. Es necesario conseguir que el mayor que disfruta de esta atención sociosanitaria este cien por cien satisfecho con ella y que no encuentre carencias por ningún lado, pues como se expuesto anteriormente, para la mayoría de ellos dicha atención o disfrute de estos servicios es algo básico y necesario para poder vivir.

#### **7.4. Conclusiones y recomendaciones.**

Las **conclusiones** que se han obtenido a partir de la investigación realizada en este trabajo, el que se ha realizado a través de un estudio cualitativo y cuantitativo son:

**1.** *La implantación de los servicios sociosanitarios en la provincia de Jaén no obedece a una planificación basada en las necesidades reales de la población mayor.* A través de esta investigación se llega a la conclusión de que los servicios sociosanitarios que se ofrecen a la población jiennense mayor no son del todo correcta. Existen casos en los que los mayores reciben la atención adecuada según sus necesidades, pero existe otro gran porcentaje de personas mayores de 65 años que no tienen cubierta del todo sus necesidades con los servicios sociosanitarios. Se trata en éste último caso de las personas que reciben atención en centros de estancia diurna pero que no pueden cubrir sus necesidades básicas diarias en los domicilios, sobre todo por carencias económicas, y además también hay otro grupo de personas mayores que estando disfrutando de los servicios sociosanitarios de residencias tampoco tienen bien cubiertas dichas necesidades, pues debido a la falta de personal principalmente no reciben la atención de calidad como ellos deberían percibir.

**2.** *La calidad de vida y la percepción de su salud de la población mayor de la provincia de Jaén guarda relación directa con los dispositivos asistenciales accesibles.* Según todas las entrevistas y test realizados se concluye que la atención que los mayores reciben guarda una íntima relación con la calidad de vida que éstos perciben. Los mayores que reciben una adecuada atención sociosanitaria y que cubren correctamente sus necesidades básicas diarias perciben su propia calidad de vida mucho mejor y más aumentada que los mayores que por alguna causa no reciben una asistencia totalmente

correcta o que no se basa en las necesidades básicas que éstos perciben, por lo tanto al no ver cubiertas sus necesidades diarias valoran peor su propia calidad de vida.

**3. La calidad de vida del grupo poblacional formado por las personas de 65 años o más es mayor en las mujeres que en los hombres y, en ambos, en las poblaciones de menos de 10.000 habitantes.** Con respecto a los resultados obtenidos en esta Tesis no se evidencian grandes diferencias entre la calidad de vida que presentan los hombres y mujeres en el ámbito urbano ni en el rural. Si es cierto que en el ámbito urbano los mayores que disfrutan de los servicios sociosanitarios son de menor edad y, con ello, se observa que existe una menor dependencia de estos usuarios para realizar sus actividades de la vida diaria, lo que, hasta cierto punto se puede traducir en una buena calidad de vida. Mientras, que por otro lado, los mayores del ámbito rural presentan una mayor dependencia que puede estar relacionada con que estas personas que disfrutan de los recursos sociosanitarios son de mayor edad en estas zonas rurales, pero también perciben su calidad de vida como adecuada. Por lo que, a pesar de todo, la calidad de vida percibida por los mayores del estudio, de ambas poblaciones, rurales y urbanas, son prácticamente muy positivas, saben y son conscientes de la edad que tienen y por ello ven en su mayoría su calidad de vida, de forma general, como buena.

Como **recomendaciones**, una vez finalizada la investigación, se podrían aportar las siguientes:

Según este estudio, la necesidad del aumento de los servicios sociosanitarios para la población mayor, tanto en zonas rurales como en las urbanas. Es indispensable que nuestros mayores posean la atención adecuada que requieran en cada situación, lo más personalizada posible, que puedan disponer tanto de atención sociosanitaria en los centros disponibles, residencias y centros de día, como de la atención domiciliaria que

necesiten, es decir, de la forma que ellos demanden, los días, horas, etc., que realmente necesiten, para que así ellos perciban que la atención sociosanitaria que reciben es totalmente correcta. Y, además, que dichos servicios sean ajustados a su disponibilidad económica real, para que el poder disfrutar de estas atenciones no supongan un problema o riesgo económico para ellos.

Si se ofrece una atención sociosanitaria adecuada a las necesidades físicas, emocionales y económicas a cada uno de los mayores de nuestra provincia, se podrá conseguir que la calidad de vida en ellos aumente considerablemente, además de mejorar también la salud de éstos, por lo que se conseguirá tener unos mayores más felices, más sanos y con mayor calidad de vida.

# **CAPITULO 8**

## **8. Bibliografía y anexos.**

### **8.1. Bibliografía:**

1. Parapar C, Rey J, Fernández J. L, Ruiz M. Informe de la I+D+i. Informe sobre envejecimiento. Madrid: Fundación General del CSIC; 2010.
2. Holliday R. A global view of the causes of ageing: an interview with Robin Holliday. *Biogerontology* 2002; 3(5):317-324.
3. Fornós M. Sociedad y vejez. Crisis e identidad en el envejecer. En: 4º congreso virtual de psiquiatría. *Interpsiquis*; 2003. En: <http://www.psiquiatria.com/>
4. Pérez J. Garrido L. La situación social de la vejez en España a través de una perspectiva demográfica. Madrid: SG; 1996.
5. Grupo orgánico de enfermedades no transmisibles y salud mental, Departamento de las enfermedades no transmisibles y promoción de la salud. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Gerontol.* 2002; 37 (S2): 74-105.
6. Fernández R. Psicología y envejecimiento: retos internacionales en el siglo XXI. *Psychosocial Intervention.* 2001; 10 (3): 277-284.
7. Robles L. La vejez: nuevos actores, relaciones sociales y demandas políticas. *Relaciones (Zamora).* 2006; 27: 140-175.
8. Montes V. El envejecimiento en el debate mundial: reflexión académica y política. *Papeles de población.* 2003; 9 (35): 77-100.

9. Romero L, Martín E, Navarro J L, Luengo C. El paciente anciano: demografía, epidemiología y utilización de recursos. En: International Marketing & Communication, SA., coordinador. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: IM&C; 2006. P.33-47.
10. Alonso P, Sansó F.J, Díaz-Canel A.M, Carrasco M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev Cubana de Salud pública. 2007; 33 (1).
11. Arrière I, Colvez A, Favier F, Jeandel C, Blain H. Hierarchical components of physical frailty predicted incidence of dependency in a cohort of elderly women. J Clin Epidemiol 2005; 58(11):1180-1187.
12. Old-age dependancy ratios; The Economist 2009 May 09; 391(8630):102.
13. Arias-Merino E, Mendoza-Ruvalcaba N, Arias-Merino M, Cueva-Contreras J, Vázquez C. Prevalence of successful aging in the elderly in Western Mexico. Current Gerontology and geriatrics research. 2012.
14. Villanueva L.A. Sobre el envejecimiento: una perspectiva integral. Rev Hosp Gral Dr. M Gea González. 2000; 3 (3): 107-114.
15. Lutz W, Sanderson W, Scherbov S. The coming acceleration of global population ageing. Nature 2008 Feb 07; 451(7179):716-719.
16. Casado D. Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades. Gac. Sanit. 2000; 15 (2): 154-163.
17. Ruipérez I. Envejecimiento, Siglo XXI y solidaridad. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002; 37 (S2): 3-6.
18. Lerma A. Muerte social. [public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/otro\\_3.pdf](http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/otro_3.pdf).

19. Definición.de, Tasa de mortalidad (sede web). Definición. de; 2008. (acceso 8 de Noviembre de 2012). Disponible en: <http://definicion.de/tasa-de-mortalidad/>
20. Causapié P, Balbotín A, Porras M, Mateo A. Envejecimiento activo. Libro Blanco. 1ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
21. Jerez O., Vocabulario de términos geográficos (monografía en internet). Ciudad Real; 2003 (acceso el 10 de Noviembre de 2012). Disponible en: <http://vocabulariogeografico.blogspot.com.es/2012/02/tasa-de-fecundidad.html>
22. Definición.de, Tasa de natalidad (sede web). Definición.de; 2008. (acceso 11 de Diciembre de 2012). Disponible en: <http://definicion.de/tasa-de-natalidad/>
23. Rentería M.T., Geografía del envejecimiento: El presente de los países desarrollados y el futuro de los países en desarrollo. Persona y bioética. 2003; 7 (18): 54-70.
24. Montes de Oca V., El envejecimiento en el debate mundial: reflexión académica y política. Papeles de población. 2003; 9 (35): 77-100.
25. Carone G. Costello D. ¿Llega a Europa la tercera edad?. Finanzas y desarrollo. 2006; 43 (3): 28-31.
26. Asghar P. Características y retos del envejecimiento de la población: La perspectiva europea. Policy Brief (Viena). 2008; (acceso 20 de Noviembre de 2012). Disponible en: [http://www.imsero.gob.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/polbrief\\_march2008\\_span.pdf](http://www.imsero.gob.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/polbrief_march2008_span.pdf)
27. Abad E, González T, Banderas A, De la Cuesta C, Monistrol O, Mahtani V et al. Research protocol: a synthesis of qualitative studies on the process of adaptation to dependency in elderly persons and their families. BMC Geriatrics [revista en internet].

2010 (acceso el 15 de Enero de 2013). Disponible en: <http://biomedcentral.com/1471-2318/10/58>

28. European Union: Active ageing - a challenge for the individual and for society. Asia News Monitor 2012 Nov 19

29. Sancho M., Abellán A., del Barrio E., Castejón P., Pérez L., Díaz R. et al. Informe 2006. Las personas mayores en España. Datos estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006.

30. Wikipedia (sede web). Fundación Wikipedia; (actualizada 25 de Febrero de 2014- acceso 20 de Octubre de 2012). Demografía de la Unión europea. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Demograf%C3%ADa\\_de\\_la\\_Uni%C3%B3n\\_Europea](http://es.wikipedia.org/wiki/Demograf%C3%ADa_de_la_Uni%C3%B3n_Europea)

31. Perca I. Economic Problems of European Union Caused by the Demographic Ageing. Romanian Journal of European Affairs 2011; 11(3):87-99

32. ¿?

33. Pérez J. Feminización de la vejez y estado del bienestar en España. REIS. 2003; 3 (104): 91-121.

34. Gómez J., Martín I., Baztán J.J., Regato P., Formiga F., Segura A, et al. Prevención de la dependencia en las personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007; 42 (Supl 2): 15-56.

35. Instituto Nacional de Estadística (sede web). Enero de 2012. (acceso 22 de Noviembre de 2012). Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

36. González I. España es uno de los países más envejecidos del mundo. 2009; (acceso 14 de Enero de 2013). Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/281afondo.pdf>
37. Abellán A., Esparza C. Un perfil de las personas mayores en España, 2011. Indicadores estadísticos básicos. Portal de mayores (revista en internet)\* 2011 Octubre. (acceso 15 de Enero de 2013); (127). Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es>
38. Wikipedia (sede web). Fundación wikipedia; (actualizada 21 de Febrero de 2014- acceso 18 21 de Enero de 2013). Países por esperanza de vida. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Anexo:Pa%C3%ADses\\_por\\_esperanza\\_de\\_vida](http://es.wikipedia.org/wiki/Anexo:Pa%C3%ADses_por_esperanza_de_vida)
39. Fernández J. A. Situación y futuro de la población de Andalucía. Boletín económico de Andalucía. 1998; (24): 195-211.
40. Jordá R. Población y economía andaluza: tendencias y perspectiva: 1950-1986. Revista de estudios regionales. 1989; (25): 89-107.
41. Caravaca I., González G., Mendoza A. Indicadores de dinamismo, innovación y desarrollo. Su aplicación en ciudades pequeñas y medias de Andalucía. Boletín de la A. E. G. 2007; (43): 131-154.
42. Wikipedia (sede web). Fundación wikipedia; (actualizada 8 de Marzo de 2014- acceso 10 de Febrero de 2013). Andalucía. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Andaluc%C3%ADa>
43. Instituto Nacional de Estadística (sede web). Enero de 2012. (acceso 17 de Febrero de 2013). Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

44. Almoguera P., Del Valle C. Envejecimiento y comarcas deprimidas en Andalucía Occidental. Revista de estudio sobre despoblación y desarrollo rural. 2010; (9): 129-156.
45. Instituto Nacional de Estadística (sede web). Enero de 2012. (acceso 25 de Febrero de 2013). Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
46. Junta de Andalucía. Plan Andaluz de cuidados Paliativos 2008-2012. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Sanidad; 2012.
47. Fernández M. I. Ancianidad y muerte en Jaén. Seminario médico. 1994; 46 (2): 38-46.
48. Wikipedia (sede web). Fundación wikipedia; (actualizada 11 Marzo de 2014-acceso 8 de Marzo de 2013). Provincia de Jaén. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Provincia\\_de\\_Ja%C3%A9n\\_%28Espa%C3%B1a%29](http://es.wikipedia.org/wiki/Provincia_de_Ja%C3%A9n_%28Espa%C3%B1a%29)
49. Instituto Nacional de Estadística (sede web). Enero de 2013. (acceso 13 de Marzo de 2013). Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
50. Fundación BBVA. La población de Jaén. 2007; Disponible en: [http://www.fbbva.es/TLFU/dat/cuaderno\\_poblacion\\_jaen.pdf](http://www.fbbva.es/TLFU/dat/cuaderno_poblacion_jaen.pdf)
51. Wikipedia (sede web). Fundación wikipedia; (actualizada 5 de Octubre de 2013-acceso 20 de Marzo de 2013). Jamilena. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Jamilena>
52. Wikipedia (sede web). Fundación wikipedia; (actualizada 31 de Julio de 2013- acceso 21 de Marzo de 2013). Aldeaquemada. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Aldeaquemada>

53. Junta de Andalucía (sede web). Sevilla: juntadeandalucia.es; 2012 (acceso 2 de Abril de 2013). Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/anuario/anuario12/anuario12c02.htm>
54. Index mundi (sede web). España perfil población 2012. (actualizada 19 de Julio de 2012-acceso 12 de Abril de 2013). Disponible: [http://www.indexmundi.com/es/espana/poblacion\\_perfil.html](http://www.indexmundi.com/es/espana/poblacion_perfil.html)
55. Junta de Andalucía (sede web). Sevilla: juntadeandalucia.es; (acceso 24 de Abril de 2013). Estadística y cartografía. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/iea/resultadosConsulta.jsp?codConsulta=59595>
56. Fernández M. I., Fernández R. Modelos ambientales sobre la vejez. Anales de psicología.1990; 6 (2): 181-198.
57. Belando M. Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios. Comunicación e persoas maiores. 2006; (4): 77-94.
58. La vejez (sede web). México: vejez.galeon.com; (acceso 26 de Abril de 2013). Teorías sobre la vejez. Disponible en: <http://vejez.galeon.com/page3.html>
59. Aguerre C., Bouffard L. Envejecimiento exitoso: teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. Rev Asoc Colomb Gerontol Geriatr. 2008; 22 (2): 1146-1156.
60. Freire de Oliveira M. Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico-sociales. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF y SF- 36. (Tesis doctoral). Granada: Editorial de la Universidad de Granada; 2007.

61. Por los mayores (sede web). 2012. (actualizada 6 de Enero de 2012- acceso 30 de Abril de 2013). Algunas de las teorías sociales del envejecimiento. Disponible en: <http://porlosmayores.blogspot.com.es/2012/01/algunas-teorias-sociales-del.html>
62. Gerontología al día (sede web). Colombia: 2009; (actualizada 31 de Agosto de 2009- acceso 3 de Mayo de 2013). Perspectiva sociológica: Teoría de la continuidad. Disponible en: [http://www.envejecimientoyvejez.com/2009/08/perspectiva-sociologica-teoria-de-la\\_7672.html](http://www.envejecimientoyvejez.com/2009/08/perspectiva-sociologica-teoria-de-la_7672.html)
63. Vázquez-Noguerol R. La calidad de vida de las personas mayores e inmovilizadas de un distrito urbano [Tesis doctoral]. Madrid, Universidad Complutense de Madrid; 1995.
64. Bermejo L. Promoción del envejecimiento activo. Reflexiones para el desarrollo de programas de preparación y de adaptación a la jubilación. Envejecimiento activo. 2006: 65-88.
65. Castón P., Ramos M.M. Dependencia en personas mayores en Andalucía. Centro de estudios andaluces: 2006.
66. Calero M J, López J, Sánchez L I, Carretero P. De la discapacidad a la dependencia: Aspectos sanitarios. Revista Mesa Redonda. 2008; 60 (2): 93-100
67. Rodríguez A., Cobo P., Duque J.M., Fernández J. M., García J. M., Herrero A. et al. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco. Madrid: Secretaría de estado de servicios sociales familias y discapacidad; 2004.
68. Otero A., Zunzunegui M. V., Rodríguez-Laso A., Aguilar M. D., Lázaro P. Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. Revista española de salud pública. 2004; 78 (2): 201-213.

69. Otero A, Zunzunegui MV, Rodríguez-Laso A, Aguilar MD, Lázaro P. Burden and trends of activities of daily living disability in elderly Spanish people. *Revista española de salud pública* 2004; 78(2):201-213.
70. Gómez Pavón J, Martín Lesende I, Baztán Cortés J.J., Regato Pajares P, Formiga Pérez F, Segura Benedito A, et al. Preventing dependency in the elderly. *Revista clínica española* 2008; 208(7):361-362.
71. Taş U, Verhagen AP, Bierma-Zeinstra S, Hofman A, Odding E, Pols HAP, et al. Incidence and risk factors of disability in the elderly: the Rotterdam Study. *Prev Med* 2007 03; 44(3):272-278.
72. Catalán C. E. Discapacidad y dependencia en España. Informes portal de mayores (revista en internet)\* 2011-Abril (acceso 23 de Mayo de 2013). Disponible en: <http://www.espaciomayores.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/pm-discapacidad-01.pdf>
73. Instituto Nacional de Estadística (sede web). Noviembre 2012 (actualizada 4 de Diciembre de 2012- acceso 23 de Mayo de 2013). Proyecciones de población 2012. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np744.pdf>
74. Instituto Nacional de Estadística (sede web). Enero 2008. (acceso 25 de Mayo de 2013). Población con discapacidad por CCAA, edad y sexo. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p418/a2008/hogares/p02/modulo1/I0/&file=03001.px&type=pcaxis&L=0>
75. Instituto Nacional de Estadística (sede web). Enero 2008. (acceso 25 de Mayo de 2013). Encuesta de discapacidad, Autonomía personal y Situación de dependencia en

2008. Disponible en:

<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p418/a2008/hogares/p02/modulo1/l0/&file=03033.px&type=pcaxis&L=0>

76. Abellán A., Pérez J., Catalán C. E., Castejón P., Ahmed-Mohamed K. Discapacidad y dependencia en Andalucía. Sevilla: Instituto de estadística y cartografía de Andalucía; 2012.

77. Dueñas D. M., Bayarre H.D., Triana E. A., Rodríguez V. Percepción de salud en adultos mayores de la provincia Matanzas. Revista cubana de medicina integral. 2011; 27 (1): 10-22.

78. Gallegos-Carrillo K., García-Peña C., Durán-Muñoz C., Reyes H., Durán-Arenas L. Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México. Rev Saúde Pública. 2006; 40 (5): 792-801.

79. Cerón M.I., Sánchez A., Riego N. A., Enríquez C. L., Fernández B. F. Estudio sobre la percepción que tiene el adulto mayor de su calidad de vida. Portales médicos.com (revista en internet)\* (acceso 31 de Mayo de 2013); (3 páginas). Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/revista-medica/percepcion-adulto-mayor-calidad-de-vida/>

80. Fernández N., Clúa A. M., Báez R. M., Ramírez M., Prieto V. Estilo de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000; 16(1): 6-12.

81. Romero L., Martín E., Navarro J. L., Luengo C. El paciente anciano: demografía, epidemiología y utilización de recursos. (monografía en internet)\* Tratado de geriatría para residentes. (acceso 2 de Junio de 2013). Disponible en:

<http://es.scribd.com/doc/130775756/2-EL-PACIENTE-ANCIANO-DEMOGRAFIA-EPIDEMIOLOGIA-Y-UTILIZACION-DE-RECURSOS>

82. Wikipedia (sede web). Fundación wikipedia; (actualizada 6 de Julio de 2013- acceso 5 de Junio de 2013). Atención sociosanitaria. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Atenci%C3%B3n\\_sociosanitaria](http://es.wikipedia.org/wiki/Atenci%C3%B3n_sociosanitaria)

83. Castellón A., Calidad de vida en la atención al mayor. Rev Mult Gerontol. 2003; 13 (3): 188-192.

84. Mora M., Villalobos D., Araya G., Ozols A. Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad física recreativa. M H Salud: Movimiento humano y salud. 2004; 1 (1): 1-12.

85. Defensor del pueblo. La atención sociosanitaria en España: Perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. (Libro en internet)\*Madrid: Defensor del pueblo; 2000 (acceso 10 de Junio de 2013). Disponible en: [http://www.defensordelpueblo.es/es/Documentacion/Publicaciones/monografico/contenido\\_1261585109715.html](http://www.defensordelpueblo.es/es/Documentacion/Publicaciones/monografico/contenido_1261585109715.html)

86. Rodríguez A., Cobo P., Duque J.M., Fernández J. M., García J. M., Herrero A. et al. Coordinación sociosanitaria. En: Secretaría de estado de servicios sociales familias y discapacidad. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco. Madrid: Secretaría de estado de servicios sociales familias y discapacidad; 2004. P. 505- 525.

87. Wikipedia (sede web). Fundación wikipedia; (actualizada 11 de Febrero de 2014- acceso 20 de Junio de 2013). Centro de día. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Centro\\_de\\_d%C3%ADa](http://es.wikipedia.org/wiki/Centro_de_d%C3%ADa)

88. Wikipedia (sede web). Fundación wikipedia; (actualizada 12 de Febrero de 2014- acceso 20 de Junio de 2013). Residencia de personas mayores. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Residencia\\_de\\_personas\\_mayores](http://es.wikipedia.org/wiki/Residencia_de_personas_mayores)

89. Ahn N., Meseguer J. A., Herce San Miguel J. A. Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España. Bilbao: Documentos de trabajo, Fundación BBVA; 2003.

90. Rodríguez G., Montserrat J. Modelos de atención sociosanitaria. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2002.

91. Ramírez I. R., Carpio J. F. I Plan municipal de salud de Jaén. Jaén: Excelentísimo ayuntamiento de Jaén; 2010.

92. Junta de Andalucía (sede web)\* Sevilla: Servicio andaluz de salud. (acceso 4 de Septiembre de 2013). Centros y servicios sanitarios, información por centros. Disponible en:

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/centros/default.asp?mensaje=1&CodTipoCentro=&Provincia=&Municipio=&CodPostal=>

93. Junta de Andalucía (sede web)\* Sevilla: Servicio andaluz de salud. (acceso 4 de Septiembre de 2013). Centros y servicios sanitarios, centros del sistema sanitario público de Andalucía en Jaén, distritos sanitarios Jaén- Norte. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/centros/Detalle.asp?IdCentr>

o=23605&CodTipoCentro=3&NomTipoCentro=Distritos%20de%20atenci%F3n%20primaria&Provincia=Ja%E9n&ListadoActivo=s

94. Junta de Andalucía (sede web)\* Sevilla: Servicio andaluz de salud. (acceso 4 de Septiembre de 2013). Centros y servicios sanitarios, centros del sistema público de Andalucía en Jaén, Distrito sanitario Jaén- Nordeste. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/centros/Detalle.asp?IdCentro=23627&CodTipoCentro=3&NomTipoCentro=Distritos%20de%20atenci%F3n%20primaria&Provincia=Ja%E9n&ListadoActivo=s>

95. Junta de Andalucía (sede web)\* Sevilla: Servicio andaluz de salud. (acceso 4 de Septiembre de 2013). Centros y servicios sanitarios, centros del sistema público de Andalucía en Jaén, Distrito sanitario Jaén-Sur. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/centros/Detalle.asp?IdCentro=23628&CodTipoCentro=3&NomTipoCentro=Distritos%20de%20atenci%F3n%20primaria&Provincia=Ja%E9n&ListadoActivo=s>

96. Junta de Andalucía. Unidad de estancia diurna para personas mayores. Sevilla: Consejería de igualdad, salud y políticas sociales: Enero de 2014.

97. Junta de Andalucía. Centros residenciales de personas mayores. Sevilla: Consejería de igualdad, salud y políticas sociales: Enero de 2014.

98. Golpe de efecto (sede web)\*. 2005 (actualizada 13 de Julio de 2013-acceso 5 de Septiembre de 2013). Población y tasa de dependencia. Disponible en: <http://golpedefecto.blogspot.com.es/2013/07/poblacion-y-tasa-de-dependencia.html>

99. Dirección general de IMSERSO, Dirección general de la Agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud. Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
100. Hernández R., Fernández C., Baptista P. Metodología de la investigación. 5ª ed. México D.F.: Mc Graw Hill; 2010.
101. Ron M. Desarrollo histórico de la investigación (monografía en internet). Monografías.com (acceso 5 de Febrero de 2014). Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos97/desarrollo-historico-investigacion/desarrollo-historico-investigacion.shtml>
102. Hueso A., Cascant M J. Metodología y técnicas cuantitativas de investigación. Valencia: Universidad politécnica de Valencia; 2012.
103. Instituto de perfeccionamiento y estudios superiores “Juan E. Pivel Devoto” [sede web]. Montevideo (Uruguay). (Actualizada el 21 de Abril de 2014; acceso el 5 de Febrero de 2014). La investigación cualitativa. Disponible en: [http://ipes.anep.edu.uy/documentos/investigacion/materiales/inv\\_cuanti.pdf](http://ipes.anep.edu.uy/documentos/investigacion/materiales/inv_cuanti.pdf)
104. Gómez E., Méndez N., García H. Fundamentos Investigación (sede web). México; 20 de Abril de 2009 (acceso 20 de Febrero de 2014). Alcance de los estudios en la investigación. Disponible en: <http://fundamentosinvestigaciontec.blogspot.com.es/2009/04/alcance-de-los-estudios-en-la.html>
105. Salamanca A. B. La investigación cualitativa en las ciencias de la salud. Nure Investigación. Septiembre- Octubre 2006; (24): 1-4.

106. Salamanca A. B., Martín-Crespo C. El diseño de la investigación cualitativa. Nure Investigación. Enero-Febrero 2007; (26): 1-6.

107. Universidad de Puerto Rico (sede web). Mayagüez. (Acceso 4 de Marzo de 2014). Guía para los estudios cualitativos de educación- no formal. Disponible en: [http://academic.uprm.edu/jhuerta/HTMLobj250/Metodolog\\_a\\_para\\_los\\_Estudio\\_Cualitativos.pdf](http://academic.uprm.edu/jhuerta/HTMLobj250/Metodolog_a_para_los_Estudio_Cualitativos.pdf)

108. Mendoza H. J. Metodología de la investigación (monografía en internet). Monografias.com (acceso el 7 de Febrero de 2014). Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos59/metodologia-investigacion/metodologia-investigacion2.shtml>

109. Rodríguez G., Gil J., García E. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Aljibe; 1996

110. Zanadoira.com (sede web). (Acceso 4 de Marzo de 2014). Metodología de la investigación. Disponible en: [http://zanadoria.com/syllabi/m1019/mat\\_castnodef/PID\\_00148556-1.pdf](http://zanadoria.com/syllabi/m1019/mat_castnodef/PID_00148556-1.pdf)

111. Mendoza R. Investigación cualitativa y cuantitativa- Diferencias y limitaciones (monografía en internet). Monografias.com. (Acceso 8 de Marzo de 2014). Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos38/investigacion-cualitativa/investigacion-cualitativa.shtml>

112. carmonje.wikispaces (sede web). Colombia: Universidad César Vallejo. (Acceso 8 de Marzo de 2014). Los métodos mixtos. Disponible en:

<http://carmonje.wikispaces.com/file/view/Los%20m%C3%A9todos%20mixtos.pdf/387823268/Los%20m%C3%A9todos%20mixtos.pdf>

113. Polit D., Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 5ª ed. México D. F.: Mc Graw Hill; 1997

114. Cabrero J., Richart M. El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa. Enfermería clínica; 6 (5): 212- 217.

115. Salamanca A B. La investigación cualitativa en las ciencias de la salud. Nure investigación [revista en internet]. Septiembre- Octubre 2006. [Acceso 12 de Enero de 2013], (24). Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/F\\_METODOLOGICA/FMetod\\_24.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetod_24.pdf)

116. Gálvez A, Lectura crítica de un estudio cualitativo descriptivo. Index de enfermería [revista en internet]. 2003 [acceso 14 de Enero de 2013]. Disponible en: [http://www.index-f.com/index-enfermeria/40-41revista/40-41\\_articulo\\_51-57.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/40-41revista/40-41_articulo_51-57.php)

117. Entrevistasdetrabajo.org (sede web). (Acceso 9 de Marzo de 2014). Entrevista no estructurada o libre. Disponible en: <http://www.entrevistadetrabajo.org/entrevista-no-estructurada-o-libre.html>

118. Cuestión de método (sede web). 18 de Julio de 2013. (Acceso 9 de Marzo de 2014). La saturación de la información. Disponible en: <http://claudiavallve.com/2013/07/18/la-saturacion-de-la-informacion/>

119. Alonso J, Prieto L, Anto JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*. 1995;104:771-6
120. Vilagut, G., Valderas, J. M., Ferrer, M., Garin, O., López-García, E. y Alonso, J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físicos y mental. *Med. Clin*. 2008; 130 (19): 726-35.
121. Martín-Lesende I., Rodríguez-Andrés C. Utilidad del cuestionario de Barber para seleccionar a personas de 75 años o más con riesgo de hospitalización, institucionalización o muerte. *Rev. Esp. Geriatr Gerontol*. 2005; 40 (6): 335-344.
122. Instituto de Estadística y cartografía de Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía; 2017 (acceso 12 de Marzo de 2017). Padrón municipal de habitantes. Cifras oficiales de población municipal. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/iea/consultasActividad.jsp?CodOper=6&sub=63567>.
123. Molina C., Meléndez J.C., y Navarro, E. Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de psicología*. 2008; 24 (2): 312-319.
124. Castellón, A. y Romero, V. Autopercepción de la calidad de vida. *Rev Mult Gerontol*. 2004; 14 (3): 131- 137.
125. Meléndez, J C. Percepción de las relaciones sociales en la tercera edad. *Geriatrka*. 1999. 15 (1): 28-32.
126. Carrillo, E., Cervera, M., Gil, V. y Rueda, Y. Calves para la construcción del espacio sociosanitario en España. Barcelona; Antares Consulting, S.A. Marzo, 2010.

## **8.2. Anexos:**

### **8.2.1. Anexo 1. Hoja de consentimiento informado:**

#### **HOJA DE INFORMACIÓN A LA PERSONA PARTICIPANTE**

Estimado Sr/Sra:

En primer lugar le agradezco su disponibilidad y amable atención.

Me dirijo a usted con el fin de invitarle a participar en una tesis que se va a realizar por parte de una alumna de la Universidad de Jaén que lleva por título: “Los servicios sociosanitarios en la provincia de Jaén y su relación con las diferencias existentes en la calidad de vida entre hombres y mujeres mayores que viven en la provincia de Jaén”.

Dicha tesis tiene los siguientes objetivos:

- Estudiar el nivel de satisfacción en relación a los recursos sociales existentes y utilizados para las personas mayores que viven en Jaén.
- Describir las diferencias existentes entre hombres y mujeres mayores, referentes a la calidad de vida de ambos.
- Investigar cómo reciben las ayudas sanitarias existentes, si son de fácil acceso y si están satisfechos con su desarrollo las personas mayores de Jaén.

Su colaboración en el estudio consistirá en contestar a las preguntas que le realizará la investigadora. Usted tendrá a su disposición a dicha investigadora que le resolverá cualquier cuestión relacionada con el mismo.

Podrá abandonar el estudio en cualquier momento si no se siente cómodo con las preguntas o simplemente decide no seguir contestando.

La participación en el estudio es estrictamente voluntaria y se mantendrá rigurosamente el anonimato de los sujetos participantes.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación; solo tendrá acceso a la misma la investigadora.

Si usted está interesado en conocer los resultados de la investigación, no dude en dirigirse a la dirección de correo electrónico que a continuación se presenta. Estaré encantada de atenderle.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### DATOS DEL ESTUDIO PARA EL QUE SE OTORGA EL CONSENTIMIENTO:

- **Investigadora principal:** Jessica Bailen Expósito
- **Título del proyecto:** “Situación real de los servicios sociosanitarios en la provincia de Jaén y diferencias existentes en la calidad de vida entre hombres y mujeres ancianos que viven en la provincia.”
- **Centro:** Universidad de Jaén.

### PERSONA QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN Y LA HOJA DE CONSENTIMIENTO:

- **Apellidos y Nombre:** Jessica Bailen Expósito    **EMAIL:**  
jessicabailen@hotmail.com

**FECHA:**

**FIRMA:**

### DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE:

- **Apellidos y Nombre:**
- **DNI:**

### DECLARO QUE:

- He leído la Hoja de Información sobre el estudio citado.

- Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio y los posibles beneficios y riesgos del mismo.

- He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar las preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.

- Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.

- El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi tratamiento médico futuro.

**Doy mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto.**

---

**FECHA:**

**FIRMA DEL/LA PARTICIPANTE:**

**copia)**

**(Firmo por duplicado, quedándome con una**

### 8.2.2. Anexo 2. Entrevista.

#### Entrevista:

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Nivel de estudios:

Población:

Años en situación de jubilación:

Lugar de residencia (domicilio particular, en domicilio de algún familiar, centro geriátrico,...):

Convive con:



7. ¿Toma usted más de cinco tipos de medicamento diferentes al día?  
¿Piensa que ello le limita para poder hacer una vida normal? ¿Por qué?
  
8. ¿En qué le gusta gastar su tiempo libre actualmente?
  
9. ¿Para usted es importante realizar actividades de ocio en su tiempo libre?  
¿Por qué?
  
10. ¿Qué es lo que más le divierte hacer en su tiempo libre?
  
11. ¿Piensa que la oferta de actividades en su centro es correcta? ¿Por qué?
  
12. ¿Cómo mejoraría usted las actividades de ocio de su centro?

13. ¿Su estado económico le afecta a su calidad de vida? ¿Por qué?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
14. ¿Piensa que según su economía puede afectar a sus actividades de ocio?  
¿Por qué?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
15. ¿Cree que la accesibilidad de los recursos sociosanitarios de su ciudad depende de los recursos económicos que tenga? ¿Por qué?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
16. ¿Qué haría usted o qué necesitaría para sentirse más feliz actualmente?

Apoyo familiar y social:

1. **Para personas con pareja:** ¿Se siente feliz de vivir actualmente con su marido o esposa? ¿Cómo se reparten las tareas domésticas y las actividades cotidianas? ¿Cree que es justo este reparto? ¿Por qué?

2. **Para personas que han perdido a su pareja:** ¿Está viudo/a? ¿Desde cuándo? ¿Cómo ha cambiado su calidad de vida desde que enviudó?
  
3. **Para personas divorciadas o separadas** ---- ¿Echa de menos a su pareja? ¿Por qué? ¿Piensa que actualmente sería más feliz si conviviese con su pareja?
  
4. ¿Cree que en su vida es importante el contacto con la familia? ¿Por qué?
  
5. ¿Cree que su familia se preocupa lo suficiente por usted? ¿Por qué?
  
6. ¿Cómo piensa que su familia podría mejorar las relaciones con usted?
  
7. ¿Piensa que en su vida los amigos son un pilar importante? ¿Por qué?



6. ¿Cree que hay alguna diferencia en el uso de los recursos sanitarios que usted utiliza entre hombre y mujeres? ¿Por qué?

7. ¿Encontró usted alguna dificultad para poder disfrutar de los recursos sociosanitarios? ¿Cuál?

8. ¿Cree que actualmente es difícil poder disfrutar de la oferta de recursos sociosanitaria que existe en su ciudad o población? ¿Por qué?

9. ¿Piensa que su calidad de vida ha aumentado desde que usted está disfrutando de dicho servicio sociosanitario? ¿Por qué?

10. ¿Piensa que la atención que recibe en su centro es de calidad? ¿Por qué?

11. ¿Cree que las personas que le suministran los servicios sociosanitarios lo hacen correctamente o creen que podrían hacerlo mejor? ¿Por qué?

12. ¿Está bien preparada la persona que le dispensa dicha atención o cree que necesita más formación para ello? ¿Por qué?

13. ¿Ve usted diferencias en la accesibilidad a los recursos sociosanitarios de su ciudad o población? ¿Por qué?

14. ¿Qué cambio o cambios haría usted para que los recursos sanitarios que recibe en su centro fuesen mejores?

### 8.2.3. Anexo 3. Test SF-36:

## CUESTIONARIO DE SALUD SF-36. Versión española.

1.- En general, usted diría que su **salud** es:

1  Excelente

2  Muy buena

3  Buena

4  Regular

5  Mala

2.- ¿Cómo diría que es su **salud actual**, comparada con la de hace un año?

1  Mucho mejor ahora que hace un año

2  Algo mejor ahora que hace un año

3  Más o menos igual que hace un año

4  Algo peor ahora que hace un año

5  Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE  
USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3.- Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

4.- Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

5.- Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

6.- Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

7.- Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

8.- Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

9.- Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

10.- Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

11.- Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

12.- Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?

- 1  Sí, me limita mucho

2  Sí, me limita un poco

3  No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1  Sí

2  No

14.- Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1  Sí

2  No

15.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1  Sí

2  No

16.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1  Sí

2  No

17.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1  Sí

2  No

18.- Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1  Sí

2  No

19.- Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1  Sí

2  No

20.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1  Nada

2  Un poco

3  Regular

4  Bastante

5  Mucho

21.- ¿Tuvo **dolor** en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1  No, ninguno

2  Sí, muy poco

3  Sí, un poco

4  Sí, moderado

5  Sí, mucho

6  Sí, muchísimo

22.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1  Nada

2  Un poco

3  Regular

4  Bastante

5  Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de **vitalidad**?

1  Siempre

2  Casi siempre

3  Muchas veces

4  Algunas veces

5  Sólo alguna vez

6  Nunca

24.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy **nervioso**?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

25.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan **bajo de moral** que nada podía animarle?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

26.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **calmado y tranquilo**?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

27.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo **mucha energía**?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

28.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **desanimado y triste**?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 6  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

29.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **agotado**?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

30.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **feliz**?

- 1  Siempre

- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

31.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **cansado**?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

32.- Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Algunas veces
- 4  Sólo alguna vez
- 5  Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33.- Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1  Totalmente cierta

2  Bastante cierta

3  No lo sé

4  Bastante falsa

5  Totalmente falsa

34.- Estoy tan sano como cualquiera.

1  Totalmente cierta

2  Bastante cierta

3  No lo sé

4  Bastante falsa

5  Totalmente falsa

35.- Creo que mi salud va a empeorar.

1  Totalmente cierta

2  Bastante cierta

3  No lo sé

4  Bastante falsa

5  Totalmente falsa

36.- Mi salud es excelente.

1  Totalmente cierta

2  Bastante cierta

3  No lo sé

4  Bastante falsa

5  Totalmente falsa

#### 8.2.4. Anexo 4. Test de Barber del medio urbano:



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

**Nombre**  
**Unidad/Centro**

**Fecha**  
**Nº Historia**

##### Test de Barber- Medio urbano

Se trata de una escala autoadministrada para población urbana. Consta de 9 ítems con respuesta Verdadero – Falso.

<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
¿Vive sólo/a?	SI
	NO
¿Le falta alguien que le pueda ayudar si lo necesita?	SI
	NO
¿Depende de alguien para sus necesidades diarias?	SI
	NO
¿Hay días en que no consigue comer algo caliente?	SI
	NO
¿No puede salir de casa por alguna enfermedad?	SI
	NO
¿Tiene mala salud?	SI
	NO
¿Tiene problemas de visión?	SI
	NO
¿Tiene problemas de oído?	SI
	NO
¿Ha estado hospitalizado este último año?	SI
	NO

## 8.2.5. Anexo 5. Test de Barber del medio Rural:



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

**Nombre**

**Fecha**

**Unidad/Centro**

**Nº Historia**

**Nombre de informante**

**Relación con el informante**

### Test de Barber- Medio rural

**Población diana:** Población anciana que vive en el medio rural. Se trata de una escala heteroadministrada a un informante clave. Consta de 9 ítems con respuesta dicotómica Verdadero – Falso. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. Una puntuación total de 1 o más sugiere riesgo de dependencia.

Ítems	Respuesta	Valor de la respuesta
¿Vive sólo/a?	SI	1
	NO	0
¿Le falta alguien que le pueda ayudar si lo necesita?	SI	1
	NO	0
¿Depende de alguien para sus necesidades diarias?	SI	1
	NO	0
¿Hay días en que no consigue comer algo caliente?	SI	1
	NO	0
¿No puede salir de casa por alguna enfermedad?	SI	1
	NO	0
¿Tiene mala salud?	SI	1
	NO	0
¿Tiene problemas de visión?	SI	1
	NO	0
¿Tiene problemas de oído?	SI	1
	NO	0
¿Ha estado hospitalizado este último año?	SI	1
	NO	0
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

## 8.2.6. Anexo 6: Población por edad simple y provincia según su nacionalidad

(española/extranjera) y sexo. Año 2016.



Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía  
CONSEJERÍA DE ECONOMÍA Y CONOCIMIENTO

Padrón Municipal de Habitantes. Cifras oficiales de población municipal

### Población por edad simple y provincias según nacionalidad (española/extranjera) y sexo\*

(Número de personas) Anual

[Año=2016] [Nacionalidad española/extranjera=TOTAL] [Sexo=Ambos sexos]

Edad	Territorio							
	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
De 0 años	7.436	10.967	6.781	7.653	4.544	5.178	14.595	18.712
De 1 años	7.796	11.965	7.085	8.113	5.040	5.519	15.743	20.075
De 2 años	7.780	11.839	7.108	8.141	5.190	5.444	15.757	19.945
De 3 años	8.011	12.886	7.499	8.914	5.206	5.786	17.069	21.199
De 4 años	8.353	13.143	7.744	9.028	5.481	6.063	17.579	22.064
De 5 años	8.529	13.820	7.786	9.302	5.776	6.196	17.959	22.908
De 6 años	8.536	14.153	8.214	9.647	5.942	6.492	18.461	23.752
De 7 años	9.103	15.141	8.662	10.570	6.241	6.953	19.261	25.208
De 8 años	8.366	15.097	8.375	10.445	6.047	6.654	19.005	24.059
De 9 años	8.581	15.489	8.747	10.406	5.932	6.847	18.848	23.875
De 10 años	8.087	14.847	8.442	10.103	5.731	6.677	18.823	23.206
De 11 años	7.945	14.521	8.379	9.934	5.603	6.865	18.318	22.343
De 12 años	7.635	14.122	8.400	9.786	5.553	6.850	17.831	21.878
De 13 años	7.353	13.650	8.226	9.482	5.438	6.709	17.056	21.058
De 14 años	7.550	13.592	8.210	9.717	5.441	6.697	17.119	20.815

De 15 años	7.449	13.392	8.394	9.652	5.373	7.027	17.021	21.099
De 16 años	7.483	13.009	8.190	9.443	5.183	7.296	16.583	20.086
De 17 años	7.227	12.502	8.320	9.427	5.043	6.933	15.729	19.542
De 18 años	7.332	12.919	8.279	9.705	5.180	7.211	15.967	20.015
De 19 años	7.394	12.461	8.315	9.908	5.191	7.256	16.135	19.687
De 20 años	7.650	12.834	8.460	10.098	5.405	7.738	16.047	20.030
De 21 años	7.702	13.209	9.049	10.026	5.512	7.894	16.028	20.780

*Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía*

De 22 años	7.935	13.887	9.467	10.539	5.904	8.587	16.912	21.928
De 23 años	8.535	14.482	9.780	10.900	5.972	8.588	17.788	22.191
De 24 años	8.541	14.428	9.719	11.098	6.083	8.539	17.617	22.385
De 25 años	9.161	14.797	9.858	11.148	6.155	8.349	17.772	22.208
De 26 años	9.028	14.831	9.774	11.240	6.316	8.493	18.588	22.178
De 27 años	9.505	15.093	9.828	11.282	6.485	8.191	18.672	22.543
De 28 años	9.826	15.274	9.589	11.548	6.466	8.005	19.383	22.989
De 29 años	9.879	15.495	9.737	11.538	6.726	8.202	19.984	23.625

De 30 años	10.161	15.976	9.745	11.703	6.949	7.920	20.859	24.653
De 31 años	10.545	16.688	10.227	12.213	7.082	8.265	22.143	25.797
De 32 años	10.990	17.373	10.225	12.498	7.449	8.275	23.063	27.126
De 33 años	11.677	18.139	10.676	13.024	8.077	8.446	24.282	28.604
De 34 años	12.046	18.632	10.819	13.535	8.153	8.619	25.348	29.564
De 35 años	12.682	19.538	11.356	14.397	8.824	9.263	26.548	31.329
De 36 años	12.776	20.116	11.541	14.421	8.903	9.071	26.744	32.185
De 37 años	13.003	20.657	11.880	14.884	9.158	9.251	27.838	34.034
De 38 años	13.167	21.141	11.952	14.785	9.193	9.178	28.237	34.538
De 39 años	13.212	21.316	12.090	14.817	9.422	9.370	28.419	34.406
De 40 años	12.806	21.043	11.969	14.733	9.130	9.471	28.499	34.029
De 41 años	12.297	21.016	11.885	14.677	9.034	9.334	27.922	33.897
De 42 años	11.887	20.514	11.563	14.458	8.838	9.420	27.769	32.962
De 43 años	11.786	20.715	11.910	14.223	8.804	9.621	27.659	32.810
De 44 años	11.417	20.197	11.785	14.215	8.640	9.531	27.053	32.035
De 45 años	11.166	20.651	12.054	14.089	8.534	9.849	26.577	31.606
De 46 años	11.071	20.245	12.245	14.181	8.606	9.929	26.343	31.361
De 47 años	10.986	20.296	12.255	14.524	8.593	10.226	26.184	31.121
De 48 años	10.920	20.520	12.941	14.799	8.640	10.533	26.521	31.390
De 49 años	10.557	19.777	12.520	14.462	8.115	9.937	25.683	30.526
De 50 años	10.335	19.636	12.424	14.666	7.776	10.686	25.320	30.241
De 51 años	10.422	19.967	13.207	14.774	7.974	11.026	25.899	30.617

De 52 años	9.809	18.503	12.502	13.762	7.529	10.266	24.429	28.854
------------	-------	--------	--------	--------	-------	--------	--------	--------

*Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía*

De 53 años	9.232	17.557	11.688	13.238	7.105	9.796	23.269	26.750
De 54 años	8.994	17.221	11.561	12.985	6.978	9.770	22.036	25.788
De 55 años	9.093	17.297	11.470	13.018	6.965	9.874	22.156	25.901
De 56 años	8.766	17.187	11.110	12.456	6.729	9.026	21.551	24.409
De 57 años	8.632	16.622	11.107	12.622	6.769	9.204	20.914	24.253
De 58 años	8.249	16.478	10.412	11.831	6.490	8.424	20.371	23.734
De 59 años	7.281	14.434	9.539	10.761	5.664	7.996	18.827	21.269
De 60 años	7.230	14.199	9.120	10.156	5.690	7.232	18.528	20.965
De 61 años	6.712	13.134	8.683	9.717	5.204	6.675	17.697	19.435
De 62 años	6.739	13.548	8.774	9.589	5.137	7.059	17.450	20.079
De 63 años	6.713	13.230	8.363	9.347	5.164	6.826	17.348	19.701
De 64 años	6.321	12.190	7.525	8.753	4.909	5.689	16.455	18.590
De 65 años	6.003	11.126	6.398	8.361	4.613	5.326	15.451	16.301
De 66 años	6.070	11.690	7.614	8.681	4.829	6.034	16.568	17.883
De 67 años	6.357	12.487	8.295	9.048	5.237	6.591	17.432	18.802

De 68 años	5.939	11.048	7.329	8.298	4.824	5.634	16.519	17.424
De 69 años	5.560	10.702	6.274	7.768	4.048	4.790	15.524	15.609
De 70 años	5.434	11.144	7.339	8.401	4.644	5.606	15.946	17.566
De 71 años	4.910	10.105	7.140	7.588	4.354	5.340	14.611	16.443
De 72 años	4.757	10.771	7.049	7.691	4.437	5.492	14.565	16.705
De 73 años	4.148	8.114	5.958	6.455	3.341	4.676	12.396	13.270
De 74 años	3.639	7.155	5.203	5.968	2.995	4.217	10.632	11.400
De 75 años	4.604	9.064	6.609	7.495	3.957	6.210	12.455	13.833
De 76 años	2.827	7.018	4.773	5.030	2.904	3.334	9.498	10.871
De 77 años	3.385	6.530	5.075	5.392	2.581	4.378	9.424	10.374
De 78 años	3.701	6.659	5.346	6.000	2.783	5.369	10.209	10.182
De 79 años	3.692	6.897	5.919	6.378	3.272	5.090	9.765	11.545
De 80 años	3.525	6.446	5.706	5.984	3.043	4.911	8.915	10.751
De 81 años	3.285	5.994	5.140	5.676	2.750	4.715	7.993	9.547
De 82 años	3.013	5.786	5.531	5.648	3.062	4.704	7.571	9.886
De 83 años	2.873	5.618	4.948	5.170	2.611	4.181	7.377	9.002

*Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía*

De 84 años	2.550	4.715	4.595	4.708	2.240	3.979	6.231	7.579
De 85 años	2.345	4.082	4.063	4.252	1.905	3.637	5.731	6.928
De 86 años	1.885	3.476	3.692	3.582	1.705	3.222	4.758	6.144
De 87 años	1.747	2.936	3.338	3.039	1.504	2.831	3.984	5.219
De 88 años	1.424	2.309	2.670	2.543	1.154	2.138	3.305	4.065
De 89 años	1.240	2.026	2.303	2.201	1.046	1.807	2.848	3.379
De 90 años	1.076	1.569	1.890	1.716	777	1.447	2.294	2.825
De 91 años	748	1.296	1.492	1.440	633	1.151	1.838	2.420
De 92 años	604	965	1.245	1.040	504	908	1.492	1.794
De 93 años	473	796	937	861	376	690	1.171	1.415
De 94 años	336	566	682	572	286	492	839	1.048
De 95 años	218	369	502	403	245	378	665	781
De 96 años	147	255	343	255	152	217	420	513
De 97 años	102	174	204	173	114	158	291	389
De 98 años	83	108	144	136	85	104	247	251
De 99 años	49	85	91	108	53	71	202	194
De 100 y más años	160	210	233	225	146	125	540	495
TOTAL	704.297	1.239.889	791.610	915.392	519.596	648.250	1.629.298	1.939.775

Fuente: Explotación del Padrón municipal de habitantes. INE.

(\*) Para ver los datos por sexo y nacionalidad (española/extranjera), pulse el botón FILTRAR

## 8.2.7. Anexo 7: Población institucionalizada en Jaén. Año 2011.



Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía  
**CONSEJERÍA DE ECONOMÍA Y CONOCIMIENTO**

Censos de 2011

### Población institucionalizada Jaén

Jaén

(Número de personas)

[Municipios de Andalucía=Jaén]

Edad	Sexo		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
	Número de personas	Número de personas	Número de personas
De 0 a 4 años	2	2	-
De 5 a 9 años	8	8	-
De 10 a 14 años	11	4	7
De 15 a 19 años	19	13	6
De 20 a 24 años	142	93	49
De 25 a 29 años	220	173	47
De 30 a 34 años	124	103	21
De 35 a 39 años	167	122	46
De 40 a 44 años	187	136	52
De 45 a 49 años	124	72	52
De 50 a 54 años	163	97	65
De 55 a 59 años	91	47	44
De 60 a 64 años	140	68	72
De 65 a 69 años	205	109	97
De 70 a 74 años	358	141	217
De 75 a 79 años	636	259	377
De 80 a 84 años	787	265	523
De 85 a 89 años	813	273	539
De 90 a 94 años	426	100	326
De 95 a 99 años	79	20	58
De 100 y más años	8	-	8
<b>Total Edad</b>	<b>4.711</b>	<b>2.106</b>	<b>2.606</b>