



Universidad de Granada

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA  
Y DE LA EDUCACIÓN.**

**UNIVERSIDAD DE GRANADA**

**LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL  
Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA:  
MODELO DE TOMA DE DECISIONES  
PARA LA ELECCIÓN DEL SERVICIO IDONEO  
EN PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES**

**DOCTORANDO: D. Ramón Dengra Molina.**

**DIRECTOR: Dr. D. Fernando Justicia Justicia.  
CODIRECTOR: Dr. D. Manuel Aleixandre Rico.**

**Granada, febrero 2008**



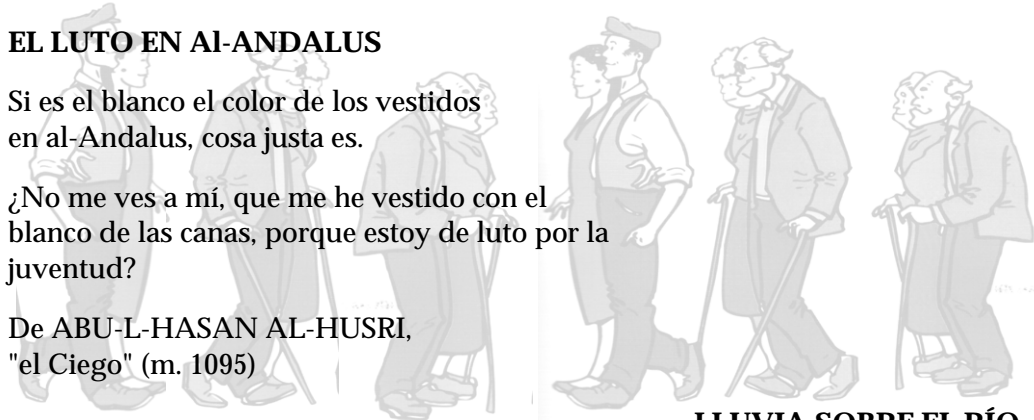


### EL LUTO EN AL-ANDALUS

Si es el blanco el color de los vestidos  
en al-Andalus, cosa justa es.

¿No me ves a mí, que me he vestido con el  
blanco de las canas, porque estoy de luto por la  
juventud?

De ABU-L-HASAN AL-HUSRI,  
"el Ciego" (m. 1095)

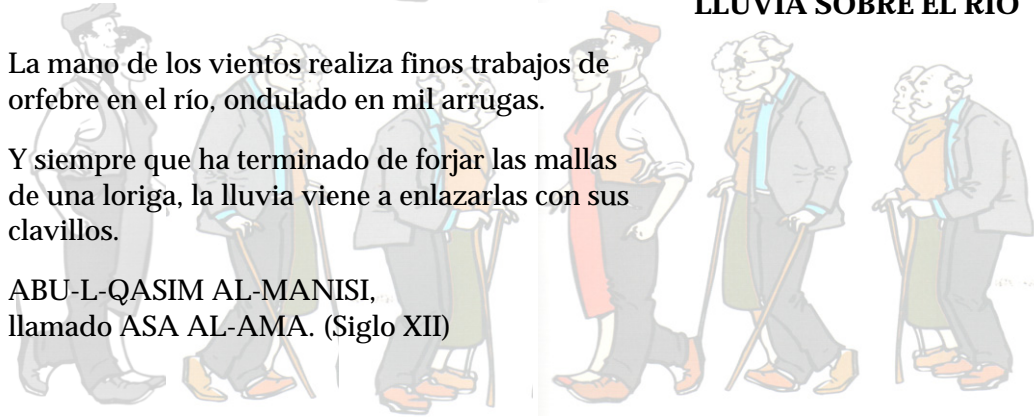


### LLUVIA SOBRE EL RÍO

La mano de los vientos realiza finos trabajos de  
orfebre en el río, ondulado en mil arrugas.

Y siempre que ha terminado de forjar las mallas  
de una loriga, la lluvia viene a enlazarlas con sus  
clavillos.

ABU-L-QASIM AL-MANISI,  
llamado ASA AL-AMA. (Siglo XII)



**A Reme, mi mujer y  
Ramón y Ernesto mis hijos.**



## AGRADECIMIENTOS

A los mayores, cuidadoras y cuidadores, que han participado en la investigación, desde sus hogares y centros, en sus municipios o fuera de ellos, y han compartido con todo el equipo durante el trabajo de campo su experiencia y situación personal, a todos ellos y ellas mi más sincero agradecimiento.

A los profesionales, Psicólogo, Psicólogas y Trabajadoras Sociales y, Becarias del Departamento, que durante meses de arduo trabajo han posibilitado la valoración de todos los mayores y cuidadores/as no profesionales, a veces en situaciones no las más óptimas; donde las anécdotas y algún que otro “despiste” en la búsqueda de domicilios en la amplia geografía granadina, 168 municipios y muchas más Entidades Locales Autónomas, también forman parte de una investigación que como ésta, es necesariamente compleja.

A los expertos y expertas, que desde una perspectiva interdisciplinar, nos permitieron validar el modelo de toma de decisiones, incorporando ese saber que difícilmente puede ser extraído del análisis estadístico.

A la coordinadora del trabajo de campo, que con su dedicación y pericia en el manejo de la informática ha posibilitado contactar, fijar citas y posibilitar a todas y todos los valoradores, las direcciones, horarios y fechas de evaluación de todos y cada uno de los mayores participantes.

A los Alcaldes y Alcaldesas, Concejales y Concejales y, Técnicos/as municipales que han facilitado la investigación de campo, la labor de localización y guía en no pocas ocasiones.

A la Diputación de Granada, Diputadas y Diputado de las Delegaciones de Servicios Sociales Comunitarios y Centros Sociales, Técnicas del Equipo de Coordinación en el área de mayores, Directores y Directoras de Centros de Servicios Sociales Comunitarios y profesionales de base, por su apoyo en la valoración de usuarios de Ayuda Domiciliaria, Familias Cuidadoras y Residencias.

A las Directoras y Directores de Centros de Estancia Diurna, Residencias y la empresa concesionaria de Teleasistencia en Diputación, por posibilitar la valoración de los mayores usuarios de estos servicios.

A Presentación Fernández y Francisco Gutiérrez, amigos y profesionales de valía donde los halla. Presentación desde su puesto como Coordinadora General de la Comisión Delegada de Bienestar Social de la Junta de Andalucía y Francisco como gerente del Patronato de Servicios Sociales de la Diputación de Córdoba, han posibilitado que un trabajo de esta naturaleza, que al igual que poliedro con numerosas caras, sea una realidad.

A mis directores de tesis, Fernando Justicia y Manuel Aleixandre, donde su implicación ha ido mucho más allá del apoyo y la ayuda en la dirección de este trabajo.

El profesor, que fue el mío, Fernando Justicia, ya nos instigaba a trabajar duro en la intervención psicológica, posibilitándonos también la publicación, en un tiempo lejano ya, del libro *“El programa de desarrollo individual en el área de socialización. Técnicas de intervención, evaluación y tratamiento”*, publicado por el Instituto de Ciencias de la Educación (Universidad de Granada).

Con el profesor Manuel Aleixandre, un gran experto en gerontología y también en estadística, hemos compartido muchos momentos durante la realización de este trabajo, agradecerle especialmente sus comentarios, análisis certeros respecto a la información proporcionada por los datos y más aún, saber que hemos de preguntar a los mismos para que la información que nos proporcionen sea realmente de utilidad.

Por último, sólo en cuanto a la exposición, a la Junta de Andalucía, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Consejera, Viceconsejero, Directoras Generales y Delegada Provincial, agradecer la financiación de este proyecto de investigación.



## Índice general.

<b>Presentación .....</b>	<b>33</b>
<b>1. Capítulo I. La protección social en España y Andalucía .....</b>	<b>39</b>
1.1. Protección social en España .....	41
1.2. Protección social a las personas mayores dependientes en España y Andalucía .....	50
1.3. Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de dependencia .....	60
<b>2. Capítulo II. Personas mayores y personas con discapacidad .....</b>	<b>67</b>
2.1. Conceptualización y discusión sobre estimaciones de prevalencia: niveles de dependencia .....	69
2.2. Clasificación internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud .....	78
2.3. Esperanza de vida con y sin discapacidad en España.....	83
<b>3. Capítulo III. Provisión de servicios en cascada para personas mayores dependientes.....</b>	<b>87</b>
3.1. Modelo de provisión de servicios en cascada para la atención de personas mayores dependientes: Conceptualización. Coste – eficacia y Coste – efectividad.....	90
3.2. Generación de empleo y retorno económico en los servicios y cuidados de larga duración .....	92
3.3. Mayores atendidos en los diferentes servicios: cobertura y eficacia de la cobertura .....	93
3.4. Provisión de servicios en cascada para la atención de personas mayores dependientes: ¿Por qué utilizamos este modelo? .....	94
3.5. Debilidades en el modelo de provisión de servicios en cascada para la atención de personas mayores dependientes: necesidad de avanzar en la toma de decisiones.....	96
<b>4. Capítulo IV. Valoración psicosocial en las personas mayores: Variables relevantes.....</b>	<b>99</b>
4.1. Modelo para la elección de variables relevantes .....	101
4.2. Valoración psicosocial: instrumentos de valoración .....	104
4.3. Variables seleccionadas: Evidencia científica .....	106
4.3.1. Variables relacionadas con el mayor (Capacidad funcional, Capacidad cognitiva, Depresión, Satisfacción vital y Salud percibida).....	107
4.3.2. Variables relacionadas con el/la cuidador/ra (Sobrecarga, Edad, Sexo, Estudios, Situación laboral y Relación de parentesco con el mayor dependiente).....	117
4.3.3. Entorno físico – arquitectónico donde reside el mayor. (Presencia o ausencia de barreras arquitectónicas y equipamientos del hogar).....	120
4.3.4. Disponibilidad y acceso a recursos (recursos económicos, lugar donde vive -medio comunitario y/o entorno residencial-).....	123
4.3.5. Entorno social (red social) y Variables relacionadas con la interacción de factores individuales y ambientales (Relaciones familiares, Apoyo sociofamiliar, Episodios de maltrato).....	125
4.3.6. Variables relacionadas con la interacción de factores individuales/comportamentales, biológicos y ambientales (Riesgo de caídas, consumo de fármacos, uso de prótesis y órtesis).....	133



<b>5. Capítulo V. Planteamiento de la investigación: objetivos, cronograma, coste y utilidad de la misma .....</b>	<b>141</b>
5.1. Objetivos de investigación .....	144
5.2. Cronograma y coste.....	149
5.3. Método .....	150
5.3.1. Servicios y participantes.....	150
5.3.2. Materiales: Instrumentos de valoración (Características psicométricas).....	151
5.3.2.1. Identificación datos generales. (Medición del Entorno físico y arquitectónico. Sexo, Edad, Nivel de estudios. etc).....	151
5.3.2.2. Mini – Examen Cognoscitivo MEC. (Medición deterioro cognitivo) .....	152
5.3.2.3. Índice de Barthel. (Medición Actividades Vida Diaria Básicas) .....	153
5.3.2.4. Índice de Lawton. (Medición Actividades Vida Diaria Instrumentales) .....	154
5.3.2.5. Baremo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (Medición Actividades Vida Diaria Básicas).....	154
5.3.2.6. Duke – unc -11 y Apgar familiar. (Medición Apoyo Social y Relaciones Familiares) .....	154
5.3.2.7. SF – 36 y Valoración riesgo de caídas. (Medición Salud).....	156
5.3.2.8. Riesgo de caídas .....	159
5.3.2.9. GDS. (Medición Depresión).....	160
5.3.2.10. PGC de Lawton. (Medición Satisfacción en la vida) .....	161
5.3.2.11. Escala Zarit. (Medición Sobrecarga del cuidador).....	162
5.3.2.12. Cuestionario CSMA. (Medición Sospecha de malos tratos al mayor).....	163
5.3.3. Procedimiento y consideraciones éticas .....	165
5.3.4. Clasificación de la investigación y Análisis de datos.....	182
<b>6. Capítulo VI. Resultados .....</b>	<b>189</b>
- <b>Objetivo 1:</b> Conocer las características específicas que definen y conforman los usuarios - residentes atendidos en: Centros Residenciales, Unidades de Estancias Diurnas, Programas de Cuidadores/as de Personas Dependientes y los Servicios de Ayuda Domiciliaria y Teleasistencia .....	191
• Características específicas que definen y conforman los usuarios - residentes atendidos en Centros Residenciales .....	191
• Características específicas que definen y conforman los usuarios - residentes atendidos en Unidades de Estancias Diurnas.....	208
• Características específicas que definen y conforman los usuarios atendidos mediante Cuidadores/ras .....	218
• Características específicas que definen y conforman los usuarios atendidos en Ayuda a Domicilio ... ..	228
• Características específicas que definen y conforman los usuarios atendidos en Teleasistencia .....	243
- <b>Objetivo 2:</b> Identificación de diferencias estadísticamente significativas entre los mayores dependientes atendidos por los diferentes servicios de atención a la dependencia: Residencias, Centros de Estancias Diurnas, Cuidadores/as de Personas Dependientes, Ayuda a Domicilio, Teleasistencia y Medio Comunitario.....	251
• Diferencias significativas en variables personales .....	251
• Diferencias significativas en variables biopsicosociales.....	252
• Diferencias significativas en prevalencia de maltrato, en el caso de Medio Comunitario y - Cuidadores/as de Personas Dependientes .....	272
• Diferencias significativas en Entorno físico – arquitectónico donde reside el mayor (presencia o ausencia de barreras arquitectónicas y equipamientos del hogar), en el caso de Ayuda a Domicilio y Cuidadores/as de Personas Dependientes .....	273

- <b>Objetivo 3:</b> Identificar si los profesionales de los servicios de Residencias, Centros de Estancia Diurna, Ayuda a Domicilio, Cuidadores /as y Teleasistencia tienen criterios válidos respecto a la ubicación del mayor dependiente en el servicio idóneo en función de su grado y nivel de dependencia .....	274
• Relación entre el grado de dependencia y el tipo de supervisión (mínima, diurna, nocturna o supervisión 24 horas) .....	274
• Relación entre el grado de dependencia y opinión de los profesionales sobre la idoneidad del servicio donde se encuentra el mayor y en el caso de no serlo: ¿Cuál es el servicio recomendado? .....	276
- <b>Objetivo 4:</b> Conocer el grado adecuación de los servicios a la Ley de Dependencia, la cobertura, eficacia de la cobertura y cobertura idónea de los mismos .....	278
• Grado adecuación de los servicios a la Ley de Dependencia .....	278
• Cobertura, eficacia en la cobertura y cobertura idónea de cada uno de los servicios estudiados en relación a los parámetros de Grado y nivel establecidos en la Ley de dependencia .....	281
- <b>Objetivo 5:</b> Conocer los mayores dependientes que residen en el medio comunitario, municipios, susceptibles de necesitar atención en los diferentes dispositivos de atención y que actualmente no reciben atención alguna. Planificación de plazas y recursos económicos necesarios para la atención .....	287
• Mayores dependientes no atendidos que residen en el medio comunitario: Granada y Andalucía... ..	287
• Incremento de plazas necesario para cada uno de los servicios y programas: Centros Residenciales, Unidades de Estancia Diurna, Cuidadores/as de Personas Mayores Dependientes, Ayuda Domiciliaria y Teleasistencia .....	290
• Estimación de la inversión económica necesaria para atender el incremento de plazas en cada uno de los servicios y programas: Centros Residenciales, Unidades de Estancia Diurna, Cuidadores/as de Personas Mayores Dependientes, Ayuda Domiciliaria y Teleasistencia .....	291
- <b>Objetivo 6:</b> Conocer (1) el número y la secuencia de pérdida en la realización de las Actividades de la Vida Diaria tanto Básicas como Instrumentales y (2) los apoyos requeridos en la realización tanto de AVD básicas como instrumentales .....	292
• Número y la secuencia de pérdida en la realización de las Actividades de la Vida Diaria tanto Básicas como Instrumentales .....	292
• Apoyos requeridos en la realización tanto de AVD básicas como instrumentales .....	293
- <b>Objetivo 7:</b> Conocer el copago que los mayores estarían dispuestos a aportar por los diferentes servicios: Residencias, Centros de Estancia Diurna, Ayuda Domiciliaria y Teleasistencia .....	298
• Cuantía media de copago por servicio .....	298
• Relación entre cuantía de copago por servicio, pensión percibida y nivel de estudios .....	299
- <b>Objetivo 8:</b> Conocer la validez de criterio del baremo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en relación a Barthel, Índice de Lawton y MEC .....	300
- <b>Objetivo 9:</b> Diseñar un modelo de toma de decisiones para la ubicación de la persona mayor dependiente en el servicio o servicios idóneos .....	302
• Objetivo 9.1: Modelo empírico para la ubicación del mayor dependiente en el servicio idóneo: algoritmo de toma de decisiones .....	304
• Objetivo 9.2: Validación del modelo mediante el criterio de jueces .....	347
• Objetivo 9.3: Modelos matemáticos predictivos para la ubicación del mayor dependiente en el servicio idóneo .....	353
<b>7. Capítulo VII. Discusión de resultados y conclusiones .....</b>	<b>367</b>
<b>Consideraciones finales: Líneas de futuro .....</b>	<b>392</b>
<b>Referencias Bibliográficas .....</b>	<b>395</b>

<b>ANEXO. I. Relación de tablas.....</b>	<b>419</b>
<b>ANEXO. II. Relación de gráficos.....</b>	<b>509</b>
<b>ANEXO. III: Consentimiento de participación.....</b>	<b>513</b>
<b>ANEXO. IV: Instrumentos de valoración Escalas y Cuestionarios.....</b>	<b>515</b>
<b>ANEXO. V: Asistencias técnicas: control del trabajo de campo .....</b>	<b>531</b>
<b>ANEXO. VI: Grupo de Expertos: Convocatoria y cuestionarios .....</b>	<b>537</b>

# ÍNDICE DE TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS.

## TABLAS

Tabla 1. Porcentaje de gasto social en relación al PIB.....	47
Tabla 2. Porcentaje de gasto social en mayores y su relación con el PIB.....	49
Tabla 3. Proyección personas dependientes por grados en España (2005-2020).....	51
Tabla 4. Personas con algún tipo de discapacidad, Andalucía (1999).....	52
Tabla 5. Personas mayores que manifiestan necesitar ayuda en AVD y no la reciben... ..	53
Tabla 6. Porcentaje de personas que manifiestan necesitar ayuda en AVD.....	53
Tabla 7. Perfil de los/as cuidadores/as en España.....	54
Tabla 8. Relación entre edad y mayores que necesitan ayuda para realizar AVD.....	56
Tabla 9. Comportamientos realizados por los mayores y valoración de los mismos por parte de cuidadores/as.....	57
Tabla 10. El cuidado del mayor dependiente y las consecuencias para la salud de Cuidadores/as.....	58
Tabla 11. Medidas prioritarias por parte de los /las Cuidadores/as que han de tomar las Administraciones Públicas.....	58
Tabla 12. Relaciones de parentesco entre Cuidadores/as y mayores dependientes (Andalucía).....	59
Tabla 13. El cuidado del mayor dependiente y consecuencias para los cuidadores/as (Andalucía).....	60
Tabla 14. Cronograma anual y financiación de la atención a la dependencia.....	62
Tabla 15. Porcentaje de mayores dependientes según ENS 1993.....	70
Tabla 16. Porcentaje de mayores dependientes según Rodríguez Cabrero y Monserrat Codorníu, 2002.....	70
Tabla 17. Porcentaje de mayores dependientes Palacios y Abellán, 2007.....	71
Tabla 18. Esperanzas de vida ajustadas según estado de salud. España 1999.....	84
Tabla 19. Esperanzas de vida y esperanzas de vida libres de discapacidad por Comunidades Autónomas, Hombres. España 1999.....	84
Tabla 20. Esperanzas de vida y esperanzas de vida libres de discapacidad por Comunidades Autónomas, Mujeres. España 1999.....	85
Tabla 21. Lugar donde los mayores desean ser atendidos. Instituto Edad y Vida, 2005.....	90
Tabla 22. Modelo de provisión de Servicios en Cascada.....	91
Tabla 23. Indicadores comparativos sobre mercado de trabajo.....	93
Tabla 24. Proyección de ratio de cuidadoras por mayor de 65, 70 y 75 y más años (años 1950 – 2011).....	96
Tabla 25. Prevalencia de las demencias en función de la edad.....	113
Tabla 26. Percepción del estado de salud según sexo y edad.....	116
Tabla 27. Proyección niveles de accesibilidad en el transporte público (años 2001-2010).....	122
Tabla 28. Gasto en pensiones en porcentajes del PIB en los países de la Unión Europea (años 1990 -2003).....	124
Tabla 29. Cuantía pensiones medias en España 2006.....	125
Tabla 30. Malos tratos en los usuarios de Ayuda Domiciliaria.....	132
Tabla 31. Calendarización investigación.....	149
Tabla 32. Investigación: descripción de costes.....	149
Tabla 33. Dimensiones y significado de la escala SF-36.....	157
Tabla 34. Factores y puntuaciones asociadas al riesgo de caídas.....	159

Tabla 35. Valoraciones realizadas en el Medio Comunitario.....	166
Tabla 36. Valoraciones realizadas en el Servicio de Ayuda Domiciliaria.....	170
Tabla 37. Valoraciones realizadas en el Servicio de Teleasistencia.....	172
Tabla 38. Valoraciones realizadas en el Servicio de Cuidadores/as Familiares.....	178
Tabla 39. Valoraciones realizadas en el Servicio de Centros Estancias Diurnas.....	179
Tabla 40. Valoraciones realizadas en el Servicio de Residencias.....	180
Tabla 41. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Edad * Genero del entrevistado.....	191
Tabla 42. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Estado Civil * Genero del entrevistado.....	194
Tabla 43. Centros Residenciales: Porcentaje de sujetos con dependencia según Barthel.....	194
Tabla 44. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Barthel * Edad.....	195
Tabla 45. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Barthel * Genero del entrevistado.....	195
Tabla 46. Centros Residenciales: Porcentaje de sujetos con deterioro cognitivo.....	196
Tabla 47. Centros Residenciales: Porcentaje de sujetos con depresión.....	197
Tabla 48. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Depresión * Género del Entrevistado.....	197
Tabla 49. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Barthel * Depresión.....	197
Tabla 50. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Relaciones familiares (APGAR) * Edad.....	198
Tabla 51. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Relaciones familiares (APGAR) * Género del entrevistado.....	198
Tabla 52. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Barthel * APGAR.....	198
Tabla 53. Centros Residenciales: Porcentaje de sujetos con apoyo social adecuado (DUKE-UNC).....	198
Tabla 54. Centros Residenciales: Puntuación satisfacción vital (PGC).....	199
Tabla 55. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Puntuación Satisfacción vital * Depresión.....	200
Tabla 56. Usuarios: Tiempo estancia en Residencias (en meses).....	201
Tabla 57. Centros Residenciales: Análisis de conglomerados.....	201
Tabla 58. Centros Residenciales: Porcentaje de sujetos ingresados por Urgencia Social.....	202
Tabla 59. Centros Residenciales: Motivo del ingreso por Urgencia Social.....	202
Tabla 60. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Genero del entrevistado * Ingreso por Urgencia Social.....	203
Tabla 61. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Genero del entrevistado * Ingreso por Urgencia Social.....	203
Tabla 62. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Edad * Ingreso por Urgencia Social.....	204
Tabla 63. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Edad * Ingreso por Urgencia Social.....	204
Tabla 64. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Estado Civil * Ingreso por Urgencia Social.....	204
Tabla 65. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Nivel de Estudios * Ingreso por Urgencia Social.....	205
Tabla 66. Centros Residenciales: Tiempo residencia en años (ingresados por Urgencia Social).....	205
Tabla 67. Centros Residenciales: Tiempo residencia en años (Muestra general).....	206

Tabla 68. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Barthel * Ingreso por Urgencia Social.....	206
Tabla 69. Centros Residenciales: Tabla de contingencia MEC * Ingreso por Urgencia Social.....	206
Tabla 70. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Depresión* Ingreso por Urgencia Social.....	207
Tabla 71. Centros Residenciales: Tabla de contingencia APGAR * Ingreso por Urgencia Social.....	207
Tabla 72. Centros Residenciales: Tabla de contingencia DUKE-UNC* Ingreso por Urgencia Social.....	207
Tabla 73. Centros Estancia Diurna: Tabla de contingencia Edad* Genero del entrevistado.....	208
Tabla 74. Centros Estancia Diurna: Tabla de contingencia Genero del entrevistado * Estado Civil.....	210
Tabla 75. Centros Estancia Diurna: Porcentaje de sujetos con dependencia según Barthel.....	210
Tabla 76. Centros Estancia Diurna: Porcentaje de sujetos con depresión.....	211
Tabla 77. Centros Estancia Diurna: Tabla de contingencia Barthel * Depresión.....	212
Tabla 78. Centros Estancia Diurna: Tabla de contingencia APGAR * Depresión.....	212
Tabla 79. Centros Estancia Diurna: Porcentaje de sujetos con apoyo social adecuado.....	213
Tabla 80. Centros Estancia Diurna: Tabla de contingencia Apoyo social * Depresión.....	213
Tabla 81. Centros Estancia Diurna: Tabla de contingencia APGAR * DUKE – UNC.....	214
Tabla 82. Centros Estancia Diurna: Tabla de contingencia Puntuación Satisfacción vital * Depresión.....	215
Tabla 83. Cuidadores/as familiares: Tabla de contingencia Edad* Genero del entrevistado.....	218
Tabla 84. Cuidadores/as familiares: Tabla de contingencia Estado Civil * Genero del entrevistado.....	220
Tabla 85. Cuidadores/as familiares: Porcentaje de sujetos con dependencia según Barthel.....	220
Tabla 86. Cuidadores/as familiares: Porcentaje de casos con deterioro cognitivo.....	221
Tabla 87. Cuidadores/as familiares: Porcentaje de casos con depresión.....	221
Tabla 88. Cuidadores/as familiares: Tabla de contingencia Barthel * Depresión (Moderada y Severa).....	222
Tabla 89. Cuidadores/as familiares: Porcentaje de sujetos con apoyo social adecuado (DUKE-UNC).....	222
Tabla 90. Cuidadores/as familiares: Tabla de contingencia. Apoyo social y edad.....	222
Tabla 91. Cuidadores/as familiares: Tabla de contingencia Puntuación Satisfacción vital * Depresión.....	224
Tabla 92. Cuidadores/as familiares: Tabla de contingencia Barthel * Riesgo de caídas.....	224
Tabla 93. Cuidadores/as familiares: Edad de los/as Cuidadores/as.....	227
Tabla 94. Cuidadores/as familiares: Nivel de sobrecarga en los cuidadores.....	227
Tabla 95. Cuidadores/as familiares: Tabla de contingencia ZARIT * Persona mayor y cuidador/a viven en el mismo hogar.....	228
Tabla 96. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia Edad * Genero del entrevistado.....	228

Tabla 97. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia Estado Civil * Genero del entrevistado.....	229
Tabla 98. Ayuda Domiciliaria: Porcentaje de sujetos con dependencia según Barthel .....	230
Tabla 99. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia Barthel * Estado Civil.....	230
Tabla 100. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia Barthel * Estado Civil (Hombres).....	230
Tabla 101. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia Barthel * Estado Civil (Mujeres).....	231
Tabla 102. Ayuda Domiciliaria: Porcentaje de sujetos con dependencia según Índice Lawton.....	231
Tabla 103. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia Edad * Índice de Lawton.....	232
Tabla 104. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia Puntuación Índice Lawton * Barthel.....	232
Tabla 105. Ayuda Domiciliaria: Porcentaje de casos con deterioro cognitivo.....	233
Tabla 106. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia MEC * Edad.....	233
Tabla 107. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia Depresión * Edad.....	234
Tabla 108. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia Depresión * Barthel.....	234
Tabla 109. Ayuda Domiciliaria: Porcentaje de sujetos con relaciones familiares funcionales (APGAR).....	235
Tabla 110. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia APGAR * Edad.....	235
Tabla 111. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia APGAR * Depresión.....	235
Tabla 112. Ayuda Domiciliaria: Porcentaje de sujetos con apoyo social adecuado (DUKE-UNC).....	235
Tabla 113. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia. Apoyo social * Edad.....	236
Tabla 114. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia. Apoyo social * Depresión.....	236
Tabla 115. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia. Apoyo social * Barthel.....	236
Tabla 116. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia. Puntuación Satisfacción vital * Depresión.....	237
Tabla 117. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia. Barthel * Riesgo de caídas.....	238
Tabla 118. Ayuda Domiciliaria: Distribución del N° totales horas a la semana del servicio * Género.....	240
Tabla 119. Ayuda Domiciliaria: Distribución del N° totales horas a la semana del servicio * Barthel.....	240
Tabla 120. Ayuda Domiciliaria: Distribución del N° totales horas a la semana del servicio * MEC.....	241
Tabla 121. Teleasistencia: Tabla de contingencia Edad* Genero del entrevistado.....	243
Tabla 122. Teleasistencia: Tabla de contingencia Estado Civil * Genero del entrevistado.....	243
Tabla 123. Teleasistencia: N° de personas con las que convive.....	244
Tabla 124. Teleasistencia: Tabla de contingencia. N° de personas con las que convive * Genero del entrevistado.....	244
Tabla 125. Teleasistencia: Porcentaje de sujetos con dependencia según Barthel.....	245
Tabla 126. Teleasistencia: Tabla de contingencia Barthel * N° de personas con las que convive.....	245
Tabla 127. Teleasistencia: Porcentaje de sujetos con dependencia según Índice Lawton.....	245
Tabla 128. Teleasistencia: Tabla de contingencia. Índice Lawton * N° de personas con las que convive el mayor.....	246
Tabla 129. Teleasistencia: Porcentaje de casos con deterioro cognitivo.....	246

Tabla 130. Teleasistencia: Porcentaje de casos con depresión.....	247
Tabla 131. Teleasistencia: N° de personas con las que convive el mayor * Depresión... ..	247
Tabla 132. Teleasistencia: Porcentaje de sujetos con relaciones familiares funcionales (APGAR).....	247
Tabla 133. Teleasistencia: Tabla de contingencia. N° de personas con las que convive el mayor * APGAR.....	248
Tabla 134. Teleasistencia: Porcentaje de sujetos con apoyo social adecuado (DUKE-UNC).....	248
Tabla 135. Teleasistencia: Tabla de contingencia. Satisfacción vital * N° de personas con las que convive el mayor.....	249
Tabla 136. Teleasistencia: Tabla de contingencia. Riesgo de caídas * N° de personas con las que convive el mayor.....	250
Tabla 137. Comparación entre servicios: Contraste de medias. Edad (Student-Newman-Keuls).....	251
Tabla 138. Comparación entre servicios: Género de los entrevistados.....	251
Tabla 139. Comparación entre servicios: Nivel de Estudios de los entrevistados.....	252
Tabla 140. Comparación entre servicios: Estado Civil de los entrevistados.....	252
Tabla 141. Comparación entre servicios: Contraste de medias. Barthel (Student-Newman-Keuls).....	253
Tabla 142. Comparación entre servicios: Tabla de contingencia Grupo de Análisis * Barthel.....	254
Tabla 143. Comparación entre servicios: Contraste de medias. Índice de Lawton (Student-Newman-Keuls).....	255
Tabla 144. Comparación entre servicios: Tabla de contingencia Índice Lawton * Grupo de Análisis.....	255
Tabla 145. Comparación entre servicios: Contraste de medias. Baremo Dependencia MTAS (Student-Newman-Keuls).....	256
Tabla 146. Comparación entre servicios: Tabla de contingencia Grado y nivel dependencia Baremo MTAS * Grupo de Análisis.....	257
Tabla 147. Comparación entre servicios: Contraste de medias. Deterioro cognitivo –MEC- (Student-Newman-Keuls).....	258
Tabla 148. Comparación entre servicios: Porcentaje de casos con deterioro cognitivo.....	258
Tabla 149. Comparación entre servicios: Contraste de medias. Depresión –GDS- (Student-Newman-Keuls).....	259
Tabla 150. Comparación entre servicios: Tabla de contingencia Grupo de Análisis * Depresión.....	260
Tabla 151. Comparación entre servicios: Contraste de medias. Barthel * Depresión (Student-Newman-Keuls).....	260
Tabla 152. Comparación entre servicios: Pruebas de los efectos inter-sujetos. Variable dependiente: Puntuación depresión geriátrica.....	261
Tabla 153. Comparación entre servicios: Contraste de medias. Depresión –GDS- para Barthel total o severo (Student-Newman-Keuls).....	261
Tabla 154. Comparación entre servicios: Contraste de medias. Relaciones familiares –APGAR- (Student-Newman-Keuls).....	262
Tabla 155. Comparación entre servicios: Tabla de contingencia. Grupo de Análisis *APGAR.....	262
Tabla 156. Comparación entre servicios: Contraste de medias. Apoyo social –DUKE. UNC- (Student-Newman-Keuls).....	263



Tabla 157. Comparación entre servicios: Tabla de contingencia Grupo de Análisis * DUKE-UNC.....	263
Tabla 158. Comparación entre servicios: Contraste de medias. Familiares residentes fuera del municipio (Student-Newman-Keuls).....	263
Tabla 159. Comparación entre servicios: Contraste de medias. Familiares residentes en el municipio (Student-Newman-Keuls).....	264
Tabla 160. Comparación entre servicios: Contraste de medias. Satisfacción vital -PGC-(Student-Newman-Keuls).....	264
Tabla 161. Comparación entre servicios: Relación entre severidad de la depresión y severidad de la dependencia.....	266
Tabla 162. Comparación entre servicios: Contraste de medias. Riesgo de caídas (Student-Newman-Keuls).....	266
Tabla 163. Comparación entre servicios: Porcentaje de casos riesgo de caídas.....	266
Tabla 164. Comparación entre servicios: Tabla de contingencia. Grupo de Análisis * Caídas en los últimos 12 meses.....	267
Tabla 165. Comparación entre servicios: Contraste de medias. Consumo de fármacos (Student-Newman-Keuls).....	269
Tabla 166. Comparación entre servicios: Tabla de contingencia Grupo de Análisis * Uso de prótesis, órtesis u otras ayudas técnicas.....	269
Tabla 167. Comparación entre servicios: Ayudas técnicas utilizadas en los diferentes servicios.....	269
Tabla 168. Comparación entre servicios: Tabla de contingencia. Grupo de Análisis * Persona insulínoddependiente.....	270
Tabla 169. Comparación entre servicios: Tabla de contingencia Grupo de Análisis * Administración oral / parenteral.....	270
Tabla 170. Comparación entre servicios: Tabla de contingencia Grupo de Análisis * Salud percibida.....	271
Tabla 171. Comparación entre servicios: Pruebas de los efectos inter-sujetos. Variable dependiente: Salud percibida.....	271
Tabla 172. Comparación entre servicios: Tabla de contingencia Grupo de Análisis * Sospecha de maltrato hacia el mayor.....	272
Tabla 173. Comparación entre servicios: Tabla de contingencia Genero del entrevistado * Sospecha de maltrato hacia el mayor (Cuidadores/as).....	272
Tabla 174. Comparación entre servicios: Tabla de contingencia Genero del entrevistado * Sospecha de maltrato hacia el mayor (Medio Comunitario).....	273
Tabla 175. Comparación entre servicios: Tabla de contingencia, Grupo de Análisis * Barreras arquitectónicas.....	274
Tabla 176. Tabla de contingencia. Grado y nivel dependencia Baremo MTAS * Supervisión que necesita la persona valorada.....	275
Tabla 177. Tabla de contingencia. Deterioro cognitivo -MEC- * Supervisión que necesita la persona valorada.....	275
Tabla 178. Tabla de contingencia. Grupo de Análisis * El servicio donde se encuentra es el adecuado.....	276
Tabla 179. Discrepancia entre Criterios ley Dependencia y Profesionales respecto a a los mayores mal ubicados en los diferentes servicios.....	277
Tabla 180. Tabla de contingencia. Grado y nivel dependencia Baremo MTAS * El servicio donde se encuentra es el adecuado.....	277
Tabla 181. Tabla de contingencia. Grado y nivel dependencia Baremo MTAS * Cuando no es el servicio adecuado: ¿Qué servicio es mejor?.....	277
Tabla 182. Residencias: Porcentaje de casos ubicados adecuadamente.....	279

Tabla 183. Centros de Estancia Diurna: Porcentaje de casos ubicados adecuadamente.....	279
Tabla 184. Cuidadores/as familiares: Porcentaje de casos ubicados adecuadamente.....	279
Tabla 185. Ayuda a Domicilio: Porcentaje de casos ubicados adecuadamente.....	280
Tabla 186. Teleasistencia: Porcentaje de casos ubicados adecuadamente.....	280
Tabla 187. Todos los servicios: Porcentaje de casos ubicados adecuadamente.....	280
Tabla 188. Todos los servicios, excepto Teleasistencia: Porcentaje de casos ubicados adecuadamente.....	281
Tabla 189. Cobertura de atención en los diferentes servicios (Residencias, Centros de Estancia Diurna, Cuidadores/as no profesionales, Ayuda Domiciliaria y Teleasistencia).....	281
Tabla 190. Eficacia de la cobertura de atención global (Residencias, Centros de Estancia Diurna, Cuidadores/as no profesionales, Ayuda Domiciliaria y Teleasistencia) .....	283
Tabla 191. Eficacia de la cobertura (Ayuda Domiciliaria).....	284
Tabla 192. Eficacia de la cobertura (Cuidadores/as no profesionales).....	284
Tabla 193. Eficacia de la cobertura (Centros Estancia Diurna).....	285
Tabla 194. Eficacia de la cobertura (Residencias).....	285
Tabla 195. Cobertura idónea de los diferentes servicios (Residencias, Centros de Estancia Diurna, Cuidadores/as no profesionales y Ayuda Domiciliaria).....	286
Tabla 196. Porcentajes de mayores no atendidos residentes en el Medio Comunitario (Provincia de Granada).....	287
Tabla 197. Número de mayores no atendidos residentes en el Medio Comunitario (Provincia de Granada / más de 60 años).....	288
Tabla 198. Número de mayores no atendidos residentes en el Medio Comunitario (Andalucía / más de 65 años).....	289
Tabla 199. Análisis discriminante para conocer el porcentaje de plazas que deberían ser creadas para atender a los mayores residentes en el Medio Comunitario.....	291
Tabla 200. Estimación del Número Plazas a ser creadas para atender a los mayores en los diferentes servicios (Andalucía y provincias andaluzas, más de 65 años).....	291
Tabla 201. Estimación de la Inversión económica para atender a los mayores en los diferentes servicios (Andalucía y provincias andaluzas, más de 65 años).....	292
Tabla 202. Clasificación de AVDs según apoyos requeridos para su realización.....	293
Tabla 203. Copago: Cuantía media que los mayores estarían dispuestos a pagar por servicio (Residencias, Centros de Estancia Diurna y Ayuda Domiciliaria).....	298
Tabla 204. Copago: Cuantía económica por tramos y porcentaje de usuarios (Residencias).....	298
Tabla 205. Copago: Cuantía económica por tramos y porcentaje de usuarios (Centro Estancia Diurna).....	299
Tabla 206. Copago: Cuantía económica por tramos y porcentaje de usuarios (Ayuda Domiciliaria).....	299
Tabla 207. Correlación de Pearson entre Baremo MTAS y Barthel.....	300
Tabla 208. Correlación de Pearson entre Baremo MTAS e Índice de Lawton.....	300
Tabla 209. Correlación de Pearson entre Baremo MTAS y MEC.....	300
Tabla 210. Tabla de contingencia. Grado y nivel dependencia Baremo MTAS * Barthel.....	301
Tabla 211. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Nivel de Estudios * Grupo de Análisis.....	306
Tabla 212. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Grupo de Análisis * Genero del entrevistado.....	307

Tabla 213. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Grupo de Análisis * Estado Civil.....	307
Tabla 214. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia N° de personas con las que convive el mayor * Grupo de Análisis.....	308
Tabla 215. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia N° de personas con las que convive el mayor * Estado Civil.....	308
Tabla 216. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Grupo de Análisis * Uso de prótesis, órtesis u otras ayudas técnicas.....	309
Tabla 217. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Grupo de Análisis * Necesidad sonda nasogástrica.....	309
Tabla 218. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Barthel * Uso de prótesis, órtesis u otras ayudas técnicas.....	310
Tabla 219. Modelo toma de decisiones: Pruebas de los efectos inter-sujetos. Variable dependiente: Riesgo de caídas.....	310
Tabla 220. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Grupo de Análisis * Modo administración insulina.....	311
Tabla 221. Modelo toma de decisiones: Contraste de medias. Puntuación Barthel (Student - Newman - Keuls).....	312
Tabla 222. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Grupo de Análisis * Barthel.....	313
Tabla 223. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Grado y nivel dependencia * Barthel.....	313
Tabla 224. Modelo toma de decisiones: Contraste de medias. Puntuación Índice Lawton (Student-Newman-Keuls).....	314
Tabla 225. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Puntuación Índice Lawton * Grupo de Análisis.....	315
Tabla 226. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Puntuación Índice Lawton * Grado y nivel de dependencia.....	315
Tabla 227. Modelo toma de decisiones: Contraste de medias. Puntos Baremo dependencia MTAS (Student-Newman-Keuls).....	315
Tabla 228. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Grado y nivel dependencia Baremo MTAS * Grupo de Análisis.....	317
Tabla 229. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Barthel (con punto de corte 60) * Grado y nivel dependencia.....	317
Tabla 230. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Barthel (con punto de corte 50) * Grado y nivel dependencia.....	318
Tabla 231. Modelo toma de decisiones: Contraste de medias. Puntuación MEC (Student – Newman - Keuls).....	318
Tabla 232. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Grupo de Análisis * MEC.....	319
Tabla 233. Modelo toma de decisiones: Contraste de medias. Grado y nivel de dependencia - Puntuación MEC- (Student-Newman-Keuls).....	319
Tabla 234. Modelo toma de decisiones: Contraste de medias. Puntuación APGAR (Student-Newman-Keuls).....	320
Tabla 235. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Grupo de Análisis * APGAR.....	320
Tabla 236. Modelo toma de decisiones: Pruebas de los efectos inter-sujetos. Variable dependiente: Puntuación APGAR.....	321
Tabla 237. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Grado y nivel dependencia * APGAR.....	322

Tabla 238. Modelo toma de decisiones: Contraste de medias. Puntuación Satisfacción vital (Student-Newman-Keuls).....	322
Tabla 239. Modelo toma de decisiones: Pruebas de los efectos inter-sujetos. Variable dependiente: Puntuación satisfacción Escala Filadelfia.....	323
Tabla 240. Modelo toma de decisiones: Contraste de medias. Puntuación Depresión (Student-Newman-Keuls).....	323
Tabla 241. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Grupo de Análisis * Depresión.....	324
Tabla 242. Modelo toma de decisiones: Pruebas de los efectos inter-sujetos. Variable dependiente: Puntuación Depresión.....	324
Tabla 243. Modelo toma de decisiones: Pruebas de los efectos inter-sujetos. Variable dependiente: Puntuación Depresión (Cuidadores/as familiares).....	325
Tabla 244. Modelo toma de decisiones: Pruebas de los efectos inter-sujetos. Variable dependiente: Puntuación Depresión (Ayuda Domiciliaria).....	325
Tabla 245. Modelo toma de decisiones: Pruebas de los efectos inter-sujetos. Variable dependiente: Puntuación Depresión (Centros Estancia Diurna).....	325
Tabla 246. Modelo toma de decisiones: Pruebas de los efectos inter-sujetos. Variable dependiente: Puntuación Depresión (Residencias).....	326
Tabla 247. Modelo toma de decisiones: Contraste de medias. Puntuación DUKE-UNC (Student-Newman-Keuls).....	326
Tabla 248. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Grupo de Análisis * DUKE-UNC.....	327
Tabla 249. Modelo toma de decisiones: Contraste de medias. Puntuación caídas (Student-Newman-Keuls).....	327
Tabla 250. Modelo toma de decisiones: Tabla de Tabla de contingencia Grupo de Análisis * Riesgo de caídas.....	328
Tabla 251. Modelo toma de decisiones: Tabla de Tabla de contingencia Grupo de Análisis * Caídas en los últimos 12 meses.....	328
Tabla 252. Modelo toma de decisiones: Tabla de Tabla de contingencia Tabla de contingencia Grupo de Análisis * Riesgo de Caídas.....	329
Tabla 253. Modelo toma de decisiones: Contraste de medias. Número de fármacos diferentes que toma al día (Student-Newman-Keuls).....	330
Tabla 254. Modelo toma de decisiones: Contraste de medias. En general, usted diría que su salud es (Student-Newman-Keuls).....	330
Tabla 255. Modelo toma de decisiones: Pruebas de los efectos inter-sujetos. Variable dependiente: En general, usted diría que su salud es.....	330
Tabla 256. Modelo toma de decisiones: Análisis de Cluster (Baremo MTAS, MEC, Depresión, Relaciones familiares, Apoyo social y Riesgo de caídas). Historial de conglomeración.....	331
Tabla 257. Modelo toma de decisiones: Análisis de Cluster (Baremo MTAS, MEC, Depresión, Relaciones familiares, Apoyo social y Riesgo de caídas). Diagrama de témpanos horizontal.....	332
Tabla 258. Modelo toma de decisiones: Análisis de Cluster (Barthel, MEC, Depresión, Relaciones familiares, Apoyo social y Riesgo de caídas). Historial de conglomeración.....	333
Tabla 259. Modelo toma de decisiones: Análisis de Cluster (Barthel, MEC, Depresión, Relaciones familiares, Apoyo social y Riesgo de caídas). Diagrama de témpanos horizontal.....	334
Tabla 260. Modelo toma de decisiones: Análisis Discriminante Descriptivo para tipo de Centro. Matriz de estructura.....	336

Tabla 261. Modelo toma de decisiones: Análisis Discriminante Descriptivo para tipo de Centro. Autovalores .....	336
Tabla 262. Modelo toma de decisiones: Análisis Discriminante Descriptivo para tipo de Centro. Resultados de la clasificación(a) .....	336
Tabla 263. Modelo toma de decisiones: Análisis Discriminante Descriptivo para Grados y niveles de dependencia. Matriz de estructura.....	338
Tabla 264. Modelo toma de decisiones: Análisis Discriminante Descriptivo para Grados y niveles de dependencia. Autora. lores.....	338
Tabla 265. Modelo toma de decisiones: Análisis Discriminante Descriptivo para grado de dependencia según Barthel. Matriz de estructura.....	339
Tabla 266. Modelo toma de decisiones: Análisis Discriminante Descriptivo para grado de dependencia según Barthel. Autovalores .....	339
Tablas 267. Modelo toma de decisiones: Criterio de los expertos referente al servicio idóneo para mayores en función del Grado y nivel de dependencia (en base a la exclusiva definición que sobre Grados y niveles de dependencia se realiza en la Ley).....	348
Tablas 268. Modelo toma de decisiones: Criterio de los expertos referente al servicio idóneo para mayores en función del Grado y nivel de dependencia (conociendo la puntuación global e ítems a ítems según baremo MTAS) .....	349
Tabla 269. Clasificación de los mayores usuarios/as de Centros Residenciales.....	355
Tabla 270. Clasificación de los mayores usuarios/as de Centros de Estancia Diurna .....	355
Tabla 271. Clasificación de los mayores usuarios/as del programa de Cuidadores/as familiares... ..	355
Tabla 272. Clasificación de los mayores usuarios/as del servicio Ayuda Domiciliaria.....	356
Tabla 273. Variables en la ecuación del modelo “Residencias” .....	357
Tabla 274. Variables en la ecuación del modelo “Centros de Estancia Diurna” .....	357
Tabla 275. Variables en la ecuación del modelo “Programa de Cuidadores/as familiares” ..	358
Tabla 276. Variables en la ecuación del modelo “Ayuda a domicilio” .....	358
Tabla 277. Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo “Residencias” .. .....	359
Tabla 278. Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo “Centros Estancia Diurna”	359
Tabla 279. Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo “Cuidadores/as familiares”	359
Tabla 280. Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo “Ayuda Domiciliaria” .....	359
Tabla 281. Cantidad de varianza explicada utilizando el estadístico $R^2$ de Nagelkerke.....	360
Tabla 282. Tabla de clasificación utilizando el modelo diseñado para la clasificación de los usuarios de “Residencias” para un valor de corte de 0,5 .....	360
Tabla 283. Tabla de clasificación utilizando el modelo diseñado para la clasificación de los usuarios de los “Centros de Estancia Diurna” para un valor de corte de 0,5 .....	361
Tabla 284. Tabla de clasificación utilizando el modelo diseñado para la clasificación de los usuarios del programa de “Cuidadores/as familiares” para un valor de corte de 0,5.....	362
Tabla 285. Tabla de clasificación utilizando el modelo diseñado para la optima ubicación de los usuarios de “Ayuda a domicilio” para un valor de corte de 0,5 .....	362
Tabla 186. Ecuaciones para estimar las funciones z asociadas a cada modelo predictivo ....	363
Tabla 287. Funciones para predecir la probabilidad de pertenencia de un sujeto concreto a un grupo diagnóstico determinado .....	363

## GRÁFICOS

Gráfico 1. Déficits en protección social entre España y promedio UE 15 .....	48
Gráfico 2. Distribución porcentual de la población y de los mayores receptores de Ayuda de 80 y más años .....	55
Gráfico 3. Porcentaje y tipología de ayudas técnicas producidas en España .....	139
Gráfico 4. Tipología de discapacidades y demanda de ayudas técnicas .....	140
Gráfico 5. Centros Residenciales: Edad y género de los sujetos valorados .....	192
Gráfico 6. Centros Residenciales: Histograma de edad de los sujetos valorados .....	193
Gráfico 7. Centros Residenciales: Histograma puntuación MEC .....	196
Gráfico 8. Centros Residenciales: Histograma puntuación satisfacción vital (PGC) .....	199
Gráfico 9. Centros Residenciales: Perfil psicosocial de los usuarios .....	202
Gráfico 10. Centros Estancia Diurna: Edad y género de los sujetos valorados .....	208
Gráfico 11. Centros Estancia Diurna: Edad y género de los sujetos valorados .....	209
Gráfico 12. Centros Estancia Diurna: Histograma puntuación MEC.....	211
Gráfico 13. Centros Estancia Diurna: Histograma puntuación satisfacción vital (PGC).....	215
Gráfico 14. Centros Estancia Diurna: Histogramas puntuación satisfacción vital (PGC) * Depresión.....	216
Gráfico 15. Centros Estancia Diurna: Perfil psicosocial de los usuarios .....	217
Gráfico 16. Cuidadores/as familiares: Edad y género de los sujetos valorados .....	218
Gráfico 17. Cuidadores/as familiares: Histograma de edad de los sujetos valorados .....	219
Gráfico 18. Cuidadores/as familiares: Histograma puntuación MEC .....	221
Gráfico 19. Cuidadores/as familiares: Histograma puntuación satisfacción vital (PGC) .....	223
Gráfico 20. Cuidadores/as familiares: Perfil psicosocial de los usuarios.....	226
Gráfico 21. Cuidadores/as familiares: Histograma Edad Cuidador/a principal .....	226
Gráfico 22. Cuidadores/as familiares: Histograma puntuaciones sobrecarga cuidadores/as (Zarit).....	227
Gráfico 23. Ayuda Domiciliaria: Histograma puntuación MEC.....	233
Gráfico 24. Ayuda Domiciliaria: Histograma puntuación satisfacción vital (PGC) .....	237
Gráfico 25. Ayuda Domiciliaria: Perfil psicosocial de los usuarios .....	239
Gráfico 26. Ayuda Domiciliaria: Histograma puntuación horas semanales de atención .....	240
Gráfico 27. Ayuda Domiciliaria: Histogramas dependencia según Barthel * N° totales horas a la semana del servicio* Trabajador Social .....	241
Gráfico 28. Ayuda Domiciliaria: N° totales horas a la semana del servicio * Trabajador Social .....	242
Gráfico 29. Ayuda Domiciliaria: Histogramas N° de día a la semana * N° totales horas a la semana del servicio * Trabajador Social .....	242
Gráfico 30. Teleasistencia: Histograma puntuación satisfacción vital (PGC) .....	249
Gráfico 31. Teleasistencia: Perfil psicosocial de los usuarios.....	250
Gráfico 32. Comparación entre servicios: Histogramas Barthel * Grupo de análisis (Servicios).....	254
Gráfico 33. Comparación entre servicios: Histogramas Índice de Lawton * Grupo de análisis (Servicios).....	255
Gráfico 34. Comparación entre servicios: Histogramas Baremo MTAS * Grupo de análisis (Servicios).....	257
Gráfico 35. Comparación entre servicios: Histogramas Deterioro cognitivo * Grupo de análisis (Servicios).....	259
Gráfico 36. Clasificación de AVDs según apoyos requeridos para su realización (Residencias).....	294
Gráfico 37. Perfiles de apoyo para la realización de AVDs (Residencias).....	294

Gráfico 38. Clasificación de AVDs según apoyos requeridos para su realización (Centros de Estancias Diurnas).....	295
Gráfico 39. Perfiles de apoyo para la realización de AVDs (Centros de Estancias Diurna) .	295
Gráfico 40. Clasificación de AVDs según apoyos requeridos para su realización (Cuidadores/as no profesionales) .....	295
Gráfico 41. Perfiles de apoyo para la realización de AVDs (Cuidadores/as no profesionales).....	296
Gráfico 42. Clasificación de AVDs según apoyos requeridos para su realización (Ayuda Domiciliaria) .....	296
Gráfico 43. Perfiles de apoyo para la realización de AVDs (Ayuda Domiciliaria) .....	296
Gráfico 44. Perfiles de apoyo para la realización de AVDs (Teleasistencia) .....	297
Gráfico 45. Perfiles de apoyo para la realización de AVDs (Medio Comunitario) .....	297
Gráfico 46. Modelo toma de decisiones: Histogramas Barthel * Grupo de análisis (Servicios).....	312
Gráfico 47. Modelo toma de decisiones: Histogramas Índice Lawton * Grupo de análisis (Servicios).....	314
Gráfico 48. Modelo toma de decisiones: Histogramas Baremo MTAS * Grupo de análisis (Servicios).....	316
Gráfico 49. Modelo toma de decisiones: Análisis Discriminante Descriptivo para tipo de Centro.....	337
Gráfico 50. Modelo toma de decisiones: Análisis Discriminante Descriptivo para Grados y niveles de dependencia.....	338
Gráfico 51. Modelo toma de decisiones: Análisis Discriminante Descriptivo para grado de dependencia según Barthel.....	340

## FIGURAS

Figura 1. Comunidades Autónomas y porcentaje de personas con discapacidad .....	53
Figura 2. Circuito administrativo en la valoración y atención a la dependencia .....	66
Figura 3. Representación del modelo sobre deficiencia, discapacidad y minusvalía propuesto por la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM, 1980).....	78
Figura 4. Representación del modelo de funcionamiento y la discapacidad propuesto por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF, 2001) .....	80
Figura 5. Modelo toma de decisiones: Análisis de Cluster (Baremo MTAS, MEC, Depresión, Relaciones familiares, Apoyo social y Riesgo de caídas). Dendograma .....	332
Figura 6. Modelo toma de decisiones: Análisis de Cluster (Barthel, MEC, Depresión, Relaciones familiares, Apoyo social y Riesgo de caídas). Dendograma .....	333
Figura 7. Modelo toma de decisiones: Análisis de Cluster (Barthel, MEC, Apoyo social, Relaciones familiares, Satisfacción vital, Riesgo de caídas, Depresión y Percepción de salud). Dendograma .....	335
Figura 8. Representación del modelo empírico para la toma de decisiones sobre el servicio idóneo .....	344
Figura 9. Variables incorporadas a los modelos empírico y matemáticos en la toma de Decisiones .....	388

## TABLAS ANEXO I

### OBJETIVO 1.1.

Tabla 1.1.1. Pruebas de chi-cuadrado. Edad y género.....	419
Tabla 1.1.2. Nivel de Estudios.....	419
Tabla 1.1.3. Estado civil.....	419
Tabla 1.1.4. Pruebas de chi-cuadrado. Estado civil y género.....	419
Tabla 1.1.5. Pruebas de chi-cuadrado. Barthel y edad.....	420
Tabla 1.1.6. Pruebas de chi-cuadrado. Barthel y género.....	420
Tabla 1.1.7. Deterioro cognitivo.....	420
Tabla 1.1.8. Pruebas de chi-cuadrado. Deterioro Cognitivo y edad.....	420
Tabla 1.1.9. Pruebas de chi-cuadrado. Deterioro Cognitivo y género.....	421
Tabla 1.1.10. Pruebas de chi-cuadrado. Depresión y edad.....	421
Tabla 1.1.11. Pruebas de chi-cuadrado. Depresión y género.....	421
Tabla 1.1.12. Pruebas de chi-cuadrado. Barthel y depresión.....	421
Tabla 1.1.13. APGAR.....	422
Tabla 1.1.14. Pruebas de chi-cuadrado. APGAR y edad.....	422
Tabla 1.1.15. Pruebas de chi-cuadrado. APGAR y género.....	422
Tabla 1.1.16. Pruebas de chi-cuadrado. APGAR y Barthel.....	422
Tabla 1.1.17. Pruebas de chi-cuadrado. DUKE y edad.....	423
Tabla 1.1.18. Pruebas de chi-cuadrado. DUKE y género.....	423
Tabla 1.1.19. Pruebas de chi-cuadrado. DUKE y Barthel.....	423
Tabla 1.1.20. Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción y edad.....	423
Tabla 1.1.21. Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción y género.....	424
Tabla 1.1.22. Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción y Barthel.....	424
Tabla 1.1.23. Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción y Depresión.....	424
Tabla 1.1.24. Riesgo de caídas.....	424
Tabla 1.1.25. Número de fármacos diferentes que toma al día.....	425
Tabla 1.1.26. Uso de prótesis, ortesis u otras ayudas técnicas.....	425
Tabla 1.1.27. Persona insulino dependiente.....	425
Tabla 1.1.28. En general, usted diría que su salud es.....	426
Tabla 1.1.29. Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo de estancia y edad.....	426
Tabla 1.1.30. Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo de estancia y depresión.....	426
Tabla 1.1.31. Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo de estancia y satisfacción.....	426
Tabla 1.1.32. Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo de estancia y relaciones familiares.....	427
Tabla 1.1.33. Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo de estancia y apoyo social.....	427
Tabla 1.1.34. Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo de estancia y Barthel.....	427
Tabla 1.1.35. Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo de estancia y género.....	427

### OBJETIVO 1.2.

Tabla 1.2.1. Pruebas de chi-cuadrado. Edad y género.....	427
Tabla 1.2.2. Nivel de Estudios.....	428
Tabla 1.2.3. Estado Civil.....	428
Tabla 1.2.4. Pruebas de chi-cuadrado. Estado civil y género.....	428
Tabla 1.2.5. Pruebas de chi-cuadrado. Dependencia y edad.....	428
Tabla 1.2.6. Pruebas de chi-cuadrado. Dependencia y género.....	429
Tabla 1.2.7. Deterioro cognitivo.....	429
Tabla 1.2.8. Pruebas de chi-cuadrado. Deterioro cognitivo y edad.....	429
Tabla 1.2.9. Pruebas de chi-cuadrado. Deterioro cognitivo y género.....	429
Tabla 1.2.10. Pruebas de chi-cuadrado. Depresión y edad.....	430



Tabla 1.2.11. Pruebas de chi-cuadrado. Depresión y género .....	430
Tabla 1.2.12. Pruebas de chi-cuadrado. Depresión y Barthel .....	430
Tabla 1.2.13. APGAR .....	430
Tabla 1.2.14. Pruebas de chi-cuadrado. Relaciones familiares y edad .....	430
Tabla 1.2.15. Pruebas de chi-cuadrado. Relaciones familiares y género .....	431
Tabla 1.2.16. Pruebas de chi-cuadrado. Relaciones familiares y dependencia.....	431
Tabla 1.2.17. Pruebas de chi-cuadrado. Relaciones familiares y depresión (moderada y severa) .....	431
Tabla 1.2.18. Pruebas de chi-cuadrado. Apoyo social y edad.....	432
Tabla 1.2.19. Pruebas de chi-cuadrado. Apoyo social y género .....	432
Tabla 1.2.20. Pruebas de chi-cuadrado. Apoyo social y dependencia .....	432
Tabla 1.2.21. Pruebas de chi-cuadrado. Apoyo social y depresión (severa o moderada) .....	432
Tabla 1.2.22. Pruebas de chi-cuadrado, Satisfacción y edad .....	433
Tabla 1.2.23. Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción y género .....	433
Tabla 1.2.24. Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción y dependencia.....	433
Tabla 1.2.25. Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción y depresión moderada o severa.....	431
Tabla 1.2.26. Riesgo de caídas.....	434
Tabla 1.2.27. Número de fármacos diferentes que toma al día.....	434
Tabla 1.2.28. Uso de prótesis, órtesis u otras ayudas técnicas .....	434
Tabla 1.2.29. Persona insulino dependiente .....	435
Tabla 1.2.30. En general, usted diría que su salud es.....	435
Tabla 1.2.31. Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo en Centro de Día y edad .....	435
Tabla 1.2.32. Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo en Centro de Día y satisfacción.....	435
Tabla 1.2.33. Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo en Centro de Día y relaciones familiares...	436
Tabla 1.2.34. Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo en Centro de Día y apoyo social.....	436
Tabla 1.2.35. Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo en Centro de Día y dependencia.....	436
Tabla 1.2.36. Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo en Centro de Día y depresión .....	436

### OBJETIVO 1.3.

Tabla 1.3.1. Pruebas de chi-cuadrado. Edad y género .....	436
Tabla 1.3.2. Nivel de Estudios ..	437
Tabla 1.3.3. Estado Civil.....	437
Tabla 1.3.4. Pruebas de chi-cuadrado. Estado civil y género.....	437
Tabla 1.3.5. Pruebas de chi-cuadrado. Dependencia y edad.....	437
Tabla 1.3.6. Pruebas de chi-cuadrado. Dependencia y género.....	437
Tabla 1.3.7. Pruebas de chi-cuadrado. Deterioro cognitivo y edad .....	438
Tabla 1.3.8. Pruebas de chi-cuadrado. Deterioro cognitivo y género .....	438
Tabla 1.3.9. Pruebas de chi-cuadrado. Depresión y edad .....	438
Tabla 1.3.10. Pruebas de chi-cuadrado. Depresión y género .....	438
Tabla 1.3.11. Pruebas de chi-cuadrado. Depresión y dependencia.....	439
Tabla 1.3.12. Relaciones familiares (APGAR).....	439
Tabla 1.3.13. Pruebas de chi-cuadrado. Relaciones familiares y edad .....	439
Tabla 1.3.14. Pruebas de chi-cuadrado. Relaciones familiares y género.....	439
Tabla 1.3.15. Pruebas de chi-cuadrado. Relaciones familiares y dependencia.....	440
Tabla 1.3.16. Pruebas de chi-cuadrado. Relaciones familiares y depresión .....	440
Tabla 1.3.17. Pruebas de chi-cuadrado. Apoyo social y edad.....	440
Tabla 1.3.18. Pruebas de chi-cuadrado. Apoyo social y género .....	440
Tabla 1.3.19. Pruebas de chi-cuadrado. Apoyo social y dependencia .....	441
Tabla 1.3.20. Pruebas de chi-cuadrado. Apoyo social y depresión.....	441
Tabla 1.3.21. Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción y edad .....	441

Tabla 1.3.22. Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción y género .....	441
Tabla 1.3.23. Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción y dependencia .....	441
Tabla 1.3.24. Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción y depresión.....	442
Tabla 1.3.25. Riesgo de caídas .....	442
Tabla 1.3.26. Número de fármacos diferentes que toma al día.....	442
Tabla 1.3.27. Uso de prótesis, órtesis u otras ayudas técnicas.....	442
Tabla 1.3.28. Persona insulino dependiente.....	443
Tabla 1.3.29. Percepción de salud: En general, usted diría que su salud es.....	443
Tabla 1.3.30. Pruebas de chi-cuadrado. Puntuación caídas y puntuación barreras internas.....	443
Tabla 1.3.31. Pruebas de chi-cuadrado. Riesgo de caídas y dependencia.....	444
Tabla 1.3.32. Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo con cuidadores/as informales y edad.....	444
Tabla 1.3.33. Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo con cuidadores/as informales y satisfacción vital.....	444
Tabla 1.3.34. Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo con cuidadores/as informales y relaciones familiares.....	444
Tabla 1.3.35. Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo con cuidadores/as informales y apoyo social.....	444
Tabla 1.3.36. Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo con cuidadores/as informales y dependencia.....	445
Tabla 1.3.37. Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo con cuidadores/as informales y depresión.....	445
Tabla 1.3.38. Género Cuidador/a Principal.....	445
Tabla 1.3.39. Estudios Cuidador principal.....	445
Tabla 1.3.40. Parentesco cuidador principal.....	446
Tabla 1.3.41. Trabaja el/la Cuidador/a Principal.....	446
Tabla 1.3.42. Disponen de servicio doméstico para que les ayuden en las tareas del hogar.....	446
Tabla 1.3.43. La persona mayor y la persona cuidadora conviven en la misma casa/piso.....	446
Tabla 1.3.44. Pruebas de chi-cuadrado. Sobrecarga y edad.....	447
Tabla 1.3.45. Pruebas de chi-cuadrado. Sobrecarga y género.....	447
Tabla 1.3.46. Pruebas de chi-cuadrado. Sobrecarga y estudios.....	447
Tabla 1.3.47. Pruebas de chi-cuadrado. Sobrecarga y parentesco.....	447
Tabla 1.3.48. Pruebas de chi-cuadrado. Sobrecarga y trabajo del cuidador principal.....	448
Tabla 1.3.49. Pruebas de chi-cuadrado. Sobrecarga y disponibilidad de servicio domestico.....	448
Tabla 1.3.50. Pruebas de chi-cuadrado. Sobrecarga y convivencia en el mismo hogar.....	448

#### **OBJETIVO 1.4.**

Tabla 1.4.1. Pruebas de chi-cuadrado. Edad y género.....	448
Tabla 1.4.2. Nivel de Estudios.....	449
Tabla 1.4.3. Estado Civil.....	449
Tabla 1.4.4. Pruebas de chi-cuadrado. Estado civil y género.....	449
Tabla 1.4.5. Pruebas de chi-cuadrado. Dependencia y edad.....	449
Tabla 1.4.6. Pruebas de chi-cuadrado. Dependencia y género.....	450
Tabla 1.4.7. Pruebas de chi-cuadrado. Dependencia y estado civil.....	450

Tabla 1.4.8. Pruebas de chi-cuadrado. Dependencia (instrumentales) y edad.....	450
Tabla 1.4.9. Correlaciones: Índice de Lawton – Edad entrevistado.....	450
Tabla 1.4.10. Pruebas de chi-cuadrado. Dependencia (instrumentales) y género.....	450
Tabla 1.4.11. Pruebas de chi-cuadrado. Dependencia (instrumentales) y estado civil.....	451
Tabla 1.4.12. Correlaciones: Índice de Lawton – Barthel.....	451
Tabla 1.4.13. Pruebas de chi-cuadrado. Puntuación AVDs básicas e instrumentales.....	451
Tabla 1.4.14. Pruebas de chi-cuadrado. Deterioro cognitivo y edad.....	451
Tabla 1.4.15. Pruebas de chi-cuadrado. Deterioro cognitivo y género.....	452
Tabla 1.4.16. Pruebas de chi-cuadrado. Depresión y género.....	452
Tabla 1.4.17. Pruebas de chi-cuadrado. Depresión y edad.....	452
Tabla 1.4.18. Pruebas de chi-cuadrado. Depresión y dependencia.....	452
Tabla 1.4.19. Pruebas de chi-cuadrado. Relaciones familiares y edad.....	453
Tabla 1.4.20. Pruebas de chi-cuadrado. Relaciones familiares y género.....	453
Tabla 1.4.21. Pruebas de chi-cuadrado. Relaciones familiares y dependencia.....	453
Tabla 1.4.22. Pruebas de chi-cuadrado. Relaciones familiares y depresión.....	453
Tabla 1.4.23. Pruebas de chi-cuadrado. Apoyo social y edad.....	454
Tabla 1.4.24. Pruebas de chi-cuadrado. Apoyo social y dependencia.....	454
Tabla 1.4.25. Pruebas de chi-cuadrado. Apoyo social y depresión.....	454
Tabla 1.4.26. Pruebas de chi-cuadrado. Apoyo social y género.....	454
Tabla 1.4.27. Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción vital y edad.....	455
Tabla 1.4.28. Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción vital y género.....	455
Tabla 1.4.29. Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción vital y dependencia.....	455
Tabla 1.4.30. Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción vital y depresión.....	455
Tabla 1.4.31. Riesgo de caídas.....	455
Tabla 1.4.32. Número de fármacos diferentes que toma al día.....	456
Tabla 1.4.33. Uso de prótesis, órtesis u otras ayudas técnicas.....	456
Tabla 1.4.34. Persona insulino dependiente.....	456
Tabla 1.4.35. En general, usted diría que su salud es.....	457
Tabla 1.4.36. Pruebas de chi-cuadrado. Riesgo de caídas y barreras internas.....	457
Tabla 1.4.37. Pruebas de chi-cuadrado. Riesgo de caídas y dependencia.....	457
Tabla 1.4.38. Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo Ayuda Domiciliaria y edad.....	458
Tabla 1.4.39. Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo Ayuda Domiciliaria y satisfacción vital.....	458
Tabla 1.4.40. Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo Ayuda Domiciliaria y relaciones familiares.....	458
Tabla 1.4.41. Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo Ayuda Domiciliaria y apoyo social.....	458
Tabla 1.4.42. Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo Ayuda Domiciliaria y dependencia.....	459
Tabla 1.4.43. Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo Ayuda Domiciliaria y depresión.....	459
Tabla 1.4.44. ANOVA. Distribución del N° totales horas a la semana del servicio y edad.....	459
Tabla 1.4.45. Pruebas de chi-cuadrado. Número de horas y estudios.....	459
Tabla 1.4.46. Prueba de muestras independientes. Número de horas y género.....	459
Tabla 1.4.47. ANOVA. Distribución del N° totales horas a la semana del servicio y dependencia.....	460
Tabla 1.4.48. ANOVA. Distribución del N° totales horas a la semana del servicio y deterioro cognitivo.....	460
Tabla 1.4.49. Prueba de muestras independientes. Número de horas y caídas.....	460

Tabla 1.4.50. Prueba de muestras independientes. Número de horas y relaciones familiares.....	460
Tabla 1.4.51. Prueba de muestras independientes. Número de horas y apoyo social.....	460
Tabla 1.4.52. ANOVA. Distribución del N° totales horas a la semana del servicio y depresión.....	461
Tabla 1.4.53. Pruebas de chi-cuadrado. Número de horas y profesional que realiza la valoración.....	461

### **OBJETIVO 1.5.**

Tabla 1.5.1. Pruebas de chi-cuadrado. Edad y género.....	461
Tabla 1.5.2. Nivel de Estudios.....	461
Tabla 1.5.3. Estado Civil.....	461
Tabla 1.5.4. Pruebas de chi-cuadrado. Estado civil y género.....	462
Tabla 1.5.5. Pruebas de chi-cuadrado. Número de personas que conviven con el mayor y género.....	462
Tabla 1.5.6. Pruebas de chi-cuadrado. Número de personas que conviven con el mayor y Barthel.....	462
Tabla 1.5.7. Pruebas de chi-cuadrado. Número de personas que conviven con el mayor y Lawton.....	462
Tabla 1.5.8. Pruebas de chi-cuadrado. Número de personas que conviven con el mayor y deterioro cognitivo.....	462
Tabla 1.5.9. Pruebas de chi-cuadrado. Número de personas que conviven con el mayor y depresión.....	463
Tabla 1.5.10. Pruebas de chi-cuadrado. Número de personas que conviven con el mayor y relaciones familiares.....	463
Tabla 1.5.11. Pruebas de chi-cuadrado. Número de personas que conviven con el mayor y apoyo social.....	463
Tabla 1.5.12. Pruebas de chi-cuadrado. Número de personas que conviven con el mayor y satisfacción vital.....	463
Tabla 1.5.13. Riesgo de caídas.....	464
Tabla 1.5.14. Número de fármacos diferentes que toma al día.....	464
Tabla 1.5.15. Uso de prótesis, órtesis u otras ayudas técnicas.....	464
Tabla 1.5.16. Persona insulino dependiente.....	465
Tabla 1.5.17. En general, usted diría que su salud es.....	465
Tabla 1.5.18. Pruebas de chi-cuadrado. Número de personas que conviven con el mayor y riesgo de caídas.....	465

### **OBJETIVO 2.1.**

Tabla 2.1.1. Resúmenes de casos. Media de edad.....	466
Tabla 2.1.3. Pruebas de chi-cuadrado. Servicios - medio comunitario y género.....	466
Tabla 2.1.4. Pruebas de chi-cuadrado. Servicios - medio comunitario y estudios.....	466
Tabla 2.1.5. Pruebas de chi-cuadrado. Servicios - medio comunitario y estado civil.....	466

### **OBJETIVO 2.2.**

Tabla 2.2.1. ANOVA. Puntuación Barthel.....	466
Tabla 2.2.2. ANOVA. Puntuación Índice Lawton.....	467
Tabla 2.2.3. ANOVA. Baremo MTAS.....	467
Tabla 2.2.4. ANOVA. Puntuación total MEC.....	467
Tabla 2.2.5. ANOVA. Puntuación Depresión.....	467
Tabla 2.2.6. ANOVA. Puntuación Barthel.....	467

Tabla 2.2.7. ANOVA. Puntuación APGAR.....	468
Tabla 2.2.8. Pruebas de chi-cuadrado. Servicios - medio comunitario y relaciones familiares.....	468
Tabla 2.2.9. ANOVA. Puntuación DUKE-UNC.....	468
Tabla 2.2.10. Pruebas de chi-cuadrado. Servicios - medio comunitario y apoyo social.....	468
Tabla 2.2.11. ANOVA. Familiares residentes en el municipio.....	469
Tabla 2.2.12. ANOVA. Puntuación satisfacción Escala Filadelfia y servicios – medio comunitario.....	469
Tabla 2.2.13. ANOVA. Puntuación Satisfacción vital y depresión.....	469
Tabla 2.2.14. Pruebas de los efectos inter-sujetos. Variable dependiente: Puntuación Satisfacción vital.....	469
Tabla 2.2.15. ANOVA. Puntuación Satisfacción vital.....	470
Tabla 2.2.16. ANOVA. Puntuación Satisfacción vital.....	470
Tabla 2.2.17. ANOVA. Puntuación Satisfacción vital.....	470
Tabla 2.2.18. ANOVA. Puntuación Satisfacción vital.....	471
Tabla 2.2.19. ANOVA. Puntuación Satisfacción vital.....	471
Tabla 2.2.20. ANOVA. Puntuación Satisfacción vital.....	472
Tabla 2.2.21. ANOVA. Puntuación caídas.....	472
Tabla 2.2.22. Pruebas de chi-cuadrado. Servicio – medio comunitario y caídas.....	472
Tabla 2.2.23. Pruebas de chi-cuadrado. (Gran dependencia) Servicio – medio comunitario y caídas.....	472
Tabla 2.2.24. ANOVA. Número de fármacos diferentes que toma al día.....	473
Tabla 2.2.25. Pruebas de chi-cuadrado. Servicio – medio comunitario y uso de ayudas técnicas.....	473
Tabla 2.2.26. Pruebas de chi-cuadrado. Servicio – medio comunitario e insulino-dependencia.....	473
Tabla 2.2.27. Pruebas de chi-cuadrado. Servicio – medio comunitario y modo administración insulina.....	473
Tabla 2.2.28. Pruebas de chi-cuadrado. Servicio – medio comunitario y percepción de salud.....	473

### **OBJETIVO 2.3.**

Tabla 2.3.1. Pruebas de chi-cuadrado. Servicio – medio comunitario y sospecha maltrato.....	474
Tabla 2.3.2. Pruebas de chi-cuadrado. . Servicio – medio comunitario y sospecha maltrato físico.....	474
Tabla 2.3.3. Pruebas de chi-cuadrado. Servicio – medio comunitario y sospecha maltrato psíquico.....	474
Tabla 2.3.4. Pruebas de chi-cuadrado. Servicio – medio comunitario y sospecha maltrato sexual.....	475
Tabla 2.3.5. Pruebas de chi-cuadrado. Servicio – medio comunitario y sospecha negligencia.....	475
Tabla 2.3.6. Pruebas de chi-cuadrado. Servicio – medio comunitario y sospecha negligencia.....	475
Tabla 2.3.7. Pruebas de chi-cuadrado. (Cuidadores) género y riesgo de maltrato.....	476
Tabla 2.3.8. Pruebas de chi-cuadrado. (Medio comunitario) género y riesgo de maltrato.....	476

**OBJETIVO 2.4.**

Tabla 2.4.1. Pruebas de chi-cuadrado. Ayuda domiciliaria – Cuidadores y barreras, escaleras.....	476
Tabla 2.4.2. Pruebas de chi-cuadrado. Ayuda domiciliaria – Cuidadores y barreras, portal de casa.....	477
Tabla 2.4.3. Pruebas de chi-cuadrado. Ayuda domiciliaria – Cuidadores y barreras, zona aislada barrio / urbanizaciones.....	477
Tabla 2.4.4. Pruebas de chi-cuadrado. Ayuda domiciliaria – Cuidadores y barreras, baño..	477
Tabla 2.4.5. Pruebas de chi-cuadrado. Ayuda domiciliaria – Cuidadores y vivienda inadecuada.....	478
Tabla 2.4.6. Pruebas de chi-cuadrado. Ayuda domiciliaria – Cuidadores y mala higiene, humedades.....	478
Tabla 2.4.7. Pruebas de chi-cuadrado. Ayuda domiciliaria – Cuidadores y ascensor.....	478

**OBJETIVO 3.1.**

Tabla 3.1.1. Pruebas de chi-cuadrado. Grado - nivel de dependencia y supervisión que necesita la persona dependiente.....	479
Tabla 3.1.2. Pruebas de chi-cuadrado. Deterioro cognitivo y supervisión que necesita la persona dependiente.....	479
Tabla 3.1.3. Pruebas de chi-cuadrado. (Sujetos con deterioro cognitivo) Grado - nivel de dependencia y supervisión que necesita la persona dependiente.....	479

**OBJETIVO 3.2.**

Tabla 3.2.1. Pruebas de chi-cuadrado. Grupo de Análisis y El servicio donde se encuentra es el adecuado.....	479
Tabla 3.2.2. Pruebas de chi-cuadrado. Grado y nivel dependencia Baremo MTAS y El servicio donde se encuentra es el adecuado.....	480

**OBJETIVO 5.1.**

Tabla 5.1.1. Tabla de contingencia Grado y nivel * Edad.....	480
Tabla 5.1.2. Tabla de contingencia Grado y nivel dependencia * Lugar donde vive .....	480
Tabla 5.1.3. Tabla de contingencia Grado y nivel dependencia * Estado Civil.....	480
Tabla 5.1.4. Tabla de contingencia Grado y nivel dependencia * Barthel.....	480

**OBJETIVO 6.1.**

Tabla 6.1.1. Porcentaje de mayores dependientes que necesitan ayuda para la realización de AVDs.....	481
--	-----

**OBJETIVO 7.2.**

Tabla 7.2.1. Pruebas de chi-cuadrado. (Centros Estancia Diurna) Pensión y Copago.....	482
Tabla 7.2.2. Pruebas de chi-cuadrado. (Ayuda Domiciliaria) Pensión y Copago.....	483
Tabla 7.2.3. Correlaciones. (Centros Estancia Diurna) Pensión y Copago.....	483
Tabla 7.2.4. Correlaciones. (Ayuda Domiciliaria) Pensión y Copago.....	483
Tabla 7.2.5. Correlaciones. (Ayuda Domiciliaria) Nivel estudios y Copago.....	484
Tabla 7.2.6. Correlaciones. (Residencias) Nivel estudios y Copago.....	484

## OBJETIVO 9.1.

Tabla 9.1.1. Pruebas de chi-cuadrado. Tipo de Centro y Estudios.....	485
Tabla 9.1.2. Pruebas de chi-cuadrado. Tipo de Centro y Género.....	485
Tabla 9.1.3a. Pruebas de chi-cuadrado. Tipo de Centro y Estado civil.....	485
Tabla 9.1.3b. Pruebas de chi-cuadrado. Tipo de Centro y Número de personas con las que convive el mayor.....	485
Tabla 9.1.3c. Pruebas de chi-cuadrado. Estado civil y Número de personas con las que convive el mayor.....	485
Tabla 9.1.4. Pruebas de chi-cuadrado. Tipo de Centro y Uso de prótesis, órtesis, ayudas técnicas.....	486
Tabla 9.1.5. Pruebas de chi-cuadrado. Uso de pañales y Tipo de Centro.....	486
Tabla 9.1.6. Pruebas de chi-cuadrado. Sillas de ruedas y Tipo de Centro.....	486
Tabla 9.1.7. Pruebas de chi-cuadrado. Andadores y Tipo de Centro.....	486
Tabla 9.1.8. Pruebas de chi-cuadrado. Muletas y Tipo de Centro.....	486
Tabla 9.1.9. Pruebas de chi-cuadrado. Bastones y Tipo de Centro.....	487
Tabla 9.1.10. Pruebas de chi-cuadrado. Dentaduras y Tipo de Centro.....	487
Tabla 9.1.11. Pruebas de chi-cuadrado. Gafas y Tipo de Centro.....	487
Tabla 9.1.12. Pruebas de chi-cuadrado. Sondas nasogástrica y Tipo de Centro.....	487
Tabla 9.1.13. Pruebas de chi-cuadrado. Uso de prótesis – órtesis – ayudas técnicas y Dependencia.....	487
Tabla 9.1.14. Pruebas de chi-cuadrado. Persona insulina dependiente y Tipo de Centro.....	488
Tabla 9.1.15. Pruebas de chi-cuadrado. Modo administración insulina y Tipo de Centro.....	488
Tabla 9.1.16. Pruebas de los efectos inter-sujetos. MANOVA.....	488
Tabla 9.1.17. ANOVA. Puntuación Barthel y Tipo de Centro.....	490
Tabla 9.1.18. ANOVA. Puntuación Índice Lawton y Tipo de Centro.....	491
Tabla 9.1.19. ANOVA. Puntos Baremo Dependencia y Tipo de Centro.....	491
Tabla 9.1.20. ANOVA. Puntuación total MEC.....	491
Tabla 9.1.21. ANOVA. MEC y Grado y Nivel de dependencia.....	491
Tabla 9.1.22. Correlaciones. MEC y Baremo MTAS.....	491
Tabla 9.1.23. ANOVA. Puntuación APGAR.....	491
Tabla 9.1.24. Pruebas de chi-cuadrado. Relaciones familiares y Tipo de Centro.....	492
Tabla 9.1.25. Pruebas de chi-cuadrado. Relaciones funcionales y Grado – nivel de dependencia.....	492
Tabla 9.1.26. ANOVA. Puntuación Satisfacción vital.....	492
Tabla 9.1.27. ANOVA. Puntuación Depresión.....	492
Tabla 9.1.28. Pruebas de chi-cuadrado. Depresión y Tipo de Centro.....	492
Tabla 9.1.29. ANOVA. Puntuación DUKE-UNC.....	493
Tabla 9.1.30. Pruebas de chi-cuadrado. Apoyo social y Tipo de Centro.....	493
Tabla 9.1.31. ANOVA. Puntuación caídas.....	493
Tabla 9.1.32. Pruebas de chi-cuadrado. Riesgo de caídas y Tipo de Centro.....	493
Tabla 9.1.33. Pruebas de chi-cuadrado. Caídas en el último año y Tipo de Centro.....	493
Tabla 9.1.34. Pruebas de chi-cuadrado. Riesgo de caídas y Tipo de Centro.....	494
Tabla 9.1.35. ANOVA. Número de fármacos diferentes que toma al día.....	494
Tabla 9.1.36. ANOVA. En general, usted diría que su salud es.....	494
Tabla 9.1.37. Resumen de procesamiento de los casos(a). Baremo MTAS.....	494
Tabla 9.1.38. Resumen del procesamiento para el análisis de casos. Para Tipo de Centro.....	495
Tabla 9.1.39. Estadísticos de grupo. Para Tipo de Centro.....	495

Tabla 9.1.40. Lambda de Wilks. Para Tipo de Centro.....	496
Tabla 9.1.41. Probabilidades previas para los grupos. Para Tipo de Centro.....	496
Tabla 9.1.42. Resumen del procesamiento para el análisis de casos. Para Grado y nivel de dependencia.....	496
Tabla 9.1.43. Estadísticos de grupo. Para Grado y nivel de dependencia.....	496
Tabla 9.1.44. Lambda de Wilks. Para Grado y nivel de dependencia.....	498
Tabla 9.1.45. Probabilidades previas para los grupos. Para Grado y nivel de Dependencia.....	498
Tabla 9.1.46. Resultados de la clasificación(a). Para Grado y nivel de dependencia... ..	498
Tabla 9.1.47. Resumen del procesamiento para el análisis de casos. Para Barthel.....	499
Tabla 9.1.48. Estadísticos de grupo. Para Barthel.....	499
Tabla 9.1.49. Lambda de Wilks. Para Barthel.....	500
Tabla 9.1.50. Probabilidades previas para los grupos. Para Barthel.....	500
Tabla 9.1.51. Resultados de la clasificación(a).....	501

## **OBJETIVO 9.2.**

Tablas 9.2.1. Estadísticos. Experiencia laboral en Servicios Sociales.....	501
Tabla 9.2.2. ¿Debemos incluir valoración funcional AVD-B?.....	501
Tabla 9.2.3. Actuación interdisciplinar: Trabajadores/as Sociales y Psicólogos/as.....	503
Tabla 9.2.4. Estadísticos. Regla de decisión 1ª. Grado y Nivel de dependencia.....	503
Tabla 9.2.5. Estadísticos. Regla de decisión 2ª. Deterioro cognitivo (demencias).....	504
Tabla 9.2.6. Estadísticos. Regla de decisión 3ª. Apoyo social.....	504
Tabla 9.2.7. Estadísticos. Regla de decisión 4ª. Relaciones familiares.....	505
Tabla 9.2.8. Estadísticos. Regla de decisión 5ª. Sobrecarga en los Cuidadores.....	505
Tabla 9.2.9. Estadísticos. Regla de decisión 6ª. Teleasistencia como servicio de Prevención .....	506
Tabla 9.2.10. Estadísticos. Regla de decisión 7ª. Considerar como objetivos de intervención la Depresión, Riesgo de caídas – barreras y Sospecha de maltrato.....	506
Tabla 9.2.11. Estadísticos. Valoración global del modelo.....	507

## **GRÁFICOS ANEXO II**

Gráfico 2.1.1. Edad y Servicios – Medio comunitario .....	509
Gráfico 2.2.1. Puntuación en depresión y puntuación en Barthel .....	509
Gráfico 2.2.2. Puntuación en satisfacción vital y puntuación en apoyo social (Duke).....	510
Gráfico 2.2.3. Puntuación en satisfacción vital y depresión.....	510
Gráfico 4.2.1. Cobertura, Eficacia de cobertura y Cobertura idónea de los servicios de atención a la dependencia.....	511





# **PRESENTACIÓN**

---



## Presentación.

La presente investigación sobre “*Modelo de toma de decisiones para la elección del servicio idóneo en la atención al mayor dependiente*”, tiene como objetivo principal proporcionar a los profesionales de Servicios Sociales Comunitarios un modelo de toma de decisiones validado estadísticamente que, mediante instrumentos de screening, permita ubicar a las personas mayores en el servicio o servicios, de atención y cuidados o de promoción de la autonomía personal, más adecuados a su perfil psicosocial (discapacidad funcional para la realización de Actividades de la Vida Diaria Básicas e Instrumentales, funcionamiento afectivo y apoyo sociofamiliar) y satisfacción psicológica del mayor.

Son seis los servicios evaluados: Residencias, Centros de Estancias Diurnas, Ayuda a domicilio, Familias Cuidadoras, Teleasistencia y Medio Comunitario (mayores dependientes en la comunidad que no reciben ningún tipo de servicio o programa de los anteriores).

Las pruebas utilizadas en la valoración, catorce en total, exploran los siguientes factores:

- Datos generales (sexo, edad y nivel de estudios) y entorno físico y arquitectónico. Un Instrumento.
- Valoración de las Actividades de la Vida Diaria Básicas e Instrumentales (AVD-b y AVD-i). Cuatro Instrumentos.
- Valoración Estado Mental (demencia). Un Instrumento.
- Valoración del funcionamiento afectivo (Depresión y Satisfacción en la vida). Dos Instrumentos.
- Valoración de las Relaciones familiares. Un Instrumento.
- Valoración del Apoyo sociofamiliar. Un Instrumento.
- Valoración Salud subjetiva -SF36-. Un Instrumento.
- Valoración Salud: Riesgo de caídas. Uso de prótesis, órtesis y otras ayudas técnicas. Un Instrumento.
- Valoración de la Sobrecarga de cuidados en cuidadores familiares. Un Instrumento. Esta es la única prueba que no se pasa directamente al mayor.
- Valoración sospecha de maltrato hacia el mayor. Un Instrumento, pasación exclusivamente en el medio comunitario y cuidadores/ras.

La investigación ha conllevado la valoración de 1.599 mayores en diferentes ámbitos: mayores en la comunidad, en residencias, centros de estancias diurnas, cuidadores familiares, ayuda a domicilio y teleasistencia domiciliaria. Esta muestra de 1.599 mayores permite la generalización de resultados al total de población de los diferentes servicios y en el entorno comunitario, trabajándose a un nivel de confianza del 95,5% y un error de muestreo inferior al 5%.

Trece profesionales han participado en la realización del trabajo de campo, 8 Trabajadoras Sociales y 5 Psicólogos/as.

El estudio de campo estuvo calendarizado en una fase de ocho meses de duración (Diciembre 2006 - Junio 2007), consistente en (1) la valoración de personas mayores en los diferentes servicios y medio comunitario, describiéndose los criterios que definen cada servicio, (2) la comparación entre servicios y entre estos y el medio comunitario, en función de los instrumentos de valoración utilizados, estableciendo la especificidad diferencial -y solapamiento entre los mismos- junto con los índices de cobertura y eficacia de la cobertura y (3) establecimiento de criterios técnicos para la “elaboración del modelo de toma de decisiones para la elección del servicio idóneo”; previamente se realizó una revisión de

literatura y planteamiento de la investigación, incluida selección de la muestra y contacto con los diferentes servicios e instituciones, de seis meses de duración.

El coste del estudio ascendió a 57.300 €, aportados por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía en virtud del convenio firmado entre esta Consejería y la Universidad de Granada el 15 de Diciembre de 2006.

El presente trabajo se encuentra estructurado en siete capítulos diferenciados. En el capítulo primero se aborda la protección social en España y Andalucía, orígenes, historia, inversión en relación a países de nuestro entorno y la relevancia que seguramente tendrá la aplicación de la Ley de Dependencia. El capítulo segundo tiene un carácter de reflexión teórica, sobre como las diferentes concepciones de la discapacidad han evolucionado con el tiempo, originando ya en la actualidad prevalencias diferentes sobre discapacidad – dependencia en función de criterios técnicos más o menos amplios o restrictivos y, la necesidad de unificar los mismos; en este contexto, se analiza la relevancia que puede tener la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF). El modelo de provisión de servicios en cascada ha orientado y continúa orientando las actuaciones de planificadores y profesionales, en el capítulo siguiente describimos las bases teóricas que lo alimentan y sus principales contribuciones desde la valoración de programas al análisis de costes y beneficios, analizando también sus principales debilidades. En el capítulo cuarto, se revisan, describen y analizan los modelos teóricos y las variables relevantes que tienen suficiente evidencia empírica y de investigación constructada, que justifican su inclusión e incorporación a un posible modelo de toma de decisiones sobre el servicio idóneo en la atención del mayor dependiente. Al planteamiento de la investigación, objetivos y metodología dedicamos el capítulo cinco. En los dos últimos capítulos, sexto y séptimo, se reseñan los resultados de la investigación y, la discusión de los mismos junto con las conclusiones. Terminamos con un apartado dedicado a consideraciones finales y posibles líneas de investigación futura.

La relevancia de la investigación realizada es amplia, en tanto pretende dar respuesta a algunas de las consecuencias, positivas, derivadas de:

- (1) La aprobación en nuestro país de la “Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia”, que trae consigo el establecimiento de la atención al mayor dependiente como un derecho.
- (2) El incremento importante de la inversión económica, de manera eficaz y eficiente, necesaria para mejorar la cobertura de servicios que garanticen este derecho, dada la actual insuficiencia en inversión y plazas.
- (3) La necesidad de atender con un alto grado de calidad al mayor dependiente, donde la satisfacción subjetiva del mayor y la elección del entorno / servicio menos restrictivo, para un determinado nivel de dependencia, ha de ser factores determinantes.
- (4) La necesidad de planificar en que porcentaje han de incrementarse las plazas de cada uno de los servicios para dar respuesta a la demanda de mayores con necesidades de atención.
- (5) La adecuada planificación y provisión del número de profesionales necesarios (e interdisciplinariedad) para atender a las valoraciones y los Programas Individuales de Atención (toma de decisiones sobre el servicio idóneo).
- (6) La necesidad, que los profesionales manifiestan, de disponer de criterios válidos y empíricamente contruidos que les faciliten el proceso de toma de decisiones en la elaboración de los Programas Individualizados de Atención (PIA).

La implementación de un modelo validado estadísticamente de toma de decisiones, basado en instrumentos de screening, para la ubicación del mayor dependiente en el servicio o servicios idóneos, junto con los resultados y conclusiones de la presente investigación ayudará, sin duda alguna, a la mejora en la eficacia de los dispositivos de atención, definición conceptual de los mismos y, mejora de las políticas de planificación y formación de los recursos profesionales acordes a las necesidades de cobertura de los diferentes servicios.



# **CAPÍTULO I: LA PROTECCIÓN SOCIAL EN ESPAÑA Y ANDALUCÍA.**

---





## 1. Capítulo I: La protección social en España y Andalucía.

En este capítulo describiremos el desarrollo de la protección social en nuestro país: etapas, marco legislativo y niveles de protección (apartado 2.1 Protección social en España); una cuantificación de las personas mayores dependientes y la importancia de los cuidadores informales en la atención a las mismas (apartado 2.2 Protección social a las personas dependientes en España y Andalucía) y la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (apartado 2.3). Este capítulo nos posibilitará entender la importancia de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia en tanto viene a culminar un largo camino de la protección social en nuestro país, pasando de la beneficencia al derecho subjetivo y universalización en la atención. Derechos y Universalización requieren la participación profesional en la toma de decisiones, que ha de apoyarse en decisiones técnicas científicamente validadas, evitándose en el más alto grado la arbitrariedad.

### 1.1. Protección social en España.

Es posible diferenciar dos grandes etapas en la protección social de nuestro país, la primera de ellas basada en la beneficencia -1.800 a 1.963- y la segunda en la Seguridad Social -1.963 a 1.978-, estas etapas donde las fechas son aproximadas tienden a solaparse, incluso es posible realizar diferentes subdivisiones entre ellas (López – Cabanas y Chacón, 1997; Alemán y Garcés, 1996; Muñoz et al., 1997; González, 2003; Porras, 2006; Casado y Fantova, 2007). Es a partir de 1978 con la Constitución Española donde comienza a vertebrarse el Sistema Público de Servicios Sociales.

#### **Etapas de Beneficencia (1.800 – 1.963).**

El Estado a través de la Ley de Beneficencia de 1849 insta a Ayuntamientos y Diputaciones a atender a personas con necesidad / sin recursos económicos, beneficiándose de las prestaciones públicas: centros, albergues, hospitales etc. La forma de actuación dependía de la disponibilidad presupuestaria, siendo además discrecional, donde la ciudadanía no tenía derecho a la prestación, ni siquiera aunque cumpliera determinados requisitos o baremos, dependiendo exclusivamente de la voluntad del responsable que la otorgaba. Junto a la beneficencia pública se encontraba la atención privada o particular realizada desde fundaciones, especialmente religiosas. Administrativamente la demanda era canalizada a través de Juntas Locales que elaboraban un padrón de las personas con necesidad.

#### **Etapas de la Seguridad Social (1.963 – 1.978).**

Durante los inicios de la dictadura se continúa con modelos basados en la caridad y la beneficencia, en 1.936 se crea el Auxilio Social que dio origen al Instituto Nacional de Acción Social (INAS) y en 1960 el Fondo Nacional de Asistencia Social (FONAS) la gestión se realizaba de manera centralista coexistiendo con las actuaciones de los entes locales, Diputaciones y Ayuntamientos.

Es en el año 1.963 con la Ley de Bases de la Seguridad Social y la Ley General de la Seguridad Social de 1.974 donde se producen profundas reformas en la protección social, considerando claro está, los puntos de partida:

- Prestaciones diferenciales en función de los salarios.
- Diferenciación entre Régimen General y Regímenes Específicos.
- Se introducen como prestaciones básicas del sistema las económicas, la asistencia sanitaria, y los servicios sociales, germen de los actuales Servicios Sociales Especializados, se

crea un servicio para minusválidos (Servicio de recuperación y Rehabilitación de Minusválidos. SEREM) y otro para pensionistas (Servicio Atención al Pensionista. SAP).

### **Constitución Española de 1.978.**

La situación pasada y actual del Estado del Bienestar y la protección social en nuestro país, ha de analizarse si atendemos a niveles de cobertura, población atendida, niveles de inversión económica, abandono de la beneficencia y presencia de lo público a partir del año 1978, con la llegada de las libertades.

En enero de 1.978 a instancia del denominado Ministerio de Sanidad y Seguridad Social se realiza en Madrid una reunión de expertos a nivel internacional para analizar las características de nuestro sistema de protección y contraponerlo con las características y tendencias de los países europeos más avanzados. El diagnóstico realizado por los expertos indicaba los siguientes déficits:

- Diversidad de organismos especializados sin conexión o coordinación interinstitucional.
- Duplicidad de actuaciones y programas, junto con superprotección para unos sectores de población y carencias importantes para otros.
- Predominio de las funciones asistenciales con la merma consiguiente en programas preventivos.
- Existencia de una fuerte centralización con una mínima participación de la población en los servicios.

La consecuencia de todo ello es el inicio de la (1) Descentralización administrativa, (2) Potenciación de la participación de los usuarios y (3) Universalización de los servicios. En esta época se crean tres nuevos institutos: Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), Instituto Nacional de Salud (INSALUD) y el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) que integra a los servicios de atención a pensionistas y minusválidos (SAP y SEREM respectivamente). En la actualidad, este último pasa a denominarse IMSERSO al incorporar las competencias sobre migraciones.

Pero es a partir del año 1.982, donde la protección social comienza a consolidarse y va adquiriendo niveles que permiten cierto acercamiento a la protección social ofrecida en los países de nuestro entorno. Quiero enumerar, sin pretender ser exhaustivo, algunos hitos importantes.

- En 1.982 aparece la Ley 13/82, de atención a las personas con discapacidad (LISMI). Que supuso la incorporación de los principios de normalización e integración social, laboral y educativa de este colectivo, principios operantes desde los años 70 en el resto de Europa y Estados Unidos.
- En 1.984, la Ley 31/84 mejora de los requisitos de acceso a las prestaciones por desempleo.
- En 1.986, se produce la Universalización de la Asistencia Sanitaria, Ley General de Sanidad 14/1986. Antes sólo el 62% de los españoles tenía asistencia sanitaria.
- En 1.988 aparece el "Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales Comunitarios", el cual trae consigo que en el estado español, por primera vez, los ciudadanos puedan disponer de una serie de prestaciones básicas como la Ayuda a Domicilio, la atención a problemas de convivencia e inserción social, los programas de ayuda a la infancia en riesgo social etc, etc, prestados por profesionales cualificados: Trabajadores/as Sociales, Educadores/as y Psicólogos/as. La aportación contemplada suponía un 33% para cada una de las tres administraciones, Central, Autonómicas y Locales.
- En 1.988 aparecen los programas de Rentas Mínimas de Inserción dirigidos

básicamente para las familias con problemas de pobreza y exclusión social.

- En 1990, universalización de las pensiones vía modelo asistencial. Aparición de las pensiones no contributivas.
- En 1995, aparición del Pacto de Toledo para consolidar y garantizar el sistema de pensiones.
- En 2006, aprobación de **Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia**.

### **Marco legislativo.**

Comprender la estructuración del Sistema Público de Servicios Sociales implica conocer el marco legislativo regulador (Carmona, 2006; Laporta, 2004; Subirats y Gallego, 2002; Porras, 1997).

La Constitución Española de 1.978 constituye el punto de partida a nivel legislativo.

En el artículo 9.2. se señala que “corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social”.

Diversos artículos, relatados en el Capítulo III, hacen referencia a la necesidad de establecer actuaciones dirigidas a determinados sectores y colectivos: protección de la infancia y familia (art. 39); atención a personas con discapacidad (art. 49); y protección a la tercera edad (art. 50). “Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”.

De una interpretación integradora de los artículos 1, 9.2, 10,14 que remarcan también el derecho de igualdad y el principio de justicia, junto con los expresados en el Capítulo III, se desprende que los servicios sociales constituyen un derecho de ciudadanía.

Que los servicios sociales de manera genérica puedan considerarse como un derecho no implica que la protección de determinados colectivos sea automática. El articulado referente a personas mayores y discapacidad, se encuentra dentro del Capítulo III sobre principios rectores de la política social y económica, no teniendo por ello una protección automática. Estos necesitan una ley específica para obtener una protección. En este sentido el artículo 53.3 dice “El reconocimiento, el respeto y la protección de los principios recogidos en el Capítulo Tercero, informará la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos. Sólo podrán ser alegados ante la Jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen”.

Garantizados los servicios sociales a nivel Constitucional y entrando la protección de determinados colectivos dentro de los principios rectores de la misma, es necesario abordar la **distribución de competencias** a nivel del **Estado, Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales** (Ayuntamientos y Diputaciones).

**El Estado** al amparo del artículo 149 de la Constitución, no mantiene dentro de sus competencias exclusivas los servicios sociales y en segundo lugar en el artículo 148 tampoco

los menciona, de manera explícita, como asumibles por las **Comunidades Autónomas**, aunque en una interpretación razonable el artículo 148.20 establece que las Comunidades Autónomas pueden asumir competencias en “Asistencia Social”.

Es a partir de esta “laguna” constitucional, dónde las Comunidades Autónomas asumen como propias las competencias a nivel social. De esta manera, en el desarrollo de los diferentes Estatutos Autonómicos se recogen como competencias exclusivas la Asistencia Social, Servicios Sociales o Bienestar Social, términos considerados como sinónimos por los legisladores.

El Estatuto de Autonomía para Andalucía del 81 (Ley Orgánica 6/1981, de 30 de diciembre) en el artículo 13 expresa que la Comunidad Autónoma de Andalucía tiene competencia exclusiva sobre asistencia y servicios sociales (art. 13.22), menores (art. 13.23) y promoción de actividades y servicios para la juventud y la tercera edad, y desarrollo comunitario (art. 13.30).

El Estatuto Andalucía del año 2007 (Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo) constituye una referencia para el proceso de modernización del Estado de las Autonomías, adelantándose al futuro, al cambio social que ya se está produciendo. Recoge la doctrina de la Carta Social Europea de 1961 (ratificada el 20 de abril de 1980 por España y el 5 de mayo de 1988 su protocolo adicional) así como de otros organismos internacionales y, de esa forma, establece claramente un listado de derechos sociales que posibilitará equiparar a Andalucía a los Estados más avanzados en materia de protección social y derechos de la ciudadanía.

Se establece en el mismo la competencia exclusiva de la Comunidad en Servicios Sociales (artículo 61) y la organización y administración de todos los servicios relacionados con educación, sanidad y servicios sociales (artículo 84).

El Título preliminar, artículo 10 sobre Objetivos básicos de la Comunidad Autónoma en su apartado 15º recoge la especial atención a las personas en situación de dependencia. Se dedica todo el Título I a los “Derechos Sociales, Deberes y Políticas Públicas” y el Capítulo II a los derechos Sociales: Artículo 19 mayores, 23 prestaciones sociales y servicios sociales y 24 Personas con discapacidad o dependencia.

Las leyes promulgadas por las Comunidades Autónomas al amparo de las competencias exclusivas estructuran los servicios sociales de manera bastante similar (Perdomo, 1989 y López – Cabanas, 1997), estableciéndose los siguientes apartados:

- Principios generales o principios rectores: la universalidad, prevención, igualdad, solidaridad, normalización e integración (inclusión social), descentralización y coordinación.
- Titulares, se especifican como receptores de los mismos los residentes en la Comunidad, aunque algunas establecen restricciones en el caso de extranjeros, refugiados o apátridas conforme a los tratados internacionales.
- Áreas y modalidades, dos niveles son contemplados en un primer nivel (1) Los Servicios Sociales Comunitarios (de base o Generales, así también denominados) que constituyen la puerta de entrada al sistema. Prestándose entre otros los servicios de Información, Valoración, Orientación y Asesoramiento, Cooperación Social, Reinserción Social y Convivencia junto la Ayuda Domiciliaria y, un segundo nivel (2) Los Servicios Sociales Especializados para determinados colectivos (Infancia, drogodependencias, mayores etc), con especial atención hemos de resaltar la red de centros (Residencias, Centros de Estancia Diurnas) para personas con discapacidad y personas dependientes.

La Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía, establece en su Título II, capítulo I, bajo una concepción universalista, el derecho de todos los ciudadanos andaluces a los servicios sociales, definiendo el contenido de los mismos como los recursos, actividades y prestaciones organizadas para la obtención de un mayor bienestar y una mejor calidad de vida, así como para la prevención y eliminación de la marginación social.

A su vez, la Ley de Servicios Sociales de Andalucía en su Título III, recoge los principios de planificación, coordinación y descentralización, reconociendo así las competencias de las distintas Administraciones Públicas en esta materia, correspondiendo a la Administración Autónoma las funciones de planificación y control, y atribuyendo la gestión de los servicios sociales a las administraciones más próximas al ciudadano. En este sentido, en su artículo 18 establece que “Las Diputaciones provinciales ejercerán en materia de servicios sociales: 1. Las competencias que les estén atribuidas legalmente con el carácter de propias. 2. Con el carácter de competencias delegadas por la Junta de Andalucía: (...) b) La coordinación y gestión de los Centros de servicios sociales comunitarios, así como de los Centros de servicios sociales especializados de ámbito local, en los municipios de hasta 20.000 habitantes. c) La ejecución y gestión de los programas de Servicios sociales y prestaciones económicas que pudiera encomendarles el Consejo de Gobierno”.

El Decreto 11/1992 de la Consejería de Asuntos Sociales, de 28 de Enero, establece la naturaleza y prestaciones de los Servicios Sociales Comunitarios, estableciendo que éstos constituyen la estructura básica del Sistema Público de Servicios Sociales, como primer nivel de actuación. Las prestaciones que establece son: Información, valoración, orientación y asesoramiento; Ayuda a Domicilio; Convivencia y reinserción social; Cooperación social y Otros que la dinámica social exija.

Junto a la Ley de Servicios Sociales, mencionaremos por su importancia dentro de nuestro ordenamiento jurídico, la Ley de Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía (Ley 1/1.999 de 31 de marzo) y la Ley de Atención y Protección a las Personas Mayores en Andalucía (Ley 6/1.999, de 7 de julio).

El tercer nivel de la administración, **Las Corporaciones Locales**, tuvieron que esperar hasta la primera mitad de los años ochenta para disponer de normas básicas en el marco de la Constitución. La opinión generalizada es considerar a las Entidades Locales como el espacio natural para la prestación de servicios sociales (Federación Española de Municipios y Provincias, 1987), de hecho la Constitución en su artículo 140 especifica que “la Constitución garantiza la autonomía de los municipios, estos gozarán de personalidad jurídica plena, si gobierno y administración corresponde a los ayuntamientos”.

La Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de Bases de Régimen Local, establece que los municipios ejercerán competencias en los términos de la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas en materia de prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social (art. 25.2.k). De igual modo, en el artículo 26.1.c expone que los municipios mayores de 20.000 habitantes deberán prestar servicios sociales.

La Ley 11/1987, de 26 de Diciembre, Reguladora de las Relaciones entre la Comunidad Autónoma y las Diputaciones Provinciales de su territorio, establece las competencias que en los Servicios Sociales asumirán las Diputaciones en Andalucía. En concreto, delega en las Diputaciones Provinciales la coordinación y gestión de los centros de servicios sociales comunitarios en los municipios menores de 20.000 habitantes (art. 42).

### **Plan Concertado para las Prestaciones Básicas de Servicios Sociales.**

Para completar y entender el marco legislativo y la estructura actual de los Servicios Sociales, hemos de referir la importancia que para los mismos ha tenido y tiene el “Plan Concertado para las Prestaciones Básicas de Servicios Sociales”.

La estructuración de los Servicios Sociales dentro del Estado a tres niveles -Central, Autonómico y Local- donde La Ley de Bases de Régimen Local y las Leyes Autonómicas de Servicios Sociales dejaban un margen de discrecionalidad demasiado amplio al implantar los servicios sociales, corriéndose el riesgo de no garantizar un mínimo común en todas las Comunidades Autónomas.

En un intento de soslayar este riesgo, la Administración Central entre los años 1985 y 1987 elaboró una serie de borradores sobre una Ley General de Servicios Sociales a modo de la de Educación o Salud. Esta Ley no llegó a término como consecuencia de una sentencia del Tribunal Constitucional que consideró que la Administración central no podía legislar en aquellas competencias que son exclusivas de las Comunidades Autónomas.

Este hecho hace que la Dirección General de Acción Social (Ministerio de Trabajo) inicie en 1988 de manera consensuada con la Comunidades Autónomas convenios de colaboración, naciendo de esta forma el Plan Concertado para las Prestaciones Básicas de Servicios Sociales.

Es este un convenio administrativo entre la Administración Central, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales, para garantizar la protección social a través de cuatro prestaciones básicas: Información, orientación, valoración y asesoramiento; Ayuda a domicilio; Alojamiento y convivencia y, Prevención e inserción social. Este convenio de colaboración entre las tres administraciones, prorrogado anualmente, persigue los siguientes objetivos:

- Garantizar unos mínimos en servicios sociales para toda la población (prestaciones básicas).
- Garantizar una red de equipamientos: centros de servicios sociales comunitarios, centros de acogida y albergues.
- Cooperar con las comunidades autónomas y corporaciones locales para que afronten adecuadamente sus competencias.
- Proporcionar a los ciudadanos unos servicios sociales adecuados a sus necesidades.

El Plan Concertado, que hasta ahora ha sentado las bases de un Sistema Público de Servicios Sociales a nivel nacional, ha de dar paso a una Ley de Derechos Sociales que garantice la igualdad de los ciudadanos de nuestro país en el acceso a la atención en servicios, programas y prestaciones sociales, un primer paso en este sentido, es considerado por muchos autores la “Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia”.

Esto posibilitará que la protección social en España se consolide y esté más cerca y acorde con los estándares de otros países de la Unión Europea. Todo ello dentro de una corresponsabilidad entre las diferentes administraciones (Central, Autonómica y Local).

### **Niveles de protección.**

El Estado del Bienestar y la protección social en España están poco desarrollados, en términos comparativos con el promedio de la Unión Europea de los 15. Presentamos estos

datos dado que en la actualidad, que conozcamos, no existe datos comparables para los 25 Estados miembros de la Unión.

Existen dos maneras básicas de calcular lo que un país gasta (invierte en protección social)\*: (1) en función de la producción, de su nivel económico, en este caso hablaríamos de Producto Interior Bruto (PIB), es decir, Porcentaje de PIB dedicado a protección social y, (2) analizando cuanto representa la inversión por habitante, dado que no es posible comparar lo que representa la inversión de x millones de euros en España o cualesquiera otro de la Unión, ya que los precios, inflación, carestía de la vida etc. afecta a la comparación, las cantidades se expresan en Unidades de Poder de Compra (UPC) que permiten igualar en una misma unidad lo que se compraría con la misma cantidad monetaria en los diferentes países.

Si utilizamos dos indicadores ampliamente utilizados para medir el grado de desarrollo del Estado de Bienestar en un país, como son el gasto en protección social como porcentaje del PIB o el gasto social en protección social por habitante vemos que en ambos casos los indicadores muestran que España está muy por debajo de la UE-15 como podemos observar en la tabla siguiente (EUROSTAT, 2003).

El gasto en protección social como porcentaje del PIB, por ejemplo, fue en el año 2000 de sólo un 20,1% del PIB, disminuyendo por debajo del 19% hasta 2003 donde comienza de nuevo a crecer, mucho más bajo que el de UE-15, 27,3% del PIB.

En realidad, la inversión en protección social en España ha sido la más baja de los países de la UE-15, (excepto Irlanda donde es todavía más bajo, un 14,1% del PIB). La siguiente tabla muestra como el gasto social (como porcentaje del PIB) ha ido descendiendo desde el año 1993, cuando alcanzó su máximo desarrollo (24% del PIB) alcanzando en 2000 el 20,1% del PIB.

**Tabla 1. Porcentaje de gasto social en relación al PIB.**

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
<b>España</b>	21,2	22,4	24,0	22,8	22,1	21,9	21,2	20,6	20,2	20,2	20,0
<b>UE - 15</b>	<b>26,4</b>	<b>27,7</b>	<b>28,7</b>	<b>28,4</b>	<b>28,2</b>	<b>28,4</b>	<b>28,0</b>	<b>27,1</b>	<b>27,4</b>	<b>27,3</b>	<b>27,5</b>
<b>Bélgica</b>	27,0	27,4	29,3	28,7	28,1	28,6	27,9	27,6	27,3	26,8	27,5
<b>Dinamarca</b>	29,7	30,3	31,9	32,8	32,2	31,4	30,4	30,2	30,0	29,2	29,5
<b>Alemania</b>	26,1	27,6	28,4	28,3	28,9	29,9	29,5	29,3	29,6	29,6	29,8
<b>Grecia</b>	21,5	21,2	22,0	22,1	22,3	22,9	23,3	24,2	25,5	26,3	27,2
<b>Francia</b>	28,4	29,3	30,7	30,5	30,7	31,0	30,8	30,5	30,2	29,8	30,0
<b>Irlanda</b>	19,6	20,3	20,2	19,7	18,9	17,8	16,6	15,4	14,7	14,1	14,6
<b>Italia</b>	25,2	26,2	26,4	26,0	24,8	24,8	25,5	25,0	25,2	25,2	25,6
<b>Luxemburgo</b>	22,0	22,5	23,3	22,9	23,7	24,1	22,8	21,7	21,7	20,3	21,2
<b>Holanda</b>	31,2	31,9	32,3	31,7	30,9	30,1	29,4	28,4	28,0	27,4	27,6
<b>Austria</b>	27,3	27,8	29,1	29,9	29,8	29,8	28,7	28,3	28,9	28,4	28,4
<b>Portugal</b>	17,2	18,4	21,0	21,3	22,1	21,2	21,4	22,1	22,6	23,0	23,9
<b>Finlandia</b>	29,8	33,6	34,5	33,8	31,7	31,6	29,2	27,2	26,8	25,5	25,8
<b>Suecia</b>	34,3	37,1	38,2	36,7	34,6	33,9	33,0	32,2	31,8	30,7	31,3
<b>Reino Unido</b>	25,7	27,9	29,0	28,6	28,2	28,0	27,5	26,9	26,4	27,1	27,2

Fuente: EUROSTAT (2003). European Social Statistics. Social Protection. Expenditure and Receipts. Data 1991-2000. Datos 2001: EUROSTAT, New Cronos Database.

De estas cifras y de la tabla puede verse que el gasto en protección social ha sido en España no sólo es el más bajo (después de Irlanda) en Europa, sino también que ha sido uno de los países en la UE-15 en los que ha descendido más rápidamente durante la mayoría de los años noventa (desde 1993 a 1999).

\*Preferimos utilizar inversión en lugar de gasto. Resolución Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales 2005



España es el segundo país de los 15 que menos invierte en protección social por habitante, solamente por delante de Portugal. En 2001, la diferencia entre gasto por habitante y la media de UE-15 era de 2.538 unidades de compra. Cuando comparamos España con Suecia, uno de los países con mayor inversión económica la diferencia se aproxima al doble 3.198 unidades, es decir, Suecia invierte en una persona lo que España casi destina a dos.

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
España	2.623	2.802	3.024	2.939	3.004	3.167	3.245	3.268	3.488	3.701	3.866
UE - 15	4.141	4.504	4.672	4.839	4.985	5.254	5.436	5.589	5.840	6.175	6.404
Bélgica	4.527	4.924	5.394	5.534	5.554	5.860	6.004	6.160	6.162	6.469	6.887
Dinamarca	5.116	5.288	5.828	6.461	6.654	6.969	7.029	7.187	7.523	7.671	7.805
Alemania	4.480	5.007	5.127	5.421	5.727	6.092	6.313	6.453	6.845	7.269	7.328
Grecia	1.928	2.021	2.162	2.289	2.437	2.651	2.799	3.088	3.468	3.776	3.971
Francia	4.955	5.217	5.379	5.472	5.660	5.837	5.961	6.154	6.449	6.876	7.265
Irlanda	2.281	2.554	2.657	2.839	3.014	2.979	3.234	3.217	3.385	3.564	3.875
Italia	4.221	4.433	4.443	4.604	4.576	4.848	5.102	5.300	5.607	5.891	6.186
Luxemburgo	6.188	6.542	7.213	7.442	7.897	8.288	8.494	8.689	9.642	10.106	10.559
Holanda	5.144	5.418	5.579	5.735	5.974	6.079	6.432	6.671	6.825	6.904	7.391
Austria	4.719	5.006	5.390	5.770	5.896	6.246	6.291	6.423	6.944	7.434	7.464
Portugal	1.671	1.874	2.206	2.394	2.585	2.607	2.891	3.064	3.289	3.368	3.644
Finlandia	4.076	4.336	4.675	4.761	4.934	5.134	5.114	5.072	5.209	5.385	5.621
Suecia	5.262	5.597	6.097	6.150	6.153	6.294	6.440	6.527	6.739	7.030	7.064
Reino Unido	3.790	4.312	4.511	4.634	4.629	5.019	5.277	5.441	5.464	5.924	6.180

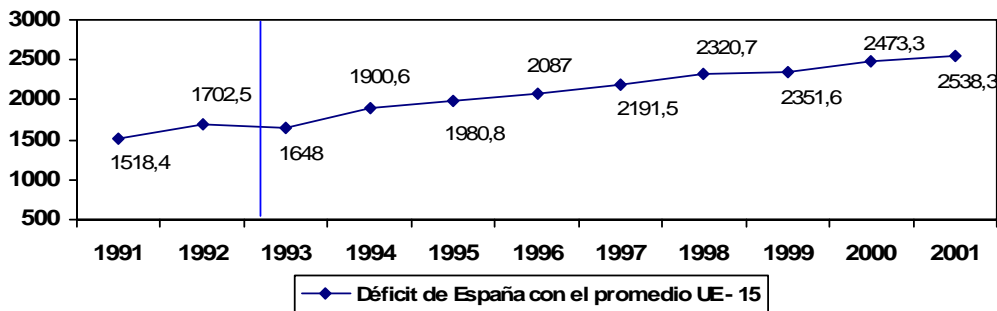
Fuente: EUROSTAT (2003). European Social Statistics. Social Protection. Data 1991-2000. Datos 2001: EUROSTAT, New Cronos Database.

El mensaje de estos datos cuestiona la imagen tan complaciente que existió y se reproducía en la cultura política y mediática que asumía que “España va bien”. Voces poco críticas con nuestra realidad, argumentarán que ello se debe a que el crecimiento económico ha sido mayor en España que en el promedio de la UE y por lo tanto, al ser el crecimiento de la protección social menor que el crecimiento económico, el resultado es que el gasto en protección social como porcentaje del PIB ha ido disminuyendo.

Ahora bien, esta argumentación olvida que el que un país crezca más rápidamente también implica que sus necesidades sociales también crecen más rápidamente, lo cual explica que, en general, a mayor nivel económico de un país, mayor debería ser su gasto en protección social (Navarro, 2006; Navarro y Quiroga, 2005).

En el gráfico siguiente podemos observar el déficit de la protección social por habitante entre España y el promedio de la Unión Europea de los 15.

**Gráfico 1. Déficit en protección social entre España y promedio UE 15.**



**A modo de conclusión: Servicios de ayuda a las familias e inversión en protección social**

España y los países mediterráneos tienen una larga tradición histórica de la familia como soporte para el cuidado de las personas mayores dependientes (un análisis pormenorizado se encuentra en el apartado siguiente), aún así el apoyo y la inversión del

Estado ha sido muy deficiente (Navarro, 2005):

- España tiene uno de los niveles más bajos de cobertura de servicios domiciliarios para las personas mayores (3,1% de los mayores de 65 años). Esta cifra se encuentra muy por debajo de otras experiencias europeas, como Dinamarca (con el 24% de los mayores de 64 años cubiertos), Suecia (17%), Holanda (9,5%) o Reino Unido (5,52%).
- Estas carencias resultan en una sobrecarga para las familias, en particular para las mujeres, que se ven sometidas a una doble o triple jornada laboral, con graves consecuencias para su salud física y mental. La mujer española de 35 a 55 años tiene tres veces más enfermedades producidas por el stress que el promedio europeo.
- El deterioro del mercado de trabajo, con altas tasas de precariedad y la gran escasez de servicios de ayuda a la familia que permitan a los miembros de la familia compaginar sus proyectos personales con sus responsabilidades familiares explica la baja fecundidad en España (una de las más bajas del mundo).
- El gasto en protección social en España, medido como porcentaje del PIB (20,1%), es el más bajo de la UE (cuyo gasto promedio es el 27,3% del PIB), después de Irlanda.
- El gasto en protección social por habitante en España, en unidades de poder de compra (que permiten estandarizar por el valor adquisitivo de las monedas en diferentes países) es 3.866 upc, el más bajo de la UE después de Portugal.
- El gasto en protección social en España (como porcentaje del PIB) ha disminuido durante la década de los años noventa, pasando de representar el 21,2% del PIB en 1991 al 20,1% en 2000, mientras que en el promedio de la UE aumentó durante el mismo periodo de tiempo, pasando de representar un 26,4% del PIB a un 27,3%. Ello se debe no sólo a que el PIB ha crecido en España más rápidamente que en el promedio de la UE, sino a que el crecimiento del gasto social per capita ha sido menor en España que en la UE durante los años noventa. Como consecuencia, el gasto diferencial entre España y la UE ha ido aumentando, en lugar de disminuir.
- El diferencial entre la inversión por habitante de España respecto a la media de la UE-15 se ha ido incrementado a partir del año 1994-1995.

### **Protección social a los mayores: inversión para atender la dependencia.**

España se sitúa en PIB siete puntos por debajo de la media UE-15 en protección social y tres puntos por debajo en atención a sus mayores.

Como indica la tabla siguiente nuestro país invierte el 8,3% del PIB en la atención (las prestaciones consideradas hacen referencia a (1) pensiones: jubilación, viudedad, invalidez etc; gasto residencial y (2) otras prestaciones de servicios sociales, mientras que la media de la Unión Europea se sitúa en el 10,9%. Un análisis detallado muestra como la inversión en España se encuentra estabilizada en torno al 8% y es Italia el país con más proporción de mayores quién más invierte un 12,7% junto a Grecia. Nuestro país con un nivel medio de envejecimiento se sitúa en el quinto lugar (Montserrat-Codorniu, 2006; Rodríguez Cabrero, 2005; Rodríguez Cabrero y Montserrat-Codorniu, 2002).

**Tabla 2. Porcentaje de gasto social en mayores y su relación con el PIB.**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
<b>España</b>	8,4	8,4	8,5	8,6	8,5	8,5	8,3	8,5	8,3
<b>UE - 15</b>	<b>10,7</b>	<b>10,7</b>	<b>10,8</b>	<b>10,9</b>	<b>11</b>	<b>10,8</b>	<b>10,9</b>	<b>10,9</b>	<b>10,9</b>
<b>Bélgica</b>	8,6	8,5	8,5	8,6	8,6	8,7	8,7	8,5	8,7
<b>Dinamarca</b>	10,7	11,8	11,8	11,9	11,6	11,3	11,1	10,0	10,9
<b>Alemania</b>	10,9	11	11,3	11,5	11,4	11,5	11,5	11,6	11,7
<b>Grecia</b>	10,6	10,5	19,7	11	11,1	11,8	12	11,8	12,7
<b>Francia</b>	10,6	10,7	10,8	11	11	10,9	10,9	10,7	10,8
<b>Irlanda</b>	4,2	4,1	3,7	3,3	3,1	2,9	2,7	2,6	2,7

Italia	12,7	12,6	12,6	12,4	12,9	12,8	12,9	12,8	12,7
Luxemburgo	9,2	9,1	9,4	9,3	8,9	8,3	7,8	7,2	7,5
Países Bajos	9,8	9,4	9,5	9,6	9,6	9,5	9,6	9,5	9,3
Austria	10,4	10,6	10,7	10,7	10,8	10,6	10,8	10,8	10,9
Portugal	6,1	6,2	6,9	7	7	7,1	7,4	7,7	8,1
Finlandia	9,5	9,2	8,9	9,2	8,5	8	8,2	7,9	8,2
Suecia	13	12,6	12	12,2	12,1	11,9	11,7	11,3	11,3
Reino Unido	10,7	10,7	10,8	10,9	11	10,8	10,9	10,9	10,9

Cuando son analizadas las pensiones medias de nuestro país, un 73% se encuentran por debajo del Salario Mínimo, un 21% cobran entre 1 y 2 veces el Salario Mínimo y solo un 6% cobran más de 2 veces el Salario Mínimo. Al relacionar las mismas con el precio de servicios Residenciales, Ayuda domiciliaria o Centros de Estancias Diurnas, un 70% de nuestros mayores tendría problemas para comprar en el mercado los servicios asistenciales requeridos y más de un 50% sin consideramos un porcentaje de mayores que tenga otras rentas además de su pensión (Montserrat-Codorniu, 2006).

Centrándonos específicamente en los cuidados de larga duración, la inversión total destinada a las personas en situación de dependencia se sitúa en el 0,32% del PIB (Libro Blanco, 2004), bastante por debajo de la media de la Unión Europea 1,3% y alejados del 0,6-0,9% de países de nuestro entorno como Alemania, Francia o Italia (Montserrat-Codorniu, 2004).

En fechas no tan lejanas, año 2006, el gasto público para personas mayores en España asciende a 2.866.502.400€ un 0,32% del PIB (IMSERSO, 2006).

**En resumen el gasto / la inversión en protección social para atender a la dependencia puede incrementarse atendiendo a la capacidad productiva de nuestro país y debe incrementarse si atendemos a los índices de cobertura y necesidad. El incremento estimado de entre un 0,4-0,5% del PIB, que nos permitiría pasar del actual 0,32% al 0,7-0,8% supondría en torno a los 3.500 -4.500 millones de Euros (Montserrat-Codorniu, 2004 y 2006; El País 21 enero 2005).**

**En palabras de Rodríguez – Cabrero un esfuerzo adicional público del 0,50% “...es un porcentaje modesto en términos macroeconómicos y, por tanto, asumible por el sector público” (Rodríguez – Cabrero, 2002, pág. 161).**

## **1.2. Protección social a las personas mayores dependientes en España y Andalucía.**

En España en 2005, con una población total de 44.108.500 y 7.849.799 mayores de 65 años (INE), se calculan 3.969.765 personas con discapacidad (prevalencia 9%), de las cuales 2.330.252 son mayores de 65 años, esto representa un 58,7%. De este algo más de 2 millones de mayores con discapacidad, 826.551 mayores de 65 años padecen una dependencia importante (gran dependencia, dependencia severa y dependencia moderada), representando el 10,5% del total de la población mayor de 65 años.

Persona mayores con dificultades en la realización de AVDs básicas e instrumentales no recogidas en las categorías de anteriores, encontramos que respecto a las AVD-b, 507.370 personas mayores de 65 años presentan dificultades en su realización un 6,46% y en las AVD-i, 554.034 personas mayores necesitarían ayuda para la realización de las mismas, un 7,05%.

En conjunto 1.887.955 presentan problemas en la realización de Actividades de la Vida Diaria sean básicas o instrumentales, esto supone un 24,05% del total de población mayor de 65 años. Hemos de señalar que esta población, según las previsiones aumentará en los próximos años (EDDES, 1999; Libro Blanco, 2004).

**Tabla 3. Proyección personas dependientes por grados en España (2005-2020).**

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE PERSONAS DEPENDIENTES PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA POR GRADOS DE NECESIDAD DE CUIDADOS (ESPAÑA, 2005-2020).				
	2005	2010	2015	2020
<b>Personas dependientes</b>				
Grado 3 (Gran dependencia)	194.508	223.457	252.345	277.884
Grado 2 (Dependencia severa)	370.603	420.336	472.461	521.065
Grado 1 (Dependencia moderada)	560.080	602.636	648.442	697.277
<b>Total</b>	<b>1.125.190</b>	<b>1.246.429</b>	<b>1.373.248</b>	<b>1.496.226</b>

(EDDES 1999, Libro Blanco 2004).

<b>Personas mayores dependientes España 2005.</b>	
<b>Grados I, II, III</b>	
	<b>Mayores de 65 y más años</b>
Grado III Gran dependencia	163.334
Grado II Dependencia severa.	292.105
Grado I Dependencia moderada	371.112
	<b>826.551</b>
<b>Personas mayores que necesitan ayuda para realizar AVDs España 2005.</b>	
<b>Que no se encuentran en los niveles anteriores Mayores de 65 y más años</b>	
AVDs Básicas	507.370
AVDs Instrumentales	554.034
	<b>1.061.404</b>
<b>TOTAL Personas mayores dependientes con discapacidad para realizar AVD- b, i España 2005.</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>1.887.955</b>

(EDDES 1999, Libro Blanco 2004).

La atención de las administraciones se presta desde el sistema sanitario y desde el ámbito de los servicios sociales con una cobertura claramente insuficiente y con importantes diferencias entre Comunidades Autónomas y entre las áreas urbanas y rurales. Así, en nuestro país en el año 2006 sólo el 4,09% de las personas mayores de 65 años contaban con un Servicio de Ayuda a Domicilio; el 3,5% con Teleasistencia; el 4,12% con plazas Residenciales (Incluye Residencias, Viviendas tuteladas, Acogimiento familiar y Viviendas tuteladas). La cobertura de plazas Residenciales en sentido estricto asciende al 4%, con una cobertura del 1,76% (plazas públicas y públicas concertadas) y 2,23% privadas y, el 0,64% con plaza en Centro Estancias Diurnas. (IMSERSO, 2006: "Informe las personas mayores en España").

**En Andalucía** con una población de personas de 6 y más años en 2005 de 6.929.621 (INE), existirían aproximadamente 498.995 personas con discapacidad severa o total (prevalencia 7,2%). El número de personas con discapacidad severa o total la hemos estimado partiendo de los datos de la (EDDES, 1999), actualizándola con la población andaluza en 2005.

Del número total de personas con discapacidad severa o total, 257.631 tendrían más de 65 años un 51,6%. Un 49,8% tendrían problemas para desplazarse (128.300 personas). Un 38,4% tendrían problemas para cuidarse de sí mismo (98.930 personas) y un 67,14% tendría problemas para realizar tareas del hogar (172.973 personas).

Referente al número de personas mayores de 65 años con algún tipo de discapacidad, los datos del IEA (Instituto de Estadística de Andalucía: “Personas con 6 y más años con alguna discapacidad. Según tipo, sexo y grupos de edad”), nos indican 388.836 personas en 1999, que representarían en 2005 aproximadamente 428.197 personas, proyectando la población andaluza de 1999 a 2005. La población de 65 y más años en 2005 ascendía a 1.145.356 personas. Esto representa una tasa de discapacidad del 37,38% en mayores de 65 y más años.

Manteniendo esta proyección, un 42,61% tendrían problemas para desplazarse el 29,72% tendrían problemas para cuidarse de sí mismo y un 55,88% tendría problemas para realizar tareas del hogar.

**Tabla 4. Personas con algún tipo de discapacidad, Andalucía (1999).**

<b>Personas con 65 y más años con alguna discapacidad. Según tipo, sexo y grupos de edad. Andalucía. Año 1999 (en miles de personas)</b>	
	TOTAL
<b>Todas las personas con alguna discapacidad</b>	<b>388837</b>
	<b>% Personas con Problemas</b>
<b>5. Desplazarse</b>	<b>165696</b>
5.1 Cambios y mantenimiento de las diversas posiciones del cuerpo	93630
5.2 Levantarse, acostarse, permanecer de pie o sentado	142622
5.3 Desplazarse dentro del hogar	112010
<b>6. Utilizar brazos y manos</b>	<b>140330</b>
6.1 Trasladar-transportar objetos no muy pesados	119653
6.2 Utilizar utensilios y herramientas	84405
6.3 Manipular objetos pequeños con manos y dedos	67945
<b>7. Desplazarse fuera del hogar</b>	<b>269914</b>
7.1 Deambular sin medio de transporte	225456
7.2 Desplazarse en transportes públicos	234449
7.3 Conducir vehículo propio	82668
<b>8. Cuidar de sí mismo</b>	<b>115572</b>
8.1 Asearse solo: lavarse y cuidarse de su aspecto	106775
8.2 Control de las necesidades y utilizar solo el servicio	47266
8.3 Vestirse, desvestirse, arreglarse	84841
8.4 Comer y beber	29499
<b>9. Realizar las tareas del hogar</b>	<b>217273</b>
9.1 Cuidarse de las compras y del control de los suministros y servicios	177043
9.2 Cuidarse de las comidas	130367
9.3 Cuidarse de la limpieza y el planchado de la ropa	156382
9.4 Cuidarse de la limpieza y mantenimiento de la casa	186065
9.5 Cuidarse del bienestar de los demás miembros de la familia	109193

FUENTE: IEA. Explotación de la encuesta de discapacidades, deficiencias y estados de salud de 1999

**En Andalucía** el estudio sobre “Dependencia y solidaridad en las redes familiares” (IEA, 2006), con Padrón Municipal INE 2005, señala que 486.707 personas mayores de 65 años (42,5% de la población mayor de 65 años en 2005, 1.145.356 personas) manifiestan que necesitan ayuda en las Actividades de la Vida Diaria, 312.343 mujeres y 174.364 hombres.

El estudio también señala que 54.369 personas (4,75% de la población mayor de 65 años) manifiesta no recibir ningún tipo de ayuda y de las que reciben ayuda, 366.216 (31,97% del total de mayores de 65 años) solo 16.055 reciben Ayuda Domiciliaria (4,75%). Esto supone una cobertura declarada por los mayores de ayuda domiciliaria del 1,4% respecto a la población total. En conjunto, 404.530\*\* personas mayores de 65 años (un 35,32%) manifestarían necesitar ayuda y no la reciben de manera institucional.

**Tabla 5. Personas mayores que manifiestan necesitar ayuda en AVD y no la reciben.**

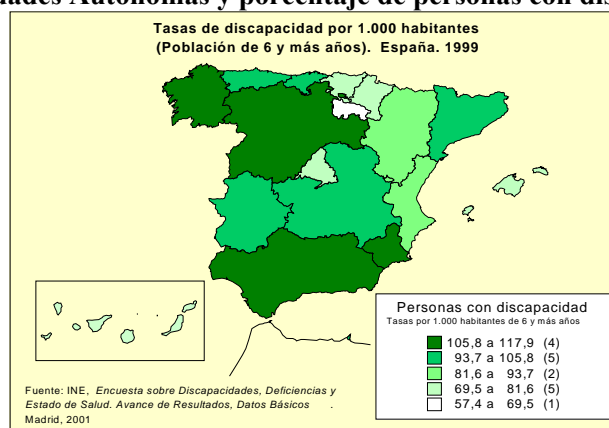
Sexo y edad del individuo	Población total <sup>a</sup>	No necesita ayuda	Necesita ayuda								NS/NC Necesita ayuda	
			Total <sup>b</sup>	No recibe ayuda	Recibe ayuda de					NS/NC Recibe ayuda		
					Totale	Familiares	Amigos, vecinos	Persona remunerada	Ayuda a domicilio			Voluntarios
65-79	880.563	564.815	300.360	43.759	198.095	169.247	11.756	37.599	8.035	316	58.506	15.388
80+	264.793	76.996	186.347	10.609	168.121	146.416	7.507	31.763	8.021	317	7.617	1.450
65+	1.145.356	641.811	486.707	54.369	366.216	315.663	19.263	69.362	16.055	634	66.123	16.838
<b>Total</b>	<b>6.271.244</b>	<b>5.571.194</b>	<b>679.088</b>	<b>73.853</b>	<b>532.865</b>	<b>465.223</b>	<b>33.171</b>	<b>91.941</b>	<b>18.547</b>	<b>634</b>	<b>72.370</b>	<b>20.961</b>

Referente al tipo de discapacidad y la necesidad de ayuda, los datos nos indican un leve incremento porcentual respecto a las proyecciones de la EDDDES (1999). Incremento éste, justificado por las características diferentes de los estudios, indicadores objetivos en la EDDDES (1999) frente autopercepción en el último.

**Tabla 6. Porcentaje de personas que manifiestan necesitar ayuda en AVD.**

	65+	65-79	80+
Aseo cotidiano	21,5%	16,9%	36,8%
Vestirse	19,1%	15,6%	30,8%
Preparar comidas	25,0%	19,4%	43,6%
Comer	18,3%	15,7%	26,8%
Tomar medicinas	21,9%	17,4%	36,7%
Tareas del hogar	28,0%	22,3%	47,1%
Moverse en la casa	19,8%	16,3%	31,2%
Salir de casa a pie	24,3%	19,2%	41,3%
Compras	26,6%	20,3%	47,7%
Gestiones	28,2%	21,7%	49,7%
Utilizar trans. Públ.	31,9%	24,0%	58,3%
<b>Total</b>	<b>42,5%</b>	<b>34,1%</b>	<b>70,4%</b>

Cuando comparamos **Andalucía** y el resto de **España**, es nuestra Comunidad Autónoma junto con Castilla y León, Galicia y Murcia una de las Comunidades Autónomas con más personas mayores y personas con discapacidad.

**Figura 1. Comunidades Autónomas y porcentaje de personas con discapacidad.**

\*\* Suma de los que manifiestan no recibir ayuda 54.369 más (los que tienen ayuda 366.216 menos la Ayuda a Domicilio 16.055)

**En Andalucía** la atención de las administraciones que se presta desde el sistema de servicios sociales presenta las coberturas siguientes en el año 2006: el 3,26% de las personas mayores de 65 años cuentan con un Servicio de Ayuda a Domicilio, el 3,51% con Teleasistencia, el 2,76% con plazas Residenciales. La cobertura de plazas Residenciales en sentido estricto asciende al 2,71%, con una cobertura del 1,14% (plazas públicas y públicas concertadas) y 1,57% privadas y, el 0,36% con plaza en Centro Estancias Diurnas. (IMSERSO, 2006: “Informe las personas mayores en España”).

**En nuestro país**, los estudios: “Cuidando a los Mayores en los Hogares Españoles. Situación y evolución del apoyo informal a los mayores en España. Informe de resultados” y “Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles. *El entorno familiar*” publicados por el IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales –IMSERSO- 2005 a y b) señalan:

- El número de **personas mayores atendidas** a través de **ayuda informal**, estimado a través de los datos de la encuesta, es de 1.226.181, es decir, **el 17% de la población de 65 y más años**.

- Por otro lado, encontramos en los hogares 92.185 personas que, como empleadas de hogar, atienden y/o cuidan a 109.700 personas mayores.

	Apoyo Informal	Empleados/as de Hogar
Cuidadores	950.528 (6%)	92.185
Mayores	1.226.181 (17%)	109.700 (1,5%)
Hogares	633.685 (4,5%)	92.185 (0,6%)

El perfil de la persona que presta Apoyo Informal es una *mujer de 53 años, casada*, con *estudios primarios* y cuya actividad principal son *las tareas del hogar*.

La atención a estas personas se realiza, sobre todo, en el ámbito familiar y recae especialmente en las mujeres (representan el 83% de los cuidadores familiares) que, en la mayoría de los casos, se ven imposibilitadas de llevar a cabo actividad laboral alguna.

**Tabla 7. Perfil de los/as cuidadores/as en España.**

	Cuidadores/as (A)*	Población 2004 (B)**	Diferencia (A-B)
<b>GÉNERO</b>			
Hombre	16,4	49,1	-32,7
Mujer	83,6	50,9	32,7
<b>EDAD</b>			
Menos de 20 años	1,2	4,9	-3,7
De 20 a 29	3,6	18,3	-14,7
De 30 a 39	11,9	20	-8,1
De 40 a 49	23,8	16,9	6,9
De 50 a 59	28,7	13,9	14,8
De 60 a 69	15,9	11,8	4,1
Más de 69 años	14,9	14,2	0,7
Edad media	52,9	46,2	6,7
<b>ESTADO CIVIL</b>			
Soltero/a	14,8	30,1	-15,3
Casado/a	76,2	58,3	17,9
Viuado/a	5,1	8,1	-3
Separado/a	2,1	2,2	-0,1
Divorciado/a	1,5	1,3	0,2
No consta	0,3		

**NIVEL DE ESTUDIOS**

Sin estudios + Analfabetos	17,1	15,9	1,2
Primarios	43	23,3	19,7
Segundo Grado	32,6	46,8	-14,2
Tercer Grado	7,0	14,0	-7
No sabe	0,3		

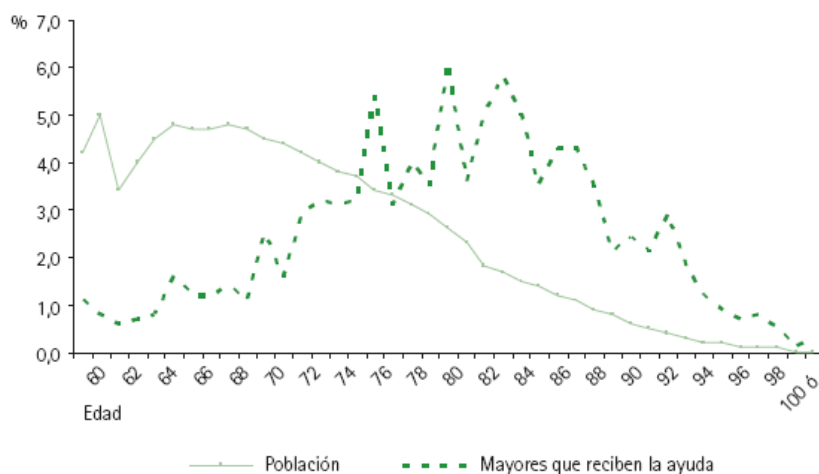
**SITUACIÓN LABORAL**

OCUPADO	26,0	48,7	-22,7
NO OCUPADO	73,1	51,3	21,8
Jubilado/pensionista	20,2	21,1	-0,9
Parado habiendo trabajado	7,0	6,4	0,6
Parado buscando primer empleo	0,3	1,5	-1,2
Tareas del hogar	44,2	14,5	29,7
Estudiante	1,4	6,2	-4,8
No contesta	0,9		

El perfil del mayor dependiente cuidado es una mujer de 80 años viuda.

- El 69% de las personas receptoras de ayuda de cuidadores/as informales son mujeres y 31% hombres.
- La distribución de las personas mayores que reciben ayuda es inversa a la distribución de la población mayor por edades. La dependencia aumenta con la edad, por lo que el 65% de los mayores que reciben ayuda tienen entre 75 y 90 años. La edad media de las personas mayores en general es de 72 años, mientras que la de aquellas que están recibiendo este apoyo es de 80 años.
- El 57% de las personas que reciben ayuda son viudas y el 36% casadas. Esta distribución es muy diferente entre las mujeres y los hombres. La proporción de viudas es casi el doble que la de viudos y la de casados casi el doble que la de casadas.
- En cuanto al nivel de estudios es el correspondiente a la población de su misma edad, es decir, de su cohorte generacional y género: el 62% no tiene estudios terminados y el 34% tiene estudios primarios y el 4% estudios medios o superiores.

**Gráfico 2. Distribución porcentual de la población y de los mayores receptores de Ayuda de 80 y más años.**





Estado civil de las personas mayores que reciben la ayuda según género

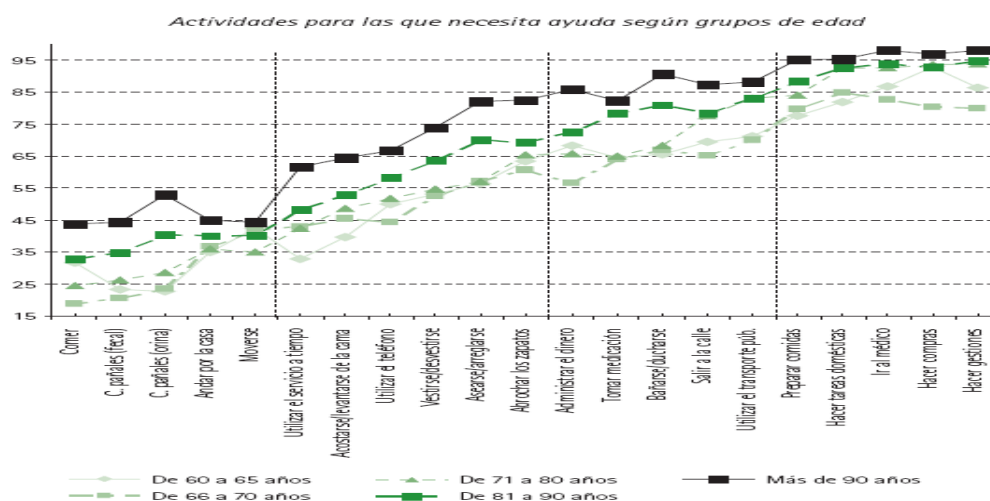
	Hombre	Mujer
Casado/a y conviviendo en pareja	55,7	27,4
Viudo/a	36,2	66,2
Soltero/a	4,8	5,2
Divorciado/a y separado/a	3,2	1,1
Ns/Nc	0	0,1
Total (absolutos)	466	1.036

La relación entre los mayores cuidados y las personas que cuidan es muy cercana: Hija/o 57,2%, Esposo/a 16,8%, Nuera/yerno 10,1%, Nieto/a 5,5%, Sobrino/a 3%, Hermano/a 3%, Otras 2,5% y NS/NC 1,7%. Referente a las Actividades de la Vida Diaria (AVD), en las que primero es necesario prestar ayuda son las relacionadas con el ámbito social (salir al exterior), seguido por los cuidados personales y aseo personal.



La edad está directamente relacionada con el porcentaje de mayores que necesitan ayuda en las diferentes tipos de AVD, incrementándose este porcentaje al aumentar la edad.

**Tabla 8. Relación entre edad y mayores que necesitan ayuda para realizar AVD.**



Un 66% de los/as cuidadores/as manifiestan que ninguna de las actividades que realizan son molestas para ellos/as. Cuanto más estrecha es la relación entre el cuidador/a y la persona mayor, menos molestan sus comportamientos. Cuando el cuidador/a es el cónyuge el 68% declara que no le molesta ningún comportamiento, mientras en el caso de las nueras/yernos el porcentaje de cuidadores/as que declaran que no les molesta ningún comportamiento es más bajo, el 57%.

Existen diferentes comportamientos en el mayor dependiente que suelen ser molestos para los cuidadores/as, en general son los comportamientos menos habituales los que más frecuentemente se definen como los que más le molestan:

- Agresividad física y verbal.
- Incontinencia y “no querer ducharse/bañarse”.
- Destaca un tercer grupo de comportamientos que más molestan que tienen un nivel alto de concurrencia: “se queja mucho de su situación”, “repite continuamente las mismas historias” y “llora frecuentemente”.

**Tabla 9. Comportamientos realizados por los mayores y valoración de los mismos por parte de cuidadores/as.**

COMPORTAMIENTOS	MOLESTOS
Se queja mucho de su situación	63,0
Repite continuamente las mismas historias	61,6
No encuentra sus cosas	57,6
Se olvida de hacer cosas rutinarias	52,2
Dice cosas que no tienen relación con lo que se está hablando	51,9
Llora frecuentemente	48,3
Sufre caídas, accidentes	48,1
No quiere salir de casa	45,2
Es incontinente (orina)	43,4
No quiere ducharse/bañarse	41,0
No le importa la limpieza	39,0
Manifiesta deseos de morir	36,5
Acumula cosas inútiles	34,6
Come alimentos que no debe	32,2
Es incontinente (fecal)	31,6
Se levanta de la cama por la noche	29,7
Quiere estar siempre en penumbra	27,3
Se pierde por la calle	24,4
Se desorienta por la casa	23,9
Es agresiva verbalmente con los demás	22,8
Se automedica	13,8
Es agresiva físicamente con los demás	12,4
Se viste con colores estridentes para su edad	10,2

Nota: La proporción de comportamiento molesto está calculada sobre la base de aquellos comportamientos que tienen las personas mayores, es decir, es el peso relativo a la proporción en la que se da dicho comportamiento.

La incidencia de los cuidados en la vida cotidiana de los/las cuidadores/as es amplia: un 80,2% manifiesta repercusiones en la vida familiar / ocio y tiempo libre, un 61,1% a nivel profesional / económico y un 55,6% a nivel de salud. Las repercusiones se agudizan con la edad en todos los casos, excepto en los relacionados con el trabajo. Señalar además que la repercusión en salud es más psicológica que física (médico-biológica).

**Tabla 10. El cuidado del mayor dependiente y las consecuencias para la salud de Cuidadores/as.**

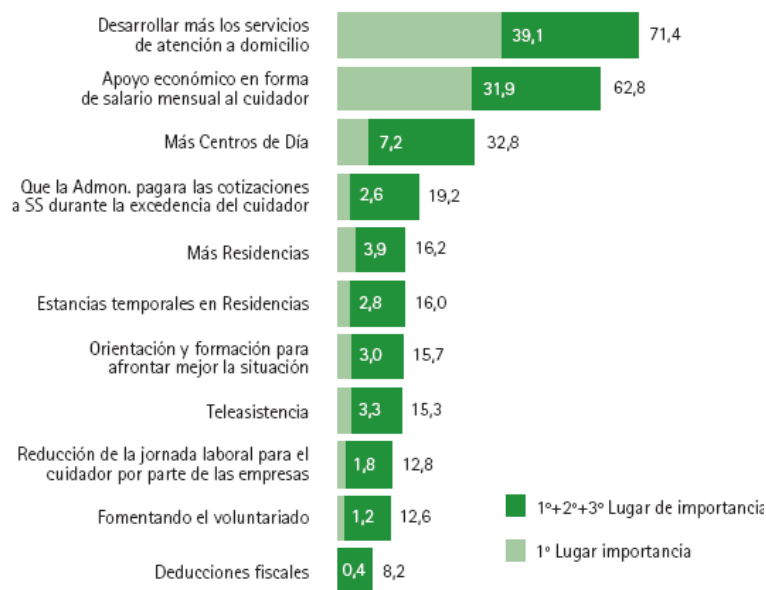
*Consecuencias sobre el estado de salud del/la cuidador/a por sexo.  
(base: han tenido incidencias en el estado de salud)*

	TOTAL	Hombre	Mujer
Ha tenido que tomar pastillas	31,6	22,8	32,8
No sigue ningún tratamiento pero cree que lo necesitaría	24,9	31,0	24,1
Nada	24,3	27,1	23,9
Ha tenido que ir a rehabilitación	20,3	16,4	20,9
Ha tenido que acudir a la consulta del psicólogo o psiquiatra	11,1	9,1	11,3
No tiene tiempo de ir al médico	9,7	6,6	10,1
No contesta	1	2,9	0,7
Total (absolutos)	836	103	733

Sobre el orden de prioridades que las Administraciones han de procurar para ayudar a las personas que cuidan, la Ayuda domiciliaria, el Salario Mensual y los Centros de Estancia Diurna son las más demandadas.

**Tabla 11. Medidas prioritarias por parte de los /las Cuidadores/as que han de tomar las Administraciones Públicas.**

*Importancia de las medidas de las Administraciones Públicas*



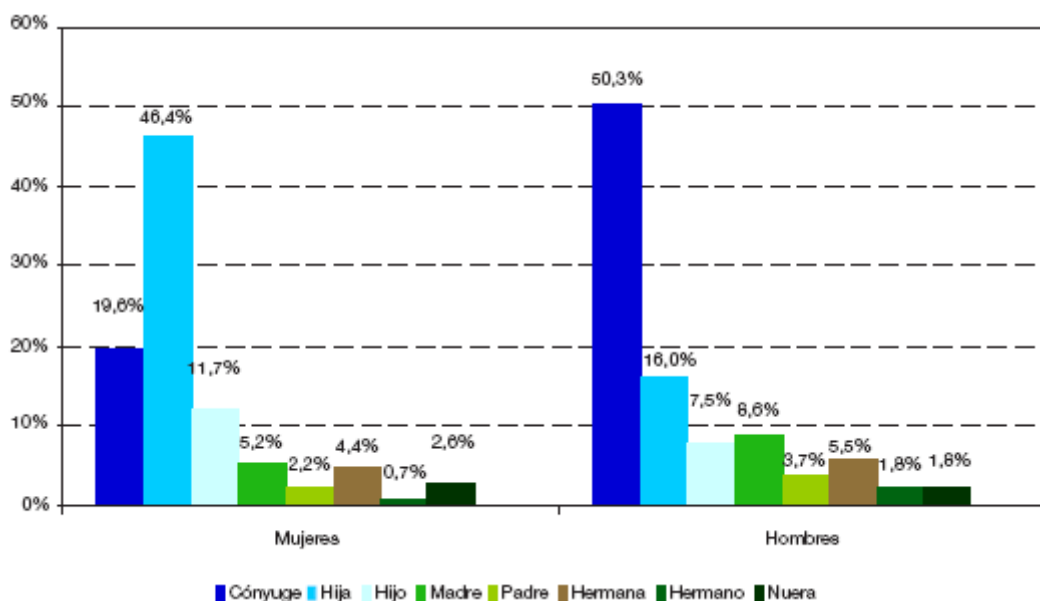
Indicar por último, que el 83,5% de las personas que reciben ayuda informal no reciben ayuda institucional o privada. Cuando reciben ésta, el 7% es de empleados/as de hogar; 6,1% de Ayuntamiento / Diputación / Comunidad Autónoma; de Asociaciones el 1,2%; el 0,7% Centros de Día / Residencias y un 2,9% No saben o No Contestan.

En Andalucía el estudio sobre “Dependencia y solidaridad en las redes familiares” (IEA 2006), muestra que la relación entre los mayores cuidados y las personas que cuidan es muy cercana.

**Tabla 12. Relaciones de parentesco entre Cuidadores/as y mayores dependientes (Andalucía).**

	Mujeres 65+	Hombres 65+	Ambos Sexos 65+
Del cónyuge	9,4%	29,6%	16,7%
De alguna hija	38,7%	14,9%	30,2%
De algún hijo	9,6%	6,6%	8,5%
De alguna nieta	0,6%	0,0%	0,4%
De algún nieto	0,0%	0,5%	0,2%
De alguna hermana	2,3%	2,8%	2,5%
Del algún hermano	0,5%	0,0%	0,3%
De alguna nuera	2,2%	1,4%	2,0%
De algún cuñado	0,2%	0,5%	0,3%
De otras mujeres de la familia	2,9%	0,7%	2,1%
De otros hombres de la familia	0,7%	0,0%	0,4%

Las mujeres reciben cuidados fundamentalmente de las hijas, y los hombres de su cónyuge. Estas diferencias en la recepción de ayuda del cónyuge están muy relacionadas con la mayor esperanza de vida de las mujeres, que determina el más amplio número de viudas que de viudos.



Referente a las Actividades de la Vida Diaria (AVD), al igual que en el estudio nacional, en las que primero es necesario prestar ayuda son las relacionadas con el ámbito social (salir al exterior), seguido por los cuidados personales y aseo personal.

**Tabla 13. El cuidado del mayor dependiente y consecuencias para los cuidadores/as (Andalucía).**

	Mujeres	Hombres	Ambos Sexos
Aseos Cotidiano	46,5%	24,1%	36,7%
Vertirse	40,9%	23,9%	33,5%
Preparar Comidas	58,2%	29,6%	45,6%
Comer	19,7%	16,2%	18,1%
Tomar medicinas	42,9%	31,9%	38,1%
Tareas del hogar	65,1%	34,7%	51,8%
Moverse en la casa	32,8%	35,4%	33,9%
Salir de casa a pie	52,9%	54,5%	53,6%
Compras	53,2%	45,5%	49,8%
Gestiones	50,5%	53,6%	51,8%
Utilizar transporte público	28,7%	23,0%	26,2%

La incidencia de los cuidados en la vida cotidiana de los/las cuidadores/as también es amplia. Es el tiempo dedicado a los cuidados (48,5%) y, vinculado a él, la realización de su vida social o el disfrute del ocio (27,7%), la salud (18,1%) y el factor económico (17,4%) las consecuencias más importantes.

	Cómo le afecta al entrevistado la ayuda prestada*								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Mujeres	17,4%	51,6%	12,4%	13,3%	14,2%	31,4%	23,2%	3,7%	26,8%
Hombres	17,3%	44,4%	6,0%	9,0%	10,4%	23,1%	11,6%	2,4%	31,0%
Ambos Sexos	17,4%	48,5%	9,6%	11,4%	12,6%	27,7%	18,1%	3,1%	28,7%

FUENTE: Tabla 22

\* Nota: Podían seleccionarse varias respuestas.

- 1 desde el punto de vista económico
- 2 desde el punto de vista del tiempo
- 3 por tener que cuidar a otros familiares
- 4 en las relaciones con otros familiares
- 5 en su vida profesional o laboral
- 6 en su vida social y de ocio
- 7 en su salud
- 8 desde otro punto de vista
- 9 no le afecta

### 1.3. Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

El 14 de diciembre de 2006 se aprueba la Ley 39/2006 “Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia”. (BOE nº 299 de 15 diciembre 2006). En adelante LD.

La Ley de Dependencia constituye un importante avance en la protección social de nuestro país, posibilitando la igualdad de la ciudadanía ante un mínimo de prestaciones en todo el Estado, articulándose entre los tres niveles de la administración (Central, Autonómico y Local) y acomodándose, además, al ordenamiento jurídico establecido a nivel competencial por la Constitución y los Estatutos Autonómicos.

En su exposición de motivos se establece “...la competencia exclusiva del Estado para la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en

el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales (artículo 149.1 CE), justifica la regulación, por parte de esta Ley, de las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas, y con pleno respeto de las competencias que las mismas hayan asumido en materia de asistencia social en desarrollo del artículo 148.1.20 de la Constitución.

La Ley establece un nivel mínimo de protección, definido y garantizado financieramente por la Administración General del Estado. Asimismo, como un segundo nivel de protección, la Ley contempla un régimen de cooperación y financiación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas mediante convenios para el desarrollo y aplicación de las demás prestaciones y servicios que se contemplan en la Ley. Finalmente, las Comunidades Autónomas podrán desarrollar, si así lo estiman oportuno, un tercer nivel adicional de protección a los ciudadanos”.

Referente a las Corporaciones Locales estas participarán “en la gestión de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia, de acuerdo con la normativa de sus respectivas Comunidades Autónomas y dentro de las competencias que la legislación vigente les atribuye”, en “el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la forma y condiciones que el propio Consejo disponga” (artículo 12.); formarán parte de la red de centros (artículo 16) y del Comité Consultivo (artículo 16).

Una amplia descripción y comentario de la LD desde una perspectiva jurídica y normativa, analizándose los derechos de los titulares y los aspectos civiles, conjuntamente con aspectos conexos como el dialogo social, el papel de sindicatos, empresarios, tercer sector y colegios profesionales, puede encontrarse en los trabajos siguientes (García y Reguero, 2007; Casado y Fantova, 2007; Gallego, 2002, 1996, 1993).

En la descripción de este apartado y en lo concerniente a su desarrollo (Reales Decretos a nivel nacional y aplicación por parte de la Comunidad Autónoma Andaluza) describiremos exclusivamente los apartados que están directamente relacionados con los objetivos de la presente investigación:

- Clasificación de los grados y niveles de dependencia.
- Calendario de aplicación.
- Cuantía de las prestaciones económicas.
- Baremo.
- Programa individual de atención.
- Profesionales implicados en la valoración y toma de decisiones (Programa Individual de Atención).

Estos puntos nos han permitido conocer el porcentaje de personas mayores bien y mal ubicadas en los actuales servicios de atención, una estimación de las personas que tendrían derecho a prestaciones y que actualmente no son atendidas, proyección económica de los recursos necesarios, las necesidades de formación de los profesionales encargados de la valoración y toma de decisiones, y establecer un modelo para la toma de decisiones respecto del servicio idóneo para la persona mayor dependiente (Programa Individual de Atención).

### **Clasificación de los grados y niveles de dependencia. Calendario de aplicación**

La Ley de Dependencia (LD) establece tanto (1) la clasificación de la situación de dependencia en tres grados, como (2) el calendario de implantación.

**Clasificación:**

- a) Grado I. Dependencia moderada: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- b) Grado II. Dependencia severa: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- c) Grado III. Gran dependencia: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.
- En cada uno de los grados de dependencia, se establecen dos niveles.

**Calendario de implantación:**

- El desarrollo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) será gradual, con el fin de acompañar el desarrollo de prestaciones con la creación de la infraestructura necesaria para ello. El desarrollo de todas las prestaciones (debido a la creación de infraestructuras de servicios) se realizará de forma progresiva durante ocho años.
- El primer año (2007) reconocerá el derecho a acceder a las prestaciones a los valorados en el grado III (niveles 1 y 2).
- El segundo y tercer año (2009), a quienes sean valorados en el grado II, nivel 2
- El tercer y cuarto año (2010), a quienes sean valorados en el grado II, nivel 1.
- El quinto (2011) y sexto año (2012), a quienes sean valorados en el grado I, nivel 2.
- El séptimo (2014) y octavo año (2015), a quienes sean valorados en el grado I, nivel 1.

El coste ascenderá en torno a los 9.000 millones de Euros. El Estado aportará un 50% y las Comunidades Autónomas (CC.AA) otro 50%. La financiación del sistema será con participación de la Administración General del Estado, de las Comunidades Autónomas y, en su caso, de las Corporaciones Locales, tabla adjunta publicada en la “Memoria del análisis de impacto normativo, económico, de género e igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal. Anteproyecto ley Dependencia” y “Un nuevo derecho acompaña a todos los españoles” (MTAS, Gabinete de Comunicación, Enero 2007).

El objetivo es pasar del 0,33% del PIB que se dedica en la actualidad a la dependencia a más del 1% en 2015. Según el Libro Blanco de la Dependencia y el informe FEDEA (Federación Estudios de Economía Aplicada), en 2015 se habrán creado cerca de 300.000 empleos.

**Tabla 14. Cronograma anual y financiación de la atención a la dependencia.**

A ñ o	Financiación pública total	Aportación de la A.G.E.
<b>2007</b>	800.000.000	<b>400.000.000</b>
<b>2008</b>	1.357.370.793	<b>678.685.396</b>
<b>2009</b>	1.958.729.234	<b>979.364.617</b>
<b>2010</b>	2.320.661.624	<b>1.160.330.812</b>
<b>2011</b>	3.090.851.227	<b>1.545.425.613</b>
<b>2012</b>	3.347.769.536	<b>1.673.884.768</b>
<b>2013</b>	3.752.061.129	<b>1.876.030.564</b>
<b>2014</b>	4.223.143.288	<b>2.111.571.644</b>
<b>2015</b>	4.425.808.795	<b>2.212.904.397</b>

La ley reconoce un nuevo derecho de ciudadanía en España: el de las personas que no se pueden valer por sí mismas a ser atendidas por el Estado y garantiza una serie de prestaciones. La ley se inspira en los siguientes principios:

- El carácter universal y público de las prestaciones.
- El acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad.
- La participación de todas las administraciones en el ejercicio de sus competencias.
- Prestaciones: (1) Servicios: Ayuda a domicilio, Teleasistencia, Centros de día y de noche, Atención Residencial, (2) Prestaciones económicas: Prestación económica vinculada al servicio, Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales y, Prestación económica de asistencia personal.

#### **Cuantía de las prestaciones económicas.**

El artículo 20, de la LD, sobre cuantía de las prestaciones económicas manifiesta que “la cuantía de las prestaciones económicas reguladas en los artículos de esta Sección se acordará por el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, para su aprobación posterior por el Gobierno mediante Real Decreto”.

El primer borrador sobre “Alcance, contenido e intensidad de las prestaciones del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia” (Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, IMSERSO 29 enero de 2007) establece cuantía e intensidades; quedando definitivamente aprobado por el Real Decreto 727/2007 de 8 de Junio, dónde se establece lo siguiente:

- 1) Intensidad de los servicios para Centros de Estancias Diurnas, Residencias y Ayuda Domiciliaria.

<b>Gran dependencia</b>	<b>Prestación</b>
Grado III y nivel 1	55 y 70 horas mensuales
Grado III y nivel 2	Entre 70 y 90 horas mensuales
<b>Dependencia severa</b>	<b>Prestación</b>
Grado II y nivel 1	30 y 40 horas mensuales
Grado II y nivel 2	Entre 40 y 55 horas mensuales

El primer borrador aprobado el 19 abril de 2007, señala:

- 2) Prestación económica vinculada al servicio.

<b>Gran dependencia</b>	<b>Prestación</b>
Grado III Nivel 2	780 euros
Grado III Nivel 1	585 euros

- 3) Prestación por cuidados en el entorno familiar.

<b>Gran dependencia</b>	<b>Prestación económica</b>	<b>Cotización a la Seguridad Social TOTAL</b>	<b>formación (a cargo del Estado)</b>
Grado III Nivel 2	487 euros	74euros	<b>561 euros</b>
Grado III Nivel 1	390 euros	74 euros	<b>464 euros</b>

- 4) La prestación de asistencia personalizada.

<b>Gran dependencia</b>	<b>Prestación</b>
Grado III Nivel 2	780 euros
Grado III Nivel 1	585 euros

#### **Baremo.**

Artículo 27, de la LD, sobre Valoración de la situación de dependencia.



“1. Las Comunidades Autónomas determinarán los órganos de valoración de la situación de dependencia, que emitirán un dictamen sobre el grado y nivel de dependencia, con especificación de los cuidados que la persona pueda requerir. El Consejo Territorial deberá acordar unos criterios comunes de composición y actuación de los órganos de valoración de las Comunidades Autónomas que, en todo caso, tendrán carácter público.

2. El grado y niveles de dependencia, a efectos de su valoración, se determinarán mediante la aplicación del baremo que se acuerde en el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para su posterior aprobación por el Gobierno mediante Real Decreto. Dicho baremo tendrá entre sus referentes la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), adoptada por la Organización Mundial de la Salud.

3. El baremo establecerá los criterios objetivos de valoración del grado de autonomía de la persona, de su capacidad para realizar las distintas actividades de la vida diaria, los intervalos de puntuación para cada uno de los grados y niveles de dependencia, y el protocolo con los procedimientos y técnicas a seguir para la valoración de las aptitudes observadas, en su caso.

4. El baremo valorará la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización por personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental.

5. La valoración se realizará teniendo en cuenta los correspondientes informes sobre la salud de la persona y sobre el entorno en el que viva, y considerando, en su caso, las ayudas técnicas, órtesis y prótesis que le hayan sido prescritas”.

El baremo fijado por el REAL DECRETO 504/2007, de 20 de abril, será el empleado en la presente investigación.

#### **Programa Individual de Atención (Valoración y toma de decisiones).**

Artículo 29, de la LD, Programa Individual de Atención.

“1. En el marco del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y las prestaciones correspondientes, los servicios sociales correspondientes del sistema público establecerán un Programa Individual de Atención en el que se determinarán las modalidades de intervención más adecuadas a sus necesidades de entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la resolución para su grado y nivel, con la participación previa consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas del beneficiario y, en su caso, de su familia o entidades tutelares que le represente.

2. El programa individual de atención será revisado:

- a) A instancia del interesado y de sus representantes legales.
- b) De oficio, en la forma que determine y con la periodicidad que prevea la normativa de las Comunidades Autónomas.
- c) Con motivo del cambio de residencia a otra Comunidad Autónoma”.

El proyecto de Decreto sobre el procedimiento a ser implementado para el establecimiento del Programa Individual de Atención en la Comunidad Autónoma de Andalucía (Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, 2 de abril 1007) establece:

#### **Artículo 4. Competencias.**

“1. En los términos establecidos en el presente Decreto, corresponderá a los Servicios Sociales Comunitarios del municipio de residencia de las personas solicitantes la instrucción de los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia y, en su caso, del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como la elaboración de la propuesta de Programa Individual de Atención”.

Artículo 22. Elaboración de la propuesta del Programa Individual de Atención.

“1. Una vez haya tenido entrada en los Servicios Sociales Comunitarios la resolución sobre reconocimiento de la situación de dependencia y siempre que la efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia deba producirse en el año en curso, conforme al calendario establecido en la disposición final primera de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, aquellos elaborarán propuesta de Programa Individual de Atención correspondiente a la persona beneficiaria, a cuyo efecto requerirán a ésta para que, en un plazo máximo de diez días hábiles, presente la siguiente documentación:.....

3. En el proceso de elaboración del Programa Individual de Atención, los Servicios Sociales Comunitarios deberán realizar un informe social en el que se detalle la situación social, familiar y del entorno de la persona en situación de dependencia.

4. En la elaboración del Programa Individual de Atención se dará participación y, en su caso, la posibilidad de elección entre las alternativas propuestas en función de las disponibilidades existentes en la red de servicios y prestaciones, a la persona beneficiaria o a su familia o entidades tutelares que la representen”.

Artículo 23. Contenido.

“El Programa Individual de Atención tendrá el siguiente contenido:

- a) Datos y circunstancias personales y familiares de la persona en situación de dependencia.
- b) Servicio o servicios prescritos, con indicación de las condiciones específicas de la prestación de éste (centro, intensidad, periodos, etc.), así como de la participación que en el coste del mismo pudiera corresponder a la persona en situación de dependencia según su capacidad económica.
- c) En su caso, de no ser posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, propuesta de prestación económica vinculada al servicio.
- d) Excepcionalmente, propuesta de prestación económica para cuidados familiares, cuando la persona beneficiaria esté siendo atendida en su entorno familiar y se reúnan las condiciones adecuadas de convivencia y habitabilidad de la vivienda.
- e) En su caso, prestación económica de asistencia personal, con indicación de las condiciones específicas de acceso a dicha prestación”.

### **Profesionales implicados en la valoración y toma de decisiones (Programa Individual de Atención).**

- Artículo 22. Elaboración de la propuesta del Programa Individual de Atención (PIA).

“1. Una vez haya tenido entrada en los Servicios Sociales Comunitarios ....., aquellos elaborarán propuesta de Programa Individual de Atención correspondiente a la persona beneficiaria, .....” (Proyecto de Decreto sobre el procedimiento a ser implementado para el establecimiento del Programa Individual de Atención en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, 2 de abril 2007).

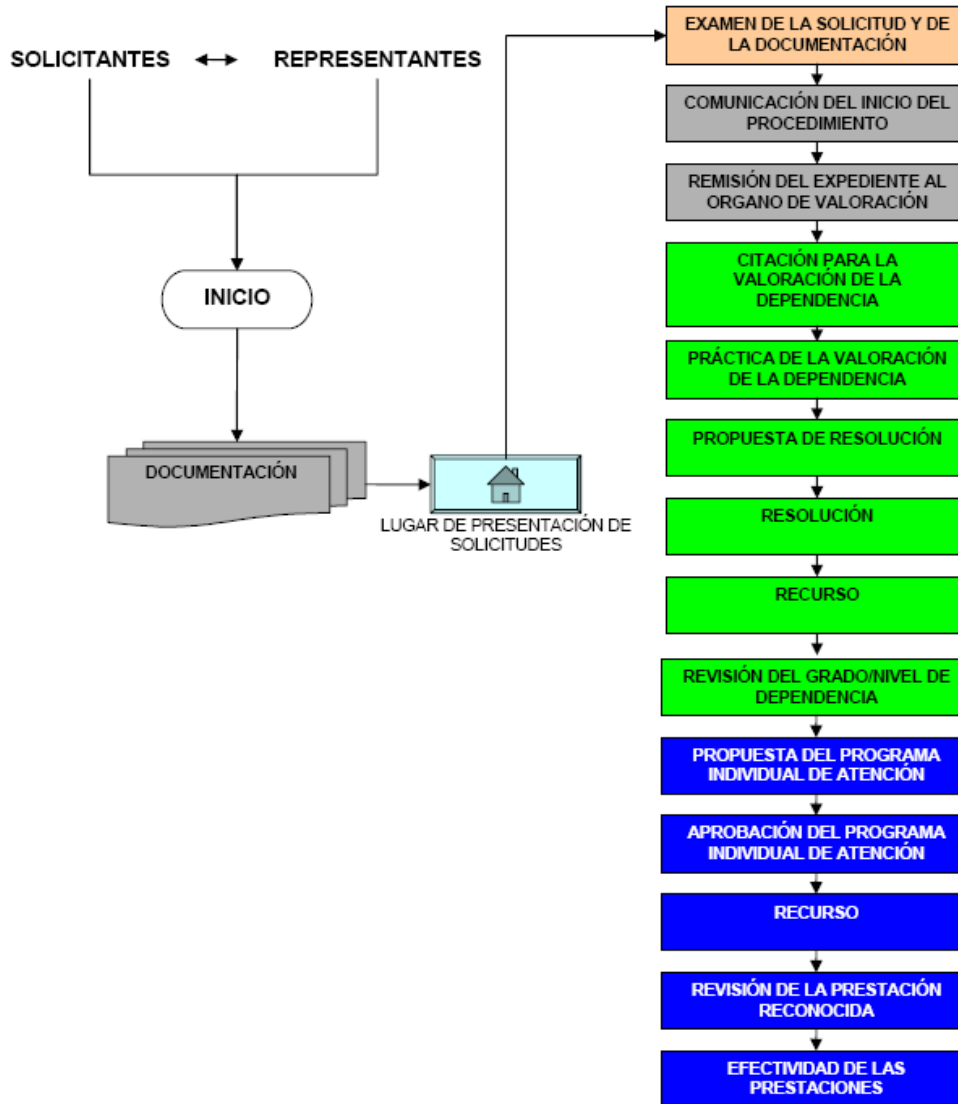
- Manual de formación sobre “Procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia” (Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, de abril 2006. Páginas 21-23):

- “La Propuesta del Programa Individual de Atención corresponde a los Servicios Sociales Comunitarios.....
- Una vez completado el expediente con los documentos requeridos, los Servicios Sociales Comunitarios deberán realizar un informe en el que se detalle la situación social, familiar y del entorno de la persona en situación de dependencia.....
- La propuesta del PIA, la documentación aportada en esta fase por la persona interesada, la acreditación del trámite de audiencia y el informe social y del entorno de la misma, serán remitidos a la Delegación Provincial de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social para dictar resolución.....

- El plazo máximo para elaborar la propuesta del PIA y remitir la documentación anterior será de dos meses, a contar desde el día siguiente a la recepción de la resolución de reconocimiento de la situación de dependencia”.

De manera esquemática el proceso a seguir para la valoración y toma de decisiones entre las situaciones de dependencia en la Comunidad Autónoma de Andalucía es el siguiente:

**Figura 2. Circuito administrativo en la valoración y atención a la dependencia.**



Decir por último, que aunque la importancia de la Ley es amplia, su desconocimiento por la población mayor también lo es, de manera que un 68,8% de los mayores de 65 años no ha oído hablar de ella, frente al 30,4% que sí y un 0.9% Ns/Nc, datos de septiembre 2006, (CIS e IMSERSO, 2006).

**CAPÍTULO II. PERSONAS  
MAYORES Y PERSONAS CON  
DISCAPACIDAD.**

---



## 2. Capítulo II. Personas mayores y personas con discapacidad.

El campo de la discapacidad – entendiendo el término como todas las condiciones de salud negativas, sean deficiencias físicas, sensoriales o mentales, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación- y de las personas mayores, recordemos que el 58,7% de las personas con discapacidad son mayores, se ha caracterizado por la profusión de términos y denominaciones referidas tanto a las personas como al proceso de atención de las mismas, aplicados desde diferentes ámbitos de atención servicios sociales, salud o educación.

En el campo de las limitaciones intelectuales encontramos discapacidad intelectual, disminuidos psíquicos, retraso mental, oligofrénicos...; en la limitaciones físicas y /o sensoriales: minusválidos, incapacitados, impedidos...; en las personas mayores: viejos, ancianos,... y en el proceso de atención: beneficencia, asistencia, prevención, reeducación, rehabilitación, tratamiento etc.

Las distintas terminologías, en muchas ocasiones, son representativas de diferentes culturas profesionales o ámbitos de actuación, mostrando en todo caso una constante histórica, la de buscar nombres menos peyorativos y estigmatizadores.

Es necesario unificar conceptos que puedan ser utilizados por diferentes grupos de profesionales y diferentes disciplinas, pues las ventajas son amplias: tanto de investigación para medir índices de prevalencia, para planificación de políticas públicas y de asignación de recursos como de intervención profesional.

No obstante, y sin lugar a dudas, la principal ventaja de unificar conceptos, entra en el campo actitudinal y de las consecuencias derivadas de las mismas, debiéndose evitar “*la sustantivación de situaciones adjetivas*”. Se trataba de mostrar al individuo antes como persona que como sujeto de una determinada situación limitante” (Egea y Sarabia, 2001), de manera que nos centremos en las soluciones y no en los problemas (Casado, 1990).

En este capítulo abordaremos las diferentes estimaciones sobre dependencia en la población mayor, derivadas en parte de las diferentes conceptualizaciones existentes, la importancia que la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF) tiene en la atención al mayor dependiente y los datos sobre Esperanza de Vida ajustada según Estado de Salud, tal como se propone en las Recomendaciones Internacionales en materia de Discapacidad, así como en los Programas de Salud de la OMS.

### 2.1 Conceptualización y discusión sobre estimaciones de prevalencia: niveles de dependencia.

El desarrollo e implementación de la “Ley de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia” y el reconocimiento por ende, de la atención como un derecho, nos indica la necesidad, y nos obliga sin duda alguna, a evaluar exhaustivamente la dependencia del mayor y la persona con discapacidad en diferentes apartados: AVD básicas e instrumentales, Capacidad cognitiva, Depresión y su influencia con la no realización de AVD, Satisfacción de la persona mayor, Adaptación funcional del hogar –y ayudas técnicas-, Entorno físico y arquitectónico, Percepción de salud y Riesgo de caídas, Bondad de la familia cuidadora y cuidadores no profesionales, en su caso.

La evaluación de todos estos apartados, por separado y más de manera conjunta -por acumulación de errores-, tiene diferentes y variados problemas:

- (a) Errores implícitos al instrumento de evaluación empleado (fiabilidad, validez, sensibilidad y especificidad), incrementándose / disminuyendo el número de personas.
- (b) Problemas en el modo de evaluación o pasación del instrumento / baremo utilizado: Entrevista, Observación directa o Códigos de conducta, Informantes.
- (c) Problemas en el número de actividades asociadas a la conceptualización o definición terminológica del concepto dependencia.
- (d) Diferentes tasas de prevalencia asociadas a las diferentes Actividades de la Vida Diaria que las personas dependientes puede realizar: A) Sin Ayuda, B) Con Ayuda, o C) No puede realizarlas.

Si a todo esto sumamos el “error de los profesionales”, debido a una falta de formación en la aplicación de instrumentos y homogeneización en su pasación, difícilmente conoceremos la ubicación adecuada del mayor dependiente en un servicio determinado, la eficacia en la cobertura de nuestros servicios, la cobertura idónea de los mismos y el presupuesto necesario que hemos de disponer.

Algunos ejemplos:

**a) Errores implícitos al instrumento de evaluación empleado** (fiabilidad, validez, sensibilidad y especificidad), incrementándose / disminuyendo el número de personas y el número de AVDs básicas e instrumentales contempladas.

En la Encuesta Nacional de Salud de 1993, la proporción de mayores dependientes, según sexo, se situaría entre el 7% y el 20%:

**Tabla 15. Porcentaje de mayores dependientes según ENS 1993.**

	% Varón	% Mujer
<b>Escala de Lawton</b>		
7 (Dependencia leve)	7,1	9,4
6	3,5	5,6
5	2,6	1,6
4	2,9	1,7
3	1,4	1,0
2	0,8	1,4
1	1,2	1,4
0 (Dependencia total)	1,3	1,3
<b>Total dependientes</b>	<b>20,9</b>	<b>23,3</b>
<b>Escala de Katz</b>		
2 (Depend. parcial)	4,6	7,6
3	0,9	0,7
4	0,3	0,5
5 (Dependencia total)	2,0	2,3
<b>Total dependientes</b>	<b>7,8</b>	<b>11,1</b>

Desde el estudio sobre Modelos de Atención Sociosanitaria, 2002, los porcentajes son otros. (Rodríguez Cabrero y Monserrat Codorníu, 2002). Datos referentes a España.

**Tabla 16. Porcentaje de mayores dependientes según Rodríguez Cabrero y Monserrat Codorníu, 2002.**

Años	Población Total	Independientes	Leves	Moderados	Severos y Graves	Muy graves
1992	5.602.251	3.580.049	1.078.812	296.762	646.628	
2000	6.418.862	4.109.774	1.193.644	350.820	764.624 (11,9%)	2,6%
2005	6.800.907	4.403.125	1.239.663	364.581	793.538 (11,6%)	2,6%
2010	7.208.579	4.432.924	1.424.714	414.871	936.070	

Una revisión exhaustiva sobre las diferentes estimaciones sobre la dependencia, la encontramos en Palacios y Abellán (Palacios y Abellán, 2007). Fuentes utilizadas:

- EDDM (1986) INE. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías.
- ENS MSC - CIS. Encuesta nacional de salud, varios años (1993, 1995, 1997, 2001, 2003).
- EAI (1993) INSERSO. Encuesta sobre apoyo informal a las personas mayores, 1ª y 2ª fase (1994).
- Soledad (1998) IMSERSO - CIS. Encuesta sobre soledad de las personas mayores.
- EDDES (1999) IMSERSO -INE- Fundación ONCE. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud.
- EAI (2004) IMSERSO. Encuesta sobre apoyo informal.
- ECVM (2004) IMSERSO. Encuesta sobre condiciones de vida de las personas mayores.

**Tabla 17. Porcentaje de mayores dependientes Palacios y Abellán, 2007.**

	Autores (fecha de publicación)	Fuente (año)	Total 65 y más años	Criterios de cálculo	Observaciones
1	Instituto Nacional de Estadística (1987)	EDDM (1986)	2.895.407	13 grupos de discapacidades	Personas de 65 y más años con alguna discapacidad. 1.093.207 (varones) - 1.802.200 (mujeres). Población de 0-84 años: 2.804.837. 5.743.291 personas con discapacidad en total
2	Pérez Díaz, Julio (1998)	EDDM (1986)	1.077.989	6 grupos de minusvalías	Población con minusvalía. 380.928 (varones) - 697.061 (mujeres). En 2011, 1.678.797
3	Fernández-Mayoralas, Gloria; Rodríguez Rodríguez, Vicente (1995)	ENS (1993)		8 AVD y 19 AIVD	Porcentaje de personas que necesitan ayuda
4	Morán Aláez, Enrique (1999)	ENS (1993)	1.943.373	27 AVD y AIVD agrupadas en: cuidados personales, tareas domésticas y asuntos propios	673.573 (varones) - 1.269.800 (mujeres) Dependencia grave en todas: 146.575 (2,6%)
5	Morán Aláez, Enrique (1999)	EAI (1993)	32,90%	10 AVD y 7 AIVD agrupadas en: cuidados personales, tareas domésticas y asuntos propios	Dependencia grave en todas: 0,6 %
6	Rodríguez Cabrero (2000)	ENS (1993); EAI (1993)	2.038.503	27 AVD y AIVD (ENS 1993); 10 AVD y 7 AIVD (EAI 1993).	Estimación de la población dependiente de 65+ en 1992-2010. Separa por medios/leves/graves, 65 y más años.
7	Rodríguez Rodríguez, P.; Sancho Castiello, María Teresa (1995)	EAI (1993): 1ª fase		10 AVD	Porcentaje de personas que necesitan ayuda
8	INSERSO; CIS (1995)	EAI (1993): 1ª fase	3,4 % (comer) hasta 14,2 % (ducharse)	10 AVD y 7 AIVD para otra clasificación	Porcentaje de personas mayores según sexo y edad
9	Abellán García, Antonio; Puga González, María Dolores (2001)	EAI (1993): 1ª fase	2.283.805	10 AVD y 7 AIVD	Dependencia amplia
10	IMSERSO; CIS; Colectivo Ioé (1995)	EAI (1993): 2ª fase		13 AVD y AIVD. Cuidados principales.	Frecuencia de ayuda para actividades o cuidados principales, realizadas por los cuidadores: 28,1 % (comer) a 79,8 % (hacer tareas domésticas)



11	Defensor del Pueblo (2000)	ENS (1995); EDDM (1986); INSERSO / DATLAN (1996)	1.689.000	Algunas AVD y AIVD	Dependencia considerada de manera amplia. 1.500.000 + 189.000 de personas que viven en residencias
12	Abellán García, Antonio; Puga González, María Dolores (2001)	ENS (1997)	2.089.884	7 AVD y 15 AIVD	Dependencia amplia. Dependencia leve: 1.298.316 - Dependencia grave: 801.568
13	Puga González, María Dolores (2002)	ENS (1997)	1.681.799	8 AVD y 9 AIVD	Dependencia leve: 883.950 - Dependencia moderada: 567.836 - Dependencia grave: 240.013. Hay que sumar aproximadamente 100.000 personas que ocupan plazas en residencias
14	Rivera Saganta, Jorge (2000)	Soledad (1998) ?	1.267.953	12 AVD y AIVD	Personas dependientes. Cuidados informales: 923.977. Cuidados formales: 343.976
15	Casado Marín, David; López i Casanovas, Guillem (2001)	Soledad (1998)	1.300.000	3 AVD y 9 AIVD	Dependientes en AVDs y AIVDs: 13,4%. Dependientes sólo en AIVDs: 20,8%.
16	Abellán García, Antonio; Puga González, María Dolores (2001)	Soledad (1998)	2.257.966	12 AVD y AIVD	Dependencia amplia.
17	Generalitat Valenciana, Conselleria de Bienestar Social (s.a.)	Soledad (1998) ?	1.681.799	8 AVD y 9 AIVD	
18	Costa-Font, Joan; Patxot, Concepció (2003)	Soledad (1998) y otras	14,1 % - 22,5 %	12 AVD y AIVD	
19	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO (2000)	Base de Datos Estatal de Personas con Discapacidad. IMSERSO 1999.	319.571	Certificado de minusvalía	Población con minusvalía. Total de la población con minusvalía: 1.255.798
20	Instituto Nacional de Estadística (2002)	EDDES (1999)	2.072.652	38 discapacidades clasificadas en 10 grupos.	733.809 (varones) - 1.338.843 (mujeres). Total 6 y más años: 3.478.645, de los que 1.448.249 son varones y 2.030.396 son mujeres. Niños 0-5 años con discapacidad: 49.577
20 bis	Instituto Nacional de Estadística (2002)	EDDES (1999)	1.464.815	13 AVD según el máximo grado de severidad	
21	Instituto Nacional de Estadística (2005)	EDDES (1999)	2.072.652	38 discapacidades clasificadas en 10 grupos.	733.809 (varones) - 1.338.843 (mujeres). Total 6 y más años: 3.478.645, de los que 1.448.249 son varones y 2.030.396 son mujeres. Niños 0-5 años con discapacidad: 49.577
22	Jiménez Lara, Antonio (2003)	EDDES (1999)	2.072.652	38 discapacidades clasificadas en 10 grupos	1.464.815 utilizando 13 AVD.
23	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004)	EDDES (1999)	869.007	9 AVD y 6 AIVD	Presentado en el Parlamento en diciembre de 2004. 256.561 (varones) - 612.447 (mujeres). Total 6 y más años: 1.426.432, de los que, 504.491 son varones y 921.941 son mujeres. Personas con necesidad de ayuda y discapacidad moderada. Unas 200.000 personas adicionales que no residen en su domicilio.

24	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004)	EDDES (1999)	595.807	9 AVD	Personas con discapacidad severa o total. 185.651 (varones) - 410.157 (mujeres). Total 6 y más años: 859.890 de los que 320.292 son varones y 539.598 son mujeres.
25	Salvador Canulla, Luis (2003)	EDDES (1999)	987.713	AVD y AIVD	Según gravedad, excluyendo los niveles iniciales o leves de dependencia. Discapacidad severa: 479.870 - Discapacidad total: 487.843
26	Puga González, María Dolores; Abellán, Antonio (2004)	EDDES (1999)	1.996.605	8 AVD y 7 AIVD, reagrupadas desde las 19 discapacidades de la EDDES (1999)	Población de 50 y más años. Selección de 15 discapacidades de la EDDES.
27	Rodríguez Cabrero, Gregorio (2004)	EDDES (1999)	1.154.561	AVD y AIVD agrupadas en 4 grupos	Dependientes en domicilio (1.017.104) y en residencias (137.457).
28	Abellán García, Antonio; Puga González, María Dolores (2004)	EDDES (1999)	1.115.257	9 actividades seleccionadas y reagrupadas	Indicador de carga (frecuencia, co-discapacidad, severidad). 340.583 (varones) - 779.694 (mujeres).
29	Salvà, A.; Rivero, A. Fundació Institut Català de l'Envel·liment (FICE) (2005)	EDDES (1999)	1.585.844	11 AVD	Población mayor con discapacidad en AVD. 1.478.154 (en viviendas familiares) - 107.690 (en centros residenciales)
30	Alustiza Galarza, Ainhoa; Pérez Díaz, Julio (2005)	EDDES (1999)	2.072.652	AVD y AIVD	
30 bis	Jiménez Lara, Antonio (2005)	EDDES (1999)		AVD y AIVD	2.486.322 personas con discapacidad para las actividades cotidianas. 2.286.322 (en domicilios familiares) + 200.000 (estimación en residencias).
31	Rodríguez Cabrero; Casado, Demetrio; Jiménez Fernández, Adolfo; Montserrat Codomiú, Julia; Morán Aláez, Enrique; Vilá Mancebo, Antoni (2005)	EDDES (1999)	1.335.680	AVD y AIVD	Dependencia moderada: 711.343 - Dependencia grave: 344.899 - Dependencia muy grave y extrema: 279.438. Población dependiente de 6-64: 622.211. Total población dependiente 6 y más años: 1.957.891. Proyección población 65 y más dependiente 2005: 1.583.234; 2016: 2.028.093.
32	Morán Aláez, Enrique; Rodríguez Cabrero, Gregorio (2005)	EDDES (1999)	1.444.760 a 1.583.234	AVD y AIVD	Indicador sintético de AVD y AIVD
33	Rodríguez Cabrero, Gregorio (2005)	EDDES (1999)	1.154.561 a 1.335.680	AVD y AIVD	Dos estimaciones diferentes según gravedad.
34	Berjano Peirats, Enrique (2005)	EDDES (1999)	1.423.962	16 AVD y AIVD	Población total dependiente de 6 y más años: 2.215.394
35	Sagardui Villamor, Jon; Guallar Castellón, Pilar; García Ferruelo, Margarita; Banegas, José Ramón; Rodríguez Antalejo, Fernando (2005)	EDDM (1986); EDDES (1999)	2.073.453 (1986); 1.593.132 (1999)	5 discapacidades (discapacidades, limitaciones funcionales y deficiencias)	
36	Dizy Menéndez, Dolores; Fernández Moreno, Marta; Ruiz Cañete, Olga (2006)	EDDES (1999)	1.802.204	13 AVD y AIVD	Incluidas las plazas residenciales de dependientes

37	Otero, Ángel; Zunzunegui, M <sup>a</sup> Victoria; Rodríguez Laso, Ángel; Aguilar, M <sup>a</sup> Dolores; Lázaro, Pablo (2004)	Análisis longitudinal "Envejecer en Leganés" y Censo de la población española, 2001.	903.276 (1991); 995.338 (2001)	8 AVD	Extrapolación de tasas del estudio "Envejecer en Leganés".
38	Abellán García, Antonio; Esparza, Cecilia (2006)	ENS (2003)	1.485.391	7 AVD y 19 AIVD	Población con discapacidad que declara que necesita ayuda (21,5%); 471.469 varones, 1.023.922 mujeres.
39	IMSERSO (2005)	EAI (2004)	1.226.181 (atendidos por cuidadores) - 109.700 (cuidados por empleados de hogar)	21 AVD y AIVD	Personas mayores con necesidad de ayuda. 633.685 hogares con al menos una persona que presta ayuda informal a personas mayores. 950.528 cuidadores de personas mayores.
40	IMSERSO (2006)	ECVM (2004)	26,5%	7 AVD y 11 AIVD	Microdatos, Portal Mayores
41	Alegre Escolano, Antonio; Ayuso Gutiérrez, Mercedes; Guillén Estany, Montserrat; Monteverde Verdenelli, Malena; Pociello García, Enrique (2005)	EDDES (1999)	Sin datos	13 AVD	Diferencias de prevalencia de la dependencia.
42	Albarrán Lozano, Irene; Alonso González, Pablo (2006)	EDDES (1999)	1.394.921	13 AVD y horas de cuidado	Personas dependientes de 6 y más años.
43	Casado Marín, David (2006)	EDDES (1999)	1.292.237	11 AIVD y AVD	Dependencia leve: 187.058 - Dependencia moderada: 309.630 - Dependencia grave: 397.857 - Dependencia muy grave: 387.692. No institucionalizadas: 1.083.883 - Institucionalizadas: 198.354
44	Pérez Ortiz (2006)	ECVM (2004)	10,4 % (total dependientes) – 16,1 % (total discapacitados)	6 AVD y 12 AIVD	Se diferencia entre dependencia (6 AVD) y discapacidad (12 AIVD).
45	Casado Marín, David (2007)	ENS (2001)	1.146.371	9 AVD	Evolución de la dependencia entre 1993 y 2001.

**b) Problemas en el modo de evaluación o pasación del instrumento / baremo utilizado: Entrevista, Observación directa o Códigos de conducta, Informantes.**

En función del modo de evaluación empleado, aún empleando el mismo instrumento, tendremos diferentes grados de dependencia (diferente número de usuarios, diferente necesidad presupuestaria). Diferentes son las formas de evaluación (Fernández Ballesteros et.al, 1992):

(1) Códigos de conducta.

Observar la realización de las AVD de forma inmediata, no retrospectiva, por profesionales o paraprofesionales, debidamente entrenados, sin conocimiento previo de la persona evaluada. Estos procedimientos son utilizados en contextos de entrenamiento o rehabilitación.

Se suelen incluir más AVD y descomposición de las mismas que en la evaluación tradicional (Arreglo personal: cuidarse el pelo, limpiarse dientes, afeitarse o depilarse, maquillarse etc).

Procedimientos muy adecuados ante las modificaciones producidas por la intervención y para diseñar las labores y atenciones de los cuidadores.

**(2) Entrevista (Escala de autocalificación o autoinformes).**

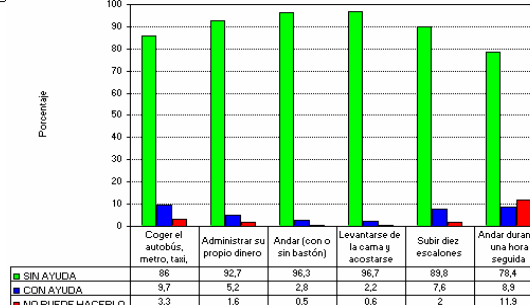
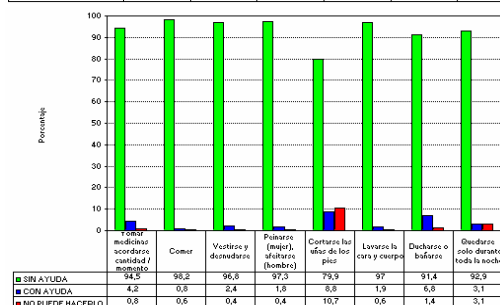
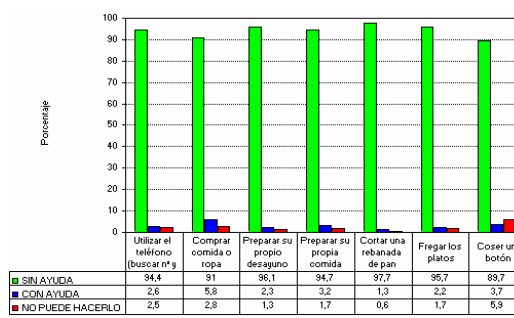
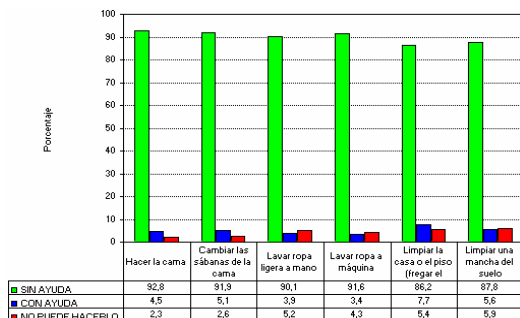
La persona mayor evalúa si puede o no realizar diferentes AVD. Los mayores responden bien cuando tienen que contestar guiados por tres categorías de respuesta ("Lo hago sin dificultad". "Lo hago con alguna dificultad". "No puedo hacerlo"). Es aconsejable leer a los mayores las preguntas y las respuestas. Los mayores tienden a autoevaluarse con más competencia para la realización de las AVD que lo hacen sus allegados y profesionales. Estas escalas son similares a las Escalas de apreciación (Nº de AVD evaluadas, Tipos de respuestas, Carácter retrospectivo de la evaluación).

**(3) Informantes (Escala de apreciación).**

Un profesional, familiar, cuidador en función del conocimiento que tiene de la persona mayor evalúa si puede o no realizar diferentes AVD. Este conocimiento posteriormente se transforma en puntuaciones ordinales del grado de dependencia. Es aconsejable especificar el tiempo que conoce al mayor en su realización de AVD. Los mayores tienden a autoevaluarse con más competencia para la realización de las AVD que lo hacen sus allegados y profesionales. Estas escalas son similares a las Escalas de apreciación (Nº de AVD evaluadas, Tipos de respuestas, Carácter retrospectivo de la evaluación).

Diferentes autores han realizado trabajos comparando los diferentes tipos de medidas, en general las medidas de autoinforme son útiles para predecir el estado funcional real (Alexander et al, 2000), siendo la observación directa de la ejecución la mejor medición, seguida de autoinformes (Elam et al, 1991). No obstante, las medidas de autoinforme son menos sensibles a pequeños cambios en la realización de las Actividades de la Vida Diaria (Hoeymans y Kromhout, 1996; Reuben et al, 1992).

**c) Problemas referentes a las diferentes tasas de prevalencia asociadas a las diferentes Actividades de la Vida Diaria que las personas dependientes puede realizar: - Sin Ayuda. - Con Ayuda o - No puede realizarlas. Que obliga a ponderar cada una de ellas en función de su prevalencia y de la ayuda que necesitan para realizarlas.**



**d) Problemas en el número de actividades asociadas a la conceptualización o definición terminológica del concepto dependencia.**

**Conceptualización y definiciones de dependencia:**

**DEPENDENCIA. Consejo de Europa 1998.**

Necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana.

Estado en que se encuentran las personas que por razones de falta, pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria.

**DEPENDENCIA. Defensor del pueblo 2000.**

Necesidad de atención y cuidados que precisan las personas que no pueden hacer por sí mismas las actividades de la vida cotidiana.

**DEPENDENCIA. OMS 2001.**

Restricción o ausencia de capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal; entre las actividades observadas se encuentran las AVD (asearse, vestirse, comer y beber y cuidar del propio bienestar), preparar la comida, cuidar de la vivienda y participar en la comunidad”.

**DEPENDENCIA. Consejo de Europa 2003.**

Amplia la definición. La dependencia podría también estar originada o verse agravada por la ausencia de integración social, relaciones solidarias, entornos accesibles y recursos adecuados para la vida de las personas mayores.

**Las diferentes definiciones necesariamente implican disparidad de cifras respecto al número de personas mayores dependientes.** No obstante, desde el Consejo de Europa, se ha venido promoviendo diversas iniciativas y recomendaciones con el objeto de mejorar la situación de las personas dependientes y la de sus cuidadores. Este Consejo, constituyó a mediados de la década de los noventa un grupo de expertos que trabajó durante dos años en la elaboración de un texto de consenso que pudiese ser asumido desde la mayoría de los países miembros de este organismo internacional. El resultado de ese trabajo fue la aprobación, en septiembre de 1998, por el Comité de Ministros del Consejo de Europa, de una Recomendación relativa a la dependencia (Consejo de Europa, 1998).

En dicha Recomendación, el Consejo de Europa define la dependencia 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”.

Esta definición, que ha sido ampliamente aceptada, plantea la concurrencia de tres factores para que podamos hablar de una situación de dependencia: en primer lugar, la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona; en segundo lugar, la incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria; en tercer lugar, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

Esa perspectiva es coherente con el planteamiento de la nueva clasificación 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 de 2001 (Organización Mundial de la Salud, 2001).

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. Este déficit comporta una limitación en la actividad. Cuando esta

limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una restricción en la participación que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana.

Soslayar los problemas relacionados con los (a) Errores implícitos al instrumento de evaluación empleado (fiabilidad, validez, sensibilidad y especificidad), incrementándose / disminuyendo el número de personas, (b) Problemas en el modo de evaluación o pasación del instrumento / baremo utilizado: Entrevista, Observación directa o Códigos de conducta, Informantes, (c) Problemas en el número de AVDs asociadas a la conceptualización o definición terminológica del concepto dependencia y (d) Diferentes tasas de prevalencia asociadas a las diferentes Actividades de la Vida Diaria que las personas dependientes puede realizar: Sin Ayuda, Con Ayuda, o No puede realizarlas, requieren las siguientes medidas:

- Aplicación de un baremo homologado y único en la valoración de las AVDs.
- Aplicación de pruebas de screening por parte de los Servicios Sociales Comunitarios (SSC), engarzadas con el baremo nacional, para valorar situaciones asociadas a la dependencia: Depresión, Situación cognitiva, Relaciones familiares y apoyo social, Satisfacción vital, etc.
- Formación de los profesionales de Servicios Sociales Comunitarios (SSC) en valoración y toma de decisiones.
- Equipos interdisciplinarios en los SSC (Trabajadores Sociales, Psicólogos, específicamente).
- Establecimiento de un modelo homogéneo para la toma de decisiones (Programa Individualizado de Atención).
- Realizar una nueva conceptualización de los actuales servicios de atención a la dependencia (Residencias, Centros de Día, Ayuda Domiciliaria, etc.) adaptándolos a la Ley de Dependencia, incrementando su cobertura y mejorando, en su caso la eficacia en la cobertura.

## 2.2 Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

La terminología en el proceso de atención a las personas con discapacidad ha sido siempre muy compleja y diversa, dónde las diferentes disciplinas han generado términos y conceptos diferentes para dar cuenta de similares situaciones o por el contrario se utiliza un mismo término para referirse a aspectos diferentes. Esta situación produce que en 1980, la Organización Mundial de la Salud publique la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), como instrumento para la clasificación de las consecuencias de las enfermedades y sus repercusiones en la vida del individuo, planteando una nueva aproximación conceptual y terminológica (Verdugo, 1995).

En la CIDDM del 80 (OMS, 1983) se introdujeron los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía:

**Deficiencia:** hace referencia a las anormalidades de la estructura corporal, de la apariencia, así como de la función de un órgano o sistema, cualquiera que fuese su causa; en principio, las deficiencias representaban trastornos en el ámbito del órgano. La CIDDM, dentro de la experiencia de la salud definía por tanto a la deficiencia como: “Toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica”.

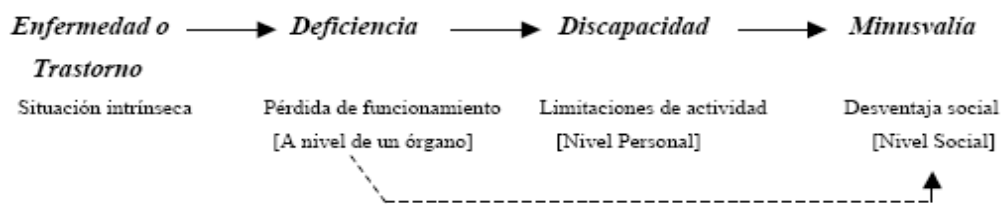
**Discapacidad:** La discapacidad reflejaba la consecuencia de la deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo; la discapacidad representaba por tanto, trastornos en el ámbito de la persona. La CIDDM dentro de la experiencia de la salud la definía como: “Toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad

de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano”.

**Minusvalía:** Este término hacía referencia a las desventajas experimentadas por el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades, así pues, la minusvalía reflejaba una interacción y adaptación del individuo a su entorno. La CIDDM dentro de la experiencia de la salud, la definió como: “Una situación de desventaja para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales)”.

Así la interacción de todos estos conceptos quedó reflejada en el modelo teórico adoptado en la CIDDM, el cual incorporó un esquema lineal de Discapacidad.

**Figura 3. Representación del modelo sobre deficiencia, discapacidad y minusvalía propuesto por la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM, 1980).**



Diferentes son las críticas que recibió este modelo y propició su revisión, la principal observación que se hizo a la CIDDM fue la relacionada con el modelo en el que se sustentaba, dicho modelo, aún cuando permitía distinguir entre deficiencia, discapacidad y minusvalía, no informaba suficientemente sobre la relación existente entre dichos conceptos. La segunda crítica que se planteó hacía referencia al “abordaje negativo” que aportaba al estudio y clasificación del estado de salud de la persona, siendo más adecuado en muchas ocasiones conocer qué habilidades estaban conservadas en la persona, que el describir de manera detallada aquellos aspectos que se habían perdido o estaban limitados. Otro tipo de críticas se referían fundamentalmente, o bien a la falta de una estructura clara y que cumpliera todas las reglas de una clasificación jerárquica, o bien a la presencia de problemas en la definición y organización de los conceptos incorporados.

La quincuagésima cuarta Asamblea Mundial de la Salud aprobó la nueva clasificación, con el título de Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, en la resolución WHW 54.21 del 22 de mayo del 2001.

Son tres las principales aportaciones, novedades introducidas en la misma respecto a la CIDDM (UIPC – IMSERSO):

(1) La CIF pretende reflejar, la situación real del funcionamiento humano en la que el “funcionamiento” y la “discapacidad” son vistos como consecuencia de la interacción entre la “condición de salud” de la persona y su entorno físico y social.

(2) La CIF ha pasado de ser una clasificación de “consecuencias de enfermedades” (versión de 1980) a una clasificación de “componentes de salud”, tratándose de una Clasificación que tiene en cuenta todos los aspectos relevantes incluidos en el ya definido ámbito del “bienestar”.

(3) 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 entre el individuo con una alteración de la salud y su entorno (factores contextuales y ambientales). Discapacidad en tanto que término genérico abarca las nuevas dimensiones propuestas por la CIF:

- “Deficiencias de función y deficiencias de estructura” (antes deficiencias);
- Limitaciones en las “actividades” (antes discapacidades)
- Limitaciones en la “participación” (antes minusvalía).

Como resumen de todas ellas y la razón de ser de la misma estriba en que aporta “*un lenguaje estandarizado, fiable y aplicable transculturalmente, que permita describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud, utilizando para ello un lenguaje positivo y una visión universal de la discapacidad, en la que dichas problemáticas sean la resultante de la interacción de las características del individuo con el entorno y el contexto social*” pág 9. Unidad 3.

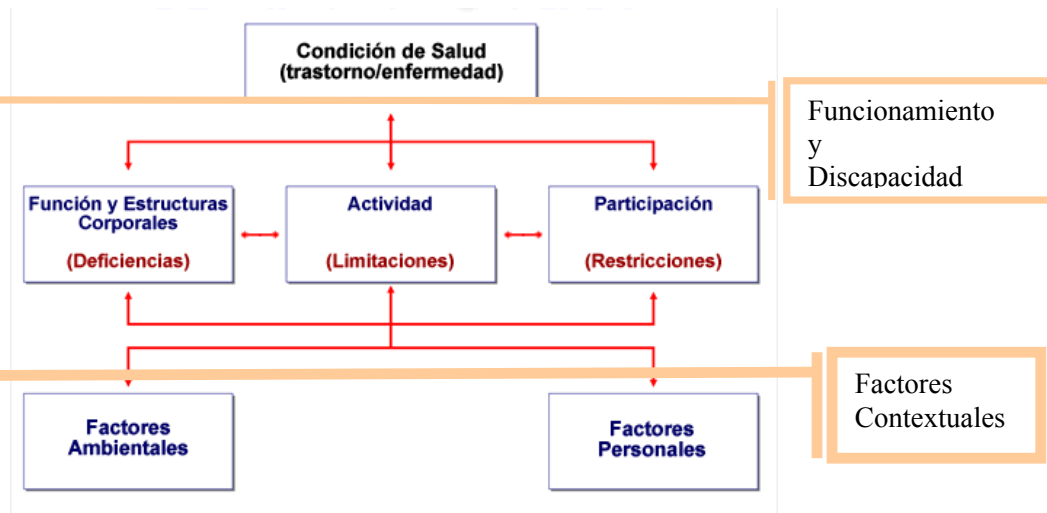
Desde esta perspectiva la CIF integra dos modelos contrapuestos, y en gran medida enfrentados, el modelo biomédico y el modelo social. En el modelo biomédico el déficit o discapacidad adquiere las connotaciones del síntoma, siendo por lo tanto descrito como una desviación observable de la normalidad biológica-médica de la estructura y función corporal/mental que surge como consecuencia de una enfermedad, trauma o lesión, y ante la que hay que poner en marcha medidas terapéuticas o compensatorias, generalmente de carácter individual. En el modelo social se tiende a localizar las limitaciones inherentes a la discapacidad en el entorno construido (donde se hallan las barreras físicas), y en el entorno social, que impone estereotipos y limitaciones a la participación, justificándose además que las actuaciones no se planteen a nivel individual sino en el de la propia sociedad.

El modelo que se propone, es un modelo “biopsicosocial” que integra los niveles biológico, personal – comportamental y social. Al esquema causal y lineal de la CIDDM de 1980, la CIF en 2001 responde con un esquema de múltiples interacciones entre sus dimensiones y áreas.

- En este nuevo modelo podemos observar las diferentes interacciones entre sus elementos:
  - Los estados de salud tienen consecuencias en todos los componentes del funcionamiento (corporal, actividad y participación). A su vez, los componentes del funcionamiento tienen directa repercusión sobre los estados de salud, en tanto que condicionan la posible aparición de nuevas alteraciones (trastornos o enfermedades).
  - Los componentes del funcionamiento (todos y cada uno de ellos) se ven influenciados por los factores contextuales, tanto ambientales como personales. Al mismo tiempo, los factores contextuales pueden ser determinados por las circunstancias que acontezcan en los tres componentes del funcionamiento.
- En la clasificación se distinguen por una parte Funcionamiento y Discapacidad, y por la otra factores contextuales.



**Figura 4. Representación del modelo de funcionamiento y la discapacidad propuesto por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF, 2001).**



En la CIF cuando se habla de *condición de salud* se agrupa tanto los dominios de salud (áreas de la vida que están incluidas en el concepto de “salud”, como aquellas que cuando se definen los objetivos de los sistemas de salud se consideran como su responsabilidad prioritaria) como los dominios relacionados con la salud (son aquellas áreas de funcionamiento que, aún teniendo una fuerte relación con la salud o con una condición de salud, no se incluyen dentro de las responsabilidades prioritarias de los sistemas de salud, sino más bien, dentro de las de otros sistemas que contribuyen al “bienestar” global, como por ejemplo: transporte, educación, interacciones sociales, etc).

La definición de conceptos y términos empleados por la CIF los recogemos a continuación:

#### **A. Funcionamiento y discapacidad.**

El funcionamiento y la discapacidad se conciben como una interacción dinámica entre la condición de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y los Factores Contextuales, de tal forma que si variamos uno de ellos, el otro puede verse modificado y el funcionamiento del individuo variaría.

#### **1. Funciones y Estructuras Corporales** consta a su vez de dos clasificaciones:

**1.1. Funciones Corporales**, que recoge la información sobre el estado funcional del individuo, relativa a las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyéndose las funciones psicológicas (Funciones mentales. Funciones sensoriales y dolor. Funciones de la voz y el habla. Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio. Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino. Funciones genitourinarias y reproductoras. Funciones neuromusculoesqueléticas y del movimiento. Funciones de la piel y estructuras relacionadas).

**1.2. Estructuras Corporales**, que recoge información sobre el estado funcional del individuo en lo referente a las partes anatómicas de su cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes (Estructuras del sistema nervioso. El ojo, el oído y estructuras relacionadas. Estructuras involucradas en la voz y el habla. Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio. Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino. Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor. Estructuras relacionadas con el movimiento. Piel y estructuras relacionadas).

**2. Actividades y Participación.** hace referencia a los aspectos vitales relacionados con el funcionamiento, tanto desde una perspectiva individual como social (Aprendizaje y aplicación del conocimiento. Tareas y demandas generales. Comunicación. Movilidad. Autocuidado. Vida doméstica. Interacciones y relaciones interpersonales. Áreas principales de la vida. Vida comunitaria, social y cívica).

- La Actividad, es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo, representando la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento.

- La Participación, es el acto de involucrarse en una situación vital, representando la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento.

Ambos componentes de Funcionamiento y Discapacidad (Funciones y Estructuras Corporales y, Actividades y Participación) pueden emplearse de dos formas:

➤ Para indicar la presencia de problemas:

- **Deficiencias** en las Funciones o en las Estructuras Corporales, es decir, una desviación significativa de la “norma” generalmente aceptada respecto al estado biomédico del cuerpo y sus funciones, o una pérdida de dichas funciones o estructuras.

- **Limitaciones en la Actividad**, son dificultades que un individuo, con un determinado estado de salud, puede tener en el desempeño/realización de diversas actividades.

- **Restricciones en la Participación**, son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

➤ Para indicar aspectos no problemáticos (ej. neutrales) de la salud y aspectos “relacionados con la salud” incluidos en el concepto genérico de funcionamiento.

**B. Factores Contextuales.**- Constituyen el trasfondo, tanto propio como externo, de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Incluyen los factores personales y los factores ambientales, que pueden tener una influencia positiva o negativa en la realización de actividades o en el desempeño del individuo como miembro de la sociedad.

**1. Factores ambientales** con dos niveles.

a) **Individual:** entorno inmediato del sujeto, incluyendo espacios como el hogar, trabajo, o escuela. Están incluidas las propiedades físicas del ambiente como el contacto directo con otras personas: familiares, amigos, compañeros o desconocidos.

b) **Social:** estructuras sociales formales e informales, servicios o sistemas globales existentes en la comunidad o la cultura, que tienen un efecto en los individuos. Este nivel incluye organizaciones y servicios relacionados con redes sociales informales, actividades comunitarias, servicios de comunicación y transporte, actitudes e ideologías, el entorno laboral, agencias gubernamentales.

**2. Factores personales.** Constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Están compuestos por características del individuo que no forman parte de una condición o estado de salud. Estos factores pueden incluir el sexo, la raza, la forma física, los estilos de vida, los hábitos, los estilos de enfrentarse a los problemas y tratar de resolverlos, el trasfondo social, la educación, la profesión, las experiencias actuales y pasadas (sucesos de la vida pasada y sucesos actuales), los patrones de comportamiento globales y el tipo de personalidad, los aspectos psicológicos personales y otras características. Tanto todas ellas en conjunto, como algunas de ellas individualmente, pueden desempeñar un papel en la discapacidad a cualquier nivel. Este componente no está clasificado aún en la CIF.

**Constructos:** son elementos que sirven para interpretar los componentes, es decir para poder saber cuál es el funcionamiento o la discapacidad de un individuo en cuanto a sus Funciones y Estructuras Corporales, su Actividad y Participación, sus Factores Ambientales y sus Factores Personales.

**a) Constructos referentes al funcionamiento y discapacidad:** Cambio en funciones corporales. Cambio en estructuras corporales. Desempeño/Realización y Capacidad, definida como la aptitud de un individuo para realizar una tarea o acción. Indica el máximo nivel posible de funcionamiento que una persona puede alcanzar en un dominio de Actividades y Participación en un momento dado.

**b) Constructo referente a factores contextuales:** facilitadores / barreras.

- **Facilitadores.** Son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad. Por ejemplo, la disponibilidad de tecnología asistencial adecuada, y también la existencia de servicios de apoyo que intentan aumentar la participación de las personas con discapacidad en determinadas áreas de la vida (educación, empleo,...). Los facilitadores pueden prevenir o evitar que un déficit o limitación en la actividad se convierta en una restricción en la participación.

- **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 negativas de las personas hacia la discapacidad, y también la inexistencia de servicios, sistemas y políticas que favorezcan la participación.

En el presente trabajo no hemos empleado la CIF como instrumento de valoración, por razones implícitas a la propia CIF y al objetivo propio de la investigación. En el primer caso una de las razones (1) está relacionada con los estudios de fiabilidad y validez, que se están realizando (pág. 272), (2) por su extensión, (3) porque la CIF no debe sustituir la utilización de procedimientos diagnóstico habituales (pág. 4) y, (4) por la recomendación explícita que realiza sobre las pautas de utilización y codificación “es muy recomendable que los usuarios que deseen utilizar la clasificación sigan un programa de entrenamiento en la OMS o en su red de centros colaboradores (pág. 25) – Páginas que hacen referencia al texto publicado por el IMSERSO de la versión en castellano-. En el caso segundo, (1) la valoración de dependencia viene dada por el propio baremo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, donde ya el propio IMSERSO recomendaba a través el Libro Blanco sobre Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España la adecuación a la CIF, (2) la necesidad de utilizar pruebas de screening, que por sus propias características han de ser rápidas en su pasación y (3) la necesidad de valorar factores contextuales con instrumentos específicos, validados y de uso habitual en el contexto social y sanitario (sospecha de maltrato, relaciones familiares, apoyo social, salud percibida etc).

No obstante, la filosofía, modelo y conceptualización empleada en la CIF sí está incorporada en el presente trabajo, analizándose las diferentes variables que pueden afectar a la persona mayor en la realización de las Actividades de la Vida Diaria, sean debidas al Contexto o a Funciones y estructuras corporales (capítulo IV). Además, la realización o no de AVDs, queda contemplada en la CIF dentro del apartado de Actividades y participación. De esta manera, es posible encuadrar la dependencia y su valoración en el marco de la CIF, en la manera que intervienen factores contextuales, limitación en la actividad y ayudas (Querejeta, 2003).

### 2.3 Esperanza de vida con y sin discapacidad en España.

Las esperanzas de vida ajustadas según estado de salud (Healthy Life Expectancy, HALE) proporcionan un medio de dividir la esperanza de vida en fracciones vividas en distintas situaciones, por ejemplo en buena y mala salud. Estas medidas son una expresión del creciente interés en la obtención de indicadores de calidad de vida (vida en estado saludable) que cualifiquen los indicadores de cantidad (esperanza de vida).

Las esperanzas de vida ajustadas según estado de salud incorporan al concepto de esperanza de vida otros conceptos importantes para el estudio de la salud, como los de morbilidad y discapacidad. El cálculo de las esperanzas de vida ajustadas según estado de salud, en particular la esperanza de vida sin discapacidad, se desarrolló para abordar la cuestión de si el incremento en la esperanza de vida iba acompañado de un aumento del tiempo vivido en condiciones de buena salud, o si se estaba logrando a costa de incrementar los años vividos en una situación de salud precaria.

La *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud* de 1999 ha recabado la información necesaria para el cálculo de la Esperanza de Vida ajustada según Estado de Salud, tal como se propone en las Recomendaciones Internacionales en materia de Discapacidad, así como en los Programas de Salud de la OMS.

A principios de 2003, el INE editó la publicación *Esperanzas de vida en Salud*, elaborada a partir de los datos proporcionados por la encuesta. Los datos sobre esperanzas de vida en salud elaborados por el INE muestran que el proceso de aparición de los problemas de salud es gradual.

En primer lugar aparecen las enfermedades crónicas, que conllevan una posterior autopercepción de un mal estado de salud general. Más tarde aparecen las limitaciones en la realización de actividades, es decir, se presenta el fenómeno de la discapacidad; por último, surgen las discapacidades más severas, que determinan la necesidad de ayudas para realizar las actividades domésticas y de cuidados de larga duración.

De los 75,3 años de esperanza de vida media que los varones españoles tienen al nacer, aproximadamente 41 se vivirán sin que haya aparecido una enfermedad crónica y casi 60 en condiciones subjetivas de buena salud. Por término medio, los varones vivirán casi siete años de su vida (la diferencia entre los 75,3 años de esperanza de vida y los 68,5 de esperanza de vida sin discapacidad) con una discapacidad y algo más de cuatro años con una discapacidad severa.

En el caso de las mujeres se aprecia que, a pesar de tener una mayor esperanza de vida (82,3 años), se reducen las expectativas de vida sin enfermedades crónicas (37,9 años) y en condiciones subjetivas de buena salud (58,2 años), mientras que se incrementan los años que, por término medio, se vivirán con discapacidad (10,2) y con discapacidades severas (6,9).

**Tabla 18. Esperanzas de vida ajustadas según estado de salud. España 1999.**

Edad	Esperanza de vida	Esperanza de vida libre de Enfermedades crónicas	Esperanza de vida en buen estado subjetivo de Salud	Esperanza de vida sin discapacidad	Esperanza de vida sin discapacidad severa
<b>Varones</b>					
Al nacer	75,29	40,85	59,52	68,52	71,07
A los 15 años	60,89	29,11	45,46	54,35	56,75
A los 45 años	32,70	10,17	19,61	26,90	29,04
A los 65 años	16,17	3,31	7,78	11,39	13,09
A los 75 años	9,66	1,76	4,24	5,60	6,95
A los 80 años	7,11	1,26	3,18	3,56	4,68
<b>Mujeres</b>					
Al nacer	82,31	37,89	58,17	72,12	75,44
A los 15 años	67,85	25,62	43,94	57,87	61,05
A los 45 años	38,62	8,14	18,25	29,25	32,18
A los 65 años	20,25	2,77	7,52	12,39	14,66
A los 75 años	12,13	1,56	4,17	5,95	7,54
A los 80 años	8,73	1,16	2,98	3,68	4,81

Fuente: INE. *Esperanzas de vida en salud*, Madrid, 2003.

En 1999 la Esperanza de Vida Libre de Discapacidad (EVLD) al nacer fue de 68,5 años en hombres y de 72,2 años en mujeres. El tiempo vivido sin discapacidades fue superior en hombres (91%) que en mujeres (87,7%) y la expectativa de discapacidad de 6,8 años y de 10,1 años respectivamente. La diversidad entre comunidades es superior en la EVLD que en la esperanza de vida (EV).

Las CCAA con mayor esperanza de vida no coinciden siempre con las que tienen una mayor proporción de tiempo vivido sin discapacidad. Andalucía se encuentra por debajo de la media Española en Esperanza de Vida (EV) y EVLD (Gispert et al, 2007):

**Tabla 19. Esperanzas de vida y esperanzas de vida libres de discapacidad por Comunidades Autónomas, Hombres. España 1999.**

CCAA	EV	EVLD	%	ED	LI	LS
Andalucía	73,99	66,07	89,30	7,92	65,75	66,38
Aragón	76,09	70,19	92,25	5,90	69,62	70,75
Asturias	73,94	67,06	90,70	6,88	66,313	67,81
Baleares	74,46	68,16	91,54	6,30	67,32	69,01
Canarias	74,19	68,48	92,30	5,71	67,88	69,08
Cantabria	75,26	68,58	91,12	6,68	67,67	69,48
Castilla-La Mancha	76,68	69,38	90,48	7,30	68,89	69,88
Castilla-León	76,69	68,69	89,57	8,00	68,31	69,07
Cataluña	75,57	68,64	90,83	6,93	68,26	69,06
Extremadura	75,28	68,45	90,93	6,83	67,78	69,13
Galicia	75,13	67,89	90,36	7,24	67,45	68,33
Madrid	76,47	71,07	92,94	5,40	70,56	71,60
Murcia	74,46	66,06	88,72	8,40	65,27	66,84
Navarra	76,33	69,95	91,64	6,38	69,04	70,85
País Vasco	75,31	70,14	93,14	5,17	69,61	70,66
Rioja	75,92	71,66	94,39	4,26	70,77	72,55
Valencia	74,65	68,81	92,18	5,84	68,37	69,26
Ceuta y Melilla	74,56	67,87	91,03	6,69	66,50	69,13
España	75,29	68,52	91,01	6,77	68,39	68,66

% = (EVLD/ EV)\*100

ED = expectativa de discapacidad; LI = límite inferior del intervalo de confianza de la EVLD; LS = límite superior del intervalo de confianza de la EVLD.

**Tabla 20. Esperanzas de vida y esperanzas de vida libres de discapacidad por Comunidades Autónomas, Mujeres. España 1999.**

CCAA	EV	EVLD	%	ED	LI	LS
Andalucía	80,98	68,97	85,17	12,01	68,61	69,33
Aragón	82,68	74,57	90,19	8,11	73,90	75,23
Asturias	82,13	73,79	89,85	8,34	72,98	74,59
Baleares	81,46	73,54	90,28	7,92	72,63	74,45
Canarias	81,19	72,27	89,01	8,92	71,51	73,03
Cantabria	83,13	73,19	88,04	9,94	72,13	74,25
Castilla-La Mancha	82,41	71,95	87,31	10,46	71,37	72,53
Castilla y León	83,87	72,07	85,93	11,80	71,64	72,50
Cataluña	82,57	72,01	87,21	10,56	71,55	72,47
Extremadura	82,16	71,39	86,89	10,77	70,56	72,22
Galicia	82,54	72,35	87,65	10,19	71,87	72,83
Madrid	83,79	74,71	89,16	9,08	74,07	75,35
Murcia	80,87	68,82	85,10	12,05	67,95	69,70
Navarra	83,65	74,96	89,61	8,69	73,93	75,99
País Vasco	82,72	74,25	89,76	8,47	73,58	74,93
Rioja	82,40	76,73	93,12	5,67	75,63	77,83
Valencia	81,41	72,01	88,45	9,40	71,56	72,64
Ceuta y Melilla	80,71	67,73	83,47	13,34	65,96	68,78
España	82,31	72,21	87,73	10,10	72,07	72,36

% = (EVLD/ EV)\*100

ED = expectativa de discapacidad; LI = límite inferior del intervalo de confianza de la EVLD; LS = límite superior del intervalo de confianza de la EVLD.

A nivel Europeo, se ha encontrado una mayor Esperanza de Vida unida a una menor Esperanza de Vida Libre de Discapacidad en las personas mayores de países del sur de Europa (Italia y España) que en países del norte -Finlandia, Suecia y Holanda- (Minicucci et al, 2004).

El estudio *Envejecer en Leganés* muestra como la prevalencia de discapacidad disminuye en los sucesivos años de seguimiento de la encuesta entre 1993 y 2001. De esta manera, la prevalencia de discapacidad para AVD-b en la población mayor de 65 años sería del 16,8% en 1991 y del 14,3% en 2001.

Para las mujeres sería del 21,5 y del 18,1% en 1991 y 2001. En los hombres esta prevalencia es la mitad 10,2 y 9,0%, en 1991 y 2001. Por grupos de edad el porcentaje de dependientes se incrementa en los mayores de 85 y más años, reduciéndose en el grupo entre 65 y 85 años.

La conclusión que los autores ponen de manifiesto es que se está produciendo un retraso en la edad de inicio de la discapacidad para las AVD-b. Este retraso supone que las personas mayores tienen una buena capacidad funcional hasta, aproximadamente, los 85 años que les permite participar plenamente en la vida social (Otero et al, 2006).



**CAPÍTULO III. PROVISIÓN DE  
SERVICIOS EN CASCADA PARA  
PERSONAS MAYORES  
DEPENDIENTES.**

---





### **3. Capítulo III. Provisión de servicios en cascada para personas mayores dependientes.**

En este capítulo abordaremos conceptualmente el modelo de provisión de servicios en cascada, las bases teóricas que lo sustentan y las aportaciones, que sin lugar a dudas, ha tenido y continuará teniendo en la planificación de servicios, en el desarrollo y valoración de programas, en la estimación de costes y en los beneficios que la atención a la dependencia conlleva, tanto en empleo como en retornos económicos. No obstante, se hace necesario incorporar al mismo, criterios técnicos, empíricos, que nos permitan avanzar en la toma de decisiones entre unos u otros servicios, soslayando quizá de esta manera una de sus principales debilidades.

#### **3.1 Modelo de provisión de servicios en cascada para la atención de personas mayores dependientes: Conceptualización. Coste – eficacia y Coste – efectividad.**

La atención a las personas mayores con dependencia puede conceptualizarse desde un modelo basado en la **provisión de servicios en cascada**. (Lawton, 1977; Kastenbaun, 1990; Dengra et al, 1995; Dengra, 2000 y 2001; Yanguas y Pérez, 1997; Diputación de Granada, 2003).

El modelo de provisión de servicios en cascada indica que se han de proveer primeramente los servicios más comunitarios, en función de la autonomía de la persona dependiente (Evaluación funcional de las Actividades de la Vida Diaria Básicas e Instrumentales) y del apoyo social recibido, e ir avanzando hasta los servicios “más especializados” o de mayor coste.

Las características de este modelo permiten y determinan que el mayor o persona dependiente sea atendida en el servicio o programa que garantice la máxima autonomía y las mínimas restricciones ambientales “concepto de ambiente restrictivo”, así mismo se incrementa la salud objetiva y subjetiva, y se reducen los costes de intervención.

Directamente relacionado con el concepto de entorno menos restrictivo, se encuentra el lugar donde los mayores desean ser atendidos cuando tienen algún tipo de dependencia. En este sentido los mayores prefieren ser atendidos en 1º lugar en su casa, con apoyo domiciliarios (75-85%), en 2º lugar en residencias o similares (9-16%), y en 3º lugar en casa de familiares (4-6%). (Consejería de Trabajo y Política Social Región de Murcia, 2006; Instituto Edad y Vida, 2005; CIS, 1988). No obstante, al incrementarse la edad de los mayores dependientes, los de 75 y más años, se incrementa el porcentaje de los que prefieren ser atendidos en casa de familiares.

El perfil del mayor que desea ser atendido en casa de familiares responde a una mujer mayor de 75 años, sin estudios, viuda o separada (Instituto Edad y Vida, 2005).

**Tabla 21. Lugar donde los mayores desean ser atendidos. Instituto Edad y Vida, 2005.**

Subgrupo	En su propia casa con servicios a domicilio	En una residencia o similar	En casa de un familiar	p-Value*
Edad				0,050
55-60	78,5%	18,5%	3,0%	
61-65	79,4%	17,5%	3,2%	
66-70	75,5%	19,6%	4,9%	
71-75	76,4%	16,9%	4,9%	
76-80	81,5%	8,6%	9,9%	
+80	78,2%	10,3%	11,5%	
Nivel educativo				0,020
No tiene estudios	79,7%	10,6%	9,8%	
Primarios	77,0%	15,9%	7,1%	
Secundarios/Universitarios	77,4%	19,8%	2,9%	
Propiedad				0,000
Propiedad	78,4%	17,3%	4,4%	
Alquiler	73,1%	15,4%	11,5%	
Cedida	66,7%	4,8%	28,6%	
Sexo				0,776
Masculino	76,6%	19,0%	4,3%	
Femenino	77,9%	15,5%	6,7%	
Estado Civil				0,013
Casado/a	79,7%	16,3%	4,0%	
Soltero/a	83,6%	14,5%	1,8%	
Viudo/a	70,7%	17,8%	11,5%	
Separado/a	76,5%	11,8%	11,8%	
Voluntad cambio vivienda				0,025
Si	69,7%	22,4%	7,9%	
No	80,0%	14,6%	5,5%	
Dispuesto a pagar por mejora				0,390
Si	79,5%	16,3%	4,2%	
No	75,6%	17,5%	6,8%	
TOTAL	78,1%	16,3%	5,6%	

\* Chi-Cuadrado

El modelo de provisión de servicios en cascada se nutre del desarrollo conceptual y metodológico de la evaluación / valoración de programas o servicios (Vedung, 1997; Rossi y Freeman, 1989; Weiss, 1992; Amescua y Jiménez, 1996; Fernández-Ballesteros, 1995; Cardenal et al, 1994; Alvira, 1991; Cohen y Franco, 1993) y de los métodos de evaluación económica (Drummond et al, 1991; Cabasés, 1994). En este modelo se consideran tanto los costes del servicio como los resultados del mismo, asumiendo en este último caso que los resultados son similares en cada uno de los servicios analizados.

<b>¿Examinamos tanto los resultados como los costes?</b>			
<b>¿Comparamos dos o más servicios o programas?</b>		<b>no</b>	<b>si</b>
		<b>no</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Descripción solo de los resultados.</li> <li>Descripción solo de los costes.</li> </ul>
<b>si</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación de la eficacia / efectividad.</li> </ul>	<b>Análisis del coste eficacia / efectividad.</b>	

Entendemos “coste – eficacia”, cuando comparamos dos o más servicios considerando tanto el coste como los resultados (se consiguen unos determinados objetivos o logros planificados), en nuestro caso se presta un determinado servicio.

Entendemos por “coste – efectividad”, cuando comparamos dos o más servicios considerando tanto el coste como los efectos (se consiguen unos determinados efectos independientemente de los objetivos), en nuestro caso los efectos están relacionados con el número de personas o profesionales que intervienen directamente en la atención de la persona dependiente.

El modelo propuesto, ejemplificando el Análisis Coste-eficacia y Coste-efectividad, queda explicitado en la siguiente tabla.

**Tabla 22. Modelo de provisión de Servicios en Cascada.**

<b>Modelo de Provisión de Servicios en Cascada</b>	
•	<b>HOSPITALIZACIÓN.</b>
	↓
•	<b>RESIDENCIAS PARA ASISTIDOS.</b>
	↓
•	<b>CENTROS DE DÍA.</b>
	↓
•	<b>ACOGIMIENTOS FAMILIARES.</b>
	↓
•	<b>AYUDA A DOMICILIO Y TELEASISTENCIA.</b>
	↓
•	<b>INTERVENCIÓN COMUNITARIA:</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Preparación a la jubilación.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Habilidades sociales y resolución de problemas.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Programas comportamentales para la mejora de la memoria.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Otros.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Entrenamiento a familiares con personas dependientes.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Programa de respiro para cuidadores.</b>

Los servicios y programas reseñados con letras azules y rojas hacen referencia a los implementados por los Servicios Sociales objeto de esta investigación.

Respecto al **Análisis Coste-eficacia**, la evaluación de programas sociales, requiere evaluar todas sus fases. La última evaluación posterior a la eficacia, implica una evaluación económica de los mismos, en términos generales, diremos que un programa es más eficiente cuando consigue los mismos resultados que otro a menor coste, esto requiere, entonces, la comparación entre programas, Análisis Coste Eficacia -ACE-, (Rossi y Freeman, 1989; Weiss, 1992; Fernández-Ballesteros, 1995).

**Modelo de Provisión de Servicios en Cascada**  
**Coste – Eficacia. Persona / mes.**

7º. Hospitalización.....	7.300 € (1,2 millones pts).
6º. Residencia para asistidos.....	1.500 € (250.000 pts).
5º. Centro de Día para personas con demencia. ....	900 € (150.000 pts).
4º. Cuidadores/as Familiares. ....	439 € (73.000 pts).
3º. Ayuda a domicilio. ....	192 € (24.000 pts).
2º. Teleasistencia Domiciliaria. ....	22 € (3.652 pts).
1º. **Programas de intervención Comunitaria. ....	14 € (2.300 pts).

(\*\*Coste por persona.10 sesiones, 1 a la semana de 1,5 horas de entrenamiento y 1 hora de desplazamientos, 40 semanas al año (9 meses), 40 grupos al año de 25 personas, un 57% de la jornada de un profesional 24.100€ al año).

Referente al **Análisis Coste-efectividad**, hemos de decir que en este caso tenemos presente los beneficios colaterales que implica la toma de decisiones de aplicar un determinado programa o servicio, en este caso hacemos referencia a la generación de empleo.

**Modelo de Provisión de Servicios en Cascada**  
**Coste – Efectividad. Personal por usuario o cliente.**

- Residencias mayores dependientes. 0,4 / 0,6 profesionales por usuario.
- Centros de estancias diurnas. 0,4 / 0,6 profesionales por usuario.
- Cuidadores/as Familiares. Un persona / familiar por 1 usuario.
- Ayuda a domicilio: Para AVD-b: 0,21 – 0,51- 0,7 profesionales por usuario. Para AVD-i: 0,125 – 0,21 profesionales por usuario.
- Teleasistencia Domiciliaria. Un profesional cada 60 usuarios.
- Programas de intervención Comunitaria en Mayores. Un profesional por 1000 usuarios.

**3.2. Generación de empleo y retorno económico en los servicios y cuidados de larga duración.**

En la inversión necesaria en los cuidados de las personas dependientes no es todo gasto, implica también una importante generación de empleo y retornos económicos que “disminuyen” sustancialmente las aportaciones iniciales.

**a) Empleo y atención a la dependencia.**

La atención a las personas con dependencia se concreta fundamentalmente en actividades de cuidados personales. Expresado en términos de empleo se puede decir que la atención a la dependencia es muy intensiva en mano de obra. Por ello, hay que valorar de manera muy positiva los efectos que tendrá en el empleo, en una doble componente:

- Nuevos empleos que se crearían en los ámbitos público y privado por el resultado del desarrollo de los programas de atención.
- La liberación de mano de obra hoy apartada, total o parcialmente, del mercado laboral, por estar dedicada al cuidado de personas dependientes y que podrían incorporarse a la vida laboral.

La mayoría de esos empleos beneficiarán a colectivos que tienen especiales dificultades de inserción laboral (mujeres, trabajadores con escasa cualificación, desempleados de larga duración, jóvenes en busca de su primer empleo y trabajadores de más de 45 años), y contribuirán a bajar la tasa de desempleo, subir la tasa de actividad, luchar contra la temporalidad y disminuir el número de hogares en los que todos los miembros activos están en situación de desempleo. A pesar del avance del empleo en los últimos años, continúan existiendo en nuestro país déficits considerables, sobre todo en relación con la participación laboral de las mujeres, que soportan una tasa de paro que duplica a la de los varones (14,4% frente al 7,9%, según los últimos datos disponibles de la Encuesta de Población Activa, INE, 2004) y cuyas tasas de actividad y de empleo (57,5% y 49,2%) están muy por debajo de las de los varones en edad de trabajar.

La comparación con la media de los países de la Unión Europea muestra que las diferencias que todavía existen en materia de empleo se deben fundamentalmente a la deficitaria situación que atraviesa el colectivo de mujeres, cuya tasa de empleo dista más de 8 puntos de la media europea. Otro desequilibrio básico de mercado de trabajo en España es la alta temporalidad del empleo: en España el porcentaje de personas con contratos temporales respecto del total de asalariados (31,2%) es más del doble que en la Unión Europea.

Es muy improbable que España pueda resolver su problema estructural de desempleo sin una expansión muy notable de su Sistema de Bienestar (Educación, Salud,...) y muy en particular, del **sector de los servicios sociales** en el que las carencias son más marcadas en relación con la media de la UE. Es éste, sin duda, uno de los terrenos en los que nuestro nivel de convergencia con Europa es peor. Para homologarse con la media de la UE, España necesitaría crear más de 500.000 nuevos empleos en el sector socio-sanitario.

**Tabla 23. Indicadores comparativos sobre mercado de trabajo.**

	España	UE-25	Diferencia
<b>Tasa de actividad (1)</b>	<b>67,9</b>	<b>69,2</b>	<b>-1,3</b>
Varones	79,8	77,0	2,8
Mujeres	55,9	61,5	-5,6
<b>Tasa de empleo (1)</b>	<b>60,1</b>	<b>62,6</b>	<b>-2,5</b>
Varones	73,1	70,0	3,1
Mujeres	47,0	55,2	-8,2
<b>Tasa de paro (2)</b>	<b>10,5</b>	<b>8,9</b>	<b>1,6</b>
Varones	7,9	8,2	-0,3
Mujeres	14,4	9,9	4,5
<b>Tasa de paro jóvenes &lt; 25 años (2)</b>	<b>21,4</b>	<b>18,2</b>	<b>3,2</b>
<b>Tasa de temporalidad (1)</b>	<b>30,1</b>	<b>12,8</b>	<b>17,3</b>
Varones	28,0	12,0	16,0
Mujeres	33,1	13,7	19,4
<b>Empleo a tiempo parcial como porcentaje del empleo total (1)</b>	<b>8,4</b>	<b>16,6</b>	<b>-8,2</b>
Varones	2,6	6,9	-4,3
Mujeres	17,5	29,0	-11,5

(1) EUROSTAT. Estadísticas breves 17/2004. Situación en el primer trimestre de 2004.

(2) EUROSTAT. Situación a octubre de 2004

La estimación global es una generación neta de empleo de unos 262.735 puestos de trabajo a jornada completa en el horizonte de 2010, que pueden ascender a 330.432 considerando empleos a jornada parcial (135.393 a tiempo parcial y 195.039 a jornada completa). Empleos que pueden ser aún mayores al considerar actividades indirectas, especialmente derivas y relacionadas con la formación y prevención de riesgos laborales (Gallego, 2006; Vida Soria et, al 2006).

### **b) Retorno económico en los servicios y cuidados de larga duración.**

Los retornos económicos en la atención a la dependencia provienen de los factores siguientes:

- ✓ Parte del precio del servicio revierte de nuevo al Estado vía impuestos: I.V.A, I.R.P.F, Impuesto de Sociedades y las cuotas de la Seguridad Social tanto de la empresa como de los trabajadores.
- ✓ La aportación al precio del servicio que los usuarios realizan en función de sus ingresos.
- ✓ La contratación de nuevos trabajadores que supone una disminución del gasto del Estado en el seguro de desempleo.

Se estima en Teleasistencia Domiciliaria un retorno del 29%, en Ayuda a Domicilio un 70%, Centros de Estancia Diurna un 52 % y Residencias un 54 %, calculándose un 65% global de retornos (Martínez, 2001).

### **3.3. Mayores atendidos en los diferentes servicios: cobertura y eficacia de la cobertura.**

En los últimos años han proliferado en España los trabajos sobre la revisión de la utilización de recursos sanitarios, que pretenden identificar y reducir el uso inadecuado de los dispositivos asistenciales (**eficacia de la cobertura**).

Se entiende uso inapropiado o inadecuado aquel que, dado el estado del conocimiento y los medios disponibles, no coincide con el idealmente deseable. Aunque son muchos los aspectos de la inadecuación que se pueden analizar: prescripción farmacéutica, pruebas complementarias, etc., la mayoría de las investigaciones se centran en la utilización hospitalaria inapropiada (Meneu y Peiró, 1997; Meneu, 2000; Ruipérez et al, 2003), generándose y validándose instrumentos específicos para la valoración de la misma en este medio (Peiro et al, 1996).

No obstante, la eficacia en la cobertura en la atención sociosanitaria y atención a la dependencia comienza a ser ahora abordada (Garcés et al, 2006).

Una definición adecuada de **Eficacia en la cobertura** adecuada a nuestro contexto social consiste en la asignación de servicios de atención a la dependencia minimizando tanto el número de casos no atendidos que tienen necesidades, como el número de casos atendidos y no tienen necesidades. La eficacia en la cobertura se puede medir mediante la fórmula siguiente (Rossi y Freeman, 1989):

$$\text{Eficacia en la cobertura} = 100 \times \left[ \frac{\text{N}^\circ \text{ atendidos con necesidades de servicio}}{\text{N}^\circ \text{ total con necesidades}} - \frac{\text{N}^\circ \text{ atendidos sin necesidades de servicio}}{\text{N}^\circ \text{ total de atendidos en el servicio}} \right]$$

La fórmula produce un valor positivo de + 100 cuando se presta el servicio a toda la población con necesidades y no se atiende ningún caso sin necesidad en el servicio. Un valor - 100 indica que de todos los casos atendidos por el servicio ninguno de ellos tiene necesidad del mismo. Por ejemplo, si 100 sujetos necesitan ser atendidos por un servicio determinado y solo se atienden 70, la eficacia de la cobertura sería del +40%. Si de 100 con necesidad solo son atendidos 10 y 90 son atendidos sin necesidad, la eficacia de la cobertura es del -80%.

### 3.4. Provisión de programas y servicios en cascada, ¿Por qué utilizamos este modelo?.

La atención a las personas en situación de dependencia desde un modelo de provisión de servicios en cascada, permite abordar tanto el incremento de la población mayor dependiente como el descenso en el número de cuidadores/as informales que está sucediendo y que se acrecentará en un futuro.

Los datos sobre dependencia y personas con discapacidad en nuestro país, nos indican que tanto la discapacidad como las personas mayores requieren de una atención institucional creciente, máxime cuando la provisión de servicios actualmente es escasa, la atención prácticamente recae en la familia, esta población continuará creciendo y el 75% de los mayores desean vivir en casa, el 45% incluso si necesitan ayuda de otra persona (CIS, 1998). En la encuesta sobre “Condiciones de vida de los mayores 2006” (CIS e IMSERSO, 2006) el 77,1% de los mayores responde en 1º lugar, que en caso de necesitar ayuda preferiría vivir en casa con atención y cuidados, frente al 10,6% con los hijos y 4,5% permanentemente en una Residencia, en 2º lugar responden en un 33% con los hijos, 10,3% en casa con atención y cuidados y 10,2% permanentemente en una residencia. Cuando sumamos 1º y 2º lugar: 87,4% en su domicilio, 43,6% con los hijos y 14,70 en Residencias. Esto sitúa a los hijos frente a residencias en una relación del 66,28% frente al 3,72 % (2 de cada tres prefieren a los hijos).

Referente a quién debe atender a los mayores la mayor parte de los individuos opina que las principales instituciones que deben hacerse cargo del cuidado de nuestros mayores, las personas discapacitadas o enfermas, son el Estado y las familias de forma conjunta 56,1%, un 25,8% opina que la labor del cuidado de sus parientes con edades avanzadas, debe encomendarse únicamente a las familias y un 18,1% piensa que es el Estado, a través de los servicios públicos, el que debe encargarse de la atención y necesidades de las personas mayores (IESA, 2007).

En el estudio sobre condiciones de vida de los mayores de septiembre 2006 del CIS (CIS e IMSERSO, 2006), un 5,5% opina que son las familias quienes han de ocuparse de la atención de los mayores, un 11,9% el Estado y 33,3% la Administración y la familia participa y 42,6% la familia y la Administración participa.

Como hemos señalado anteriormente, el 9% de la población española presenta algún tipo de discapacidad (más de 3,5 millones en 1.999), donde el 58,7% de los mismos son personas mayores de 65 años. Específicamente y respecto a los mayores dependientes, encontramos que el 6% de los mismos tienen problemas con las AVD básicas y el 26% con las AVD instrumentales. Hemos de añadir a estos datos que el 17% de los mayores vive solo y el 80% manifiestan sentirse solos.

Cuando analizamos la atención prestada sea institucionalmente o informalmente (ayuda principalmente de familiares) encontramos que la cobertura de plazas residenciales del 4% (4 plazas por cada 100 mayores), recomendándose el 5%; la Ayuda a Domicilio presenta una cobertura del 4,09%, en España, recomendándose el 8%; la Teleasistencia Domiciliaria presenta una cobertura del 3,5%, recomendándose un 12% de las personas que viven solas; los Centros de Estancias Diurnas presentan una cobertura del 0,64%, recomendándose el 1%. Los Programas Comunitarios de Entrenamiento a Mayores y Familias no están generalizados en nuestro país, coberturas no dignas de análisis (Formación a cuidadores, Programas de respiro, Preparación a la jubilación, Habilidades sociales y Resolución de problemas, etc). Se ha constatado además que en personas dependientes la relación entre ausencia o desvinculación de la red de apoyo con mayor uso de servicios, mayor probabilidad de institucionalización y disminución del bienestar personal (Domínguez-Alcon, 1998; Dengra, 2002; IMSERSO, 2006).

Los datos referentes a la deficitaria cobertura de atención institucional se agravan en tanto que la atención recae en la familia, la mujer. Que más del 70% son mujeres con una edad media de 53 años (INSERSO, 1995a y b; 2005 a y b). Si a esto añadimos que los potenciales cuidadores están y continuarán disminuyendo posiblemente, si no se implementan las actuaciones pertinentes, el futuro no sea muy halagüeño.

De estas manera se puede constatar que los potenciales cuidadores informales están disminuyendo desde los años cincuenta, pasándose de 5,18 mujeres entre 45-60 años por mayor de 75 y más años en la década de los cincuenta a 2 o menos en la década próxima (Fernández Cordón, 1992. Informe español para el observatorio europeo).

Los cambios demográficos debidos al envejecimiento de la población, con gran aumento sobre todo de mayores de 80 años, provocan un aumento de la presencia de problemas crónico-degenerativos y por tanto de ancianos dependientes, así como un debilitamiento de la estructura familiar (Herrera, 1998) y con ello una menor disponibilidad de miembros cuidadores.

A todo ello, debemos sumar los cambios en la estructura y dinámica socio-familiar (Llitrà i Virgili, 1998), como son la pérdida de la familia como institución permanente, la diversificación de los modelos de convivencia, la justa incorporación de la mujer al mercado laboral, la modificación parcial del rol y de la posición de la mujer hacia posiciones más equitativas, la democratización de las relaciones, la permanencia de los hijos en el hogar, la disminución de las dimensiones de la vivienda o la mayor movilidad geográfica, este conjunto de factores provocan una menor disponibilidad de cuidadores informales en el domicilio.

Podemos concluir que la tendencia decreciente en la disponibilidad de cuidadores no remunerados, cuya disponibilidad se ha reducido prácticamente a la mitad en los últimos cuarenta años (Llitrà i Virgili, 1998), reduciéndose hasta en un 60% en el 2011 según



estimaciones (Fernández Cordón, 1995) y, los cambios en la estructura de la red informal podrían provocar a corto y medio plazo una crisis del sistema de provisión de cuidados (Bazo y Domínguez-Alcon, 1996; García Calvente y Mateo-Rodríguez, 1993).

**Tabla 24. Proyección de ratio de cuidadoras por mayor de 65, 70 y 75 y más años (años 1950 – 2011).**

Años	Índice A	Índice B	Índice C
1.950	1,61	2,68	5,18
1.970	1,34	2,18	3,98
1.991	1,01	1,53	2,46
2.011	0,96	1,35	2,00

$$\text{Índice A} = \frac{\text{Número de mujeres entre 45 - 60 años.}}{\text{Población de mayores de 65, 70, 75 y más años.}}$$

### 3.5. Debilidades en el modelo de provisión de servicios en cascada para la atención de personas mayores dependientes: necesidad de avanzar en la toma de decisiones.

El modelo de provisión de servicios en cascada asume implícitamente que al ordenar los servicios en función de los parámetros 1) coste – eficacia y 2) ambiente menos restrictivo (de los servicios más comunitarios a los más especializados), con la valoración del apoyo social recibido para la realización de las AVDs básicas e instrumentales y la valoración de la autonomía personal del mayor (capacidad en la realización de AVDs básicas e instrumentales) es suficiente para una correcta ubicación del mayor dependiente.

Esta asunción implícita, implica necesariamente que el mayor, independientemente de su capacidad funcional, pueda ser atendido en cuales quiera servicio, más explícitamente:

- 1) el nivel de dependencia para la entrada en los mismos, a partir de un mínimo necesariamente subjetivo, se considera esencialmente no relevante para la elección del servicio o programa (realización de AVDs básicas e instrumentales).
- 2) los factores asociados a la dependencia (Deterioro cognitivo, depresión, relaciones familiares, apoyo percibido, percepción de salud, riesgo de caídas, satisfacción, presencia o ausencia de familiares y barreras...) son irrelevantes o no son considerados criterios diferenciales para la elección de uno u otro servicio.

Trasladando esta conceptualización a la Ley de Dependencia, los mayores independientemente del Grado y nivel de dependencia, a partir de una determinada valoración, podrían recibir cualquier servicio especificado en la cartera de servicios y eso es realmente lo que ocurre (1º Borrador sobre servicios y grado de dependencia. IMSERSO 29 Enero 2006; RD 727 de 8 Junio 2007 y Orden de 3 Agosto de 2007 sobre intensidad de los servicios, a nivel nacional el Real Decreto y andaluz la Orden).

No obstante, aunque bien es cierto que la toma de decisiones se realizará mediante el Programa Individual de Atención desde los Servicios Sociales Comunitarios, no lo es menos, que no conocemos realmente si los servicios responden o no, en la actualidad, a diferentes grados y niveles de dependencia y si factores como el deterioro cognitivo, depresión, etc. son relevantes para la toma de decisiones.

**Creemos que un modelo de provisión de servicios en cascada para personas dependientes, mejorará en su conceptualización y permitirá una mejor atención del mayor dependiente si desde ahora abordamos sus debilidades, incorporando las mejoras en los futuros Proyectos Individuales de Atención. Como consecuencia de una asignación más idónea de los recursos (servicios), derivando a cada persona usuaria en situación de dependencia al servicio más adecuado en función de sus necesidades de atención y sus circunstancias biopsicosocofamiliares y entorno, mejoraremos los índices de coste – eficacia y eficacia de la cobertura.**

Ello exige un desarrollo equilibrado del conjunto de los programas de atención a la dependencia, superando la situación actual que genera cuellos de botella o demandas excesivas hacia las residencias, por la escasa oferta de centros de estancias diurnas, apoyo a familias cuidadoras, teleasistencia o ayuda a domicilio de una intensidad suficiente.

Estos elementos, modelo de provisión de servicios en cascada mejorado, coste – eficacia de los mismos, empleo generado y eficacia en la cobertura, nos han de llevar a establecer los mecanismos pertinentes para ubicar a la persona mayor dependiente en el servicio más adecuado, de ahí el objeto de esta investigación. No obstante, la aplicación de un modelo científicamente validado a ser empleado por los profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios para la toma de decisiones requerirá, sin duda alguna, de formación exhaustiva en el mismo.



**CAPÍTULO IV. VALORACIÓN  
PSICOSOCIAL EN LAS PERSONAS  
MAYORES: VARIABLES  
RELEVANTES**

---



#### 4. Capítulo IV. Valoración psicosocial en las personas mayores: Variables relevantes.

Dos son los objetivos fundamentales del presente capítulo (1) revisar los modelos teóricos y la evidencia empírica que justifica que conjunto de variables son las relevantes para ser incluidas en la toma de decisiones respecto al servicio idóneo y (2) que instrumentos de valoración y características han de tener estos para medir las variables seleccionadas.

En función de las conclusiones extraídas de ambos objetivos abordaremos la importancia de cada una de las variables seleccionadas y la evidencia científica que nos hace incorporarlas, en principio, a un modelo empírico y matemático, para la toma de decisiones sobre el servicio idóneo para atender a las personas mayores en situación de dependencia.

##### 4.1. Modelo para la elección de variables relevantes.

El fenómeno del envejecimiento de la población, la aparición de una nueva conceptualización de la vejez: <<vejez competente>> o <<la vejez con éxito>> (successful aging, healthy aging), las nuevas demandas y necesidades del colectivo, en especial aquellas necesidades relacionadas con los problemas de autonomía personal y dependencia, ha supuesto que los agentes sociales, las instituciones y los organismos internacionales públicos (como la Unión Europea) insten y promocionen programas con el objetivo de atender las situaciones de dependencia y posibilitar una vejez con éxito ("vejez con una baja probabilidad de enfermedad y discapacidad o dependencia, asociada a un alto funcionamiento cognitivo, capacidad física funcional y compromiso activo con la vida" -Rowe y Kanhn, 1997-).

Nuestro objetivo consiste primeramente en conocer las características diferenciales entre el envejecimiento natural (habitual), el envejecimiento patológico y el envejecimiento óptimo (Baltes y Baltes, 1990) para posteriormente intervenir tanto en la dependencia como en su prevención (Fernández - Ballesteros, 2007).

Una vejez competente es la otra cara de la moneda de una vejez asociada a dependencia y necesidad de ayuda, una manera de abordar la búsqueda de las variables relevantes asociadas a ambas viene determinada por los datos y la información aportada desde modelos de competencia, modelos ecológicos sobre el envejecimiento y programas de prevención dirigidos a la población mayor.

No es nuestro propósito realizar un análisis de las diferentes teorías sobre el envejecimiento, ni siquiera una clasificación de las mismas (véase Rubio, 2004; Yuste, 2004; Gallardo, 2004; Muñoz, 2002; Belsky, 2001 –original 1999-; Fernández – Ballesteros, 2000) en tanto que su número profuso, difuso y confuso a veces, aporta no más que cierto interés académico. Son también numerosos los modelos ambientales aplicados a la población mayor (Izal y Fernández - Ballesteros, 1990), siendo los modelos ecológico - comportamentales no aplicados específicamente a la vejez y los modelos contextuales evolutivos aplicados a lo largo del ciclo vital desde la gerontología comportamental (Baltes y Barton, 1979; Carstensen, 1988) esencialmente útiles y prácticos en la búsqueda de variables que afectan a la autonomía o dependencia de la persona mayor y al diseño de programas de actuación (Montorio e Izal, 1999).

Desde una perspectiva global, desde los modelos aplicados a la salud, una baja probabilidad de enfermedad y discapacidad o dependencia, está asociada con variables biopsicosociales y ambientales, de manera que (Carrobles, 1985; Polaino-Lorente, 1987; Costa y López, 1986; Reichart y Cabrero, 1985; Ribes, 1990; Roales-Nieto, 2004):

- Cuando se estudian los diferentes factores que inciden sobre la salud y la calidad de vida se encuentran por orden de importancia decreciente: el medio ambiente, comportamiento de

las personas, los sistemas de protección de la salud y servicios sociales, y por último la biología humana.

- Cuando se abordan los problemas de protección de la salud (dependencia), desde modelos de competencia (Albee, 1980; Costa y López, 2006), se obtiene la siguiente ecuación:

$$\text{Prevalencia / incidencia de Los problemas de salud} \Rightarrow \frac{\text{Factores ambientales + Factores individuales / Comportamentales + Factores biológicos}}{\text{Acceso y disponibilidad de recursos (Recursos personales, Recursos sociales y Sistemas de protección, Recursos económicos)}}$$

Desde modelos aplicados a la discapacidad, en este caso discapacidad intelectual, el avance ha sido continuo e importante. El modelo de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo hace referencia a las condiciones de vida deseadas por una persona en relación a ocho necesidades fundamentales (dimensiones): Bienestar físico, Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Inclusión social, Desarrollo personal, Bienestar material, Autodeterminación y derechos (Verdugo et al, 2006; Schalock y Verdugo, 2002; Schalock y Verdugo, 2003 a y b; Verdugo, 2006).

Este modelo, aún partiendo de la discapacidad intelectual tiene una progresiva implicación de su uso para todos los servicios sociales (Schalock, 2005 y 2006; Verdugo et al, 2006; Verdugo y Schalock, 2006; Jenaro et al, 2006).

Modelo de Calidad de Vida de Shalock y Verdugo	
DIMENSIONES	INDICADORES
1. Bienestar Físico	Salud, Actividades de la vida diaria, atención sanitaria, ocio
2. Bienestar Emocional	Satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés
3. Relaciones Interpersonales	Interacciones, relaciones, apoyos
4. Inclusión Social	Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales
5. Desarrollo Personal	Educación, competencia personal, desempeño
6. Bienestar Material	Estatus económico, empleo, vivienda
7. Autodeterminación	Autonomía/control personal, metas/valores personales, elecciones
8. Derechos	Derechos Humanos, derechos legales

Las dimensiones de Calidad de Vida que se contemplan en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual hacen referencia especialmente al (1) Bienestar físico, (2) Bienestar emocional, (3) Relaciones interpersonales, (4) Inclusión social y (5) Desarrollo personal (Verdugo y Schalock, 2001; Schalock y Verdugo, 2003).

Una perspectiva contextualista (Baltes y Silverberg, 1994; Horgas et al, 1996) incorpora variables biopsicosociales para describir y explicar los cambios a lo largo del ciclo vital. De esta manera es posible entender que los cambios en la madurez o el envejecimiento son multidimensionales, los padrones biológicos (visión, audición, resistencia física etc) pueden disminuir con los años, mientras que padrones psicológicos como la sabiduría o la experiencia pueden incrementarse con la edad. En cada dimensión biológica, psicológica o social las personas difieren en un modo u otro dependiendo de la interacción entre diferentes variables, clase social, constitución biológica, experiencias pasadas y presentes, o generación a la que pertenecen.

En una visión multidimensional, desde modelos ecológico-comportamentales aplicados a la dependencia, el análisis de los factores antecedentes de las situaciones de dependencia permite la determinación de cuales son los factores físicos (biomédicos), psicológicos

(comportamentales) y contextuales (ambiente físico y social) que pueden estar interactuando (Montorio, 1997; Montorio y Losada 2004; Pérez y Yanguas, 1998):

<b>Factores físicos</b>	Fragilidad física	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌚ El deterioro de sistemas biológicos del organismo (cardiovascular, respiratorio, muscular, etc) provocan deterioro de fuerza física, movilidad, equilibrio, resistencia, etc. que se asocia a una disminución de las Actividades de Vida Diaria instrumentales.</li> <li>⌚ Es importante hacer constar las diferencias individuales en este declive biológico, que puede ser prevenido, retardado e incluso restablecido.</li> </ul>
	Enfermedades crónicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌚ Algunas enfermedades físicas crónicas que se dan en la vejez como son la osteoporosis, osteoartritis, ACV, etc., así como las limitaciones sensoriales contribuyen al aumento de discapacidad y dependencia física.</li> </ul>
	Utilización de fármacos	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌚ La alta prevalencia de enfermedades entre las personas mayores provoca, elevados índices en el consumo de fármacos, que conlleva en ocasiones importantes efectos secundarios, así como interacciones farmacológicas no deseadas.</li> <li>⌚ Ejemplo: confusión, deterioro cognitivo, aplanamiento afectivo, etc., son síntomas conductuales que pueden venir derivados del consumo de fármacos. Esta cuestión, tiende a aumentar la dependencia física y contribuyen a la dependencia conductual.</li> </ul>
<b>Factores psicológicos</b>	Trastornos mentales	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌚ Algunos trastornos mentales, como la depresión cuya sintomatología es frecuente en personas mayores, contribuyen significativamente a la dependencia en las personas mayores.</li> <li>⌚ Además, la sintomatología depresiva se asocia a aislamiento social, quejas físicas, declive cognitivo y funcional, factores que contribuyen a la dependencia conductual.</li> <li>⌚ Especial atención requiere la demencia en general y la enfermedad de Alzheimer en particular, ya que se calcula que al menos un tercio de las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer en sus estados iniciales y medios, pueden sufrir problemas de depresión.</li> </ul>
	Factores de personalidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌚ Como es sabido, las experiencias y aprendizajes a lo largo de la vida influyen en diferencias en cuanto a las demandas y aceptación de ayuda de los demás ante las distintas situaciones de la vida cotidiana, lo cual hace que sean más o menos dependientes.</li> <li>⌚ Algunas características de la “personalidad dependiente” pueden aumentar el riesgo de padecer trastornos de salud física y mental, y por lo tanto, aumentar la dependencia.</li> </ul>
<b>Factores contextuales</b>	Ambiente físico	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌚ Un ambiente físico rico a nivel estimular, con suficientes ayudas protésicas, que conjuguen adecuadamente la autonomía y la seguridad, contribuyen a que las personas mayores funcionen en unos niveles óptimos de ejecución. Al contrario, se puede incrementar la dependencia conductual.</li> </ul>
	Ambiente social	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌚ Relacionados con el ambiente social que puede favorecer, o por el contrario, prevenir situaciones de dependencia.</li> <li>⌚ Ejemplos: interacciones que se establecen entre la persona mayor y sus cuidadores; así como expectativas y estereotipos sobre la dependencia, el cuidado, etc.</li> </ul>

La investigación nos muestra las características generales de los programas de prevención exitosos (Price et al, 1988; Bermúdez, 1993) y, las dificultades y críticas que estos llevan consigo (Dengra y Durán, 1988; Bermúdez, 1993; Buendía, 1991). La utilidad de los mismos en la prevención, retraso de la dependencia en los mayores y variables asociadas está ampliamente constatada (Dengra, 2002). De especial relevancia son los programas educativos en relación con el rendimiento cognitivo en la vejez y las estrategias de enseñanza y aprendizaje (Calero et al, 2000; Calero, 2002-2006; Pichardo et al, 2004; Justicia et al, 2000).

La selección de las variables relevantes que hemos incluido en la investigación desde una perspectiva ecológica comportamental, esta realizada siguiendo tres criterios básicos: en primer lugar, variables que puedan ser evaluadas directamente por profesionales del ámbito social (Psicólogos y Trabajadores Sociales fundamentalmente); en segundo lugar, que tengan la suficiente evidencia empírica, científica para ser consideradas y, en tercer lugar, que contemplen factores personales/comportamentales, ambientales, biológicos y, el acceso y disponibilidad de recursos.



En la valoración de factores biológicos hemos considerado exclusivamente si la persona es insulino dependiente, en tanto que puede ser evaluada directamente mediante la información del mayor o persona que lo cuida, otros aspectos biomédicos, son evaluados de manera indirecta a través del consumo de fármacos, uso de prótesis y órtesis, y riesgo de caídas.

La valoración biomédica y actuaciones específicas en la población mayor (SAS, 1992) que sin lugar a dudas es importante (Accidente Cerebro Vascular, Úlceras, Anemia, Artrosis y artritis, Hipertensión, Cardiopatías, etc.) van más allá del objetivo de esta investigación, proporcionar herramientas a los profesionales de servicios sociales. En todo caso esta valoración, es contemplada en la Ley de Dependencia, siendo obligatorio el informe médico.

Aunque todas las variables valoradas mantienen una importante interrelación, una clasificación clara y concisa que ordene la exposición sobre evidencia científica dentro de un modelo ecológico – comportamental queda como sigue:

- Factores individuales/comportamentales:

(1) Variables relacionadas con el mayor (Edad, Género, Estudios, Estado Civil, Capacidad funcional, Capacidad Cognitiva, Depresión, Satisfacción vital y Salud percibida).

(2) Variables relacionadas con el cuidador/ra (Sobrecarga, Edad, Sexo, Estudios, Situación laboral y Relación de parentesco con el mayor dependiente).

- Factores ambientales:

(3) Entorno físico – arquitectónico donde reside el mayor (Presencia o ausencia de barreras arquitectónicas y Equipamientos del hogar.).

(4) Entorno social (Red social: Número de personas con las que convive el mayor; Familiares dentro y fuera del municipio).

- (5) Disponibilidad y acceso a recursos (Recursos económicos, Lugar donde vive, Medio comunitario y/o Entorno residencial).

- (6) Variables relacionadas con la interacción de factores individuales y ambientales (Relaciones familiares, Apoyo sociofamiliar, Episodios de maltrato).

- (7) Variables relacionadas con la interacción de factores individuales/comportamentales, biológicos y ambientales (Riesgo de caídas, Consumo de fármacos, Uso de prótesis y órtesis)

#### **4.2. Valoración psicosocial: instrumentos de valoración.**

La medición es un factor fundamental en la atención de la persona mayor dependiente, no obstante no existen acuerdos mayoritariamente aceptados sobre (1) la identificación de los factores importantes a ser medidos y (2) las técnicas o instrumentos empleados para hacer las mediciones (Kane y Kane, 1993).

Son muy numerosos los factores que podemos tener en consideración en la valoración del mayor dependiente y múltiples las clasificaciones y subclasificaciones (Fernández Ballesteros et al, 1992; Salgado y Alarcón, 1993; Montorio, 1994): salud física (objetiva y subjetiva o percibida), habilidades para cuidarse de sí mismo y del entorno (AVD-b y AVD-i), funcionamiento afectivo (depresión y ansiedad), funcionamiento intelectual o mental (memoria, demencia), funcionamiento social (apoyo social objetivo y percibido, habilidades sociales), entorno ambiental (entorno físico y barreras arquitectónicas, satisfacción con el entorno donde se reside, ayudas técnicas).

Si amplias pueden ser las clasificaciones, los instrumentos para medir los diferentes factores son muy muy diversos y numerosos, en tanto que: proceden de diferentes ámbitos disciplinares, presentan diferentes grados de validez y fiabilidad, los tiempos de aplicación pueden ser extensos o breves, o permiten evaluar uno o varios factores -instrumentos multidimensionales- (Querejeta, 2004; Izal y Montorio, 1999; Fernández Ballesteros et al, 1992; Salgado y Alarcón, 1993; Montorio, 1994).

La necesidad de unificar criterios que en principio es deseable, en la práctica, hemos de diferenciar dos aspectos importantes como criterios de selección y homogeneización: (1) screening o cribado y (2) valoración o monitorización.

Los **instrumentos de screening** han de ser fáciles y rápidos en su pasación, prácticos y de bajo coste, estando indicados cuando el número de sujetos a ser evaluados es numeroso y el objetivo es la toma de decisiones respecto al servicio o servicios adecuados para el mayor dependiente. Consideraciones a la hora de elegir un instrumento de screening:

-Fiabilidad del mismo (García, 1993). La fiabilidad se define como la capacidad de obtener el mismo resultado, en ausencia de cambio real, con mediciones repetidas. Podemos distinguir tres tipos: fiabilidad interobservadores, fiabilidad intraobservadores o fiabilidad test-retest (capacidad del mismo evaluador de conseguir el mismo resultado con mediciones repetidas y la consistencia interna (coeficiente alfa), esta última es la más utilizada en los instrumentos utilizados en la valoración.

- Validez es la capacidad de un instrumento de medir o reflejar las características que pretende valorar. Existen diferentes tipos de validez (García, 1993): Validez de contenido (nos dice hasta que punto los ítems son una muestra adecuada del campo de interés del mismo). Validez de criterio (pone en relación la medida obtenida en el instrumento con un criterio externo). Y validez de constructo (indica que atributos está midiendo el instrumento).

- Sensibilidad (es el grado en que el instrumento de valoración capta todos los casos positivos, es decir ante los mayores con dependencia el instrumento los clasifica como mayores dependientes) y especificidad (es el grado en que el instrumento de valoración capta todos los casos negativos, es decir ante los mayores sin dependencia el instrumento los clasifica como mayores no dependientes).

Habitualmente en el establecimiento del punto de corte en las diferentes pruebas de screening, se toma una decisión conservadora, basada en el principio de que es mejor incluir en el tratamiento o intervención a personas que no lo necesiten que dejar a sujetos fuera de la intervención necesítandolo, incrementar la sensibilidad es la elección. En la atención a la dependencia, en muchos casos hemos de optar por la institucionalización (Residencias, Centros de Estancias Diurnas) versus atención en la comunidad (Ayuda Domiciliaria, Teleasistencia, Familias Cuidadoras), en este caso en la elección es prioritaria la especificidad (Kane y Kane, 1993; Rey, 1989).

Cuando la cumplimentación de una escala se realiza con el objetivo de clasificación y detección inicial, y unido a esto, cuando la cobertura necesaria de servicios tanto de promoción de la autonomía personal como de atención y cuidado implican un gran número de efectivos, no tendremos más opción que contar con instrumentos de screening. Se recomienda de manera general no más de 7-9 ítems para las AVD - Básicas y 7-11 ítems para las AVD – Instrumentales (Fernández - Ballesteros et al, 1992).

La **valoración o monitorización** implica una evaluación posterior al screening, más exhaustiva que el screening, desembocando en conclusiones diagnósticas detalladas e implementación de estrategias individualizadas de intervención. Estas valoraciones multidisciplinarias (Médicos/as, Psicólogos/as, Trabajadores/as Sociales), son específicas de cada servicio y requieren más tiempo y mayor coste económico (Del Barrio, 2003; Montorio e Izal, 1999; Montorio, 1994).

Podemos concluir subrayando la necesidad de disponer de pruebas de screening, con suficiente validez y fiabilidad, para ser utilizadas de manera homogénea por los Servicios Sociales Comunitarios en la valoración de la dependencia y en la toma de decisiones, que garanticen una atención de calidad hacia los mayores –servicio idóneo- y, garantizando además su factibilidad y aplicabilidad en tanto su bajo coste y sencillez en la pasación.

En la presente investigación son 14 los instrumentos de valoración de screening utilizados para valorar las variables seleccionadas expuestas en el apartado anterior sobre modelos para la elección de variables relevantes (Anexo 4):

- Identificación y Datos Generales. 1 Instrumento.
- Valoración de las Actividades de la Vida Diaria Básicas e Instrumentales (AVD-B y AVD-I). 4 Instrumentos.
- Valoración Estado Mental (demencia). 1 Instrumento.
- Valoración del Funcionamiento Afectivo (Depresión / Satisfacción en la vida). 2 Instrumentos.
- Valoración del Apoyo Sociofamiliar y Relaciones Familiares. 2 Instrumentos.
- Valoración Salud Objetiva y Subjetiva. 1 Instrumento.
- Valoración Salud: Riesgo de Caídas y Uso de Prótesis y Órtesis. 1 Instrumento.
- Valoración de la Sobrecarga de Cuidados en Cuidadores Familiares. 1 Instrumento. Esta es la única prueba que no se pasa directamente al mayor.
- Valoración sospecha de maltrato hacia el mayor. 1 Instrumento.

La duración, inicialmente prevista, para la valoración de la persona mayor se estima entre 90 minutos y 120 minutos (1,5 – 2 horas).

#### **4.3. Evidencia científica de las variables seleccionadas.**

El orden expositivo en este apartado, tal como quedo expuesto anteriormente sobre el modelo ecológico - comportamental, es el siguiente:

- (2) Variables relacionadas con el mayor (Edad, Género, Estudios, Estado Civil, Capacidad funcional, Capacidad Cognitiva, Depresión, Satisfacción vital y Salud percibida).
- (3) Variables relacionadas con el cuidador/ra (Sobrecarga, Edad, Sexo, Estudios, Situación laboral y Relación de parentesco con el mayor dependiente).
- (4) Entorno físico – arquitectónico donde reside el mayor (Presencia o ausencia de barreras arquitectónicas y equipamientos del hogar).
- (5) Disponibilidad y acceso a recursos (recursos económicos, lugar donde vive, medio comunitario y/o entorno residencial).

(6) Entorno social (Red social) y (6) Variables relacionadas con la interacción de factores individuales y ambientales (Relaciones familiares, Apoyo sociofamiliar, Episodios de maltrato).

(7) Variables relacionadas con la interacción de factores individuales/comportamentales, biológicos y ambientales (Riesgo de caídas, consumo de fármacos, uso de prótesis y órtesis).

#### **4.3.1. Variables relacionadas con el mayor (Capacidad funcional, Capacidad cognitiva, Depresión, Satisfacción vital y Salud percibida).**

De las variables relacionadas con el mayor analizaremos específicamente: Capacidad funcional, Capacidad Cognitiva, Depresión, Satisfacción vital y Salud percibida. La edad, género, estudios y estado civil son descritas en tanto puedan existir diferencias respecto a las primeras.

#### **Capacidad funcional.**

La Capacidad Funcional es entendida conceptualmente como el conjunto de habilidades necesarias para cuidarse de sí mismo y del entorno próximo (Fillenbaum, 1984), llegándose al consenso de dividirla en dos grandes grupos jerárquicos: Actividades de la Vida Diaria Básicas y Actividades de la Vida Diaria Instrumentales (Fernández-Ballesteros et al, 1992), posteriormente se incorporan a la clasificación las Actividades de la Vida Diaria Avanzadas (Reuben, 1999; Moruno, 2006).

Las *Actividades de la Vida Diaria Básicas* AVD-B se corresponde con las habilidades de autocuidado en diferentes áreas: comer por sí mismo (utilizar cuchara, tenedor, beber en vaso...), bañarse o ducharse, arreglo personal (peinarse, afeitarse, lavarse cara y manos...), usar el servicio y controlar esfínteres, vestirse y desvestirse, movilidad (trasladarse cama sillón, desplazamiento por interiores y exteriores...).

Las *Actividades de la Vida Diaria Instrumentales* AVD-I están integradas por un conjunto más complejo de habilidades necesarias para llevar una vida independiente: Limpieza del hogar (quitar el polvo, barrer y fregar suelos, fregar platos, hacer camas...), hacer compras, lavar y arreglar ropa, Cocinar (planificar y preparar), usar el teléfono, manejar dinero (pagar alquileres, cambiar y administrar dinero...), Desplazarse (mediante vehículo propio o transporte público)

Las *Actividades de la Vida Diaria Avanzadas* AVD-A: engloban una serie de actividades especialmente complejas, segregadas de las AVD-I donde inicialmente estaban incluidas. Son conductas elaboradas, de control del medio físico y del entorno social, que permiten al individuo desarrollar un rol social, mantener una buena salud mental y disfrutar de una excelente calidad de vida; incluyen actividad física (ejercicio, deporte...) y actividades sociales (viajes, aficiones...).

La pérdida de estas capacidades y el número creciente de mayores con las mismas, trae importantes repercusiones a nivel (1) personal, de pérdida de autoestima y fuerte impacto emocional (Baltes y Werner-Wahl, 1990, Reitzes et al, 1995), influencia en la percepción de autoeficacia (Hill et al, 1992), afectando negativamente a la salud física y psicológica de sus cuidadores (Pinquart y Sörensen, 2003) e incluso rechazo cuando existen problemas en el aseo personal y la higiene (Patterson y Eberly, 1983) y, (2) social y económica, en tanto es la familia la encargada de la atención en un importante número de casos y de las instituciones en el resto a través de diferentes servicios (véase capítulos I y II). En conjunto, las capacidades funcionales disminuídas, la vulnerabilidad hacia los problemas de salud y dependencia conllevan una mayor fragilidad del mayor, repercutiendo en la tasa de institucionalizaciones y en el gasto (Elípe, 2005).

La importancia de su valoración deriva de dos facetas interrelacionadas (Fernández-Ballesteros et al, 1992; Kane y Kane, 1993), la posibilidad de diseñar programas de intervención y rehabilitación en diferentes contextos y la planificadora de servicios, siendo esta última la relevante en esta investigación.

Son múltiples y numerosos los instrumentos para la valoración de las AVD, desde perspectivas unidimensionales (Índice de Katz para básicas...), o multidimensionales (OARS, 1978 que valora diferentes áreas, actividades de la vida diaria, salud mental y física, económica y social...), utilizándose diferentes técnicas como la observación (directa o retrospectiva por profesionales o personas que tienen un estrecho contacto con el mayor), entrevista y autoinformes y, presentando todos ellos diferentes características psicométricas de fiabilidad, validez y sensibilidad / especificidad.

De manera general las AVD-I al ser más complejas que las AVD-B pueden estar influenciadas por variables sociales y culturales, ya que muchas de ellas han sido realizadas tradicionalmente por mujeres en función de roles previamente establecidos, no reflejando el verdadero nivel de capacidad del mayor. Unido a esto, las AVD-I son difíciles de medir en entornos institucionalizados al no existir oportunidades para su realización, presentando su máxima utilidad en sujetos que residen en el medio comunitario (Salgado y Alarcón, 1993). En el análisis de tres trabajos sobre 4.505 residentes en la comunidad, Spector (Spector, 1987) obtiene las siguientes conclusiones:

- La prevalencia de problemas relacionados con las AVD-I en la comunidad es más alta que de AVD-B.
- Los mayores que son dependientes en AVD-I pasan a ser más frecuentemente dependientes en las AVD-B que los inicialmente independientes.

Diversos autores han planteado la jerarquía dentro de las actividades básicas (Katz y Akpom, 1976) y, entre estas y las instrumentales (Spector, 1987) aunque este planteamiento no ha tenido gran aceptación entre los profesionales (Fernández-Ballesteros et.al 1992). Asunción que en nuestro caso es compartida, dado las características del estudio en el medio comunitario (mayores que no reciben ningún servicio y mayores en Ayuda Domiciliaria) y medio residencial (Centros de Estancia Diurna y Residencias) que nos lleva a que consideremos una valoración independiente para ambas, tanto por bondad de las mediciones y operatividad (nos permite valorar muchas más habilidades permitiendo descansos al mayor y evaluador entre instrumentos) y por la diferente prevalencia de las mismas (en el medio comunitario mayor en las instrumentales y en entornos residenciales las básicas, quedando las primeras subsumidas en este último caso).

La elección de unos u otros instrumentos dependerá de nuestro objetivo: (1) entrenamiento o rehabilitación, en este caso lo más adecuado sería medir la ejecución de la habilidad con instrumentos sensibles al cambio. Y si por el contrario nuestra prioridad es (2) la calidad de los cuidados prestados en por diferentes servicios y la carga de trabajo, lo adecuado son los instrumentos que contemplen un mayor número de actividades, ítems, los que deberían ser seleccionados.

Cuando nuestro objetivo es posibilitar una detección inicial de los déficits de la persona dependiente que permita un posterior diseño de programas de intervención o la toma de decisiones sobre servicios idóneos, como en nuestro caso, el número de ítems se situaría en un punto intermedio entre los considerados para el entrenamiento o valoración de la calidad, estamos hablando en este caso entre 7 y 11 ítems. (Montorio, 1990; Fernández-Ballesteros et al, 1992; Kane y Kane, 1993; Montorio e Izal, 1999).

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFC, 1997) recomienda:

- Por su validez, fácil aplicación e interpretación utilizar el índice de Barthel para valorar las actividades básicas de la vida diaria en pacientes ancianos y evaluar el seguimiento y evolución de la capacidad funcional.
- Por su sencillez, el índice de Lawton, siendo aconsejable para valorar las actividades instrumentales y en pacientes ambulatorios (en el medio comunitario). Se puede utilizar también para evaluar el plan terapéutico y planificar los cuidados.

Resumiendo, hemos seleccionado para valorar la capacidad funcional dos instrumentos (1) La escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria del Philadelphia Geriatric Center (Índice de Lawton. Lawton, 1972; Lawton y Brody, 1969) y (2) el Índice de Barthel para Actividades Básicas de la Vida Diaria (Mahoney y Barthel, 1965 y Granger et al, 1979 – cambian del ítem relativo al traslado en silla de ruedas – cama por traslado sillón - cama), por las razones siguientes:

- Por los problemas que la jerarquización nos plantearía utilizando un solo instrumento.
- Por los índices psicométricos que presentan, expuestos en el capítulo VI, apartado 6.3.2.
- Por considerarse instrumentos de screening, con un periodo de tiempo corto en su pasación y fáciles de administrar.
- Por su amplia difusión en entornos profesionales de salud y servicios sociales (SAS, 2002 y 2004).

### **Índice de Barthel (IB)**

El IB con puntos de corte intermedios (0-20 total, 21-40 grave, 41-60 moderada, 61-90 leve, y > 91 independiente en domicilio) ha sido utilizado en el medio comunitario, mostrando que el 56% de los >89 años son independientes o tienen una dependencia leve, mientras que el 17% son dependientes graves. No existiendo diferencias significativas en los valores medios del Índice de Barthel y el sexo, pero sí existe un mayor porcentaje de sujetos varones con un IB > 90 (Ferrer et al, 2006).

También ha sido utilizado en un medio institucionalizado residencial, mostrándose como la población mayor pierde habilidades con el paso del tiempo, tras 20 días de ingreso (periodo de adaptación) se obtiene una media de 92,36 y tras 18 meses del ingreso la media disminuyó a un valor de 84,21 con desviación típica de 9,89, llegando a una puntuación total mínima de 65 en el 10,5% de los casos (Rojas et al, 2006) y, en entornos hospitalarios también con importantes deterioros en la capacidad funcional tras la hospitalización (Mañas et al, 2005).

Es utilizado en la valoración de las cargas de trabajo, de manera que según aumentan los valores de Barthel disminuyen las mismas. El tiempo asistencial para los pacientes con Barthel de 0-5 es superior en un 86,7% mientras que para aquellos con Barthel entre 10-45 es mayor en un 60,8% (Pascual Torramadé, 2006).

### **Índice de Lawton (IL)**

Dentro de la **evaluación de las AVD-I se recomienda el Índice Lawton (IL)** del Philadelphia Geriatric Center, instrumento construido específicamente para población mayor (Montorio, 1991).

Este instrumento es empleado también para la valoración de la prevalencia del estado funcional en la comunidad, con una puntuación media de  $2,1 \pm 2,8$ . (Corrales et al, 2000; Bayarre, 2003; Ferrer Feliu et al, 2006) y en entornos residenciales (Rojas et al, 2006).

Aunque este instrumento ha sido criticado fundamentalmente por el excesivo número de ítems que explora tareas asociadas al rol femenino, que lo hace más apropiado para mujeres que para hombres (Montorio, 1991; Fernández – Ballesteros, 1992), no obstante cuando se utilizan puntuaciones globales no existen diferencias respecto al género (Gutiérrez et al, 1998).

Las variables que con más frecuencia se han tenido en cuenta para establecer el grado y perfil de la incapacidad para las AVD-I han sido el sexo, edad, nivel de estudios, situación cognitiva y afectiva y algunos factores clínicos (Gutiérrez et al, 1998), Los resultados obtenidos con el IL de acuerdo a estas variables han sido:

1. Edad.- Globalmente no se ha detectado relación entre la variable y el Índice de Lawton.

Sin embargo, si se consideran cada una de las AVD-I incluidas en la escala de manera independiente, es posible detectar asociación entre edad y capacidad para la utilización de transportes ( $82,4 \pm 6,4$  años para los sujetos con incapacidad y  $80,5 \pm 6,8$  para los sujetos sin incapacidad;  $p > 0,01$ ) y manejo de la propia medicación ( $83,5 \pm 6,1$  y  $80,2 \pm 6,7$  respectivamente;  $p > 0,01$ ), no para las demás.

2. Sexo.- Nuevamente, no existe relación entre la variable y las puntuaciones obtenidas en el Índice de Lawton de modo global.

Los resultados reflejan que el perfil de incapacidad para cada una de las actividades incluidas en dicho instrumento, no es homogéneo en ambos sexos. En los varones se encuentra mas afectada las actividades relacionadas con el hogar y en las mujeres las relativas a utilización de transportes y manejo de los asuntos económicos.

3. Nivel de estudios.- Tampoco se pone de manifiesto la relación a nivel global.

Se aprecia relación entre nivel de estudios y capacidad para manejar la propia medicación y los asuntos económicos.

4. Situación cognitiva.- Se establece relación tanto a nivel global como en el perfil de deterioro funcional en cada uno de los grupos. Con respecto al deterioro cognitivo la puntuación media que se obtiene con este índice es de  $4,02 \pm 2,24$ .

Al analizar de manera independiente cada una de las actividades consideradas, es posible poner de manifiesto una asociación entre deterioro cognitivo e incapacidad para la utilización de transportes, manejo de la propia medicación y de asuntos económicos.

5. Situación afectiva.- No existe relación.

6. Variables clínicas.- De nuevo esta variable no manifiesta relación con el índice si se realiza de manera global.

Si el análisis se lleva a cabo con cada una de las actividades, sí se aprecia asociación estadística entre la incapacidad para realizar las compras y la existencia de antecedentes de patología osteomuscular, de modo que los pacientes que presentan este antecedente muestran una mayor dependencia para esta actividad ( $28,66\%$  vs.  $7,13\%$ ,  $p > 0,05$ ).

Al igual que en el caso de las AVD-B, tras la institucionalización residencial suele producirse también un deterioro en las AVD-I.

En el estudio de Rojas y colaboradores (2006), los residentes con un valor medio de dependencia para la realización de las actividades de  $3,57$  puntos con una desviación típica de  $1,16$ , al transcurrir 18 meses (segunda medición) de institucionalización se bajó hasta los  $2,31$  y  $1,05$  respectivamente, reflejándose por tanto un notable aumento en la dependencia de los

mayores para estas actividades. Las actividades “capacidad para manejar del dinero” y “utilizar teléfono” fueron las que sufrieron menos pérdida tras el ingreso en instituciones y las que se han convertido totalmente en dependientes han sido “preparación de comida”, “responsabilidad de tomar medicinas” y “realizar compras” (Rojas et al, 2006).

Las AVD-I cuando se han categorizado en dos grupos, (1) aquellas que dependen más de la salud física o fuerza (realizar compras, preparar comidas, realizar tareas domésticas y lavar la ropa) y (2) aquellas que requieren de recursos cognitivos complicados (utilizar el teléfono, utilizar transportes, responsabilidad en la toma de medicamentos y capacidad para manejar el dinero), Los resultados muestran (Tze-Pin, 2006) que:

- El aspecto cognitivo es el menos deteriorado, a excepción de utilizar transportes (84,1%) Y dentro del aspecto físico preparar comidas es la más degenerada (84,3%), estando las demás actividades entre 74,4% y 79,1%.
- Las variables que dan mayor predicción tanto de dependencia física como cognitiva son: mujer, mayor de 80 años, baja educación, sin empleo y de estado civil viudo/a, separado/a o divorciado/a.
- En los aspectos físicos suele darse una peor auto-percepción de salud (56,1%) en comparación a los cognitivos (28,9%).
- Las enfermedades que conllevan mayor índice de dependencia física son demencia (75,9%), fractura de cadera (75,0%), degeneración cognitiva severa (73,7%) y fallos en el riñón (69,2%).
- Las enfermedades que conllevan mayor índice de dependencia a nivel cognitivo son demencia (58,2%), degeneración cognitiva  $\leq 18$  (55,8%), golpes (31,6%) y fallos en el riñón (30,8%).

#### **Capacidad cognitiva. Mini - Examen Cognoscitivo –MEC- (Lobo et.al. 1979).**

El factor ambiental más establecido y aceptado por la mayoría de los investigadores que influye en el deterioro cognitivo es la escolaridad (Alvarado et al, 2002). Una baja escolaridad y probablemente las condiciones desfavorables en la infancia que la suelen acompañar, tienen una influencia perjudicial en el deterioro cognitivo y en el riesgo de demencia (White et al, 1994; Alvarado et al, 2002).

Tanto en nuestro país como internacionalmente las disfunciones cognitivas tienen una prevalencia que tiende a ser mayor en mujeres que en hombres, se incrementan con la edad y decrece con el nivel educativo, además, están asociadas con una peor percepción del estado de salud y con algún grado de limitación de las actividades de la vida diaria (Graciano et al, 2006).

Como señalan Graciano y colaboradores, las pequeñas diferencias de género que se han observado pueden explicarse por el peor nivel educativo de las mujeres con respecto al de los hombres, y un peor estado físico y ocurrencia de enfermedades crónicas por parte de éstas. Otro factor que podría explicar parte de las diferencias observadas entre sexos es el uso moderado de vino, tradicionalmente más alto en hombres que en mujeres, que junto con otros componentes de la dieta mediterránea han sido identificados como factores protectores del declive cognitivo.

La valoración mediante pruebas de screening de la **capacidad cognitiva** resulta ventajosa en la medida en que permite alcanzar uniformidad entre evaluadores y diferentes trabajadores de los Servicios Sociales y Salud, permitiendo evaluaciones seriales comparables para el seguimiento de un usuario a través del tiempo (Bayarre, 2003).



Una de las pruebas más utilizada y conocida es el **Mini - Examen Cognoscitivo (MEC)**, una prueba breve de evaluación de las funciones cognoscitivas sobre 35 puntos (orientación, atención, memoria reciente, habilidades visoconstruccionales y lenguaje) creada por Folstein y colaboradores en 1975. (Folstein et al, 1976 y Folstein et al, 1988). El MEC se ha usado ampliamente en grupos comunitarios (Tangalos, 1996). El objetivo del mismo es evaluar el funcionamiento cognoscitivo del anciano. Se diseñó para aplicarlo en contacto directo con el individuo, con un entrenamiento previo. En nuestro país es frecuente utilizar la adaptación del MMSE realizada por Lobo y colaboradores en 1979.

El MEC es un instrumento breve y válido que nos permite hacer una primera aproximación al estado cognitivo del sujeto, y dar un diagnóstico bastante aproximado del mismo, ya que evalúa un amplio abanico de funciones cognitivas que incluye orientación temporo-espacial, memoria, razonamiento abstracto y praxias. Su fácil y rápida aplicación e interpretación hacen de él un instrumento muy útil, especialmente en ocasiones en las que limitaciones temporales no nos permitan pasar una batería de evaluación completa. Se ha demostrado la utilidad de este procedimiento para población española de bajo nivel cultural y la necesidad de trabajar con diferentes criterios normativos en función de la edad y/o el nivel educativo de los pacientes evaluados (Calero et al, 2000).

El MEC ha demostrado ser muy eficiente como instrumento de muestreo (screening) para detectar la demencia, utilizando CAMDEX como criterio, presentando una sensibilidad del 93,5% y una especificidad del 82%. La edad, el sexo y la educación desempeñaron un papel significativo en la valoración global del MEC (Vilalta-Franch, 1996).

Se ha comprobado una alta correlación negativa en relación a variables sociodemográficas (rango-edad y nivel educativo) y puntuación en MEC (Calero et al, 2000). El uso del MEC puede facilitar una ordenación coherente y operativa del tiempo asistencial, aunque no de enfermería que generan los residentes ingresados en centros de larga estancia (Pascual Torramadé, 2006).

Los pacientes con deterioro cognitivo tienen una prevalencia mayor de caídas, incontinencia urinaria y de hospitalización y de reingresos, comparándolos con los ancianos sanos (Hervás y García de Jalón, 2005).

Se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre padecer depresión y obtener una puntuación inferior en el MEC (Fernández et al, 2006).

Deterioro cognitivo y memoria se encuentran estrechamente relacionados (Fernández-Ballesteros et al, 1992; Belsky, 2001) siendo especialmente aconsejable la valoración de esta última en los programas de intervención, cuidando especialmente los aspectos relacionados con la validez ecológica (Pérez et al, 1995).

Es difícil contestar a la estimación de la prevalencia sobre demencias, en tanto que intervienen diferentes factores: instrumento de valoración empleado y puntos de corte, criterios diagnósticos, metodología de muestreo y población donde se realiza el estudio - índices de de formación- (Jorm, 1994), aunque está aceptado el incremento en orden exponencial al incrementarse la edad.

**Tabla 25. Prevalencia de las demencias en función de la edad.**

Tramos de edad	Jorm et.al 1987	Harvey et.al 2003 / Bermejo y Trincado 2003
65 – 69 años	1,4%	1%
70 – 74 años	2,8%	2,3%
75 – 79 años	5,6%	4,4%
80 – 84 años	10,5%	11,5%
85 y más años	29,7%	24,9%

En nuestro país la prevalencia se sitúa entorno al 13% en los mayores de 65 años, Madrid (Bermejo y Tolosa, 1990) y un 6,2% en los mayores de 60 años en entornos rurales (Vega, 1998); aunque estas variaciones son más amplias (Bermejo y Trincado, 2003) desde un 5,4% al 14,9% con edades superiores a 64 años.

### **Depresión. Escala de Depresión Geriátrica -GDS- (Brink 1982 y Llesavage 1983).**

La elevada prevalencia / incidencia de la depresión y sintomatología depresiva, junto con las variables relacionadas con la misma: -edad, sexo, apoyo social, institucionalización o no de los mayores, disponibilidad de confidentes, salud, interferencia con la capacidad de realización de actividades de la vida diaria etc, muestran directamente la idoneidad de incluir su valoración en el presente estudio.

La Organización Mundial de la Salud afirma que actualmente 5 de las 10 más importantes causas de discapacidad son de origen psiquiátrico y se piensa que para el 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial. La depresión es uno de los trastornos mentales mas frecuentes entre los adultos mayores.

En esta etapa de vida, el trastorno depresivo, junto con la demencia tipo Alzheimer son considerados como las grandes epidemias de este siglo, debido a que deterioran la calidad de vida, predisponen a enfermedades físicas y disminuyen el tiempo de vida (Varela, 2002; Moore y Bona, 2002).

Aunque la mayor prevalencia de la depresión se sitúa antes de los 65 años, se estima una prevalencia de la misma en el medio comunitario entre el 5% y el 6%, pudiendo llegar la sintomatología depresiva a un 54,4%. (Fernández-Ballesteros, 1992; Zunzunegui, 1996).

La tasa de prevalencia de la depresión o síntomas depresivos entre ancianos institucionalizados es significativamente mayor respecto a los que viven en su propio domicilio. En el estudio de Pérez, González, Moraleda y Zamora (1989) encontraron que la prevalencia de la depresión en ancianos institucionalizados en España era de un 73% del total (utilizando la GDS). Según el estudio de Bernard Krief (1982) un 7.3% de ancianos presenta elevados niveles de sintomatología, un 56.4% niveles intermedios y tan sólo un 36,3% sin síntomas depresivos. En general se acepta una prevalencia entre el 15% y el 35% de los mayores que viven en residencias (Calcedo Barba, 1996).

La institucionalización junto con los síntomas depresivos pueden originar otros trastornos psicopatológicos como delirios, de manera que pacientes institucionalizados con síntomas depresivos tienen un mayor riesgo de padecer delirios (McAvay et al, 2007).

La depresión es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres de 65 a 80 años, invirtiéndose por encima de los 80 años, a partir de esta edad en los hombres la prevalencia es mayor (Fernández-Ballesteros, 1992; Aleixandre, 2004).

Las habilidades sociales y las relaciones sociales desde la teoría conductual de la depresión de Lewinsohn son un factor también determinante. Propone el autor que la cantidad total de refuerzos positivos que recibe un sujeto, está relacionada directamente con la causa de su depresión, dependiendo de tres aspectos: el número de acontecimientos potencialmente reforzadores de que se dispone, la disponibilidad de refuerzos de su medio circundante y el repertorio básico de conductas que posea el sujeto para obtener los refuerzos disponibles y, aún, de la habilidad social que el sujeto tenga para ser socialmente reforzado (Lewinsohn et al, 1979 y 1980).

Los estudios de la relación entre el apoyo social y la depresión indican que los depresivos tienen una historia limitada de apoyo (Schaefer et al, 1981), explicando éste un 10% de la varianza respecto a las diferentes variables que inciden en la depresión en los ancianos (Buendía, 1991).

Siendo importante el apoyo social, la existencia de un confidente es incluso más importante para predecir la depresión que la actividad e interacción social (Lowenthal y Haven, 1968; Carstesen y Edelstein, 1990; Dengra, 2002), pero cuando no existe un confidente las relaciones sociales se tornan en un factor decisivo respecto al pronóstico de la depresión (Duckitt, 1982 y 1983; Dengra, 2002).

La depresión está asociada con la incapacidad de realizar actividades de la vida diaria (García Serrano y Tobías Ferrer, 2001; Penninx et al, 1999), pero los programas preventivos pueden invertir este efecto (Dengra, 2002).

Existe cierta posible confusión entre depresión y demencias, especialmente en el caso moderado, entre un 10% y 30% (Fernández-Ballesteros, 1992; Aleixandre, 2004; Dierckx et al, 2007), siendo adecuado evaluar entonces mediante pruebas específicas de deterioro de memoria.

Existen correlaciones moderadas entre las puntuaciones de la Escala de Depresión Geriátrica y la salud percibida medida a través del Cuestionario de la Valoración de la salud - SF\_36- (Cox et al, 2006); pero también aquí, en la edad avanzada, la calidad de las relaciones interpersonales y la presencia de un confidente, son incluso más importantes que la cantidad de contactos sociales, para la salud a nivel general (Reis, 1985).

**Satisfacción vital. Escala de Satisfacción de Filadelfia (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale, PGC, Lawton, 1972).**

En el estudio en torno al bienestar humano existe una diversidad de enfoques no llegándose aún a un consenso generalizado en cuanto a su conceptualización y medición. Uno de los componentes fundamentales del bienestar, es la **satisfacción personal con la vida**. Esa satisfacción surge de la interacción entre el individuo y su entorno micro y macrosocial, con sus elementos actuales e históricos, donde se incluyen las condiciones objetivas materiales, personales y sociales, que nos brindan determinadas oportunidades para la realización personal. La medición del bienestar puede realizarse mediante sus diferentes componentes, la satisfacción por áreas, o mediante una medición única del bienestar subjetivo, valoración global (Carmen et al, 2000).

La satisfacción con la vida corresponde al componente cognitivo del bienestar subjetivo. Se refiere al proceso en el que las personas evalúan la calidad de sus vidas de acuerdo a su propio criterio y de manera global (Pavot y Diener, 1993).

**La satisfacción en la vida** en las personas mayores, desde una valoración global, está asociada con numerosos factores (salud, nivel económico, soledad, institucionalización o no) e incluso existen diferencias asociadas al sexo.

- Los hallazgos de Frazier y colaboradores (2002), quienes realizaron un estudio con adultos de 60 años en adelante, encontraron que la salud era el tema más importante para los grupos mayores. Encontraron que el tema de la salud surge entre la 80 y 90 años, en contraste con otros estudios que dicen que aparece gradualmente a partir de los 60, según ellos, aparece en la década de los 80 cuando comienzan a sufrir problemas de salud. La diversión (el ocio y la participación) fue el aspecto más importante entre los 60 años y 70 años.

- Piquart y Soressen (2001), encontraron que en las mujeres mayores había menor satisfacción y un autoconcepto menos positivo que en los hombres, entre quienes además, los de educación superior y mayores ingresos, son los que presentaron mayores niveles de satisfacción.

- En nuestro entorno, la diferencia entre sexos también se encuentra, siendo en las mujeres donde los factores relacionados con la familia, la salud y el entorno son los más importantes para la satisfacción en la vida frente a los hombres que consideran más importante el trabajo realizado (Castellón y Aleixandre, 1997; Rubio et al, 1997).

- Harlow y Cantor (1996), estudiaron los niveles de satisfacción vinculados a las tareas compartidas de la adultez tardía, como el servicio a la comunidad y la participación social. La participación en estas tareas compartidas resultó ser un importante predictor de satisfacción. La participación social fue particularmente importante en especial en los jubilados, para predecir la satisfacción vital.

- Una vida feliz favorece la longevidad El efecto más notable sobre la longevidad se observa en la satisfacción por la salud y el envejecimiento, la evaluación de los ingresos y el valor subjetivo de la vida en la vejez. Los efectos descritos son más fuertes para los hombres que para las mujeres (Dorly et al, 1990).

- Las mujeres internadas en residencias muestran mayores puntuaciones en depresión y menores en satisfacción con la vida que las que se encuentran en el medio comunitario y asisten Centros de Día -Hogares o Club de Mayores- (Arbinaga, 2002).

- La autopercepción de sentirse solo es otro de los indicadores más decisivos en los niveles de satisfacción con la vida en las personas mayores (Rubio y Aleixandre, 2001).

- Existen correlaciones moderadas entre las puntuaciones de la Escala de Depresión Geriátrica, el cuestionario de la Valoración de la salud (SF\_36) y la valoración de la satisfacción personal con la vida mediante PGC (Cox et al, 2006).

- Las variables de personalidad como el optimismo y el pensamiento positivo se encuentran asociadas con la satisfacción en la vida y la presencia de menos síntomas físicos en diferentes grupos de población, también en la vejez (Caprara et al, 2003; Remor et al, 2006).

Estos datos vienen también a corroborar la distinción establecida por Neugarten (Neugarten, 1999), entre viejos-jóvenes y viejos-viejos: se puede hablar de viejos-jóvenes, para referirse a las personas entre los 55 y 85 años, con buena salud, bien integrados a la vida familiar y a la comunidad e incluso políticamente activos. Como contraste, los viejos-viejos, mayores de 85 años, son más vulnerables y requieren de cuidado y ayuda especial

### **Salud percibida. Cuestionario SF 36 Health Survey (Ware y Sherbourne, 1992; McHorney et al, 1993).**

La **salud** es una de las principales fuentes de preocupación de las personas mayores (Medina y Carbonel, 2004), esta se identifica con la capacidad para desenvolverse de manera autónoma en la realización de las tareas de la vida diaria. Por el contrario, la mala salud se

relaciona con la pérdida de energías y con limitaciones para cumplir las expectativas de rol (Gonzalo y Pasarín, 2004), pasando la enfermedad a ser un hecho natural con la que se aprende a convivir, siempre que no ocasiones incapacidad y dependencia de otros (Bazo, 1992).

Las encuestas realizadas en nuestro país, muestran que la valoración subjetiva del estado de salud empeora en las clases sociales más desfavorecidas, en la mujer y con la edad, las personas adultas manifiestan que presentan una salud muy buena o buena en el 77,9% de los casos frente al 35,9% de los mayores. Por el contrario, las personas mayores valoran su salud como mala o muy mala en un 24,1% frente a los adultos 5,3% (ENSE, 97; Gobierno Vasco, 2004; INE, 2004).

**Tabla 26. Percepción del estado de salud según sexo y edad.**

Ambos sexos	Total	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
<b>Total</b>	<b>41.782.216</b>	<b>14,2</b>	<b>56,8</b>	<b>20,8</b>	<b>6,2</b>	<b>2,0</b>
0-15	6.527.409	27,5	63,0	8,6	0,5	0,3
16-24	5.001.595	20,6	66,0	11,2	1,8	0,5
25-34	7.174.352	15,6	67,2	13,9	3,0	0,3
35-44	6.610.252	12,6	63,4	19,5	3,4	1,1
45-54	5.282.469	11,4	58,3	21,3	6,8	2,2
55-64	4.268.949	7,1	46,1	32,8	9,4	4,6
65-74	3.978.128	3,9	35,3	41,5	15,2	4,1
75 y más	2.939.062	2,7	28,7	37,9	22,3	8,3
<b>65+</b>	<b>6.917.190</b>	<b>3,4</b>	<b>32,5</b>	<b>40,0</b>	<b>18,2</b>	<b>5,9</b>
Varones	Total	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
<b>Total</b>	<b>20.541.461</b>	<b>15,6</b>	<b>59,6</b>	<b>18,3</b>	<b>4,7</b>	<b>1,7</b>
0-15	3.352.487	27,5	62,7	9,1	0,5	0,2
16-24	2.559.741	24,8	63,9	9,1	1,8	0,4
25-34	3.672.054	15,5	69,6	11,6	3,1	0,3
35-44	3.326.706	12,7	67,5	16,4	3,1	0,3
45-54	2.621.642	12,9	60,8	19,1	5,0	2,2
55-64	2.072.880	8,3	49,1	29,6	7,9	5,0
65-74	1.804.466	6,0	39,0	41,2	10,5	3,2
75 y más	1.131.485	4,0	35,0	35,4	18,3	7,3
<b>65+</b>	<b>2.935.951</b>	<b>5,2</b>	<b>37,5</b>	<b>39,0</b>	<b>13,5</b>	<b>4,8</b>
Mujeres	Total	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
<b>Total</b>	<b>21.240.755</b>	<b>12,7</b>	<b>54,0</b>	<b>23,2</b>	<b>7,6</b>	<b>2,4</b>
0-15	3.174.922	27,6	63,3	8,1	0,6	0,4
16-24	2.441.854	16,2	68,2	13,4	1,7	0,5
25-34	3.502.298	15,8	64,6	16,3	3,0	0,3
35-44	3.283.546	12,5	59,2	22,6	3,7	1,9
45-54	2.660.827	9,8	55,9	23,6	8,7	2,1
55-64	2.196.069	6,0	43,3	35,8	10,7	4,2
65-74	2.173.662	2,2	32,2	41,7	19,2	4,7
75 y más	1.807.577	1,9	24,9	39,5	24,8	9,0
<b>65+</b>	<b>3.981.239</b>	<b>2,0</b>	<b>28,9</b>	<b>40,7</b>	<b>21,8</b>	<b>6,7</b>

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

Fuente: INE: INEBASE: *Encuesta nacional de salud (Datos provisionales). Periodo Abril-Septiembre 2003.* INE, 2004.

La última encuesta del CIS (CIS e IMSERSO, 2006) en mayores de 65 años cuando se les pregunta ¿Cómo calificarían su estado de salud?, las respuesta son: Muy bueno 7,4%, Bueno 39,1%, Regular 39,2%, Malo 11,6% y Muy malo 2,6%.

La autovaloración de la salud o **salud percibida** es una de las medidas de la salud más sencillas y de las más utilizadas (Gobierno Vasco, 2004; Fernández– Balleneros, 1992). La investigación señala como la salud percibida es un excelente predictor de la “Salud Objetiva”, atendiendo al número de enfermedades y el nivel de conservación funcional de las personas mayores (OMS, 1987; Svensson, 1989).

Está asociada también, a una mejor adaptación y bienestar psicosocial (Kruse y Lehr, 1989). La relación con la utilización de servicios y la mortalidad ha sido establecida en numerosos estudios (Mossey, 1982; Idler, 1990; Segovia, 1989) e incluso la salud subjetiva es uno de los mejores predictores de la muerte, mejor incluso que la salud objetiva (Kruse y Lehr, 1989).

A nivel psicológico, los rasgos de personalidad afectan a la salud auto-percibida en población mayor (Chapman et al, 2006). Los programas de entrenamiento en memoria, razonamiento etc influyen en las puntuaciones de la salud percibida -SF36- (Wolinsky et al, 2006); Existiendo además, correlaciones moderadas entre las puntuaciones de la Escala de Depresión Geriátrica, el cuestionario de la Valoración de la salud (SF\_36) y la valoración de la satisfacción personal con la vida mediante PGC (Cox, 2006).

A pesar de ser una medida, usualmente, recogida mediante un solo ítem, es válida como medida general de la salud y se ha mostrado asociada a la enfermedad y a los componentes de valoración subjetiva de la salud. La pregunta fue formulada siguiendo las recomendaciones de la 2ª Conferencia de la OMS para lograr métodos e instrumentos comunes para las encuestas de salud (Conferencia de Voorburg, 1990):

**Considera que su salud en general es:**

Muy buena \_\_\_\_\_ Buena \_\_\_\_\_ Normal \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_ Muy mala \_\_\_\_\_

En los últimos años se han desarrollado medidas más amplias de salud percibida, mediante el uso instrumentos genéricos para medir la **calidad de vida relacionada con la salud** (CVRS), instrumentos muy útiles, en tanto la CVRS se encuentra asociada con mortalidad, hospitalización y uso de recursos sociosanitarios (Alonso et al, 1995; López-García et al, 2002).

#### **4.3.2. Variables relacionadas con el / la cuidador/ra -Sobrecarga, Edad, Sexo, Estudios, Situación laboral y Relación de parentesco con el mayor dependiente. (Escala Zarit, 1982).**

El cuidado de personas dependientes trae consigo importantes influencias negativas en la salud objetiva y subjetiva, en limitaciones respecto al ocio y limitaciones laborales de los cuidadores informales (tal como expusimos en el apartado 1.2 del Capítulo 1. IMSERSO, 2005 a y b).

El papel de la **Sobrecarga del Cuidador** y las consecuencias del **apoyo informal** en la atención social y sanitaria a la dependencia, también en nuestro país, está suficientemente documentada:

- El cuidado hecho por los cuidadores familiares en el domicilio constituyen la casi totalidad de los cuidados de salud realizados en nuestra sociedad, llegando al 82 %, frente al 12 % de los ofertados por el sistema sanitario en forma de cuidados formales (Durán, 1991) siendo tradicional que la familia cuidadora no reciba ningún tipo de ayuda para realizarlo (García Calvente y Mateo-Rodríguez, 2004).
- El nivel de sobrecarga de las/ los cuidadoras/res está asociada a la edad, mayores de 56 años; a la presencia de otros miembros familiares y al sexo -casadas, con un hijo-; al nivel de estudios bajo-medio y bajo nivel económico; y al tiempo de duración de los cuidados junto al

nivel de dependencia (Roig et al, 1998; Yanguas et al, 2000).

- Los hombres cuidadores en general parecen estar más sanos, más satisfechos con la vida, más activos en las labores de compra e informan de menor estrés financiero y psíquico debido al cuidado, que las mujeres cuidadoras (Chang y White – Jeans, 1991).
- Curiosamente se ha comprobado que las relaciones de parentesco no afectan a la posibilidad de ingresar la persona mayor dependiente en una institución, o al tiempo que pueden acoger a una persona dependiente en el domicilio (Aneshensel et al, 1995), lo cual es contrario a la expectativa general de que las esposas cuidadoras, pueden seguir en el papel de cuidadoras más tiempo, por ejemplo que las hijas, u otros familiares.
- En lo que se refiere a patrones relacionales intergeneracionales y su relación con el cuidado, se ha comprobado que padres e hijos con buenas relaciones anteriores a la situación de dependencia, están más predispuestos a dar o recibir apoyo, a la vez que cuando se pregunta a las personas mayores de quién les gustaría recibir apoyo, muy a menudo prefieren a los hijos que a otros miembros de la familia (Hogan, Eggeben y Clogg, 1993).
- Existe relación entre el cuidado, carga excesiva, con exacerbaciones de los conflictos familiares (Semple, 1992; Aneshensel et al, 1995).
- Los problemas laborales de los cuidadores son otra consecuencia negativa común del cuidado (Gibeau y Anastas, 1989).
- Numerosas investigaciones indican la asociación entre una mala salud física y psicológica y la sobrecarga del cuidador (Thompson y Gallagher -Thompson, 1996; Gallagher et al, 1989; Anthony-Bergstone et al, 1988; Paoletti, 1999). El consumo de fármacos además se ve incrementado (Hébert et al, 1999).
- Las mujeres con larga experiencia cuidadora, más mayores, tenían más problemas físicos que aquellas con menor dedicación, mientras las mujeres jóvenes cuidadoras padecían más sobrecarga psicológica que las mujeres más mayores (Gaynor, 1990).
- Los hombres, sobre todo jóvenes, presentan un mayor soporte de la red social que las mujeres frente a los cuidados (Hibbard et al, 1996).
- El apoyo social y las habilidades de afrontamiento ("coping") son las dos variables moduladoras o modificadoras, en positivo, del estrés del cuidador (Kiecolt-Glaser et al, 1994; Pearlin y Skaff, 1995).

En general la **carga de cuidados** supone un fuerte **impacto, con lo que ello supone para la salud** de los y las cuidadores/as tanto física como psíquica: problemas osteomusculares y cardiovasculares, estados depresivos, ansiedad, insomnio, irritabilidad, nerviosismo y baja autoestima (Bazo y Domínguez-Alcon, 1996; Abellán, 1997; Colectivo IOE, 1998; Yanguas et al, 2000 y Roca et al, 2000; García-Calvente, 2004).

En el meta-análisis sobre 84 estudios en los que se compara a cuidadores y no cuidadores en diferentes variables relacionadas con la salud física y psicológica de los cuidadores realizado por Pinquart y Sörensen, se encuentra que las personas cuidadoras están más estresadas, deprimidas y tienen peores niveles de bienestar subjetivo, salud física y auto-eficacia que las no cuidadoras.

Se encuentran así mismo mayores diferencias entre cuidadores y no cuidadores en estrés, auto-eficacia, depresión y bienestar subjetivo que en salud física. Las diferencias entre ambos grupos son mayores cuando se considera exclusivamente a los cuidadores de sujetos con demencia (Pinquart y Sörensen, 2003).

Similares resultados se obtienen en otro meta-análisis, realizado por Vitaliano y colaboradores (2003), cuando se compara la salud física de cuidadores de personas con demencia con la salud física de personas no cuidadoras. Los resultados indican que los cuidadores tienen un riesgo mayor para padecer problemas de salud que los no cuidadores.

Desde el punto de vista de la significación clínica de los resultados, los autores destacan que los cuidadores tienen un 9% más de riesgo que los no cuidadores de padecer problemas de salud. Los cuidadores tienen un nivel de hormonas de estrés un 23% superior al de los no cuidadores, nivel que puede afectar en mayor medida al riesgo de problemas de hipertensión y diabetes en este colectivo. Además, los cuidadores producen un 15% menos de anticuerpos que los no cuidadores, dato que, añadido a la elevada media de edad de los cuidadores (65.1 años), provoca el que los cuidadores tengan un mayor riesgo de gripe y de menor influencia de vacunas.

Especialmente es indicativo e interesante, la comparación entre los datos actuales y lo que ocurría hace una década en nuestro país, en la atención a la dependencia y los cuidados informales (INSERSO, 1995 a y b; IMSERSO, 2005):

1. En el 5,1% (725.870 hogares) de los hogares españoles viven personas que prestan ayuda a personas mayores de 60 años en aquellas tareas de la vida cotidiana que no pueden realizar por sí mismas.
2. Esta ayuda puede desglosarse en dos grupos: ayuda informal y empleados/as de hogar por cuenta ajena. El 4,5% correspondería a ayuda informal, es decir, a familiares, amigos o conocidos que prestan ayuda a personas mayores sin recibir a cambio una retribución, y el 0,6% restante corresponde a la ayuda de los/as empleados/as de hogar. En términos de hogares son un total de 633.685 hogares en los que reside al menos una persona que presta ayuda informal a personas mayores.
3. En los hogares puede vivir más de una persona que presta ayuda informal. La media de personas que prestan este tipo de ayudas es de 1,5, por lo que podemos estimar que el número absoluto de cuidadores/as es de 950.528. Representan el 6% de la población de 18 y más años.
4. El número de personas mayores atendidas a través de este tipo de ayuda informal, estimado a través de los datos de la encuesta, es de 1.226.181, es decir, el 17% de la población de 65 y más años.
5. Por otro lado, encontramos en los hogares 92.185 personas que, como empleadas de hogar, atienden y/o cuidan a 109.700 personas mayores.

Otros datos de interés:

1. La mayoría de los cuidadores son mujeres, el 84,64% frente a 15,35% de hombres.
2. De entre las mujeres cuidadoras, un 43% son hijas, un 22% son esposas y un 7'5% son nueras de la persona cuidada.
3. Tienen entre 45 y 65 años de edad.
4. En su mayoría están casados.
5. Una parte muy sustancial de cuidadores comparten el domicilio con la persona cuidada.
6. En la mayoría de los casos no existe una ocupación laboral remunerada del cuidador/a.
7. La mayoría de los cuidadores prestan ayuda diaria a su familiar mayor.
8. Gran parte de los cuidadores no reciben ayuda de otras personas.
9. La rotación familiar o sustitución del cuidador principal por otros miembros de la familia es moderadamente baja.
10. Percepción de la prestación de ayuda: cuidado permanente.
11. Una parte de ellos comparte la labor del cuidado con otros roles familiares como cuidar de sus hijos.

La investigación no solo se ha limitado a realizar una descripción de las consecuencias, aporta información sobre cómo evitar los efectos negativos, sobre factores protectores y también sobre factores que pueden agravarlos:



Factores agravantes.

- Las alteraciones de conducta son uno de los motivos de institucionalización precoz y la queja más frecuente en los cuidadores de pacientes con demencia. El uso de pañales de incontinencia en el paciente anciano dependiente tiene asociación negativa con la sobrecarga (Regueiro et al, 2006).
- Los desórdenes conductuales y no vivir con el paciente son las principales causas de sobrecarga del cuidador (Gort et al, 2007).
- La depresión, la ansiedad, la ira y la hostilidad en los cuidadores, en determinadas situaciones, pueden conducir a situaciones de maltrato hacia la persona cuidada (Montorio et al, 2005); Otros factores de riesgo asociados al maltrato, además del estrés por sobrecarga del cuidador son los problemas socioeconómicos y los antecedentes de violencia familiar (Fernández-Alonso y Herrero- Velásquez, 2006).

Factores protectores.

- Los cuidadores que están más satisfechos con el cuidado son aquellos que son cuidadores por decisión propia, disponen de tiempo libre para el ocio, no trabajan fuera de casa y tienen una buena relación previa con la persona cuidada (López et al, 2006).
- Se ha encontrado que en la medida en que los cuidadores refieren encontrar un sentido a su tarea, el grado de sobrecarga se reduce de manera significativa (Fernández-Capo, 2005).
- Cuanto mayor es la persona dependiente, menor es la sobrecarga que provoca en su cuidador (Regueiro et al, 2006).
- El apoyo emocional está asociado a menor depresión y bienestar mental. Esta asociación es fuerte y estadísticamente significativa aun después de controlar por las variables socioeconómicas y la salud del cuidador en un modelo multivariante (Zunzunegui et al, 1999; Zunzunegui, Llácer y Béland, 2002).
- La religiosidad es un recurso para los cuidadores-esposos, ya que entre ellos está asociada a menor depresión. Sin embargo, para las hijas cuidadoras, la religiosidad elevada está asociada al ánimo depresivo (Zunzunegui et al, 1999b).

#### **4.3.3. Entorno físico – arquitectónico donde reside el mayor. (Presencia o ausencia de barreras arquitectónicas y equipamientos del hogar).**

La presencia de barreras arquitectónicas y problemas de accesibilidad en (1) la comunicación, la información y la señalización, (2) edificación y (3) el transporte público constituyen un factor determinante en el riesgo de caídas en la población mayor dependiente.

En este punto realizaremos una descripción del estado de la accesibilidad en nuestro país, a partir de los datos aportados por diferentes informes oficiales (IMSERSO: I Plan Nacional de Accesibilidad 2004 – 2012; Libro verde sobre accesibilidad y Libro blanco sobre accesibilidad). Posteriormente expondremos las demandas de la población mayor y con discapacidad y, por último analizaremos la influencia de las caídas en la realización de las actividades de la vida diaria y su relación con las barreras arquitectónicas.

## La accesibilidad en España.

El problema de la accesibilidad en nuestro país podríamos decir que es de suma relevancia en sus diferentes aspectos, sea de Comunicación, información y señalización donde los diferentes informes lo definen como de grave problema (IMSERSO: I Plan Nacional de Accesibilidad 2004 – 2012 páginas 37-39), en la Edificación (Viviendas de uso residencial y edificios públicos) y en el Transporte.

### Edificación.

- Edificios de viviendas de uso residencial (zonas comunes).

Los resultados obtenidos muestran que el 100% de los edificios evaluados incumple alguno de los criterios de accesibilidad establecidos. La presencia de barreras es muy superior en el interior y en el umbral de los edificios con respecto al exterior, destacando que el 96% de los edificios presenta alguna barrera en su interior, siendo los ascensores los elementos que producen el mayor número de barreras, que los hace inaccesibles en el 63% de los casos evaluados.

Los cambios de nivel es la barrera que genera la mayoría de la inaccesibilidad. Los escalones aislados, sin alternativa de paso, son los protagonistas de la inaccesibilidad, tanto en el umbral como en el interior de los edificios, mientras que en el exterior son las rampas mal resueltas (pendiente excesiva, no existencia de pasamanos y falta de zócalo) las que constituyen la principal barrera.

En los municipios de menor tamaño es donde se produce el mayor incumplimiento de la accesibilidad, debido a la menor capacidad de la administración local pública para ejercer las funciones de control y disciplina urbanística.

- Viviendas (interior).

Los resultados obtenidos muestran que las barreras son independientes de las tipologías edificatorias, tanto en las viviendas situados en edificios multifamiliares como las de carácter unifamiliar.

De todos los espacios y elementos evaluados en las viviendas, los baños y aseos son espacios inaccesibles para una persona en silla de ruedas en un 100% de los casos estudiados, siendo practicables en tan solo el 4% de los mismos.

Los vestíbulos y distribuidores con el 59% de accesibilidad y las cocinas con el 78,7% de accesibilidad son los espacios que presentan a continuación, el mayor número de barreras en el interior de las viviendas.

- Edificios de uso público.

En las evaluaciones técnicas realizadas en 265 edificios de uso público, en 71 poblaciones nos encontramos con que el 100% de los mismos incumple alguno de los criterios legales de accesibilidad.

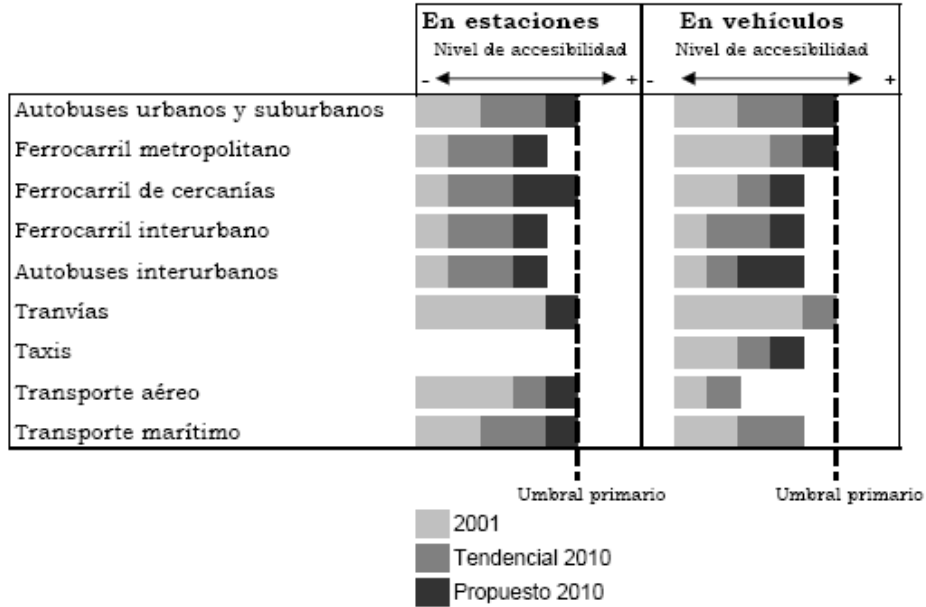
Las causas de la inaccesibilidad en estos edificios, tiene su origen en un número relativamente pequeño de barreras, pero que se repiten con mucha frecuencia. Así, el acceso al aseo y su interior resulta inaccesible –por un motivo u otro- en el 86% de los casos, y la altura de los mostradores de atención al público en el 75%.

Desde el punto de vista de la tipología de los edificios analizados, los de uso administrativo (fundamentalmente los ayuntamientos de las poblaciones evaluadas) se encuentran entre los que muestran niveles más bajos de accesibilidad, junto con los dedicados a actividades de ocio, turismo y comercio. Por otra parte, de los 431 hoteles evaluados, tan solo 3 cumplen con todos los criterios de accesibilidad.

La accesibilidad en el transporte público.

Podemos observar como nos encontramos con bajos niveles de accesibilidad. El espacio sombreado en gris claro simboliza el grado de aproximación a la accesibilidad primaria en 2001, es decir la que garantiza el acceso universal al servicio.

**Tabla 27. Proyección niveles de accesibilidad en el transporte público (años 2001 – 2010).**



Las intervenciones sobre el entorno físico y las instrucciones para su remodelación deberían ser una prioridad en nuestro país, los datos sobre la última encuesta sobre “Condiciones de vida de las personas mayores” (CIS e IMSERSO, 2006) nos muestra que:

- Un 68,9% disponen de Cuarto de baño con bañera, frente a un 52,6% que disponen de cuarto de baño con plato de ducha.
- Un 23,8% manifiesta tener dificultades para Utilizar la bañera -entrar y moverse dentro-, frente un 10,5% para utilizar el plato de ducha -entrar y moverse dentro- .
- Un 28,7% manifiesta tener dificultades para Caminar por la acera o por la calle debido a obras o mal estado frente a un 64% que manifiesta no tener problemas.

En el mismo estudio el porcentaje de mayores que tarda caminando más de 15 minutos (distancias largas) a los siguientes lugares: Supermercado o tienda de alimentación 5,6%, Centro de salud 14,8%, Centro de mayores 3,9%, Parque o zonas verdes 9,7%. El resto de porcentajes es por que tardan menos de 15 minutos, no van nunca u utilizan transporte colectivo (CIS e IMSERSO, 2006).

**Demandas de la población y accesibilidad**

De las encuestas realizadas a la población general, personas mayores y personas con discapacidad (IMSERSO: I Plan Nacional de Accesibilidad 2004 – 2012) se destaca lo siguiente:

- El espacio mejor valorado es el interior de las propias viviendas, si bien indican que las áreas mas problemáticas son los baños y las cocinas.
- En las zonas comunes de los edificios de viviendas, las deficiencias en la accesibilidad son

percibidas con mayor intensidad por las personas con minusvalía física, sobretodo los usuarios de silla de ruedas.

- En los edificios de uso público destacan como muy insuficiente la accesibilidad en el interior de los mismos sobre todo en los aseos, mostradores de atención al público y cambios de nivel.

Estos resultados muestran una sensible coincidencia con los obtenidos de las evaluaciones directas efectuadas en los edificios y viviendas.

En otros estudios (Aguado y Alcedo, 2004), cuando se pregunta a la población mayor discapacitada sobre necesidades percibidas señalan en orden de importancia la salud personal, falta de recursos de servicios sociales, existencia de barreras y necesidad de recursos sanitarios, estableciendo como soluciones:

- Respecto a la salud. Ayuda para cuidados personales diarios un 48% de los encuestados.
- Referente a la falta de recursos sociales. Servicios de apoyo al ocio y tiempo libre un 48,3%.
- Existencia de barreras. Facilidades de transporte 23,1% y supresión de barreras arquitectónicas 22,5%.
- Recursos sanitarios. Ayuda para cuidados personales diarios 31,8%.

Los profesionales que atienden a las personas con discapacidad que envejecen priorizan las siguientes necesidades: recursos de servicios sociales y sanitarios, existencia de barreras y recursos económicos (Aguado et al, 2005).

Las actuaciones sobre accesibilidad no solo afectan a las personas mayores dependientes y personas con discapacidad, se beneficiarían de la mejora de accesibilidad tres grandes grupos de personas:

- (1) personas con discapacidad un 9% de la población.
- (2) personas de edad avanzada no discapacitadas (65 y más años) un 11% de la población.
- (3) personas que tienen circunstancias transitorias derivadas de actividades o situaciones coyunturales que resultan discapacitantes (Personas con discapacidad transitoria física: 1,3 % de la población. Mujeres embarazadas: 0,5 % de la población.

Resto de la población: 17,7 % - al menos una persona (de edad inferior a 65 años) de cada unidad familiar ha de realizar tareas que dificultan su movilidad temporalmente, tales como llevar niños pequeños en brazos o en cochecito, transportar bultos pesados o, simplemente tener las manos ocupadas por las bolsas de la compra-).

En total representan cerca del 40% de la población, esto representa 17,8 millones de personas en 2006. (Población 2006: 44.708.964. INE, 2006).

#### **4.3.4. Disponibilidad y acceso a recursos (recursos económicos, lugar donde vive, medio comunitario y/o entorno residencial).**

La percepción de que las necesidades básicas (vivienda, recursos económicos, ambiente residencial seguro) no están cubiertas, aumenta el riesgo de mortalidad y de disminución funcional, además de relacionarse con una mayor probabilidad de sufrir depresión (Blazer et al, 2005 y 2007).

En el sistema español de pensiones la parte fundamental del mismo lo forman las pensiones contributivas de la Seguridad Social, siendo las pensiones de jubilación y viudedad las más numerosas del sistema y las que perciben fundamentalmente los mayores. Las de

jubilación por razones obvias, pero también las de viudedad, que se han convertido, de hecho, en un mecanismo de protección a la vejez, sobre todo a la vejez femenina, en la medida en que constituyen la fuente principal de ingresos.

El Sistema de Seguridad Social tenía en junio de 2006 más de ocho millones de pensiones contributivas en vigor, con un importe medio 641,4 euros mensuales.

La distribución por Comunidades Autónomas pone de manifiesto que siguen existiendo desequilibrios importantes en el importe de las prestaciones; aunque la pensión media de todo el sistema es de 641 euros mensuales, por Comunidades Autónomas varía desde los 535 euros en Galicia, hasta los 805 euros del País Vasco.

En los importes de las pensiones de jubilación la dispersión es aún mayor, de nuevo los valores extremos se registran en Galicia y el País Vasco. La razón de estas diferencias estriba en la distribución de las pensiones por regímenes en cada una de las Comunidades; en general, las Comunidades en las que las pensiones son más altas son aquellas en las que tienen mayor importancia los regímenes que proporcionan prestaciones elevadas (por ejemplo, el de la minería del carbón), mientras que las Comunidades con pensiones más bajas son aquellas en las que los regímenes con bajas prestaciones (fundamentalmente el agrario) tienen un peso mayor entre las pensiones en vigor.

La distribución por regímenes nos dice que más de la mitad de las pensiones (unos 4,6 millones) corresponden al Régimen General; de los regímenes especiales, los que tienen mayor número de pensionistas son el Régimen Agrario (casi un millón y medio) y el de Trabajadores Autónomos con casi un millón más.

En España las pensiones suponen algo más de nueve puntos del PIB, tres menos que en la Europa de los Quince o de los Veinticinco. Con respecto a la evolución reciente, en nuestro país, el porcentaje del gasto en pensiones sobre el PIB sigue siendo el mismo que en 1990, mientras que en el conjunto de los quince ha aumentado en casi un punto.

**Tabla 28. Gasto en pensiones en porcentajes del PIB en los países de la Unión Europea (años 1990 -2003).**

	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Unión Europea			12,5	12,5 <sup>P</sup>	12,4 <sup>*</sup>	12,6 <sup>*</sup>
UE-15	11,8	12,8	12,6	12,5 <sup>P</sup>	12,5 <sup>*</sup>	12,7 <sup>*</sup>
Alemania	12,0	12,5	13,0	13,1	13,3	13,4 <sup>P</sup>
Austria	13,6	14,3	14,2	14,4	14,6	14,7
Bélgica	11,8	12,1	11,1	11,3 <sup>P</sup>	11,4 <sup>*</sup>	11,5 <sup>*</sup>
Chipre				6,4 <sup>P</sup>	7,0 <sup>P</sup>	
Dinamarca	9,4	11,3	10,5	10,6	10,8	11,1
Eslovaquia		7,4	7,5	7,5	7,5	7,5 <sup>P</sup>
Eslovenia			11,4	11,5	11,7 <sup>P</sup>	11,2 <sup>P</sup>
España	9,2	10,3	9,6	9,4 <sup>P</sup>	9,3 <sup>P</sup>	9,2 <sup>P</sup>
Estonia			6,9	6,2	6,1 <sup>P</sup>	6,3 <sup>P</sup>
Finlandia	10,4	12,7	10,7	10,8	11,2	11,4
Francia	12,3	13,4	13,0	12,8	12,9	13,0 <sup>P</sup>
Grecia	11,9	11,2	12,5	13,2	12,9	12,9 <sup>*</sup>
Hungría			8,7	8,9	9,0	9,3
Irlanda	5,6	5,0	3,6	3,7	3,8	3,9 <sup>P</sup>
Italia	13,4	14,5	14,7	14,7	15,0 <sup>P</sup>	15,1 <sup>P</sup>
Letonia			9,6	8,6	8,3 <sup>P</sup>	7,5 <sup>P</sup>
Lituania			7,8	7,3	7,0 <sup>P</sup>	6,8 <sup>P</sup>
Luxemburgo	11,8	12,7	9,7	10,1	10,5	10,9 <sup>P</sup>
Malta		8,1	8,2	9,1	9,1	9,4
Países Bajos	14,7	14,1	13,0	12,4	12,7	12,6 <sup>P</sup>
Polonia			13,0	13,9	14,2 <sup>P</sup>	14,3 <sup>P</sup>
Portugal	7,7	9,8	10,5	10,9	11,4	11,9 <sup>P</sup>
Reino Unido	10,2	11,9	12,2	11,8	11,1 <sup>P</sup>	11,0
República Checa		7,3	8,7	8,7 <sup>P</sup>	8,9 <sup>P</sup>	8,8 <sup>P</sup>
Suecia		12,8	11,7	11,7	12,0	12,0 <sup>P</sup>

e: Datos estimados. p: Valores provisionales. - Datos no disponibles.

Fuente: EUROSTAT - DATABASE. Population and Social Conditions. Living Conditions and Welfare. Social Protection. <http://epp.eurostat.cec.eu.int/>

**Tabla 29. Cuantía pensiones medias en España 2006.**

Año 2006	Cuantía mensual	Cuantía año	Organismo
Pensión no Contributiva	301'55 €	4.221 €	IASS
Pensión no Contributiva con ayuda a tercera persona	452'55 €	6.332'62 €	IASS
Prestación Familiar por hijo a cargo, con 65% Minusvalía	301'55 €	3.618'6 €	INSS
Prestación Familiar por hijo a cargo, con 75% Minusvalía	452'33 €	5.427'96 €	INSS
Jubilación, con 65 años, con cónyuge	565'74 €	7.920'36 €	INSS
Jubilación, con 65 años, sin cónyuge	466'98 €	6.537'72 €	INSS
Jubilación, menor de 65 años, con cónyuge	528'72 €	7.402'08 €	INSS
Jubilación, menor de 65 años, sin cónyuge	435, 12 €	6.091'68 €	INSS
Incapacidad Permanente: Gran Invalidez, con cónyuge	848'61 €	11.880'54 €	INSS
Incapacidad Permanente: Gran Invalidez, sin cónyuge	700'47 €	9.806'58 €	INSS
Incapacidad Permanente: Absoluta, con cónyuge	565'74 €	7.920'36 €	INSS
Incapacidad Permanente: Absoluta, sin cónyuge	466'98 €	6.537'72 €	INSS
Incapacidad Permanente, Total con 65 años, con cónyuge	565'74 €	7.920'36 €	INSS
Incapacidad Permanente, Total sin 65 años, con cónyuge	466'98 €	6.537'72 €	INSS
Incapacidad Permanente, Parcial de accidentes de trabajo con 65 años con cónyuge	565'74 €	7.920'36 €	INSS
Incapacidad Permanente, Parcial de accidentes de trabajo con 65 años sin cónyuge	466'98€	6.537'72 €	INSS
Incapacidad Permanente, Total cualificada de 60 a 64 años, con cónyuge	528'72€	7.402'08 €	INSS
Incapacidad Permanente, Total cualificada de 60 a 64 años, sin cónyuge	435'12€	6.091'68 €	INSS
Viudedad: con 65 años	466'98 €	6.537'72 €	INSS
Viudedad: entre 60 y 64 años	435, 12 €	6.091'68 €	INSS
Viudedad: menor de 60 años con cargas familiares	435, 12 €	6.091'68 €	INSS
Viudedad: menor de 60 años sin cargas familiares	347'22 €	4.861'08 €	INSS
Orfandad: Por beneficiario	141'18 €	1.976'52 €	INSS
Orfandad: Absoluta un beneficiario	488'40 €	6.837'6 €	INSS
Orfandad: Por beneficiario menor de 18 años con minusvalía 65%	200 €	2.800 €	INSS
Favor de familiares: Por beneficiario, si no existe viuda ni huérfano pensionista	141'18 €	1.976'52 €	INSS
Favor de familiares: Un solo beneficiario con 65 años	363'42 €	5.087'88 €	INSS
Favor de familiares: Un solo beneficiario menor 65 años	342'18 €	4.790'52 €	INSS
SOVI. Vejez, Invalidez, viudedad	327'04 €	4.578'56 €	INSS
PENSION MENSUAL MAXIMA	2.232'54 €	31.255'56 €	INSS
SALARIO MINIMO INTERPROFESIONAL	540 €	7.560 €	

Fuente: Elaboración propia.

#### 4.3.5. Entorno social (Red social) y Variables relacionadas con la interacción de factores individuales y ambientales (Relaciones familiares, Apoyo sociofamiliar, Episodios de maltrato).

En las últimas décadas el concepto de **apoyo social** ha recibido cada vez más atención, difundiéndose innumerables definiciones tanto del mismo como de conceptos adyacentes: red social, actividad social e interacción social, no estando claramente definidos los límites entre los mismos, debido tanto al abordaje desde diferentes disciplinas (Psicología, Sociología, Derecho...), a la utilización de diferentes técnicas de investigación (correlacionales, experimentales), como a la carencia de datos normativos y al empleo de diferente terminología (Antonucci y Jackson, 1990; Martínez et al, 2000; Dengra, 2002).

Creemos que una aproximación esclarecedora podría partir de las siguientes definiciones (Lopata, 1975; Díaz-Veiga, 1987; Gottlieb, 1983; Carstensen y Edelstein, 1990; Monjas, 1994; Gracia et al, 1995; Dengra, 2002):

- Red Social: Haría referencia a las relaciones sociales y las características que rodean a

los individuos, pudiendo ser estudiada tanto desde un punto de vista estructural como desde una aproximación a nivel funcional.

- **Apoyo Social:** Se refiere a la ayuda emocional, instrumental o financiera derivada de una red determinada, considerada tanto por el que la presta como por el que la recibe como necesaria.
- Interacción social: Compuesta por los siguientes constructos en orden jerárquico: Competencia social, Conducta adaptativa (actividades de la vida diaria y solución de problemas), Habilidades Sociales y Asertividad.
- Actividad social: Frecuencia del contacto social.

Es posible acercarse por tanto, al estudio del **apoyo social** desde dos puntos de vista, desde la perspectiva estructural o desde las relaciones funcionales. Desde un **punto de vista estructural** el estudio de las redes sociales se basa en las características de las relaciones sociales que rodean el apoyo social: tamaño, composición, densidad, reciprocidad, frecuencia, multiplicidad, y dispersión; se incide en este caso en conocer el contexto en el que se producen las interacciones y el apoyo realmente percibido, medidas objetivas. **La perspectiva funcional** hace hincapié en la percepción que tiene el individuo del apoyo social recibido o que podría recibir en el caso de necesidad y utiliza fundamentalmente medidas cualitativas subjetivas que permiten conocer las representaciones psicológicas de las personas sobre los sistemas de apoyo (Barrón, Lozano y Chacón, 1988). La perspectiva funcional incide, por tanto, en el apoyo percibido y en las funciones o tipo de apoyo que se intercambian.

Como podemos observar la pertenencia a una/s determinada/s red/es social/es es imprescindible para conseguir apoyo social; ambos conceptos se encuentran interrelacionados, el apoyo social, describe las funciones específicas de una red, el efecto que esas relaciones tienen sobre el bienestar (Gracia, Herrero y Musito, 1995) y sin embargo que exista una red determinada no implica que se reciba apoyo social de ella.

En general se encuentra bastante consolidada la relación entre la pertenencia a una determinada red social y el apoyo social con la salud (Fernández Peña, 2005):

- La falta de apoyo social se ha relacionado con la aparición de distintas formas de enfermedad física, e incluso con un incremento de la mortalidad (Berkman y Syne, 1979; House et al, 1982; Schwazer y Leppin, 1992). Esta relación con la mortalidad aparece incluso cuando se controla el estatus socioeconómico, el nivel de salud previo, la utilización de recursos sanitarios y los factores de riesgo más habituales.
- Los pacientes con diversas enfermedades crónicas que tienen un alto nivel de satisfacción en relación al apoyo social presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad, y es más importante la percepción que tiene el paciente de lo adecuado del soporte social que el soporte que realmente recibe (Vinaccia et al, 2006).
- El apoyo social percibido en pacientes oncológicos terminales posibilita un mejor afrontamiento de los pacientes a situaciones altamente difíciles y sumamente estresantes (González et al, 2006).
- En el ámbito de la salud mental, se ha asociado con diferentes trastornos mentales como la depresión (Herdenson, 1992; Lin, 1986), las neurosis o la esquizofrenia. Las personas que sufren estos problemas tienen redes sociales más pequeñas, relaciones menos recíprocas y con menor intercambio de recursos.

En la prestación apoyo social hemos de hacer mención específicamente a la familia. En todo lo relacionado con la conservación y protección de la salud, la familia cumple roles esenciales, de gran trascendencia, en tanto desempeña las funciones inherentes a la

satisfacción de necesidades básicas, el cuidado de sus integrantes, lo que incluye además la obtención y administración de los recursos económicos para el hogar y la organización de servicios domésticos.

Se ha comprobado el impacto de la familia sobre la salud: la mortalidad de los viudos, el control de la presión arterial o la diabetes, los resultados obstétricos o la adherencia a los tratamientos (Campbell, 1986). El apoyo familiar juega un papel importante tanto en el proceso generador de enfermedades como en su rehabilitación, en la mayoría de las enfermedades psiquiátricas y en las conductas de riesgo de salud siempre que este sea adecuado y cumpla con sus funciones básicas (Arias, 1994; Bassuk et al, 2002; Robitschek et al, 1999).

Las rutinas familiares y el rol de brindar atención influyen en las posteriores conductas de salud y autocuidado de los hijos, dado el valor de las interacciones placenteras familiares en los aprendizajes de salud (Epps y Jackson, 2000).

Así mismo la presencia de discapacidad intelectual en algún miembro de la familia puede concatenar disfuncionalidad familiar. En el estudio realizado por Almenara y colaboradores para caracterizar población adulta con discapacidad intelectual mediante una evaluación médica y psicosocial arrojó que en un 20,2% la presencia de conflictos familiares derivados de la discapacidad intelectual del hijo (Almenara et al, 1999).

La revisión sobre la relación entre las funciones familiares, y la rehabilitación del discapacitado ya sea por accidente cerebral o deficiencia mental, reveló que el tipo de familia influye en la rápida recuperación (Plamer y Glass, 2003).

Sin embargo, es en el ámbito de la vejez dónde más atención se está prestando al análisis de redes naturales de apoyo, y sus implicaciones para la calidad de vida y la salud. Una de las teorías más divulgadas entre los gerontólogos sociales es la atribución de parte de los efectos del envejecimiento a la pérdida progresiva de relaciones sociales (Minkler, 1985). Modelos más evolucionados (Berkman y Glass, 2000; Berkman et al, 2000) consideran además factores socio - estructurales (factores socioeconómicos y culturales) que determinan las características de la Red Social (número de miembros, proximidad, frecuencia de contactos etc), proporcionando oportunidades para que se produzca Apoyo Social (sea instrumental, emocional o información) y éste, mediante vías psicológicas (locus de control, autoestima, capacidad de adaptación etc), comportamientos saludables (ejercicio físico, contacto con el sistema sanitarios etc) y vías fisiológicas (sistema inmune, reactividad cardiovascular etc) producen los efectos sobre la salud.

Algunas de las relaciones encontradas o "intuidas" entre Apoyo Social y salud en la población mayor son las siguientes:

**Apoyo social e institucionalización.**

- El internamiento en residencias puede suponer un decremento en la red social y en el apoyo social siempre y cuando no se realicen acciones de intervención adecuadas (Yanguas et al, 1993).
- Las personas mayores que viven en residencia tienen peor ajuste psicosocial que aquellos que viven en la comunidad. Este pobre ajuste psicosocial se caracteriza fundamentalmente por una falta de apoyo social en todas sus variantes: red de apoyo, apoyo funcional, reciprocidad, apoyo informal en la comunidad, y apoyo formal. Además, existe



junto a estos bajos niveles de apoyo una autoestima familiar y física más negativa así como peor nivel de salud y mayor depresión. El grupo comunitario muestra un mayor apoyo de hijos, pareja y familiares, en el entorno residencial se observó un mayor apoyo por parte de las amistades. Más aún, aquellos que informaron de mayor apoyo de los amigos lo hicieron también de menor apoyo de los hijos y otros familiares, sugiriendo un proceso de sustitución de las fuentes de apoyo (Herrero y Gracia, 2005).

#### **Apoyo social, dependencia y riesgo de mortalidad.**

- El contacto frecuente con diferentes redes sociales -una vida activa y con sensación de protagonismo- protege ante la discapacidad y la dependencia (Mendes de León et al, 2003), aunque este efecto parece que disminuye a partir de los 80 años (Avlund et al, 2004).
- El contacto con miembros de la familia, con amigos y la participación social se encuentra asociada con una menor mortalidad (Bryant y Rakowski, 1992; Nebot et al, 2002; Brown et al, 2003).
- En el estudio *Envejecer en Leganés*, se pone de manifiesto la asociación entre las relaciones sociales (diversidad de la red social, participación en actividades comunitarias, disponibilidad de confidente) y la reducción del riesgo de mortalidad (Otero et al, 2006).
- El apoyo social está directamente relacionado con la capacidad funcional en una doble dirección (Gómez et al, 2005; Montorio y Losada, 2004): de manera positiva recibándose más apoyo (número de visitas) cuando el mayor está institucionalizado o por el contrario, de manera negativa fomentando la dependencia. En este sentido, a niveles iguales de salud física y mental de la persona mayor, cuando su cuidador le atribuye mayor número de características negativas tales como enfermo, pasivo o dependiente, también le atribuye una menor capacidad de valerse por sí mismo y mayor grado (en frecuencia e intensidad) de ayuda le ofrece.

#### **Apoyo social, género y estado civil.**

- Las viudas en comparación con las casadas tienen un mayor grado de aislamiento tanto por la falta de apoyo de parientes como de amigos (Petrowsky, 1976).
- Las personas que cuentan con escaso apoyo social manifiestan un mayor empeoramiento de su salud tras enviudar (Raphael, 1997).
- El estado civil parece determinar la composición de la red de apoyo de la mujer mayor viuda, caracterizándose por la falta de figuras masculinas (Lopata, 1978).
- Las mujeres solteras se sienten más satisfechas con la vida que las viudas o las separadas, a pesar de tener una red social menos amplia (Ward, 1979).
- No se encuentran diferencias entre hombres y mujeres en las asociaciones entre relaciones sociales y mortalidad (Jylhä y Aro, 1989; Berkman et al, 2004).
- No se han observado diferencias de género en las asociaciones entre redes sociales y discapacidad (Otero et al, 2006).
- Una pregunta aún por resolver es explicar el exceso de síntomas depresivos en las mujeres mayores en comparación con los hombres que se mantiene después de ajustar por todos los factores de riesgo recogidos en los diversos estudios (Otero et al, 2006).

#### **Apoyo social, satisfacción en la vida, sintomatología depresiva y deterioro cognitivo.**

- Las redes naturales de apoyo están directamente relacionadas con la satisfacción vital (Díaz-Veiga, 1987; Martínez et al, 1993).
- En general la evidencia indica que es la calidad del apoyo recibido, subjetivamente valorado, el indicador más claro relacionado con la satisfacción vital, el bienestar y la calidad de vida que la cantidad de apoyo recibido (Duff y Hong, 1982; Ward et al, 1984; Antonucci y Jackson, 1990; Dengra, 2002).

- El apoyo familiar suele emplearse para superar crisis vitales, mientras que el procedente de los amigos facilita la integración social (Antonucci y Jackson, 1990).
- La participación en programas de entrenamiento sobre habilidades sociales y solución de problemas, junto con el incremento de la red social y la interacciones sociales que de estos se derivan, traen consigo un decremento tanto en depresiones moderadas como severas (Dengra, 2002).
- Los principales determinantes de una elevada sintomatología depresiva en las personas mayores son una mala situación económica o social, la mala salud y la discapacidad y, escasos recursos sociales, incluyendo bajo apoyo social (Barefoot et al, 2001; Krause et al, 1998; Berkman et al, 1986).
- El aislamiento social es un factor de riesgo para la demencia, y trabajos realizados en los últimos años han sugerido que las relaciones sociales y las redes sociales protegen la función cognitiva (Bassuk et al, 1999; Fratiglioni et al, 2000; Seeman et al, 2001; Holtzman et al, 2004).

#### **Apoyo social: características de la red social.**

- Se ha encontrado que especialmente a partir de los 70 años las redes sociales de los mayores son más pequeñas que en la población general (Minkler, 1985), no estando claro que esto se traduzca en un decremento del apoyo social (Lin et al, 1986; Field y Minkler, 1988).
- Las fuentes de apoyo más importantes para los ancianos son los familiares, amigos y vecinos, mucho más que las fuentes de apoyo de tipo formal (Antonucci y Akiyama, 1987).
- En España la investigación de Martínez et al, (1996) indican que existe una variabilidad muy amplia en el tamaño de la red social en los mayores, con una media de 9,33 sujetos, siendo la red más amplia en los hombres y decreciendo a partir de los 70 años.
- En Andalucía (1) el tamaño medio de la familia hogar -3 o 4 personas- representa un 53,4% de los hogares donde viven los entrevistados; en un 30,2% de los hogares viven menos de dos personas y en un 16,4% viven más de 5 personas. (2) El tamaño de la Red Familiar Básica entre 16 – 19 personas representa el 51,6% y el tamaño de la Red Ampliada 36-60 personas representa el 49% (IEA, 2006).

“Red Familiar Básica” que incluye a todos los ascendientes y descendientes directos del entrevistado, además de los hermanos y el cónyuge. “Red Familiar Ampliada”, incluye a todos los restantes parientes para los que se ha recogido información: suegras/os, cuñadas/os, nueras/yernos, tías/os, primas/os y sobrinas/os.

**Podemos concluir estableciendo que la potenciación del Apoyo Social y las Redes Sociales** en la población mayor constituyen un elemento esencial y de primer orden para el sistema social y sanitario, ya que influyen en la intervención preventiva, terapéutica y rehabilitadora en las diferentes actuaciones sobre la dependencia, potenciación que ha de ser adecuada y técnicamente planificada de manera que esta sea positiva. Como sugieren los datos del IMSERSO, (2005 a y b) y del IEA, (2006), el apoyo procedente del sistema informal dado a las personas mayores es el principal predictor del mantenimiento de las mismas en la comunidad.

#### **Episodios de maltrato.**

El incremento de la población mayor y de la población mayor dependiente, junto con el déficit en los servicios sociales y sanitarios ha propiciado que el cuidado informal sea el principal, y muchas veces el único recurso de cuidado para muchos mayores.

Esta doble presión de exigencia de mayor cuidado y de menor disponibilidad para ofertarlo provoca un importante impacto en la salud, tanto en la de los ancianos como en la de la familia cuidadora (Bover et al, 2004).

Las actitudes hacia los ancianos y el trato (maltrato) que reciben varían mucho, en

función de las condiciones económicas de la sociedad, la estructura familiar, las creencias religiosas, la estructura política y las políticas públicas; de esta manera, suelen estar en peores condiciones relativas y en un estatus más bajo en las sociedades llamadas desarrolladas que en las primitivas y, en general, al llegar a la etapa de mayor dependencia de otros, la consideración y el respeto hacia ellos sufren una fuerte devaluación (Fliman, 1996; Suárez y Mullor, 1998; González et al, 2004).

En la sociedad española, uno de nuestros valores tradicionales, es el cuidado a los mayores cuando lo necesitan. Generalmente, los españoles entendemos como una obligación moral este cuidado, lo cual coincide plenamente con el deseo de los propios mayores, que prefieren los cuidados de la familia a los que les puedan ser prestados desde los servicios sociales (Sancho, 1999).

No obstante, los valores y comportamientos referidos al envejecimiento han sufrido una profunda transformación en pocos años en nuestro país. El Director del Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia refiere, en la presentación de las jornadas internacionales sobre violencia contra personas mayores celebradas en Valencia el 18/19 de septiembre de 2003, que el maltrato a las personas mayores en España ha crecido un 110% desde el año 1995 al 2001. Este porcentaje se eleva al 472% en el mismo periodo si se habla del maltrato inflingido a los mayores por sus propios hijos (Estadísticas sobre violencia en el ámbito familiar, mayores. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia).

Así mismo, Larrión (Larrión y De Paúl, 1994), explica que la existencia de este tipo de situaciones de violencia en la familia y en las instituciones de asistencia y atención, provoca un fuerte desconcierto en la población y en los profesionales. Es frecuente encontrar, por ende, una fuerte resistencia a su reconocimiento, que proviene del choque entre tales datos o sospechas y la representación social clásica de la familia y las instituciones como «lugares de protección».

Teniendo en cuenta estos factores, cabe esperar que el **maltrato** sea cada vez más frecuente, con un impacto muy importante sobre la salud de la población anciana y la de sus familias. La situación es de tal magnitud que el maltrato está asociado directamente con el aumento de la mortalidad y con una disminución importante de la supervivencia, considerándose como un predictor de muerte en las personas mayores (Lachs et al, 1998).

Estos datos, junto ha las consideraciones siguientes, hacen de la valoración del riesgo de maltrato hacia las personas mayores un elemento clave en la toma de decisiones respecto a la ubicación del mayor dependiente en el servicio idóneo:

- En el 5,1% (725.870 hogares) de los hogares españoles viven personas que prestan ayuda a personas mayores de 60 años en aquellas tareas de la vida cotidiana que no pueden realizar por sí mismas.
- La estimación del número absoluto de cuidadores/as es de 950.528. Representando el 6% de la población de 18 y más años. (INSERSO, 1995 a y b; IMSERSO, 2005).
- El 76,3% de los cuidadores/as informales demandan apoyo económico por parte del estado en forma de “salario mensual”, frente a un 53,9% que demanda Ayuda Domiciliaria, un 34,8% reducción de la jornada laboral, formación un 21,2% y, residencias o centros de día 19%. (CIS, 2001).
- En Alemania “el salario a cuidadores/as” se sitúa entre el 64-74% frente a las prestaciones en servicios (residencias, ayuda domiciliaria etc) que oscila ente el 16-27%. La combinación de ambas ayudas, salario y servicios, representa un 8-10% (Moragas, 1999).

- La ley “De promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, 21 de noviembre de 2006” de nuestro país, contempla en su artículo 18. Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.

Los **datos estimados de incidencia** de maltrato en la población anciana de Estados Unidos fueron en 1981 de un 4,1% (Milner 1990a), aunque se puede afirmar que en el ámbito internacional los conocimientos de tipo epidemiológico son extraordinariamente limitados (Larrión y De Paúl, 1994).

En Europa, en países como Noruega o Finlandia, se estima que un 1-3% de la población mayor de 65 años que vive en su domicilio es maltratada por sus parientes (Hydle, 1989). Según el National Elder Abuse Incidence Study (NEAIS) de 1998, sobre 15 Estados de EE.UU, la incidencia era de un 1-2% de la población mayor de 60 años (Dolan, 1999). Incluso autores como Bradinah (1998) sugieren una variación del 4-10%.

**La prevalencia estimada** de malos tratos a ancianos oscila en un 3-10% según varios estudios (Pillemer et al, 1988 y Marín et al, 1991), su incidencia habría aumentado un 150% en 10 años. Sin embargo, el problema no ha merecido la atención que le corresponde por su magnitud. Esto podría deberse al fenómeno iceberg: 5 de cada 6 casos se quedan sin notificar (The National Elder Abuse Incidence Study. Final Report –September- 1998).

A **nivel nacional**, los datos hallados sobre la **incidencia / prevalencia** oscilan entre una incidencia del 8,57% (Marín, 1991), el 4,7% en el estudio subvencionado por el CSIC realizado por Bazo (2001) -en una población de ancianos que recibía ayuda domiciliaria y el 11,9% tomando como base la Sospecha de Maltrato -SMA- (Ruiz et al, 2001).

Podemos comprobar que no existen unas cifras estables y concordantes en la incidencia, lo que manifiesta cierta dificultad explícita en la detección y la definición del maltrato por parte de los profesionales responsables de su registro.

### Definición

En términos generales se entiende por maltrato “aquellas situaciones no accidentales en las cuales un anciano sufre daños físicos, de privación de sus necesidades básicas o daño psíquico como resultado de un acto o una omisión por parte de quienes deben cuidarle” (Milner, 1990b). Las diferentes tipologías incluyen (De Paúl y Larrión, 2006):

- **Maltrato físico:** Agresión física intencional (no accidental) realizada contra una persona anciana que le produce daños o que en casos extremos provoca desfiguración y/o la muerte.
- **Maltrato psicológico (o emocional):** Promoción intencional de condiciones que producen malestar mental o emocional en el anciano: agresiones verbales, amenazas, intimidación, humillación, ridiculización y cualquier otra conducta degradante. Se suele exigir como condición la existencia de un cierto esfuerzo crónico y sistemático para deshumanizar al anciano. Los casos aislados y no crónicos suelen suponer el efecto de crisis recientes, situaciones de estrés, etc.
- **Violación de los Derechos:** Se incluye el confinamiento o cualquier otra interferencia con la libertad personal así como la explotación del anciano en sus recursos materiales y financieros. Hay autores que establecen una tipología específica y la denominan Explotación Financiera.
- **Abandono del anciano / negligencia:** El cuidador, intencionalmente o por descuido (no deliberado), no proporciona al anciano el cuidado o la supervisión necesarios y le expone

a un cierto riesgo de daños físicos, mentales o emocionales. En su vertiente no intencional se puede deber a un conocimiento inadecuado, falta de habilidad, falta de recursos o falta de motivación. Se incluye Falta de Supervisión, Condiciones de Habitabilidad peligrosas, Nutrición inadecuada, Higiene inadecuada, Cuidados médicos inadecuados. Se suele diferenciar el Abandono Pasivo del Abandono Activo. El primero supone situaciones en las que las necesidades del anciano son desconocidas o no son resueltas adecuadamente. Puede producirse porque el cuidador no tenga tiempo, energía, habilidades o recursos financieros para hacer frente a las necesidades del anciano. El de tipo activo supone un daño deliberado al bienestar del anciano al limitarle o negarle el acceso a las necesidades básicas.

- **Abuso sexual:** Comisión de actos sexuales con una persona anciana sin que ella dé libremente su consentimiento.
- **Autoabandono:** Se trata de una categoría de reciente incorporación. Se refiere a las situaciones en las que una persona anciana, que vive sola, no mantiene adecuadas condiciones de vida y/o no mantiene un cuidado adecuado de su salud mental o física.

**Referente a las tipologías de maltrato.**

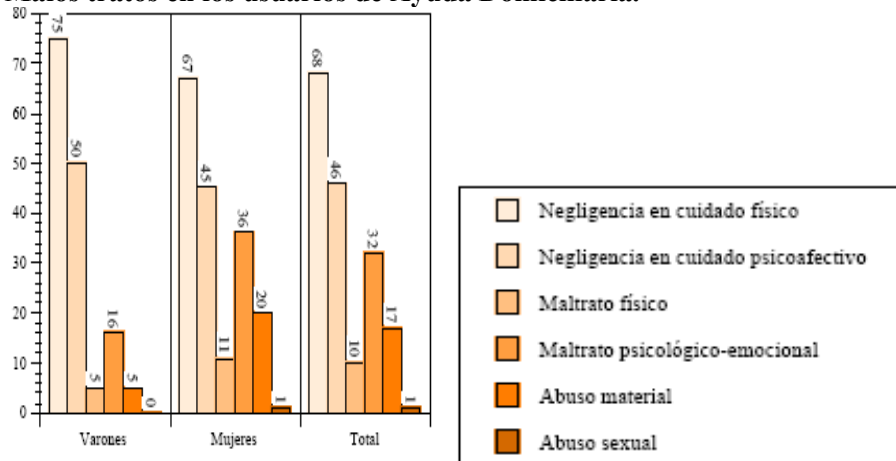
En el estudio de Ruíz (2001), donde la prevalencia de sospecha de maltrato (SMA) fue de 11,9% (IC del 95%, 7,6-16,2), 26 personas. Los tipos de maltrato se distribuyeron en: 6 físicos (23%), 20 (76,9%) psicológicos, uno sexual (3,8%), 6 negligencias - abandonos (23%). Nueve personas presentaban más de un tipo de maltrato (34%).

Bazo, (2001) sobre maltrato en los usuarios de Ayuda a Domicilio. En la investigación se encontraron de 104 (81% de mujeres y 19% de varones) casos de un grupo de 2.351 personas ancianas, atendidas por los Servicios de Ayuda a Domicilio, un 4,7%. Las tipologías de maltrato indican un 68% Negligencia, 10% Maltrato físico, Psicológico un 31%, Económico 17% y Sexual 1%.

En este estudio el 21% de los casos de negligencia en el cuidado físico es sufrido por varones y el 79% es sufrido por mujeres. En el maltrato físico la gran mayoría de los casos (90%) se refiere a mujeres. También entre los casos de malos tratos de carácter psicológico y emocional se encuentran mayoritariamente las mujeres (91%), así como entre los de abuso material (94%).

En el 55% de los casos, los malos tratos han sido perpetrados por hijos e hijas biológicos y políticos, en el 12% de los casos por el cónyuge, en el 7% por hermanos o hermanas, y en el 25% por otras personas.

**Tabla 30. Malos tratos en los usuarios de Ayuda Domiciliaria.**



**Respecto a las variables asociadas al mismo** encontramos: sexo femenino, recibir ayudas sociales, ser viudo/a, no haber tenido un trabajo remunerado y tener residencia rotatoria.

Los presuntos perpetradores fueron hijo/a; cónyuge; yerno/nuera. Además como factores asociados presentar algún tipo de toxicomanías y trastornos psiquiátricos (Ruíz, 2001; Morera, 2006), siendo en el 85% de los casos el principal responsable el cuidador principal (Pérez-Rojo y Penhale, 2006).

Que las víctimas sean la mayoría son mujeres, puede ser debido a que ellas informan más del caso y buscan ayuda con más frecuencia. Esto no significa que los varones mayores no sean maltratados, sino que estos casos suelen permanecer ocultos (Pérez-Rojo y Penhale, 2006).

**Entre los factores de riesgo y vulnerabilidad en relación a ser víctima de malos tratos** (Kosberg, 1988; Lachs et al, 1997; Gallardo y Ruiz, 2002; Fernández-Alonso y Herrero-Velázquez, 2006; Pérez-Rojo et al, 2005) se encuentran:

- **Para el anciano:** • Edad avanzada • Deficiente estado de salud • Incontinencia • Deterioro cognitivo y alteraciones de conducta • Dependencia física y emocional del cuidador • Aislamiento social y • Antecedentes de malos tratos.
- **Para el agresor (cuando es el cuidador):**
  - Sobrecarga física o emocional (situaciones de estrés, crisis vitales).
  - Padecer trastornos psicopatológicos.
  - Abuso de alcohol u otras toxicomanías.
  - Experiencia familiar de maltrato a ancianos o violencia familiar previa.
  - Incapacidad del cuidador para soportar emocionalmente los cuidados.
  - Mayor sintomatología depresiva.
  - Más frecuencia de conductas agresivas y provocadoras de la persona cuidada.
  - Recibir menos ayuda formal e informal.

#### **Situaciones de especial vulnerabilidad**

• Vivienda compartida • Malas relaciones entre la víctima y el agresor • Falta de apoyo familiar, social y financiero • Dependencia económica o de vivienda del anciano.

Decir, no obstante, que factores como la edad del mayor y la dependencia de éste, junto con la vivienda compartida presentan resultados contradictorios (Pérez-Rojo et al, 2005).

Podemos concluir señalando que la conceptualización exacta del abuso en los mayores no está aún definida en su totalidad, revelándose como un problema diverso y multicausal (Muñoz y Tapia, 2004), donde los factores de riesgo ayudan a comprender las situaciones de abuso, aunque perduran importantes lagunas (Muñoz, 2004a), e implementar los programas de intervención y prevención secundaria y terciaria pertinentes. (Muñoz, 2004b; Muñoz y Alix, 2004a).

#### **4.3.6. Variables relacionadas con la interacción de factores individuales / comportamentales, biológicos y ambientales (Riesgo de caídas, consumo de fármacos, uso de prótesis y órtesis).**

##### **Riesgo de caídas.**

Las caídas en la población mayor constituyen uno de los factores más importantes relacionados con la pérdida en la realización de las actividades de la vida diaria convirtiéndose en un grave problema de salud, por las lesiones que producen, sobre todo la tan temida fractura de cadera, y por las complicaciones que frecuentemente se presentan: inmovilidad, tromboflebitis, dependencia por el miedo a caer de nuevo (**síndrome postcaída**).

Con una mortalidad elevada, las caídas son la principal causa de muerte por accidente, causan el 70% de las muertes por accidente en personas >75 años, la mortalidad en el Hospital es del 20% y a los dos años del 35%.

La tercera parte de los mayores de 65 años que viven en la comunidad se caen al menos una vez al año. En los mayores de 85 años asciende al 50%. En la mitad de los casos sufren caídas de repetición. Más de la mitad suceden dentro del domicilio (52%), siendo el lugar más peligroso de la casa el baño (un 46% de las caídas en domicilio suceden en él).

En ancianos institucionalizados la incidencia alcanza el 50% anual. La prevalencia es mayor en el sexo femenino (relación 2/1), aunque después de los 75 años se iguala en ambos sexos (Dengra, 2001; INC, 2002; Debra, 2005; Varas-Fabra et al, 2006).

Entre los factores de riesgo asociados a caídas, se encuentran las caídas previas, incontinencia urinaria, problemas visuales, uso de fármacos –benzodiazepinas- (Tromp et al, 2001).

Otros factores a los que se debe prestar atención son los síntomas de depresión, las limitaciones funcionales, la diabetes y la incontinencia urinaria (Reyes-Ortiz et al, 2005).

Destacar también como son los entornos habituales en donde no existe una especial atención o vigilancia personal, los que conllevan más riesgos: el 73,4% de las caídas se produjo en un lugar que era familiar para ellos y que en la mayoría de los casos estaba bien iluminado (88,6%). El 55,3% de las caídas ocurrió en el domicilio. En el 64% de las ocasiones tuvieron lugar de manera accidental. El momento del día en que se produjo la mayoría de las caídas fue durante la mañana (59%). Las caídas se produjeron fundamentalmente al caminar (49,1%). El 27,3% reconoce haberse caído al tropezar con algún objeto. Y el 48,7% calzaba zapatillas en el momento de la caída (Varas-Fabra et al, 2006).

Las caídas y el miedo a caerse son predictores el uno del otro, de manera que una persona que presenta uno de ellos tienen mayor riesgo de presentar el otro (Friedman et al, 2002), estando asociado el miedo a las caídas a un mayor riesgo de caídas repetidas (Suzuki et al, 2002).

En mayores que viven en la comunidad la prevalencia informada de miedo a las caídas varía entre el 77% y el 29%, siendo mayor en mujeres que en hombres (Howland et al, 1998; Vellas et al, 1997; Murphy, Williams y Gill, 2002). El miedo a las caídas puede traer consigo una reducción de la actividad social e interacciones sociales junto con una disminución en la realización de actividades de la vida diaria (Howland et al, 1998; Murphy, Williams y Gill, 2002).

Respecto a los programas de **prevención en caídas**, las sociedades Americana y Británica de Geriátrica, junto con la Academia Americana de Cirugía Ortopédica, han publicado una guía para la prevención de caídas en personas mayores indicando la evidencia científica sobre diferentes procedimientos de prevención en el contexto hospitalario, residencias y en la comunidad (American Geriatrics Society, British Geriatrics Society and American Academy of Orthopaedic, 2001). Los diferentes Grados de recomendación pueden ser:

- A. Existe un alto grado de evidencia que apoya esta recomendación.
- B. Existe evidencia para apoyar esta recomendación.
- C. No existe evidencia para hacer esta recomendación, aunque podría recomendarse en ciertas circunstancias.
- D. Existe poca evidencia que apoye esta recomendación.

Cuando analizaron las diferentes intervenciones de manera aisladas, ejercicio físico, modificación del entorno, educación para la salud y consumo de fármacos, ninguna de ellas por separado presenta recomendaciones tipo A.:

▪ **Ejercicio (grado de recomendación B)**

La realización de ejercicio físico como medida única no se ha mostrado eficaz para disminuir el número de caídas. Tampoco la realización de ejercicio físico asociado a clases de educación ha demostrado una disminución en su incidencia.

▪ **Modificación del entorno (grado de recomendación B)**

Existen estudios que avalan su utilidad junto a otros dónde la modificación del ambiente sin otra intervención no fue beneficiosa.

▪ **Programas de educación sanitaria (grado de recomendación B)**

Cuando se evaluó la eficacia de las clases para enseñanza de ejercicios, relajación y temas de salud y seguridad, en relación con la prevención de caídas, y de las clases sin el componente de ejercicio, los resultados con cualquiera de estas intervenciones no demostraron una reducción estadísticamente significativa del número de personas que sufrían caídas.

▪ **Revisión del consumo de fármacos (grado de recomendación C)**

En todos los niveles asistenciales hay una fuerte asociación entre uso de psicotropos y caídas. Aunque no hay estudios aleatorizados comparativos que realicen esta intervención de forma aislada, la reducción de la medicación en los estudios multifactoriales se relacionaba con una reducción importante en el número de caídas, tanto en la comunidad como en residencias.

En el estudio Stevens y colaboradores con 1737 mayores, donde el grupo experimental recibía una única visita a domicilio de una enfermera y se les ofrecía una evaluación del riesgo de su hogar, información sobre la disminución del riesgo (mediante la modificación ambiental) y la instalación de mecanismos de seguridad, no fueron estrategias eficaces para la prevención de las caídas en las personas mayores (D'Arcy et al, 2001).

Es por tanto que la intervención multidimensional constituye la clave para prevenir y tratar de forma eficaz al anciano con caídas. Es necesario recurrir a una combinación de actuaciones médicas, rehabilitadoras, psicosociales y sobre el entorno ambiental para realizar una prevención eficaz de las caídas (Tibbits, 1996).

Los componentes principales de una intervención multidimensional conllevan sin lugar a dudas actuaciones interdisciplinarias: revisar los tratamientos farmacológicos, controlar la hipotensión postural, corregir las deficiencias en la audición y la visión, prevenir los riesgos ambientales, promover el ejercicio físico para aumentar la fuerza muscular y el equilibrio, detectar y cuidar los problemas en los pies y recomendar una dieta rica en calcio (Gillespie et al, 2001 y Connell, 1996).



## Consumo de fármacos.

El aumento de la esperanza de vida conlleva un incremento del número de enfermedades crónicas que afectan a más de un órgano o sistema, lo cual repercute en un aumento considerable del uso y consumo de fármacos en la población anciana, situándose este grupo de edad como mayor consumidor de fármacos y del gasto farmacéutico en España, en torno al 75% del gasto (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989; INSALUD, 1998).

Existe una estrecha relación entre la asociación y simultaneidad de enfermedades crónicas en el anciano y el consumo elevado de fármacos, junto con factores como la capacidad funcional, el estado físico, el nivel de salud percibido, el sexo, la edad y el nivel socioeconómico y cultural (López-Torres et al, 1997; Gurwith y Avom, 1991; Pedrera et al, 1999; Casteló et al, 2006).

El consumo medio de fármacos en mayores no institucionalizados se sitúa entre 2 – 4, siendo mayor en la mujeres que en los hombres (Zunzunegui et al, 1997; Valderrama, 1998; Pedrera et al, 1999; Casteló et al, 2006); en mayores institucionalizados es mayor, de 6 a 8 fármacos (Unzueta et al, 2000; Blasco et al, 2004).

Aunque no existe un consenso sobre el número de fármacos necesarios para considerar a un paciente polimedcado, cuatro o más es la cifra comúnmente aceptada (Arbas et al, 1998; Casteló et al, 2006). Se estima que en España la polimedcación afecta al 34,2 % de las personas mayores que consume fármacos a diario (Valderrama, 1998), pudiéndose llegar a valores entorno al 75% en pacientes inmovilizados (Gavilán et al, 2006).

Hasta el 80 % de los mayores se automedican, originando un consumo mayor de medicamentos y aumentando el riesgo de sufrir efectos indeseados e interacciones medicamentosas (Col et al, 1990). Hasta el 5 % de pacientes que consumen un medicamento y casi el 100 % de los que consumen 10 o más pueden presentar efectos indeseados, situación de especial relevancia en los pacientes vulnerables y en las personas mayores (Col et al, 1990; Veehof et al, 2000; Gurwitz et al, 2003).

Entre el 10 % y el 15 % de los ingresos hospitalarios en los mayores son debidos a los efectos indeseados de los medicamentos y/o a los efectos indeseados producidos por interacciones medicamentosas, efectos clínicos difíciles de reconocer puesto que pueden asemejarse a la mayoría de síntomas y/o síndromes clínicos conocidos -caídas, depresión, trastornos cognitivos, cambios de comportamiento, síndrome de confusión aguda, incontinencia, estreñimientos o diarreas etc - (Veehof et al, 2000).

La tipología de fármacos consumidos, en orden de mayor consumo suelen ser: hipotensores, analgésicos, cardioterápicos, antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos, antidiabéticos, antiácidos - antiflatulentos y antiúlceras pépticas, antiasmáticos, vasodilatadores periféricos, psicodélicos y diuréticos (Valderrama, 1998; Pedrera et al, 1999; Casteló et al, 2006).

Respecto al consumo de psicofármacos la ecuación resultante del análisis de regresión logística (en donde se tomó como variable dependiente consumo de psicofármacos y como variables predictoras variables sociodemográficas) la probabilidad mayor de pertenecer al grupo de sujetos que consumen psicofármacos incluye el siguiente perfil: mujer de entre 46 y 64 años, desempleada y que vive sola o en una residencia (Secades et al, 2003).

Podemos concluir resaltando la importancia de la prevención dado que el elevado consumo de fármacos conlleva importantes repercusiones económicas y de salud:

- Elevado número de reacciones adversas debido a las especiales condiciones farmacocinéticas y farmacodinámicas de estos pacientes (Veehof et al, 2000; Pérez, 1995; Lázaro del Nogal et al, 1994).
- Elevado gasto sanitario y consumo de recursos atencionales, donde más de 1/3 de las consultas en Atención Primaria corresponde a personas con más de 65 años (Pedrera et al, 1999).

Los métodos que han demostrado ser efectivos para disminuir la polifarmacia han sido la formación de los médicos mediante contactos grupales o individuales con expertos, el uso de hojas con instrucciones específicas de los tratamientos a seguir para los pacientes, las técnicas basadas en la educación sanitaria de los pacientes y la revisión por expertos seguida de la recomendación de modificaciones (De Alba et al, 2003).

### **Uso de prótesis y órtesis: Ayudas técnicas.**

Los problemas de discapacidad y el envejecimiento aunque distintos tienen puntos en común. Con la edad se aumenta la posibilidad de tener alguna discapacidad y el envejecimiento también afecta a las personas con discapacidad acentuando limitaciones y consecuencias. Muchas personas mayores que no son consideradas discapacitadas presentan similitudes con ellas, movilidad reducida, pérdida de vista y/o de audición, falta de destreza, dificultades en la realización de actividades de la vida diaria, necesitando en muchos casos Ayudas Técnicas.

Una ayuda técnica es un producto diseñado para facilitar actividades y prevenir o compensar deficiencias, discapacidades o minusvalías. Específicamente son consideradas como “Aquellos productos, instrumentos, equipos o sistemas técnicos fabricados expresamente para ser utilizados por personas con discapacidad y / o mayores; disponibles en el mercado para prevenir, compensar, mitigar o neutralizar una diversidad” (EN ISO, 9999; Tecnoneet, 2004; Vidal 2004).

De acuerdo a la Norma: UNE-EN ISO 9999. Las Ayudas Técnicas pueden clasificarse en las siguientes categorías, que a su vez se desglosan en otras familias de Ayudas Técnicas:

- Ayudas para el tratamiento y el entrenamiento.
- Órtesis y exoprótesis.
- Ayudas para la protección y el cuidado personal.
- Ayudas para la movilidad personal.
- Ayudas para las tareas domésticas.
- Mobiliario y adaptaciones del hogar y otros edificios.
- Ayudas para la comunicación, información y señalización.
- Ayudas para la manipulación de productos y mercancías.
- Ayudas y equipamiento para la mejora del entorno. Herramientas y máquinas.
- Ayudas para el ocio y tiempo libre.

La Orden de 18 de Enero de 1996, de desarrollo del Real Decreto 63/1995 de 20 de Enero, para la regulación de la prestación ortoprotésica, presenta una definición de los productos ortoprotésicos.

**Prótesis.**

1. Se entienden como tales los productos sanitarios que sustituyen total o parcialmente una estructura corporal o una función fisiológica que presenta algún defecto o anomalía. A efectos de lo dispuesto en esta norma, dentro de las prótesis cabe distinguir:

1.1 Prótesis quirúrgicas fijas: Son aquellos productos sanitarios que precisan de una implantación interna y fija en el paciente, a través de un determinado acto quirúrgico, estando destinadas a sustituir artificialmente y de forma permanente la falta de un órgano o de parte de él o de su función.

1.2 Prótesis ortopédicas permanentes o temporales (prótesis externas): Son aquellos productos sanitarios que requieren una elaboración y/o adaptación individualizada y que, dirigidas a sustituir un órgano o parte de él, no precisan de implantación quirúrgica en el paciente.

**Vehículos para inválidos.**

1. Se entienden como tales, a los efectos de lo regulado en esta norma, las sillas de ruedas, que son los vehículos individuales para favorecer el traslado de personas que han perdido, de forma permanente, total o parcialmente, la capacidad de deambulación y que sean adecuados a su grado de invalidez.

**Órtesis.**

1. A efectos de lo dispuesto en esta norma, bajo esta denominación, se incluyen aquellos productos sanitarios de uso externo, no implantables que, adaptados individualmente al paciente, se destinan a modificar las condiciones estructurales o funcionales del sistema neuromuscular o del esqueleto.

**Prótesis dentarias y especiales.**

Existen en el mercado catálogos específicos de ayudas técnicas en todas las áreas: comunicación, movilidad, transporte, vestido, aseo, preparación de alimentos, otras actividades de vida diaria, ocio y cuidado personal, adaptación de viviendas, mobiliario, etc. (CEPAT, 1999).

La investigación en este campo es amplia, el estudio ETAM -Red Europea de Asesoramiento en Tecnología- (ETAM, 1998; Rodríguez-Porrero, 2000) considera como áreas prioritarias de investigación y desarrollo en relación a la población mayor las siguientes áreas:

1. Técnicas de aprendizaje continuo.
2. Tecnologías y métodos para nuevos modos de organización flexible del trabajo.
3. Diseños de productos y procesos tecnológicos que sean neutrales para las distintas edades (Aspecto éste relacionado con interfaces de usuarios, ergonomía, diseño de viviendas y diseño urbano, junto con apoyos a la industria, estándares, normas técnicas, programas de buenas prácticas, etc.).
4. Infraestructuras de transporte y movilidad (diseño para todos en transporte, redes de transporte, urbanismo y ciudades, que permitan participación y vida activa).
5. Aplicaciones de las tecnologías de la información y comunicación en el medio laboral, medio doméstico y servicios de apoyo (Las tecnologías de la información y comunicación van a ser fundamentales para la cuestión del envejecimiento).
5. Entendimiento y prevención.
7. Tecnologías de apoyo y cuidado continuo.
8. Telecomunicaciones médicas para el cuidado de la salud a distancia.

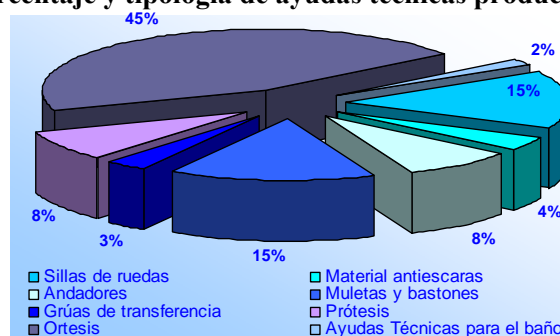
No obstante en la implantación, difusión y utilización de los avances queda mucho por hacer, de esta manera: (1) en el 2004 se publicó la revisión de las conclusiones del estudio HEART -Horizontal European Activities in Rehabilitation Technologies- para España 1995-2004 (CEPAT, 2004) a nivel estatal. Esta revisión contemplaba seis áreas: Normalización y Evaluación de Productos y Servicios; Coherencia en las relaciones entre los agentes de los mercados derivados de estas tecnologías; Sistemas de Provisión de Accesibilidad y Ayudas Técnicas; Aspectos Jurídicos y Socio-económicos relacionados con el consumo; Formación especializada en el sector; Actividades de Investigación, Desarrollo e Innovación.

La conclusión de este estudio fue que aunque se habían conseguido ciertos avances, el resultado global era negativo consiguiéndose tan solo una valoración de 2.3 -en una escala de 5-; los aspectos mejor valorados fueron los relacionados con el desarrollo normativo y la implicación de los usuarios. Y (2) existe una escasa información entre los usuarios de Ayudas Técnicas en todo lo concerniente a estos bienes, especialmente, respecto de la propia existencia de las Ayudas Técnicas, prestaciones técnicas, puntos de ventas, ayudas económicas. Faltando información que permita conocer, con total fiabilidad, datos tan elementales como el volumen de negocio del sector, el gasto de la administración pública en Ayudas Técnicas por Comunidad Autónoma, características de usuarios y tipo de Ayuda Técnica, etc (AUPA, 2005).

Pese a la escasa información en nuestro país de las características de usuarios y tipo de Ayuda Técnica utilizada, los datos derivados del informe “Ayudas Técnicas y Discapacidad” elaborado por el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) y la Asociación de Usuarios de Prótesis y Ayudas Técnicas – AUPA- resaltan la importancia de la población mayor dependiente en el consumo de las mismas y la tipología más demandada.

En el siguiente gráfico podemos ver la producción española de ayudas técnicas, observándose el elevado porcentaje de ayudas técnicas que tienen como posibles usuarios los mayores dependientes (AUPA, 2005).

**Gráfico 3. Porcentaje y tipología de ayudas técnicas producidas en España.**



No existiendo una medida real de los usuarios potenciales del mercado de las Ayudas Técnicas, es habitual utilizar de forma recurrente la cifra aportada por V. García (CEPAT) en el Artículo “Consumo de Ayudas Técnicas” publicado por la revista *Minusval* en junio de 1999.

En este artículo se realiza una aproximación al número de usuarios mediante descartes basados en el grado de la discapacidad de las personas y se establece un mercado potencial de 1,5 millones de personas.

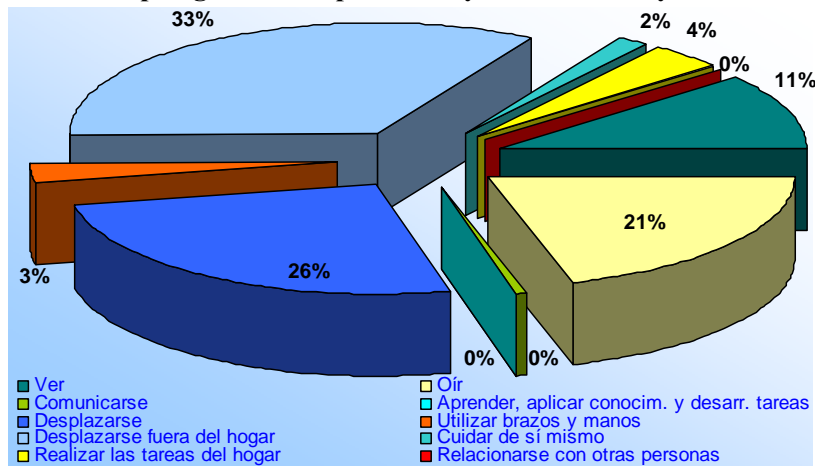
Aunque otros autores (AUPA 2005), consideran como potenciales usuarios el total de las personas con discapacidad 3.528.220 (Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de la Salud, 1999).

La demanda real de usuarios de Ayudas Técnicas se sitúa en 1.122.707, el 32% de la población con discapacidad; de estas personas, el 88% (991.260 personas) han recibido la Ayuda Técnica Demandada y el 22% restante no han visto satisfecha su demanda, independientemente del sistema financiador y del régimen económico de adquisición de la Ayuda Técnica.

Se constata que no existe una diferenciación respecto de los porcentajes de género, en cuanto a la utilización de Ayudas Técnicas, el 58% son mujeres y el 42% hombres, porcentajes que se corresponden con los de hombres y mujeres de la población con discapacidad. La demanda de ayudas técnicas, por el contrario, si se encuentra relacionada con la edad, de manera que el porcentaje de demandantes con edades de 65 años o más se sitúa en el 71% frente al 58% que supone ese grupo de personas entre el total de personas con discapacidad (AUPA, 2005).

Las discapacidades relacionadas con el desplazamiento acumulan por sí solas el 59% de la demanda satisfecha, seguidas muy de lejos por la demanda de Ayudas Técnicas para discapacidades como Oír el 21%, Ver un 11% y el resto porcentajes inferiores (AUPA, 2005).

**Gráfico 4. Tipología de discapacidades y demanda de ayudas técnicas.**



**CAPÍTULO V. PLANTEAMIENTO DE  
LA INVESTIGACIÓN:  
OBJETIVOS, CRONOGRAMA,  
COSTE Y UTILIDAD DE LA MISMA.**

---



## 5. Capítulo V. Planteamiento de la investigación: objetivos, cronograma, coste y utilidad de la misma.

La atención a la persona mayor dependiente se configura como uno de los principales retos en protección social de nuestro país, considerando tanto el número actual de mayores dependientes, su incremento exponencial en los próximos años, la inversión económica y la cobertura actual de servicios junto con la disminución de los/las cuidadores/as informales; tal como describimos en los capítulos II, III y IV.

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, pretende abordar este reto garantizando la atención como un “derecho subjetivo”, no obstante, para que este sea real y efectivo, hemos de resolver y dar respuesta a los siguientes interrogantes:

- ¿Número de mayores correctamente ubicados en cada una de las diferentes modalidades de servicios: Residencias. Centros de Estancia Diurna. Cuidadores familiares. Ayuda a domicilio y Teleasistencia Domiciliaria?. Significa conocer realmente la cobertura actual atendiendo a criterios de Eficacia en la Cobertura.
- ¿Coste económico actual de los diferentes servicios y proyección económica en los años venideros, atendiendo a criterios de eficacia en la cobertura?. Significa poder planificar el presupuesto necesario para atender todas las necesidades planteadas.

La valoración inicial de los mayores para una adecuada prescripción, dada la demanda de provisión de servicios, y ubicación del mayor en el servicio más adecuado a su nivel de dependencia, situación cognitiva, afectiva y apoyo sociofamiliar, requieren de valoraciones de cribaje o screening prácticas, fáciles de realizar y de bajo coste, criterios éstos que cumplen numerosas pruebas existentes en el mercado, con adecuados índices de fiabilidad y validez, capítulo IV. Junto a estas características, su pertinencia dependerá de su utilidad para discriminar entre los usuarios tipo de los diferentes servicios, eso supone responder a las cuestiones:

- ¿Las pruebas de screening utilizadas en la evaluación de dependencia, situación cognitiva y afectiva, salud, riesgo de caídas, apoyo sociofamiliar etc, discriminan entre los mayores dependientes atendidos por los diferentes servicios?.
- ¿Cuál es el número de variables a ser consideradas y la combinación de las mismas, para predecir la probabilidad de que un determinado mayor sea asignado a un determinado servicio garantizando la mejor atención?.

Una adecuada provisión de servicios en cascada requiere de prescripciones técnicas que ubiquen al mayor dependiente en el servicio más adecuado en función de los niveles de dependencia: Residencia, Centro de Estancias Diurnas, Cuidadores Familiares, Ayuda a Domicilio y/o Teleasistencia Domiciliaria. Responder con prescripciones técnicas con un mínimo grado de subjetividad, maximizando la homogeneidad en la toma de decisiones, implica la utilización de modelos que combinen: (1) la información obtenida por todas y cada una de las pruebas de screening respecto al servicio idóneo en función de su peso relativo y, en el caso de no acuerdo, (2) ponderación de cada una de las valoraciones / decisiones en función de los conceptos Entorno menos restrictivo e Intensidad del servicio / coste.

Por último, es necesario realizar un análisis de la bondad del modelo planteado, atendiendo a criterios de dependencia, satisfacción psicológica del usuario (satisfacción en la vida – satisfacción afectiva – adecuación al entorno) y criterios de costes - eficacia.



Nuestra aportación fundamental, utilidad de la investigación, va en el sentido de facilitar instrumentos de evaluación-screening y modelos para la toma de decisiones, a los profesionales de Servicios Sociales Comunitarios, posibilitando la elección más adecuada del servicio o servicios para la atención a la persona mayor dependiente, contribuyendo de esta forma a garantizar la atención a la dependencia como derecho subjetivo.

### **5.1. Objetivos de investigación.**

#### **Objetivos generales:**

1. Conocer las características específicas que definen y conforman los usuarios - residentes atendidos en: Centros Residenciales, Unidades de Estancias Diurnas, Programas de Cuidadores/as de Personas Dependientes y los Servicios de Ayuda Domiciliaria y Teleasistencia.

Características definitorias basadas en: a) Variables personales del mayor (Edad, Género, Estudios y Estado Civil), b) Variables biopsicosociales del mayor dependiente (Capacidad funcional, Capacidad Cognitiva, Depresión, Relaciones familiares, Apoyo sociofamiliar, Satisfacción vital y Salud), c) Variables relacionadas con el cuidador/ra (Sobrecarga, Edad, Sexo, Estudios, Situación laboral y Relación de parentesco con el mayor dependiente), d) Prevalencia de maltrato y f) Entorno físico – arquitectónico donde reside el mayor (presencia o ausencia de barreras arquitectónicas y equipamientos del hogar).

2. El segundo objetivo nos permitirá identificar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los mayores dependientes atendidos por los diferentes servicios de atención a la dependencia (Ayuda a Domicilio, Cuidadores/as Familiares, Centros de Estancias Diurnas y Residencias) y los mayores en la comunidad, en función de las variables analizadas en este trabajo: a) Variables personales del mayor (Edad, Género, Estudios y Estado Civil) y b) Variables biopsicosociales del mayor dependiente (Capacidad funcional, Capacidad Cognitiva, Depresión, Relaciones familiares, Apoyo sociofamiliar, Satisfacción vital y Salud), c) Variables relacionadas con el cuidador/ra (Sobrecarga, Edad, Sexo, Estudios, Situación laboral y Relación de parentesco con el mayor dependiente), d) Prevalencia de maltrato y f) Entorno físico – arquitectónico donde reside el mayor (presencia o ausencia de barreras arquitectónicas y equipamientos del hogar).

3. Como tercer objetivo identificaremos si los profesionales de los servicios de Residencias, Centros de Estancia Diurna y Ayuda a Domicilio tienen criterios válidos respecto a la ubicación del mayor dependiente en el servicio idóneo en función de su grado y nivel de dependencia.

4. El cuarto objetivo nos permitirá conocer el grado adecuación de los servicios a la Ley de Dependencia, la cobertura idónea y eficacia de la cobertura de los mismos.

5. El quinto objetivo general, nos posibilitará conocer los mayores dependientes que residen en el medio comunitario, municipios, susceptibles de necesitar atención en los diferentes dispositivos de atención y que actualmente no reciben atención alguna. Posibilitando así mismo una planificación de los recursos económicos necesarios.

6. El sexto objetivo general, implica: Conocer (1) el número y la secuencia de pérdida en la realización de las Actividades de la Vida Diaria tanto Básicas como Instrumentales y (2) los apoyos requeridos en la realización tanto de AVD básicas como instrumentales. Este objetivo nos permitirá avanzar planificar actuaciones preventivas y mejorar las intervenciones.

7. Conocer el copago que los mayores estarían dispuestos a aportar por los diferentes servicios: Residencias, Centros de Estancia Diurna, Ayuda Domiciliaria y Teleasistencia.

8. Conocer la validez de criterio del baremo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en relación a Barthel, Índice de Lawton y MEC.

9. El objetivo principal de esta investigación consiste en proporcionar a los profesionales de Servicios Sociales Comunitarios un modelo de toma de decisiones validado estadísticamente que, mediante instrumentos de screening, permita ubicar a las personas mayores en el servicio o servicios, de atención y cuidados o de promoción de la autonomía personal, más adecuados a su perfil biopsicosocial (discapacidad funcional para la realización de AVD B e I, capacidad cognitiva, funcionamiento afectivo, relaciones familiares y apoyo sociofamiliar, salud), entorno físico – arquitectónico donde reside el mayor (presencia o ausencia de barreras arquitectónicas y equipamientos del hogar) y satisfacción psicológica del mayor.

### **Objetivos específicos:**

Para la consecución de estos objetivos generales se proponen los siguientes objetivos específicos:

**OBJETIVO 1: Conocer las características específicas que definen y conforman los usuarios - residentes atendidos en: Centros Residenciales, Unidades de Estancias Diurnas, Programas de Cuidadores/as de Personas Dependientes y los Servicios de Ayuda Domiciliaria y Teleasistencia.**

**- Características específicas que definen y conforman los usuarios - residentes atendidos en Centros Residenciales.**

- Descriptivos de variables personales del mayor (Edad, Género, Estudios y Estado Civil). Análisis estadístico: Frecuencias, Medias, Desviación típica.
- Descriptivos y perfiles de los mayores en función de variables biopsicosociales del mayor dependiente: Capacidad funcional (Barthel), Capacidad Cognitiva (Mini-Examen cognoscitivo MEC), Depresión (GDS), Relaciones familiares (APGAR), Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC), Satisfacción vital (Escala Satisfacción de Lawton) y Salud (Caídas, Número de fármacos consumidos, Uso de prótesis – órtesis – Ayudas técnicas, Insulino dependencia, Percepción de salud).
- Tiempo de permanencia del mayor en el servicio o programa.
- Existencia de grupos homogéneos (Análisis de Cluster).
- Especificidad de los ingresos por Urgencia Social.

**- Características específicas que definen y conforman los usuarios - residentes atendidos en Unidades de Estancias Diurnas.**

- Descriptivos de variables personales del mayor (Edad, Género, Estudios y Estado Civil). Análisis estadístico: Frecuencias, Medias, Desviación típica.
- Descriptivos y perfiles de los mayores en función de variables biopsicosociales del mayor dependiente: Capacidad funcional (Barthel), Capacidad Cognitiva (Mini-Examen cognoscitivo MEC), Depresión (GDS), Relaciones familiares (APGAR), Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC), Satisfacción vital (Escala Satisfacción de Lawton) y Salud (Caídas, Número de fármacos consumidos, Uso de prótesis – órtesis – Ayudas técnicas, Insulino dependencia, Percepción de salud).

- Tiempo de permanencia del mayor en el servicio o programa.
- Existencia de grupos homogéneos (Análisis de Cluster).

**- Características específicas que definen y conforman los usuarios atendidos mediante Cuidadores/ras.**

- Descriptivos de variables personales del mayor (Edad, Género, Estudios y Estado Civil). Análisis estadístico: Frecuencias, Medias, Desviación típica.
- Descriptivos y perfiles de los mayores en función de variables biopsicosociales del mayor dependiente: Capacidad funcional (Barthel), Capacidad Cognitiva (Mini-Examen cognoscitivo MEC), Depresión (GDS), Relaciones familiares (APGAR), Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC), Satisfacción vital (Escala Satisfacción de Lawton) y Salud (Caídas, Número de fármacos consumidos, Uso de prótesis – órtesis – Ayudas técnicas, Insulino dependencia, Percepción de salud).
- Tiempo de permanencia del mayor en el servicio o programa.
- Existencia de grupos homogéneos (Análisis de Cluster).
- Descriptivos de variables personales del / la cuidador/a (Edad, Género, Estudios y Estado Civil). Análisis estadístico: Frecuencias, Medias, Desviación típica.
- Nivel de sobrecarga de los / las cuidadores/as de personas dependientes.
- Relación entre el nivel de sobrecarga y la variables personales del / la cuidador/a.

**- Características específicas que definen y conforman los usuarios atendidos en Ayuda a Domicilio.**

- Descriptivos de variables personales del mayor (Edad, Género, Estudios y Estado Civil). Análisis estadístico: Frecuencias, Medias, Desviación típica.
- Descriptivos y perfiles de los mayores en función de variables biopsicosociales del mayor dependiente: Capacidad funcional (Barthel y Lawton), Capacidad Cognitiva (Mini-Examen cognoscitivo MEC), Depresión (GDS), Relaciones familiares (APGAR), Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC), Red de Apoyo Familiar (familiares que residen en el municipio y fuera del municipio), Satisfacción vital (Escala Satisfacción de Lawton) y Salud (Caídas, Número de fármacos consumidos, Uso de prótesis – órtesis – Ayudas técnicas, Insulino dependencia, Percepción de salud).
- Tiempo de permanencia del mayor en el servicio o programa.
- Existencia de grupos homogéneos (Análisis de Cluster).
- Intensidad del servicio, horas de atención mensuales y su asociación con variables biopsicosociales o personales - profesionales.

**- Características específicas que definen y conforman los usuarios atendidos en Teleasistencia.**

- Descriptivos de variables personales del mayor (Edad, Género, Estudios y Estado Civil). Análisis estadístico: Frecuencias, Medias, Desviación típica.
- Descriptivos y perfiles de los mayores en función de variables biopsicosociales del mayor dependiente: Capacidad funcional (Barthel y Lawton), Capacidad Cognitiva (Mini-Examen cognoscitivo MEC), Depresión (GDS), Relaciones familiares (APGAR), Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC), Satisfacción vital (Escala Satisfacción de Lawton) y Salud (Caídas, Número de fármacos consumidos, Uso de prótesis – órtesis – Ayudas técnicas, Insulino dependencia, Percepción de salud).
- Existencia de grupos homogéneos (Análisis de Cluster).

**OBJETIVO 2: Identificación de diferencias estadísticamente significativas entre los mayores dependientes atendidos por los diferentes servicios de atención a la dependencia: Residencias, Centros de Estancias Diurnas, Cuidadores/as de Personas Dependientes, Ayuda a Domicilio, Teleasistencia y Medio Comunitario.**

- Diferencias significativas en variables personales del mayor (Edad, Género, Estudios y Estado Civil).

- Diferencias significativas en variables biopsicosociales del mayor dependiente: Capacidad funcional (Barthel, Lawton y baremos AVD-B e I del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales), Capacidad Cognitiva (Mini-Examen cognoscitivo MEC), Depresión (GDS), Relaciones familiares (APGAR), Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC), Red de Apoyo Familiar (familiares que residen en el municipio y fuera del municipio), Satisfacción vital (Escala Satisfacción de Lawton), Salud (Caídas, Número de fármacos consumidos, Uso de prótesis – órtesis – Ayudas técnicas, Insulino dependencia) y salud subjetiva.

- Diferencias significativas en prevalencia de maltrato, en el caso de Medio Comunitario y Cuidadores/as de Personas Dependientes.

- Diferencias significativas en Entorno físico – arquitectónico donde reside el mayor (presencia o ausencia de barreras arquitectónicas y equipamientos del hogar), en el caso de Ayuda a Domicilio y Cuidadores/as de Personas Dependientes.

**OBJETIVO 3: Identificar si los profesionales de los servicios de Residencias, Centros de Estancia Diurna, Ayuda a Domicilio, Cuidadores /as y Teleasistencia tienen criterios válidos respecto a la ubicación del mayor dependiente en el servicio idóneo en función de su grado y nivel de dependencia.**

- Relación entre el grado de dependencia y el tipo de supervisión (mínima, diurna, nocturna o supervisión 24 horas).

- Relación entre el grado de dependencia y opinión de los profesionales sobre la idoneidad del servicio donde se encuentra el mayor y en el caso de no serlo: ¿Cuál es el servicio recomendado?.

**OBJETIVO 4: Conocer el grado adecuación de los servicios a la Ley de Dependencia, la cobertura, eficacia de la cobertura y cobertura idónea de los mismos.**

- Grado de adecuación de los servicios a la Ley de Dependencia.

- Cobertura, eficacia en la cobertura y cobertura idónea de cada uno de los servicios estudiados en relación a los parámetros de Grado y nivel establecidos en la Ley de dependencia.

**OBJETIVO 5: Conocer los mayores dependientes que residen en el medio comunitario, municipios, susceptibles de necesitar atención en los diferentes dispositivos de atención y que actualmente no reciben atención alguna. Planificación de plazas y recursos económicos necesarios para la atención.**

- Mayores dependientes no atendidos que residen en el medio comunitario: Granada y Andalucía.

- Incremento de plazas necesario para cada uno de los servicios y programas: Centros Residenciales, Unidades de Estancia Diurna, Cuidadores/as de Personas Mayores Dependientes, Ayuda Domiciliaria y Teleasistencia.

- Estimación de la inversión económica necesaria para atender el incremento de plazas en cada uno de los servicios y programas: Centros Residenciales, Unidades de Estancia Diurna, Cuidadores/as de Personas Mayores Dependientes, Ayuda Domiciliaria y Teleasistencia.

**OBJETIVO 6: Conocer (1) el número y la secuencia de pérdida en la realización de las Actividades de la Vida Diaria tanto Básicas como Instrumentales y (2) los apoyos requeridos en la realización tanto de AVD básicas como instrumentales.**

- Número y la secuencia de pérdida en la realización de las Actividades de la Vida Diaria tanto Básicas como Instrumentales.

- Apoyos requeridos en la realización tanto de AVD básicas como instrumentales.

**OBJETIVO 7: Conocer el copago que los mayores estarían dispuestos a aportar por los diferentes servicios: Residencias, Centros de Estancia Diurna, Ayuda Domiciliaria y Teleasistencia.**

- Cuantía media de copago por servicio.

- Relación entre cuantía de copago por servicio, pensión percibida y nivel de estudios.

**OBJETIVO 8: Conocer la validez de criterio del baremo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en relación a Barthel, Índice de Lawton y MEC.**

**OBJETIVO 9: Diseñar un modelo de toma de decisiones para la ubicación de la persona mayor dependiente en el servicio o servicios idóneo.**

**OBJETIVO 9.1:** Modelo empírico para la ubicación del mayor dependiente en el servicio idóneo: algoritmo de toma de decisiones.

**OBJETIVO 9.2:** Validación del modelo mediante criterio de jueces.

**OBJETIVO 9.3:** Modelos matemáticos predictivos para la ubicación del mayor dependiente en el servicio idóneo.

## 5.2. Cronograma y coste.

Tabla 31. Cronograma investigación.

CRONOGRAMA				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Selección Personal: Asistencias Técnicas (Trabajadoras Sociales y Psicólogos/as).</li> <li>Formación Personal Asistencias Técnicas.</li> <li>Validación piloto instrumentos de valoración.</li> </ul> Selección, Compilación y Copias de Escalas e Instrumentos de valoración.	Trabajo de campo	- Análisis de datos. - Establecimiento del Modelo para la toma de decisiones. - Informes Junta Andalucía	Redacción TESIS.
Diciembre 2006	X			
Enero 2007				
Enero 2007				
Abril 2007		X		
Mayo 2007				
Junio 2007			X	
Julio 2007				
Diciembre 2007				X

Tabla 32. Investigación: descripción de costes.

PROVISIÓN DE SERVICIOS EN CASCADA Y TOMA DE DECISIONES SOBRE SERVICIOS PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES			
	Número Asistencias Técnicas. (Nº profesionales)	Coste unitario	TOTAL
Asistencias Técnicas Trabajo de campo	12	1.200€ x 3 meses	43.200 €
Asistencias Técnicas Coordinación Trabajo de campo	1	1.200€ x 4 meses	4.800 €
Asistencias Técnicas Análisis de datos	1	1.200€ x ½ mes	600 €
Asistencias Técnicas Elaboración Programa informático para aplicación modelo toma de decisiones.	1	1.200€ x ½ mes	600 €
Becas Alumnos/as Departamento.	2	450 x 1 mes	900 €
Materiales para 1.900 valoraciones de mayores (Copias instrumentos de valoración)			900 €
Otros gastos			570 €
Costes indirectos UGR			5.730 €
<b>TOTAL</b>			<b>57.300 €</b>

### 5.3. Método.

El estudio realizado se clasifica como un estudio no experimental y seccional (no longitudinal) de corte transversal, comprendiendo tanto un análisis descriptivo y un análisis explicativo (Sierra Bravo, 1989). Es posible clasificarlo también, como un estudio de poblaciones mediante encuestas con muestras probabilísticas de tipo transversal, en tanto que nuestro objetivo es describir poblaciones sin incluir hipótesis y la descripción se hace en un único momento temporal (Montero y León, 2005), dentro de un paradigma orientado a la toma de decisiones y al cambio (Justica y Pichardo, 2007).

Este tipo de diseño tiene la ventaja de permitirnos analizar múltiples variables de los individuos que conforman los grupos observados y posteriormente aplicar el análisis estadístico pertinente, análisis multivariado e incluso conformar modelos de relación entre las diferentes variables (Sierra Bravo, 1989 y 1981; Catena et al, 2003).

#### 5.3.1 Servicios y participantes.

El universo de población a partir del cual se extrae la muestra para cada uno de los servicios es el siguiente:

- Servicio de Ayuda a Domicilio: Expedientes (sujetos) 3.172 de los cuales hombres 766 (24,14%) y mujeres 2.406 (75,86%). Diputación de Granada 2006.
- Teleasistencia: Sujetos 4.667 de los cuales hombres 1.127 (24,14%) y mujeres 3.540 (75,86%). Diputación de Granada 2006.
- Familias Cuidadoras: Sujetos 400. Diputación de Granada 2006.
- Centros de Estancias Diurnas / Plazas concertadas. Total. 459.
- Residencias: Consideramos para ser evaluados aquellos sujetos que tengan plaza concertada con la Junta de Andalucía o IMSERSO (plazas asistidas permanentes y plazas denominadas Alzheimer – problemas de conducta. Excluimos las plazas de respiro). Un total de plazas concertadas de 862 en 23 Centros Residenciales de la provincia de Granada, Junta de Andalucía 2006.
- Participantes / población general (Medio Comunitario): 169.110 sujetos, de los cuales hombres 74.200 (43,87%) y 94.910 mujeres (56,13%). Censo de población y vivienda 2001. IEA (Instituto Estadística de Andalucía).

Los servicios clasificados en función de su finalidad, atención y cuidado y, prevención queda de la manera siguiente:

#### 1. Servicios para la promoción de la autonomía personal.

- a) Prevención de las situaciones de dependencia.
- b) Teleasistencia.

#### 2. Servicios de atención y cuidado.

- a) Servicio de Ayuda a Domicilio:
  - (i) Atención de las necesidades del hogar.
  - (ii) Cuidados personales.
- b) Servicio de Centro de Día y de Noche:
  - (i) Centro de Día para mayores.
  - (ii) Centro de Día para menores de 65 años.
  - (iii) Centro de Día de atención especializada.
  - (iv) Centro de Noche.
- c) Servicio de Centro Residencial:
  - (i) Residencia de personas mayores dependientes.
  - (ii) Centros de atención a dependientes con discapacidad psíquica.
  - (iii) Centro de atención a dependientes con discapacidad física.
- d) Servicio Familias Cuidadoras.

### 5.3.2. Materiales: Instrumentos de valoración (características psicométricas).

En la presente investigación se han utilizado los siguientes instrumentos de valoración:

- **1) Cuestionario para la Identificación de Datos Generales (datos personales, familiares y hábitat).**
- **2) Mini - Examen Cognoscitivo (MEC).**
- **3) Índice de Barthel.**
- **4) Escala Lawton (EL).**
- **5) Actividades de la Vida Diaria Básicas e Instrumentales, dos instrumentos (Instrumentos de Valoración de Dependencia del Instituto de Envejecimiento de la Universidad Autónoma de Barcelona).**
- **6) Valoración del Apoyo social, dos instrumentos (- Escala Duke – UNC – y Cuestionario Apgar-familiar).**
- **7) Valoración de la salud I, dos apartados (- Uso de órtesis y prótesis y Valoración de caídas) y Valoración de la salud II, (Cuestionario SF\_36 Health Survey).**
- **8) Valoración de la depresión mediante la Escala de Depresión Geriátrica (GDS).**
- **9) Valoración de la Satisfacción Personal con la Vida (Escala de Satisfacción de Filadelfia -Philadelphia Geriatric Center Morale Scale, PGC-).**
- **10) Valoración de la Sobrecarga del Cuidador/ra (Escala de Zarit).**
- **11) Valoración sospecha de maltrato hacia los mayores (CSMAR).**

#### 5.3.2.1. Cuestionario para la Identificación de Datos Generales (datos personales, familiares y hábitat).

Antes de proceder a la pasación de los diferentes instrumentos de valoración, mediante el Cuestionario para la Identificación Datos Generales se recopilan los datos referentes a:

- Al grupo de análisis (Residencias, Centros de estancia Diurna, Cuidadores familiares, Ayuda Domiciliaria y Medio Comunitario); identificación del evaluador/a y fecha.
- La persona mayor (edad, sexo, nivel de estudios, número de personas que conviven con el mismo y parentesco, recepción de ayuda para la realización de las tareas del hogar o cuidado personal -número de horas semanales y personas o servicio que las presta-, tipo de pensión y cuantía).
- Los programas de Ayuda a Domicilio (tipo de Ayuda AVD B e I, días de atención y horas actuales, nº de horas necesarias, tiempo de permanencia en el programa); Familias Cuidadoras (sexo, edad, parentesco, disponibilidad de servicio doméstico para la ayuda en el hogar y número de horas, convivencia del mayor y el cuidador/a en el mismo domicilio, tiempo de permanencia en el programa); y Residencias y Centros de estancias Diurnas (nombre y dirección del centro, número de plazas totales, número de plazas asistidas, número de plazas de válidos, número de plazas asistidas concertadas con Junta Andalucía y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y número de plazas asistidas no concertadas, ingreso por urgencia social y motivo en su caso).
- Los familiares (número de familiares y parentesco que residen en el municipio y fuera del mismo).
- Entorno físico y arquitectónico, hábitat, donde vive:
  - barreras arquitectónicas internas –en el hogar- (escaleras para desplazarse entre salón-comedor- cocina-dormitorio-cuarto de baño).
  - barreras arquitectónicas externas –fuera del hogar- (barreras arquitectónicas en el portal de la casa, disponibilidad de ascensor en el caso de residir en un piso, zona aislada).
  - -disponibilidad de servicios básicos (agua, luz, bañera, ducha, cocina, frigorífico, teléfono, calefacción central).



### 5.3.2.2. Mini - Examen Cognoscitivo (MEC).

El tiempo de aplicación del MEC es breve (aproximadamente diez minutos). La fiabilidad interjueces y la validez concurrente son aceptables. Este instrumento es utilizado ampliamente en los servicios para mayores de nuestro país. Generalmente, puntajes por debajo de 24 han mostrado ser sugestivos de la presencia de un deterioro cognitivo, con un 87 por ciento de sensibilidad y un 82 por ciento de especificidad. Sin embargo, en las etapas tempranas de las demencias este punto de corte ha resultado poco satisfactorio principalmente porque algunas subpruebas del MEC se ven influenciadas por la edad y educación principalmente y es así como sujetos con bajo nivel de escolaridad pueden obtener puntuaciones menores de 24 y no tener demencia (Tangalos, 1996).

Varios estudios han planteado diferentes puntos de corte, teniendo en cuenta la escolaridad y la edad y estableciendo más de dos rangos de clasificación (Siu, 1991; Tombaugh et al, 1992; Bleecker et al, 1988; Uhlman y Larson, 1991). Tangalos y colaboradores en su estudio de 1996 buscaron examinar las propiedades psicométricas y su eficacia como prueba de screening. Se aplicaron casi 4000 MEC durante 2 años a pacientes con 60 años y más, como parte de la evaluación rutinaria en la consulta de medicina interna. Se encontró que el MEC se ve influenciado por la edad y la educación pero no por el sexo. Proponen como principal punto de corte 23 puntos, para el que se observa una especificidad de 99 por ciento. Además, presentan una tabla de puntos de corte según la edad y la escolaridad.

El **Mini - Examen Cognoscitivo (MEC)**, es una versión del MMSE (Mini Mental State Examination de Folstein) ampliada y adaptada a las características de la población española. La puntuación máxima es de 35 puntos, pero se establece el punto de corte en mayores de 65 años en 24 y a partir de 23 se sospecha deterioro cognitivo (es decir, 23 ó menos igual a "caso" y 24 ó más igual a "no caso"). Hay que especificar el nivel de conciencia de la persona mayor en el momento de realización del test. En la versión adaptada a la población anciana española por Lobo, se ha obtenido la sensibilidad del 89,8% y una especificidad del 83,9% (Lobo y Ezquerro, 1979 y 1980; Lobo et al, 1999). La puntuación total máxima es 35.

En la corrección, excluimos las preguntas que hallan sido eliminadas, básicamente por analfabetismo o por imposibilidad física de cumplir un ítem (por ej: ceguera). Entonces calculamos la puntuación total corregida: la obtenida por regla de tres después de corregir la puntuación total. Por ejemplo, si el paciente es ciego y no puede acceder a 4 de los 35 puntos posibles, la puntuación final se calculará sobre los 31 puntos posibles. Imaginemos que la puntuación total ha sido 20, aplicando la corrección obtenemos una puntuación  $(20 \times 35 / 31)$  de 22.5 (redondearemos al número entero más próximo, en este caso 23). *Mini-Mental State Examination* (MMSE, deterioro cognitivo sí/no a partir de una puntuación de 17/18 para los analfabetos, 20/21 para personas sin estudios y 23/24 para personas con estudios primarios o superiores).

El deterioro cognitivo pasa por diferentes estadios de gravedad, iniciándose con un deterioro leve, y pasando progresivamente a moderado y finalmente a grave. Diferentes autores han empleado distintos instrumentos y puntos de corte para realizar este estadiaje, utilizándose el estado funcional del paciente como indicador (García y Manubens, 2004). La Deterioration Scale (GDS) y la Functional Assessment Staging (FAST) de Reisberg (Reisberg et al, 1982 y 1988), así como la descripción efectuada por Selmes y Selmes, 1990; han resultado útiles en este propósito. No obstante, en estas escalas resulta difícil acomodar la variabilidad de la progresión de la demencia en los diferentes dominios cognitivos y comportamentales (Buiza et al, 2005).

### 5.3.2.3. Índice de Barthel (IB).

El **Índice de Barthel (IB)** es una medida de la discapacidad física con demostrada validez y fiabilidad, fácil de aplicar y de interpretar y cuyo uso rutinario es recomendable. El IB es **útil para valorar la discapacidad funcional en las actividades de la vida diaria básicas**.

El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos para la versión original, Cuanto más cerca de 0 está la puntuación de un sujeto, más dependencia tiene; cuanto más cerca de 100 más independencia.

El IB original puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Algunos autores han propuesto puntuaciones de referencia para facilitar la interpretación, con más de 60 puntos casi todas las personas son independientes en las habilidades básicas. La interpretación sugerida por Sha y colaboradores (Sha et al, 1989) sobre la puntuación del Índice está establecida en cinco puntos de corte: 0-20 dependencia total, 21-60 dependencia severa, 61-90 dependencia moderada, 91-99 dependencia escasa y 100 independencia.

Barthel et al, (1977), Kane y Kane, (1993), indican una fiabilidad entre 0,953 y 0,965 de concordancia inter e intraobservador. Para ello entrenaron a catorce terapeutas que, usando grabaciones de vídeo de pacientes, puntuaron la realización de las actividades.

De los resultados de este estudio se deduce una buena fiabilidad interobservador, con índices de Kappa entre 0,47 y 1. Con respecto a la fiabilidad intraobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0,84 y 0,972 (Loewen y Anderson, 1988; Collin et al, 1987); Roy y colaboradores informaron de una fiabilidad interobservador muy elevada, en un estudio que utilizaba tres evaluadores -un médico y dos fisioterapeutas- (Roy et al, 1988).

En cuanto a la evaluación de la consistencia interna, se ha observado un alfa de Cronbach de 0,86-0,92 para la versión original y de 0,90-0,92 para la versión propuesta por Shah (Shah et al, 1989).

La validez de constructo es el grado en que una medida es compatible con otras medidas con las que hipotéticamente tiene que estar relacionada. En este sentido se ha observado que el IB inicial es un buen predictor de la mortalidad (Wylie, 1967).

La pasación del mismo se realiza pidiendo al mayor que realice la actividad o mediante entrevista, en este caso existen concordancias buenas con la observación directa, las mayores discrepancias se detectan en los pacientes con problemas funcionales moderados o severos (Korner-Bitensky y Wood-Dauphine, 1995).

El IB es utilizado en múltiples países, una descripción detallada de la forma de puntuar traducida al español se encuentra el trabajo de Baztán (Baztán et al, 1993).

Tal como entablen Cid-Ruzafa y Damián-Moreno, aunque el IB tenga algunas limitaciones, otros índices alternativos no han demostrado ser más ventajosos, por otra parte, su amplia utilización facilita la comparabilidad de estudios, característica altamente deseable de todo instrumento de medida (Cid-Ruzafa y Damián-Moreno, 1997).

#### 5.3.2.4. Índice de Lawton (IL).

El **índice de Lawton** para evaluar Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, requiere poco tiempo para su pasación, unos cinco minutos y fue diseñado para ser pasado en entrevista. La fiabilidad interjueces de este instrumento es buena (Israel, Kozarevic y Sartorius, 1984), así como una gran consistencia interna,  $\alpha_{\text{Cronbach}} = 0,94$ , (Kane y Kane, 1981).

En lo que respecta a su validez, se ha obtenido una validez concurrente adecuada respecto al *Cuestionario de Estado Mental*, la *Escala de Apreciación de la Conducta* y la *Escala de Clasificación Física*. (Kahn et al, 1960; Walkman y Frydman, 1964). Este instrumento ha sido criticado fundamentalmente por su insuficiencia para cubrir todas las posibles AVD-I. Además de por el excesivo número de ítems que explora tareas asociadas al rol femenino, que lo hace más apropiado para mujeres que para hombres (Montorio, 1991; Fernández-Ballesteros, 1992). No obstante, es un instrumento suficientemente conocido y utilizado por los Servicios Sociales de nuestro país.

El IL está compuesto por ocho actividades instrumentales de la vida diaria: capacidad para el uso del teléfono, compras, preparación de alimentos, realizar tareas domésticas, lavar ropa, modo de transportación, responsabilidad con sus propios medicamentos y capacidad para manejar finanzas. En cada una de estas actividades se exploran entre 3 y 5 niveles de dependencia. Se consigna la puntuación cero sólo en el caso de pérdida total de la capacidad para la realización de la actividad.

La puntuación total de máxima independencia es de 8 puntos y de 0 la de máxima dependencia. Es un instrumento más apropiado para la valoración de mujeres, aunque es ampliamente utilizado por su validez y fiabilidad, demostrando su utilidad como método de valoración objetivo y breve, permitiendo implantar y evaluar programas de intervención (Salgado y Alarcón, 1993).

#### 5.3.2.5. Baremo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: Valoración de las Actividades la Vida Diaria Básicas (Instrumento de Valoración de Dependencia del Instituto de Envejecimiento de la Universidad Autónoma de Barcelona).

No existen, que conozcamos, datos sobre validez psicométrica del baremo utilizado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales para valorar la dependencia. En la presente investigación aportamos “coeficientes de validez” (validez de criterio de éste con las escalas Barthel, Lawton y MEC).

#### 5.3.2.6. Escala Duke – UNC – y Cuestionario Apgar-familiar: Valoración del Apoyo social y relaciones familiares.

En apartados anteriores describimos como el **apoyo social** es un elemento esencial para el sistema social y sanitario, ya que influye en la intervención preventiva, terapéutica y rehabilitadora en las diferentes actuaciones sobre la dependencia.

En 1988 se desarrollo el cuestionario de apoyo social funcional **Duke – UNC – 11** (Broadhead et al, 1988), validado en España para la población general (De la Revilla et al, 1991 y Bellón Saameño et al, 1996a). Esta escala mide los aspectos cualitativos y funcionales de los apoyos, y no tanto el número y la extensión de la red de apoyo. En especial mide dos dimensiones del apoyo emocional: el apoyo confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y el apoyo afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía).

La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. Cuanta menor puntuación, menor apoyo. Consta de 8 ítems que se agregan en dos dimensiones del apoyo social. Cada ítem se puntúa de 1 a 5. Se ha determinado que las puntuaciones inferiores al percentil 15, en cada escala, que corresponde a una puntuación  $< 32$ , delimitan las personas con falta de apoyo social versus apoyo normal. Estas puntuaciones han sido 50 para la escala de apoyo confidencial y 58 para la escala de apoyo afectivo.

Los coeficientes de correlación intraclase, fiabilidad test -retest, de los 11 ítems del Duke-UNC-11 fueron superiores a 0,50, tanto si eran autocumplimentados como con entrevistador; los de la escala fueron 0,92 y 0,80, respectivamente. El análisis de la consistencia interna de la escala y las dos subescalas, alfa de Crombach de la escala fue de 0,90, el de la subescala de apoyo confidencial de 0,88 y el del apoyo afectivo, de 0,79 (Bellón Saameño et al, 1996a). En otros estudios se obtienen resultados similares respecto a interna (alfa de Cronbach) de la escala y las dos subescalas (apoyo confidencial y afectivo) de 0,91, 0,86 y 0,87, respectivamente (Remor, 2002).

En pacientes mayores hospitalizados se ha obtenido una media de puntuación de 44,5 puntos (Roure et al, 2002).

El **Apgar-familiar** es un instrumento útil para conocer si la familia puede considerarse un recurso para los individuos del grupo, o si por el contrario influirá empeorando su situación (Bellón Saameño, 1996b).

El Apgar-familiar es una técnica rápida y sencilla para explorar la función familiar, que fue desarrollada por Smilkstein (Smilkstein, 1978). Este instrumento se ha venido incorporando a la práctica clínica como una herramienta para el abordaje de los problemas familiares, tanto de forma experimental como en la asistencia clínica diaria (Crouch, 1993), mostrándose válido y fiable (Good et al, 1979 y Seilkstein et al, 1982). Es un instrumento entendido fácilmente por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar. Se diseñó para el uso potencial de personas en distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales, ha sido validado en diferentes comunidades norteamericanas, asiáticas e hispanas, ofreciendo una correlación alta con pruebas especializadas (Arias y Herrera, 1994).

En España ha sido validado (Bellón Saameño, 1996b) presentando un alfa de Crombach de 0,84 donde ningún ítem incrementaba el alfa cuando era extraído de la escala. El análisis factorial separó un solo factor. El 16% de la muestra obtuvo un Apgar-familiar disfuncional y la puntuación media fue de 8,4. La realización del test -retest para medir la fiabilidad de cada ítem por separado y de la escala en su conjunto, evidencia que, en general, ésta es aceptable para todos los ítems, siendo los coeficientes para la escala, en las dos formas de administración (con entrevistador y autoadministrado), superiores al 0,75 recomendado por Streiner (Streiner, 1989).

Los individuos se clasifican en normofuncionales de 7 - 10 puntos y disfuncionales de 0 - 6 puntos. Dentro de éstos últimos, pueden ser disfuncionales leves de 3 - 6 puntos y disfuncionales graves de 0 - 2.

### 5.3.2.7. Cuestionario SF\_36 Health Survey y Valoración de caídas: Valoración de la salud, dos instrumentos.

En los últimos años se han desarrollado medidas más amplias de salud percibida, además de la valoración con un solo ítem comentada en apartados anteriores, mediante el uso de instrumentos genéricos para medir la **calidad de vida relacionada con la salud** (CVRS), instrumentos muy útiles, en tanto la CVRS se encuentra asociada con mortalidad, hospitalización y uso de recursos sociosanitarios (Alonso et al, 1995; López-García et al, 2002).

Entre estos instrumentos disponibles en nuestro entorno encontramos el *Nottingham Health Profile –NHP-* (Hunt et al, 1980; Alonso et al, 1994) y el *Sickness Impact Profile –SIP-* (Bergner et al, 1976; Badía y Alonso, 1996). No obstante, uno de los instrumentos más utilizados por los Patient Outcome Research Teams (PORTs) estadounidenses, iniciativas de las más importantes para la evaluación de la efectividad de los servicios sanitarios (DeFrieze, 1990) lo constituye el *SF\_36 Health Survey* (Ware y Sherbourne, 1992; McHorney et al, 1993).

Este instrumento ha sido validado para la población española (Alonso et al, 1995), encontrándose específicamente valores de referencia para la población mayor de 60 años (López-García, 2002).

En la revisión efectuada por Vilagut y colaboradores (2005), el 96% de las escalas que componen el mismo superaron el estándar de fiabilidad 0,7 ( $\alpha$  de Cronbach), las estimaciones agrupadas obtenidas en metaanálisis fueron superiores a 0,7 en todos los casos.

El *SF-36* mostró buena discriminación entre diferentes grupos de gravedad, correlación moderada con indicadores clínicos y alta con otros instrumentos de CVRS, prediciendo mortalidad y mejoría en diferentes enfermedades. El *SF-36* es por tanto un instrumento muy adecuado para su uso en investigación y práctica clínica (Vilagut et al, 2004).

#### **Descripción del cuestionario de salud SF-36.**

El Cuestionario de Salud SF-36 es la adaptación realizada para España por Alonso (Alonso et al, 1995; 2002) de SF-36 Health Survey. El cuestionario SF-36 fue diseñado originalmente a partir de una extensa batería de preguntas utilizadas en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). Existen dos versiones del Cuestionario de Salud SF-36. La versión 1 se desarrolló en E.E.U.U. en 1992 y la versión 2 cuatro años más tarde, en 1996, con el objetivo principal de mejorar las características métricas de las dos dimensiones de rol del cuestionario. Se recomienda la versión dos, las modificaciones respecto a la versión uno son básicamente de dos tipos: a) mejoras en instrucciones y presentación destinadas a facilitar la auto-administración; y b) número de opciones de respuesta.

#### **Concepto medido.**

Este instrumento proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años y tanto en estudios descriptivos como de evaluación.

**Administración.**

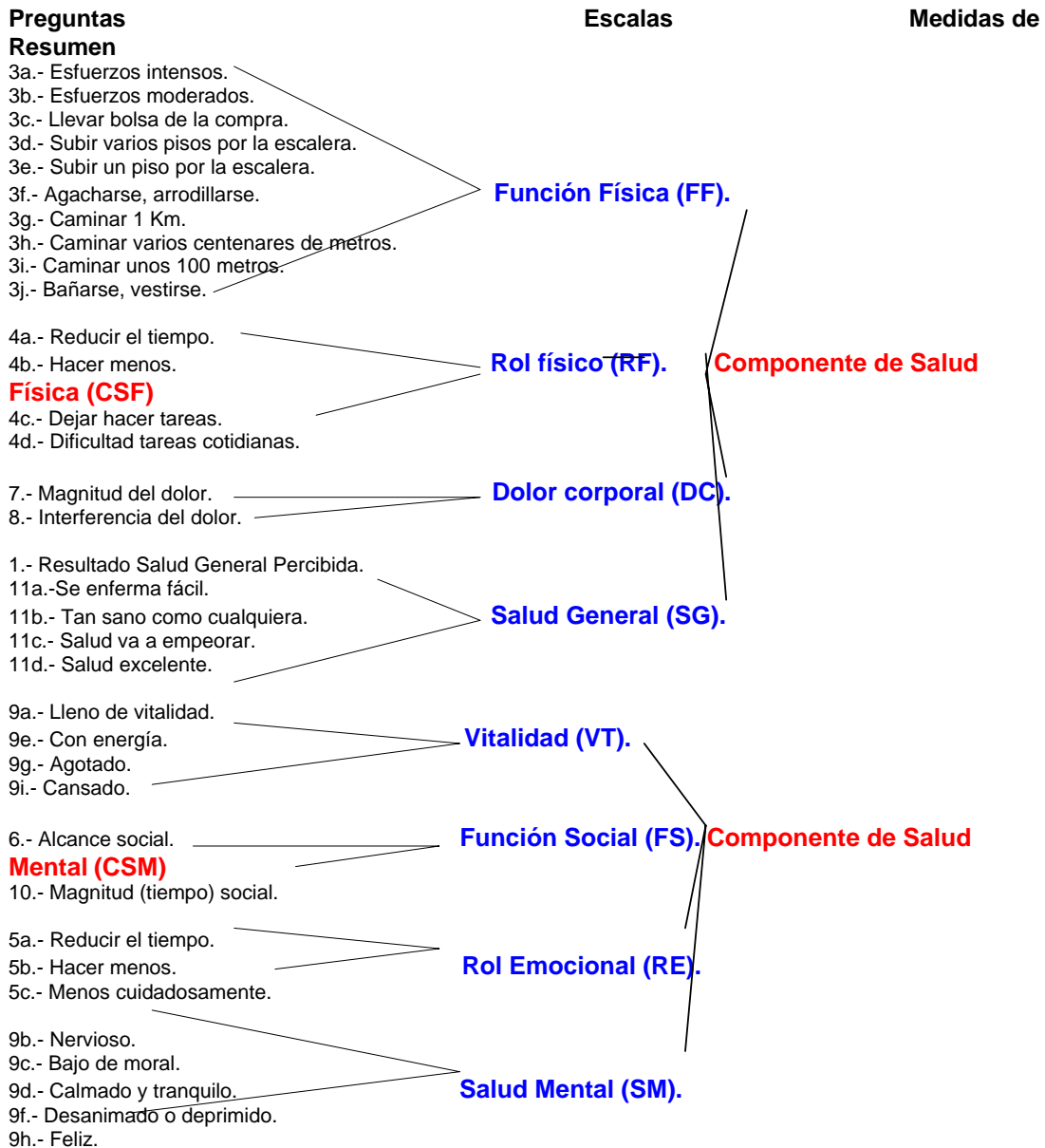
Se trata de un cuestionario auto-administrado, aunque también se ha utilizado administrado mediante un entrevistador en entrevista personal, telefónica o mediante soporte informático. El tiempo de cumplimentación es de 5 a 10 minutos.

**Dimensiones e ítems.**

Consta de 36 ítems que detectan tanto estados positivos como negativos de salud, que conforman 8 dimensiones: Función Física (10 ítems), Función Social (2 ítems), Rol físico (4 ítems), Rol Emocional (3 ítems), Salud mental (5 ítems), Vitalidad (4 ítems), Dolor corporal - intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual- (2 ítems), y Salud General (6 ítems). Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem.

**Tabla 33. Dimensiones y significado de la escala SF-36.**

<b>Dimensión</b>	<b>Significado</b>
<b>Función física</b>	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.
<b>Rol físico</b>	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.
<b>Dolor corporal</b>	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.
<b>Salud general</b>	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
<b>Vitalidad</b>	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.
<b>Función social</b>	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
<b>Rol emocional</b>	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.
<b>Salud mental</b>	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.



### Cálculo de las puntuaciones.

Para cada una de las 8 dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). El cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global. Sin embargo, permite el cálculo de dos puntuaciones resumen mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión: medida sumario física y mental.

Para facilitar la interpretación se obtienen también puntuaciones estandarizadas con los valores de las normas poblacionales, de forma que 50 (desviación estándar de 10) es la media de la población general.

Los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente, que la población de referencia.

Se recomienda que tanto la recodificación de ítems como la puntuación de las escalas se realicen en un ordenador, utilizando los algoritmos de puntuación documentados o el software disponible.

### 5.3.2.8. Riesgo de caídas.

En los apartados 4.3.6 y 4.3.3. sobre el entorno físico – arquitectónico y variables relacionadas con la interacción de factores individuales/comportamentales, biológicos y ambientales, y su relación con las caídas exponíamos la prevalencia / incidencia de las mismas y los factores a las que estaban asociadas. Son numerosas las investigaciones que muestran su importancia y la utilidad de disponer de procedimientos de evaluación simples y rápidos para identificar a las personas mayores en situación de riesgo de caída (Salgado, Lord, Ehrlich, Janji y Rahman, 2004; Debra, 2005; Servicio Andaluz de Salud, 2004).

En este sentido, en Amsterdam, un estudio de diez años de duración realizado con adultos mayores (entre 55-85 años) recogió información en una muestra aleatoria y representativa de la población anciana holandesa. Se eligió una submuestra de 1420 personas de 65 ó más años, de las cuales 1374 estuvieron dispuestos para participar en un estudio sobre caídas de aproximadamente un año de duración (Tromp et al, 2001).

Los participantes tenían una edad media de 75 años. Un 33% de ellos sufrió al menos una caída. Un 22% sufrió una sola caída y el 11% varias. Las fracturas fueron más frecuentes en los que sufrieron varias caídas que en los que tuvieron una sola o ninguna. Las caídas repetitivas fueron más frecuentes en varones ancianos, pero no en ancianas.

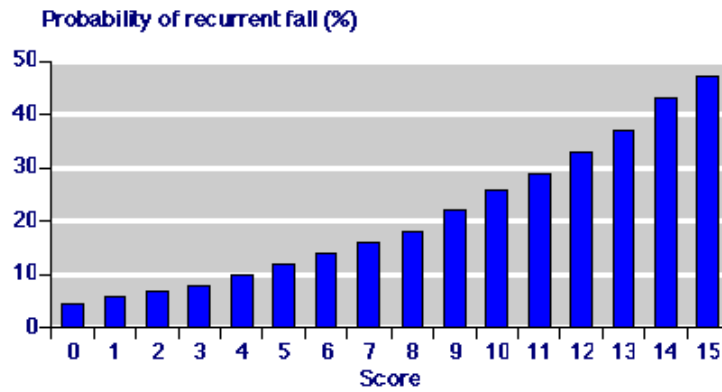
Diversas variables fueron asociadas con las caídas y mediante un análisis estadístico identificaron cuatro cuyos índices de correlación fueron los mayores y por lo tanto se convirtieron en marcadores predictivos para caídas. A cada una se le asignó un puntaje de acuerdo a la magnitud del aumento del riesgo de caída que producía, puntajes que aparecen en la siguiente tabla.

**Tabla 34. Factores y puntuaciones asociadas al riesgo de caídas.**

Factor	Caídas únicas	Caídas múltiples
	Puntos	Puntos
Caídas previas	5	5
Incontinencia urinaria	2	3
Problemas visuales	2	4
Uso de benzodiazepinas	2	3

En el gráfico podemos ver como a mayor puntaje mayor riesgo de caídas múltiples, por ejemplo con un puntaje 7 cabría esperar que un 15% de los pacientes sufriría varias caídas (tiene un LR+ de 2.6 y un LR - de 0.58).





Este estudio sirvió como base para valorar el riesgo de caídas mediante cuestionarios (SAS, 2004).

El ítem primero se considera presente cuando se han presentado caídas en los últimos 12 meses, el ítem "problemas visuales" se considera cuando la persona es capaz de reconocer una cara a cuatro metros de distancia, con gafas o lentillas si las usan, y el ítem "Limitación funcional" se considera presente cuando la persona manifiesta dificultades para realizar 2 de las siguientes actividades: subir escaleras, uso de vehículo propio o público, y/o cortarse las uñas de los pies. El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 15 puntos. El punto de corte se sitúa en 7, donde 7 o más puntos indican un riesgo mayor de caídas múltiples.

### 5.3.2.9. GDS: Valoración de la depresión mediante la Escala de Depresión Geriátrica.

Dentro de los numerosos instrumentos existentes para valorar la depresión, la **Escala de Depresión Geriátrica** es el único instrumento construido específicamente para personas mayores. La escala de depresión geriátrica ha sido diseñada específicamente para evaluar el estado de ánimo depresivo de las personas mayores. La versión de 15 ítems está adaptada a muestra española, con respuestas dicotómicas si/no. Suma un punto cada respuesta afirmativa. A mayor puntuación, mayor sintomatología depresiva. (Montorio, 1994; García Serrano y Tobías Ferrer, 2001).

Esta escala fue diseñada por Brink, Llesavage y colaboradores (Brink, 1982 y Llesavage, 1983), presentando una validez concurrente, correlación entre GDS, la SDS de Zung y la HRS-D (versión de la Hamilton Rating Scale) de 0,82, 0,69 y 0,83 respectivamente. Referente a la validez predictiva, presenta una sensibilidad del 95% y una especificidad del 95% para un punto de corte superior a 11 puntos (Koenig et al, 1989).

La versión corta de 15 ítems (Sheik y Yesavage, 1986) formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) sólo requiere de 5 a 7 minutos para ser completada, con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención que se suelen presentar en este grupo de edad, y más en los casos en que existe algún grado de alteración cognitiva. Se ha encontrado una fiabilidad intraobservador de 0,95 y la interobservador del 0,65, con una consistencia interna de 0,99. Se ha obtenido un área bajo la curva de 0,835. La sensibilidad alcanzada ha sido del 81,1% y la especificidad del 76,7% para un punto de corte de 5 o más puntos (Martínez de la Iglesia, 2002). Una revisión extensa sobre las características psicométricas de la misma puede encontrarse en Montorio (1994).

Han sido establecidos diferentes puntuaciones de corte: 0-5 puntos, normal. 6-9 puntos, depresión leve y 10-15 puntos depresión establecida - severa (Pinazo, 2005).

Dentro de las versiones cortas de la misma, incluso de cuatro ítems, se mantienen adecuados índices de fiabilidad y validez (Aguado et al, 2000; Martí et al, 2000; Martínez de la Iglesia et al, 2002 y 2005; De la torre Maslucan, 2006). La versión de 15 ítems, con índices de especificidad y sensibilidad más bajos que la original de 30, es un instrumento adecuado que se adapta a los objetivos de nuestra investigación (Izal et al, 2007).

#### **5.3.2.10. Escala de Satisfacción de Filadelfia -Philadelphia Geriatric Center Morale Scale, PGC de Lawton: Valoración de la Satisfacción Personal con la Vida (Satisfacción vital).**

La Escala de Satisfacción de Filadelfia (**Philadelphia Geriatric Center Morale Scale, PGC, Lawton, 1972**) es un inventario que evalúa la satisfacción vital de las personas mayores receptoras de los cuidados. La satisfacción vital o estado de ánimo constituye un concepto multidimensional, global, del bienestar psicológico. La escala original constaba con 22 ítems y la definitiva con 17 (Lawton, 1975), utilizándose una muestra para su construcción de 300 mayores institucionalizados en el primer caso y 1086 mayores institucionalizados y no institucionalizados en el segundo.

El autor encuentra tres factores: (1) Agitación, que hace referencia a la ansiedad o humor disfórico. (2) Actitud hacia el propio envejecimiento, valoración realizada de los cambios producidos durante el envejecimiento. Y (3) Insatisfacción con la soledad, que indica la aceptación e insatisfacción con el grado de interacción social experimentado en el momento actual.

Posteriormente, realizando análisis mediante modelos de ecuaciones estructurales, se encuentra que los tres factores de primer orden son explicados por un factor de segundo orden "satisfacción global", explicando éste el 90% de la varianza del factor insatisfacción, el 61% del factor agitación y el 74% del factor actitud hacia el propio envejecimiento (Liang y Bollen, 1983).

La puntuación de la escala se obtiene dando un punto a cada respuesta que indica satisfacción. La fiabilidad por el método de dos mitades es de 0,79, con un coeficiente de consistencia interna (KuderRichardson) de 0,91 (Lawton, 1972). Referente a la validez, además de los tres factores encontrados, la correlación entre jueces expertos se sitúa entre 0,43 y 0,53 (Magnen y Peterson, 1982). La correlación con otras escalas de bienestar oscilaba entre 0,46 y 0,53 (Lohmann, 1977).

La Escala de Satisfacción de Filadelfia en su versión de 17 preguntas ha sido adaptada por Montorio (1990), eliminándose un ítem de la misma al no alcanzar una correlación adecuada ítem-total. La fiabilidad de la escala es muy satisfactoria, presentando una consistencia interna de 0,80, fiabilidad dos mitades de 0,78 y fiabilidad tests-retets de 0,85. Referente a la estructura, encuentran cuatro factores, los tres originales y un nuevo factor denominado "aprehensión" que hace referencia a la falta de energía y miedo hacia el futuro.

En posteriores publicaciones (Montorio et al, 2002), se han encontrado también adecuadas garantías psicométricas: consistencia interna según el coeficiente alpha de Cronbach ( $\alpha=0,81$ ) y fiabilidad interjueces, correlación de Pearson ( $r_{xy}=0,99$ ).

La puntuación media obtenida por los sujetos en un marco institucional es de 8,8 sobre 16 puntos, algo superior a las puntuaciones originales, 11,3, en tanto que los sujetos pertenecían al ámbito residencial y comunitario (Montorio, 1994).

En las "Aulas de Mayores de la Universidad de Granada" la media de las puntuaciones obtenidas ha sido alta 11,47 (Castellón et al, 2004).

Decir por último, que la versión en castellano de la *Escala de Satisfacción de Filadelfia* presenta una fácil administración, al realizarse con un lenguaje comprensible incluso para personas mayores con una edad muy avanzada, manteniéndose la atención del sujeto durante el tiempo que requiere su pasación (Montorio, 1994).

### 5.3.2.11. Escala de Zarit: Valoración de la Sobrecarga del Cuidador/ra.

La **Escala de Sobrecarga del Cuidador** (Caregiver Burden Interview) de Zarit (Zarit et al, 1980), está compuesta de 22 ítems que miden el grado en que los cuidadores perciben cómo sus responsabilidades tienen efectos adversos sobre su salud, vida personal y social, finanzas y bienestar emocional. Cada ítem se puntúa según la gravedad de la repercusión del 1 al 5, con un punto de corte de 46-47 que diferencia entre cuidadores / cuidadoras «sin sobrecarga» y «con sobrecarga». En la versión original, se obtuvieron dos subescalas que reflejan de forma fiable dos aspectos de los cuidados: tensión personal (coeficiente alpha de Cronbach = 0,80) y tensión en el rol (coeficiente alpha de Cronbach = 0,81).

La adaptación y validación en nuestro medio, conforman la misma como un instrumento idóneo para valorar distrés psíquico en los/las cuidadores/as y útil para planificar actuaciones de intervención con los mismos, que posibiliten actuaciones bondadosas con el mínimo coste psicológico. Es por ello que se incluye en el protocolo de valoración de este trabajo.

La **escala de Zarit**, presenta una sensibilidad del 84,6% y una especificidad del 85,3%, mientras que el punto de corte 55-56 diferencia entre «sobrecarga leve» e «intensa» con una sensibilidad y especificidad del 89,7 y del 94,2%, respectivamente (Martín et al, 1996). El extenso análisis efectuado por Montorio y colaboradores (Montorio et al, 1996 e Izal y Montorio, 1994) señala lo siguiente:

- Los resultados del análisis factorial de componentes principales con rotación varimax la presencia de tres factores: **impacto del cuidado** (factor 1), **interpersonal** (factor 2) y **expectativas de autoeficacia** (factor 3). Los tres factores explican el 55% de la varianza, siendo el factor **impacto** el que mayor porcentaje de varianza explica (33,2%). Los factores "*interpersonal*" y "*expectativas de autoeficacia*" explican el 11,4 y el 9,7%, respectivamente.
- Las tres subdimensiones derivadas a partir del análisis factorial tienen una aceptable consistencia interna, que oscila entre .69 y .90 según el índice alpha de Cronbach. Dimensiones similares, con una mínima variación en los elementos que las componen, han sido hallados por Martín y colaboradores (1996).
- Realizan además (1) un análisis de la asociación de las dimensiones de carga con otras variables (**criterios externos**), coeficiente de correlación de Pearson, con cinco criterios externos que funcionan como estresores que previsiblemente intervienen en la determinación del nivel de carga (tiempo de cuidado, capacidad funcional básica, capacidad funcional instrumental, deterioro mental y severidad de problemas de conducta de la persona cuidada) y con tres criterios que funcionan como efectos o resultados del cuidado (salud percibida del cuidador, bienestar de éste y número de visitas al médico). Y (2) análisis de regresión,

utilizando además de las variables anteriores: frecuencia, malestar y severidad de problemas de conducta de depresión, frecuencia, malestar y severidad de problemas de memoria y desorientación, frecuencia, malestar y severidad de problemas de conducta por agitación o exceso, calidad de la relación y edad del cuidador.

El último análisis realizado se centra en la **utilidad predictiva** de las diferentes dimensiones de carga con respecto al bienestar subjetivo del cuidador.

En validaciones posteriores, este instrumento sigue mostrando unas cualidades psicométricas suficientes:

- Consistencia interna satisfactoria, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,91. La fiabilidad test-retest se calculó efectuando dos mediciones con un intervalo de tiempo de tres meses entre ambas, obtuyéndose un coeficiente de correlación de Pearson de 0,86 entre las dos medidas (Martín et al, 1997).

- Buena capacidad para discriminar el distrés psíquico (área bajo la curva: 0.87; IC 95%: 0.77 - 0.98). Para un punto de corte 62/63, su sensibilidad (93%; IC 95%: 68.0 - 99.8) y su especificidad (80%; IC 95%: 59.3 - 93.2) son altas. La prevalencia de trastornos mentales estimada en los cuidadores es del 20.7% (IC 95%: 0.0 - 60%). (Martín et al, 2002).

- El 79% de las cuidadoras sufría una sobrecarga intensa, siendo la puntuación media ( $\pm$  desviación estándar) en la Escala de Sobrecarga del Cuidador de  $65,19 \pm 13,22$ . (Artaso et al, 2001 y 2003).

#### 5.3.2.12. Cuestionario CSMA: Valoración del maltrato hacia los mayores.

No existen instrumentos de valoración que presenten un alto índice de sensibilidad y especificidad válidos para la detección de malos tratos en las personas mayores (Ruiz et al, 2001; Muñoz y Alix, 2004b; Moya y Barbero, 2005); dado además, el carácter de la propia investigación basada en instrumentos de screening y la disponibilidad de datos específicos en la población española sobre prevalencia de sospecha de malos tratos; es por ello, que en el presente trabajo **hemos decidido conocer la prevalencia de Sospecha de Maltrato a Ancianos (SMA)**.

El **cuestionario** sobre los distintos tipos de maltrato, editado por la Canadian Task Force (Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, 1994; Patterson 1994) y la American Medical Association (Aravanis et al, 1993) cumple nuestros objetivos. Este cuestionario, **CSMA**, ha sido traducido por un equipo de traductores profesionales, filólogos y lingüistas. Consta de 9 preguntas, de las cuales una hace referencia a abuso físico (pregunta 1), tres a psicológico (preguntas 3, 4, 9), una a sexual (pregunta 8), una a negligencia (pregunta 7), una a abandono (pregunta 6) y dos maltrato económico (preguntas 2, 5). Una sola respuesta positiva al cuestionario se considera como sospecha de maltrato. La formulación de este tipo de preguntas directas en los exámenes periódicos es recomendada por la American Medical Association, (Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, 1994 y Aravanis et al, 1993).

**Cuestionario CSMA**  
**Canadian Task Force y la American Medical Association**

1. ¿Alguna vez alguien en su casa le ha pegado o hecho daño?
2. ¿Le han cogido cosas tuyas sin su consentimiento?
3. ¿Alguna vez le han engañado o amenazado?
4. ¿Tiene miedo de alguien en casa?
5. ¿Ha firmado usted alguna vez documentos que no comprendía?
6. ¿Está sola/o a menudo?
7. ¿Alguna vez no le han ayudado en sus necesidades o cuidados personales cuando lo necesitaba?
8. ¿Alguna vez alguien le ha tocado sin su consentimiento?
9. ¿Alguna vez le han obligado a hacer cosas que usted no quería?

Con el objetivo de incrementar la sensibilidad del mismo, hemos analizado las preguntas específicas para la detección de los diferentes tipos de malos tratos planteadas en el manual “Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación” (Moya y Barbero, 2006), adaptándolas al CSMA.

El cuestionario definitivamente utilizado, CSM-R, anexo 4, mantiene el mismo número de preguntas que el propuesto por la Canadian Task Force y la American Medical Association, considerándose una sola respuesta positiva al cuestionario como sospecha de maltrato. Hemos realizado las siguientes adaptaciones al mismo:

- La pregunta 1 y 4 sobre maltrato físico y psicológico, ¿Alguna vez alguien en su casa le ha pegado o hecho daño? y ¿Tiene miedo de alguien en casa?, han sido reformuladas para evaluar también a mayores residentes en domicilios de familias cuidadoras y residencias: ¿Alguna vez alguien en su casa (en casa de familia cuidadora / en la residencia – centro de día) le ha pegado o hecho daño? y ¿Tiene miedo de alguien en casa (en casa de familia cuidadora / en la residencia – centro de día)?.
- La pregunta 6 sobre abandono / negligencia, ¿Está sola/o a menudo?, ha sido sustituida por: ¿Cree que tiene a su disposición comida, ropa y medicación cuando las necesita?.
- La pregunta 2 sobre maltrato económico, ¿Le han cogido cosas tuyas sin su consentimiento?, ha sido reformulada por: ¿Le han cogido cosas tuyas sin su consentimiento o han utilizado su dinero sin su permiso?.

Hemos de señalar, por último, que la queja de malos tratos por parte de la persona mayor es uno de los indicadores más sensible y específico de sospecha, común a todos los tipos de malos tratos, debiéndosele de prestar suficiente atención. Ahora bien, un indicador de sospecha es simplemente eso, y no puede convertirse necesaria y definitivamente en un definidor de malos tratos en sentido estricto. Su presencia, por tanto, no confirma la existencia de malos tratos, pero sí debe poner sobre aviso a los profesionales y nos obliga a indagar y recabar más información en busca de un diagnóstico que permita una toma de decisiones acertada y en su caso la intervención técnica pertinente.

### 5.3.3. Procedimiento y consideraciones éticas.

#### **PROCEDIMIENTO:**

Los procedimientos de muestreo para cada uno de los servicios seleccionados y para la población general son descritos pormenorizadamente, habiéndose seguido las recomendaciones técnicas pertinentes (Rodríguez, 1991 y Rojas et al, 1998).

El entrenamiento y formación de los encuestadores se llevó a cabo por el investigador principal durante el mes de enero de 2007.

El trabajo de campo ha sido realizado por profesionales titulados en Psicología y Trabajo Social. 5 Psicólogos y 8 Trabajadores Sociales.

La supervisión del trabajo de campo fue realizada por el investigador principal.

El número de encuestas a realizar en cada uno de los servicios y la población general, viene determinada por las formulas siguientes (Rodríguez, 1991; Barranco, 1993 y Rojas et al, 1998).

- Número de encuestas para población infinita, error muestral del +- 5%, nivel de confianza del 95,5% (dos sigmas) y condiciones desfavorables de muestreo (P=Q).

$$n = \frac{4 \times p \times q}{E^2}$$

Donde:

“p” indica el porcentaje de veces que sucede un fenómeno determinado y “q” es el porcentaje complementario.

“E<sup>2</sup>” indica el error de muestreo.

“n” indica el número de encuestas a ser pasadas.

- Número de encuestas para población finita, error muestral del +- 5% o 10%, nivel de confianza del 95,5% (dos sigmas) y condiciones desfavorables de muestreo (P=Q).

$$n = \frac{4 \times p \times q \times N}{E^2 (N - 1) + 4 \times p \times q}$$

Donde:

“p” indica el porcentaje de veces que sucede un fenómeno determinado y “q” es el porcentaje complementario.

“E<sup>2</sup>” indica el error de muestreo.

“n” indica el número de encuestas a ser pasadas.

“N” indica el universo (total de población) donde aplicaremos la encuesta.

#### **POBLACIÓN GENERAL / EN LA COMUNIDAD.**

ÁMBITO: Provincia de Granada, excluida la capital (Población infinita).

UNIVERSO: Personas mayores de 60 y más años. 169.110 sujetos (Hombres 74.200 y 94.910 mujeres). Censos de población y viviendas 2001. IEA (Instituto Estadística de Andalucía)

	TOTAL	% total	Hombres	% hombre:	Mujeres	% mujeres
De 60 a 64 años	25041	21,18%	11939	22,16%	13202	20,52%
De 65 a 74 años	56773	48,03%	27226	50,54%	29547	45,93%
De 75 a 84 años	28968	24,51%	12242	22,73%	16726	25,84%
De 85 y más años	7420	6,28%	2461	4,57%	4959	7,71%
<b>TOTAL</b>	<b>118202</b>	<b>100%</b>	<b>53868</b>	<b>100%</b>	<b>64334</b>	<b>100%</b>

MUESTRA: 401 entrevistas

AFIJACIÓN DE LA MUESTRA: Proporcional por cuotas de edad y sexo. Personas mayores: 60-64, 65-74, 75-84, 85 y más años

**Tabla 35. Valoraciones realizadas en el Medio Comunitario.**

Nº de encuestas	total	Hombres	Mujeres
De 60 a 64	85	40	45
De 65 a 74 años	189	87	102
De 75 a 84 años	101	41	60
De 85 y más años	26	8	18
<b>TOTAL 401</b>	<b>401</b>	<b>176</b>	<b>225</b>

ERROR MUESTRAL: Para un nivel de confianza del 95,5% (dos sigmas),  $P=Q$ , el error es de  $\pm 5\%$  para el conjunto de la muestra.

En la valoración final se hicieron un total de 405 encuestas, dos más en el grupo 60 – 64 años hombres, dos más en el grupo 65 – 74 años mujeres, una más en el grupo 75 – 84 hombres y, una menos en el grupo 65 - 74 hombres.

**Tabla de contingencia Edad \* Género del entrevistado**

		Género del entrevistado		Total
		Femenino	Masculino	
Edad	60 - 64 años	45	42	87
	65 - 74 años	104	86	190
	75 - 84 años	60	42	102
	85 y más años	18	8	26
Total		227	178	405

PROCEDIMIENTO DE MUESTREO: Estratificado por conglomerados. Selección según tamaño del municipio, y selección de los individuos mediante censo y, cuotas de sexo y edad. Las categorías de tamaño del hábitat son las siguientes:  
Hasta 2.000 habitantes, 2.001-5000, 5.001-10.000, 10.001-20.000 y 20.001-100.000 habitantes.

**Número de encuestas por tramos de habitantes: Mujeres y Hombres**

EDAD	Total Mujeres y Hombres	Municipios	Municipios	Municipios	Municipios	Municipios
		hasta 2000 Habitantes	de 2.001a 5.000	de 5.001a 10.000	de 10.001a 20.000	de 20.001a 100.000
<b>DE 60 a 64 años</b>	<b>25041</b>	<b>4891</b>	<b>6022</b>	<b>4235</b>	<b>5097</b>	<b>4796</b>
Nº de encuestas	87	17	23	14	17	16
<b>DE 65 a 74 años</b>	<b>56773</b>	<b>12310</b>	<b>13819</b>	<b>9171</b>	<b>11432</b>	<b>10041</b>
Nº de encuestas	187	41	44	30	40	32
<b>DE 75 a 84 años</b>	<b>28968</b>	<b>6391</b>	<b>7114</b>	<b>4523</b>	<b>5766</b>	<b>5174</b>
Nº de encuestas	105	22	30	15	20	18
<b>De 85 y mas años</b>	<b>7420</b>	<b>1604</b>	<b>1927</b>	<b>1137</b>	<b>1341</b>	<b>1411</b>
Nº de encuestas	26	7	7	3	4	5
<b>Total Mujeres y Hombres</b>	<b>118202</b>	<b>25196</b>	<b>28882</b>	<b>19066</b>	<b>23636</b>	<b>21422</b>
<b>Total encuestas</b>	<b>405</b>	<b>87</b>	<b>104</b>	<b>62</b>	<b>81</b>	<b>71</b>

**Número de encuestas por tramos de habitantes: Mujeres**

EDAD	Total Mujeres	Municipios hasta 2000 Habitantes	Municipios de 2.001a 5.000	Municipios de 5.001a 10.000	Municipios de 10.001a 20.000	Municipios de 20.001a 100.000
<b>DE 60 a 64 años</b>	<b>13102</b>	<b>2583</b>	<b>3129</b>	<b>2225</b>	<b>2607</b>	<b>2558</b>
Nº de encuestas	45	9	11	7	9	9
<b>DE 65 a 74 años</b>	<b>29547</b>	<b>6259</b>	<b>7120</b>	<b>4763</b>	<b>6136</b>	<b>5269</b>
Nº de encuestas	102	22	25	16	22	17
<b>DE 75 a 84 años</b>	<b>16726</b>	<b>3557</b>	<b>4072</b>	<b>2659</b>	<b>3427</b>	<b>3011</b>
Nº de encuestas	62	12	18	9	12	11
<b>De 85 y mas años</b>	<b>4959</b>	<b>1049</b>	<b>1266</b>	<b>788</b>	<b>937</b>	<b>919</b>
Nº de encuestas	18	5	5	2	3	3
<b>Total Mujeres</b>	<b>64334</b>	<b>13448</b>	<b>15587</b>	<b>10435</b>	<b>13107</b>	<b>11757</b>
<b>Total encuestas</b>	<b>227</b>	<b>48</b>	<b>57</b>	<b>34</b>	<b>46</b>	<b>40</b>

**Número de encuestas por tramos de habitantes: Hombres**

EDAD	TOTAL	Municipios hasta 2000 Habitantes	Municipios de 2.001a 5.000	Municipios de 5.001a 10.000	Municipios de 10.001a 20.000	Municipios de 20.001a 100.000
<b>DE 60 A 64 años</b>	<b>11939</b>	<b>2308</b>	<b>2893</b>	<b>2010</b>	<b>2490</b>	<b>2238</b>
Nº de encuestas	42	8	12	7	8	7
<b>DE 65 A 74 años</b>	<b>27226</b>	<b>6051</b>	<b>6699</b>	<b>4408</b>	<b>5296</b>	<b>4772</b>
Nº de encuestas	85	19	19	14	18	15
<b>DE 75 a 84 años</b>	<b>12242</b>	<b>2834</b>	<b>3042</b>	<b>1864</b>	<b>2339</b>	<b>2163</b>
Nº de encuestas	43	10	12	6	8	7
<b>De 85 y mñas años</b>	<b>2461</b>	<b>555</b>	<b>661</b>	<b>349</b>	<b>404</b>	<b>492</b>
Nº de encuestas	8	2	2	1	1	2
<b>Total Hombres</b>	<b>53868</b>	<b>11748</b>	<b>13295</b>	<b>8631</b>	<b>10529</b>	<b>9665</b>
<b>Total encuestas</b>	<b>178</b>	<b>39</b>	<b>43</b>	<b>28</b>	<b>35</b>	<b>31</b>

Habitantes	Nº municipios	Municipios Seleccionados	Nº encuestas	Habitantes	Nº municipios	Municipios Seleccionados	Nº encuestas
Municipios hasta 2.000 habitantes				Municipios desde 2.001 a 5.000 habitantes			
25.196	94	6 (6,4 %)	87	28.882	38	4 (10,5%)	104
Municipios desde 5001 a 10000 habitantes				Municipios desde 10.001 a 20.000 habitantes			
19.066	17	3 (17,6%)	62	23.636	13	4 (30,7%)	81
Municipios desde 20.001 a 100.000 habitantes				Municipios más de 100.000 habitantes			
21.422	5	5 (100%)	71		1	1 (100%)	0



Habitantes mayores Provincia Granada 118.202 N° municipios Provincia Granada 168 Municipios Seleccionados para el estudio 22 (el 13,09%). N° encuestas totales 401.

El porcentaje de municipios representado en la muestra es mayor en función de las categorías de tamaño del hábitat, el INE considera que las zonas rurales son más homogéneas que las urbanas (Rodríguez, 1991).

**MUNICIPIOS SELECCIONADOS Y ENCUESTAS POR CADA UNO DE ELLOS:**

Hasta 2.000 habitantes, 6 municipios y 87 encuestas en total: Castelléjar, Chimeneas, Huétor de Santillán, Campotéjar, La Peza, Sorvilán.

Nº de encuestas	Hombres	Mujeres	Nº de encuestas	Hombres	Mujeres
De 60 a 64 años	2	2	De 60 a 64 años	2	2
De 65 a 74 años	4	5	De 65 a 74 años	4	4
De 75 a 84 años	1	2	De 75 a 84 años	2	2
De 85 y más años	2	1	De 85 y más años		1
<b>Castilléjar</b>			<b>Chimeneas</b>		
Nº de encuestas	Hombres	Mujeres	Nº de encuestas	Hombres	Mujeres
De 60 a 64 años	1	2	De 60 a 64 años	1	1
De 65 a 74 años	3	4	De 65 a 74 años	3	3
De 75 a 84 años	2	2	De 75 a 84 años	2	2
De 85 y más años			De 85 y más años		1
<b>Huétor de Santillán</b>			<b>Campotéjar</b>		
Nº de encuestas	Hombres	Mujeres	Nº de encuestas	Hombres	Mujeres
De 60 a 64 años	1	1	De 60 a 64 años	1	1
De 65 a 74 años	3	3	De 65 a 74 años	2	3
De 75 a 84 años	2	2	De 75 a 84 años	1	2
De 85 y más años		1	De 85 y más años		1
<b>La Peza</b>			<b>Sorvilán</b>		

De 2.001-5000 habitantes, 4 municipios y 104 encuestas en total: Chauchina, Molvizar, Salar, Puebla de Don Fadrique.

Nº de encuestas	Hombres	Mujeres	Nº de encuestas	Hombres	Mujeres
De 60 a 64 años	5	2	De 60 a 64 años	3	3
De 65 a 74 años	4	9	De 65 a 74 años	5	6
De 75 a 84 años	4	5	De 75 a 84 años	3	5
De 85 y más años		1	De 85 y más años	1	
<b>Chauchina</b>			<b>Salar</b>		
Nº de encuestas	Hombres	Mujeres	Nº de encuestas	Hombres	Mujeres
De 60 a 64 años	3	3	De 60 a 64 años	1	3
De 65 a 74 años	5	6	De 65 a 74 años	6	6
De 75 a 84 años	3	3	De 75 a 84 años	1	3
De 85 y más años		2	De 85 y más años	1	2
<b>Molvizar</b>			<b>Puebla de Don Fadrique</b>		

De 5.001-10.000 habitantes, 3 municipios y 62 encuestas en total: Huétor Tájar, Órgiva, Huéscar.

Nº de encuestas	Hombres	Mujeres	Nº de encuestas	Hombres	Mujeres
De 60 a 64 años	3	1	De 60 a 64 años	3	2
De 65 a 74 años	5	6	De 65 a 74 años	4	6
De 75 a 84 años	2	3	De 75 a 84 años	2	3
De 85 y más años	1		De 85 y más años		1
<b>Huétor Tájar</b>			<b>Huéscar</b>		
Nº de encuestas	Hombres	Mujeres			
De 60 a 64 años	1	4			
De 65 a 74 años	5	4			
De 75 a 84 años	2	3			
De 85 y más años		1			
<b>Órgiva</b>					

De 10.001-20.000 habitantes, 4 municipios y 81 encuestas en total: Santa Fe, Atarfe, Armilla y Albolote.

Nº de encuestas	Hombres	Mujeres	Nº de encuestas	Hombres	Mujeres
De 60 a 64 años	3	2	De 60 a 64 años	3	2
De 65 a 74 años	5	5	De 65 a 74 años	4	6
De 75 a 84 años	2	3	De 75 a 84 años	3	3
De 85 y más años			De 85 y más años		1
<b>Santa Fe</b>			<b>Armilla</b>		
Nº de encuestas	Hombres	Mujeres	Nº de encuestas	Hombres	Mujeres
De 60 a 64 años	1	2	De 60 a 64 años	1	3
De 65 a 74 años	5	6	De 65 a 74 años	4	5
De 75 a 84 años	1	3	De 75 a 84 años	2	3
De 85 y más años	1		De 85 y más años		2
<b>Atarfe</b>			<b>Albolote</b>		

De 20.001-100.000 habitantes, 5 municipios y 71 encuestas en total: Guadix, Loja, Baza, Almuñécar, Motril.

Nº de encuestas	Hombres	Mujeres	Nº de encuestas	Hombres	Mujeres
De 60 a 64 años	2	2	De 60 a 64 años	1	1
De 65 a 74 años	3	4	De 65 a 74 años	2	3
De 75 a 84 años	1	3	De 75 a 84 años	1	2
De 85 y más años		1	De 85 y más años		
<b>Guadix</b>			<b>Almuñécar</b>		
Nº de encuestas	Hombres	Mujeres	Nº de encuestas	Hombres	Mujeres
De 60 a 64 años	1	1	De 60 a 64 años	1	2
De 65 a 74 años	3	4	De 65 a 74 años	4	3
De 75 a 84 años	2	2	De 75 a 84 años	2	2
De 85 y más años	1	1	De 85 y más años		1
<b>Loja</b>			<b>Motril</b>		
Nº de encuestas	Hombres	Mujeres			
De 60 a 64 años	2	3			
De 65 a 74 años	3	3			
De 75 a 84 años	1	2			
De 85 y más años	1				
<b>Baza</b>					

## SERVICIO AYUDA A DOMICILIO.

ÁMBITO: Provincia de Granada, municipios menores de 20.000 habitantes (Población finita).

UNIVERSO: Personas mayores de 60 y más años. Expedientes (sujetos) 3.172 de los cuales hombres 766 (24,14%) y mujeres 2.406 (75,86%). Diputación de Granada 2006. Media de horas 4,11.

	TOTAL	% total	Hombres	% hombres	Mujeres	% mujeres
De 60 a 64 años	106	3,34	44	1,39	62	1,95
De 65 a 74 años	681	21,47	188	5,92	493	15,54
De 75 a 84 años	1601	50,47	361	11,38	1240	39,10
De 85 y más años	784	24,72	173	5,45	611	19,27
TOTAL	3.172	100,00	766	24,14	2.406	75,86

MUESTRA: 356 entrevistas.

AFIJACIÓN DE LA MUESTRA: Proporcional por cuotas de edad y sexo. Personas mayores: 60-64, 65-74, 75-84, 85 y más años.

**Tabla 36. Valoraciones realizadas en el Servicio de Ayuda Domiciliaria.**

Nº de encuestas	total	Hombres	Mujeres
De 60 a 65	12	5	7
De 65 a 74 años	76	21	55
De 75 a 84 años	179	40	139
De 85 y más años	89	20	69
TOTAL 356	356	86	270

ERROR MUESTRAL: Para un nivel de confianza del 95,5% (dos sigmas),  $P=Q$ , el error es de  $\pm 5\%$  para el conjunto de la muestra.

En la valoración final se hicieron un total de 375 encuestas, una menos en el grupo 60 – 64 años mujeres, seis más en el grupo 75 – 84 años mujeres, ocho más en el grupo 75 – 84 años hombres, siete más en el grupo 85 y más años mujeres y, una menos en el grupo 85 y más años hombres.

**Tabla de contingencia Edad \* Género del entrevistado**

	EdadReco1	Género del entrevistado		Total
		Femenino	Masculino	
	60 - 64 años	6	5	11
	65 - 74 años	55	21	76
	75 - 84 años	145	48	193
	85 y más años	76	19	95
	Total	282	93	375

PROCEDIMIENTO DE MUESTREO: Estratificado por conglomerados. Selección según tamaño del municipio y cuotas de sexo y edad.

Las categorías de tamaño del hábitat son las siguientes:

Hasta 2.000 habitantes, 2.001-5000, 5.001-10.000, 10.001-20.000 habitantes. Hemos

considerado solamente los municipios menores de 20.000 habitantes, ámbito competencial de la Diputación de Granada, dado la dilatada experiencia de los profesionales de Servicios Sociales Comunitarios en valorar los posibles usuarios en base a criterios técnicos de capacidad funcional en los mayores (Actividades de la Vida Diaria).

		Número de encuestas por tramos de habitantes				Total
		Hasta 2.000 habitantes	De 2.001 a 5.000 habitantes	De 5.001 a 10.000 habitantes	De 10.001 a 20.000 habitantes	
Edad	60 - 64 años	6	2	2	1	11
	65 - 74 años	14	23	19	20	76
	75 - 84 años	47	49	36	61	193
	85 y más años	22	26	26	21	95
Total		89	100	83	103	375

Habitantes	Nº municipios	Municipios Seleccionados	Nº encuestas	Habitantes	Nº municipios	Municipios Seleccionados	Nº encuestas
				<b>Municipios desde 2001 a 5000 habitantes</b>			
<b>79715</b>	<b>94</b>	<b>26 (27,65 %)</b>	<b>89</b>	<b>113063</b>	<b>38</b>	<b>23 (60,52%)</b>	<b>100</b>
				<b>Municipios desde 5001 a 10000 habitantes</b>			
<b>110752</b>	<b>17</b>	<b>12 (70,58%)</b>	<b>83</b>	<b>175824</b>	<b>13</b>	<b>13 (100%)</b>	<b>103</b>

Expedientes Ayuda a Domicilio Diputación de Granada 3.172. Nº municipios menores de 20.000 habitantes 162  
Municipios Seleccionados para el estudio 74 (el 45,68%). Nº encuestas totales 375

El porcentaje de municipios representado en la muestra es mayor en función de las categorías de tamaño del hábitat, el INE considera que las zonas rurales son más homogéneas que las urbanas (Rodríguez, 1991).

#### MUNICIPIOS SELECCIONADOS Y ENCUESTAS POR CADA UNO DE ELLOS:

Hasta 2.000 habitantes, 26 municipios y 89 encuestas en total: Castelléjar, Chimeneas, Huétor de Santillán, Campotéjar, La Peza, Polopos-La Mamola, La Malaha, Dilar, Colomera, Darro, Benalúa de las Villas, Piñar, Montillana, Los Guájares, Jayena, El Valle, Gorafe, Cogollos de Guadix, Freila, Cañar, Otivar, Pedro Martínez, Torre Cardela, Albondón, Huéneja y Dolar.

De 2.001-5000 habitantes, 23 municipios y 100 encuestas en total: Chauchina, Molvízar, Salar, Puebla de Don Fadrique, Cijuela, Gúevejar, Cogollos Vega, Villanueva Mesía, Arenas del Rey, Jun, Valle Zalabí (Exfiliana), Cuevas del Campo, Moraleda Zafayona, Algarinejo, Cortes de Baza, Castril, Benalúa de Guadix, Ugijar, Montejicar, Cúllar, Lanjarón, Deifontes y Lachar.

De 5.001-10.000 habitantes, 12 municipios y 83 encuestas en total: Huétor Tajar, Órgiva, Huéscar, Churriana de la Vega, Padul, Iznalloz, Montefrío, Otura, Durcal, Alhendín, Cullar Vega y Alfacar.

De 10.001-20.000 habitantes, 13 municipios y 103 encuestas en total: Santa Fe, Atarfe, Armilla, Albolote, Peligros, Íllora, Huétor Vega, Salobreña, Ogíjares, Las Gabias, Pinos Puente, La Zubia, Maracena.

## SERVICIO TELEASISTENCIA.

ÁMBITO: Provincia de Granada, municipios menores de 20.000 habitantes (Población finita).

UNIVERSO: Sujetos 4.667 de los cuales hombres 972 (20,83%) y mujeres 3.695 (79,17%). Diputación de Granada 2006.

	TOTAL	% total	% hombres	% mujeres
De 60 a 64 años	120	2,56	0,54	2,02
De 65 a 74 años	1.185	25,39	4,66	20,73
De 75 a 84 años	2.580	55,29	11,60	43,69
De 85 y más años	782	16,76	4,03	12,73
TOTAL	4.667	100,00	20,83	79,17

MUESTRA: 101 entrevistas.

AFIJACIÓN DE LA MUESTRA: Proporcional por cuotas de edad y sexo. Personas mayores: 60-64, 65-74, 75-84, 85 y más años.

**Tabla 37. Valoraciones realizadas en el Servicio de Teleasistencia.**

Nº de encuestas	total	Hombres	Mujeres
De 60 a 65	1	0	1
De 65 a 74 años	26	5	21
De 75 a 84 años	56	12	44
De 85 y más años	18	5	13
TOTAL 400	101	22	79

ERROR MUESTRAL: Para un nivel de confianza del 95,5% (dos sigmas),  $P=Q$ , el error es de +- 10% para el conjunto de la muestra.

En la valoración final se hicieron un total de 107 encuestas, dos más en los grupos 65 – 74 años hombres. Dos más hombres, en el grupo 75 – 84 años y más de 85 años y, dos más en mujeres del grupo 85 y más años.

**Tabla de contingencia Edad \* Género del entrevistado**

		Género del entrevistado		Total
		Femenino	Masculino	
Edad	60 - 64 años	1	0	1
	65 - 74 años	21	7	27
	75 - 84 años	44	13	57
	85 y más años	15	6	21
Total		81	26	107

PROCEDIMIENTO DE MUESTREO: Estratificado por conglomerados. Selección según tamaño del municipio y cuotas de sexo y edad.

Las categorías de tamaño del hábitat son las siguientes:

Hasta 2.000 habitantes, 2.001-5000, 5.001-10.000, 10.001-20.000 habitantes. Hemos considerado solamente los municipios menores de 20.000 habitantes, ámbito competencial de la Diputación de Granada, dado la dilatada experiencia de los profesionales de Servicios Sociales Comunitarios en valorar los posibles usuarios utilizando baremos específicos.

**Número de encuestas por tramos de habitantes**

Habitantes	Encuestas hombres.	Encuestas mujeres.	Encuestas hombres y mujeres.	Habitantes	Encuestas hombres.	Encuestas mujeres.	Encuestas hombres y mujeres.
<b>Municipios hasta 2000 habitantes</b> 79715				<b>Municipios desde 5001 a 10000 habitantes</b> 110752			
De 60 a 64 años	0	0	0	De 60 a 64 años	0	0	0
De 65 a 74 años	1	4	5	De 65 a 74 años	1	5	6
De 75 a 84 años	2	7	9	De 75 a 84 años	3	10	13
De 85 y más años	2	2	4	De 85 y más años	1	3	4
	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>18</b>		<b>5</b>	<b>18</b>	<b>23</b>
<b>Municipios desde 2001 a 5000 habitantes</b> 113063				<b>Municipios desde 10001 a 20000 habitantes</b> 175824			
De 60 a 64 años	0	0	0	De 60 a 64 años	0	1	1
De 65 a 74 años	3	5	8	De 65 a 74 años	2	7	9
De 75 a 84 años	4	11	15	De 75 a 84 años	4	16	20
De 85 y más años	1	5	6	De 85 y más años	2	5	7
	<b>8</b>	<b>21</b>	<b>29</b>		<b>8</b>	<b>29</b>	<b>37</b>

Habitantes	Nº municipios	Municipios Seleccionados	Nº encuestas	Habitantes	Nº municipios	Municipios Seleccionados	Nº encuestas
<b>Municipios hasta 2000 habitantes</b> 79715	94	18 (19,14 %)	18	<b>Municipios desde 2001 a 5000 habitantes</b> 113063	38	12 (31,58%)	29
<b>Municipios desde 5001 a 10000 habitantes</b> 110752	17	9 (52,94%)	23	<b>Municipios desde 10001 a 20000 habitantes</b> 175824	13	13 (100%)	37

Expedientes Teleasistencia Diputación de Granada 4.667 Nº municipios menores de 20.000 habitantes 162  
Municipios Seleccionados para el estudio 52 (el 32,1%) Nº encuestas totales 107

**MUNICIPIOS SELECCIONADOS Y ENCUESTAS POR CADA UNO DE ELLOS:**

Hasta 2.000 habitantes, 18 municipios y 18 encuestas en total: Castellár, Chimeneas, Huétor de Santillán, Campotéjar, La Peza, Polopos-La Mamola, La Malaha, Dilar, Colomera, Darro, Benalúa - Guadix, Piñar, Montillana, Los Guájares, Jayena, El Valle, Gorafe, Dolar.

<b>Hasta 2.000 habitantes</b>			<b>18 Municipios</b>		
<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
De 60 a 64 años			De 60 a 64 años		
De 65 a 74 años		1	De 65 a 74 años		1
De 75 a 84 años			De 75 a 84 años		

De 85 y más años			De 85 y más años	1	
<b>Castilléjar</b>			<b>Chimeneas</b>		
<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
De 60 a 64 años			De 60 a 64 años		
De 65 a 74 años		1	De 65 a 74 años		1
De 75 a 84 años			De 75 a 84 años		
De 85 y más años			De 85 y más años		
<b>Huétor de Santillán</b>			<b>Campotéjar</b>		
<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
De 60 a 64 años			De 60 a 64 años		
De 65 a 74 años			De 65 a 74 años		
De 75 a 84 años		1	De 75 a 84 años		1
De 85 y más años			De 85 y más años		
<b>La Peza</b>			<b>Polopos-Mamola</b>		
<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
De 60 a 64 años			De 60 a 64 años		
De 65 a 74 años			De 65 a 74 años		
De 75 a 84 años		1	De 75 a 84 años		1
De 85 y más años			De 85 y más años		
<b>La Malaha</b>			<b>Dilar</b>		
<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
De 60 a 64 años			De 60 a 64 años		
De 65 a 74 años			De 65 a 74 años		
De 75 a 84 años		1	De 75 a 84 años		1
De 85 y más años			De 85 y más años		
<b>Colomera</b>			<b>Darro</b>		
<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
De 60 a 64 años			De 60 a 64 años		
De 65 a 74 años			De 65 a 74 años		
De 75 a 84 años		1	De 75 a 84 años		1
De 85 y más años			De 85 y más años		
<b>Benalúa</b>			<b>Piñar</b>		
<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
De 60 a 64 años			De 60 a 64 años		
De 65 a 74 años			De 65 a 74 años		
De 75 a 84 años		1	De 75 a 84 años		
De 85 y más años			De 85 y más años		
<b>Montillana</b>			<b>Los Guajares</b>		
<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
De 60 a 64 años			De 60 a 64 años		
De 65 a 74 años			De 65 a 74 años		
De 75 a 84 años			De 75 a 84 años		
De 85 y más años		1	De 85 y más años		1
<b>Jayena</b>			<b>El Valle</b>		
<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
De 60 a 64 años			De 60 a 64 años		
De 65 a 74 años		1	De 65 a 74 años		
De 75 a 84 años			De 75 a 84 años		
De 85 y más años			De 85 y más años		1
<b>Gorafe</b>			<b>Dólar</b>		

De 2.001-5000 habitantes, 12 municipios y 29 encuestas en total: Chauchina, Molvizar, Salar, Puebla de Don Fadrique, Cijuela, Güevejar, Cogollos Vega, Villanueva Mesía, Arenas del Rey, Jun, Deifontes y Lachar.

Hasta 2.001 a 5.000 habitantes					
12 Municipios					
Nº de encuestas	Hombres	Mujeres	Nº de encuestas	Hombres	Mujeres
De 60 a 64 años			De 60 a 64 años		
De 65 a 74 años		1	De 65 a 74 años	2	1
De 75 a 84 años		1	De 75 a 84 años		1
De 85 y más años			De 85 y más años		
Chauchina			Salar		
Nº de encuestas	Hombres	Mujeres	Nº de encuestas	Hombres	Mujeres
De 60 a 64 años			De 60 a 64 años		
De 65 a 74 años		1	De 65 a 74 años	1	
De 75 a 84 años		1	De 75 a 84 años	1	
De 85 y más años			De 85 y más años		1
Molvizar			Puebla de Don Fadrique		
Nº de encuestas	Hombres	Mujeres	Nº de encuestas	Hombres	Mujeres
De 60 a 64 años			De 60 a 64 años		
De 65 a 74 años		1	De 65 a 74 años		1
De 75 a 84 años		1	De 75 a 84 años		1
De 85 y más años		1	De 85 y más años		1
Cijuela			Güevejar		
Nº de encuestas	Hombres	Mujeres	Nº de encuestas	Hombres	Mujeres
De 60 a 64 años			De 60 a 64 años		
De 65 a 74 años			De 65 a 74 años		
De 75 a 84 años	1	1	De 75 a 84 años	1	1
De 85 y más años			De 85 y más años		
Cogollos Vega			Villanueva Mesía		
Nº de encuestas	Hombres	Mujeres	Nº de encuestas	Hombres	Mujeres
De 60 a 64 años			De 60 a 64 años		
De 65 a 74 años			De 65 a 74 años		
De 75 a 84 años	1	1	De 75 a 84 años		2
De 85 y más años			De 85 y más años		
Arenas Rey			Jun		
Nº de encuestas	Hombres	Mujeres	Nº de encuestas	Hombres	Mujeres
De 60 a 64 años			De 60 a 64 años		
De 65 a 74 años			De 65 a 74 años		
De 75 a 84 años			De 75 a 84 años		1
De 85 y más años	1	1	De 85 y más años		1
Deifontes			Lachar		

De 5.001-10.000 habitantes, 9 municipios y 23 encuestas en total: Huetor Tajar, Órgiva, Huéscar, Churriana de la Vega, Padul, Iznalloz, Montefrío, Otura y Alfacar.

Hasta 5.001 a 10.000 habitantes					
9 Municipios					
Nº de encuestas	Hombres	Mujeres	Nº de encuestas	Hombres	Mujeres
De 60 a 64 años			De 60 a 64 años		
De 65 a 74 años		1	De 65 a 74 años	1	



De 75 a 84 años	1		De 75 a 84 años	1	
De 85 y más años	1		De 85 y más años	1	
<b>Huétor Tájar</b>			<b>Huéscar</b>		
<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
De 60 a 64 años			De 60 a 64 años		
De 65 a 74 años		1	De 65 a 74 años		1
De 75 a 84 años		1	De 75 a 84 años		2
De 85 y más años			De 85 y más años		
<b>Órgiva</b>			<b>Churriana</b>		
<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
De 60 a 64 años			De 60 a 64 años		
De 65 a 74 años		1	De 65 a 74 años		1
De 75 a 84 años		1	De 75 a 84 años		1
De 85 y más años		1	De 85 y más años		
<b>Padul</b>			<b>Iznalloz</b>		
<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
De 60 a 64 años			De 60 a 64 años		
De 65 a 74 años			De 65 a 74 años		
De 75 a 84 años		1	De 75 a 84 años	1	1
De 85 y más años		1	De 85 y más años		1
<b>Montefrío</b>			<b>Otura</b>		
<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>			
De 60 a 64 años					
De 65 a 74 años					
De 75 a 84 años		1			
De 85 y más años		1			
<b>Alfacar</b>					

De 10.001-20.000 habitantes, 13 municipios y 37 encuestas en total: Santa Fe, Atarfe, Armilla, Albolote, Peligros, Illora, Huétor Vega, Salobreña, Ogíjares, Las Gabias, Pinos Puente, La Zubia, Maracena.

<b>Hasta 10.001 a 20.000 habitantes</b>					
<b>13 Municipios</b>					
<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
De 60 a 64 años			De 60 a 64 años		1
De 65 a 74 años		1	De 65 a 74 años		
De 75 a 84 años		1	De 75 a 84 años		1
De 85 y más años		1	De 85 y más años	1	
<b>Santa Fe</b>			<b>Armilla</b>		
<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
De 60 a 64 años			De 60 a 64 años		
De 65 a 74 años		1	De 65 a 74 años	1	
De 75 a 84 años		2	De 75 a 84 años		2
De 85 y más años			De 85 y más años		
<b>Atarfe</b>			<b>Albolote</b>		
<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
De 60 a 64 años			De 60 a 64 años		
De 65 a 74 años		1	De 65 a 74 años		1
De 75 a 84 años		1	De 75 a 84 años		1

De 85 y más años		1		De 85 y más años		1	
<b>Peligros</b>				<b>Illora</b>			
<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>		<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	
De 60 a 64 años				De 60 a 64 años			
De 65 a 74 años		1		De 65 a 74 años		1	
De 75 a 84 años		1		De 75 a 84 años		1	
De 85 y más años		1		De 85 y más años			
<b>Huétor Vega</b>				<b>Salobreña</b>			
<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>		<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	
De 60 a 64 años				De 60 a 64 años			
De 65 a 74 años		1		De 65 a 74 años		1	
De 75 a 84 años		1		De 75 a 84 años		2	
De 85 y más años		1		De 85 y más años			
<b>Ogíjares</b>				<b>Las Gábias</b>			
<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>		<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	
De 60 a 64 años				De 60 a 64 años			
De 65 a 74 años				De 65 a 74 años			
De 75 a 84 años		1	1	De 75 a 84 años	1	1	
De 85 y más años				De 85 y más años		1	
<b>Pinos Puente</b>				<b>La Zubia</b>			
<b>Nº de encuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>					
De 60 a 64 años							
De 65 a 74 años							
De 75 a 84 años		2	1				
De 85 y más años							
<b>Maracena</b>							

## SERVICIO FAMILIAS CUIDADORAS.

ÁMBITO: Provincia de Granada, municipios menores de 20.000 habitantes (Población finita).

UNIVERSO: Sujetos 400 de los cuales se desconocen el % de hombres y de mujeres Diputación de Granada 2006. Aportación media por familia desde Diputación 220€.

MUESTRA: 202 entrevistas.

AFIJACIÓN DE LA MUESTRA / PROCEDIMIENTO DE MUESTREO:

Muestreo aleatorio sistemático. Coeficiente de elevación  $\frac{N}{n} = 2$ .

Donde N indica el número de unidades del universo (400) y n indica el número de unidades de la muestra (202).

ERROR MUESTRAL: Para un nivel de confianza del 95,5% (dos sigmas),  $P=Q$ , el error es de +- 5% para el conjunto de la muestra.

CATEGORÍAS DE TAMAÑO DEL HÁBITAT Y BONDAD DEL PROCEDIMIENTO DE MUESTREO.

**Tabla 38. Valoraciones realizadas en el Servicio de Cuidadores/as Familiares.**

Habitantes	Nº municipios	Municipios Seleccionados	Habitantes	Nº municipios	Municipios Seleccionados
<b>Municipios hasta 2000 habitantes</b>			<b>Municipios desde 2001 a 5000 habitantes</b>		
<b>79715</b>	<b>94</b>	<b>9 (9,57%)</b>	<b>113063</b>	<b>38</b>	<b>22 (57,89%)</b>
<b>Municipios desde 5001 a 10000 habitantes</b>			<b>Municipios desde 10001 a 20000 habitantes</b>		
<b>110752</b>	<b>17</b>	<b>11 (64,70%)</b>	<b>175824</b>	<b>13</b>	<b>11 (84,61%)</b>

Expedientes Familias Cuidadoras Diputación de Granada 400.

Nº municipios menores de 20.000 habitantes con programa 92

Municipios Seleccionados para el estudio 53 (el 57,61%).

Nº encuestas totales 202

El riesgo de introducir sesgos en la muestra al elegir los elementos de forma periódica (Rodríguez, 1991), en tanto que el universo fue ordenado por orden alfabético de municipios y por orden de aprobación de los 400 expedientes, queda minimizado al tener en consideración dos factores relevantes:

- El porcentaje de municipios representado en la muestra es mayor en función de las categorías de tamaño del hábitat, el INE considera que las zonas rurales son más homogéneas que las urbanas (Rodríguez 1991).
- De los 92 municipios de la provincia con expedientes aprobados 53 de los mismos aportan sujetos para ser valorados, el 57,61%.

#### MUNICIPIOS SELECCIONADOS Y ENCUESTAS POR CADA UNO DE ELLOS:

Hasta 2.000 habitantes, 9 municipios y 28 encuestas en total: Castilléjar, Chimeneas, Campotéjar, Polopos-La Mamola, Dilar, Jayena, Sorvilán, Orce, Galera.

- De 2.001-5000 habitantes, 22 municipios y 79 encuestas en total: Chauchina, Molvízar, Salar, Puebla de Don Fadrique, Cijuela, Güevejar, Villanueva Mesía, Arenas del Rey, Jun, Deifontes, Lachar, Fuente Vaqueros, Lanjarón, Caniles, Cullar, Los Gualchos, Cortes de Baza, Zujar, Algarinejo, Cuevas del Campo, Castril, Benamaurel.

- De 5.001-10.000 habitantes, 11 municipios y 56 encuestas en total: Huetor Tajar, Órgiva, Huéscar, Churriana de la Vega, Iznalloz, Montefrío, Alhama de Granada, Otura, Cullar Vega, Durcal, Alhendín.

- De 10.001-20.000 habitantes, 11 municipios y 39 encuestas en total: Santa Fe, Atarfe, Armilla, Albolote, Peligros, Illora, Salobreña, Ogijares, Las Gabias, La Zubia, Maracena.

#### SERVICIO CENTROS ESTANCIAS DIURNAS.

ÁMBITO: Provincia de Granada, incluida la capital (Población finita).

UNIVERSO: Consideramos para ser evaluados aquellos sujetos que tengan plaza concertada con la Junta de Andalucía o IMSERSO (plazas asistidas permanentes y plazas denominadas Alzheimer – problemas de conducta). Un total de plazas concertadas de 459 en 34 Centros de Estancias Diurnas de la provincia de Granada.

MUESTRA: 229 entrevistas.

ERROR MUESTRAL: Para un nivel de confianza del 95,5% (dos sigmas),  $P=Q$ , el error es de  $\pm 5\%$  para el conjunto de la muestra.

AFIJACIÓN DE LA MUESTRA / PROCEDIMIENTO DE MUESTREO:

Muestreo aleatorio sistemático. Coeficiente de elevación  $\frac{N}{n} = 2$ .

$n$

Donde  $N$  indica el número de unidades del universo (459) y  $n$  indica el número de unidades de la muestra (229).

**Tabla 39. Valoraciones realizadas en el Servicio de Centros Estancias Diurnas.**

LOCALIDAD	CENTRO	PLAZAS TOTALES	PLAZAS CONCERTADAS	Muestra
GRANADA	ALCAZAR	19	10	5
GRANADA	BUENOS AIRES	20	10	5
GRANADA	C. GER. ESPEC. GR.	40	33	16
GRANADA	ECOPLAR	8	5	2
GRANADA	EL CARMEN	20	17	8
GRANADA	FUENTE SALINAS	15	9	4
GRANADA	LA PAZ	20	14	9
GRANADA	LOS TULIPANES	14	9	5
GRANADA	MI RECREO	11	10	6
GRANADA	SAN JUAN DE DIOS	14	13	11
GRANADA	SAN LAZARO	6	5	2
ALBOLOTE	CATEDI	25	23	13
ALBOLOTE	REINA SOFIA	10	9	3
ALFACAR	ALFACAR	16	13	6
ARMILLA	ARMILLA	20	17	8
ATARFE	ATARFE	22	22	12
BAZA	BAZA	20	5	2
BELICENA	MARIA ZAYAS	8	5	2
CAJAR	CAXAR DE LA VEGA	5	4	2
CENES DE LA VEGA	MIRADOR DE CENES	14	13	8
CENES DE LA VEGA	VISTA BLANCA	13	10	4
CHURRIANA VEGA	REGINA	20	18	7
GABIAS, LAS	SAN CRISTOBAL	22	15	8
GUADIX	FOAM GUADIX	7	4	2
GUADIX	GUADIX	20	16	8
HUETOR TAJAR	SANTA ISABEL	14	11	5
HUETOR VEGA	ANTARES HUETOR	20	17	8
IZNALLOZ	TRINIDAD Y MONTES ORIENTALES	13	11	4
LECRIN	VALLE DE LA ALEGRIA	14	13	6
LOJA	LOJA	20	16	8
MARACENA	MEDITERRANEO	30	27	12
MOTRIL	NUEVA VIDA	36	45	21
PELIGROS	FONSECA	31	5	5
ZUBIA, LA	ANTARES LA ZUBIA	13	5	2
		600	459	229

## SERVICIO RESIDENCIAS.

ÁMBITO: Provincia de Granada, incluida la capital (Población finita).

UNIVERSO: Consideramos para ser evaluados aquellos sujetos que tengan plaza concertada con la Junta de Andalucía o IMSERSO (plazas asistidas permanentes y plazas denominadas Alzheimer – problemas de conducta. Excluimos las plazas de respiro). Un total de plazas concertadas de 862 en 23 Centros Residenciales de la provincia de Granada.

	TOTAL	% total	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
De 60 a 64 años	32	3,712	21	2,436	11	1,276
De 65 a 74 años	151	17,517	75	8,700	76	8,816
De 75 a 84 años	353	40,951	113	13,109	240	27,842
De 85 y más años	326	37,819	68	7,888	258	29,930
TOTAL	862	100,00	277	32,133	585	67,864

MUESTRA: 276 entrevistas

ERROR MUESTRAL: Para un nivel de confianza del 95,5% (dos sigmas),  $P=Q$ , el error es de  $\pm 5\%$  para el conjunto de la muestra.

AFIJACIÓN DE LA MUESTRA y PROCEDIMIENTO DE MUESTREO: Estratificado por conglomerados. Muestra proporcional por cuotas de edad y sexo. Personas mayores: 60-64, 65-74, 75-84, 85 y más años.

**Tabla 40. Valoraciones realizadas en el Servicio de Residencias.**

Nº de encuestas	total	Hombres	Mujeres
De 60 a 64	11	7	4
De 65 a 74 años	48	24	24
De 75 a 84 años	112	36	76
De 85 y más años	105	22	83
	276	89	187

En la valoración final se hicieron un total de 281 encuestas en 20 centros residenciales. Dos más en los grupos 65 – 74 años mujeres. Dos más hombres, en el grupo 75 – 84 años y una más en el grupo 65 – 74 años hombres.

**Tabla de contingencia Edad \* Género del entrevistado**

		Género del entrevistado		Total
		Femenino	Masculino	
Edad	60 - 64 años	4	7	11
	65 - 74 años	26	25	51
	75 - 84 años	76	38	114
	85 y más años	83	22	105
Total		189	92	281

<b>RESIDENCIAS MUESTRA</b>										
<b>HOMBRES</b>	60-64 años	65-74 años	75-84 años	85 y más años	<b>MUJERES</b>	60-64 años	65-74 años	75-84 años	85 y más años	<b>TOTAL</b>
FONSECA (Peligros)	1	1	2		0 FONSECA (Peligros)			1	3	5
SAN JERÓNIMO (Alhama)			1	1	SAN JERÓNIMO (Alhama)				3	5
FUENTESALINAS (Fuente Vaqueros)		2	3		2 FUENTESALINAS (Fuente Vaqueros)	1		2	5	6
SAN CRISTÓBAL (Las Gabias)		2	2		2 SAN CRISTÓBAL (Las Gabias)			1	6	8
OASIS (Granada)		1	3		1 OASIS (Granada)			4	4	1
FOAM (Guadix)	1	2	2		FOAM (Guadix)			2	6	5
RESIDENCIA MAYORES (Padul)					RESIDENCIA MAYORES (Padul)			1	2	5
SAN ROGELIO (Illora)				1	SAN ROGELIO (Illora)			1	2	2
MANUEL ALFARO (Pedro Martínez)		3	2		1 MANUEL ALFARO (Pedro Martínez)	1		2	4	4
SAN JAIME (Huéscar)		2	3		4 SAN JAIME (Huéscar)			3	7	7
STA ISABEL (Huetor Tajár)	1		1		1 STA ISABEL (Huetor Tajár)				8	3
N SRA MISERICORDIA (Loja)			3	4	1 N SRA MISERICORDIA (Loja)			3	2	4
SAN SEBASTIÁN (Montefrío)				2	2 SAN SEBASTIÁN (Montefrío)				2	3
SAN LUIS (Motril)			1	1	SAN LUIS (Motril)			1	2	4
NUEVA VIDA (Motril)	1	2	3		NUEVA VIDA (Motril)	1		1	3	5
MARIA ZAYAS (Belicena)				1	MARIA ZAYAS (Belicena)				1	3
CAXAR DE LA VEGA (Cajar)	2			4	3 CAXAR DE LA VEGA (Cajar)					9
LA TORRE (Caniles)					1 LA TORRE (Caniles)			1	2	4
LA MILAGROSA Diputación			1	2	1 LA MILAGROSA Diputación			1	3	4
RODRIGUEZ PENALVA Dipu	2	3	2		2 RODRIGUEZ PENALVA Dipu	1		2	11	9
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>24</b>	<b>39</b>	<b>21</b>	<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>26</b>	<b>76</b>	<b>83</b>	<b>189</b>

### TOTAL DE MAYORES EVALUADOS 1.599.

Secuencia de valoración de valoración:

- **1º Residencias 281.**
- **2º Cuidadores 202.**
- **2º Ayuda a domicilio 375.**
- **3º Centros Estancias Diurnas 229.**
- **4º Teleasistencia 107.**
- **5º Comunidad 405.**

### CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Todos/as los/las entrevistados/as, o familiares de los mismos, participaron de forma voluntaria y dieron su consentimiento después de ser informados oralmente y por escrito sobre la naturaleza del estudio.

Antes de la entrevista / valoración los participantes recibieron información verbal y, por escrito, en caso de ser solicitada, sobre el estudio, una copia del consentimiento informado y firmaron la misma quedándose la el investigador. Entre otras informaciones, los mayores participantes dispusieron de un teléfono de contacto con el investigador principal y dirección del mismo, se comentaron las estrategias para mantener la confidencialidad de la información compartida con el investigador (“no aparecerán los nombres u otros datos que puedan identificar a los participantes, solo se tendrán en cuenta el número de cuestionario y variables como la edad, el sexo etc.”).

### 5.3.4. Clasificación de la Investigación y Análisis de datos.

#### Análisis de datos.

El tratamiento de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 14.0 para Windows.

#### Clasificación de la Investigación.

Son numerosas las clasificaciones sobre los tipos de investigación, en función de la finalidad perseguida (básica o aplicada), del enfoque o carácter de la medida (cualitativa o cuantitativa), del análisis estadístico aplicado a los datos (análisis paramétricos o no paramétricos), del número de sujetos que participan (diseños de grupo o de sujeto único), del número de variables que intervienen en el mismo (univariados o multivariados) etc., clasificaciones estas derivadas en ocasiones de diferentes campos científicos como la psicología o sociología (Justicia y Pichardo, 2007; Del Río, 2003; García, 1992; Sierra Bravo, 1989; Siegel, 1988; Arnau, 1981).

Esta investigación es posible encuadrarla y quedaría definida como:

- *Investigación aplicada.* Cuya finalidad persigue avanzar en la solución de problemas sociales.
- *De tipo descriptivo (no experimental).* En tanto que no realizamos una manipulación de variables independientes y no establecemos relaciones causales entre variables.
- *De carácter transversal o sincrónica.* Estudiamos el fenómeno de la dependencia en un momento determinado.
- *Aplicación del método inductivo – deductivo.* Donde a partir de casos particulares planteamos hipótesis (modelo) que posteriormente serán validadas, en nuestro caso mediante el criterio de expertos (jueces).

Partiendo de la metodología estadística aplicada (Castro, 1980; Arnau, 1981), es ésta una investigación que aplica un diseño de grupos, de tipo cuasiexperimental (no hay manipulación de las VI y la asignación a los grupos viene dada, no existiendo posibilidad de asignar aleatoriamente los sujetos a los grupos).

Las pruebas estadísticas empleadas están en función de la escala de medida de la variable dependiente, para escalas de razón o intervalo, o para variables medidas en escalas de tipo nominal u ordinal.

- Variables medidas en escalas de razón o intervalo: Técnicas Multivariadas como el Análisis Multivariado de Varianza (MANOVA), Análisis de Cluster, Análisis Discriminante, Regresión Logística etc; y técnicas univariadas como el Análisis de varianza (ANOVA) y el Análisis de covarianza (ANCOVA).
- Variables medidas en escalas de tipo nominal u ordinal: Coeficiente de contingencia.

Seguidamente expondremos una breve descripción de las diferentes técnicas estadísticas empleadas en la investigación, en sus diferentes objetivos y, de manera especial su contribución al modelo de toma de decisiones sobre el servicio idóneo para atender al mayor dependiente.

### **Análisis de contingencias. MANOVA. ANOVA y ANCOVA.**

Para cada de los servicios analizados, variables dependientes (criterio), (Residencias, Centros de Estancia Diurna, Cuidadores familiares y Teleasistencia), y en el medio Comunitario, realizaremos un análisis descriptivo de las principales variables independientes (predictor) utilizadas en la investigación: frecuencias, medias y desviaciones típicas.

El análisis de contingencias se empleará con las variables independientes nominales del estudio: Nivel de estudios del mayor dependiente y del cuidador principal, estado civil, género del sujeto valorado, uso o no de prótesis y órtesis y, presencia o ausencia de barreras arquitectónicas. Como variables dependientes (criterio) tipo de centro: Residencias, Centros de Estancia Diurna, Cuidadores familiares, Teleasistencia y Medio Comunitario

El Análisis Multivariado de Varianza –MANOVA- (Catena et al, 2003 y Gil, 2002) será utilizado para las variables independientes: Edad, puntuación MEC, Riesgo de caídas, Escala de Barthel, Índice de Lawton, Puntuación APGAR, Puntuación DUKE-UNC, Percepción subjetiva de salud, Escala GDS, Satisfacción en la vida de Lawton, Puntuación baremo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Número de fármacos consumidos y Cuestionario sospecha de maltrato CSMAR. La variable dependiente también en este caso será el tipo de servicio más el medio comunitario.

Nuestro objetivo principal para su uso consiste en (1) protegernos contra el crecimiento del error alfa (error tipo I), decir que existen diferencias cuando no las hay, y (2) determinar qué variables pueden ser consideradas para la interpretación de los efectos y establecer un posible ordenamiento respecto a su importancia.

El Análisis de Varianza –ANOVA- y de la Covarianza –ANCOVA- (Catena et al, 2003; Gil, 2002; Alvira, 1997; Anguera et al, 1995) lo hemos utilizado para el mismo tipo de variables que MANOVA. Nuestros objetivos principales han sido (1) completar el análisis MANOVA en tanto que el número de sujetos que entran en el mismo es mayor en el caso de ANOVA, no todos los sujetos en todos los servicios cumplimentan todas y cada una de las pruebas de valoración y (2) establecer que variables (covariables) puedan estar influyendo en las variables independientes analizadas, por ejemplo: número de fármacos y forma de administración de insulina en el caso de percepción de la salud.

En el caso de obtener significación en el análisis ANOVA, realizaremos comparaciones no planeadas mediante la prueba Student – Newman – Keuls, frente a Scheffé o Tukey, dado que es menos conservadora en relación al error tipo I y más potente, pudiéndose comprobar la significación en más cantidad de comparaciones (Arnau, 1981).

### **Análisis Discriminante.**

El análisis discriminante es una técnica que nos permite clasificar sujetos en grupos, desconociendo de antemano el criterio de clasificación. Los sujetos presentan características que pueden estar medidas mediante variables (predictoras o independientes) métricas o categóricas, y los grupos medidos mediante variables (criterio o dependientes) no métricas o categóricas (Catena et al, 2003; Gil, 2002).

Es posible realizar análisis discriminantes descriptivos y predictivos, en el primer caso se pretende conocer la importancia que cada variable (escala o instrumento) tiene para predecir la pertenencia de un sujeto a un grupo determinado; en el análisis discriminante predictivo el objetivo consiste en clasificar los sujetos a los grupos.



Hemos utilizado análisis discriminantes descriptivos para (1) conocer el número de plazas a ser creadas en los diferentes servicios, en función de las características que definen los usuarios que actualmente los están utilizando y los residentes en el Medio Comunitario – municipios- que actualmente no son atendidos y presentan esas mismas características y, (2) en el modelo de toma de decisiones para establecer los Tipos de Servicios que clasifican las distintas variables, los Grados y niveles que la Ley de Dependencia considera y, la Severidad de la dependencia.

### ***Regresión Logística.***

La regresión logística es una técnica similar al análisis discriminante, que permite predecir - indica la probabilidad- la pertenencia de un sujeto a un grupo, mediante la combinación lineal de predictores (variables independientes), posibilitando que las variables predictoras interactúen entre si. La principal ventaja respecto a análisis discriminante es que no asume la relación lineal entre predictores, la homogeneidad de varianzas – covarianzas y que las puntuaciones se distribuyan según una curva normal multivariada (Catena et al, 2003; Gil, 2002).

Hemos utilizado esta técnica en la elaboración del modelo matemático para la elección del servicio idóneo, calculando las ecuaciones básicas para cada servicio en función de las variables: 1º Actividades de la Vida Diaria (Baremo MTAS, Índice de Barthel); 2º Deterioro Cognitivo (del MEC); 3º Percepción de las relaciones familiares (APGAR); 4º Percepción del Apoyo Social (DUKE – UNC); 5º Depresión (GDS); 6º Riesgo de Caídas (Test de Caídas); 7º Percepción salud (Puntuación del ítem 1 del test SF36) y 8º Satisfacción vital (Escala PGC de Lawton).

### ***Participación de Jueces y Expertos: Técnicas cualitativas.***

Las técnicas cualitativas nacen en la primera mitad del siglo XX como métodos alternativos y complementarios a los procedimientos clásicos (o cuantitativos). Su aplicación en las ciencias sociales y salud es amplia, intentando responder a dos preguntas fundamentales: el ¿Por qué? y el ¿Cómo? de los procesos de un determinado plan o actuación; de las preferencias (idoneidad) o rechazos. Se basan en preguntas abiertas que dejan ver más allá de lo que los números muestran a través de las técnicas cualitativas (Amescua y Jiménez, 1996; Mayor, 1986; Alvira, 1997, Rubio y Varas, 1997).

Son muchas las ventajas y, su complementariedad con las técnicas cuantitativas:

- Permiten abordar problemas complejos en el ámbito de la salud y de las ciencias sociales difíciles de abordar por las técnicas cualitativas como creencias, motivaciones o actitudes.
- Posibilitan la participación de individuos con experiencias y formación diferentes: Psicólogos/as, Trabajadores/as Sociales, Enfermeros/as y Directivos/as, etc.
- Posibilitan de manera rápida la generación de ideas y argumentaciones, disminuyendo la incertidumbre en la toma de decisiones.
- Son sencillas de realizar y tienen un bajo coste.

En la presente investigación, la utilización de las mismas es útil en tanto que la validación final del modelo de toma de decisiones -orden de entrada de las diferentes variables utilizadas en la clasificación y reglas decisionales- ha de ser un criterio técnico (de jueces/as o expertos/as) más que estadístico.

De esta manera, el modelo empírico de toma de decisiones realizado desde análisis estadísticos cuantitativos constituye una primera aproximación coherente pero no definitiva: MANOVA, ANOVA y MANCOVA resultan fundamentales en el establecimiento de las variables decisorias (las que pueden y deben ser utilizadas); pero el orden de inclusión que se refleja en el mismo (Cluster y Discriminante) no deja de ser orientativo, pudiendo reproducirse, en principio, los sesgos que pretendemos eliminar, solapamiento muy importantes entre servicios e inadecuación de los mismos.

La técnica cualitativa que mejor se ajusta a nuestras pretensiones es la de “Grupo Nominal”, técnica muy empleada en el campo de la salud y los servicios sociales por su sencillez y eficacia a la hora de establecer priorizaciones consensuadas entre los diferentes participantes, que pueden provenir de diferentes disciplinas.

La participación de expertos/as (jueces/as) seleccionados viene dada no tanto por la formación académica, que también, si no por el nivel de conocimientos y experiencia en relación al problema que pretendemos abordar: orden de entrada de variables relevantes en la priorización de servicios.

Los profesionales seleccionados como jueces/as, con más de 5 años de experiencia personal, prestan su servicios en Residencias, Centros de Estancia Diurna, Servicios Sociales Comunitarios (que implementan los programas de Ayuda Domiciliaria, Cuidadores/as familiares y Teleasistencia) y Centros de salud (enfermeras/os de enlace). Las categorías de profesionales incluyen: Psicólogos/as, Trabajadores/as Sociales, Médicos/as, Educadores/as, Enfermeros/as y Directores/as de Centros.

#### ***Análisis de Cluster.***

El análisis de Cluster tiene como objetivo fundamental la identificación de grupos de individuos o variables, sin que a priori se conozca criterio de agrupación alguno (Catena et al, 2003; Gil, 2002).

Es una técnica exploratoria, descriptiva, sin variables dependientes, pretendiéndose la máxima homogeneidad de los objetos dentro de los grupos, mientras se mantiene la heterogeneidad entre los mismos. El análisis de Cluster es menos restrictivo que un análisis factorial, al no exigir linealidad, permitiendo variables categóricas (nominales); encontrándose entre sus múltiples aplicaciones la clasificación de objetos -variables en nuestro caso- de manera empírica (Hair, 1999).

En la investigación hemos utilizado como criterio de agrupación un método jerárquico de conglomeración de variables, de manera que una vez clasificada una variable, ésta no pueda ser asignada a otro grupo. Entre los múltiples métodos de aglomeración, dado que nuestro interés es emplear toda la información disponible sobre las distancia entre las variables de los diferentes cluster y conseguir que dentro de estas exista una máxima homogeneidad hemos utilizado el procedimiento de “vinculación intragrupo”.

Supuesto que las variables empleadas para ser agrupadas son cuantitativas y están medidas en escalas diferentes, por ejemplo Baremo MTAS tiene una puntuación máxima 100 y APGAR un máximo de 10, con el propósito de que las variables con medidas mayores no contribuyan más que las variables con medidas menores hemos estandarizado los valores a Puntuaciones Z (media 0 y desviación típica 1).

### ***Establecimiento Modelo de Decisión.***

El modelo para la toma de decisiones sobre dónde ubicar al mayor dependiente (Residencias, Centros de Estancia Diurna, Cuidadores familiares o Ayuda Domiciliaria) está compuesto por dos modelos diferentes pero complementarios: un modelo empírico, donde a través de algoritmos y reglas de decisión, nos posibilita ubicar al mayor dependiente y, un modelo matemático, que mediante regresión logística, nos muestra las probabilidades de que el mayor pertenezca a uno de los diferentes servicios.

Son ambos complementarios en tanto que las reglas de decisión nos permiten alterar en caso necesario la información, la probabilidad, aportada desde las ecuaciones obtenidas en la regresión logística, prevaleciendo entonces las reglas de decisión sobre la probabilidad de ubicación.

El modelo para la toma de decisiones lo hemos construido siguiendo seis fases diferenciadas:

- Definiendo variables que podrían contribuir a la elección del servicio idóneo para atender al mayor dependiente.
- Estableciendo su importancia y reglas de decisión mediante análisis multivariado y bivariado: MANOVA, ANOVA, ANCOVA y Análisis de Contingencias.
- Análisis de Cluster para conocer su agrupación y orden de importancia, de manera que en la toma de decisiones, el criterio de entrada de las mismas se corresponda con su nivel jerárquico.
- Realizando tres Análisis Discriminantes Descriptivos para establecer los Tipos de Servicios que clasifican las distintas variables, los Grados y niveles que la Ley de Dependencia considera y, la severidad de la dependencia medida con Barthel.
- Construcción definitiva del modelo empírico y del modelo matemático.
- Incorporando el criterio de jueces/as, expertos/as, en la validación última de los modelos.

Hemos de señalar que aunque MANOVA y Análisis Discriminante (o Regresión logística) son similares en cuanto a comparar grupos teniendo en cuenta diferentes y múltiples variables. En principio, nos podría parecer pertinente utilizar Análisis Discriminante (o Regresión logística) para predecir en que grupo (servicio) deberíamos ubicar al mayor dependiente en función del conjunto de variables utilizadas en la investigación y construir un solo modelo, un modelo matemático exclusivamente. No obstante, hemos rechazado la posibilidad de construir un solo modelo, por las razones siguientes:

#### (a) Análisis discriminante descriptivo.

- La importancia de cada variable para predecir la pertenencia a un grupo, los pesos asignados a cada una de las variables, se establecen estadísticamente, interesándonos más criterios técnicos (empíricos).
- Relacionado con esto, observamos que el orden en función de su importancia para predecir la pertenencia a un grupo, también es un criterio estadístico más que empírico o técnico.

#### (b) Análisis discriminante predictivo.

- La clasificación está afectada por el número de sujetos desigual por grupo.
- Partiendo de la base de diferencias multivariadas en los grupos, la elección de incorporarlas todas juntas o de manera sucesiva puede producir resultados diferentes, también lo puede hacer el orden de las mismas.

- El resultado de la clasificación puede estar influido por variables no contempladas en el estudio, que aunque sin relevancia técnica o profesional puedan estar influyendo en el solapamiento de los diferentes servicios.

(c) Análisis discriminante predictivo y descriptivo.

- Presentan restricciones estrictas respecto a la relación lineal entre predictores, la homogeneidad de varianzas – covarianzas y distribución de las puntuaciones según una curva normal multivarida, siendo aconsejable en este caso la regresión logística. Aconsejándose para todos estos casos regresión logística.

(d) MANOVA, ANOVA, MANCOVA, Análisis de contingencias, Análisis Discriminantes Descriptivos y Regresión logística.

- Nuestro objetivo primordial es clasificar a los mayores dependientes en función de determinadas variables que hemos considerado relevantes para la toma de decisiones (por razones teóricas, criterios profesionales o de investigación), comprobando su presencia, importancia, manera de operar y criterios de agrupación en los servicios actuales – MANOVA, ANOVA, MANCOVA, Análisis Discriminantes Descriptivos y Regresión logística- como resultado del “acervo” técnico de muchos profesionales, durante años tomando decisiones sobre los servicios para atender al mayor. No obstante, el peso y la importancia de estas variables para la toma de decisiones en la actual situación está sesgada por la ausencia de criterios homogéneos, basta comprobar (1) el solapamiento entre servicios, (2) las respuestas profesionales dadas sobre la adecuación del servicio prestado y la dependencia del mayor atendido y (3) el tipo de supervisión que necesita el mayor dependiente y el servicio prestado.

- Utilizar en exclusividad análisis de regresión logística a partir de los actuales servicios, quizá mejore la clasificación de los sujetos, pero reproducir los sesgos, a través de criterios estadísticos, probablemente mantendría la actual situación pero “mejorada”.

- Las reglas de decisión derivadas de la aplicación de las técnicas estadísticas en el modelo empírico, evitan los posibles sesgos en tanto incorporan para su validación el criterio de jueces/as (expertos/as).

Por todo ello, el modelo de toma de decisiones lo componen (1) un modelo empírico en base a algoritmos y reglas de decisión y (2) un modelo matemático construido mediante regresión logística que evita las múltiples exigencias metodológicas del análisis discriminante, predominando en caso de disparidad en resultados sobre ubicación, el primero sobre el segundo.



## **CAPÍTULO VI. RESULTADOS.**

---



## 6. Capítulo VI. Resultados.

**OBJETIVO 1: Conocer las características específicas que definen y conforman los usuarios - residentes atendidos en: Centros Residenciales, Unidades de Estancias Diurnas, Programas de Cuidadores/as de Personas Dependientes y los Servicios de Ayuda Domiciliaria y Teleasistencia.**

### - Características específicas que definen y conforman los usuarios - residentes atendidos en Centros Residenciales.

- **Descriptivos de variables personales del mayor (Edad, Género, Estudios y Estado Civil). Análisis estadístico: Frecuencias, Medias, Desviación típica.**

#### **Edad y Género.**

Como podemos observar en la tabla siguiente el 63,3% de los usuarios de residencias son mujeres y el 32% hombres. Los usuarios con edades entre 60 a 64 años representan un 3,9%, entre 65 – 74 años un 18,1%, entre 75 – 84 años un 40,6% y mayores de 85 años un 37,4%.

El grupo más numeroso de personas ingresadas en Residencias son mujeres con edad mayor de 85 años; seguido con un 41,3%, de hombres con una edad entre 75 y 84 años.

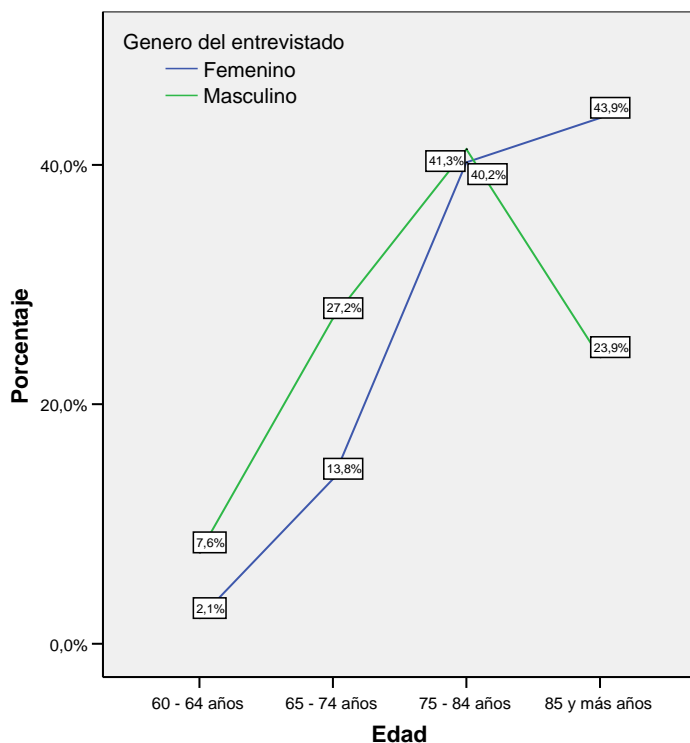
Las principales diferencias se observan en los grupos entre 60 - 64 años y 65 -74 años donde el porcentaje de hombres doblan al de mujeres y el grupo de 85 y más años donde el porcentaje de mujeres dobla al de hombres.

**Tabla 41. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Edad \* Género del entrevistado.**

			Genero del entrevistado		Total
			Femenino	Masculino	
Edad	60 - 64 años	% de EdadReco1	36,4%	63,6%	100,0%
		% de Genero del entrevistado	2,1%	7,6%	3,9%
		% del total	1,4%	2,5%	3,9%
	65 - 74 años	% de EdadReco1	51,0%	49,0%	100,0%
		% de Genero del entrevistado	13,8%	27,2%	18,1%
		% del total	9,3%	8,9%	18,1%
75 - 84 años	% de EdadReco1	66,7%	33,3%	100,0%	
	% de Genero del entrevistado	40,2%	41,3%	40,6%	
	% del total	27,0%	13,5%	40,6%	
85 y más años	% de EdadReco1	79,0%	21,0%	100,0%	
	% de Genero del entrevistado	43,9%	23,9%	37,4%	
	% del total	29,5%	7,8%	37,4%	
Total	% de EdadReco1	67,3%	32,7%	100,0%	
	% de Genero del entrevistado	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	67,3%	32,7%	100,0%	



**Gráfico 5. Centros Residenciales: Edad y género de los sujetos valorados.**



Las edades oscilan entre los 61 y los 99 años, estando la media en 80 años y medio. Cerca de los 82 años las mujeres y 77,51 los hombres.

**Estadísticos descriptivos**

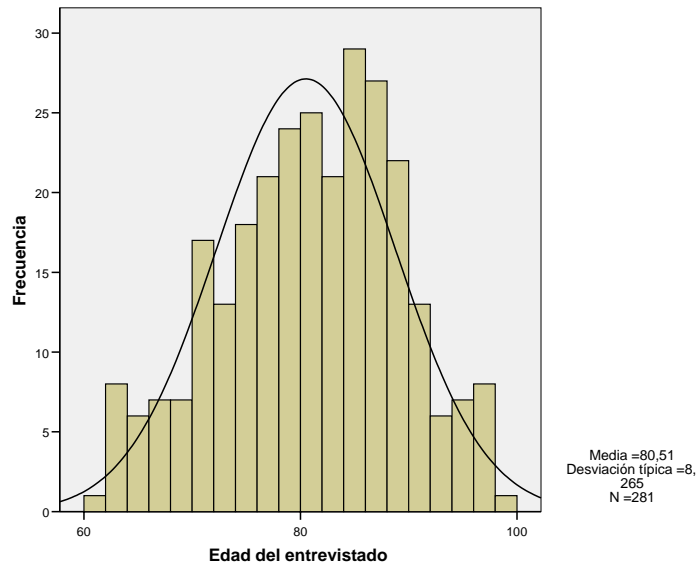
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad del entrevistado	281	61	99	80,51	8,265
N válido (según lista)	281				

**Estadísticos descriptivos. Mujeres**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad del entrevistado	189	61	97	81,96	7,778
N válido (según lista)	189				

**Estadísticos descriptivos. Hombres**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad del entrevistado	92	62	99	77,51	8,470
N válido (según lista)	92				

**Gráfico 6. Centros Residenciales: Histograma de edad de los sujetos valorados.**

Existe una relación estadísticamente significativa entre la Edad y el Género (Chi-cuadrado de Pearson= 55,072 y Sig. asintótica –bilateral- ,028). Son los hombres los que tienen una edad inferior a las mujeres, de 5 años como término medio. (Tabla 1.1.1, Anexo I)

#### **Estudios.**

En lo que al nivel de estudios se refiere, señalar que el 41,8% de los sujetos de la muestra no saben leer ni escribir y el 45,4% aunque afirman saber leer y escribir, no tienen ningún tipo de estudios académicos. Estudios Primarios/EGB, Bachiller, Medios o Superiores solamente los tienen un 12,8% de los residentes (Tabla 1.1.2, Anexo I).

#### **Estado Civil.**

En cuanto al estado civil de los residentes evaluados, destaca el hecho de que un 45,2% de los mismos sean viudos y un 33,7% sean solteros, es decir el 78,9% de los sujetos de la muestra no tendrían cónyuge (Tabla 1.1.3, Anexo I).

Encontramos una relación estadísticamente significativa entre el Estado Civil y el Género (Chi-cuadrado de Pearson= 38,276 y Sig. asintótica –bilateral- ,000). (Tabla 1.1.4, Anexo I). La composición del Estado Civil en función del Género, aclara mucho más este dato. Así podemos ver en la tabla siguiente, como un 57,8% de las mujeres son viudas mientras que un 45,7% de los hombres usuarios de residencias son solteros.

**Tabla 42. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Estado Civil \* Género del entrevistado**

			Género del entrevistado		Total
			Femenino	Masculino	
Estado Civil	Soltero/a	% de Estado Civil	55,3%	44,7%	100,0%
		% de Género del entrevistado	27,8%	45,7%	33,7%
	Casado/a	% de Estado Civil	47,2%	52,8%	100,0%
		% de Género del entrevistado	13,4%	30,4%	19,0%
	Viudo/a	% de Estado Civil	85,7%	14,3%	100,0%
		% de Género del entrevistado	57,8%	19,6%	45,2%
	Otros	% de Estado Civil	33,3%	66,7%	100,0%
		% de Género del entrevistado	1,1%	4,3%	2,2%
Total		% de Estado Civil	67,0%	33,0%	100,0%
		% de Género del entrevistado	100,0%	100,0%	100,0%

Hemos de destacar a modo de resumen, que el perfil de los usuarios de residencias está conformado mayoritariamente por mujeres, dos tercios del total, con edades muy avanzadas, superiores a los 80 años y viudas; mientras que los hombres son más jóvenes que las mujeres, predominantemente solteros. En ambos casos, hombres y mujeres, no tienen estudios representando un 87,2% del total de usuarios.

- **Descriptivos y perfiles de los mayores en función de variables biopsicosociales del mayor dependiente: Capacidad funcional (Barthel), Capacidad Cognitiva (Mini-Examen Cognoscitivo MEC), Depresión (GDS), Relaciones familiares (APGAR), Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC), Red de Apoyo Familiar (familiares que residen en el municipio y fuera del municipio), Satisfacción vital (Escala Satisfacción de Lawton) y Salud (Caídas, Número de fármacos consumidos, Uso de prótesis – órtesis – Ayudas técnicas, Insulino dependencia, Percepción subjetiva de salud).**

#### **Capacidad funcional (Escala de Barthel).**

Puede observarse en la tabla siguiente, como según los criterios de esta escala, un 11.4% de la muestra no tendría problemas de dependencia funcional y un 6.4% tendrían un nivel de dependencia funcional respecto de las actividades básicas de la vida diaria escaso. Según los criterios de esta escala, sólo serían ancianos que deberían utilizar el recurso residencial, aquellos mayores con dependencia total o severa, es decir un 56% de la muestra analizada.

**Tabla 43. Centros Residenciales: Porcentaje de sujetos con dependencia según Barthel.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Dependencia total (0-20)	96	34,2	34,2	34,2
	Dependencia severa (21-60)	62	22,1	22,1	56,2
	Dependencia moderada (61-90)	73	26,0	26,0	82,2
	Escasa (91-99)	18	6,4	6,4	88,6
	Independiente (100)	32	11,4	11,4	100,0
	Total	281	100,0	100,0	

Para la muestra analizada, la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria, no tiene una relación estadísticamente significativa con la edad del mayor (tabla 1.1.5, Anexo I) y sí con el género (Chi-cuadrado de Pearson = 24,602 y Sig. asintótica –bilateral-,000) (tabla 1.1.6, Anexo I), siendo las mujeres las que presentan un mayor nivel de dependencia. Los perfiles de dependencia en función de la edad y género son los siguientes:

**Tabla 44. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Barthel \* Edad**

		Edad				Total
		60 - 64 años	65 - 74 años	75 - 84 años	85 y más años	
Barthel	Dependencia total	27,3%	27,5%	36,8%	35,2%	34,2%
	Dependencia severa	18,2%	17,6%	22,8%	23,8%	22,1%
	Dependencia moderada	27,3%	21,6%	28,1%	25,7%	26,0%
	Escasa	18,2%	13,7%	2,6%	5,7%	6,4%
	Independiente	9,1%	19,6%	9,6%	9,5%	11,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tabla 45. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Barthel \* Genero del entrevistado**

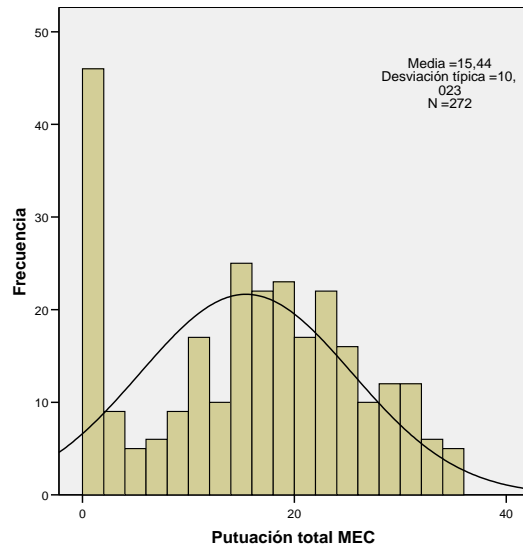
		Genero del entrevistado		Total
		Femenino	Masculino	
Barthel	Dependencia total	39,7%	22,8%	34,2%
	Dependencia severa	24,9%	16,3%	22,1%
	Dependencia moderada	24,9%	28,3%	26,0%
	Escasa	4,2%	10,9%	6,4%
	Independiente	6,3%	21,7%	11,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

#### **Capacidad Cognitiva (Mini-Examen Cognoscitivo MEC).**

Para determinar el nivel de deterioro cognitivo de los residentes evaluados se utilizó una prueba de screening ampliamente conocida y de reconocida fiabilidad y validez, el Mini Examen cognoscitivo de Lobo.

Como puede observarse en la tabla (tabla 1.1.7, Anexo I) el porcentaje de mayores con deterioro cognitivo alcanza el 66,9%. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 35 puntos, extremos máximos de la prueba, la media estaría en 15,44 puntos y la desviación típica sería de 10 puntos.

**Gráfico 7. Centros Residenciales: Histograma puntuación MEC.**



La literatura especializada, considera que es necesario para poder determinar con exactitud el punto de corte, tener en cuenta el Nivel de estudios del mayor. Así aunque se considera que es a partir de 21 puntos cuando se puede pensar que el sujeto comienza a tener problemas de tipo cognitivo, este punto de corte sólo sería aplicable a los sujetos con un nivel de estudios primarios, debiéndose bajar el punto de corte para aquellos mayores que no saben leer ni escribir a 18 y subir a 24 a para aquellos mayores con estudios Medios o Superiores.

**Tabla 46. Centros Residenciales: Porcentaje de sujetos con deterioro cognitivo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin Demencia	90	32,0	33,1	33,1
	Con Demencia	182	64,8	66,9	100,0
	Total	272	96,8	100,0	
Perdidos	Sistema	9	3,2		
Total		281	100,0		

Para la muestra analizada, el deterioro cognitivo, no tiene una relación estadísticamente significativa con la edad del mayor (Chi-cuadrado de Pearson= 6,540 y Sig. asintótica – bilateral- ,088) (tabla 1.1.8, Anexo I) y tampoco con el género (Chi-cuadrado de Pearson= 2,902 y Sig. asintótica – bilateral- ,088) (tabla 1.1.9, Anexo I).

**Depresión (GDS).**

El 59,8% de los residentes no presentan depresión, frente al 29,9% que acusan una depresión moderada y el 10,3% una depresión severa. No tiene una relación estadísticamente significativa con la edad del mayor (Chi-cuadrado de Pearson= 8,120 y Sig. asintótica – bilateral- ,229) (tabla 1.1.10, Anexo I) y tampoco con el género (Chi-cuadrado de Pearson= 5,669 y Sig. asintótica – bilateral- ,059) (tabla 1.1.11).

Aunque analizando la tendencia, son las mujeres las que presentan en un mayor porcentaje depresión severa, un 13,9% frente al 4,2% los hombres, y depresión moderada 31,1% frente a 27,8%.

La depresión está asociada al grado de dependencia, de manera que el 45% de las depresiones severas se encuentran cuando existe una dependencia total (Chi-cuadrado de Pearson= 16,479 y Sig. asintótica –bilateral- ,036) (tabla 1.1.12, Anexo I).

**Tabla 47. Centros Residenciales: Porcentaje de sujetos con depresión**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No depresión	116	41,3	59,8	59,8
	Depresión moderada	58	20,6	29,9	89,7
	Depresión severa	20	7,1	10,3	100,0
	Total	194	69,0	100,0	
Perdidos	Sistema	87	31,0		
Total		281	100,0		

**Tabla 48. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Depresión \* Género del entrevistado**

			Genero del entrevistado		Total
			Femenino	Masculino	
DEPRESIÓN	No depresión	% de DEPRESIÓN	57,8%	42,2%	100,0%
		% de Genero del entrevistado	54,9%	68,1%	59,8%
	Depresión moderada	% de DEPRESIÓN	65,5%	34,5%	100,0%
		% de Genero del entrevistado	31,1%	27,8%	29,9%
	Depresión severa	% de DEPRESIÓN	85,0%	15,0%	100,0%
		% de Genero del entrevistado	13,9%	4,2%	10,3%
Total		% de DEPRESIÓN	62,9%	37,1%	100,0%
		% de Genero del entrevistado	100,0%	100,0%	100,0%

**Tabla 49. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Barthel \* Depresión**

		DEPRESIÓN			Total
		No depresión	Depresión moderada	Depresión severa	
Barthel	Dependencia total	12,9%	27,6%	45,0%	20,6%
	Dependencia severa	25,9%	17,2%	25,0%	23,2%
	Dependencia moderada	35,3%	31,0%	15,0%	32,0%
	Escasa	7,8%	12,1%	5,0%	8,8%
	Independiente	18,1%	12,1%	10,0%	15,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

### Relaciones familiares (APGAR).

Las relaciones familiares son disfuncionales en un 38% de los residentes (tabla 1.1.13, Anexo I), relación significativa con la edad (Chi-cuadrado de Pearson= 12,411 y Sig. asintótica –bilateral- ,006) (tabla 1.1.14) y con el sexo (Chi-cuadrado de Pearson= 4,741 y Sig. asintótica –bilateral- ,029) (tabla 1.1.15, Anexo I), pero no con la dependencia del mayor (tabla 1.1.16, Anexo I).

Podemos observar como los sujetos más jóvenes, entre 60-64 años y los hombres tienen peores relaciones familiares.

**Tabla 50. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Relaciones familiares (APGAR)  
\* Edad**

		APGAR		Total
		Relaciones funcionales	Relaciones disfuncionales	
Edad	60 - 64 años	30,0%	70,0%	100,0%
	65 - 74 años	47,6%	52,4%	100,0%
	75 - 84 años	62,3%	37,7%	100,0%
	85 y más años	73,4%	26,6%	100,0%
Total		62,0%	38,0%	100,0%

**Tabla 51. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Relaciones familiares (APGAR)  
\* Género del entrevistado**

		APGAR		Total
		Relaciones funcionales	Relaciones disfuncionales	
Genero del entrevistado	Femenino	67,4%	32,6%	100,0%
	Masculino	52,1%	47,9%	100,0%
Total		62,0%	38,0%	100,0%

**Tabla 52. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Barthel \* APGAR**

		APGAR		Total
		Relaciones funcionales	Relaciones disfuncionales	
Barthel	Dependencia total	34,2%	34,2%	34,2%
	Dependencia severa	23,8%	17,7%	22,1%
	Dependencia moderada	26,2%	25,3%	26,0%
	Escasa	4,5%	11,4%	6,4%
	Independiente	11,4%	11,4%	11,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

**Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC).**

El apoyo social funcional nos indica la posibilidad de contar con personas para comunicarse y las demostraciones de amor, cariño y empatía recibidas. La amplia mayoría de los usuarios de residencias, un 77,1% manifiestan recibir un apoyo social adecuado.

**Tabla 53. Centros Residenciales: Porcentaje de sujetos con apoyo social adecuado (DUKE- UNC)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Apoyo social adecuado	158	56,2	77,1	77,1
	Falta de apoyo social	47	16,7	22,9	100,0
	Total	205	73,0	100,0	
Perdidos	Sistema	76	27,0		
Total		281	100,0		

No encontramos relación significativa con la edad (Chi-cuadrado de Pearson= 5,855 y Sig. asintótica –bilateral- ,119) (tabla 1.1.17, Anexo I), ni con el sexo (Chi-cuadrado de Pearson= ,275 y Sig. asintótica –bilateral- ,600) (tabla 1.1.18, Anexo I) y tampoco con la dependencia del mayor (Chi-cuadrado de Pearson= 2,126 y Sig. asintótica –bilateral- ,713) (tabla 1.1.19, Anexo I).

### Satisfacción vital.

Para la evaluación de la Satisfacción Vital de los mayores institucionalizados estudiados, se utilizó la Escala Philadelphia, obteniéndose los resultados que a continuación se señalan.

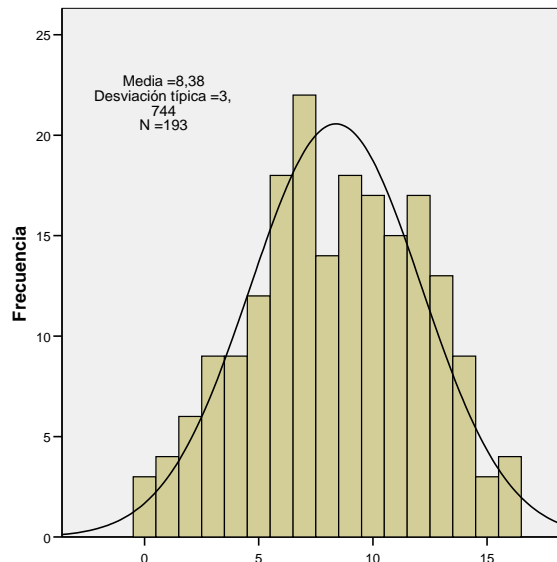
Como se observa las puntuaciones oscilaron entre 0 y 16 puntos, estando la media en 8,38 puntos y siendo la desviación típica de 3,74 puntos. Se observa que el 75% de los sujetos obtuvieron puntuaciones inferiores a 11 puntos. Puntuación media muy similar a la encontrada en otros estudios a nivel nacional.

**Tabla 54. Centros Residenciales: Puntuación Satisfacción vital (Escala PGC)**

N	Válidos	193
	Perdidos	88
Media		8,38
Mediana		8,00
Desv. típ.		3,744
Varianza		14,019
Mínimo		0
Máximo		16
Percentiles	25	6,00
	50	8,00
	75	11,00

Lo anteriormente comentado puede observarse en el gráfico siguiente en donde se presentan las frecuencias observadas de la pasación de la escala Philadelphia y su ajuste a la curva normal.

**Gráfico 8. Centros Residenciales: Histograma puntuación satisfacción vital (PGC)**





No encontramos relación significativa con la edad (tabla 1.1.20), ni con el sexo (tabla 1.1.21, Anexo I) y tampoco con la dependencia del mayor (tabla 1.1.22, Anexo I).

La relación entre Satisfacción Vital y Depresión es muy alta, como resulta lógico al ser constructos muy similares (Chi-cuadrado de Pearson= 124,850 y Sig. asintótica –bilateral-,000) (tabla 1.1.23, Anexo I)

Se observa así que el 66,7% de los mayores con depresión severa y el 33,3%, presentan niveles de satisfacción muy baja, por debajo de cuatro puntos.

**Tabla 55. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Puntuación Satisfacción vital \* Depresión**

		DEPRESIÓN			Total
		No depresión	Depresión moderada	Depresión severa	
Puntuación satisfacción vital	0		33,3%	66,7%	100,0%
	1		25,0%	75,0%	100,0%
	2		50,0%	50,0%	100,0%
	3	22,2%	44,4%	33,3%	100,0%
	4	22,2%	44,4%	33,3%	100,0%
	5	33,3%	50,0%	16,7%	100,0%
	6	33,3%	50,0%	16,7%	100,0%
	7	31,8%	63,6%	4,5%	100,0%
	8	71,4%	28,6%		100,0%
	9	61,1%	38,9%		100,0%
	10	82,4%	17,6%		100,0%
	11	93,3%	6,7%		100,0%
	12	100,0%			100,0%
	13	100,0%			100,0%
	14	100,0%			100,0%
	15	100,0%			100,0%
16	100,0%			100,0%	
Total		60,1%	29,5%	10,4%	100,0%

**Salud: Caídas, Número de fármacos consumidos, Uso de prótesis – órtesis – Ayudas técnicas, Insulino dependencia, Percepción subjetiva de salud.**

Analizando los diferentes componentes de salud estudiados: en un 55,9% de los residentes existe riesgo de caídas (tabla 1.1.24), estando asociado el mismo al grado de dependencia (Chi-cuadrado de Pearson= 31,327 y Sig. asintótica –bilateral-,000). El 48,9% toma más de 5 fármacos (tabla 1.1.25, Anexo I), usan ayudas técnicas un 87,5% (tabla 1.1.26), son insulino dependientes el 21,6% (tabla 1.1.27) y manifiestan tener una salud buena, muy buena o excelente el 45,9% (tabla 1.1.28, Anexo I).

**Tiempo de permanencia del mayor en el servicio o programa.**

El tiempo medio de estancia en Residencia se sitúa en 33,53 meses (cerca de tres años), con un máximo de 180 meses (15 años). El tiempo de estancia no se encuentra asociado a la edad (tabla 1.1.29, Anexo I), depresión (tabla 1.1.30), satisfacción vital (tabla 1.1.31), relaciones familiares (tabla 1.1.32), apoyo social (tabla 1.1.33, Anexo I), dependencia (tabla 1.1.34) y género (tabla 1.1.35, Anexo I).

**Tabla 56. Usuarios: Tiempo estancia en Residencias (en meses)**

N	Válidos	280
	Perdidos	1
Media		33,53
Desv. típ.		29,456
Mínimo		1
Máximo		180
Percentiles	25	10,00
	50	26,00
	75	47,00

**Existencia de grupos homogéneos (Análisis de Cluster).**

Como se demuestra en la tabla siguiente en donde se presentan los resultados de las pruebas F corregidas, todas las variables que conforman la solución presentada, tres perfiles son significativos.

Debe señalarse que las pruebas F sólo se deben utilizar con una finalidad descriptiva puesto que los conglomerados han sido elegidos para maximizar las diferencias entre los casos en diferentes conglomerados.

**Tabla 57. Centros Residenciales: Análisis de conglomerados**

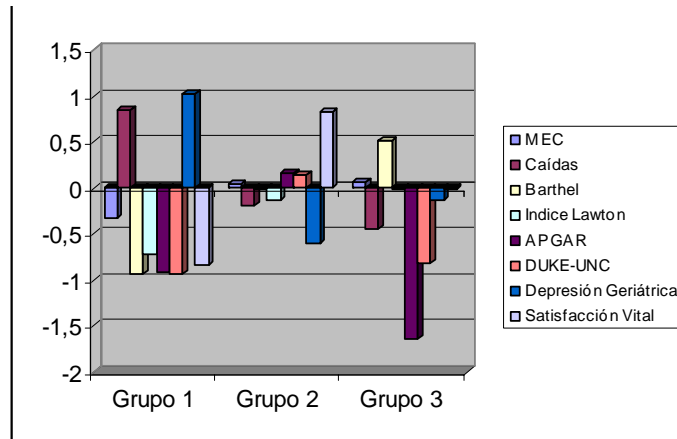
	Conglomerado		Error		F	Sig.
	Media cuadrática	gl	Media cuadrática	gl		
Puntuación total MEC	2,731	2	,557	180	4,905	,008
Puntuación caídas	24,543	2	,694	180	35,372	,000
Puntuación Barthel	26,500	2	,660	180	40,151	,000
Puntuación Índice Lawton	7,358	2	,501	180	14,684	,000
Puntuación APGAR	53,763	2	,743	180	72,318	,000
Puntuación DUKE-UNC	23,878	2	,612	180	39,011	,000
Puntuación depresión geriátrica	42,571	2	,519	180	82,026	,000
Puntuación satisfacción Escala Filadelfia	45,601	2	,626	180	72,846	,000

Los mayores del primer grupo (que suponen el 28% del total de la muestra), son sujetos con un importante nivel de deterioro, así estaría caracterizado por un importante riesgo de caídas un alto nivel de depresión, mayor nivel de deterioro cognitivo que el resto de los grupos, mayor incapacidad funcional (Barthel y Lawton), problemas de tipo sociofamiliar y baja satisfacción vital.

El segundo grupo que aglutina al 46% de los mayores que utilizan las residencias, estaría constituido por los mayores menos problemáticos, los indicadores patológicos (MEC, Capacidad funcional, y Depresión) estarían alrededor de la media, mientras presentarían la mayor puntuación en satisfacción vital.

El tercer perfil (26% del total de la muestra), lo compondrían sujetos con claros problemas sociales, bajas puntuaciones en la percepción de la relación familiar (APGAR) y en la percepción subjetiva del apoyo informal recibido (escala Duke), aunque con la mejor capacidad funcional (Barthel) y con un deterioro cognitivo en al media.

**Gráfico 9. Centros Residenciales: Perfil psicosocial de los usuarios**



**Especificidad de los ingresos por Urgencia Social.**

Aunque los motivos por los que una persona mayor accede a una plaza pública de un Centro residencial suelen estar relacionados con su incapacidad funcional o cognitiva, existe otro motivo de ingreso que puede o no estar relacionado con esta causa y que condiciona la ocupación de plazas residenciales.

Como puede observarse en la tabla siguiente, de la muestra analizada, el 32.5% de los residentes evaluados, ingresaron en el centro por “Urgencia Social”.

**Tabla 58. Centros Residenciales: Porcentaje de sujetos ingresados por Urgencia Social**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	91	32,4	32,5	32,5
	No	189	67,3	67,5	100,0
	Total	280	99,6	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,4		
Total		281	100,0		

Los motivos aducidos para el ingreso por urgencia social fueron los que se expresan en la tabla siguiente:

**Tabla 59. Centros Residenciales: Motivo del ingreso por Urgencia Social.**

		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casa en ruina/chabola	1,1	3,3	3,3
	Alcoholismo	1,4	4,4	7,8
	Mendicidad/Persona sin techo	3,6	11,1	18,9
	Drogadicción	,7	2,2	21,1
	Maltrato a pareja	,7	2,2	23,3
	Síndrome de Diógenes	,7	2,2	25,6
	Problemas de conducta	,4	1,1	26,7
	Otros	23,5	73,3	100,0
	Total	32,0	100,0	
Perdidos	Sistema	68,0		
Total		100,0		

Destacar que los motivos que tradicionalmente han sido considerados como causas para el ingreso por Urgencia Social, describen la causa de ingreso en torno al 27% de la muestra analizada.

### **Características sociológicas de los sujetos ingresados por Urgencia Social**

#### **Genero.**

Como se puede observar en las tablas siguientes, del total de mayores que han ingresado por Urgencia Social, algo mas del 60% son mujeres frente al porcentaje de mujeres que se encuentran en Residencias por otros motivos, 70,4%. En el caso de hombres los de Urgencia Social representan 39,6% frente al 29,6% en el caso de ingresos habituales en residencias.

Estos datos nos dicen que aunque hay más mujeres que hombres en Residencias ingresados tanto por urgencia social como por otros motivos, los hombres suelen ser ingresados en mayor proporción que la mujeres cuando la razón es de urgencia social, un 9,8% más.

**Tabla 60. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Genero del entrevistado \* Ingreso por Urgencia Social**

		El sujeto valorado ha sido ingresado por URGENCIA SOCIAL		Total
		Si	No	
Genero del entrevistado	Femenino	60,4%	70,4%	67,1%
	Masculino	39,6%	29,6%	32,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

**Tabla 61. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Genero del entrevistado \* Ingreso por Urgencia Social**

		El sujeto valorado ha sido ingresado por URGENCIA SOCIAL		Total
		Si	No	
Genero del entrevistado	Femenino	29,3%	70,7%	100,0%
	Masculino	39,1%	60,9%	100,0%
Total		32,5%	67,5%	100,0%

#### **Edad.**

El perfil de edad de los mayores ingresados por Urgencia Social es el que a continuación se presenta. Podemos observar como el ingreso por Urgencia Social disminuye ostensiblemente a partir de los 85 y más años, siendo más frecuentemente entre los 60-64 años.

**Tabla 62. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Edad \* Ingreso por Urgencia Social**

		El sujeto valorado ha sido ingresado por URGENCIA SOCIAL		Total
		Si	No	
Edad	60 - 64 años	63,6%	36,4%	100,0%
	65 - 74 años	41,2%	58,8%	100,0%
	75 - 84 años	35,4%	64,6%	100,0%
	85 y más años	21,9%	78,1%	100,0%
Total		32,5%	67,5%	100,0%

**Tabla 63. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Edad \* Ingreso por Urgencia Social**

		El sujeto valorado ha sido ingresado por URGENCIA SOCIAL		Total
		Si	No	
EdadReco1	60 - 64 años	7,7%	2,1%	3,9%
	65 - 74 años	23,1%	15,9%	18,2%
	75 - 84 años	44,0%	38,6%	40,4%
	85 y más años	25,3%	43,4%	37,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

**Estado civil.**

El estado civil de los mayores que han accedido a una plaza Residencial por Urgencia Social, tiene las características porcentuales que a continuación se describen.

Como se observa en el gráfico siguiente, existen diferencias significativas en cuanto a la composición general de la muestra. Se observa un mayor porcentaje de mayores sin pareja (viudos y solteros).

**Tabla 64. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Estado Civil \* Ingreso por Urgencia Social**

		El sujeto valorado ha sido ingresado por URGENCIA SOCIAL		Total
		Si	No	
Soltero/a	% de Estado Civil	35,1%	64,9%	100,0%
	% de El sujeto valorado ha sido ingresado por URGENCIA SOCIAL	36,3%	32,6%	33,8%
Casado/a	% de Estado Civil	36,5%	63,5%	100,0%
	% de El sujeto valorado ha sido ingresado por URGENCIA SOCIAL	20,9%	17,6%	18,7%
Viudo/a	% de Estado Civil	27,8%	72,2%	100,0%
	% de El sujeto valorado ha sido ingresado por URGENCIA SOCIAL	38,5%	48,7%	45,3%
Otros	% de Estado Civil	66,7%	33,3%	100,0%
	% de El sujeto valorado ha sido ingresado por URGENCIA SOCIAL	4,4%	1,1%	2,2%
Total	% de Estado Civil	32,7%	67,3%	100,0%
	% de El sujeto valorado ha sido ingresado por URGENCIA SOCIAL	100,0%	100,0%	100,0%

**Estudios.**

Al comparar los anteriores porcentajes con los de la muestra general, se observa que hay menos mayores con estudios reglados (de todas las categorías) y más residentes sin estudios y analfabetos.

**Tabla 65. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Nivel de Estudios \* Ingreso por Urgencia Social**

		El sujeto valorado ha sido ingresado por URGENCIA SOCIAL		Total
		Si	No	
Superior	% de Nivel de Estudios	75,0%	25,0%	100,0%
	% de El sujeto valorado ha sido ingresado por URGENCIA SOCIAL	3,3%	,5%	1,4%
Medios	% de Nivel de Estudios	100,0%		100,0%
	% de El sujeto valorado ha sido ingresado por URGENCIA SOCIAL	1,1%	,4%	
Bachiller	% de Nivel de Estudios	50,0%	50,0%	100,0%
	% de El sujeto valorado ha sido ingresado por URGENCIA SOCIAL	2,2%	1,1%	1,4%
E.G.B/Primarios	% de Nivel de Estudios	40,7%	59,3%	100,0%
	% de El sujeto valorado ha sido ingresado por URGENCIA SOCIAL	12,1%	8,5%	9,7%
Sabe leer y escribir	% de Nivel de Estudios	24,4%	75,6%	100,0%
	% de El sujeto valorado ha sido ingresado por URGENCIA SOCIAL	34,1%	51,1%	45,5%
No sabe leer ni escribir	% de Nivel de Estudios	37,1%	62,9%	100,0%
	% de El sujeto valorado ha sido ingresado por URGENCIA SOCIAL	47,3%	38,8%	41,6%
Total	% de Nivel de Estudios	32,6%	67,4%	100,0%
	% de El sujeto valorado ha sido ingresado por URGENCIA SOCIAL	100,0%	100,0%	100,0%

**Tiempo Residencia en años.**

El tiempo que permanecen en la residencia los mayores que han ingresado por Urgencia Social es el expresado en las siguientes tablas. Podemos observar como los sujetos que han ingresado por Urgencia Social, se ubican en mayor porcentaje en las primeras categorías de tiempo frente a la media de la muestra general.

**Tabla 66. Centros Residenciales: Tiempo residencia en años (ingresados por Urgencia Social)**

		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de un años	28,6	29,9	29,9
	De 1 a 3 años	39,6	41,4	71,3
	De 3 a 5 años	14,3	14,9	86,2
	Mas de 5 años	13,2	13,8	100,0
	Total	95,6	100,0	
Perdidos	Sistema	4,4		
Total		100,0		

**Tabla 67. Centros Residenciales: Tiempo residencia en años (Muestra general)**

		Porcentaje válido
Válidos	Menos de un años	26,1
	De 1 a 3 años	37,7
	De 3 a 5 años	18,3
	Mas de 5 años	17,9
	Total	100,0

**Nivel de dependencia para la realización de AVD-B**

En cuanto al nivel de dependencia de los mayores que ingresaron por Urgencia Social, es el que a continuación se presenta. Puede observarse al comparar los porcentajes, que el nivel de dependencia es menor entre los sujetos ingresados por Urgencia Social. Un 33% y 20,9% frente a un 34,9% y 22,8% respectivamente. Esta relación no es estadísticamente significativa.

**Tabla 68. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Barthel \* Ingreso por Urgencia Social**

		El sujeto valorado ha sido ingresado por URGENCIA SOCIAL		Total
		Si	No	
Barthel	Dependencia total	33,0%	34,9%	34,3%
	Dependencia severa	20,9%	22,8%	22,1%
	Dependencia moderada	23,1%	27,5%	26,1%
	Escasa	9,9%	4,8%	6,4%
	Independiente	13,2%	10,1%	11,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

**Dependencia cognitiva**

Como puede observarse en la tabla siguiente, el porcentaje de mayores sin deterioro cognitivo es mayor entre los residentes que han ingresado por Urgencia Social, aunque esta relación no es estadísticamente significativa.

**Tabla 69. Centros Residenciales: Tabla de contingencia MEC \* Ingreso por Urgencia Social**

		El sujeto valorado ha sido ingresado por URGENCIA SOCIAL		Total
		Si	No	
MEC	No deterioro cognitivo	27,9%	35,1%	32,8%
	Deterioro Cognitivo	72,1%	64,9%	67,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

**Depresión**

En cuanto al nivel de depresión, no existen diferencias estadísticamente significativas entre aquellos mayores ingresados por Urgencia Social y la población general usuaria de Residencias.

**Tabla 70. Centros Residenciales: Tabla de contingencia Depresión\* Ingreso por Urgencia Social**

		El sujeto valorado ha sido ingresado por URGENCIA SOCIAL		Total
		Si	No	
DEPRESIÓN	No depresión	59,0%	59,8%	59,6%
	Depresión moderada	31,1%	29,5%	30,1%
	Depresión severa	9,8%	10,6%	10,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

**Percepción relación familiar**

Una de las variables, aunque no significativa a nivel estadístico a la hora de diferenciar entre los mayores que ingresan por Urgencia Social y aquellos que ingresan por otras vías, es la percepción que de sus relaciones familiares tienen aquellos que han ingresado por Urgencia Social. Entre estos ancianos es mayor el número de personas que tienen una percepción de sus relaciones familiares disfuncional.

**Tabla 71. Centros Residenciales: Tabla de contingencia APGAR \* Ingreso por Urgencia Social**

		El sujeto valorado ha sido ingresado por URGENCIA SOCIAL		Total
		Si	No	
APGAR	Relaciones funcionales	54,5%	65,2%	61,8%
	Relaciones disfuncionales	45,5%	34,8%	38,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

**Percepción apoyo social**

La percepción de falta de apoyo social en los mayores ingresados por Urgencia Social es mayor que en el resto de la población de mayores en residencias, esta diferencia no es significativa a nivel estadístico.

**Tabla 72. Centros Residenciales: Tabla de contingencia DUKE-UNC\* Ingreso por Urgencia Social**

		El sujeto valorado ha sido ingresado por URGENCIA SOCIAL		Total
		Si	No	
DUKE-UNC	Apoyo social adecuado	72,7%	79,0%	77,0%
	Falta de apoyo social	27,3%	21,0%	23,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Podemos concluir diciendo que los ingresos por Urgencia Social en nuestras Residencias, necesitarían quizá, un abordaje técnico más riguroso. Aunque bien es cierto que estos han de continuar produciéndose, porcentajes del 32,5% en los últimos tres años pueden ser excesivos, máxime cuando en un 73,3% responden a otros factores distintos a los que en principio podrían ser argumentados (Síndrome de Diógenes, vivienda inadecuada ...) y sus niveles de Dependencia, Deterioro cognitivo, Percepción de apoyo no aconsejarían su ingreso. Únicamente encontramos motivos relacionados con las relaciones familiares que en todo caso no impedirían ser atendidos en otros servicios.



**Características específicas que definen y conforman los usuarios - residentes atendidos en Centros de Estancia Diurna.**

- **Descriptivos de variables personales del mayor (Edad, Género, Estudios y Estado Civil). Análisis estadístico: Frecuencias, Medias, Desviación típica.**

**Edad y Género.**

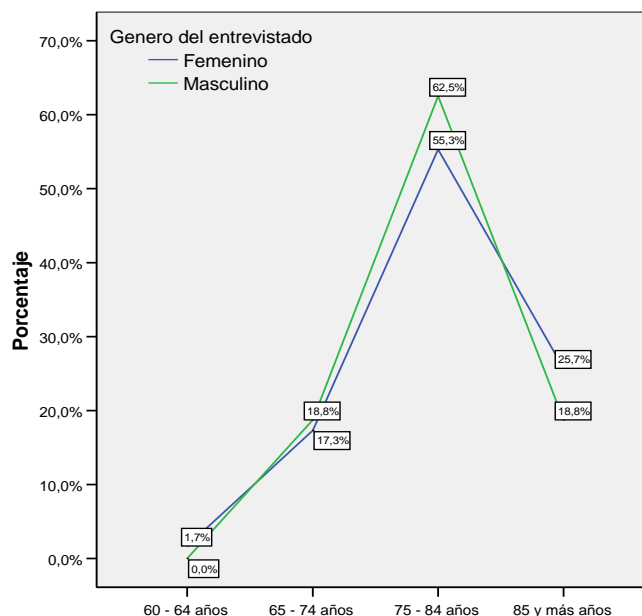
Como podemos observar en la tabla el 78,9% de los usuarios de Unidades de Estancia Diurna son mujeres y el 21,1% hombres. No existe una relación significativa entre la edad y el género (Tabla 1.2.1, Anexo I).

Las edades oscilan entre los 60 y los 85 años, estando la media en 75 años y medio.

**Tabla 73. Centros Estancia Diurna: Tabla de contingencia Edad\* Genero del entrevistado**

			Genero del entrevistado		Total
			Femenino	Masculino	
Edad	60 - 64 años	% de Edad	100,0%		100,0%
		% de Genero del entrevistado	1,7%		1,3%
		% del total	1,3%		1,3%
65 - 74 años	% de Edad	77,5%	22,5%	100,0%	
	% de Genero del entrevistado	17,3%	18,8%	17,6%	
	% del total	13,7%	4,0%	17,6%	
75 - 84 años	% de Edad	76,7%	23,3%	100,0%	
	% de Genero del entrevistado	55,3%	62,5%	56,8%	
	% del total	43,6%	13,2%	56,8%	
85 y más años	% de Edad	83,6%	16,4%	100,0%	
	% de Genero del entrevistado	25,7%	18,8%	24,2%	
	% del total	20,3%	4,0%	24,2%	
Total	% de Edad	78,9%	21,1%	100,0%	
	% de Genero del entrevistado	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	78,9%	21,1%	100,0%	

**Gráfico 10. Centros Estancia Diurna: Edad y género de los sujetos valorados**



**Estadísticos descriptivos**

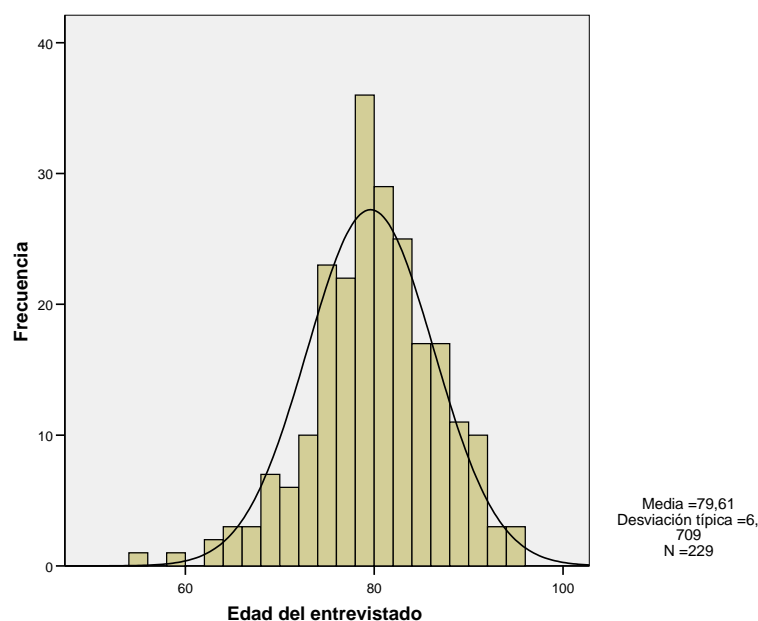
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	227	60	85	75,46	6,694
N válido (según lista)	227				

**Estadísticos descriptivos. Mujeres**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
EdadReco1	179	60	85	75,59	6,834
N válido (según lista)	179				

**Estadísticos descriptivos. Hombres**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
EdadReco1	48	65	85	75,00	6,189
N válido (según lista)	48				

**Gráfico 11. Centros Estancia Diurna: Edad y género de los sujetos valorados****Estudios.**

En lo que al nivel de estudios se refiere, señalar que el 39,4% de los sujetos de la muestra no saben leer ni escribir y el 50,2% aunque afirman saber leer y escribir, no tienen ningún tipo de estudios académicos. Estudios Primarios/EGB, Bachiller, Medios o Superiores solamente los tienen un 10,4% de los residentes (Tabla 1.2.2, Anexo I).

**Estado Civil.**

En cuanto al estado civil de los residentes evaluados, destaca el hecho de que el 62,4% de los mismos sean viudos, los casados representan el 34,5% y solteros un 3,1%. (Tabla 1.2.3, Anexo I).

Encontramos una relación estadísticamente significativa entre el Estado Civil y el Género (Chi-cuadrado de Pearson= 12,547 y Sig. asintótica –bilateral- ,002). (Tabla 1.2.4, Anexo I). La composición del Estado Civil en función del Género, aclara mucho más este dato. Así podemos ver en la tabla siguiente, como un 68,4% de las mujeres son viudas mientras que un 55,1% de los hombres usuarios del servicio son casados.

**Tabla 74. Centros Estancia Diurna: Tabla de contingencia Genero del entrevistado \* Estado Civil**

		Estado Civil			Total
		Soltero/a	Casado/a	Viudo/a	
Genero del entrevistado	Femenino	2,8%	28,8%	68,4%	100,0%
	Masculino	4,1%	55,1%	40,8%	100,0%
Total		3,1%	34,5%	62,4%	100,0%

Hemos de destacar a modo de resumen, que el perfil de los usuarios de Centros de Estancia Diurnas está conformado mayoritariamente por mujeres, con valores cercanos a 8 de cada 10, con edades avanzadas, 76 años y viudas; mientras que en los hombres con un porcentaje menor, 21,1%, predominan los casados. En ambos casos, hombres y mujeres no tienen estudios, representando un 89,6% del total de usuarios.

- **Descriptivos y perfiles de los mayores en función de variables biopsicosociales del mayor dependiente: Capacidad funcional (Barthel), Capacidad Cognitiva (Mini-Examen cognoscitivo MEC), Depresión (GDS), Relaciones familiares (APGAR), Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC), Satisfacción vital (Escala Satisfacción de Lawton) y Salud (Caídas, Número de fármacos consumidos, Uso de prótesis – órtesis – Ayudas técnicas, Insulino dependencia, Percepción subjetiva de salud).**

**Capacidad funcional (Escala de Barthel).**

Puede observarse en la tabla siguiente, como según los criterios de esta escala, un 4.4% de la muestra no tendría problemas de dependencia funcional y un 4.8% tendrían un nivel de dependencia funcional respecto de las actividades básicas de la vida diaria escaso. Según los criterios de esta escala, sólo serían ancianos que deberían utilizar este recurso, aquellos mayores con dependencia total o severa, es decir un 51,1% de la muestra analizada.

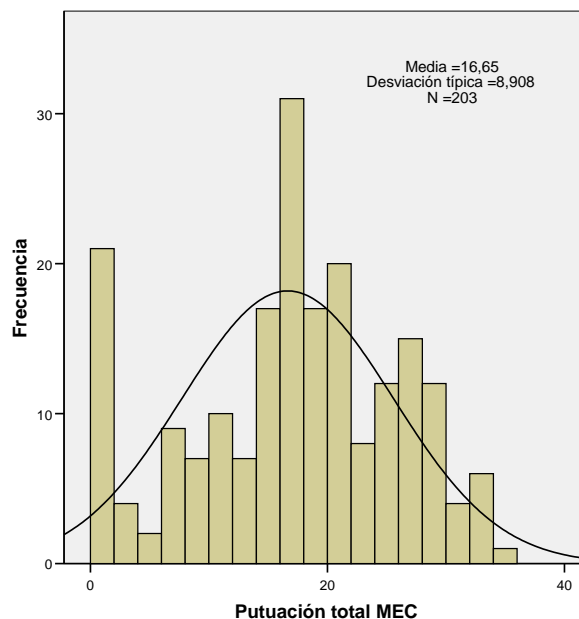
**Tabla 75. Centros Estancia Diurna: Porcentaje de sujetos con dependencia según Barthel**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Dependencia total (0-20)	44	19,2	19,2	19,2
	Dependencia severa (21-60)	73	31,9	31,9	51,1
	Dependencia moderada (61-90)	91	39,7	39,7	90,8
	Escasa (91-99)	11	4,8	4,8	95,6
	Independiente (100)	10	4,4	4,4	100,0
	Total	229	100,0	100,0	

Para la muestra analizada, la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria, no tiene una relación estadísticamente significativa con la edad del mayor (tabla 1.2.5, Anexo I) y tampoco con el género (tabla 1.2.6, Anexo I).

**Capacidad Cognitiva (Mini-Examen Cognoscitivo MEC).**

En el Mini Examen cognoscitivo de Lobo, el porcentaje de mayores con deterioro cognitivo alcanza el 64,1% (tabla 1.2.7). En el gráfico siguiente como puede observarse, las puntuaciones oscilan entre 0 y 35 puntos, extremos máximos de la prueba, la media estaría en 16,65 puntos y la desviación típica sería de 8,908 puntos.

**Gráfico 12. Centros Estancia Diurna: Histograma puntuación MEC**

Para la muestra analizada, el deterioro cognitivo, no tiene una relación estadísticamente significativa con la edad del mayor (Chi-cuadrado de Pearson= 3,068 y Sig. asintótica – bilateral- ,381) (tabla 1.2.8, Anexo I) y tampoco con el género (Chi-cuadrado de Pearson= 0,90 y Sig. asintótica –bilateral- ,764) (tabla 1.2.9, Anexo I).

#### **Depresión (GDS).**

El 56,6% de los residentes no presentan depresión, frente al 36% que acusan una depresión moderada y el 7,4% una depresión severa. No tiene una relación estadísticamente significativa con la edad del mayor (Chi-cuadrado de Pearson= 5,721 y Sig. asintótica – bilateral- ,455) (tabla 1.2.10) y tampoco con el género (Chi-cuadrado de Pearson= ,107 y Sig. asintótica –bilateral- ,948) (tabla 1.2.11).

La depresión, ausencia o presencia de la misma (moderada o severa), presente en el 43,4%, está asociada al grado de dependencia (Chi-cuadrado de Pearson= 9,696 y Sig. asintótica –bilateral- ,046) (tabla 1.2.12, Anexo I). De todos los sujetos con depresión los más afectados son los que tienen dependencias severas o totales.

**Tabla 76. Centros Estancia Diurna: Porcentaje de sujetos con depresión**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No depresión	77	33,6	56,6	56,6
	Depresión moderada	49	21,4	36,0	92,6
	Depresión severa	10	4,4	7,4	100,0
	Total	136	59,4	100,0	
Perdidos	Sistema	93	40,6		
Total		229	100,0		

**Tabla 77. Centros Estancia Diurna: Tabla de contingencia Barthel \* Depresión**

		DEPRESIÓN		Total
		No depresión	Depresión moderada o severa	
Barthel	Dependencia total	50,0%	50,0%	100,0%
	Dependencia severa	40,0%	60,0%	100,0%
	Dependencia moderada	62,0%	38,0%	100,0%
	Escasa	85,7%	14,3%	100,0%
	Independiente	83,3%	16,7%	100,0%
Total		56,6%	43,4%	100,0%

**Relaciones familiares (APGAR).**

Las relaciones familiares son disfuncionales en un 16% de los residentes (tabla 1.2.13, Anexo I), relación no significativa con la edad (Chi-cuadrado de Pearson= 2,192 y Sig. asintótica –bilateral- ,533) (tabla 1.2.14, Anexo I), ni con el sexo (Chi-cuadrado de Pearson= 2,498 y Sig. asintótica –bilateral- ,114) (tabla 1.2.15), ni con la dependencia del mayor (Chi-cuadrado de Pearson= 1,338 y Sig. asintótica –bilateral- ,855) (tabla 1.2.16, Anexo I).

Las relaciones familiares disfuncionales están asociadas a la presencia de depresión (sea moderada o severa), de manera que está presente en el 71,4% de las relaciones disfuncionales (Chi-cuadrado de Pearson= 8,036 y Sig. asintótica –bilateral- ,005); el porcentaje más importante de depresión, aparece en depresiones moderadas (Chi-cuadrado de Pearson= 9,863 y Sig. asintótica –bilateral- ,007) (tablas 1.2.17, Anexo I).

**Tabla 78. Centros Estancia Diurna: Tabla de contingencia APGAR \* Depresión**

		APGAR		Total
		Relaciones funcionales	Relaciones disfuncionales	
DEPRESIÓN	No depresión	61,9%	28,6%	56,7%
	Depresión moderada o severa	38,1%	71,4%	43,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

**Tabla de contingencia APGAR \* Depresión**

		APGAR		Total
		Relaciones funcionales	Relaciones disfuncionales	
DEPRESIÓN	No depresión	61,9%	28,6%	56,7%
	Depresión moderada	32,7%	52,4%	35,8%
	Depresión severa	5,3%	19,0%	7,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

**Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC).**

La amplia mayoría de los usuarios de centros de estancia diurna, un 90,3% manifiestan recibir un apoyo social adecuado.

**Tabla 79. Centros Estancia Diurna: Porcentaje de sujetos con apoyo social adecuado**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Apoyo social adecuado	130	56,8	90,3	90,3
	Falta de apoyo social	14	6,1	9,7	100,0
	Total	144	62,9	100,0	
Perdidos	Sistema	85	37,1		
Total		229	100,0		

No encontramos relación significativa con la edad (tabla 1.18, Anexo I), ni con el sexo (tabla 1.19, Anexo I) y tampoco con la dependencia del mayor (tabla 1.20, Anexo I).

La falta de apoyo social está asociado a la presencia de depresión (sea moderada o severa). Está presente en el 76,9% de los casos con falta de apoyo (Chi-cuadrado de Pearson= 6,636 y Sig. asintótica –bilateral- ,010); el porcentaje más importante de depresión, se da en depresiones moderadas (Chi-cuadrado de Pearson= 8,882 y Sig. asintótica –bilateral- ,012) (tablas 1.2.21, Anexo I).

**Tabla 80. Centros Estancia Diurna: Tabla de contingencia Apoyo social \* Depresión**

		DUKE - UNC		Total
		Apoyo social adecuado	Falta de apoyo social	
DEPRESIÓN	No depresión	60,3%	23,1%	56,7%
	Depresión moderada o severa	39,7%	76,9%	43,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

**Tabla de contingencia Apoyo social \* Depresión**

		DUKE - UNC		Total
		Apoyo social adecuado	Falta de apoyo social	
DEPRESIÓN	No depresión	60,3%	23,1%	56,7%
	Depresión moderada	33,9%	53,8%	35,8%
	Depresión severa	5,8%	23,1%	7,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

**Depresión, relaciones familiares y apoyo social.**

Realizando un análisis específico de los mayores con depresión (moderada o severa), encontramos asociación estadísticamente significativa entre relaciones familiares y apoyo social, de manera que en el 69% de los casos existe depresión que cursa con adecuado apoyo social y buenas relaciones familiares.

**Tabla 81. Centros Estancia Diurna: Tabla de contingencia APGAR \* DUKE - UNC**

			DUKE		Total
			Apoyo social adecuado	Falta de apoyo social	
APGAR	Relaciones funcionales	Recuento	40	3	43
		% del total	69,0%	5,2%	74,1%
	Relaciones disfuncionales	Recuento	8	7	15
		% del total	13,8%	12,1%	25,9%
Total	Recuento		48	10	58
	% del total		82,8%	17,2%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,277(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	9,653	1	,002		
Razón de verosimilitudes	10,836	1	,001		
Estadístico exacto de Fisher				,002	,002
Asociación lineal por lineal	12,066	1	,001		
N de casos válidos	58				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,59.

**Satisfacción vital.**

Para la evaluación de la Satisfacción Vital de los mayores institucionalizados estudiados, se utilizó la Escala Philadelphia, obteniéndose los resultados que a continuación se señalan.

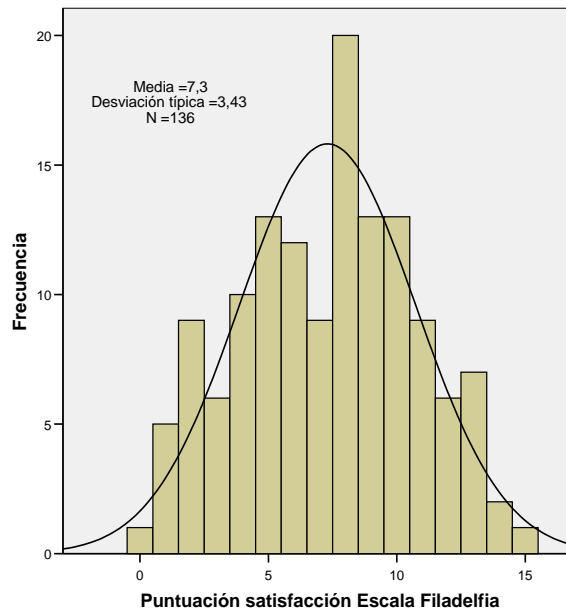
Como se observa las puntuaciones oscilaron entre 0 y 16 puntos, estando la media en 7,30 puntos y siendo la desviación típica de 3,43 puntos. Se observa que el 75% de los sujetos obtuvieron puntuaciones inferiores a 10 puntos.

**Puntuación satisfacción Escala Filadelfia**

N	Válidos	136
	Perdidos	93
Media		7,30
Desv. típ.		3,430
Mínimo		0
Máximo		15
Percentiles	25	5,00
	50	8,00
	75	10,00

Lo anteriormente comentado puede observarse en el gráfico siguiente en donde se presentan las frecuencias observadas de la pasación de la escala Philadelphia y su ajuste a la curva normal.

**Gráfico 13. Centros Estancia Diurna: Histograma puntuación Satisfacción vital (Escala PGC)**



No encontramos relación significativa con la edad (tabla 1.2.22, Anexo I), ni con el sexo (tabla 1.2.23, Anexo I) y tampoco con la dependencia del mayor (tabla 1.2.24, Anexo I).

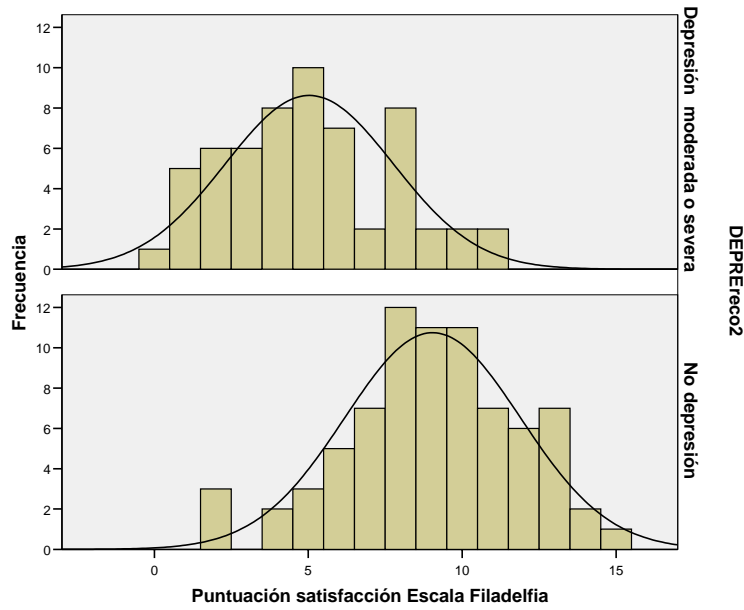
La relación entre Satisfacción Vital y Depresión es muy alta, como resulta lógico al ser constructos muy similares (Chi-cuadrado de Pearson= 54,085 y Sig. asintótica –bilateral-,000) (tabla 1.2.25, Anexo I). Se observa así que el 44,2% de los mayores con depresión severa o moderada presentan niveles de satisfacción muy baja, por debajo de cuatro puntos.

**Tabla 82. Centros Estancia Diurna: Tabla de contingencia Puntuación Satisfacción vital \* Depresión**

		DEPRESIÓN		Total
		No depresión	Depresión moderada o severa	
Puntuación	0		1,7%	,7%
satisfacción	1		8,5%	3,7%
Escala	2	3,9%	10,2%	6,6%
Filadelfia	3		10,2%	4,4%
	4	2,6%	13,6%	7,4%
	5	3,9%	16,9%	9,6%
	6	6,5%	11,9%	8,8%
	7	9,1%	3,4%	6,6%
	8	15,6%	13,6%	14,7%
	9	14,3%	3,4%	9,6%
	10	14,3%	3,4%	9,6%
	11	9,1%	3,4%	6,6%
	12	7,8%		4,4%
	13	9,1%		5,1%
	14	2,6%		1,5%
	15	1,3%		,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%



**Gráfico 14. Centros Estancia Diurna: Histogramas puntuación Satisfacción vital (PGC) \* Depresión**



**Salud: Caídas, Número de fármacos consumidos, Uso de prótesis – órtesis – Ayudas técnicas, Insulino dependencia, Percepción subjetiva de salud.**

Analizando los diferentes componentes de salud estudiados: en un 59,3% de los residentes existe riesgo de caídas (tablas 1.2.26, Anexo I), estando asociado el riesgo al grado de dependencia (Chi-cuadrado de Pearson= 35,703 y Sig. asintótica –bilateral- ,000). El 40,4% toma 5 o más fármacos (tabla 1.2.27), usan ayudas técnicas un 92,5% (tabla 1.2.28), son insulino dependientes el 27,2% (tabla 1.2.29, Anexo I) y manifiestan tener una salud buena, muy buena o excelente el 46,5% (tabla 1.2.30, Anexo I).

**• Tiempo de permanencia del mayor en el servicio o programa.**

El tiempo medio de estancia con cuidadores/as informales se sitúa en 18,95 meses (un año y medio), con un máximo de 70 meses (tres años). El tiempo de estancia no se encuentra asociado a la edad (tabla 1.2.31, Anexo I), satisfacción vital (tabla 1.2.32), relaciones familiares (tabla 1.2.33, Anexo I), apoyo social (tabla 1.2.34, Anexo I) o dependencia (tabla 1.2.35, Anexo I).

**Tiempo Total que lleva en Residencia/Centro en meses**

N	Válidos	215
	Perdidos	14
Media		18,95
Desv. típ.		14,830
Mínimo		0
Máximo		70
Percentiles	25	7,00
	50	16,00
	75	27,00

El tiempo medio de estancia y la Depresión están asociados de manera significativa (Chi-cuadrado de Pearson= 60,893 y Sig. asintótica –bilateral- ,030) (tabla 1.2.36, Anexo I)

• **Existencia de grupos homogéneos (Análisis de Cluster).**

Tal y como se observa en la tabla siguiente, entre los mayores que utilizan las Centros de Estancias Diurnas, no existirían diferencias en el nivel de deterioro cognitivo (medido mediante el MEC) y en el índice de Lawton. En el resto de los indicadores, se percibieron diferencias significativas entre los tres grupos detectados.

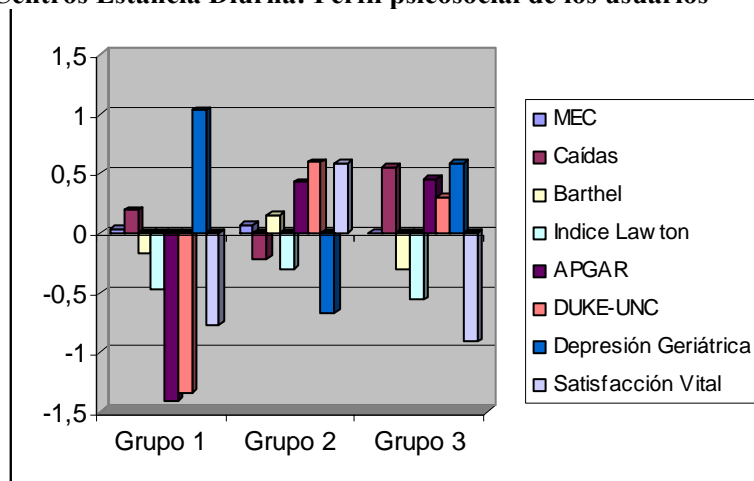
**ANOVA**

	Conglomerado		Error		F	Sig.
	Media cuadrática	gl	Media cuadrática	gl		
Puntuación total MEC	,062	2	,446	129	,138	,871
Puntuación caídas	7,985	2	,651	129	12,271	,000
Puntuación Barthel	3,052	2	,492	129	6,207	,003
Puntuación Índice Lawton	,928	2	,330	129	2,811	,064
Puntuación APGAR	31,274	2	,328	129	95,414	,000
Puntuación DUKE-UNC	31,692	2	,426	129	74,356	,000
Puntuación GDS	33,666	2	,376	129	89,594	,000
Puntuación satisfacción Escala Filadelfia	34,997	2	,429	129	81,652	,000

El primer perfil lo compondrían los mayores con mayor problematicidad social, así como un alto nivel de depresión y una baja satisfacción vital, estos sujetos constituyen el 17% del total de los usuarios de Centros Estancias Diurnas. El Grupo 2 constituido por el 49% de la muestra, se caracteriza por, no tener problemas familiares (APGAR y DUKE), ni emocionales (Depresión y Satisfacción vital), aunque presentaría problemas para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (Índice de Lawton).

Por último, el Grupo 3, formado por el 34% de los usuarios de los Centros de Estancia Diurna, sería el grupo con más problemas funcionales y un mayor riesgo de caídas.

**Gráfico 15. Centros Estancia Diurna: Perfil psicosocial de los usuarios**



**Características específicas que definen y conforman los usuarios atendidos por Cuidadores/as familiares.**

- **Descriptivos de variables personales del mayor (Edad, Género, Estudios y Estado Civil).**

**Edad y Género.**

Como podemos observar en la tabla el 84,7% de los mayores atendidos por cuidadores/as son mujeres y el 15,3% hombres. Existe relación significativa entre la edad y el género (Chi-cuadrado de Pearson= 8,453 y Sig. asintótica –bilateral- ,038). (Tabla 1.3.1, Anexo I). Un 45,5% tienen edades comprendidas entre 75 -84 años y el 87% son mujeres. En el grupo de 85 y más años, que representa el 40,6%, el 86,6% son mujeres. En el total de la muestra, son mujeres de 75 y más años el 74,7%.

Las edades estas oscilan entre los 63 y los 103 años, estando la media cercana a 83 años.

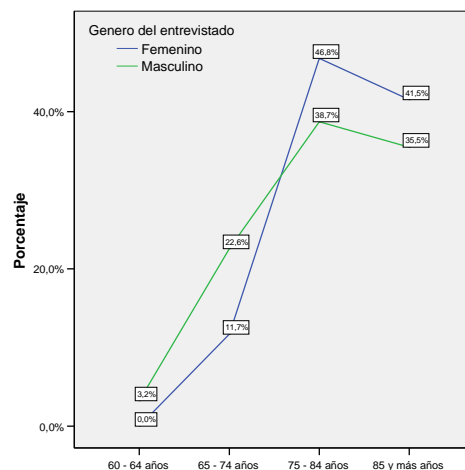
**Tabla 83. Cuidadores/as familiares: Tabla de contingencia Edad\* Género del entrevistado**

			Género del entrevistado		Total
			Femenino	Masculino	
Edad	60 - 64 años	% de Edad		100,0%	100,0%
		% de Género del entrevistado		3,2%	,5%
	65 - 74 años	% de Edad	74,1%	25,9%	100,0%
		% de Género del entrevistado	11,7%	22,6%	13,4%
Edad	75 - 84 años	% de Edad	87,0%	13,0%	100,0%
		% de Género del entrevistado	46,8%	38,7%	45,5%
	85 y más años	% de Edad	86,6%	13,4%	100,0%
		% de Género del entrevistado	41,5%	35,5%	40,6%
Total		% de Edad	84,7%	15,3%	100,0%
		% de Género del entrevistado	100,0%	100,0%	100,0%

**Tabla de contingencia Edad \* Género del entrevistado**

% del total	Género del entrevistado		Total
	Femenino	Masculino	
Edad 60 - 64 años		,5%	,5%
65 - 74 años	9,9%	3,5%	13,4%
75 - 84 años	39,6%	5,9%	45,5%
85 y más años	35,1%	5,4%	40,6%
Total	84,7%	15,3%	100,0%

**Gráfico 16. Cuidadores/as familiares: Edad y género de los sujetos valorados**



**Estadísticos descriptivos**

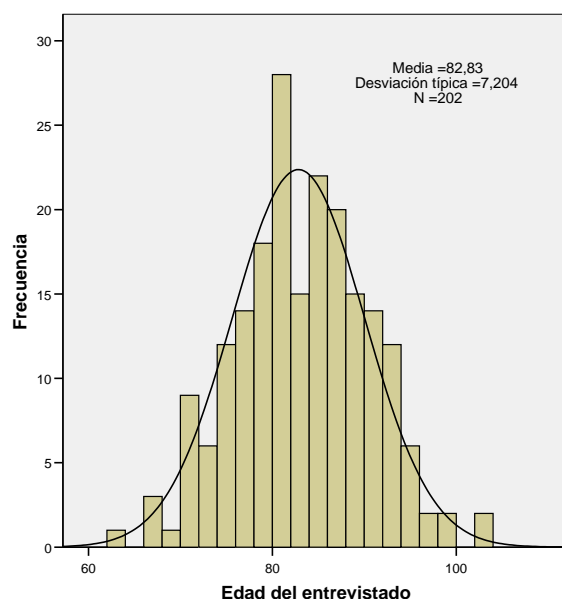
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	202	60	85	77,65	6,950
N válido (según lista)	202				

**Estadísticos descriptivos. Mujeres**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
EdadReco1	171	65	85	77,98	6,677
N válido (según lista)	171				

**Estadísticos descriptivos. Hombres**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	31	60	85	75,81	8,175
N válido (según lista)	31				

**Gráfico 17. Cuidadores/as familiares: Histograma de edad de los sujetos valorados****Estudios.**

En lo que al nivel de estudios se refiere, señalar que el 56,3% de los sujetos de la muestra no saben leer ni escribir y el 36,7% aunque afirman saber leer y escribir, no tienen ningún tipo de estudios académicos. Estudios Primarios/EGB, Bachiller, Medios o Superiores solamente los tienen un 7% de los mayores atendidos (Tabla 1.3.2, Anexo I).

**Estado Civil.**

En cuanto al estado civil de los mayores evaluados, destaca el hecho de que el 73,8% de los mismos sean viudos, los casados representan el 22,3% y solteros un 4%. (Tabla 1.3.3, Anexo I).

Encontramos una relación estadísticamente significativa entre el Estado Civil y el Género (Chi-cuadrado de Pearson= 32,627 y Sig. asintótica –bilateral- ,000). (Tabla 1.3.4, Anexo I). La composición del Estado Civil en función del Género, aclara mucho más este dato. Así podemos ver en la tabla siguiente, como un 81,3% de las mujeres son viudas, mientras que un 58,1% de los hombres son casados.

**Tabla 84. Cuidadores/as familiares: Tabla de contingencia Estado Civil \* Genero del entrevistado**

		Estado Civil			Total
		Soltero/a	Casado/a	Viudo/a	
Genero del entrevistado	Femenino	2,9%	15,8%	81,3%	100,0%
	Masculino	9,7%	58,1%	32,3%	100,0%
Total		4,0%	22,3%	73,8%	100,0%

Hemos de destacar a modo de resumen, que el perfil de los mayores atendidos por cuidadores/as está conformado mayoritariamente por mujeres, 8 de cada 10, con edades avanzadas, 78 años y viudas; mientras que en los hombres con un porcentaje menor, 15,3%, predominan los casados. En ambos casos, hombres y mujeres, no tienen estudios representando un 93% del total de usuarios.

- **Descriptivos y perfiles de los mayores en función de variables biopsicosociales del mayor dependiente: Capacidad funcional (Barthel), Capacidad Cognitiva (Mini-Examen cognoscitivo MEC), Depresión (GDS), Relaciones familiares (APGAR), Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC), Satisfacción vital (Escala Satisfacción de Lawton) y Salud (Caídas, Número de fármacos consumidos, Uso de prótesis – órtesis – Ayudas técnicas, Insulino dependencia, Percepción subjetiva de salud).**

**Capacidad funcional (Escala de Barthel).**

Puede observarse en la tabla siguiente, como según los criterios de esta escala, un 1.5% de la muestra no tendría problemas de dependencia funcional o este sería escaso. Un 82,7% de la muestra analizada tiene una dependencia total o severa.

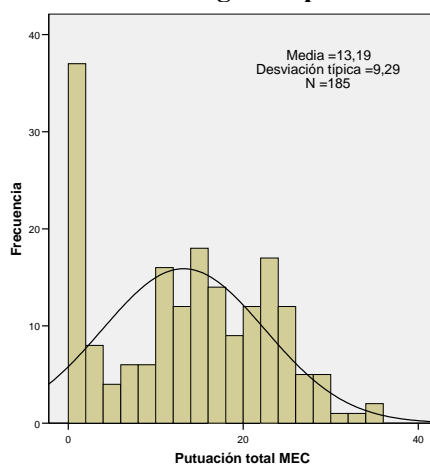
**Tabla 85. Cuidadores/as familiares: Porcentaje de sujetos con dependencia según Barthel**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Dependencia total (0-20)	80	39,6	39,6	39,6
	Dependencia severa (21-60)	87	43,1	43,1	82,7
	Dependencia moderada (61-90)	32	15,8	15,8	98,5
	Escasa (91-99)	1	,5	,5	99,0
	Independiente (100)	2	1,0	1,0	100,0
Total		202	100,0	100,0	

Para la muestra analizada, la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria, no tiene una relación estadísticamente significativa con la edad del mayor (tabla 1.3.5) y tampoco con el género (tabla 1.3.6).

**Capacidad Cognitiva (Mini-Examen Cognoscitivo MEC).**

En el Mini Examen cognoscitivo de Lobo, como puede observarse en la tabla y gráfico siguiente, las puntuaciones oscilan entre 0 y 35 puntos, la media estaría en 13,90 puntos y la desviación típica sería de 9,29 puntos.

**Gráfico 18. Cuidadores/as familiares: Histograma puntuación MEC**

En la tabla que se presenta recogemos el porcentaje de mayores con deterioro cognitivo, alcanzando el 72,0%.

**Tabla 86. Cuidadores/as familiares: Porcentaje de casos con deterioro cognitivo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin demencia	51	25,2	28,0	28,0
	Con demencia	131	64,9	72,0	100,0
	Total	182	90,1	100,0	
Perdidos	Sistema	20	9,9		
Total		202	100,0		

Para la muestra analizada, el deterioro cognitivo, no tiene una relación estadísticamente significativa con la edad del mayor (Chi-cuadrado de Pearson= 4,228 y Sig. asintótica –bilateral- ,238) (tabla 1.3.7, Anexo I) y tampoco con el género (Chi-cuadrado de Pearson= 0,58 y Sig. asintótica –bilateral- ,611) (tabla 1.3.8, Anexo I).

### Depresión (GDS).

El 36,4% de los mayores en cuidadores/as no presentan depresión, frente al 39,1% que acusan una depresión moderada y el 24,5% una depresión severa. No tiene una relación estadísticamente significativa con la edad del mayor (tabla 1.3.9, Anexo I) y tampoco con el género (tabla 1.3.10).

La depresión, ausencia o presencia de la misma (moderada o severa), presente en el 43,4%, está asociada al grado de dependencia (Chi-cuadrado de Pearson= 12,298 y Sig. asintótica –bilateral- ,015) (tabla 1.3.11, Anexo I). De todos los sujetos con depresión los más afectados son los que tienen dependencias severas, el 65,7%.

**Tabla 87. Cuidadores/as familiares: Porcentaje de casos con depresión**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No depresión	40	19,8	36,4	36,4
	Depresión moderada	43	21,3	39,1	75,5
	Depresión severa	27	13,4	24,5	100,0
	Total	110	54,5	100,0	
Perdidos	Sistema	92	45,5		
Total		202	100,0		

**Tabla 88. Cuidadores/as familiares: Tabla de contingencia Barthel \* Depresión (Moderada y Severa)**

		DEPRESIÓN		Total
		No depresión	Depresión moderada o severa	
Barthel	Dependencia total	12,5%	17,1%	15,5%
	Dependencia severa	42,5%	65,7%	57,3%
	Dependencia moderada	37,5%	17,1%	24,5%
	Escasa	2,5%		,9%
	Independiente	5,0%		1,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

**Relaciones familiares (APGAR).**

Las relaciones familiares son disfuncionales en un 11,7% de los mayores (tabla 1.3.12, Anexo I), relación no significativa con la edad (tabla 1.3.13, Anexo I), ni con el sexo (tabla 1.3.14, Anexo I), ni con la dependencia del mayor (tabla 1.3.15, Anexo I).

Las relaciones familiares disfuncionales no están asociadas a la presencia de depresión (sea moderada o severa) (tablas 1.3.16, Anexo I).

**Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC).**

La amplia mayoría de los mayores atendidos por cuidadores/as, un 92,3%, manifiestan recibir un apoyo social adecuado.

**Tabla 89. Cuidadores/as familiares: Porcentaje de sujetos con apoyo social adecuado (DUKE- UNC)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Apoyo social adecuado	108	53,5	92,3	92,3
	Falta de apoyo social	9	4,5	7,7	100,0
	Total	117	57,9	100,0	
Perdidos	Sistema	85	42,1		
Total		202	100,0		

Encontramos relación significativa con la edad (Chi-cuadrado de Pearson= 13,609 y Sig. asintótica –bilateral- ,003) (tabla 1.3.17, Anexo I), aunque el porcentaje de sujetos con falta de apoyo social es bajo 7,7%, éste prácticamente se duplica por tramos de edad, pasando del 11,1% en el tramo 60-64 años al 44,4% en el tramo 85 y más años.

**Tabla 90. Cuidadores/as familiares: Tabla de contingencia. Apoyo social y edad**

		DUKE - UNC		Total
		Apoyo social adecuado	Falta de apoyo social	
Edad	60 - 64 años		11,1%	,9%
	65 - 74 años	13,9%	22,2%	14,5%
	75 - 84 años	47,2%	22,2%	45,3%
	85 y más años	38,9%	44,4%	39,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

La relación del apoyo social con el género (tabla 1.3.18, Anexo I), con la dependencia (tabla 1.3.19, Anexo I) y con la depresión del mayor no son significativas (tabla 1.3.20, Anexo I).

### Satisfacción vital.

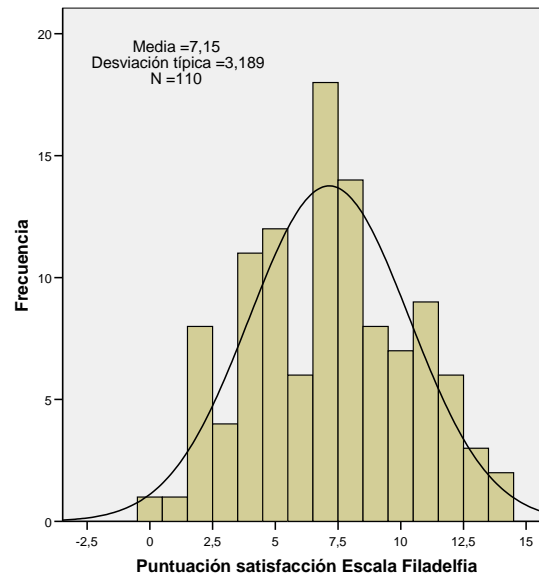
La evaluación de la Satisfacción Vital de los mayores atendidos por cuidadores/as presenta una media en 7,15 puntos con una desviación típica de 3,189 puntos. Se observa que el 75% de los sujetos obtuvieron puntuaciones inferiores a 9,25 puntos.

#### Puntuación satisfacción Escala Filadelfia

N	Válidos	110
	Perdidos	92
Media		7,15
Desv. típ.		3,189
Mínimo		0
Máximo		14
Percentiles	25	5,00
	50	7,00
	75	9,25

Lo anteriormente comentado puede observarse en el gráfico siguiente donde se presentan las frecuencias observadas en la pasación de la escala Philadelphia y su ajuste a la curva normal.

#### Gráfico 19. Cuidadores/as familiares: Histograma puntuación Satisfacción vital (Escala PGC)



No encontramos relación significativa con la edad (tabla 1.3.21, Anexo I), ni con el género (tabla 1.3.22) y tampoco con la dependencia del mayor (tabla 1.3.23, Anexo I).

La relación entre Satisfacción Vital y Depresión es muy alta, como resulta lógico al ser constructos muy similares (Chi-cuadrado de Pearson = 75,989 y Sig. asintótica –bilateral–,000) (tabla 1.3.24, Anexo I).

Se observa así que el 62,9% de los mayores con depresión severa y el 18,6% con moderada presentan niveles de satisfacción muy baja, por debajo de cuatro puntos.



**Tabla 91. Cuidadores/as familiares: Tabla de contingencia Puntuación Satisfacción vital \* Depresión**

		DEPRESIÓN			Total
		No depresión	Depresión moderada	Depresión severa	
Puntuación	0			3,7%	,9%
satisfacción	1			3,7%	,9%
Escala	2		7,0%	18,5%	7,3%
Filadelfia	3		2,3%	11,1%	3,6%
	4		9,3%	25,9%	10,0%
	5	2,5%	16,3%	14,8%	10,9%
	6	2,5%	11,6%		5,5%
	7	15,0%	18,6%	14,8%	16,4%
	8	10,0%	18,6%	7,4%	12,7%
	9	12,5%	7,0%		7,3%
	10	12,5%	4,7%		6,4%
	11	17,5%	4,7%		8,2%
	12	15,0%			5,5%
	13	7,5%			2,7%
	14	5,0%			1,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Salud: Caídas, Número de fármacos consumidos, Uso de prótesis – órtesis – Ayudas técnicas, Insulino dependencia, Percepción subjetiva de salud.**

Analizando los diferentes componentes de salud estudiados: en un 77,7% de los residentes existe riesgo de caídas (tabla 1.3.25), el 52,5% toma 5 o más fármacos (tabla 1.3.26), usan ayudas técnicas un 95,5% (tabla 1.3.27), son insulino dependientes el 27,2% (tabla 1.3.28) y manifiestan tener una salud buena, muy buena o excelente el 35,5% (tabla 1.3.29, Anexo I).

El riesgo de caídas no se encuentra asociado a la presencia de barreras arquitectónicas, sean internas o externas (tablas 1.3.30, Anexo I) y si lo está al grado de dependencia (Chi-cuadrado de Pearson= 25,978 y Sig. asintótica –bilateral- ,000) (tabla 1.3.31, Anexo I), de manera que en el 88,6% de los mayores con dependencia severa o total tiene riesgo de caídas.

**Tabla 92. Cuidadores/as familiares: Tabla de contingencia Barthel \* Riesgo de caídas**

		CAIDAS		Total
		No existe riesgo de caídas	Existe riesgo de caídas	
Barthel	Dependencia total	17,8%	45,9%	39,6%
	Dependencia severa	44,4%	42,7%	43,1%
	Dependencia moderada	31,1%	11,5%	15,8%
	Escasa	2,2%		,5%
	Independiente	4,4%		1,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

- Tiempo de permanencia del mayor en el servicio o programa.**

El tiempo medio de estancia en cuidadores/as se sitúa en 20,38 meses (un año y medio), con un máximo de 50 meses (cerca de cinco años).

El tiempo de estancia no se encuentra asociado: a la edad (tabla 1.3.32, Anexo I), satisfacción vital (tabla 1.3.33, Anexo I), relaciones familiares (tabla 1.3.34, Anexo I), apoyo social (tabla 1.3.35, Anexo I), dependencia (tabla 1.3.36) o depresión (tabla 1.3.37, Anexo I).

**Tiempo Total que lleva atendido el mayor por cuidadores/as**

N	Válidos	201
	Perdidos	1
Media		20,38
Desv. típ.		14,969
Mínimo		1
Máximo		58
Percentiles	25	9,00
	50	18,00
	75	28,00

- **Existencia de grupos homogéneos (Análisis de Cluster).**

Al realizar el análisis de las variables que conforman el perfil clínico de los mayores participantes en el programa de “Cuidadores/as familiares”; pudimos observar como existían diferencias estadísticamente significativas en todas las variables estudiadas.

**ANOVA**

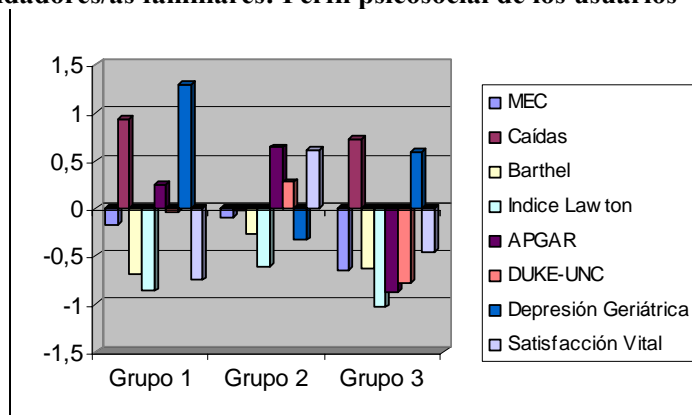
	Conglomerado		Error		F	Sig.
	Media cuadrática	gl	Media cuadrática	gl		
Puntuación total MEC	1,547	2	,469	107	3,301	,041
Puntuación caídas	11,227	2	,628	107	17,885	,000
Puntuación Barthel	2,272	2	,440	107	5,163	,007
Puntuación Índice Lawton	1,281	2	,147	107	8,740	,000
Puntuación APGAR	11,434	2	,248	107	46,107	,000
Puntuación DUKE-UNC	5,560	2	,454	107	12,237	,000
Puntuación depresión geriátrica	31,610	2	,405	107	78,114	,000
Puntuación satisfacción Escala Filadelfia	22,637	2	,398	107	56,829	,000

De los tres grupos encontrados, el grupo 1 sería el más representativo de este servicio, está compuesto por el 50% de sus integrantes y se caracteriza por ser un grupo muy deteriorado a nivel funcional con un altísimo riesgo de caídas y unos muy importantes niveles de depresión e insatisfacción vital.

El grupo 2, constituido por el 28% tendría un menor nivel de deterioro funcional, contaría con un mayor apoyo familiar y no mostraría problemas de tipo emocional.

Por último, el perfil 3, formado por el 12% de los usuarios del servicio, estaría caracterizado, por tener menos problemas de tipo cognitivo, aunque en el resto de de las áreas presentaría problemas: apoyo familiar, capacidad funcional y trastornos emocionales.

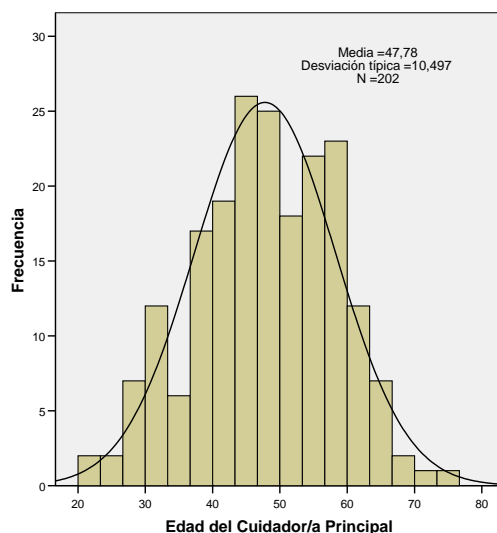
**Gráfico 20. Cuidadores/as familiares: Perfil psicosocial de los usuarios**



• **Descriptivos de variables personales del / la cuidador/a (Edad, Género, Estudios y Estado Civil). Análisis estadístico: Frecuencias, Medias, Desviación típica**

Los/as cuidadores/as informales son mayoritariamente mujeres con un 92,1% (tabla 1.3.38, Anexo I), con una edad media de 47,78 años. Estudios de bachiller, medios o superiores un 10,9, de EGB / primarios el 53,4%, saben leer y escribir 33,2% y no saben hacerlo un 2,6% (tabla 1.3.39, Anexo I).

**Gráfico 21. Cuidadores/as familiares: Histograma Edad Cuidador/a principal**



Los tramos de edad más representativos de los cuidadores se sitúan entre los 41 y 60 años, representando el 65,4%. La relación de parentesco del cuidador con el mayor dependiente en el 74,9% es la hija, el hijo en un 7% y la nuera en un 6,5% (tabla 1.3.40, Anexo I). Un 87,9% de los cuidadores no trabajan (tabla 1.3.41, Anexo I) y sólo un 10% disponen de servicio doméstico que les ayude en las tareas del hogar (tabla 1.3.42, Anexo I). Mayor dependiente y cuidadores conviven en la misma casa en el 97,5% de los casos (tabla 1.3.43, Anexo I).

**Tabla 93. Cuidadores/as familiares: Edad de los/as Cuidadores/as**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Entre 20 y 30 años	12	5,9	5,9	5,9
31 - 40 años	39	19,3	19,3	25,2
41 - 50 años	68	33,7	33,7	58,9
51 - 60 años	64	31,7	31,7	90,6
61 y más años	19	9,4	9,4	100,0
Total	202	100,0	100,0	

- **Nivel de sobrecarga de los /las cuidadores/as de personas dependientes.**

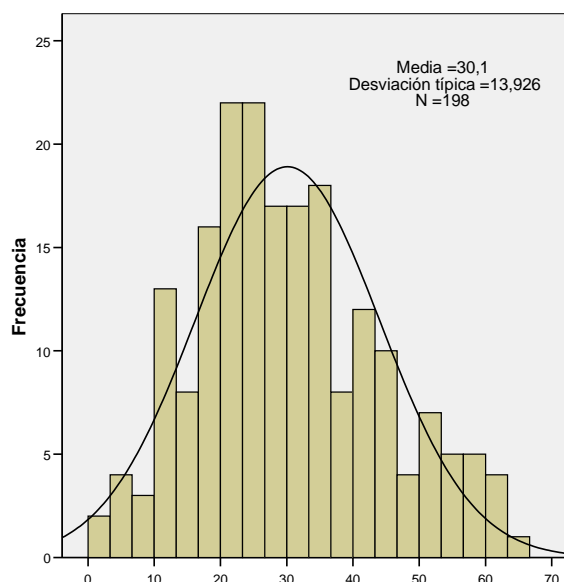
Tal y como se observa en el gráfico siguiente, la puntuación media en sobrecarga de los cuidadores que participan en el programa de cuidadores familiares de la Diputación de Granada, fue de 30 puntos, las puntuaciones oscilaron entre dos y 66 puntos mientras que la desviación típica fue de 13.92 puntos.

Al segmentar la puntuación en base a la intensidad de sobrecarga, podemos observar como el 86,9% no tienen ningún tipo de sobrecarga al realizar los cuidados del mayor dependiente:

**Tabla 94. Cuidadores/as familiares: Nivel de sobrecarga en los cuidadores**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No sobrecarga	172	85,1	86,9	86,9
Sobrecarga leve	15	7,4	7,6	94,4
Sobrecarga intensa	11	5,4	5,6	100,0
Total	198	98,0	100,0	
Perdidos Sistema	4	2,0		
Total	202	100,0		

ZARIT: No sobrecarga menos 46 puntos. Leve entre 47 y 55. Intensa más de 56

**Gráfico 22. Cuidadores/as familiares: Histograma puntuaciones sobrecarga cuidadores/as (Zarit)**

Cuando comparamos nuestros datos con estudios nacionales, en estos el 79% de las cuidadoras/es sufre sobrecarga intensa, con una puntuación media 65,19 (Artaso et. al. 2001 y 2003).

La conclusión es evidente, estos programas pueden funcionar muy bien si como en la Diputación de Granada, reciben ayuda económica mensual, supervisión y entrenamiento / formación de cómo cuidar al mayor y cuidarse a sí mismos.

• **Relación entre el nivel de sobrecarga y la variables personales del / la cuidador/a.**

El grado de sobrecarga (no sobrecarga, leve o intensa) no está relacionada con: la edad (tabla 1.3.44, Anexo I), el género (tabla 1.3.45, Anexo I), con los estudios del cuidador/a (tabla 1.3.46, Anexo I), con el parentesco (tabla 1.3.47, Anexo I), ni si el cuidador/a principal trabaja o no lo hace (tabla 1.3.48, Anexo I), ni con la disponibilidad de servicio domestico (tabla 1.3.49, Anexo I).

La convivencia en el mismo hogar del mayor dependiente y los cuidadores, aunque no existe significación estadística en la relación (tabla 1.3.50, Anexo I), la tendencia indica que cuando el mayor dependiente y el cuidador familiar no conviven en el mismo hogar, un 20% presentan sobrecarga leve frente al 7,3% de los que si lo hacen.

No obstante dado el pequeño número de sujetos (5), donde ambos no residen en el mismo hogar, necesitaría el análisis de esta tendencia una mayor investigación.

**Tabla 95. Cuidadores/as familiares: Tabla de contingencia ZARIT \* Persona mayor y cuidador/a viven en el mismo hogar**

		La persona mayor y la persona cuidadora conviven en la misma casa / piso		Total
		Sí	No	
ZARIT	No sobrecarga	87,0%	80,0%	86,8%
	Sobrecarga leve	7,3%	20,0%	7,6%
	Sobrecarga intensa	5,7%		5,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

**Características específicas que definen y conforman los usuarios atendidos en Ayuda a Domicilio.**

• **Descriptivos de variables personales del mayor (Edad, Género, Estudios y Estado Civil). Análisis estadístico: Frecuencias, Medias, Desviación típica.**

**Edad y Género.**

Como podemos observar en la tabla el 75,2% de los mayores atendidos Ayuda Domiciliaria son mujeres y el 24,8% hombres. No existe relación significativa entre la edad y el género (Tabla 1.4.1, Anexo I). Las edades estas oscilan entre los 44 y los 102 años, estando la media cercana a 80 años.

**Tabla 96. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia Edad \* Género del entrevistado**

			Género del entrevistado		Total
			Femenino	Masculino	
Edad	60 - 64 años	% de Edad	54,5%	45,5%	100,0%
		% de Género del entrevistado	2,1%	5,4%	2,9%
65 - 74 años		% de Edad	72,4%	27,6%	100,0%
		% de Género del entrevistado	19,5%	22,6%	20,3%
75 - 84 años		% de Edad	75,1%	24,9%	100,0%
		% de Género del entrevistado	51,4%	51,6%	51,5%
85 y más años		% de Edad	80,0%	20,0%	100,0%
		% de Género del entrevistado	27,0%	20,4%	25,3%
Total		% de Edad	75,2%	24,8%	100,0%
		% de Género del entrevistado	100,0%	100,0%	100,0%

**Estadísticos descriptivos**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad del entrevistado	375	44	102	79,87	7,681
N válido (según lista)	375				

**Estudios.**

En lo que al nivel de estudios se refiere, señalar que el 37,9% de los sujetos de la muestra no saben leer ni escribir y el 54,8% aunque afirman saber leer y escribir, no tienen ningún tipo de estudios académicos. Estudios Primarios/EGB, Bachiller, Medios o Superiores solamente los tienen un 7,3% de los usuarios/as de Ayuda Domiciliaria (Tabla 1.4.2, Anexo I).

**Estado Civil.**

En cuanto al estado civil de los usuarios/as evaluados, el 54,5% de los mismos sean viudos, los casados representan el 30,5% y solteros un 14,4%. (Tabla 1.4.3, Anexo I).

Encontramos una relación estadísticamente significativa entre el Estado Civil y el Género (Chi-cuadrado de Pearson= 17,491 y Sig. asintótica –bilateral- ,001). (Tabla 1.4.4, Anexo I). La composición del Estado Civil en función del Género, aclara mucho más este dato. Así podemos ver en la tabla siguiente, como un 60,3% de las mujeres son viudas, mientras que un 38% de los hombres son casados y el 37% viudos. Los hombres solteros 23,9% doblan a las mujeres solteras 11,3%.

**Tabla 97. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia Estado Civil \* Género del entrevistado**

		Género del entrevistado		Total
		Femenino	Masculino	
Estado Civil	Soltero/a	11,3%	23,9%	14,4%
	Casado/a	28,0%	38,0%	30,5%
	Viudo/a	60,3%	37,0%	54,5%
	Otros	,4%	1,1%	,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Hemos de destacar a modo de resumen, que el perfil de los mayores atendidos en Ayuda a Domicilio está conformado mayoritariamente por mujeres, 75 de cada 100, viudas; mientras que en los hombres con un porcentaje menor, 25%, se encuentra a la par casados y viudos en torno al 40% en ambos casos. Destacar que los solteros doblan a las solteras en una relación dos a una. En ambos casos, hombres y mujeres, no tienen estudios representando un 93% del total de usuarios, y tienen edades avanzadas, 80 años.

- **Descriptivos y perfiles de los mayores en función de variables biopsicosociales del mayor dependiente: Capacidad funcional (Barthel y Lawton), Capacidad Cognitiva (Mini-Examen cognoscitivo MEC), Depresión (GDS), Relaciones familiares (APGAR), Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC), Red de Apoyo Familiar (familiares que residen en el municipio y fuera del municipio), Satisfacción vital (Escala Satisfacción de Lawton) y Salud (Caídas, Número de fármacos consumidos, Uso de prótesis – órtesis – Ayudas técnicas, Insulino dependencia, Percepción subjetiva de salud).**

### Capacidad funcional (Escala de Barthel).

Puede observarse en la tabla siguiente, como según los criterios de esta escala, un 21.6% de la muestra no tendría problemas de dependencia funcional o éste sería escaso. Un 78,4% de la muestra analizada tiene una dependencia total, severa o moderada.

**Tabla 98. Ayuda Domiciliaria: Porcentaje de sujetos con dependencia según Barthel**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Dependencia total (0-20)	61	16,3	16,3	16,3
Dependencia severa (21-60)	63	16,8	16,8	33,1
Dependencia moderada (61-90)	170	45,3	45,3	78,4
Escasa (91-99)	44	11,7	11,7	90,1
Independiente (100)	37	9,9	9,9	100,0
Total	375	100,0	100,0	

Para la muestra analizada, la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria, no tiene una relación estadísticamente significativa con la edad del mayor (tabla 1.4.5, Anexo I) y tampoco con el género (tabla 1.4.6). Encontramos relación significativa entre la dependencia y el estado civil (Chi-cuadrado de Pearson= 32,154 y Sig. asintótica –bilateral-,001) (tabla 1.4.7, Anexo I). Podemos observar el alto porcentaje de solteros/as y viudos/as con dependencia moderada – escasa – independientes.

**Tabla 99. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia Barthel \* Estado Civil**

		Estado Civil				Total
		Soltero/a	Casado/a	Viudo/a	Otros	
Barthel	Dependencia total	9,8%	50,8%	37,7%	1,6%	100,0%
	Dependencia severa	9,5%	38,1%	52,4%		100,0%
	Dependencia moderada	17,2%	27,2%	55,6%		100,0%
	Escasa	20,5%	11,4%	68,2%		100,0%
	Independiente	10,8%	21,6%	64,9%	2,7%	100,0%
Total		14,4%	30,5%	54,5%	,5%	100,0%

Profundizando en el análisis son los hombres solteros con dependencia escasa o independiente (31,8%) los que prácticamente doblan en número a las mujeres (18,8%). Esto mismo sucede a los viudos (41,2%) respecto a las viudas (23,5%).

**Tabla 100. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia Barthel \* Estado Civil (Hombres)**

		Estado Civil				Total
		Soltero	Casado	Viudo	Otros	
BarthelReco	Dependencia total	4,5%	42,9%	11,8%	100,0%	22,8%
	Dependencia severa	13,6%	17,1%	17,6%		16,3%
	Dependencia moderada	50,0%	31,4%	29,4%		34,8%
	Escasa	13,6%	2,9%	20,6%		12,0%
	Independiente	18,2%	5,7%	20,6%		14,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tabla 101. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia Barthel \* Estado Civil (Mujeres)**

		Estado Civil				Total
		Soltera	Casada	Viuda	Otros	
BarthelReco	Dependencia total	15,6%	20,3%	11,2%		14,2%
	Dependencia severa	9,4%	22,8%	15,9%		17,0%
	Dependencia moderada	56,3%	44,3%	49,4%		48,6%
	Escasa	18,8%	5,1%	13,5%		11,7%
	Independiente		7,6%	10,0%	100,0%	8,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Capacidad funcional (Escala de Lawton).**

La escala de Lawton para AVDs instrumentales tiene un rango de puntuaciones entre 0 y 8, donde cero indica una máxima dependencia y ocho independencia. La media de puntuación se encuentra en 3,51 puntos, percentil 50, con una gran dependencia para la realización de actividades instrumentales. Un 28% de los mayores atendidos presentan, puntuación mayor o igual que 6, escasos niveles de dependencia en la realización de AVDs instrumentales.

**Tabla 102. Ayuda Domiciliaria: Porcentaje de sujetos con dependencia según Índice Lawton**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 0	77	20,5	20,5	20,5
1	39	10,4	10,4	30,9
2	37	9,9	9,9	40,8
3	36	9,6	9,6	50,4
4	32	8,5	8,5	58,9
5	49	13,1	13,1	72,0
6	38	10,1	10,1	82,1
7	40	10,7	10,7	92,8
8	27	7,2	7,2	100,0
Total	375	100,0	100,0	

**Puntuación Índice Lawton**

N	Válidos	375
	Perdidos	0
Media		3,51
Desv. típ.		2,673
Mínimo		0
Máximo		8
Percentiles	25	1,00
	50	3,00
	75	6,00

La capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria, tiene una relación estadísticamente significativa con la edad del mayor (tabla 1.4.8, Anexo I), con una correlación que indica a mayor edad más dependencia (menor puntuación en Lawton), correlación esta baja aunque significativa (Tabla 1.4.9, Anexo I).

La capacidad en la realización de AVDs instrumentales no está asociada al género (tabla 1.4.10, Anexo I) y tampoco con el estado civil (1.4.11, Anexo I).



**Tabla 103. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia Edad \* Índice de Lawton**

		Edad				Total
		60 - 64 años	65 - 74 años	75 - 84 años	85 y más años	
Puntuación Índice Lawton	0	18,2%	17,1%	18,1%	28,4%	20,5%
	1	9,1%	13,2%	7,8%	13,7%	10,4%
	2		5,3%	10,4%	13,7%	9,9%
	3	18,2%	7,9%	10,9%	7,4%	9,6%
	4	36,4%	9,2%	6,2%	9,5%	8,5%
	5		9,2%	15,5%	12,6%	13,1%
	6		11,8%	11,9%	6,3%	10,1%
	7	9,1%	10,5%	14,0%	4,2%	10,7%
	8	9,1%	15,8%	5,2%	4,2%	7,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Capacidad funcional (Escala Barthel y Lawton).**

Analizando conjuntamente la información aportada por ambas escalas, podemos observar que la Ayuda Domiciliaria está orientada básicamente a la atención de AVDs instrumentales, de tal manera que un 57% de los usuarios atendidos presentan dependencia moderada o escasa en Barthel, un 33,1% dependencia total o severa y el resto 9,9% serían independientes.

La correlación entre las puntuaciones Lawton y Barthel es muy alta y significativa, Correlación de Pearson= ,764 (tabla 1.4.12, Anexo I), al igual que su asociación (Chi-cuadrado de Pearson= 384,346 y Sig. asintótica –bilateral- ,000) (tabla 1.4.13, Anexo I).

**Tabla 104. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia Puntuación Índice Lawton \* Barthel**

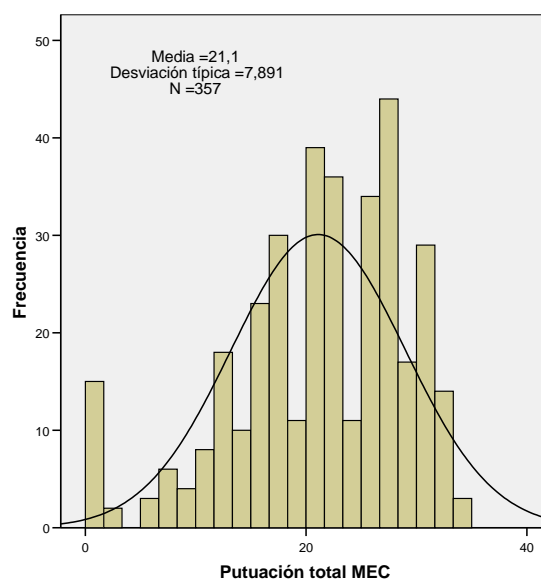
		Barthel				Total
		Dependencia total	Dependencia severa	Dependencia moderada	Escasa Independiente	
Puntuación Índice Lawton	0	14,1%	5,3%	1,1%		20,5%
	1	1,3%	3,7%	5,3%		10,4%
	2	,5% (2 casos)	3,7%	5,1%	,3% (1 caso)	9,9%
	3	,3% (1 caso)	1,9%	6,9%	,5% (2 casos)	9,6%
	4		1,1%	6,1%	1,1% (1 caso)	8,5%
	5		1,1%	8,0%	2,1% (1 caso)	13,1%
	6			7,2%	1,9%	10,1%
	7			4,3%	3,7%	10,7%
	8			1,3%	2,1%	7,2%
Total		16,3%	16,8%	45,3%	11,7%	100,0%

El hecho de centrarse el Servicio de Ayuda Domiciliaria en AVD-Instrumentales puede explicar la asociación de Barthel al estado civil y la no asociación con Lawton, en tanto que viudos/as y solteros/as y, especialmente los viudos y solteros son priorizados en la asignación de servicios.

### Capacidad Cognitiva (Mini-Examen Cognoscitivo MEC).

En el Mini Examen cognoscitivo de Lobo, como puede observarse en la tabla y gráfico siguiente, las puntuaciones oscilan entre 0 y 35 puntos, la media estaría en 21,1 puntos y la desviación típica sería de 7,89 puntos.

**Gráfico 23. Ayuda Domiciliaria: Histograma puntuación MEC**



En la tabla que se presenta recogemos el porcentaje de mayores con deterioro cognitivo alcanzando el 40,2%.

**Tabla 105. Ayuda Domiciliaria: Porcentaje de casos con deterioro cognitivo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin demencia	213	56,8	59,8	59,8
	Con demencia	143	38,1	40,2	100,0
	Total	356	94,9	100,0	
Perdidos	Sistema	19	5,1		
Total		375	100,0		

Para la muestra analizada, el deterioro cognitivo, tiene una relación estadísticamente significativa con la edad del mayor, a mayor edad se incrementa el porcentaje de mayores atendidos en Ayuda a Domicilio con deterioro cognitivo, salvo en el tramo 60 – 64 años (Chi-cuadrado de Pearson= 9,093 y Sig. asintótica –bilateral- ,028) (tabla 1.4.14, Anexo I) y no la tiene con el género (Chi-cuadrado de Pearson= 1,104 y Sig. asintótica –bilateral- ,293) (tabla 1.4.15, Anexo I).

**Tabla 106. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia MEC \* Edad**

		Edad				Total
		60 - 64 años	65 - 74 años	75 - 84 años	85 y más años	
MEC	Sin demencia	1,7%	14,0%	31,7%	12,4%	59,8%
	Con demencia	1,1%	5,3%	20,8%	12,9%	40,2%
Total		2,8%	19,4%	52,5%	25,3%	100,0%

**Tabla de contingencia**

		Edad				Total
		60 - 64 años	65 - 74 años	75 - 84 años	85 y más años	
MEC	Sin demencia	60,0%	72,5%	60,4%	48,9%	59,8%
	Con demencia	40,0%	27,5%	39,6%	51,1%	40,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Depresión (GDS).**

El 39,9% de los mayores en Ayuda Domiciliaria no presentan depresión, frente al 42,5% que acusan una depresión moderada y el 17,6% una depresión severa. No tiene una relación estadísticamente significativa con el género (tabla 1.4.16, Anexo I).

La depresión y la edad del mayor se encuentran asociadas, significativo el hecho que el 50% de los mayores con edades comprendidas entre 60 y 64 años tengan depresión severa (Chi-cuadrado de Pearson= 13,647 y Sig. asintótica –bilateral- ,034) (tabla 1.4.17, Anexo I).

**Tabla 107. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia Depresión \* Edad**

		Edad				Total
		60 - 64 años	65 - 74 años	75 - 84 años	85 y más años	
DEPRESIÓN	No depresión	30,0%	29,7%	40,5%	48,7%	39,9%
	Depresión moderada	20,0%	48,4%	44,6%	35,5%	42,5%
	Depresión severa	50,0%	21,9%	14,9%	15,8%	17,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

La depresión, sea moderada o severa, está asociada al grado de dependencia (Chi-cuadrado de Pearson= 26,991 y Sig. asintótica –bilateral- ,001) (tabla 1.4.18, Anexo I). De manera que depresiones moderadas o severas, cursan con dependencias severas o moderadas, encontrándose en esta situación el 43,6% de todos los sujetos. Este fenómeno es importante tanto para los servicios sociales como de salud, en el primer caso sería fundamental conocer la dirección de la asociación, de tal forma que dependencias causadas por sintomatología depresiva no deberían condicionar asignaciones presupuestarias y de servicio indefinidamente, asumiendo la pérdida funcional como irreversible.

**Tabla 108. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia Depresión \* Barthel**

		DEPRESIÓN			Total
		No depresión	Depresión moderada	Depresión severa	
Barthel	Dependencia total	9,1%	54,5%	36,4%	100,0%
	Dependencia severa	34,7%	44,9%	20,4%	100,0%
	Dependencia moderada	35,5%	47,0%	17,5%	100,0%
	Escasa	59,1%	29,5%	11,4%	100,0%
	Independiente	62,2%	27,0%	10,8%	100,0%
Total		39,9%	42,5%	17,6%	100,0%

		DEPRESIÓN			Total
		No depresión	Depresión moderada	Depresión severa	
Barthel	Dependencia total	,6%	3,8%	2,5%	6,9%
	Dependencia severa	5,3%	6,9%	3,1%	15,4%
	Dependencia moderada	18,6%	24,5%	9,1%	52,2%
	Escasa	8,2%	4,1%	1,6%	13,8%
	Independiente	7,2%	3,1%	1,3%	11,6%
Total		39,9%	42,5%	17,6%	100,0%

**Relaciones familiares (APGAR).**

Las relaciones familiares son disfuncionales en un 24,9% de los mayores, relación significativa con la edad (Chi-cuadrado de Pearson= 10,793 y Sig. asintótica –bilateral- ,013), siendo el grupo de 60-64 años los que presentan mayor porcentaje de relaciones disfuncionales y el de 85 y más el que menos (tabla 1.4.19, Anexo I), No está relacionada con el sexo (tabla 1.4.20, Anexo I), ni con la dependencia del mayor (tabla 1.4.21, Anexo I).

**Tabla 109. Ayuda Domiciliaria: Porcentaje de sujetos con relaciones familiares funcionales (APGAR)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Relaciones funcionales	244	65,1	75,1	75,1
	Relaciones disfuncionales	81	21,6	24,9	100,0
	Total	325	86,7	100,0	
Perdidos	Sistema	50	13,3		
	Total	375	100,0		

**Tabla 110. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia APGAR \* Edad**

		APGAR		Total
		Relaciones funcionales	Relaciones disfuncionales	
Edad	60 - 64 años	50,0%	50,0%	100,0%
	65 - 74 años	64,1%	35,9%	100,0%
	75 - 84 años	76,7%	23,3%	100,0%
	85 y más años	83,5%	16,5%	100,0%
Total		75,1%	24,9%	100,0%

Las relaciones familiares disfuncionales están asociadas a la presencia de depresión sea moderada o severa (Chi-cuadrado de Pearson= 12,538 y Sig. asintótica –bilateral- ,002), el porcentaje de mayores con relaciones disfuncionales se incrementa con la severidad de la depresión (tablas 1.4.22, Anexo I).

**Tabla 111. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia APGAR \* Depresión**

		APGAR		Total
		Relaciones funcionales	Relaciones disfuncionales	
DEPRESIÓN	No depresión	83,3%	16,7%	100,0%
	Depresión moderada	75,4%	24,6%	100,0%
	Depresión severa	58,9%	41,1%	100,0%
Total		75,6%	24,4%	100,0%

**Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC).**

Una mayoría de los mayores atendidos en Ayuda Domiciliaria, un 78,9% manifiestan recibir un apoyo social adecuado.

**Tabla 112. Ayuda Domiciliaria: Porcentaje de sujetos con apoyo social adecuado (DUKE- UNC)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Apoyo social adecuado	255	68,0	78,9	78,9
	Falta de apoyo social	68	18,1	21,1	100,0
	Total	323	86,1	100,0	
Perdidos	Sistema	52	13,9		
	Total	375	100,0		

Encontramos relación significativa con la edad (Chi-cuadrado de Pearson= 15,337 y Sig. asintótica –bilateral- ,002) (tabla 1.4.23, Anexo I), el porcentaje de sujetos con falta de apoyo social disminuye con la edad, siendo el grupo más numeroso el de 60 – 64 años.

**Tabla 113. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia. Apoyo social \* Edad**

		DUKE - UNC		Total
		Apoyo social adecuado	Falta de apoyo social	
Edad	60 - 64 años	40,0%	60,0%	100,0%
	65 - 74 años	75,0%	25,0%	100,0%
	75 - 84 años	77,8%	22,2%	100,0%
	85 y más años	89,7%	10,3%	100,0%
Total		78,9%	21,1%	100,0%

La falta de apoyo social está asociada también con la dependencia (Chi-cuadrado de Pearson= 9,985 y Sig. asintótica –bilateral- ,041) (tabla 1.4.24, Anexo I) y con la depresión del mayor (Chi-cuadrado de Pearson= 55,661 y Sig. asintótica –bilateral- ,000) (tabla 1.4.25, Anexo I).

Al incrementarse la severidad de la depresión el porcentaje de mayores con falta de apoyo social se incrementa, por el contrario se incrementa la percepción de apoyo social con ser independiente.

**Tabla 114. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia. Apoyo social \* Depresión**

		DUKE - UNC		Total
		Apoyo social adecuado	Falta de apoyo social	
DEPRESION	No depresión	94,4%	5,6%	100,0%
	Depresión moderada	78,5%	21,5%	100,0%
	Depresión severa	45,5%	54,5%	100,0%
Total		79,1%	20,9%	100,0%

**Tabla 115. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia. Apoyo social \* Barthel**

		DUKE - UNC		Total
		Apoyo social adecuado	Falta de apoyo social	
Barthel	Dependencia total	81,5%	18,5%	100,0%
	Dependencia severa	74,0%	26,0%	100,0%
	Dependencia moderada	75,2%	24,8%	100,0%
	Escasa	81,8%	18,2%	100,0%
	Independiente	97,3%	2,7%	100,0%
Total		78,9%	21,1%	100,0%

No existe relación del apoyo social con el género (tabla 1.4.26, Anexo I).

**Satisfacción vital.**

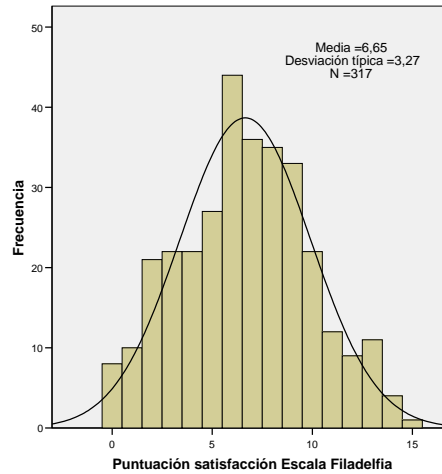
La evaluación de la Satisfacción Vital de los mayores atendidos en Ayuda Domiciliaria presenta una media de 6,65 puntos con una desviación típica de 3,270 puntos. Se observa que el 75% de los sujetos obtuvieron puntuaciones inferiores a 9 puntos.

**Puntuación Satisfacción vital**

N	Válidos	317
	Perdidos	58
Media		6,65
Desv. típ.		3,270
Mínimo		0
Máximo		15
Percentiles	25	4,00
	50	7,00
	75	9,00

Lo anteriormente comentado puede observarse en el gráfico siguiente donde se presentan las frecuencias observadas en la pasación de la escala Philadelphia y su ajuste a la curva normal.

**Gráfico 24. Ayuda Domiciliaria: Histograma puntuación Satisfacción vital (PGC)**



No encontramos relación significativa con la edad (tabla 1.4.27, Anexo I), ni con el género (tabla 1.4.28) y tampoco con la dependencia del mayor (tabla 1.4.29, Anexo I).

La relación entre Satisfacción Vital y Depresión es muy alta, como resulta lógico al ser constructos muy similares (Chi-cuadrado de Pearson= 146,981 y Sig. asintótica –bilateral-,000) (tabla 1.4.30, Anexo I). Se observa así que el 41,6% de los mayores presentan depresión (severa o moderada), con puntuaciones igual o menos de cuatro puntos.

**Tabla 116. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia. Puntuación Satisfacción vital \* Depresión**

		DEPRESIÓN		Total
		No depresión	Depresión moderada o severa	
Puntuación satisfacción Escala Filadelfia	0		4,2%	2,5%
	1		5,3%	3,2%
	2		11,1%	6,6%
	3	1,6%	10,5%	6,9%
	4	1,6%	10,5%	6,9%
	5	3,9%	11,6%	8,5%
	6	8,7%	17,4%	13,9%
	7	5,5%	15,3%	11,4%
	8	18,1%	6,3%	11,0%
	9	19,7%	4,2%	10,4%
	10	12,6%	3,2%	6,9%
	11	8,7%	,5%	3,8%
	12	7,1%		2,8%
	13	8,7%		3,5%
	14	3,1%		1,3%
15	,8%		,3%	
Total	100,0%		100,0%	100,0%

**Salud: Caídas, Número de fármacos consumidos, Uso de prótesis – órtesis – Ayudas técnicas, Insulino dependencia, Percepción subjetiva de salud.**

Analizando los diferentes componentes de salud estudiados: en un 66,9% de los usuarios existe riesgo de caídas (tabla 1.4.31, Anexo I), el 48,1% toma 5 o más fármacos (tabla 1.4.32, Anexo I), usan ayudas técnicas un 94,9% (tabla 1.4.33), son insulino dependientes el 28,3% (tabla 1.4.34, Anexo I) y manifiestan tener una salud buena, muy buena o excelente el 26,1% (tabla 1.4.35, Anexo I).

El riesgo de caídas no se encuentra asociado a la presencia de barreras arquitectónicas, sean internas o externas (tablas 1.4.36) y si lo está al grado de dependencia (Chi-cuadrado de Pearson= 46,236 y Sig. asintótica –bilateral- ,000) (tabla 1.4.37, Anexo I).

**Tabla 117. Ayuda Domiciliaria: Tabla de contingencia. Barthel \* Riesgo de caídas**

		CAIDAS		
		No existe riesgo de caídas	Existe riesgo de caídas	Total
Barthel	Dependencia total	19,7%	80,3%	100,0%
	Dependencia severa	28,6%	71,4%	100,0%
	Dependencia moderada	26,5%	73,5%	100,0%
	Escasa	45,5%	54,5%	100,0%
	Independiente	78,4%	21,6%	100,0%
Total		33,1%	66,9%	100,0%

La no asociación del riesgo de caídas a la presencia de barreras arquitectónicas posiblemente sea debido a la homogeneidad de los hogares, de manera que el 75% de los hogares tienen puntuaciones iguales o inferiores a dos puntos en la puntuación total y desviación típica de 1,2.

La puntuación máxima total de la escala utilizada para medir la presencia o ausencia de barreras es de 7 puntos, 4 en barreras internas y 3 en barreras externas. Las puntuaciones máximas indican un máximo de barreras, estando presentes en los ítems siguientes: 1.Escalones para desplazarse entre diferentes estancias del hogar. 2. Cuarto de baño no adaptado. 3. Vivienda inadecuada (chabolas, amenaza de ruina etc.) 4. Humedades o mala higiene. 5. Barreras en el portal de la casa. 6. Zona aislada. Y 7. No disponibilidad de ascensor en el caso de vivir en piso.

**Estadísticos**

		Puntuación Barreras Internas	Puntuación Barreras Externas	Puntuación Barreras Total
N	Válidos	373	373	373
	Perdidos	2	2	2
Media		1,22	1,07	2,28
Mediana		1,00	1,00	2,00
Desv. típ.		,927	,683	1,220
Mínimo		0	0	0
Máximo		4	3	7
Percentiles	25	1,00	1,00	1,00
	50	1,00	1,00	2,00
	75	2,00	1,00	3,00

- **Tiempo de permanencia del mayor en el servicio o programa.**

El tiempo medio de estancia en Ayuda Domiciliaria se sitúa en 54,51 meses (cuatro años y medio), con un máximo de 173 meses (catorce años) y tres años de desviación típica.

El tiempo de estancia no se encuentra asociado: a la edad (tabla 1.4.38, Anexo I), satisfacción vital (tabla 1.4.39), relaciones familiares (tabla 1.4.40), apoyo social (tabla 1.4.41), dependencia (tabla 1.4.42, Anexo I) o depresión (tabla 1.4.43, Anexo I).

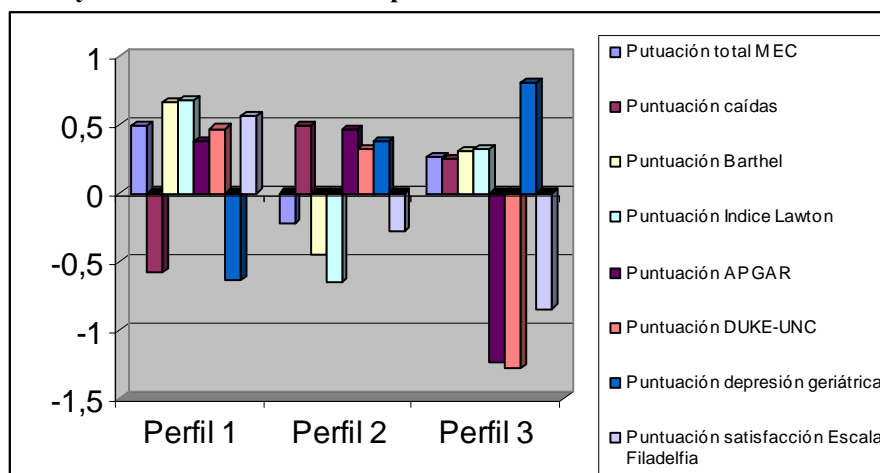
**Tiempo total que lleva en Ayuda a Domicilio en meses**

N	Válidos	367
	Perdidos	8
Media		54,51
Desv. típ.		39,543
Mínimo		2
Máximo		173
Percentiles	25	23,00
	50	45,00
	75	76,00

- **Existencia de grupos homogéneos (Análisis de Cluster).**

La solución de tres grupos es una solución óptima a la hora de diferenciar entre los distintos usuarios de este servicio, pues todas las variables estudiadas, presentan diferencias estadísticamente significativas entre sí.

**Gráfico 25. Ayuda Domiciliaria: Perfil psicosocial de los usuarios**



El perfil principal de los usuarios de este servicio (49%) no presenta problemas en ninguna de las áreas analizadas, no tienen deterioro cognitivo, ni problemas familiares, funcionales ni emocionales ni tampoco riesgo de caídas. El segundo grupo constituido por el 27% de los usuarios del servicio, tendrían un claro perfil de incapacidad funcional (bajas puntuaciones en Barthel y Lawton y alto riesgo de caídas), cognitivo (Bajas puntuaciones en MEC), problemas de Depresión y baja Satisfacción vital. Por último el grupo tres (24% de la muestra) es un grupo caracterizado por problemas de tipo familiar (bajas puntuaciones en Apgar y Duke) y de tipo emocional (Alta depresión y baja satisfacción vital)

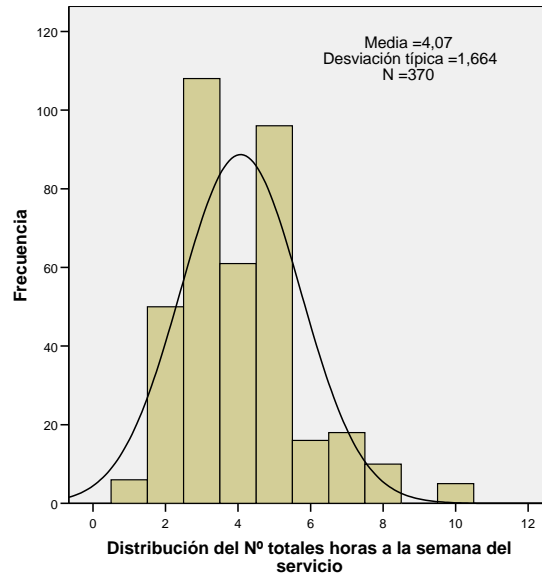
- **Intensidad del servicio, horas de atención mensuales y su asociación con variables biopsicosociales y personales - profesionales.**

El número medio de horas totales semanales, es en el momento actual de 4,07, siendo la



desviación típica de 1,664 horas y oscilando el rango de asignación de las mismas entre una y diez horas a la semana.

**Gráfico 26. Ayuda Domiciliaria: Histograma puntuación horas semanales de atención**



Cuando se evaluó de que variables dependía esta diferencia en el número de horas, obtuvimos que respecto de las variables de tipo social, la Edad no era una variable significativa -ANOVA.  $F=1,106$  sig ,310- (tabla 1.4.44); tampoco el Nivel de Estudios -Chi-cuadrado de Pearson 30,554 y Sig. asintótica –bilateral- ,859- (tabla 1.4.45, Anexo I).

Respecto al género del usuario, se asignan más horas a los hombres que las mujeres, -prueba T = -2,81 Sig. –bilateral- ,005 (tabla 1.4.46, Anexo I).

**Tabla 118. Ayuda Domiciliaria: Distribución del Nº totales horas a la semana del servicio \* Género**

	Genero del entrevistado	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Distribución del Nº totales horas a la semana del servicio	Femenino	278	3,93	1,636	,098
	Masculino	92	4,49	1,687	,176

**Estadísticos de grupo**

En cuanto a las variables de tipo clínico, de todas las analizadas, sólo dos resultaron significativas: dependencia medida por Barthel (ANOVA.  $F= 3,024$ , sig ,000) (tabla 1.4.47, Anexo I) y Deterioro cognitivo –MEC- (ANOVA  $F=1,810$  y sig ,006) (tabla 1.4.48, Anexo I). Como podemos observar el incremento de horas y el grado de dependencia en Barthel aunque significativo, no sigue una progresión lineal, presentándose una desviación típica alta.

**Tabla 119. Ayuda Domiciliaria: Distribución del Nº totales horas a la semana del servicio \* Barthel**

Barthel	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Dependencia total	5,18	1,855	2	10
Dependencia severa	3,92	1,518	1	8
Dependencia moderada	4,10	1,686	1	10
Escasa	3,45	1,044	1	5

Independiente	3,11	,950	1	5
Total	4,07	1,664	1	10

Informe

**Tabla 120. Ayuda Domiciliaria: Distribución del N° totales horas a la semana del servicio \* MEC**

MEC	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Sin deterioro cognitivo	3,75	1,396	1	10
Con deterioro cognitivo	4,40	1,938	1	10
Total	4,01	1,663	1	10

Informe

En cambio, no resultaron significativas las puntuaciones relacionadas con el riesgo de caídas (T=-,769 sig=.443), el Apgar (T=-1.190 sig=,235); Duke (T=-1.619 sig=,107) o el nivel de Depresión (F=,752 sig ,730). (Tablas 1.4.49; 1.4.50; 1.4.51 y 1.4.52, Anexo I).

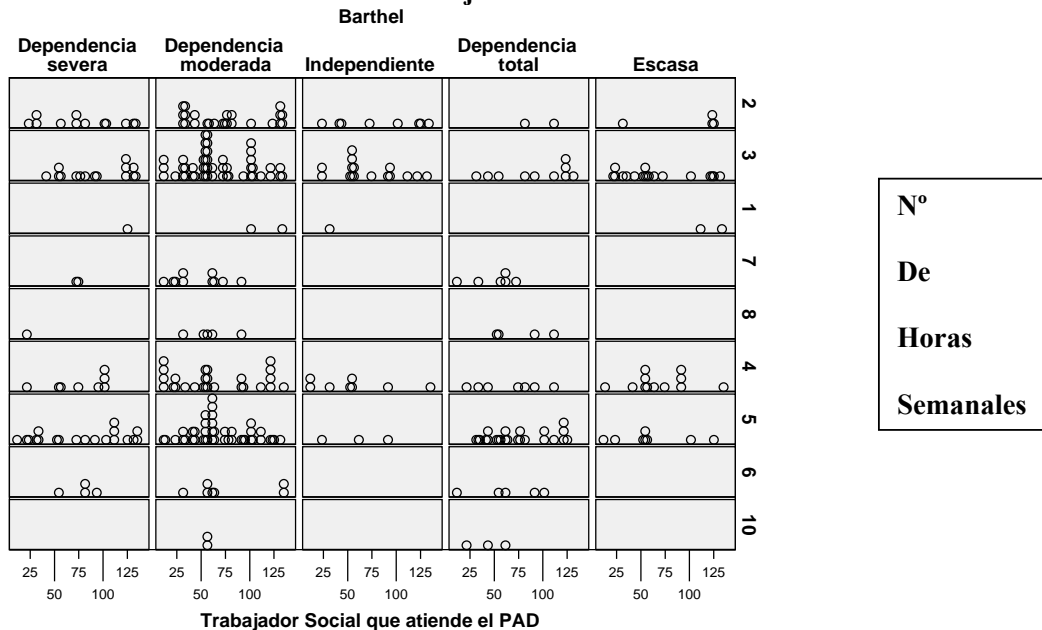
Analizamos también el número de horas en relación con los profesionales que realizaban la valoración en Ayuda Domiciliaria, resultando ésta significativa (Chi-cuadrado de Pearson 553,609 y Sig. asintótica –bilateral- ,000) (tabla 1.4.53, Anexo I).

Hemos podido constatar como el número de horas de atención en Ayuda Domiciliaria depende del Grado de Dependencia, Deterioro Cognitivo y profesional que realiza la asignación.

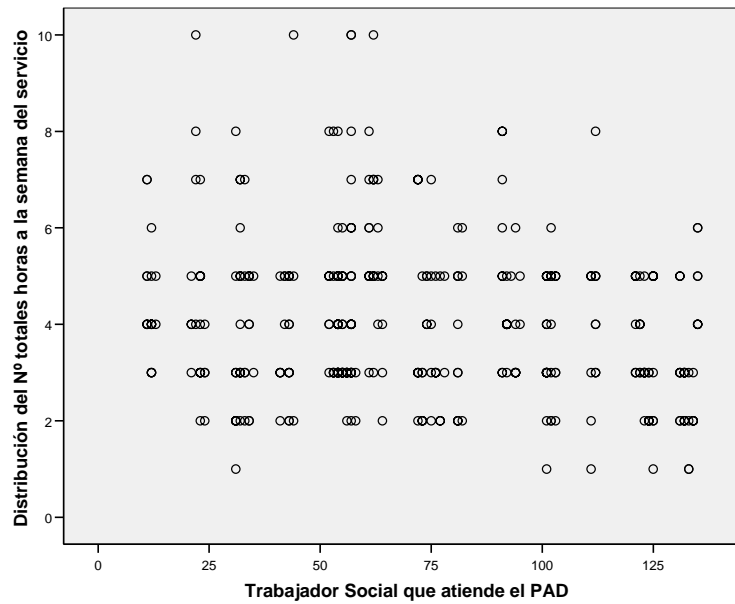
No obstante, esta asignación es un criterio individual (más deterioro y dependencia más horas) que un criterio técnico compartido por todos los profesionales, esto genera:

- Un elevado grado de dispersión en cuanto a la asignación de horas y deterioro cognitivo (correlación Rho de Spearman -,205 La correlación es significativa al nivel 0,01 –bilateral-).
- Un elevado grado de dispersión en cuanto a la asignación de horas y grado de dependencia (Barthel) (correlación Rho de Spearman -,296 La correlación es significativa al nivel 0,01 –bilateral-).

**Gráfico 27. Ayuda Domiciliaria: Histogramas dependencia según Barthel \* N° totales horas a la semana del servicio \* Trabajador Social**

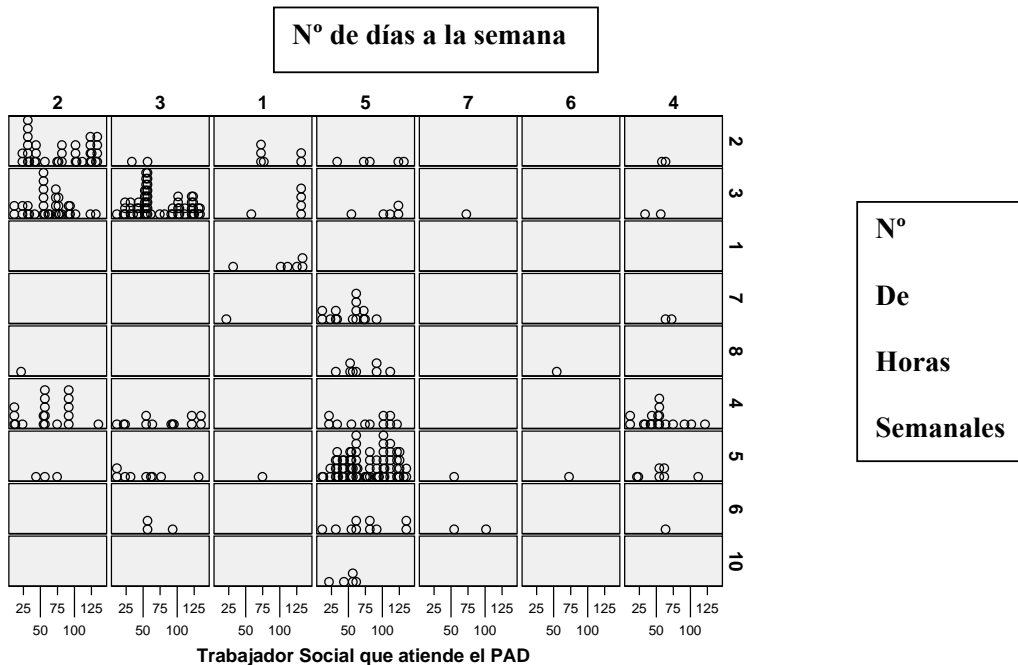


**Gráfico 28. Ayuda Domiciliaria: N° totales horas a la semana del servicio \* Trabajador Social**



- El número de días de atención está asociado al número de horas, pero en este caso la correlación es muy elevada (correlación Rho de Spearman ,706 La correlación es significativa al nivel 0,01 –bilateral-). El patrón es claro: una hora por día, dos horas dos días, tres horas dos o tres días etc, salvo los Sábados y Domingos (6 o 7 días) que salvo excepciones los “usuarios descansan”, porque no tienen necesidad de horas y atención.

**Gráfico 29. Ayuda Domiciliaria: Histogramas N° de día a la semana \* N° totales horas a la semana del servicio \* Trabajador Social**



### Características específicas que definen y conforman los usuarios atendidos en Teleasistencia.

- **Descriptivos de variables personales del mayor (Edad, Género, Estudios y Estado Civil). Análisis estadístico: Frecuencias, Medias, Desviación típica.**

Como podemos observar en la tabla el 75,5% de los mayores atendidos en Teleasistencia Domiciliaria son mujeres y el 24,5% hombres. No existe relación significativa entre la edad y el género (Tabla 1.5.1, Anexo I). Las edades estas oscilan entre los 63 y los 93 años, estando la media cercana a 79 años.

**Tabla 121. Teleasistencia: Tabla de contingencia Edad\* Género del entrevistado**

			Género del entrevistado		Total
			Femenino	Masculino	
Edad	60 - 64 años	% de Edad	100,0%		100,0%
		% del total	,9%		,9%
	65 - 74 años	% de Edad	74,1%	25,9%	100,0%
		% del total	18,9%	6,6%	25,5%
	75 - 84 años	% de Edad	77,2%	22,8%	100,0%
		% del total	41,5%	12,3%	53,8%
	85 y más años	% de Edad	71,4%	28,6%	100,0%
		% del total	14,2%	5,7%	19,8%
Total		% de Edad	75,5%	24,5%	100,0%
		% del total	75,5%	24,5%	100,0%

#### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad del entrevistado	106	63	93	78,76	6,431
N válido (según lista)	106				

#### Estudios.

En lo que al nivel de estudios se refiere, señalar que el 31,4% de los sujetos de la muestra no saben leer ni escribir y el 62,9% aunque afirman saber leer y escribir, no tienen ningún tipo de estudios académicos. Estudios Primarios/EGB, Bachiller, Medios o Superiores solamente los tienen un 5,7% de los usuarios/as (Tabla 1.5.2, Anexo I).

#### Estado Civil.

En cuanto al estado civil de los usuarios/as evaluados/as, el 62,9% de los mismos son viudos, los casados representan el 24,8% y solteros un 12,4%. (Tabla 1.5.3, Anexo I).

Encontramos una relación estadísticamente significativa entre el Estado Civil y el Género (Chi-cuadrado de Pearson= 12,081 y Sig. asintótica –bilateral- ,002). (Tabla 1.5.4, Anexo I). Así podemos ver en la tabla siguiente, como un 72,2% de las mujeres son viudas, mientras que un 46,2% de los hombres son casados y el 34,6% viudos. Las mujeres viudas 72,2% doblan a los hombres viudos 34,6%.

**Tabla 122. Teleasistencia: Tabla de contingencia Estado Civil \* Género del entrevistado**

		Género del entrevistado		Total
		Femenino	Masculino	
Estado Civil	Soltero/a	10,1%	19,2%	12,4%
	Casado/a	17,7%	46,2%	24,8%
	Viudo/a	72,2%	34,6%	62,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

**Número de personas que conviven con el mayor.**

El 66,4% de los mayores con teleasistencia vive sola, frente al 28% que vive con otra persona (pareja principalmente, un 77%) y el 5,6% con dos o más, esto último significa más de tres personas habitando en el hogar, incluido el mayor.

**Tabla 123. Teleasistencia: N° de personas con las que convive**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sola	71	66,4	66,4	66,4
	1	30	28,0	28,0	94,4
	2	3	2,8	2,8	97,2
	4 personas	3	2,8	2,8	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

El número de personas que conviven en el hogar con teleasistencia se encuentra asociado significativamente al género (Chi-cuadrado de Pearson= 9,117 y Sig. asintótica – bilateral- ,028). (Tabla 1.5.5, Anexo I). Son las mujeres que viven solas las usuarias mayoritarias del servicio 72,8%, mientras que los hombres usuarios son mayoritariamente casados 50% o se encuentran solos.

**Tabla 124. Teleasistencia: Tabla de contingencia. N° de personas con las que convive \* Género del entrevistado**

		Género del entrevistado		Total
		Femenino	Masculino	
N° TOTAL de personas con las que convive, excluido el mayor	Sola	72,8%	46,2%	66,4%
	1	21,0%	50,0%	28,0%
	2	2,5%	3,8%	2,8%
	4	3,7%		2,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Hemos de destacar a modo de resumen, que el perfil de los mayores atendidos en teleasistencia Domiciliaria está conformado mayoritariamente por mujeres que viven solas y viudas 72%; mientras que en los hombres con un porcentaje menor, 24,5%, se encuentran solos o casados en porcentajes similares cercanos al 50%. En ambos casos, hombres y mujeres, no tienen estudios representando un 94,3% del total de usuarios y tienen edades avanzadas, 79 años.

- **Descriptivos y perfiles de los mayores en función de variables biopsicosociales del mayor dependiente: Capacidad funcional (Barthel y Lawton), Capacidad Cognitiva (Mini-Examen cognoscitivo MEC), Depresión (GDS), Relaciones familiares (APGAR), Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC), Satisfacción vital (Escala Satisfacción de Lawton) y Salud (Caídas, Número de fármacos consumidos, Uso de prótesis – órtesis – Ayudas técnicas, Insulino dependencia, Percepción subjetiva de salud).**

**Capacidad funcional (Escala de Barthel).**

Puede observarse en la tabla siguiente, como según los criterios de esta escala, un 88,8% de la muestra presenta dependencia moderada, escasa o son independientes.

**Tabla 125. Teleasistencia: Porcentaje de sujetos con dependencia según Barthel**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Dependencia total (0-20)	4	3,7	3,7	3,7
Dependencia severa (21-60)	8	7,5	7,5	11,2
Dependencia moderada (61-90)	44	41,1	41,1	52,3
Escasa (91-99)	10	9,3	9,3	61,7
Independiente (100)	41	38,3	38,3	100,0
Total	107	100,0	100,0	

Para la muestra analizada, la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria, no tiene una relación estadísticamente significativa con el número de personas con las que convive el mayor (tabla 1.5.6, Anexo I), aunque hemos de destacar que el 60,7% viven solos y el 22,5% con otra persona (pareja), en ambos casos con dependencia moderada, escasa o son independientes.

**Tabla 126. Teleasistencia: Tabla de contingencia Barthel \* N° de personas con las que convive el mayor**

		N° TOTAL de personas con las que convive, excluido el mayor				Total
		0	1	2	4	
Barthel	Dependencia total	1,9%	1,9%			3,7%
	Dependencia severa	3,7%	3,7%			7,5%
	Dependencia moderada	25,2%	13,1%	1,9%	,9%	41,1%
	Escasa	6,5%	1,9%	,9%		9,3%
	Independiente	29,0%	7,5%		1,9%	38,3%
Total		66,4%	28,0%	2,8%	2,8%	100,0%

### Capacidad funcional (Escala de Lawton).

La escala de Lawton para AVDs instrumentales tiene un rango de puntuaciones entre 0 y 8, donde cero indica una máxima dependencia y ocho independencia. La media de puntuación se encuentra en 5,45 puntos y 6 puntos la mediana, indicándonos que un porcentaje elevado, 59%, de estos usuarios tienen escasa dependencia para la realización de actividades instrumentales.

**Tabla 127. Teleasistencia: Porcentaje de sujetos con dependencia según Índice Lawton**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 0	4	3,7	3,8	3,8
1	6	5,6	5,7	9,5
2	7	6,5	6,7	16,2
3	5	4,7	4,8	21,0
4	9	8,4	8,6	29,5
5	12	11,2	11,4	41,0
6	20	18,7	19,0	60,0
7	15	14,0	14,3	74,3
8	27	25,2	25,7	100,0
Total	105	98,1	100,0	
Perdidos Sistema	2	1,9		
Total	107	100,0		

**Puntuación Índice Lawton**

N	Válidos	105
	Perdidos	2
Media		5,45
Desv. típ.		2,382
Mínimo		0
Máximo		8
Percentiles	25	4,00
	50	6,00
	75	8,00

La capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria, tiene una relación estadísticamente significativa con el número de personas con las que convive el mayor (Chi-cuadrado de Pearson= 39,308 y Sig. asintótica –bilateral- ,025) (tabla 1.5.7, Anexo I). Podemos observar como este servicio se dirige a personas solas con poca dependencia para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria (5 o más puntos) un 41%, frente a un 26,9% con más dificultad en la realización de estas tareas (4 o menos puntos) viviendo solas o con otra persona.

**Tabla 128. Teleasistencia: Tabla de contingencia. Índice Lawton \* N° de personas con las que convive el mayor**

		N° TOTAL de personas con las que convive, excluido el mayor				Total
		0	1	2	4	
Puntuación Índice Lawton	Sola		3,8%			3,8%
	1	1,9%	2,9%	1,0%		5,7%
	2	2,9%	2,9%		1,0%	6,7%
	3	2,9%	1,0%	1,0%		4,8%
	4	4,8%	3,8%			8,6%
	5	7,6%	3,8%			11,4%
	6	13,3%	4,8%	1,0%		19,0%
	7	12,4%	1,9%			14,3%
	8	21,0%	2,9%		1,9%	25,7%
Total		66,7%	27,6%	2,9%	2,9%	100,0%

**Capacidad Cognitiva (Mini-Examen Cognoscitivo MEC).**

En el Mini Examen cognoscitivo de Lobo, como puede observarse en la tabla siguiente, el porcentaje de mayores con deterioro cognitivo alcanza un 15,2%.

**Tabla 129. Teleasistencia: Porcentaje de casos con deterioro cognitivo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin demencia	89	83,2	84,8	84,8
	Con demencia	16	15,0	15,2	100,0
	Total	105	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,9		
Total		107	100,0		

Para la muestra analizada, el deterioro cognitivo no tiene una relación estadísticamente significativa con el número de personas con quienes convive el mayor (tabla 1.5.8, Anexo I).

### Depresión (GDS).

El 63% de los mayores en teleasistencia no presentan depresión, frente al 30% que acusan una depresión moderada y el 7% una depresión severa. Depresión y número de personas con las que convive el mayor no tiene una relación estadísticamente significativa (tabla 1.5.9, Anexo I), aunque son las personas que viven solas quienes en mayor proporción manifiestan la misma, 75,7%, sea severa o moderada, frente a los que viven acompañados 24,3%.

**Tabla 130. Teleasistencia: Porcentaje de casos con depresión**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No depresión	63	58,9	63,0	63,0
	Depresión moderada	30	28,0	30,0	93,0
	Depresión severa	7	6,5	7,0	100,0
	Total	100	93,5	100,0	
Perdidos	Sistema	7	6,5		
Total		107	100,0		

**Tabla 131. Teleasistencia: N° de personas con las que convive el mayor \* Depresión**

		DEPRESIÓN		Total
		No depresión	Depresión moderada o severa	
N° TOTAL de personas con las que convive, excluido el mayor	Sola	65,1%	75,7%	69,0%
	1	28,6%	18,9%	25,0%
	2	3,2%	2,7%	3,0%
	4	3,2%	2,7%	3,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

### Relaciones familiares (APGAR).

El 83,2% de los mayores en teleasistencia mantienen unas relaciones familiares funcionales, frente al 16,2% con relaciones disfuncionales. El tipo de relación familiar y el número de personas con las que convive el mayor no tiene una relación estadísticamente significativa (tabla 1.5.10, Anexo I), aunque son las personas que viven solas quienes en mayor proporción manifiestan la misma, 76,5%, de disfuncionalidad en las relaciones.

**Tabla 132. Teleasistencia: Porcentaje de sujetos con relaciones familiares funcionales (APGAR)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Relaciones funcionales	84	78,5	83,2	83,2
	Relaciones disfuncionales	17	15,9	16,8	100,0
	Total	101	94,4	100,0	
Perdidos	Sistema	6	5,6		
Total		107	100,0		



**Tabla 133. Teleasistencia: Tabla de contingencia. N° de personas con las que convive el mayor \* APGAR**

		APGAR		Total
		Relaciones funcionales	Relaciones disfuncionales	
N° TOTAL de personas con las que convive, excluido el mayor	0	67,9%	76,5%	69,3%
	1	25,0%	23,5%	24,8%
	2	3,6%		3,0%
	4	3,6%		3,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

**Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC).**

Un 13,9% de los mayores atendidos en teleasistencia, manifiestan recibir falta de apoyo social frente al 86,1% que manifiestan un apoyo social adecuado.

**Tabla 134. Teleasistencia: Porcentaje de sujetos con apoyo social adecuado (DUKE-UNC)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Apoyo social adecuado	87	81,3	86,1	86,1
	Falta de apoyo social	14	13,1	13,9	100,0
	Total	101	94,4	100,0	
Perdidos	Sistema	6	5,6		
Total		107	100,0		

No encontramos relación significativa entre el número de personas con quien convive el mayor y el apoyo social (tabla 1.5.11, Anexo I).

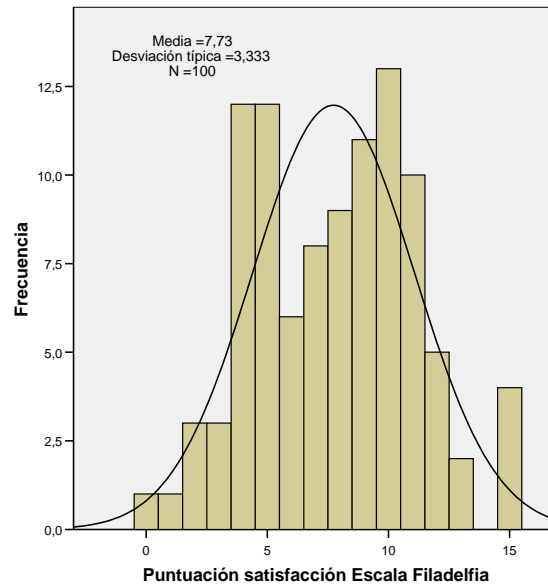
**Satisfacción vital.**

La evaluación de la Satisfacción Vital de los mayores atendidos en teleasistencia presenta una media en 7,73 puntos con una desviación típica de 3,333 puntos. Se observa que el 75% de los sujetos obtuvieron puntuaciones inferiores a 10 puntos.

**Puntuación satisfacción Escala Filadelfia**

N	Válidos	100
	Perdidos	7
Media		7,73
Mediana		8,00
Desv. típ.		3,333
Mínimo		0
Máximo		15
Percentiles	25	5,00
	50	8,00
	75	10,00

Lo anteriormente comentado puede observarse en el gráfico siguiente donde se presentan las frecuencias observadas en la pasación de la escala Philadelphia y su ajuste a la curva normal.

**Gráfico 30. Teleasistencia: Histograma puntuación satisfacción vital (PGC)**

La relación entre Satisfacción Vital y el número de personas con las que convive el mayor es muy alta, (Chi-cuadrado de Pearson= 71,292 y Sig. asintótica –bilateral- ,003) (tabla 1.5.12, Anexo I).

Se observa así que el 43,4% de los mayores con puntuaciones menores o igual a seis puntos viven solos frente al 24% que viven acompañados de una persona.

**Tabla 135. Teleasistencia: Tabla de contingencia. Satisfacción vital \* N° de personas con las que convive el mayor**

Puntuación satisfacción Escala Filadelfia	N° TOTAL de personas con las que convive, excluido el mayor				Total
	0	1	2	4	
0				33,3%	1,0%
1		4,0%			1,0%
2	2,9%		33,3%		3,0%
3	2,9%	4,0%			3,0%
4	15,9%	4,0%			12,0%
5	15,9%	4,0%			12,0%
6	5,8%	8,0%			6,0%
7	8,7%	4,0%		33,3%	8,0%
8	7,2%	16,0%			9,0%
9	13,0%		33,3%	33,3%	11,0%
10	11,6%	20,0%			13,0%
11	7,2%	16,0%	33,3%		10,0%
12	4,3%	8,0%			5,0%
13	1,4%	4,0%			2,0%
15	2,9%	8,0%			4,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Salud: Caídas, Número de fármacos consumidos, Uso de prótesis – órtesis – Ayudas técnicas, Insulino dependencia, Percepción subjetiva de salud.**

Analizando los diferentes componentes de salud estudiados: en un 46,7% de los usuarios existe riesgo de caídas (tabla 1.5.13, Anexo I), el 44,2% toma 5 o más fármacos (tabla 1.5.14, Anexo I), usan ayudas técnicas un 89,6% (tabla 1.5.15, Anexo I), son insulino dependientes el 21,9% (tabla 1.5.16, Anexo I) y manifiestan tener una salud buena, muy buena o excelente el 35% (tabla 1.5.17, Anexo I).

El riesgo de caídas no se encuentra asociado al número de personas con quien convive el mayor (tabla 1.5.18, Anexo I), aunque podemos observar que el riesgo de caídas disminuye cuando la persona vive sola.

**Tabla 136. Teleasistencia: Tabla de contingencia. Riesgo de caídas \* N° de personas con las que convive el mayor**

		Nº TOTAL de personas con las que convive, excluido el mayor				Total
		0	1	2	4	
CAIDAS	No existe riesgo de caídas	55,7%	32,1%	33,3%	50,0%	48,5%
	Existe riesgo de caídas	44,3%	67,9%	66,7%	50,0%	51,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

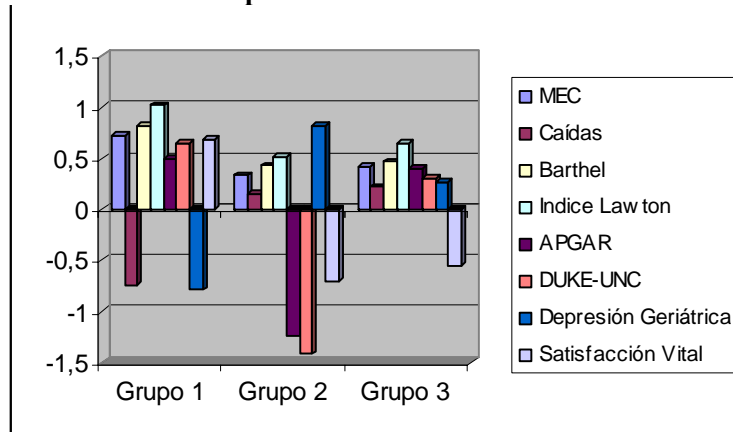
• **Existencia de grupos homogéneos (Análisis de Cluster).**

Todas las variables analizadas y que constituyen la solución de tres grupos, presentan diferencias significativas entre sí.

Como se observa en el gráfico, el primer perfil, constituido por el 45% de los sujetos de la muestra, sería un perfil que comparativamente no presentaría problemas en ninguna de las áreas evaluadas.

El segundo perfil, compuesto por el 21% de la muestra sería un grupo caracterizado por importantes problemas de tipo familiar y emocional y por último, el tercer perfil formado por el 34%, lo formarían mayores con problemas ligeros emocionales aunque con apoyo familiar.

**Gráfico 31. Teleasistencia: Perfil psicosocial de los usuarios**



**OBJETIVO 2: Identificación de diferencias estadísticamente significativas entre los mayores dependientes atendidos por los diferentes servicios de atención a la dependencia: Residencias, Centros de Estancias Diurnas, Cuidadores/as de Personas Dependientes, Ayuda a Domicilio, Teleasistencia y Medio Comunitario.**

**- Diferencias significativas en Variables personales del mayor (Edad, Género, Estudios y Estado Civil).**

La media de **edad** del mayor dependiente en Cuidadores Familiares se sitúa en 82,83 años frente al rango 78,76 – 80,51 en el resto de servicios: Teleasistencia, Centro de Estancias Diurnas, Ayuda Domiciliaria y Residencias (tabla 2.1.1, Anexo I y gráfico 2.1.1, Anexo II).

El análisis de las puntuaciones medias de edad, nos hizo observar como existían diferencias estadísticamente significativas entre las mismas, tal y como se observa en los resultados del test estadístico realizado y de su nivel de significación ( $F = 95.690$ ,  $P = 0.000$ ) (tabla 2.1.2, Anexo I). A tenor de las medias obtenidas, podemos diferenciar tres grupos de edad en función del servicio utilizado:

**Tabla 137. Comparación entre servicios: Contraste de medias. Edad (Student-Newman-Keuls)**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05		
		1	2	3
Medio comunitario	405	71,26		
Teleasistencia	106		78,76	
Centro de estancia diurna	229		79,61	
Ayuda domiciliaria	375		79,87	
Residencias	281		80,51	
Cuidadores familiares	202			82,83
Sig.		1,000	,072	1,000

En cuanto a las diferencias de **género** en función del servicio utilizado, hemos podido observar que existen diferencias significativas entre las mismas, tal y como se observa en el valor obtenido por la prueba (Chi-cuadrado de Pearson= 73,531 y Sig. asintótica –bilateral-,000) (tabla 2.1.3). El análisis porcentual, nos muestra como por ejemplo, el mayor número de mujeres, se da entre los usuarios del programa de cuidadores familiares, mientras que los porcentajes que más se acercan a los del medio comunitario serían los que se dan entre los usuarios de residencias.

**Tabla 138. Comparación entre servicios: Género de los entrevistados**

	Genero del entrevistado		Total
	Femenino	Masculino	
Residencias	67,3%	32,7%	100,0%
Centro de estancia diurna	78,2%	21,8%	100,0%
Cuidadores familiares	84,7%	15,3%	100,0%
Ayuda domiciliaria	75,2%	24,8%	100,0%
Teleasistencia	75,7%	24,3%	100,0%
Medio comunitario	56,0%	44,0%	100,0%
Total	70,6%	29,4%	100,0%

Analizando el nivel de **estudios** hemos de destacar como el % de los mayores que no sabe leer y escribir es mayoritario en Cuidadores Familiares un 56,3%. Esta variable también presenta diferencias significativas en función de ser usuario de un servicio concreto (Chi-cuadrado de Pearson = 119,892;  $p = .000$ ) (tabla 2.1.4, Anexo I).

**Tabla 139. Comparación entre servicios: Nivel de Estudios de los entrevistados**

		Nivel de Estudios					Total	
		Superior	Medios	Bachiller	E.G.B/ Primarios	Sabe leer y escribir		No sabe leer ni escribir
Grupo de Análisis	Residencias	1,4%	,4%	1,4%	9,6%	45,4%	41,8%	100,0%
	Centro de estancia diurna			1,4%	9,0%	50,2%	39,4%	100,0%
	Cuidadores familiares			,5%	6,5%	36,7%	56,3%	100,0%
	Ayuda domiciliaria	,5%	,5%	,5%	5,6%	54,8%	37,9%	100,0%
	Teleasistencia		1,9%	1,0%	2,9%	62,9%	31,4%	100,0%
	Medio comunitario	,8%	2,5%	2,0%	12,3%	62,2%	20,3%	100,0%
Total		,6%	1,0%	1,2%	8,4%	52,6%	36,2%	100,0%

El **estado civil** es también una variable diferencial entre los usuarios de los diversos servicios para mayores, tal y como se observa por el valor del estadístico (Chi-cuadrado de Pearson = 428,228;  $p = .000$ ) (tabla 2.1.5, Anexo I).

El análisis de la distribución porcentual, nos hace señalar que por ejemplo, el mayor porcentaje de casados (independientemente de los mayores del medio comunitario), se da entre los usuarios de las Unidades de Estancia Diurna y la Ayuda domiciliaria. Señalar también el alto porcentaje de solteros que componen el perfil de usuarios de Residencias y el de viudos/as en Cuidadores.

**Tabla 140. Comparación entre servicios: Estado Civil de los entrevistados**

		Estado Civil				Total
		Soltero/a	Casado/a	Viudo/a	Otros	
Grupo de Análisis	Residencias	33,7%	19,0%	45,2%	2,2%	100,0%
	Centro de estancia diurna	3,1%	34,5%	62,4%		100,0%
	Cuidadores familiares	4,0%	22,4%	73,6%		100,0%
	Ayuda domiciliaria	14,4%	30,5%	54,5%	,5%	100,0%
	Teleasistencia	12,4%	24,8%	62,9%		100,0%
	Medio comunitario	6,7%	71,5%	21,8%		100,0%
Total		12,8%	38,0%	48,7%	,5%	100,0%

Subrayar respecto a las variables sociodemográficas, que el servicio de Cuidadores Familiares sobresale por presentar el mayor número de mujeres, mayor edad de los usuarios, un porcentaje muy elevado de viudos y sujetos que no saben leer y escribir.

- **Diferencias significativas en variables biopsicosociales del mayor dependiente: Capacidad funcional (Barthel, Lawton y baremos AVD-B e I del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales), Capacidad Cognitiva (Mini-Examen cognoscitivo MEC), Depresión (GDS), Relaciones familiares (APGAR), Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC), Red de Apoyo Familiar (familiares que residen en el municipio y fuera del municipio), Satisfacción vital (Escala Satisfacción de Lawton), Salud (Caídas, Número de fármacos consumidos, Uso de prótesis – órtesis – Ayudas técnicas, Insulinodependencia) y salud subjetiva.**

Las diferencias entre los diferentes servicios y el medio comunitario analizadas en este objetivo, nos permite obtener “una fotografía” de la realidad actual; no obstante, su interpretación en relación al establecimiento de un modelo empírico para la toma de decisiones nos llevaría a resultados erróneos en tanto existen en todos los servicios de atención un porcentaje importante de sujetos que en la actualidad, con la Ley de Dependencia, no entrarían como usuarios de los mismos. La conformación de un modelo empírico se realizará en el objetivo 9 y la cobertura inapropiada en el 4.

### Capacidad funcional.

Se utilizaron tres indicadores para analizar la capacidad funcional de los encuestados, dos instrumentos de valoración clásicos, que evalúan las actividades básicas (Índice de Barthel) y las actividades instrumentales (Índice de Lawton) y baremo construido por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales para poner en marcha la Ley de Dependencia. Pasamos a analizar las diferencias que cada uno de los grupos de análisis obtuvieron en cada indicador.

### Capacidad funcional: Índice de Barthel.

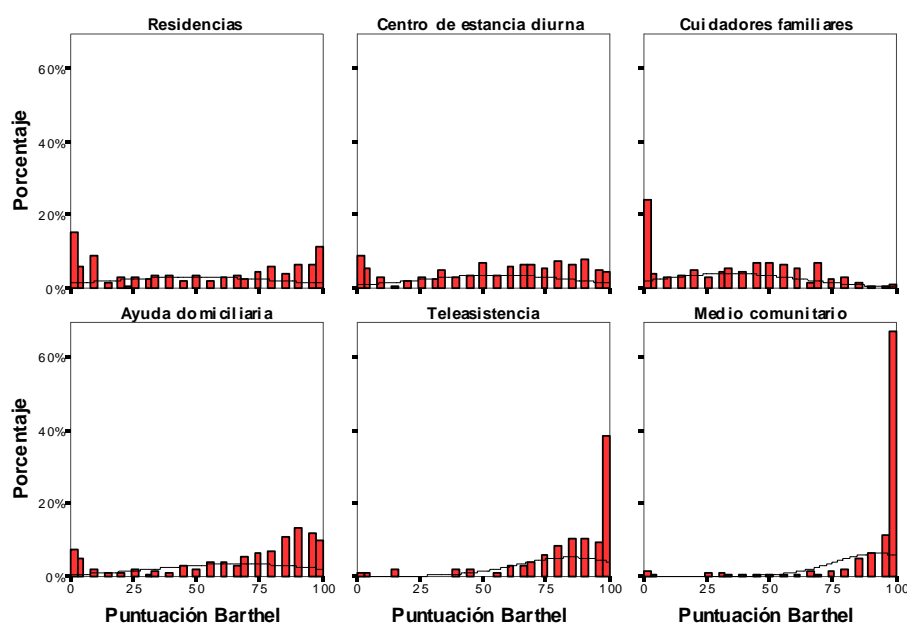
Las medias obtenidas por los distintos servicios en este indicador son significativamente distintas ( $F = 152,419$ ,  $P = 0,000$ ) (tabla 2.2.1, Anexo I). Es decir, la capacidad funcional medida por el índice de Barthel, varía en cada servicio, pudiéndose identificar seis grupos distintos en función de la media utilizada. Según los resultados obtenidos, este instrumento, sería capaz de diferenciar con los actuales usuarios de servicios sociales, seis puntuaciones diferentes que ubicarían a cada sujeto en un servicio distinto.

**Tabla 141. Comparación entre servicios: Contraste de medias. Barthel (Student-Newman-Keuls)**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05					
		1	2	3	4	5	6
Cuidadores familiares	202	34,38					
Residencias	281		49,37				
Centro de estancia diurna	229			55,39			
Ayuda domiciliaria	375				66,63		
Teleasistencia	107					84,67	
Medio comunitario	404						92,83
Sig.		1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000

Señalar como las puntuaciones en Cuidadores Familiares, Residencias, Centros de Estancias Diurnas, se corresponden con dependencia en Barthel total – severa (0 – 60 puntos), la Ayuda Domiciliaria con dependencia en Barthel moderada (61 – 90 puntos), la Teleasistencia con dependencia en Barthel cercana a escasa (91-99 puntos) y los mayores del medio Comunitario se aproximan a puntuaciones de Independencia (100 puntos). No obstante, decir también que, existe un importante solapamiento entre los diferentes servicios respecto a los usuarios atendidos en función de su dependencia.

**Gráfico 32. Comparación entre servicios: Histogramas Barthel \* Grupo de análisis (Servicios)**



**Tabla 142. Comparación entre servicios: Tabla de contingencia Grupo de Análisis \* Barthel**

	Barthel					Total
	Dependencia total (0-20)	Dependencia severa (21-60)	Dependencia moderada (61-90)	Escasa (91-99)	Independiente (100)	
Residencias	34,2%	22,1%	26,0%	6,4%	11,4%	100,0%
Centro de estancia diurna	19,2%	31,9%	39,7%	4,8%	4,4%	100,0%
Cuidadores familiares	39,6%	43,1%	15,8%	,5%	1,0%	100,0%
Ayuda domiciliaria	16,3%	16,8%	45,3%	11,7%	9,9%	100,0%
Teleasistencia	3,7%	7,5%	41,1%	9,3%	38,3%	100,0%
Medio comunitario	1,5%	4,0%	16,6%	11,1%	66,8%	100,0%
Total	18,2%	19,3%	29,8%	8,1%	24,5%	100,0%

**Capacidad funcional: Índice de Lawton.**

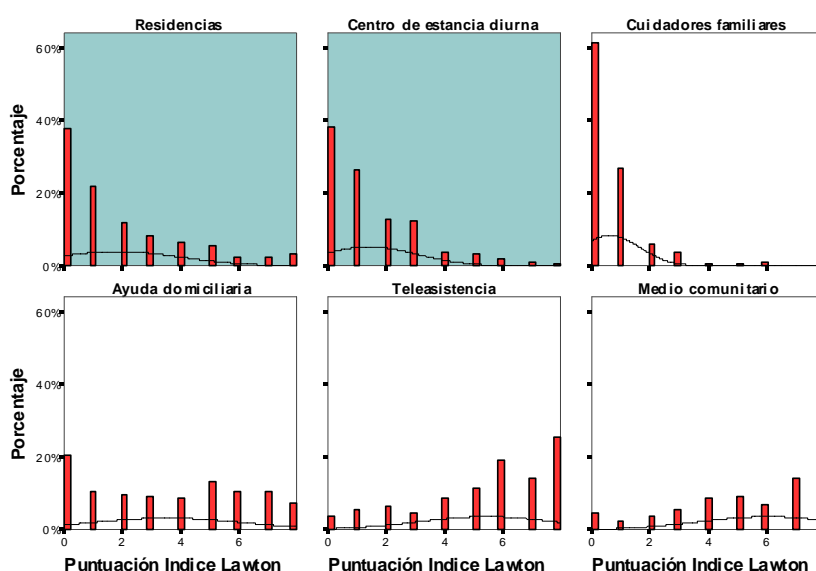
Los resultados obtenidos en la evaluación de las actividades instrumentales fueron similares a los obtenidos con el test de Barthel. Es importante señalar que aunque la prueba de la comparación de medias fue estadísticamente significativa ( $F = 266,285$  y  $p = 0,000$ ) (tabla 2.2.2, Anexo I), la prueba de Student-Newman-Keuls sólo fue capaz de diferenciar cinco grupos homogéneos, no encontrando diferencias significativas en las medias obtenidas en el índice de Lawton entre los usuarios de las Unidades de Estancia Diurna y los usuarios de Residencias.

**Tabla 143. Comparación entre servicios: Contraste de medias. Índice de Lawton (Student-Newman-Keuls)**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05				
		1	2	3	4	5
Cuidadores familiares	202	,61				
Centro de estancia diurna	229		1,42			
Residencias	278		1,80			
Ayuda domiciliaria	375			3,51		
Teleasistencia	105				5,45	
Medio comunitario	404					6,04
Sig.		1,000	,072	1,000	1,000	1,000

Existe como en el caso anterior, un importante solapamiento entre los diferentes servicios respecto a los usuarios atendidos en función de su dependencia: Cuidadores Familiares, Residencias - Centros de estancia Diurna, Ayuda a Domicilio.

**Gráfico 33. Comparación entre servicios: Histogramas Índice de Lawton \* Grupo de análisis (Servicios)**



**Tabla 144. Comparación entre servicios: Tabla de contingencia. Índice Lawton \* Grupo de Análisis**

	Grupo de Análisis						Total
	Residencia	Centro de estancia diurna	Cuidadores familiares	Ayuda domiciliaria	Teleasistencia	Medio comunitario	
Puntuación Índice Lawton 0	37,8%	38,0%	61,4%	20,5%	3,8%	4,5%	26,1%
1	22,3%	26,6%	26,7%	10,4%	5,7%	2,5%	14,6%
2	11,9%	12,7%	5,9%	9,9%	6,7%	3,7%	8,3%
3	8,3%	12,2%	4,0%	9,6%	4,8%	5,7%	7,7%
4	6,5%	3,9%	,5%	8,5%	8,6%	8,9%	6,6%
5	5,4%	3,5%	,5%	13,1%	11,4%	9,4%	7,7%



	6	2,5%	1,7%	1,0%	10,1%	19,0%	6,9%	6,2%
	7	2,2%	,9%		10,7%	14,3%	14,4%	7,6%
	8	3,2%	,4%		7,2%	25,7%	44,1%	15,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Podemos interpretar en un primer análisis como:

- Los Cuidadores Familiares es un servicio utilizado para mayores con dependencia total y severa (puntuaciones Barthel) y muy altas puntuaciones en Lawton, el 88,1% de los sujetos tienen puntuación de 1 o menos.
- Las Residencias y Centros de Estancias Diurnas, son utilizados para mayores dependientes con una dependencia menor que Cuidadores en Familiares, sea esta total o severa, donde un 31% de media de los sujetos tienen puntuación de 1 o menos en Lawton.
- La Ayuda Domiciliaria es básicamente utilizada para una dependencia en Barthel moderada y puntuaciones más altas en Lawton –menos dependencia-, el 69,1% de los sujetos tienen puntuación superior a dos.
- El Índice de Lawton no es en principio un instrumento adecuado para la diferenciación de servicios, pues su rango de puntuación se sitúa entre 0 – 2 puntos, margen muy escaso que posibilitaría asignación de servicios no adecuados por errores en la valoración.

**Capacidad funcional: Baremo AVD-B e I del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS).**

Con el baremo desarrollado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales sucede lo mismo que con el índice de Lawton, las diferencias obtenidas en las medias son estadísticamente significativas ( $F = 224,526$   $p = ,0000$ ) (tabla 2.2.3, Anexo I), estableciendo en un mismo grupo los sujetos de Residencias y Centros de Estancia Diurna.

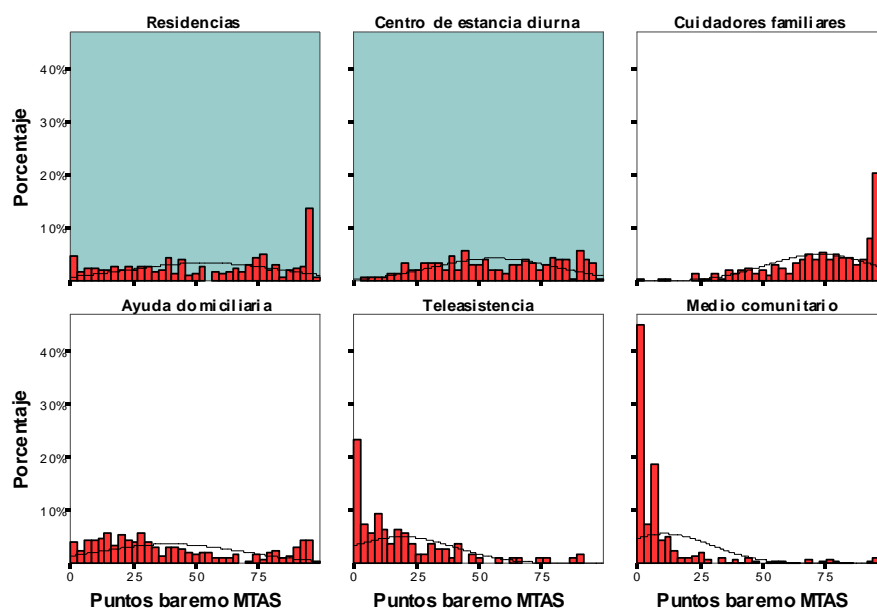
**Tabla 145. Comparación entre servicios: Contraste de medias. Baremo Dependencia MTAS (Student-Newman-Keuls)**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05				
		1	2	3	4	5
Medio comunitario	404	10,86				
Teleasistencia	107		19,19			
Ayuda domiciliaria	375			39,90		
Residencias	281				53,72	
Centro de estancia diurna	229				56,17	
Cuidadores familiares	202					72,98
Sig.		1,000	1,000	1,000	,311	1,000

Señalar como las puntuaciones en Cuidadores Familiares se sitúan en Grado III (Grado III nivel I), Residencias y Centros de Estancias Diurnas en Grado II (Grado II nivel I), la Ayuda Domiciliaria en Grado I (Grado I nivel I y II), tanto la Teleasistencia como los mayores del medio Comunitario tendrían puntuaciones medias que las situarían fuera de la atención en el marco de la Ley de Dependencia.

La situación es similar a lo sucedido con Lawton, un importante solapamiento entre los diferentes servicios respecto a los usuarios atendidos en función de su dependencia: Cuidadores Familiares, Residencias - Centros de estancia Diurna, Ayuda a Domicilio.

**Gráfico 34. Comparación entre servicios: Histogramas Baremo MTAS \* Grupo de análisis (Servicios)**



**Tabla 146. Comparación entre servicios: Tabla de contingencia Grado y nivel dependencia Baremo MTAS \* Grupo de Análisis**

		Grupo de Análisis				Total
		Residencias	Centro de estancia diurna	Cuidadores familiares	Ayuda domiciliaria	
Grado y nivel dependencia	No existe grado de dependencia	23,8%	11,8%	3,5%	38,7%	22,6%
	Grado I y nivel 1	14,2%	17,9%	4,5%	20,0%	15,2%
	Grado I y nivel 2	8,2%	13,5%	7,9%	10,1%	9,9%
	Grado II y nivel 1	7,8%	14,8%	12,4%	8,3%	10,3%
	Grado II y nivel 2	11,0%	11,8%	17,8%	2,4%	9,5%
	Grado III y nivel 1	15,3%	17,0%	22,3%	9,1%	14,8%
	Grado III y nivel 2	19,6%	13,1%	31,7%	11,5%	17,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Podemos interpretar en un primer análisis como en la actualidad:

- Los Cuidadores Familiares es un servicio utilizado para mayores con una dependencia importante Grado III (54%) y II (30,2%), un 84,2% en total.
- Las Residencias y Centros de Estancias Diurnas, son utilizados para mayores dependientes con una dependencia menor que Cuidadores en Familiares, Grado II (11,35% de media) y III (16,25%).
- La Ayuda Domiciliaria es básicamente utilizada para una dependencia sustancialmente distinta a Cuidadores Familiares, Residencias y Centros de Estancia Diurna, Grado I (30,1%) y II (10,7%).

**Capacidad Cognitiva (Mini-Examen cognoscitivo MEC).**

Para la evaluación del deterioro cognitivo, se utilizó el Mini-Examen Cognoscitivo. Se utilizaron tal y como se comentó en el diseño de investigación, tres puntos de corte en función del nivel de estudios.

Es de señalar que los niveles de deterioro cognitivo son estadísticamente diferentes en los distintos servicios evaluados ( $F = 128,393$   $P = 0,000$ ) (tabla 2.2.4, Anexo I). Mediante el análisis de Student-Newman-Keuls, encontramos que no existían diferencias entre los usuarios de Residencias y Centros de Estancia Diurna, siendo el nivel de deterioro cognitivo similar en ambos servicios.

Las puntuaciones medias, que indican gravedad del mismo, señalan por este orden: Cuidadores familiares, Residencias y Centros de Estancia Diurna, Ayuda Domiciliaria y, Teleasistencia así como en el Medio Comunitario donde quedarían fuera del punto de corte establecido para determinar su presencia.

**Tabla 147. Comparación entre servicios: Contraste de medias. Deterioro cognitivo – MEC- (Student-Newman-Keuls)**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05				
		1	2	3	4	5
Cuidadores familiares	185	13,19				
Residencias	272		15,44			
Centro de estancia diurna	203		16,65			
Ayuda domiciliaria	357			21,10		
Teleasistencia	105				25,12	
Medio comunitario	394					27,42
Sig.		1,000	,126	1,000	1,000	1,000

La distribución porcentual del deterioro cognitivo por servicios fue la siguiente:

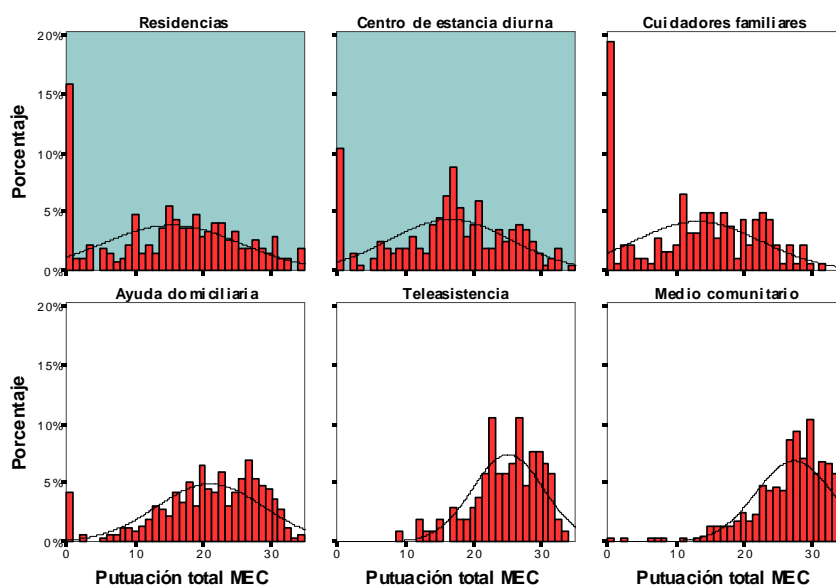
**Tabla 148. Comparación entre servicios: Porcentaje de casos con deterioro cognitivo**

Grupo de Análisis		Demencia		Total
		Sin Demencia	Con Demencia	
Grupo de Análisis	Residencias	33,1%	66,9%	100,0%
	Centro de estancia diurna	35,9%	64,1%	100,0%
	Cuidadores familiares	28,0%	72,0%	100,0%
	Ayuda domiciliaria	59,8%	40,2%	100,0%
	Teleasistencia	84,8%	15,2%	100,0%
	Medio comunitario	89,8%	10,2%	100,0%
Total		57,6%	42,4%	100,0%

Como se observa en la tabla anterior, el porcentaje medio de demencia es del 42.4%, dándose el mayor porcentaje de Deterioro Cognitivo, entre los mayores atendidos en el programa de “Cuidadores familiares”. Se debe señalar que independientemente del nivel de deterioro considerado, un 10% de los mayores del medio comunitario, puntuarían en esta prueba como con Deterioro Cognitivo.

Se aprecia también cierto solapamiento entre los diferentes servicios respecto a los usuarios atendidos en función de su dependencia: Cuidadores Familiares, Residencias - Centros de estancia Diurna, Ayuda a Domicilio.

**Gráfico 35. Comparación entre servicios: Histogramas Deterioro cognitivo \* Grupo de análisis (Servicios)**



### Depresión (GDS).

La evaluación del estado emocional se realizó mediante la “Escala de Depresión Geriátrica” (GDS), obteniéndose diferencias significativas entre las puntuaciones medias logradas por los distintos grupos, ( $F = 38,607$   $p = 0,000$ ) (tabla 2.2.5, Anexo I). No se encontraron diferencias entre los niveles de depresión padecidos por los usuarios de Teleasistencia, Residencias Geriátricas y Centros de Estancia Diurna.

**Tabla 149. Comparación entre servicios: Contraste de medias. Depresión –GDS– (Student-Newman-Keuls)**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05			
		1	2	3	4
Medio comunitario	383	3,45			
Teleasistencia	100		4,83		
Residencias	194		5,11		
Centro de estancia diurna	136		5,27		
Ayuda domiciliaria	318			6,61	
Cuidadores familiares	110				7,38
Sig.		1,000	,491	1,000	1,000

A nivel porcentual, mayor nivel de depresión se daría entre los mayores en Cuidadores/as y Ayuda Domiciliaria, es de señalar que además entre los usuarios de estos servicios, se dan los porcentajes mayores de depresión moderada y severa.

**Tabla 150. Comparación entre servicios: Tabla de contingencia Grupo de Análisis \* Depresión**

		DEPRESIÓN			Total
		No depresión	Depresión moderada	Depresión severa	
Grupo de Análisis	Residencias	59,8%	29,9%	10,3%	100,0%
	Centro de estancia diurna	56,6%	36,0%	7,4%	100,0%
	Cuidadores familiares	36,4%	39,1%	24,5%	100,0%
	Ayuda domiciliaria	39,9%	42,5%	17,6%	100,0%
	Teleasistencia	63,0%	30,0%	7,0%	100,0%
	Medio comunitario	77,5%	17,8%	4,7%	100,0%
Total		58,0%	30,9%	11,1%	100,0%

La depresión se encuentra asociada al nivel de dependencia (Barthel), ( $F = 13,856$   $P = 0,000$ ) (tabla 2.2.6, Anexo I), observándose como la depresión moderada y severa (a partir de 6 puntos) se sitúa en la franja de dependencias (totales-severas) y moderadas en Barthel (totales 0-20, 21-60 severas y 61-90 moderadas).

**Tabla 151. Comparación entre servicios: Contraste de medias. Barthel \* Depresión (Student-Newman-Keuls)**

Puntuación depresión geriátrica	N	Subconjunto para alfa = .05				
		1	2	3	4	5
15	9	49,44				
13	26	55,77	55,77			
14	19	55,79	55,79			
11	59	60,15	60,15	60,15		
12	25	61,40	61,40	61,40		
7	88	65,00	65,00	65,00		
9	75	66,07	66,07	66,07		
8	71		68,38	68,38	68,38	
10	52		69,52	69,52	69,52	
<b>6</b>	<b>97</b>			<b>73,87</b>	<b>73,87</b>	<b>73,87</b>
4	117			74,91	74,91	74,91
5	92			76,20	76,20	76,20
3	134				84,07	84,07
0	74					87,43
2	147					87,45
1	156					90,51
Sig.		,053	,229	,107	,063	,052

Las diferencias en depresión entre los diferentes servicios y medio comunitario desaparecen cuando realizamos un análisis univariado con VD puntuación en depresión y factores fijos: servicio y medio comunitario, Barthel total o severo, APGAR y DUKE. Significación  $P = ,667$  en el caso grupo \* Barthel.

Estableciéndose un solo grupo homogéneo, análisis univariante con VD puntuación en depresión y efectos fijos servicios o medio comunitario y filtrando datos con Barthel total o severo.

**Tabla 152. Comparación entre servicios: Pruebas de los efectos inter-sujetos. Variable dependiente: Puntuación depresión geriátrica**

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación	Potencia observada(a)
Modelo corregido	4495,941(b)	43	104,557	9,837	,000	1,000
Intersección grupo	8633,605	1	8633,605	812,313	,000	1,000
APGAR	166,172	5	33,234	3,127	,008	,880
DUKE	3,611	1	3,611	,340	,560	,090
Barthel	233,043	1	233,043	21,926	,000	,997
grupo * APGAR	126,371	1	126,371	11,890	,001	,931
grupo * DUKE	53,616	5	10,723	1,009	,411	,364
APGAR * DUKE	34,267	5	6,853	,645	,666	,237
grupo * APGAR * DUKE	30,700	1	30,700	2,889	,089	,397
grupo * Barthel	85,953	5	17,191	1,617	,152	,567
APGAR * Barthel	34,145	5	6,829	,643	,667	,236
grupo * APGAR* Barthel	,186	1	,186	,017	,895	,052
DUKE* Barthel	36,115	5	7,223	,680	,639	,249
grupo * DUKE * Barthel	1,194	1	1,194	,112	,738	,063
APGAR * DUKE * Barthel	59,541	4	14,885	1,401	,232	,439
grupo * APGAR * DUKE * Barthel	12,627	1	12,627	1,188	,276	,193
Error	12573,430	1183	10,628			
Total	49901,000	1227				
Total corregida	17069,371	1226				

a Calculado con alfa = ,05

b R cuadrado = ,263 (R cuadrado corregida = ,237)

**Tabla 153. Comparación entre servicios: Contraste de medias. Depresión –GDS- para Barthel total o severo (Student-Newman-Keuls)**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
Residencias	85	5,88
Centro de estancia diurna	52	6,15
Medio comunitario	10	7,30
Ayuda domiciliaria	71	7,58
Cuidadores familiares	80	7,99
Teleasistencia	8	8,13
Sig.		,349

**Relaciones familiares (APGAR),**

La funcionalidad de las relaciones familiares, según la percepción de los entrevistados, fueron diferentes en función del servicio utilizado ( $F = 36,408$   $p = 0.000$ ) (tabla 2.2.7, Anexo I).

Como se observa en los resultados presentados en la tabla siguiente, se aprecian cuatro niveles de funcionalidad de las relaciones familiares de los entrevistados. Los que obtendrían el nivel más alto serían los usuarios de los Centros Estancia Diurna, los participantes en los Programas de Cuidadores y aquellos que se encuentran en el medio Comunitario, le seguirían los usuarios de la Teleasistencia, aquellos que utilizan la Ayuda Domiciliaria y por último los usuarios de Residencias.

**Tabla 154. Comparación entre servicios: Contraste de medias. Relaciones familiares – APGAR- (Student-Newman-Keuls)**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05			
		1	2	3	4
Residencias	208	6,08			
Ayuda domiciliaria	325		7,46		
Teleasistencia	101			8,19	
Centro de estancia diurna	144			8,34	8,34
Cuidadores familiares	120			8,62	8,62
Medio comunitario	389				8,96
Sig.		1,000	1,000	,301	,083

Resulta significativa la asociación entre la relación familiar, sea funcional o disfuncional, y el tipo de centro, de manera que son los usuarios de Residencias los que manifiestan peores relaciones y los del Medio Comunitario y Cuidadores, las mejores. (Chi-cuadrado de Pearson 87,063 y Sig. asintótica -bilateral- 0,000) (tabla 2.2.8, Anexo I).

**Tabla 155. Comparación entre servicios: Tabla de contingencia. Grupo de Análisis \* APGAR**

		APGAR		Total
		Relaciones funcionales (más de 6 puntos)	Relaciones disfuncionales (menos de 6 puntos)	
Grupo de Análisis	Residencias	62,0%	38,0%	100,0%
	Centro de estancia diurna	84,0%	16,0%	100,0%
	Cuidadores familiares	88,3%	11,7%	100,0%
	Ayuda domiciliaria	75,1%	24,9%	100,0%
	Teleasistencia	83,2%	16,8%	100,0%
	Medio comunitario	91,3%	8,7%	100,0%
Total		80,7%	19,3%	100,0%

**Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC).**

La percepción del apoyo socio familiar fue medida mediante la escala DUKE-UNC. El análisis de comparación de medias realizado, fue estadísticamente significativo, (F = 22,944 p= ,000) (tabla 2.2.9), lo que significa que al menos entre dos de los grupos comparados las diferencias entre las puntuaciones medias en el test de DUKE-UNC, fueron significativas.

Estas diferencias se darían especialmente entre los usuarios de Residencias y los usuarios de los demás servicios, obteniendo los primeros una puntuación media más baja que el resto.

**Tabla 156. Comparación entre servicios: Contraste de medias. Apoyo social – DUKE.UNC- (Student-Newman-Keuls)**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05			
		1	2	3	4
Residencias	205	38,26			
Ayuda domiciliaria	323		41,27		
Cuidadores familiares	117		43,16	43,16	
Teleasistencia	101			44,38	44,38
Centro de estancia diurna	144			45,05	45,05
Medio comunitario	390				46,92
Sig.		1,000	,094	,217	,063

Resulta significativa la asociación entre la apoyo sociofamiliar, sea adecuado o falta de apoyo, y el tipo de centro, de manera que son los usuarios de Residencias y los de Ayuda a Domicilio los que manifiestan que les falta apoyo social en mayor grado y los del Medio Comunitario, Centros de Estancia Diurna y Cuidadores/as los que manifiestan un mayor apoyo social (Chi-cuadrado de Pearson 45,216 y Sig. asintótica -bilateral- ,000) (tabla 2.2.10, Anexo I).

**Tabla 157. Comparación entre servicios: Tabla de contingencia Grupo de Análisis \* DUKE-UNC**

		DUKE-UNC		Total
		Apoyo social adecuado (más de 32 puntos)	Falta de apoyo social (menos de 32 puntos)	
Grupo de Análisis	Residencias	77,1%	22,9%	100,0%
	Centro de estancia diurna	90,3%	9,7%	100,0%
	Cuidadores familiares	92,3%	7,7%	100,0%
	Ayuda domiciliaria	78,9%	21,1%	100,0%
	Teleasistencia	86,1%	13,9%	100,0%
	Medio comunitario	92,3%	7,7%	100,0%
Total		85,8%	14,2%	100,0%

**Red de Apoyo Familiar (familiares que residen en el municipio y fuera del municipio).**

El ANOVA efectuado nos indica diferencias significativas en el número de familiares del mayor dependiente (hijos/as, yernos/nueras, nietos/as y sobrinos/as) (1) residentes tanto el municipio como (2) fuera de este y el servicio donde se encuentra ubicado. ( $F= 41,269$   $p= ,000$  y  $F=20,306$   $p= ,000$  respectivamente) (tabla 2.2.11, Anexo I).

Se conforman dos grupos diferenciados,  $\alpha = .05$ , en el caso de familiares residentes fuera del municipio: Residencias y Centros de Estancia Diurna /versus/ Medio Comunitario, Cuidadores Familiares, Teleasistencia y Ayuda a Domicilio. Media de familiares entre 3,4 y 4,5 en el primer caso frente a 7 - 9 en el segundo.

**Tabla 158. Comparación entre servicios: Contraste de medias. Familiares residentes fuera del municipio (Student-Newman-Keuls)**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
Residencias	280	3,43	
Centro de estancia diurna	226	4,48	
Medio comunitario	403		7,05
Cuidadores familiares	202		8,29
Teleasistencia	106		8,61



Ayuda domiciliaria	372		9,05
Sig.		,191	,061

Se conforman, dos grupos diferenciados (si excluimos el Medio Comunitario), alfa = .05, en el caso de familiares residentes en del municipio: Residencias /versus/ Centros de Estancia Diurna, Cuidadores Familiares, Teleasistencia y Ayuda a Domicilio. Media de familiares 0,6 en el primer caso frente a 5 - 6 en el segundo.

**Tabla 159. Comparación entre servicios: Contraste de medias. Familiares residentes en el municipio (Student-Newman-Keuls)**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05		
		1	2	3
Residencias	281	,59		
Ayuda domiciliaria	375		5,31	
Centro de estancia diurna	226		5,87	5,87
Cuidadores familiares	200		6,15	6,15
Teleasistencia	107		6,40	6,40
Medio comunitario	404			6,89
Sig.		1,000	,234	,289

Podemos interpretar como las Residencias son utilizadas en aquellos casos donde el mayor dependiente tiene un **menor** número de familiares tanto fuera como en el municipio y, tanto Residencias como Centros de Estancias Diurnas constituyen la opción en el caso de un menor número de familiares residentes fuera del municipio.

**Satisfacción vital (Escala Satisfacción de Lawton).**

La Satisfacción Vital se midió mediante el test de Lawton, obteniéndose diferencias significativas entre las puntuaciones medias alcanzadas por los distintos grupos de usuarios (F = 18,857 p =,000) (tabla 2.2.12, Anexo I).

**Tabla 160. Comparación entre servicios: Contraste de medias. Satisfacción vital -PGC- (Student-Newman-Keuls)**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05			
		1	2	3	4
Ayuda domiciliaria	317	6,65			
Cuidadores familiares	110	7,15	7,15		
Centro de estancia diurna	136	7,30	7,30		
Teleasistencia	100		7,73	7,73	
Residencias	193			8,38	8,38
Medio comunitario	383				8,99
Sig.		,205	,290	,088	,111

Los grupos establecidos respecto a la satisfacción vital son difíciles de analizar e interpretar dado que satisfacción vital y la depresión se encuentra fuertemente asociadas (F = 117,832 p =,000) (tabla 2.2.13. gráfico 2.2.2).

Realizando un análisis univariante con VD puntuación satisfacción vital y factores fijos: servicios - medio comunitario (grupo) y depresión; la interacción entre los grupos y depresión (severa, moderada, no depresión) es significativa (F = 1,974 p =,033) (tabla 2.2.14, Anexo I). Las puntuaciones continúan manteniéndose claramente agrupadas:

- Ayuda Domiciliaria 6,65 puntos de media.
- Cuidadores familiares, Centros de Estancia Diurna y Teleasistencia 7,39.

- Residencias 8,38.
- Medio Comunitario 9 puntos.

**Puntuación Satisfacción vital. Student-Newman-Keuls**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto			
		1	2	3	4
Ayuda domiciliaria	317	6,65			
Cuidadores familiares	110		7,15		
Centro de estancia diurna	136		7,30		
Teleasistencia	100		7,73		
Residencias	193			8,38	
Medio comunitario	383				8,99
Significación		1,000	,057	1,000	1,000

Analizando efectos principales:

- (1) Cuando no existe depresión las puntuaciones en satisfacción vital superan en todos los servicios los 9 puntos (tabla 2.2.15, Anexo I).
- (2) Cuando la depresión es moderada las puntuaciones en satisfacción vital en todos los servicios oscilan entre 5 y 6 puntos (tabla 2.2.16, Anexo I).
- (3) Cuando la depresión es severa las puntuaciones en satisfacción vital en todos los servicios oscilan entre 3 y 4 puntos (tabla 2.2.17, Anexo I).

En el primer y segundo caso aunque el análisis de varianza resulta significativo y tengamos dos grupos, esta significación la consideramos no significativa “clínicamente”. El resultado global es claro, la satisfacción vital disminuye sensiblemente si existe depresión, sea moderada o severa, no existiendo entonces diferencias entre los grupos (servicios).

Hemos realizado así mismo la relación existente entre dependencia en Barthel (total o severa) -en tanto que dependencia y depresión se encuentran asociadas-, la satisfacción vital y la depresión (depresión severa, moderada o ausencia de la misma), los resultados nos indican que:

- En Depresiones (severas) y dependencia en Barthel (total o severa) las puntuaciones en satisfacción vital son estadísticamente no significativas entre los grupos, oscilando entre 2 puntos Medio Comunitario y 4 puntos Cuidadores familiares (tabla 2.2.18, Anexo I).
- En Depresiones (moderadas) y dependencia en Barthel (total o severa) las puntuaciones en satisfacción vital son estadísticamente no significativas entre los grupos, oscilando entre 5 puntos Estancias Diurnas y 6 puntos Cuidadores familiares (tabla 2.2.19, Anexo I).
- Cuando no existe depresión y dependencia en Barthel (total o severa) las puntuaciones en satisfacción vital son estadísticamente no significativas entre los grupos, oscilando entre 7 puntos Teleasistencia y cerca 11 puntos Residencias (tabla 2.2.20, Anexo I).

El resultado global también es claro en este caso, la satisfacción vital disminuye sensiblemente si existe depresión, sea moderada o severa cuando existe dependencia, no existiendo diferencias entre los grupos (servicios).

Cuando comparamos ambos resultados, podemos observar que la satisfacción vital disminuye sensiblemente si existe depresión, disminuyendo aún más cuando la dependencia se incrementa.

**Tabla 161. Comparación entre servicios: Relación entre severidad de la depresión y severidad de la dependencia**

	<b>Independientemente de la Dependencia</b>	<b>Con Dependencia Barthel (total o severa)</b>
Depresiones (severas)	<b>3 y 4 Puntuación Satisfacción vital</b>	<b>2 y 4 Puntuación Satisfacción vital</b>
Depresiones (moderadas)	<b>5 y 6 Puntuación Satisfacción vital</b>	<b>5 y 6 Puntuación Satisfacción vital</b>
No existe depresión	<b>9 Puntuación Satisfacción vital</b>	<b>7 y 11 Puntuación Satisfacción vital</b>

**Salud.**

Para evaluar las diferencias existentes en el estado de salud de los usuarios de los distintos servicios, se utilizaron diversos indicadores objetivos, como el riesgo de caídas, el número de fármacos consumidos, el uso de diferentes ayudas técnicas y ser o no insulino dependiente.

**Salud: Riesgo de Caídas.**

Podemos afirmar a tenor de los análisis realizados, que existían riesgos de caídas diferentes entre los usuarios de los diversos servicios ( $F = 75,755$   $p = ,000$ ) (tabla 2.2.21, Anexo I). Como es lógico, a mayor dependencia mayor riesgo, de esta manera los mayores que se encuentran en el programa de Cuidadores Familiares mostrarían diferencias con aquellos usuarios de Residencias y Centros de Estancia Diurna, que aunque tienen unos niveles de discapacidad similares, poseen menores ayudas funcionales que los centros institucionales.

**Tabla 162. Comparación entre servicios: Contraste de medias. Riesgo de caídas (Student-Newman-Keuls)**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05			
		1	2	3	4
Medio comunitario	404	3,87			
Teleasistencia	103		6,17		
Residencias	281			7,54	
Centro de estancia diurna	226			7,77	
Ayuda domiciliaria	375			8,16	
Cuidadores familiares	202				9,60
Sig.		1,000	1,000	,252	1,000

Porcentualmente, señalar que más del 77% de los mayores que se encuentran en los programas de Cuidadores Familiares, tienen riesgo de caídas, frente al 59% de los mayores usuarios de Residencias y Centros de Estancia Diurna.

**Tabla 163. Comparación entre servicios: Porcentaje de casos riesgo de caídas**

Grupo de Análisis		CAIDAS		Total
		No existe riesgo de caídas	Existe riesgo de caídas	
Grupo de Análisis	Residencias	44,1%	55,9%	100,0%
	Centro de estancia diurna	40,7%	59,3%	100,0%
	Cuidadores familiares	22,3%	77,7%	100,0%
	Ayuda domiciliaria	33,1%	66,9%	100,0%
	Teleasistencia	48,5%	51,5%	100,0%
	Medio comunitario	72,3%	27,7%	100,0%
Total		45,7%	54,3%	100,0%

Analizando no el riesgo, si no la prevalencia de caídas encontramos que también está asociada al servicio o medio comunitario (Chi-cuadrado de Pearson = 39,993 y Sig. asintótica -bilateral- ,000) (tabla 2.2.22, Anexo I), de manera que son los mayores en Ayuda Domiciliaria, un 48%, los que manifiestan haberse caído al menos una vez en el último año, dándose en el medio comunitario el menor porcentaje de caídas 28,2%.

**Tabla 164. Comparación entre servicios: Tabla de contingencia. Grupo de Análisis \* Caídas en los últimos 12 meses**

		Se ha caído Vd. en los últimos 12 meses		Total
		Si	No	
Grupo de Análisis	Residencias	36,3%	63,7%	100,0%
	Centro de estancia diurna	46,0%	54,0%	100,0%
	Cuidadores familiares	41,6%	58,4%	100,0%
	Ayuda domiciliaria	48,0%	52,0%	100,0%
	Teleasistencia	45,6%	54,4%	100,0%
	Medio comunitario	28,2%	71,8%	100,0%
Total		39,7%	60,3%	100,0%

Analizando la prevalencia de caídas en los grandes dependientes (Barthel total o severo), el porcentaje de mayores que manifiestan haberse caído en el último año es similar en todos los servicios, no existiendo diferencias significativas entre ellos (Chi-cuadrado de Pearson = 6,353 y Sig. asintótica -bilateral- ,273) (tabla 2.2.23, Anexo I). En este caso son los mayores en Residencias los que manifiestan tener menor número de caídas.

**Tabla de contingencia Grupo de Análisis \* Se ha caído Vd. en los últimos 12 meses**

		Se ha caído Vd. en los últimos 12 meses		Total
		Si	No	
Grupo de Análisis	Residencias	36,7%	63,3%	100,0%
	Centro de estancia diurna	50,9%	49,1%	100,0%
	Cuidadores familiares	43,1%	56,9%	100,0%
	Ayuda domiciliaria	47,6%	52,4%	100,0%
	Teleasistencia	45,5%	54,5%	100,0%
	Medio comunitario	45,5%	54,5%	100,0%
Total		44,0%	56,0%	100,0%

Si bien es cierta la relación entre el grado de dependencia y el riesgo de caídas, existe también con respecto al número de personas con las que convive el mayor. De esta manera, las personas que viven solas aunque con riesgo de caídas (consideramos riesgo a partir de 7 y más puntos) tienen menos riesgo, una menor puntuación, que si viven acompañadas con una o más personas ( $F = ,90$   $p = ,014$ ).

Esta relación la encontramos en los usuarios de servicios de Ayuda Domiciliaria y Teleasistencia analizados en su conjunto, pero tiene especial trascendencia trasladar la conclusión a los Cuidadores/as familiares en tanto que el mayor riesgo de caídas estará influenciado, además de la dependencia en tanto es el servicio con mayor porcentaje de sujetos dependientes severos o totales, seguramente por que el mayor no se encuentra viviendo solo.

**Descriptivos. Puntuación caídas.**

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
0	269	7,18	3,924	,239	6,71	7,65	0	15
1	168	8,26	4,022	,310	7,64	8,87	0	15
2	22	9,27	2,995	,639	7,94	10,60	3	15
3	10	9,30	3,974	1,257	6,46	12,14	3	15
4	5	9,20	3,033	1,356	5,43	12,97	6	12
5	3	9,33	6,028	3,480	-5,64	24,31	3	15
Total	477	7,73	3,968	,182	7,38	8,09	0	15

**ANOVA Puntuación caídas**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	223,827	5	44,765	2,900	,014
Intra-grupos	7269,359	471	15,434		
Total	7493,187	476			

Varias son las conclusiones respecto a las caídas:

- La primera es (1) la diferenciación entre riesgo de las mismas, (riesgo que incluye: - haberse caído en el último año –padecer incontinencia urinaria – Problemas visuales y - dificultades para subir escaleras, uso de vehículo propio o público, y/o cortarse las uñas de los pies) y el hecho de caerse en el último año. De esta manera el número de sujetos en riesgo siempre es superior o por lo menos igual al número de mayores que manifiestan haberse caído.

- La siguiente conclusión (2) va en el sentido de que las asociaciones estadísticamente significativas del riesgo con la dependencia y de la caída en sentido estricto con dependencia, pueden tener repercusiones distintas respecto a las actuaciones a ser implementadas; si nos basamos solo en riesgo, servicios como el de Cuidadores/as presentarían, en principio, reticencias en tanto que existen 22 puntos más de porcentaje de sujetos con riesgo respecto a residencias; pero si consideramos las caídas en el último año y la dependencia del mayor (sea total o moderada) no existen diferencias significativas entre los diferentes servicios, en este caso pasamos de 22 puntos de diferencia entre Cuidadores y Residencias a solo seis.

- La variable número de personas que convive con el mayor hay que tenerla en cuenta, si como en el caso de Teleasistencia y Ayuda Domiciliaria su efecto va en la dirección de menor riesgo en personas solas y este efecto opera en el resto de servicios Residencias, Centros de estancia Diurna o Curadores. Podríamos afirmar que son estas variables no vivir solo y grado de dependencia del mayor las que condicionan el riesgo y no que estén, por ejemplo, cuidados por familiares.

**Salud: Número de fármacos consumidos.**

El número de fármacos diferentes al día consumidos oscila entre los casi tres medicamentos que de media toman los mayores del medio Comunitario y los cinco que tomarían los usuarios de Residencias. Estas diferencias en las medias son estadísticamente significativas como se observa por los valores obtenidos en el ANOVA ( $F = 26,807$ ,  $p = ,000$ ) (tabla 2.2.24, Anexo I). En la prueba de Student-Newman-Keuls, se puede observar como tan sólo se dan dos patrones de consumo diferentes, el de aquellos mayores del medio comunitario, y el del resto de mayores.

**Tabla 165. Comparación entre servicios: Contraste de medias. Consumo de fármacos (Student-Newman-Keuls)**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
Medio comunitario	403	2,89	
Centro de estancia diurna	223		4,35
Teleasistencia	104		4,66
Ayuda domiciliaria	374		4,95
Cuidadores familiares	202		4,99
Residencias	278		5,08
Sig.		1,000	,088

**Salud: Uso de prótesis, órtesis y/o ayudas técnicas,**

El uso de prótesis, órtesis y/o ayudas técnicas, está también relacionado con la pertenencia a un grupo concreto de uso de servicios sociales, (Chi-cuadrado de Pearson 63,843 y Sig. asintótica (bilateral) ,000) (tabla 2.2.25, Anexo I).

Como se observa, los porcentajes mas altos de mayores que necesitan utilizar algún tipo de ayudas, se daría entre aquellos que utilizan el programa de Cuidadores familiares, seguido por los usuarios de Ayuda Domiciliaria.

**Tabla 166. Comparación entre servicios: Tabla de contingencia Grupo de Análisis \* Uso de prótesis, órtesis u otras ayudas técnicas**

		Uso de prótesis, órtesis u otras ayudas técnicas		Total
		Si	NO	
Grupo de Análisis	Residencias	87,5%	12,5%	100,0%
	Centro de estancia diurna	92,5%	7,5%	100,0%
	Cuidadores familiares	95,5%	4,5%	100,0%
	Ayuda domiciliaria	94,9%	5,1%	100,0%
	Teleasistencia	89,6%	10,4%	100,0%
	Medio comunitario	79,5%	20,5%	100,0%
Total		89,1%	10,9%	100,0%

Presentamos en la tabla siguiente la distribución porcentual del uso de las diferentes ayudas en función de la pertenencia a los distintos servicios:

**Tabla 167. Comparación entre servicios: Ayudas técnicas utilizadas en los diferentes servicios**

		Grupo de Análisis						Total
		Residencias	Centro de estancia diurna	Cuidadores familiares	Ayuda domiciliaria	Tele asistencia	Medio comunitario	
ortopédica	Recuento	2	1	4	2	0	1	10
	%	20,0%	10,0%	40,0%	20,0%	,0%	10,0%	
audífono	Recuento	6	5	7	16	3	6	43
	%	14,0%	11,6%	16,3%	37,2%	7,0%	14,0%	
gafas	Recuento	73	99	58	206	71	272	779
	%	9,4%	12,7%	7,4%	26,4%	9,1%	34,9%	
dentadura	Recuento	58	96	62	161	53	157	587
	%	9,9%	16,4%	10,6%	27,4%	9,0%	26,7%	
bastón	Recuento	38	53	52	126	41	41	351

	%	10,8%	15,1%	14,8%	35,9%	11,7%	11,7%	
muleta	Recuento	9	12	23	60	14	22	140
	%	6,4%	8,6%	16,4%	42,9%	10,0%	15,7%	
andador	Recuento	42	33	44	87	14	5	225
	%	18,7%	14,7%	19,6%	38,7%	6,2%	2,2%	
Silla ruedas	Recuento	96	54	58	69	5	4	286
	%	33,6%	18,9%	20,3%	24,1%	1,7%	1,4%	
pañales	Recuento	145	121	120	129	19	29	563
	%	25,8%	21,5%	21,3%	22,9%	3,4%	5,2%	
Sonda vesical	Recuento	8	3	3	6	1	4	25
	%	32,0%	12,0%	12,0%	24,0%	4,0%	16,0%	
Sonda nasogast	Recuento	10	1	3	1	0	0	15
	%	66,7%	6,7%	20,0%	6,7%	,0%	,0%	
ostomía	Recuento	0	0	1	0	0	0	1
	%	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	
Total	Recuento	487	478	435	863	221	541	3025

**Salud: Insulino dependencia.**

El último indicador de salud utilizado fue el uso de insulina, como se observa en la tabla porcentual siguiente y en el estadístico presentado (Chi-cuadrado de Pearson = 23,059;  $p = ,000$ ) (tabla 2.2.26, Anexo I), existen diferencias significativas en función del servicio al que se pertenece.

**Tabla 168. Comparación entre servicios: Tabla de contingencia. Grupo de Análisis \* Persona insulino dependiente**

		Persona insulino dependiente		Total
		Si	NO	
Grupo de Análisis	Residencias	21,6%	78,4%	100,0%
	Centro de estancia diurna	27,2%	72,8%	100,0%
	Cuidadores familiares	27,2%	72,8%	100,0%
	Ayuda domiciliaria	28,3%	71,7%	100,0%
	Teleasistencia	21,9%	78,1%	100,0%
	Medio comunitario	15,6%	84,4%	100,0%
Total		23,2%	76,8%	100,0%

Respecto a modo de administración de insulina, también existen diferencias significativas en función de los diferentes servicios (Chi-cuadrado de Pearson = 17,952;  $p = ,003$ ) (tabla 2.2.27, Anexo I), siendo la vía parenteral más frecuente Residencias y Cuidadores familiares.

**Tabla 169. Comparación entre servicios: Tabla de contingencia Grupo de Análisis \* Administración oral / parenteral**

		Administración oral / parenteral		Total
		Oral	Parenteral	
Grupo de Análisis	Residencias	51,9%	48,1%	100,0%
	Centro de estancia diurna	76,7%	23,3%	100,0%
	Cuidadores familiares	58,9%	41,1%	100,0%
	Ayuda domiciliaria	72,1%	27,9%	100,0%
	Teleasistencia	76,2%	23,8%	100,0%
	Medio comunitario	82,3%	17,7%	100,0%
Total		69,7%	30,3%	100,0%

**Salud subjetiva.**

Preguntados los mayores respecto a la percepción que tienen de su salud existen diferencias significativas en función de los diferentes servicios (Chi-cuadrado de Pearson = 122,495;  $p = ,000$ ) (tabla 2.2.28, Anexo I), siendo los mayores del grupo Cuidadores familiares y de Ayuda a Domicilio los que manifiestan peor salud.

**Tabla 170. Comparación entre servicios: Tabla de contingencia Grupo de Análisis \*  
Salud percibida (En general, usted diría que su salud es...)**

		En general, usted diría que su salud es					Total
		Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala	
Grupo de Análisis	Residencias	5,8%	9,7%	30,4%	34,3%	19,8%	100,0%
	Centro de estancia diurna	1,4%	4,9%	40,1%	30,3%	23,2%	100,0%
	Cuidadores familiares	1,7%	2,5%	16,5%	43,8%	35,5%	100,0%
	Ayuda domiciliaria	,3%	5,8%	20,0%	43,3%	30,6%	100,0%
	Teleasistencia	1,0%	10,0%	24,0%	40,0%	25,0%	100,0%
	Medio comunitario	2,6%	8,5%	41,3%	37,4%	10,3%	100,0%
Total		2,2%	7,1%	30,3%	38,4%	21,9%	100,0%

Analizando más exhaustivamente –análisis univariante con covarianza-, podemos comprobar como la percepción de la salud solo está asociada al número de fármacos consumidos, tipo de administración de insulina por vía parenteral, depresión y satisfacción en la vida. Siendo independiente en este caso del servicio donde se encuentra el mayor, deterioro cognitivo, riesgo de caídas, puntuación en AVD instrumentales (Lawton), uso de ayudas técnicas, AVD básicas (Barthel), relaciones familiares y apoyo social.

**Tabla 171. Comparación entre servicios: Pruebas de los efectos inter-sujetos. Variable dependiente: Salud percibida (En general, usted diría que su salud es...)**

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	75,798(a)	16	4,737	9,429	,000
Intersección	,000	0	.	.	.
puntuaciónMEC	,790	1	,790	1,572	,211
Prótesis	,829	1	,829	1,650	,200
Insulina	,000	0	.	.	.
puntuaciónCaidas	,004	1	,004	,008	,927
puntuaciónBT	,174	1	,174	,347	,557
puntuaciónILW	1,474	1	1,474	2,935	,088
puntuaciónAGAR	,010	1	,010	,020	,888
puntuaciónDUKE	,029	1	,029	,057	,811
puntuaciónDEPRE	7,662	1	7,662	15,250	,000
puntuacionSATIS	2,772	1	2,772	5,518	,020
tipoinsulina	2,903	1	2,903	5,778	,017
nºfarmacos	4,850	1	4,850	9,653	,002
grupo	2,489	5	,498	,991	,424
Error	127,109	253	,502		
Total	4483,000	270			
Total corregida	202,907	269			



**- Diferencias significativas en prevalencia de maltrato, en el caso de Medio Comunitario y Cuidadores/as de Personas Dependientes.**

No existen diferencias significativas respecto a la presencia de malos tratos en el medio Comunitario y en el servicio de Cuidadores Familiares (Chi-cuadrado de Pearson = 2,557; p = ,465) (tabla 2.3.1, Anexo I).

**Tabla 172. Comparación entre servicios: Tabla de contingencia Grupo de Análisis \* Sospecha de maltrato hacia el mayor**

		SUJETOS CON MALTRATO		Total
		No existe sospecha	Existe sospecha	
Grupo de Análisis	Cuidadores familiares	79,6%	20,4%	100,0%
	Medio comunitario	82,7%	17,3%	100,0%
Total		81,9%	18,1%	100,0%

Analizando los diferentes tipos de sospecha de maltrato, encontramos:

- Maltrato físico 1,8% en el medio Comunitario y 1% en Cuidadores familiares, no existiendo diferencias significativas (Chi-cuadrado de Pearson = ,383; p = ,536) (tabla 2.3.2, Anexo I).
- Maltrato psíquico 2,4% en el medio Comunitario y 0% en Cuidadores familiares, no existiendo diferencias significativas (Chi-cuadrado de Pearson = 2,728; p = ,099) (tabla 2.3.3, Anexo I).
- Maltrato sexual 0,3 medio Comunitario y 0% Cuidadores familiares, no existiendo diferencias significativas (Chi-cuadrado de Pearson = 0,384; p = ,535) (tabla 2.3.4, Anexo I).
- Negligencia 14,2% medio Comunitario y 16,8% Cuidadores familiares, no existiendo diferencias significativas (Chi-cuadrado de Pearson = 0,427; p = ,514) (tabla 2.3.5, Anexo I).
- Maltrato económico 1% medio Comunitario y 1,8% Cuidadores familiares, no existiendo diferencias significativas (Chi-cuadrado de Pearson = 0,383; p = ,536) (tabla 2.3.6, Anexo I).

El porcentaje de sospecha de maltrato no está asociado al género en el servicio de Cuidadores/as (Chi-cuadrado de Pearson = 1,361; p = ,243) (tabla 2.3.7, Anexo I), aunque los casos de sospecha en mujeres doblan al de hombres, recordar que la proporción de mujeres en el servicio de cuidadores/as es del 84,7% frente al 15,3% de hombres, la mujeres quintuplican a los hombres.

**Tabla 173. Comparación entre servicios: Tabla de contingencia Genero del entrevistado \* Sospecha de maltrato hacia el mayor (Servicio de Cuidadores/as)**

		SUJETOS CON MALTRATO		Total
		No existe sospecha	Existe sospecha	
Genero del entrevistado	Femenino	77,7%	22,3%	100,0%
	Masculino	89,5%	10,5%	100,0%
Total		79,6%	20,4%	100,0%

El porcentaje de sospecha de maltrato no está asociado al género en el Medio Comunitario (Chi-cuadrado de Pearson = ,040; p = ,841) (tabla 2.3.8, Anexo I), aunque los casos de sospecha en mujeres y hombres son similares 1% superior en mujeres, recordar que la proporción de mujeres en el medio comunitario es del 56% frente al 44% de hombres.

**Tabla 174. Comparación entre servicios: Tabla de contingencia Genero del entrevistado \* Sospecha de maltrato hacia el mayor (Medio Comunitario)**

		SUJETOS CON MALTRATO		Total
		No existe sospecha	Existe sospecha	
Genero del entrevistado	Femenino	82,3%	17,7%	100,0%
	Masculino	83,2%	16,8%	100,0%
Total		82,7%	17,3%	100,0%

Señalar algunas precisiones respecto a la consideración e interpretación de los datos:

- El número de mayores que responden al cuestionario 408 (67,2%) es inferior al total de los sujetos de la muestra 607. En el caso de Cuidadores familiares donde responden el 55,9% puede estar influido por la gran dependencia funcional y deterioro cognitivo de los mayores, en el medio comunitario estas limitaciones son proporcionalmente mucho menores, siendo el porcentaje de respuesta mayor 72,83%.
- En el caso de maltrato físico en Cuidadores familiares de los dos casos observados, en uno el supuesto maltratador era el marido (fallecido) y el otro manifestaba que eran amigos. En el caso del medio Comunitario también en dos de los casos el supuesto maltratador era la pareja y el tercero no respondió a la pregunta de quién o quienes.
- En el caso de negligencia, el mayor porcentaje de casos en ambos entornos se da a la respuesta a la pregunta sobre si ¿Cree que tiene a su disposición comida ropa y medicación cuando lo necesita?. Decir que en el servicio de Cuidadores familiares, un alto porcentaje tiene una gran dependencia que conlleva medidas terapéuticas relacionadas con la alimentación y dietas.

Podemos concluir diciendo que no solo no existen diferencias significativas en sospecha de malos tratos entre el Medio Comunitario y el servicio de Cuidadores familiares, sino que esta sospecha está muy por debajo en Cuidadores/as que en el medio Comunitario, considerando las especificidades de los diferentes tipos de maltrato.

**- Diferencias significativas en Entorno físico – arquitectónico donde reside el mayor (presencia o ausencia de barreras arquitectónicas y equipamientos del hogar), en el caso de Ayuda a Domicilio y Cuidadores/as de Personas Dependientes.**

Aunque el riesgo de caídas no se encuentra asociado a la presencia de barreras arquitectónicas -sean internas o externas- en Cuidadores familiares y Ayuda Domiciliaria posiblemente por la homogeneidad de los hogares en ambos casos (resultados objetivos 1.3. y 1.4.) y, la posibilidad de una caída sí está asociada al grado de dependencia, no existiendo entonces diferencias, en prevalencia, entre los diferentes servicios (resultado objetivo 2.2) hemos creído oportuno conocer si los hogares de Cuidadores familiares y de Ayuda a Domicilio se encuentran igualmente adaptados para atender personas dependientes.

Solo existen diferencias significativas entre ambos servicios en el caso de (1) Escaleras/escalones para desplazarse entre -salón - comedor - cocina - dormitorio - cuarto de baño- (Chi-cuadrado de Pearson= 12,175 y Sig. asintótica (bilateral) ,000) (tabla 2.4.1, Anexo I), (2) Barreras arquitectónicas en el portal de la casa (Chi-cuadrado de Pearson= 31,568 y Sig. asintótica (bilateral) ,000) (tabla 2.4.2, Anexo I) y, (3) Zona aislada -barrios / urbanizaciones-, (Chi-cuadrado de Pearson= 11,514 y Sig. asintótica (bilateral) ,001) (tabla 2.4.3, Anexo I).

En el resto de posibles barreras, no existen diferencias significativas: cuarto de baño adaptado (tabla 2.4.4, Anexo I), vivienda inadecuada (tabla 2.4.5, Anexo I), mala higiene o humedades (tabla 2.4.6, Anexo I), y ascensor en el caso de residir en un piso (tabla 2.4.7, Anexo I).

**Tabla 175. Comparación entre servicios: Tabla de contingencia, Grupo de Análisis \* Barreras arquitectónicas**

		Escalones/escaleras para desplazarse entre (salón - comedor - cocina - dormitorio - cuarto de baño):		Total
		No existen Barreras	Existen Barreras	
Grupo de Análisis	Cuidadores familiares	66,8%	33,2%	100,0%
	Ayuda domiciliaria	51,7%	48,3%	100,0%
Total		57,0%	43,0%	100,0%

**Tabla de contingencia**

		Barreras arquitectónicas en el portal de la casa		Total
		No existen Barreras	Existen Barreras	
Grupo de Análisis	Cuidadores familiares	48,0%	52,0%	100,0%
	Ayuda domiciliaria	24,9%	75,1%	100,0%
Total		33,0%	67,0%	100,0%

**Tabla de contingencia**

		Zona aislada		Total
		No existen Barreras	Existen Barreras	
Grupo de Análisis	Cuidadores familiares	82,2%	17,8%	100,0%
	Ayuda domiciliaria	91,7%	8,3%	100,0%
Total		88,3%	11,7%	100,0%

Podemos afirmar que en general se encuentran mejor adaptados los domicilios de los mayores atendidos en el servicio de Cuidadores familiares que en Ayuda a Domicilio; en tanto que, porcentualmente, en los domicilios de los primeros existen menos barreras a la hora de desplazarse entre los diferentes lugares potencialmente de riesgo: salón - comedor - cocina - dormitorio - cuarto de baño.

**OBJETIVO 3.: Identificar si los profesionales de los servicios de Residencias, Centros de Estancia Diurna, Ayuda a Domicilio, Cuidadores/as y Teleasistencia tienen criterios válidos respecto a la ubicación del mayor dependiente en el servicio idóneo en función de su grado de dependencia.**

Este objetivo nos proporcionará información sobre la necesidad, o no, de formación de los profesionales sobre los servicios más adecuados en función de la dependencia del mayor.

**- Relación entre el grado de dependencia y el tipo de supervisión (mínima, diurna, nocturna o supervisión 24 horas).**

Hemos eliminado en este caso para el análisis el servicio de teleasistencia por ser considerado un servicio preventivo y tener un porcentaje muy bajo de sujetos dependientes y con deterioro cognitivo.

Lo más significativo de esta relación es que en un 8% de los casos donde no existe Grado de dependencia o es de Grado I se manifiesta por los profesionales que es necesaria una supervisión 24 horas. En el extremo Grado II y Grado III en el 13,9% de los casos se

manifiesta que sólo es necesaria una supervisión mínima o diurna.

Esta diferencia por servicios es estadísticamente significativa (Chi-cuadrado de Pearson= 528,729 y Sig. asintótica -bilateral- ,000) (tabla 3.1.1, Anexo I).

**Tabla 176. Tabla de contingencia. Grado y nivel dependencia Baremo MTAS \* Supervisión que necesita la persona valorada**

		Supervisión por parte de otra persona que necesita la persona valorada				Total
		Mínima	Supervisión diurna	Supervisión nocturna	Supervisión 24 horas	
Grado y nivel dependencia	No existe grado de dependencia	56,2%	35,8%	1,8%	6,2%	100,0%
	Grado I y nivel 1	30,8%	48,7%	,6%	19,9%	100,0%
	Grado I y nivel 2	8,0%	54,0%	1,0%	37,0%	100,0%
	Grado II y nivel 1	10,2%	39,8%	,9%	49,1%	100,0%
	Grado II y nivel 2	7,8%	27,5%		64,7%	100,0%
	Grado III y nivel 1	2,6%	20,5%	,6%	76,3%	100,0%
	Grado III y nivel 2	,5%	8,6%		90,9%	100,0%
Total		20,0%	31,9%	,8%	47,3%	100,0%

**Tabla de contingencia Grado y nivel dependencia \* Supervisión por parte de otra persona que necesita la persona valorada**

		Supervisión por parte de otra persona que necesita la persona valorada				Total
		Mínima	Supervisión diurna	Supervisión nocturna	Supervisión 24 horas	
Grado y nivel dependencia	No existe grado de dependencia	12,3%	7,8%	,4%	1,4%	21,9%
	Grado I y nivel 1	4,6%	7,4%	,1%	3,0%	15,1%
	Grado I y nivel 2	,8%	5,2%	,1%	3,6%	9,7%
	Grado II y nivel 1	1,1%	4,2%	,1%	5,1%	10,4%
	Grado II y nivel 2	,8%	2,7%		6,4%	9,9%
	Grado III y nivel 1	,4%	3,1%	,1%	11,5%	15,1%
	Grado III y nivel 2	,1%	1,5%		16,3%	18,0%
Total		20,0%	31,9%	,8%	47,3%	100,0%

Podemos observar que en el 23,2% de los casos sin deterioro cognitivo se establece la necesidad de supervisión 24 horas y que en el 12,6% de los casos con deterioro cognitivo se señala supervisión mínima.

Esta diferencia por servicios es estadísticamente significativa (Chi-cuadrado de Pearson= 129,001 y Sig. asintótica -bilateral- ,000) (tabla 3.1.2, Anexo I).

**Tabla 177. Tabla de contingencia. Deterioro cognitivo –MEC- \* Supervisión que necesita la persona valorada**

		Supervisión por parte de otra persona que necesita la persona valorada				Total
		Mínima	Supervisión diurna	Supervisión nocturna	Supervisión 24 horas	
MEC	Sin deterioro cognitivo	34,1%	41,7%	1,0%	23,2%	100,0%
	Con deterioro cognitivo	12,6%	28,1%	,7%	58,6%	100,0%
Total		21,4%	33,7%	,8%	44,0%	100,0%

Cuando analizamos específicamente los casos con deterioro cognitivo, vemos claramente como el porcentaje de casos que necesitan supervisión las 24 horas se incrementan conforme aumenta la dependencia, grado y nivel (Chi-cuadrado de Pearson= 263,777 y Sig. asintótica -bilateral- ,000) (tabla 3.1.3, Anexo I).

**Tabla de contingencia Grado y nivel dependencia \* Supervisión por parte de otra persona que necesita la persona valorada**

		Supervisión por parte de otra persona que necesita la persona valorada				Total
		Mínima	Supervisión diurna	Supervisión nocturna	Supervisión 24 horas	
Grado y nivel dependencia	No existe grado de dependencia	59,7%	32,3%	3,2%	4,8%	100,0%
	Grado I y nivel 1	20,3%	52,7%	1,4%	25,7%	100,0%
	Grado I y nivel 2	10,2%	46,9%		42,9%	100,0%
	Grado II y nivel 1	8,3%	33,3%	1,7%	56,7%	100,0%
	Grado II y nivel 2	8,7%	24,6%		66,7%	100,0%
	Grado III y nivel 1	2,8%	21,7%		75,5%	100,0%
	Grado III y nivel 2		11,2%		88,8%	100,0%
Total		12,6%	28,1%	,7%	58,6%	100,0%

**- Relación entre el grado de dependencia y opinión de los profesionales sobre la idoneidad del servicio donde se encuentra el mayor y en el caso de no serlo: ¿Cuál es el servicio propuesto?.**

Al evaluar la opinión de los técnicos respecto de la correcta ubicación del mayor en los distintos servicios, encontramos que en un 85% de los usuarios están bien ubicados en el servicio donde se encuentran actualmente.

El porcentaje más alto de no adecuadamente ubicados por servicios, se da en Ayuda Domiciliaria 23,1%, Seguimiento de Teleasistencia 15,7%, Centros Estancia Diurna 13,3%, Residencias 12% y Cuidadores familiares 7,1%.

Esta diferencia por servicios es estadísticamente significativa (Chi-cuadrado de Pearson= 29,015 y Sig. asintótica (bilateral) ,000) (tabla 3.2.1, Anexo I).

**Tabla 178. Tabla de contingencia. Grupo de Análisis \* El servicio donde se encuentra es el adecuado**

		El servicio donde se encuentra es el adecuado		Total
		Si	No	
Grupo de Análisis	Residencias	21,7%	2,9%	24,6%
	Centro de estancia diurna	17,4%	2,7%	20,1%
	Cuidadores familiares	16,3%	1,3%	17,5%
	Ayuda domiciliaria	22,9%	6,9%	29,8%
	Teleasistencia	6,7%	1,3%	7,9%
Total		85,0%	15,0%	100,0%

**Tabla de contingencia Grupo de Análisis \* El servicio donde se encuentra es el adecuado**

		El servicio donde se encuentra es el adecuado		Total
		Si	No	
Grupo de Análisis	Residencias	88,0%	12,0%	100,0%
	Centro de estancia diurna	86,7%	13,3%	100,0%
	Cuidadores familiares	92,9%	7,1%	100,0%
	Ayuda domiciliaria	76,9%	23,1%	100,0%
	Teleasistencia	84,3%	15,7%	100,0%
Total		85,0%	15,0%	100,0%

Podemos observar como los porcentajes de mal ubicados según la Ley de Dependencia (no recibirían servicios) y los criterios profesionales difieren significativamente: 15,6 (38,7-23,1) puntos en Ayuda Domiciliaria y 11,8 puntos en Residencias. Centros de Estancia Diurna y Cuidadores familiares tienen los % más bajos 1,5% y 3,6%.

**Tabla 179. Discrepancia entre Criterios ley Dependencia y Profesionales respecto a los mayores mal ubicados en los diferentes servicios**

	Mal ubicados parámetro Criterio profesional	Mal ubicados parámetro LEY Dependencia
<b>Ayuda a Domicilio</b>	23,1%	38,7%
<b>Teleasistencia</b>	15,7%	72,9%
<b>Centros Estancia Diurna</b>	13,3%	11,8%
<b>Residencias</b>	12,0%	23,8%
<b>Cuidadores Familiares</b>	7,1%	3,5%

Analizados todos los servicios en conjunto, al cruzar los datos entre opinión de los profesionales y grados – niveles de la Ley, podemos observar que de un total del 25,7% de los sujetos que no estarían adecuadamente ubicados según la Ley de dependencia, en el 82,9% (un 21,3% sobre el 25,7%) los profesionales dirían que sí se encuentran bien ubicados.

En el lado opuesto, del 10,6% (15% menos 4,4%) de los usuarios que estarían adecuadamente ubicados según la Ley de dependencia, los profesionales dicen que no deberían estar en los servicios en un 70,6% (un 10,6% sobre 15%).

La discrepancia entre criterio que establece el baremo del MTAS y la opinión de los profesionales no es significativa estadísticamente (Chi-cuadrado de Pearson= 12,254 y Sig. asintótica –bilateral- ,057) (tabla 3.2.2, Anexo I).

**Tabla 180. Tabla de contingencia. Grado y nivel dependencia Baremo MTAS \* El servicio donde se encuentra es el adecuado**

		El servicio donde se encuentra es el adecuado		Total
		Si	No	
Grado y nivel dependencia Baremo MTAS	No existe grado de dependencia	21,3%	4,4%	25,7%
	Grado I y nivel 1	12,9%	2,1%	15,0%
	Grado I y nivel 2	8,5%	1,2%	9,6%
	Grado II y nivel 1	8,8%	,9%	9,7%
	Grado II y nivel 2	8,3%	,8%	9,1%
	Grado III y nivel 1	11,8%	2,3%	14,1%
	Grado III y nivel 2	13,3%	3,4%	16,7%
Total		85,0%	15,0%	100,0%

Analizados todos los servicios en conjunto con mayor profundidad, estableciendo las correspondencias entre (1) criterios de la Ley de dependencia y (2) donde ubicarían los profesionales a esos usuarios que manifiestan no están adecuadamente ubicados. Podemos constatar:

- Del 28,4% que los profesionales consideran mal ubicados, a un 8,6 de mayores recomiendan Residencias, un 6,2% Centros de Estancia Diurna, 6,2% Ayuda a Domicilio y 1,9% Familias cuidadoras. Estos usuarios no tienen ningún grado de dependencia, según la Ley.
- En el caso de Grado I niveles 1 y 2, recomiendan Residencias (un 8,6%), Centros de Estancia Diurna (6,8%), Ayuda a Domicilio (4,1%) y Familias cuidadoras (1,8%).

En total un 89,88% de los usuarios que consideran no están adecuadamente ubicados, les volverían a prestar atención en servicios para los cuales no tienen el Grado y nivel de dependencia suficiente según la Ley.

**Tabla 181. Tabla de contingencia. Grado y nivel dependencia Baremo MTAS \* Cuando no es el servicio adecuado: ¿Qué servicio es mejor?**

		Cuando no es el adecuado ¿Qué servicio es mejor?						Total
		Residencia	Centro estancia diurna	Familias cuidadoras	Ayuda a domicilio	Teleasistencia	En casa	
Grado y nivel dependencia Baremo MTAS	<b>No existe grado de dependencia</b>	8,6%	6,2%	1,9%	6,2%	4,3%	1,2%	28,4%
	<b>Grado I y nivel 1</b>	4,3%	4,3%	1,2%	3,7%			13,6%
	<b>Grado I y nivel 2</b>	4,3%	2,5%	,6%	,6%			8,0%
	Grado II y nivel 1	4,3%	1,2%		,6%			6,2%
	Grado II y nivel 2	3,1%	1,2%	1,2%				5,6%
	Grado III y nivel 1	9,3%	4,3%	,6%	1,9%			16,0%
	Grado III y nivel 2	18,5%	1,9%	1,2%	,6%			22,2%
Total		52,5%	21,6%	6,8%	13,6%	4,3%	1,2%	100,0%

**OBJETIVO 4: Conocer el grado adecuación de los servicios a la Ley de Dependencia, la cobertura, eficacia de la cobertura y coste medio por usuario en los diferentes servicios, considerando el tiempo medio y el tiempo mínimo estimado de uso.**

Conocer el grado de adecuación de los servicios a la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y la eficacia de la cobertura de los mismos, nos permitirá avanzar en la utilización eficiente de los diferentes recursos (servicios) adaptándolos a las necesidades de la persona mayor.

**- Grado de adecuación de los servicios a la Ley de Dependencia.**

Los datos nos muestran que son los Centros de Estancia Diurna y el Programa de Cuidadores los dos servicios donde actualmente los usuarios atendidos responden mejor a los parámetros sobre Grado y nivel de dependencia que establece la Ley; seguidos de Residencias, Ayuda Domiciliaria y Teleasistencia. Consideramos que los mayores se encuentran ubicados adecuadamente en un servicio, cuando entran dentro de los criterios marcados por la Ley de Dependencia, con grado y nivel superior a igual a Grado I y nivel 1.

**Tabla 182. Residencias: Porcentaje de casos ubicados adecuadamente**

% del total		Barthel					Total
		Dependencia total	Dependencia severa	Dependencia moderada	Escasa	Independiente	
Grado y nivel dependencia	No existe grado de dependencia		,7%	6,4%	5,3%	11,4%	23,8%
Baremo MTAS	Grado I y nivel 1	,4%	2,1%	10,7%	1,1%		14,2%
	Grado I y nivel 2	,4%	2,5%	5,3%			8,2%
	Grado II y nivel 1	1,1%	3,6%	3,2%			7,8%
	Grado II y nivel 2	3,2%	7,5%	,4%			11,0%
	Grado III y nivel 1	10,3%	5,0%				15,3%
	Grado III y nivel 2	18,9%	,7%				19,6%
Total		34,2%	22,1%	26,0%	6,4%	11,4%	100,0%

**Residencias.** Un 23,8% de casos mal ubicados.

**Tabla 183. Centros de Estancia Diurna: Porcentaje de casos ubicados adecuadamente**

% del total		Barthel					Total
		Dependencia total	Dependencia severa	Dependencia moderada	Escasa	Independiente	
Grado y nivel dependencia	No existe grado de dependencia		,4%	6,6%	2,6%	2,2%	11,8%
Baremo MTAS	Grado I y nivel 1		1,7%	13,5%	,9%	1,7%	17,9%
	Grado I y nivel 2		1,7%	10,5%	,9%	,4%	13,5%
	Grado II y nivel 1		7,4%	7,0%	,4%		14,8%
	Grado II y nivel 2	1,3%	8,7%	1,7%			11,8%
	Grado III y nivel 1	6,6%	10,0%	,4%			17,0%
	Grado III y nivel 2	11,4%	1,7%				13,1%
Total		19,2%	31,9%	39,7%	4,8%	4,4%	100,0%

**Centros de Estancia Diurna.** Un 11,8% de casos mal ubicados.

**Tabla 184. Cuidadores/as familiares: Porcentaje de casos ubicados adecuadamente**

% del total		Barthel					Total
		Dependencia total	Dependencia severa	Dependencia moderada	Escasa	Independiente	
Grado y nivel dependencia	No existe grado de dependencia		,5%	1,5%	,5%	1,0%	3,5%
Baremo MTAS	Grado I y nivel 1			4,5%			4,5%
	Grado I y nivel 2		4,5%	3,5%			7,9%
	Grado II y nivel 1	,5%	7,9%	4,0%			12,4%
	Grado II y nivel 2	,5%	14,9%	2,5%			17,8%
	Grado III y nivel 1	8,9%	13,4%				22,3%
	Grado III y nivel 2	29,7%	2,0%				31,7%
Total		39,6%	43,1%	15,8%	,5%	1,0%	100,0%

**Programa Cuidadores/as familiares.** Un 3,5% de casos mal ubicados.



**Tabla 185. Ayuda a Domicilio: Porcentaje de casos ubicados adecuadamente**

% del total		Barthel					Total
		Dependencia total	Dependencia severa	Dependencia moderada	Escasa	Independiente	
Grado y nivel dependencia	No existe grado de dependencia			17,3%	11,5%	9,9%	38,7%
Baremo MTAS	Grado I y nivel 1		1,9%	17,9%	,3%		20,0%
	Grado I y nivel 2		3,7%	6,4%			10,1%
	Grado II y nivel 1		4,8%	3,5%			8,3%
	Grado II y nivel 2	,3%	1,9%	,3%			2,4%
	Grado III y nivel 1	5,6%	3,5%				9,1%
	Grado III y nivel 2	10,4%	1,1%				11,5%
Total		16,3%	16,8%	45,3%	11,7%	9,9%	100,0%

**Ayuda a Domicilio.** Un 38,7% de casos mal ubicados

**Tabla 186. Teleasistencia: Porcentaje de casos ubicados adecuadamente**

% del total		Barthel					Total
		Dependencia total	Dependencia severa	Dependencia moderada	Escasa	Independiente	
Grado y nivel dependencia	No existe grado de dependencia		1,9%	24,3%	8,4%	38,3%	72,9%
Baremo MTAS	Grado I y nivel 1		,9%	10,3%	,9%		12,1%
	Grado I y nivel 2		,9%	5,6%			6,5%
	Grado II y nivel 1		1,9%	,9%			2,8%
	Grado II y nivel 2		,9%				,9%
	Grado III y nivel 1	1,9%	,9%				2,8%
	Grado III y nivel 2	1,9%					1,9%
Total		3,7%	7,5%	41,1%	9,3%	38,3%	100,0%

**Teleasistencia.** Un 72,9% de casos mal ubicados.

En conjunto, un 27,1% de los mayores actualmente en Residencias, Centros de Estancia Diurna, Cuidadores/s, Ayuda a Domicilio y Teleasistencia, no entrarían en los criterios que marca la Ley sobre Grado y nivel para recibir las prestaciones, este porcentaje se reduce al 22,6% si consideramos todos los servicios excepto teleasistencia, al tener un carácter preventivo.

**Tabla 187. Todos los servicios: Porcentaje de casos ubicados adecuadamente**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No existe grado de dependencia	324	27,1	27,1	27,1
	Grado I y nivel 1	178	14,9	14,9	42,0
	Grado I y nivel 2	115	9,6	9,6	51,7
	Grado II y nivel 1	115	9,6	9,6	61,3
	Grado II y nivel 2	104	8,7	8,7	70,0
	Grado III y nivel 1	164	13,7	13,7	83,8
	Grado III y nivel 2	194	16,2	16,2	100,0
	Total	1194	100,0	100,0	

Grado y nivel dependencia: Residencias, Centros Estancias Diurnas, Cuidadores/as, Ayuda Domiciliaria y Teleasistencia.

**Tabla 188. Todos los servicios, excepto Teleasistencia: Porcentaje de casos ubicados adecuadamente**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
No existe grado de dependencia	246	22,6	22,6	22,6
Grado I y nivel 1	165	15,2	15,2	37,8
Grado I y nivel 2	108	9,9	9,9	47,7
Grado II y nivel 1	112	10,3	10,3	58,0
Grado II y nivel 2	103	9,5	9,5	67,5
Grado III y nivel 1	161	14,8	14,8	82,3
Grado III y nivel 2	192	17,7	17,7	100,0
Total	1087	100,0	100,0	

Grado y nivel dependencia: Residencias, Centros Estancias Diurnas, Cuidadores/as y Ayuda Domiciliaria.

**- Cobertura, eficacia en la cobertura y cobertura idónea de cada uno de los servicios estudiados en relación a los parámetros de Grado y nivel establecidos en la Ley de dependencia.**

#### **Cobertura.**

La **cobertura** de un servicio es el indicador que nos permite conocer el porcentaje de personas atendidas en el mismo en relación al número total de las mismas. En nuestro caso la cobertura es el número de mayores atendidos en el servicio en relación al número total de mayores de 65 años en un ámbito geográfico determinado, sea provincial o municipios menores de 20mil habitantes.

**Tabla 189. Cobertura de atención en los diferentes servicios (Residencias, Centros de Estancia Diurna, Cuidadores/as no profesionales, Ayuda Domiciliaria y Teleasistencia)**

	<b>Cobertura año 2005</b>	<b>2005. Mayores de 65 y más años</b>
<b>Servicio y mayores atendidos</b>	(1) (Nº mayores atendidos / Nº mayores municipios menores de 20 mil habitantes provincia Granada) x 100  (2) (Nº mayores atendidos / Nº mayores municipios provincia Granada) x 100	Municipios menores 20mil Habitantes: 76.721  Provincia de Granada: 140.005
<b>Residencias*</b> 862 Plazas concertadas	Cobertura (2): 0,62% / <b><u>2,85%</u></b>	
<b>Centros Estancia Diurna**</b> 459 Plazas concertadas	Cobertura (2): 0,33% / <b><u>0,46%</u></b>	
<b>Cuidadores/as</b> 400 Usuarios	Cobertura (1): <b><u>0,52%</u></b>	
<b>Ayuda Domiciliaria</b> 3.172 Usuarios	Cobertura (1): <b><u>4,13%</u></b>	
<b>Teleasistencia***</b> 4.667 Usuarios	Cobertura (1): <b><u>6,08%</u></b>	
<b>Total de usuarios atendidos****</b> <b>3.990 Residencias</b> <b>644 Centros E Diurnas</b> <b>400 Cuidadores/as</b>		

<p><b>1.532 PAD</b>  <b>3.027 Teleasistencia.</b>  <b>1.640 Teleasistencia y PAD</b>  <b>5.113 PAD y Teleasistencia</b>  <b>mayores 20mil</b>  <b>16.346</b></p>	<p><b>Cobertura 11,68%</b></p>
--	--------------------------------

\* En Residencia consideramos solo plazas concertadas en el primer dato. Esta cobertura es similar a la media de la Comunidad Autónoma Andaluza en el año 2005, donde se establecen 6.966 plazas concertadas, cobertura del 0,60% (IMSERSO 2006). En el segundo caso, incluimos plazas públicas, concertadas y privadas.

\*\* En Centros de Estancia Diurna, al igual que en el caso anterior, consideramos sólo plazas concertadas en el primer dato. Esta cobertura es similar a la media de la Comunidad Autónoma Andaluza en el año 2005, donde se establecen 3.062 plazas concertadas, cobertura del 0,26% (IMSERSO 2006). En el segundo caso, incluimos plazas públicas, concertadas y privadas.

\*\*\* En Teleasistencia consideramos sólo plazas Diputación - IMSERSO.

\*\*\*\* La cobertura total está calculada (1) atendiendo a la cobertura máxima de los servicios. (2) Para la estimación del número total de usuarios consideramos que aproximadamente un 21% del total reciben simultáneamente Teleasistencia y Ayuda domiciliaria unos 1.640 usuarios comunes (esto se corresponde con que del total de usuarios de teleasistencia el 35% reciben Ayuda Domiciliaria y un 52% de los usuarios de Ayuda Domiciliaria reciben teleasistencia). (3) Los mayores atendidos en los municipios mayores de 20mil habitantes (6 municipios con una población de 65 y más años de 63.284, estimamos una cobertura similar al ámbito de Diputación en Teleasistencia y Ayuda Domiciliaria.

La cobertura en el año 2005 para Granada y provincia considerando servicios de Residencias, Centros de Estancia Diurna, Cuidadores/as, Ayuda a Domicilio y Teleasistencia se aproxima al 12% de los mayores de 65 y más años. Esta cobertura, en principio, permite suponer que todos los mayores de 65 años con gran dependencia, dependencia severa y dependencia moderada para la realización de las AVD-B estarían atendidos (un 10,52% según EDDES 1999, Libro Blanco 2004) e incluso un 1,5% de los mayores con dependencia en AVD-B,I que no entran en los criterios anteriores. No obstante, esta conclusión resulta aventurada por tres razones:

- El baremo establece la Ley de Dependencia es posterior a la valoración en EDDES.
- Porcentajes importantes de los usuarios de los actuales servicios no entran en los criterios que la Ley establece, tal como expusimos en el apartado anterior.
- Previsiblemente, y como podremos constatar en el objetivo 5, no todos los mayores que se encuentran en el medio comunitario y que entrarían en los criterios marcados por la ley de Dependencia están atendidos sea en Ayuda Domiciliaria, Teleasistencia o Cuidadores/as no profesionalizados con ayuda económica.

**Eficacia en la cobertura.**

Mayores dependientes no atendidos en la comunidad y mayores no dependientes atendidos en los servicios, son dos elementos sustancialmente importantes que entran a formar parte del indicador **eficacia de la cobertura**.

Una definición adecuada de **Eficacia en la cobertura** adecuada a nuestro contexto social, consiste en la asignación de servicios de atención a la dependencia minimizando tanto el número de casos no atendidos que tienen necesidades, como el número de casos atendidos y no tienen necesidades. La eficacia en la cobertura se puede medir mediante la fórmula siguiente (Rossi y Freeman, 1989):

$$\text{Eficacia en la cobertura} = 100 \times \left[ \frac{\text{Nº atendidos con necesidades de servicio}}{\text{Nº total con necesidades}} - \frac{\text{Nº atendidos sin necesidades de servicio}}{\text{Nº total de atendidos en el servicio}} \right]$$

La fórmula produce un valor positivo de + 100 cuando se presta el servicio a toda la población con necesidades y no se atiende ningún caso sin necesidad en el servicio. Un valor – 100 indica que de todos los casos atendidos por el servicio ninguno de ellos tiene necesidad del mismo. Por ejemplo, si 100 sujetos necesitan ser atendidos por un servicio determinado y sólo se atienden 70 con necesidades, la eficacia de la cobertura sería del +70%. Si de 100 con necesidad sólo son atendidos 10 y 90 son atendidos sin necesidad, la eficacia de la cobertura es del -80%.

**La eficacia de a cobertura** de los servicios Residenciales, Centros de Estancias Diurnas, Cuidadores/as familiares, Ayuda Domiciliaria y global de todos ellos; exceptuamos Teleasistencia dado su carácter preventivo y que no implica una tercera persona para la realización o ayuda en la AVDs, es la siguiente: Residencias 0,68%. Centros de Estancia Diurna 0,078%. Cuidadores familiares 0,071%. Ayuda Domiciliaria -0,08 y Global 0,14%.

Estos datos nos revelan la gran importancia que tendrá la aplicación de la Ley de Dependencia, atendiendo a todos los mayores que lo necesitan y paliando el actual déficit de servicios, en tanto que:

- Posibilitará la atención de todas aquellas personas con necesidad de atención en AVDs que actualmente no están atendidas. Este es el factor principal que explica la pobre eficacia global de los actuales servicios, en tanto que existe un importante número de personas, un 12,6%, no atendidas en el Medio comunitario, Grados I, II y III.
- Posibilitará una nueva conceptualización de la actual Ayuda Domiciliaria, pasando el peso de la atención de las AVDs instrumentales a las AVDs, básicas.
- Posibilitará la creación de servicios actualmente claramente deficitarios en cobertura como son los Centros de Estancia Diurnas.
- Posibilitará que los cuidadores/as no profesionales (Cuidadores/as familiares) se incorporen a la cartera de servicios.

**Tabla 190. Eficacia de la cobertura de atención global (Residencias, Centros de Estancia Diurna, Cuidadores/as no profesionales, Ayuda Domiciliaria y Teleasistencia)**

<b>Eficacia en la Cobertura año 2005 Global</b>	
<b>Servicio y mayores atendidos</b>	<b>2005. Mayores de 65 y más años</b>  Provincia de Granada: 140.005
Eficacia en la cobertura = 100 x	$\left[ \frac{\text{N}^\circ \text{ atendidos con necesidades de servicio}}{\text{N}^\circ \text{ total con necesidades}} - \frac{\text{N}^\circ \text{ atendidos sin necesidades de servicio}}{\text{N}^\circ \text{ total de atendidos en el servicio}} \right]$
<b>Eficacia de la cobertura 0,14%</b>	
<b>Total de usuarios atendidos: 13.319</b>	
<b>3.990 Residencias.    644 Centros E. Diurnas    400 Cuidadores/as.</b> <b>1.532 PAD            1.640 Teleasistencia y PAD    5.113 PAD y Teleasistencia mayores</b> <b>20mil.</b>	

Nº total de atendidos en el servicio: **13.319**.

Nº total con necesidades: 27.949 (10.309 + 17.640).

- Un 77,4% (100 – 22,6) de los usuarios atendidos, 13.319, que entrarían en criterios de la Ley de

Dependencia, un total de **10.309** (apartado 4.1).

- Un 12,6% de los mayores del Medio Comunitario que entran en criterios de la Ley de Dependencia y que no están atendidos (véase apartado 5): **17.640** en el año 2005.

Nº atendidos sin necesidades de servicio: Un 22,6% de los usuarios atendidos, 13.319, que no entrarían en criterios de la Ley de Dependencia, un total de **3.010**.

Nº atendidos con necesidades de servicio: Un 77,4% (100 – 22,6) de los usuarios atendidos, 13.319, que entrarían en criterios de la Ley de Dependencia, un total de **10.309**.

**Tabla 191. Eficacia de la cobertura (Ayuda Domiciliaria)**

<b>Eficacia en la Cobertura año 2005 Ayuda Domiciliaria</b>	
<b>Servicio y mayores atendidos</b>	<b>2005. Mayores de 65 y más años</b> Provincia de Granada: 140.005
$\text{Eficacia en la cobertura} = 100 \times \left[ \frac{\text{Nº atendidos con necesidades de servicio}}{\text{Nº total con necesidades}} - \frac{\text{Nº atendidos sin necesidades de servicio}}{\text{Nº total de atendidos en el servicio}} \right]$	
<b>Eficacia de la cobertura - 0,08%</b>	
<b>Total de usuarios atendidos: 8.225</b> <b>1.532 PAD      1.640 Teleasistencia y PAD      5.113 PAD y Teleasistencia</b> <b>mayores 20mil.</b>	

Nº total de atendidos en el servicio: **8.225**.

Nº total con necesidades: **16.649** (5.042 + 11.607).

- Un 61,3% (100 – 38,7) de los usuarios atendidos, 8.225, que entrarían en criterios de la Ley de Dependencia, un total de **5.042** (apartado 4.1).

- Un 65,8% del 12,6% de los mayores del Medio Comunitario que entran en criterios de la Ley de Dependencia y que no están atendidos (véase apartado 5), un 65,8% de 17.640 en el año 2005: **11.607**.

Nº atendidos sin necesidades de servicio: Un 38,7% de los usuarios atendidos, 8.225, que no entrarían en criterios de la Ley de Dependencia, un total de **3.183**.

Nº atendidos con necesidades de servicio: Un 61,3% (100 – 38,7) de los usuarios atendidos, 8.225, que entrarían en criterios de la Ley de Dependencia, un total de **5.042**.

**Tabla 192. Eficacia de la cobertura (Cuidadores/as no profesionales)**

<b>Eficacia en la Cobertura año 2005 Cuidadores/as</b>	
<b>Servicio y mayores atendidos</b>	<b>2005. Mayores de 65 y más años</b> Provincia de Granada: 140.005
$\text{Eficacia en la cobertura} = 100 \times \left[ \frac{\text{Nº atendidos con necesidades de servicio}}{\text{Nº total con necesidades}} - \frac{\text{Nº atendidos sin necesidades de servicio}}{\text{Nº total de atendidos en el servicio}} \right]$	
<b>Eficacia de la cobertura 0,071%</b> <b>Eficacia de la cobertura Diputación 0,14%</b>	
<b>Total de usuarios atendidos: 400.</b>	

Nº total de atendidos en el servicio: **400**.

Nº total con necesidades: **3.632** (5.042 + 11.607).

- Un 96,5% (100 – 3,5) de los usuarios atendidos, 400, que entrarían en criterios de la Ley de Dependencia,

un total de **386** (apartado 4.1).

- Un 18,4% del 12,6% de los mayores del Medio Comunitario que entran en criterios de la Ley de Dependencia y que no están atendidos (véase apartado 5), un 18,4% de 17.640 en el año 2005: **3.246**.

Nº atendidos sin necesidades de servicio: Un 3,5 % de los usuarios atendidos, 400, que no entrarían en criterios de la Ley de Dependencia, un total de **14**.

Nº atendidos con necesidades de servicio: Un 96,5% (100 – 3,5) de los usuarios atendidos, 400, que entrarían en criterios de la Ley de Dependencia, un total de **386**.

**Tabla 193. Eficacia de la cobertura (Centros Estancia Diurna)**

<b>Eficacia en la Cobertura año 2005 Centros Estancia Diurna</b>	
<b>Servicio y mayores atendidos</b>	<b>2005. Mayores de 65 y más años</b> Provincia de Granada: 140.005
$\text{Eficacia en la cobertura} = 100 \times \left[ \frac{\text{N}^\circ \text{ atendidos con necesidades de servicio}}{\text{N}^\circ \text{ total con necesidades}} - \frac{\text{N}^\circ \text{ atendidos sin necesidades de servicio}}{\text{N}^\circ \text{ total de atendidos en el servicio}} \right]$	
<b>Eficacia de la cobertura 0,078%</b>	
<b>Total de usuarios atendidos: 644</b>	

Nº total de atendidos en el servicio: **644**.

Nº total con necesidades: **2.896** (5.042 + 11.607).

- Un 88,2% (100 – 11,8) de los usuarios atendidos, 644, que entrarían en criterios de la Ley de Dependencia, un total de **568** (apartado 4.1).

- Un 13,2% del 12,6% de los mayores del Medio Comunitario que entran en criterios de la Ley de Dependencia y que no están atendidos (véase apartado 5), un 13,2% de 17.640 en el año 2005: **2.328**.

Nº atendidos sin necesidades de servicio: Un 11,8 % de los usuarios atendidos, 644, que no entrarían en criterios de la Ley de Dependencia, un total de **76**.

Nº atendidos con necesidades de servicio: Un 88,2% (100 – 11,8) de los usuarios atendidos, 644, que entrarían en criterios de la Ley de Dependencia, un total de **568**.

**Tabla 194. Eficacia de la cobertura (Residencias)**

<b>Eficacia en la Cobertura año 2005 Residencias</b>	
<b>Servicio y mayores atendidos</b>	<b>2005. Mayores de 65 y más años</b> Provincia de Granada: 140.005
$\text{Eficacia en la cobertura} = 100 \times \left[ \frac{\text{N}^\circ \text{ atendidos con necesidades de servicio}}{\text{N}^\circ \text{ total con necesidades}} - \frac{\text{N}^\circ \text{ atendidos sin necesidades de servicio}}{\text{N}^\circ \text{ total de atendidos en el servicio}} \right]$	
<b>Eficacia de la cobertura 0,63%</b>	
<b>Total de usuarios atendidos: 3.990</b>	

Nº total de atendidos en el servicio: **3.990**.

Nº total con necesidades: **3.498** (5.042 + 11.607).

- Un 76,2% (100 – 23,8) de los usuarios atendidos, 3.990, que entrarían en criterios de la Ley de Dependencia, un total de **3.040** (apartado 4.1).

- Un 2,6% del 12,6% de los mayores del Medio Comunitario que entran en criterios de la Ley de Dependencia y que no están atendidos (véase apartado 5), un 2,6% de 17.640 en el año 2005: **458**.

Nº atendidos sin necesidades de servicio: Un 23,8 % de los usuarios atendidos, 3.990, que no entrarían en criterios de la Ley de Dependencia, un total de **950**.

Nº atendidos con necesidades de servicio: Un 76,2% (100 – 23,8) de los usuarios atendidos, 3.990, que entrarían en criterios de la Ley de Dependencia, un total de **3.040**.

### **Cobertura idónea.**

Para conocer la cobertura idónea de los diferentes servicios que conllevan atención en las Actividades de la Vida Diaria (Residencias, Centros de Estancia Diurna, Cuidadores familiares y Ayuda Domiciliaria), consideramos los usuarios con necesidad de atención, actualmente no atendidos y los atendidos que cumplen criterios de Grado y Nivel establecidos por la Ley de Dependencia. Como podemos observar en la tabla siguiente, en atención Residencial serían necesarias 2,5 plazas por cada 100 mayores de 65 años; 2,1 plazas por cada 100 mayores de 65 años en Centros de estancia Diurna; 12 mayores atendidos por cada 100 en Ayuda Domiciliaria y 2,6 atendidos por cuidadores/as no profesionales.

Como resulta evidente y dado que los usuarios atendidos en Cuidadores/as cumplen los criterios de Grado y nivel semejantes a los Residenciales, situándonos en el extremo de no atender a ningún mayor mediante Cuidadores/as, la cobertura de plazas residenciales se extendería al 5,1%, porcentaje éste recomendado por diferentes autores (Defensor del Pueblo, 2000 y Dengra, 2001).

La cobertura en Ayuda Domiciliaria es superior al 8% recomendada para nuestro país (Defensor del Pueblo 2000), pero coincidente con la de otros países: Francia 12,5%, Suiza 12,5%, Finlandia 12%, Suecia 17% (Rotsgaard y Fridberg, 1998; Dengra, 2001 y Libro Blanco, 2004).

La cobertura en Centros de Estancia Diurna de un 2,1% se encuentra en los márgenes establecidos en el Informe del Defensor del Pueblo, un 1% para personas entre 65 y 80 años y un 2% para mayores de 80 años (Defensor del Pueblo, 2000).

En el gráfico 4.2.1 (Anexo II), podemos ver la comparativa entre cobertura, eficacia en la cobertura y cobertura idónea de los diferentes servicios de atención a la dependencia.

**Tabla 195. Cobertura idónea de los diferentes servicios (Residencias, Centros de Estancia Diurna, Cuidadores/as no profesionales y Ayuda Domiciliaria)**

<b>Servicio.</b>	<b>Nº total con necesidades</b>	<b>Población de 65 y más años Provincia de Granada: 140.005</b>	<b>Cobertura idónea</b>
<b>Residencias</b>	<b>3.498</b>	<b>(3.498 / 140.005) x 100</b>	<b>2,5%</b>
<b>Centros Estancia Diurna</b>	<b>2.896</b>	<b>(2.896 / 140.005) x 100</b>	<b>2,1%</b>
<b>Cuidadores/as</b>	<b>3.632</b>	<b>(3.632 / 140.005) x 100</b>	<b>2,6%</b>
<b>Ayuda Domiciliaria</b>	<b>16.649</b>	<b>(16.649 / 140.005) x 100</b>	<b>11,9%</b>
<b>Total de usuarios con necesidades de atención</b>	<b>26.675</b>	<b>(26.675 / 140.005) x 100</b>	<b>19%</b>

**OBJETIVO 5: Conocer los mayores dependientes que residen en el medio comunitario, municipios, susceptibles de necesitar atención en los diferentes dispositivos de atención y que actualmente no reciben atención alguna. Planificación de plazas y recursos económicos necesarios para la atención.**

**- Mayores dependientes no atendidos que residen en el medio comunitario en Granada y Andalucía.**

**Provincia de Granada, mayores de 60 años.**

Un 12,6% de los mayores de 60 años en la provincia de Granada tendrían un Grado de Dependencia mayor de uno, entrado en los criterios que establece la Ley de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, de ellas un 3,5% se encontrarían en Grado III, niveles 1 y 2. Esto supone un total de 22.836 mayores dependientes no atendidos (Grado I, II y III) y 6.394 (Grado III) (Datos de población. INE, 2006).

Cuando analizamos el porcentaje de personas con Grado de dependencia II y III (dependencia severa o total) un 6,1% son los mayores de 60 años no atendidos, 11.144 en total.

Hemos de señalar como factores “explicativos” del porcentaje de mayores no atendidos en Grado III:

- La edad de los mismos: el 80% de mayores tiene 75 y más años (el 2,8% sobre el 3,5%) y el 57,28% de los mayores tiene 85 y más años (el 1,9% sobre el 3,5%), (Tabla 5.1.1, Anexo I).
- Que están siendo atendidos por familiares, el 72,7% viven en casa de algún familiar (el 2,4% sobre el 3,3%), Tabla (5.1.2, Anexo I).
- Que el 68,57% están viudos/as o solteros/as, (tabla 5.1.3, Anexo I).
- Que los baremos de ayuda domiciliaria actuales priman la falta de apoyo sociofamiliar para la realización de las tareas de la vida diaria.

**Tabla 196. Porcentajes de mayores no atendidos residentes en el Medio Comunitario (Provincia de Granada)**

		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No existe grado de dependencia	87,2	87,4	87,4
	Grado I y nivel 1	4,7	4,7	92,1
	Grado I y nivel 2	1,7	1,7	93,8
	Grado II y nivel 1	1,7	1,7	95,5
	Grado II y nivel 2	1,0	1,0	96,5
	Grado III y nivel 1	2,0	2,0	98,5
	Grado III y nivel 2	1,5	1,5	100,0
	Total	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	,2		
Total		100,0		

Grado y nivel dependencia: % de mayores no atendidos. (12,6% Grado I, II, y III . 3,5% Grado III)

Según el baremo del Ministerio, el 87.4% de los mayores que viven en el medio comunitario, no presentarían problemas funcionales de ningún tipo, este porcentaje se reduce al 66.8% si se utiliza el índice de Barthel.

En el polo opuesto, el baremo destinado a evaluar a los sujetos solicitantes de las ayudas previstas en la ley de apoyo a la autonomía personal, localizaría un 3.5% de mayores



de Grado III (Niveles 1 y 2) mientras que según el índice de Barthel aumentaría a un 5.5% (punto de corte 60).

Es de señalar también que con la aplicación del baremo del Ministerio aparecería como sujetos sin dependencia un 9.9% de mayores que el Barthel clasifica con dependencia moderada y un 11.1% de los clasificados por este instrumento con dependencia escasa.

% del total		Barthel					Total
		Dependencia total	Dependencia severa	Dependencia moderada	Escasa	Independiente	
Grado y nivel dependencia	No existe grado de dependencia			9,9%	11,1%	66,3%	87,4%
Baremo MTAS	Grado I y nivel 1			4,2%		,5%	4,7%
	Grado I y nivel 2		,5%	1,2%			1,7%
	Grado II y nivel 1		,7%	1,0%			1,7%
	Grado II y nivel 2		1,0%				1,0%
	Grado III y nivel 1	,2%	1,5%	,2%			2,0%
	Grado III y nivel 2	1,2%	,2%				1,5%
Total		1,5%	4,0%	16,6%	11,1%	66,8%	100,0%

La prevalencia de dependencia para la realización de AVB-B, la situaríamos en 12,3% de los mayores de 60 años (área sombreada) y un 14,8% de los mayores de 65 años (tabla 5.1.4). Prevalencias calculadas aplicando la información combinada del baremo del MTAS (desde Grado I a Grado III) y Barthel (dependencia total, severa y moderada).

**Tabla 197. Número de mayores no atendidos residentes en el Medio Comunitario (Provincia de Granada / más de 60 años)**

Estimación nº de mayores de 60 años no atendidos según parámetros Ley de dependencia				
	INE: Padrón Municipal 2006. Mayores 60 y más años	Estudio Investigación Nº Mayores con Grado I,II y III sin atender	Estudio Investigación Nº Mayores con Grado III sin atender	Estudio Investigación Nº Mayores con Grado II y III sin atender
Provincia de Granada	182.685	22.836	6.394	11.144
Diputación Granada	99.730	12.466	3.491	6.084
Municipios mayores 20mil habitantes (Excepto Granada capital)	28.530	3.566	999	1.740
Granada capital	54.425	6.803	1.905	3.320

La estimación del número de casos no atendidos la realizamos mediante (Baremo MTAS)

**Andalucía, mayores de 65 años.**

La estimación del número de mayores de 65 años en situación de dependencia para el año 2006 que realizamos constituye una aproximación sin validez estadística, y como tal ha de tomarse.

La extrapolación la realizamos en función del muestreo realizado en la provincia de Granada, de manera que los resultados han de matizarse, aparte de lo mencionado anteriormente, en función de los parámetros siguientes:

- El nuestro sólo ha sido realizado exclusivamente en la provincia de Granada.

- El baremo de ayuda domiciliaria en la provincia prima la falta de apoyo sociofamiliar para la realización de las tareas de la vida diaria.
- Consideramos como similares la cobertura y eficacia de la cobertura de los mayores atendidos en Teleasistencia, Ayuda a domicilio, Centros de Estancias Diurnas y Residencias en todas las provincias.

**Tabla de contingencia Grado y nivel dependencia \* Edad Provincia de Granada.**

		Edad
		65 y más años
Grado y nivel dependencia	No existe grado de dependencia	84,5%
	Grado I y nivel 1	6,0%
	Grado I y nivel 2	2,2%
	Grado II y nivel 1	1,9%
	Grado II y nivel 2	1,3%
	Grado III y nivel 1	2,2%
	Grado III y nivel 2	1,9%
Total		100,0%

Podemos estimar que en Andalucía un total de 181.703 mayores de 65 años en situación de dependencia no están atendidos en servicios de Teleasistencia, Ayuda a Domicilio, Centros de Estancias Diurnas y Residencias, de las cuales 48.063 corresponderían al Grado III nivel 1 y 2.

**Tabla 198. Número de mayores no atendidos residentes en el Medio Comunitario (Andalucía / más de 65 años)**

INE: Andalucía Padrón Municipal 2006	Nº mayores 65 y más años	Estudio	Estudio	Estudio
		Investigación Nº Mayores con Grado I,II y III sin atender	Investigación Nº Mayores con Grado III sin atender	Investigación Nº Mayores con Grado II y III sin atender
<b>Ambos sexos</b>				
<b>Andalucía</b>	<b>1.172.276</b>	<b>181.703</b> (172.618 y 190.788)	<b>48.063</b> (45.660 y 50.466)	<b>85.576</b> (81.297 y 89.855)
Almería	80.529	12.482	3.302	5.879
Cádiz	153.135	23.736	6.279	11.179
Córdoba	135.870	21.060	5.571	9.919
Granada	142.912	22.151	5.859	10.433
Huelva	73.357	11.370	3.008	5.355
Jaén	119.492	18.521	4.899	8.723
Málaga	212.678	32.965	8.720	15.525
Sevilla	254.303	39.417	10.426	18.564

Estas estimaciones están en consonancia con las efectuadas por el estudio sobre “Dependencia y solidaridad en las redes familiares” (IEA 2007), donde 33.372 en personas mayores de 65 años en Granada (un 23,83%) manifestarían necesitar ayuda y no la reciben de manera institucional.

Como podemos observar en la tabla siguiente correspondiente al presente estudio, donde se relaciona puntuación en Barthel y Grado de dependencia, la población con dependencia (total, severa y moderada) supone el 22,1%, que sumando un 1,7% a la dependencia escasa en Barthel, nos da el 23,83% del estudio IEA 2007. Estamos asumiendo

que en el trabajo sobre “Dependencia y solidaridad en las redes familiares” las personas con puntuaciones en Barthel total, severa, moderada y un 15% con Barthel escaso (1,7% sobre 11,1%) afirmarían tener necesidad de ayuda, algo plausible en sí mismo.

**Tabla de contingencia Grado y nivel dependencia Baremo MTAS \* Barthel**

% del total		Barthel					Total
		Dependencia total	Dependencia severa	Dependencia moderada	Escasa	Independiente	
Grado y nivel dependencia	No existe grado de dependencia			9,9%	11,1%	66,3%	87,4%
Baremo MTAS	Grado I y nivel 1			4,2%		,5%	4,7%
	Grado I y nivel 2		,5%	1,2%			1,7%
	Grado II y nivel 1		,7%	1,0%			1,7%
	Grado II y nivel 2		1,0%				1,0%
	Grado III y nivel 1	,2%	1,5%	,2%			2,0%
	Grado III y nivel 2	1,2%	,2%				1,5%
Total		1,5%	4,0%	16,6%	11,1%	66,8%	100,0%

**- Incremento de plazas necesario para cada uno de los servicios y programas: Centros Residenciales, Unidades de Estancia Diurna, Cuidadores/as de Personas Mayores Dependientes, Ayuda Domiciliaria y Teleasistencia.**

El número de plazas a ser creadas, en los diferentes servicios, a nivel andaluz para atender todos los Grados y niveles de Dependencia está en relación directa con el modelo de toma de decisiones propuesto, un primer avance con las salvedades que expusimos en el apartado análisis de datos, no lo está dando la clasificación realizada con Análisis Discriminante Predictivo a partir de las variables: Variables biopsicosociales del mayor dependiente: Capacidad funcional (Barthel, Lawton y baremo AVD-B del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales), Capacidad Cognitiva (Mini-Examen cognoscitivo MEC), Depresión (GDS), Relaciones familiares (APGAR), Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC), Satisfacción vital (Escala Satisfacción de Lawton) y Salud (Caídas, y Percepción de salud).

**Características del Análisis Discriminante efectuado:**

- (1) Todos los grupos excepto Teleasistencia (grupo no igual a 5).
- (2) Grado y nivel de dependencia desde Grado I nivel 1 hasta Grado III nivel 2 (codificación > o igual que 1).
- (3) Probabilidades previas calculadas según el tamaño de los grupos.

**Resultados de la clasificación(a)**

Grupo de Análisis		Grupo de pertenencia pronosticado					Total
		Residencias	Centro de Estancia Diurna	Cuidadores familiares	Ayuda Domiciliaria	Medio Comunitario	
Original	% Residencias	55,4	11,6	10,7	22,3	,0	100,0
	Centro de Estancia Diurna	17,8	34,6	17,8	29,9	,0	100,0
	Cuidadores familiares	10,8	13,7	57,8	17,6	,0	100,0
	Ayuda domiciliaria	12,4	11,2	14,1	62,4	,0	100,0
	Medio comunitario	2,6	13,2	18,4	65,8	,0	100,0

a Clasificados correctamente el 50,0% de los casos agrupados originales.

**Tabla 199. Análisis discriminante para conocer el porcentaje de plazas que deberían ser creadas para atender a los mayores residentes en el Medio Comunitario**

	Residencias	Centro de estancia diurna	Cuidadores familiares	Ayuda domiciliaria	Total
Medio comunitario	2,6	13,2	18,4	65,8	100,0

Resultados de la clasificación (a). a. Clasificados correctamente el 50,2% de los casos agrupados originales.

**Tabla 200. Estimación del Número Plazas a ser creadas para atender a los mayores en los diferentes servicios (Andalucía y provincias andaluzas, más de 65 años)**

INE: Andalucía Padrón Municipal 2006	Estudio Investigación Nº Mayores con Grado I,II y III sin atender	Residencias	Centros Estancia Diurna	Cuidadores familiares	Ayuda a Domicilio
		<b>Ambos sexos</b>			
<b>Andalucía</b>	<b>181.703</b>	<b>4.724</b>	<b>23.985</b>	<b>33.433</b>	<b>119.561</b>
Almería	12.482	325	1.648	2.297	8.213
Cádiz	23.736	617	3.133	4.367	15.618
Córdoba	21.060	548	2.780	3.875	13.857
Granada	22.151	576	2.924	4.076	14.576
Huelva	11.370	296	1.501	2.092	7.482
Jaén	18.521	482	2.445	3.408	12.187
Málaga	32.965	857	4.351	6.066	21.691
Sevilla	39.417	1.025	5.203	7.253	25.936

Plazas a ser creadas en Andalucía totales y provincializadas.

**- Estimación de la inversión económica necesaria para atender el incremento de plazas en cada uno de los servicios y programas: Centros Residenciales, Unidades de Estancia Diurna, Cuidadores/as de Personas Mayores Dependientes, Ayuda Domiciliaria y Teleasistencia.**

Atender a todos los usuarios que actualmente residen en la Provincia de Granada y Andalucía, para todos los Grados y niveles de dependencia, supone destinar 73 millones y 600 millones de Euros respectivamente. No obstante y, tal como expusimos en el capítulo primero, el calendario de 9 años (2007-2015) que tiene la Ley en su aplicación, para dar respuesta a todos los Grados y niveles, ha de posibilitar a las administraciones Central y Autonómica planificar adecuadamente la respuesta.

Para estimar la inversión económica necesaria para atender a los mayores que se encuentran en el medio comunitario durante el periodo 2005 / 2006 y no estaban atendidos mediante ningún servicio público, partiremos de las cuantías establecidas por la legislación que desarrolla la Ley de Dependencia (Real Decreto 727/2007, de 8 de junio) y un precio público en Ayuda Domiciliaria medio en nuestro contexto, según los grados y niveles siguientes:

- PAD 12€ hora. Número de horas para Grado I y nivel 1 y 2. Menos % aportación del usuario.
- Centros Estancia Diurna. Grado II y nivel 2. Menos % aportación del usuario.
- Cuidadores familiares. Grado III y nivel 1 y 2.
- Residencias. Grado III y nivel 1 y 2. Menos % aportación del usuario.

Coste estimado que supone atender a un mayor dependiente en los diferentes servicios:

- **Programa Ayuda a Domicilio, Coste aproximado: (mes 132€; año 1.584€).**

El número de horas lo situamos en la media 3,8 (4 horas) con un máximo de 10 a la semana.

El coste por hora: 12€. Los usuarios estarían dispuesto a pagar: 60€ un 30% del coste.

- **Residencias, Coste aproximado: (mes 682€; año 8.184€).**

El coste por mes los situamos en la media Grado III nivel 1 y 2: 682€.

- **Centros Estancia Diurnas, Coste aproximado: (mes 585€; año 7.020€).**

El coste por mes los situamos en Grado III nivel 1: 585€.

- **Cuidadores familiares, Coste aproximado: (mes 512€; año 6.144€).**

El coste por mes los situamos en la media Grado III nivel 1 y 2: 512€. Con Seguridad Social.

**Tabla 201. Estimación de la Inversión económica para atender a los mayores en los diferentes servicios (Andalucía y provincias andaluzas, más de 65 años)**

INE: Andalucía Padrón Municipal 2006	Estudio	Residencias	Centros Estancia Diurna	Cuidadores familiares	Ayuda a Domicilio	TOTAL
	Investigación Nº Mayores con Grado I,II y III sin atender					
<b>Ambos sexos</b>						
<b>Andalucía</b>	<b>181.703</b>	<b>38.663.491</b>	<b>168.373.268</b>	<b>205.414.515</b>	<b>189.383.949</b>	<b>601.835.223</b>
Almería	12.482	2.655.969	11.566.316	14.110.845	13.009.634	41.342.764
Cádiz	23.736	5.050.625	21.994.658	26.833.368	24.739.290	78.617.941
Córdoba	21.060	4.481.199	19.514.899	23.808.076	21.950.092	69.754.267
Granada	22.151	4.713.455	20.526.336	25.042.024	23.087.742	73.369.557
Huelva	11.370	2.419.425	10.536.207	12.854.118	11.850.982	37.660.733
Jaén	18.521	3.941.028	17.162.540	20.938.210	19.304.191	61.345.969
Málaga	32.965	7.014.444	30.546.771	37.266.902	34.358.590	109.186.707
Sevilla	39.417	8.387.299	36.525.336	44.560.721	41.083.199	130.556.556

**OBJETIVO 6: Conocer (1) el número y la secuencia de pérdida en la realización de las Actividades de la Vida Diaria tanto Básicas como Instrumentales y (2) los apoyos requeridos en la realización tanto de AVD básicas como instrumentales.**

Este objetivo nos permitirá avanzar en la planificación actuaciones preventivas y mejorar las intervenciones, las tareas que han de realizar las personas que cuidan a los mayores dependientes, sean cuidadores/as profesionales o cuidadores/as familiares.

**- Número y la secuencia de pérdida en la realización de las Actividades de la Vida Diaria tanto Básicas como Instrumentales.**

La secuencia de pérdida en AVDs la hemos establecido en función del porcentaje de mayores que (1) entran en criterios de Grado y nivel establecidos por la Ley de Dependencia y (2) el porcentaje de ellos que manifiestan necesitar ayuda en la realización de las mismas, el número total de mayores que cumplen el primer criterio asciende a 921 de un total de 1.599.

El porcentaje de mayores que necesitan ayuda para cada una de las AVDs oscila entre 99,7% para limpiar y cuidar la vivienda, al 20,6% para sorber bebidas (tabla 6.1.1, Anexo I).

El orden de pérdida, comenzando por la primera habilidad donde se necesita ayuda, es el siguiente:

1. Limpiar y cuidar vivienda.
2. Utilizar de medios de transporte.
3. Hacer la compra Compras.
4. Realizar desplazamientos lejanos.
5. **Lavarse** la parte inferior del cuerpo.
6. Lavar y cuidar la ropa.
7. Preparar comidas.
8. Cortarse las uñas.
9. Lavarse la parte superior del cuerpo.
10. Lavarse el pelo.
11. Realizar desplazamientos cercanos.
12. Evitar riesgos fuera del domicilio.
13. Desplazamiento alrededor del edificio.
14. Vestirse prendas parte inferior del cuerpo.
15. Acceso al exterior del edificio.
16. Evitar riesgos dentro del domicilio.
17. Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas.
18. **Vestirse** prendas parte superior del cuerpo.
19. Accede a todas las estancias comunes de la vivienda en la habitual.
20. Accede a todos los elementos comunes de las habitaciones.
21. Calzarse.
22. Abrir botellas y latas.
23. Cortar o partir la carne en trozos.
- 24.

Desplazamientos no vinculados al autocuidado. 25. **Desplazamientos** vinculados al autocuidado. 26. Pedir ayuda ante una urgencia. 27. Lavarse los dientes. 28. **Continencia** micción. 29. Manipular la ropa. 30. Acudir a un lugar adecuado. 31. Limpiarse. 32. Adoptar o abandonar la postura adecuada. 33. Abrocharse botones. 34. Peinarse. 35. Transferirse mientras acostado. 36. Ponerse en pie. 37. Tumbarse. 38. Continencia defecación. 39. Transferirse mientras sentado. 40. Sentarse. 41. Lavarse la cara. 42. Lavarse las manos. 43. Usar cubiertos para **llevar la comida a la boca**. 44. Sujetar el recipiente de bebida. 45. Acercarse el recipiente de bebida a la boca. 46. Sorber las bebidas.

Esta secuencia de pérdida está en consonancia con la propuesta por Katz y Akpom, primero se pierden las habilidades relacionadas con el baño, continuaría con los problemas para vestirse, trasladarse, controlar esfínteres y por último comer por sí solos (Katz y Akpom 1976).

#### - Apoyos requeridos en la realización tanto de AVD básicas como instrumentales.

Cuando analizamos los apoyos que reciben los mayores evaluados, encontramos que éstos se clasifican en seis diferentes agrupaciones de necesidades de apoyo.

Pudimos comprobar que estas categorías no eran excluyentes, variando el nivel de demanda de cada agrupación para cada servicio. Así mismo, también observamos que los servicios no eran homogéneos a la hora de necesitar unos tipos de apoyos concretos, por lo que consideramos oportuno localizar los diferentes perfiles de demanda de apoyo existentes en cada servicio.

**Tabla 202. Clasificación de AVDs según apoyos requeridos para su realización**

Apoyos tipo 1	Apoyos tipo 2	Apoyos tipo 3	Apoyos tipo 4	Apoyos tipo 5	Apoyos tipo 6
Utilización medios de transporte	Transferirse mientras sentado	Acercarse el recipiente de bebida a la boca	Vestirse las prendas de la parte superior del cuerpo	Desplazamiento alrededor del edificio	Continencia: Defecación
Desplazamientos lejanos	Transferirse mientras acostado	Sujetar el recipiente de bebida	Vestirse las prendas de la parte inferior del cuerpo	Acceso al exterior del edificio	Continencia: Micción
Lavarse la parte inferior del cuerpo	Ponerse en pies	Sorber las bebidas	Abrocharse los botones	Evitar riesgos fuera del edificio	Limpiarse
Lavarse la parte superior del cuerpo	Tumbarse	Usar cubiertos para llevar comida a la boca	Calzarse	Evitar riesgos dentro del edificio	Manipular la ropa
Cortarse las uñas	Sentarse	Lavarse las Manos	Cortar o partir la comida en trozos	Pedir Ayuda ante una urgencia	
Lavarse el pelo	Adoptar o abandonar la postura adecuada	Lavarse la Cara	Peinarse		
Desplazamiento cercano	Acudir a un lugar adecuado		Abrir botellas y latas		
Acceder a todas las estancias comunes de la vivienda en la que reside	Desplazamientos no vinculados al autocuidado		Lavarse los dientes		
Aplicarse las Medidas terapéuticas recomendadas	Accede a todos los elementos comunes de las habitaciones				

**Perfiles de apoyos existentes entre los usuarios de Residencias.**

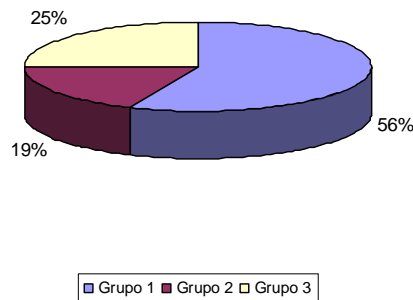
En el medio residencial, nos encontraríamos con tres perfiles de necesidades de apoyo, el más importante es el perfil 1 que aglutina al 56% de los actuales residentes, el perfil 2 reuniría al 19% y el perfil 3 al 25%.

El perfil 1, lo compondrían sujetos relativamente válidos que requerirían un ligero nivel de ayuda del tipo 2 (asociada a las trasferencias), tipo 5 (relacionada con los desplazamientos en el exterior) y ligera supervisión en actividades del tipo 6 (control de esfínteres).

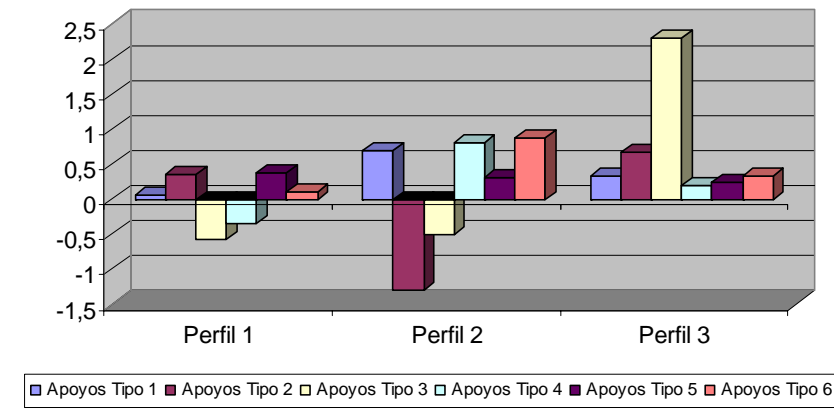
El perfil 2 requeriría apoyo ligero en las categorías 1 (actividades avanzadas), 4 (actividades relacionadas con la autoayuda) y 6 (actividades relacionadas con el control de esfínteres).

Por último, el perfil 3 estaría caracterizado por una importante demanda del tipo 3 (asociada a actividades básicas de alimentación y autocuidado).

**Gráfico 36. Clasificación de AVDs según apoyos requeridos para su realización (Residencias)**



**Gráfico 37. Perfiles de apoyo para la realización de AVDs (Residencias)**



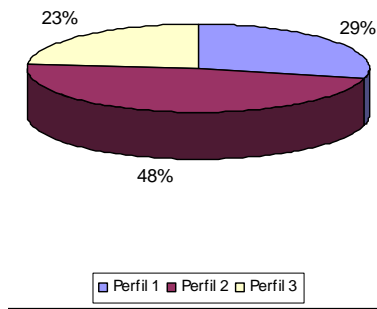
**Perfiles de apoyos existentes entre los usuarios de Centros Estancia Diurna.**

En los Centros de Estancia Diurna, encontraríamos también tres perfiles, siendo el mas representativo tal y como se observa en el gráfico siguiente el perfil 2, que representaría al 48% de los usuarios de este servicio.

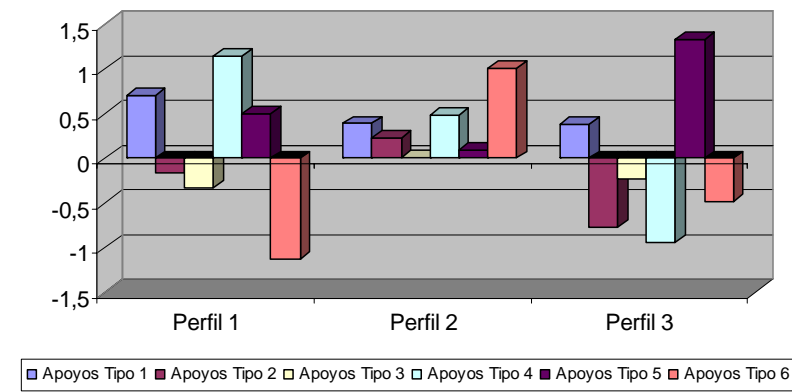
La característica diferencial del perfil 2, estaría relacionada con la necesidad de recibir apoyos tipo 6 (asociados a los mayores niveles de dependencia -control de esfínteres, etc,-), lo que no ocurre en los otros dos perfiles.

El perfil 3 estaría asociado a ayudas tipo 5 (relacionadas con los desplazamientos mas complejos), mientras que, el perfil 1 se caracterizaría por la necesidad de apoyos tipo 4 y 1 (actividades básicas e instrumentales).

**Gráfico 38. Clasificación de AVDs según apoyos requeridos para su realización (Centros de Estancias Diurnas)**



**Gráfico 39. Perfiles de apoyo para la realización de AVDs (Centros de Estancias Diurna)**



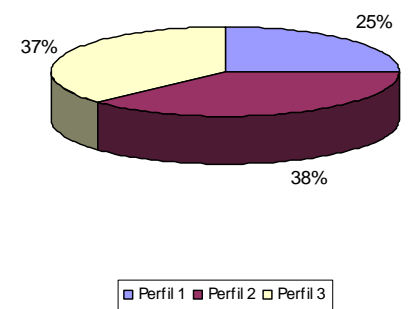
**Perfiles de apoyos existentes entre los mayores adscritos al programa Cuidadores/as familiares.**

El este servicio, encontraríamos tres perfiles bastante equilibrados en cuanto al número de mayores adscritos a cada uno de ellos.

El perfil 1 sería el menos asistido pues no tendría problemas de control de esfínteres ni de ayudas directas en la alimentación, teniendo sobre todo necesidad de apoyo en las transferencias.

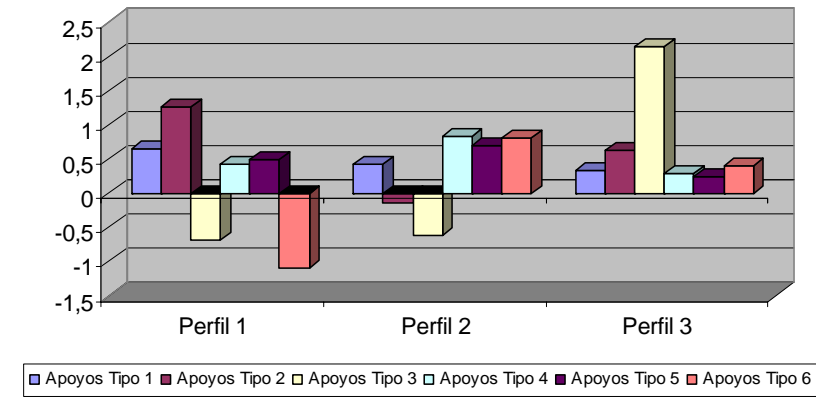
El perfil 2, necesitaría ayuda en actividades instrumentales, básicas y desplazamientos y, el perfil 3 estaría marcado por una importante necesidad de ayuda para comer.

**Gráfico 40. Clasificación de AVDs según apoyos requeridos para su realización (Cuidadores/as no profesionales)**





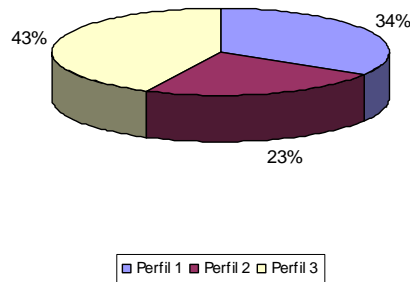
**Gráfico 41. Perfiles de apoyo para la realización de AVDs (Cuidadores/as no profesionales)**



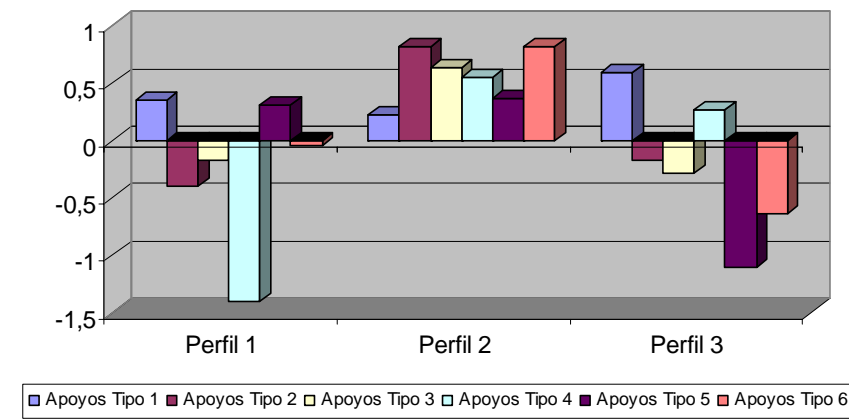
**Perfiles de apoyos existentes entre los usuarios de Ayuda Domiciliaria.**

En la ayuda domiciliaria encontramos también tres perfiles claramente definidos. El perfil 1 (34% de usuarios), estaría constituido por sujetos que requieren exclusivamente un nivel ligero de apoyos tipo 1 y 5, (relacionadas con actividades instrumentales avanzadas). El perfil 2 (23% usuarios) sería el mas asistido requiriendo ayudas prácticamente de todos los tipos y por último, el perfil 3 (43% usuarios), requeriría ayuda para los grupos 1 y 4 asociado este último con tareas de autoayuda e higiene personal.

**Gráfico 42. Clasificación de AVDs según apoyos requeridos para su realización (Ayuda Domiciliaria)**



**Gráfico 43. Perfiles de apoyo para la realización de AVDs (Ayuda Domiciliaria)**

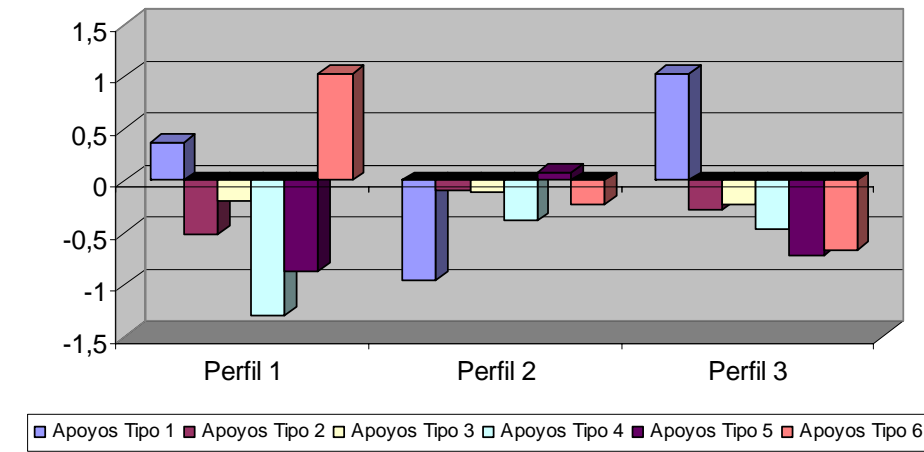


### Perfiles de apoyos existentes entre los usuarios del servicio de Teleasistencia.

En el servicio de Teleasistencia existiría un perfil mayoritario (perfil 2) constituido por el 56% del total de los usuarios, este perfil se caracterizaría por no requerir ayuda de ningún tipo.

El perfil 1 constituido por el 15% de los usuarios requerirían ayuda tipo 6 (asociada con tareas de defecación y micción) y, con las de tipo 1 actividades instrumentales avanzadas y, por último el perfil 3, formado por el 29% de los usuario, solo requeriría de ayudas tipo 1.

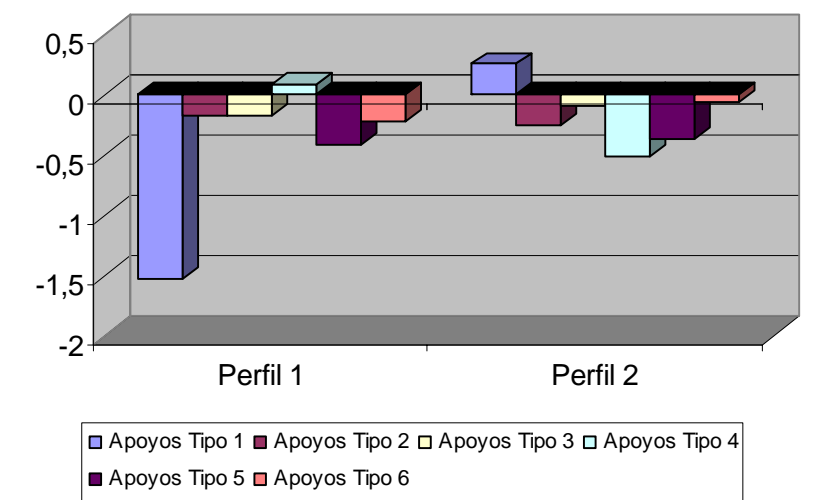
**Gráfico 44. Perfiles de apoyo para la realización de AVDs (Teleasistencia)**



### Perfiles de apoyos existentes entre los mayores del Medio Comunitario.

En el medio comunitario sólo se localizaron dos grupos el primero constituido por el 70% de la población y el segundo por un 30%. La diferencia básica entre ambos grupos, estaría en los apoyos de Tipo 1, muy innecesarios en el primero y ligeramente presentes en el segundo.

**Gráfico 45. Perfiles de apoyo para la realización de AVDs (Medio Comunitario)**



**OBJETIVO 7: Conocer el copago que los mayores estarían dispuestos a aportar por los diferentes servicios: Residencias, Centros de Estancia Diurna, Ayuda Domiciliaria y Teleasistencia.**

**- Cuantía media de copago por servicio.**

Para valorar la cantidad de dinero que los mayores estarían dispuestos a pagar por disfrutar de los servicios de atención a la dependencia que conllevan ayuda de tercera persona para realizar las AVDs (Residencias, Centros de Estancia Diurna y Ayuda Domiciliaria), se utilizó exclusivamente la muestra de mayores del medio comunitario que actualmente no reciben ningún servicio.

La media que estarían dispuestos a pagar por los servicios Residenciales se sitúa en los 383€, 135€ en Centros de Estancia Diurna y 41€ por la Ayuda Domiciliaria. Es de señalar el alto porcentaje de mayores que no contestaron a esta pregunta, alrededor del 75%.

**Tabla 203. Copago: Cuantía media que los mayores estarían dispuestos a pagar por servicio (Residencias, Centros de Estancia Diurna y Ayuda Domiciliaria)**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Copago Residencia	90	,00	753,00	383,1778	152,95638
Copago CED	101	,00	601,00	134,6337	105,00759
Copago PAD	102	,00	301,00	40,5980	63,87523

El copago que los mayores estarían dispuestos a aportar, por tramos económicos, queda expuesto en las siguientes tablas:

**Tabla 204. Copago: Cuantía económica por tramos y porcentaje de usuarios (Residencias)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Entre 903 y 753 €	1	,2	1,1	1,1
	Entre 752 y 601 €	10	2,5	11,1	12,2
	<b>Entre 600 y 451 €</b>	<b>44</b>	<b>10,9</b>	<b>48,9</b>	<b>61,1</b>
	Entre 450 y 301 €	19	4,7	21,1	82,2
	Entre 300 y 240 €	6	1,5	6,7	88,9
	Entre 239 y 180 €	2	,5	2,2	91,1
	Entre 179 y 120 €	2	,5	2,2	93,3
	Entre 119 y 60 €	2	,5	2,2	95,6
	Menos de 60 €	4	1,0	4,4	100,0
	Total	90	22,2	100,0	
Perdidos	No contesta / en blanco	314	77,5		
	Sistema	1	,2		
	Total	315	77,8		
Total		405	100,0		

Cuanto pagaría al mes por Residencia

**Tabla 205. Copago: Cuantía económica por tramos y porcentaje de usuarios (Centro Estancia Diurna)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Entre 752 y 601 €	1	,2	1,0	1,0
	Entre 600 y 451 €	1	,2	1,0	2,0
	Entre 450 y 301 €	6	1,5	5,9	7,9
	Entre 300 y 240 €	10	2,5	9,9	17,8
	<b>Entre 239 y 180 €</b>	<b>27</b>	<b>6,7</b>	<b>26,7</b>	<b>44,6</b>
	<b>Entre 179 y 120 €</b>	<b>23</b>	<b>5,7</b>	<b>22,8</b>	<b>67,3</b>
	Entre 119 y 60 €	12	3,0	11,9	79,2
	Menos de 60 €	21	5,2	20,8	100,0
Total		101	24,9	100,0	
Perdidos	No contesta / en blanco	303	74,8		
	Sistema	1	,2		
	Total	304	75,1		
Total		405	100,0		

Cuanto pagaría al mes por Centro Estancia Diurna

**Tabla 206. Copago: Cuantía económica por tramos y porcentaje de usuarios (Ayuda Domiciliaria)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Entre 450 y 301 €	1	,2	1,0	1,0
	Entre 300 y 240 €	1	,2	1,0	2,0
	Entre 239 y 180 €	6	1,5	5,9	7,8
	Entre 179 y 120 €	12	3,0	11,8	19,6
	Entre 119 y 60 €	18	4,4	17,6	37,3
	<b>Menos de 60 €</b>	<b>64</b>	<b>15,8</b>	<b>62,7</b>	<b>100,0</b>
Total		102	25,2	100,0	
Perdidos	No contesta / en blanco	302	74,6		
	Sistema	1	,2		
	Total	303	74,8		
Total		405	100,0		

Cuanto pagaría al mes por Ayuda a Domicilio

**- Relación entre cuantía de copago por servicio, pensión percibida y nivel de estudios.**

Para analizar lo que los mayores estarían dispuestos a pagar por los servicios de Residencias, Centros Estancia Diurna y Ayuda Domiciliaria, se preguntó a los mayores del Medio Comunitario y que no reciben ningún servicio (Residencias, Centros Estancia Diurna, Ayuda Domiciliaria o Telesistencia). Señalar en primer lugar que la media de la pensión de los mayores de la muestra es de 558,5€, que las pensiones de nuestros encuestados oscilan entre 0 y 1.800 euros, con una DT de 223,28 €

De los tres servicios analizados, encontramos una relación estadísticamente significativa entre la cuantía de las pensiones y el copago en (1) los Centros de Estancia Diurna (Chi-cuadrado de Pearson= 354,404 y Sig. asintótica –bilateral- ,002). (Tabla 7.2.1, Anexo I) y (2) Ayuda domiciliaria (Chi-cuadrado de Pearson= 311,221 y Sig. asintótica –bilateral- ,001) (Tabla 7.2.2, Anexo I).

La cuantía de la pensión no se encuentra asociada en el caso de Residencias, en donde las diferencias porcentuales se pueden deber al azar o a la influencia de variables no controladas.

La correlación entre la pensión y lo dispuesto a pagar por los Centros de Estancia Diurna es negativa y aunque significativa su valor es pequeño (Correlación de Pearson  $-.225$  La correlación es significativa al nivel  $0,05$  -bilateral-) (tabla 7.2.3, Anexo I).

Los usuarios que más ganan estarían dispuestos a pagar menos por este servicio. Esto sucede con el resto de los servicios aunque las correlaciones no son significativas (tablas 7.2.4).

La correlación entre el nivel de estudios (donde: 1. No sabe leer y escribir; 2. Estudios primarios / sabe leer y escribir y 3. Estudios medios o superiores) y lo que los mayores estarían dispuestos a pagar, resulta significativa en Ayuda Domiciliaria (Correlación de Pearson  $-.209$  La correlación es significativa al nivel  $0,05$  -bilateral-) (tabla 7.2.5, Anexo I). En Residencias y Centros de Estancia Diurna no existe significación, pero la correlación también es negativa (tablas 7.2.6, Anexo I).

Estas correlaciones negativas, indican que quienes tienen mayor formación son los que menos estarían dispuestos a pagar. Decir como en el caso anterior que la magnitud de las correlaciones es pequeña.

**OBJETIVO 8: Conocer la validez de criterio del Baremo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en relación a Barthel e Índice de Lawton.**

La validez de criterio tiene como objetivo conocer el grado de relación entre las puntuaciones de los sujetos entre un instrumento de valoración (en nuestro caso el baremo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales –MTAS-) y otro u otros instrumentos de valoración (criterio) de los cuales conocemos su propiedades psicométricas.

Este tipo de validez viene expresada en términos del “coeficiente de validez”, siendo este el coeficiente de correlación lineal producto-momento de Pearson (García, 1993 y Anastasi, 1982). Para que realmente los procedimientos de inferencia entre el nuevo procedimiento de valoración y el criterio sean lo suficientemente fuertes, se recomienda que el tamaño de las muestras en ningún caso sean inferiores a 200 sujetos (Schmidt, 1976).

Como podemos observar el baremo del MTAS ha de considerarse un buen instrumento de valoración de la dependencia a tenor de los valores de los diferentes coeficientes de validez.

**Tabla 207. Correlación de Pearson entre Baremo MTAS y Barthel**

		Puntos Baremo MTAS	Puntuación Barthel
Puntos Baremo MTAS	Correlación de Pearson	1	$-.936^{**}$
	Sig. (bilateral)		,000
	N	1598	1598

\*\* La correlación es significativa al nivel  $0,01$  (bilateral).

**Tabla 208. Correlación de Pearson entre Baremo MTAS e Índice de Lawton**

		Puntos Baremo MTAS	Puntuación Índice Lawton
Puntos Baremo MTAS	Correlación de Pearson	1	$-.856^{**}$
	Sig. (bilateral)		,000
	N	1598	1593

\*\* La correlación es significativa al nivel  $0,01$  (bilateral).

**Tabla 209. Correlación de Pearson entre Baremo MTAS y MEC**

		Puntuación total MEC	Puntos Baremo MTAS
Puntuación total MEC	Correlación de Pearson	1	$-.731^{**}$
	Sig. (bilateral)		,000
	N	1516	1515

\*\* La correlación es significativa al nivel  $0,01$  (bilateral).

Cuando analizamos el porcentaje de casos valorados con Barthel (Niveles de dependencia) y Baremo MTAS (Grados y niveles de dependencia), podemos observar como ambos instrumentos podrían utilizarse de manera indistinta (Chi-cuadrado de Pearson 2400,331 y Sig. asintótica -bilateral- ,000). Una descripción más exhaustiva sobre los puntos de corte en Barthel fue descrita anteriormente.

**Tabla 210. Tabla de contingencia. Grado y nivel dependencia Baremo MTAS \* Barthel**

			Barthel					Total
			Dependencia total	Dependencia severa	Dependencia moderada	Escasa	Independiente	
<b>Grado</b>	No existe grado de dependencia	Recuento		6	167	119	385	677
		% de Barthel		1,9%	35,0%	92,2%	98,2%	42,4%
<b>y nivel</b>	Grado I y nivel 1	Recuento	1	18	165	7	6	197
		% de Barthel	,3%	5,8%	34,6%	5,4%	1,5%	12,3%
<b>Baremo MTAS</b>	Grado I y nivel 2	Recuento	1	37	81	2	1	122
		% de Barthel	,3%	12,0%	17,0%	1,6%	,3%	7,6%
	Grado II y nivel 1	Recuento	4	66	51	1		122
		% de Barthel	1,4%	21,4%	10,7%	,8%		7,6%
	Grado II y nivel 2	Recuento	14	83	11			108
		% de Barthel	4,8%	26,9%	2,3%			6,8%
	Grado III y nivel 1	Recuento	86	84	2			172
		% de Barthel	29,6%	27,2%	,4%			10,8%
	Grado III y nivel 2	Recuento	185	15				200
		% de Barthel	63,6%	4,9%				12,5%
<b>Total</b>		Recuento	291	309	477	129	392	<b>1598</b>
		% de Barthel	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**OBJETIVO 9: Diseñar un modelo de toma de decisiones para ubicación de la persona mayor dependiente en el servicio o servicios idóneos.**

En la construcción y diseño del modelo para la ubicación de la persona mayor dependiente, hemos seguido las siguientes pautas metodológicas:

- (1) Incorporar al mismo todas las variables relevantes que desde una perspectiva ecológica - comportamental puedan influir en la realización o no por parte del mayor, de las Actividades de la Vida Diaria, tal como quedo expuesto en el capítulo IV.
- (2) Que las variables puedan ser evaluadas directamente por profesionales del ámbito social (Psicólogos/as y Trabajadores/as Sociales fundamentalmente), que tengan la suficiente evidencia empírica, científica para ser consideradas y, en tercer lugar, que contemplen factores personales/comportamentales, ambientales, biológicos y, el acceso y disponibilidad de recursos.
- (3) En este objetivo no consideramos, como es obvio, los mayores del Medio Comunitario al no recibir ningún servicio. Eliminamos del análisis los mayores que quedarían fuera de la aplicación de la Ley de Dependencia –Grado cero, puntuaciones inferiores a 25 puntos en el Baremo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales- aunque estos se encuentren en alguno de los servicios.
- (4) No consideramos la Teleasistencia para la toma de decisiones al ser esta definida como un servicio preventivo en la Ley. No obstante, se incorpora al modelo como recurso, en el caso de mayores solos sin deterioro cognitivo, dadas las características que definen a los usuarios de este servicio (Objetivos 1 y 2).
- (5) Incorporaremos al diseño del mismo dos partes diferenciadas y complementarias, en primer lugar un modelo empírico que mediante algoritmos, reglas de decisión, los profesionales de los servicios sociales puedan asignar el servicio más adecuado a la situación del mayor y del entorno socioambiental y, en segundo lugar un modelo matemático que a través de las puntuaciones en las escalas e instrumentos de valoración, de manera automatizada, nos de la probabilidad de que un sujeto pertenezca, sea asignado, a un servicio determinado.

Hemos tenido en consideración tanto en la elaboración de reglas para la toma de decisiones, como en el establecimiento empírico y matemático del modelo, los siguientes criterios generales:

- 1ª. De las variables relevantes analizadas, solo entrarán a formar parte del mismo, aquellas que resulten significativas en los análisis estadísticos.
- 2ª. En el caso de poder utilizar varios servicios para la atención del mayor en función de su grado y nivel de dependencia derivados de la probabilidad en el modelo matemático o de las reglas de decisión en el modelo empírico, se utilizará como criterio último de decisión el entorno menos restrictivo. En el caso de Familias cuidadores se consideran dos entornos: mayor atendido en su propio domicilio o mayor atendido en el domicilio del cuidador/ra.
- 3ª. La preferencia o deseo del mayor será incorporada al modelo, una vez realizada la prescripción técnica, tal como establece la Ley de Dependencia en su Artículo 29 respecto al Programa Individual de Atención: “En el marco del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y las prestaciones correspondientes, los servicios sociales correspondientes del sistema público establecerán un Programa Individual de Atención en el que se determinarán las modalidades de intervención más adecuadas a sus necesidades de entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la resolución para su grado y nivel, con la participación previa consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas del beneficiario y, en su caso, de su familia o entidades tutelares que le represente”.

4ª. El modelo ha de posibilitar una gradación de los servicios idóneos recomendados técnicamente, de manera que en el caso de no disponer plazas en un determinado servicio, en el momento de la realización del Programa Individual de Atención, pueda recomendarse el siguiente servicio más acorde a las necesidades del usuario.

5ª. El modelo ha de permitir incorporar valoraciones clínicas más exhaustivas y en profundidad especialmente en los casos de: Sospecha de malos tratos, Deterioro cognitivo - Problemas de conducta para diferenciar deterioro cognitivo importante, moderado o leve.

En estos casos la toma de decisiones, ya desde el modelo empírico exclusivamente, incorporaría a la información dada por las escalas de screening los resultados de las valoraciones de Clima Sociofamiliar en el caso de recomendar Cuidadores/as versus Residencias o Ayuda Domiciliaria /versus/ Estancias Diurnas, por ejemplo: Escalas de Moos y / o Escala de Evaluación de la Cohesión-Adaptabilidad Familiar FACES III. Valoraciones específicas de malos tratos. Valoraciones cognitivas del CAMCOG (CANDEX de Martín Roth et al, 1978) y valoraciones de conducta: COBRA (adaptado de Drachman et al, 1992) o Escala de valoración de Trastornos de conducta (Cohen – Mansfield Agitations Inventory, 1989).

Estos cinco criterios generales nos permitirán: (1) establecer técnicamente cual es el servicio o servicios idóneos para atender al mayor dependiente, (2) informar del/los servicio/s técnicamente recomendados (tramite de consulta) y elaborar la propuesta de PIA, donde el mayor prioriza los diferentes servicios recomendados (propuesta de PIA) y (3) posibilitar a la administración asignar el servicio o servicios más adecuados, recomendados técnicamente, en función de las preferencias del mayor o representante legal y los recursos disponibles.

Las variables relevantes que desde una perspectiva ecológica - comportamental pueden influir en la realización de Actividades de la Vida Diaria por parte del mayor y que van a ser consideradas en los modelos empírico y matemático, son las siguientes:

- Variables relacionadas con el mayor:

- Edad, Género, Estudios y Estado Civil.
- Capacidad funcional (Barthel, Lawton y baremos AVD-B e I del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).
- Capacidad Cognitiva (Mini-Examen Cognoscitivo MEC).
- Depresión (GDS).
- Satisfacción vital (Escala Satisfacción de Lawton).
- Salud percibida).

- Variables relacionadas con el / la cuidador/ra:

- Sobrecarga.

- Entorno físico – arquitectónico donde reside el mayor:

- Presencia o ausencia de barreras arquitectónicas.
- Equipamiento del hogar.

- Disponibilidad y acceso a recursos:

- Recursos económicos.

- Entorno social y variables relacionadas con la interacción de factores individuales y ambientales:

- Red de Apoyo Familiar (Número de personas con las que convive el mayor; Familiares que residen en el municipio y fuera del municipio).
- Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC).
- Relaciones familiares (APGAR).



- Episodios de maltrato, en el caso de Medio Comunitario y Cuidadores/as de Personas Dependientes.
- Variables relacionadas con la interacción de factores individuales / comportamentales, biológicos y ambientales:
  - Riesgo de caídas.
  - Consumo de fármacos.
  - Insulino dependencia.
  - Uso de prótesis y órtesis: Ayudas técnicas

**OBJETIVO 9.1: Modelo empírico para la ubicación del mayor dependiente en el servicio idóneo (Residencias, Centros de Estancias Diurnas, Cuidadores/as de Personas Dependientes y Ayuda a Domicilio): algoritmo de toma de decisiones.**

Los algoritmos respecto a la toma de decisiones sobre actuaciones ante la pérdida de la capacidad funcional del mayor dependiente y el entorno más adecuado de atención (Domiciliaria y hospital de día geriátrico, Entorno residencial, Tratamiento en servicio hospitalario de rehabilitación etc), es una práctica habitual respecto a las intervenciones biomédicas (Mas et al, 2007 y Dobkin, 2005). Un algoritmo implica explicitar las reglas de decisión respecto a las actuaciones a ser implementadas, construyendo además un árbol de toma de decisiones (Dobkin, 2005 y Hoenig et al, 1994).

El modelo empírico se realiza para los servicios de Residencias, Centros de Estancias Diurnas, Cuidadores/as de Personas Dependientes y Ayuda a Domicilio, los usuarios de estos servicios que entrarán a formar parte de los análisis son aquellos que cumplen los criterios establecidos por la Ley de dependencia, que tienen desde Grado 1 y nivel 1 a Grado III nivel 2; es decir, todos aquellos con puntuaciones en el Baremo del MTAS superiores a 25 puntos.

Para la construcción del modelo hemos, en primer lugar, seleccionado las variables que teóricamente pueden influir en el mismo y hemos medido en todos los servicios, variables dependientes medidas en escala métrica de razón para posibilitar los análisis estadísticos MANOVA, ANOVA y ANCOVA y, Análisis de Contingencias para las variables dependientes de tipo nominal; en segundo lugar, hemos analizado la posible incorporación al modelo las variables barreras arquitectónicas, sospecha de malos tratos y sobrecarga en los Cuidadores/as, que no fueron medidas por su especificidad en todos los servicios.

Una vez seleccionadas las posibles variables a ser incorporadas en el modelo de toma de decisiones para la elección del servicio idóneo, hemos realizado seis etapas diferentes y complementarias de análisis:

- En las variables de tipo nominal, Análisis de Contingencias.
- Un Análisis Multivariado de Varianza (MANOVA) a todas las variables medidas en escala de razón y en todos los servicios, Análisis de Varianza y Covarianza (ANOVA y ANCOVA) posteriormente para identificar las más relevantes.
- Un análisis de Cluster a las variables identificadas como más relevantes, para determinar el orden de inclusión en la toma de decisiones.
- Tres Análisis Discriminantes Descriptivos, también a las identificadas como más relevantes, para establecer los (1) Tipos de servicios que clasifican las distintas variables, los (2) Grados y niveles que la Ley de Dependencia considera y la (3) Gravedad de la dependencia valorada con Barthel.
- Análisis respecto a la inclusión o no, de las variables barreras arquitectónicas, sospecha de maltrato y sobrecarga en los Cuidadores/as familiares.

El establecimiento de las reglas decisionales será efectuada mediante un proceso secuencial: en cada una de las etapas de análisis y para cada una de las variables, una vez extraídas las reglas de decisión construiremos el árbol de toma de decisiones.

Las **variables de razón**, previamente a ser consideradas, en el modelo empírico hacen referencia a:

- Variables biopsicosociales del mayor dependiente: Capacidad funcional (Barthel, Lawton y Baremo AVD-B e I del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales), Capacidad Cognitiva (Mini-Examen cognoscitivo MEC), Depresión (GDS), Relaciones familiares (APGAR), Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC), Satisfacción vital (Escala Satisfacción de Lawton) y Salud (Caídas, Número de fármacos consumidos y Percepción de salud).
- Edad de la persona mayor.
- Prevalencia de maltrato (puntuaciones en la escala CMSA) y Sobrecarga, en Cuidadores/as de Personas Dependientes.

Las **variables nominales**, previamente a ser consideradas en el mismo hacen referencia a:

- Nivel de estudios, Género, Estado civil, Número de personas que conviven con el mayor, barreras arquitectónicas, Insulino dependencia y modo de administración de insulina, Uso de prótesis y órtesis.

La secuencia expositiva que mantendremos es la siguiente:

- Análisis respecto a la inclusión o no, de las variables Barreras arquitectónicas, Sospecha de maltrato y Sobrecarga en los Cuidadores/as familiares.
- Análisis de Variables de tipo nominal, Análisis de contingencias.
- Análisis Multivariado de Varianza (MANOVA) y Análisis de Varianza y Covarianza (ANOVA y ANCOVA).
- Análisis de Cluster.
- Análisis Discriminantes Descriptivos.
- Resumen respecto a las variables a ser incorporadas al modelo y reglas decisionales.
- Reglas de decisión y representación gráfica del Modelo Empírico.

- **Análisis de Barreras arquitectónicas en los servicios de Ayuda Domiciliaria y Cuidadores/as /versus medio/ Comunitario y Prevalencia de maltrato (puntuaciones en la escala CMSA) – Sobrecarga en los cuidadores/as, en el caso de Medio Comunitario y Cuidadores/as de Personas Dependientes.**

Estos análisis fueron efectuados a través de los objetivos:

- Objetivo 1: Nivel de sobrecarga de los / las cuidadores/as de personas dependientes y Relación entre el nivel de sobrecarga y la variables personales del / la cuidador/a.
- Objetivo 2: Diferencias significativas en prevalencia de maltrato, en el caso de Medio Comunitario y Cuidadores/as de Personas Dependientes y Diferencias significativas en Entorno físico – arquitectónico donde reside el mayor (presencia o ausencia de barreras arquitectónicas y equipamientos del hogar), en el caso de Ayuda a Domicilio y Cuidadores/as de Personas Dependientes.

De los mismos se desprende que los cuidadores/as presentan niveles muy bajos de sobrecarga, básicamente porque son atendidos mediante programas de apoyo al cuidador y ayudas económicas, la sospecha de maltrato es inferior en su tasa al medio comunitario y la existencia de barreras no está asociada al riesgo de caídas en Ayuda Domiciliaria y Cuidadores, posiblemente por la homogeneidad entre los hogares.

Estos resultados nos llevan a la conclusión de considerar la sospecha de maltrato y la sobrecarga de los cuidadores/as como variables a ser incorporadas en la toma de decisiones; siempre y cuando la sospecha en el primer caso se materialice en episodios concretos y tras evaluaciones más exhaustivas a nivel psicosocial y seguimientos (visitas domiciliarias periódicas) de Servicios Sociales y Salud, en el caso de no existir sobrecarga en los cuidadores, se proporcionará a los valoradores las características sociológicas que conforman este grupo.

Las barreras arquitectónicas también son incorporadas al modelo, pero en este caso no en el sentido de elegir o recomendar un servicio respecto a otro (Ayuda Domiciliaria y Cuidadores /versus/ atención Residencial y Centros de Estancia Diurna), salvo en los casos de las máximas puntuaciones tanto en barreras externas e internas. La recomendación va en el sentido de proporcionar información para adaptación funcional del hogar (tanto sobre equipamiento como de ayudas institucionales), recomendaciones que quedarían explicitadas en los objetivos de intervención propuestos por los profesionales en los programas Individuales de Atención (PIA).

• **Variables de tipo nominal: Análisis de contingencias.**

Las variables nivel de estudios y género no han resultado significativas, no existiendo diferencias entre los diferentes servicios.

**Nivel de estudios** (Chi-cuadrado de Pearson= 19,752 y Sig. asintótica -bilateral- ,182) (tabla 9.1.1, Anexo I). Son los mayores en Cuidadores familiares quienes tienen un menor nivel de estudios.

**Tabla 211. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Nivel de Estudios \* Grupo de Análisis**

		Grupo de Análisis				Total
		Residencias	Centro de estancia diurna	Cuidadores familiares	Ayuda domiciliaria	
Nivel de Estudios	Superior	,9%			,4%	,4%
	Medios				,4%	,1%
	Bachiller	1,4%	,5%	,5%	,9%	,8%
	E.G.B/Primarios	8,4%	9,7%	6,3%	5,7%	7,5%
	Sabe leer y escribir	42,1%	47,7%	35,9%	47,4%	43,4%
	No sabe leer ni escribir	47,2%	42,1%	57,3%	45,2%	47,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Respecto al **Género**, predominan las mujeres en Cuidadores familiares con cerca del 85%, (Chi-cuadrado de Pearson= 7,627 y Sig. asintótica -bilateral- ,054) (tabla 9.1.2, Anexo I).

**Tabla 212. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Grupo de Análisis \*  
Genero del entrevistado**

		Grupo de Análisis				Total
		Residencias	Centro de estancia diurna	Cuidadores familiares	Ayuda domiciliaria	
Genero del entrevistado	Femenino	74,8%	76,7%	84,6%	74,8%	77,5%
	Masculino	25,2%	23,3%	15,4%	25,2%	22,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

La variable **Estado civil** ha resultado significativa, el porcentaje más alto de Solteros/as lo encontramos en Residencias, Casados/as en Centros de Estancia Diurna – Ayuda Domiciliaria, Viudos/as en Cuidadores/as familiares y Otros (pareja de hecho, divorciados...) en Residencias. (Chi-cuadrado de Pearson= 131,807 y Sig. asintótica -bilateral- ,000) (tabla 9.1.3a, Anexo I).

**Tabla 213. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Grupo de Análisis \*  
Estado Civil**

		Grupo de Análisis				Total
		Residencias	Centro de estancia diurna	Cuidadores familiares	Ayuda domiciliaria	
Estado Civil	Soltero/a	34,0%	3,5%	4,1%	13,5%	14,1%
	Casado/a	16,5%	36,0%	22,1%	34,1%	27,3%
	Viudo/a	47,6%	60,5%	73,8%	52,0%	58,0%
	Otros	1,9%			,4%	,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

#### **Número de personas con las que convive el mayor.**

Incluimos esta variable en el análisis de contingencias por su carácter cualitativo, en tanto que el número de personas puede reflejar diferentes intensidades de apoyo percibido o diferente grado de funcionalidad en las relaciones familiares, sin que necesariamente convivir con dos personas signifique el doble de apoyo percibido que el convivir con una.

El 75,8% de los mayores en Ayuda Domiciliaria viven solos frente al 22% en Centros de Estancia Diurna y un 2% con Cuidadores Familiares (Chi-cuadrado de Pearson= 1160,451 y Sig. asintótica -bilateral- ,000) (tabla 9.1.3b, Anexo I). Del total de mayores que están en Ayuda Domiciliaria, Centros de Estancia Diurna o Cuidadores familiares y viven solos el 80,3% son viudos/as, relación también estadísticamente significativa (Chi-cuadrado de Pearson= 230,950 y Sig. asintótica -bilateral- ,000) (tabla 9.1.3c, Anexo I).

**Tabla 214. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia N° de personas con las que convive el mayor \* Grupo de Análisis**

		Grupo de Análisis				Total
		Residencias	Centro de estancia diurna	Cuidadores familiares	Ayuda domiciliaria	
Nº TOTAL de personas con las que convive, excluido el mayor	0		21,9%	2,3%	<b>75,8%</b>	100,0%
	1		38,4%	15,6%	46,0%	100,0%
	2		37,6%	46,5%	15,8%	100,0%
	3		25,4%	62,7%	11,9%	100,0%
	4		30,4%	65,2%	4,3%	100,0%
	5		30,0%	60,0%	10,0%	100,0%
	6		30,0%	70,0%		100,0%
	7		33,3%	66,7%		100,0%
	10			100,0%		100,0%
	No evaluado	100,0%				100,0%
Total		25,5%	24,0%	23,2%	27,3%	100,0%

**Tabla 215. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia N° de personas con las que convive el mayor \* Estado Civil**

		Estado Civil				Total
		Soltero/a	Casado/a	Viudo/a	Otros	
Nº TOTAL de personas con las que convive, excluido el mayor	0	16,5%	2,4%	<b>80,3%</b>	,8%	100,0%
	1	6,3%	50,7%	43,0%		100,0%
	2	6,9%	39,6%	53,5%		100,0%
	3	3,4%	23,7%	72,9%		100,0%
	4	2,9%	13,2%	83,8%		100,0%
	5		23,3%	76,7%		100,0%
	6		50,0%	50,0%		100,0%
	7		33,3%	66,7%		100,0%
	10			100,0%		100,0%
	En Residencias	34,0%	16,5%	47,6%	1,9%	100,0%
Total		14,1%	27,2%	58,0%	,6%	100,0%

Las variables nivel de estudios, género y estado civil no las hemos considerado relevantes para la toma de decisiones respecto al servicio idóneo, aunque esta última tenga significación estadística pero no la tiene desde el punto de vista social. Sí es importante el que la persona dependiente viva o no sola, en tanto que en el caso de presentar problemas cognitivos, el apoyo social y familiar (o incluso la Ayuda Domiciliaria) pueden determinar la permanencia en su hogar y la simultaneidad con un servicio de Estancias Diurnas. Esta variable la incorporamos en el modelo de toma de decisiones junto al Apoyo Social y las relaciones familiares.

**Salud: Uso de prótesis, órtesis y/o ayudas técnicas.**

Las variables relacionadas con la salud: persona insulino dependiente y, uso de prótesis y órtesis, ninguna de ellas ha resultado significativa respecto al tipo de centro.

El uso de prótesis -la tenencia o no de las mismas-, órtesis y/o ayudas técnicas, no está relacionado con la pertenencia a un grupo concreto de uso de servicios sociales (Chi-cuadrado de Pearson 6,098 y Sig. asintótica (bilateral) ,107) (tabla 9.1.4, Anexo I).

**Tabla 216. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Grupo de Análisis \* Uso de prótesis, órtesis u otras ayudas técnicas**

		Uso de prótesis, órtesis u otras ayudas técnicas		Total
		Si	NO	
Grupo de Análisis	Residencias	92,1%	7,9%	100,0%
	Centro de estancia diurna	92,6%	7,4%	100,0%
	Cuidadores familiares	96,4%	3,6%	100,0%
	Ayuda domiciliaria	96,1%	3,9%	100,0%
Total		94,3%	5,7%	100,0%

Solo analizadas de manera individual se aprecia diferencias significativas por servicios en:

**Uso de pañales** (Chi-cuadrado de Pearson 18,308 y Sig. asintótica (bilateral) ,000) (tabla 9.1.5, Anexo I).

**Silla de ruedas** (Chi-cuadrado de Pearson 19,514 y Sig. asintótica (bilateral) ,000) (tabla 9.1.6, Anexo I).

**Andador** (Chi-cuadrado de Pearson 16,400 y Sig. asintótica (bilateral) ,001) (tabla 9.1.7, Anexo I).

**Muletas** (Chi-cuadrado de Pearson 29,412 y Sig. asintótica (bilateral) ,000) (tabla 9.1.8, Anexo I).

**Bastones** (Chi-cuadrado de Pearson 37,182 y Sig. asintótica (bilateral) ,000) (tabla 9.1.9, Anexo I).

**Dentadura** (Chi-cuadrado de Pearson 34,061 y Sig. asintótica (bilateral) ,000) (tabla 9.1.10, Anexo I).

**Gafas** (Chi-cuadrado de Pearson 37,760 y Sig. asintótica (bilateral) ,000) (tabla 9.1.11, Anexo I).

**Sonda nasogástrica** (Chi-cuadrado de Pearson 15,225 y Sig. asintótica (bilateral) ,002) (tabla 9.1.12, Anexo I). Siendo esta última, quizá, a ser tenida en consideración respecto a la elección del servicio idóneo.

**Tabla 217. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Grupo de Análisis \* Necesidad sonda nasogástrica**

		Sonda nasogástrica		Total
		no	si	
Grupo de Análisis	Residencias	94,9%	5,1%	100,0%
	Centro de estancia diurna	99,5%	,5%	100,0%
	Cuidadores familiares	98,4%	1,6%	100,0%
	Ayuda domiciliaria	99,5%	,5%	100,0%
Total		98,1%	1,9%	100,0%

El uso de prótesis -la utilización o no de las mismas-, órtesis y/o ayudas técnicas, se encuentra asociado al nivel de dependencia (Chi-cuadrado de Pearson 48,642 y Sig. asintótica (bilateral) ,000) (tabla 9.1.13, Anexo I), siendo los mayores más dependientes los que más ayudas técnicas utilizan.

**Tabla 218. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Barthel \* Uso de prótesis, órtesis u otras ayudas técnicas**

		Uso de prótesis, órtesis u otras ayudas técnicas		Total
		Si	NO	
Barthel	Dependencia total	98,6%	1,4%	100,0%
	Dependencia severa	95,0%	5,0%	100,0%
	Dependencia moderada	90,6%	9,4%	100,0%
	Escasa	77,8%	22,2%	100,0%
	Independiente	40,0%	60,0%	100,0%
Total		94,3%	5,7%	100,0%

Hemos realizado un Análisis Univariante respecto a riesgo de caídas, considerando como factor fijo el tipo de servicio y como covariantes (la puntuación en MEC, Barthel, Duke y Ayudas técnicas). La relación entre caídas y utilización de ayudas técnicas ha resultado ser influyente exclusivamente en la utilización de andador y sonda vesical, aunque en la manipulación de sonda nasogástrica y pañales dada su asociación, aunque no significativa, la precauciones deberían extremarse.

**Tabla 219. Modelo toma de decisiones: Pruebas de los efectos inter-sujetos. Variable dependiente: Riesgo de caídas**

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	1184,610(a)	19	62,348	5,155	,000
Intersección	139,407	1	139,407	11,526	,001
puntuaciónMEC	,693	1	,693	,057	,811
puntuaciónBT	345,055	1	345,055	28,529	,000
puntuaciónDUKE	81,126	1	81,126	6,707	,010
Prótesis	,500	1	,500	,041	,839
ortopédica	1,110	1	1,110	,092	,762
audífono	15,279	1	15,279	1,263	,262
gafas	,231	1	,231	,019	,890
dentadura	4,697	1	4,697	,388	,533
bastón	8,910	1	8,910	,737	,391
muleta	3,639	1	3,639	,301	,584
andador	84,021	1	84,021	6,947	,009
sillaruedas	18,338	1	18,338	1,516	,219
pañales	37,667	1	37,667	3,114	,078
sondavesical	46,622	1	46,622	3,855	,050
sondanasogast	41,827	1	41,827	3,458	,064
ostomía	20,099	1	20,099	1,662	,198
grupo	205,886	3	68,629	5,674	,001
Error	6071,735	502	12,095		
Total	47828,000	522			
Total corregida	7256,345	521			

a R cuadrado = ,163 (R cuadrado corregida = ,132)

Analizando los datos sobre riesgo de caídas y uso de ayudas técnicas, las recomendaciones van en el sentido de:

- Recomendar andadores en caso de pérdidas de movilidad, y extremar las precauciones en la manipulación de sondas y pañales.

**Salud: Insulino dependencia y modo de administración.**

El último indicador de salud utilizado fue el uso de insulina, como se observa en la tabla porcentual siguiente y en el estadístico presentado (Chi-cuadrado de Pearson = 3,535;  $p = ,316$ ) (tabla 9.1.14, Anexo I), no existen diferencias significativas en función del servicio al que se pertenece. Donde sí aparece es en el modo de administración, siendo la vía parenteral más frecuente en Residencias y Cuidadores familiares (Chi-cuadrado de Pearson = 9,097;  $p = ,028$ ) (tabla 9.1.15, Anexo I).

Al igual que en el caso anterior esta variable no la consideramos relevante para la toma de decisiones.

**Tabla 220. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Grupo de Análisis \* Modo administración insulina**

		Administración oral / parenteral		Total
		Oral	Parenteral	
Grupo de Análisis	Residencias	53,3%	46,7%	100,0%
	Centro de estancia diurna	79,6%	20,4%	100,0%
	Cuidadores familiares	60,0%	40,0%	100,0%
	Ayuda domiciliaria	69,9%	30,1%	100,0%
Total		66,5%	33,5%	100,0%

- **Variables de razón: MANOVA, ANOVA y ANCOVA.**

**Análisis Multivariado de Varianza (MANOVA).**

El Análisis Multivariado de Varianza ha resultado significativo para todas las variables independientes (MEC, Riesgo de caídas, Barthel, Índice de Lawton, Apgar, Duke -Unc, Percepción subjetiva de salud, GDS, Satisfacción en la vida de Lawton, Número de fármacos y, Baremo del Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales) excepto para la Edad del mayor, (tabla 9.1.16, Anexo I).

Seguidamente realizaremos un análisis pormenorizado de las variables significativas mediante ANOVA y ANCOVA, extrayendo las reglas decisionales pertinentes, que serán incorporadas en el modelo empírico.

**Análisis de Varianza y Covarianza (ANOVA y ANCOVA).**

**Capacidad funcional.**

Hemos utilizado tres indicadores para analizar la capacidad funcional en los sujetos valorados, dos instrumentos de valoración clásicos, que evalúan las actividades básicas (Índice de Barthel) y las actividades instrumentales (Índice de Lawton) y el Baremo construido por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales para poner en marcha la Ley de Dependencia.

**Capacidad funcional: Índice de Barthel.**

Las medias obtenidas por los distintos servicios en este indicador son significativamente distintas, tal y como se puede observar en el análisis de varianza ( $F = 21,796$ ;  $P = ,000$ ) (tabla 9.1.17, Anexo I). Es decir, la capacidad funcional medida por el índice de Barthel, varía en cada servicio, pudiéndose identificar dos grupos distintos en función de la media utilizada: Cuidadores familiares y Residencias /versus/ Centros de estancia Diurna y Ayuda Domiciliaria.



**Tabla 221. Modelo toma de decisiones: Contraste de medias. Puntuación Barthel (Student - Newman - Keuls)**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
<b>Cuidadores familiares</b>	<b>195</b>	<b>32,62</b>	
<b>Residencias</b>	<b>214</b>	<b>35,53</b>	
Ayuda domiciliaria	230		50,72
Centro de estancia diurna	202		51,04
Sig.		,323	,913

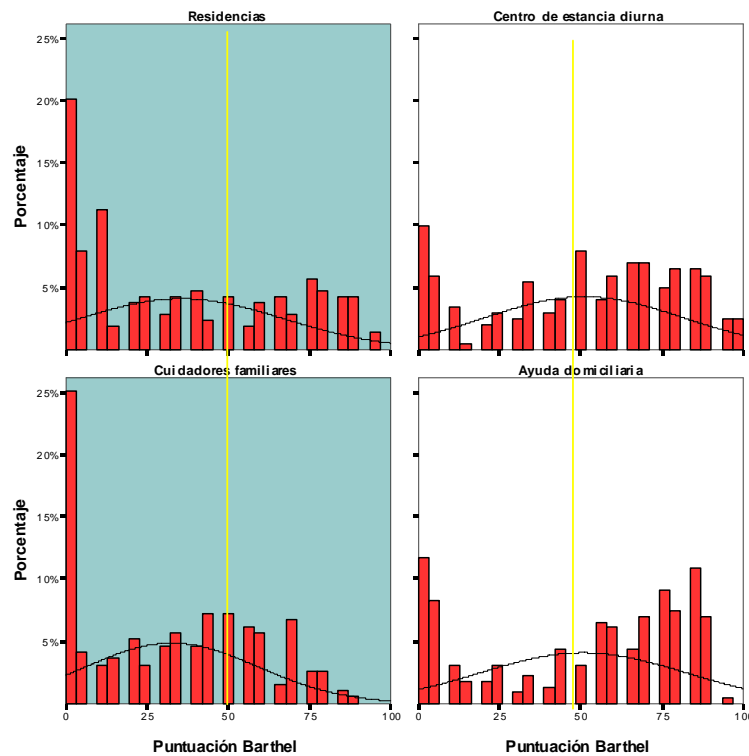
Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

Señalar como las puntuaciones en Cuidadores Familiares y Residencias se aproximan más a dependencia en Barthel total (0 – 20 puntos) que a dependencia severa (21 – 60 puntos).

Los usuarios de Ayuda Domiciliaria y Centros de Estancias Diurnas se aproximan más a dependencia en Barthel moderada (61 – 90 puntos) que ha dependencia severa.

No obstante, decir también que existe un importante solapamiento entre los diferentes servicios respecto a los usuarios atendidos en función de su dependencia.

**Gráfico 46. Modelo toma de decisiones: Histogramas Barthel \* Grupo de análisis (Servicios)**



Analizando (1) los grupos conformados por Residencias, Cuidadores familiares, Centros de Estancias Diurnas /versus/ Ayuda Domiciliaria, en función de sus puntuaciones y de (2) los porcentajes de sujetos con dependencia total, severa, moderada, escasa e independiente en Barthel, podríamos establecer la siguiente regla en la toma de decisiones:

- Mayores con dependencia total o severa atendidos en: Cuidadores Familiares o Residencias. Como podemos observar el 72,9% de los usuarios de Residencias y el 85,1% de los atendidos en Cuidadores cumplen esta condición.
- Mayores con dependencia moderada o escasa atendidos en: Ayuda a Domicilio o Centros Estancias Diurnas. Como podemos observar el 46,1% de los usuarios en Ayuda Domiciliaria y el 40,1% de los usuarios de Centros de Estancias Diurnas cumplen esta condición.
- Los Usuarios independientes no serían atendidos, un 0,6% en total de los actuales usuarios en los servicios.

**Tabla 222. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Grupo de Análisis \* Barthel**

		Barthel					Total
		Dependencia total	Dependencia severa	Dependencia moderada	Escasa	Independiente	
Grupo de Análisis	Residencias	44,9%	28,0%	25,7%	1,4%	2,5%	100,0%
	Centro de Estancia Diurna	21,8%	35,6%	37,6%	2,5%		100,0%
	Cuidadores familiares	41,0%	44,1%	14,9%			100,0%
	Ayuda domiciliaria	26,5%	27,4%	45,7%	,4%		100,0%
Total		33,4%	33,4%	31,5%	1,1%	,6%	100,0%

**Tabla 223. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Grado y nivel dependencia \* Barthel**

		Barthel					Total
		Dependencia total	Dependencia severa	Dependencia moderada	Escasa	Independiente	
Grado y nivel dependencia	Grado I y nivel 1	,1%	2,0%	16,3%	,7%	,5%	19,6%
	Grado I y nivel 2	,1%	4,0%	8,3%	,2%	,1%	12,8%
	Grado II y nivel 1	,5%	7,3%	5,5%	,1%		13,3%
	Grado II y nivel 2	1,7%	9,3%	1,3%			12,2%
	Grado III y nivel 1	9,9%	9,2%	,1%			19,1%
	Grado III y nivel 2	21,2%	1,7%				22,8%
Total		33,4%	33,4%	31,5%	1,1%	,6%	100,0%

#### Capacidad funcional: Índice de Lawton.

Los resultados obtenidos en la evaluación de las actividades instrumentales fueron similares a los obtenidos con el test de Barthel. El Análisis de varianza fue estadísticamente significativa ( $F = 43,183$  y  $p = ,000$ ) (tabla 9.1.18, Anexo I).

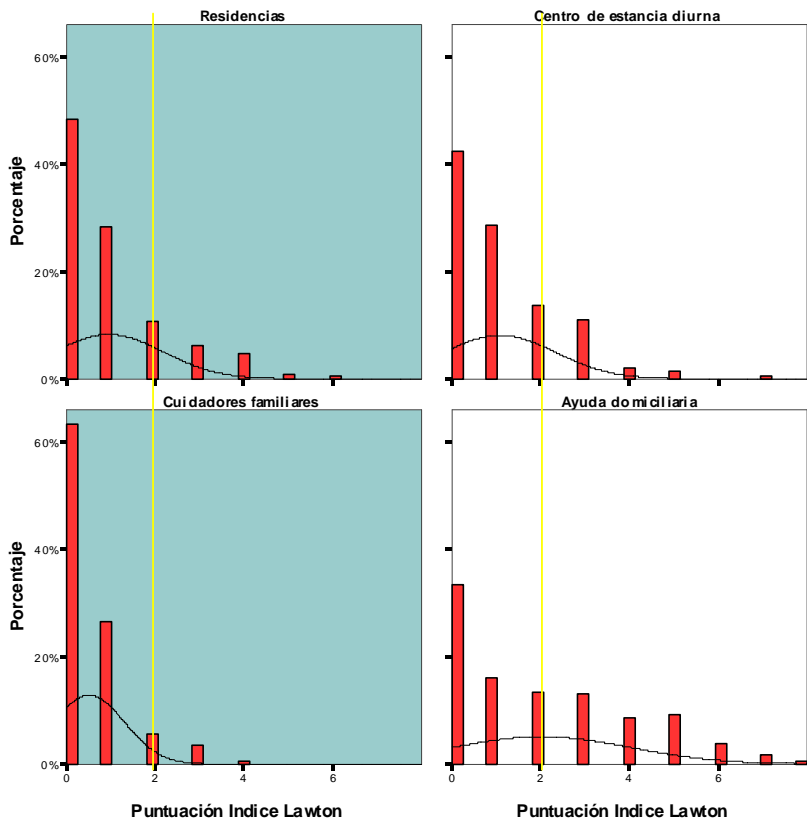
La prueba de Student-Newman-Keuls diferencia tres grupos homogéneos y dos si consideramos las puntuaciones: Cuidadores familiares y Residencias con 0 puntos /versus/ Centros de Estancia Diurna y Ayuda Domiciliaria con 1 - 2 puntos.

**Tabla 224. Modelo toma de decisiones: Contraste de medias. Puntuación Índice Lawton (Student-Newman-Keuls)**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05		
		1	2	3
<b>Cuidadores familiares</b>	<b>195</b>	<b>,51</b>		
<b>Residencias</b>	<b>212</b>		<b>,95</b>	
Centro de estancia diurna	202		1,08	
Ayuda domiciliaria	230			2,02
Sig.		1,000	,347	1,000

Existe como en el caso anterior, un importante solapamiento entre los diferentes servicios respecto a los usuarios atendidos en función de su dependencia: Cuidadores Familiares, Residencias - Centros de Estancia Diurna, Ayuda a Domicilio.

**Gráfico 47. Modelo toma de decisiones: Histogramas Índice Lawton \* Grupo de análisis (Servicios)**



Analizando (1) los grupos conformados por Residencias, Cuidadores familiares, Centros de Estancias Diurnas /versus/ Ayuda Domiciliaria, en función de sus puntuaciones y (2) los porcentajes de sujetos con dependencia total, severa, moderada, escasa e independiente en Barthel, podríamos establecer la siguiente regla en la toma de decisiones:

- Mayores con puntuación 0 atendidos en: Cuidadores familiares o Residencias.
- Mayores con puntuación 1 a 5 atendidos en: Centros de Estancia Diurna o Ayuda a Domicilio.
- Los mayores con puntuaciones igual o mayor que 6 puntos no serían atendidos.

**Tabla 225. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Puntuación Índice Lawton \* Grupo de Análisis**

		Grupo de Análisis				Total
		Residencias	Centro de estancia diurna	Cuidadores familiares	Ayuda domiciliaria	
Puntuación Índice Lawton	0	48,6%	42,6%	63,6%	33,5%	46,5%
	1	28,3%	28,7%	26,7%	16,1%	24,7%
	2	10,8%	13,9%	5,6%	13,5%	11,1%
	3	6,1%	10,9%	3,6%	13,0%	8,6%
	4	4,7%	2,0%	,5%	8,7%	4,2%
	5	,9%	1,5%		9,1%	3,1%
	6	,5%			3,9%	1,2%
	7		,5%		1,7%	,6%
	8				,4%	,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tabla 226. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Puntuación Índice Lawton \* Grado y nivel de dependencia**

		Grado y nivel dependencia Baremo MTAS						Total	
		No existe grado de dependencia	Grado I y nivel 1	Grado I y nivel 2	Grado II y nivel 1	Grado II y nivel 2	Grado III y nivel 1		Grado III y nivel 2
Puntuación Índice Lawton	0	,3%	1,6%	1,8%	3,3%	4,2%	8,6%	16,6%	36,3%
	1	,8%	2,4%	3,7%	3,6%	4,0%	4,5%	,9%	19,9%
	2	1,7%	2,9%	1,8%	1,4%	,9%	1,4%	,2%	10,2%
	3	2,1%	3,5%	1,3%	1,1%	,5%	,3%		8,8%
	4	2,3%	1,9%	,7%	,6%				5,5%
	5	4,3%	1,4%	,6%	,4%				6,7%
	6	3,8%	,9%						4,7%
	7	4,0%	,5%						4,4%
	8	3,3%	,1%						3,4%
Total		22,6%	15,1%	10,0%	10,3%	9,5%	14,8%	17,7%	100,0%

No obstante, aunque esta prueba nos permita poder extraer conclusiones respecto a la ubicación de los sujetos, creemos que dado el estrecho margen de puntuaciones (0 a 8), y que solamente la diferencia de un punto en la valoración puede llevarnos a conclusiones diferentes respecto a la utilización de un servicio u otro, desaconsejaríamos su uso, empleando por tanto exclusivamente Barthel o Baremo MTAS.

#### **Capacidad funcional: Baremo AVD-B e I del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS).**

Con el baremo desarrollado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales las diferencias obtenidas en las medias son estadísticamente significativas ( $F = 25,393$   $p = ,000$ ) (tabla 9.1.19), estableciendo cuatro grupos diferenciados: Cuidadores Familiares / versus/ Residencias /versus/ Centros de Estancia Diurna /versus/ Ayuda Domiciliaria, tal como se observa en la tabla e los histogramas siguientes.

**Tabla 227. Modelo toma de decisiones: Contraste de medias. Puntos Baremo dependencia MTAS (Student-Newman-Keuls)**

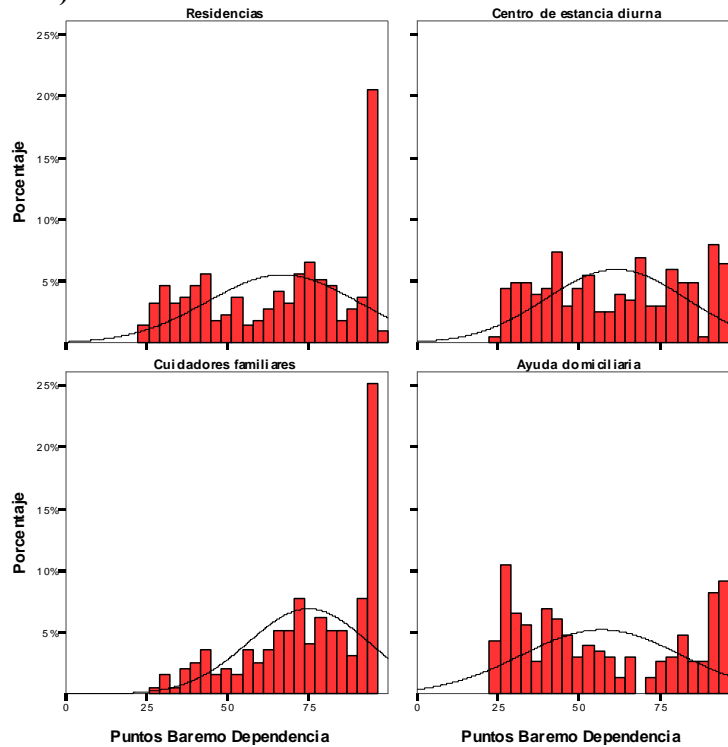
Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05			
		1	2	3	4
Ayuda domiciliaria	230	56,96			
Centro de estancia diurna	202		61,49		
Residencias	214			66,96	
<b>Cuidadores familiares</b>	<b>195</b>				<b>75,01</b>
Sig.		1,000	1,000	1,000	1,000

Tenemos tres grupos diferenciados si no atenemos a las puntuaciones que establece la Ley de Dependencia para los diferentes Grados y niveles. De esta manera las puntuaciones medias se sitúan en:

- Cuidadores Familiares se sitúan en Grado III nivel 1 (Grado III nivel 1 entre 75 y 89 puntos).
- Residencias Grado II nivel 2 (Grado II nivel 2 entre 65 y 74 puntos).
- Centros de Estancias Diurnas y Ayuda a Domicilio en Grado II nivel 1 (Grado II nivel 1 entre 50 y 64 puntos).

El solapamiento entre los diferentes servicios se mantiene.

**Gráfico 48. Modelo toma de decisiones: Histogramas Baremo MTAS \* Grupo de análisis (Servicios)**



Analizando (1) los pares de grupos conformados Cuidadores /versus/ Residencias y Centros de Estancia /versus/ Ayuda Domiciliaria y (2) los porcentajes con puntuación baremos MTAS en relación a los Grados y niveles de la Ley de Dependencia (Grado I nivel 1 entre 25 y 39 puntos; Grado I nivel 2 entre 40 y 49 puntos. Grado II nivel 1 entre 50 y 64 puntos; Grado II nivel 2 entre 65 y 74 puntos: Grado III nivel 1 entre 75 y 89 puntos. Grado III nivel II entre 90 y 100 puntos), podríamos establecer la siguiente regla en la toma de decisiones:

- Mayores con Grado II nivel 2 a Grado III niveles 1 y 2 atendidos en: Cuidadores Familiares y Residencias. Como podemos observar el 74,4% de los atendidos en Cuidadores y el 60,3% en Residencias cumplen esta condición.
- Mayores con Grado II nivel 1 a Grado I nivel 1 y 2 atendidos en: Centros de Estancia Diurna y/o Ayuda Domiciliaria. Como podemos observar el 52,4% de los atendidos en Centros de Estancia Diurna y el 62,6% en Ayuda Domiciliaria cumplen esta condición.

**Tabla 228. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Grado y nivel dependencia Baremo MTAS \* Grupo de Análisis**

		Grupo de Análisis				Total
		Residencias	Centro de estancia diurna	Cuidadores familiares	Ayuda domiciliaria	
Grado y nivel dependencia	Grado I y nivel 1	18,7%	20,3%	4,6%	32,6%	19,6%
	Grado I y nivel 2	10,7%	15,3%	8,2%	16,5%	12,8%
	Grado II y nivel 1	10,3%	16,8%	12,8%	13,5%	13,3%
	Grado II y nivel 2	14,5%	13,4%	18,5%	3,9%	12,2%
	Grado III y nivel 1	20,1%	19,3%	23,1%	14,8%	19,1%
	Grado III y nivel 2	25,7%	14,9%	32,8%	18,7%	22,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Como conclusión global 1 (siguiendo un criterio de “entorno menos restrictivo” y puntos de corte para Barthel moderado entre 21-60, consideración tradicional) respecto a la toma de decisiones en función de la dependencia**, la propuesta realizada en función de los instrumentos de valoración (Barthel y baremo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) permitiría **ubicar de manera más razonable al 84,1% de los usuarios**, quedando un 14% de los usuarios mal ubicados por defecto (encontrándose en Centros de Estancia Diurna o Ayuda a Domicilio y deberían ubicarse en Residencias o Cuidadores familiares) y un 1,4% por exceso (se ubicarían en Residencias o Cuidadores y podrían estar en Ayuda a Domicilio o Estancias Diurnas):

- Grado III y Grado II nivel 2 correspondido con un Barthel total o severo (Residencias o Cuidadores Familiares).
- Grado II nivel 1 y Grado I nivel 2 correspondido con un Barthel moderado o escaso (Centros de Estancia Diurna o Ayuda Domiciliaria).
- Grado I nivel 1 correspondido con un Barthel moderado o escaso (Ayuda a Domicilio).

**Tabla 229. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Barthel (con punto de corte 60) \* Grado y nivel dependencia**

Barthel 60	Grado y nivel dependencia						Total
	Grado I y nivel 1	Grado I y nivel 2	Grado II y nivel 1	Grado II y nivel 2	Grado III y nivel 1	Grado III y nivel 2	
Dependencia total	,1%	,1%	,5%	1,7%	9,9%	21,2%	33,4%
Dependencia severa	2,0%	4,0%	7,3%	9,3%	9,2%	1,7%	33,4%
Dependencia moderada	16,3%	8,3%	5,5%	1,3%	,1%		31,5%
Escasa	,7%	,2%	,1%				1,1%
Independiente	,5%	,1%					,6%
Total	19,6%	12,8%	13,3%	12,2%	19,1%	22,8%	100,0%

Como **segunda conclusión global 2** (siguiendo un criterio de “entorno menos restrictivo” y puntos de corte para Barthel moderado entre 21-50, la obtenida con análisis de Cluster para Residencias ) respecto a la toma de decisiones en función de la dependencia, la propuesta realizada en función de los instrumentos de valoración (Barthel y baremo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) permitiría **ubicar de manera más razonable al 87,6% de los usuarios**, quedando un 7,1% de los usuarios mal ubicados por defecto (encontrándose en Centros de Estancia Diurna o Ayuda a Domicilio y deberían ubicarse en Residencias o Cuidadores familiares) y un 4,5% por exceso (se ubicarían en Residencias o Cuidadores y podrían estar en Ayuda a Domicilio o Estancias Diurnas):

- Grado III y Grado II nivel 2 correspondido con un Barthel total o severo (Residencias o Cuidadores Familiares).
- Grado II nivel 1 y Grado I nivel 2 correspondido con un Barthel moderado o escaso (Centros de Estancia Diurna o Ayuda Domiciliaria).
- Grado I nivel 1 correspondido con un Barthel moderado o escaso (Ayuda a Domicilio).

**Tabla 230. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Barthel (con punto de corte 50) \* Grado y nivel dependencia**

Barthel 50	Grado y nivel dependencia						Total
	Grado I y nivel 1	Grado I y nivel 2	Grado II y nivel 1	Grado II y nivel 2	Grado III y nivel 1	Grado III y nivel 2	
Dependencia total	,1%	,1%	,5%	1,7%	9,9%	21,2%	33,4%
Dependencia severa	,7%	1,4%	4,3%	7,1%	8,3%	1,5%	23,4%
Dependencia moderada	17,6%	10,9%	8,4%	3,4%	1,0%	,1%	41,5%
Escasa	,7%	,2%	,1%				1,1%
Independiente	,5%	,1%					,6%
Total	19,6%	12,8%	13,3%	12,2%	19,1%	22,8%	100,0%

Nuestro criterio se inclina por la segunda opción, punto de corte Barthel 50. Esta parece la más razonable en tanto que el número de usuarios ubicados adecuadamente se incrementa, pasando del 84,1% al 87,6%, y se reduce a la mitad 7,1% (pasamos del 14% al 7,1%) los usuarios mal ubicados por defecto (encontrándose en Centros de Estancia Diurna o Ayuda a Domicilio y deberían ubicarse en Residencias o Cuidadores familiares).

**Capacidad Cognitiva (Mini-Examen Cognoscitivo MEC).**

La valoración del estado cognitivo mediante Mini-Examen Cognoscitivo y tres puntos de corte 18, 21 y 24 en función del nivel de estudios, señala diferencias significativas en los diferentes servicios (F = 17,042 P = ,000) (tabla 9.1.20, Anexo I). Mediante el análisis de Student-Newman-Keuls, se obtuvieron tres grupos diferenciados, Residencias y Cuidadores Familiares /versus/ Centros de Estancia Diurna /versus/ Ayuda Domiciliaria.

**Tabla 231. Modelo toma de decisiones: Contraste de medias. Puntuación MEC (Student-Newman-Keuls)**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05		
		1	2	3
<b>Cuidadores familiares</b>	178	<b>12,82</b>		
<b>Residencias</b>	206	<b>12,88</b>		
Centro de estancia diurna	176		15,61	
Ayuda domiciliaria	212			18,25
Sig.		,949	1,000	1,000

La distribución porcentual del deterioro cognitivo por servicios fue la siguiente:

**Tabla 232. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Grupo de Análisis \* MEC**

		MEC		Total
		No deterioro cognitivo	Existe deterioro cognitivo	
Grupo de Análisis	<b>Residencias</b>	<b>24,3%</b>	<b>75,7%</b>	100,0%
	Centro de estancia diurna	30,2%	69,8%	100,0%
	<b>Cuidadores familiares</b>	<b>26,3%</b>	<b>73,7%</b>	100,0%
	Ayuda domiciliaria	45,5%	54,5%	100,0%
Total		31,9%	68,1%	100,0%

Hemos analizado el porcentaje de casos con Deterioro cognitivo en relación al Grado y nivel de dependencia, observamos una clara asociación entre ambos ( $F = 23,631$   $P = ,000$ ) (tabla 9.1.21, Anexo I) y tres grupos diferenciados: (1) Grado I niveles 1 y 2 y Grado II nivel 1 (Coincidentes con el criterio para la toma de decisión sobre gravedad de la dependencia entre Centros de Estancia Diurna y Ayuda Domiciliaria); (2) Grado II y nivel 2 y Grado III nivel 1 (Coincidentes con el criterio para la toma de decisión sobre gravedad de la dependencia entre Residencias y Cuidadores familiares); (3) Grado III y nivel 2 (Coincidente, también, con el criterio para la toma de decisión sobre gravedad de la dependencia entre Residencias y Cuidadores familiares).

**Tabla 233. Modelo toma de decisiones: Contraste de medias. Grado y nivel de dependencia -Puntuación MEC- (Student-Newman-Keuls)**

Grado y nivel dependencia	Subconjunto para alfa = .05		
	1	2	3
Grado I y nivel 1	,48		
Grado I y nivel 2	,53		
Grado II y nivel 1	,58		
Grado II y nivel 2		,72	
Grado III y nivel 1		,77	
Grado III y nivel 2			,95
Sig.	,122	,373	1,000

La correlación de  $-,565$ , moderada aunque significativa, entre la puntuación de los casos con deterioro cognitivo y la puntuación baremo MTAS (Correlación de Pearson  $-,565$  y Sig. (bilateral)  $.000$  con baremo de MTAS) (tabla 9.1.22, Anexo I), nos indica que el deterioro cognitivo es una variable relevante en la toma de decisiones que ha de ser considerada con independencia del grado y nivel de dependencia o de la severidad de la misma. Esto básicamente por que la correlación moderada, estaría explicada en tanto que a) deterioros cognitivos importantes implican necesariamente dependencia total b) en deterioros cognitivos moderados es posible encontrar dependencias totales o severas, c) en deterioros cognitivos leves es seguro encontrar dependencias totales, severas o moderadas y c) en deterioros cognitivos leves es posible encontrar también dependencias leves o escasas.

Considerando la información referente a (1) los tres tipos de centros obtenidos en función de las puntuaciones en el MEC, Cuidadores familiares y Residencias con puntuaciones cercanas a 13 puntos; Centros de Estancia Diurna con puntuaciones cercanas a 16 puntos y Ayuda Domiciliaria con puntuaciones en torno a los 18 puntos; (2) el porcentaje de casos con Deterioro cognitivo en función del Grado y nivel de dependencia y, (3) la correlación entre Deterioro cognitivo y la puntuación baremo MTAS, podríamos establecer la siguiente regla en la toma de decisiones:



- Mayores con deterioro cognitivo importante, Cuidadores familiares y Residencias.
- Mayores con deterioro cognitivo moderado, Centros de Estancia Diurna y/o Ayuda Domiciliaria.
- Mayores con deterioro cognitivo leve Ayuda Domiciliaria.

**Relaciones familiares (APGAR),**

Las relaciones familiares, junto con el apoyo social, constituyen un factor importante respecto a la toma de decisiones sobre el servicio idóneo a ser considerado sea este Cuidadores familiares o Centros de Estancia Diurna.

En primer lugar analizaremos como se comportan los diferentes servicios en este aspecto y en segundo lugar la relación entre la funcionalidad en las relaciones y, el grado de dependencia por un lado y el Deterioro cognitivo por otro.

**Relaciones familiares y servicios.**

La funcionalidad de las relaciones familiares, según la percepción de los entrevistados, fueron diferentes en función del servicio utilizado, tal y como se aprecia en el resultado del análisis de varianza ( $F = 22,180$   $P = ,000$ ) (tabla 9.1.23, Anexo I). Como se observa en los resultados presentados en la tabla siguiente, se aprecian tres niveles de funcionalidad de las relaciones familiares de los entrevistados. Los que obtendrían el nivel más alto serían los usuarios de Cuidadores familiares y los Centros Estancia Diurna, un segundo grupo Ayuda Domiciliaria y por último los usuarios de Residencias que entraría en la disfuncionalidad (menos de 6 puntos).

**Tabla 234. Modelo toma de decisiones: Contraste de medias. Puntuación APGAR (Student-Newman-Keuls)**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05		
		1	2	3
Residencias	146	5,95		
<b>Ayuda domiciliaria</b>	<b>181</b>		<b>7,40</b>	
Centro de estancia diurna	117			8,23
Cuidadores familiares	113			8,60
Sig.		1,000	1,000	,290

Resulta significativa la asociación entre la relación familiar, sea funcional o disfuncional, y el tipo de centro, de manera que son los usuarios de Residencias los que manifiestan peores relaciones y Centros de Estancia Diurna y Cuidadores las mejores. (Chi-cuadrado de Pearson 36,573 y Sig. asintótica -bilateral- ,000) (tabla 9.1.24, Anexo I).

**Tabla 235. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Grupo de Análisis \* APGAR**

		APGAR		Total
		Relaciones funcionales	Relaciones disfuncionales	
Grupo de Análisis	Residencias	62,0%	38,0%	100,0%
	<b>Centro de estancia diurna</b>	<b>84,0%</b>	<b>16,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>Cuidadores familiares</b>	<b>88,3%</b>	<b>11,7%</b>	<b>100,0%</b>
	Ayuda domiciliaria	75,1%	24,9%	100,0%
Total		75,3%	24,7%	100,0%

### Funcionalidad de las relaciones familiares en relación grado de dependencia en Barthel y el Deterioro cognitivo.

Realizamos un Análisis Univariante considerando como factor fijo el tipo de servicio y como covariantes (la puntuación en MEC y la puntuación en Barthel tanto juntas como separadas), los resultados nos muestran que el “servicio (grupo) depende de las relaciones familiares” y que las relaciones familiares son independientes del deterioro cognitivo y de la capacidad funcional cuando estas operan conjuntamente. Nos obstante, la relaciones familiares si dependen de la capacidad funcional.

**Tabla 236. Modelo toma de decisiones: Pruebas de los efectos inter-sujetos. Variable dependiente: Puntuación APGAR**

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	582,381(a)	4	145,595	17,738	,000
Intersección	6444,137	1	6444,137	785,098	,000
<b>Puntuación BT</b>	33,217	1	33,217	4,047	,045
grupo	513,044	3	171,015	20,835	,000
Error	4530,855	552	8,208		
Total	35944,000	557			
Total corregida	5113,235	556			

#### Pruebas de los efectos inter-sujetos

Variable dependiente: Puntuación APGAR

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	563,272(a)	4	140,818	17,066	,000
Intersección	3654,849	1	3654,849	442,938	,000
<b>Puntuación MEC</b>	22,401	1	22,401	2,715	,100
grupo	512,662	3	170,887	20,710	,000
Error	4530,008	549	8,251		
Total	35867,000	554			
Total corregida	5093,280	553			

#### Pruebas de los efectos inter-sujetos

Variable dependiente: Puntuación APGAR

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	581,571(a)	5	116,314	14,128	,000
Intersección	2965,551	1	2965,551	360,201	,000
<b>Puntuación MEC</b>	10,214	1	10,214	1,241	,266
<b>Puntuación BT</b>	18,299	1	18,299	2,223	,137
grupo	496,071	3	165,357	20,085	,000
Error	4511,709	548	8,233		
Total	35867,000	554			
Total corregida	5093,280	553			

a R cuadrado = ,114 (R cuadrado corregida = ,106)

Analizadas las relaciones familiares en función del Grado y nivel de dependencia, la relación resulta significativa (Chi-cuadrado de Pearson 13,864 y Sig. asintótica -bilateral-,016) (tabla 9.1.25, Anexo I), siendo más disfuncionales en el Grado I y en el Grado III nivel 2.

**Tabla 237. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Grado y nivel dependencia \* APGAR**

		APGAR		Total
		Relaciones funcionales	Relaciones disfuncionales	
Grado y nivel dependencia	<b>Grado I y nivel 1</b>	<b>75,0%</b>	<b>25,0%</b>	100,0%
	<b>Grado I y nivel 2</b>	<b>73,9%</b>	<b>26,1%</b>	100,0%
	Grado II y nivel 1	82,4%	17,6%	100,0%
	Grado II y nivel 2	78,5%	21,5%	100,0%
	Grado III y nivel 1	81,8%	18,2%	100,0%
	<b>Grado III y nivel 2</b>	<b>58,6%</b>	<b>41,4%</b>	100,0%
Total		75,9%	24,1%	100,0%

Podríamos establecer la siguiente regla en la toma de decisiones:

- El grado de dependencia y las relaciones familiares han de ser consideradas de manera conjunta. En relaciones disfuncionales no se prescribiría Cuidadores familiares.
- En el caso de dependencias importantes se debería evaluar periódicamente las relaciones familiares en tanto que pueden estar influenciadas por la dependencia.
- En el caso de relaciones familiares disfuncionales si la alternativa es Ayuda Domiciliaria o Centros de Estancias Diurnas, prescribiríamos Centros de Estancias Diurna, para mitigar estas posibles malas relaciones en tanto asociadas al grado de dependencia (y deterioro cognitivo).
- El deterioro cognitivo no es relevante para las relaciones familiares, posiblemente por su asociación al grado de dependencia.

**Satisfacción vital (Escala Satisfacción de Lawton).**

La Satisfacción Vital se midió mediante el test de Lawton, obteniéndose diferencias significativas entre las puntuaciones medias alcanzadas por los distintos grupos de usuarios ( $F = 8,848$   $p = ,000$ ) (tabla 9.1.26, Anexo I).

**Tabla 238. Modelo toma de decisiones: Contraste de medias. Puntuación Satisfacción vital (Student-Newman-Keuls)**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
Ayuda domiciliaria	172	6,16	
Cuidadores familiares	104	7,01	
Centro de estancia diurna	109	7,06	
Residencias	128		8,18
Sig.		,093	1,000

Realizamos un Análisis Univariante considerando como factor fijo el tipo de servicio y como covariantes (la puntuación en MEC, Barthel, Caídas, Apgar, Duke, GDS), los resultados nos muestran que la Satisfacción vital depende Servicio (Grupo) y de la Sintomatología depresiva, siendo independiente del Deterioro cognitivo, Dependencia, Riego de caídas, Relaciones familiares y Apoyo social.

**Tabla 239. Modelo toma de decisiones: Pruebas de los efectos inter-sujetos. Variable dependiente: Puntuación satisfacción Escala Filadelfia**

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	3292,133(a)	9	365,793	67,851	,000
Intersección puntuaciónMEC	1116,872	1	1116,872	207,168	,000
puntuaciónCaidas	2,582	1	2,582	,479	,489
puntuaciónBT	11,514	1	11,514	2,136	,145
puntuaciónAGAR	3,276	1	3,276	,608	,436
puntuaciónDUKE	6,644	1	6,644	1,232	,267
puntuaciónDEPRE	,487	1	,487	,090	,764
grupo	2133,839	1	2133,839	395,805	,000
Error	123,813	3	41,271	7,655	,000
Total	2663,224	494	5,391		
Total corregida	30904,000	504			
	5955,357	503			

a R cuadrado = ,553 (R cuadrado corregida = ,545)

Los grupos establecidos respecto a la satisfacción vital son difíciles de analizar e interpretar, dada la asociación importante que mantiene con sintomatología depresiva, tal como quedo de manifiesto en los resultados expuestos en el objetivo segundo y en el análisis de covarianza. Junto a esto, podemos observar que las puntuaciones son muy próximas entre sí, un punto de diferencia entre Cuidadores familiares y Centros de Estancia Diurna /versus/ Residencias y dos puntos entre Ayuda Domiciliaria /versus/ Residencias.

Atendiendo a ambos factores podríamos establecer la siguiente regla en la toma de decisiones:

- Considerarla como una variable no relevante en la clasificación.
- Atender recomendaciones sobre depresión.

### Depresión (GDS).

La evaluación del estado emocional se realizó mediante la “Escala de Depresión Geriátrica” (GDS), obteniéndose diferencias significativas entre las puntuaciones medias logradas por los distintos grupos, ( $F = 11,992$   $p = ,000$ ) (tabla 9.1.27, Anexo I). Encontrándose diferencias entre los niveles de depresión entre Residencias Geriátricas y Centros de Estancia Diurna /versus/ ayuda Domiciliaria Cuidadores familiares.

**Tabla 240. Modelo toma de decisiones: Contraste de medias. Puntuación Depresión (Student-Newman-Keuls)**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
Centro de estancia diurna	109	5,61	
Residencias	129	5,63	
Ayuda domiciliaria	173		7,47
Cuidadores familiares	104		7,61
Sig.		,977	,763

A nivel porcentual y realizando un análisis de contingencias, el porcentaje de mayores sin depresión se da en Residencias y Centros de Estancia Diurna, y los porcentajes más altos de depresión severa en Cuidadores familiares y Ayuda Domiciliaria (Chi-cuadrado de Pearson 34,027 y Sig. asintótica (bilateral) ,000) (tabla 9.1.28, Anexo I).

**Tabla 241. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Grupo de Análisis \* Depresión**

		DEPRESIÓN			Total
		No depresión	Depresión moderada	Depresión severa	
Grupo de Análisis	Residencias	55,0%	32,6%	12,4%	100,0%
	Centro de estancia diurna	51,4%	39,4%	9,2%	100,0%
	Cuidadores familiares	33,7%	40,4%	26,0%	100,0%
	Ayuda domiciliaria	28,9%	48,0%	23,1%	100,0%
Total		41,2%	40,8%	18,1%	100,0%

Realizamos un Análisis Univariante considerando como factor fijo el tipo de servicio y como covariantes (la puntuación en MEC, Barthel, Caídas, Apgar y Duke), los resultados nos muestran que “la Depresión depende Servicio (Grupo)” y del Riesgo de caídas, Dependencia y Apoyo social percibido (Duke), siendo independiente del Deterioro cognitivo y Relaciones familiares.

**Tabla 242. Modelo toma de decisiones: Pruebas de los efectos inter-sujetos. Variable dependiente: Puntuación Depresión**

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	1879,276(a)	8	234,910	23,467	,000
Intersección puntuaciónMEC	1407,646	1	1407,646	140,620	,000
puntuaciónCaídas	2,957	1	2,957	,295	,587
puntuaciónBT	226,899	1	226,899	22,667	,000
puntuaciónAGAR	63,378	1	63,378	6,331	,012
puntuaciónDUKE	4,772	1	4,772	,477	,490
grupo	439,164	1	439,164	43,871	,000
Error	432,807	3	144,269	14,412	,000
Total	4975,129	497	10,010		
Total corregida	29073,000	506			
	6854,405	505			

a R cuadrado = ,274 (R cuadrado corregida = ,262)

Para conocer si la mayor depresión en Ayuda Domiciliaria, Cuidadores/as familiares, Centros de Estancia Diurna y Residencias estaban relacionados con los mismos tres factores (del riesgo de caídas, dependencia y apoyo social percibido), realizamos análisis de covarianza específicos para todos los servicios, los resultados nos muestran que en el caso de Cuidadores familiares la depresión se asocia exclusivamente con el riesgo de caídas, en la Ayuda Domiciliaria – Residencias con el riesgo de caídas y el apoyo social y, en Centros de Estancia Diurna con el apoyo social.

- Análisis Univariante en Cuidadores familiares, considerando como factor fijo el tipo de servicio y como covariantes (la puntuación en MEC, Barthel, Caídas, Apgar y Duke).

**Tabla 243. Modelo toma de decisiones: Pruebas de los efectos inter-sujetos. Variable dependiente: Puntuación Depresión (Cuidadores/as familiares)**

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	226,726(a)	5	45,345	3,871	,003
Intersección	123,712	1	123,712	10,560	,002
puntuaciónMEC	2,838	1	2,838	,242	,624
puntuaciónCaídas	78,843	1	78,843	6,730	,011
puntuaciónBT	5,492	1	5,492	,469	,495
puntuaciónAGAR	18,012	1	18,012	1,537	,218
puntuaciónDUKE	15,039	1	15,039	1,284	,260
grupo	,000	0	.	.	.
Error	1148,110	98	11,715		
Total	7391,000	104			
Total corregida	1374,837	103			

a R cuadrado = ,165 (R cuadrado corregida = ,122)

- Análisis Univariante en Ayuda Domiciliaria considerando como factor fijo el tipo de servicio y como covariantes (la puntuación en MEC, Barthel, Caídas, Apgar y Duke).

**Tabla 244. Modelo toma de decisiones: Pruebas de los efectos inter-sujetos. Variable dependiente: Puntuación Depresión (Ayuda Domiciliaria)**

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	476,585(a)	5	95,317	10,033	,000
Intersección	553,097	1	553,097	58,220	,000
puntuaciónMEC	12,125	1	12,125	1,276	,260
puntuaciónCaídas	37,198	1	37,198	3,916	,050
puntuaciónBT	5,586	1	5,586	,588	,444
puntuaciónAGAR	,373	1	,373	,039	,843
puntuaciónDUKE	166,384	1	166,384	17,514	,000
grupo	,000	0	.	.	.
Error	1567,520	165	9,500		
Total	11506,000	171			
Total corregida	2044,105	170			

a R cuadrado = ,233 (R cuadrado corregida = ,210)

- Análisis Univariante en Centros de Estancia Diurna, considerando como factor fijo el tipo de servicio y como covariantes (la puntuación en MEC, Barthel, Caídas, Apgar y Duke).

**Tabla 245. Modelo toma de decisiones: Pruebas de los efectos inter-sujetos. Variable dependiente: Puntuación Depresión (Centros Estancia Diurna)**

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	340,870(a)	5	68,174	6,704	,000
Intersección	206,821	1	206,821	20,339	,000
puntuaciónMEC	16,472	1	16,472	1,620	,206
puntuaciónCaídas	38,573	1	38,573	3,793	,054
puntuaciónBT	23,632	1	23,632	2,324	,131
puntuaciónAGAR	,501	1	,501	,049	,825
puntuaciónDUKE	114,461	1	114,461	11,256	,001
grupo	,000	0	.	.	.
Error	1027,018	101	10,168		
Total	4800,000	107			
Total corregida	1367,888	106			

a R cuadrado = ,249 (R cuadrado corregida = ,212)

- Análisis Univariante en Residencias, considerando como factor fijo el tipo de servicio y como covariantes (la puntuación en MEC, Barthel, Caídas, Apgar y Duke).

**Tabla 246. Modelo toma de decisiones: Pruebas de los efectos inter-sujetos. Variable dependiente: Puntuación Depresión (Residencias)**

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	468,880(a)	5	93,776	9,757	,000
Intersección	501,600	1	501,600	52,191	,000
puntuaciónMEC	23,622	1	23,622	2,458	,120
puntuaciónCaídas	67,001	1	67,001	6,971	,009
puntuaciónBT	33,873	1	33,873	3,524	,063
puntuaciónAGAR	,951	1	,951	,099	,754
puntuaciónDUKE	146,357	1	146,357	15,228	,000
grupo	,000	0	.	.	.
Error	1134,088	118	9,611		
Total	5376,000	124			
Total corregida	1602,968	123			

a R cuadrado = ,293 (R cuadrado corregida = ,263)

Podríamos establecer la siguiente regla en la toma de decisiones:

- Evaluación exhaustiva de la depresión para determinación de la direccionalidad en cuanto a posibles causas (Dependencia-caídas y/o falta de apoyo social implica depresión /versus/ Depresión implica pérdida de dependencia).
- Cuando exista Depresión, sea moderada o severa, y el mayor se encuentre con Cuidadores/as familiares: (1) intervención psicológica y, (2) cuando la depresión sea causada por el entorno (por los cuidadores/as) entonces los mayores pasarían a ser atendidos en Residencias en lugar de Cuidadores/as.
- Cuando exista Depresión, sea moderada o severa, y el mayor se encuentre en Ayuda Domiciliaria: (1) intervención psicológica y, (2) si la depresión es causada por el entorno, entonces: (a) participación en Cursos y Programas Comunitarios o (b) atención en Centros de Estancia Diurna.
- Cuando exista Depresión, sea moderada o severa, y el mayor se encuentre en Centros de Estancia Diurna: (1) intervención psicológica y (2) si la depresión es causada por el entorno\*, entonces: (a) participación en Cursos y Programas Comunitarios o (b) atención en Ayuda Domiciliaria.

\*Dado que la Depresión se encuentra claramente asociada a la percepción de apoyo, si este es adecuado en Centros de Estancia Diurna para continuar en el servicio hemos de buscar posibles variables diferentes no analizadas, por ejemplo: 1) el usuario no quiere estar en el servicio, o 2) el traslado del hogar todos los días perturba su estado de ánimo, en cualesquiera de los dos casos la alternativa sería la Ayuda Domiciliaria.

**Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC).**

La percepción del Apoyo socio familiar fue medida mediante la escala DUKE-UNC. El análisis de comparación de medias realizado, fue estadísticamente significativo, (F = 9,043 p= ,000) (tabla 9.1.29, Anexo I), siendo Centros de Estancias Diurnas y Cuidadores/as familiares donde el apoyo es mayor.

**Tabla 247. Modelo toma de decisiones: Contraste de medias. Puntuación DUKE-UNC (Student-Newman-Keuls)**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
Residencias	143	37,97	
Ayuda domiciliaria	179	40,18	
Cuidadores familiares	110		43,05
Centro de estancia diurna	117		44,19
Sig.		,091	,384

Resulta significativa la asociación entre la apoyo sociofamiliar, sea adecuado o falta de apoyo, y el tipo de centro, de manera que son los usuarios de Residencias y los de Ayuda a Domicilio los que manifiestan que les falta apoyo social en mayor grado y, Centros de Estancia Diurna - Cuidadores los que presentan un mejor apoyo social. (Chi-cuadrado de Pearson 22,502 y Sig. asintótica -bilateral- ,000) (tabla 9.1.30, Anexo I). Se considera apoyo inadecuado una puntuación inferior a 32 puntos.

**Tabla 248. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Grupo de Análisis \* DUKE-UNC**

		DUKE		Total
		Apoyo social adecuado	Falta de apoyo social	
Grupo de Análisis	Residencias	75,5%	24,5%	100,0%
	<b>Centro de estancia diurna</b>	<b>89,7%</b>	10,3%	100,0%
	<b>Cuidadores familiares</b>	<b>91,8%</b>	8,2%	100,0%
	Ayuda domiciliaria	74,3%	25,7%	100,0%
Total		81,4%	18,6%	100,0%

La percepción del Apoyo social es determinante en la elección del servicio adecuado, podríamos establecer la siguiente regla en la toma de decisiones: (1) Percepción de Apoyo Social adecuado, entonces mayores atendidos en: Cuidadores Familiares y (2) Percepción de Apoyo Social no adecuado, entonces mayores atendidos en: Residencias, Centros de Estancia Diurna y/o Ayuda Domiciliaria.

### Salud.

Para evaluar las diferencias existentes en el estado de salud de los usuarios de los distintos servicios, se utilizaron diversos indicadores objetivos: riesgo de caídas y número de fármacos consumidos, como subjetivos: percepción de salud.

### Salud: Riesgo de Caídas.

Podemos afirmar a tenor de los análisis realizados, que existían riesgos de caídas diferentes entre los usuarios de los diversos servicios ( $F = 9,152$   $p = ,000$ ) (tabla 9.1.31, Anexo I), siendo más importantes en Cuidadores familiares y Ayuda a Domicilio. Como es lógico, a mayor dependencia mayor riesgo independientemente de las relaciones familiares y apoyo social percibido (tabla ANCOVA).

**Tabla 249. Modelo toma de decisiones: Contraste de medias. Puntuación caídas (Student-Newman-Keuls)**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
Centro de estancia diurna	201	8,04	
Residencias	214	8,37	
Ayuda domiciliaria	230		9,23
Cuidadores familiares	195		9,79
Sig.		,371	,129



Realizamos un Análisis Univariante, considerando como factor fijo el tipo de servicio y como covariantes la puntuación en MEC, Barthel, Apgar y Duke, dependiendo éstas de la dependencia del mayor y del apoyo social.

**Pruebas de los efectos inter-sujetos.** Variable dependiente: Puntuación caídas

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	1047,333(a)	7	149,619	11,858	,000
Intersección	3519,770	1	3519,770	278,948	,000
puntuaciónMEC	,386	1	,386	,031	,861
puntuaciónBT	685,685	1	685,685	54,342	,000
puntuaciónDUKE	67,271	1	67,271	5,331	,021
puntuaciónAGAR	1,371	1	1,371	,109	,742
grupo	271,035	3	90,345	7,160	,000
Error	6738,020	534	12,618		
Total	49221,000	542			
Total corregida	7785,352	541			

a R cuadrado = ,135 (R cuadrado corregida = ,123)

Porcentualmente, señalar que un 80% de los mayores que se encuentran en los programas de Cuidadores Familiares, tienen riesgo de caídas, frente al 62% de los mayores usuarios de Residencias y 60,7% Centros de Estancia Diurna (Chi-cuadrado de Pearson 27,784 y Sig. asintótica -bilateral- ,000) (tabla 9.1.32, Anexo I). Se considera existe riesgo de caídas con puntuaciones superiores a 7 puntos.

**Tabla 250. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Grupo de Análisis \* Riesgo de caídas**

		CAIDAS		Total
		No existe riesgo de caídas	Existe riesgo de caías	
Grupo de Análisis	Residencias	37,4%	62,6%	100,0%
	Centro de estancia diurna	39,3%	60,7%	100,0%
	Cuidadores familiares	20,0%	80,0%	100,0%
Análisis	Ayuda domiciliaria	23,5%	76,5%	100,0%
Total		30,0%	70,0%	100,0%

Por último, analizamos (1) la prevalencia de caídas en el último año y el (2) riesgo de caídas para grados de dependencia importantes, Grado II nivel 1 y Grado III niveles 2 y3.  
 - Referente a las caídas en el último año no existen diferencias significativas entre los servicios, aunque el porcentaje de caídas en residencias es más bajo que en el resto de servicios (Chi-cuadrado de Pearson 6,826 y Sig. asintótica (bilateral) ,078) (tabla 9.1.33, Anexo I).

**Tabla 251. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Grupo de Análisis \* Caídas en los últimos 12 meses**

		Se ha caído Vd. en los últimos 12 meses		Total
		Si	No	
Grupo de Análisis	Residencias	34,9%	65,1%	100,0%
	Centro de estancia diurna	49,0%	51,0%	100,0%
	Cuidadores familiares	46,2%	53,8%	100,0%
	Ayuda domiciliaria	50,0%	50,0%	100,0%
Total		44,3%	55,7%	100,0%

- El riesgo de caídas se mantiene significativo entre los servicios, siendo el porcentaje de riesgo de caídas en Residencias más bajo que en el resto (Chi-cuadrado de Pearson 14,721 y Sig. asintótica (bilateral) ,002) (tabla 9.1.34, Anexo I).

**Tabla 252. Modelo toma de decisiones: Tabla de contingencia Grupo de Análisis \* Riesgo de Caídas**

		RIESGO DE CAIDAS		Total
		No existe riesgo de caídas	Existe riesgo de caídas	
Grupo de Análisis	Residencias	31,8%	68,2%	100,0%
	Centro de estancia diurna	19,8%	80,2%	100,0%
	Cuidadores familiares	13,1%	86,9%	100,0%
	Ayuda domiciliaria	25,6%	74,4%	100,0%
Total		22,1%	77,9%	100,0%

De estos datos podemos extraer las siguientes conclusiones:

- El riesgo de caídas se encuentra asociado al grado de dependencia y al servicio donde se encuentra el mayor.
- Cuando igualamos la dependencia en niveles altos (Mayor o igual a Grado II nivel 2, niveles donde las opciones recomendadas son Residencias o Cuidadores/as) no existe diferencia respecto al porcentaje de mayores que se han caído en el último año.
- Cuando igualamos la dependencia en niveles altos (Mayor o igual a Grado II nivel 2), el riesgo de caídas es significativamente inferior en Residencias, la valoración de riesgo incluye: haberse caído en el último año, padecer incontinencia urinaria, problemas visuales y, dificultades para subir escaleras, uso de vehículo propio o público, y/o cortarse las uñas de los pies.
- Dado que en niveles altos de dependencia el factor “haberse caído en el último año” no tiene relevancia estadística, el mayor riesgo se debe al resto de factores (padecer incontinencia urinaria, problemas visuales y, dificultades para subir escaleras, uso de vehículo propio o público, y/o cortarse las uñas de los pies) que se encuentran asociados a la dependencia.

Hemos de recordar que el riesgo de caídas no se encuentra asociado a la presencia de barreras arquitectónicas -sean internas o externas- en Cuidadores familiares y Ayuda Domiciliaria posiblemente por la homogeneidad de los hogares en ambos casos (objetivos 1.3.2 y 1.4.2) y, que la eliminación de barreras y adaptación funcional de los edificios es mayor en los entornos Residenciales públicos o concertados.

Dado que el riesgo de caídas es determinante en la elección del servicio adecuado por las repercusiones importantes en la salud, como por las consecuencias psicológicas de las mismas (síndrome poscaída), podríamos establecer la siguiente regla en la toma de decisiones: Mayores con riesgo de caídas donde la elección del servicio sea Cuidadores/as familiares, Centros de Estancia Diurna o Ayuda Domiciliaria, recomendaríamos formación específica a los cuidadores tanto profesionales como no profesionales en todas las tareas de movilizaciones con el usuario y adaptación funcional del hogar.

#### **Salud: Número de fármacos consumidos.**

El número de fármacos consumidos aunque significativo como se observa por los valores obtenidos en el ANOVA ( $F = 3,950$ ,  $p = ,008$ ) (tabla 9.1.35, Anexo I), no consideramos que pueda entrar en la toma de decisiones dada su importancia clínica relevante respecto a la polimedicación, pero poco relevante respecto a la diferencia entre servicios. En la prueba de Student-Newman-Keuls, se puede observar como tan sólo se dan dos patrones de consumo diferentes, el de mayores en Centros de Estancia Diurnas, y el del resto de mayores.

**Tabla 253. Modelo toma de decisiones: Contraste de medias. Número de fármacos diferentes que toma al día (Student-Newman-Keuls)**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
Centro de estancia diurna	197	4,35	
Cuidadores familiares	195		5,06
Ayuda domiciliaria	230		5,07
Residencias	212		5,33
Sig.		1,000	,634

**Salud subjetiva.**

Preguntados los mayores respecto a la percepción que tienen de su salud, existiendo en principio, diferencias significativas en función de los diferentes servicios ( $F = 10,791$ ,  $p = ,000$ ) (tabla 9.1.36, Anexo I), siendo los mayores del grupo Cuidadores familiares y de Ayuda a Domicilio los que manifiestan peor salud.

**Tabla 254. Modelo toma de decisiones: Contraste de medias. En general, usted diría que su salud es (Student-Newman-Keuls)**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
Residencias	142	3,63	
Centro de estancia diurna	115	3,74	
Cuidadores familiares	114		4,11
Ayuda domiciliaria	185		4,12
Sig.		,323	,928

Analizando más exhaustivamente –análisis univariante con covarianza-, podemos comprobar como la percepción de la salud no está asociada al servicio donde se encuentra el mayor, cuando se controlan las variables número de fármacos consumidos, tipo de administración de insulina por vía parenteral y depresión.

Es por ello que la valoración subjetiva de la salud no la consideramos relevante en el establecimiento de reglas para la toma de decisiones.

**Tabla 255. Modelo toma de decisiones: Pruebas de los efectos inter-sujetos. Variable dependiente: En general, usted diría que su salud es**

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	49,927(a)	11	4,539	8,751	,000
Intersección	6,817	1	6,817	13,143	,000
puntuaciónMEC	,912	1	,912	1,759	,187
puntuaciónCaidas	,080	1	,080	,153	,696
puntuaciónBT	,210	1	,210	,405	,526
puntuaciónAGAR	,059	1	,059	,114	,736
puntuaciónDEPRE	24,838	1	24,838	47,888	,000
tipoinsulina	2,412	1	2,412	4,651	,033
nºfarmacos	4,056	1	4,056	7,819	,006
puntuaciónDUKE	,683	1	,683	1,316	,253
grupo	1,211	3	,404	,778	,508
Error	73,132	141	,519		
Total	2668,000	153			
Total corregida	123,059	152			

a R cuadrado = ,406 (R cuadrado corregida = ,359)

Analizadas las variables relacionadas con la salud, tanto nominales como de razón, podemos observar como las más biomédicas, en ningún caso son consideradas relevantes, salvo sonda nasogástrica y modo de administración de insulina, respecto al servicio adecuado a ser seleccionado: percepción subjetiva del estado de salud, insulino dependencia, número de fármacos consumidos, uso de prótesis y órtesis. Solo son relevantes las variables relacionadas con la salud psicosocial: Riesgo de caídas y Depresión.

En todo caso y dado que es preceptivo el informe médico en la Ley de Dependencia, dicho informe debería indicar si con la supervisión desde los Centros Sanitarios, los cuidadores profesionales (Ayuda Domiciliaria) y no profesionales (Cuidadores familiares) pueden atender usuarios con algún tipo de sonda y administración de insulina vía parenteral.

### **Análisis de Cluster a las variables más relevantes, para determinar el orden de inclusión en la toma de decisiones.**

Las variables relevantes para la toma de decisiones, una vez realizados los análisis estadísticos MANOVA, ANOVA, ANCOVA y Análisis de Contingencia, han sido:

- ✓ Capacidad funcional (Barthel o Baremo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).
- ✓ Capacidad Cognitiva (Mini-Examen Cognoscitivo MEC).
- ✓ Depresión (GDS).
- ✓ Relaciones familiares (APGAR).
- ✓ Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC) y,
- ✓ Riesgo de Caídas.

Sobre estas variables realizaremos un análisis de Cluster para conocer su agrupación y orden de importancia, de manera que en la toma de decisiones, el criterio de entrada de las mismas se corresponda con su nivel jerárquico.

El análisis de Cluster utilizado es un procedimiento para clasificar variables, realizado mediante un análisis de conglomerados jerárquico y método de conglomeración de “vinculación intragrupo”, con medida de intervalo (distancia euclídea al cuadrado), transformando los valores de cada caso en cada una de las escalas en puntuaciones Z y transformando las medidas en una escala 0-1 (tablas 9.1.37, Anexo I).

### **El análisis de Cluster con Baremo MTAS.**

Cuatro son los conglomerados seleccionados por su capacidad “explicativa” observando el valor de los coeficientes en el historial de conglomeración, saltos importantes en las etapas 2, 3, 4 y 5.

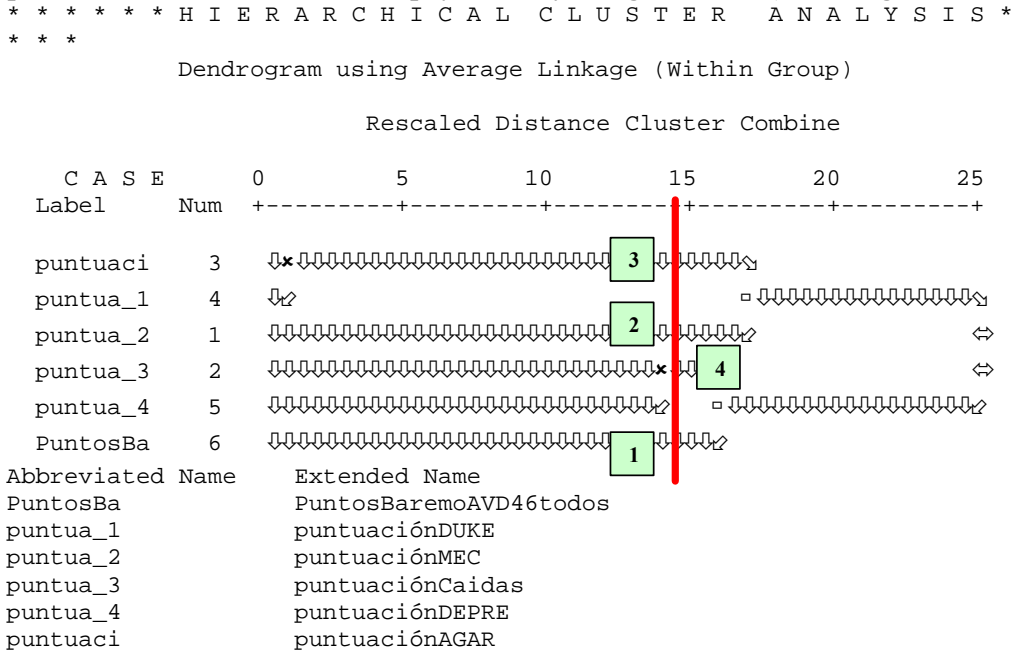
**Tabla 256. Modelo toma de decisiones: Análisis de Cluster (Baremo MTAS, MEC, Depresión, Relaciones familiares, Apoyo social y Riesgo de caídas). Historial de conglomeración**

Etapa	Conglomerado que se combina		Coeficientes	Etapa en la que el conglomerado aparece por primera vez		Próxima etapa
	Conglomerado 1	Conglomerado 2		Conglomerado 1	Conglomerado 2	
1	3	4	,000	0	0	4
2	2	5	,323	0	0	3
3	2	6	,371	2	0	5
4	1	3	,414	0	1	5
5	1	2	,611	4	3	0

Los conglomerados por orden de importancia, establecidos desde el dendrograma y, apreciados también en el diagrama de témpanos horizontal, serían:

- 1°. Baremo MTAS (PuntosBa).
- 2°. Deterioro Cognitivo –MEC- (puntu\_2).
- 3°. Percepción del Apoyo Sociofamiliar -DUKE-UNC- (puntu\_1) y Percepción de las relaciones familiares (APGAR) (puntuaci), dado que ambas variables se encuentran al mismo nivel, las reglas decisionales derivadas de ambas se han establecido de manera conjunta.
- 4°. Riesgo de Caídas (puntu\_3) y Depresión (puntu\_4).

**Figura 5. Modelo toma de decisiones: Análisis de Cluster (Baremo MTAS, MEC, Depresión, Relaciones familiares, Apoyo social y Riesgo de caídas). Dendrograma.**



**Tabla 257. Modelo toma de decisiones: Análisis de Cluster (Baremo MTAS, MEC, Depresión, Relaciones familiares, Apoyo social y Riesgo de caídas). Diagrama de témpanos horizontal**

Caso	Número de conglomerados				
	1	2	3	4	5
Puntos Baremo Dependencia MTAS	X	X	X	X	X
Puntuación depresión geriátrica	X	X	X	X	X
Puntuación caídas	X	X	X	X	X
Puntuación DUKE-UNC	X	X	X	X	X
Puntuación APGAR	X	X	X	X	X
Putuación total MEC	X	X	X	X	X

**El análisis de Cluster con Barthel.**

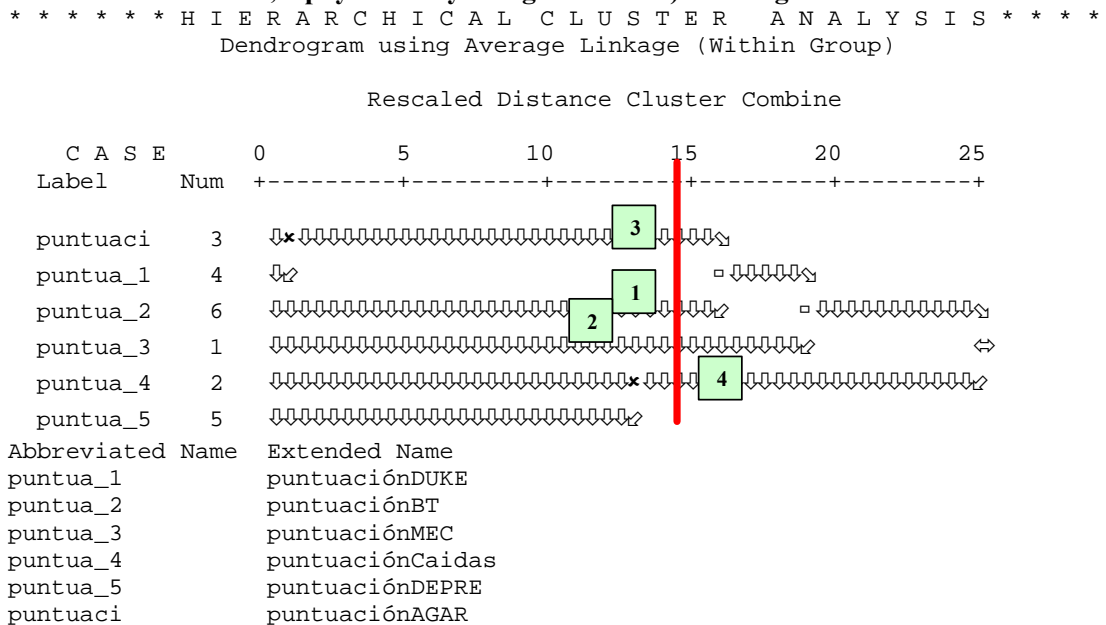
El resultado es idéntico cuando sustituimos Baremo MTAS por Barthel a la hora de valorar la dependencia. Los conglomerados por orden de importancia, establecidos desde el dendograma y, apreciados también en el diagrama de témpanos horizontal, serían:

- 1º. Escala Barthel (puntuaci\_2).
- 2º. Deterioro Cognitivo –MEC- (puntuaci\_3).
- 3º. Percepción del Apoyo Sociofamiliar -DUKE-UNC- (puntuaci\_1) y Percepción de las relaciones familiares (APGAR) (puntuaci).
- 4º. Riesgo de Caídas (puntuaci\_4) y Depresión (puntuaci\_5).

**Tabla 258. Modelo toma de decisiones: Análisis de Cluster (Barthel, MEC, Depresión, Relaciones familiares, Apoyo social y Riesgo de caídas). Historial de conglomeración**

Etapa	Conglomerado que se combina		Coeficientes	Etapa en la que el conglomerado aparece por primera vez		Próxima etapa
	Conglomerado 1	Conglomerado 2		Conglomerado 1	Conglomerado 2	
1	3	4	,000	0	0	3
2	2	5	,323	0	0	5
3	3	6	,406	1	0	4
4	1	3	,480	0	3	5
5	1	2	,644	4	2	0

**Figura 6. Modelo toma de decisiones: Análisis de Cluster (Barthel, MEC, Depresión, Relaciones familiares, Apoyo social y Riesgo de caídas). Dendograma.**



**Tabla 259. Modelo toma de decisiones: Análisis de Cluster (Barthel, MEC, Depresión, Relaciones familiares, Apoyo social y Riesgo de caídas). Diagrama de témpanos horizontal**

Caso	Número de conglomerados				
	1	2	3	4	5
Puntuación depresión geriátrica	X	X	X	X	X
Puntuación caídas	X	X	X	X	X
Puntuación Barthel	X	X	X	X	X
Puntuación DUKE-UNC	X	X	X	X	X
Puntuación APGAR	X	X	X	X	X
Puntuación total MEC	X	X	X	X	X

Del resultado de ambos análisis de cluster, Baremo del MTAS (o Barthel) y el Deterioro Cognitivo (MEC) que son las dos variables que entran a formar parte en primer lugar en el proceso de toma de decisiones, hemos decidido introducir en primer lugar la dependencia y posteriormente el deterioro cognitivo por la relevancia clínica (prevalencia) de la primera sobre la segunda. En un segundo lugar, entran a formar parte las variables Riesgo de caídas y Depresión, las cuales son incorporadas al modelo, no como variables para la toma de decisiones, sino como variables que indican objetivos de intervención psicosocial. En tercer lugar (segundo lugar en la toma de decisiones), las variables que se incorporan a la toma de decisiones son el Apoyo social y las Relaciones familiares consideradas al mismo nivel respecto a la toma de decisiones.

Estas matizaciones sobre el orden en la incorporación de variables, antes Dependencia que MEC y Riesgo de caídas y Depresión incorporadas como objetivos de intervención en la elaboración del PIA, son decisiones más técnicas que estadísticas. Creemos que de esta manera se optimiza el proceso de decisión; no obstante, la validación o no del criterio adoptado, será trasladada al proceso de validación mediante jueces (expertos).

Los mismos cuatro conglomerados nos aparecen si decidimos incorporar a estas variables, Percepción subjetiva de salud y Satisfacción vital:

- 1º. Escala Barthel (*puntua\_4*).
- 2º. Deterioro Cognitivo –MEC- (*puntua\_3*).
- 3º. Percepción del Apoyo Sociofamiliar -DUKE-UNC- (*puntua\_1*), Percepción de las relaciones familiares (APGAR) (*puntuaci*) y Satisfacción vital (*puntua\_2*).
- 4º. Riesgo de Caídas (*puntua\_6*), Depresión (*puntua\_5*) y Percepción de salud (*SF36p1*).

Ambas variables, Percepción de salud y Satisfacción vital, serán incorporadas al modelo matemático, contribuyendo con la información aportada a la probabilidad de que un determinado sujeto sea asignado a un servicio, pero no son incorporadas al modelo empírico en tanto que es posible mantener cuatro conglomerados claramente diferenciados, cada uno compuesto por las mismas variables que si no fuesen incorporadas estas últimas y son consideradas no relevantes para el establecimiento de reglas decisionales desde los análisis de varianza y covarianza.





**Tabla 260. Modelo toma de decisiones: Análisis Discriminante Descriptivo para tipo de Centro. Matriz de estructura**

	Función		
	1	2	3
Puntuación Barthel	,322	<b>,784(*)</b>	,245
Puntuación total MEC	,224	<b>,544(*)</b>	,107
Puntuación DUKE-UNC	,237	-,239	,798(*)
Puntuación depresión geriátrica	,455	-,133	-,745(*)
Puntuación APGAR	,564	-,424	,645(*)
Puntuación caídas	,223	-,274	-,546(*)

Correlaciones intra-grupo combinadas entre las variables discriminantes y las funciones discriminantes canónicas tipificadas

Variables ordenadas por el tamaño de la correlación con la función.

\* Mayor correlación absoluta entre cada variable y cualquier función discriminante.

**Tabla 261. Modelo toma de decisiones: Análisis Discriminante Descriptivo para tipo de Centro. Autovalores**

Función	Autovalor	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica
<b>1</b>	<b>,238(a)</b>	<b>65,2</b>	65,2	,439
2	,088(a)	24,0	89,3	,284
3	,039(a)	10,7	100,0	,194

a Se han empleado las 3 primeras funciones discriminantes canónicas en el análisis.

Como podemos observar en el resultado de la clasificación, ésta solo clasifica, con las variables analizadas, un 45,3% de los casos originales, dato este importante por su pobre magnitud.

Una interpretación más que plausible es la influencia de otras variables “no objetivas” que pueden estar operando y que hemos constatado en el estudio: (1) la urgencia social en el caso de Residencias, (2) la formación de los profesionales (Nº horas en Ayuda a Domicilio y profesional que las asigna, supervisión y servicio idóneo independientes del grado de dependencia), (3) la utilización como criterio de acceso la demanda en un momento determinado, que sin criterios para la toma de decisiones, la gravedad se establece en función de los sujetos en la lista de espera y no en función de criterios objetivos o puntos de corte homologados y, (4) unido con lo anterior se encuentra la oferta de plazas, de manera que se cubren independientemente de criterios objetivos o puntos de corte homologados.

**Tabla 262. Modelo toma de decisiones: Análisis Discriminante Descriptivo para tipo de Centro. Resultados de la clasificación(a)**

Grupo de Análisis %	Grupo de pertenencia pronosticado				Total
	Residencias	Centro de estancia diurna	Cuidadores familiares	Ayuda domiciliaria	
Residencias	54,8	5,6	13,7	25,8	100,0
Centro de estancia diurna	17,8	21,5	12,1	48,6	100,0
Cuidadores familiares	14,4	11,5	28,8	45,2	100,0
Ayuda domiciliaria	15,8	8,8	12,3	63,2	100,0

a Clasificados correctamente el 45,3% de los casos agrupados originales.

Analizando, las diferentes funciones discriminantes dadas en la matriz de estructura y los autovalores podemos diferenciar tres grandes grupos:

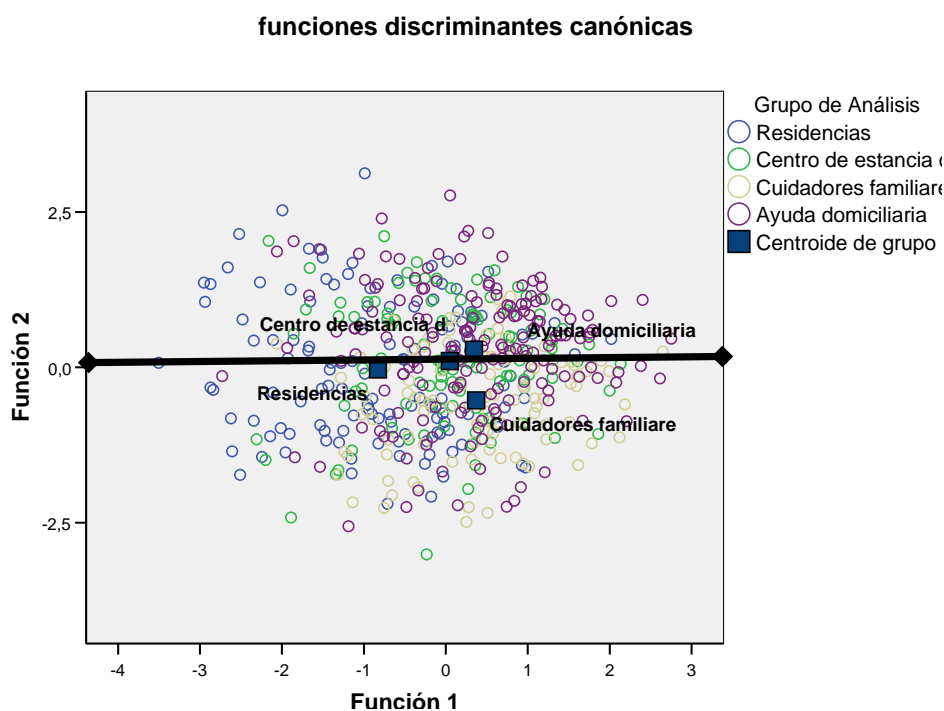
- Un primer grupo que explica un 65,2% de la varianza donde entrarían todas las variables.

- Un segundo grupo con Índice de Barthel y Deterioro Cognitivo que explica el 24%.
- Un tercer grupo que explica solo el 10,7% de la varianza donde entra variables relacionadas con la salud (Depresión y Caídas), relaciones familiares (APGAR) y apoyo social percibido (DUKE – UNC).

La representación grafica con la función dos, nos da la siguiente clasificación de servicios:

- Residencias y Cuidadores familiares.
- Ayuda Domiciliaria y Centros de Estancia Diurna.

**Gráfico 49. Modelo toma de decisiones: Análisis Discriminante Descriptivo para tipo de Centro**



#### **Análisis Discriminante Descriptivo para tipo de Grados y niveles de dependencia.**

Características del Análisis Discriminante efectuado:

- (1) Grupos Residencias, Centros Estancia Diurna, Cuidadores familiares y Ayuda a Domicilio.
- (2) Grado y nivel de dependencia desde Grado I nivel 1 hasta Grado III nivel 2 (codificación > o igual que 1).
- (3) Probabilidades previas calculadas según el tamaño de los grupos.
- (4) Variable Independiente: Grado y nivel de dependencia.
- (5) Variables dependientes: Capacidad funcional (Barthel), Capacidad Cognitiva (Mini-Examen cognoscitivo MEC), Depresión (GDS), Relaciones familiares (APGAR), Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC) y Riesgo de caídas.

Los datos sobre número de casos utilizados en el análisis, estadísticos de grupo, Lambda de Wilks, probabilidades previas a los grupos se encuentran en las tablas y resultados de la clasificación 9.1.42; 9.1.43; 9.1.44; 9.1.45 y 9.1.46 (Anexo I).

**Tabla 263. Modelo toma de decisiones: Análisis Discriminante Descriptivo para Grados y niveles de dependencia. Matriz de estructura**

	Función				
	1	2	3	4	5
<b>Puntuación Barthel</b>	<b>,941(*)</b>	-,021	,073	,225	-,188
Puntuación caídas	-,200	-,149	,929(*)	,180	,027
Puntuación DUKE-UNC	-,034	-,385	-,251	,613(*)	,347
Puntuación APGAR	-,030	,351	,029	,520(*)	,209
Puntuación total MEC	,177	,311	-,065	,128	,825(*)
Puntuación depresión geriátrica	-,110	,317	,113	,467	-,487(*)

Correlaciones intra-grupo combinadas entre las variables discriminantes y las funciones discriminantes canónicas tipificadas

Variables ordenadas por el tamaño de la correlación con la función.

\* Mayor correlación absoluta entre cada variable y cualquier función discriminante.

**Tabla 264. Modelo toma de decisiones: Análisis Discriminante Descriptivo para Grados y niveles de dependencia. Autovalores**

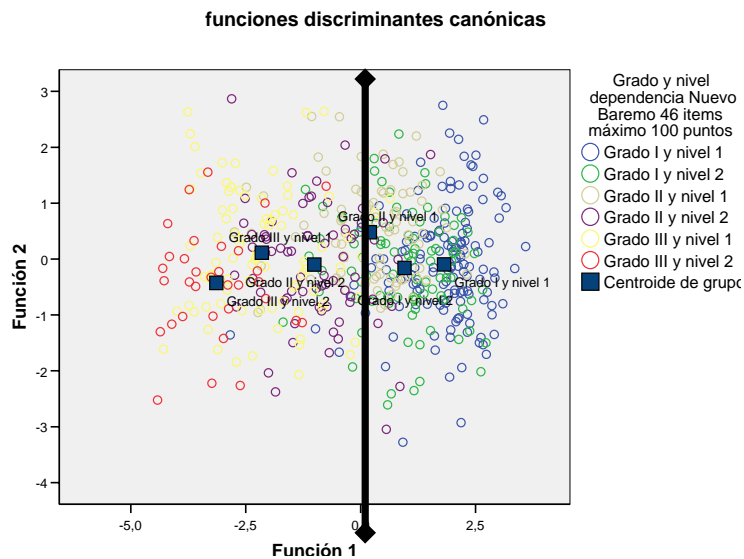
Función	Autovalor	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica
<b>1</b>	<b>2,704(a)</b>	<b>96,7</b>	96,7	,854
2	,061(a)	2,2	98,9	,240
3	,022(a)	,8	99,7	,146
4	,007(a)	,2	99,9	,082
5	,002(a)	,1	100,0	,041

a Se han empleado las 5 primeras funciones discriminantes canónicas en el análisis.

El análisis discriminante, como se observa en el gráfico siguiente, nos aproxima a dos Grandes Grupos, existiendo una gran función que explica el 96,7% de la varianza, esta función integra exclusivamente la dependencia, puntuación en Barthel:

- Grado II y nivel 2 y Grado III niveles 1 y 2.
- Grado II nivel 1 y Grado I niveles 1 y 2.

**Gráfico 50. Modelo toma de decisiones: Análisis Discriminante Descriptivo para Grados y niveles de dependencia**



### Análisis Discriminante Descriptivo para grado de dependencia según Barthel.

Características del Análisis Discriminante efectuado:

- (1) Grupos Residencias, Centros Estancia Diurna, Cuidadores familiares y Ayuda a Domicilio.
- (2) Grado y nivel de dependencia desde Grado I nivel 1 hasta Grado III nivel 2 (codificación > o igual que 1).
- (3) Probabilidades previas calculadas según el tamaño de los grupos.
- (4) Variable Independiente: Puntuación Barthel.
- (5) Variables dependientes: Capacidad funcional (Baremo del MTAS), Capacidad Cognitiva (Mini-Examen cognoscitivo MEC), Depresión (GDS), Relaciones familiares (APGAR), Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC) y Riesgo de caídas.

Los datos sobre número de casos utilizados en el análisis, estadístico de grupo, Lambda de Wilks, probabilidades previas a los grupos y resultados de la clasificación se encuentran en las tablas 9.1.47; 9.1.48; 9.1.49; 9.1.50 y 9.1.51 (Anexo I).

**Tabla 265. Modelo toma de decisiones: Análisis Discriminante Descriptivo para grado de dependencia según Barthel. Matriz de estructura**

	Función			
	1	2	3	4
<b>Puntos Baremo MTAS</b>	<b>,967(*)</b>	-,029	,151	,139
Puntuación caídas	,246	,623(*)	-,437	,275
Puntuación DUKE-UNC	,004	,388	,824(*)	-,041
Puntuación APGAR	-,040	,500	,528(*)	,480
Puntuación total MEC	-,155	-,181	-,310(*)	,305
Puntuación depresión geriátrica	,091	-,381	-,082	,679(*)

Correlaciones intra-grupo combinadas entre las variables discriminantes y las funciones discriminantes canónicas tipificadas

Variabes ordenadas por el tamaño de la correlación con la función.

\* Mayor correlación absoluta entre cada variable y cualquier función discriminante.

**Tabla 266. Modelo toma de decisiones: Análisis Discriminante Descriptivo para grado de dependencia según Barthel. Autovalores**

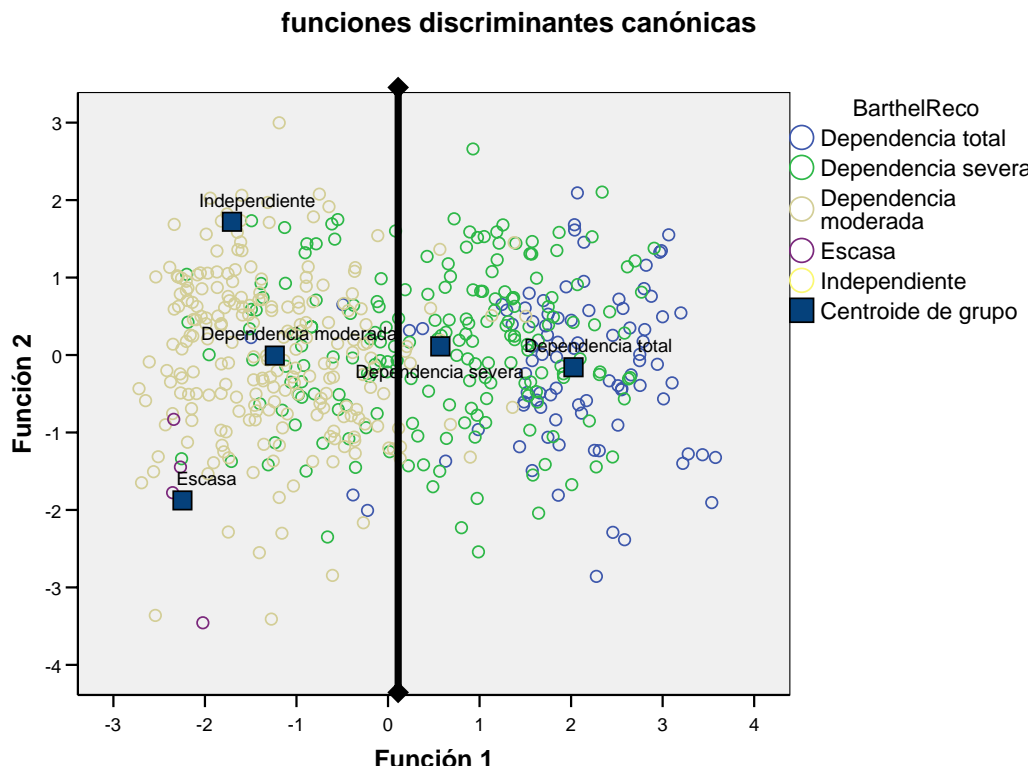
Función	Autovalor	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica
<b>1</b>	<b>1,573(a)</b>	<b>96,8</b>	96,8	,782
2	,043(a)	2,7	99,5	,203
3	,006(a)	,4	99,8	,076
4	,003(a)	,2	100,0	,053

a Se han empleado las 4 primeras funciones discriminantes canónicas en el análisis.

El análisis discriminante, como se observa en el gráfico siguiente, nos aproxima a dos Grandes Grupos, existiendo una gran función que explica el 96,8% de la varianza, esta función integra exclusivamente la dependencia, puntuación en Barthel:

- Dependencia total y severa.
- Dependencia moderada, escasa o independiente.

**Gráfico 51. Modelo toma de decisiones: Análisis Discriminante Descriptivo para grado de dependencia según Barthel**



• **Resumen respecto a las variables a ser incorporadas al modelo y reglas decisionales.**

Una vez realizados los (1) Análisis de contingencias respecto a las variables nominales, (2) Análisis Multivariado de Varianza (MANOVA, ANOVA y ANCOVA), respecto a las variables relevantes en la toma de decisiones, (3) Análisis de Cluster sobre el orden de introducción de las mismas en la toma de decisiones, (3) Análisis Discriminantes Descriptivos en relación a la ubicación de los mayores en los diferentes servicios, los grados y niveles a ser considerados y los grados de severidad de la dependencia según Barthel y, (3) la incorporación de la Sospecha de malos tratos al mayor y sobrecarga de los cuidadores, podemos concluir que:

- Las reglas decisionales han de comenzar por Baremo del MTAS (o Escala Barthel), Deterioro Cognitivo –MEC-, Percepción del Apoyo Sociofamiliar -DUKE-UNC- y Percepción de las relaciones familiares (APGAR), Sobrecarga en los cuidadores/as, Depresión, Riesgo de Caídas y Sospecha de malos tratos.
- La elección del tipo de Centro ha de establecerse desde dos grandes grupos, Cuidadores familiares y Residencias /versus/ Centros de Estancia Diurna y Ayuda Domiciliaria.
- El Grado de dependencia en Barthel en función de la gravedad se corresponde con Barthel total o severo /versus/ Barthel moderado o escaso.
- Los Grados y niveles de dependencia según Baremo MTAS se corresponde con Grado II y nivel 2 y Grado III niveles 1 y 2 /versus/ Grado II nivel 1 y Grado I niveles 1 y 2.
- Los Grados y niveles de dependencia según Baremo MTAS y Grado de dependencia en Barthel, en función de la gravedad, establecidos desde ANOVA se corresponden con las clasificaciones realizadas desde el Análisis Discriminante.
- El Apoyo Social y las Relaciones familiares adecuadas son variables relevantes para la elección de Centros de Estancia Diurna – Ayuda Domiciliaria y Cuidadores Familiares –

Residencias. El criterio de ambas variables ha de operar simultáneamente en la toma de decisiones.

- El número de personas con las que convive el mayor (especialmente si la persona vive sola) es una variable objetiva que ha de ser incorporada junto con el apoyo social y las relaciones familiares.
- El Deterioro cognitivo es relevante respecto a la toma de decisiones entre Centros de Estancia Diurna y Ayuda Domiciliaria.
- El riesgo de caídas - barreras arquitectónicas y presencia de depresión, no son determinantes en la elección del tipo de servicio, pero son sumamente importantes respecto a objetivos de intervención y asesoramiento técnico, en el caso de que la elección de centro sea permanencia en el entorno comunitario (Ayuda Domiciliaria, Cuidadores/as y Centros de Estancia Diurna).
- La sospecha de maltrato implica necesariamente valoración psicológica en profundidad y supervisión intensa, en caso de confirmarse la recomendación es Residencias.
- La sobrecarga en los cuidadores no profesionales, es relevante, si está presente, para la no recomendación de Cuidadores/as o Ayuda Domiciliaria.

• **Modelo empírico: reglas de decisión y representación gráfica.**

La construcción del modelo empírico para tomar decisiones sobre el servicio idóneo para la persona mayor dependiente, contempla todos los apartados reflejados en el apartado anterior “Resumen respecto a las variables a ser incorporadas al modelo y reglas decisionales”.

El orden de introducción de variables como quedó expuesto es el siguiente: 1º. Baremo del MTAS o Escala Barthel. 2º. Deterioro Cognitivo –MEC-. 3º. Percepción del Apoyo Sociofamiliar -DUKE-UNC. 4º. Percepción de las relaciones familiares (APGAR). 5º. Sobrecarga en los cuidadores/as 6º. Depresión, Riesgo de Caídas y sospecha de malos tratos hacia el mayor.

La simbología gráfica aplicada en el modelo implica la utilización de rectángulos redondeados, rectángulos, rombos y flechas de flujo:

- Utilización de rectángulo redondeado para indicar el inicio y finalización en el árbol decisional.



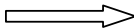
- Los rombos son utilizados para las decisiones a ser tomadas.



- Los rectángulos indican acciones o reglas decisionales a ser aplicadas.



- Las flechas nos indican el flujo de la información en la toma de decisiones.



Las reglas decisionales ordenadas en función de su importancia aplicadas en el árbol de toma de decisiones son:

**1. Capacidad Funcional (Barthel y Baremo MTAS).**

**Capacidad Funcional Baremo MTAS**

- Mayores con Grado II nivel 2 a Grado III niveles 1 y 2 atendidos en: Cuidadores Familiares y Residencias.

- Mayores con Grado II nivel 1 a Grado I nivel 1 y 2 atendidos en: Centros de Estancia Diurna y/o Ayuda Domiciliaria.

**Capacidad Funcional Barthel**

- Barthel total o severo (Residencias o Cuidadores Familiares).
- Barthel moderado o escaso (Centros de Estancia Diurna o Ayuda Domiciliaria).

**2. Deterioro Cognitivo.**

**Con deterioro cognitivo.**

- Mayores con deterioro cognitivo importante\*, Cuidadores familiares o Residencias.
- Mayores con deterioro cognitivo moderado, Centros de Estancia Diurna y/o Ayuda Domiciliaria.
- Mayores con deterioro cognitivo leve Ayuda Domiciliaria.

**Sin deterioro cognitivo.**

- Mayores sin deterioro cognitivo: Cuidadores familiares, Residencias o Ayuda Domiciliaria.

\*Deterioro cognitivo importante, moderado y leve quedan definidos en el cuestionario para expertos 2 y 4.

**Número de personas con las que convive el mayor (persona que vive sola).**

- Persona dependiente que vive sola con deterioro cognitivo importante o moderado, Cuidadores familiares o Residencias.

**3. Apoyo Social.**

**Grado III niveles 1 y 2. Grado II y nivel 2. Con deterioro cognitivo importante o sin deterioro cognitivo**

- Apoyo Social adecuado, entonces mayores atendidos en: Cuidadores Familiares.

**Grado II nivel 1 y Grado I nivel 1 y 2. Sin deterioro cognitivo.**

- Independientemente del Apoyo social mayores atendidos en: Ayuda Domiciliaria.

**Grado II nivel 1 y Grado I nivel 1 y 2. Con deterioro cognitivo leve.**

- Independientemente del Apoyo social mayores atendidos en: Ayuda Domiciliaria.

**Grado II nivel 1 y Grado I nivel 1 y 2. Con deterioro cognitivo moderado.**

- Apoyo Social no adecuado, entonces mayores atendidos en: Centros de Estancia Diurna.
- Aunque se entiende incompatibilidad entre Ayuda a Domicilio (AD) y Centros de Estancia Diurna (CED), una vez decidido Centro de Estancia Diurna se puede compatibilizar CED con la AD en casos puntuales para algunas Actividades de la Vida Diaria Básicas.

**4. Relaciones familiares.**

**Grado III niveles 1 y 2. Grado II y nivel 2. Con deterioro cognitivo importante o sin deterioro cognitivo**

- En Relaciones familiares disfuncionales no se prescribiría Cuidadores familiares.

**Grado II nivel 1 y Grado I nivel 1 y 2. Sin deterioro cognitivo.**

- Independientemente de las Relaciones familiares mayores atendidos en: Ayuda Domiciliaria.

**Grado II nivel 1 y Grado I nivel 1 y 2. Con deterioro cognitivo leve.**

- Independientemente de las Relaciones familiares mayores atendidos en: Ayuda Domiciliaria.

**Grado II nivel 1 y Grado I nivel 1 y 2. Con deterioro cognitivo moderado.**

- Relaciones familiares disfuncionales, entonces mayores atendidos en: Centros de Estancia Diurna.
- Aunque se entiende incompatibilidad entre Ayuda a Domicilio (AD) y Centros de Estancia Diurna, una vez decidido Centro de Estancia Diurna se puede compatibilizar CED con la AD en casos puntuales para algunas Actividades de la Vida Diaria Básicas.

### **5. Sobrecarga en los cuidadores.**

- Cuando no existe sobre sobrecarga: Cuidadores familiares o Ayuda Domiciliaria.
- Cuando existe sobre sobrecarga importante: Residencias o Centros de Estancia Diurna.

### **6. Depresión, Riesgo de Caídas y sospecha de malos tratos hacia el mayor.**

#### **Depresión.**

- Evaluación exhaustiva de la depresión para determinación de la direccionalidad en cuanto a posibles causas (Dependencia-caídas y/o falta de apoyo social implica depresión /versus/ Depresión implica pérdida de dependencia).
- Cuando exista Depresión, sea moderada o severa, y el mayor se encuentre con Cuidadores familiares: (1) intervención psicológica y (2) depresión causada por el entorno – cuidadores/as- entonces mayores atendidos en Residencias en Lugar de Cuidadores.
- Cuando exista Depresión, sea moderada o severa, el mayor se encuentre en Ayuda Domiciliaria: (1) intervención psicológica y (2) depresión causada por el entorno, entonces: (a) Participación en cursos y programas Comunitarios o (b) atención en Centros de Estancia Diurna.
- Cuando exista Depresión, sea moderada o severa, el mayor se encuentre en Centros de Estancia Diurna: (1) intervención psicológica y (2) depresión causada por el entorno\*, entonces: (a) Participación en cursos y programas Comunitarios o (b) atención en Ayuda Domiciliaria.

\*Dado que la Depresión se encuentra claramente asociada a la percepción de apoyo, si este es adecuado en Centros de Estancia Diurna para continuar en el servicio hemos de buscar posibles variables diferentes no analizadas, por ejemplo: 1) El usuario no quiere estar en el servicio o 2) El traslado del hogar todos los días perturba su estado de ánimo, en cualesquiera de los dos casos la alternativa sería la Ayuda Domiciliaria.

#### **Riesgo de caídas.**

- Mayores con riesgo de caídas donde la elección del servicio sea Cuidadores/as familiares, Centros de Estancia Diurna o Ayuda Domiciliaria, recomendaríamos: Formación específica a los cuidadores tanto profesionales como no profesionales en todas las tareas de movilizaciones con el usuario y adaptación funcional del hogar.
- Recomendar andadores en caso de pérdidas de movilidad, y extremar las precauciones en la manipulación de sondas y pañales.

#### **Sospecha de malos tratos hacia el mayor.**

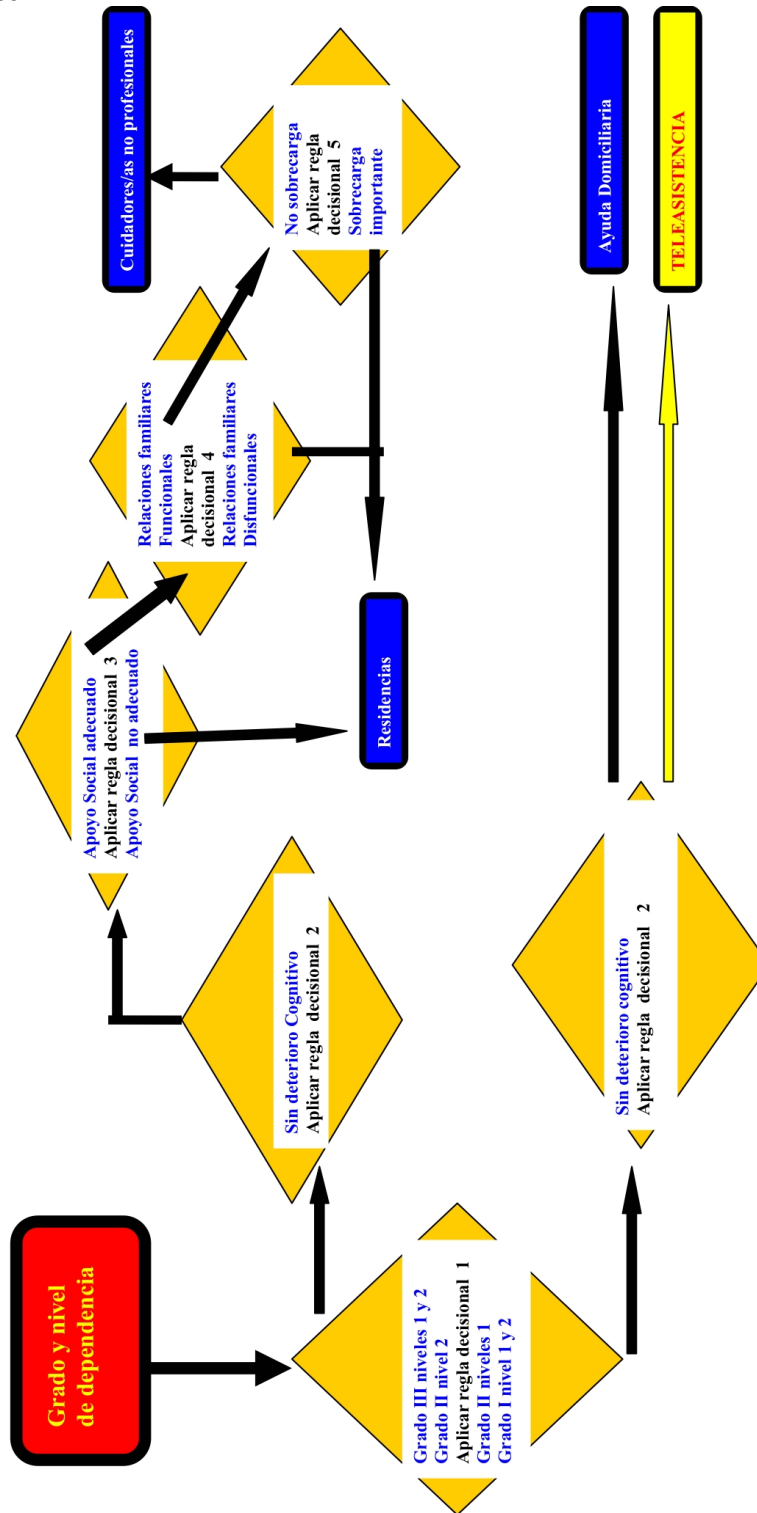
- En casos de sospecha de maltrato, valoración psicológica / psicosocial en profundidad y seguimientos (visitas domiciliarias periódicas de Salud y Servicio Sociales), en caso de confirmarse recomendaríamos: Residencias.

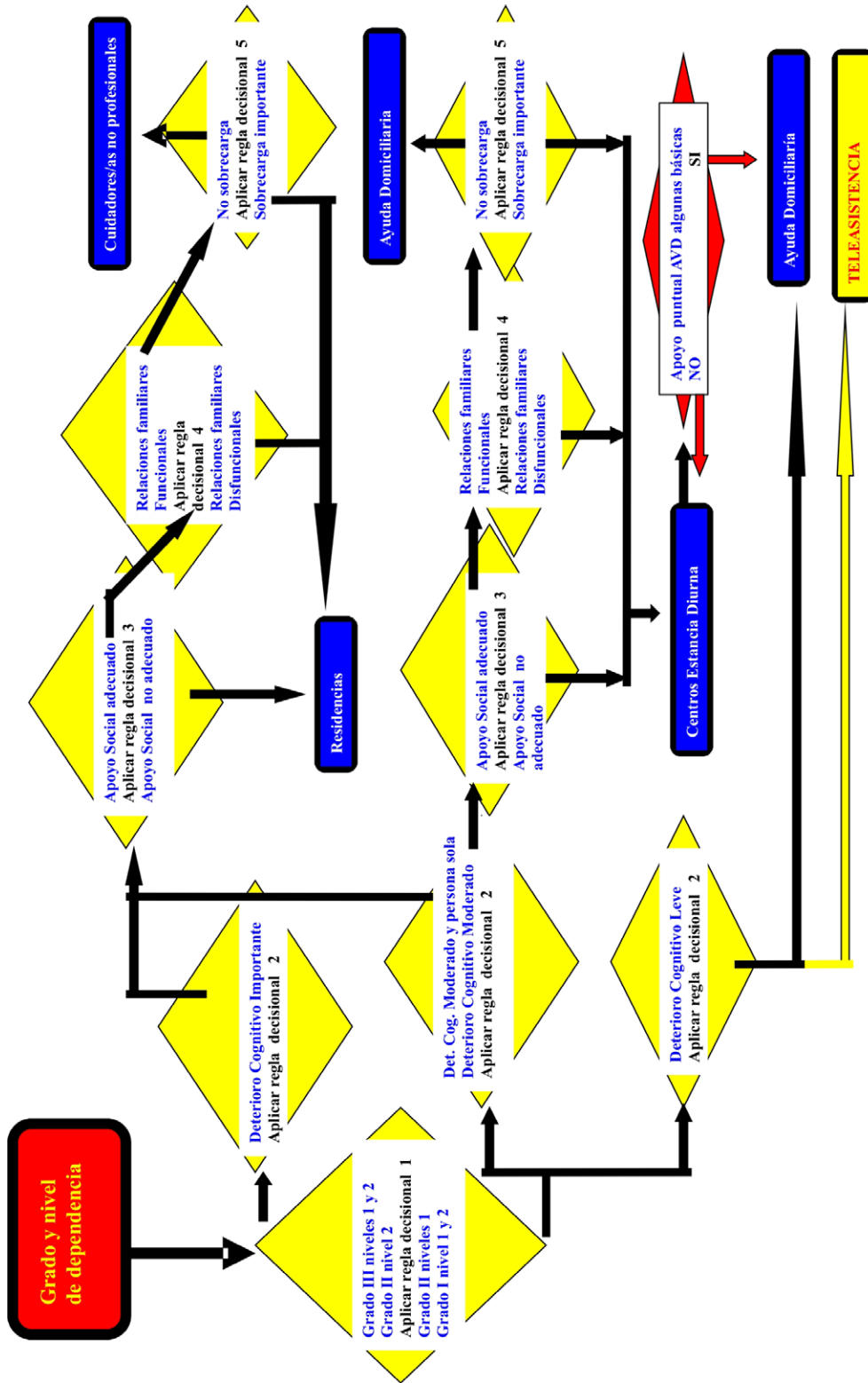
#### **Características sociológicas de los Cuidadores/as no profesionales.**

- Edad media de 47,78 años. Un 87,9% no trabajan.
- Altos niveles de Relaciones familiares funcionales y Apoyo social presentes en 9 de cada 10.
- Estudios: EGB / primarios el 53,4%; Saben leer y escribir 33,2%; Bachiller, medios o superiores un 10,9 %. No saben leer y escribir 2,6%.
- Mayoritariamente Mayor dependiente y Cuidador/a viven en el mismo hogar, un 97,52%.
- Mujeres 92,1%.



Figura 8. Representación del modelo empírico para la toma de decisiones sobre el servicio idóneo





**Actuaciones ante Depresión.**

- Evaluación exhaustiva de la depresión para determinación de la direccionalidad en cuanto a posibles causas (Dependencia-caídas y/o falta de apoyo social implica depresión /versus/ Depresión implica pérdida de dependencia).
- Cuando exista Depresión, sea moderada o severa, y el mayor se encuentre con Cuidadores/as familiares: (1) intervención psicológica y, (2) cuando la depresión sea causada por el entorno (por los cuidadores/as) entonces mayores atendidos en Residencias en Lugar de Cuidadores/as.
- Cuando exista Depresión, sea moderada o severa, y el mayor se encuentre en Ayuda Domiciliaria: (1) intervención psicológica y, (2) si la depresión es causada por el entorno, entonces: (a) participación en Cursos y Programas Comunitarios o (b) atención en Centros de Estancia Diurna.
- Cuando exista Depresión, sea moderada o severa, y el mayor se encuentre en Centros de Estancia Diurna: (1) intervención psicológica y, (2) si la depresión es causada por el entorno\*, entonces: (a) participación en Cursos y Programas Comunitarios o (b) atención en Ayuda Domiciliaria.

\*Dado que la Depresión se encuentra claramente asociada a la percepción de apoyo, si este es adecuado en Centros de Estancia Diurna para continuar en el servicio hemos de buscar posibles variables diferentes no analizadas, por ejemplo: 1) El usuario no quiere estar en el servicio o 2) El traslado del hogar todos los días perturba su estado de ánimo, en cualesquiera de los dos casos la alternativa sería la Ayuda Domiciliaria.

**Actuaciones ante Riesgo de caídas.**

- Mayores con riesgo de caídas donde la elección del servicio sea Cuidadores/as familiares, Centros de Estancia Diurna o Ayuda Domiciliaria, recomendaríamos formación específica a los cuidadores tanto profesionales como no profesionales en todas las tareas de movilizaciones con el usuario y adaptación funcional del hogar.
- Recomendar andadores en caso de pérdidas de movilidad, y extremar las precauciones en la manipulación de sondas y pañales.

**Actuaciones ante sospecha de malos tratos hacia el mayor.**

- Valoración psicológica / psicosocial en profundidad junto con visitas domiciliarias muy frecuentes de Servicios Sociales Comunitarios y Salud. En caso de confirmarse recomendar Residencias.

**Características sociológicas de los/as Cuidadores/as no profesionales.**

- Edad media de 47,78 años. Un 87,9% no trabajan. Altos niveles de Relaciones familiares funcionales y Apoyo social presentes en 9 de cada 10.
- Estudios: EGB / primarios el 53,4%; Saben leer y escribir 33,2%; Bachiller, medios o superiores un 10,9 %. No saben leer y escribir 2,6%
- Mayoritariamente Mayor dependiente y Cuidador/a viven en el mismo hogar, un 97,52%. Mujeres 92,1%.

**OBJETIVO 9.2: Validación del modelo mediante criterio de jueces.**

La consecución de este objetivo se ha realizado mediante la utilización de la técnica cualitativa de Grupo Nominal. Este grupo lo componían 18 expertos de Servicios Sociales Comunitarios y Especializados, profesionales que trabajan directamente o coordinando servicios Residenciales, Centros de Estancia Diurna, Ayuda Domiciliaria y Cuidadores/as familiares. Con una media de experiencia laboral de 177,44 meses (14,7 años) (tablas 9.2.1, Anexo I).

De estos dieciocho profesionales 7 fueron Trabajadores Sociales, 5 Psicólogos, 2 Médicos, 2 ATS – DUE y 2 Educadores, todos ellos titulados medios o superiores.

La composición de los grupos por servicios y categorías profesionales fue la siguiente:

- **Residencias y Centros de Estancia Diurna.** 2 Trabajadores/as Sociales, 2 Psicólogas, 1 Médico, 2 ATS-DUE y 1 Director (médico), 1 Psicóloga (Directora).
- **Servicios Sociales Comunitarios.** 1 Psicólogo, 4 Trabajadoras/es Sociales, 1 Educadora (Directora de SSC), 1 Educador Social.
- **Participantes en la investigación.** 1 Trabajadores Sociales. 1 Psicóloga.

El desarrollo de la sesión con el grupo de expertos tuvo una duración de tres horas, dividida en seis fases:

- Inicio de la sesión, dando la bienvenida y presentando al investigador principal. Describiendo y ampliando el objetivo de la reunión, que les fue comunicada por carta y telefónicamente, y del grupo de trabajo. Presentándose los expertos y expertas (profesión y lugar de trabajo) (Modelo de carta, Anexo VI).
- Pasación del Cuestionario 1. Con este cuestionario compuesto por cuatro preguntas se pretendía conocer la opinión de los expertos sobre (1) si el conocimiento y la definición que la Ley de Dependencia establece respecto Grados y niveles de dependencia es suficiente para la ubicación del mayor, (2) Qué variables además de la valoración de dependencia sería necesario incorporar en la toma de decisiones y, (3) si en la toma de decisiones además de Trabajadores/as Sociales es necesario la intervención de otros profesionales (Modelo de carta, Anexo VI).
- Exposición de los resultados de la investigación, modelo empírico y reglas de decisión y, modelo matemático.
- Descripción de las reglas de decisión, ampliación o aclaraciones a las mismas, acuerdo del grupo.
- Pasación del Cuestionario 2. En este cuestionario se preguntaba por el grado de acuerdo de las reglas de decisión y el orden de introducción de las variables relevantes.
- Pasación del Cuestionario 3. Compuesto de una sola pregunta donde se valoraba el modelo en su conjunto.

Los resultados de la validación del modelo mediante el criterio de jueces se muestra seguidamente.

**Resultados sobre el Cuestionario 1.**

**Pregunta 1.** Conociendo la descripción sobre Grados y niveles de dependencia, ¿Indique que servicio o servicios sería/serían el / los más adecuados para los siguientes grados y niveles de dependencia?: Grado I y Nivel 1; Grado I y Nivel 2; Grado II y Nivel 1, Grado II y Nivel 2, Grado III y Nivel 1; Grado III y Nivel 2.

Los resultados nos muestran disparidad de criterios respecto a la ubicación del mayor dependiente en el servicio idóneo: Diferentes servicios para un mismo Grado y nivel de dependencia y elevados porcentajes de respuestas No sabe / No contesta, que son indicativas

de que la sola información sobre el Grado y nivel de dependencia es insuficiente para tomar decisiones sobre el servicio idóneo. Este porcentaje se incrementa en función también del Grado y nivel de dependencia, pasando del 39,9% para el Grado I nivel 1, al 55,6% para el Grado III nivel 2.

**Tablas 267. Modelo toma de decisiones: Criterio de los expertos/as referente al servicio idóneo para mayores en función del Grado y nivel de dependencia (en base a la exclusiva definición que sobre Grados y niveles de dependencia se realiza en la Ley)**

**Grado I y Nivel 1**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ayuda a Domicilio	11	61,1	61,1	61,1
	No sabe, No contesta	7	38,9	38,9	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

**Grado I y Nivel 2**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Cuidadores/as no profesionales	1	5,6	5,6	5,6
	Ayuda a Domicilio	9	50,0	50,0	55,6
	No sabe, No contesta	8	44,4	44,4	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

**Grado II y Nivel 1**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Centros de Estancia Diurna	6	33,3	33,3	33,3
	Cuidadores/as no profesionales	2	11,1	11,1	44,4
	Ayuda a Domicilio	1	5,6	5,6	50,0
	No sabe, No contesta	9	50,0	50,0	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

**Grado II y Nivel 2**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Centros de Estancia Diurna	4	22,2	22,2	22,2
	Cuidadores/as no profesionales	3	16,7	16,7	38,9
	Ayuda a Domicilio	2	11,1	11,1	50,0
	No sabe, No contesta	9	50,0	50,0	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

**Grado III y Nivel 1**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Residencias	2	11,1	11,1	11,1
	Centros de Estancia Diurna	1	5,6	5,6	16,7
	Cuidadores/as no profesionales	5	27,8	27,8	44,4
	No sabe, No contesta	10	55,6	55,6	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

**Grado III y Nivel 2**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Residencias	7	38,9	38,9	38,9
	Cuidadores/as no profesionales	1	5,6	5,6	44,4
	No sabe, No contesta	10	55,6	55,6	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

**Pregunta 2.** Analizando el cuestionario que se les proporciona y conociendo las puntuaciones, de sujetos reales ¿Indique que servicio o servicios sería / serían el / los más adecuados para los siguientes grados y niveles de dependencia?: Caso nº 1 “Grado III nivel 2” y Caso nº 2 “Grado I nivel 1”.

Los resultados en ambos casos nos muestran, al igual que en la primera pregunta, disparidad de criterios respecto a la ubicación del mayor dependiente en el servicio idóneo tanto respecto a la variedad de servicios para un mismo Grado y nivel de dependencia como los elevados porcentajes de respuestas No sabe / No contesta. Podemos observar también que el conocimiento en detalle de las puntuaciones en el baremo del MTAS, incrementa el porcentaje de respuesta No sabe, No contesta.

**Tablas 268. Modelo toma de decisiones: Criterio de los expertos/as referente al servicio idóneo para mayores en función del Grado y nivel de dependencia (conociendo la puntuación global e ítems a ítems según baremo MTAS)**

**Caso nº 1 de Grado III nivel 2**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Residencias	6	33,3	33,3	33,3
	No sabe, No contesta	12	66,7	66,7	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

**Caso nº 2 de Grado I nivel 1**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Centros de Estancia Diurna	1	5,6	5,6	5,6
	Cuidadores/as no profesionales	1	5,6	5,6	11,1
	Ayuda a Domicilio	6	33,3	33,3	44,4
	No sabe, No contesta	10	55,6	55,6	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

**Pregunta 3.** Ante la toma de decisiones técnicas sobre el servicio más adecuado para la persona mayor dependiente (Residencias. Centros de Estancia Diurna. Cuidadores/as no profesionales y Ayuda a Domicilio), ¿Indique si en la valoración y toma de decisiones debemos incluir valoraciones sobre las siguientes 16 variables?.

Un 100% de los expertos/as manifestaron que es necesario incluir para la toma de decisiones valoraciones sobre 15 de las variables propuestas: Capacidad funcional AVDs- B e I, Capacidad Cognitiva (Demencias), Depresión, Satisfacción vital, Salud percibida, Sobrecarga cuidadores, Barreras arquitectónicas y equipamientos del hogar, Red social, Relaciones familiares, Apoyo social, Maltrato hacia el mayor, Riesgo de caídas, Consumo de fármacos y Uso de prótesis y órtesis. Solo se obtuvo una mayor discrepancia sobre la necesidad de considerar los recursos económicos en la toma de decisiones, donde un 72,2% estaban de acuerdo en ello (tablas 9.2.2, Anexo I).

**Pregunta 4.** ¿Ante la toma de decisiones cree usted necesaria la actuación interdisciplinar entre Trabajadores/as Sociales y Psicólogos/as? y ¿Ante la toma de decisiones cree usted necesaria la actuación de otros profesionales como Educadores/as Sociales y ATS – DUEs?.

Un 94,4% de los expertos creen que es necesaria una actuación interdisciplinar entre Trabajadores/as Sociales y Psicólogos/as, así como es necesario incorporar la intervención de Enfermeros/as y Educadores/as Sociales (tablas 9.2.3, Anexo I).

#### **Resultados sobre el Cuestionario 2.**

**Pregunta 1 (1ª regla de decisión).** Indique de 1 a 10 su grado de acuerdo con el modelo de decisión para ubicar el mayor dependiente en el servicio idóneo referente al criterio:

##### **Capacidad Funcional (Baremo MTAS).**

- Mayores con Grado II nivel 2 a Grado III niveles 1 y 2 atendidos en: Residencias o Cuidadores Familiares.
- Mayores con Grado II nivel 1 a Grado I nivel 1 y 2 atendidos en: Centros de Estancia Diurna y/o Ayuda Domiciliaria.

##### **Capacidad Funcional (Barthel y Baremo MTAS).**

- Barthel total o severo (Residencias o Cuidadores Familiares).
- Barthel moderado o escaso (Centros de Estancia Diurna y/o Ayuda Domiciliaria).

La puntuación media sobre el grado de acuerdo respecto a los criterios de capacidad funcional en el baremo del MTAS como de Barthel se sitúa en 9,06 puntos, con una desviación típica de 1,35 (tablas 9.2.4, Anexo I).

**Pregunta 2 (2ª regla de decisión).** Indique de 1 a 10 su grado de acuerdo con el modelo de decisión para ubicar el mayor dependiente en el servicio idóneo referente al criterio:

##### **Deterioro Cognitivo.**

- Mayores con deterioro cognitivo importante, Cuidadores familiares o Residencias.
- Mayores con deterioro cognitivo moderado, Centros de Estancia Diurna y/o Ayuda Domiciliaria.
- Mayores con deterioro cognitivo leve Ayuda Domiciliaria.
- Persona dependiente que vive sola con deterioro cognitivo importante o moderado, Cuidadores familiares o Residencias.

La puntuación media sobre el grado de acuerdo respecto al criterio de deterioro cognitivo se sitúa en 8,61 puntos, con una desviación típica de 1,7 (tablas 9.2.5, Anexo I).

**Pregunta 3 (3ª regla de decisión).** Indique de 1 a 10 su grado de acuerdo con el modelo de decisión para ubicar el mayor dependiente en el servicio idóneo referente al criterio:

***Apoyo Social.***

- Grado III niveles 1 y 2. Grado II y nivel 2. Con deterioro cognitivo importante o sin deterioro cognitivo

- Apoyo Social adecuado, entonces mayores atendidos en: Cuidadores Familiares.

- Grado II nivel 1 y Grado I nivel 1 y 2. Sin deterioro cognitivo.

- Independientemente del Apoyo social mayores atendidos en: Ayuda Domiciliaria.

- Grado II nivel 1 y Grado I nivel 1 y 2. Con deterioro cognitivo leve.

- Independientemente del Apoyo social mayores atendidos en: Ayuda Domiciliaria.

- Grado II nivel 1 y Grado I nivel 1 y 2. Con deterioro cognitivo moderado.

- Apoyo Social no adecuado, entonces mayores atendidos en: Centros de Estancia Diurna.

▪ Aunque se entiende incompatibilidad entre Ayuda a Domicilio (AD) y Centros de Estancia Diurna, una vez decidido Centro de Estancia Diurna se puede compatibilizar CED con la AD en casos puntuales para algunas Actividades de la Vida Diaria Básicas.

La puntuación media sobre el grado de acuerdo respecto al criterio de apoyo social se sitúa en 8,39 puntos, con una desviación típica de 1,7 (tablas 9.2.6, Anexo I).

**Pregunta 4 (4ª regla de decisión).** Indique de 1 a 10 su grado de acuerdo con el modelo de decisión para ubicar el mayor dependiente en el servicio idóneo referente al criterio:

***Relaciones familiares.***

- Grado III niveles 1 y 2. Grado II y nivel 2. Con deterioro cognitivo importante o sin deterioro cognitivo

- En Relaciones familiares disfuncionales no se prescribiría Cuidadores familiares.

- Grado II nivel 1 y Grado I nivel 1 y 2. Sin deterioro cognitivo.

- Independientemente de las Relaciones familiares mayores atendidos en: Ayuda Domiciliaria.

- Grado II nivel 1 y Grado I nivel 1 y 2. Con deterioro cognitivo leve.

- Independientemente de las Relaciones familiares mayores atendidos en: Ayuda Domiciliaria.

- Grado II nivel 1 y Grado I nivel 1 y 2. Con deterioro cognitivo moderado.

- Relaciones familiares disfuncionales, entonces mayores atendidos en: Centros de Estancia Diurna.

▪ Aunque se entiende incompatibilidad entre Ayuda a Domicilio (AD) y Centros de Estancia Diurna, una vez decidido Centro de Estancia Diurna se puede compatibilizar CED con la AD en casos puntuales para algunas Actividades de la Vida Diaria Básicas.

La puntuación media sobre el grado de acuerdo respecto al criterio de relaciones familiares se sitúa en 8,94 puntos, con una desviación típica de 1,5 (tablas 9.2.7, Anexo I).

**Pregunta 5 (5ª regla de decisión).** Indique de 1 a 10 su grado de acuerdo con el modelo de decisión para ubicar el mayor dependiente en el servicio idóneo referente al criterio:

***Sobrecarga en los cuidadores.***

- Cuando no existe sobrecarga: Cuidadores familiares o Ayuda Domiciliaria.

- Cuando existe sobrecarga importante: Residencias o Centros de Estancia Diurna.

La puntuación media sobre el grado de acuerdo respecto al criterio de sobrecarga en los Cuidadores/as no profesionales se sitúa en 8,83 puntos, con una desviación típica de 1,9 (tablas 9.2.8, Anexo I).



**Pregunta 6 (6ª regla de decisión).** Indique de 1 a 10 su grado de acuerdo con el modelo de decisión para ubicar el mayor dependiente en el servicio idóneo referente al criterio:

***Teleasistencia Domiciliaria como servicio de prevención.***

- Para mayores sin deterioro cognitivo o deterioro leve, con grados de dependencia Grado II nivel 1 y Grado I niveles 1 y 2. Independientemente de que se encuentren o no solos/as.

La puntuación media sobre el grado de acuerdo respecto al criterio de teleasistencia como servicio de prevención se sitúa en 8,11 puntos, con una desviación típica de 3,2 (tablas 9.2.9, Anexo I). Los expertos/as están de acuerdo respecto al deterioro cognitivo, no obstante, algunos de ellos creen que debería implantarse para todos los grados y niveles de dependencia, en tanto que podría ser utilizada / manejada por los cuidadores. Este hecho hace incrementar la desviación típica en las puntuaciones.

**Pregunta 7 (7ª regla de decisión).** Indique de 1 a 10 su grado de acuerdo con el modelo de decisión para ubicar el mayor dependiente en el servicio idóneo referente al criterio:

***Depresión, Riesgo de Caídas y sospecha de malos tratos hacia el mayor.***

- El riesgo de caídas - barreras arquitectónicas y presencia de depresión, no son determinantes en la elección del tipo de servicio, pero son sumamente importantes respecto a objetivos de intervención y asesoramiento técnico, en el caso de que la elección de centro sea permanencia en el entorno comunitario (Ayuda Domiciliaria, Cuidadores/as y Centros de Estancia Diurna).
- La sospecha de maltrato implica necesariamente valoración psicológica en profundidad y supervisión intensa, en caso de confirmarse la recomendación es Residencias.

La puntuación media sobre el grado de acuerdo respecto al criterio de considerar *Depresión, Riesgo de Caídas y sospecha de malos tratos hacia el mayor* como elementos para establecer objetivos de intervención una vez elegido el servicio idóneo, se sitúa en 9,00 puntos, con una desviación típica de 1,5 (tablas 9.2.10, Anexo I).

**Resultados sobre el Cuestionario 3.**

**Pregunta 1.** Indique de 1 a 10 su grado de acuerdo sobre la utilidad, para los profesionales que elaboran el Programa Individualizado de Atención (PIA), del modelo de decisión para ubicar el mayor dependiente en el servicio idóneo.

Los expertos dan una media de 8,5 puntos en la valoración global del modelo, con una desviación típica de 1,7. Podemos considerar que el modelo empírico para la ubicación del mayor dependiente en el servicio idóneo puede ser muy útil tanto para los profesionales como para avanzar en criterios técnicos en la implementación de toma de decisiones (tablas 9.2.11, Anexo I).

Las principales matizaciones que establecen los jueces y que permitirían una mayor adherencia en la utilización del modelo, así como mayores puntuaciones globales en la valoración del mismo, hacen referencia a:

- Utilizar el modelo como referencia en la elaboración de los Programas Individuales de Atención (PIA), pero nunca considerarlo como único criterio en la toma de decisiones, dándose cabida a interpretaciones y decisiones técnicas que permitan abordar excepciones de casos particulares a las reglas de decisión, “modelo orientativo pero no vinculante”.

- Valoración mediante instrumentos que tengan una fiabilidad y validez constatada, complementando o supliendo la valoración mediante instrumentos de screening con valoraciones en profundidad y más exhaustivas.
- Disponer los profesionales en la toma de decisiones además de la valoración del Grado y nivel de dependencia de las valoraciones e informes médicos.
- Formación de los profesionales en la pasación e interpretación de los instrumentos de valoración.
- Contar con equipos interdisciplinares para la valoración y toma de decisiones.

**OBJETIVO 9.3: Modelos matemáticos predictivos para la ubicación del mayor dependiente en el servicio idóneo.**

En este objetivo nos planteamos desarrollar diferentes modelos matemáticos que nos permitan con las variables diagnósticas que se han identificado como significativas en el estudio teórico previo, clasificar de forma correcta a los usuarios en los servicios sociales idóneos. Es decir, seleccionar aquel subconjunto de variables independientes (puntuaciones de las pruebas de evaluación) que más información aporten sobre la probabilidad de pertenecer a cualquiera de los grupos establecidos por los valores de las variables dependientes (servicios sociales disponibles).

Para ello, utilizaremos la regresión logística, proceso estadístico que nos permitirá obtener una función lineal de las variables independientes que posibilite clasificar a los usuarios en cada una de las dos sub-poblaciones establecidas por los dos valores de la variable dependiente.

• **Formulación del problema.**

A partir de  $(x_{i1}, \dots, x_{ip})$ ,  $i = 1, \dots, n$ , muestra de  $n$  observaciones de las variables independientes  $x_1, \dots, x_p$ , en los dos grupos de sujetos establecidos por los dos valores de la variable dependiente  $Y$ , se trata de obtener una combinación lineal de las puntuaciones diagnósticas que permita estimar las probabilidades de que un usuario sea el idóneo para ser ubicado en un servicio concreto. La probabilidad de que un individuo pertenezca a la segunda subpoblación  $p$ , vendrá dada por:

$$p = \frac{e^z}{1 + e^z} \text{ o, equivalentemente, } p = \frac{1}{1 + e^{-z}}$$

Siendo  $z$  la combinación lineal:

$$z = \beta_1 x_1 + \dots + \beta_p x_p + \beta_0$$

Donde  $\beta_0, \beta_1, \dots, \beta_p$  son parámetros desconocidos a estimar. En particular, la probabilidad de que el  $i$ -ésimo individuo de la muestra pertenezca a la segunda subpoblación será:

$$P = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_1 x_{i1} + \dots + \beta_p x_{ip} + \beta_0)}}$$

Si dicha probabilidad es superior o igual a 0,5, el cliente será clasificado en la segunda subpoblación, en el caso contrario será clasificado en la primera.

A tal fin, se crearon cuatro variables dependientes en las que se clasificaba a los mayores de manera dicotómica dándoles el valor uno (1), si eran los usuarios idóneos de un servicio concreto y un cero (0) si lo eran de cualquier otro servicio.

Una vez definidas las distintas variables dependientes, se intentó obtener una combinación lineal de las variables independientes incorporadas a los modelos matemáticos, que nos permitiera estimar las probabilidades de pertenecer a cada uno de los grupos establecidos desde los valores de las variables dependientes (Residencias, Centros Estancia Diurna, Cuidadores/as familiares y Ayuda Domiciliaria), las variables independientes consideradas fueron:

1ª Actividades de la Vida Diaria: Obtenidas mediante la puntuación del Baremo del MTAS (aunque también puede ser utilizado el Índice de Barthel en tanto que ambos instrumentos de valoración pueden intercambiarse).

2ª Deterioro Cognitivo: Obtenido mediante la puntuación del MEC.

3ª Percepción de las relaciones familiares: Obtenida mediante la puntuación del test de APGAR.

4ª Percepción del Apoyo Social: Obtenida mediante la puntuación del test de DUKE-UNC.

5ª Riesgo de caídas: Obtenida mediante la puntuación del test de Caídas.

6ª Percepción salud: Obtenida mediante la puntuación del ítem 1 del test SF36.

7ª Satisfacción vital: Obtenida mediante la puntuación del test PGC de Lawton.

Siendo como ya dijimos la probabilidad de que un residente pertenezca al grupo p dada por:

$$p = \frac{e^z}{1 + e^z} \text{ o, equivalentemente, } p = \frac{1}{1 + e^{-z}}$$

Siendo z la combinación lineal:

$$z = \beta_1 \text{PuntosbaremoMTAS} + \beta_2 \text{PuntuaciónMEC} + \beta_3 \text{PuntuaciónDUKE} + \beta_4 \text{PuntuaciónAPGAR} + \beta_5 \text{PuntuaciónAgar} + \beta_6 \text{PuntuaciónRiesgoCaídas} + \beta_7 \text{PuntuaciónSatisfacciónVital} + \beta_0$$

Donde  $\beta_0, \beta_1, \dots, \beta_p$  son parámetros desconocidos a estimar. Por ejemplo, la probabilidad de que el i-esimo individuo de la muestra sea o no un usuario ideal para una Residencia:

$$p = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_1 \text{BaremoMATS} + \dots + \beta_7 \text{Satisfacciónvital} + \beta_0)}}$$

Al evaluar los actuales usuarios de “**Residencias**” y eliminando aquellos sujetos que no poseen todas las puntuaciones completas de todas las pruebas seleccionadas, nos encontramos con que los 501 mayores evaluados quedaron para el caso que nos ocupa distribuidos del siguiente modo:

**Tabla 269. Clasificación de los mayores usuarios/as de Centros Residenciales.****Tabla de clasificación<sup>a,b</sup>**

Observado		Pronosticado			
		Usuarios Residencias		Porcentaje correcto	
		,00	1,00		
Paso 0	Usuarios Residencias	,00	379	0	100,0
		1,00	122	0	,0
	Porcentaje global				75,6

a. En el modelo se incluye una constante.

b. El valor de corte es ,500

Se observa que antes de utilizar la ecuación que posteriormente presentaremos, de los 501 usuarios evaluados, 122 mayores serían usuarios de este servicio y 379 no lo serían.

La tabla de distribución para los usuarios/as de los “Centros de Estancia Diurna”, era antes del análisis, la siguiente:

**Tabla 270. Clasificación de los mayores usuarios/as de Centros de Estancia Diurna.****Tabla de clasificación<sup>a,b</sup>**

Observado		Pronosticado			
		Usuarios Unidad estancia Diurna		Porcentaje correcto	
		,00	1,00		
Paso 0	Usuarios Unidad estancia Diurna	,00	394	0	100,0
		1,00	107	0	,0
	Porcentaje global				78,6

a. En el modelo se incluye una constante.

b. El valor de corte es ,500

Como se puede observar, antes de aplicar el modelo matemático, los usuarios/as reales de los Centros de Estancia Diurna eran 107, mientras que 394 mayores no eran usuarios de los mismos.

En tercer lugar, presentamos la condición de partida previa a usar nuestro modelo matemático de los actuales usuarios del “Programa de Cuidadores/as familiares”:

**Tabla 271. Clasificación de los mayores usuarios/as del programa de Cuidadores/as familiares.****Tabla de clasificación<sup>a,b</sup>**

Observado		Pronosticado			
		Usuarios Programa Cuidadores		Porcentaje correcto	
		,00	1,00		
Paso 0	Usuarios Programa Cuidadores	,00	399	0	100,0
		1,00	102	0	,0
	Porcentaje global				79,6

a. En el modelo se incluye una constante.

b. El valor de corte es ,500

Se puede observar que el análisis se realizaría sobre 501 usuarios/as, de los cuales 399 no serían usuarios de este programa y 102 sí.

Por último, se describe la tabla previa al proceso de clasificación de los mayores que actualmente utilizan la “Ayuda Domiciliaria”.

La clasificación de los mayores de la muestra era para este servicio, la que se indica en la tabla siguiente:

**Tabla 272. Clasificación de los mayores usuarios/as del servicio Ayuda Domiciliaria.**

**Tabla de clasificación<sup>a,b</sup>**

Observado			Pronosticado		Porcentaje correcto
			Usuarios Programa Ayuda a Domicilio		
			,00	1,00	
Paso 0	Usuarios Programa	,00	331	0	100,0
	Ayuda a Domicilio	1,00	170	0	,0
Porcentaje global					66,1

a. En el modelo se incluye una constante.

b. El valor de corte es ,500

Se aprecia en la tabla anterior que eran 170 los usuarios de este servicio y 331 los mayores de la muestra que no lo utilizaban.

Con los anteriores datos se realizó la regresión logística utilizando todas las variables pre seleccionadas y el criterio de Razón de Verosimilitud.

• **Selección de las variables.**

A continuación se muestran los valores de la ecuación de regresión para las pruebas diagnósticas seleccionadas, así como los estadísticos de los estimadores de los parámetros que forman parte de la misma:

Recordemos que ET es el valor de la desviación típica de los estimadores B, y  $\text{Exp}(B)$  es el valor tipificado de B, el estadístico Wald, juega el mismo papel que el estadístico t en la regresión lineal múltiple para las variables incluidas en la ecuación, es decir, nos diría que si la información que se perdería al eliminar la variable  $X_j$  en el siguiente paso es o no significativa.

Por último presentamos los resultados del estadístico que nos servirá para construir los intervalos de confianza y su significación.

Presentamos en primer lugar las funciones introducidas para el modelo de clasificación de los usuarios de **Residencias**:

**Tabla 273. Variables en la ecuación del modelo “Residencias”.**

		Variables en la ecuación					
		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1	PuntosBaremo AVD46todos	,012	,006	3,727	1	,054	1,012
	puntuaciónDUKE	-,011	,014	,544	1	,461	,990
	puntuaciónMEC	-,039	,019	4,302	1	,038	,962
	puntuaciónCaidas	-,037	,033	1,273	1	,259	,963
	SF36p1	-,258	,136	3,596	1	,058	,772
	puntuacionSATIS	,170	,041	17,012	1	,000	1,185
	puntuaciónAGAR	-,258	,049	27,968	1	,000	,772
	Constante	1,269	,931	1,859	1	,173	3,558

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: PuntosBaremoAVD46todos, puntuaciónDUKE, puntuaciónMEC, puntuaciónCaidas, SF36p1, puntuacionSATIS, puntuaciónAGAR.

Puede observarse que según el valor de la significación, no todas las aportaciones que realizan a la ecuación las funciones seleccionadas son estadísticamente significativas. Para este modelo no serían claramente significativas las puntuaciones de la escala Duke y la puntuación en la escala de Riesgo de caídas

Seguidamente presentamos los valores de la ecuación de regresión para las pruebas diagnósticas del modelo de **Centros de Estancia Diurna**:

**Tabla 274. Variables en la ecuación del modelo “Centros de Estancia Diurna”.**

		Variables en la ecuación					
		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1	PuntosBaremo AVD46todos	,002	,006	,112	1	,738	1,002
	puntuaciónDUKE	,032	,015	4,864	1	,027	1,033
	puntuaciónMEC	,027	,019	2,008	1	,156	1,027
	puntuaciónCaidas	-,064	,033	3,696	1	,055	,938
	SF36p1	-,351	,132	7,108	1	,008	,704
	puntuacionSATIS	-,091	,039	5,462	1	,019	,913
	puntuaciónAGAR	,034	,052	,431	1	,511	1,035
	Constante	-1,059	,935	1,281	1	,258	,347

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: PuntosBaremoAVD46todos, puntuaciónDUKE, puntuaciónMEC, puntuaciónCaidas, SF36p1, puntuacionSATIS, puntuaciónAGAR.

Las variables que no presentan diferencias estadísticamente significativas son para este modelo, las puntuaciones del baremo del MTAS, las puntuaciones en APGAR y las puntuaciones del MEC.

Las variables que se introdujeron en el modelo para el **“Programa de Cuidadores/as familiares”**, se observan en la tabla resumen siguiente:

**Tabla 275. Variables en la ecuación del modelo “Programa de Cuidadores/as familiares”.**

		Variables en la ecuación					
		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1	PuntosBaremo AVD46todos	,030	,007	20,571	1	,000	1,030
	puntuaciónDUKE	-,024	,016	2,435	1	,119	,976
	puntuaciónMEC	-,022	,019	1,358	1	,244	,978
	puntuaciónCaidas	,037	,036	1,056	1	,304	1,037
	SF36p1	,493	,158	9,728	1	,002	1,637
	puntuacionSATIS	,051	,042	1,436	1	,231	1,052
	puntuaciónAGAR	,323	,071	20,440	1	,000	1,382
	Constante	-6,994	1,155	36,666	1	,000	,001

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: PuntosBaremoAVD46todos, puntuaciónDUKE, puntuaciónMEC, puntuaciónCaidas, SF36p1, puntuacionSATIS, puntuaciónAGAR.

Para el modelo que nos ocupa, no presentaron diferencias estadísticamente significativas las siguientes variables: Puntuación de la escala Duke, Puntuación del MEC, puntuación de la escala de Riesgo de caídas y la puntuación de la escala de Satisfacción vital.

Por último presentamos las variables seleccionadas en el modelo realizado con los usuarios/as del “Programa de ayuda a domicilio”:

**Tabla 276. Variables en la ecuación del modelo “Ayuda a domicilio”.**

		Variables en la ecuación					
		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1	PuntosBaremo AVD46todos	-,033	,006	32,866	1	,000	,967
	puntuaciónDUKE	-,007	,013	,263	1	,608	,993
	puntuaciónMEC	,031	,016	3,550	1	,060	1,032
	puntuaciónCaidas	,062	,030	4,287	1	,038	1,064
	SF36p1	,204	,126	2,606	1	,106	1,226
	puntuacionSATIS	-,099	,035	7,771	1	,005	,906
	puntuaciónAGAR	,047	,046	1,035	1	,309	1,048
	Constante	-,278	,849	,107	1	,744	,757

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: PuntosBaremoAVD46todos, puntuaciónDUKE, puntuaciónMEC, puntuaciónCaidas, SF36p1, puntuacionSATIS, puntuaciónAGAR.

Las variables que no discriminan a la hora de asignar a un mayor a este servicio son: la Puntuación en la escala Duke, Puntuación del test de Apgar, y la autopercepción del Estado de salud.

Una vez determinadas las variables de cada ecuación, presentamos las **pruebas ómnibus** sobre los coeficientes de los distintos modelos, los valores del estadístico *ji-cuadrado*, del que sabemos que cuanto menor sea su valor, mayor será el p-valor asociado y, en consecuencia menos motivos tenderemos para rechazar la hipótesis nula de que el modelo es adecuado.

Se puede observar en la tabla siguiente, los coeficientes para el modelo de Residencias, en el que se observa lo adecuado del modelo:

**Tabla 277. Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo “Residencias”.**  
Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo

		Chi-cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	88,421	7	,000
	Bloque	88,421	7	,000
	Modelo	88,421	7	,000

Dada la significación de los coeficientes Ji cuadrado de las pruebas ómnibus para las Centros de Estancia Diurna, podemos afirmar que el modelo presentado es significativo:

**Tabla 278. Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo “Centros Estancia Diurna”.**

Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo

		Chi-cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	25,817	7	,001
	Bloque	25,817	7	,001
	Modelo	25,817	7	,001

Tal y como se observa en la tabla anterior el modelo presentado sería estadísticamente significativo.

En la tabla siguiente, se presenta la prueba ómnibus para la variable dependiente “Cuidadores/as familiares”:

**Tabla 279. Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo “Cuidadores/as familiares”.**

Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo

		Chi-cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	76,746	7	,000
	Bloque	76,746	7	,000
	Modelo	76,746	7	,000

Por último observamos que el modelo predicción para el grupo de mayores usuarios de Ayuda a Domicilio, es según los resultados estadísticos obtenidos estadísticamente significativo.

**Tabla 280. Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo “Ayuda Domiciliaria”.**

Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo

		Chi-cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	68,272	7	,000
	Bloque	68,272	7	,000
	Modelo	68,272	7	,000

- **Bondad de ajuste.**

Comprobar la bondad de ajuste es analizar cuanto de probables son los resultados muestrales a partir del modelo ajustado. La probabilidad de los resultados observados se denomina verosimilitud, y se basa en comparar el número de individuos observados en la segunda subpoblación con el número esperado si el modelo fuera válido. El número esperado será igual al total de individuos en la muestra multiplicado por la probabilidad estimada para la segunda subpoblación.



Presentamos por último la cantidad de varianza que cada uno de los modelos explicaría, así en la tabla siguiente se observa que el modelo predictivo obtenido para clasificar a los usuarios/as de Residencias, explicaría el 24.1% de la varianza de la probabilidad diagnóstica.

La combinación de variables del modelo desarrollado para clasificar a los usuarios de Centros de Estancia Diurna, explicaría el 7,8% de la variación de la clasificación en una categoría o en otra. El modelo diseñado para clasificar a los mayores usuarios del programa de Cuidadores familiares predeciría el 22,3% de la varianza. Y por último, la suma de variables del modelo diseñado para clasificar a los sujetos usuarios de la Ayuda domiciliaria explicaría el 17,6% de la varianza del recurso social.

**Tabla 281. Cantidad de varianza explicada utilizando el estadístico R<sup>2</sup> de Nagelkerke.**

PASOS	RESIDENCIAS		UNIDADES DE ESTANCIA DIURNA		CUIDADORES FAMILIARES		AYUDA DOMICILIARIA	
	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Nagelkerke	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Nagelkerke	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Nagelkerke	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Nagelkerke
1	467,785	,241	493,872	,078	429,608	,223	573,593	,176

• **Validación de los resultados. Clasificación de los individuos.**

La clasificación de los individuos en uno u otro grupo, se realizará a partir de la probabilidad estimada de pertenecer al segundo grupo. Si para un determinado individuo, la probabilidad estimada de pertenecer a la segunda subpoblación es mayor o igual que 0.5 será clasificado en dicha subpoblación. En caso contrario, será clasificado en la primera. El porcentaje de casos correctamente clasificados será un índice de efectividad del modelo. Si los modelos son efectivos sobre la muestra observada, es de esperar que también lo sean cuando se trate de clasificar a un individuo para el que se desconociere a cuál de los dos grupos pertenece.

**A.- Modelo desarrollado para la variable dependiente Residencias**

La clasificación realizada utilizando el modelo puede observarse en la tabla siguiente:

**Tabla 282. Tabla de clasificación utilizando el modelo diseñado para la clasificación de los usuarios de “Residencias” para un valor de corte de 0,5.**

**Tabla de clasificación<sup>a</sup>**

Observado		Pronosticado		
		Usuarios Residencias		Porcentaje correcto
		,00	1,00	
Paso 1	Usuarios Residencias	,00	1,00	
		359	20	94,7
		88	34	27,9
	Porcentaje global			78,4

a. El valor de corte es ,500

En el modelo diseñado para la clasificación de los usuarios de Residencias, la probabilidad total de clasificar bien a los sujetos de la muestra utilizada es del 78.4%. Se eliminaría correctamente al 94.7% de los mayores que actualmente no utilizan el recurso residencias, y se clasificaría correctamente al 27.9% de aquellos que si lo utilizan.

Es decir, se observa que utilizando la ecuación presentada, de los 501 usuarios/as evaluados/as, 359 habrían sido correctamente excluidos mediante la combinación matemática de las pruebas clínicas y psicométricas utilizadas, 34 serían usuarios/as reales perfectamente ubicados, 20 serían usuarios/as que no están en residencias y deberían utilizar este recurso y por último, 88 usuarios/as de residencias deberían estar en otro servicio.

### B.- Modelo desarrollado para la variable dependiente Centros de Estancia Diurna.

La eficacia del anterior modelo para realizar una clasificación óptima de los usuarios de los Centros Estancia Diurna, puede observarse en la tabla siguiente en la que se ha especificado un valor de corte de 0,5:

**Tabla 283. Tabla de clasificación utilizando el modelo diseñado para la clasificación de los usuarios de los “Centros de Estancia Diurna” para un valor de corte de 0,5.**

**Tabla de clasificación<sup>a</sup>**

Observado			Pronosticado		
			Usuarios Unidad estancia Diurna		Porcentaje correcto
			,00	1,00	
Paso 1	Usuarios Unidad estancia Diurna	,00	393	1	99,7
		1,00	106	1	,9
	Porcentaje global				78,6

a. El valor de corte es ,500

Puede observarse por tanto el alto poder discriminador que la anterior ecuación, sobre todo para discriminar a los mayores que no serían usuarios del servicio, siendo capaz de discriminar al 99.7% de estos. De los usuarios/as del recurso, clasificaríamos correctamente al 0.9%. Pudiendo estimarse por tanto, que este modelo es capaz de diagnosticar correctamente al 78.6% de los sujetos evaluados.

Como se puede observar, al aplicar el modelo matemático, del total de los usuarios los Centros de Estancia Diurna, 393 sujetos fueron descartados de este servicio cuando realmente no eran usuarios/as del mismo, 106 mayores que si son usuarios de este servicio, fueron considerados como clientes no óptimos para su uso, un mayor que no utilizaba este recurso fue clasificado como usuario idóneo para el mismo y por último, un mayor que utilizaba este servicio fue confirmado como idóneo para el mismo.

### C.- Modelo desarrollado para la variable dependiente Programa de Cuidadores/as familiares.

En la tabla de clasificación podemos observar como con el modelo desarrollado se eliminan correctamente al 96.2% de los mayores que actualmente no utilizan este servicio. Pudiendo estimarse que una vez calculado el posible error muestral, el porcentaje global de capacidad de clasificación de este modelo sería del 79,4%.

**Tabla 284. Tabla de clasificación utilizando el modelo diseñado para la clasificación de los usuarios del programa de “Cuidadores/as familiares” para un valor de corte de 0,5.**

**Tabla de clasificación<sup>a</sup>**

Observado			Pronosticado		
			Usuarios Programa Cuidadores		Porcentaje correcto
			,00	1,00	
Paso 1	Usuarios Programa	,00	384	15	96,2
	Cuidadores	1,00	88	14	13,7
	Porcentaje global				79,4

a. El valor de corte es ,500

En la tabla anterior podemos observar como 384 mayores que no utilizaban este recurso, fueron correctamente descartados, 14 usuarios/as actuales fueron determinados como correctamente ubicados, 88 mayores que actualmente son beneficiarios del programa fueron considerados como no adecuados para el mismo y 15 mayores que no lo utilizaban fueron estimados como usuarios/as idóneos para el programa.

**D.- Modelo desarrollado para la variable dependiente Ayuda Domiciliaria.**

La eficacia del modelo diseñado para clasificar a los ancianos que utilizan la Ayuda domiciliaria, se observa en la tabla siguiente.

Podemos apreciar que de los sujetos excluidos de este servicio, lo fueron correctamente el 90.0% y de los mayores que previamente habían sido clasificados como usuarios de este recurso volvimos usando el modelo a ubicar correctamente al 37,6%, lo que supone un porcentaje global de eficacia de clasificación de 72,3%.

**Tabla 285. Tabla de clasificación utilizando el modelo diseñado para la optima ubicación de los usuarios de “Ayuda a domicilio” para un valor de corte de 0,5.**

**Tabla de clasificación<sup>a</sup>**

Observado			Pronosticado		
			Usuarios Programa Ayuda a Domicilio		Porcentaje correcto
			,00	1,00	
Paso 1	Usuarios Programa	,00	298	33	90,0
	Ayuda a Domicilio	1,00	106	64	37,6
	Porcentaje global				72,3

a. El valor de corte es ,500

Se observa que en este caso, 298 usuarios/as fueron correctamente descartados, 64 correctamente ubicados, 106 de los actuales beneficiarios/as del programa fueron considerados como no idóneos y 33 de los mayores que en este momento no utilizan el recurso fueron clasificados como usuarios/as óptimos para el mismo.

**• Predicción.**

Una vez comprobado que mediante las funciones estimadas a partir de las pruebas diagnosticas anteriormente expuestas el porcentaje de casos correctamente estimado es elevado, es de esperar que las diferentes funciones también proporcionen buenos resultados a la hora de predecir el valor de las diferentes variables dependientes para cualquier usuario/a.

Las estimaciones de las diferentes funciones  $Z$  serían las observadas en la tabla siguiente.

**Tabla 286. Ecuaciones para estimar las funciones  $z$  asociadas a cada modelo predictivo.**

RECURSO	MODELO
Residencias	$Z = 1,269 + 0,012$ (Baremo) $- 0,011$ (Duke) $- 0,039$ (Mec) $- 0,037$ (Caídas) $- 0,258$ (Sf36p1) $+ 0,170$ (Satisfacción) $- 0,258$ (Agar)
Unidad de estancia Diurna	$Z = - 1,059 + 0,002$ (Baremo) $+ 0,032$ (Duke) $+ 0,027$ (Mec) $- 0,064$ (Caídas) $- 0,351$ (Sf36p1) $- 0,091$ (Satisfacción) $- 0,034$ (Agar)
Cuidadores familiares	$Z = - 6,994 + 0,030$ (Baremo) $- 0,024$ (Duke) $- 0,022$ (Mec) $+ 0,037$ (Caídas) $+ 0,493$ (Sf36p1) $+ 0,051$ (Satisfacción) $+ 0,323$ (Agar)
Ayuda domiciliaria	$Z = - 0,278 - 0,033$ (Baremo) $- 0,007$ (Duke) $+ 0,031$ (Mec) $+ 0,062$ (Caídas) $+ 0,204$ (Sf36p1) $- 0,099$ (Satisfacción) $+ 0,047$ (Agar)

Y por lo tanto, la probabilidad de que un sujeto  $i$ -ésimo perteneciera a los distintos grupos diagnósticos, la que se obtendría a través de las funciones reseñadas a continuación:

**Tabla 287. Funciones para predecir la probabilidad de pertenencia de un sujeto concreto a un grupo diagnóstico determinado.**

GRUPO DIAGNÓSTICO	MODELO
Residencias	$p = \frac{1}{1 + e^{1,269 + 0,012(\text{Baremo}) - 0,011(\text{Duke}) - 0,039(\text{Mec}) - 0,037(\text{Caídas}) - 0,258(\text{Sf36p1}) + 0,170(\text{Satisfacción}) - 0,258(\text{Agar})}}$
Centros de Estancia Diurna	$p = \frac{1}{1 + e^{-1,059 + 0,002(\text{Baremo}) + 0,032(\text{Duke}) + 0,027(\text{Mec}) - 0,064(\text{Caídas}) - 0,351(\text{Sf36p1}) - 0,091(\text{Satisfacción}) - 0,034(\text{Agar})}}$
Cuidadores/as familiares	$p = \frac{1}{1 + e^{-6,994 + 0,030(\text{Baremo}) - 0,024(\text{Duke}) - 0,022(\text{Mec}) + 0,037(\text{Caídas}) + 0,493(\text{Sf36p1}) + 0,051(\text{Satisfacción}) + 0,323(\text{Agar})}}$
Ayuda Domiciliaria	$p = \frac{1}{1 + e^{-0,278 - 0,033(\text{Baremo}) - 0,007(\text{Duke}) + 0,031(\text{Mec}) + 0,062(\text{Caídas}) + 0,204(\text{Sf36p1}) - 0,099(\text{Satisfacción}) + 0,047(\text{Agar})}}$

En la verificación de la bondad de las funciones para predecir la pertenencia de un determinado sujeto a los diferentes grupos de clasificación, servicios, exponemos cuatro casos que ejemplifican la validez de las mismas, su correspondencia (y complementariedad) con el algoritmo de toma de decisiones, y por ende la utilidad para los profesionales de Servicios Sociales.

Estos casos pueden ser representativos de diferentes perfiles de necesidad en cuanto a la severidad de la dependencia (Baremo MTAS), Apoyo social (DUKE), Deterioro cognitivo (MEC), Riesgo de caídas (Caídas), Salud percibida (SF36), Satisfacción vital (Satisfacción) y Relaciones familiares (APGAR).

Las variables no contempladas en el modelo matemático como son la Depresión (GDS) y la Sospecha de Malos Tratos (CSMA), requieren ser analizadas desde el algoritmo para la toma de decisiones, confirmando a partir de las reglas decisionales, si el mayor dependiente permanece o no en el servicio asignado.

El **primer caso** se corresponde con un mayor que presenta una Gran Dependencia (Grado III nivel II y 95 puntos sobre 100 en el Baremo MTAS), importante Deterioro cognitivo (15 puntos sobre 35 en el MEC), Muy alto Riesgo de caídas (15 puntos sobre 15), Apoyo social importante (35 puntos sobre 55 en DUKE), Salud regular (4 puntos, donde 1 es excelente y 5 mala en SF36), una media Satisfacción vital (7 puntos, por debajo del obtenido en Residencias y Medio Comunitario 8-9 puntos) y Relaciones familiares funcionales (9 puntos sobre 10 en APGAR).

Los modelos matemáticos asignarían al mayor, con una probabilidad de 0,62, al servicio de Cuidadores/as Familiares; de 0,22 a una Residencia; de 0,15 al servicio de Ayuda Domiciliaria y de 0,066 a un Centro de Estancias Diurnas.

Aplicando las reglas de decisión derivadas del modelo empírico nos clasifica al sujeto en Cuidadores/as no profesionales (al presentar un Grado III y nivel 2 de dependencia conjuntamente con Apoyo social adecuado y Relaciones familiares funcionales). No obstante y de ahí la complementariedad con el modelo matemático, nos exigiría (1) que en estos cuidadores/as no existiese Sobrecarga, (2) Intervenir sobre el Riesgo de caídas, (3) Evaluar Depresión y Sospecha de malos tratos, para que la decisión pudiese elevarse a definitiva.

Este mismo caso, con idénticas puntuaciones en Dependencia, Deterioro cognitivo, Riesgo de caídas, Satisfacción vital y Salud, pero con relaciones familiares disfuncionales (4 puntos) y con falta de apoyo social (25 puntos) no debería ser atendido en Cuidadores/as familiares, siendo el servicio idóneo una Residencia. De este modo, los modelos matemáticos asignarían al mayor, con una probabilidad de 0,29, al servicio de Cuidadores/as Familiares; de 0,51 a una Residencia; de 0,13 al servicio de Ayuda Domiciliaria y de 0,057 a un Centro de Estancias Diurnas.

El **segundo caso** se corresponde con un mayor que presenta una Importante Dependencia (Grado II nivel II y 70 puntos sobre 100 en el Baremo MTAS), importante Deterioro cognitivo (12 puntos sobre 35 en el MEC), Muy alto riesgo de caídas (15 puntos sobre 15), pobre Apoyo social (10 puntos sobre 55 en DUKE), Salud regular (4 puntos, donde 1 es excelente y 5 mala en SF36), una baja Satisfacción vital (6 puntos, por debajo del obtenido en Residencias y Medio Comunitario 8-9 puntos) y Relaciones familiares disfuncionales (2 puntos sobre 10 en APGAR).

Los modelos matemáticos asignarían al mayor, con una probabilidad de de 0,61 a una Residencia; de 0,26 al servicio de Ayuda Domiciliaria; de 0,13, al servicio de Cuidadores/as Familiares y de 0,037 a un Centro de Estancias Diurnas.

Aplicando las reglas de decisión derivadas del modelo empírico nos clasifica al sujeto en Residencias (al presentar un Grado II y nivel 2 de dependencia conjuntamente con Apoyo social inadecuado y Relaciones familiares disfuncionales). En este caso, el modelo empírico no nos obliga a realizar más valoraciones.

El **tercer caso** se corresponde con un mayor que presenta una Moderada Dependencia (Grado II nivel I y 55 puntos), Deterioro cognitivo (17 puntos), Bajo Riesgo de caídas (5 puntos), gran Apoyo social (44 puntos), Salud muy buena (2 puntos), baja Satisfacción vital (5 puntos) y Relaciones familiares funcionales (8 puntos).

Los modelos matemáticos asignarían al mayor, con una probabilidad de 0,30 a un Centro de Estancias Diurnas, 0,24 a una Residencia; de 0,22 al servicio de Ayuda Domiciliaria y de 0,059, al servicio de Cuidadores/as Familiares.

Como podemos observar, tanto Centros de Estancia Diurna, Residencia o incluso la Ayuda Domiciliaria podrían ser prescritas si consideramos las probabilidades, todas ellas con valores próximos.

En este caso, también el modelo empírico es fundamental para una adecuada decisión, de esta manera la “regla decisional 2” nos señala: (1) que si la persona vive sola y el deterioro cognitivo es moderado la decisión sería la Residencia, (2) si el deterioro cognitivo es moderado y no vive sola, nos obliga a valorar sobrecarga del cuidador/a, si no existe ésta podríamos asignar la Ayuda Domiciliaria, (3) si existe sobrecarga la decisión pertinente sería el Centro de Estancia Diurna, (4) incluso cuando la decisión tomada sea el Centro de Estancia Diurna, deberíamos valorar la complementariedad con la Ayuda Domiciliaria, y (5) si el deterioro cognitivo es leve la decisión sería la Ayuda Domiciliaria de manera exclusiva.

Hemos de señalar que un Deterioro cognitivo en MEC de 17 puntos, podría ser moderado o leve en función del nivel cultural del mayor, de ahí la importancia de la valoración y del criterio técnico.

El **cuarto y último caso** se corresponde con un mayor que presenta una Leve Dependencia (Grado I nivel I y 25 puntos), sin Deterioro cognitivo (31 puntos), Muy bajo Riesgo de caídas (1 punto), Apoyo social importante (36 puntos), Salud buena (3 puntos), media Satisfacción vital (7 puntos) y Relaciones familiares funcionales (9 puntos).

Los modelos matemáticos asignarían al mayor, con una probabilidad de 0,25 a un Centro de Estancias Diurnas, 0,12 a una Residencia; de 0,50 al servicio de Ayuda Domiciliaria y de 0,046, al servicio de Cuidadores/as Familiares.

Aplicando las reglas de decisión derivadas del modelo empírico nos clasifica al sujeto en Ayuda Domiciliaria.



## **CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES.**

---





## **7. Capítulo VII. Discusión de resultados y Conclusiones.**

El objetivo principal de la presente investigación consistía en proporcionar a los profesionales de Servicios Sociales Comunitarios un modelo de toma de decisiones validado estadísticamente que, mediante instrumentos de screening, permitiese ubicar a las personas mayores en el servicio o servicios, de atención y cuidados o de promoción de la autonomía personal, más adecuados a su Grado y nivel de dependencia.

La consecución de este objetivo implicaba (1) revisar que modelos teóricos y que conjunto de variables son las relevantes y tienen suficiente evidencia empírica para justificar ser incluidas en la toma de decisiones respecto al servicio idóneo, (2) que instrumentos de valoración y características han de tener estos para medir las variables seleccionadas y (3) cuales son las características definitorias de los diferentes servicios de atención al mayor dependiente.

En el capítulo I, II y III analizamos la evolución histórica de la protección social en España, las tasas de dependencia y la concepción tradicional de clasificación (provisión) de servicios, basados fundamentalmente en parámetros económicos de coste – eficacia (modelo de provisión de servicios en cascada) y considerando, al menos teóricamente, el concepto de ambiente menos restrictivo (de los servicios más comunitarios a los más especializados). Estos parámetros por sí solos junto con la valoración de dependencia y apoyo recibido en la realización de AVDs, no posibilitan una adecuada ubicación de los mayores dependientes, como hemos podido constatar en los resultados obtenidos, capítulo VI.

Los resultados presentados en el capítulo VI, indican que la ubicación realizada actualmente es, en un porcentaje elevado de casos, independiente de la autonomía personal del mayor (capacidad en la realización de AVDs básicas e instrumentales), presentando un grado importante de solapamiento entre servicios y una pobre adecuación a los criterios establecidos por la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. De esta manera, el modelo de provisión de servicios en cascada aunque teóricamente es interesante, necesita incorporar nuevas variables en su conceptualización.

En el capítulo IV, realizamos una revisión de los modelos teóricos y de la evidencia empírica que justificaba el conjunto de variables relevantes para ser estudiadas e incluidas, si los resultados así lo indicaban, en la toma de decisiones respecto al servicio idóneo.

Decidimos partir desde un modelo ecológico – comportamental, ya que nos posibilitaba explorar un amplio conjunto de factores y variables desde una perspectiva integral, incluyendo: Factores individuales/comportamentales que afectan al mayor y/o cuidadores/as (Capacidad funcional, Capacidad Cognitiva, Depresión, Satisfacción vital y Salud percibida, Sobrecarga, Edad, Sexo, Estudios, Situación laboral y Relación de parentesco con el mayor dependiente), Factores ambientales (Entorno físico – arquitectónico y Entorno social - red social), Disponibilidad y acceso a recursos (recursos económicos, lugar donde vive, medio comunitario y/o entorno residencial), Variables relacionadas con la interacción de factores individuales y ambientales (Relaciones familiares, Apoyo sociofamiliar, Episodios de maltrato), y Variables relacionadas con la interacción de factores individuales / comportamentales, biológicos y ambientales (Riesgo de caídas, consumo de fármacos, uso de prótesis y órtesis).

Los resultados confirman como variables esencialmente relevantes a la hora de tomar decisiones respecto al servicio idóneo: el Grado y nivel de dependencia, la capacidad cognitiva, la percepción de apoyo social, las relaciones familiares, el riesgo de caídas y la depresión respecto al mayor y, la sospecha de maltrato y sobrecarga en el caso de cuidadores/as informales (no profesionales).

Los resultados han puesto de manifiesto así mismo, la necesidad de redefinir los criterios de acceso de los mayores dependientes a los diferentes servicios y la formación de los profesionales de Servicios Sociales, sobre los nuevos criterios de acceso.

La investigación, desde nuestro punto de vista, creemos tiene la bondad de mejorar la eficacia en la cobertura de los actuales servicios de atención a la dependencia y posibilitar por ende, la cobertura idónea de los mismos, permitiendo la planificación óptima de recursos económicos a ser asignados.

A continuación se analizan e interpretan los principales resultados obtenidos, con la finalidad de ser lo más exhaustivos y a la vez concisos, el orden expositivo está guiado por los objetivos generales planteados. Posteriormente, se exponen las conclusiones más importantes y las implicaciones prácticas que se derivan de las mismas. Por último, en consideraciones finales planteamos futuras líneas de investigación que complementarían la presente investigación.

**OBJETIVO 1. Conocer las características específicas que definen y conforman los usuarios - residentes atendidos en: Centros Residenciales, Unidades de Estancias Diurnas, Programas de Cuidadores/as de Personas Dependientes y los Servicios de Ayuda Domiciliaria y Teleasistencia.**

#### **CENTROS RESIDENCIALES.**

##### **Edad, Género, Estado civil y Estudios.**

Los usuarios de Residencias son mayoritariamente mujeres, en una relación dos a uno (63,3% mujeres y 32% hombres). El grupo más numeroso de personas ingresadas son mujeres con edad mayor de 85 años; seguido con un 41,3%, de hombres con una edad entre 75 y 84 años. La edad media de todos los usuarios/as se sitúa en 80 años y medio, siendo los hombres los que tienen una edad inferior a las mujeres, de 5 años como término medio. Un 87,2% no tienen ningún tipo de estudios.

En cuanto al estado civil de los residentes evaluados el 78,9% de los sujetos de la muestra no tienen cónyuge, predominando las mujeres viudas (57,8%) y los hombres solteros (45,7%).

El perfil sociológico de los usuarios de residencias está conformado mayoritariamente por mujeres, dos tercios del total, con edades muy avanzadas, superiores a los 80 años y viudas; mientras que los hombres son más jóvenes que las mujeres, predominantemente solteros. En ambos casos, hombres y mujeres, mayoritariamente no tienen estudios.

##### **Capacidad funcional (Escala de Barthel), Capacidad Cognitiva (Mini-Examen Cognoscitivo MEC) y Depresión (GDS).**

Analizado el grado de dependencia mediante Barthel, algo más de la mitad de los mayores (56%) serían los que deberían utilizar el recurso residencial, aquellos mayores con dependencia total o severa. Que la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria no tenga una relación estadísticamente significativa con la edad, en principio podría indicar una adecuada utilización del servicio, en tanto que el criterio de entrada al mismo sería independiente de la edad, pero éste no es el caso dado el elevado número de mayores incorrectamente ubicados.

Dos tercios de los residentes (66,9%) muestra deterioro cognitivo, no existiendo relación estadísticamente significativa con la edad y tampoco con el género.

La depresión severa o moderada, se encuentra presente en el 40,2% de los mayores, estando asociada a grado de dependencia, presentando tendencias importantes respecto al género, siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres.

Los bajos niveles medios de dependencia, capacidad funcional y cognitiva están acordes con estudios nacionales y son en general más favorables que en otras poblaciones de residentes en Europa y Norteamérica (Damián et al, 2004).

La prevalencia de depresión se encuentra en los niveles manifestados por otros estudios (Pérez et al, 1989 y Caicedo Barba, 1996).

#### **Relaciones familiares (APGAR), Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC) y Satisfacción vital.**

Las relaciones familiares son disfuncionales en un 38% de los residentes siendo los sujetos más jóvenes, entre 60-64 años y los hombres los que tienen peores relaciones familiares.

Sin embargo el apoyo social funcional, se sitúa en extremos opuestos, un 77,1% manifiestan recibir un apoyo social adecuado. Perciben un mejor apoyo el grupo de mayores de 85 y más años.

La puntuación media de 8,38 puntos en satisfacción es muy similar a la encontrada en otros estudios a nivel nacional (Montorio, 1994).

#### **Salud: Caídas, Número de fármacos consumidos, Uso de prótesis – órtesis – Ayudas técnicas, Insulino dependencia, Percepción subjetiva de salud.**

Un 55,9% de los residentes presentan riesgo de caídas, la polimedicación es alta tomando más de 5 fármacos el 48,9%, usan ayudas técnicas un 87,5%, son insulino dependientes el 21,6%, manifestando tener una salud buena, muy buena o excelente el 45,9%.

El tiempo medio de estancia en residencia se sitúa en torno a los tres años, con un máximo de quince no estando asociado éste a la edad, depresión, satisfacción vital, relaciones familiares, apoyo social o grado de dependencia.

El porcentaje de mayores con riesgo de caídas es similar a la incidencia de estas en entornos institucionalizados (Debra, 2005 y Varas-Fabra et al, 2006), al igual que la polimedicación (Unzueta et al, 2000 y Blasco et al, 2004).

#### **Grupos homogéneos y urgencia social.**

El análisis de Cluster, nos permite conformar tres grandes grupos de residentes, un primer grupo con el 28% del total de la muestra, son sujetos con un importante nivel de deterioro, importante riesgo de caídas, alto nivel de depresión, mayor incapacidad funcional (Barthel y Lawton) y problemas de tipo sociofamiliar. Grupo éste que responde claramente, a nuestro juicio, a criterios de ingreso en residencias.

El segundo grupo con el 46% de los mayores, constituido por mayores con menos problemas sociofamiliares e indicadores patológicos (MEC, Capacidad funcional, y Depresión) alrededor de la media. El tercer perfil con el 26%, lo compondrían sujetos con claros problemas sociales (bajas puntuaciones en la percepción de la relación familiar y apoyo social), con la mejor capacidad funcional (Barthel) y con un deterioro cognitivo en al media.

Estos dos últimos grupos que componen el 72% de los residentes, en un porcentaje importante de ellos no deberían ser usuarios de residencias. Son estos los sujetos con bajo nivel de dependencia junto con los ingresados por Urgencia Social, que representan el 35,5%, donde no está justificado su ingreso en éste último caso por motivos de Vivienda Inadecuada,

Síndrome de Diógenes, etc; recordemos que en un 73% de los casos de Urgencia Social no se describen los motivos de ingreso.

## **UNIDADES DE ESTANCIA DIURNA**

### **Edad, Género, Estado civil y Estudios.**

Los usuarios de Centros de Estancia Diurna son mayoritariamente mujeres, 8 de cada 10 (78,9%) y el 21,1% hombres, con una edad media de 75 años y medio. Solo un 10,4% de los residentes tienen estudios académicos (Primarios/EGB, Bachiller, Medios o Superiores). Referente al estado civil existen diferencias respecto al género, un 68,4% de las mujeres usuarias del servicio, son viudas mientras que un 55,1% de los hombres usuarios de residencias son casados.

El perfil sociológico de los usuarios de Centros de Estancia Diurnas está conformado mayoritariamente por mujeres, con valores cercanos a 8 de cada 10, con edades avanzadas, 76 años y viudas; mientras que en los hombres con un porcentaje menor, 21,1%, predominan los casados. En ambos casos, hombres y mujeres, no tienen estudios representando un 89,6% del total de usuarios/as.

### **Capacidad funcional (Escala de Barthel), Capacidad Cognitiva (Mini-Examen Cognoscitivo MEC) y Depresión (GDS).**

Analizado el grado de dependencia, sólo serían mayores que deberían utilizar el recurso residencial, aquellos mayores con dependencia total o severa, es decir un 51,1% de la muestra analizada. Presentando deterioro cognitivo el 64,1%.

El 56,6% de los residentes no presentan depresión, frente al 36% que acusan una depresión moderada y el 7,4% una depresión severa. La depresión, ausencia o presencia de la misma (moderada o severa), presente en el 43,4%, está asociada al grado de dependencia siendo los más afectados los que tienen dependencias severas o totales.

### **Relaciones familiares (APGAR), Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC) y Satisfacción vital.**

Las relaciones familiares son disfuncionales en un 16% de los residentes y están asociadas a la presencia de depresión (sea moderada o severa), de manera que está presente en el 71,4% de las relaciones disfuncionales.

La amplia mayoría de los usuarios de residencias, un 90,3% manifiestan recibir un apoyo social adecuado. No obstante, la falta de apoyo social se asocia también a la presencia de depresión.

La puntuación media en satisfacción vital es de 7,30 puntos, siendo la relación entre ésta y la depresión muy alta. El 44,2% de los mayores con depresión severa o moderada presentan niveles de satisfacción muy baja, por debajo de cuatro puntos.

### **Salud: Caídas, Número de fármacos consumidos, Uso de prótesis – órtesis – Ayudas técnicas, Insulino dependencia, Percepción subjetiva de salud.**

En el 59,3% de los residentes existe riesgo de caídas, un 40,4% toma 5 o más fármacos, usan ayudas técnicas un 92,5% y son insulino dependientes el 27,2%. La percepción de salud es buena, muy buena o excelente en el 46,5%.

Un dato relevante para estos centros es que 2 de cada 5 usuarios/as presentan depresión, estando ésta asociada al grado de dependencia, relaciones familiares inadecuadas y falta de apoyo social. Una posible explicación, que necesitaría análisis específicos para su confirmación, podría deberse a una percepción subjetiva relacionada con sentimientos de incapacidad y carga para sus cuidadores/as (familiares) dado que del total de residentes con depresión, cerca de un 70% tienen apoyo social y buenas relaciones familiares.

## **MAYORES ATENDIDOS POR CUIDADORES/AS INFORMALES.**

### **Edad, Género, Estado civil y Estudios.**

Los mayores atendidos por cuidadores/as informales son mujeres mayoritariamente, el 84,7% y el 15,3% hombres. Las edades estas oscilan entre los 63 y los 103 años, estando la media cercana a 83 años. Solo un 7% de los mayores tienen estudios académicos (Primarios/EGB, Bachiller, Medios o Superiores).

En el estado civil de los mayores evaluados, destaca el hecho de que el 73,8% de los mismos son viudos, los casados representan el 22,3% y solteros un 4%. El género se encuentra asociado al estado civil así el 81,3% de las mujeres son viudas, mientras que un 58,1% de los hombres son casados.

El perfil sociológico de los mayores atendidos por cuidadores/as está conformado mayoritariamente por mujeres, 8 de cada 10, con edades avanzadas, 78 años y viudas; mientras que en los hombres con un porcentaje menor, 15,3%, predominan los casados. En ambos casos, hombres y mujeres, no tienen estudios representando un 93% del total de usuarios/as.

### **Capacidad funcional (Escala de Barthel), Capacidad Cognitiva (Mini-Examen Cognoscitivo MEC) y Depresión (GDS).**

El 82,7% de la muestra analizada tiene una dependencia total o severa, presentando deterioro cognitivo el 72%. El 36,4% de los mayores en cuidadores/as no presentan depresión, frente al 39,1% que acusan una depresión moderada y el 24,5% una depresión severa. La depresión se encuentra asociada a la dependencia, los más afectados son los que tienen dependencias severas, un 65,7%.

### **Relaciones familiares (APGAR), Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC) y Satisfacción vital.**

Las relaciones familiares son disfuncionales en un 11,7% de los mayores, relación no significativa con la edad, con el género, con la dependencia del mayor ni con la depresión sea moderada o severa.

La amplia mayoría de los mayores atendidos por cuidadores/as, un 92,3% manifiestan recibir un apoyo social adecuado. Aunque el porcentaje de sujetos con falta de apoyo social es bajo 7,7%, este prácticamente se duplica por tramos de edad, pasando del 11,1% en el tramo 60-64 años, al 44,4% en el tramo 85 y más años.

La evaluación de la Satisfacción Vital de los mayores atendidos por cuidadores/as presenta una media en 7,15 puntos y está asociada a depresión, de manera que el 62,9% de los mayores con depresión severa y el 18,6% con moderada presentan niveles de satisfacción muy baja, por debajo de cuatro puntos.

### **Salud: Caídas, Número de fármacos consumidos, Uso de prótesis – órtesis – Ayudas técnicas, Insulino dependencia, Percepción subjetiva de salud.**

Analizando los diferentes componentes de salud estudiados: en un 77,7% de los residentes existe riesgo de caídas, el 52,5% toma 5 o más fármacos, usan ayudas técnicas un 95,5%, son insulino dependientes el 27,2% y manifiestan tener una salud buena, muy buena o excelente el 35,5%.

El riesgo de caídas no se encuentra asociado a la presencia de barreras arquitectónicas, sean internas o externas y si lo está al grado de dependencia, de manera que en el 88,6% de los mayores con dependencia severa o total tiene riesgo de caídas.

### **Sobrecarga de los /las cuidadores/as de personas dependientes.**

La puntuación media en sobrecarga de los cuidadores/as fue de 30 puntos, oscilando

entre dos y 66 puntos. Un 86,9% no tienen ningún tipo de sobrecarga al realizar los cuidados del mayor dependiente.

Cuando comparamos nuestros datos con estudios nacionales, en estos el 79% de las cuidadoras/es sufre sobrecarga intensa, con una puntuación media 65,19 (Artaso et al, 2001 y 2003).

### **Tiempo medio de estancia en residencia y Grupos homogéneos.**

El tiempo medio de estancia con cuidadores/as informales se sitúa en 20,38 meses (un año y medio), con un máximo de 50 meses (cerca de cinco años), no encontrándose asociado: a la edad, satisfacción vital, relaciones familiares, apoyo social, dependencia o depresión.

Tres son los grandes grupos encontrados, el grupo 1 sería el más representativo, está compuesto por el 50% de sus integrantes y se caracteriza por ser un grupo muy deteriorado a nivel funcional con un altísimo riesgo de caídas y unos muy importantes niveles de depresión e insatisfacción vital.

El grupo 2, constituido por el 28% tendría un menor nivel de deterioro funcional, contaría con un mayor apoyo familiar y no mostraría problemas de tipo emocional.

Por último, el perfil 3, formado por el 12% de los usuarios del servicio, estaría caracterizado, por tener menos problemas de tipo cognitivo, aunque en el resto de de las áreas presentaría problemas: apoyo familiar, capacidad funcional y trastornos emocionales

### **Descriptivos de variables personales del / la cuidador/a (Edad, Género, Estudios y Estado Civil).**

Los/as cuidadores/as informales son mayoritariamente mujeres en un 92,1%, con una edad media de 47,78 años. Estudios de bachiller, medios o superiores un 10,9, de EGB / primarios el 53,4%, saben leer y escribir 33,2% y no saben hacerlo un 2,6%.

La relación de parentesco del cuidador/a con el mayor dependiente en el 74,9% es la hija, el hijo en un 7% y la nuera en un 6,5%. Un 87,9% de los cuidadores no trabajan, solo un 10% disponen de servicio doméstico que les ayude en las tareas del hogar. Conviviendo el mayor dependiente y el/la cuidadora/or en la misma casa en el 97,5%.

El perfil de cuidadores/as es similar al aportado en estudios nacionales (IMSERSO 2005 a y b), aunque con una edad media de 5 años menor y una proporción bastante más pequeña de cónyuges implicados en el cuidado un 1% frente al 16,8%.

### **Relación entre el nivel de sobrecarga y la variables personales del / la cuidador/a.**

El grado de sobrecarga (no sobrecarga, leve o intensa) no está relacionada con: la edad, el género, con los estudios del cuidador/a, con el parentesco, si el cuidador/a principal trabaja o no lo hace y la disponibilidad de servicio doméstico.

Referente a la convivencia en el mismo hogar del mayor dependiente y los cuidadores, aunque no existe significación estadística, indica cierta tendencia a incrementar la sobrecarga cuando no conviven en el mismo hogar.

La conclusión evidente, y de posible gran trascendencia técnica en cuanto a la toma de decisiones y realización de Programas Individuales de Atención (PIA), es que los cuidadores/as informales (*cuidadores no profesionales* en términos de la Ley de Dependencia) constituyen un recurso adecuado y alternativo al ingreso en Residencias o Centros de Estancia Diurna en tanto que:

- Se atiende a mayores con dependencia severa o total, 8 de cada 10 mayores.
- Los cuidadores presentan niveles bajos de sobrecarga, cerca de 9 de cada 10 cuidadores/as no presentan esta.

- La presencia de altos niveles de relaciones familiares funcionales y apoyo social presentes en cerca de 9 de cada 10.
- El riesgo de caídas aún siendo importante, 8 de cada 10, no está asociado a la presencia de barreras arquitectónicas y sí al grado de dependencia (como también sucede en Residencias y Centros de estancia Diurna). La asociación entre las limitaciones funcionales y las caídas es coincidente con otras investigaciones (Reyes-Ortiz et al, 2005).
- En el riesgo de caídas son las variables no vivir solo y grado de dependencia del mayor, las que condicionan dicho riesgo y no que estén cuidados por cuidadores/as informales.

El hecho de que los mayores atendidos por cuidadores informales tengan mayor riesgo de caídas, puede estar condicionado por presentar un porcentaje mayor de dependencia severa o total que en los servicios Residenciales y Centros de Estancia Diurna, cerca de 20 puntos. También puede influir el encontrarse en su entorno, de hecho autores como Varas-Fabra indican que el 73,4% de las caídas se produce en lugares familiares para ellos, en la mayoría de los casos bien iluminados 88,6% además de no encontrarse solos (Varas-Fabra et al, 2006).

En todo caso los cuidadores/as informales constituirán un recurso alternativo si como es el caso de la Diputación de Granada, reciben ayuda económica mensual, supervisión y entrenamiento/ formación de cómo cuidar al mayor y cuidarse a sí mismos (Elementos estos también contemplados en la Ley de dependencia). Referente a la reducción del riesgo de caídas, la intervención multidimensional e interdisciplinar constituye la clave para prevenir y tratarlas de forma eficaz (Tibbits, 1996; American Geriatrics Society, British Geriatrics Society and American Academy of Orthopaedic, 2001; Gillespie et al, 2001).

#### **MAYORES ATENDIDOS EN AYUDA DOMICILIARIA.**

##### **Edad, Género, Estado civil y Estudios.**

El 75,2% de los mayores atendidos Ayuda Domiciliaria son mujeres y el 24,8% hombres, no existiendo relación significativa entre la edad y el género. Un 92,7% no tiene estudios reglados (Primarios / EGB, Bachiller, Medios o Superiores). Aproximadamente la mitad, el 54,5% de los mismos son viudos/as, los casados representan el 30,5% y solteros/as un 14,4%, por género predominan las mujeres viudas 60,3% y los hombres casados 38% y viudos 37%.

El perfil sociológico de los usuarios de Ayuda Domiciliaria está conformado mayoritariamente por mujeres, 75 de cada 100, viudas. Los hombres representan un porcentaje menor, 25%, y se encuentran casados y viudos en igual proporción, en torno al 35% en ambos casos. Destacar que los solteros doblan a las solteras en una relación dos a una. En ambos casos, hombres y mujeres, no tienen estudios, representando un 93% del total de usuarios/as y tienen edades avanzadas, media cercana a 80 años.

##### **Capacidad funcional (Escala de Barthel y Lawton) y Capacidad Cognitiva (Mini-Examen Cognoscitivo MEC) y Depresión (GDS).**

Un 21,6% de los usuarios/as no tiene problemas de dependencia funcional, frente al 78,4% de la muestra analizada que tiene una dependencia total, severa o moderada. La dependencia se encuentra asociada al estado civil con un alto porcentaje de solteros/as y viudos/as con dependencia moderada – escasa – independientes: son los hombres solteros con dependencia escasa o independiente (31,8%) los que prácticamente doblan en número a las mujeres (18,8%). Esto mismo sucede a los viudos (41,2%) respecto a las viudas (23,5%).

La escala de Lawton para AVDs instrumentales tiene un rango de puntuaciones entre 0 y 8, donde cero indica una máxima dependencia y ocho independencia. La media de puntuación se encuentra en 3,51 puntos, percentil 50, con una gran dependencia para la realización de actividades instrumentales. Un 28% de los mayores atendidos presentan,



puntuación mayor o igual que 6, escasos niveles de dependencia en la realización de AVDs instrumentales.

La capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria, tiene una relación estadísticamente significativa con la edad del mayor, a mayor edad más dependencia.

Analizando conjuntamente la información aportada por las escalas Barthel y Lawton, podemos observar que la Ayuda Domiciliaria está orientada básicamente a la atención de AVDs instrumentales, de tal manera que un 66,9% de los usuarios atendidos presentan dependencia moderada, escasa o son independientes en Barthel y presentan puntuaciones iguales o superiores a 3-4 puntos en Lawton.

Que la actual ayuda domiciliaria esté orientada a satisfacer las necesidades de la vida diaria instrumentales, es coincidente con las aportaciones de estudios recientes, donde el 94.5% recibe ayuda para tareas domésticas y, ayuda para vestirse o para alimentarse representan porcentajes mucho más bajos, entre el 38.4% y 32.3% (Gázquez et al, 2007). Estudios realizados más lejanos en el tiempo indican que el 63% reciben ayuda para tareas domésticas y desplazarse fuera de la vivienda, aseo personal el 26,9% y, ayuda para comer, beber, vestirse etc. el 9,9% (Prados, 2001).

Este fenómeno obedece tanto (1) a la demanda de los propios usuarios del servicio: lavado y planchado de ropa, preparación de comida y limpieza hogar 60,52%; cuidados personales, aseo personal y movilizaciones 27,98% y, compras, gestiones y paseo 9,8% (Medina et al, 1998); como (2) a la conceptualización y definición de la Ayuda Domiciliaria, que en definitiva condiciona la propia demanda.

Un 40,2% de mayores presenta deterioro cognitivo existiendo una relación estadísticamente significativa con la edad del mayor, a mayor edad se incrementa el porcentaje de mayores atendidos en Ayuda a Domicilio con deterioro cognitivo.

El 39,9% de los mayores no presentan depresión, frente al 42,5% que acusan una depresión moderada y el 17,6% una depresión severa. Este alto porcentaje de mayores con depresión (moderada o severa) 60,1% está asociado a la edad y la dependencia, hecho éste que es importante tanto para los servicios sociales como de salud, en el primer caso sería fundamental conocer la dirección de la asociación, de tal forma que dependencias causadas por sintomatología depresiva no deberían condicionar asignaciones presupuestarias y de servicio domiciliario indefinidamente, asumiendo la pérdida funcional como irreversible.

### **Relaciones familiares (APGAR), Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC) y Satisfacción vital.**

Las relaciones familiares son disfuncionales en un 24,9% de los mayores, relación significativa con la edad, siendo el grupo de 60-64 años los que presentan mayor porcentaje de relaciones disfuncionales y el de 85 y más el que menos. Depresión y relaciones familiares disfuncionales están asociadas, el porcentaje de mayores con relaciones disfuncionales se incrementa con la severidad de la depresión.

Un 21,1% manifiestan no recibir apoyo social adecuado, siendo el grupo de edad de 60-64 años donde más se percibe esta. La falta de apoyo social está asociada a dependencia y depresión del mayor, que como en el caso anterior, el porcentaje de mayores con falta de apoyo social se incrementa con la severidad de la depresión, por el contrario se incrementa la percepción de apoyo social con ser independiente.

La Satisfacción Vital de los mayores atendidos en Ayuda Domiciliaria presenta una media de 6,65 puntos, no encontrándose relación significativa con la edad, con el género y tampoco con la dependencia del mayor. La relación entre Satisfacción Vital y Depresión es muy alta, como en los servicios anteriores.

**Salud: Caídas, Número de fármacos consumidos, Uso de prótesis – órtesis – Ayudas técnicas, Insulino dependencia, Percepción subjetiva de salud, Grupos homogéneos e Intensidad de servicio.**

En un 66,9% de los usuarios existe riesgo de caídas, el 48,1% toma 5 o más fármacos, usan ayudas técnicas un 94,9%, son insulino dependientes el 28,3% y manifiestan tener una salud buena, muy buena o excelente el 26,1%. Un hecho importante es que el riesgo de caídas no se encuentra asociado a la presencia de barreras arquitectónicas -sean internas o externas- posiblemente por la homogeneidad de los hogares respecto a las mismas y si lo está al grado de dependencia.

El tiempo medio de estancia en Ayuda Domiciliaria se sitúa en 54,51 meses (cuatro años y medio), con un máximo de 173 meses (catorce años) y tres años de desviación típica. No encontrándose asociado a la edad, satisfacción vital, relaciones familiares, apoyo social, dependencia o depresión.

Tres son los grandes grupos de usuarios que conforman la Ayuda a Domicilio:

- El más numeroso 49%, no presenta problemas en ninguna de las áreas analizadas, no tienen deterioro cognitivo, ni problemas familiares, funcionales ni emocionales ni tampoco riesgo de caídas.
- El segundo grupo constituido por el 27% de los usuarios del servicio, tendrían un claro perfil de incapacidad funcional (bajas puntuaciones en Barthel y Lawton), alto riesgo de caídas, problemas cognitivos (Bajas puntuaciones en MEC), presencia de Depresión y baja satisfacción vital.
- Por último el grupo tres 24% de la muestra, es un grupo caracterizado por problemas de tipo familiar (bajas puntuaciones en Apgar y Duke) y de tipo emocional (Alta depresión y baja satisfacción vital).

El número medio de horas a la semana es de 4,07, desviación típica de 1,664 horas, dependiendo su asignación del Grado de Dependencia, Deterioro Cognitivo y profesional que realiza la asignación.

No obstante, esta asignación es un criterio individual (más deterioro y dependencia más horas) más que un criterio técnico compartido por todos los profesionales, no existiendo por tanto reglas de decisión homogéneas y compartidas respecto al grado de dependencia y deterioro cognitivo al que asociar un número determinado de horas de atención.

El número de horas semanales en la muestra del estudio realizado, 4,07, es idéntica a la media nacional 4,07; siendo similar también, el tiempo dedicado a cuidados personales 33,1% (AVDs básicas) frente a la media nacional 36,67% (IMSERSO, 2006). Este número de horas semanales se encuentra dentro de los parámetros de países de nuestro entorno: Dinamarca 5, Suecia 6, Finlandia 1,5; Holanda 3,8; Reino Unido 5; Francia 2,8 (Navarro, 2001; Rostgaard y Friedberg, 1998).

**MAYORES ATENDIDOS EN TELEASISTENCIA DOMICILIARIA.**

**Edad, Género, Estado civil y Estudios.**

Los mayores atendidos en Teleasistencia Domiciliaria son mujeres mayoritariamente 75,5% y el 24,5% hombres. Las edades se encuentran entre los 63 y los 93 años, estando la media cercana a 79 años, donde solamente tienen Estudios Primarios/EGB, Bachiller, Medios o Superiores un 5,7%.

En cuanto al estado civil, el 62,9% de los mismos son viudos/as, los casados/as representan el 24,8% y los solteros/as un 12,4%.

En los usuarios del servicio Estado Civil y el Género están asociados, de manera que un 72,2% de las mujeres son viudas, mientras que un 46,2% de los hombres son casados y el 34,6% viudos. Las mujeres viudas doblan a los hombres viudos.

Una variable especialmente relevante en la concesión del servicio de teleasistencia, consiste en la priorización del mismo cuando los mayores viven solos (Diputación de Granada, 2003) resultando de esta manera que el 66,4% de los mayores con teleasistencia vive sola, frente al 28% que vive con otra persona (pareja principalmente, un 77%) y el 5,6% con 2 o más, esto último significa más de tres personas habitando en el hogar, incluido el mayor. En la demanda del mismo influye de manera significativa el género, siendo las mujeres que viven solas las usuarias mayoritarias del servicio 72,8%, mientras que los hombres usuarios son mayoritariamente casados 50% o se encuentran solos.

A modo de resumen, el perfil de los mayores atendidos en Teleasistencia Domiciliaria está conformado mayoritariamente por mujeres que viven solas y viudas 72%; mientras que en los hombres con un porcentaje menor, 24,5%, se encuentran solos o casados en porcentajes similares cercanos al 50%. En ambos casos, hombres y mujeres, no tienen estudios representando un 94,3% del total de usuarios y tienen edades avanzadas, 79 años.

### **Capacidad funcional (Escala de Barthel y Lawton), Capacidad Cognitiva (Mini-Examen Cognoscitivo MEC) y Depresión (GDS).**

En AVDs básicas un 88,8% de la muestra presenta dependencia moderada, escasa o son independientes y un 59% escasa dependencia para la realización de actividades instrumentales, puntuaciones por encima de 6 en Lawton. La dependencia en básicas no está asociada al número de personas con las que convive el mayor, estándolo, sin embargo, en las instrumentales, fenómeno éste debido al bajo porcentaje de sujetos, menor del 6%, con problemas en la realización AVD-b vivan o no solos y, al alto porcentaje de los que viven solos pero que tienen baja dependencia en las instrumentales un 41% con puntuaciones mayores de 5 puntos.

El deterioro cognitivo alcanza un 15,2% de la muestra, no teniendo relación estadísticamente significativa con el número de personas con quienes convive el mayor.

El 63% de los mayores en teleasistencia no presentan depresión, frente al 30% que acusan una depresión moderada y el 7% una depresión severa. Depresión y número de personas con las que convive el mayor no tiene una relación estadísticamente significativa aunque son las personas que viven solas quienes en mayor proporción manifiestan la misma 75,7%, sea severa o moderada, frente a los que viven acompañados 24,3%.

### **Relaciones familiares (APGAR), Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC) y Satisfacción vital.**

El 83,2% de los mayores en teleasistencia mantienen unas relaciones familiares funcionales, frente al 16,2% con relaciones disfuncionales. El tipo de relación familiar y el número de personas con las que convive el mayor no tiene una relación estadísticamente significativa aunque de las personas con disfuncionalidad el 76,5% viven solas.

Un 13,9% de los mayores, manifiestan recibir falta de apoyo social frente al 86,1% que un apoyo social adecuado y presentan una media en 7,73 puntos en satisfacción vital con una desviación típica de 3,33 puntos, satisfacción vital que se encuentra asociada al número de personas con las que convive el mayor, originándose menores puntuaciones en los que viven solos.

### **Salud: Caídas, Número de fármacos consumidos, Uso de prótesis – órtesis – Ayudas técnicas, Insulino dependencia, Percepción subjetiva de salud y Grupos homogéneos.**

Analizando los diferentes componentes de salud estudiados: en un 46,7% de los usuarios existe riesgo de caídas, el 44,2% toma 5 o más fármacos, usan ayudas técnicas un 89,6%, son insulino dependientes el 21,9% y manifiestan tener una salud buena, muy buena o excelente el 35%.

El riesgo de caídas no se encuentra asociado al número de personas con quien convive el mayor, aunque el riesgo de caídas disminuye cuando la persona vive sola, posiblemente por su menor dependencia en instrumentales.

Los usuarios de teleasistencia se caracterizan por vivir solos y con problemas moderados en dependencia en su gran mayoría, presentando tres perfiles: un primer perfil, constituido por el 45% de los sujetos de la muestra, sin básicamente problemas, el segundo perfil compuesto por el 21% caracterizado por importantes problemas de tipo familiar y emocional y por último, el tercer perfil formado por el 34%, lo formarían mayores con problemas emocionales ligeros aunque con apoyo familiar.

**OBJETIVO 2: Identificación de diferencias estadísticamente significativas entre los mayores dependientes atendidos por los diferentes servicios de atención a la dependencia: Residencias, Centros de Estancias Diurnas, Cuidadores/as de Personas Dependientes, Ayuda a Domicilio, Teleasistencia y Medio Comunitario.**

**Diferencias significativas en Variables personales del mayor (Edad, Género, Estudios y Estado Civil).**

En tres grandes grupos de edad es posible encuadrar a los mayores, (1) Son los mayores atendidos en Cuidadores/as familiares los que presentan una mayor edad, 83 años de media, seguidos (2) por Residencias 81, Ayuda Domiciliaria, Centros de Estancia Diurna con 80 y Teleasistencia con 79 y, (3) los mayores en el Medio Comunitario con 71 años. El porcentaje más elevado de mujeres se encuentra también en Cuidadores familiares con el 85%, frente al 67% en Residencias y el 56% en el Medio Comunitario.

Encontramos diferencias significativas en cuanto a los estudios, el porcentaje más alto de aquellos que no saben leer y escribir, están atendidos en Cuidadores/as familiares 56% y en Residencias 42%, frente al Medio Comunitario que representan solo un 20%. En todos los servicios y en el Medio Comunitario los mayores con estudios medios o superiores no superan el 3%.

El estado civil es una variable definitoria respecto al servicio donde son atendidos nuestros mayores y la elección que realiza la familia (incluidos los mayores). Si en el Medio Comunitario un 71% están casados/as, el 22% viudos/as y el 7% solteros/as estas proporciones no se mantienen en los servicios de atención a la dependencia, de manera que los solteros/as son atendidos preferentemente en Residencias, los viudos/as en Cuidadores/as familiares y los casados/as en Centros de Estancia Diurna o Ayuda Domiciliaria.

Destacar entre todos los servicios el de Cuidadores/as Familiares por presentar el mayor número de mujeres, mayor edad de los usuarios, un porcentaje muy elevado de viudos/as y sujetos que no saben leer y escribir.

**Capacidad funcional: Índice de Barthel e Índice de Lawton.**

La capacidad funcional medida mediante Barthel, nos permite diferenciar distintos grados de dependencia entre los servicios y el medio Comunitario: Cuidadores Familiares, Residencias y Centros de Estancias Diurnas, se corresponderían con dependencia total o severa, la Ayuda Domiciliaria con dependencia moderada, la Teleasistencia con dependencia escasa y los mayores del medio Comunitario se aproximan a puntuaciones de Independencia.

No obstante, decir también que, existe un importante solapamiento entre los diferentes servicios respecto a los usuarios/as atendidos en función de su dependencia.

El Índice de Lawton no es un instrumento adecuado para la diferenciación entre servicios y la asignación de sujetos a los mismos, pues pequeñas variaciones en la codificación de puntuaciones o errores en la valoración, entre 0 y 2 puntos, posibilitaría una diferente asignación de servicios.

**Capacidad funcional: Baremo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS).**

Es de destacar el importante solapamiento existente entre los diferentes servicios de atención a la dependencia; no obstante, atendiendo al porcentaje de casos en los diferentes grados, Cuidadores/as Familiares y Residencias son servicios utilizados por mayores con una gran dependencia Grado III y II; en Ayuda Domiciliaria se atiende los menos dependientes Grado I y, los usuarios de Centros de Estancia Diurna mantienen porcentajes similares en todos los grados y niveles de dependencia.

**Capacidad Cognitiva (Mini-Examen cognoscitivo MEC).**

Los niveles de deterioro cognitivo son estadísticamente diferentes en los distintos servicios evaluados, dándose el mayor porcentaje de Deterioro Cognitivo, entre los mayores atendidos en el programa de “Cuidadores/as familiares”. Las puntuaciones medias, que indican gravedad del mismo, señalan por este orden: Cuidadores/as familiares, Residencias y Centros de Estancia Diurna, Ayuda Domiciliaria y, Teleasistencia así como en el Medio Comunitario donde quedarían fuera del punto de corte establecido para determinar su presencia.

**Depresión (GDS).**

Se obtienen diferencias significativas entre las puntuaciones medias logradas por los distintos grupos, Cuidadores familiares, Ayuda Domiciliaria, con mayores niveles de depresión; seguidos por los usuarios de Teleasistencia, Residencias Geriátricas y Centros de Estancia Diurna.

A nivel porcentual un mayor nivel de depresión lo encontramos entre los mayores atendidos en Cuidadores/as y Ayuda Domiciliaria, dándose también los porcentajes mayores de depresión moderada y severa.

La depresión se encuentra asociada al nivel de dependencia, a mayor dependencia mayores puntuaciones en depresión.

**Relaciones familiares (APGAR),**

El más alto grado en la funcionalidad de las relaciones familiares se da en los usuarios de Centros Estancia Diurna, los participantes en los Programas de Cuidadores y aquellos que se encuentran en el Medio Comunitario, le seguirían los usuarios de la Teleasistencia, aquellos que utilizan la Ayuda Domiciliaria y por último los usuarios de Residencias.

**Apoyo sociofamiliar (DUKE-UNC).**

La percepción del apoyo socio familiar es diferente en función del servicio evaluado, son los usuarios de Residencias y los de Ayuda a Domicilio los que manifiestan que les falta apoyo social en mayor grado y, Medio Comunitario, Centros de Estancia Diurna y Cuidadores/as los que manifiestan un mejor apoyo social.

**Red de Apoyo Familiar (familiares que residen en el municipio y fuera del municipio).**

El número de familiares que residen en el municipio o fuera del mismo está en función del servicio donde son atendidos los mayores dependientes. Las Residencias son utilizadas en aquellos casos donde el mayor dependiente tiene un menor número de familiares tanto fuera

como en el municipio y, tanto Residencias como Centros de Estancias Diurnas constituyen la opción en el caso de un menor número de familiares residentes fuera del municipio.

Este quizá sea un dato objetivo que pone de manifiesto la solidaridad en las redes familiares, constituyendo la institucionalización un recurso último a ser utilizado solo cuando no existen familiares o cuando estos no pueden prestar atención el tiempo necesario.

#### **Satisfacción vital (Escala Satisfacción de Lawton).**

Satisfacción vital y depresión se encuentran fuertemente asociadas. En orden creciente las puntuaciones más bajas en satisfacción vital se dan en Ayuda Domiciliaria (6,65 puntos de media), Cuidadores familiares, Centros de Estancia Diurna y Teleasistencia (7,39 puntos), Residencias (8,38 puntos) y Medio Comunitario (9 puntos). La asociación entre estas variables implica un incremento en satisfacción vital cuando la gravedad de la depresión disminuye.

Satisfacción vital, depresión y grado de dependencia interactúan entre sí, de esta manera la disminución en las puntuaciones de satisfacción vital están asociadas a un mayor grado de depresión y nivel de dependencia.

#### **Salud: Caídas, Número de fármacos consumidos, Uso de prótesis – órtesis – Ayudas técnicas, Insulino dependencia y Percepción subjetiva de salud.**

Cuatro grupos diferentes es posible encontrar respecto a la puntuaciones sobre riesgo de caídas: Cuidadores familiares con la puntuación más alta, seguido de los usuarios de Residencias - Centros de Estancia Diurna - Ayuda Domiciliaria, ambos grupos con puntuaciones medias que entran en los criterios de usuarios con riesgo y, el grupo de Teleasistencia junto con los mayores del Medio Comunitario con puntuaciones medias inferiores a las de riesgo.

El riesgo de caídas está asociado al grado de dependencia, esto explica en parte las puntuaciones medias más altas en el servicio de Cuidadores/as, el otro factor que influye es el número de personas con las que se convive, de manera que al vivir con un mayor número de personas este riesgo se incrementa.

Es necesario diferenciar entre riesgo de caídas y caídas en sentido estricto, de tal manera que el porcentaje de mayores que manifiestan haberse caído en el último año es similar en todos los servicios, no existiendo diferencias significativas entre ellos.

El número de fármacos consumidos oscila entre los casi tres medicamentos que de media toman los mayores del medio Comunitario y los cinco que tomarían los usuarios de Residencias. Sólo se dan dos patrones de consumo diferentes, el de aquellos mayores del medio comunitario, y el del resto de mayores, todos ellos polimedicados (4 o más fármacos diarios como media).

El uso de prótesis, órtesis y/o ayudas técnicas, está también relacionado con la pertenencia a un grupo concreto de uso de servicios sociales, los porcentajes mas altos de mayores que necesitan utilizar algún tipo de ayudas, se da entre aquellos que utilizan el programa de Cuidadores/as familiares, seguido por los usuarios de Ayuda Domiciliaria.

El porcentaje de mayores que necesitan insulina depende del servicio utilizado, siendo los usuarios de Ayuda Domiciliaria donde encontramos el mayor número de ellos (28,3%) y en el medio Comunitario el menor (15,6%). El modo de administración es también diferente, siendo la vía parenteral más frecuente en Residencias y Cuidadores/as familiares.

La percepción que los mayores tienen de su estado de salud está función del servicio, son los mayores atendidos en Cuidadores familiares y Ayuda a Domicilio los que manifiestan una peor salud. No obstante, esta percepción está asociada al número de fármacos consumidos, tipo de administración de insulina por vía parenteral, depresión y satisfacción en la vida; de manera que cuando estos factores se igualan para todos los servicios la percepción de salud entonces es similar entre todos ellos.

**Diferencias significativas en prevalencia de maltrato, en el caso de Medio Comunitario y Cuidadores/as de Personas Dependientes.**

No existen diferencias significativas respecto a la presencia de malos tratos entre el medio Comunitario y en el servicio de Cuidadores/as Familiares, sea este físico, psíquico, sexual, negligencia o maltrato económico.

**Diferencias significativas en Entorno físico – arquitectónico donde reside el mayor (presencia o ausencia de barreras arquitectónicas y equipamientos del hogar), en el caso de Ayuda a Domicilio y Cuidadores/as de Personas Dependientes.**

Solo existen diferencias significativas entre ambos servicios en el caso de (1) Escaleras/escalones para desplazarse entre -salón - comedor - cocina - dormitorio - cuarto de baño- , (2) Barreras arquitectónicas en el portal de la casa y, (3) Zona aislada -barrios / urbanizaciones-. En el resto de posibles barreras, no existen diferencias significativas: cuarto de baño adaptado, vivienda inadecuada, mala higiene o humedades, y ascensor en el caso de residir en un piso.

Podemos constatar en atención a los datos, una gran homogeneidad entre los hogares donde son atendidos nuestros mayores, en su propio domicilio o en el domicilio de familiares, aunque que en general se encuentran mejor adaptados los domicilios de los mayores atendidos en el servicio de Cuidadores familiares que en Ayuda a Domicilio; en tanto que, porcentualmente, en los domicilios de los primeros existen menos barreras a la hora de desplazarse entre los diferentes lugares potencialmente de riesgo: salón - comedor - cocina - dormitorio - cuarto de baño.

Destacar que el riesgo de caídas no se encuentra asociado a la presencia de barreras arquitectónicas -sean internas o externas- en Cuidadores/as familiares y Ayuda Domiciliaria posiblemente por la homogeneidad de los hogares en ambos casos.

**OBJETIVO 3: Identificar si los profesionales de los servicios de Residencias, Centros de Estancia Diurna, Ayuda a Domicilio, Cuidadores/as y Teleasistencia tienen criterios validos respecto a la ubicación del mayor dependiente en el servicio idóneo en función de su grado de dependencia.**

Los profesionales de los diferentes servicios tienen opiniones diferentes, y contrapuestas en algunos casos, sobre el servicio idóneo para el mayor dependiente, de manera que en un 8% de los casos donde no existe Grado de dependencia o esta se encuentra en el Grado I los profesionales manifiestan que es necesaria una supervisión 24 horas. En el extremo opuesto de gravedad, Grado II y Grado III, en el 13,9% de los casos se manifiesta que solo es necesaria una supervisión mínima o diurna.

Cuando es analizado específicamente el deterioro cognitivo, en el 23,2% de los casos sin deterioro cognitivo se establece la necesidad de supervisión 24 horas y en el 12,6% de los casos con deterioro se señala supervisión mínima. Aunque también es cierto que el porcentaje de casos que necesitan supervisión las 24 horas se incrementan conforme aumenta la dependencia, grado y nivel.

Al evaluar la opinión de los técnicos respecto de la correcta ubicación del mayor en los distintos servicios, encontramos que para estos un 85% de los usuarios están bien ubicados en el servicio donde se encuentran actualmente. El porcentaje más alto de no adecuadamente ubicados por servicios, se da en Ayuda Domiciliaria 23,1%, seguido de Teleasistencia 15,7%, Centros Estancia Diurna 13,3%, Residencias 12% y Cuidadores/as familiares 7,1%.

Los criterios profesionales o técnicos y los derivados de la Ley de Dependencia (no recibirían servicios versus Grado y niveles de dependencia) difieren aunque no de manera significativa: 15,6 puntos en Ayuda Domiciliaria y 11,8 puntos en Residencias. Centros de Estancia Diurna y Cuidadores familiares tienen los porcentajes más bajos de discrepancia 1,5% y 3,6% respectivamente.

La formación al inicio de la implantación de la Ley de Dependencia continúa siendo una asignatura pendiente en servicios sociales, invertir en la misma constituye un elemento de primer orden en la mejora de la calidad asistencial (Medina y Carbonel, 1999).

**OBJETIVO 4: Conocer el grado adecuación de los servicios a la Ley de Dependencia, la cobertura, eficacia de la cobertura y cobertura idónea de los mismos.**

Los datos nos muestran que son los Centros de Estancia Diurna y el Programa de Cuidadores/as los dos servicios donde actualmente los usuarios atendidos responden mejor a los parámetros sobre Grado y nivel de dependencia que establece la Ley, seguidos de Residencias, Ayuda Domiciliaria y Teleasistencia. El porcentaje de casos mal ubicados por servicios, usuarios con Grado y nivel de dependencia inferior al Grado I y nivel 1 y que por ende no serían susceptibles de atención, es el siguiente: Residencias 23,8%; Centros de Estancia Diurna 11,8%; Programa Cuidadores familiares 3,5%; Ayuda a Domicilio 38,7% y Teleasistencia 72,9%.

En conjunto un 27,1% de los mayores actualmente en Residencias, Centros de Estancia Diurna, Cuidadores/as, Ayuda a Domicilio y Teleasistencia, no entrarían en los criterios que marca la Ley sobre Grado y nivel para recibir las prestaciones, este porcentaje se reduce al 22,6% si consideramos todos los servicios excepto teleasistencia, al tener esta un carácter preventivo.

La **cobertura** de los servicios estudiados: Residencias, Centros de Estancia Diurna, Cuidadores/as, Ayuda a Domicilio y Teleasistencia se aproxima al 12% de los mayores de 65 y más años. Esta cobertura, en principio, permitiría suponer que todos los mayores de 65 años con gran dependencia, dependencia severa y dependencia moderada para la realización de las AVD básicas estarían atendidos (un 10,52% según EDDDES, 1999 y Libro Blanco, 2004) e incluso un 1,5% de los mayores con dependencia en AVD básicas e instrumentales que no entran en los criterios anteriores.

No obstante, esta conclusión resulta aventurada por tres razones: (1) El baremo que establece la Ley de Dependencia es posterior y distinto a la valoración en EDDDES, (2) Existe un porcentaje importante de los usuarios actuales de servicios que no entran en los criterios que la Ley establece y (3) No todos los mayores que se encuentran en el medio comunitario y que entrarían en los criterios marcados por la Ley de dependencia están actualmente atendidos.

La **eficacia en la cobertura** de los servicios Residenciales, Centros de Estancias Diurnas, Cuidadores/as familiares, Ayuda Domiciliaria y la global de todos ellos, es en los momentos actuales insuficiente, por dos razones fundamentales que interactúan bajando los índices: una baja cobertura en los servicios y, ausencia de criterios definidos, estandarizados y homologados sobre cuales son los criterios de entrada a los diferentes servicios. Si



exceptuamos la Teleasistencia domiciliaria, dado su carácter preventivo y que no implica una tercera persona para la realización o ayuda en la AVDs, la eficacia en la cobertura es la siguiente: Residencias 0,68%, Centros de Estancia Diurna 0,078%, Cuidadores familiares 0,071%, Ayuda Domiciliaria -0,08 y Global de todos ellos un 0,14%.

Los resultados obtenidos sobre **cobertura idónea** de los diferentes servicios (Residencias, Centros de Estancia Diurna, Cuidadores/as familiares y Ayuda Domiciliaria), nos muestran que serían necesarias en atención Residencial 2,5 plazas por cada 100 mayores de 65 años; 2,1 plazas por cada 100 mayores en Centros de Estancia Diurna; 12 mayores atendidos por cada 100 en Ayuda Domiciliaria y 2,6 atendidos por Cuidadores/as no profesionales.

Las coberturas idóneas en Residencias y Cuidadores/as no profesionales consideradas de manera conjunta, un 5,1%, es concordante con el porcentaje recomendado por diferentes autores para Residencias (Defensor del Pueblo, 2000 y Dengra, 2001), estudios estos realizados cuando no se consideraba la posibilidad de atención mediante Cuidadores/as no profesionales.

La cobertura idónea en Ayuda Domiciliaria es superior al 8% recomendada para nuestro país (Defensor del Pueblo, 2000), pero coincidente con la de otros países: Francia 12,5%, Suiza 12,5%, Finlandia 12%, Suecia 17% (Rotsgaard y Fridberg, 1998; Dengra, 2001 y Libro Blanco, 2004).

En Centros de Estancia Diurna un 2,1% de cobertura idónea se encuentra en los márgenes establecidos en el Informe del Defensor del Pueblo, un 1% para personas entre 65 y 80 años y un 2% para mayores de 80 años (Defensor del Pueblo, 2000).

Estos datos son reveladores de la gran importancia que tendrá la aplicación de la Ley de Dependencia, estableciendo criterios homogéneos de accesibilidad a los servicios, atendiendo a todos los mayores que lo necesitan y eliminando los actuales déficits de cobertura. Todo ello posibilitará avanzar en la obtención de índices de eficacia en la cobertura mucho más razonables.

**OBJETIVO 5: Conocer los mayores dependientes que residen en el medio comunitario, municipios, susceptibles de necesitar atención en los diferentes dispositivos de atención y que actualmente no reciben atención alguna. Planificación de plazas y recursos económicos necesarios para la atención.**

Un 12,6% de los mayores de 60 años en la provincia de Granada tendrían un Grado de Dependencia mayor de uno, entrado por tanto en los criterios que establece la Ley de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. De ellos un 3,5% se encontrarían en Grado III, niveles 1 y 2. Esto supone un total de 22.836 mayores dependientes no atendidos, 22.151 con más de 65 años, (Grado I, II y III) y 6.394 (Grado III) (datos de población INE, 2006).

Como factores “explicativos” del elevado porcentaje (y número) de mayores no atendidos en Grado III, tendríamos:

- La edad de los mismos: el 80% de mayores tiene 75 y más años y el 57,28% con 85 y más años (el 1,9% sobre el 3,5%).
- Que están siendo atendidos por familiares, de ellos el 72,7% vive en casa de algún familiar.
- Que el 68,57% están viudos/as o solteros/as.
- Que los baremos de ayuda domiciliaria actuales priman la falta de apoyo sociofamiliar para la realización de las tareas de la vida diaria.

El número de plazas a ser creadas (o mayores a ser atendidos), en los diferentes servicios en Granada, para todos los Grados y niveles de dependencia está en relación directa con el modelo de toma de decisiones propuesto. La clasificación realizada con Análisis Discriminante Predictivo, nos arroja la necesidad de crear 576 plazas Residenciales, 2.924 en Centros de Estancia Diurna, 4.076 mayores deberían ser atendidos por Cuidadores/as no profesionales y 14.548 en los programas de Ayuda Domiciliaria. La inversión necesaria se situaría en torno a 73 millones de Euros.

**OBJETIVO 6: Conocer (1) el número y la secuencia de pérdida en la realización de las Actividades de la Vida Diaria tanto Básicas como Instrumentales y (2) los apoyos requeridos en la realización tanto de AVD básicas como instrumentales.**

Conocer la secuencia de pérdida en la realización de manera autónoma de las Actividades de la Vida Diaria, constituye una herramienta valiosa a nivel técnico en la planificación de actuaciones preventivas y en la mejora de las intervenciones, las tareas que han de realizar las personas que cuidan a los mayores dependientes, sean cuidadores/as profesionales o cuidadores/as familiares (cuidadores/as no profesionales).

El orden de pérdida, comenzando por la primera habilidad donde se necesita ayuda, es el siguiente: 1. **Limpiar y cuidar vivienda**. 2. Utilizar medios de transporte. 3. Hacer la compra. 4. Realizar desplazamientos lejanos. 5. **Lavarse** la parte inferior del cuerpo. 6. Lavar y cuidar la ropa. 7. Preparar comidas. 8. Cortarse las uñas. 9. Lavarse la parte superior del cuerpo. 10. Lavarse el pelo. 11. Realizar desplazamientos cercanos. 12. Evitar riesgos fuera del domicilio. 13. Desplazamiento alrededor del edificio. 14. Vestirse prendas parte inferior del cuerpo. 15. Acceso al exterior del edificio. 16. Evitar riesgos dentro del domicilio. 17. Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas. 18. **Vestirse** prendas parte superior del cuerpo. 19. Acceder a todas las estancias comunes de la vivienda en la habitual. 20. Acceder a todos los elementos comunes de las habitaciones. 21. Calzarse. 22. Abrir botellas y latas. 23. Cortar o partir la carne en trozos. 24. Desplazamientos no vinculados al autocuidado. 25. **Desplazamientos** vinculados al autocuidado. 26. Pedir ayuda ante una urgencia. 27. Lavarse los dientes. 28. **Continencia** micción. 29. Manipular la ropa. 30. Acudir a un lugar adecuado. 31. Limpiarse. 32. Adoptar o abandonar la postura adecuada. 33. Abrocharse botones. 34. Peinarse. 35. Transferirse mientras acostado. 36. Ponerse en pie. 37. Tumbarse. 38. Continencia defecación. 39. Transferirse mientras sentado. 40. Sentarse. 41. Lavarse la cara. 42. Lavarse las manos. 43. Usar cubiertos para **llevar la comida a la boca**. 44. Sujetar el recipiente de bebida. 45. Acercarse el recipiente de bebida a la boca. 46. Sorber las bebidas.

La necesidad de ayuda de otra persona comienza con las actividades de la vida diaria instrumentales, continuándose con las básicas. Esta secuencia de pérdida está en consonancia con la propuesta por Katz y Akpom referente a las AVDs básicas, donde primero se perderían las habilidades relacionadas con el baño, continuando con los problemas para vestirse, trasladarse, controlar esfínteres y por último comer por sí solos (Katz y Akpom, 1976).

Cuando analizamos los apoyos que reciben los mayores evaluados, encontramos que éstos se clasifican en seis diferentes agrupaciones de necesidades de apoyo. Existiendo perfiles diferentes para cada servicio. Conocer la tipología de perfiles, puede significar una ayuda importante en la determinación y valoración de las cargas de trabajo, tanto de cuidadores profesionales como no profesionales, elemento éste sumamente importante para conocer el número de personal necesario para atender a un número idóneo de usuarios y la determinación de costes.

**OBJETIVO 7: Conocer el copago que los mayores estarían dispuestos a aportar por los diferentes servicios: Residencias, Centros de Estancia Diurna, Ayuda Domiciliaria y Teleasistencia.**

En la valoración del copago, la cantidad económica que el usuario estaría dispuesto a pagar por disfrutar de los servicios para atender la dependencia, se utilizó exclusivamente la muestra de mayores del medio comunitario. La media que estarían dispuestos a pagar por los servicios Residenciales se sitúa en los 383€, 135€ en Centros de Estancia Diurna y 41€ por la Ayuda Domiciliaria. Es de señalar el alto porcentaje de mayores que no contestaron a esta pregunta, alrededor del 75%.

Al comparar estos datos con la media de la pensión de los mayores de la muestra 558.5€, podemos constatar que en el caso de Residencias estarían dispuestos a pagar en torno al 70% de la pensión, algo menos que las aportaciones actuales, el 75%.

La tendencia que podemos observar en los mayores respecto al copago nos indica que son los que más ganan estarían (pensiones más altas) los dispuestos a pagar menos por los servicios, al igual ocurre con los que mayor formación tienen.

**OBJETIVO 8: Conocer la validez de criterio del Baremo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en relación a Barthel e Índice de Lawton.**

La validez de criterio tiene como objetivo conocer el grado de relación entre las puntuaciones de los sujetos entre un instrumento de valoración (en nuestro caso el baremo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales –MTAS-) y otro u otros instrumentos de valoración (criterio) de los cuales conocemos su propiedades psicométricas.

Este tipo de validez viene expresada en términos del “coeficiente de validez”, siendo éste el coeficiente de correlación lineal producto-momento de Pearson (García, 1993 y Anastasi, 1982). Para que realmente los procedimientos de inferencia entre el nuevo procedimiento de valoración y el criterio sean lo suficientemente fuertes, se recomienda que el tamaño de las muestras en ningún caso sean inferiores a 200 sujetos (Schmidt, 1976).

La validez de criterio del baremo utilizado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales al ser comparada con Barthel, MEC y Lawton es muy elevada, Correlación de Pearson -0,936, -0.856 y -0,731 respectivamente.

Analizándose la valoración de todos los casos, de manera conjunta, mediante Barthel (Niveles de dependencia) y Baremo MTAS (Grados y niveles de dependencia), podemos observar como las clasificaciones que realizan ambos instrumentos en base a la gravedad de la dependencia en Barthel (total, severa, moderada, escasa o independiente) tiene una correspondencia elevada respecto a la gravedad de la dependencia según el baremo del MTAS (Grado I nivel 1 a Grado III nivel 2), resultando significativa la relación entre los dos instrumentos de valoración.

Nos obstante, un porcentaje de casos comprendido entre el 30%-35%, con dependencia moderada en Barthel no entrarían en los criterios establecidos por la Ley de Dependencia para ser financiados. Esto implicará seguramente un mayor esfuerzo económico e de las Comunidades Autónomas (superior al 50% establecido) y de las Corporaciones Locales, obligando a mantener, posiblemente, la actual Ayuda Domiciliaria, financiada desde el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales, conviviendo entonces de esta manera dos prestaciones de Ayuda Domiciliaria la financiada por la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y la financiada desde el Plan Concertado.

**OBJETIVO 9: Diseñar un modelo de toma de decisiones para la ubicación de la persona mayor dependiente en el servicio o servicios idóneo.**

El objetivo central de nuestra investigación consistía en diseñar y proporcionar a los profesionales de Servicios Sociales un modelo de toma de decisiones para ubicar al mayor dependiente en el servicio o servicios idóneo/s en el marco de la Ley de Dependencia (Residencias, Centros de Estancias Diurnas, Cuidadores/as de Personas Dependientes y Ayuda a Domicilio). Para ello, en primer lugar, construimos un modelo empírico (algoritmo y árbol de toma de decisiones) partiendo de aquellas variables que resultaron relevantes tras realizar los análisis estadísticos pertinentes (MANOVA, ANOVA, ANCOVA, Análisis de contingencias, Análisis de Cluster Jerárquico y Análisis Discriminantes Predictivos), para posteriormente validarlo mediante el criterio de jueces (expertos/as).

Conjuntamente realizamos modelos matemáticos predictivos partiendo del análisis proporcionado mediante regresión logística.

**El modelo empírico**, nos proporciona la elección entre dos pares de servicios (Residencias y Cuidadores familiares versus Ayuda Domiciliaria y Centros de Estancia Diurna) y, dos grupos de mayores en atención al grado de dependencia, medida esta mediante el baremo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (desde Grado I nivel 1 a Grado II nivel 1 versus Grado II nivel II a Grado III nivel 2) o medida mediante Barthel (Dependencia total y severa versus Dependencia moderada, escasa o independiente).

La especificidad de las variables relevantes empleadas en el modelo nos ha llevado a incorporar tres criterios diferenciales, en función de su utilidad respecto a la elección del servicio idóneo (variables utilizadas exclusivamente para la elección de servicios, variables utilizadas para el establecimiento de objetivos de intervención y variables que forman parte de los modelos matemáticos):

- Las variables utilizadas para la elección de servicios (dependencia según baremo MATAS y Barthel, Deterioro cognitivo, Red social, Apoyo Social, Relaciones familiares y Sobrecarga en los cuidadores), posibilitan la elección del servicio, que en un primer momento es el más adecuado para el mayor dependiente.
- Las variables consideradas como objetivos de intervención (Depresión, Barreras arquitectónicas, Riesgo de caídas, Ayudas técnicas, y sospecha de maltrato hacia el mayor) entran al igual que las anteriores en el algoritmo para la toma de decisiones y por ende en el Programa Individualizado de Atención, no obstante no definen en un primer momento el servicio a ser utilizado si no que son incorporadas como objetivos de actuación profesional, donde dependiendo de la misma posibilitarán que los profesionales mantengan o cambien el criterio respecto al servicio seleccionado.

Ambos tipos de variables incorporan criterios técnicos para la toma de decisiones.

- Las variables incorporadas a los modelos matemáticos (dependencia según baremo MATAS y Barthel, Deterioro cognitivo, Apoyo Social, Relaciones familiares, Riesgo de caídas, Satisfacción vital y Salud percibida) maximizan la probabilidad de que un sujeto determinado entre a formar parte de un servicio determinado.
- Hemos incorporado así mismo, las características sociológicas de los Cuidadores familiares, que quizá puedan orientar a los profesionales sobre el perfil más “idóneo” de los mismos.

**Figura 9. Variables incorporadas a los modelos empírico y matemáticos en la toma de decisiones**

<b>MODELO TOMA DECISIONES SERVICIO IDÓNEO</b>	
<b>VARIABLES ESTUDIADAS</b>	<b>VARIABLES SELECCIONADAS</b>
<b>Capacidad funcional AVDs- B: MTAS y Barthel</b>	<b>SI Algoritmo y Modelo matemático</b>
<b>Deterioro Cognitivo: MEC</b>	<b>SI Algoritmo y Modelo matemático</b>
<b>Red social: (mayor que vive solo)</b>	<b>SI Algoritmo</b>
<b>Apoyo social: DUKE - UNC</b>	<b>SI Algoritmo y Modelo matemático</b>
<b>Relaciones familiares: APGAR familiar</b>	<b>SI Algoritmo y Modelo matemático</b>
<b>Sobrecarga cuidadores: ZARIT</b>	<b>SI Algoritmo</b>
<b>Depresión : GDS</b>	<b>SI Algoritmo (Cómo objetivos de intervención)</b>
<b>Barreras arquitectónicas y equipamientos del hogar</b>	<b>SI Algoritmo (Cómo objetivos de intervención)</b>
<b>Riesgo de caídas</b>	<b>SI Algoritmo (Cómo objetivos de intervención) y Modelo matemático</b>
<b>Uso de prótesis y órtesis: ayudas técnicas</b>	<b>SI Algoritmo (Cómo objetivos de intervención)</b>
<b>Sospecha de Maltrato hacia el mayor: CSMA</b>	<b>SI Algoritmo (Cómo objetivos de intervención)</b>
<b>Características Sociológicas de Cuidadores/as no profesionales</b>	<b>SI Algoritmo (Cómo criterios orientativos para los /las valoradores/as)</b>
<b>Satisfacción vital: PGC de Lawton</b>	<b>SI Modelo matemático</b>
<b>Salud percibida: SF 36</b>	<b>SI Modelo matemático</b>

La validación mediante jueces (expertos y expertas) del modelo empírico, nos ha puesto de manifiesto, de manera clara, que con el conocimiento de manera exclusiva del grado de dependencia del mayor resulta sumamente difícil ubicar al mayor en el servicio idóneo, incluso cuando se dispone no solo de la puntuación del baremo MTAS si no también de la valoración completa del cuestionario, ítems a ítems.

Preguntados los expertos/as sobre las variables relevantes a ser incluidas en la valoración, todos ellos, el 100%, manifestaron que es necesario incluir para la toma de decisiones valoraciones sobre 15 de las variables propuestas: Capacidad funcional AVDs- B e I, Capacidad Cognitiva (Demencias), Depresión, Satisfacción vital, Salud percibida, Sobrecarga cuidadores, Barreras arquitectónicas y equipamientos del hogar, Red social, Relaciones familiares, Apoyo social, Maltrato hacia el mayor, Riesgo de caídas, Consumo de fármacos y Uso de prótesis y órtesis. Solo se obtuvo una mayor discrepancia sobre la necesidad de considerar los recursos económicos en la toma de decisiones, donde solo un 72,2% estaban de acuerdo en ello.

De la discusión previa a la valoración de los resultados de la investigación sobre el modelo empírico y matemático y del análisis de las variables relevantes, los jueces manifestaron mayoritariamente, en un 94,4% la necesidad de actuaciones / valoraciones interdisciplinarias entre Trabajadores/as Sociales y Psicólogos/as, así como la necesidad incorporar la intervención de Enfermeros/as y Educadores/as Sociales.

Es por ello, que una de las principales recomendaciones en la elaboración de los Programas Individualizados de Atención (PIAs) iría en el sentido de incorporar equipos multidisciplinares.

En el análisis de las reglas de decisión y algoritmos en la toma de decisiones, las puntuaciones medias fueron suficientemente elevadas, superando en todos los casos los ocho puntos sobre diez. Concretamente las puntuaciones para cada regla decisional fueron las siguientes:

**- 1ª regla de decisión: Capacidad Funcional (Baremo MTAS).**

La puntuación media sobre el grado de acuerdo respecto a los criterios de capacidad funcional en el baremo del MTAS (y Barthel) se sitúa en 9,06 puntos, con una desviación típica de 1,35.

**- 2ª regla de decisión: Deterioro Cognitivo.**

La puntuación media sobre el grado de acuerdo respecto al criterio de deterioro cognitivo se sitúa en 8,61 puntos, con una desviación típica de 1,7.

**- 3ª regla de decisión: Apoyo Social.**

La puntuación media sobre el grado de acuerdo respecto al criterio de apoyo social se sitúa en 8,39 puntos, con una desviación típica de 1,7.

**- 4ª regla de decisión: Relaciones familiares.**

La puntuación media sobre el grado de acuerdo respecto al criterio de relaciones familiares se sitúa en 8,94 puntos, con una desviación típica de 1,5.

**- 5ª regla de decisión: Sobrecarga en los cuidadores.**

La puntuación media sobre el grado de acuerdo respecto al criterio de sobrecarga en los Cuidadores/as no profesionales se sitúa en 8,83 puntos, con una desviación típica de 1,9.

**- 6ª regla de decisión: Teleasistencia Domiciliaria como servicio de prevención.**

La puntuación media sobre el grado de acuerdo respecto al criterio de teleasistencia como servicio de prevención se sitúa en 8,11 puntos, con una desviación típica de 3,2.

**- 7ª regla de decisión: Depresión, Riesgo de Caídas y sospecha de malos tratos hacia el mayor.**

La puntuación media sobre el grado de acuerdo respecto al criterio de considerar Depresión, Riesgo de Caídas y Sospecha de malos tratos hacia el mayor como elementos para establecer objetivos de intervención una vez elegido el servicio idóneo, se sitúa en 9,00 puntos, con una desviación típica de 1,5.

En su conjunto, el grado de acuerdo sobre la utilidad, para los profesionales que elaboran el Programa Individualizado de Atención (PIA), del modelo de decisión para ubicar el mayor dependiente en el servicio idóneo, tiene una puntuación media de 8,5, con una desviación típica de 1,7.

Podemos considerar que el modelo empírico para la ubicación del mayor dependiente en el servicio idóneo puede ser muy útil tanto para los profesionales como para avanzar en criterios técnicos en la implementación de toma de decisiones.

Subrayar la importancia de atender específicamente las recomendaciones que el equipo multidisciplinar de jueces puso de manifiesto y que permitirían, seguramente, una mayor adherencia en la utilización del modelo, así como decisiones técnicas más acordes con la realidad y multiplicidad de casos que, en no pocas ocasiones, difícilmente son posibles encuadrarlos bajo reglas rígidas. Las indicaciones o recomendaciones van en el sentido de:

- Utilizar el modelo como referencia en la elaboración de los Programas Individuales de Atención (PIA), pero nunca considerarlo como único criterio en la toma de decisiones, dándose cabida a interpretaciones y decisiones técnicas que permitan abordar excepciones de casos particulares a las reglas de decisión, “modelo orientativo pero no vinculante”.
- Valoración mediante instrumentos que tengan una fiabilidad y validez constatada,

complementando, o supliendo, la valoración mediante instrumentos de screening con valoraciones en profundidad y más exhaustivas.

- Disponer los profesionales en la toma de decisiones además de la valoración del Grado y nivel de dependencia de las valoraciones e informes médicos complementarios.
- Formación de los profesionales en la pasación e interpretación de los instrumentos de valoración.
- Contar con equipos interdisciplinarios para la valoración y toma de decisiones.

Decir por último, que tanto el modelo empírico como los modelos matemáticos son complementarios, permitiendo que los profesionales puedan, a partir de los mismos, tomar la decisión más acertada.

Cuando se puso a prueba los modelos matemáticos para prescribir la asignación de un determinado mayor dependiente a los diferentes servicios (Residencias, Centros de Estancia Diurna, Cuidadores/as no profesionales y Ayuda Domiciliaria), la elección determinada desde los mismos se corresponde con la derivada del modelo empírico. No obstante, el modelo empírico complementa a los modelos matemáticos en aquellos casos donde las probabilidades de asignación de uno u otro servicio se encuentran próximas, o es necesario además de la valoración de la dependencia (Baremo MTAS), Apoyo social (DUKE), Deterioro cognitivo (MEC), Riesgo de caídas (Caídas), Salud percibida (SF36), Satisfacción vital (Satisfacción) y relaciones familiares (APGAR), valorar también depresión (GDS), sobrecarga del / la cuidador/a (ZARIT), o sospecha de malos tratos (CSMA).

## **CONCLUSIONES GENERALES.**

- **(1º)** Utilidad de la investigación para la planificación y elaboración del Programa Individualizado de Atención (PIA). El modelo empírico y los modelos matemáticos se complementan, posibilitando que los profesionales mejoren las actuales decisiones sobre servicios idóneos.
- **(2º)** La Valoración de la dependencia es una condición necesaria pero no suficiente para la elección del servicio idóneo. Exclusivamente con el baremo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS) difícilmente puede realizarse el Programa Individualizado de Atención (PIA). Es necesario incorporar para su elaboración otras variables biopsicosociales: Valoración cognitiva, Valoración depresión, Valoración relaciones familiares y apoyo social, Valoración riesgo de caídas, Valoración de la salud percibida, Valoración de la satisfacción vital, Valoración sobrecarga del cuidador, Valoración del riesgo de maltrato y Valoración funcional del hogar.
- **(3º)** Incorporando en la valoración de todas las variables pertinentes, mediante instrumentos de screening, el tiempo estimado para la valoración, con profesionales formados, se estima en torno a una hora o una hora treinta minutos.
- **(4º)** Necesidad de interdisciplinariedad: Trabajadores/as Sociales y Psicólogos/as de manera especial, incorporando también otros profesionales como Educadores/as Sociales y Enfermeros/as.
- **(5º)** Idoneidad de los cuidadores no profesionalizados para atender a los mayores dependientes en los Grados III niveles 1 y 2 y Grado II nivel 2.

- **(6°)** Baremo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales restrictivo. No todas las personas con dependencia moderada en Barthel entrarían en los criterios de la Ley de Dependencia, un 30-35%. Esto implicará seguramente un esfuerzo económico importante de las Comunidades Autónomas (más del 50%) y de las Corporaciones Locales, obligando a mantener, posiblemente, la actual Ayuda Domiciliaria, financiada desde el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales.
- **(7°)** Se establecen dos puntos de corte claros para la toma de decisiones: Grado III y Grado II nivel 2, para la elección de Residencias y Cuidadores familiares /versus/ Grado II nivel 1 preferentemente para Centros de Estancia Diurna y Grado I nivel 1 para la Ayuda Domiciliaria.
- **(8°)** Formación de los profesionales que integran actualmente los servicios, respecto al tipo de supervisión que necesitan los usuarios y criterios de idoneidad de los servicios.
- **(9°)** Formación de los profesionales de Servicios Sociales Comunitarios para la asignación de horas de atención en la Ayuda Domiciliaria.
- **(10°)** Necesidad de adecuar y redefinir los criterios sobre Urgencia Social para el ingreso en Residencias.
- **(11°)** Pobre eficacia de cobertura en los actuales servicios, porcentajes importantes de los usuarios que actualmente son atendidos no estarían en situación de dependencia o no tendrían el Grado y Nivel suficiente para ser atendidos en el servicio donde se encuentran.
- **(12°)** La intensidad prestacional, horas de atención, de los actuales Servicios de Ayuda Domiciliaria no cumplen con criterios de intensidad reseñados en la Ley de Dependencia, dando respuesta básicamente a los requerimientos de dependencia más bajos: Grado I niveles 1 y 2, y Grado II nivel 1.
- **(13°)** La secuencia de pérdida en la realización de manera autónoma de las Actividades de la Vida Diaria B e I, derivada de la presente investigación, puede constituir una herramienta valiosa a nivel técnico en la planificación de actuaciones preventivas y mejorar las intervenciones profesionales.
- **(14°)** Los servicios a ser implementados para atender al total de mayores dependientes, actualmente no atendidos, se distribuirían en 2,8% Residencias, 13,2% Centros de Estancias Diurnas, 18,4% Cuidadores familiares y 65,8% Ayuda Domiciliaria.
- **(15°)** La cobertura idónea para los diferentes servicios se corresponde con 2,5 plazas por cada 100 mayores en Residencias; 2,1 plazas por cada 100 mayores en Centros de Estancia Diurna; 12 mayores atendidos por cada 100 en Ayuda Domiciliaria y 2,6 mayores atendidos por Cuidadores/as no profesionales.
- **(16°)** El copago dispuesto a aportar por los mayores, se sitúa en torno a los 40€ Ayuda a Domicilio, 380€ Residencias y 135€ por Centros de Estancia Diurna. Existe cierta relación entre lo dispuesto a aportar, la cuantía de la pensión recibida y el nivel de estudios, a mayor nivel de estudios y cuantía de pensión se está dispuesto a pagar menos.



- (17º) Posibilidad de utilizar Barthel (mejorando las predicciones si utilizamos puntuación de corte para la dependencia severa 50 puntos en lugar de 60), o Baremo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales indistintamente, en la elaboración del PIA.
- (18º) El Baremo de dependencia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales es un instrumento fiable y válido para la consecución de los objetivos marcados.

**Como conclusión global e integradora, resaltaremos la necesidad de rigurosidad en la valoración y en la toma de decisiones en el Programa Individualizado de Atención (PIA), rigurosidad que conlleva necesariamente la utilización por los profesionales de criterios técnicos (modelos empíricos y matemáticos) validados, e incorporación de equipos interdisciplinarios (de manera especial psicólogos/as) en la toma de decisiones.**

## **CONSIDERACIONES FINALES: LÍNEAS DE FUTURO.**

Quizá podamos establecer, como primera consideración, que los programas de entrenamiento y formación a mayores y cuidadores, inicio de este estudio a partir de la investigación realizada para la suficiencia investigadora, obtienen buenos resultados tanto en medidas objetivas como en calidad subjetiva. La inclusión y generalización por parte los Servicios Sociales Comunitarios, debería ser una realidad en un futuro no muy lejano, de manera que se diera sentido real a una verdadera planificación en cascada de los servicios (Residencias, Centros de Estancias Diurnas, Ayuda a Domicilio y Teleasistencia, Programas de Apoyo a la familia y Programas de Intervención Comunitaria) aumentando la calidad de vida de nuestros mayores y optimizando los costes de intervención, cumpliendo de esta manera, también, los objetivos de prevención reseñados en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Posteriores investigaciones deberían dar respuesta a tres importantes cuestiones que surgen de este estudio, la primera de ellas hace referencia a la necesidad de contar con un solo instrumento de valoración para la toma de decisiones, la segunda de especial relevancia, plantea la necesidad de avanzar en una nueva conceptualización del Servicio de Ayuda Domiciliaria, con intensidades prestacionales mucho más elevadas, acordes a los criterios establecidos por la Ley de Dependencia. En ambas cuestiones prima el carácter de gestión de recursos y de coste eficacia en su aplicación.

La tercera línea de investigación, con un carácter más psicosocial y de intervención, estaría dirigida a explorar, mediante modelos de ecuaciones estructurales, el marco de relaciones que se producen entre las diferentes variables contempladas en el modelo empírico - modelos matemáticos (capacidad funcional, deterioro cognitivo, apoyo social, relaciones sociales, percepción de salud, riesgo de caídas, depresión y satisfacción vital) y cada uno de los servicios para atender a la dependencia (Residencias, Centros de Estancias Diurnas, Cuidadores no profesionales y Ayuda Domiciliaria).

En la actualidad la ausencia de criterios técnicos para asignar la intensidad y periodicidad del servicio en función de la dependencia: (a) horas, (b) periodicidad de mañana / tarde – noche, periodicidad de días en la semana (lunes y/o martes y/o miércoles y/o jueves y/o viernes y/o sábado y/o domingo) y la ausencia de algoritmos para la asignación de horas (intensidad de servicio) en relación a la capacidad de realización de Actividades de la Vida Diaria tanto Básicas como Instrumentales, el estado cognitivo y la presencia o no de ayuda

informal, hace necesario una Guía de Toma de Decisiones para los profesionales de Servicios Sociales, validada estadísticamente, que permita asignar el número de horas de atención en Ayuda a Domicilio, prestadas exclusivamente por Auxiliares de Ayuda Domiciliaria o mediante Auxiliares de Ayuda Domiciliaria con el apoyo e intervención de Cuidadores/as no profesionales.

Esta guía para la toma de decisiones en la Ayuda Domiciliaria complementaría el “Modelo de Toma de decisiones para la Elección del Servicio Idóneo del Mayor dependiente” presentado en este trabajo, contribuyendo en la mejora y planificación de este servicio, tanto desde las Corporaciones Locales (Ayuntamientos y Diputaciones) como desde las Comunidades Autónomas.

Disponer de un solo instrumento para la toma de decisiones respecto al servicio idóneo que permita valorar el apoyo social, las relaciones familiares, el deterioro cognitivo y la sobrecarga en los cuidadores como variables esenciales para decidir el servicio idóneo; junto con depresión, adaptación funcional del hogar, riesgo de caídas y riesgo de malos tratos al mayor en cuanto al establecimiento de objetivos de intervención y evaluación de seguimiento, posibilitaría una disminución de los tiempos de valoración. Así como, quizá, una mayor adherencia de los profesionales respecto a una valoración en profundidad que abarque todas las variables relevantes.

Estudiada las características diferenciales de los diferentes servicios, diseñado el modelo empírico para la toma de decisiones (validado mediante expertos) y conocida la capacidad predictiva de las variables para cada uno de los diferentes servicios (regresión logística), la aplicación de técnicas del modelo causal nos permitiría estimar las múltiples relaciones entre las diferentes variables, introducir conceptos o variables latentes no medidas directamente e incluso analizar relaciones para cada subconjunto de variables (ítems de los diferentes instrumentos de valoración). Nuestro objetivo último no se centraría en una estrategia confirmatoria del modelo, que también, si no en desarrollar el mismo para cada uno de los servicios, de manera que los profesionales puedan intervenir en función del posible papel diferente que desempeñen cada una de las variables en los distintos servicios.

Envejecer con éxito, en un entorno lo menos restrictivo posible, adaptado a las necesidades del mayor dependiente, no es una cuestión de azar. Las organizaciones de personas mayores, las instituciones y los responsables de las políticas públicas dirigidas a este colectivo, las universidades e instituciones de formación en general, los agentes sociales y los organismos internacionales han de posibilitar, fomentar y comprometerse con la tarea de lograr un envejecimiento competente, con una baja probabilidad de enfermedad y dependencia y con un alto grado de funcionamiento cognitivo, capacidad física funcional y compromiso activo con la vida y la participación social.

El papel de las administraciones públicas es primordial en la provisión, el diseño y conceptualización de los servicios de atención a la dependencia para maximizar la consecución de estos objetivos en el marco de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.



## Referencias Bibliográficas

- Aguado, A. L. y Alcedo, M<sup>a</sup>. A. (2004): “Necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual”. *Siglo Cero*, 35, (209), 5-19.
- Aguado, A.; Alcedo, M<sup>a</sup>. A. y Fontanils, Y. (2005): “Las necesidades de las personas con discapacidad que envejecen percibidas por los profesionales que las atienden”. *Psicothema*, 17 (4), 657-662.
- Aguado, C.; Martínez, J.; Onís, M. C.; et al. (2000): “Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la Geriatric Depression Scale (GDS) de Yesavage”. *Atención Primaria*, 26 (1), 28-36.
- Albarracín, D. y Goldestein, E. (1994): “Redes de apoyo social y envejecimiento humano”, en J. Buendía (comp.), *Envejecimiento y psicología de la salud*, Madrid, Siglo Veintiuno de España Editores.
- Albee, G. W. (1980): "A Competency Model to Replace the Defect Model", en M. S. Gibbs, J. R. Lachenmeyer y J. Sigal (comp.), *Community Psychology*, Nueva York, Gardner.
- Aleixandre, M.; Cabezas, J.L. y Rubio, R. (1997): “Personalidad y calidad de vida en las personas mayores”. *Revista de educación de la Universidad de Granada*, 10, 45-66.
- Aleixandre, M. (2003): “La medición de la capacidad funcional en el mayor desde la perspectiva de los apoyos necesarios”. *Geriatría, Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*, 19(9-10), 19-25.
- Aleixandre, M. (2004): “Los trastornos afectivos. Depresión y ansiedad”. En N. Yuste, R. Rubio y M. Aleixandre, *Introducción a la psicogerontología*, Madrid, Pirámide.
- Alexander, N. B.; Guire, K. E.; Telen d. G.; Ashton – Millar, J. A.; Schuttz, A. B. y Rrunawallt, J. C. (2000): “Self-reported walking ability predicts functional mobility performance in frail older adults”. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48 (11), 1408–1413.
- Alemán, M<sup>a</sup> C. y Garcés, J. (1996): *Administración Social: servicios de bienestar social*. Madrid, S. XXI.
- Almenara, J.; García, R.; Novalbos, J.P.; Merello, B.; Abellan, M.J.; García, C. (1999): “Evaluación médica y psicosocial de una población adulta con discapacidad intelectual”. *Revista Española Salud Pública*, 73 (3), 383-92.
- Alonso J, Prieto L, Antó J. M. (1995). “La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos”. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- Amescua, C. y Jiménez, A. (1996): *Evaluación de programas sociales*. Madrid, Díaz de Santos.
- Alvira, F. (1991): *Metodología de la evaluación de programas*. Madrid, CIS.
- Alvarado, B. E.; Zunzunegui, M.V.; Del Ser, T. y Béland, F. (2002): “Cognitive Decline is Related to Education and Occupation in a Spanish Elderly Cohort”. *Aging Clinical and Experimental Research*, 14(2), 132-142.
- Alvira, F. (1997): *Metodología de la evaluación de programas. Un enfoque práctico*. Madrid, Lumen / Hvmánitas.
- American Geriatrics Society, British Geriatrics Society and American Academy of Orthopaedic (2001): “Surgeons Panel and Falls Prevention. Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons. *Journal American Geriatrics Society*, 49, 664-672.
- Amescua, C. y Jiménez, A. (1996): *Evaluación de programas sociales*. Madrid, Díaz de Santos.

- Anastasi, A. (1982); Tests psicológicos. Madrid, Aguilar.
- Aneshensel, C., Pearlin, L.I., Mulan, J.J., Zarit, S.H., y Whitlach, C.J. (1995): *Profiles of caregiving. The unexpected career*, San Diego, Academic Press.
- Anthony-Bergstone, C.C., Zarit, S., y Gatz, M. (1988): "Symptoms of psychological distress among caregivers of dementia patients". *Psychology and Aging*, 3, 245-248
- Antonoucci, T. C. y Akiyama, H. (1987): "Social Networks in Adult life and preliminary examination of the convoy model". *Journal of Gerontology*, 42 (5), 519-527.
- Antonucci, T. C. y Jackson, J. S. (1990): "Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: Una perspectiva del transcurso de la vida", en L. L. Carstensen y B. A. Edelstein (comp.), *Intervención psicológica y social*, Barcelona, Martínez Roca.
- Aravanis, S. C.; Adelman, R. D.; Breckman, R; Fulmer, TT; Holder, E y Lachs, M. (1993): Diagnosis and treatment guidelines on elder abuse and neglect. *Archives of Family Medicine*, 2, 371-388.
- Arbas, E.; Garzón, R.; Suárez, A.; Buelga, C.; Pozo, M.; Comas, A et. al (1998): "Consumo de medicamentos en mayores de 65 años: problemas potenciales y factores asociados". *Atención Primaria*, 22 (3), 165-170.
- Arbinaga, F. (2002): "La mujer mayor institucionalizada vs. No institucionalizada: aproximación al estado de ánimo, la ansiedad ante la muerte y su satisfacción con la vida". *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 64, 26-33.
- Arias, L. y Herrera, J.A. (1994): "El APGAR familiar en el cuidado primario de salud". *Colombia Médica*, 25, 26-28.
- Arnau, J. (1981): Diseños experimentales en psicología y educación. México, Trillas.
- Artaso, B.; Goñi A. y Biurrun A. (2003): "Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares". *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 38(4), 212-218
- Artaso, B.; Goñi, A. y Gómez, A. R. (2001): "Sobrecarga del cuidador informal del paciente con demencia: demanda de un Centro de Día Psicogeriátrico en Navarra". *Geriatrka, Revista Iberoamericana de Geriatria y Gerontología*, 17(2), 69-73.
- Asociación de Usuarios de Prótesis y Ayudas Técnicas – AUPA- (2005): Ayudas Técnicas y Discapacidad. Madrid, Colección CERMI, nº 15.
- Avlund, K.; Lund, R.; Holstein, B.E. y Due, P. (2004): "Social Relations as Determinant of Onset of Disability in Aging". *Archives Gerontology and Geriatrics*, 38(1), 85-99.
- Baltes, P.B. y Baltes, M.M. (1990): *Successful aging*. Nueva York: Academy Press.
- Baltes, M.M. y Barton, E.M. (1979): Behavioral analysis of aging. A review of the operant model and research. *International Journal of Behavioral Development*, 2, 297-230.
- Baltes, M.M. y Silverberg, S.B. (1994). The dynamics between dependency and autonomy: illustrations across the life span. En D.L. Featherman, R.M. Lerner y M. Perlmutter (Eds.), *Life-span development and behaviour* (Vol. 12, pp. 41- 90). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Baltes, M.M. y Werner-Wahl, H. (1990): Dependencia en los ancianos. En L. L. Carstensen y B.A. Edelstein, *Gerontología clínica. Intervención psicológica y social*. Barcelona, Martínez Roca.
- Barefoot, J. C.; Mortensen, E.L.; Helms, M.J.; Avlund, K. y Schroll, M. (2001): "A Longitudinal Study of Gender Differences in Depressive Symptoms from Age 50 to 80". *Psychology Aging*, 16(2), 342-345
- Barrón, A.; Lozano, P. y Chacón, F. (1988): "Autoayuda y Apoyo Social ". En A. Martín; F. Chacón y M. Martínez (Eds), *Psicología Comunitaria*, Madrid, Visor.
- Bassuk, E. L., Mickelson, K. D.; Bissell, H. D. y Perloff, J. N. (2002): "Role of kin and nonkin support in the mental health of low-income women". *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 39-49.

- Bassuk, S. S.; Berkman, L. F. y Glass, T. A. (1999): "Social Disengagement and Incident Cognitive Decline in Community Dwelling Elderly Persons". *Annals of Internal Medicine*, 131(3), 165-173.
- Bayarre, H. (2003): Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en el anciano. Facultad de Salud Pública: La Habana. Cuba.
- Bazo, M. I. (1992): *La ancianidad del futuro*. Madrid, SG, Fundación Caja Madrid.
- Bazo, M. T. y Domínguez-Alcon, C. (1996). "Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73, 43-56.
- Bazo, M. T. (2001): "Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España" *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 36(1), 8-14.
- Baztán, J.J.; Pérez del Molino, J.; Alarcón, T.; San Cristóbal, E.; Izquierdo, G. y Manzarbeitia, I. (1993): "Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 28, 32-40.
- Bover, A.; Moreno, M.L.; Mota, S. y Taltavull, J.M. (2003): "El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención". *Atención Primaria*, 32(9), 541-51
- Belán, F. y Zunzunegui, M. V. (1995): "Envejecer en Leganés". *Revista de Gerontología*, 5, 207-324.
- Bellón Saameño, J. A.; Delgado Sánchez, A.; De Dios Luna del Castillo, J. y Lardelli Claret, P. (1996a): Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional DUKE-UNC-11. *Atención Primaria*, 18(4), 153-163
- Bellón Saameño, J. A.; Delgado Sánchez, A.; De Dios Luna del Castillo, J. y Lardelli Claret, P. (1996b): Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria*, 18(6), 289-296
- Berkman, L. S. y Syme, L. (1979): "Social networks, host resistance, and mortality. A nine-year follow-up study of Alameda. Country residents". *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- Bermejo, P. y Trincado, (2003): "¿Cuántas demencias y casos de enfermedad de Alzheimer hay en España?". *Actualizaciones en Neurología, Neurociencias y Envejecimiento*, 1(6), 341-345
- Bermúdez, J. (1993): "Psicología de la salud. Enfoques preventivos". En M.A. Vallejo y M.A. Ruiz (eds.): *Manual práctico de Modificación de Conducta*, Madrid, Fundación Universidad Empresa.
- Belsky, J. (2001): *Psicología del envejecimiento*. Madrid, Paraninfo.
- Berkman, L.S.; Berkman, C.S.; Kasl, S.; Freeman, D.H.; Leo, L.; Ostfeld, A.M.; Cornoni-Huntley, J. y Jacob, A. (1986): "Depressive Symptoms in Relation to Physical Health and Functioning in the Elderly". *American Journal of Epidemiology*, 124(3), 372-388.
- Berkman, L.S. y Glass, T. (2000): Social Integration, Social Networks, Social Support and Health, en Berkman y Kawachi (eds.), *Social Epidemiology*, Nueva York, Oxford University Press, 137-173.
- Berkman, L.S.; Glass, T.; Brissette, I. y Seeman, T.E. (2000): "From Social Integration to Health: Durkheim in the New Millennium". *Social Science and Medicine*, 51, 843-857.
- Berkman, L.S.; Melchior, M.; Chastang, J. F.; Niedhammer, I.; Leclerc, A. y Goldberg, M. (2004): "Social Integration and Mortality: a Prospective Study of French Employers of Electricity of France-Gas of France: the Gazel Cohort". *American Journal of Epidemiology*, 159(2), 167-174.

- Bermejo, F. y Tolosa, E. (1990): "Epidemiología de las enfermedades neurológicas en el anciano". *En grupo de Trabajo sobre Envejecimiento, Epidemiología del Envejecimiento*. Fondo de Investigaciones Sociosanitarias.
- Blazer, D.G.; Sachs-Ericsson, N. y Hybels, C. (2005): "Perceived inadequate basic needs predict mortality in a biracial elderly community sample". *American Journal Public Health*, 95, 299-304.
- Blazer, D.G.; Sachs-Ericsson, N. y Hybels, C. (2007): "Perception of Unmet Basic Needs as a Predictor of Depressive Symptoms among Community-Dwelling Older Adults". *The Journals of Gerontology*, 62A (2), 191-195.
- Blasco, F.; Martínez, J.; Pérez, R.; Villares, P.; Carreño, MC.; y Román, F. (2004): "Estudio piloto sobre el consumo de fármacos en ancianos que ingresan en un hospital". *Anales Medicina Interna*, 21(2), 69-71.
- Broadhead, W. E.; Gehlbach, S.H.; Degruy, F.V. y Kaplan. B.H (1988): "The Duke-UNC functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients". *Medical Care*, 26, 709-23.
- Brown, S. L.; Nesse, R.M.; Vinokur, A.D. y Smith, D.M. (2003): "Providing Social Support may be More Beneficial than receiving it: Results from a Retrospective Study of Mortality". *Psychological Sciences*, 14(4), 320-327.
- Bryant, S. y Rakowski, W. (1992): "Predictors of Mortality among Elderly African-Americans". *Research on Aging*, 14(1), 50-57.
- Buendía, J. y Riquelme, A. (1991): "Envejecimiento y depresión" en J. Buendía (comp), *Envejecimiento y Psicología de la Salud*, Madrid, Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Buiza, C; Etxeberria, I. y Yanguas, J. (2005): "Deterioro cognitivo grave". Madrid. Portal de Mayores, Informes Portal Mayores, nº 27. [Fecha de publicación: 01/04/2005]. <http://www.imserso.csic.es/documentos/documentos/buiza-deterioro-01.pdf>
- Cabasés, J.M. (1994): *Análisis del Coste-Beneficio*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.
- Calero, M.D. (2002): "Educación y funcionamiento cognitivo en mayores: aplicaciones del concepto de zona de desarrollo próximo". *Tabaque: Revista pedagógica*, 16, 157-168.
- Calero, M.D. y Navarro, E. (2006): La plasticidad cognitiva en la vejez: técnicas de evaluación e intervención. Barcelona, Octaedro.
- Calero, M.D., Navarro, E., Arnedo, M.L., G<sup>a</sup>-Berben, T.M. y Robles, P. (2000): "Estimación del potencial de rehabilitación en ancianos con y sin deterioro cognitivo asociado a demencias". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 35(2), 44-50.
- Calero, M.D., Navarro, E.; Robles, P. y García Berben, T.M. (2000): "Estudio de validez del Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo et al para la detección del deterioro cognitivo asociado a demencias". *Neurología*, 15, 337-342.
- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, 1994 update: 4. Secondary prevention of elder abuse and mistreatment. *Canadian Medical Association Journal*, 151, 1413-1420.
- Caprara, G.V.; Caprara, M.G. y Steca, P. (2003): "Personality's correlatos of adult development and aging". *European Psychologist*, 8, 131-147.
- Cardenal, V; Berná, J.C.; Esteve, M<sup>a</sup>R; Gradillas, V.; Moreno-Mitjama, B.; Moreno, P.; Navarro, M.; Ortiz-Gallo, M. y Valero, L. (1994): Evaluación de programas de reinserción social. Málaga, Ediciones Miguel Gómez.
- Carmen, R.; García-Viniegras, V. y González, I. (2000): "La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales". *Revista Cubana Medicina General Integral*, 16(6), 586-92.

- Carmona, E. (2006): "la protección social en la Unión Europea". Foro Andaluz de Derechos Sociales. 15 – 16 de mayo. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Sevilla.
- Carrolles, J. A. (1985): *Análisis y Modificación de Conducta II: Aplicaciones Clínicas*. Madrid, UNED.
- Carstensen, L. L. (1988): "The emerging field of behavioral gerontology". *Behavior Therapy*, 19, 259-281.
- Carstensen, L. L. (1990): "Cambios relacionados con la edad en la actividad social", en L. L. Carstensen y B. A. Edelman (comp.), *Intervención psicológica y social*, Barcelona, Martínez Roca.
- Casado, D. (1990): "En busca de una sistemática para la discapacidad", en D. Casado, B. Duncan, H. García, B. Kolucki, R. Puig y P. del Río, *Discapacidad e información*, 2ª ed.; Madrid, Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía.
- Casado, D. y Fantova, F. (coords) (2007): *Perfeccionamiento de los Servicios Sociales en España*. Madrid, Cáritas y Fundación FOESSA.
- Castellón, A. y Aleixandre, M. (1997): "Calidad de vida y senectud, estudio comparativo en función del sexo". *Geriatría. Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*, 13, 8-12.
- Castellón, A.; Gómez, M.A. y Martos, A. (2004): "Análisis de la satisfacción en los mayores de la Universidad de Granada". *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 14(5), 252-257.
- Cateló, R.; Caso, P. y Pérez, S. (2006): "Prevalencia de polifarmacia en mayores de 80 años". *Farmacia de Atención Primaria FAP*, 4(3), 69-73.
- Catena, A.; Ramos, M. y Trujillo, H. (2003): *Análisis multivariado*. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. <http://www.gva.es/violencia/>.
- Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas –CEAPAT- (1999): "Catálogo General de Ayudas Técnicas en CD ROM". Madrid, IMSERSO.
- Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas -CEAPAT- (2004): *El futuro de las Tecnologías para las Personas con Discapacidad y las Personas Mayores en España: necesidades de intervención. Documento de síntesis de resultados de logros y áreas de mejora en el sector de las tecnologías para las personas con discapacidad y las personas mayores en España en base a las recomendaciones del estudio HEART (1995-2004)*. CEAPAT, ALIDES, IBV.
- Centro Investigaciones Sociológicas –CIS- (2001). Estudio 2.439.
- Centro Investigaciones Sociológicas –CIS- (2006). Estudio 2.647.
- Chang, C. y White-Means, S. (1991): "The Men Who Care: An Analysis of Male Primary Caregivers Who Care for Frail Elderly at Home". *Journal of Applied Gerontology*, 10 (3), 343-358.
- Chapman, B., Duberstein, P., Sörensen, S. y Lyness, J. (2006): "Personality and Perceived Health in Older Adults: The Five Factor Model in Primary Care". *The Journals of Gerontology*, 61B (6), 362- 365.
- Col, N.; Fanale, J. E. y Kronholm, P. (1990): "The role of medication non compliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly". *Archives of Internal Medicine*. 150, 841-845.
- Connell B. R. (1996): "Role of the environment in falls prevention". *Clinics Geriatric Medicine*, 12, 859-80.
- Cox, E., Green, K.; Seo, H.; Inaba, M. y Quillen, A.A. (2006): "Coping With Late-Life Challenges: Development and Validation of the Care- Receiver Efficacy Scale". *The Gerontologist*, 46 (5), 640-649



- Cohen, E. y Franco, R. (1993): Evaluación de proyectos sociales. Madrid, Siglo XXI.
- Collin, C.; Davis, S.; Home, V. y Wade, D.T. (1987): "Reliability of the Barthel ADL Index". *International Journal of Rehabilitation Research*, 10, 356-3.57.
- Consejera de Trabajo y Política Social Región de Murcia (2006): "Autonomía y cuidado de las personas mayores". Murcia.
- Corrales, E.; Tardón, A. y Cueto, A. (2000): "Estado funcional y calidad de vida en mayores de sesenta años". *Psicothema*, 12 (2), 171-175.
- Costa, M y López, E. (1986): Salud Comunitaria. Barcelona. Martínez Roca.
- Costa, M y López, E. (2006): Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir. Más allá del counseling. Madrid, Pirámide.
- Cid-Ruzafa, J. y Damián-Moreno, J. (1997): "Valoración de la discapacidad física. El Índice de Barthel". *Revista Española de Salud Pública*, 71, 177-137.
- Damián, J.; Valderrama, E.; Rodríguez, F. y / José María Martín, J.M. (2004): "Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de mayores en Madrid". *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 268-74
- De Alba, C.; Baena, JM.; de Hoyos Alonso, MC.; Gorroñoigoitia, A.; Litago, C.; Martín, I. y Luque, A. (2003): "Actividades preventivas en los mayores". *Atención Primaria*, 32(2), 102-20.
- D'Arcy, C.; Holman, J.; Bennett, N. y De Klerk, N. (2001): "Preventing Falls in Older People: Outcome Evaluation of a Randomized Controlled Trial". *Journal of American Geriatrics Society*, 49 (11), 1448-1455.
- Debra, J. R. (2005): *Equilibrio y movilidad con personas mayores*. Paidotribo.
- Defensor del Pueblo (2000): *La atención Sociosanitaria en España. perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*. Madrid.
- De la Revilla, L.; Bailón, E.; De Dios Luna, J.; Delgado, A; Prados, M. A. y Freitas, L. (1991): "Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia". *Atención Primaria*, 8, 688-92.
- De la torre Maslucan, J.; Shimabukuro, R.; Varela, L.; Krüger, H.; Huayanay, L.; Cieza, J. y Gálvez, M. (2006): "Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia". *Acta Médica Peruana*, 23 (3), 144-147.
- Del Barrio, M. V. (dir.) (2003): Evaluación psicológica en contextos aplicados. Madrid, UNED.
- Del Río, D. (2003): Métodos de investigación en Educación. Madrid, UNED.
- Dengra, R.; Durán, R.; Castillo, R. y Nieto, C. (1988): El programa de desarrollo individual en el área de socialización. Técnicas de intervención, evaluación y tratamiento. Instituto de Ciencias de la Educación, Universidad de Granada.
- Dengra, R. y Durán, R. (1989): " El psicólogo en los programas de salud" en *Psicología de la Intervención Escolar*, Monografía, 15-27.
- Dengra, R; Durán, R y Delgado, J.F. (1995): *Trabajo interdisciplinar en personas con discapacidad*. En M. Verdugo (comp), Manual de personas con discapacidad. Madrid, Siglo XXI.
- Dengra, R.; Rodríguez, E.; Rodríguez, J. M.; Serna, L.; Delgado, J. F.; León, E. (1996): "La importancia de las actitudes en el diseño e implementación de programas dirigidos a personas mayores: un estudio piloto en la provincia de Granada, INSERSO, Cuartas Jornadas de Intervención Social del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid: Transformación Social y Compromiso de los profesionales, Madrid, INSERSO.

- Dengra, R; Mérida, C.; Cobos, A. y Gálvez, M.C. (2000): *Variables biopsicosociales que inciden en la participación de los mayores en programas comunitarios. Intervención en habilidades interpersonales y resolución de problemas. Necesidad, factibilidad, utilidad*. En R. Rubio (comp), Temas de Gerontología III. Vicerrectorado de Extensión Universitaria y de Enseñanzas propias.
- Dengra, R. (2001): "Provisión de servicios en cascada para personas mayores con dependencia: actuación desde los Servicios Sociales Comunitarios". Forum Sanitaris Barconis (FOSBA 2000). Barcelona.
- Dengra, R. (2002): "Provisión de servicios y programas en cascada para personas mayores con dependencia: los programas de intervención comunitaria en servicios sociales". Suficiencia Investigadora. Universidad de Granada.
- De Paúl, J. y Larrión J.L. (2006): "El maltrato a los mayores. Algunas cuestiones generales". En De la Cuesta (Ed). El maltrato de Personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar. Hurkoa Fundazioa.
- Díaz Veiga, P. (1987): "Evaluación del apoyo social", en R. Fernández Ballesteros (coord), *El ambiente: Análisis Psicológico*, Madrid, Pirámide.
- Dierckx, E., Engelborghs, S., De Raedt, R.; De Deyn, P.P. y Ponjaert-Kristoffrsen, I. (2007): "Differentiation between mild cognitive impairment, Alzheimer's disease and depression by means of cued recall". *Psychological Medicine*, 37, 747-755
- Diputación de Granada (2003): "Memoria de gestión 1.999 – 2003". Granada.
- Dobkin, B.H. (2005): "Rehabilitation after Stroke". *New England Journal of Medicine*, 352(16), 1677- 1684
- Dolan V. (1999): "Risk factors for elder abuse". *Journal of Insurance Medicine*. 31, 13-20.
- Domínguez-Alcon, C. (1998): "Cuidado informales de apoyo y políticas de vejez". *Index de Enfermería*, 23, 15-21.
- Dorly, J.H. Deeg y Robert J.van Zonneveld (1990): "The association between change in cognitive function and longevity in dutch elderly". *American Journal of Epidemiology*, 132(5), 973-98
- Drummond, M; Stoddart, G y Torrance, G. (1991): Métodos para la evaluación económica de los programas de atención a la salud. Madrid, Díaz de Santos.
- Durán, M.A. (1991). El tiempo y la economía española. *ICE: Revista de Economía*, 695, 9-48.
- D' Zurilla, T. J., "Social problem solving and negative affective conditions", en P. C. Kendall y D. Watson (comps.), *Anxiety and depression: distinctive and overlapping features*, San Diego, Calif., Academic Press, 1989.
- Egea C, Sarabia A. (2001). "Experiencias de aplicación en España de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías". Madrid. Real Patronato sobre Discapacidad. Documento núm 58.
- Elam, J. T.; Graney, M. J.; Beaver, T.; ElDerwi, D.; Applegate, W. B. y Miller, S. T. (1991): "Comparisons of subjective ratings of function with observer's functional ability of frail older persons". *American Journal of Public Health*., 81, 1127-1130.
- Elipe, M.P. (2005): Condicionantes afectivos de la fragilidad en personas mayores. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.
- Epps, S. y Jackson, B J. (2000): Empowered families, successful children. En: Early intervention programs that work. Washington DC: American Psychological Association 2000. p. 135-162
- ETAN (working group). (1998): The Ageing Population and Technology: Challenges and Opportunities. Bruselas: Comisión Europea. DGXII.

- Fernández-Alonso, M.C. y Herrero- Velázquez, S. (2006): "Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I)". *Atención Primaria*, 37(1), 56-9.
- Fernández-Capo, M. y Gual-García, P. (2005): "Sentido del cuidado y sobrecarga". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40(3), 24-29
- Fernández-Ballesteros, R. (1992): *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*, Madrid, SG Editores.
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir) (1995): *Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de Salud*. Madrid, Síntesis.
- Fernández-Ballesteros, R.; Izal, M.; Montorio, I.; González, J. L. y Díaz, P. (1995): *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*, Barcelona, Martínez Roca.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000): *Gerontología social. Una introducción*. En R. Fernández-Ballesteros, (dir.). *Gerontología Social*. Madrid, Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2007): "Psicogerontología: su importancia como ámbito aplicado". *INFOCOP*. 34, 4-6.
- Fernández, C., Caballer, J., Saiz, M.P., Martínez, S. y Bobes G. J. (2006): "La depresión en el anciano en una zona rural y su intervención con otros factores". *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(6), 355-361.
- Fernández Peña, R. (2005): "Redes sociales, apoyo social y salud". *Periférica. Revista de recerca i investigació en antropologia*, 3, 1-16.
- Ferrer, A., Formiga, F., Henríquez, E., Combarte Bonfill, I. y Olmedo, C. (2006): "Evaluación funcional y cognitiva en una población urbana de mayores de 89 años. Estudio NonaSantFeliu". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 41(1), 21-26.
- Fillenbaum, G.G. (1984): *The wellbeing of the elderly. Approaches to multidimensional assessment*. Ginebra: WHO Offset Publications, nº 84.
- Fratiglioni, L.; Wang, H.; Ericsson, K.; Maytan, M. y Winblad, B. (2000): "Influence of Social Network on Occurrence of Dementia: a Community Based Longitudinal Study". *Lancet*, 355, 1315-1319.
- Fliman KM. (1996): "Algunos aspectos de la historia del maltrato al adulto mayor". *Geriatriska, Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*, 12, 13-20.
- Frazier, L., Johnson, P., Gonzales, G. y Kafka, C. (2002): "Psychosocial influences on possible selves: a comparison of three cohorts of older adults". *International Journal of Behavioural Development*, 26(4), 308-317
- Friedman, S.M., Munoz, B., West S.K., Rubin, G.S. y Fried, L.P. (2002): "Falls and Fear of Falling: Which Comes First? A Longitudinal Prediction Model Suggests Strategies for Primary and Secondary Prevention". *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(8), 1329-1335.
- Field, D. y Minkler, M. (1988): "Continuity and change in social support between young-old and old-old- or very-old age". *Journal of Gerontology*, 34(4), 100-106.
- Folstein, M.; Folstein, S. y Mc Hugh P.R. (1975): "Minimental state: A practical method for grading the cognitive state patients for the clinicians". *Journal Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Folstein, M.; Anthony, J.C. y Parhad, Y. (1988): "The meaning of cognitive impairment in the elderly". *Journal American Geriatrics Society*. 18, 716-726.
- Gallagher, D. Rose, L., Rivera, P. Lovett, S., y Thompson, L.W. (1989): "Prevalence of depression in family caregivers". *The Gerontologist*, 29, 449-456.
- Gallardo, J.A. (2004): "El desarrollo físico, cognitivo y psicosocial en la adulted y en la vejez". En M.V. Trianes y J.A. Gallardo (coord), *Psicología de la educación y del desarrollo en contextos escolares*. Madrid, Pirámide.

- Gallardo, J.A. y Ruiz, I. (2002): "Impacto psicológico de la negligencia familiar (leve versus grave) en un grupo de niños y niñas". *Anales de psicología*, 18(2), 261-272.
- Gallego, A.J. (2006): "*Derechos y obligaciones de los trabajadores*". En J. Vida Soria (dir) y J.M. Viñas (coord) -4ª edición-, Manual para la formación en prevención de riesgos laborales: nivel básico. Valladolid, Lex Nova.
- Gallego, A.J. (2002): "*Los colegios profesionales*". En C. Molina, J.L. Monereo y M.N. Moreno (coord), Comentario a la constitución socio-económica de España. Granada. Comares.
- Gallego, A.J. (1996): Colegios profesionales y sindicatos: confluencias y tensiones. Granada, Comares.
- Gallego, A.J. (1993): "*Profesionalización, desprofesionalización y fórmulas organizativas*". En K.J. Albiez, J.L. Pérez-Serrabona y B. Moreno (coord), El ejercicio en grupo de profesiones liberales. Granada, Universidad de Granada.
- Garcés, J.; Ródenas, F. y Sanjosé, V. (2006): "Suitability of the health and social care resources for persons requiring long-term care in Spain: an empirical approach". *Health Policy*, 75, 121-123.
- García, A. y Reguero, J. (2007): Cuestiones sobre la dependencia. Granada, Comares.
- García, E (1993): Introducción a la psicometría. Madrid, Siglo XXI.
- García, F.J. y Manubens, J.M. (2004): "Enfermedad de Alzheimer evolucionada. Concepto y epidemiología". *Medicina Clínica, Monografía (Barcelona)*, 5(6): 3-8.
- García, M. V. (1992): El método experimental en la investigación psicológica. Barcelona. PPU.
- García-Calvente M<sup>a</sup>.M. y Mateo-Rodríguez, I. (2004): "El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad". *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 132-139.
- García-Calvente, M<sup>a</sup>.M.; Mateo-Rodríguez, I. y Maroto-Navarro, G (2004): "El impacto de cuidar en la salud y calidad de vida en las mujeres". *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 83-92.
- Gavilán, E.; Morales M.; Hoyos J. A. y Pérez A. M. (2006): "Polimedicación y prescripción de fármacos inadecuados en pacientes ancianos inmovilizados que viven en la comunidad". *Atención Primaria*, 38(9), 476-482.
- Gaynor, S.E. (1990): "The Long Haul: The Effects of Home Care on Caregivers". *Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 208-213.
- Gázquez, J. J.; Pérez MC.; Miras, F.; Yuste, N.; Lucas, F. y Ruíz, M<sup>a</sup> D. (2007): "Análisis y satisfacción del Servicio de Ayuda a Domicilio en la provincia de Almería". *Anales de Psicología*, 23 (1), 101-108
- Gibeau, J.L., Anastas, J.W. (1989): "Breadwinners and caregivers: interviews with working women". *Journal of Gerontological Social Work*, 14, 19-40.
- Gil, J. A. (2003): Métodos de investigación en educación. Madrid. UNED.
- Gillespie L.D, Gillespie W.J, Cumming R, Lamb S.E y Rowe B.H. (2001): Interventions to reduce the incidence of falling in the elderly. The Cochrane Library, issue 2
- Gispert, R.; Ruíz-Ramos, M.; Arán, M<sup>a</sup> .; Viciano, F. y Clot -Razquin, G (2007): "Diferencias en la esperanza de vida libre de discapacidad por sexo y Comunidades Autónomas en España". *Revista Española de Salud Pública*, 81, 155-165.
- Gómez, MA.; Martos, A.J. y Castellón, A. (2005): "La capacidad funcional y el apoyo social informal en un grupo de personas mayores institucionalizadas". *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15(2), 85-91.
- González, A. (2003): La consolidación del Estado del bienestar en España. Consejo Económico y Social. Madrid.
- González, A.; Fernández, C.; García, G.; Amigo, I., Arce, C.; Padierna, C. y García, E. (2005): "Control de síntomas en pacientes oncológicos terminales ingresados en hospitalización domiciliaria". *Psicooncología*, 2(1), 3-20.

- González, M.; Buján, I; López, G.; Longa, I. y Cacho, L. (2004): "Reflexiones sobre el maltrato al anciano en la sociedad occidental". *Revista Cubana Medicina General Integral*, 20(1).
- Gonzalo, E. y Pasarín, M<sup>a</sup>. I. (2004): "La salud de las personas mayores", *Gaceta Sanitaria*, 18 (1), 69-80.
- Gort, A., Mingot, M., Xavier, G.; Soler, T.; Torres, G.; Sacristán, O.; Miguelsanz, S.; Nicolas, F.; Pérez, A.; De Miguel, M. y Cabau, J (2007): "Use of the Zarit Scale for assessing caregiver burden and collapse in caregiving at home in dementias". *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(10), 957-962.
- Gottlieb, B.H. (1983a): *Social support strategies: Guidelines for Mental Health Practice*, Beverly Hills, Sage.
- Gottlieb, B. H. (1983b): "Social support as a focus for integrative research in psychology". *American Psychology*, 38, 427-460.
- Gracia, E.; Herrero, J. y Musutu, G. (1995): *El apoyo social*. Barcelona, P.P.U.
- Graciano, A., Benegas, J.R., Guayar- Castellón, P., Domínguez-Rojas, V. y Rodríguez-Artalejo, F. (2006): "Cognitive Assessment of the Non-Demented Elderly Community Dwellers in Spain". *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 21,104-112.
- Grande, I. (1993): *Marketing estratégico para la tercera edad*, Madrid, ESIC.
- Granger, C.V.; Dewis, L.S.; Peters, N.C.; Sherwood, C.C. y Barrett, J.E. (1979): "Analysis of repeated Barthel index measures". *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 60, 14-17.
- Gutiérrez, J., Galeano, R. y Solano, J. (1998): "Evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria. Análisis de algunas variables que influyen en su medición". *Publicaciones Nexos Ediciones S.L. (recurso electrónico)*.
- Gurwith, J.H. y Avom, J. (1991): "The ambiguous relation between ageing and adverse drug reactions". *Annals of Internal Medicine*. 114, 956-966.
- Gurwitz, J.H.; Field, T.S.; Harrold, L.D.; Rothschild, J.; Debellis, K. y Seger, A.C. et al. (2003) "Incidence and preventability of adverse drugs events among older persons in the ambulatory setting". *Journal of the American Medical Association*, 289, 1107-1116.
- Hair, J.; Anderson, R.; Tatham, R. y Black, W. (1999): *Análisis Multivariante*. 5/e. Madrid, Prentice Hall.
- Harlow, R. y Cantor, N. (1996): "Still Participating after all these years: a study of life task participation in later life". *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 6, 1235-1249.
- Harvey, R.J.; Skelton-Robinson, M. y Rossor, M.N. (2003): "The prevalence and causes of dementia in people under the age of 65 years". *Journal Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 74, 1206-1209.
- Hébert, R., Lévesque, L.; La Voie, J.P; Véxina, J.; Gendron, C.; Préville, M.; Ducharme, F.; Hébert, L. y Voyer, L. (1999): "Ayuda a los cuidadores de personas afectadas de demencia que viven en el domicilio". *Año Gerontológico*, 13, 217-234.
- Henderson, S. (1992): " Social support and depression" en H. Veiel y U. Bauman. (eds), *The meaning and measurement of social support*. Nueva York. Hemisphere.
- Herrera Gómez, M. (1998): "Nuevos desvaríos en políticas sociales: La Community Care". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 82, 249-281.
- Herrero, J. y Gracia, E. (2005): "Redes sociales de apoyo y ajuste biopsicosocial en la vejez: un análisis comparativo en los contextos comunitario y residencial". *Intervención Psicosocial*, 14(1), 41-50.

- Hervás, A. y García de Jalón, E. (2005): "Situación cognitiva como condicionante de fragilidad en el anciano. Perspectiva desde un centro de salud". *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, (ISSN 1137-6627) 28(1).
- Hibbard, J.; Neufeld, M.N. y Harrison, M.J. (1996): "Gender Differences in the Support Networks of Caregivers". *Journal of Gerontological Nursing*, 22(9), 15-23.
- Hoening, H.; Mayers-Oakes, S.A.; Sibens, H.; Fink, A.; Brummel-Smith, K. y Rubenstein, L.V. (1994): "Geriatric Rehabilitation: what do physicians know about it and how should they use it". *Journal American Geriatrics Society*, 42, 341-347.
- Hoeymans, N.; Feskens, E. J. M.; Van Den Bos, G. A. Y Kromhout, D. (1996): "Measuring functional status: cross-sectional and longitudinal associations between performance and self-report". *Journal of Clinical Epidemiology*, 49, 1103-1110.
- Hogan, D.P., Eggebeen, D.J., Clogg, C.C. (1993): "The structure of intergenerational exchanges in American families". *American Journal of Sociology*, 98, 1428-1458.
- Holtzman, R. E. Rebok, G. W.; Saczynski, J. S.; Kouzis, A. C.; Doyle, K. W. y Eaton, W. W. (2004): "Social Network Characteristics and Cognition in Middle-Aged and Older Adults". *Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences Social Sciences*, 59B, 278-284.
- Horgas, A.L., Wahl, H.W. y Baltes, M.M. (1996). Dependency in Late Life. En L. Cartersen, B.A Edelstein y L. Dornbrand (Eds.), *Handbook of Practical Gerontology*, New York: SAGE
- House, J.S.; Robbins, C. y Metzner, H.C (1982): "The association of social relationships and activities with mortality: Perspective evidence from. The Teauseh community health study ". *American Journal of Epidemiology*, 116, 123-140.
- Howland, J.; Lachman, M.E.; Peterson, E.W.; Cote, J.; Kasten, L. y Jette, A. (1998): "Covariates of fear of falling and associated activity curtailment". *The Gerontologist*, 38, 549-555.
- Hydle I. (1989): "Violence against the elderly in Western Europe. Treatment and preventive measures in the health and social service fields". *Jornal Elder Abuse and Neglect*, 1, 75-87.
- Idler, E.; Ronald, J.A. (1990): "Self-rated Health: and Mortality in Th NHAMES-I Epidemiologic follow-up study". *American Journal of Public Health*, 80, 446-452
- Instituto Estadística de Andalucía –IEA- (2006): "Dependencia y solidaridad en las redes familiares". Sevilla.
- Izal, M. y Fernández-Ballesteros, R. (1990): "Modelos ambientales sobre la vejez". *Anales de Psicología*, 6(2), 181-198
- Izal, M. y Montorio, I. (1994). *Evaluación del medio y del cuidador del demente*. En T. Del Ser y J. Peña (eds.). Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona, Prous.
- Izal, M. y Montorio, I. (1996): "Adaptación en nuestro medio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en distintos subgrupos: residentes en la comunidad y asistentes a hospitales de día", *Revista de Gerontología*, 6, 329-337.
- Izal, M.; Montorio, I.; Nuevo, R. y Pérez-Rojo, G. (2007): "Comparación de la sensibilidad y la especificidad entre diferentes versiones de la Escala de Depresión Geriátrica". *Revista de Geriátrica y Gerontología*, 42(4), 199-253.
- Instituto de Migraciones y Servicios Sociales –IMSERSO- (2002): Libro blanco accesibilidad. Madrid.
- Instituto de Migraciones y Servicios Sociales –IMSERSO- (2002): Libro verde accesibilidad. Madrid.
- Instituto de Migraciones y Servicios Sociales –IMSERSO- (2003): I Plan Nacional de Accesibilidad 2004 – 2012. Madrid.

- Instituto de Mayores y Servicios Sociales –IMSERSO- (2005a): Cuidado a los Mayores en los Hogares Españoles. Situación y evolución del apoyo informal a los mayores en España. Informe de resultados. Madrid.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales –IMSERSO- (2004): “Informe las personas mayores en España”. Madrid.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales –IMSERSO- (2004): Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España. Cap. VIII “Presupuestos y recursos económicos destinados a la dependencia”. Madrid.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales –IMSERSO- (2005b): “Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles. El entorno familiar”. Madrid.
- Instituto Edad y Vida (2005): “Dónde y cómo prefieren vivir los mayores de hoy y mañana en España”. Madrid.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales –IMSERSO- (2006): “Informe 2006. Las personas mayores en España”. Madrid.
- Instituto Nacional de Estadística –INE- (2004): *Encuesta nacional de salud (Datos provisionales)*. Periodo Abril-Septiembre 2003.
- Instituto Nacional de Salud –INSALUD- (1998): Indicadores de prescripción farmacéutica en el Instituto Nacional de Salud. Madrid.
- Instituto Nacional de Servicios Sociales -INSERSO- (1995a): Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar. Madrid.
- Instituto Nacional de Servicios Sociales -INSERSO- (1995b): Cuidados en la vejez. El apoyo informal. Madrid.
- INC -Instituto Nacional de Consumo- (2002): “Informe Programa Detección Accidentes Domésticos y de Ocio. (D.A.D.O)”.
- INE. Base definitiva de la “*Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*”. 1999; 2002.
- Jenaro, C.; Verdugo, M. A.; Caballo, C.; Balboni, G.; Lachapelle, Y.; Otrebski, W. y Schalock, R. L. (2006): “Estudio transcultural de las dimensiones e indicadores de calidad de vida centradas en la persona: una replicación” *Siglo Cero*, 37(2), 27-34.
- Jorm, A. (1994): *La epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y trastornos afines*. Madrid, SG Editores.
- Jorm, A.; Kortem, A.E. y Henderson, A.S. (1987): “The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature”. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 76, 465-79.
- Justicia, F.; Amezcua, J.A. y Pichardo, M.C. (2000): “*Programas de intervención cognitiva*”. Granada, Grupo Editorial Universitario.
- Justicia, F. y Pichardo, M.C. (2007): “*Metodología de investigación en psicología evolutiva y de la educación*”. En E. Fernández de Haro; F. Justicia y M.C. Pichardo, *Enciclopedia de Psicología Evolutiva y de la Educación*. Málaga, Ediciones Aljibe.
- Jylhä, M. y Aro, S. (1989): “Social Ties and Survival Among the Elderly in Tampere, Finland”. *International Journal of Epidemiology*, 18 (1), 158-164.
- Kane, R.A. y Kane, R.L. (1993): *Evaluación de las necesidades en los ancianos: Guía práctica sobre los instrumentos de medición*. Madrid, SG Editores.
- Kastenbaun, R. (1990): “Prevención de los problemas relacionados con la edad”, en L. L. Carstensen y B. A. Edelstein (comp.), *Intervención psicológica y social*, Barcelona, Martínez Roca.
- Katz, S. y Akpom, C. A. (1976): A measure of primary sociobiological functions. *International Journal of Health Services*, 6, 493–507.

- Kiecolt-Glaser, J.K. y Glaser, R. (1994): Caregivers, mental health and immune functions, en E. Light, Niederehe y B.D. Lebowitz (eds.). *Stress effects on family caregivers of Alzheimer patients*, Nueva York: Springer.
- Korner-Bitensky, N.; Wood-Dauphine, S. (1995): "Barthel Index information elicited over the telephone, Is it reliable?". *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 74, 9-18.
- Kosberg, J. (1988): Preventing elder abuse. Identification of high risk factors prior to placement decisions. *Gerontologist*, 28, 43-50
- Kotler, P. y Roberto, E. L. (1992): *Marketing Social*. Madrid, Díaz Santos, S.A.
- Krause, N.; Liang, J. y Gu, S. (1998): "Financial Strain, Received Support, Anticipated Support and Depressive Symptoms in the People's Republic of China". *Psychology Aging*, 13(1), 58-68.
- Lachs, M.; Williams, C. y O'Brien, S. (1997): Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine year observational cohort study. *Gerontologist*, 37, 469-474
- Larrion, J. y De Paul, J. (1994): "El síndrome del anciano maltratado". *Medicina Clínica*, 102, 216-219.
- Lachs, M.; Williams, C.; Obrien, S.; Pillemer, K y Charlson, M. (1998): The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association*, 280, 428-32.
- Laporta, F. J. (2004): "Los derechos sociales y su protección jurídica: introducción al problema" en BETEGÓN, J. (coord.), *Constitución y derechos fundamentales*, Madrid, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- Lawton, M.P. (1975): "The Philadelphia Center Morale Scale: A review". *Journal of Gerontology*, 30, 85-89
- Lawton, M.P. (1972): "Assessing the competence of alder people". En D. Kent, R. Kastenbaum y S. Sherwood (Eds.): *Research Planning and Action for the Elderly*, Nueva York: Behavioural Publications.
- Lawton, M.B. (1977): "The impact of the enviroment on aging behavior" en L. E. Birren y K. W. Schaie (Eds). *Handbook of the Psychology of Aging*. Nueva York. Van Nostrand Reinhold.
- Lázaro del Nogal, M. y Ribera Casado, J.M. (1994): "Tratamiento del paciente anciano con problemas médicos múltiples". *Informe Terapéutico Sistema Nacional Salud*, 18, 109-119.
- Lewinsohn, P.M.; Youngren, M.A. y Grosscup, S.J. (1979): Reinforcement and depression. En R. A. Depue (eds). *The Psychobiology of Depressive Disorders: Implications for the Effects of Stress*, Nueva York. Academic Press.
- Lewinsohn, P.M.; Michel, W.; Chaplin, W. y Barton, R. (1980): "Social competence and depression: the role of illusory self-perceptions?". *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 203-212.
- Libro Blanco: "Atención a las personas en situación de dependencia en España". IMSERSO 2004.
- Liang, J. y Bollen, K. A. (1983): "The structure of the Philadelphia Geriatric Center Morale scale: A reinterpretation". *Journal of Gerontology*, 38, 181-189
- Llitrà i Vrigili, E. (1998): "Propuesta de un indicador de falta de apoyo informal para las personas mayores". *Intervención Psicosocial*. 7(1), 125-141.
- Lobo, A.; Escobar, V.; Ezquerro, J. y Seva Díaz, A. (1979): "El Mini Examen Cognoscitivo: un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos". *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 189-202.
- Lobo, A. y Ezquerro, J. (1980): "El Mini Examen Cognoscitivo: un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes psiquiátricos". *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*, 14(5), 39-57.



- Lobo, A.; Saz, P.; Marcos, G.; Día, J.L.; De la Cámara, C.; Ventura, T.; et al. (1999): "Revalidación y normalización del Mini-Examen-Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica". *Medicina Clínica*, 112, 767-774.
- Loewen, S.C. y Anderson, B.A. (1988): "Reliability of the Modified Motor Assessment scale and the Barthel Index". *Physical Therapy*, 68, 1077-108.
- Lohman, N. (1977): "Correlations of life satisfaction, morale, and adjustment measures". *Journal of Gerontology*, 32, 73-75.
- Lopata, H. Z. (1979): *Women as widows: Support systems*, Nueva York. Elsevier.
- López-Cabanás, M. (1997): *Sistemas de registro en Servicios Sociales Comunitarios. Herramientas imprescindibles para la planificación y evaluación*. Málaga, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga.
- López-García, E.; Banegas, J.R.; Graciani Pérez-Regadera, A.; Gutiérrez-Fisac, J.L.; Alonso, J. y Rodríguez-Artalejo, F. (2003): "Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de salud SF-36 en población adulta de más de 60 años". *Medicina Clínica*, 120, 568-573.
- López, J., López-Arrieta, J. y Crespo, M. (2006): "Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives". *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41(1), 81-94.
- López-Torres, J.; Cerdá, R.; Fernández, C.; Requena, M.; Fernández, C. y Otero, A. (1997): "Factores asociados al consumo de medicación crónica en personas ancianas". *Medicina Clínica*, 108, 572-576.
- Magnen, D. J. y Peterson, W. A. (1982): "Research Instruments in Social gerontology. Vol. II: social Roles and Social Participations. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Mañas, M.D.; Marchán, E.; Conde, C.; Sánchez, S.; Sánchez-Maroto, T. y Molina, M.C. (2005): "Deterioro de la capacidad funcional en pacientes ancianos ingresados en un Servicio de Medicina Interna". *Anales de Medicina Interna*, 22(3), 130-132
- Marín, N.; Delgado, M.; Aguilar, J.; Martínez, M.; Díez, A. y Soto J. (1991): Síndrome de maltrato y abuso en el anciano. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 26, 40-46.
- Martí, D.; Miralles, R.; Lorach, I.; García-Palleiro, P.; Esperanza, A.; Guillén, J. y Cervera, A.M. (2000). "Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 35(1), 7-14.
- Martín, M.; Ballesteros, J.; Ibarra, N.; Loizaga, C.; Serrano, B; Larrumbe, M.J.; Aizcorbe, C. y Berenguer, C. (2002): "Sobrecarga del Cuidador de Pacientes con Enfermedad de Alzheimer y Distres Psíquico. Una asociación relegada en la valoración de las demencias". *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(4), 201-206.
- Martín, M.; Puyo, C.; Lanz, P.; Nadal, S. y Abad, R. (1997): "Anatomía funcional y deterioro cognitivo en la enfermedad de Alzheimer: sus efectos sobre los cuidadores". *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 20(3), 45-50.
- Martín, M.; Salvadó, I.; Nadal, S.; Miji, L.C.; Rico, J.M.; Lanz y Taussing, M.I. (1996): "Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit". *Revista de Gerontología*, 6, 338-346.
- Martínez, J.M. (2001): "Creación de empleo y riqueza a través del desarrollo de programas de intervención con los mayores". *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 11(4), 208-218.

- Martínez, M.; García, M. y Mendoza, I. (1993): "Integración Social y ancianidad. Aportaciones desde el apoyo social". En M. Martínez (ed), *Psicología Comunitaria*, Sevilla, Eudema.
- Martínez, M.; García, M. y Mendoza, I. (1996): *Redes de apoyo social en los ancianos*. En IV Jornadas de Intervención Social del COP (vol.3). Madrid: INSERSO. Ministerio de Asuntos Sociales.
- Martínez, M.; Mora, T. y Rosel, J. (2000): "Metodología de medición del apoyo psicosocial en la tercera edad". I Congreso Hispano-Portugués de psicología: hacia una psicología integradora. Santiago de Compostela. 21, 22 y 23 de Septiembre.
- Martínez de la Iglesia, J.; Onís Vilchez, M.C.; Dueñas Herrero, R.; Alber Colomer, C.; Aguado Taberna, C. y Luque Luque, R. (2002): "Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años. Adaptación y validación". *Revista de Medicina Familiar y Comunitaria*, 12(10), 620-630.
- Martínez de la Iglesia, J.; Onís Vilches, M.C.; Dueñas Herrero, R.; Aguado Taberné, C.; Albert Colomer, C.; Arias Blanco, M. (2005): "Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesavage para el cribado de la depresión". *Atención Primaria*, 35(1), 14-21.
- Mas, M.A.; Cañameras, N.; Llobera, J.; Esperanza, A.; Muniesa, J.M; Miralles, R. y Cervera, A. (2007): "Algoritmo de actuación frente al deterioro de la capacidad funcional reciente: rehabilitación y niveles asistenciales". *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 17(2), 111- 114.
- Mayor, J (dir) (1986): *Sociología y psicología social de la educación*. Madrid, Anaya.
- McAvay, G., Van Ness, P.; Bogardus, S.; Zhang, Y.; Leslie, D.; Leo-Summers, L. y Inouye, S. (2007): "Depressive Symptoms and the Risk of Incident Delirium in Older Hospitalized Adults". *The American Geriatrics Society*, 55(5), 684-691.
- Medina, M.E.; Fernández, J.; Fuentes, M.; Hernández, M. y Pérez, R. (1998): "Evaluación del impacto de cuidadores del Servicio de Ayuda a Domicilio". *Anales de Psicología*, 14(1), 105-126.
- Medina, M.E. y Carbonel, M.C. (1999): "La implantación de la calidad en servicios sociales. Desafío a la tradición". *Papeles del Colegio*, 74, 25-37.
- Medina, M.E. y Carbonel, M.C. (2004): "Evaluación de la calidad de vida de las personas mayores en el municipio de Murcia". *Anales de Psicología*, 4, 179-16.
- Mendes de León, C.F.; Glass, T.A y Berkman, L.F. (2003): «Social Engagement and Disability in a Community Population of Older People. The New Haven EPESE», *American Journal Epidemiology*, 157, 633-642.
- Meneu, R. (2000): "Los costes de las actuaciones sanitarias inadecuadas". *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 7, 378-385.
- Meneu, R. y Peiró, S. (1997): "La revisión del uso inapropiado de la hospitalización en España: ¿de la comunicación científica a la utilización práctica?". *Todo Hospital*, 134, 53-60.
- Milner, J.S. (1990a): "Contemporary issues in an aging society." En: Ferrero KF, editor. *Elder abuse and neglect*. New York: Springer; p. 316-32.
- Milner, J.S. (1990b): *Elder abuse and Neglect*. En: Ferrero KF, ed. *Gerontology: Perspectives and Issues*. New York. Springer.
- Minicuci, N.; Noale, M.; Pluijm, S. M.F.; Zunzunegui, M.V.; Blumstein, T.; Deeg, D.J.H.; Bardage, C. y Jylhä, M. (2004): "For the CLESA Working Group. Disability-free Life Expectancy: a Cross-national Comparison of Six Longitudinal Study on Aging. The CLESA Project". *European Journal of Aging*, 1, 37-44.

- Ministerio de Sanidad y Consumo (1989). *Uso de medicamentos en la tercera edad. Situación en España*. Madrid, EDIS.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 1997. Madrid. [<http://www.msc.es/salud/epidemiologia/ies/encuesta/encuesta.htm>].
- Minkler, M. (1985): "Social support and health of the elderly". En S. Cohen y L. C. Syme (eds), *Social support and health*. Nueva York. Academic Press.
- Montero, I. y León, O. G. (2005): "Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (1), 115-127.
- Montorio, I. (1990): "Evaluación psicológica en la vejez: Instrumentación desde un enfoque multidimensional". *Tesis doctoral no publicada*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Montorio, I. (1994): *La persona mayor: Guía aplicada de evaluación psicológica*, Madrid, IMSERSO.
- Montorio, I.; Izal, M. (1999): "Cambios asociados al proceso de envejecimiento", en M<sup>a</sup>, Izal y I, Montorio (dir.), *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*, Madrid, Síntesis.
- Montorio, I.; Izal, M.; López, A. y Sánchez, M. (1998). "La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga". *Anales de Psicología*, 14(2), 229-248.
- Montorio, I.; Izal M.; y Losada, A. (2002): "Dependencia y autonomía funcional en la vejez. La profecía que se autocumple". *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 12(2), 61-71.
- Montorio, I. y Losada, A. (2004): "Una visión de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional". *Boletín Sobre el Envejecimiento. Perfiles y tendencias*, 13, Madrid, IMSERSO.
- Montorio, I.; Pérez-Rojo, G. e Izal, M. (2005): "Factores de riesgo de maltrato y/o negligencia hacia las personas mayores dependientes en el ámbito familiar. Estudio exploratorio". *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 40(3), 69-63.
- Montserrat-Codorniu, J. (2006): "El gasto en los mayores: el reto de la dependencia". *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 41(1), 39-47
- Montserrat-Codorniu (2004): "Los costes de la protección social de la dependencia para la población mayor: Gasto razonable versus gasto actual", en Casado, D. (dir.), *Respuestas a la dependencia*, Madrid, CCS.
- Moragas, R. (1999): *El reto de la dependencia al envejecer*. Herder, S.A.
- Morera, B. (2006): *Perfil Psicológico del maltratador*. En De la Cuesta (Ed). *El maltrato de Personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar*. Hurkoa Fundazioa.
- Moruno, P. (2006). *Actividades de la Vida Diaria*. Madrid. Masson.
- Mossey, J.M., Shapiro, E. (1982): "Self-rated Health: A predictor of mortality among the elderly". *American Journal of Public Health*, 72, 800-808.
- Moya, A. y Barbero, J. (coord.) (2005): *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Observatorio de personas Mayores. IMSERSO.
- Muñoz, J. (2002): *Psicología del envejecimiento*. Madrid, Pirámide.
- Muñoz, J. (2004a): "Teorías explicativas sobre malos tratos en personas mayores. Factores de riesgo". En J. Muñoz, *Personas mayores y malos tratos*. Madrid, Pirámide.
- Muñoz, J. (2004b): "Prevención de malos tratos en personas mayores". En J. Muñoz, *Personas mayores y malos tratos*. Madrid, Pirámide.

- Muñoz, J. y Alix, C. (2004a): “Programas de intervención en malos tratos y negligencia en personas mayores”. En J. Muñoz, Personas mayores y malos tratos. Madrid, Pirámide.
- Muñoz, J. y Alix, C. (2004b): “Instrumentos de evaluación del maltrato y la negligencia en personas mayores: diagnóstico y tratamiento de casos”. En J. Muñoz, Personas mayores y malos tratos. Madrid, Pirámide.
- Muñoz, J. y Tapia, C. (2004): “Entorno familiar y maltrato”. En J. Muñoz, Personas mayores y malos tratos. Madrid, Pirámide.
- Murphy, S. L.; Williams, C. S. y Gill, T.M. (2002): “Characteristic associated with fear of falling and activity restriction in community-living older persons”. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(3), 516-520.
- Navarro, V. (2001): *La atención domiciliar de los mayores en la ciudad de Barcelona: Propuestas para su universalización*. Universidad Pompeu Fabra. Instituto de Educación Continua (IDEC).
- Navarro, V. (2006): El subdesarrollo social en España. Anagrama, S.A.
- Navarro, V. y Quiroga, A. (2005): “La protección social en España”, en Navarro, V. (dir.), *La situación Social en España*, Madrid, Fundación Francisco Largo Caballero y Biblioteca Nueva.
- Nebot, M.; La fuente, J. M.; Tomás, Z.; Borrell, C. y Ferrando, J. (2002): “Efecto protector del apoyo social en la mortalidad en población anciana: un estudio longitudinal”. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 673-682
- Neugarten, B. (1999). *Los significados de la edad*. Barcelona, Herder.
- Nezu, A. M. y Nezu, C. M. (1991): “Entrenamiento en solución de problemas”, en Caballo, V. (comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*, Madrid, Siglo XXI de España Editores.
- OMS (1987): *Continuity Care of the Elderly*. Ginebra: Organización Nacional de la Salud.
- OMS (1987): *Healthy Aging*. Ginebra, Organización Nacional de la Salud.
- OMS (1983): *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*. Madrid, INSERSO.
- OMS (2001): *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de las Discapacidad y de la Salud*. Madrid, IMSERSO.
- Otero, A.; Zunzunegui, M. V.; Béland, F.; Rodríguez, A. y García de Yébenes, M. J. (2006): *Relaciones sociales y envejecimiento saludable*. Bilbao. Fundación BBVA,
- Palacios R, E y Abellán, G. (2007). “Diferentes estimaciones de la discapacidad y la dependencia en España”. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 56. [Fecha de publicación: 24/05/2007, versión 09]. <http://www.imsersomayores/documentos/documentos/abellan-estimaciones-09.rtf>.
- Palmer, S. y Glass, Th A. (2003): “Family Function and Stroke Recovery: A Review.” *Rehabilitation Psychology*, 48 (4), 255-265
- Paoletti I. (1999): “A Hola Life: Women Caregivers of Older Disabled Relatives”. *Journal of Women and Aging*, 11(1), 53-67.
- Pascual Torramadé, J.; Navarro, S. y Fontanals de Nadal, M.D. (2006): “Uso de herramientas sencillas de valoración para clasificar las cargas de trabajo asistencial según la dependencia”. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 41(3), 164-170.
- Patterson, C. (1994): *Secondary prevention of elder abuse*. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa: Health Canada. 922-929.

- Patterson, R. L. y Eberly, D.A. (1983): "Social and daily living skills". En P. M. Lewinsohn y L. Teri (eds.), *Clinical geropsychology: News directions in assessment and treatment*. Nueva York: Pergamon Press, p.116-138.
- Pavot, W. y Diener, E. (1993): "Review of the Satisfaction with Life Scale". *Psychological Assessment*, 5(2), 164-172.
- Pearlin, L.I. y Skaff, M.M. (1995): Stressors in adaptation in late life en M. Gatz (ed.). *Emerging issues in mental health and aging*, Washington: APA.
- Pedrerá, J. D.; Canal, M. L.; Lavado, J. M.; Postigo, S.; Sánchez, M. y Durán, N. (1999): "Estudio de salud de las personas mayores en Extremadura: consumo de fármacos y patologías crónicas más frecuentes". *Revista Española de Salud Pública*, 73, 677-686.
- Peiro, S.; Meneu, R.; Rosello, M.L.; Portella, E.; Carbonell-Sanchis, R.; Fernández, C.; Lázaro, G.; Llorens, M.A.; Martínez-Mas, E.; Moreno, E.; Ruano, M.; Rincón, A. y Vila, M. (1996): "Validez del protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización". *Medicina Clínica*, 107(4), 124-129.
- Pelechano, V. y de Miguel, A. (1994): "Habilidades interpersonales y salud en la vejez", en J. Buendía (comp.), *Envejecimiento y psicología de la salud*, Madrid, Siglo Veintiuno de España Editores.
- Penninx, B. W.; Leveille, S.; Ferrucci, L.; Van Eijk, J.T. y Guralnik, J. M. (1999): "Exploring the Effect of Depression on Physical Disability: Longitudinal Evidence from The Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly". *American Journal of Public Health*, 89(9), 1346-1352.
- Perdomo, J. G. (1989): *Servicios Sociales. Leyes Autonómicas*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Pérez, A. (1995): *Enfermería Geriátrica*. Madrid, Síntesis.
- Pérez, M.; Pelegrina, S.; Justicia, F. y Godoy, J.F (1995): "Memoria cotidiana y metamemoria en ancianos institucionalizados". *Anales de Psicología*, 11(1), 47-62.
- Pérez, M. y Yanguas J. J. (1998): "Dependencia, personas mayores y familias. De los enunciados a las intervenciones". *Anales de Psicología*, 14(1), 95-104.
- Pérez-Rojo, G.; Izal, M. y Montorio, I. (2005). Factores de riesgo de maltrato y/o negligencia hacia las personas mayores dependientes en el ámbito familiar. Estudio exploratorio. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 40(3), 69-63
- Pérez-Rojo, G. y Penhale, B. (2006). "Maltrato de las personas mayores: situación actual en el Reino Unido. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 41(5), 289-96.
- Petrowsky, M. (1976): "Marital status, sex and the social Networks of the Elderly". *Journal of marriage and the Family*, 38, 749-756.
- Pichardo, M.C.; Amezcua, C. y Amescua, J.A. (2004): "Dimensiones y perspectivas teóricas de la autorregulación del aprendizaje". *Revista Educación. Universidad de Granada*. 17, 227-239.
- Pillemer, K. y Finkelhor, D. (1988): "The prevalence of elder abuse: a random sample survey". *Gerontologist*, 28, 51-57.
- Pinazo, S. (2005). Las abuelas y los abuelos en la familia: el caso de las abuelas/os itinerantes. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15(3), 178-187).
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2001): "Gender differences in self concept and psychological well being in old age: A meta analysis". *Journal of Gerontology*, 56B (4), 195-216
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2003): "Differences between Caregivers and Noncaregivers in Psychological Health and Physical Health: A Meta-Analysis". *Psychology and Aging*. 18. 250-267.
- Polaino-Lorente, A. (1987): *Educación para la salud*, Barcelona, Herder.

- Porras, A. (1991): "Derechos e intereses. Problemas de tercera generación". *Revista del Centro de Estudios Constitucionales*, 10, 219-232.
- Porras, A. (1997): "Estado social y Estado Autonómico" en *Estudios de Derecho Público. Homenaje a Juan José Ruiz-Rico*, Madrid, Tecnos, Vol. II.
- Porras, A. (2006): Estado Social y Políticas de Bienestar: ámbitos problemáticos a comienzos de siglo XXI. Foro Andaluz de Derechos Sociales. 15 – 16 de mayo. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Sevilla.
- Prados, C. (2001): "Prevención y mantenimiento de la autonomía de los mayores: la ayuda a domicilio". *Cuadernos de Trabajo Social*, 14, 291-300.
- Price, R. H.; Cowen, E. L.; Lorion, R. P. Y Ramos-McKay, J. (Eds.) (1988): *14 ounces of prevention: A casebook for practitioner*. Washington: American Psychological Association.
- Regueiro, A.A.; Ferreiro, M.C.; Gómara, S.M. y Pérez-Vazquez, A. (2006): "Sobrecarga del cuidador principal del paciente dependiente en atención primaria". *Atención Primaria*, 38, 183-183
- Reitzes, D.C., Mutran, E.J., y Verrill, L.A. (1995). "Activities and self-esteem". *Research on Aging*, 17(3), 260-277.
- Raphael, B. (1977): "Preventive intervention with the recently bereaved". *Archives of General Psychiatry*, 34, 1450-1454.
- Reisberg, B.; Ferris, SH.; de Leon, MJ. y Crook, T. (1982): "The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia". *American Journal Psychiatry* 139(9):1136-1139.
- Remor, E. (2002): "Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH". *Atención Primaria*, 30(3), 143-149.
- Remor, E.; Amorós, M. y Carrobles, J.A. (2006): "El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico". *Anales de Psicología*, 22(1), 37-44.
- Reuben, D.D.; Laliberte, L.; Hiris, J. y Mor, V. (1990): "A hierarchical exercise scale to measure function at the advanced activities of daily living (ADDL) level". *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 855-61.
- Reuben, D. B.; Siu, A. L. y Kimpau, S. (1992): "The predictive validity of self-report and performance based measures of function and health". *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 47 (4), 106-110.
- Reyes-Ortiz, C.A.; Al Snih, S. y Markides, K.S. (2005): "Falls among elderly persons in Latin America and the Caribbean and among elderly Mexican-Americans". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(5-6), 362-369.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona, Martínez Roca.
- Robitschek, C. y Kashubeck, S. (1999): "A structural model of parental alcoholism, family functioning, and psychological health: The mediating effects of hardiness and personal growth orientation". *Journal of Counseling Psychology*, 46(2), 159-172
- Roca, M.; Úbeda, I.; Fuentelsaz, C.; López, R.; Pont, A.; García, L. et al. (2000): "Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares". *Atención Primaria*, 26, 53-67.
- Rodríguez, J. (1991): *Métodos de muestreo*. Cuadernos metodológicos. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Rodríguez Cabrero, G. y Montserrat-Codorniu, J. (2002): *Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia*. Madrid, IMSERSO.
- Rodríguez Cabrero, G. (2005): "Modelos de protección social a la dependencia con especial referencia al Espacio Europeo", en Navarro, V. (dir.), *La situación Social en España*, Madrid, Fundación Francisco Largo Caballero y Biblioteca Nueva.

- Rodríguez-Porrero, C. (2001): "Discapacidad y calidad de vida". *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 10 (2):66-91
- Rojas, A.J.; Fernández, J.S. y Pérez, C. (1998): *Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos*. Madrid, Síntesis.
- Rojas, M.J., Toronjo, A., Rodríguez, C. y Rodríguez, J. B.(2006): "Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados". *Gerokomos*, 17(1), 6-23.
- Roig, M. V.; Abengózar, M. C. y Serra, E. (1998): "La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer". *Anales de Psicología*, 14(2), 215-227.
- Rossi, H. P. y Freeman, E. H. (1989): *Evaluación. Un enfoque sistemático para programas sociales.*, México, Trillas.
- Rostgaard, T. y Friedberg, T. (1998): *Caring for children and older people: A comparison of European Policies and Practices*. Copenhagen: The Danish National Institute of Social Research.
- Roure, R. M.; Reig, A. y Vidal, J. (2002): "Percepción de apoyo social en pacientes hospitalizados". *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 12(2), 79-85
- Rowe, J. W. Y Kahn, R. L. (1997): "Successful Aging". *The Gerontologist*, 37, 433-440.
- Roy, C.W.; Togneri, J.; Hay, E. y Pentland, B. (1988): "An inter-rater reliability study of the Barthel Index". *International Journal Rehabilitation Research*, 11, 67-70.
- Rubio, R.; Aleixandre, M. y Cabezas, J.L. (1997): "Estudio sobre la valoración de la Calidad de vida en la población Andaluza". *Geriátrika, Revista Iberoamericana de Geriátría y Gerontología*, 13, 271-281.
- Rubio, R. (2004): "La vejez con éxito, competente y otros modelos". En N. Yuste, R. Rubio y M. Aleixandre, *Introducción a la psicogerontología*, Madrid, Pirámide.
- Rubio, R. y Aleixandre, M. (2001): "Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo". *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 11(1), 23-28
- Ruipérez, I.; Midón, J.; Gómez-Pavón, J.; Maturana, N.; Gil, P.; Sancho, M. y Macias, J.F. (2003): "Nivel de adecuación de los recursos geriátricos en los hospitales generales españoles". *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 38(4), 281-287.
- Ruiz, A.; Altet, J.; Porta, N.; Duaso, P.; Coma, M. y Requesens, N. (2001): "Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos". *Atención Primaria*, 27(5), 331 – 334.
- Sáez, N.; Aleixandre, M. y Meléndez, J.C. (1995): *Introducción a la gerontopsicología*. Valencia, Promolibro.
- Salgado, R.I.; Lord, S.R.; Ehrlich, F.; Janji, N. y Rahman, A. (2004): "Predictors of falling in elderly hospital patients". *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 38(3), 213-219.
- Salgado, A. y Alarcón, M. T. (1993): *Valoración del paciente anciano*. Barcelona, Masson.
- Sancho, A. (1999). "Jornadas de violencia familiar. Actitudes violentas contra los mayores en el entorno familiar". *Revista Sesenta y Más*, 167, 34-7.
- Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2003b): *Calidad de vida. Manual de profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid, Alianza Editorial.
- Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2002). *The concept of quality of life in human services: A handbook for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Traducción al castellano en 2003, Alianza Editorial].
- Schmidt, F. L.; Hunter, J. E. y Urry, V. W. (1976): "Statistical power in criterion-related validity studies". *Journal of Applied Psychology*, 61, 473-485.

- Schwarzer, R. y Leppin, A. (1992): "Possible impact of social ties and support on morbidity and mortality". En H. Veiel y V. Baumann (eds.). *The meaning and measurement of social support*. Nueva York. Hemisphere.
- Secades, R.; Rodríguez, E.; Valderrey J.; Fernández J.R.; Vallejo G. y Jiménez J. M. (2003): "El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a Atención Primaria en el Principado de Asturias (España)". *Psicothema*, 15(4), 650-655.
- Seeman, T. E.; Lusignolo, T.M.; Albert, M. y Berkman, L. (2001): "Social Relationships, Social Support, and Patterns of Cognitive Aging in Healthy, High-Functioning Older Adults: MacArthur Studies of Successful Aging". *Health Psychology*, 20(4), 243-255.
- Segovia, J., Bartlett, R.F., Edwards, A. (1989): "An empirical analysis of the dimensions of health status measures". *Social Science and Medicine*, 29, 761-768.
- Selmes, J. y Selmes A. (1990): *Vivir con la enfermedad de Alzheimer*. Madrid, Guía práctica MEDITOR.
- Simple, S.J. (1992): "Conflict in Alzheimer's caregiving families: it's dimensions and consequences". *The Gerontologist*, 32, 648-655
- Servicio Andaluz de Salud -SAS- (1992): *Planes de actuación ante las alteraciones y patologías más frecuentes en el anciano*. Capítulo IV. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- Servicio Andaluz de Salud -SAS- (2002. 2004): *Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente*. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- Shah, S.; Vanclay, F. y Cooper, B. (1989): "Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation". *Journal of Clinical Epidemiology*, 42, 703-709.
- Sheikh, J.I. y Yesavage, J.A. (1986): "Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version". En: Brink T.L. (eds). *Clinical Gerontology: A guide to assessment and intervention*. New York: Haworth Press.
- Siegel, S. (1988): *Estadística no paramétrica*. México D.F, Trillas.
- Sierra Bravo, R. (1989): *Ciencias sociales: Análisis estadístico y modelos matemáticos*. Madrid, Paraninfo.
- Sierra Bravo, R. (1989): *Técnicas de Investigación Social*. Madrid, Paraninfo.
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de trabajo de la semFYC. *Atención al anciano*. Madrid, Eurobook 1997.
- Spector, D.W.; Katz, S.; Murphy, J.B. y Fulton, J. P. (1987): "The hierarchical relationship between activities of daily living and instrumental activities of daily living". *Journal of Chronic Diseases*, 40(6), 481-489
- Suárez, T. y Mullor, A. (1998): "Violencia psicológica: la parte sumergida del iceberg". *Revista de Medicina Familiar y Comunitaria*, 8, 34-42.
- Stanley, D. y Freisinger, V. (1995): "The impact of age, health, and sex on the frequency of older adults leisure activity participation: A longitudinal study". *Activities, Adaptation and Aging* 19 (3), 31-42.
- Subirats, J. y Gallego R. (eds.) (2002): *Veinte años de Autonomías en España. Leyes, políticas públicas, instituciones y opinión pública*, Madrid, CIS.
- Suzuki, M.; Ohyama, N.; Yamada, K. y Kanamori, M. (2002): "The relationship between fear of falling, activities of daily living and quality of life among elderly individuals". *Nursing and Health Sciences*, 4(4), 155-161.
- Svensson, T. (1989): "Los más ancianos. Datos demográficos y características psicosociales". En "La tercera edad en Europa. Necesidades y demandas". Madrid, INSERSO.
- Tangalos, E.G. (1996): "The Mini Mental State Examination in General Medical Practice". *Mayo Clinics*.



- Tecnoneet (2004): <http://tecnoneet.org/docs/2004/2-12004.pdf>
- Thompson, L.W. y Gallagher-Thompson, D. (1996): Practical issues related to maintenance of mental health and positive wellbeing in family caregivers, en LL. Carstensen, BD. Edelman y L. Dornbrand (ed.) *The practical handbook of clinical gerontology*, (129-152). Thousand Oaks: Sage.
- Tibbits, H.G. (1996): "Patient who falls: How to predict and prevent injuries". *Geriatrics*, 51, 24-31.
- Tromp, A.M.; Pluijm, S.M.F.; Smit, J. H.; Deeg, D.J.H.; Bouter, L.M. y Lips, P. (2001): "Fall-risk screening test: a prospective study on predictors for falls in community-dwelling elders". *Journal Clinical Epidemiology*, 54, 837-844.
- Tze-Pin, N.; Mathew, N.; Peak-Chiang, C. y Ee-Heos, K. (2006): "Physical and Cognitive Domains of the Instrumental Activities of Daily Living: Validation in a Multiethnic Population of Asian Older Adults". *The Journals of Gerontology*, 61(7), 726-735.
- UIPC – IMSERSO: Unidad 3. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Introducción. <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/PDF/unidad4.pdf>.
- Unzueta, L.; Mendibil, I. y Garay, F.J. (2000): "Prescripción farmacológica en 3 residencias geriátricas de Barcelona". *Atención Primaria*, 25, 62-63.
- Valderrama, E.; Rodríguez, F.; Palacios A.; Gabarre P. y Pérez del Molino J. (1998): "Consumo de medicamentos en los ancianos: resultados de un estudio poblacional". *Revista Española de Salud Pública*, 72(3), 209-219.
- Varas-Fabra, F.; Casto Martín, E.; Perúla de Torres, L. A.; Fernández Fernández, M.J.; Ruíz Moral, R. y Enciso Berge, I. (2006): "Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados". *Atención Primaria*, 38(8), 450-455
- Vega, S. (1998): Prevalencia de demencia en personas mayores de 60 años en población rural. *Tesis Doctoral*. Facultad de medicina. Madrid, Universidad Complutense.
- Vedung, E. (1997): Evaluación de políticas públicas y programas. Madrid. IMSERSO.
- Veehof, L.J.G; Meyboom-de-Jong, B. y Haaijer-Ruskamp, F.M. (2000): "Polypharmacy in the elderly: a literature review". *European Journal of General Practice*, 6, 98-106.
- Verdugo, M. A. (dir) (1995): Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras. Madrid S. XXI.
- Verdugo, M.A. (2006). Como mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Salamanca. Amarú.
- Verdugo, M.A. (2003a). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre retraso mental de 2002. *Siglo Cero*, 34(1), 5-19.
- Verdugo, M.A.; Schalock, R.L.; Keith, K. D. y Stancliffe, R. J. (2006): "La calidad de vida y su medida: principios y directrices importantes". *Siglo Cero*, 37(218), 9-26.
- Vidal, J. (2004): "El campo de las tecnologías para personas con discapacidad y la relevancia de los centros de referencia en accesibilidad y ayudas técnicas para su desarrollo". II Congreso Iberoamericano de tecnologías de apoyo a la discapacidad. Iberdiscap.
- Vida Soria, J.; Viñas, J.M.; Gallego, A.J. et, al (2006): Manual para la formación en prevención de riesgos laborales: nivel básico. Valladolid, Lex Nova.
- Vilagut, M. G. Ferrer, M. Rajmil, L. Rebollo, P. Permanyer-Miralda, G. Quintana, J. M. Santed, R. Valderas, J. M.; Ribera, A.; Domingo-Salvany, A. y Alonso, J. (2005) "El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos". *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150.
- Vilalta-Franch, J.; Linás-Regla, J. y López-Pousa, S. (1996): "Resultados del Mini Examen Cognitivo como un instrumento de muestreo en los estudios epidemiológicos de demencia". *Neurología*, 11(5), 166-169.

- Vinaccia, S.; Quinceno, J.M.; Zapata, C.; Obesso, S. y Quinceno, D.C. (2006): "Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)". *Psicología desde el Caribe, Universidad del Norte*, 18(12), 89-108
- Vitaliano, P.; Zhang, J. y Scanlan, J.Z. (2003): "Is Caregiving Hazardous to One's Physical Health? A Meta-Analysis". *Psychological Bulletin*, 129(6), 10-15.
- Ward, R. A. (1979): "The Never Married in later life". *Journal of Gerontology*, 6, 861-869.
- Weiss, C. (1992): Investigación evaluativa. Métodos para determinar la eficiencia de los programas de acción. México, Trillas.
- White, L. R.; Katzman, R.; Losonczy, K.; Salive, M.; Wallace, R.; Berkman, L.; Taylor, J.; Fillenbaum, G. y Havlik, R. (1994): "Association of Education With incidence of Cognitive Impairment in Three Established Populations for Epidemiological Studies of the elderly". *Journal of Clinical Epidemiology*, 47(4), 363-374.
- Willis, S.L., Jay, G.M., Diehl, M. y Marsiske, M. (1992): "Longitudinal change and prediction of everyday task competence in the elderly". *Research on Aging*, 14(1), 68-91.
- Wylie, C.M. (1967): "Measuring end results of rehabilitation of patients with stroke". *Public Health Reports*, 82, 893-898.
- Yanguas, J.J. y Pérez, M. (1997): "Apoyo informal y demencia. ¿Es posible explorar nuevos caminos?". *Intervención Psicosocial*, 6(1), 37-52.
- Yanguas, J.J.; Leturia, F.J. y Leturia, M. (2000): "Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. *Papeles del Psicólogo*, 76, 23-32.
- Yuste, N. (2004): "Hipótesis psicológicas, biológicas y sociológicas". En N. Yuste, R. Rubio y M. Aleixandre, *Introducción a la psicogerontología*, Madrid, Pirámide.
- Zarit, J. M. (1982): "Predictors of burden and distress for caregivers of senile dementia patients". *Tesis doctoral no publicada*. Los Ángeles: Universidad of Southern California.
- Zarit, Sh.; Reeve, K.E. y Bach-Peterson, J. (1980): "Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden". *Gerontologist*, 20, 649-654.
- Zunzunegui, M.V.; Beland, F. y Recalde, JM. (1997): "La utilización de medicamentos en las personas mayores que residen en su comunidad". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 32, 109-115
- Zunzunegui, M.V.; Beland, F.; Llacer, A. y Keller, A. (1999): "Family, Religion and Depression Among Caregivers of Disabled Elderly". *Journal Epidemiology and Community Health*, 53, 364-369.
- Zunzunegui, M.V.; Llácer, A. y Béland, F. (2002): "The Role of Social and Psychological Resources in the Evolution of Depression in Caregivers", *Revue Canadienne du Vieillessement*, 21, 357-370.



**ANEXO. I. Relación de tablas.****Tabla 1.1.1.****Pruebas de chi-cuadrado. Edad y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	55,072(a)	37	,028
Razón de verosimilitudes	64,230	37	,004
Asociación lineal por lineal	17,954	1	,000
N de casos válidos	281		

**Tabla 1.1.2.****Nivel de Estudios**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Superior	4	1,4	1,4	1,4
	Medios	1	,4	,4	1,8
	Bachiller	4	1,4	1,4	3,2
	E.G.B/Primarios	27	9,6	9,6	12,9
	Sabe leer y escribir	127	45,2	45,4	58,2
	No sabe leer ni escribir	117	41,6	41,8	100,0
	Total	280	99,6	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,4		
Total		281	100,0		

**Tabla 1.1.3.****Estado civil**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero/a	94	33,5	33,7	33,7
	Casado/a	53	18,9	19,0	52,7
	Viudo/a	126	44,8	45,2	97,8
	Otros	6	2,1	2,2	100,0
	Total	279	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,7		
Total		281	100,0		

**Tabla 1.1.4.****Pruebas de chi-cuadrado. Estado civil y género**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,276(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	40,235	3	,000
Asociación lineal por lineal	17,702	1	,000
N de casos válidos	279		

**Tabla 1.1.5.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Barthel y edad.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,344(a)	12	,223
Razón de verosimilitudes	13,821	12	,312
Asociación lineal por lineal	2,300	1	,129
N de casos válidos	281		

a 6 casillas (30,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,70.

**Tabla 1.1.6.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Barthel y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24,602(a)	4	,000
Razón de verosimilitudes	23,752	4	,000
Asociación lineal por lineal	15,866	1	,000
N de casos válidos	281		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,89.

**Tabla 1.1.7.**

**Deterioro cognitivo.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin demencia	90	32,0	33,1	33,1
	Con demencia	182	64,8	66,9	100,0
	Total	272	96,8	100,0	
Perdidos	Sistema	9	3,2		
Total		281	100,0		

**Tabla 1.1.8.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Deterioro Cognitivo y edad.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,540(a)	3	,088
Razón de verosimilitudes	6,597	3	,086
Asociación lineal por lineal	6,391	1	,011
N de casos válidos	272		

a 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,64.

**Tabla 1.1.9.****Pruebas de chi-cuadrado. Deterioro Cognitivo y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,902(b)	1	,088		
Corrección por continuidad(a)	2,454	1	,117		
Razón de verosimilitudes	2,862	1	,091		
Estadístico exacto de Fisher				,101	,059
Asociación lineal por lineal	2,892	1	,089		
N de casos válidos	272				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 29,78.

**Tabla 1.1.10.****Pruebas de chi-cuadrado. Depresión y edad.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,120(a)	6	,229
Razón de verosimilitudes	8,311	6	,216
Asociación lineal por lineal	,972	1	,324
N de casos válidos	194		

a 4 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,82.

**Tabla 1.1.11.****Pruebas de chi-cuadrado. Depresión y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,669(a)	2	,059
Razón de verosimilitudes	6,268	2	,044
Asociación lineal por lineal	5,181	1	,023
N de casos válidos	194		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,42.

**Tabla 1.1.12.****Pruebas de chi-cuadrado. Barthel y depresión.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,479(a)	8	,036
Razón de verosimilitudes	15,948	8	,043
Asociación lineal por lineal	10,865	1	,001
N de casos válidos	194		

a 4 casillas (26,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,75.

**Tabla 1.1.13.**

**APGAR**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Relaciones funcionales	129	45,9	62,0	62,0
	Relaciones disfuncionales	79	28,1	38,0	100,0
	Total	208	74,0	100,0	
Perdidos	Sistema	73	26,0		
Total		281	100,0		

**Tabla 1.1.14.**

**Pruebas de chi-cuadrado. APGAR y edad.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,411(a)	3	,006
Razón de verosimilitudes	12,366	3	,006
Asociación lineal por lineal	11,799	1	,001
N de casos válidos	208		

a 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,80.

**Tabla 1.1.15.**

**Pruebas de chi-cuadrado. APGAR y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,741(b)	1	,029		
Corrección por continuidad(a)	4,112	1	,043		
Razón de verosimilitudes	4,696	1	,030		
Estadístico exacto de Fisher				,036	,022
Asociación lineal por lineal	4,718	1	,030		
N de casos válidos	208				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 27,73.

**Tabla 1.1.16.**

**Pruebas de chi-cuadrado. APGAR y Barthel.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,534(a)	4	,110
Razón de verosimilitudes	7,457	4	,114
Asociación lineal por lineal	2,306	1	,129
N de casos válidos	208		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,46.

**Tabla 1.1.17.****Pruebas de chi-cuadrado. DUKE y edad.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,855(a)	3	,119
Razón de verosimilitudes	5,743	3	,125
Asociación lineal por lineal	4,665	1	,031
N de casos válidos	205		

a 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,06.

**Tabla 1.1.18.****Pruebas de chi-cuadrado. DUKE y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,275(b)	1	,600		
Corrección por continuidad(a)	,123	1	,726		
Razón de verosimilitudes	,278	1	,598		
Estadístico exacto de Fisher				,728	,366
Asociación lineal por lineal	,274	1	,601		
N de casos válidos	205				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 16,51.

**Tabla 1.1.19.****Pruebas de chi-cuadrado. DUKE y Barthel.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,126(a)	4	,713
Razón de verosimilitudes	2,232	4	,693
Asociación lineal por lineal	,210	1	,647
N de casos válidos	205		

a 1 casillas (10,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,90.

**Tabla 1.1.20.****Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción y edad.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	47,932(a)	48	,476
Razón de verosimilitudes	51,557	48	,336
Asociación lineal por lineal	2,546	1	,111
N de casos válidos	193		

a 53 casillas (77,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,12.



**Tabla 1.1.21.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,792(a)	16	,150
Razón de verosimilitudes	25,445	16	,062
Asociación lineal por lineal	4,675	1	,031
N de casos válidos	193		

a 15 casillas (44,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,12.

**Tabla 1.1.22.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción y Barthel.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	56,330(a)	64	,741
Razón de verosimilitudes	68,989	64	,313
Asociación lineal por lineal	2,245	1	,134
N de casos válidos	193		

a 79 casillas (92,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,26.

**Tabla 1.1.23.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción y Depresión.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	124,850(a)	32	,000
Razón de verosimilitudes	133,448	32	,000
Asociación lineal por lineal	88,127	1	,000
N de casos válidos	193		

a 34 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,31.

**Tabla 1.1.24.**

**Riesgo de caídas**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No existe riesgo de caídas	124	44,1	44,1	44,1
	Existe riesgo de caídas	157	55,9	55,9	100,0
	Total	281	100,0	100,0	

**Pruebas de chi-cuadrado. Riesgo de caídas y dependencia.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31,327(a)	4	,000
Razón de verosimilitudes	33,483	4	,000
Asociación lineal por lineal	15,107	1	,000
N de casos válidos	281		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,94.

**Tabla 1.1.25.****Número de fármacos diferentes que toma al día**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	14	5,0	5,0	5,0
	1	16	5,7	5,8	10,8
	2	28	10,0	10,1	20,9
	3	44	15,7	15,8	36,7
	4	40	14,2	14,4	51,1
	5	25	8,9	9,0	60,1
	6	30	10,7	10,8	70,9
	7	25	8,9	9,0	79,9
	8	17	6,0	6,1	86,0
	9	16	5,7	5,8	91,7
	10	6	2,1	2,2	93,9
	11	7	2,5	2,5	96,4
	12	1	,4	,4	96,8
	14	2	,7	,7	97,5
	15	4	1,4	1,4	98,9
	16	1	,4	,4	99,3
	18	2	,7	,7	100,0
	Total	278	98,9	100,0	
Perdidos	Sistema	3	1,1		
Total		281	100,0		

**Tabla 1.1.26.****Uso de prótesis, ortesis u otras ayudas técnicas**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	246	87,5	87,5	87,5
	NO	35	12,5	12,5	100,0
	Total	281	100,0	100,0	

**Tabla 1.1.27.****Persona insulino dependiente**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	60	21,4	21,6	21,6
	NO	218	77,6	78,4	100,0
	Total	278	98,9	100,0	
Perdidos	Sistema	3	1,1		
Total		281	100,0		

**Tabla 1.1.28.**

**En general, usted diría que su salud es**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Excelente	12	4,3	5,8	5,8
	Muy buena	20	7,1	9,7	15,5
	Buena	63	22,4	30,4	45,9
	Regular	71	25,3	34,3	80,2
	Mala	41	14,6	19,8	100,0
	Total	207	73,7	100,0	
Perdidos	999	73	26,0		
	Sistema	1	,4		
	Total	74	26,3		
Total		281	100,0		

**Tabla 1.1.29.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo de estancia y edad.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	235,441(a)	255	,805
Razón de verosimilitudes	220,157	255	,944
Asociación lineal por lineal	4,294	1	,038
N de casos válidos	280		

a 343 casillas (99,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,04.

**Tabla 1.1.30.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo de estancia y depresión.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	165,834(a)	148	,150
Razón de verosimilitudes	158,570	148	,261
Asociación lineal por lineal	,416	1	,519
N de casos válidos	193		

a 224 casillas (99,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,10.

**Tabla 1.1.31.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo de estancia y satisfacción.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1149,110(a)	1184	,761
Razón de verosimilitudes	632,732	1184	1,000
Asociación lineal por lineal	,217	1	,641
N de casos válidos	192		

a 1275 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

**Tabla 1.1.32.****Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo de estancia y relaciones familiares.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	88,223(a)	76	,160
Razón de verosimilitudes	114,324	76	,003
Asociación lineal por lineal	8,973	1	,003
N de casos válidos	207		

a 153 casillas (99,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,38.

**Tabla 1.1.33.****Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo de estancia y apoyo social.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	93,221(a)	76	,087
Razón de verosimilitudes	103,882	76	,019
Asociación lineal por lineal	3,872	1	,049
N de casos válidos	204		

a 151 casillas (98,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,23.

**Tabla 1.1.34.****Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo de estancia y Barthel.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	319,564(a)	340	,781
Razón de verosimilitudes	305,992	340	,907
Asociación lineal por lineal	1,113	1	,292
N de casos válidos	280		

a 430 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,06.

**Tabla 1.1.35.****Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo de estancia y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	95,122(a)	85	,212
Razón de verosimilitudes	120,414	85	,007
Asociación lineal por lineal	1,002	1	,317
N de casos válidos	280		

a 168 casillas (97,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,33.

**Tabla 1.2.1.****Pruebas de chi-cuadrado. Edad y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,947(a)	3	,583
Razón de verosimilitudes	2,607	3	,456
Asociación lineal por lineal	,291	1	,590
N de casos válidos	227		

a 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,63.

**Tabla 1.2.2.**

**Nivel de Estudios**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bachiller	3	1,3	1,4	1,4
	E.G.B/Primarios	20	8,7	9,0	10,4
	Sabe leer y escribir	111	48,5	50,2	60,6
	No sabe leer ni escribir	87	38,0	39,4	100,0
	Total	221	96,5	100,0	
Perdidos	Sistema	8	3,5		
	Total	229	100,0		

**Tabla 1.2.3.**

**Estado Civil**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero/a	7	3,1	3,1	3,1
	Casado/a	78	34,1	34,5	37,6
	Viudo/a	141	61,6	62,4	100,0
	Total	226	98,7	100,0	
Perdidos	Sistema	3	1,3		
	Total	229	100,0		

**Tabla 1.2.4.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Estado civil y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,547(a)	2	,002
Razón de verosimilitudes	12,186	2	,002
Asociación lineal por lineal	10,449	1	,001
N de casos válidos	226		

a 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,52.

**Tabla 1.2.5.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Dependencia y edad.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,641(a)	12	,056
Razón de verosimilitudes	20,774	12	,054
Asociación lineal por lineal	3,278	1	,070
N de casos válidos	227		

a 9 casillas (45,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,13.

**Tabla 1.2.6.****Pruebas de chi-cuadrado. Dependencia y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,341(a)	4	,854
Razón de verosimilitudes	1,479	4	,830
Asociación lineal por lineal	,196	1	,658
N de casos válidos	229		

a 2 casillas (20,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,18.

**Tabla 1.2.7.****Deterioro cognitivo.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin demencia	70	30,6	35,9	35,9
	Con demencia	125	54,6	64,1	100,0
	Total	195	85,2	100,0	
Perdidos	Sistema	34	14,8		
Total		229	100,0		

**Tabla 1.2.8.****Pruebas de chi-cuadrado. Deterioro cognitivo y edad.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,068(a)	3	,381
Razón de verosimilitudes	4,019	3	,259
Asociación lineal por lineal	,395	1	,530
N de casos válidos	193		

a 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,07.

**Tabla 1.2.9.****Pruebas de chi-cuadrado. Deterioro cognitivo y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,090(b)	1	,764		
Corrección por continuidad(a)	,015	1	,902		
Razón de verosimilitudes	,089	1	,765		
Estadístico exacto de Fisher				,860	,448
Asociación lineal por lineal	,089	1	,765		
N de casos válidos	195				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 16,15.

**Tabla 1.2.10.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Depresión y edad.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,721(a)	6	,455
Razón de verosimilitudes	6,281	6	,392
Asociación lineal por lineal	2,596	1	,107
N de casos válidos	134		

a 5 casillas (41,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,07.

**Tabla 1.2.11.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Depresión y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,107(a)	2	,948
Razón de verosimilitudes	,112	2	,946
Asociación lineal por lineal	,055	1	,814
N de casos válidos	136		

a 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,43.

**Tabla 1.2.12.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Depresión y Barthel.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,696(a)	4	,046
Razón de verosimilitudes	10,205	4	,037
Asociación lineal por lineal	4,908	1	,027
N de casos válidos	136		

a 4 casillas (40,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,60.

**Tabla 1.2.13.**

**APGAR**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Relaciones funcionales	121	52,8	84,0	84,0
Relaciones disfuncionales	23	10,0	16,0	100,0
Total	144	62,9	100,0	
Perdidos Sistema	85	37,1		
Total	229	100,0		

**Tabla 1.2.14.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Relaciones familiares y edad.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,192(a)	3	,533
Razón de verosimilitudes	2,363	3	,500
Asociación lineal por lineal	1,485	1	,223
N de casos válidos	142		

a 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,31.

**Tabla 1.2.15.****Pruebas de chi-cuadrado. Relaciones familiares y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,498(b)	1	,114		
Corrección por continuidad(a)	1,708	1	,191		
Razón de verosimilitudes	2,294	1	,130		
Estadístico exacto de Fisher				,168	,099
Asociación lineal por lineal	2,481	1	,115		
N de casos válidos	144				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,11.

**Tabla 1.2.16.****Pruebas de chi-cuadrado. Relaciones familiares y dependencia.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,338(a)	4	,855
Razón de verosimilitudes	1,284	4	,864
Asociación lineal por lineal	,093	1	,761
N de casos válidos	144		

a 3 casillas (30,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,12.

**Tabla 1.2.17.****Pruebas de chi-cuadrado. Relaciones familiares y depresión (moderada y severa).**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,863(a)	2	,007
Razón de verosimilitudes	9,247	2	,010
Asociación lineal por lineal	9,773	1	,002
N de casos válidos	134		

a 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,57.

**Pruebas de chi-cuadrado. Relaciones familiares y depresión (moderada o severa).**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,036(b)	1	,005		
Corrección por continuidad(a)	6,734	1	,009		
Razón de verosimilitudes	8,074	1	,004		
Estadístico exacto de Fisher				,007	,005
Asociación lineal por lineal	7,976	1	,005		
N de casos válidos	134				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,09.



**Tabla 1.2.18.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Apoyo social y edad.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,195(a)	3	,754
Razón de verosimilitudes	1,316	3	,725
Asociación lineal por lineal	,746	1	,388
N de casos válidos	142		

a 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,20.

**Tabla 1.2.19.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Apoyo social y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,006(b)	1	,940		
Corrección por continuidad(a)	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,006	1	,940		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,622
Asociación lineal por lineal	,006	1	,940		
N de casos válidos	144				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,11.

**Tabla 1.2.20.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Apoyo social y dependencia.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,724(a)	4	,605
Razón de verosimilitudes	3,128	4	,537
Asociación lineal por lineal	,703	1	,402
N de casos válidos	144		

a 4 casillas (40,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,68.

**Tabla 1.2.21.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Apoyo social y depresión (severa o moderada).**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,636(b)	1	,010		
Corrección por continuidad(a)	5,206	1	,023		
Razón de verosimilitudes	6,754	1	,009		
Estadístico exacto de Fisher				,016	,011
Asociación lineal por lineal	6,587	1	,010		
N de casos válidos	134				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,63.

**Pruebas de chi-cuadrado. Apoyo social y depresión (severa y moderada).**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,882(a)	2	,012
Razón de verosimilitudes	7,981	2	,018
Asociación lineal por lineal	8,684	1	,003
N de casos válidos	134		

a 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,97.

**Tabla 1.2.22.****Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción y edad.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	56,246(a)	45	,121
Razón de verosimilitudes	52,935	45	,195
Asociación lineal por lineal	,612	1	,434
N de casos válidos	134		

a 54 casillas (84,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

**Tabla 1.2.23.****Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,367(a)	15	,574
Razón de verosimilitudes	16,269	15	,364
Asociación lineal por lineal	,004	1	,951
N de casos válidos	136		

a 22 casillas (68,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,24.

**Tabla 1.2.24.****Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción y dependencia.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	73,893(a)	60	,107
Razón de verosimilitudes	77,916	60	,060
Asociación lineal por lineal	1,505	1	,220
N de casos válidos	136		

a 73 casillas (91,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,04.

**Tabla 1.2.25.****Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción y depresión moderada o severa.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	54,085(a)	15	,000
Razón de verosimilitudes	66,021	15	,000
Asociación lineal por lineal	45,533	1	,000
N de casos válidos	136		

a 18 casillas (56,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,43.

**Tabla 1.2.26.**

**Riesgo de caídas.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No existe riesgo de caídas	92	40,2	40,7	40,7
	Existe riesgo de caídas	134	58,5	59,3	100,0
	Total	226	98,7	100,0	
Perdidos	Sistema	3	1,3		
Total		229	100,0		

**Pruebas de chi-cuadrado. Riesgo de caídas y dependencia.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	35,703(a)	4	,000
Razón de verosimilitudes	36,997	4	,000
Asociación lineal por lineal	29,126	1	,000
N de casos válidos	226		

a 2 casillas (20,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,66.

**Tabla 1.2.27.**

**Número de fármacos diferentes que toma al día**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	7	3,1	3,1	3,1
	1	13	5,7	5,8	9,0
	2	30	13,1	13,5	22,4
	3	35	15,3	15,7	38,1
	4	48	21,0	21,5	59,6
	5	31	13,5	13,9	73,5
	6	22	9,6	9,9	83,4
	7	13	5,7	5,8	89,2
	8	12	5,2	5,4	94,6
	9	4	1,7	1,8	96,4
	10	3	1,3	1,3	97,8
	11	3	1,3	1,3	99,1
	12	1	,4	,4	99,6
	15	1	,4	,4	100,0
	Total		223	97,4	100,0
Perdidos	Sistema	6	2,6		
Total		229	100,0		

**Tabla 1.2.28.**

**Uso de prótesis, ortesis u otras ayudas técnicas**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	211	92,1	92,5	92,5
	NO	17	7,4	7,5	100,0
	Total	228	99,6	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,4		
Total		229	100,0		

**Tabla 1.2.29.****Persona insulinodependiente**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	62	27,1	27,2	27,2
	NO	166	72,5	72,8	100,0
	Total	228	99,6	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,4		
Total		229	100,0		

**Tabla 1.2.30.****En general, usted diría que su salud es**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Excelente	2	,9	1,4	1,4
	Muy buena	7	3,1	4,9	6,3
	Buena	57	24,9	40,1	46,5
	Regular	43	18,8	30,3	76,8
	Mala	33	14,4	23,2	100,0
	Total	142	62,0	100,0	
Perdidos	999	87	38,0		
Total		229	100,0		

**Tabla 1.2.31.****Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo en Centro de Día y edad.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	151,266(a)	159	,657
Razón de verosimilitudes	142,386	159	,823
Asociación lineal por lineal	,016	1	,898
N de casos válidos	213		

a 208 casillas (96,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

**Tabla 1.2.32.****Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo en Centro de Día y satisfacción.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	614,089(a)	630	,668
Razón de verosimilitudes	381,680	630	1,000
Asociación lineal por lineal	,067	1	,796
N de casos válidos	126		

a 688 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

**Tabla 1.2.33.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo en Centro de Día y relaciones familiares.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	32,342(a)	42	,858
Razón de verosimilitudes	35,866	42	,736
Asociación lineal por lineal	3,165	1	,075
N de casos válidos	135		

a 82 casillas (95,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,16.

**Tabla 1.2.34.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo en Centro de Día y apoyo social.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,117(a)	42	,974
Razón de verosimilitudes	27,289	42	,961
Asociación lineal por lineal	,042	1	,838
N de casos válidos	135		

a 82 casillas (95,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,10.

**Tabla 1.2.35.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo en Centro de Día y dependencia.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	200,593(a)	212	,703
Razón de verosimilitudes	186,670	212	,894
Asociación lineal por lineal	5,181	1	,023
N de casos válidos	215		

a 270 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,04.

**Tabla 1.2.36.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo en Centro de Día y depresión.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	60,893(a)	42	,030
Razón de verosimilitudes	79,147	42	,000
Asociación lineal por lineal	,007	1	,931
N de casos válidos	126		

a 83 casillas (96,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,42.

**Tabla 1.3.1.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Edad y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,453(a)	3	,038
Razón de verosimilitudes	6,386	3	,094
Asociación lineal por lineal	2,573	1	,109
N de casos válidos	202		

a 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,15.

**Tabla 1.3.2.****Nivel de Estudios**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bachiller	1	,5	,5	,5
	E.G.B/Primarios	13	6,4	6,5	7,0
	Sabe leer y escribir	73	36,1	36,7	43,7
	No sabe leer ni escribir	112	55,4	56,3	100,0
	Total	199	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	3	1,5		
Total		202	100,0		

**Tabla 1.3.3.****Estado Civil**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero/a	8	4,0	4,0	4,0
	Casado/a	45	22,3	22,3	26,2
	Viudo/a	149	73,8	73,8	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

**Tabla 1.3.4.****Pruebas de chi-cuadrado. Estado civil y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	32,627(a)	2	,000
Razón de verosimilitudes	28,687	2	,000
Asociación lineal por lineal	28,019	1	,000
N de casos válidos	202		

a 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,23.

**Tabla 1.3.5.****Pruebas de chi-cuadrado. Dependencia y edad.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	92,221(a)	136	,998
Razón de verosimilitudes	82,890	136	1,000
Asociación lineal por lineal	1,313	1	,252
N de casos válidos	202		

a 169 casillas (96,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,00.

**Tabla 1.3.6.****Pruebas de chi-cuadrado. Dependencia y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,218(a)	4	,377
Razón de verosimilitudes	4,725	4	,317
Asociación lineal por lineal	1,330	1	,249
N de casos válidos	202		

a 5 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,15.

**Tabla 1.3.7.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Deterioro cognitivo y edad.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,228(a)	3	,238
Razón de verosimilitudes	4,196	3	,241
Asociación lineal por lineal	2,417	1	,120
N de casos válidos	182		

a 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,28.

**Tabla 1.3.8.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Deterioro cognitivo y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,258(b)	1	,611		
Corrección por continuidad(a)	,080	1	,778		
Razón de verosimilitudes	,264	1	,607		
Estadístico exacto de Fisher				,822	,397
Asociación lineal por lineal	,257	1	,612		
N de casos válidos	182				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,13.

**Tabla 1.3.9.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Depresión y edad.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,996(a)	6	,424
Razón de verosimilitudes	5,634	6	,465
Asociación lineal por lineal	3,204	1	,073
N de casos válidos	110		

a 4 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,25.

**Tabla 1.3.10.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Depresión y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,723(a)	2	,697
Razón de verosimilitudes	,741	2	,690
Asociación lineal por lineal	,114	1	,736
N de casos válidos	110		

a 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,17.

**Tabla 1.3.11.****Pruebas de chi-cuadrado. Depresión y dependencia.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,298(a)	4	,015
Razón de verosimilitudes	13,042	4	,011
Asociación lineal por lineal	5,966	1	,015
N de casos válidos	110		

a 4 casillas (40,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,36.

**Tabla 1.3.12.****Relaciones familiares (APGAR).**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Relaciones funcionales	106	52,5	88,3	88,3
Relaciones disfuncionales	14	6,9	11,7	100,0
Total	120	59,4	100,0	
Perdidos Sistema	82	40,6		
Total	202	100,0		

**Tabla 1.3.13.****Pruebas de chi-cuadrado. Relaciones familiares y edad.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,804(a)	3	,848
Razón de verosimilitudes	1,025	3	,795
Asociación lineal por lineal	,389	1	,533
N de casos válidos	120		

a 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,12.

**Tabla 1.3.14.****Pruebas de chi-cuadrado. Relaciones familiares y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,617(b)	1	,203		
Corrección por continuidad(a)	,792	1	,373		
Razón de verosimilitudes	1,423	1	,233		
Estadístico exacto de Fisher				,248	,182
Asociación lineal por lineal	1,604	1	,205		
N de casos válidos	120				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,33.



**Tabla 1.3.15.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Relaciones familiares y dependencia.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,324(a)	4	,505
Razón de verosimilitudes	4,309	4	,366
Asociación lineal por lineal	2,029	1	,154
N de casos válidos	120		

a 6 casillas (60,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,12.

**Tabla 1.3.16.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Relaciones familiares y depresión.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,278(a)	2	,528
Razón de verosimilitudes	1,390	2	,499
Asociación lineal por lineal	,872	1	,350
N de casos válidos	110		

a 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,45.

**Tabla 1.3.17.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Apoyo social y edad.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,609(a)	3	,003
Razón de verosimilitudes	6,931	3	,074
Asociación lineal por lineal	,620	1	,431
N de casos válidos	117		

a 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

**Tabla 1.3.18.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Apoyo social y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,814(b)	1	,178		
Corrección por continuidad(a)	,785	1	,376		
Razón de verosimilitudes	1,534	1	,216		
Estadístico exacto de Fisher				,181	,181
Asociación lineal por lineal	1,799	1	,180		
N de casos válidos	117				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,54.

**Tabla 1.3.19.****Pruebas de chi-cuadrado. Apoyo social y dependencia.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,038(a)	4	,283
Razón de verosimilitudes	7,291	4	,121
Asociación lineal por lineal	,713	1	,399
N de casos válidos	117		

a 7 casillas (70,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

**Tabla 1.3.20.****Pruebas de chi-cuadrado. Apoyo social y depresión.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,203(a)	2	,332
Razón de verosimilitudes	2,007	2	,367
Asociación lineal por lineal	1,891	1	,169
N de casos válidos	110		

a 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,21.

**Tabla 1.3.21.****Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción y edad**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	40,272(a)	42	,547
Razón de verosimilitudes	38,054	42	,645
Asociación lineal por lineal	6,637	1	,010
N de casos válidos	110		

a 55 casillas (91,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

**Tabla 1.3.22.****Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,800(a)	14	,267
Razón de verosimilitudes	19,544	14	,145
Asociación lineal por lineal	1,271	1	,260
N de casos válidos	110		

a 20 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,15.

**Tabla 1.3.23.****Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción y dependencia.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	55,451(a)	56	,496
Razón de verosimilitudes	33,615	56	,992
Asociación lineal por lineal	1,617	1	,204
N de casos válidos	110		

a 70 casillas (93,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

**Tabla 1.3.24.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción y depresión.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	75,989(a)	28	,000
Razón de verosimilitudes	87,895	28	,000
Asociación lineal por lineal	54,798	1	,000
N de casos válidos	110		

a 41 casillas (91,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,25.

**Tabla 1.3.25.**

**Riesgo de caídas.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No existe riesgo de caídas	45	22,3	22,3	22,3
	Existe riesgo de caídas	157	77,7	77,7	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

**Tabla 1.3.26.**

**Número de fármacos diferentes que toma al día**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	13	6,4	6,4	6,4
	1	12	5,9	5,9	12,4
	2	20	9,9	9,9	22,3
	3	28	13,9	13,9	36,1
	4	23	11,4	11,4	47,5
	5	28	13,9	13,9	61,4
	6	21	10,4	10,4	71,8
	7	18	8,9	8,9	80,7
	8	16	7,9	7,9	88,6
	9	6	3,0	3,0	91,6
	10	8	4,0	4,0	95,5
	11	1	,5	,5	96,0
	12	3	1,5	1,5	97,5
	14	1	,5	,5	98,0
	15	1	,5	,5	98,5
	16	2	1,0	1,0	99,5
	18	1	,5	,5	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

**Tabla 1.3.27.**

**Uso de prótesis, órtesis u otras ayudas técnicas**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	193	95,5	95,5	95,5
	NO	9	4,5	4,5	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

**Tabla 1.3.28.****Persona insulino dependiente**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	55	27,2	27,2	27,2
	NO	147	72,8	72,8	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

**Tabla 1.3.29.****Percepción de salud: En general, usted diría que su salud es**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Excelente	2	1,0	1,7	1,7
	Muy buena	3	1,5	2,5	4,1
	Buena	20	9,9	16,5	20,7
	Regular	53	26,2	43,8	64,5
	Mala	43	21,3	35,5	100,0
	Total	121	59,9	100,0	
Perdidos	Sistema	81	40,1		
Total		202	100,0		

**Tabla 1.3.30.****Pruebas de chi-cuadrado. Puntuación caídas y puntuación barreras internas.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	32,496(a)	40	,795
Razón de verosimilitudes	33,401	40	,760
Asociación lineal por lineal	2,116	1	,146
N de casos válidos	202		

a 41 casillas (74,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

**Pruebas de chi-cuadrado. Puntuación caídas y puntuación barreras externas.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,502(a)	30	,649
Razón de verosimilitudes	29,199	30	,507
Asociación lineal por lineal	4,374	1	,036
N de casos válidos	202		

a 30 casillas (68,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

**Pruebas de chi-cuadrado. Puntuación caídas y puntuación barreras total.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	49,284(a)	60	,837
Razón de verosimilitudes	48,918	60	,846
Asociación lineal por lineal	5,352	1	,021
N de casos válidos	202		

a 63 casillas (81,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,00.

**Tabla 1.3.31.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Riesgo de caídas y dependencia.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,978(a)	4	,000
Razón de verosimilitudes	24,596	4	,000
Asociación lineal por lineal	19,734	1	,000
N de casos válidos	202		

a 4 casillas (40,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,22.

**Tabla 1.3.32.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo con cuidadores/as informales y edad.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	129,845(a)	141	,740
Razón de verosimilitudes	114,029	141	,954
Asociación lineal por lineal	4,269	1	,039
N de casos válidos	201		

a 189 casillas (98,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,00.

**Tabla 1.3.33.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo con cuidadores/as informales y satisfacción vital.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	599,945(a)	560	,118
Razón de verosimilitudes	322,471	560	1,000
Asociación lineal por lineal	,943	1	,331
N de casos válidos	110		

a 615 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

**Tabla 1.3.34.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo con cuidadores/as informales y relaciones familiares.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,066(a)	41	,770
Razón de verosimilitudes	35,427	41	,716
Asociación lineal por lineal	1,273	1	,259
N de casos válidos	119		

a 78 casillas (92,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,12.

**Tabla 1.3.35.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo con cuidadores/as informales y apoyo social.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	35,669(a)	41	,706
Razón de verosimilitudes	26,932	41	,956
Asociación lineal por lineal	,010	1	,922
N de casos válidos	117		

a 78 casillas (92,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

**Tabla 1.3.36.****Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo con cuidadores/as informales y dependencia.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	152,083(a)	188	,974
Razón de verosimilitudes	120,513	188	1,000
Asociación lineal por lineal	2,398	1	,121
N de casos válidos	201		

a 237 casillas (98,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,00.

**Tabla 1.3.37.****Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo con cuidadores/as informales y depresión.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	129,845(a)	141	,740
Razón de verosimilitudes	114,029	141	,954
Asociación lineal por lineal	4,269	1	,039
N de casos válidos	201		

a 189 casillas (98,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,00.

**Tabla 1.3.38.****Género Cuidador/a Principal**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Hombre	16	7,9	7,9	7,9
Mujer	186	92,1	92,1	100,0
Total	202	100,0	100,0	

**Tabla 1.3.39.****Estudios Cuidador principal.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Superior	3	1,5	1,6	1,6
Medios	4	2,0	2,1	3,6
Bachiller	14	6,9	7,3	10,9
E.G.B/Primarios	103	51,0	53,4	64,2
Sabe leer y escribir	64	31,7	33,2	97,4
No sabe leer ni escribir	5	2,5	2,6	100,0
Total	193	95,5	100,0	
Perdidos Sistema	9	4,5		
Total	202	100,0		

**Tabla 1.3.40.**

**Parentesco cuidador principal.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hija	149	73,8	74,9	74,9
	Hijo	14	6,9	7,0	81,9
	Nuera	13	6,4	6,5	88,4
	Yerno	1	,5	,5	88,9
	Sobrino	5	2,5	2,5	91,5
	Pareja	2	1,0	1,0	92,5
	Otros	15	7,4	7,5	100,0
	Total	199	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	3	1,5		
Total		202	100,0		

**Tabla 1.3.41.**

**Trabaja el/la Cuidador/a Principal.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	24	11,9	12,1	12,1
	No	175	86,6	87,9	100,0
	Total	199	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	3	1,5		
Total		202	100,0		

**Tabla 1.3.42.**

**Disponen de servicio doméstico para que les ayuden en las tareas del hogar.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	20	9,9	10,0	10,0
	No	181	89,6	90,0	100,0
	Total	201	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,5		
Total		202	100,0		

**Tabla 1.3.43.**

**La persona mayor y la persona cuidadora conviven en la misma casa/piso.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	196	97,0	97,5	97,5
	No	5	2,5	2,5	100,0
	Total	201	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,5		
Total		202	100,0		

**Tabla 1.3.44.****Pruebas de chi-cuadrado. Sobrecarga y edad.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,618(a)	8	,890
Razón de verosimilitudes	5,654	8	,686
Asociación lineal por lineal	,369	1	,544
N de casos válidos	198		

a 9 casillas (60,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,61.

**Tabla 1.3.45.****Pruebas de chi-cuadrado. Sobrecarga y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,102(a)	2	,576
Razón de verosimilitudes	1,989	2	,370
Asociación lineal por lineal	1,018	1	,313
N de casos válidos	198		

a 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,89.

**Tabla 1.3.46.****Pruebas de chi-cuadrado. Sobrecarga y estudios.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,380(a)	10	,203
Razón de verosimilitudes	11,683	10	,307
Asociación lineal por lineal	,537	1	,464
N de casos válidos	189		

a 13 casillas (72,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,16.

**Tabla 1.3.47.****Pruebas de chi-cuadrado. Sobrecarga y parentesco.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,534(a)	12	,887
Razón de verosimilitudes	10,515	12	,571
Asociación lineal por lineal	1,497	1	,221
N de casos válidos	195		

a 15 casillas (71,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,06.



**Tabla 1.3.48.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Sobrecarga y trabajo del cuidador principal.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,513(a)	2	,469
Razón de verosimilitudes	2,744	2	,254
Asociación lineal por lineal	,904	1	,342
N de casos válidos	195		

a 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,24.

**Tabla 1.3.49.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Sobrecarga y disponibilidad de servicio doméstico.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,254(a)	2	,881
Razón de verosimilitudes	,232	2	,890
Asociación lineal por lineal	,041	1	,840
N de casos válidos	197		

a 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,06.

**Tabla 1.3.50.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Sobrecarga y convivencia en el mismo hogar.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,347(a)	2	,510
Razón de verosimilitudes	1,313	2	,519
Asociación lineal por lineal	,003	1	,957
N de casos válidos	197		

a 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,28.

**Tabla 1.4.1.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Edad y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,017(a)	3	,260
Razón de verosimilitudes	3,756	3	,289
Asociación lineal por lineal	2,798	1	,094
N de casos válidos	375		

a 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,73.

**Tabla 1.4.2.****Nivel de Estudios**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Superior	2	,5	,5	,5
	Medios	2	,5	,5	1,1
	Bachiller	2	,5	,5	1,6
	E.G.B/Primarios	21	5,6	5,6	7,3
	Sabe leer y escribir	204	54,4	54,8	62,1
	No sabe leer ni escribir	141	37,6	37,9	100,0
	Total	372	99,2	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,8		
Total		375	100,0		

**Tabla 1.4.3.****Estado Civil**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero/a	54	14,4	14,4	14,4
	Casado/a	114	30,4	30,5	44,9
	Viudo/a	204	54,4	54,5	99,5
	Otros	2	,5	,5	100,0
	Total	374	99,7	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,3		
Total		375	100,0		

**Tabla 1.4.4.****Pruebas de chi-cuadrado. Estado civil y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,491(a)	3	,001
Razón de verosimilitudes	17,094	3	,001
Asociación lineal por lineal	15,139	1	,000
N de casos válidos	374		

a 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,49.

**Tabla 1.4.5.****Pruebas de chi-cuadrado. Dependencia y edad.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	184,044(a)	168	,188
Razón de verosimilitudes	177,525	168	,292
Asociación lineal por lineal	3,316	1	,069
N de casos válidos	375		

a 201 casillas (93,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,10.

**Tabla 1.4.6.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Dependencia y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,831(a)	4	,098
Razón de verosimilitudes	7,606	4	,107
Asociación lineal por lineal	2,340	1	,126
N de casos válidos	375		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,18.

**Tabla 1.4.7.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Dependencia y estado civil.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	32,154(a)	12	,001
Razón de verosimilitudes	32,190	12	,001
Asociación lineal por lineal	1,551	1	,213
N de casos válidos	374		

a 5 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,20.

**Tabla 1.4.8.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Dependencia (instrumentales) y edad.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	46,506(a)	24	,004
Razón de verosimilitudes	45,023	24	,006
Asociación lineal por lineal	10,092	1	,001
N de casos válidos	375		

a 9 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,79.

**Tabla 1.4.9.**

**Correlaciones: Índice de Lawton – Edad entrevistado.**

		Edad del entrevistado	Puntuación Índice Lawton
Edad del entrevistado	Correlación de Pearson	1	-,196(**)
	Sig. (bilateral)		,000
	N	375	375
Puntuación Índice Lawton	Correlación de Pearson	-,196(**)	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	375	375

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

**Tabla 1.4.10.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Dependencia (instrumentales) y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,943(a)	8	,114
Razón de verosimilitudes	13,485	8	,096
Asociación lineal por lineal	7,910	1	,005
N de casos válidos	375		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,70.

**Tabla 1.4.11.****Pruebas de chi-cuadrado. Dependencia (instrumentales) y estado civil.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29,456(a)	24	,203
Razón de verosimilitudes	27,340	24	,289
Asociación lineal por lineal	1,247	1	,264
N de casos válidos	374		

a 11 casillas (30,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,14.

**Tabla 1.4.12.****Correlaciones: Índice de Lawton - Barthel**

		Puntuación Índice Lawton	Puntuación Barthel
Puntuación Índice Lawton	Correlación de Pearson	1	,764(**)
	Sig. (bilateral)		,000
	N	375	375
Puntuación Barthel	Correlación de Pearson	,764(**)	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	375	375

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

**Tabla 1.4.13.****Pruebas de chi-cuadrado. Puntuación AVDs básicas e instrumentales**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	384,346(a)	32	,000
Razón de verosimilitudes	382,476	32	,000
Asociación lineal por lineal	196,874	1	,000
N de casos válidos	375		

a 17 casillas (37,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,66.

**Tabla 1.4.14.****Pruebas de chi-cuadrado. Deterioro cognitivo y edad.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,093(a)	3	,028
Razón de verosimilitudes	9,225	3	,026
Asociación lineal por lineal	7,905	1	,005
N de casos válidos	356		

a 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,02.

**Tabla 1.4.15.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Deterioro cognitivo y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,104(b)	1	,293		
Corrección por continuidad(a)	,854	1	,356		
Razón de verosimilitudes	1,116	1	,291		
Estadístico exacto de Fisher				,313	,178
Asociación lineal por lineal	1,101	1	,294		
N de casos válidos	356				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 34,14.

**Tabla 1.4.16.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Depresión y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,271(a)	2	,321
Razón de verosimilitudes	2,300	2	,317
Asociación lineal por lineal	2,255	1	,133
N de casos válidos	318		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 13,21.

**Tabla 1.4.17.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Depresión y edad.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,647(a)	6	,034
Razón de verosimilitudes	12,055	6	,061
Asociación lineal por lineal	6,540	1	,011
N de casos válidos	318		

a 3 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,76.

**Tabla 1.4.18.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Depresión y dependencia.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,991(a)	8	,001
Razón de verosimilitudes	27,923	8	,000
Asociación lineal por lineal	15,721	1	,000
N de casos válidos	318		

a 1 casillas (6,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,87.

**Tabla 1.4.19.****Pruebas de chi-cuadrado. Relaciones familiares y edad.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,793(a)	3	,013
Razón de verosimilitudes	10,295	3	,016
Asociación lineal por lineal	9,859	1	,002
N de casos válidos	325		

a 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,49.

**Tabla 1.4.20.****Pruebas de chi-cuadrado. Relaciones familiares y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,512(b)	1	,219		
Corrección por continuidad(a)	1,162	1	,281		
Razón de verosimilitudes	1,468	1	,226		
Estadístico exacto de Fisher				,228	,141
Asociación lineal por lineal	1,507	1	,220		
N de casos válidos	325				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 18,94.

**Tabla 1.4.21.****Pruebas de chi-cuadrado. Relaciones familiares y dependencia.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,549(a)	4	,969
Razón de verosimilitudes	,562	4	,967
Asociación lineal por lineal	,097	1	,755
N de casos válidos	325		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,98.

**Tabla 1.4.22.****Pruebas de chi-cuadrado. Relaciones familiares y depresión.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,538(a)	2	,002
Razón de verosimilitudes	11,958	2	,003
Asociación lineal por lineal	11,798	1	,001
N de casos válidos	316		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 13,65.

**Tabla 1.4.23.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Apoyo social y edad.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,337(a)	3	,002
Razón de verosimilitudes	14,281	3	,003
Asociación lineal por lineal	10,278	1	,001
N de casos válidos	323		

a 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,11.

**Tabla 1.4.24.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Apoyo social y dependencia.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,985(a)	4	,041
Razón de verosimilitudes	13,347	4	,010
Asociación lineal por lineal	,410	1	,522
N de casos válidos	323		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,68.

**Tabla 1.4.25.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Apoyo social y depresión.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	55,661(a)	2	,000
Razón de verosimilitudes	53,532	2	,000
Asociación lineal por lineal	52,307	1	,000
N de casos válidos	316		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11,49.

**Tabla 1.4.26.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Apoyo social y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,588(b)	1	,108		
Corrección por continuidad(a)	2,096	1	,148		
Razón de verosimilitudes	2,474	1	,116		
Estadístico exacto de Fisher				,111	,076
Asociación lineal por lineal	2,580	1	,108		
N de casos válidos	323				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 16,00.

**Tabla 1.4.27.****Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción vital y edad.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	52,802(a)	45	,198
Razón de verosimilitudes	53,679	45	,176
Asociación lineal por lineal	12,859	1	,000
N de casos válidos	317		

a 38 casillas (59,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

**Tabla 1.4.28.****Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción vital y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,249(a)	15	,507
Razón de verosimilitudes	16,840	15	,329
Asociación lineal por lineal	2,148	1	,143
N de casos válidos	317		

a 10 casillas (31,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,24.

**Tabla 1.4.29.****Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción vital y dependencia.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	53,481(a)	60	,711
Razón de verosimilitudes	61,576	60	,419
Asociación lineal por lineal	5,762	1	,016
N de casos válidos	317		

a 62 casillas (77,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,07.

**Tabla 1.4.30.****Pruebas de chi-cuadrado. Satisfacción vital y depresión.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	146,981(a)	15	,000
Razón de verosimilitudes	174,991	15	,000
Asociación lineal por lineal	126,997	1	,000
N de casos válidos	317		

a 10 casillas (31,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,40.

**Tabla 1.4.31.****Riesgo de caídas.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No existe riesgo de caídas	124	33,1	33,1	33,1
Existe riesgo de caídas	251	66,9	66,9	100,0
Total	375	100,0	100,0	



**Tabla 1.4.32.**

**Número de fármacos diferentes que toma al día.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	14	3,7	3,7	3,7
	1	19	5,1	5,1	8,8
	2	42	11,2	11,2	20,1
	3	60	16,0	16,0	36,1
	4	59	15,7	15,8	51,9
	5	45	12,0	12,0	63,9
	6	56	14,9	15,0	78,9
	7	21	5,6	5,6	84,5
	8	15	4,0	4,0	88,5
	9	10	2,7	2,7	91,2
	10	13	3,5	3,5	94,7
	11	8	2,1	2,1	96,8
	12	4	1,1	1,1	97,9
	14	1	,3	,3	98,1
	15	1	,3	,3	98,4
	16	2	,5	,5	98,9
	17	1	,3	,3	99,2
	19	1	,3	,3	99,5
	20	1	,3	,3	99,7
	30	1	,3	,3	100,0
	Total	374	99,7	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,3		
Total		375	100,0		

**Tabla 1.4.33.**

**Uso de prótesis, órtesis u otras ayudas técnicas.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	355	94,7	94,9	94,9
	NO	19	5,1	5,1	100,0
	Total	374	99,7	100,0	
Perdidos	0	1	,3		
Total		375	100,0		

**Tabla 1.4.34.**

**Persona insulino dependiente.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	106	28,3	28,3	28,3
	NO	268	71,5	71,7	100,0
	Total	374	99,7	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,3		
Total		375	100,0		

**Tabla 1.4.35.****En general, usted diría que su salud es**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Excelente	1	,3	,3	,3
	Muy buena	19	5,1	5,8	6,1
	Buena	66	17,6	20,0	26,1
	Regular	143	38,1	43,3	69,4
	Mala	101	26,9	30,6	100,0
	Total	330	88,0	100,0	
Perdidos	Sistema	45	12,0		
Total		375	100,0		

**Tabla 1.4.36.****Pruebas de chi-cuadrado. Riesgo de caídas y barreras internas.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,599(a)	4	,159
Razón de verosimilitudes	6,534	4	,163
Asociación lineal por lineal	,395	1	,530
N de casos válidos	373		

a 2 casillas (20,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,32.

**Pruebas de chi-cuadrado. Riesgo de caídas y barreras externas.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,464(a)	3	,691
Razón de verosimilitudes	1,448	3	,694
Asociación lineal por lineal	,274	1	,601
N de casos válidos	373		

a 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,97.

**Tabla 1.4.37.****Pruebas de chi-cuadrado. Riesgo de caídas y dependencia.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	46,236(a)	4	,000
Razón de verosimilitudes	44,355	4	,000
Asociación lineal por lineal	12,055	1	,001
N de casos válidos	375		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12,23.

**Tabla 1.4.38.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo Ayuda Domiciliaria y edad.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	369,724(a)	336	,099
Razón de verosimilitudes	327,352	336	,622
Asociación lineal por lineal	2,244	1	,134
N de casos válidos	367		

a 449 casillas (99,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

**Tabla 1.4.39.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo Ayuda Domiciliaria y satisfacción vital.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1487,739(a)	1575	,942
Razón de verosimilitudes	864,435	1575	1,000
Asociación lineal por lineal	,743	1	,389
N de casos válidos	311		

a 1696 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,00.

**Tabla 1.4.40.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo Ayuda Domiciliaria y relaciones familiares.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	108,086(a)	106	,425
Razón de verosimilitudes	123,746	106	,115
Asociación lineal por lineal	,862	1	,353
N de casos válidos	319		

a 205 casillas (95,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,25.

**Tabla 1.4.41.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo Ayuda Domiciliaria y apoyo social.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	110,244(a)	106	,369
Razón de verosimilitudes	121,774	106	,140
Asociación lineal por lineal	1,697	1	,193
N de casos válidos	317		

a 206 casillas (96,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,21.

**Tabla 1.4.42.****Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo Ayuda Domiciliaria y dependencia.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	466,881(a)	448	,260
Razón de verosimilitudes	455,886	448	,388
Asociación lineal por lineal	2,383	1	,123
N de casos válidos	367		

a 563 casillas (99,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,10.

**Tabla 1.4.43.****Pruebas de chi-cuadrado. Tiempo Ayuda Domiciliaria y depresión.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	222,135(a)	210	,270
Razón de verosimilitudes	248,838	210	,034
Asociación lineal por lineal	,632	1	,427
N de casos válidos	312		

a 318 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,18.

**Tabla 1.4.44.****ANOVA. Distribución del Nº totales horas a la semana del servicio y edad.**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	124,188	41	3,029	1,106	,310
Intra-grupos	897,985	328	2,738		
Total	1022,173	369			

**Tabla 1.4.45.****Pruebas de chi-cuadrado. Número de horas y estudios.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	30,554(a)	40	,859
Razón de verosimilitudes	27,282	40	,937
Asociación lineal por lineal	,787	1	,375
N de casos válidos	367		

a 39 casillas (72,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

**Tabla 1.4.46.****Prueba de muestras independientes. Número de horas y género.**

		Prueba de muestras independientes									
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	Inferior	Superior	
Distribución del Nº totales horas a la semana del servicio	Se han asumido varianzas iguales	,000	,999	-2,811	368	,005	-,557	,198	-,947	-,167	
	No se han asumido varianzas iguales			-2,768	151,658	,006	-,557	,201	-,955	-,160	

**Tabla 1.4.47.**

**ANOVA. Distribución del Nº totales horas a la semana del servicio y dependencia.**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	150,974	20	7,549	3,024	,000
Intra-grupos	871,199	349	2,496		
Total	1022,173	369			

**Tabla 1.4.48.**

**ANOVA. Distribución del Nº totales horas a la semana del servicio y deterioro cognitivo.**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	148,985	32	4,656	1,810	,006
Intra-grupos	822,913	320	2,572		
Total	971,898	352			

**Tabla 1.4.49.**

**Prueba de muestras independientes. Número de horas y caídas.**

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Distribución del Nº totales horas a la semana del servicio	Se han asumido varianzas iguales	1,707	,192	-,769	368	,443	-,142	,184	-,504	,221
	No se han asumido varianzas iguales			-,785	254,244	,433	-,142	,180	-,497	,214

**Tabla 1.4.50.**

**Prueba de muestras independientes. Número de horas y relaciones familiares.**

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Distribución del Nº totales horas a la semana del servicio	Se han asumido varianzas iguales	,677	,411	-1,190	319	,235	-,240	,202	-,637	,157
	No se han asumido varianzas iguales			-1,174	134,529	,243	-,240	,205	-,645	,165

**Tabla 1.4.51.**

**Prueba de muestras independientes. Número de horas y apoyo social.**

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Distribución del Nº totales horas a la semana del servicio	Se han asumido varianzas iguales	,031	,861	-1,619	317	,107	-,349	,216	-,774	,075
	No se han asumido varianzas iguales			-1,647	108,710	,102	-,349	,212	-,770	,071

**Tabla 1.4.52.****ANOVA. Distribución del Nº totales horas a la semana del servicio y depresión.**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	28,636	15	1,909	,752	,730
Intra-grupos	756,374	298	2,538		
Total	785,010	313			

**Tabla 1.4.53.****Pruebas de chi-cuadrado. Número de horas y profesional que realiza la valoración.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	553,609(a)	440	,000
Razón de verosimilitudes	442,861	440	,453
Asociación lineal por lineal	11,845	1	,001
N de casos válidos	370		

a 500 casillas (99,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

**Tabla 1.5.1.****Pruebas de chi-cuadrado. Edad y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,630(a)	3	,889
Razón de verosimilitudes	,863	3	,834
Asociación lineal por lineal	,076	1	,783
N de casos válidos	106		

a 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,25.

**Tabla 1.5.2.****Nivel de Estudios.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Medios	2	1,9	1,9	1,9
	Bachiller	1	,9	1,0	2,9
	E.G.B/Primarios	3	2,8	2,9	5,7
	Sabe leer y escribir	66	61,7	62,9	68,6
	No sabe leer ni escribir	33	30,8	31,4	100,0
	Total	105	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,9		
Total		107	100,0		

**Tabla 1.5.3.****Estado Civil**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero/a	13	12,1	12,4	12,4
	Casado/a	26	24,3	24,8	37,1
	Viudo/a	66	61,7	62,9	100,0
	Total	105	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,9		
Total		107	100,0		

**Tabla 1.5.4.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Estado civil y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,081(a)	2	,002
Razón de verosimilitudes	11,748	2	,003
Asociación lineal por lineal	8,470	1	,004
N de casos válidos	105		

a 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,22.

**Tabla 1.5.5.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Número de personas que conviven con el mayor y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,117(a)	3	,028
Razón de verosimilitudes	9,277	3	,026
Asociación lineal por lineal	,876	1	,349
N de casos válidos	107		

a 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,73.

**Tabla 1.5.6.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Número de personas que conviven con el mayor y Barthel.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,880(a)	12	,627
Razón de verosimilitudes	10,828	12	,544
Asociación lineal por lineal	,148	1	,701
N de casos válidos	107		

a 14 casillas (70,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.

**Tabla 1.5.7.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Número de personas que conviven con el mayor y Lawton.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	39,308(a)	24	,025
Razón de verosimilitudes	36,489	24	,049
Asociación lineal por lineal	5,986	1	,014
N de casos válidos	105		

a 29 casillas (80,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.

**Tabla 1.5.8.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Número de personas que conviven con el mayor y deterioro cognitivo.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,323(a)	3	,724
Razón de verosimilitudes	1,620	3	,655
Asociación lineal por lineal	,115	1	,734
N de casos válidos	105		

a 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,46.

**Tabla 1.5.9.****Pruebas de chi-cuadrado. Número de personas que conviven con el mayor y depresión.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,283(a)	3	,733
Razón de verosimilitudes	1,315	3	,726
Asociación lineal por lineal	,541	1	,462
N de casos válidos	100		

a 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,11.

**Tabla 1.5.10.****Pruebas de chi-cuadrado. Número de personas que conviven con el mayor y relaciones familiares.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,378(a)	3	,711
Razón de verosimilitudes	2,372	3	,499
Asociación lineal por lineal	1,112	1	,292
N de casos válidos	101		

a 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,50.

**Tabla 1.5.11.****Pruebas de chi-cuadrado. Número de personas que conviven con el mayor y apoyo social.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,519(a)	3	,678
Razón de verosimilitudes	1,711	3	,634
Asociación lineal por lineal	,134	1	,714
N de casos válidos	101		

a 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,42.

**Tabla 1.5.12.****Pruebas de chi-cuadrado. Número de personas que conviven con el mayor y satisfacción vital.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	71,292(a)	42	,003
Razón de verosimilitudes	44,979	42	,348
Asociación lineal por lineal	,001	1	,982
N de casos válidos	100		

a 53 casillas (88,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.



**Tabla 1.5.13.**

**Riesgo de caídas.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No existe riesgo de caídas	50	46,7	48,5	48,5
	Existe riesgo de caídas	53	49,5	51,5	100,0
	Total	103	96,3	100,0	
Perdidos	Sistema	4	3,7		
Total		107	100,0		

**Tabla 1.5.14.**

**Número de fármacos diferentes que toma al día.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válidos	0	4	3,7	3,8	3,8	
	1	5	4,7	4,8	8,7	
	2	14	13,1	13,5	22,1	
	3	17	15,9	16,3	38,5	
	4	18	16,8	17,3	55,8	
	5	18	16,8	17,3	73,1	
	6	9	8,4	8,7	81,7	
	7	3	2,8	2,9	84,6	
	8	5	4,7	4,8	89,4	
	9	3	2,8	2,9	92,3	
	10	2	1,9	1,9	94,2	
	11	2	1,9	1,9	96,2	
	12	2	1,9	1,9	98,1	
	14	1	,9	1,0	99,0	
	17	1	,9	1,0	100,0	
	Total		104	97,2	100,0	
	Perdidos	Sistema	3	2,8		
Total		107	100,0			

**Tabla 1.5.15.**

**Uso de prótesis, órtesis u otras ayudas técnicas.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	95	88,8	89,6	89,6
	NO	11	10,3	10,4	100,0
	Total	106	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		107	100,0		

**Tabla 1.5.16.****Persona insulino dependiente.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	23	21,5	21,9	21,9
	NO	82	76,6	78,1	100,0
	Total	105	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,9		
Total		107	100,0		

**Tabla 1.5.17.****En general, usted diría que su salud es**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Excelente	1	,9	1,0	1,0
	Muy buena	10	9,3	10,0	11,0
	Buena	24	22,4	24,0	35,0
	Regular	40	37,4	40,0	75,0
	Mala	25	23,4	25,0	100,0
	Total	100	93,5	100,0	
Perdidos	Sistema	7	6,5		
Total		107	100,0		

**Tabla 1.5.18.****Pruebas de chi-cuadrado. Número de personas que conviven con el mayor y riesgo de caídas.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,736(a)	3	,192
Razón de verosimilitudes	4,820	3	,185
Asociación lineal por lineal	2,098	1	,148
N de casos válidos	103		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,97.

**Tabla 2.1.1.****Resúmenes de casos. Media de edad**

Grupo de Análisis	Edad del entrevistado
Residencias	80,51
Centro de estancia diurna	79,61
Cuidadores familiares	82,83
Ayuda domiciliaria	79,87
Teleasistencia	78,76
Medio comunitario	71,26
Total	78,06

**Tabla 2.1.2.**

**ANOVA. Edad del entrevistado**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	26855,818	5	5371,164	95,690	,000
Intra-grupos	89359,925	1592	56,131		
Total	116215,742	1597			

**Tabla 2.1.3.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Servicios - medio comunitario y género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	73,531(a)	5	,000
Razón de verosimilitudes	73,652	5	,000
Asociación lineal por lineal	20,236	1	,000
N de casos válidos	1599		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 31,45.

**Tabla 2.1.4.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Servicios - medio comunitario y estudios.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	119,893(a)	25	,000
Razón de verosimilitudes	126,862	25	,000
Asociación lineal por lineal	32,051	1	,000
N de casos válidos	1576		

a 18 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,60.

**Tabla 2.1.5.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Servicios - medio comunitario y estado civil.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	428,228(a)	15	,000
Razón de verosimilitudes	406,300	15	,000
Asociación lineal por lineal	9,011	1	,003
N de casos válidos	1589		

a 6 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,53.

**Tabla 2.2.1.**

**ANOVA. Puntuación Barthel.**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	633649,528	5	126729,906	152,419	,000
Intra-grupos	1323679,216	1592	831,457		
Total	1957328,743	1597			

**Tabla 2.2.2.****ANOVA. Puntuación Índice Lawton.**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	6438,569	5	1287,714	266,285	,000
Intra-grupos	7674,495	1587	4,836		
Total	14113,063	1592			

**Tabla 2.2.3.****ANOVA. Baremo MTAS.**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	721788,283	5	144357,657	224,526	,000
Intra-grupos	1023566,054	1592	642,944		
Total	1745354,337	1597			

**Tabla 2.2.4.****ANOVA. Puntuación total MEC**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	41084,670	5	8216,934	128,393	,000
Intra-grupos	96637,675	1510	63,998		
Total	137722,346	1515			

**Tabla 2.2.5.****ANOVA. Puntuación Depresión.**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	2341,459	5	468,292	38,607	,000
Intra-grupos	14980,109	1235	12,130		
Total	17321,568	1240			

**Tabla 2.2.6.****ANOVA. Puntuación Barthel**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter -grupos	140135,001	15	9342,333	13,856	,000
Intra-grupos	825922,783	1225	674,223		
Total	966057,784	1240			

**Tabla 2.2.7.**

**ANOVA. Puntuación APGAR**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos (Combinados)	1286,180	5	257,236	36,408	,000
Término lineal					
No ponderado	470,919	1	470,919	66,651	,000
Ponderado	757,931	1	757,931	107,273	,000
Desviación	528,249	4	132,062	18,691	,000
Intra-grupos	9050,833	1281	7,065		
Total	10337,013	1286			

**Tabla 2.2.8.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Servicios - medio comunitario y relaciones familiares.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	87,063(a)	5	,000
Razón de verosimilitudes	85,197	5	,000
Asociación lineal por lineal	50,864	1	,000
N de casos válidos	1287		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 19,46.

**Tabla 2.2.9.**

**ANOVA. Puntuación DUKE-UNC**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos (Combinados)	12200,232	5	2440,046	22,944	,000
Término lineal					
No ponderado	4438,566	1	4438,566	41,736	,000
Ponderado	7362,364	1	7362,364	69,229	,000
Desviación	4837,868	4	1209,467	11,373	,000
Intra-grupos	135488,155	1274	106,349		
Total	147688,388	1279			

**Tabla 2.2.10.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Servicios - medio comunitario y apoyo social.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	45,216(a)	5	,000
Razón de verosimilitudes	45,483	5	,000
Asociación lineal por lineal	13,894	1	,000
N de casos válidos	1280		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 14,36.

**Tabla 2.2.11.**  
ANOVA. Familiares residentes en el municipio.

ANOVA				Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Nº familiares residentes en el municipio	Inter-grupos	(Combinados)		7558,942	5	1511,788	41,269	,000
		Término lineal	No ponderado	3685,675	1	3685,675	100,611	,000
			Ponderado	4575,856	1	4575,856	124,911	,000
			Desviación	2983,086	4	745,771	20,358	,000
	Intra-grupos			58136,499	1587	36,633		
	Total		65695,440	1592				
Nº familiares residentes fuera del municipio	Inter-grupos	(Combinados)		7113,333	5	1422,667	20,306	,000
		Término lineal	No ponderado	3447,445	1	3447,445	49,207	,000
		Ponderado	3056,873	1	3056,873	43,632	,000	
			Desviación	4056,461	4	1014,115	14,475	,000
	Intra-grupos			110905,802	1583	70,061		
	Total		118019,135	1588				

**Tabla 2.2.12.**  
ANOVA. Puntuación satisfacción Escala Filadelfia y servicios – medio comunitario.

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	(Combinados)		1109,002	5	221,800	18,857	,000
	Término lineal	No ponderado	40,547	1	40,547	3,447	,064
		Ponderado	152,121	1	152,121	12,933	,000
		Desviación	956,881	4	239,220	20,339	,000
Intra-grupos			14502,471	1233	11,762		
Total			15611,474	1238			

**Tabla 2.2.13.**  
ANOVA. Puntuación Satisfacción vital y depresión.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	9226,939	15	615,129	117,832	,000
Intra-grupos	6384,535	1223	5,220		
Total	15611,474	1238			

**Tabla 2.2.14.**  
Pruebas de los efectos inter-sujetos. Variable dependiente: Puntuación Satisfacción vital

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	7831,882(a)	17	460,699	72,306	,000
Intersección grupo	20982,890	1	20982,890	3293,246	,000
DEPREeco1	89,439	5	17,888	2,807	,016
grupo * DEPREeco1	4934,655	2	2467,328	387,245	,000
Error	125,784	10	12,578	1,974	,033
Total	7779,592	1221	6,371		
Total corregida	91928,000	1239			
	15611,474	1238			

a R cuadrado = ,502 (R cuadrado corregida = ,495)

**Tabla 2.2.15.**

**ANOVA. Puntuación Satisfacción vital**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	200,368	5	40,074	5,488	,000
Intra-grupos	5213,897	714	7,302		
Total	5414,265	719			

**Puntuación satisfacción vital. Student-Newman-Keuls**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05		
		1	2	3
Centro de estancia diurna	77	9,04		
Ayuda domiciliaria	127	9,18	9,18	
Teleasistencia	63	9,38	9,38	9,38
Cuidadores familiares	40	9,90	9,90	9,90
Medio comunitario	297		10,26	10,26
Residencias	116			10,34
Sig.		,177	,053	,105

**Tabla 2.2.16.**

**ANOVA. Puntuación Satisfacción vital**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	67,217	5	13,443	2,584	,026
Intra-grupos	1956,357	376	5,203		
Total	2023,573	381			

**Puntuación satisfacción Escala Filadelfia. Student -Newman -Keuls**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
Medio comunitario	68	5,16	
Teleasistencia	30	5,37	5,37
Centro de estancia diurna	49	5,43	5,43
Ayuda domiciliaria	135	5,70	5,70
Residencias	57	6,19	6,19
Cuidadores familiares	43		6,49
Sig.		,150	,094

**Tabla 2.2.17.**

**ANOVA. Puntuación Satisfacción vital**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	31,669	5	6,334	1,362	,243
Intra-grupos	609,338	131	4,651		
Total	641,007	136			

**Puntuación Satisfacción vital. Student-Newman-Keuls**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
Medio comunitario	18	2,56
Teleasistencia	7	3,00
Centro de estancia diurna	10	3,10
Ayuda domiciliaria	55	3,15
Residencias	20	3,25
Cuidadores familiares	27	4,15
Sig.		,341

**Tabla 2.2.18.****ANOVA. Puntuación Satisfacción vital**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	27,180	5	5,436	,920	,474
Intra-grupos	342,570	58	5,906		
Total	369,750	63			

**Puntuación Satisfacción vital. Student-Newman-Keuls**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
Medio comunitario	2	2,00
Teleasistencia	2	2,50
Centro de estancia diurna	7	2,86
Residencias	14	3,21
Ayuda domiciliaria	17	3,88
Cuidadores familiares	22	4,36
Sig.		,686

**Tabla 2.2.19.****ANOVA. Puntuación Satisfacción vital**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	22,334	5	4,467	,764	,578
Intra-grupos	702,024	120	5,850		
Total	724,357	125			

**Puntuación Satisfacción vital. Student-Newman-Keuls**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
Centro de estancia diurna	23	5,39
Teleasistencia	4	5,50
Ayuda domiciliaria	34	5,59
Medio comunitario	4	6,00
Residencias	25	6,24
Cuidadores familiares	36	6,42
Sig.		,941



**Tabla 2.2.20.**

**ANOVA. Puntuación Satisfacción vital**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	72,785	5	14,557	2,027	,081
Intra-grupos	775,706	108	7,182		
Total	848,491	113			

**Puntuación Satisfacción vital. Student-Newman-Keuls**

Grupo de Análisis	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
Teleasistencia	2	7,00
Ayuda domiciliaria	19	8,68
Centro de estancia diurna	22	9,50
Cuidadores familiares	22	9,68
Medio comunitario	4	10,25
Residencias	45	10,62
Sig.		,150

**Tabla 2.2.21.**

**ANOVA. Puntuación caídas**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	6098,587	5	1219,717	75,755	,000
Intra-grupos	25519,918	1585	16,101		
Total	31618,505	1590			

**Tabla 2.2.22.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Servicio – medio comunitario y caídas.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	39,993(a)	5	,000
Razón de verosimilitudes	40,722	5	,000
Asociación lineal por lineal	6,670	1	,010
N de casos válidos	1591		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 40,85.

**Tabla 2.2.23.**

**Pruebas de chi-cuadrado. (Gran dependencia) Servicio – medio comunitario y caídas.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,353(a)	5	,273
Razón de verosimilitudes	6,386	5	,270
Asociación lineal por lineal	1,690	1	,194
N de casos válidos	598		

a 1 casillas (8,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,84.

**Tabla 2.2.24.****ANOVA. Número de fármacos diferentes que toma al día**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	1230,480	5	246,096	26,807	,000
Intra-grupos	14486,358	1578	9,180		
Total	15716,838	1583			

**Tabla 2.2.25.****Pruebas de chi-cuadrado. Servicio – medio comunitario y uso de ayudas técnicas.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	63,843(a)	5	,000
Razón de verosimilitudes	62,229	5	,000
Asociación lineal por lineal	17,286	1	,000
N de casos válidos	1595		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11,56.

**Tabla 2.2.26.****Pruebas de chi-cuadrado. Servicio – medio comunitario e insulinodependencia.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,059(a)	5	,000
Razón de verosimilitudes	23,897	5	,000
Asociación lineal por lineal	6,273	1	,012
N de casos válidos	1591		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 24,35.

**Tabla 2.2.27.****Pruebas de chi-cuadrado. Servicio – medio comunitario y modo administración insulina.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,952(a)	5	,003
Razón de verosimilitudes	17,731	5	,003
Asociación lineal por lineal	9,496	1	,002
N de casos válidos	357		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,35.

**Tabla 2.2.28.****Pruebas de chi-cuadrado. Servicio – medio comunitario y percepción de salud.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	122,495(a)	20	,000
Razón de verosimilitudes	127,325	20	,000
Asociación lineal por lineal	4,221	1	,040
N de casos válidos	1290		

a 4 casillas (13,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,17.

**Tabla 2.3.1.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Servicio – medio comunitario y sospecha maltrato.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,557(a)	3	,465
Razón de verosimilitudes	3,588	3	,310
Asociación lineal por lineal	,019	1	,891
N de casos válidos	408		

a 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,28.

**Tabla 2.3.2.**

**Pruebas de chi-cuadrado. . Servicio – medio comunitario y sospecha maltrato físico.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,383(b)	1	,536		
Corrección por continuidad(a)	,013	1	,908		
Razón de verosimilitudes	,356	1	,551		
Estadístico exacto de Fisher				,620	,424
Asociación lineal por lineal	,382	1	,537		
N de casos válidos	408				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,38.

**Tabla 2.3.3.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Servicio – medio comunitario y sospecha maltrato psíquico.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,728(b)	1	,099		
Corrección por continuidad(a)	1,502	1	,220		
Razón de verosimilitudes	4,587	1	,032		
Estadístico exacto de Fisher				,198	,101
Asociación lineal por lineal	2,721	1	,099		
N de casos válidos	408				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,94.

**Tabla 2.3.4.****Pruebas de chi-cuadrado. Servicio – medio comunitario y sospecha maltrato sexual.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,384(b)	1	,535		
Corrección por continuidad(a)	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,650	1	,420		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,723
Asociación lineal por lineal	,383	1	,536		
N de casos válidos	408				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,28.

**Tabla 2.3.5.****Pruebas de chi-cuadrado. Servicio – medio comunitario y sospecha negligencia.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,427(b)	1	,514		
Corrección por continuidad(a)	,248	1	,618		
Razón de verosimilitudes	,418	1	,518		
Estadístico exacto de Fisher				,536	,305
Asociación lineal por lineal	,426	1	,514		
N de casos válidos	408				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 16,89.

**Tabla 2.3.6.****Pruebas de chi-cuadrado. Servicio – medio comunitario y sospecha negligencia.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,383(b)	1	,536		
Corrección por continuidad(a)	,013	1	,908		
Razón de verosimilitudes	,356	1	,551		
Estadístico exacto de Fisher				,620	,424
Asociación lineal por lineal	,382	1	,537		
N de casos válidos	408				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,38.

**Tabla 2.3.7.**

**Pruebas de chi-cuadrado. (Cuidadores) género y riesgo de maltrato.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,361(b)	1	,243		
Corrección por continuidad(a)	,730	1	,393		
Razón de verosimilitudes	1,542	1	,214		
Estadístico exacto de Fisher				,354	,200
Asociación lineal por lineal	1,349	1	,245		
N de casos válidos	113				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,87.

**Tabla 2.3.8.**

**Pruebas de chi-cuadrado. (Medio comunitario) género y riesgo de maltrato.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,040(b)	1	,841		
Corrección por continuidad(a)	,002	1	,964		
Razón de verosimilitudes	,040	1	,841		
Estadístico exacto de Fisher				,878	,483
Asociación lineal por lineal	,040	1	,841		
N de casos válidos	295				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 22,65.

**Tabla 2.4.1.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Ayuda domiciliaria – Cuidadores y barreras, escaleras.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,175(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	11,567	1	,001		
Razón de verosimilitudes	12,349	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,001	,000
Asociación lineal por lineal	12,154	1	,000		
N de casos válidos	575				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 86,77.

**Tabla 2.4.2.****Pruebas de chi-cuadrado. Ayuda domiciliaria – Cuidadores y barreras, portal de casa.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31,568(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	30,533	1	,000		
Razón de verosimilitudes	30,993	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	31,513	1	,000		
N de casos válidos	575				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 66,75.

**Tabla 2.4.3.****Pruebas de chi-cuadrado. Ayuda domiciliaria – Cuidadores y barreras, zona aislada barrio / urbanizaciones.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,514(b)	1	,001		
Corrección por continuidad(a)	10,609	1	,001		
Razón de verosimilitudes	11,001	1	,001		
Estadístico exacto de Fisher				,001	,001
Asociación lineal por lineal	11,494	1	,001		
N de casos válidos	575				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 23,54.

**Tabla 2.4.4.****Pruebas de chi-cuadrado. Ayuda domiciliaria – Cuidadores y barreras, baño.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,478(b)	1	,489		
Corrección por continuidad(a)	,364	1	,546		
Razón de verosimilitudes	,479	1	,489		
Estadístico exacto de Fisher				,539	,273
Asociación lineal por lineal	,477	1	,490		
N de casos válidos	575				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 89,93.

**Tabla 2.4.5.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Ayuda domiciliaria – Cuidadores y vivienda inadecuada.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,441(b)	1	,507		
Corrección por continuidad(a)	,171	1	,680		
Razón de verosimilitudes	,457	1	,499		
Estadístico exacto de Fisher				,621	,348
Asociación lineal por lineal	,440	1	,507		
N de casos válidos	575				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,32.

**Tabla 2.4.6.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Ayuda domiciliaria – Cuidadores y mala higiene, humedades.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,566(b)	1	,059		
Corrección por continuidad(a)	3,100	1	,078		
Razón de verosimilitudes	3,723	1	,054		
Estadístico exacto de Fisher				,074	,037
Asociación lineal por lineal	3,560	1	,059		
N de casos válidos	575				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 27,40.

**Tabla 2.4.7.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Ayuda domiciliaria – Cuidadores y ascensor.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,266(b)	1	,606		
Corrección por continuidad(a)	,171	1	,679		
Razón de verosimilitudes	,264	1	,607		
Estadístico exacto de Fisher				,610	,338
Asociación lineal por lineal	,265	1	,607		
N de casos válidos	575				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 48,48.

**Tabla 3.1.1.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Grado - nivel de dependencia y supervisión que necesita la persona dependiente.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	449,710(a)	18	,000
Razón de verosimilitudes	487,921	18	,000
Asociación lineal por lineal	372,530	1	,000
N de casos válidos	836		

a 7 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,63.

**Tabla 3.1.2.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Deterioro cognitivo y supervisión que necesita la persona dependiente.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	129,001(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	133,509	3	,000
Asociación lineal por lineal	128,245	1	,000
N de casos válidos	956		

a 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,29.

**Tabla 3.1.3.**

**Pruebas de chi-cuadrado. (sujetos con deterioro cognitivo) Grado - nivel de dependencia y supervisión que necesita la persona dependiente.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	263,777(a)	18	,000
Razón de verosimilitudes	254,249	18	,000
Asociación lineal por lineal	196,545	1	,000
N de casos válidos	563		

a 7 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,35.

**Tabla 3.2.1.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Grupo de Análisis y El servicio donde se encuentra es el adecuado.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29,015(a)	4	,000
Razón de verosimilitudes	29,101	4	,000
Asociación lineal por lineal	9,520	1	,002
N de casos válidos	1120		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 13,35.



**Tabla 3.2.2.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Grado y nivel dependencia Baremo MTAS y El servicio donde se encuentra es el adecuado.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,254(a)	6	,057
Razón de verosimilitudes	12,759	6	,047
Asociación lineal por lineal	,464	1	,496
N de casos válidos	1120		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 15,30.

**Tabla 5.1.1.**

**Tabla de contingencia Grado y nivel \* Edad**

		Edad				Total
		60 - 64 años	65 - 74 años	75 - 84 años	85 y más años	
Grado y nivel dependencia	No existe grado de dependencia	21,0%	43,6%	20,8%	2,0%	87,4%
	Grado I y nivel 1		2,7%	1,2%	,7%	4,7%
	Grado I y nivel 2		,5%	,7%	,5%	1,7%
	Grado II y nivel 1	,2%		,2%	1,2%	1,7%
	Grado II y nivel 2			1,0%		1,0%
	Grado III y nivel 1	,2%	,2%	,2%	1,2%	2,0%
	Grado III y nivel 2			,7%	,7%	1,5%
Total		21,5%	47,0%	25,0%	6,4%	100,0%

**Tabla 5.1.2.**

**Tabla de contingencia Grado y nivel dependencia \* Lugar donde vive**

		Lugar donde vive		Total
		Casa del mayor	Casa de familiar	
Grado y nivel dependencia	No existe grado de dependencia	78,3%	8,3%	86,6%
	Grado I y nivel 1	4,5%	,9%	5,3%
	Grado I y nivel 2	1,2%	,6%	1,8%
	Grado II y nivel 1	1,5%	,6%	2,1%
	Grado II y nivel 2	,9%		,9%
	Grado III y nivel 1	,6%	,9%	1,5%
	Grado III y nivel 2	,3%	1,5%	1,8%
Total		87,2%	12,8%	100,0%

**Tabla 5.1.3.****Tabla de contingencia Grado y nivel dependencia \* Estado Civil**

		Estado Civil			Total
		Soltero/a	Casado/a	Viudo/a	
Grado y nivel dependencia	No existe grado de dependencia	5,2%	65,7%	16,7%	87,6%
	Grado I y nivel 1	,5%	2,7%	1,5%	4,7%
	Grado I y nivel 2	,2%	,2%	1,0%	1,5%
	Grado II y nivel 1		,7%	1,0%	1,7%
	Grado II y nivel 2		1,0%		1,0%
	Grado III y nivel 1	,7%	1,0%	,2%	2,0%
	Grado III y nivel 2			1,5%	1,5%
Total		6,7%	71,4%	21,9%	100,0%

**Tabla 5.1.4.****Tabla de contingencia Grado y nivel dependencia \* Barthel**

		Barthel					Total
		Dependencia total	Dependencia severa	Dependencia moderada	Escasa	Independiente	
Grado y nivel dependencia	No existe grado de dependencia			12,3%	12,9%	59,3%	84,5%
	Grado I y nivel 1			5,4%		,6%	6,0%
	Grado I y nivel 2		,6%	1,6%			2,2%
	Grado II y nivel 1		,9%	,9%			1,9%
	Grado II y nivel 2		1,3%				1,3%
	Grado III y nivel 1	,3%	1,6%	,3%			2,2%
	Grado III y nivel 2	1,6%	,3%				1,9%
	Total		1,9%	4,7%	20,5%	12,9%	59,9%

**Tabla 6.1.1.****Porcentaje de mayores dependientes que necesitan ayuda para la realización de AVDs.**

· Sorber las bebidas	20,60
· Acercarse el recipiente de bebida a la boca	25,30
· Sujetar el recipiente de bebida	26,00
· Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	28,80
· Lavarse las manos	41,70
· Lavarse la cara	42,20
· Sentarse	43,80
· Transferirse mientras sentado	50,80
· Continencia defecación	51,90
· Tumbarse	51,90
· Ponerse en pie	52,90
· Transferirse mientras acostado	53,60
· Peinarse	53,90
· Abrocharse botones	54,20
· Adoptar o abandonar la postura adecuada	54,70

. Limpiarse	56,90
. Acudir a un lugar adecuado	60,50
. Manipular la ropa	61,20
. Continencia micción	61,80
. Lavarse los dientes	64,30
. Pedir ayuda ante una urgencia.	65,40
. Desplazamientos vinculados al autocuidado	65,40
. Desplazamientos no vinculados al autocuidado	66,70
. Cortar o partir la carne en trozos	69,60
. Abrir botellas y latas	72,10
. Calzarse	72,50
. Accede a todos los elementos comunes de las habitaciones.	73,30
. Accede a todas las estancias comunes de la vivienda en la habitual.	78,10
. Vestirse prendas parte superior del cuerpo	79,00
. Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas.	80,50
. Evitar riesgos dentro del domicilio.	81,30
. Acceso al exterior del edificio	82,20
. Vestirse prendas parte inferior del cuerpo	84,10
. Desplazamiento alrededor del edificio.	88,30
. Evitar riesgos fuera del domicilio.	88,80
. Realizar desplazamientos cercanos.	93,60
. Lavarse el pelo	94,60
. Lavarse la parte superior del cuerpo	95,70
. Cortarse las uñas	95,70
. Preparar comidas	95,70
. Lavar y cuidar la ropa	95,80
. Lavarse la parte inferior del cuerpo	96,40
. Realizar desplazamientos lejanos.	98,80
. Hacer la compra Compras	98,80
. Utilizar de medios de transporte.	99,50
. Limpiar y cuidar vivienda	99,70

**Tabla 7.2.1.**

**Pruebas de chi-cuadrado. (Centros Estancia Diurna) Pensión y Copago.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	354,404(a)	282	,002
Razón de verosimilitudes	191,661	282	1,000
Asociación lineal por lineal	4,190	1	,041
N de casos válidos	84		

a 336 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

**Tabla 7.2.2.****Pruebas de chi-cuadrado. (Ayuda Domiciliaria) Pensión y Copago.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	311,221(a)	235	,001
Razón de verosimilitudes	126,867	235	1,000
Asociación lineal por lineal	1,120	1	,290
N de casos válidos	83		

a 286 casillas (99,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

**Tabla 7.2.3.****Correlaciones. (Centros Estancia Diurna) Pensión y Copago.**

		¿Cuántía?	Cuanto pagaría al mes por Centro Estancia Diurna
¿Cuántía?	Correlación de Pearson	1	-,225(*)
	Sig. (bilateral)		,040
	N	313	84
Cuanto pagaría al mes por Centro Estancia Diurna	Correlación de Pearson	-,225(*)	1
	Sig. (bilateral)	,040	
	N	84	101

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**Tabla 7.2.4.****Correlaciones. (Ayuda Domiciliaria) Pensión y Copago.**

		¿Cuántía?	Cuanto pagaría al mes por Ayuda a Domicilio
¿Cuántía?	Correlación de Pearson	1	-,117
	Sig. (bilateral)		,293
	N	313	83
Cuanto pagaría al mes por Ayuda a Domicilio	Correlación de Pearson	-,117	1
	Sig. (bilateral)	,293	
	N	83	102

**Correlaciones. (Residencias) Pensión y Copago.**

		¿Cuántía?	Cuanto pagaría al mes por Residencia
¿Cuántía?	Correlación de Pearson	1	-,162
	Sig. (bilateral)		,163
	N	313	76
Cuanto pagaría al mes por Residencia	Correlación de Pearson	-,162	1
	Sig. (bilateral)	,163	
	N	76	90

**Tabla 7.2.5.**

**Correlaciones. (Ayuda Domiciliaria) Nivel estudios y Copago.**

		Estudios	Cuanto pagaría al mes por Ayuda a Domicilio
Estudios	Correlación de Pearson	1	-,209(*)
	Sig. (bilateral)		,035
	N	399	102
Cuanto pagaría al mes por Ayuda a Domicilio	Correlación de Pearson	-,209(*)	1
	Sig. (bilateral)	,035	
	N	102	102

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**Tabla 7.2.6.**

**Correlaciones. (Residencias) Nivel estudios y Copago.**

		Cuanto pagaría al mes por Residencia	Estudios
Cuanto pagaría al mes por Residencia	Correlación de Pearson	1	-,145
	Sig. (bilateral)		,171
	N	90	90
Estudios	Correlación de Pearson	-,145	1
	Sig. (bilateral)	,171	
	N	90	399

**Correlaciones. (Centros estancia Diurna) Nivel estudios y Copago.**

		Estudios	Cuanto pagaría al mes por Centro Estancia Diurna
Estudios	Correlación de Pearson	1	-,137
	Sig. (bilateral)		,171
	N	399	101
Cuanto pagaría al mes por Centro Estancia Diurna	Correlación de Pearson	-,137	1
	Sig. (bilateral)	,171	
	N	101	101

**Tabla 9.1.1.****Pruebas de chi-cuadrado. Tipo de Centro y Estudios.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,752(a)	15	,182
Razón de verosimilitudes	20,381	15	,158
Asociación lineal por lineal	1,130	1	,288
N de casos válidos	829		

a 12 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,23.

**Tabla 9.1.2.****Pruebas de chi-cuadrado. Tipo de Centro y Género.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,627(a)	3	,054
Razón de verosimilitudes	8,085	3	,044
Asociación lineal por lineal	,264	1	,608
N de casos válidos	841		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 43,82.

**Tabla 9.1.3a.****Pruebas de chi-cuadrado. Tipo de Centro y Estado civil.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	131,807(a)	9	,000
Razón de verosimilitudes	128,000	9	,000
Asociación lineal por lineal	10,854	1	,001
N de casos válidos	836		

a 4 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,17.

**Tabla 9.1.3b.****Pruebas de chi-cuadrado. Tipo de Centro y Número de personas con las que convive el mayor.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1160,451(a)	27	,000
Razón de verosimilitudes	1219,120	27	,000
Asociación lineal por lineal	510,682	1	,000
N de casos válidos	839		

a 12 casillas (30,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,23.

**Tabla 9.1.3c.****Pruebas de chi-cuadrado. Estado civil y Número de personas con las que convive el mayor.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	230,950(a)	27	,000
Razón de verosimilitudes	240,622	27	,000
Asociación lineal por lineal	39,843	1	,000
N de casos válidos	834		

a 19 casillas (47,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

**Tabla 9.1.4.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Tipo de Centro y Uso de prótesis, ortesis, ayudas técnicas.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,098(a)	3	,107
Razón de verosimilitudes	6,199	3	,102
Asociación lineal por lineal	4,984	1	,026
N de casos válidos	841		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11,13.

**Tabla 9.1.5.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Uso de pañales y Tipo de Centro**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,308(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	18,234	3	,000
Asociación lineal por lineal	15,148	1	,000
N de casos válidos	795		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 73,86.

**Tabla 9.1.6.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Sillas de ruedas y Tipo de Centro**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,514(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	18,958	3	,000
Asociación lineal por lineal	10,909	1	,001
N de casos válidos	794		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 63,59.

**Tabla 9.1.7.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Andadores y Tipo de Centro**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,400(a)	3	,001
Razón de verosimilitudes	16,160	3	,001
Asociación lineal por lineal	11,922	1	,001
N de casos válidos	794		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 41,92.

**Tabla 9.1.8.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Muletas y Tipo de Centro**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29,412(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	33,086	3	,000
Asociación lineal por lineal	29,002	1	,000
N de casos válidos	794		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 15,54.

**Tabla 9.1.9.****Pruebas de chi-cuadrado. Bastones y Tipo de Centro**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	37,182(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	40,595	3	,000
Asociación lineal por lineal	34,911	1	,000
N de casos válidos	795		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 44,69.

**Tabla 9.1.10.****Pruebas de chi-cuadrado. Dentaduras y Tipo de Centro**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,061(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	35,351	3	,000
Asociación lineal por lineal	9,121	1	,003
N de casos válidos	794		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 63,35.

**Tabla 9.1.11.****Pruebas de chi-cuadrado. Gafas y Tipo de Centro**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	37,760(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	38,309	3	,000
Asociación lineal por lineal	17,720	1	,000
N de casos válidos	795		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 69,86.

**Tabla 9.1.12.****Pruebas de chi-cuadrado. Sondas nasogástrica y Tipo de Centro**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,225(a)	3	,002
Razón de verosimilitudes	13,636	3	,003
Asociación lineal por lineal	9,111	1	,003
N de casos válidos	795		

a 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,53.

**Tabla 9.1.13.****Pruebas de chi-cuadrado. Uso de prótesis – ortesis – ayudas técnicas y Dependencia**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	48,642(a)	4	,000
Razón de verosimilitudes	32,991	4	,000
Asociación lineal por lineal	23,614	1	,000
N de casos válidos	841		

a 3 casillas (30,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,29.



**Tabla 9.1.14.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Persona insulina dependiente y Tipo de Centro**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,535(a)	3	,316
Razón de verosimilitudes	3,530	3	,317
Asociación lineal por lineal	3,184	1	,074
N de casos válidos	838		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 54,68.

**Tabla 9.1.15.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Modo administración insulina y Tipo de Centro**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,097(a)	3	,028
Razón de verosimilitudes	9,275	3	,026
Asociación lineal por lineal	,820	1	,365
N de casos válidos	227		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 15,07.

**Tabla 9.1.16.**

**Pruebas de los efectos inter-sujetos. MANOVA.**

Fuente	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	Edad del entrevistado	275,744(a)	3	91,915	1,587	,192
	Puntuación total MEC	829,384(b)	3	276,461	6,796	,000
	Puntuación caídas	193,591(c)	3	64,530	4,627	,003
	Puntuación Barthel	30328,795(d)	3	10109,598	14,715	,000
	Puntuación Índice Lawton	237,872(e)	3	79,291	34,831	,000
	Puntuación APGAR	419,581(f)	3	139,860	17,750	,000
	Puntuación DUKE-UNC	2331,153(g)	3	777,051	7,164	,000
	En general, usted diría que su salud es	26,327(h)	3	8,776	10,083	,000
	Puntuación depresión geriátrica	450,386(i)	3	150,129	11,762	,000
	Puntuación satisfacción Escala Filadelfia	289,489(j)	3	96,496	8,524	,000
	Puntos Baremo Dependencia nuevo. Valorando todos 46 items	22358,425(k)	3	7452,808	19,649	,000
	Número de fármacos diferentes que toma al día	87,695(l)	3	29,232	2,845	,037
	Intersección	Edad del entrevistado	3097321,089	1	3097321,089	53486,012
Puntuación total MEC		181241,825	1	181241,825	4455,005	,000
Puntuación caídas		36098,246	1	36098,246	2588,324	,000
Puntuación Barthel		1311837,686	1	1311837,686	1909,377	,000
Puntuación Índice Lawton		1281,240	1	1281,240	562,821	,000
Puntuación APGAR		28096,570	1	28096,570	3565,771	,000
Puntuación DUKE-UNC		836873,837	1	836873,837	7715,284	,000
En general, usted diría que su salud es		7445,911	1	7445,911	8555,181	,000

	Puntuación depresión geriátrica	20613,285	1	20613,285	1615,036	,000
	Puntuación satisfacción Escala Filadelfia	24187,251	1	24187,251	2136,595	,000
	Puntos Baremo Dependencia nuevo. Valorando todos 46 items	1537700,585	1	1537700,585	4054,139	,000
	Número de fármacos diferentes que toma al día	13759,858	1	13759,858	1339,392	,000
grupo	Edad del entrevistado	275,744	3	91,915	1,587	,192
	Puntuación total MEC	829,384	3	276,461	6,796	,000
	Puntuación caídas	193,591	3	64,530	4,627	,003
	Puntuación Barthel	30328,795	3	10109,598	14,715	,000
	Puntuación Índice Lawton	237,872	3	79,291	34,831	,000
	Puntuación APGAR	419,581	3	139,860	17,750	,000
	Puntuación DUKE-UNC	2331,153	3	777,051	7,164	,000
	En general, usted diría que su salud es	26,327	3	8,776	10,083	,000
	Puntuación depresión geriátrica	450,386	3	150,129	11,762	,000
	Puntuación satisfacción Escala Filadelfia	289,489	3	96,496	8,524	,000
	Puntos Baremo Dependencia nuevo. Valorando todos 46 items	22358,425	3	7452,808	19,649	,000
	Número de fármacos diferentes que toma al día	87,695	3	29,232	2,845	,037
Error	Edad del entrevistado	28607,043	494	57,909		
	Puntuación total MEC	20097,277	494	40,683		
	Puntuación caídas	6889,606	494	13,947		
	Puntuación Barthel	339402,715	494	687,050		
	Puntuación Índice Lawton	1124,572	494	2,276		
	Puntuación APGAR	3892,483	494	7,880		
	Puntuación DUKE-UNC	53583,989	494	108,470		
	En general, usted diría que su salud es	429,948	494	,870		
	Puntuación depresión geriátrica	6305,100	494	12,763		
	Puntuación satisfacción Escala Filadelfia	5592,310	494	11,320		
	Puntos Baremo Dependencia nuevo. Valorando todos 46 items	187369,999	494	379,291		
	Número de fármacos diferentes que toma al día	5074,965	494	10,273		
Total	Edad del entrevistado	3249128,000	498			
	Puntuación total MEC	213031,000	498			
	Puntuación caídas	44836,000	498			
	Puntuación Barthel	1788826,000	498			
	Puntuación Índice Lawton	2921,000	498			
	Puntuación APGAR	33034,000	498			

	Puntuación DUKE-UNC	915755,000	498		
	En general, usted diría que su salud es	8273,000	498		
	Puntuación depresión geriátrica	28676,000	498		
	Puntuación satisfacción Escala Filadelfia	30424,000	498		
	Puntos Baremo Dependencia nuevo. Valorando todos 46 items	1746518,257	498		
	Número de fármacos diferentes que toma al día	19467,000	498		
Total corregida	Edad del entrevistado	28882,787	497		
	Puntuación total MEC	20926,661	497		
	Puntuación caídas	7083,197	497		
	Puntuación Barthel	369731,510	497		
	Puntuación Índice Lawton	1362,444	497		
	Puntuación APGAR	4312,064	497		
	Puntuación DUKE-UNC	55915,143	497		
	En general, usted diría que su salud es	456,275	497		
	Puntuación depresión geriátrica	6755,486	497		
	Puntuación satisfacción Escala Filadelfia	5881,799	497		
	Puntos Baremo Dependencia nuevo. Valorando todos 46 items	209728,423	497		
	Número de fármacos diferentes que toma al día	5162,661	497		

a R cuadrado = ,010 (R cuadrado corregida = ,004)

b R cuadrado = ,040 (R cuadrado corregida = ,034)

c R cuadrado = ,027 (R cuadrado corregida = ,021)

d R cuadrado = ,082 (R cuadrado corregida = ,076)

e R cuadrado = ,175 (R cuadrado corregida = ,170)

f R cuadrado = ,097 (R cuadrado corregida = ,092)

g R cuadrado = ,042 (R cuadrado corregida = ,036)

h R cuadrado = ,058 (R cuadrado corregida = ,052)

i R cuadrado = ,067 (R cuadrado corregida = ,061)

j R cuadrado = ,049 (R cuadrado corregida = ,043)

k R cuadrado = ,107 (R cuadrado corregida = ,101)

l R cuadrado = ,017 (R cuadrado corregida = ,011)

**Tabla 9.1.17.**

**ANOVA. Puntuación Barthel y Tipo de Centro.**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	59656,599	3	19885,533	21,796	,000
Intra-grupos	763639,738	837	912,353		
Total	823296,338	840			

**Tabla 9.1.18.****ANOVA. Puntuación Índice Lawton y Tipo de Centro**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	262,796	3	87,599	43,183	,000
Intra-grupos	1693,831	835	2,029		
Total	1956,627	838			

**Tabla 9.1.19.****ANOVA. Puntos Baremo Dependencia y Tipo de Centro**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	37640,613	3	12546,871	25,393	,000
Intra-grupos	413574,217	837	494,115		
Total	451214,830	840			

**Tabla 9.1.20.****ANOVA. Puntuación total MEC**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	4082,577	3	1360,859	17,042	,000
Intra-grupos	61326,407	768	79,852		
Total	65408,984	771			

**Tabla 9.1.21.****ANOVA. MEC y Grado y Nivel de dependencia.**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	22,383	5	4,477	23,631	,000
Intra-grupos	143,023	755	,189		
Total	165,406	760			

**Tabla 9.1.22.****Correlaciones. MEC y Baremo MTAS**

		Puntuación total MEC	Puntos Baremo Dependencia
Puntuación total MEC	Correlación de Pearson	1	-,565(**)
	Sig. (bilateral)		,000
	N	772	772
Puntos Baremo Dependencia	Correlación de Pearson	-,565(**)	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	772	841

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

**Tabla 9.1.23.****ANOVA. Puntuación APGAR**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	549,164	3	183,055	22,180	,000
Intra-grupos	4564,071	553	8,253		
Total	5113,235	556			

**Tabla 9.1.24.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Relaciones familiares y Tipo de Centro**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	36,573(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	37,258	3	,000
Asociación lineal por lineal	7,655	1	,006
N de casos válidos	797		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 29,66.

**Tabla 9.1.25.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Relaciones funcionales y Grado – nivel de dependencia**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,864(a)	5	,016
Razón de verosimilitudes	13,027	5	,023
Asociación lineal por lineal	,469	1	,494
N de casos válidos	557		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 13,95.

**Tabla 9.1.26.**

**ANOVA. Puntuación Satisfacción vital**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	298,649	3	99,550	8,848	,000
Intra-grupos	5726,969	509	11,251		
Total	6025,618	512			

**Tabla 9.1.27.**

**ANOVA. Puntuación Depresión**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	462,392	3	154,131	11,992	,000
Intra-grupos	6567,868	511	12,853		
Total	7030,260	514			

**Tabla 9.1.28.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Depresión y Tipo de Centro**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,027(a)	6	,000
Razón de verosimilitudes	34,829	6	,000
Asociación lineal por lineal	26,154	1	,000
N de casos válidos	515		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 18,78.

**Tabla 9.1.29.****ANOVA. Puntuación DUKE-UNC**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	3085,032	3	1028,344	9,043	,000
Intra-grupos	61976,377	545	113,718		
Total	65061,410	548			

**Tabla 9.1.30.****Pruebas de chi-cuadrado. Apoyo social y Tipo de Centro.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,502(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	24,255	3	,000
Asociación lineal por lineal	,268	1	,605
N de casos válidos	549		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 20,44.

**Tabla 9.1.31.****ANOVA. Puntuación caídas**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	389,507	3	129,836	9,152	,000
Intra-grupos	11860,635	836	14,187		
Total	12250,142	839			

**Tabla 9.1.32.****Pruebas de chi-cuadrado. Riesgo de caídas y Tipo de Centro**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27,784(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	28,132	3	,000
Asociación lineal por lineal	18,480	1	,000
N de casos válidos	840		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 58,50.

**Tabla 9.1.33.****Pruebas de chi-cuadrado. Caídas en el último año y Tipo de Centro**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,826(a)	3	,078
Razón de verosimilitudes	6,911	3	,075
Asociación lineal por lineal	4,572	1	,033
N de casos válidos	456		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 38,10.

**Tabla 9.1.34.**

**Pruebas de chi-cuadrado. Riesgo de caídas y Tipo de Centro**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,721(a)	3	,002
Razón de verosimilitudes	15,002	3	,002
Asociación lineal por lineal	4,130	1	,042
N de casos válidos	456		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 19,05.

**Tabla 9.1.35.**

**ANOVA. Número de fármacos diferentes que toma al día**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	107,357	3	35,786	3,950	,008
Intra-grupos	7520,337	830	9,061		
Total	7627,694	833			

**Tabla 9.1.36.**

**ANOVA. En general, usted diría que su salud es**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	27,977	3	9,326	10,791	,000
Intra-grupos	477,050	552	,864		
Total	505,027	555			

**Tabla 9.1.37.**

**Resumen de procesamiento de los casos(a). Baremo MTAS**

Casos					
Valid		Perdidos		Total	
N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
506	60,2%	335	39,8%	841	100,0%

a Con escala cambiada Distancia euclídea al cuadrado usada

**Resumen de procesamiento de los casos(a). Escala Barthel**

Casos					
Valid		Perdidos		Total	
N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
506	60,2%	335	39,8%	841	100,0%

a Con escala cambiada Distancia euclídea al cuadrado usada

**Tabla 9.1.38.****Resumen del procesamiento para el análisis de casos. Para Tipo de Centro**

Casos no ponderados		N	Porcentaje
Válidos		506	60,2
Excluidos	Códigos de grupo para perdidos o fuera de rango	0	,0
	Perdida al menos una variable discriminante	335	39,8
	Perdidos o fuera de rango ambos, el código de grupo y al menos una de las variables discriminantes.	0	,0
	Total excluidos	335	39,8
Casos Totales		841	100,0

**Tabla 9.1.39.****Estadísticos de grupo. Para Tipo de Centro**

Grupo de Análisis		Media	Desv. típ.	N válido (según lista)	
				No ponderados	Ponderados
Residencias	Puntuación DUKE-UNC	38,77	10,299	124	124,000
	Puntuación total MEC	18,27	7,031	124	124,000
	Puntuación APGAR	6,15	3,327	124	124,000
	Puntuación depresión geriátrica	5,52	3,610	124	124,000
	Puntuación caídas	8,24	4,043	124	124,000
	Puntuación Barthel	45,19	30,069	124	124,000
Centro de estancia diurna	Puntuación DUKE-UNC	44,41	10,407	107	107,000
	Puntuación total MEC	20,30	6,256	107	107,000
	Puntuación APGAR	8,21	2,576	107	107,000
	Puntuación depresión geriátrica	5,66	3,592	107	107,000
	Puntuación caídas	7,91	3,651	107	107,000
	Puntuación Barthel	58,32	24,867	107	107,000
Cuidadores familiares	Puntuación DUKE-UNC	43,26	8,045	104	104,000
	Puntuación total MEC	18,27	6,613	104	104,000
	Puntuación APGAR	8,70	1,920	104	104,000
	Puntuación depresión geriátrica	7,61	3,653	104	104,000
	Puntuación caídas	9,68	3,840	104	104,000
	Puntuación Barthel	45,29	22,693	104	104,000
Ayuda domiciliaria	Puntuación DUKE-UNC	40,36	11,753	171	171,000
	Puntuación total MEC	20,99	5,848	171	171,000
	Puntuación APGAR	7,51	2,995	171	171,000
	Puntuación depresión geriátrica	7,44	3,468	171	171,000
	Puntuación caídas	9,03	3,490	171	171,000
	Puntuación Barthel	61,20	26,333	171	171,000
Total	Puntuación DUKE-UNC	41,42	10,628	506	506,000
	Puntuación total MEC	19,62	6,500	506	506,000
	Puntuación APGAR	7,57	2,951	506	506,000



Puntuación depresión geriátrica	6,63	3,684	506	506,000
Puntuación caídas	8,73	3,782	506	506,000
Puntuación Barthel	53,40	27,281	506	506,000

**Tabla 9.1.40.**

**Lambda de Wilks. Para Tipo de Centro**

Contraste de las funciones	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	gl	Sig.
1 a la 3	,714	168,259	18	,000
2 a la 3	,885	61,314	10	,000
3	,962	19,234	4	,001

**Tabla 9.1.41.**

**Probabilidades previas para los grupos. Para Tipo de Centro**

Grupo de Análisis	Previas	Casos utilizados en el análisis	
		No ponderados	Ponderados
Residencias	,245	124	124,000
Centro de estancia diurna	,211	107	107,000
Cuidadores familiares	,206	104	104,000
Ayuda domiciliaria	,338	171	171,000
Total	1,000	506	506,000

**Tabla 9.1.42.**

**Resumen del procesamiento para el análisis de casos. Para Grado y nivel de dependencia**

Casos no ponderados		N	Porcentaje
Válidos		506	60,2
Excluidos	Códigos de grupo para perdidos o fuera de rango	0	,0
	Perdida al menos una variable discriminante	335	39,8
	Perdidos o fuera de rango ambos, el código de grupo y al menos una de las variables discriminantes.	0	,0
	Total excluidos	335	39,8
Casos Totales		841	100,0

**Tabla 9.1.43.**

**Estadísticos de grupo. Para Grado y nivel de dependencia**

Grado y nivel dependencia Nuevo Baremo 46 ítems máximo 100 puntos	Media	Desv. típ.	N válido (según lista)		
			No ponderados	Ponderados	
Grado I y nivel 1	Puntuación Barthel	78,92	12,729	143	143,000
	Puntuación caídas	7,57	3,684	143	143,000
	Puntuación DUKE-UNC	41,57	11,021	143	143,000
	Puntuación APGAR	7,41	3,138	143	143,000

	Puntuación total MEC	21,66	6,033	143	143,000
Grado I y nivel 2	Puntuación depresión geriátrica	5,81	3,615	143	143,000
	Puntuación Barthel	66,40	13,755	89	89,000
	Puntuación caídas	7,76	3,481	89	89,000
	Puntuación DUKE-UNC	40,98	10,154	89	89,000
	Puntuación APGAR	7,09	3,165	89	89,000
	Puntuación total MEC	20,07	6,084	89	89,000
Grado II y nivel 1	Puntuación depresión geriátrica	5,89	3,436	89	89,000
	Puntuación Barthel	56,19	16,709	83	83,000
	Puntuación caídas	8,05	3,646	83	83,000
	Puntuación DUKE-UNC	39,86	11,206	83	83,000
	Puntuación APGAR	8,10	2,602	83	83,000
	Puntuación total MEC	20,70	6,056	83	83,000
Grado II y nivel 2	Puntuación depresión geriátrica	7,19	3,515	83	83,000
	Puntuación Barthel	39,93	15,977	72	72,000
	Puntuación caídas	10,50	3,704	72	72,000
	Puntuación DUKE-UNC	41,56	10,695	72	72,000
	Puntuación APGAR	7,63	2,850	72	72,000
	Puntuación total MEC	18,00	6,865	72	72,000
Grado III y nivel 1	Puntuación depresión geriátrica	7,19	3,523	72	72,000
	Puntuación Barthel	22,85	16,970	86	86,000
	Puntuación caídas	10,28	3,557	86	86,000
	Puntuación DUKE-UNC	41,29	10,282	86	86,000
	Puntuación APGAR	7,78	2,676	86	86,000
	Puntuación total MEC	17,66	6,305	86	86,000
Grado III y nivel 2	Puntuación depresión geriátrica	7,38	3,845	86	86,000
	Puntuación Barthel	9,70	13,166	33	33,000
	Puntuación caídas	10,24	2,905	33	33,000
	Puntuación DUKE-UNC	45,97	8,680	33	33,000
	Puntuación APGAR	7,58	3,192	33	33,000
	Puntuación total MEC	15,48	6,582	33	33,000
Total	Puntuación depresión geriátrica	7,52	4,109	33	33,000
	Puntuación Barthel	53,40	27,281	506	506,000
	Puntuación caídas	8,73	3,782	506	506,000
	Puntuación DUKE-UNC	41,42	10,628	506	506,000
	Puntuación APGAR	7,57	2,951	506	506,000
	Puntuación total MEC	19,62	6,500	506	506,000
	Puntuación depresión geriátrica	6,63	3,684	506	506,000

**Tabla 9.1.44.**

**Lambda de Wilks. Para Grado y nivel de dependencia**

Contraste de las funciones	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	gl	Sig.
1 a la 5	,247	697,935	30	,000
2 a la 5	,915	44,588	20	,001
3 a la 5	,970	15,008	12	,241
4 a la 5	,992	4,201	6	,649
5	,998	,851	2	,653

**Tabla 9.1.45.**

**Probabilidades previas para los grupos. Para Grado y nivel de dependencia**

Grado y nivel dependencia Nuevo Baremo 46 ítems máximo 100 puntos	Previas	Casos utilizados en el análisis	
		No ponderados	Ponderados
Grado I y nivel 1	,283	143	143,000
Grado I y nivel 2	,176	89	89,000
Grado II y nivel 1	,164	83	83,000
Grado II y nivel 2	,142	72	72,000
Grado III y nivel 1	,170	86	86,000
Grado III y nivel 2	,065	33	33,000
Total	1,000	506	506,000

**Tabla 9.1.46.**

**Resultados de la clasificación(a). Para Grado y nivel de dependencia**

Grado y nivel dependencia Nuevo Baremo 46 ítems máximo 100 puntos	Grupo de pertenencia pronosticado						Total
	Grado I y nivel 1	Grado I y nivel 2	Grado II y nivel 1	Grado II y nivel 2	Grado III y nivel 1	Grado III y nivel 2	
%							
Grado I y nivel 1	86,7	7,0	3,5	2,1	,7	,0	100,0
Grado I y nivel 2	53,9	16,9	20,2	6,7	2,2	,0	100,0
Grado II y nivel 1	25,3	13,3	42,2	8,4	10,8	,0	100,0
Grado II y nivel 2	4,2	6,9	16,7	38,9	33,3	,0	100,0
Grado III y nivel 1	,0	2,3	10,5	15,1	64,0	8,1	100,0
Grado III y nivel 2	,0	,0	3,0	6,1	45,5	45,5	100,0

a Clasificados correctamente el 53,8% de los casos agrupados originales.

**Tabla 9.1.47.****Resumen del procesamiento para el análisis de casos. Para Barthel**

Casos no ponderados		N	Porcentaje
Válidos		506	60,2
Excluidos	Códigos de grupo para perdidos o fuera de rango	0	,0
	Perdida al menos una variable discriminante	335	39,8
	Perdidos o fuera de rango ambos, el código de grupo y al menos una de las variables discriminantes.	0	,0
	Total excluidos	335	39,8
Casos Totales		841	100,0

**Tabla 9.1.48.****Estadísticos de grupo. Para Barthel**

BarthelReco		N válido (según lista)	
		No ponderados	Ponderados
Dependencia total	Puntos Baremo Dependencia nuevo. Valorando todos 46 items	88	88,000
	Puntuación caídas	88	88,000
	Puntuación DUKE-UNC	88	88,000
	Puntuación APGAR	88	88,000
	Puntuación total MEC	88	88,000
	Puntuación depresión geriátrica	88	88,000
	Dependencia severa	Puntos Baremo Dependencia nuevo. Valorando todos 46 items	190
Puntuación caídas		190	190,000
Puntuación DUKE-UNC		190	190,000
Puntuación APGAR		190	190,000
Puntuación total MEC		190	190,000
Puntuación depresión geriátrica		190	190,000
Dependencia moderada		Puntos Baremo Dependencia nuevo. Valorando todos 46 items	223
	Puntuación caídas	223	223,000
	Puntuación DUKE-UNC	223	223,000
	Puntuación APGAR	223	223,000
	Puntuación total MEC	223	223,000
	Puntuación depresión geriátrica	223	223,000
	Escasa	Puntos Baremo Dependencia nuevo. Valorando todos 46 items	4
Puntuación caídas		4	4,000
Puntuación DUKE-UNC		4	4,000

Independiente	Puntuación APGAR	4	4,000
	Puntuación total MEC	4	4,000
	Puntuación depresión geriátrica	4	4,000
	Puntos Baremo		
	Dependencia nuevo. Valorando todos 46 ítems	1	1,000
	Puntuación caídas	1	1,000
	Puntuación DUKE-UNC	1	1,000
	Puntuación APGAR	1	1,000
	Puntuación total MEC	1	1,000
	Puntuación depresión geriátrica	1	1,000
Total	Puntos Baremo		
	Dependencia nuevo. Valorando todos 46 ítems	506	506,000
	Puntuación caídas	506	506,000
	Puntuación DUKE-UNC	506	506,000
	Puntuación APGAR	506	506,000
	Puntuación total MEC	506	506,000
	Puntuación depresión geriátrica	506	506,000

**Tabla 9.1.49.**

**Lambda de Wilks. Para Barthel**

Contraste de las funciones	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	gl	Sig.
1 a la 4	,369	497,431	24	,000
2 a la 4	,950	25,389	15	,045
3 a la 4	,991	4,278	8	,831
4	,997	1,405	3	,704

**Tabla 9.1.50.**

**Probabilidades previas para los grupos. Para Barthel**

BarthelReco	Previas	Casos utilizados en el análisis	
		No ponderados	Ponderados
Dependencia total	,174	88	88,000
Dependencia severa	,375	190	190,000
Dependencia moderada	,441	223	223,000
Escasa	,008	4	4,000
Independiente	,002	1	1,000
Total	1,000	506	506,000

**Tabla 9.1.51.**  
Resultados de la clasificación(a)

Barthel	Grupo de pertenencia pronosticado					Total
	Dependencia total	Dependencia severa	Dependencia moderada	Escasa	Independiente	
%						
Dependencia total	59,1	36,4	4,5	,0	,0	100,0
Dependencia severa	13,2	59,5	27,4	,0	,0	100,0
Dependencia moderada	,0	11,7	87,4	,9	,0	100,0
Escasa	,0	,0	75,0	25,0	,0	100,0
Independiente	,0	,0	100,0	,0	,0	100,0

a Clasificados correctamente el 71,3% de los casos agrupados originales.

**Tablas 9.2.1.**  
Estadísticos. Experiencia laboral en Servicios Sociales

N	Válidos	18
	Perdidos	0
Media		177,44
Desv. típ.		75,103
Mínimo		17
Máximo		324

**Experiencia laboral en Servicios Sociales**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 17	1	5,6	5,6	5,6
58	1	5,6	5,6	11,1
72	1	5,6	5,6	16,7
120	2	11,1	11,1	27,8
156	1	5,6	5,6	33,3
180	1	5,6	5,6	38,9
190	1	5,6	5,6	44,4
199	1	5,6	5,6	50,0
204	2	11,1	11,1	61,1
210	1	5,6	5,6	66,7
216	1	5,6	5,6	72,2
222	1	5,6	5,6	77,8
230	1	5,6	5,6	83,3
232	1	5,6	5,6	88,9
240	1	5,6	5,6	94,4
324	1	5,6	5,6	100,0
Total	18	100,0	100,0	

**Tabla 9.2.2.**  
¿Debemos incluir valoración funcional AVD-B?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SI	18	100,0	100,0	100,0

**¿Debemos incluir valoración funcional AVD-I?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	18	100,0	100,0	100,0

**¿Debemos incluir valoración cognitiva (demencias)?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	18	100,0	100,0	100,0

**¿Debemos incluir valoración de depresión?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	18	100,0	100,0	100,0

**¿Debemos incluir valoración satisfacción vital?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	18	100,0	100,0	100,0

**¿Debemos incluir valoración salud percibida?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	18	100,0	100,0	100,0

**¿Debemos incluir valoración sobrecarga de los cuidadores?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	18	100,0	100,0	100,0

**¿Debemos incluir valoración barreas arquitectónicas?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	18	100,0	100,0	100,0

**¿Debemos incluir valoración red social?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	18	100,0	100,0	100,0

**¿Debemos incluir valoración recursos económicos?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	5	27,8	27,8	27,8
	SI	13	72,2	72,2	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

**¿Debemos incluir valoración relaciones familiares?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	18	100,0	100,0	100,0

**¿Debemos incluir valoración apoyo social?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	18	100,0	100,0	100,0

**¿Debemos incluir valoración malos tratos al mayor?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	18	100,0	100,0	100,0

**¿Debemos incluir valoración riesgo de caídas?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	18	100,0	100,0	100,0

**¿Debemos incluir valoración consumo de fármacos?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	18	100,0	100,0	100,0

**¿Debemos incluir valoración uso de órtesis y prótesis: ayudas técnicas?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	18	100,0	100,0	100,0

**Tabla 9.2.3.****Actuación interdisciplinar Trabajadores/as Sociales y Psicólogos/as**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	1	5,6	5,6	5,6
	SI	17	94,4	94,4	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

**Actuación de otros profesionales: Educadores/as Sociales y Enfermeras/os**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	1	5,6	5,6	5,6
	SI	17	94,4	94,4	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

**Tabla 9.2.4.****Estadísticos. Regla de decisión 1ª. Grado y Nivel de dependencia**

N	Válidos	18
	Perdidos	0
Media		9,06
Desv. típ.		1,349
Mínimo		5
Máximo		10
Percentiles	25	8,75
	50	9,50
	75	10,00



**Regla de decisión 1ª. Grado y Nivel de dependencia**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	5	1	5,6	5,6	5,6
	7	1	5,6	5,6	11,1
	8	2	11,1	11,1	22,2
	9	5	27,8	27,8	50,0
	10	9	50,0	50,0	100,0
Total		18	100,0	100,0	

**Tabla 9.2.5.**

**Estadísticos. Regla de decisión 2ª. Deterioro cognitivo (demencias)**

N	Válidos	18
	Perdidos	0
Media		8,61
Desv. típ.		1,720
Mínimo		5
Máximo		10
Percentiles	25	7,00
	50	9,00
	75	10,00

**Regla de decisión 2ª. Deterioro cognitivo (demencias)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	5	2	11,1	11,1	11,1
	7	3	16,7	16,7	27,8
	8	1	5,6	5,6	33,3
	9	4	22,2	22,2	55,6
	10	8	44,4	44,4	100,0
Total		18	100,0	100,0	

**Tabla 9.2.6.**

**Estadísticos. Regla de decisión 3ª. Apoyo social**

N	Válidos	18
	Perdidos	0
Media		8,39
Desv. típ.		1,754
Mínimo		5
Máximo		10
Percentiles	25	6,75
	50	9,00
	75	10,00

**Regla de decisión 3ª. Apoyo social**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 5	1	5,6	5,6	5,6
6	3	16,7	16,7	22,2
7	2	11,1	11,1	33,3
8	1	5,6	5,6	38,9
9	4	22,2	22,2	61,1
10	7	38,9	38,9	100,0
Total	18	100,0	100,0	

**Tabla 9.2.7.****Estadísticos. Regla de decisión 4ª. Relaciones familiares**

N	Válidos	18
	Perdidos	0
Media		8,94
Desv. típ.		1,514
Mínimo		5
Máximo		10
Percentiles	25	7,75
	50	10,00
	75	10,00

**Regla de decisión 4ª. Relaciones familiares**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 5	1	5,6	5,6	5,6
7	3	16,7	16,7	22,2
8	1	5,6	5,6	27,8
9	3	16,7	16,7	44,4
10	10	55,6	55,6	100,0
Total	18	100,0	100,0	

**Tabla 9.2.8.****Estadísticos. Regla de decisión 5ª. Sobrecarga en los Cuidadores**

N	Válidos	18
	Perdidos	0
Media		8,83
Desv. típ.		1,917
Mínimo		5
Máximo		10
Percentiles	25	8,50
	50	10,00
	75	10,00

**Regla de decisión 5ª. Sobrecarga en los Cuidadores**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	5	3	16,7	16,7	16,7
	7	1	5,6	5,6	22,2
	9	3	16,7	16,7	38,9
	10	11	61,1	61,1	100,0
Total		18	100,0	100,0	

**Tabla 9.2.9.**

**Estadísticos. Regla de decisión 6ª. Teleasistencia como servicio de prevención**

N	Válidos	18
	Perdidos	0
Media		8,11
Desv. típ.		3,252
Mínimo		0
Máximo		10
Percentiles	25	7,75
	50	10,00
	75	10,00

**Regla de decisión 6ª. Teleasistencia como servicio de prevención**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	2	11,1	11,1	11,1
	5	1	5,6	5,6	16,7
	7	1	5,6	5,6	22,2
	8	2	11,1	11,1	33,3
	9	2	11,1	11,1	44,4
	10	10	55,6	55,6	100,0
Total		18	100,0	100,0	

**Tabla 9.2.10.**

**Estadísticos. Regla de decisión 7ª. Considerar como objetivos de intervención la Depresión, Riesgo de caídas – barreras y Sospecha de maltrato**

N	Válidos	18
	Perdidos	0
Media		9,00
Desv. típ.		1,534
Mínimo		5
Máximo		10
Percentiles	25	8,75
	50	10,00
	75	10,00

**Regla de decisión 7ª. Considerar como objetivos de intervención la Depresión, Riesgo de caídas – barreras y Sospecha de maltrato**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 5	1	5,6	5,6	5,6
6	1	5,6	5,6	11,1
7	1	5,6	5,6	16,7
8	1	5,6	5,6	22,2
9	4	22,2	22,2	44,4
10	10	55,6	55,6	100,0
Total	18	100,0	100,0	

**Tabla 9.2.11.**

**Estadísticos. Valoración global del modelo**

N	Válidos	18
	Perdidos	0
Media		8,50
Desv. típ.		1,757
Mínimo		5
Máximo		10
Percentiles	25	6,75
	50	9,00
	75	10,00

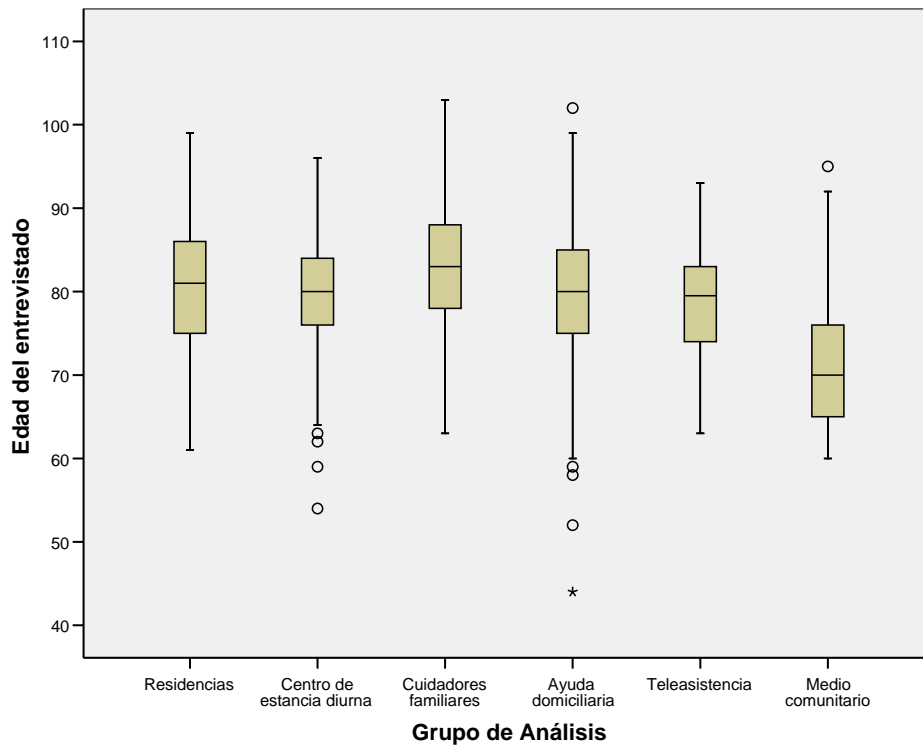
**Valoración global del modelo**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 5	1	5,6	5,6	5,6
6	3	16,7	16,7	22,2
7	1	5,6	5,6	27,8
8	2	11,1	11,1	38,9
9	3	16,7	16,7	55,6
10	8	44,4	44,4	100,0
Total	18	100,0	100,0	

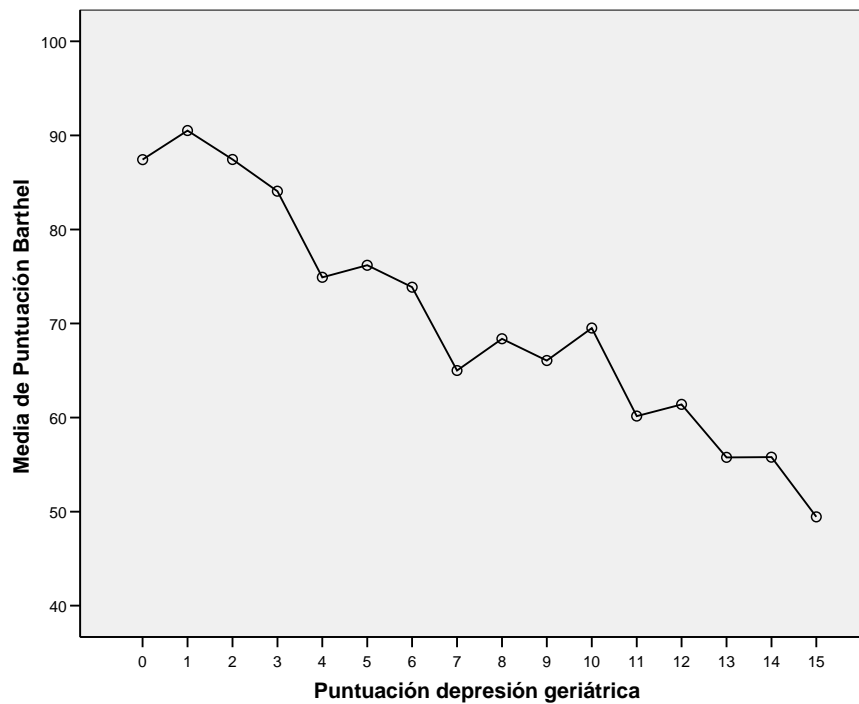


**ANEXO. II. Relación de gráficos.**

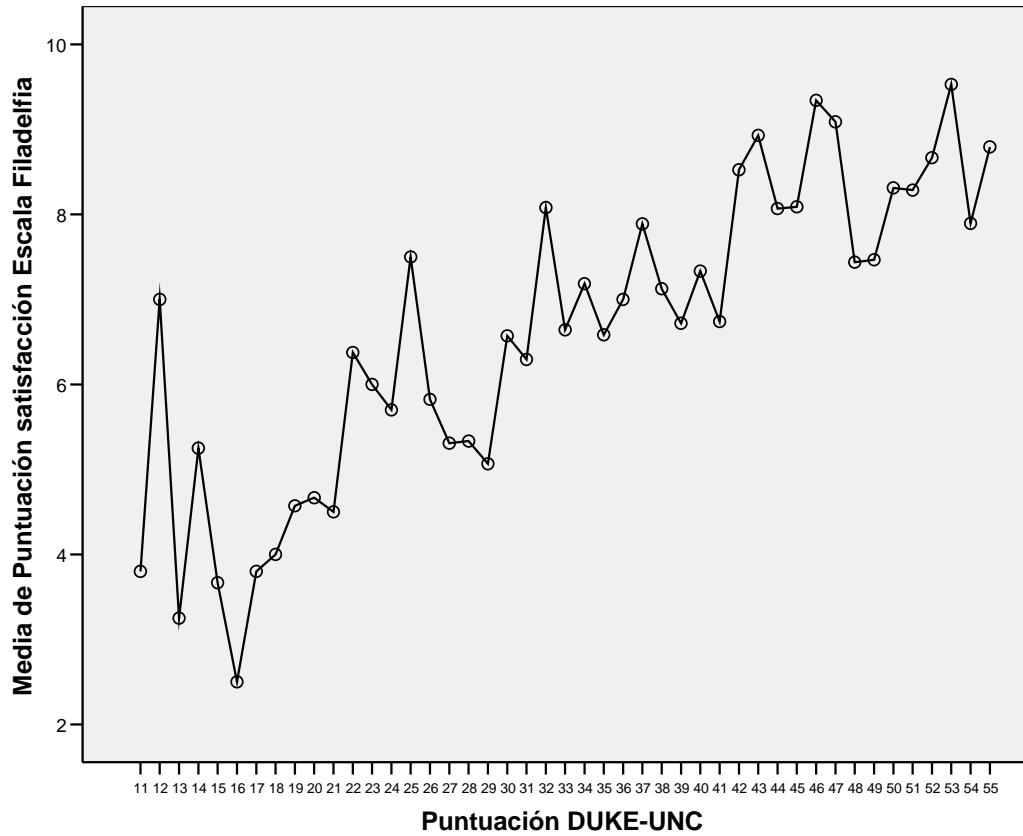
**Gráfico 2.1.1. Edad y Servicios – Medio comunitario.**



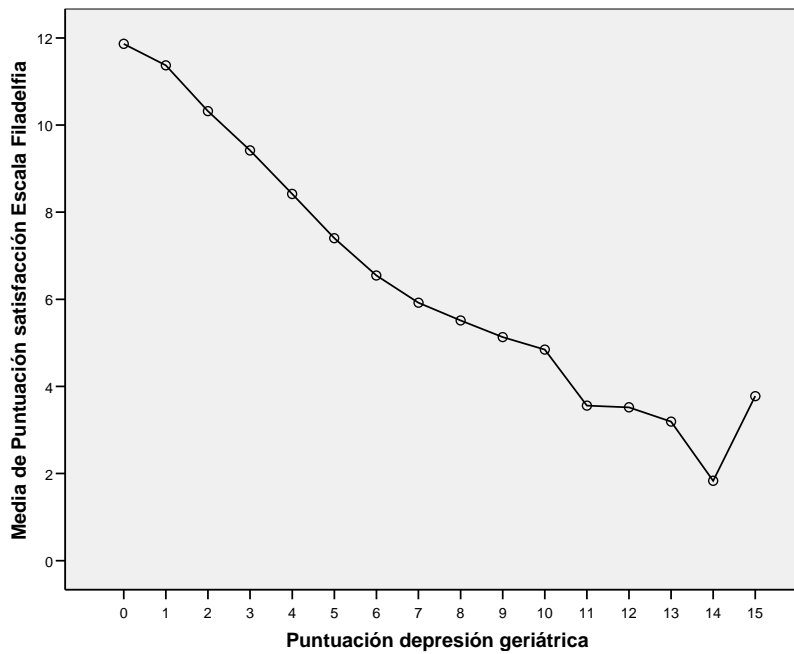
**Gráfico 2.2.1. Puntuación en depresión y puntuación en Barthel.**



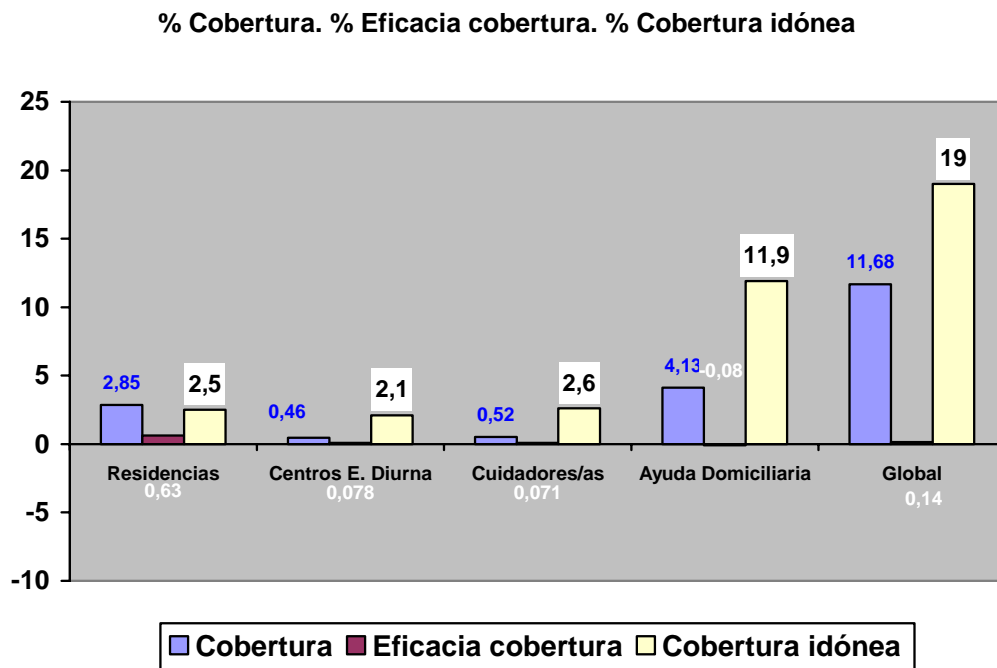
**Gráfico 2.2.2. Puntuación en satisfacción vital y puntuación en apoyo social (Duke).**



**Gráfico 2.2.3. Puntuación en satisfacción vital y depresión.**



**Gráfico 4.2.1.** Cobertura, Eficacia de cobertura y Cobertura idónea de los servicios de atención a la dependencia.







**ANEXO III.**

**CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN**

La investigación de las discapacidades física y mental en la Tercera Edad (en los mayores) es de suma importancia por la frecuencia con que se presentan, afectando la salud de este segmento poblacional.

El propósito del estudio tiene como objetivo principal el proporcionar a los profesionales de Servicios Sociales Comunitarios un modelo de toma de decisiones validado estadísticamente que, mediante diferentes instrumentos, permita ubicar a las personas mayores en el servicio o servicios, de atención y cuidados o de promoción de la autonomía personal, más adecuados a su perfil psicosocial (Ayuda a domicilio. Residencias. Familias Cuidadoras. Centros de estancia Diurna o Teleasistencia).

El presente documento de consentimiento informado, entregado por uno de los investigadores del proyecto titulado “*Provisión de servicios en cascada para personas dependientes*”, previa consulta oral, es parte del protocolo de investigación.

Yo D. /Dña: \_\_\_\_\_  
Ejerciendo mi libre poder de elección y mi voluntad expresa, por este medio, doy mi consentimiento para responder a los instrumentos (cuestionarios) del estudio.

Doy mi participación, sin sufrir presión alguna.

También se me ha explicado que la información que yo brinde es de carácter confidencial, no serán divulgados ni publicados, ni mi identidad, ni los detalles personales.

Estoy consciente de mi derecho a no responder cualquier pregunta que considere indiscreta, sin tener que dar razones para esto.

Para que así conste firmo el presente consentimiento:  
\_\_\_\_\_ (día) \_\_\_\_\_ (mes) de 2007.

Firma



\_\_\_\_\_

=====



## ANEXO. IV. Instrumentos de valoración Escalas y Cuestionarios.

### - 1) Cuestionario para la Identificación de Datos Generales (datos personales, familiares y habitad).

	<b>Universidad de Granada</b>	<b>IDENTIFICACIÓN DATOS GENERALES</b>	
Nº de cuestionario _____			
<b>Grupo de Análisis:</b> Residencias ____ Centro de Estancias Diurnas ____ Cuidadores Familiares ____ Ayuda Domiciliaria ____ Teleasistencia ____ Medio Comunitario ____			
Evaluador _____			
Fecha de evaluación. Día _____ Mes _____ Año _____			
<b>Nombre y apellidos del entrevistado/a</b> _____ DNI _____			
Sexo: Femenino ____ Masculino ____ . Estado Civil: Soltero/a ____ Casado/a ____ Viudo/a ____ . Fecha Nacimiento _____ Edad _____			
Municipio: _____			
Nivel de estudios. Superiores (licenciatura) ____ Medios (diplomatura) ____ Bachiller ____ EGB/ Primaria ____ Sabe leer y escribir ____ No sabe leer y escribir ____			
<b>SOLO APLICABLE A SUBMUESTRA DEL MEDIO COMUNITARIO.</b>			
¿Recibe El Servicio de Ayuda a Domicilio Público? Si ____ No ____			
¿Recibe el Servicio de Teleasistencia Domiciliaria Pública? Si ____ No ____			
Se encuentra dentro del Programa de Familias Cuidadoras de la Diputación de Granada? Si ____ No ____			
<b>NOTA: en caso de evaluación en el medio comunitario y recibir: Ayuda a Domicilio y/o Teleasistencia y/o Familias Cuidadoras no se procede a la evaluación, realizando la pasación con otro sujeto.</b>			
<b>SOLO EN CASO DE EVALUAR PROGRAMA DE AYUDA A DOMICILIO (A responder por la/el Trabajadora/or Social)</b>			
Especificar el tipo de ayuda _____			
AVD-b ____ AVD-i ____ AVD-b y AVD-i _____			
Distribución en tiempo y horas del servicio: Nº de días a la semana _____ Nº totales horas a la semana _____			
Total horas semana necesarias según Trabajador Social _____			
Fecha de ingreso en Ayuda a Domicilio _____ Tiempo total que lleva en Ayuda a Domicilio (en meses) _____			
Ha utilizado anteriormente Ayuda a Domicilio. Si ____ (Tiempo aproximado de utilización en meses _____)			
No ____ Se desconoce _____			
<b>SOLO EN CASO DE EVALUAR PROGRAMA DE FAMILIAS CUIDADORAS (A responder por Evaluador y la/el Trabajadora/or Social)</b>			
Cuidador/a Principal. Hombre ____ Mujer ____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____			
Trabaja el/la cuidador/a principal: Si ____ No ____ . En caso de trabajar, horas a la semana _____ (Si ____ En caso de disponer, horas a la semana _____)			
Disponen de servicio doméstico para que les ayuden en las tareas del hogar: No ____ (Si ____ En caso de disponer, horas a la semana _____)			
La persona mayor y la persona cuidadora conviven en la misma casa/piso: Si ____ No ____			
Fecha de ingreso en el Programa Familias Cuidadoras _____ Tiempo total en el programa (en meses) _____			
Ha participado anteriormente en el Programa Familias Cuidadoras. Si ____ (Tiempo aproximado de participación en meses _____)			
No ____ Se desconoce _____			
<b>SOLO EN CASO DE RESIDENCIAS Y CENTROS DE ESTANCIAS DIURNAS (A responder por la Dirección del Centro)</b>			
Nombre del Centro _____ Teléfono _____ Municipio _____			
Nº plazas TOTALES ____ Nº plazas válidos ____ Nº plazas asistidos ____ Nº plazas asistidos concertadas JA o MTAS _____			
Nº plazas asistidos no concertadas _____			
<b>Valorar solo sujetos con concierto JA o MTAS. (A responder por la Dirección del Centro / Trabajador Social o personal autorizado)</b>			
El sujeto valorado ha sido ingresado por URGENCIASOCIAL. NO ____ SI ____ Motivo:			
Casa en ruina/ chabola ____ Alcoholismo ____ Mendicidad / Persona sin techo ____ Drogadicción ____ Maltrato a pareja ____ Problemas juego azar ____			
Síndrome de Diógenes (Anciano/a que vive sólo, no presta atención a su cuidado personal y acumula de forma enfermiza desechos y objetos inservibles) ____			
Problemas de conducta (Maltrato a otras personas, Peleas otras personas, Daño al mobiliario urbano) ____ Otros _____			
Fecha de ingreso en Residencia / Centro Estancia Diurna _____ Tiempo total que lleva en Residencia/Centro (en meses) _____			
Ha estado ingresado anteriormente en Residencia / Centro Estancia Diurna. Si ____ (Tiempo aproximado en meses _____)			
No ____ Se desconoce _____			

**(En caso de imposibilidad de respuesta por el mayor ENTREVISTAR PERSONA FIABLE.) ¿Quién? \_\_\_\_\_**

**PERSONA MAYOR.**  
**(NOTA: en caso de Residencias no cumplimentar este apartado). Cumplimentar en PAD. Tele. Centros E Diurna. Familia Cuid. Comunidad**

Persona que responde este apartado. El mayor: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Otra persona: No \_\_\_ (Sí \_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_)

Número TOTAL de personas con las que convive, excluido el mayor: \_\_\_\_\_  
 Marcar e indicar quienes son esas personas:  
 Pareja (edad \_\_\_). Hijos (nº \_\_\_). Hijas (nº \_\_\_). Yernos o nueras (nº \_\_\_). Nietos/as (nº \_\_\_). Sobrinos/as (nº \_\_\_).  
 Otros (nº \_\_\_)

- ¿Recibe el Servicio de Ayuda a Domicilio Público? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
 - ¿Recibe otro tipo de ayuda para las tareas de la casa o el cuidado personal? Sí \_\_\_ No \_\_\_ En el caso de recibirla: Nº horas semana \_\_\_\_\_  
 ¿De quién?: Hijos \_\_\_ Hijas \_\_\_ Yernos o Nueras \_\_\_ Sobrinos/as \_\_\_ Nietos/as \_\_\_ Servicio Domestico \_\_\_ Otros \_\_\_  
 - ¿Recibe el Servicio de Teleasistencia Domiciliaria Pública? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
 - ¿Se encuentra dentro del Programa de Familias Cuidadoras de Diputación de Granada? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
 Lugar donde vive: Casa del mayor \_\_\_ Casa de Familiar \_\_\_ Tf.: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
 N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
 ¿Qué tipo de pensión es la que cobra?  
 F.A.S. \_\_\_ No contributiva \_\_\_ Jubilación \_\_\_ Viudedad \_\_\_ Invalidez \_\_\_ Otras \_\_\_\_\_ ¿Cuánta? \_\_\_\_\_

**FAMILIARES Cumplimentar este apartado en todos los casos.**  
 Nº de familiares que residen en el municipio: Nº Hijos \_\_\_ Nº Hijas \_\_\_ Nº Yernos o Nueras \_\_\_ Nº Nietos/as \_\_\_ Nº Sobrinos/as \_\_\_  
 Nº de familiares que residen fuera del municipio: Nº Hijos \_\_\_ Nº Hijas \_\_\_ Nº Yernos o Nueras \_\_\_ Nº Nietos/as \_\_\_ Nº Sobrinos/as \_\_\_

**ENTORNO FÍSICO Y ARQUITECTÓNICO. (NOTA: en caso de Residencias no cumplimentar este apartado).**  
 Situación de la vivienda (señalar lo que proceda). Barreras arquitectónicas y situación.  
 Internas:  
 1. Escalones/escaleras para desplazarse entre (salón – comedor – cocina – dormitorio – cuarto de baño): Sí \_\_\_ No \_\_\_  
 2. El cuarto de baño se encuentra adaptado: Sí \_\_\_ No \_\_\_  
 3. Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina): Sí \_\_\_ No \_\_\_  
 4. Humedades o mala higiene: Sí \_\_\_ No \_\_\_  
 Externas:  
 1. Barreras arquitectónicas en el portal de la casa: Sí \_\_\_ No \_\_\_  
 2. Zona aislada: Sí \_\_\_ No \_\_\_  
 3. Dispone de ascensor en caso de residir en un piso: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Servicios básicos  
 Agua Sí \_\_\_ No \_\_\_; Luz Sí \_\_\_ No \_\_\_; Bañera Sí \_\_\_ No \_\_\_; Ducha Sí \_\_\_ No \_\_\_; Cocina Sí \_\_\_ No \_\_\_; Frigorífico Sí \_\_\_  
 No \_\_\_; Teléfono Sí \_\_\_ No \_\_\_; Calefacción central Sí \_\_\_ No \_\_\_; Otros \_\_\_\_\_

**- 2) Valoración de la salud I, dos instrumentos (- Uso de órtesis y prótesis y Valoración de caídas)**

**CUESTIONARIO DE SALUD**

**(En caso de imposibilidad de respuesta por el mayor ENTREVISTAR PERSONA FIABLE.) ¿Quién? \_\_\_\_\_**

**1. USO DE PRÓTESIS, ORTESIS U OTRAS AYUDAS TÉCNICAS: NO \_\_\_ SI \_\_\_ Tipo:**  
 Ortopédica \_\_\_ Audifono \_\_\_ Gafas \_\_\_ Dentadura \_\_\_ Bastón \_\_\_ Muleta \_\_\_ Andador \_\_\_ Silla de ruedas \_\_\_ Pañales \_\_\_  
 Sonda vesical \_\_\_ Sonda nasogástrica \_\_\_ Ostomía \_\_\_ Otras: \_\_\_\_\_

**2. Persona insulín dependiente: No \_\_\_ Si \_\_\_ (Administración oral \_\_\_ Administración parenteral \_\_\_)**

**3. Número de fármacos diferentes que toma al día \_\_\_\_\_**

**4. VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS MÚLTIPLES.**  
 Población diana: Población de 60 años o más en el ámbito Comunitario / Residencial etc. El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 15 puntos.  
 El punto de corte se sitúa en 7, donde 7 o más puntos indican un riesgo mayor de caídas múltiples.  
 • El ítem "caídas previas" se presenta cuando se han presentado caídas en los últimos 12 meses.  
 • El ítem "problemas visuales" se considera presente cuando la persona es incapaz de reconocer una cara a cuatro metros de distancia, con gafas o lentillas si las usan.  
 • El ítem "Limitación funcional" se considera presente cuando la persona manifiesta dificultades para realizar 2 de las siguientes actividades: subir escaleras, uso de vehículo propio o público, y/o cortarse las uñas de los pies.

Factores Predictores	Valor	Puntos
Caidas previas		
Se ha caído Vd. En los últimos 12 meses. ....	SI ___	5
Incontinencia urinaria.		
Padece Vd. Incontinencia urinaria. ....	SI ___	3
Problemas visuales		
Puede el mayor reconocer una cara a cuatro metros de distancia, con gafas o lentillas. ....	No ___	4
Limitación funcional		
Presenta Vd. Dificultades para subir escaleras, uso de vehículo propio o público, y/o cortarse las uñas de los pies. SI ___	SI ___	3

**TOTAL PUNTUACIÓN: .....**

## - 3) Mini - Examen Cognoscitivo (MEC).

**Mini - Examen Cognoscitivo**

**I. Orientación.** (máximo 10 puntos). **Un punto por cada respuesta correcta**  
 Preguntar al mayor sobre fecha de hoy, estación del año, etc. Preguntar al mayor acerca del nombre de la calle, dónde habita o vive, número de su casa.  
 ¿En qué ciudad estamos? ¿Qué provincia? ¿Qué país?

1.- ¿En que **día** de la semana estamos? \_\_\_\_\_ 0 1  
 2.- ¿En que **fecha** (día del mes) estamos? \_\_\_\_\_ 0 1  
 3.- ¿En que **mes** estamos? \_\_\_\_\_ 0 1  
 4.- ¿En que **año** estamos? \_\_\_\_\_ 0 1  
 5.- ¿En que **estación** del año estamos? \_\_\_\_\_ 0 1  
 6.- ¿En que **lugar** estamos en este momento? \_\_\_\_\_ 0 1  
 7.- ¿Estamos en un **piso o una planta baja**? \_\_\_\_\_ 0 1  
 8.- ¿En que **pueblo o ciudad** estamos? \_\_\_\_\_ 0 1  
 9.- ¿En que **provincia** estamos? \_\_\_\_\_ 0 1  
 10.- ¿En que **país** estamos? \_\_\_\_\_ 0 1

**II. Memoria de Fijación.** (máximo 3 puntos). **Un punto por cada respuesta correcta.**  
 Repita estas 3 palabras: PESETA/ CABALLO/ MANZANA.

11.-Peseta \_\_\_\_\_ 0 1  
 12.-Caballo \_\_\_\_\_ 0 1  
 13.-Manzana \_\_\_\_\_ 0 1

Una vez puntuado, si no lo ha dicho bien, se le repetirán con un límite de 6 intentos hasta que los aprenda.  
 Acuérdesese de ellas porque se las preguntaré dentro de un rato.

**III. Cálculo y Atención.**  
 (máximo 5 puntos)

14.- Si tiene 30 pesetas y me da 3 ¿cuántas le quedan? \_\_\_\_\_ 0 1  
 15.- Y si me da 3 ¿cuántas le quedan? \_\_\_\_\_ 0 1  
 16.- Y si me da 3 ¿cuántas le quedan? \_\_\_\_\_ 0 1  
 17.- Y si me da 3 ¿cuántas le quedan? \_\_\_\_\_ 0 1  
 18.- Y si me da 3 ¿cuántas le quedan? \_\_\_\_\_ 0 1

(máximo 3 puntos)  
 Repita estos números: 5-9-2 (repetir hasta que los aprenda).  
 Ahora repítalos al revés (se puntúa acierto en número y orden).

19.- El número 2 en primer lugar \_\_\_\_\_ 0 1  
 20.- El número 9 en segundo lugar \_\_\_\_\_ 0 1  
 21.- El número 5 en tercer lugar \_\_\_\_\_ 0 1

**IV. Memoria a corto plazo.** (máximo 3 puntos). **Un punto por cada respuesta correcta.**  
 Preguntar por las tres palabras repetidas previamente.  
 ¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?

22.- PESETA \_\_\_\_\_ 0 1  
 23.- CABALLO \_\_\_\_\_ 0 1  
 24.- MANZANA \_\_\_\_\_ 0 1

**V. Lenguaje y construcción.**  
 (máximo 9 puntos). **Un punto por cada respuesta correcta.**

25.- Mostrar un bolígrafo y preguntar. ¿Qué es esto? \_\_\_\_\_ 0 1  
 26.- Mostrar un reloj y preguntar. ¿Qué es esto? \_\_\_\_\_ 0 1  
 27.- Repita esta frase. "EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERRÓS" \_\_\_\_\_ 0 1  
 28.- Una manzana y una pera son frutas ¿verdad?. ¿Qué son un gato y un perro? \_\_\_\_\_ 0 1  
 29.- ¿Y el rojo y el verde? \_\_\_\_\_ 0 1

(máximo 3 puntos). **Un punto por cada acción correcta.**  
 Ahora haga lo que le digo:  
 COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y PÓNGALO EN EL SUELO

30.- Con la mano derecha \_\_\_\_\_ 0 1  
 31.- Doblarlo por la mitad \_\_\_\_\_ 0 1  
 32.- Ponerlo en el suelo \_\_\_\_\_ 0 1

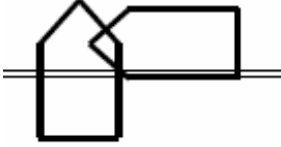
(máximo 1 punto). **Un punto por la acción correcta.**  
 Le mostramos el texto con mayúsculas "cierre los ojos".

33.- Haga lo que aquí le escribo. \_\_\_\_\_ 0 1  
 34.- Ahora escriba por favor una frase, la que quiera en este papel. \_\_\_\_\_ 0 1  
 (Le damos un papel)

35.- Copie este dibujo. \_\_\_\_\_ 0 1

Se anota 1 punto si todos los ángulos se mantienen y se entrelazan en un polígono de 4 lados.

**CIERRE LOS OJOS**



**La valoración de las SIGUIENTES ESCALAS, la realizará un informador fiable, a partir de una puntuación inferior a:**

17/18 para los que no saben leer y escribir o lo hacen con dificultad.

20/21 para personas sin estudios que saben leer y escribir.

23/24 para personas con estudios primarios / EGB o medios / superiores.

- 4) Índice de Barthel.

<b>INDICE DE BARTHEL</b>		
<b>(En caso de imposibilidad de respuesta por el mayor ENTREVISTAR PERSONA FIABLE.) ¿Quién? _____</b>		
<b>Comer</b>		
10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc. por si solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona
<b>Lavarse – bañarse</b>		
5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión.
<b>Vestirse</b>		
10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (ej.: braguero, corsé, etc.) sin ayuda.
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
0	Dependiente	
<b>Arreglarse</b>		
5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse la cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios par ello pueden ser provistos por otra persona.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
<b>Deposición</b>		
10	Independiente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por si solo.
5	Necesita ayuda	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.
0	Dependiente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro.
<b>Micción – valórese la situación en la semana previa</b>		
10	Independiente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado incluye poder cambiar la bolsa solo.
5	Necesita ayuda	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.
0	Dependiente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse.
<b>Ir al retrete</b>		
10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc.) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar.
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.
<b>Trasladarse sillón – cama</b>		
15	Independiente	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba y puede volver a la silla sin ayuda.
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento.
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir/entrar de la cama o desplazarse.
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.
<b>Deambulación</b>		
15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc.) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela o quitársela solo.
10	Necesita ayuda	Supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte para andar 50 metros). Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador).
5	Independiente en silla de ruedas	En 50 metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo.
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro.
<b>Subir y bajar escaleras</b>		
10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda y supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc.) y el pasamanos.
5	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal.
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor).
<b>TOTAL PUNTUACIÓN:</b> _____		

## - 5) Escala Lawton (EL).

(En caso de imposibilidad de respuesta por el mayor ENTREVISTAR PERSONA FIABLE.) ¿Quién? \_\_\_\_\_

En caso de valorar en residencias poner en situación: Si Vd estuviese en casa sería capaz de .....

**ÍNDICE DE LAWTON****A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO**

1. Opera el teléfono por su propia iniciativa sin restricciones, busca el número en el dial, etc. .... 1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos ..... 1
3. Responde al teléfono, pero no llama ..... 1
4. No utiliza el teléfono nunca ..... 0

En caso que la respuesta corresponda a la categoría 0. ¿Desde cuándo perdióVd, la capacidad para la realización de dicha actividad? Número de meses \_\_\_\_.

**B. COMPRAS**

1. Hace todas las compras necesarias independientemente ..... 1
2. Compra de forma independiente algunas cosas..... 1
3. Necesita ser acompañada para cualquier viaje de compras ..... 1
4. Completamente incapaz de comprar ..... 0

En caso que la respuesta corresponda a la categoría 0. ¿Desde cuándo perdióVd, la capacidad para la realización de dicha actividad? Número de meses \_\_\_\_.

**C. PREPARACIÓN DE ALIMENTOS**

1. Planea, prepara y sirve comidas adecuadas de una forma independiente ..... 1
2. Prepara comidas adecuadas si se le proporcionan los ingredientes ..... 1
3. Calienta y sirve comidas preparadas ..... 1
4. Necesita que le preparen y le sirvan las comidas ..... 0

En caso que la respuesta corresponda a la categoría 0. ¿Desde cuándo perdióVd, la capacidad para la realización de dicha actividad? Número de meses \_\_\_\_.

**D. REALIZAR TAREAS DOMÉSTICAS**

1. Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (Ej: trabajos pesados) ..... 1
2. Realiza tareas domésticas ligeras, como fregar los platos, hacer la cama ..... 1
3. Realiza tareas domésticas ligeras, pero sin alcanzar niveles aceptables de limpieza..... 1
4. Necesita ayuda para todas las tareas del mantenimiento de la casa ..... 1
5. No participa en ninguna tarea de la casa ..... 0

En caso que la respuesta corresponda a la categoría 0. ¿Desde cuándo perdióVd, la capacidad para la realización de dicha actividad? Número de meses \_\_\_\_.

**E. LAVAR LA ROPA**

1. Hace el lavado personal completamente ..... 1
2. Lava algunas prendas pequeñas ..... 1
3. Todo el lavado debe ser realizado por otras personas ..... 0

En caso que la respuesta corresponda a la categoría 0. ¿Desde cuándo perdióVd, la capacidad para la realización de dicha actividad? Número de meses \_\_\_\_.

**F. MODO DE TRANSPORTACIÓN**

1. Viaja independientemente en transporte público o conduce su propio automóvil..... 1
2. Dispone su propio viaje en taxi, pero no utiliza otros transportes públicos..... 1
3. Viaja en transporte público cuando va acompañada por otros..... 1
4. Viaja limitadamente en taxi o en automóvil con ayuda de otros ..... 1
5. No viaja en absoluto ..... 0

En caso que la respuesta corresponda a la categoría 0. ¿Desde cuándo perdióVd, la capacidad para la realización de dicha actividad? Número de meses \_\_\_\_.

**G. RESPONSABILIDAD CON SUS PROPIOS MEDICAMENTOS**

1. Es responsable de tomar los medicamentos en las dosis y en las horas adecuadas..... 1
2. Es responsable si se le prepara permanentemente los medicamentos en dosis separadas..... 1
3. No es capaz de administrarse sus propios medicamentos..... 0

En caso que la respuesta corresponda a la categoría 0. ¿Desde cuándo perdióVd, la capacidad para la realización de dicha actividad? Número de meses \_\_\_\_.

**H. CAPACIDAD PARA MANEJAR LAS FINANZAS**

1. Maneja independientemente los asuntos económicos (cheques, pago del alquiler, ir al banco). Cobra y sigue las pistas de sus viajes..... 1
2. Maneja las compras diarias, pero necesita ayuda para las operaciones del banco, las compras importantes, etc. .... 1
3. Incapaz de manejar dinero..... 0

En caso que la respuesta corresponda a la categoría 0. ¿Desde cuándo perdióVd, la capacidad para la realización de dicha actividad? Número de meses \_\_\_\_.

TOTAL Puntuación: \_\_\_\_\_



- 6) Actividades de la Vida Diaria Básicas e Instrumentales (Instrumento de Valoración de Dependencia del Instituto de Envejecimiento de la Universidad Autónoma de Barcelona).

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA									
<b>1. ¿Es capaz de realizar las siguientes tareas sin el apoyo de otra persona en su entorno habitual?</b>									
<b>Sumar las puntuaciones en caso de NO</b>									
<b>COMER Y BEBER</b>					¿Qué apoyo requiere para cada una de las tareas?				
• Abrir botellas y latas	SI	NO	(1,93)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
• Cortar o partir la carne en trozos	SI	NO	(4,825)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
• Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	SI	NO	(4,825)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
• Sujetar el recipiente de bebida	SI	NO	(2,895)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
• Acercarse el recipiente de bebida a la boca	SI	NO	(2,895)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
• Sorber las bebidas	SI	NO	(1,93)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
<b>1. Suma de las puntuaciones: (máximo 19,3)</b>			...						
<b>REGULACIÓN MICCIÓN / DEFECACIÓN</b>					¿Qué apoyo requiere para cada una de las tareas?				
• Acudir a un lugar adecuado	SI	NO	(3,22)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
• Manipular la ropa	SI	NO	(2,415)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
• Adoptar o abandonar la postura adecuada	SI	NO	(3,22)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
• Limpiarse	SI	NO	(3,22)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
• Continencia micción	SI	NO	(1,61)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
• Continencia defecación	SI	NO	(2,415)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
<b>2. Suma de las puntuaciones: (máximo 16,1)</b>			...						
<b>LAVARSE</b>					¿Qué apoyo requiere para cada una de las tareas?				
• Lavarse las manos	SI	NO	(1,44)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
• Lavarse la cara	SI	NO	(1,44)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
• Lavarse la parte inferior del cuerpo	SI	NO	(3,36)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
• Lavarse la parte superior del cuerpo	SI	NO	(3,36)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
<b>3. Suma de las puntuaciones: (máximo 9,6)</b>			...						
<b>OTROS CUIDADOS CORPORALES</b>					¿Qué apoyo requiere para cada una de las tareas?				
• Peinarse	SI	NO	(0,96)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
• Cortarse las uñas	SI	NO	(0,48)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
• Lavarse el pelo	SI	NO	(0,80)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
• Lavarse los dientes	SI	NO	(0,96)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
• Afeitarse / depilarse	SI	NO		0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
• Cuidados asociados a la menstruación	SI	NO		0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
<b>4. Suma de las puntuaciones: (máximo 3,2)</b>			...						
<b>VESTIRSE</b>					¿Qué apoyo requiere para cada una de las tareas?				
• Calzarse	SI	NO	(1,935)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
• Abrocharse botones	SI	NO	(1,935)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
• Vestirse prendas parte inferior del cuerpo	SI	NO	(4,515)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
• Vestirse prendas parte superior del cuerpo	SI	NO	(4,515)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
<b>5. Suma de las puntuaciones: (máximo 12,9)</b>			...						
<b>MANTENIMIENTO SALUD</b>					¿Qué apoyo requiere para cada una de las tareas?				
• Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas. Por ejemplo medicarse / dieta indicada etc.	SI	NO	(0,8)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
• Evitar riesgos dentro del domicilio. Por ejemplo Gas / caídas / intoxicaciones etc.	SI	NO	(0,8)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
• Evitar riesgos fuera del domicilio. Por ejemplo caídas / cruzar la calle / orientarse etc.	SI	NO	(0,8)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
• Pedir ayuda ante una urgencia. Por ejemplo Teléfono / Interfono / vecino etc.	SI	NO	(0,8)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
<b>6. Suma de las puntuaciones: (máximo 3,2)</b>			...						
<b>TRASFERENCIAS CORPORALES</b>					¿Qué apoyo requiere para cada una de las tareas?				
• Sentarse	SI	NO	(1,2)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
• Tumbarse	SI	NO	(0,8)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
• Ponerse en pie	SI	NO	(1,6)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
• Transferirse mientras sentado	SI	NO	(2,0)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
• Transferirse mientras acostado	SI	NO	(2,4)	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima	ES. Especial	
<b>7. Suma de las puntuaciones: (máximo 8,0)</b>			...						

<b>DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR</b>		¿Qué apoyo requiere para cada una de las tareas?
• Desplazamientos vinculados al autocuidado	SI NO (6,70)	0. No __ SP. Preparación __ FP. Parcial __ FM. Máxima __ ES. Especial __
• Desplazamientos no vinculados al autocuidado	SI NO (3,35)	0. No __ SP. Preparación __ FP. Parcial __ FM. Máxima __ ES. Especial __
• Accede a todos los elementos comunes de las habitaciones. Por ejemplo Entra en ducha / accede armarios etc.	SI NO (1,34)	0. No __ SP. Preparación __ FP. Parcial __ FM. Máxima __ ES. Especial __
• Accede a todas las estancias comunes de la vivienda en la habitual. Por ejemplo escaleras / ancho de puertas si silla etc.	SI NO (2,01)	0. No __ SP. Preparación __ FP. Parcial __ FM. Máxima __ ES. Especial __
<b>8. Suma de las puntuaciones: (máximo 13,4)</b>	... __	
<b>DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR</b>		¿Qué apoyo requiere para cada una de las tareas?
• Acceso al exterior del edificio	SI NO (3,575)	0. No __ SP. Preparación __ FP. Parcial __ FM. Máxima __ ES. Especial __
• Desplazamiento alrededor del edificio. Por ejemplo sin perderse, sin correr peligros (caídas, cruces) etc.	SI NO (3,575)	0. No __ SP. Preparación __ FP. Parcial __ FM. Máxima __ ES. Especial __
• Realizar desplazamientos cercanos. Por ejemplo sin perderse, sin correr peligros (caídas, cruces) etc.	SI NO (1,430)	0. No __ SP. Preparación __ FP. Parcial __ FM. Máxima __ ES. Especial __
• Realizar desplazamientos lejanos. Por ejemplo sin perderse, sin correr peligros (caídas, cruces) etc.	SI NO (2,145)	0. No __ SP. Preparación __ FP. Parcial __ FM. Máxima __ ES. Especial __
• Utilizar de medios de transporte. Por ejemplo sin perderse, sin correr peligros (caídas, cruces) etc.	SI NO (3,575)	0. No __ SP. Preparación __ FP. Parcial __ FM. Máxima __ ES. Especial __
<b>9. Suma de las puntuaciones: (máximo 14,3)</b>	... __	

**Descripción del tipo de apoyo:**  
 0. Ninguno.  
 SP. Supervisión o preparación: cuando solo necesita que otra persona le prepare los elementos necesarios para la actividad y/o darle indicaciones.  
 FP. Asistencia física parcial: cuando la persona valorada requiere que otra persona colabore o ayude físicamente en la realización de la actividad.  
 FM. Asistencia física máxima: cuando la persona valorada requiere que otra persona le sustituya en la realización de la actividad.  
 ES. Asistencia especial: cuando la persona valorada presenta trastornos del comportamiento que dificultan la prestación de ayuda física en la actividad.

**NORMAS DE APLICACIÓN**

- ✓ Escala aplicada en el entorno habitual de la persona.
- ✓ En la valoración de actividades ha de tenerse en cuenta tanto su capacidad de ejecución física, como su capacidad de decisión, siempre que concurren la existencia de deficiencias (motrices, mentales, sensoriales o de otro tipo).
- ✓ Se valorará sin considerar los cuidados personales que recibe la persona.
- ✓ Se cumplimentarán todas las actividades, aunque la persona no las esté realizando.

---

1. Suma de las puntuaciones: (máximo 19,3) ..... \_\_\_\_\_  
 2. Suma de las puntuaciones: (máximo 16,1) ..... \_\_\_\_\_  
 3. Suma de las puntuaciones: (máximo 9,6) ..... \_\_\_\_\_  
 4. Suma de las puntuaciones: (máximo 3,2) ..... \_\_\_\_\_  
 5. Suma de las puntuaciones: (máximo 12,9) ..... \_\_\_\_\_  
 6. Suma de las puntuaciones: (máximo 3,2) ..... \_\_\_\_\_  
 7. Suma de las puntuaciones: (máximo 8,0) ..... \_\_\_\_\_  
 8. Suma de las puntuaciones: (máximo 13,4) ..... \_\_\_\_\_  
 9. Suma de las puntuaciones: (máximo 14,3) ..... \_\_\_\_\_

SUMA TOTAL PUNTUACIONES (MÁXIMO 100) .... \_\_\_\_\_

---

**MARCAR EL GRADO DE DEPENDENCIA EN FUNCIÓN DE LA SUMA TOTAL DE PUNTUACIONES**

**Grado I** nivel 1 (entre 25 y 39 puntos). ?                      **Grado I** nivel 2 (entre 40 y 49 puntos). ?

**Grado II** nivel 1 (entre 50 y 64 puntos). ?                      **Grado II** nivel 2 (entre 65 y 74 puntos). ?

**Grado III** nivel 1 (entre 75 y 89 puntos.) ?                      **Grado III** nivel 2 (entre 90 y 100 punto). ?

**ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA**

Una respuesta "SI" CORRESPONDE a 1 punto. Una respuesta "NO" CORRESPONDE a 0 puntos

¿Es capaz de realizar las siguientes tareas de una forma segura y en un tiempo razonable sin el apoyo de otra persona en su entorno habitual?		¿Qué apoyo requiere para cada una de las tareas?			
<b>TELEFONO</b>		0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima ES. Especial
• Utiliza el teléfono de manera autónoma	1 0				
<b>COMPRAS</b>					
• Decide los productos que ha de comprar	1 0	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima ES. Especial
• Compara calidades y precios	1 0	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima ES. Especial
• Desplazarse para la realización de la compra	1 0	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima ES. Especial
• Desplazarse para realizar gestiones. Por ejemplo banco / médico.	1 0	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima ES. Especial
<b>PREPARACIÓN DE ALIMENTOS</b>					
• Decidir la dieta o menú	1 0	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima ES. Especial
• Seleccionar los alimentos necesarios	1 0	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima ES. Especial
• Elaborar comidas calientes	1 0	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima ES. Especial
• Elaborar comidas frías	1 0	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima ES. Especial
<b>REALIZAR TAREAS DOMÉSTICAS</b>					
• Limpieza cocina y utensilios	1 0	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima ES. Especial
• Limpieza baño	1 0	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima ES. Especial
• Barrer y fregar suelos	1 0	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima ES. Especial
• Quitar el polvo del hogar	1 0	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima ES. Especial
• Hacer la cama	1 0	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima ES. Especial
• Guardar la ropa	1 0	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima ES. Especial
• Planchar la ropa	1 0	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima ES. Especial
• Lavar toda la ropa (a mano o a máquina)	1 0	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima ES. Especial
• Lavar solo prendas pequeñas (a mano o a máquina)	1 0	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima ES. Especial
• Secar la ropa (al aire o a máquina)	1 0	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima ES. Especial
<b>MODO DE TRANSPORTACIÓN</b>					
• Viaja en transporte público o conduce su propio automóvil	1 0	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima ES. Especial
<b>RESPONSABILIDAD CON SUS PROPIOS MEDICAMENTOS</b>					
• Es responsable de tomar los medicamentos en la dosis y horas adecuadas	1 0	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima ES. Especial
<b>CAPACIDAD PARA MANEJAR FINANZAS</b>					
• Es capaz de manejar dinero para la realización de las compras diarias	1 0	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima ES. Especial
• Es capaz de manejar dinero para pagar alquiler, cheques, controlar libreta de ahorros	1 0	0. No	SP. Preparación	FP. Parcial	FM. Máxima ES. Especial
<b>TOTAL PUNTUACIÓN _____</b>					

0. Ninguno.

SP. Supervisión o preparación: cuando solo necesita que otra persona le prepare los elementos necesarios para la actividad y/o darle indicaciones.

FP. Asistencia física parcial: cuando la persona valorada requiere que otra persona colabore o ayude físicamente en la realización de la actividad.

FM. Asistencia física máxima: cuando la persona valorada requiere que otra persona le sustituya en la realización de la actividad.

ES. Asistencia especial: cuando la persona valorada presenta trastornos del comportamiento que dificultan la prestación de ayuda física en la actividad.

**NORMAS DE APLICACIÓN**

- ✓ Escala aplicada en el entorno habitual de la persona.
- ✓ En la valoración de actividades ha de tenerse en cuenta tanto su capacidad de ejecución física, como su capacidad de decisión, siempre que concurran la existencia de deficiencias (motrices, mentales, sensoriales o de otro tipo).
- ✓ Se valorará sin considerar los cuidados personales que recibe la persona.
- ✓ Se cumplimentarán todas las actividades, aunque la persona no las esté realizando.

- 7) Valoración del Apoyo social, dos instrumentos (- Escala Duke – UNC – y cuestionario Apgar-familiar).

(En caso de imposibilidad de respuesta por el mayor NO ENTREVISTAR AL MAYOR.)

**PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR - CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR**  
**ROL RELACIONES**

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?.....0	1	2	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa (residencia)?.....0	1	2	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa (residencia)?.....0	1	2	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?.....0	1	2	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?.....0	1	2	2

**TOTAL PUNTUACIÓN:** \_\_\_\_\_

(En caso de imposibilidad de respuesta por el mayor NO ENTREVISTAR AL MAYOR.)

**APOYO SOCIAL PERCIBIDO O FUNCIONAL - CUESTIONARIO DUKE-UNC**

En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:

**1: Mucho menos de lo que deseo. 2: Menos de lo que deseo. 3: Ni mucho ni poco. 4: Casi como deseo. 5: Tanto como deseo**

- 1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares. 1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_
- 2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa (*con el centro*). 1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_
- 3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo. 1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_
- 4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede. 1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_
- 5.- Recibo amor y afecto. 1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_
- 6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo (*en el centro*) o en la casa. 1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_
- 7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares. 1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_
- 8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos. 1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_
- 9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas. 1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_
- 10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida. 1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_
- 11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama. 1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_

**TOTAL PUNTUACIÓN:** \_\_\_\_\_

- **8) Valoración de la salud II, (Cuestionario SF\_36 Health Survey).**

(En caso de imposibilidad de respuesta por el mayor **NO ENTREVISTAR AL MAYOR.**)

**CUESTIONARIO SF-36.**

**Su Salud y Bienestar**

Por favor, conteste las siguientes preguntas. Algunas Preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente. Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una  la casilla que mejor describa su respuesta.

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

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

2. ¿Como diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a. Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Subir varios pisos por la escalera.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Subir un solo piso por la escalera.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Agacharse o arrodillarse.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. Caminar un kilómetro o más.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h. Caminar varios centenares de metros.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i. Caminar unos 100 metros.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

1. Durante la última semana, ¿hasta que punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

<input type="checkbox"/> 1 Nada	<input type="checkbox"/> 2 Un poco	<input type="checkbox"/> 3 Regular	<input type="checkbox"/> 4 Bastante	<input type="checkbox"/> 5 Mucho
------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	--	-------------------------------------

2. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante la última semana?

<input type="checkbox"/> 1 No, ninguno	<input type="checkbox"/> 2 Sí, muy poco	<input type="checkbox"/> 3 Sí, un poco	<input type="checkbox"/> 4 Sí, moderado	<input type="checkbox"/> 5 Sí, mucho	<input type="checkbox"/> 6 Sí, muchísimo
---	--	---	--	---	---

3. Durante la última semana, ¿hasta que punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

<input type="checkbox"/> 1 Nada	<input type="checkbox"/> 2 Un poco	<input type="checkbox"/> 3 Regular	<input type="checkbox"/> 4 Bastante	<input type="checkbox"/> 5 Mucho
------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	--	-------------------------------------

4. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante la última semana. En cada pregunta responda lo que se parece más a cómo se ha sentido usted. Durante la última semana ¿Con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. ¿Con qué frecuencia se sintió lleno de vitalidad?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. ¿Con qué frecuencia estuvo muy nervioso?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. ¿Con qué frecuencia se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. ¿Con qué frecuencia se sintió calmado y tranquilo?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e. ¿Con qué frecuencia tuvo mucha energía?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f. ¿Con qué frecuencia se sintió desanimado y deprimido?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g. ¿Con qué frecuencia se sintió agotado?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h. ¿Con qué frecuencia se sintió feliz?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i. ¿Con qué frecuencia se sintió cansado?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

<input type="checkbox"/> 1 Siempre	<input type="checkbox"/> 2 Casi siempre	<input type="checkbox"/> 3 Algunas veces	<input type="checkbox"/> 4 Solo alguna vez	<input type="checkbox"/> 5 Nunca
---------------------------------------	--	---	---	-------------------------------------

6. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Creo que me pongo enfermo más frecuentemente que otras personas.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Estoy tan sano como cualquiera.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Creo que mi salud va a empeorar.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Mi salud es excelente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

- **9) Valoración de la depresión mediante la Escala de Depresión Geriátrica (GDS).**

(En caso de imposibilidad de respuesta por el mayor NO ENTREVISTAR AL MAYOR.)

**ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA -TEST DE YESAVAGE**

Rodear con una "X" la respuesta.

Las respuestas que se correspondan con un recuadro  son las que se contabilizan como 1 punto. En función del nº de número de puntos, se establece la presencia o ausencia de depresión: 0 puntos - 5 puntos: Normal; 6 puntos - 10 puntos: Depresión moderada; Más 10 puntos: Depresión severa

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1- ¿Está básicamente satisfecho con su vida? .....                      | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2- ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses? .....         | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3- ¿Siente que su vida está vacía? .....                                | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4- ¿Se siente a menudo aburrido? .....                                  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5- ¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo? .....               | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6- ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo? .....                       | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? .....                    | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8- ¿Se siente a menudo sin esperanza? .....                             | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9- ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas? ..... | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 10- ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría? .....    | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 11- ¿Cree que es maravilloso estar vivo? .....                          | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 12- ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora? .....            | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 13- ¿Piensa que su situación es desesperada? .....                      | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 14- ¿Se siente lleno de energía? .....                                  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 15- ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted? .....        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

**TOTAL PUNTUACIÓN:** \_\_\_\_\_

**- 10) Valoración de la Satisfacción Personal con la Vida (Escala de Satisfacción de Filadelfia -Philadelphia Geriatric Center Morale Scale, PGC-).**

(En caso de imposibilidad de respuesta por el mayor NO ENTREVISTAR AL MAYOR.)

**ESCALA DE SATISFACCIÓN FILADELFIA  
(LAWTON, 1972)**

A continuación le voy a leer unas frases. Me gustaría que me dijera si son aplicables a usted.  
Si está de acuerdo con ellas, responda SÍ,  
y en el caso de que no sean aplicables a usted, responda NO.

- 1- ¿A medida que se va haciendo mayor se ponen las cosas peor para usted? .....Sí  No
- 2- ¿Tienes usted tanta energía como el año pasado? .....Sí  No
- 3- ¿Se siente usted solo? .....Sí  No
- 4- ¿Le molestan ahora más las cosas pequeñas que antes?.....Sí  No
- 5- ¿Siente que conforme se va haciendo mayor es menos útil?.....Sí  No
- 6- ¿A veces está tan preocupado que no puede dormir?.....Sí  No
- 7- ¿Según se va haciendo mayor, las cosas son  MEJOR  PEOR  IGUAL  que lo que usted pensó que sería? .....Sí  No
- 8- ¿A veces siente que la vida no merece la pena ser vivida? .....Sí  No
- 9- ¿Ahora es usted tan feliz como cuando era más joven? .....Sí  No
- 10- ¿Tiene muchas razones por las que estar triste?.....Sí  No
- 11- ¿Tiene miedo de muchas cosas? .....Sí  No
- 12- ¿Se siente más irascible o se enfada más que antes?.....Sí  No
- 13- ¿La mayor parte del tiempo la vida es dura y difícil? .....Sí  No
- 14- ¿Está satisfecho con su vida ahora? .....Sí  No
- 15- ¿Se toma las cosas a pecho?.....Sí  No
- 16- ¿Se altera o disgusta fácilmente? .....Sí  No

Las respuestas que se correspondan con un recuadro  " son las que se contabilizan como 1 punto.



- 11) Valoración de la Sobrecarga del Cuidador/ra (Escala de Zarit).

**(ENTREVISTAR solamente al cuidador o cuidadora principal)**

Punto de Corte: (< 46-47 No sobrecarga) (> o = 46-47 Sobrecarga:46-47 a 55-56 Sobrecarga leve> 55-56 Sobrecarga Intensa).

**ENTREVISTA SOBRECARGA DEL CUIDADOR -CUESTIONARIO DE ZARIT**



A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con que frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

0. Nunca 1. Rara vez 2. Algunas veces 3. Bastantes veces 4. Casi siempre

1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?  
0. Nunca \_\_\_ 1. Rara vez \_\_\_ 2. Algunas veces \_\_\_ 3. Bastantes veces \_\_\_ 4. Casi siempre \_\_\_
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?  
0. Nunca \_\_\_ 1. Rara vez \_\_\_ 2. Algunas veces \_\_\_ 3. Bastantes veces \_\_\_ 4. Casi siempre \_\_\_
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?  
0. Nunca \_\_\_ 1. Rara vez \_\_\_ 2. Algunas veces \_\_\_ 3. Bastantes veces \_\_\_ 4. Casi siempre \_\_\_
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?  
0. Nunca \_\_\_ 1. Rara vez \_\_\_ 2. Algunas veces \_\_\_ 3. Bastantes veces \_\_\_ 4. Casi siempre \_\_\_
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?  
0. Nunca \_\_\_ 1. Rara vez \_\_\_ 2. Algunas veces \_\_\_ 3. Bastantes veces \_\_\_ 4. Casi siempre \_\_\_
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?  
0. Nunca \_\_\_ 1. Rara vez \_\_\_ 2. Algunas veces \_\_\_ 3. Bastantes veces \_\_\_ 4. Casi siempre \_\_\_
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?  
0. Nunca \_\_\_ 1. Rara vez \_\_\_ 2. Algunas veces \_\_\_ 3. Bastantes veces \_\_\_ 4. Casi siempre \_\_\_
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?  
0. Nunca \_\_\_ 1. Rara vez \_\_\_ 2. Algunas veces \_\_\_ 3. Bastantes veces \_\_\_ 4. Casi siempre \_\_\_
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?  
0. Nunca \_\_\_ 1. Rara vez \_\_\_ 2. Algunas veces \_\_\_ 3. Bastantes veces \_\_\_ 4. Casi siempre \_\_\_
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?  
0. Nunca \_\_\_ 1. Rara vez \_\_\_ 2. Algunas veces \_\_\_ 3. Bastantes veces \_\_\_ 4. Casi siempre \_\_\_
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?  
0. Nunca \_\_\_ 1. Rara vez \_\_\_ 2. Algunas veces \_\_\_ 3. Bastantes veces \_\_\_ 4. Casi siempre \_\_\_
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?  
0. Nunca \_\_\_ 1. Rara vez \_\_\_ 2. Algunas veces \_\_\_ 3. Bastantes veces \_\_\_ 4. Casi siempre \_\_\_
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?  
0. Nunca \_\_\_ 1. Rara vez \_\_\_ 2. Algunas veces \_\_\_ 3. Bastantes veces \_\_\_ 4. Casi siempre \_\_\_
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?  
0. Nunca \_\_\_ 1. Rara vez \_\_\_ 2. Algunas veces \_\_\_ 3. Bastantes veces \_\_\_ 4. Casi siempre \_\_\_
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?  
0. Nunca \_\_\_ 1. Rara vez \_\_\_ 2. Algunas veces \_\_\_ 3. Bastantes veces \_\_\_ 4. Casi siempre \_\_\_
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?  
0. Nunca \_\_\_ 1. Rara vez \_\_\_ 2. Algunas veces \_\_\_ 3. Bastantes veces \_\_\_ 4. Casi siempre \_\_\_
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?  
0. Nunca \_\_\_ 1. Rara vez \_\_\_ 2. Algunas veces \_\_\_ 3. Bastantes veces \_\_\_ 4. Casi siempre \_\_\_
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?  
0. Nunca \_\_\_ 1. Rara vez \_\_\_ 2. Algunas veces \_\_\_ 3. Bastantes veces \_\_\_ 4. Casi siempre \_\_\_
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?  
0. Nunca \_\_\_ 1. Rara vez \_\_\_ 2. Algunas veces \_\_\_ 3. Bastantes veces \_\_\_ 4. Casi siempre \_\_\_
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?  
0. Nunca \_\_\_ 1. Rara vez \_\_\_ 2. Algunas veces \_\_\_ 3. Bastantes veces \_\_\_ 4. Casi siempre \_\_\_
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?  
0. Nunca \_\_\_ 1. Rara vez \_\_\_ 2. Algunas veces \_\_\_ 3. Bastantes veces \_\_\_ 4. Casi siempre \_\_\_
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?  
0. Nada \_\_\_ 1. Poca \_\_\_ 2. Moderada \_\_\_ 3. Mucha \_\_\_ 4. Extremada \_\_\_

TOTAL PUNTUACIÓN: \_\_\_\_\_

## - 12) Valoración Sospecha de malos Tratos (SMAR).

	Universidad de Granada	
<b>IDENTIFICACIÓN DATOS GENERALES</b>		
Nº de cuestionario _____ Evaluador _____		
Fecha de evaluación. Día _____ Mes _____ Año _____		
Grupo de Análisis: Cuidadores Familiares ___ Medio Comunitario ___		
<b>Cuestionario CSMAR</b> <b>Canadian Task Force y American Medical Association</b>		
<b>M F</b>		
1. ¿Alguna vez alguien en su casa (casa de familia cuidadora / residencia – centro de estancias diurnas)* le han pegado o hecho daño? Si _____ NO _____ ¿Quién o quienes? ***: 1.1 Cónyuge o pareja ___ 1.2 Hijos/as ___ 1.3 Nueras/ yernos ___ 1.4 Sobrinos/as ___ 1.5 Nietos/as ___ 1.6 Otros familiares ___ 1.7 Amigos o vecinos ___		
<b>M Ps</b>		
2.1. ¿Alguna vez le han engañado o amenazado? Si _____ NO _____ 2.2. ¿Tiene miedo de alguien en casa (en casa de familia cuidadora / en la residencia)*? Si _____ NO _____ 2.3. ¿Alguna vez le han obligado a hacer cosas que usted no quería? Si _____ NO _____ ¿Quién o quienes? ***: 2.1 Cónyuge o pareja ___ 2.2 Hijos/as ___ 2.3 Nueras/ yernos ___ 2.4 Sobrinos/as ___ 2.5 Nietos/as ___ 2.6 Otros familiares ___ 2.7 Amigos o vecinos ___		
<b>M Sx</b>		
3. ¿Alguna vez alguien le ha tocado sus genitales sin su consentimiento? Si _____ NO _____ ¿Quién o quienes? ***: 3.1 Cónyuge o pareja ___ 3.2 Hijos/as ___ 3.3 Nueras/ yernos ___ 3.4 Sobrinos/as ___ 3.5 Nietos/as ___ 3.6 Otros familiares ___ 3.7 Amigos o vecinos ___		
<b>N / A</b>		
4.1. ¿Cree que tiene a su disposición comida, ropa y medicación cuando las necesita? Si _____ NO _____ 4.2. ¿Alguna vez no le han ayudado en sus necesidades o cuidados personales cuando lo necesitaba? Si _____ NO _____ ¿Quién o quienes? ***: 4.1 Cónyuge o pareja ___ 4.2 Hijos/as ___ 4.3 Nueras/ yernos ___ 4.4 Sobrinos/as ___ 4.5 Nietos/as ___ 4.6 Otros familiares ___ 4.7 Amigos o vecinos ___		
<b>Maltrato económico / violación de los derechos</b>		
5.1. ¿Le han cogido cosas suyas sin su consentimiento o han utilizado su dinero sin su permiso? Si _____ NO _____ 5.2. ¿Ha firmado usted alguna vez documentos que no comprendía? Si _____ NO _____ ¿Quién o quienes? ***: 5.1 Cónyuge o pareja ___ 5.2 Hijos/as ___ 5.3 Nueras/ yernos ___ 5.4 Sobrinos/as ___ 5.5 Nietos/as ___ 5.6 Otros familiares ___ 5.7 Amigos o vecinos ___		
=====		
* Adecuar la formulación de la pregunta al lugar donde vive el mayor sea su casa, casa de la familia cuidadora. *** Marcar un máximo de 2 alternativas.		



## **ANEXO. V. Asistencias técnicas: trabajo encargado, calendarización y costes.**

En el presente trabajo de investigación han participado 13 profesionales, 8 Diplomados en Trabajo Social y 5 Licenciados en Psicología que prestan servicios como profesionales libres. Doce de ellos, 7 Trabajadores Sociales y 5 Psicólogos/as realizaron la valoración de los sujetos en los diferentes servicios y medio comunitario, mientras que una Trabajadora Social se ocupó específicamente de las tareas de coordinación.

### **Asistencias técnicas, cláusulas del encargo:**

**12 Encargos como profesionales libres Evaluadores - Entrevistadores – Encuestadores (6 Trabajadores Sociales y 6 Psicólogos). Un total de valoraciones entre las 12 asistencias técnicas entre 1.584 (12 semanas X 12 evaluadores X 11 valoraciones) y 1.728 (12 semanas X 12 evaluadores X 12 valoraciones).**

- Tipo de encargo “Valoración personas dependientes”.
- Inicio del encargo el 22 de enero de 2007 y finalización el 6 de mayo de 2007, 3 meses, 13 semanas completas y 65 días hábiles para la valoración de sujetos mayores en el ámbito de residencias, centros de estancia diurna, ayuda domiciliaria, teleasistencia, familias cuidadoras y medio comunitario. La planificación se realiza para 12 semanas, dejando la treceava para incidencias.
- Las valoraciones, entrevistas o encuestas podrán ser realizadas en cualesquiera de los municipios de la provincia de Granada, hogares donde habitan los mayores o centros, de acuerdo a las direcciones técnicas del responsable de la investigación.
- Entrega a la coordinadora del proyecto de investigación de las valoraciones realizadas, cuestionarios, debidamente cumplimentados cada jueves durante la duración del encargo.
- Asistencia a las reuniones de coordinación cada jueves durante la duración del encargo.
- Los resultados de las valoraciones, entrevistas o encuestas serán confidenciales, guardando el secreto profesional según la legislación vigente.
- La semana del 2 al 8 de abril de 2007 se considera como no hábil.
- Pasación entre 11 – 12 valoraciones semanales por cada asistencia técnica (encargo), un total entre 132 mínimo y 144 máximo valoraciones durante los tres meses del encargo por cada una de ellas.
- Colaboración en Introducción de los datos de las valoraciones en el programa informático pertinente SPPS y/o Excel.
- El incumpliendo en el número de valoraciones y/o calidad en la realización de las mismas – valoración no coincidente con los manifestado por el sujeto correspondiente a la selección muestral- y/o cumplimentación de los cuestionarios de valoración –apartados no cumplimentados o mal cumplimentados- tendrá una penalización de 15€ por cada uno de ellos. No obstante, en caso de ser invalidado un cuestionario, el / la Entrevistador – Encuestador - Valorador estará obligado/a a subsanar el error con el mismo sujeto o un sujeto de similares características según la muestra establecida (servicio y/o medio comunitario. Municipio. Edad y Sexo). La subsanación de errores se realizará en el tiempo de duración del contrato, no implicado la percepción de dietas y/o desplazamientos.
- Se entiende por “cuestionario” el total de instrumentos de valoración recogidos que componen la batería completa de valoración.
- Los/as Entrevistadores – Encuestadores – Valoradores recibirán por la pasación de los cuestionarios un total bruto, incluidos todos los conceptos, de 3.600€, a razón de 1200€ por mes.
- Es responsabilidad exclusiva de los/as Entrevistadores – Encuestadores – Valoradores cumplir con la legislación vigente en materia de seguridad social como en hacienda.

- Los/as Entrevistadores – Encuestadores – Valoradores presentarán al centro de gastos habilitado por la Universidad de Granada y a los responsables de dicha investigación las facturas correspondientes al trabajo realizado con fecha anterior al 20 de mayo de 2007.
- En el caso de no poder cumplir tiempo total de encargo, del 22 de enero de 2007 al 6 de mayo de 2007, se pagará la parte proporcional de días hábiles trabajados y cuestionarios debidamente pasados y cumplimentados, cumpliéndose las clausuras anteriormente reseñadas.
- Los responsables de la investigación procederán a la supresión del encargo de cualesquiera de los/as Entrevistadores – Encuestadores – Valoradores cuando exista incumplimiento de las anteriores clausuras.



Granada a 22 de enero de 2007

**D. / Dña.** \_\_\_\_\_ **con NIF nº** \_\_\_\_\_

**Diplomado/a en Trabajo Social** \_\_\_ **dedicado/a al ejercicio libre de mi**  **Licenciado/a en Psicología** \_\_\_ **profesión, acepto la participación como profesional en las tareas de Entrevistador/a – Encuestador/a – Valorador/a en la investigación “PROVISIÓN DE SERVICIOS EN CASCADA PARA PERSONAS DEPENDIENTES” conociendo y aceptando las siguientes cláusulas del trabajo encomendado / encargado:**

- Inicio del encargo el 22 de enero de 2007 y finalización el 6 de mayo de 2007, 3 meses, 13 semanas completas y 65 días hábiles para la valoración de sujetos mayores en el ámbito de residencias, centros de estancia diurna, ayuda domiciliaria, teleasistencia, familias cuidadoras y medio comunitario.
- Las valoraciones, entrevistas o encuestas podrán ser realizadas en cualesquiera de los municipios de la provincia de Granada, hogares donde habitan los mayores o centros, de acuerdo a las direcciones técnicas de los responsables de la investigación.
- Entrega a la coordinadora del proyecto de investigación de las valoraciones realizadas, cuestionarios, debidamente cumplimentados cada jueves durante la duración del encargo.
- Asistencia a las reuniones de coordinación cada jueves durante la duración del encargo.
- Los resultados de las valoraciones, entrevistas o encuestas serán confidenciales, guardando el secreto profesional según la legislación vigente.
- La semana del 2 al 8 de abril de 2007 se considera como no hábil.
- Pasación entre 11 – 12 valoraciones semanales, un total entre 132 mínimo y 144 máximo valoraciones durante los tres meses del encargo.
- Colaboración en Introducción de los datos de las valoraciones en el programa informático pertinente SPSS y/o Excel.
- El incumpliendo en el número de valoraciones y/o calidad en la realización de las mismas –valoración no coincidente con lo manifestado por el sujeto correspondiente a la selección muestral- y/o cumplimentación de los cuestionarios de valoración –apartados no cumplimentados o mal cumplimentados- tendrá una penalización de 15€ por cada uno de ellos. No obstante, en caso de ser invalidado un cuestionario, estoy obligado/a a subsanar el error con el mismo sujeto o un sujeto de similares características según la muestra establecida (Servicio y/o medio comunitario. Municipio. Edad y Sexo). La subsanación de errores se realizará en el tiempo de duración del encargo, no implicado la percepción de dietas y/o desplazamientos.
- Se entiende por “cuestionario” el total de instrumentos de valoración recogidos que componen la batería completa de valoración.
- Recibiré por la pasación de los cuestionarios un total bruto, incluidos todos los conceptos, de 3.600€, a razón de 1200€ por mes. A este total se descontarán las retenciones conforme a la legislación vigente.
- Es mi responsabilidad exclusiva cumplir con la legislación vigente en materia de seguridad social como en hacienda.
- Presentaré al centro de gastos habilitado por la Universidad de Granada y a los responsables de dicha investigación las facturas correspondientes al trabajo realizado con fecha anterior al 20 de mayo de 2007.
- En el caso de no poder cumplir el tiempo total del encargo, del 22 de enero de 2007 al 6 de mayo de 2007, se pagará la parte proporcional de días hábiles trabajados y cuestionarios debidamente pasados y cumplimentados, cumpliéndose las clausuras anteriormente reseñadas.
- Los responsables de la investigación, Universidad de Granada, procederán a la supresión del encargo cuando exista incumplimiento de las anteriores clausuras.

**Fdo. D/Dña.** \_\_\_\_\_

**Fdo. Manuel Alexandre Rico.**

**Fdo. Ramón Dengra Molina.**

**1 Contrato como Entrevistadora – Encuestadora – Valoradora -Codificadora de Encuestas.**

- Inicio del encargo el 15 de enero de 2007 y finalización el 31 de mayo de 2007, 4 meses, 17 semanas completas y 85 días hábiles para la valoración de sujetos mayores en el ámbito de residencias, centros de estancia diurna, ayuda domiciliaria, teleasistencia, familias cuidadoras y medio comunitario.
- Las valoraciones, entrevistas o encuestas podrán ser realizadas en cualesquiera de los municipios de la provincia de Granada, hogares donde habitan los mayores o centros, de acuerdo a las direcciones técnicas de los responsables de la investigación.
- Asistencia a las reuniones de coordinación cada jueves durante la duración del contrato y alas reuniones programadas por el director técnico de la investigación.
- Los resultados de las valoraciones, entrevistas o encuestas serán confidenciales, guardando el secreto profesional según la legislación vigente.
- La semana del 2 al 8 de abril de 2007 se considera como no hábil.
- Pasación entre 2 - 3 valoraciones semanales, un total entre 34 y 51 valoraciones durante los cuatro meses de contrato.
- Elaboración del “libro de códigos” y manual para la introducción de datos en el paquete estadístico correspondiente.
- Preparación de la base de datos en SPSS y Excel siguiendo el “libro de códigos” y manual para la introducción de datos.
- Participación en la introducción de los datos de las valoraciones, en coordinación de las becarias de la universidad, en el programa informático SPSS. Coordina la entrega a las becarias de la Universidad de los cuestionarios entregados por los Entrevistadores/as – Encuestadores/as – Valoradores/as.
- Entrega al director técnico del proyecto de investigación de la base de datos correspondiente en SPSS con todos los datos de la valoración de los sujetos. Base de datos completa y en perfecto estado para ser explotada estadísticamente. La entrega se efectuará de manera parcial todos los lunes de mes.
- Entrega al director técnico del proyecto de investigación de los cuestionarios pasados a SPSS en perfecto estado para su custodia. La entrega se efectuará de manera parcial todos los lunes de mes.
- Coordinación de las 12 asistencias técnicas Entrevistadores/as – Encuestadores/as – Valoradores/as:
  - Concertación de las entrevistas de los sujetos a ser evaluados en el medio comunitario y en los servicios de teleasistencia, ayuda a domicilio, residencias, centros de estancia diurna y cuidadores familiares.
  - Concertación de las entrevistas con los responsables y técnicos de los servicios de teleasistencia, ayuda a domicilio, residencias, centros de estancia diurna y cuidadores familiares.
  - Contacto y coordinación con los centros de salud, centros de servicios sociales y ayuntamientos para la realización del proyecto.
- Planificación de las salidas, de las 12 asistencias técnicas, a los diferentes municipios para la valoración atendiendo a criterios de eficiencia económica y de valoración (municipios, número de valoraciones según muestra, días, número de personas por vehículo).
- Supervisión y control de la calidad en valoraciones efectuadas, llamadas y/o visitas a sujetos (entre el 10 y el 15%) y supervisión de la cumplimentación completa de todos y cada uno de los diferentes cuestionarios empleados en el estudio.
- El incumpliendo en el número de valoraciones y/o calidad en la realización de las mismas y/o cumplimentación de los cuestionarios de valoración tendrá una penalización de 15€ por cada uno de ellos. No obstante en caso de ser invalidado un cuestionario, el / la Entrevistador – Encuestador estará obligado/o a subsanar el error con el mismo sujeto o un sujeto de similares características según la muestra establecida (servicio y/o medio comunitario. Municipio. Edad y Sexo). La subsanación de errores se realizará en el tiempo de duración del contrato, no implicado la percepción de dietas y/o desplazamientos.
- Coordinación e implementación de las tareas administrativas del proyecto de investigación.
- Se entiende por “cuestionario” el total de instrumentos de valoración recogidos que componen la batería completa de valoración.
- La Entrevistadora – Encuestadora – Valoradora -Codificadora de Encuestas recibirá por las tareas implementadas un total bruto, incluidos todos los conceptos, de 4.800€, a razón de 1200€ por mes. A este total se descontarán las retenciones conforme a la legislación vigente.
- Es mi responsabilidad exclusiva cumplir con la legislación vigente en materia de seguridad social como en hacienda.
- Presentaré al centro de gastos habilitado por la Universidad de Granada y a los responsables de dicha investigación las facturas correspondientes al trabajo realizado con fecha anterior al 8 junio de 2007.
- En el caso de no poder cumplir el tiempo total del encargo, del 15 de enero de 2007 al 31 de mayo de 2007, se pagará la parte proporcional de días hábiles trabajados y cuestionarios debidamente pasados y cumplimentados, cumpliéndose las clausuras anteriormente reseñadas.
- Los responsables de la investigación procederán a la supresión del encargo cuando exista incumplimiento de las anteriores clausuras.



Granada a 15 de enero de 2007

D. / Dña. \_\_\_\_\_ con NIF nº \_\_\_\_\_

**Diplomada en Trabajo Social** \_\_\_ dedicada al ejercicio libre de mi profesión, acepto la participación como profesional en las tareas de Entrevistadora – Encuestadora – Valoradora –Codificadora en la investigación “PROVISIÓN DE SERVICIOS EN CASCADA PARA PERSONAS DEPENDIENTES” conociendo y aceptando las siguientes cláusulas del trabajo encomendado / encargado:

- Inicio del encargo el 15 de enero de 2007 y finalización el 31 de mayo de 2007, 4 meses, 17 semanas completas y 85 días hábiles para la valoración de sujetos mayores en el ámbito de residencias, centros de estancia diurna, ayuda domiciliaria, teleasistencia, familias cuidadoras y medio comunitario.
- Las valoraciones, entrevistas o encuestas podrán ser realizadas en cualesquiera de los municipios de la provincia de Granada, hogares donde habitan los mayores o centros, de acuerdo a las direcciones técnicas de los responsables de la investigación.
- Asistencia a las reuniones de coordinación cada jueves durante la duración del encargo y a las reuniones programadas por el director técnico de la investigación.
- Los resultados de las valoraciones, entrevistas o encuestas serán confidenciales, guardando el secreto profesional según la legislación vigente.
- La semana del 2 al 8 de abril de 2007 se considera como no hábil.
- Pasación entre 2 - 3 valoraciones semanales, un total entre 34 y 51 valoraciones durante los cuatro meses del encargo.
- Elaboración del “libro de códigos” y manual para la introducción de datos en el paquete estadístico correspondiente.
- Preparación de la base de datos en SPSS y Excel siguiendo el “libro de códigos” y manual para la introducción de datos.
- Anticipación introducción de los datos de las valoraciones, en coordinación de las becarias de la universidad, en el programa informático SPSS. Coordina la entrega a las becarias de la Universidad de los cuestionarios entregados por los Entrevistadores/as – Encuestadores/as – Valoradores/as.
- Entrega al director técnico del proyecto de investigación de la base de datos correspondiente en SPSS con todos los datos de la valoración de los sujetos. Base de datos completa y en perfecto estado para ser explotada estadísticamente. La entrega se efectuará de manera parcial todos los lunes de mes.
- Entrega al director técnico del proyecto de investigación de los cuestionarios pasados a SPSS en perfecto estado para su custodia. La entrega se efectuará de manera parcial todos los lunes de mes.
- Coordinación de las 12 asistencias técnicas Entrevistadores/as – Encuestadores/as – Valoradores/as:
  - Concertación de las entrevistas de los sujetos a ser evaluados en el medio comunitario y en los servicios de teleasistencia, ayuda a domicilio, residencias, centros de estancia diurna y cuidadores familiares.
  - Concertación de las entrevistas con los responsables y técnicos de los servicios de teleasistencia, ayuda a domicilio, residencias, centros de estancia diurna y cuidadores familiares.
  - Contacto y coordinación con los centros de salud, centros de servicios sociales y ayuntamientos para la realización del proyecto.
- Planificación de las salidas, de las 12 asistencias técnicas, a los diferentes municipios para la valoración atendiendo a criterios de eficiencia económica y de valoración (municipios, número de valoraciones según muestra, días, número de personas por vehículo).
- Supervisión y control de la calidad en valoraciones efectuadas, llamadas y/o visitas a sujetos (entre el 10 y el 15%) y supervisión de la cumplimentación completa de todos y cada uno de los diferentes cuestionarios empleados en el estudio.
- El incumpliendo en el número de valoraciones y/o calidad en la realización de las mismas y/o cumplimentación de los cuestionarios de valoración tendrá una penalización de 15€ por cada uno de ellos. No obstante en caso de ser invalidado un cuestionario estoy obligada a subsanar el error con el mismo sujeto o un sujeto de similares características según la muestra establecida (Servicio y/o medio comunitario. Municipio. Edad y Sexo). La subsanación de errores se realizará en el tiempo de duración del encargo, no implicado la percepción de dietas y/o desplazamientos.
- Coordinación e implementación de las tareas administrativas del proyecto de investigación.
- Se entiende por “cuestionario” el total de instrumentos de valoración recogidos que componen la batería completa de valoración.
- Recibiré por las tareas implementadas un total bruto, incluidos todos los conceptos, de 4.800€, a razón de 1200€ por mes. A este total se descontarán las retenciones conforme a la legislación vigente.
- Es mi responsabilidad exclusiva cumplir con la legislación vigente en materia de seguridad social como en hacienda.
- Presentaré al centro de gastos habilitado por la Universidad de Granada y a los responsables de dicha investigación las facturas correspondientes al trabajo realizado con fecha anterior al 8 junio de 2007.
- En el caso de no poder cumplir el tiempo total de contrato, del 15 de enero de 2007 al 31 de mayo de 2007, se pagará la parte proporcional de días hábiles trabajados y cuestionarios debidamente pasados y cumplimentados, cumpliéndose las clausuras anteriormente reseñadas.
- Los responsables de la investigación procederán a la supresión del encargo cuando exista incumplimiento de las anteriores clausuras

Fdo. D/Dña. \_\_\_\_\_

Fdo. Manuel Alexandre Rico.

Fdo. Ramón Dengra Molina.



**Becarias del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.**

- Colaboración en la introducción de los datos de las valoraciones en el programa informático pertinente SPSS y/o Excel.
- Colaboración en Concertación de las entrevistas de los sujetos a ser evaluados en el medio comunitario y en los servicios de teleasistencia, ayuda a domicilio, residencias, centros de estancia diurna y cuidadores familiares.
- Colaboración en Contacto y coordinación con los centros de salud, centros de servicios sociales y ayuntamientos para la realización del proyecto.
- Colaboración en Planificación de las salidas a los diferentes municipios para la valoración atendiendo a criterios de eficiencia económica y de valoración (municipios, número de valoraciones según muestra, días, número de personas por vehículo).
- Colaboración en la pasación de cuestionarios durante los tres meses de duración del proyecto.
- Participación en la revisión de literatura científica acorde a los objetivos de investigación e instrumentos de valoración.

## ANEXO. VI. Convocatoria Grupo de Expertos y Cuestionarios.

### - 1) Carta expertos.

Estimado/a D./Dña: \_\_\_\_\_

La aprobación en nuestro país de la “Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia”, trae consigo el establecimiento de la atención a las personas dependientes como un derecho, un incremento importante de la inversión económica, de manera eficaz y eficiente, conjuntamente con la necesidad de atender con un alto grado de calidad a esta población.

La satisfacción subjetiva de la persona dependiente y la elección del entorno / servicio menos restrictivo, para un determinado nivel de dependencia, son factores determinantes en este proceso.

Es necesario, por tanto, avanzar en el diseño de un modelo validado estadísticamente de toma de decisiones, basado en instrumentos de screening, para la ubicación de la persona dependiente en el servicio o servicios idóneos, que conjuntamente con la formación especializada de los profesionales de servicios sociales traerá consigo, sin duda alguna, una mejora en la eficacia de los servicios y su provisión.

**La Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía y la Universidad de Granada firmaron en el mes de Noviembre de 2006 convenio para la realización del proyecto de investigación denominado: “Provisión de servicios en cascada para personas dependientes”.** Este proyecto de investigación puede ayudar en la política de planificación de servicios, generación de empleo y formación de los recursos profesionales, acorde a las necesidades de cobertura, que en nuestra Comunidad Autónoma se está desarrollando.

Conociendo su larga trayectoria y buen hacer como profesional que atiende a mayores dependientes, se le convoca a una reunión de expertos/as para la validación empírica del modelo construido estadísticamente para la toma de decisiones sobre la elección del servicio idóneo en la atención al mayor.

La reunión de expertos y expertas, (Trabajadores/as Sociales, Psicólogos/as, Educadores/as de Servicios Sociales, Médicos y Profesionales de Enfermería), tendrá lugar el próximo día 18 de Septiembre (martes) de 16, 30 horas a 19,30 horas en la sala de reuniones de la Facultad de Psicología, 2º Piso.

Atentamente,

**Prof. Dr. Manuel Aleixandre Rico.**

**D. Ramón Dengra Molina.**

**Ganada a 4 de Septiembre de 2007**

- 2) Cuestionario Expertos 1.

**CUESTIONARIO 1.**



**A Centro o Lugar donde trabaja:**

- 1.1.1 Residencias (base) \_\_\_\_\_ 1.1.2 Residencias (director/a) \_\_\_\_\_  
1.2.1. Centros de Estancia Diurna (base) \_\_\_\_\_ 1.2.2 Centros de Estancia Diurna (director/a) \_\_\_\_\_  
1.3.1 Junta Andalucía (planificación) \_\_\_\_\_ 1.3.3 Centros / Servicio \_\_\_\_\_  
1.4.1 Servicios Sociales Comunitarios (base) \_\_\_\_\_ 1.4.2 Servicios Sociales Comunitarios (director/a) \_\_\_\_\_  
1.4.3 Servicios Sociales Comunitarios (planificación) \_\_\_\_\_  
Tiempo ejercicio profesional, en meses \_\_\_\_\_

**B Categoría profesional:**

- 1a Psicólogo/a \_\_\_\_\_ 2a Trabajador/a Social \_\_\_\_\_ 3a Médico \_\_\_\_\_ 4a ATS-DUE \_\_\_\_\_ 5ª Educador/a \_\_\_\_\_

**C1.1. CUESTIÓN 1ª.**

**Conociendo la descripción sobre Grados y niveles de dependencia, ¿Indique que servicio o servicios sería/serían el / los más adecuados para los siguientes grados y niveles de dependencia?:**

- 1** R ----- Residencias.  
**2** CED ----- Centros de Estancia Diurna.  
**3** CNP ----- Cuidadores/as no profesionales.  
**4** SAD ----- Servicio de Ayuda a Domicilio.  
**5** Ns / Nc ----- No sabe, No contesta.

**C1 G1 N1 y C1 G1 N2**

**Grado I.**

Nivel 1 (25 a 39 puntos) \_\_\_\_\_ Nivel 2 (40 a 49 puntos) \_\_\_\_\_

**Residencias** \_\_ **Centros de Estancia Diurna** \_\_ **Cuidadores no profesionales** \_\_ **Ayuda a Domicilio** \_\_

Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 25 a 49 puntos.

**C1 G2 N1 y C1 G2 N2**

**Grado II.**

Nivel 1 (50 a 64 puntos) \_\_\_\_\_ Nivel 2 (65 a 74 puntos) \_\_\_\_\_

**Residencias** \_\_ **Centros de Estancia Diurna** \_\_ **Cuidadores no profesionales** \_\_ **Ayuda a Domicilio** \_\_

Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 50 a 74 puntos. Artículo 26. Ley Dependencia y Baremo Valoración de Dependencia Anexo I.

**C1 G3 N1 y C1 G3 N2**

**Grado III.**

Nivel 1 (75 a 89 puntos) \_\_\_\_\_ Nivel 2 (90 a 100 puntos) \_\_\_\_\_

**Residencias** \_\_ **Centros de Estancia Diurna** \_\_ **Cuidadores no profesionales** \_\_ **Ayuda a Domicilio** \_\_

Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 75 a 100 puntos. Artículo 26. Ley Dependencia y Baremo Valoración de Dependencia Anexo I.

**C1.2. CUESTIÓN 2ª.**

Analizando el cuestionario que se les proporciona y conociendo las puntuaciones, ¿Indique que servicio o servicios sería / serían el / los más adecuados para los siguientes grados y niveles de dependencia?:

**C1.2.1 Caso nº 1. Grado III nivel 2**

- 1 Residencias \_\_\_\_\_ 2 Centros de Estancia Diurna \_\_\_\_\_  
 3 Cuidadores no profesionales \_\_\_\_\_ 4 Ayuda a Domicilio \_\_\_\_\_  
 5 Ns / Nc \_\_\_\_\_

Es obligatorio marcar una de las opciones anteriores, no obstante puede marcar también alguna de las siguientes:

- 6 Ayuda a Domicilio y Centros de Estancia Diurna \_\_\_\_\_  
 7 Ayuda a Domicilio y Cuidadores no profesionales \_\_\_\_\_  
 8 Cuidadores no profesionales y Centros de Estancia Diurna \_\_\_\_\_

**C1.2.2 Caso nº 2 Grado I nivel 1.**

- 1 Residencias \_\_\_\_\_ 2 Centros de Estancia Diurna \_\_\_\_\_  
 3 Cuidadores no profesionales \_\_\_\_\_ 4 Ayuda a Domicilio \_\_\_\_\_  
 5 Ns / Nc \_\_\_\_\_

Es obligatorio marcar una de las opciones anteriores, no obstante puede marcar también alguna de las siguientes:

- 6 Ayuda a Domicilio y Centros de Estancia Diurna \_\_\_\_\_  
 7 Ayuda a Domicilio y Cuidadores no profesionales \_\_\_\_\_  
 8 Cuidadores no profesionales y Centros de Estancia Diurna \_\_\_\_\_

**C1.3. CUESTIÓN 3ª.**

**C1.3.1. Ante la toma de decisiones técnicas sobre el servicio más adecuado para la persona mayor dependiente (Residencias. Centros de Estancia Diurna. Cuidadores no profesionales y Ayuda a Domicilio), Indique si en la valoración y toma de decisiones debemos incluir valoraciones sobre:**

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. Capacidad funcional AVDs- B.....  | Si | No |
| 2. Capacidad funcional AVDs- I.....  | Si | No |
| 3. Capacidad Cognitiva (Demencias).....  | Si | No |
| 4. Depresión.....  | Si | No |
| 5. Satisfacción vital.....   | Si | No |
| 6. Salud percibida.....  | Si | No |
| 7. Sobrecarga cuidadores.....  | Si | No |
| 8. Entorno físico – arquitectónico donde reside el mayor (Barreras arquitectónicas y equipamientos del hogar)..... | Si | No |
| 9. Red social: (familiares dentro y fuera del municipio).....  | Si | No |
| 10. Recursos económicos.....   | Si | No |
| 11. Relaciones familiares.....   | Si | No |
| 12. Apoyo social.....  | Si | No |
| 13. Maltrato hacia el mayor.....   | Si | No |
| 14. Riesgo de caídas.....  | Si | No |
| 15. Consumo de fármacos.....   | Si | No |
| 16. Uso de prótesis y ortesis: ayudas técnicas.....  | Si | No |

Número total de SI..... (a)

**C1.3.2** Puntuación sobre 10. 10 X (a) igual a \_\_\_\_\_  
 16

Otras \_\_\_\_\_

**C1.4. CUESTIÓN 4ª.**

**C1.4.1. Ante la toma de decisiones cree usted necesaria la actuación interdisciplinar Trabajadores Sociales y Psicólogos: Si \_\_\_ No \_\_\_**

**C1.4.2. Ante la toma de decisiones cree usted necesaria la actuación de otros profesionales Educadores Sociales y ATS - DUE: Si \_\_\_ No \_\_\_**

- 3) Cuestionario Expertos 2.

**CUESTIONARIO 2.**



**C2.1 CUESTIÓN 1ª.**

Indique de 1 a 10 su grado de acuerdo con el **modelo de decisión para ubicar el mayor dependiente en el servicio idóneo referente al criterio:**

**Capacidad Funcional (Baremo MTAS).**

- Mayores con Grado II nivel 2 a Grado III niveles 1 y 2 atendidos en: Residencias o Cuidadores Familiares.
- Mayores con Grado II nivel 1 a Grado I nivel 1 y 2 atendidos en: Centros de Estancia Diurna y/o Ayuda Domiciliaria.

**Capacidad Funcional (Barthel y Baremo MTAS).**

- Barthel total o severo (Residencias o Cuidadores Familiares).
- Barthel moderado o escaso (Centros de Estancia Diurna y/o Ayuda Domiciliaria).

**1.** Indica totalmente en desacuerdo con el modelo (no es útil ni para los profesionales ni para avanzar en criterios técnicos para implementar la toma de decisiones sobre el servicio más adecuado para el mayor dependiente).

**5.** Indica parcialmente de acuerdo (puede ser útil para los profesionales y para avanzar en criterios técnicos para implementar la toma de decisiones sobre el servicio más adecuado para el mayor dependiente).

**10.** Indica totalmente de acuerdo con el modelo (Es muy útil para los profesionales y para avanzar en criterios técnicos para implementar la toma de decisiones sobre el servicio más adecuado para el mayor dependiente).

0.    1.    2.    3.    4.         5.         6.    7.    8.    9.    10.   

**Razones para el acuerdo:**

**Razones para el no acuerdo:**

**Matizaciones:**

**C2.2 CUESTIÓN 2ª.**

Indique de 1 a 10 su grado de acuerdo con el modelo de decisión para ubicar el mayor dependiente en el servicio idóneo referente al criterio:

**Deterioro Cognitivo.**

- Mayores con deterioro **cognitivo importante**, Cuidadores familiares o Residencias.
- Mayores con deterioro **cognitivo moderado**, Centros de Estancia Diurna y/o Ayuda Domiciliaria.
- Mayores con deterioro **cognitivo leve** Ayuda Domiciliaria.
- Persona dependiente que **vive sola con deterioro cognitivo importante o moderado**, Cuidadores familiares o Residencias.

**Deterioro cognitivo leve:** **Memoria** (Olvida citas, llamadas telefónicas, nombre de personas, objetos. Comienza a tener problemas en seguir una conversación. Se equivoca con sus cuentas. No paga facturas). **Comportamiento** (Cambios de humor. Tendencia a aislarse, sale menos y no quiere ver amigos). **Lenguaje y comprensión** (Puede razonar y comunicarse con los otros, pero tiene dificultades en encontrar palabras precisas. Utiliza frases cortas. Mezcla ideas que no tienen relación directa entre sí). **Coordinación y Actividades de la Vida Diaria** (No se pierde y puede conducir. Se viste solo y come adecuadamente. Puede realizar actividades de ocio).

**Deterioro cognitivo moderado:** **Memoria** (Olvida sucesos recientes. No se acuerda de lo que acaba de comer. Acusa a amigos de que no vienen a visitarle. No asimila hechos nuevos como la muerte de un familiar. Persiste el recuerdo de hechos lejanos). **Comportamiento** (Reacciones desmesuradas, o violentas, respecto al hecho que las origina. Puede acusar a otros por robarle si no encuentra el monedero o cartera. Se irrita si se le instiga a bañarse. Cuanto más depende de otros más se irrita. Aumenta su fatiga y no hace nada sin que se le estimule. Miedos injustificados un ruido o una luz. Puede caminar durante horas deambulando y levantarse de noche). **Lenguaje y comprensión** (Habla menos. Lenguaje enlentecido y pobre vocabulario. Repite las mismas frases durante largo tiempo. Responde a las preguntas lentamente, buscando las palabras. No termina las frases.). **Coordinación y Actividades de la Vida Diaria** (Se abrocha mal los botones, sostiene mal el cuchillo o el tenedor. Pierde el equilibrio y las caídas son frecuentes. Movimientos enlentecidos y en ocasiones temblores, contracturas musculares o convulsiones. Confusión importante no puede elegir entre la ropa más adecuada según la ocasión, entre los platos habituales en la mesa o en el bañarse –cuando vestirse, enjabonarse o secarse-. No puede conducir ni viajar solo. Posibles accidentes por dejarse el gas abierto o el cigarrillo encendido. Necesita supervisión continua las 24 horas).

**Deterioro cognitivo importante:** **Memoria** (Olvida sucesos recientes y pasados. No reconoce a su cónyuge o hijos. Conserva la memoria emocional. Se da cuenta de la persona que lo cuida y le quiere). **Comportamiento** (Humor impredecible con gritos, lloros y agitación. No reacciona coherentemente a las situaciones. No comprende las explicaciones). **Lenguaje y comprensión** (balbuceos. Palabras sin sentido. No comprende lo que se le dice. Solo utiliza correctamente algunas palabras.). **Coordinación y Actividades de la Vida Diaria** (No controla los gestos. No sabe levantarse, sentarse o andar. No controla esfínteres. Le puede costar trabajo tragar. No capacidad en las AVD).

1. Indica totalmente en desacuerdo con el modelo (no es útil ni para los profesionales ni para avanzar en criterios técnicos para implementar la toma de decisiones sobre el servicio más adecuado para el mayor dependiente).

5. Indica parcialmente de acuerdo (puede ser útil para los profesionales y para avanzar en criterios técnicos para implementar la toma de decisiones sobre el servicio más adecuado para el mayor dependiente).

10. Indica totalmente de acuerdo con el modelo (Es muy útil para los profesionales y para avanzar en criterios técnicos para implementar la toma de decisiones sobre el servicio más adecuado para el mayor dependiente).

0. \_\_\_ 1. \_\_\_ 2. \_\_\_ 3. \_\_\_ 4. \_\_\_ 5. \_\_\_ 6. \_\_\_ 7. \_\_\_ 8. \_\_\_ 9. \_\_\_ 10. \_\_\_

**Razones para el acuerdo:**

**Razones para el no acuerdo:**

**Matizaciones:**

### C2.3 CUESTIÓN 3ª.

Indique de 1 a 10 su grado de acuerdo con el modelo de decisión para ubicar el mayor dependiente en el servicio idóneo referente al criterio:

#### Apoyo Social.

**Grado III niveles 1 y 2. Grado II y nivel 2. Con deterioro cognitivo importante o sin deterioro cognitivo**

- Apoyo Social adecuado, entonces mayores atendidos en: Cuidadores Familiares.

**Grado II nivel 1 y Grado I nivel 1 y 2. Sin deterioro cognitivo.**

- Independientemente del Apoyo social mayores atendidos en: Ayuda Domiciliaria.

**Grado II nivel 1 y Grado I nivel 1 y 2. Con deterioro cognitivo leve.**

- Independientemente del Apoyo social mayores atendidos en: Ayuda Domiciliaria.

**Grado II nivel 1 y Grado I nivel 1 y 2. Con deterioro cognitivo moderado.**

- Apoyo Social no adecuado, entonces mayores atendidos en: Centros de Estancia Diurna.
- Aunque se entiende incompatibilidad entre Ayuda a Domicilio (AD) y Centros de Estancia Diurna, una vez decidido Centro de Estancia Diurna se puede compatibilizar CED con la AD en casos puntuales para algunas Actividades de la Vida Diaria Básicas.

1. Indica totalmente en desacuerdo con el modelo (no es útil ni para los profesionales ni para avanzar en criterios técnicos para implementar la toma de decisiones sobre el servicio más adecuado para el mayor dependiente).

5. Indica parcialmente de acuerdo (puede ser útil para los profesionales y para avanzar en criterios técnicos para implementar la toma de decisiones sobre el servicio más adecuado para el mayor dependiente).

10. Indica totalmente de acuerdo con el modelo (Es muy útil para los profesionales y para avanzar en criterios técnicos para implementar la toma de decisiones sobre el servicio más adecuado para el mayor dependiente).

0. \_\_\_ 1. \_\_\_ 2. \_\_\_ 3. \_\_\_ 4. \_\_\_ 5. \_\_\_ 6. \_\_\_ 7. \_\_\_ 8. \_\_\_ 9. \_\_\_ 10. \_\_\_

**Razones para el acuerdo:**

**Razones para el no acuerdo:**

**Indicar (1) en que casos compatibilizamos Centros de Estancia Diurna y Ayuda Domiciliaria y, (2) para que tareas de la Vida Diaria:**

Por ejemplo:

- **(SI compatible)** Cuando el mayor dependiente con deterioro cognitivo moderado, convive con una o varias personas que por motivos de trabajo, estudios etc, no pueden estar para la salida y recogida del mayor al Centro de Estancia Diurna.
- **(SI compatible)** Cuando convive con otra persona dependiente susceptible de ser atendida en Ayuda a Domicilio.

**C2.4 CUESTIÓN 4ª.**

Indique de 1 a 10 su grado de acuerdo con el modelo de decisión para ubicar el mayor dependiente en el servicio idóneo referente al criterio:

**Relaciones familiares.**

**Grado III niveles 1 y 2. Grado II y nivel 2. Con deterioro cognitivo importante o sin deterioro cognitivo**

- En Relaciones familiares disfuncionales no se prescribiría Cuidadores familiares.

**Grado II nivel 1 y Grado I nivel 1 y 2. Sin deterioro cognitivo.**

- Independientemente de las Relaciones familiares mayores atendidos en: Ayuda Domiciliaria.

**Grado II nivel 1 y Grado I nivel 1 y 2. Con deterioro cognitivo leve.**

- Independientemente de las Relaciones familiares mayores atendidos en: Ayuda Domiciliaria.

**Grado II nivel 1 y Grado I nivel 1 y 2. Con deterioro cognitivo moderado.**

- Relaciones familiares disfuncionales, entonces mayores atendidos en: Centros de Estancia Diurna.
- Aunque se entiende incompatibilidad entre Ayuda a Domicilio (AD) y Centros de Estancia Diurna, una vez decidido Centro de Estancia Diurna se puede compatibilizar CED con la AD en casos puntuales para algunas Actividades de la Vida Diaria Básicas.

**1.** Indica totalmente en desacuerdo con el modelo (no es útil ni para los profesionales ni para avanzar en criterios técnicos para implementar la toma de decisiones sobre el servicio más adecuado para el mayor dependiente).

**5.** Indica parcialmente de acuerdo (puede ser útil para los profesionales y para avanzar en criterios técnicos para implementar la toma de decisiones sobre el servicio más adecuado para el mayor dependiente).

**10.** Indica totalmente de acuerdo con el modelo (Es muy útil para los profesionales y para avanzar en criterios técnicos para implementar la toma de decisiones sobre el servicio más adecuado para el mayor dependiente).

0. \_\_\_ 1. \_\_\_ 2. \_\_\_ 3. \_\_\_ 4. \_\_\_ 5. \_\_\_ 6. \_\_\_ 7. \_\_\_ 8. \_\_\_ 9. \_\_\_ 10. \_\_\_

**Razones para el acuerdo:**

**Razones para el no acuerdo:**

**Indicar (1) en que casos compatibilizamos Centros de Estancia Diurna y Ayuda Domiciliaria y, (2) para que tareas de la Vida Diaria:**

Por ejemplo:

- **(SI compatible)** Cuando el mayor dependiente con deterioro cognitivo moderado, convive con una o varias personas que por motivos de trabajo, estudios etc, no pueden estar para la salida y recogida del mayor al Centro de Estancia Diurna.
- **(SI compatible)** Cuando convive con otra persona dependiente susceptible de ser atendida en Ayuda a Domicilio.



**C2.5 CUESTIÓN 5ª.**

Indique de 1 a 10 su grado de acuerdo con el modelo de decisión para ubicar el mayor dependiente en el servicio idóneo referente al criterio:

**Sobrecarga en los cuidadores.**

- Cuando no existe sobre carga: Cuidadores familiares o Ayuda Domiciliaria.
- Cuando existe sobre carga importante: Residencias o Centros de Estancia Diurna.

1. Indica totalmente en desacuerdo con el modelo (no es útil ni para los profesionales ni para avanzar en criterios técnicos para implementar la toma de decisiones sobre el servicio más adecuado para el mayor dependiente).

5. Indica parcialmente de acuerdo (puede ser útil para los profesionales y para avanzar en criterios técnicos para implementar la toma de decisiones sobre el servicio más adecuado para el mayor dependiente).

10. Indica totalmente de acuerdo con el modelo (Es muy útil para los profesionales y para avanzar en criterios técnicos para implementar la toma de decisiones sobre el servicio más adecuado para el mayor dependiente).

0. \_\_\_ 1. \_\_\_ 2. \_\_\_ 3. \_\_\_ 4. \_\_\_ 5. \_\_\_ 6. \_\_\_ 7. \_\_\_ 8. \_\_\_ 9. \_\_\_ 10. \_\_\_

**Razones para el acuerdo:**

**Razones para el no acuerdo:**

**Matizaciones:**

**C2.6 CUESTIÓN 6ª.**

Indique de 1 a 10 su grado de acuerdo con el modelo de decisión para ubicar el mayor dependiente en el servicio idóneo referente al criterio:

**Teleasistencia Domiciliaria como servicio de prevención.**

- Para mayores sin deterioro cognitivo o deterioro leve, con grados de dependencia Grado II nivel 1 y Grado I niveles 1 y 2.
- Independientemente de que se encuentren o no solas.

1. Indica totalmente en desacuerdo con el modelo (no es útil ni para los profesionales ni para avanzar en criterios técnicos para implementar la toma de decisiones sobre el servicio más adecuado para el mayor dependiente).

5. Indica parcialmente de acuerdo (puede ser útil para los profesionales y para avanzar en criterios técnicos para implementar la toma de decisiones sobre el servicio más adecuado para el mayor dependiente).

10. Indica totalmente de acuerdo con el modelo (Es muy útil para los profesionales y para avanzar en criterios técnicos para implementar la toma de decisiones sobre el servicio más adecuado para el mayor dependiente).

0. \_\_\_ 1. \_\_\_ 2. \_\_\_ 3. \_\_\_ 4. \_\_\_ 5. \_\_\_ 6. \_\_\_ 7. \_\_\_ 8. \_\_\_ 9. \_\_\_ 10. \_\_\_

**Razones para el acuerdo:**

**Razones para el no acuerdo:**

**Matizaciones:**

**C2.7 CUESTIÓN 7ª.**

Indique de 1 a 10 su grado de acuerdo con el modelo de decisión para ubicar el mayor dependiente en el servicio idóneo referente al criterio:

**Depresión, Riesgo de Caídas y sospecha de malos tratos hacia el mayor.**

- El riesgo de caídas - barreras arquitectónicas y presencia de depresión, no son determinantes en la elección del tipo de servicio, pero son sumamente importantes respecto a objetivos de intervención y asesoramiento técnico, en el caso de que la elección de centro sea permanencia en el entorno comunitario (Ayuda Domiciliaria, Cuidadores/as y Centros de Estancia Diurna).
- La sospecha de maltrato implica necesariamente valoración psicológica en profundidad y supervisión intensa, en caso de confirmarse la recomendación es Residencias.

1. Indica totalmente en desacuerdo con el modelo (no es útil ni para los profesionales ni para avanzar en criterios técnicos para implementar la toma de decisiones sobre el servicio más adecuado para el mayor dependiente).

5. Indica parcialmente de acuerdo (puede ser útil para los profesionales y para avanzar en criterios técnicos para implementar la toma de decisiones sobre el servicio más adecuado para el mayor dependiente).

10. Indica totalmente de acuerdo con el modelo (Es muy útil para los profesionales y para avanzar en criterios técnicos para implementar la toma de decisiones sobre el servicio más adecuado para el mayor dependiente).

0. \_\_\_ 1. \_\_\_ 2. \_\_\_ 3. \_\_\_ 4. \_\_\_ 5. \_\_\_ 6. \_\_\_ 7. \_\_\_ 8. \_\_\_ 9. \_\_\_ 10. \_\_\_

**Razones para el acuerdo:**

**Razones para el no acuerdo:**

**Matizaciones:**

### CUESTIONARIO 3.



**oración 1.599 mayores de Residencias, Centros de Estancia Diurna, Cuidadores/as familiares, Teleasistencia Comunitario. 14 Instrumentos de valoración.**

Identificación y datos generales. 1 Instrumento.

Valoración de las Actividades de la Vida Diaria Básicas e Instrumentales (AVD-B y AVD-I). 4 Instrumentos.

Valoración Estado Mental (demencia). 1 Instrumento.

Valoración del funcionamiento afectivo (Depresión / Satisfacción en la vida). 2 Instrumentos.

Valoración del Apoyo sociofamiliar y relaciones familiares. 2 Instrumentos.

Valoración Salud objetiva y subjetiva. 1 Instrumento.

Valoración Salud: Riesgo de caídas y uso de prótesis y órtesis. 1 Instrumento.

Valoración de la sobrecarga de cuidados en cuidadores familiares. 1 Instrumento. Esta es la única prueba que no se pasa directamente al ma

Valoración sospecha de maltrato hacia el mayor. 1 Instrumento.

**odelo para la toma de decisiones lo hemos construido siguiendo seis fases diferenciadas:**

Definiendo variables que podrían contribuir a la elección del servicio idóneo para atender al mayor dependiente.

Estableciendo su importancia y reglas de decisión mediante análisis multivariado y bivariado: MANOVA, ANOVA, ANCOVA y Análisis de contingencias.

Análisis de Cluster para conocer su agrupación y orden de importancia, de manera que en la toma de decisiones, el criterio de entrada de las variables se corresponda con su nivel jerárquico.

Realizando tres Análisis Discriminantes Descriptivos para establecer los Tipos de Servicios que clasifican las distintas variables, los Grupos de Riesgo que la Ley de Dependencia considera y, la severidad de la dependencia medida con Barthel.

Instrucción definitiva del modelo empírico y del modelo matemático.

Incorporando el criterio de jueces, expertos, en la validación última de los modelos.

**El modelo para la toma de decisiones establece:**

- **Que las variables relevantes pueden valorarse con instrumentos de screening o instrumentos más específicos (deterioro cognitivo, apoyo social, relaciones familiares, sospecha de maltrato, depresión).**
- **Nos permite en el modelo matemático poder recomendar varios servicios.**

#### **C3.1 CUESTIÓN 1ª.**

**Indique de 1 a 10 su grado de acuerdo sobre la utilidad, para los profesionales que elaboran el Programa Individualizado de Atención (PIA), del modelo de decisión para ubicar el mayor dependiente en el servicio idóneo.**

**1.** Indica totalmente en desacuerdo con el modelo (no es útil ni para los profesionales ni para avanzar en criterios técnicos para implementar la toma de decisiones sobre el servicio más adecuado para el mayor dependiente).

**5.** Indica parcialmente de acuerdo (puede ser útil para los profesionales y para avanzar en criterios técnicos para implementar la toma de decisiones sobre el servicio más adecuado para el mayor dependiente).

**10.** Indica totalmente de acuerdo con el modelo (Es muy útil para los profesionales y para avanzar en criterios técnicos para implementar la toma de decisiones sobre el servicio más adecuado para el mayor dependiente).

0. \_\_\_ 1. \_\_\_ 2. \_\_\_ 3. \_\_\_ 4. \_\_\_ 5. \_\_\_ 6. \_\_\_ 7. \_\_\_ 8. \_\_\_ 9. \_\_\_ 10. \_\_\_

## CUESTIONARIO 4.



### Global Deterioration Scale de Reisberg (Escala Global del Deterioro –GDS–) (Reisberg et al, 1982 y 1988).

#### Siete estadios respecto al Deterioro Cognitivo.

#### GDS-1 (Ausencia de alteración cognitiva. MEC entre 30-35 puntos):

-Ausencia de quejas subjetivas y de trastornos evidentes de memoria

#### GDS-2 (Disminución cognitiva muy leve. MEC entre 25-30 puntos):

-Quejas subjetivas de defectos de memoria, sobre todo en: a) Olvido de dónde ha colocado objetos familiares y b) Olvido de nombres previamente bien conocidos.

-No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en el examen clínico.

-No hay defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales.

-Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.

#### GDS-3 (Defecto cognitivo leve. MEC entre 20-27 puntos):

-Primeros defectos claros. Manifestaciones en una o más de estas áreas: a) El paciente puede haberse perdido en un lugar no familiar, b) Los compañeros detectan rendimiento laboral pobre, c) Personas más cercanas aprecian defectos en la evocación de palabras y nombres, d) Al leer un párrafo de un libro retiene muy poco material, e) Capacidad muy disminuida en el recuerdo de conocidos nuevos, f) Perder o colocar en lugar erróneo un objeto de valor y g) Hacerse evidente un defecto de concentración en la exploración clínica.

-Un defecto objetivo de memoria sólo se observa con entrevista intensiva.

-Aparece un decremento de los rendimientos en situaciones laborales o sociales exigentes.

-Los síntomas se acompañan de ansiedad discreta- moderada.

#### GDS-4 (Defecto cognitivo moderado. MEC entre 16-23 puntos):

- Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa en las áreas siguientes: a) Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes, b) El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su historia personal, c) Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada y d) Capacidad disminuida para viajes, finanzas, etc.

-Frecuentemente no hay defectos en las áreas siguientes: a) Orientación en tiempo y persona, b) Reconocimiento de personas y caras familiares y c) Capacidad de desplazarse a lugares familiares.

-Incapacidad para realizar las tareas complejas.

-La negación es el mecanismo de defensa dominante.

-Disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes.

#### GDS-5 (Defecto cognitivo moderado-grave. MEC entre 10-19 puntos):

-El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia.

-No recuerda datos relevantes de su vida actual: dirección, teléfono, etc.

-Es frecuente cierta desorientación en tiempo: fecha, día, etc.

-Una persona con educación formal puede tener dificultad contando hacia atrás desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2.

-Mantiene el conocimiento de muchos de los hechos de mayor interés concernientes a sí mismo y a otros.

-Invariablemente sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos.

-No requiere asistencia en el aseo ni en la comida, pero puede tener cierta dificultad en la elección de los vestidos adecuados.

**GDS-6 (Defecto cognitivo grave. MEC entre 0-12 puntos):**

- Ocasionalmente puede olvidar el nombre de la esposa, de la que, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir.
- Desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida.
- Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada pero muy fragmentario.
- Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc.
- Puede ser incapaz de contar hasta diez hacia atrás y a veces hacia delante.
- Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas. Puede tener incontinencia o requerir ayuda para desplazarse, pero puede ir a lugares familiares.
- El ritmo diurno está frecuentemente alterado.
- Casi siempre recuerda su nombre.
- Frecuentemente sigue siendo incapaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno
- Cambios emocionales y de personalidad bastante variables, como: a) Conducta delirante: puede acusar de impostora a su esposa, o hablar con personas inexistentes o con su imagen en el espejo, b) Síntomas obsesivos como actividades repetitivas de limpieza, c) Síntomas de ansiedad, agitación e incluso conducta violenta previamente inexistente y d) Abulia cognitiva, pérdida de deseos, falta de elaboración de un pensamiento para determinar un curso de acción propositivo.

**GDS-7 (Defecto cognitivo muy grave. MEC 0 puntos):**

- Pérdida progresiva de las capacidades verbales. Inicialmente se pueden verbalizar palabras y frases muy circunscritas; en las últimas frases no hay lenguaje, únicamente gruñidos.
- Incontinencia de orina. Requiere asistencia en el aseo y en la alimentación.
- Se van perdiendo las habilidades psicomotoras básicas como la deambulación.
- El cerebro es incapaz de decir al cuerpo lo que hay que hacer. Frecuentemente aparecen signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales.