



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Casado del Olmo, MI; Fernández Araque, AM; Santa Clotilde Jiménez, E.
Calidad de vida en mujeres mayores de 65 años que acuden habitualmente al
centro de salud (Z.B.S. Valladolid). Biblioteca Lascasas, 2007; 3 (1).
Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0211.php>

**CALIDAD DE VIDA EN MUJERES MAYORES DE 65
AÑOS QUE ACUDEN HABITUALMENTE AL CENTRO DE
SALUD (Z.B.S. VALLADOLID)**

María Isabel Casado del Olmo
Ana María Fernández Araque
Elena Santa Clotilde Jiménez

1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	3
1.1 Datos Demográficos.....	3
1.2 Calidad de Vida.....	6
1.3 Estudios previos relacionados con las mujeres:	9
2. OBJETIVOS DEL PROYECTO	11
2.1 Objetivo general.....	11
2.2 Objetivos específicos	11
3. MATERIAL Y MÉTODO	11
3.1 Diseño.....	11
3.2 Población de estudio.....	11
3.3 Variables de estudio.....	12
3.4 Procedimiento	12
3.5 Análisis de los datos	14
3.6 Resultados	14
3.7 Conclusiones	14
4. RESULTADOS	14
4.1 Salud física	15
4.2 Actividades de la vida diaria.....	20
4.3 Salud mental	21
4.4 Soporte social	22
4.5 Recursos económicos.....	25
4.6 Calidad de vida	27
5. CONCLUSIONES	29
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
7. ANEXOS	31
7.1 Cuestionario de Calidad de Vida.....	32
7.2 Tablas y gráficos datos demográficos.....	43
7.3 Criterios de Valoración de índices de Calidad de Vida	47

1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

1.1 Datos Demográficos

Desde la segunda mitad del siglo XX, se están produciendo cambios muy notables en la estructura de las pirámides poblacionales de los países desarrollados, particularmente respecto a la proporción de personas mayores de 65 años, que progresivamente va aumentando y que previsiblemente va a continuar creciendo, al menos al principio del siglo XXI.

En España a principios del siglo XX, la población mayor de 65 años representaba el 5,20% del total de la población.

En el año 1950 se situaba en el 7,23%, por lo que el envejecimiento progresivo de la población fue lento en esta primera mitad de siglo.

En 1970 las personas mayores de 65 años sumaban casi tres millones trescientos mil habitantes (9,67%). A partir de este momento, se produce el auge definitivo.

En la última década del siglo XX, el incremento fue espectacular: en el año 1990 la población mayor de 65 años alcanzaba el 13,82%, llegando en el año 2001 a valores próximos al 17,83%.

Todos estos datos, ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística nos vienen a ratificar el aumento tan espectacular de la proporción de personas mayores de 65 años en España (Ver tabla 1.1. Anexo 2)

Las proyecciones hablan además de un crecimiento anual de esta población en torno al 1,2%, por lo que en tan sólo 25 años habrá 2,4 millones más de personas mayores de 65 añosⁱ. (Ver gráfico 1.2 Anexo 2)

Las razones de estos cambios demográficos no están totalmente aclaradas, pero se señalan a dos factores que han sido responsables de estos cambios:

- El descenso de la fecundidad (actualmente por debajo de la tasa de recambio)

- El aumento de la esperanza de vida al nacimientoⁱⁱ (en el año 2003, según el Instituto Nacional de Estadística, está situada en valores de 77,2 años para los hombres y en los 83,7 años para las mujeres).

Algunos autores señalan que la influencia de la inmigración, puede constituirse como el “remedio para el envejecimiento”ⁱⁱⁱ, aunque todavía no se conoce el alcance de su influencia. A pesar de que se apunta a que los movimientos migratorios pueden incidir en los parámetros que afectan a la distribución por edades de la población española^{iv}, alterando incluso los propios parámetros de su crecimiento natural^v.

España como el resto de los países europeos tiene una población que tiende a envejecer^{vi}.

Si comparamos la esperanza de vida en España con otros países de la Unión Europea, las mujeres españolas (83,7 años) son las más longevas de toda la Unión Europea y los hombres (77,2 años) ocupan el segundo lugar por detrás de los suecos (77,9 años). (Ver gráfico 1.3 Anexo 2)

En cuanto a la población mayor de 65 años, en 2003 los españoles ocupaban el quinto lugar en valores absolutos de población, con casi siete millones de personas.

Las mujeres mayores de 65 años se agrupan en España en más de cuatro millones de personas (4.148.022 según el Padrón de 2002), es decir, suponen casi la décima parte de toda la población española (9,9%) y casi la quinta parte (19,5%) de la población femenina.

En el año 2002, el número de mujeres mayores superó en más de un millón al de sus coetáneos varones (3.021.413).

A pesar del “Peso demográfico” de las mujeres no hay demasiados datos y estudios relacionados con el envejecimiento femenino. Las causas de que haya habidos pocos estudios, se relaciona a dos aspectos fundamentalmente:

- El desarrollo de la Gerontología Social en España es reciente y se ha centrado en estudios de carácter general sobre la vejez, o se ha ocupado preferentemente de temas masculinos, como la jubilación.
- Los estudios sobre las mujeres se han centrado más en la transformación que la condición femenina ha experimentado en los últimos tiempos, y que ha beneficiado principalmente a las mujeres jóvenes^{vii}.

Para el próximo futuro, las proyecciones de población indican que la presencia de las mujeres mayores en la población española será cada vez más importante.

Hacia el año 2050, el INE estima que habrá en nuestro país cerca de siete millones y medio de mujeres mayores (7.414.356), más de la tercera parte de toda nuestra población femenina (34,7%) y casi la quinta parte (18,0%) de la población total.

El INE espera además, que hasta ese momento el desequilibrio entre los sexos se mantenga, de forma que el número de mujeres mayores excederá en 2050 en dos millones a los varones de la misma edad.

La presencia de las mujeres mayores en la sociedad española refleja la evolución de las pautas de mortalidad a lo largo de este siglo.

Esta evolución se puede identificar con la que ha seguido la esperanza de vida. La esperanza de vida al nacer de las mujeres españolas ha aumentado a lo largo de este siglo en 46,5 años, desde 33,9 hasta 83,7 años en el 2003, y es en la actualidad casi siete años mayor que la de los hombres (77,2 años).

Aunque si bien las mujeres viven más años, también presentan un porcentaje mayor de padecer alguna enfermedad crónica con respecto a los varones.

Además las mujeres también padecen más enfermedades por persona que los varones (4,05 en las mujeres y 3,57 en los hombres, del año 2004).

La proporción de personas mayores que padecen enfermedades crónicas es muy alta. En la Encuesta Nacional de Salud de España del año 1987, el 81% de los hombres y el 87% de las mujeres mayores referían padecer alguna enfermedad crónica^{viii}.

La autopercepción de la salud es distinta según el sexo. Las mujeres, en general, se declaran con peor salud que los hombres, según las distribuciones porcentuales de la Encuesta Nacional de Salud 2003.

En general, las mujeres son quienes padecen las enfermedades crónicas con mayor intensidad. En cambio, los varones mueren por accidentes en mayor proporción (70,9%) que las mujeres (29,1%), siendo esta diferencia más acusada si se trata de accidentes de tráfico (76,9% y 23,1%, respectivamente). (Ver gráfico 1.4 Anexo 2)

Esto ha influido en que si bien, hasta hace unos años, la política sanitaria se había dirigido a disminuir la morbi -mortalidad y a elevar la expectativa de vida en las poblaciones^{ix}, en los últimos tiempos se haya añadido un interés especial en conocer y mejorar la calidad de vida de los pacientes, en definitiva en incorporar una visión más holística de la salud en esta población.

1.2 Calidad de Vida

Desde la mitad de los años setenta, el término “calidad de vida” se empieza a relacionar con los cuidados sanitarios^x, ya que el objetivo es aportar una mejora en la calidad de los años vividos, y no únicamente el proporcionar muchos años a las personas^{xi}.

La calidad de vida es un concepto multidimensional, algunos lo consideran un macro concepto, ya que integra diferentes vertientes desde la satisfacción, el bienestar subjetivo, la felicidad, el estado de salud (Físico, Psíquico y Social)^{xii}.

En general, todas las definiciones relacionadas con calidad de vida tienen dos elementos comunes:

- El enfoque multidimensional

- Hacen hincapié en la valoración que el individuo hace de su propia vida¹⁰.

En 1993 Patrick y Erickson sugirieron el término de calidad de vida relacionado con la salud, conceptualizándolo como los niveles de bienestar y satisfacción asociados con los acontecimientos que una persona puede padecer como consecuencia de una enfermedad o su tratamiento^{xiii}.

En 1994, la OMS propone una definición de consenso de calidad de vida: «Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses»^{xiv}, habiéndose demostrado su relación con la utilización de recursos sanitarios, Institucionalización, pérdida de autonomía y muerte^{xv-xvi}.

En los últimos años, las publicaciones aparecidas en la prensa médica que tratan aspectos relacionados con la calidad de vida se han multiplicado. Si consultamos la bibliografía reciente relativa a la Calidad de Vida Asociada a la salud podremos observar que tres ideas destacan sobre las demás:

En primer lugar, la importancia del estado funcional del paciente (tanto físico, como social o mental) en el contexto de un concepto como el de calidad de vida, que se considera multidimensional^{xvii-xviii}.

En segundo lugar, el hecho de que la medición del estado de salud se considere un fenómeno innegablemente subjetivo^{xix}.

Finalmente, la necesidad de obtener un valor numérico que represente la preferencia del enfermo por un determinado estado de salud¹².

La evaluación de la calidad de vida es un aspecto sumamente importante, pero difícil de cuantificación objetiva.

Tanto para detectar necesidades de atención socio sanitario como para valorar en qué medida las actividades sanitarias son eficaces, se precisan instrumentos que permitan medir de forma válida y fiable la capacidad de

funcionamiento independiente de los mayores o, más genéricamente, la calidad de vida de éstos^{xx-xxi}.

Para medir la calidad de vida se han elaborado diferentes instrumentos de medida: habitualmente son cuestionarios que generan escalas e índices que permiten medir las dimensiones que conforman la salud.

Se clasifican estos instrumentos en genéricos y específicos:

- Los genéricos (perfiles de salud) son útiles para comparar diferentes poblaciones y detectar un amplio rango de problemas relacionados con la salud, se puede aplicar tanto a los pacientes como a la población en general^{xxii}.
- Los instrumentos específicos examinan los aspectos relacionados con la calidad de vida relacionada con la salud de una enfermedad o grupo de enfermedades concreto.

Aunque la mayoría de estas escalas han sido desarrolladas en países de lengua inglesa, principalmente en los EE.UU., cada vez se están traduciendo, adaptando y utilizando más ampliamente en otros países con diferentes idiomas.

Estas escalas son utilizadas como complemento fundamental para la realización de una valoración integral de la calidad de vida del anciano^{xxiii}.

Los investigadores de la calidad de vida, han detectado una serie de dificultades que surgen a la hora de medir la calidad de vida en los ancianos, Entre ellas destacan:

- La frecuencia de deterioro cognitivo (trastornos de la audición, lenguaje, alteraciones visuales, deterioro mental), Debemos tenerlo en cuenta a la hora de establecer el tiempo para realizar el cuestionario.
- No es un grupo homogéneo, ya que existen diferencias, no sólo a nivel socioeconómico, sino también a nivel de formación, lugar de residencia, y de la edad.
- Buena parte de los ancianos que ya no viven en sus domicilios.

- La gran proporción de ancianos con deterioro cognitivo que están discapacitados para responder a las entrevistas¹⁰.(Martínez Vizcaíno,1998,15-16)

Tanto los instrumentos específicos como los perfiles de salud, deben reunir una serie de requisitos mínimos:

1. Deben ser simples, fáciles de entender, recordar, administrar y registrar.
2. Deben incluir todo el intervalo de dimensiones de calidad de vida.
3. Su contenido debe ser compatible con la perspectiva de la comunidad, y las dimensiones deben surgir de las opiniones de los pacientes, de la población sana y de los profesionales de la salud.
4. Deben ser cuantitativos.
5. Deben ser aplicables a la mayoría de situaciones y poco influenciados por factores tales como edad, sexo, ocupación o tipo de enfermedad.
6. Deben ser fácilmente aceptados por aquellos que evalúan y aquellos evaluados.
7. Los resultados debe ser consistentes con otras medidas de salud, situación clínica o etapa vital.
8. Deben ser rigurosamente validados antes de recomendarse para uso amplio y general¹⁰. (Martínez Vizcaíno,1998,17)

1.3 Estudios previos relacionados con las mujeres:

Un estudio previo realizado sobre el envejecimiento femenino, exponía que las mujeres mayores no constituyen un grupo homogéneo, sino que existen una serie de variables (la edad, el estado civil, el nivel de estudios, etc....) que influyen en las distintas experiencias en el envejecimiento femenino⁷.

La diferencia existente entre hombres y mujeres, con respecto a las probabilidades de supervivencia, se traduce en que muchas de esas mujeres que viven más, envejecen solas porque han perdido a sus esposos o compañeros; éstos, sin embargo, viven menos pero es más probable que lo hagan en compañía.

Sigue siendo motivo de debate la explicación de la diferencia de longevidad

entre varones y mujeres, pues varios factores biológicos, sociales y de conducta juegan un papel importante y determinan relaciones complejas. Los varones han estado expuestos más frecuentemente a factores de riesgo (trabajo, alcohol, tabaco, conductas violentas).

Las condiciones de trabajo y hábitos no saludables de las mujeres se empiezan a parecer a las de los varones en algunas edades de la vida, por lo que habría que esperar un estrechamiento de la diferencia, que el INE ya recoge en sus nuevos cálculos. Por otra parte, el nivel educativo se ha relacionado siempre positivamente con longevidad; si con los niveles de educación de este siglo (superiores de media entre los varones) la diferencia entre varones y mujeres supera los seis años, en el futuro las diferencias de instrucción serán menores, con ganancia media de la mujer (que incluso superará el nivel educativo medio de los hombres), por lo que sería de esperar una mejora de su estatus de salud y supervivencia. Es decir, el camino opuesto.

De momento, las previsiones apuntan a una reducción de las diferencias (en las anteriores proyecciones de población se calculaba un incremento de las mismas hasta 2026)^{xxiv}.

La valoración del estado de salud del propio individuo viene condicionada por las enfermedades reales padecidas y por sus características personales (sexo, edad, estado civil, familia e instrucción), socioeconómicas (ingresos y estatus social) o incluso residenciales (tipo y tamaño de hábitat y grado de satisfacción residencial con la propia casa y el entorno).

De las actividades que desarrollan las mujeres mayores, destacan dos de entre todas:

- Las tareas domésticas
- El cuidado de los nietos, ya que la red familiar, sigue siendo importante.

En cuanto a las tareas domésticas, investigaciones realizadas, parecen demostrar que los roles tradicionales de género se mantienen en la vejez y que empiezan a desdibujarse en la edad avanzada.

La pérdida de protagonismo por parte de la mujer en la realización de las tareas domésticas se produce fundamentalmente como consecuencia de

alguna limitación en su estado de salud.

La realización de otras actividades sociales se da con más frecuencia entre las mujeres separadas o divorciadas y solteras y en menor medida entre las mujeres viudas.

Como se ha señalado anteriormente, no hay demasiados estudios realizados sobre el envejecimiento femenino, lo que ha servido como una de las motivaciones de este estudio.

2. OBJETIVOS DEL PROYECTO

2.1 Objetivo general

Evaluar la calidad de vida en mujeres mayores de 65 años.

2.2 Objetivos específicos

- Evaluar la CV en cada uno de los aspectos (salud física, mental, autocuidados, social, económico,..)
- Identificar las necesidades más valoradas.
- Analizar la posible relación entre la CV con determinadas variables (edad, nivel económico,...)

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1 Diseño

Se ha realizado un estudio transversal descriptivo sobre la calidad de vida en mujeres mayores de 65 años, pertenecientes a una Zona Básica de Salud en la ciudad de Valladolid.

Dicho estudio se incluye dentro de un Estudio Piloto realizado sobre 30 pacientes que reúnen las características del estudio

3.2 Población de estudio

Mujeres mayores de 65 años.

Criterio de inclusión: Además de estar en la población de estudio: Pertenencia a un programa de salud de los que actualmente están en marcha en el centro

de salud.

El centro de salud elegido para el estudio, es un centro de salud urbano de la ciudad de Valladolid. La población que atiende presenta un nivel socio-económico medio bajo. Dicho centro de Salud atiende a una población de unos 15.000 habitantes, de los cuales mujeres mayores de 65 años son 1035 aproximadamente.

3.3 Variables de estudio

Las variables analizadas en este estudio se agrupan de modo genérico en las siguientes categorías:

- Variables Sociodemográficas.
- Variables relacionadas con el cuestionario.
- Variables de valoración de Calidad de Vida.

3.4 Procedimiento

La toma de datos se ha basado en la realización del cuestionario de valoración funcional multidimensional para medir calidad de vida en ancianos no institucionalizados.

Es un cuestionario validado que ha sido traducido del OARS-MFAQ (Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire), pero contiene una serie de modificaciones:

- Se ha reducido el número de ítems, para ser administrado en un tiempo menor.
- Está adaptado culturalmente a los ancianos de nuestro medio
- Tiene en cuenta la oferta de servicios que se presta en nuestro país a los ancianos^{xxv}.
- Además se ha adaptado, ya que este estudio está dirigido a mujeres, por lo que se han eliminado ciertas preguntas y respuestas.

Este cuestionario valora las cinco dimensiones siguientes:

- Salud Física, se valora la capacidad funcional actual atribuible al estado físico. Incluye los siguientes apartados:
 - Autovaloración de salud general
 - Lista de síntomas
 - Enfermedades y medicinas
 - Nivel de Actividad
 - Utilización de servicios médicos
- Actividades de la vida diaria (AVD), nos indican la capacidad para vivir independientemente y de las necesidades de ayuda que precisan.
- Salud Mental, nos interesa establecer el nivel de capacidad de funcionamiento a nivel de su salud mental.
- Soporte Social, nos refleja las relaciones entre el individuo y la comunidad, y entre la comunidad y el individuo. Incluye tres áreas principales como son:
 - Familia y hogar
 - Relación social – amigos
 - Implicación comunitaria (participación en actividades grupales de la comunidad)
- Recursos Económicos, la adecuación de sus ingresos para cubrir necesidades mínimas razonables e imprevistos que puedan surgir.

En cada una de estas dimensiones es posible distinguir entre funcionamiento adecuado, e incluso varios niveles de funcionamiento entre adecuado e inadecuado^{xxvi}.

Una vez realizado la introducción de los datos, se realiza una valoración de las 5 categorías siguientes

Salud Física, Actividades en la Vida Diaria, Salud Mental, Soporte Social y Recursos Económicos.

Dicha valoración se realiza conforme a los criterios detallados en el anexo 3.

El índice de Calidad de Vida (CV) se obtiene de la suma de los índices de cada una de las categorías.

3.5 Análisis de los datos

La información recogida fue introducida en una base de datos del paquete estadístico SPSS 11.5, programa que se hemos elegido por la posibilidad de realizar tratamiento y depuración de gran cantidad de datos y su posterior tratamiento, análisis y presentación de resultados y que nos ha posibilitado la puesta en marcha de las técnicas precisas para el estudio.

Para la presentación de resultados se ha utilizado la aplicación informática Microsoft Excel, por su mayor versatilidad a la hora de modificar formatos en la presentación de resultados.

3.6 Resultados

Una vez introducidos y analizados los datos, se realiza un estudio pormenorizado de los mismos, en función de las categorías constituyentes del índice de Calidad de Vida. Se realizan tablas y gráficos relacionando los Valores de calidad de cada una de esas categorías relacionándolo con las variables principales. Así mismo se presentan gráficamente algunos resultados por su especial interés para este estudio

3.7 Conclusiones

Se presenta un resumen escueto con las principales conclusiones del estudio piloto realizado, así como ciertas interpretaciones

4. RESULTADOS

Se ha realizado un estudio piloto, para el que se ha realizado el cuestionario a un total de 30 pacientes.

Las características sociodemográficas de la población estudiada se resumen en la tabla 4.1

Tabla 4.1. Características sociodemográficas de la población de estudio

		Edad			
		65 - 70	71 - 75	76 - 80	>80
Estado civil	Soltera		7,14		
	Casada	81,82	78,57	100,00	
	Viuda	18,18	14,29		100,00
Nivel de estudios	No sabe leer	9,09	7,14		33,33
	Sin estudios, sabe leer	72,73	57,14	100,00	66,67
	Estudios primarios	9,09	35,71		
	Estudios secundarios	9,09			
Vive solo	Si	9,09	14,29		66,67
	No	90,91	85,71	100,00	33,33

La mayor parte de la población estudiada, se encuentra en el intervalo entre 71 y 75 años, siendo su estado civil más frecuente el de casada. En cuanto al nivel de estudios, el mayor porcentaje indica carece de estudios básicos, aunque sí saben leer. Hay dos factores determinantes en esta situación:

- La banda de edades estudiadas, condiciona totalmente el nivel cultural, ya que no era habitual que mujeres nacidas antes del año 1941, dispusieran de estudios más allá de los primarios en el mejor de los casos
- Por otra parte, la zona en la que se ha realizado el estudio es una zona con un nivel socioeconómico medio-bajo, lo que aún amplifica los resultados obtenidos en este aspecto.

4.1 Salud física

Sólo el 13% de las entrevistadas, percibe su salud como buena, mientras que la mayoría, el 76,7% la califica como regular, y un 10% la califica como mala. Más del 76% de las encuestadas, cree que su estado de salud le afecta “algo” en su vida diaria, mientras que el 23% cree que le afecta mucho.

Tabla 4.2. ¿Como es su salud actualmente?

		Buena	Regular	Mala	Total
Edad	65 - 70	18,2	81,8	0,0	100,0
	71 - 75	7,1	71,4	21,4	100,0
	76 - 80	50,0	50,0	0,0	100,0
	>80	0,0	100,0	0,0	100,0
Total		13,3	76,7	10,0	100

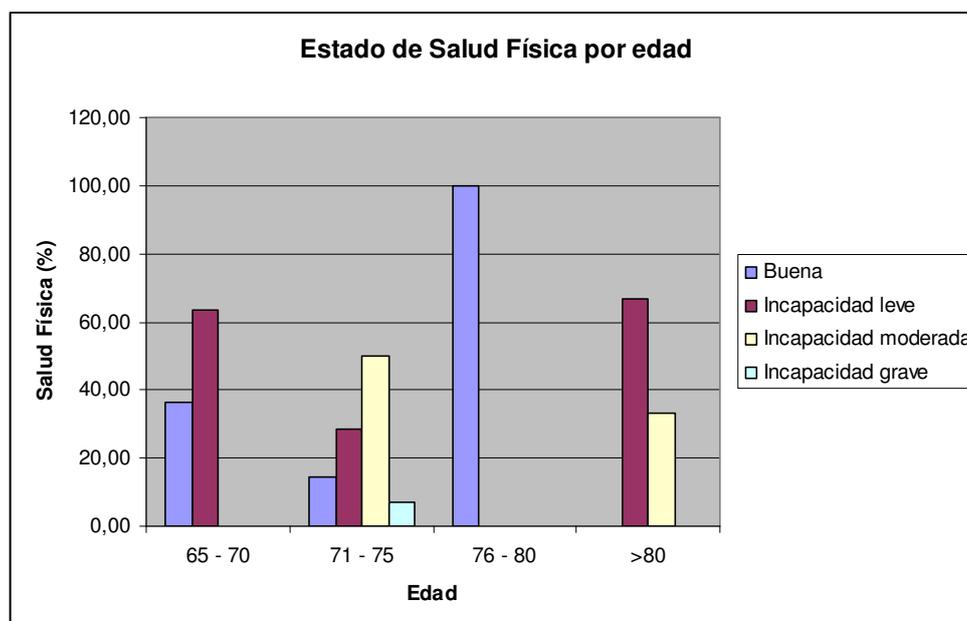
Tabla 4.3. Como le afecta la salud en su vida

		Algo	Mucho	Total
Edad	65 - 70	81,82	18,18	100,00
	71 - 75	64,29	35,71	100,00
	76 - 80	100,00		100,00
	>80	100,00		100,00
Total		76,67	23,33	100,00

Se ha realizado la valoración del Estado de Salud Física, según los criterios expuestos en el Anexo 3 Escalas de Valoración.

Los resultados obtenidos se presentan en la Figura 4.4.

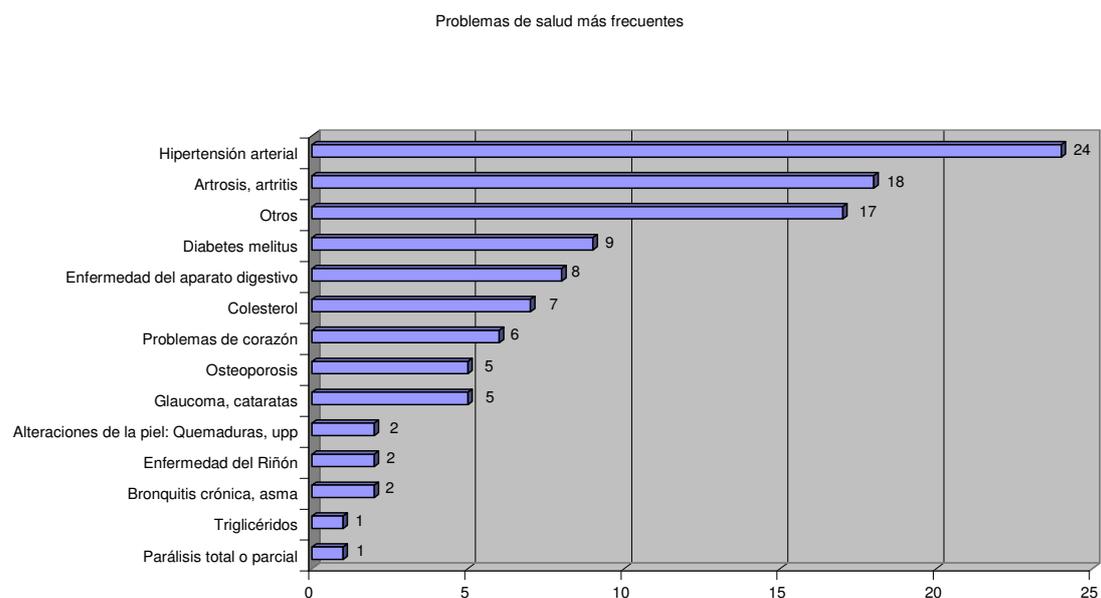
Figura 4.4. Estado de Salud Física por edad



Se puede apreciar como en el paso del intervalo de 65-70 a 71-75 hay un deterioro de los valores de Salud Física (Leve a Moderado), que implica la presencia de enfermedades o incapacidades que producen dolor o necesitan tratamiento médico estricto.

Los problemas de salud más frecuentes son: hipertensión arterial, seguidos de artrosis y artritis. En la Figura 4.5 se aprecia que la tercera en frecuencia se corresponde con Otros Problemas de Salud, no definidos explícitamente en el cuestionario. En la Toma de datos se recogió explícitamente la enfermedad, correspondiéndose en la gran mayoría con Estados depresivos.

Figura 4.5.. Problemas de Salud más frecuentes



Por el número de casos estudiados, sólo podemos extraer en cuanto a la grado de afectación que enfermedades como la Artritis y artrosis tienen una afectación media o alta (el 100% de los 18 casos).

La hipertensión arterial tiene un grado de afectación media en la totalidad de los casos (23)

Tabla 4.6. Grado de afectación de los problemas de salud más frecuentes

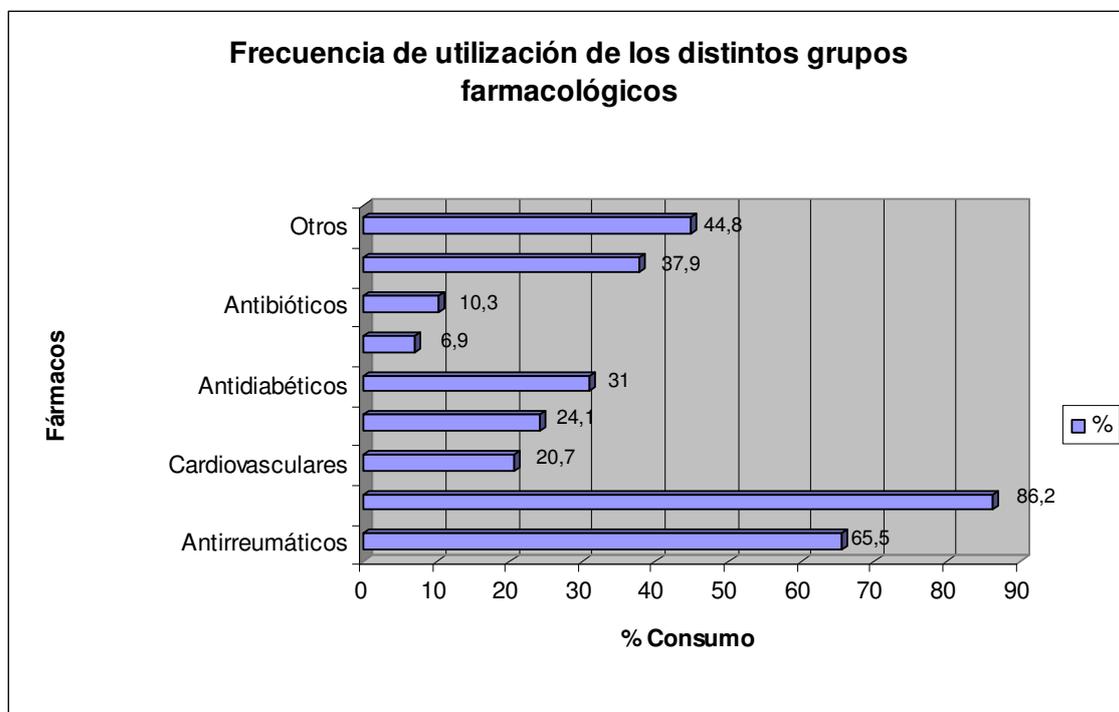
ENFERMEDAD	Nºcasos	%	Como le afecta en su vida diaria?		
			Nada	Algo	Mucho
		Muestra	%	%	%
Parkinson	0	0,00			
Bronquitis, asma	2	6,67	0,0	50,0	50,0
Parálisis total o parcial	1	3,33	0,0	100,0	0,0
Tuberculosis	0	0,00	0,0	0,0	0,0
Problemas de corazón	6	20,00	0,0	100,0	0,0
Diabetes melitus	9	30,00	0,0	100,0	0,0
Hipertensión arterial	23	76,67	0,0	100,0	0,0
Enf. del riñón	2	6,67	50,0	50,0	0,0
Enf. digestivo	8	26,67	12,5	75,0	12,5
Artrosis, artritis	18	60,00	0,0	66,7	33,3

Glaucoma, cataratas	5	16,67	0,0	80,0	20,0
Alteraciones de piel	2	6,67	0,0	0,0	100,0
Colesterol	7	23,33	0,0	100,0	0,0
Triglicéridos	1	3,33	0,0	100,0	0,0
Osteoporosis	5	16,67	20,0	60,0	20,0
Cáncer	0	0,00	0,0	0,0	0,0
Otros	17	56,67	0,0	64,7	35,3

En cuanto al consumo de fármacos, aquellos destinados al tratamiento de las enfermedades del sistema cardiocirculatorio (Hipotensores, cardiovasculares y de la circulación) y los relacionados con enfermedades reumáticas, son los utilizados con mayor frecuencia

Llama la atención un alto consumo de fármacos destinados al tratamiento del insomnio así como tranquilizantes.

Figura 4.7 Frecuencia de utilización de los distintos grupos farmacológicos



La proporción de personas en la que la enfermedad no les afectó en las actividades de su vida diaria es alta (87%), siendo un 10% aquellas en las que

les afectó en una gran medida.

Figura 4.8. Número de días sin actividad diaria por enfermedad

	Nº Casos	%
Ninguno	26	86,7
Algunos	1	3,3
Muchos	3	10,0
Total	30	100,0

En cuanto a los ingresos realizados en hospital en el último año, un 83% no sufrió ninguno, siendo un 10% los casos en los que dichos ingresos han sumado varios días y un 7% aquellos que han sido de varias semanas

Figura 4.9. Cuantos días ha estado ingresado en el hospital en el último año

	Nº Casos	%
Ninguno	25,0	83,3
Varios días	3,0	10,0
Varias semanas	2,0	6,7
Total	30,0	100,0

Más del 63% presenta alteraciones visuales de carácter medio, mientras que un 20 % califica su visión como mala

Un 80% considera su sentido de la audición como bueno, y sólo un 7% lo califica como malo.

Tabla 4.10 Frecuencia de utilización de aparatos ortopédicos y otras ayudas

Ayuda utilizada	Nº casos	% Muestra
Garrota o muleta	4	57,14%
Silla de ruedas	1	14,29%
Rodillera/media elástica	1	14,29%
Faja ortopédica	1	14,29%

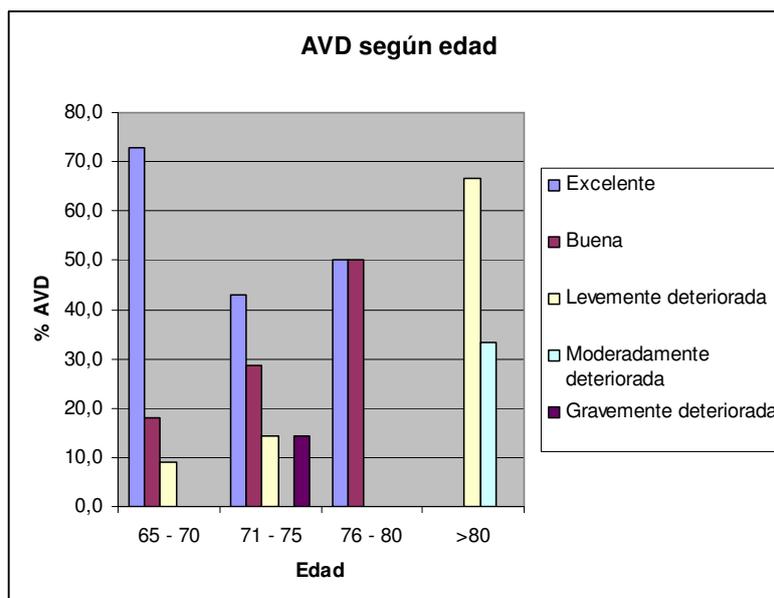
Solo un 23% de la población utiliza algún aparato ortopédico o elemento de ayuda, siendo el de mayor utilización la garrota o muleta.

4.2 Actividades de la vida diaria

Se ha realizado la valoración de las Actividades de la Vida Diaria, según los criterios expuestos en el Anexo 3, Escalas de Valoración.

Los resultados obtenidos se presentan en la Figura 4.11

Figura 4.11 Capacidad para las actividades de la vida diaria según edad



En cuanto a la valoración por edades, aquellas mujeres comprendidas entre los 65 y 75 años obtienen resultados de excelente entre el 40 y el 55%, mientras que a partir de los 75 los valores se sitúan entre deterioro leve y moderado, salvando casos específicos.

Tabla 4.12 Capacidad para realizar las actividades de la vida diaria según variables sociodemográficas

	Actividades vida diaria AVD				
	Excelente	Buena	Levemente deteriorada	Moderadamente deteriorada	Gravemente deteriorada
Estado civil					
Soltera		14,3			
Casada	86,7	57,1	60,0		100,0
Viuda	13,3	28,6	40,0	100,0	
Vive solo					

si	13,3	14,3	40,0		
no	86,7	85,7	60,0	100,0	100,0
Nivel de estudios					
No sabe leer	6,7	14,3	20,0		
Sin estudios, sabe leer	66,7	71,4	60,0	100,0	50,0
estudios primarios	20,0	14,3	20,0		50,0
Estudios secundarios	6,7				

Las mejores puntuaciones en las Actividades de la Vida Diaria, las obtienen casadas frente a viudas.

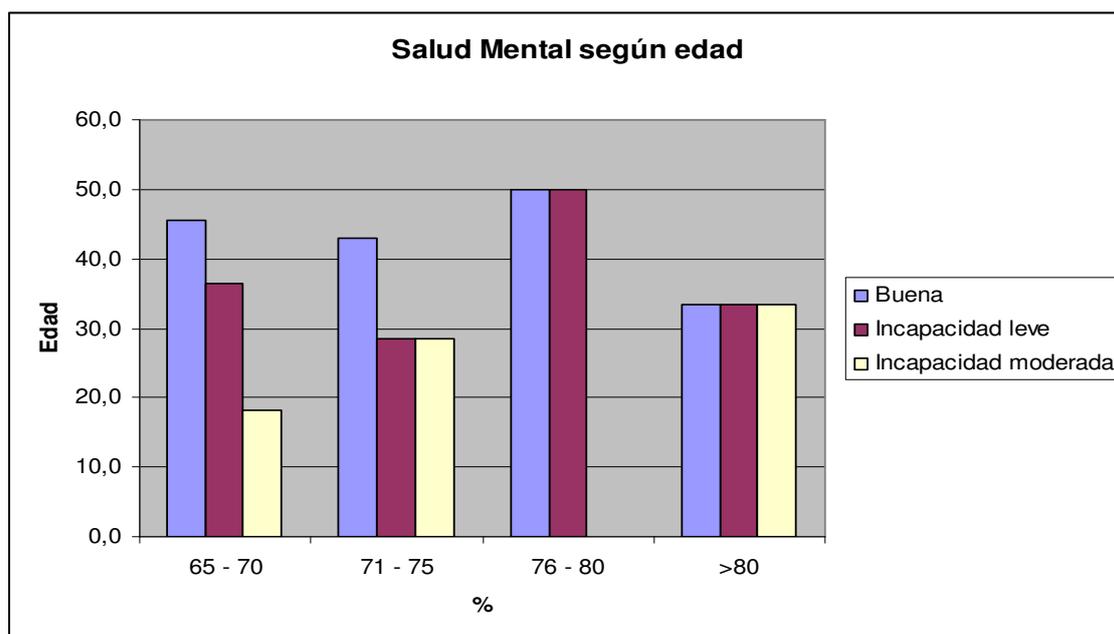
Prácticamente la totalidad de las personas entrevistadas puede desarrollar las actividades básicas de la vida diaria sin ayuda.

En cuanto al grupo de actividades instrumentales de la vida diaria, los resultados indican que más del 80% de las entrevistadas son independientes. Las actividades que presentan mayor dificultad son el viajar y el manejo del dinero, así como las tareas del hogar.

4.3 Salud mental

Se presentan los resultados de la valoración realizada sobre la Salud Mental. En la Figura 4.13 se presenta dichos valores en relación con la Edad.

Figura 4.13 .Salud Mental según edad



Cabe destacar la proporción de personas con un estado de salud mental deteriorado es mayor en el intervalo de edad comprendido entre 65 y 75 años, lo que podría deberse a que este deterioro de salud mental sea un predictor negativo de supervivencia y en este mismo intervalo con un buen estado de salud mental tengan una mayor probabilidad de sobrepasar los 75 años.

En la tabla siguiente se aprecian que las mejores condiciones de salud mental, las presentan las casadas, seguidas de viudas y por último las solteras

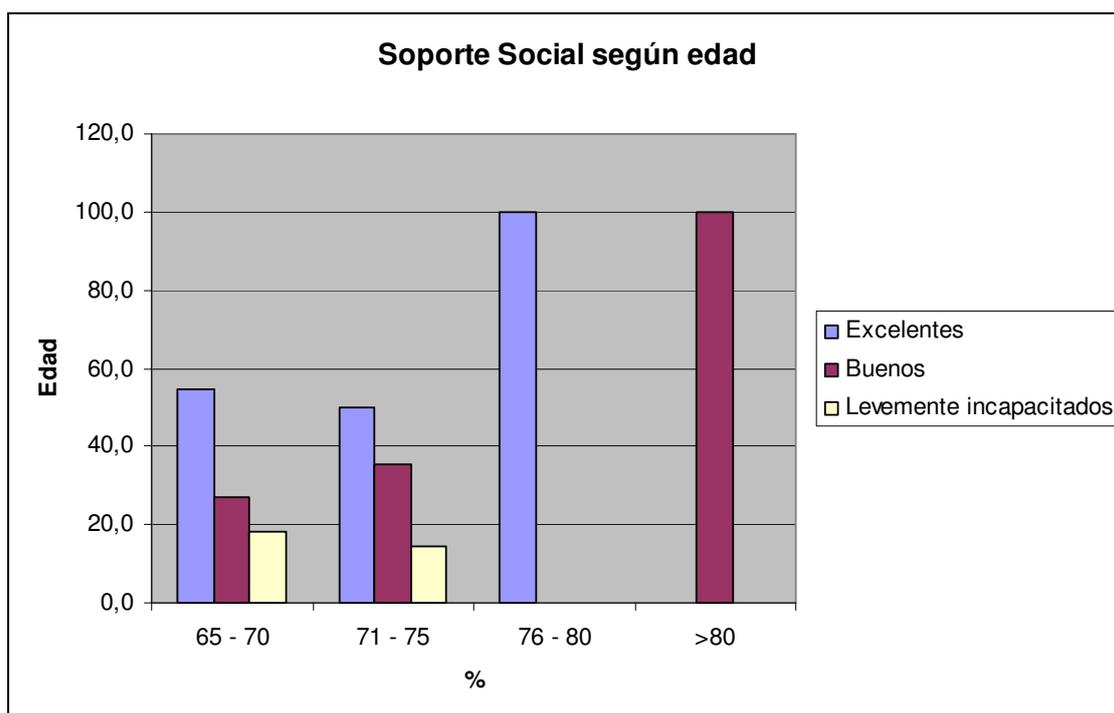
Tabla 4.14. Estado de Salud Mental según variables sociodemográficas

	Salud Mental		
	Satisfactorios	Levemente deteriorados	Moderadamente deteriorados
Estado civil			
Soltera	4,2	0,0	0,0
Casada	83,3	25,0	50,0
Viuda	12,5	75,0	50,0
Vive solo			
si	4,2	75,0	50,0
no	95,8	25,0	50,0
Nivel de estudios			
No sabe leer	8,3	25,0	0,0
Sin estudios, sabe leer	62,5	75,0	100,0
estudios primarios	25,0	0,0	0,0
Estudios secundarios	4,2	0,0	0,0

4.4 Soporte social

Se presentan los resultados de la valoración realizada sobre el soporte social que presentan las mujeres de la muestra. En la Figura 4.15 se presenta dichos valores en relación con la Edad.

Figura 4.15 Soporte Social según edad



Prácticamente la totalidad de las mujeres entrevistadas presenta una valoración excelente o buena de sus soportes y relaciones sociales.

Un 13% se ha valorado como levemente incapacitado socialmente.

Tabla 4.16. Soporte Social según variables sociodemográficas

	Recursos Sociales		
	Recursos sociales excelentes	Buenos recursos sociales	Levemente incapacitado socialmente
Estado civil			
Soltera		9,1	
Casada	100,0	45,5	50,0
Viuda		45,5	50,0
Vive solo			
si		27,3	50,0
no	100,0	72,7	50,0
Nivel de estudios			
No sabe leer		18,2	25,0
Sin estudios, sabe leer	66,7	63,6	75,0
estudios primarios	26,7	18,2	
Estudios secundarios	6,7		

En la Tabla 4.16 se aprecia que las mujeres casadas son las que, en un porcentaje cercano al 80% presentan valores excelentes y buenos en el aspecto del soporte social.

Tabla 4.17 Características del Soporte Social y diferencias según edad

	Edad			
	65 - 70	71 - 75	76 - 80	>80
Veces Hablar por teléfono				
Todos los días	90,9	71,4	100,0	66,7
Cuatro a seis veces	9,1	28,6		33,3
Ayuda a la persona				
si	90,9	100,0	100,0	100,0
NS/NC	9,1			
Relación con esa persona				
Cónyuge o pareja	63,6	64,3	100,0	
Otro familiar	27,3	35,7		100,0
Otros	9,1			
¿Se siente sola?				
Si	18,2	7,1		
No	81,8	92,9	100,0	100,0
¿Ve a sus amigos y familiares con frecuencia deseada?				
Tanto como quiere	100,0	85,7	100,0	100,0
Menos de lo que quiere		14,3		

En la tabla 4.17 se presentan diferentes aspectos relacionados con el aspecto social. En ella se aprecia que más del 93% ve a sus familiares y amigos con la frecuencia deseada, y sólo un 10% de la muestra declara sentirse sola.

La totalidad de las mujeres de la muestra hablan habitualmente por teléfono

La práctica totalidad dispone de ayuda de una persona, cónyuge o familiar, alcanzando el 96%.

Con respecto a la posibilidad de recibir ayuda el 97/% afirma que si tendrían ayuda en caso de estar enfermas, y la recibiría del cónyuge (60%) o de otro familiar (37%)

En cuanto a las actividades de Ocio más demandadas, la familia, y actividades de ocio en casa (lectura, televisión, música, radio) se sitúan a la cabeza de las preferencias.

Casi la mitad de las encuestadas, manifiesta sus preferencias por actividades al aire libre (paseo, excursiones, etc..)

Actividades como reuniones en asociaciones o viajes sólo son preferidas por menos del 20% de las encuestadas.

Otros tipos de actividades como Cine, teatro, baile, son menos valoradas y sólo un 6% lo considera como una de sus ocupaciones en el tiempo libre.

Tabla 4.18. Ocupaciones principales en su tiempo libre

Ocupaciones Principales		%
Familia/amigos	Si	100,0
baile/cine/teatro	Si	6,7
	No	93,3
deporte/campo/excursion	Si	46,7
	No	53,3
TV/libros/revistas/radio/musica	Si	96,7
	No	3,3
reuniones/asociacion	Si	13,3
	No	86,7
manuales/jardin/instrum./compras	Si	26,7
	No	73,3
Viajes/turismo	Si	20,0
	No	80,0
Otras	Si	3,3
	No	96,7

4.5 Recursos económicos

El 80% de las entrevistadas disponen de recursos suficientes para cubrir sus necesidades, aunque no disponen de ahorros de importancia.

En algo más del 13% la valoración ha sido considerada como recursos moderadamente deteriorada, y un 6,7% presenta serias dificultades respecto a los recursos económicos.

Estos resultados se justifican, fundamentalmente en la zona de estudio, que se corresponde con un barrio con nivel socioeconómico medio-bajo, por lo que las conclusiones no pueden ser extrapoladas a otras zonas.

En la Tabla 4.19, se presentan la valoración de los recursos económicos en

relación con algunas variables sociodemográficas, Estado civil, nivel de estudios, y si viven solas o no.

Figura 4.19 Recursos económicos según edad

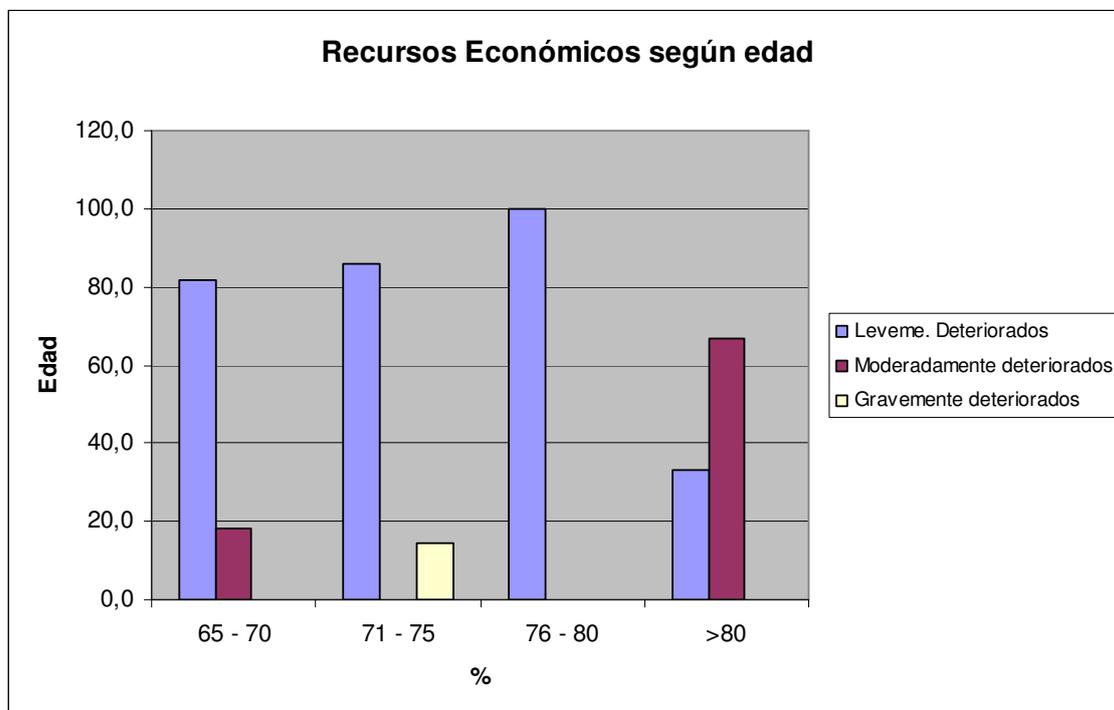


Tabla 4.20 Recursos Económicos según variables sociodemográficas

	Recursos económicos		
	Satisfactorios	Levemente deteriorados	Moderadamente deteriorados
Estado civil			
Soltera	4,2	0,0	0,0
Casada	83,3	25,0	50,0
Viuda	12,5	75,0	50,0
Vive solo			
si	4,2	75,0	50,0
no	95,8	25,0	50,0
Nivel de estudios			
No sabe leer	8,3	25,0	0,0
Sin estudios, sabe leer	62,5	75,0	100,0
estudios primarios	25,0	0,0	0,0
Estudios secundarios	4,2	0,0	0,0

En los resultados obtenidos, aun siendo bastante homogéneos por los argumentos anteriormente expuestos, se observa un cierto empeoramiento de los mismos, cuando las mujeres viven solas, y carecen de estudios, resultados

que responden a la lógica previsible por otra parte.

La percepción de su situación económica por parte de las encuestadas, es buena en un alto porcentaje (76,7%), lo que viene a reflejar que aun disponiendo de unos recursos económicos bastante ajustados, sus principales preocupaciones son otras: familia, salud, etc...

4.6 Calidad de vida

En la siguiente tabla se presentan los resultados una vez totalizadas las valoraciones efectuadas en cada uno de los aspectos del cuestionario

Tabla 4.21 Calidad de Vida según categorías principales relacionada con la edad

		65-70		71-75		76-80		>80	
		Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Salud Física	SF	2,64	0,5	3,5	0,85	2	0	3,33	0,58
Actividades Vida Diaria	AVD	1,36	0,67	2,29	1,73	1,5	0,71	3,33	0,58
Salud Mental	SM	2,73	0,79	2,86	0,86	2,5	0,71	3	1
Recursos Sociales	RS	1,64	0,81	1,64	0,74	1	0	2	0
Recursos económicos	RE	3,18	0,4	3,29	0,73	3	0	3,67	0,58
Calidad de Vida	CV	11,55	1,57	13,57	2,9	10	0	15,33	1,53

Tabla 4.22 Calidad de Vida según categorías principales

		Media	DE
Salud Física	SF	3,07	0,83
Actividades Vida Diaria	AVD	2	1,39
Salud Mental	SM	2,8	0,81
Recursos Sociales	RS	1,63	0,72
Recursos económicos	RE	3,27	0,58
Calidad de Vida	CV	12,77	2,62

Tal y como se ha explicado en el apartado de procedimiento, las valoraciones se han realizado puntuando entre 1 y 6 puntos por cada categoría, por lo que el índice representativo de la mejor Calidad de Vida posible sería 5 puntos, y la peor 30 puntos.

Se aprecia que las puntuaciones mejores, se obtienen en Recursos Sociales (1,63) y en Actividades de la Vida Diaria (2,0).

Las puntuaciones más altas (menor calidad de vida) aparecen en Salud Mental, Salud Física y Recursos económicos, en orden de mayor a menor calidad de

Vida.

En la siguiente tabla se presentan los resultados de Índice de Calidad de Vida en relación con la edad. En ella se pueden apreciar varios aspectos.

- Existen diferencias sustanciales entre unos y otros intervalos de edad.
- A partir de los 80 años se aprecia un claro deterioro de la Calidad de Vida, especialmente en las categorías de Salud Física y Actividades en la Vida Diaria
- En este estudio se aprecia una disminución de CV conforme se incrementa la edad, salvo en el intervalo entre 76 y 80 años. Esta excepción se debe a 2 factores:
 - Es un estudio piloto, con un tamaño de la muestra reducido y por tanto hay valores que pueden estar sesgados.
 - Sólo se han incluido en el estudio mujeres incluidas en diferentes programas de salud.

Al final del cuestionario se realizaron dos preguntas abiertas, para que las encuestadas respondieran sobre ellas.

- ¿Qué haría o necesitaría usted en estos momentos para sentirse bien o para ser más feliz?

La respuesta más frecuente en la práctica totalidad de las encuestadas fue la salud en cualquiera de sus aspectos, y de forma individual o familiar.

La segunda respuesta más frecuente son los aspectos relacionados con la familia, principalmente enfocado a los hijos.

- Indique qué problema, relacionado con su calidad de vida, le preocupa más en estos momentos:

La mayoría de las encuestadas señalan distintos aspectos de su salud física, como por ejemplo: artrosis, depresión, problemas respiratorios, digestivos....

La segunda en frecuencia son problemas relacionados con los hijos: Problemas con drogas, depresión, etc.

En menor medida problemas relacionados con la salud del marido.

Dos de las encuestadas también señalaron problemas conyugales como un aspecto que le preocupa en este momento.

5. CONCLUSIONES

Del presente estudio piloto, hemos extraído las siguientes conclusiones:

Existen diferencias sustanciales en los resultados de las valoraciones de las distintas categorías entre unos y otros intervalos de edad:

- A partir de los 80 años se aprecia un claro deterioro de la CV, especialmente en las categorías de Salud Física y Actividades de la Vida Diaria.
- Se aprecia una disminución de CV conforme se incrementa la edad, salvo en el intervalo entre 76 y 80 años. Esta excepción se puede deber a dos factores fundamentalmente:
 - Es un estudio piloto, con un tamaño de muestra reducido y por tanto, hay resultados que se encuentran sesgados.
 - Sólo se han incluido en el estudio mujeres incluidas en diferentes programas de salud. Por esto están excluidas aquellas mujeres inmobilizadas o a aquellas que por su buen estado de salud, o por otros motivos no están incluidas en ningún programa.

En la dimensión de la Salud Física se puede apreciar que, además de la prevalencia de las distintas enfermedades crónicas, destaca el importante porcentaje de las entrevistadas que sufre o ha padecido depresión. Así mismo, el insomnio y otros trastornos del sueño también se presenta en un alto porcentaje entre las encuestadas.

En la dimensión de las Actividades de la Vida Diaria, entre un 40% y un 55% de las encuestadas comprendidas entre el intervalo de edad entre los 65 y 75 años presentan total independencia para la realización de casi todas las Actividades de la Vida Diaria.

En la dimensión de la Salud Mental destaca que el deterioro más importante se produce en el intervalo de edad entre 65 y 75 años.

En la dimensión del Soporte Social, el cuidado del hogar, la relaciones familiares sobre todo con los hijos y los nietos siguen siendo aspectos muy valorados por las mujeres mayores de 65 años.

En la dimensión de los Recursos Económicos, para la gran mayoría de las encuestadas estos son suficientes para cubrir sus necesidades básicas, a pesar de que en comparación con otras zonas relativamente próximas sean objetivamente menores.

Como se puede apreciar en los resultados obtenidos, el grupo de las mujeres mayores de 65 años no constituyen un todo homogéneo, ya que al analizar las distintas dimensiones detectamos importantes diferencias entre las mismas.

De los resultados obtenidos a través del cuestionario aplicado y su posterior tratamiento y análisis, podemos concluir que un alto porcentaje de la muestra presentan respuestas humanas que podríamos catalogarlas en los siguientes diagnósticos enfermeros: Deterioro de la Adaptación, Afrontamiento Inefectivo, Baja Autoestima situacional, Desempeño inefectivo del rol, Deprivación del Sueño

Sería interesante potenciar la realización de estudios más amplios enfocados a las mujeres mayores de 65 años, debido a que cada vez está aumentando demográficamente y a que históricamente se han realizados escasos estudios sobre ellas. Además se ha percibido en la realización de este estudio, que existen importantes diferencias de género, que originan resultados bien diferentes por este motivo. Por ejemplo: Se encuestó a todas las mujeres sobre sus hábitos respecto al alcohol y tabaco. El 100% de las encuestadas, declara no tener dichos hábitos, resultados que de ser aplicados a varones serían bien

distintos.

La utilización de distintos instrumentos de medida de la calidad de vida se revela como una herramienta muy útil para poder realizar una valoración integral de la CV. Se podrían introducir estas escalas en los planes de cuidados de enfermería, como instrumentos de ayuda para poder realizar una valoración integral de las personas mayores de 65 años, ya no solo en las unidades de consulta de Atención Primaria, sino globalizarlo a las distintas unidades que estén enfocadas al cuidado de las personas mayores de 65 años.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López-Cózar R, Rebollo S. Análisis de la relación entre práctica deportiva y características sociodemográficas en personas mayores. Rev. int. med. cienc. Act .fís. deporte (versión digital) 2002 ago. Disponible en: <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista5/portada5.html> Consultado el día 5 de Mayo de 2006.
2. Davies AM. Epidemiology and the challenge of ageing. Int J Epidemiol, 1985; 14 (1): 9-19.
3. Izquierdo Escribano A; Martínez Buján R. La inmigración de extranjeros y el envejecimiento de la población. En: De Miguel A, Grandal L. Los mayores activos. Madrid: Seniors Españoles para la Cooperación Técnica, 2001:238.
4. Vinuesa Ángulo J; Abellán García A. El envejecimiento demográfico. En: Puyol R et al. (dirs.). Los grandes problemas actuales de la población. Madrid: Síntesis, 1993; 24-25.
5. Puga, D. Pautas Migratorias de los mayores en España. Revista Internacional de Sociología, Tercera Época, 27 (2000): 23-40
6. Puyol Antolin R. La Población española y europea en el final del siglo XX. En: Fraga Iribarne M .Las claves demográficas del futuro de España. Madrid: Fundación Cánovas del Castillo, 2001; 22.
7. Pérez Ortiz, L. Envejecer en femenino. Observatorio de personas Mayores. Univ. Autónoma de Madrid. (versión digital) 2004: 27. Disponible en:<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/boletinsobreenviejec09.pdf>. Consultado el 10 de Mayo del 2006.

-
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 1987. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005; 47-56
 9. Fernández López JA, Hernández-Mejía R. Calidad de vida: algo más que una etiqueta de moda. *Med Clin (Barc)*, 1993; 101: 576-578.
 10. Martínez Vizcaíno V; Lozano Muñoz A. Calidad de vida en Ancianos. Cuenca: Ediciones Castilla – La Mancha, 1998: 11-22.
 11. Badia X, Carné X. La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico *Med Clin (Barc)*, 1998; 110 (14): 550-556.
 12. Grau G, Eiroa P. Versión Española del OARS Multidimensional Functional Assesment Questionnaire: Adaptación Transcultural y medida de la Validez. *Aten. Primaria*, 1996; 17 (8): 486 – 495.
 13. Patrick DL, Erikson P. Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation. Nueva York: Oxford University Press, 1993.
 14. WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization Project to develop a quality of life assessment instrument. *Qual Life Res*, 1993; 2: 153-159.
 15. Harris T, Kover MG, Suzman R, Kleiman JC, Feldman JJ. Longitudinal study of physical ability in the oldestold. *Am J Public Health*, 1989; 79 (6): 698-702.
 16. Kaplan G, Bavell V, Lusky A. Subjective state of health and survival in elderly adults. *J Gerontol*, 1988; 43 (4): 1145-1205.

-
17. Ware JE. Conceptualizing disease impact and treatment outcomes. *Cancer*, 1984; 53(10 Supl.): 2.316-2.323.
 18. Guyatt GH, Feeny D, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med* 1993; 118 (8): 622-629.
 19. Badia X. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la evaluación económica: técnicas de obtención de preferencias de los estados de salud. En: Sacristán JA, Badia X, Rovira J, editores. *Farmacoeconomía: evaluación económica de medicamentos*. Madrid: Editores Médicos S.A., 1995; 56-71.
 20. García Ameijeiras C, Roige Cortadelles T, Elías Aldosa T, Viñas Folch P. Utilidad de un instrumento de valoración gerontológico multidisciplinar en la asignación de recursos socio sanitarios. *Aten Primaria*, 1997;20 (9): 506-510.
 21. Cohen BJ. Utility measurement of the allocation of health care resources. *Med Decis Making*, 1995; 15 (3): 287-288.
 22. Vilagut G, et al. El Cuestionario de Salud SF- 36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005; 19 (2):135-50.
 23. Davies AM. Epidemiology and the challenge of ageing. *Int J Epidemiol*, 1985; 14 (1): 9-19.
 24. Castiello Sancho, M. Informe blanco personas mayores 2004. Madrid: Instituto de Mayores y servicios sociales (IMSERSO), 2005:43-88.
 25. Martínez Vizcaíno V, Lozano Muñoz A. Validez y Fiabilidad de un cuestionario para valorar la capacidad funcional de las personas mayores. *Aten Primaria*, 1999; 24(5): 267 – 273.

26. Badia X, Salamero M. La Medida de la Salud. Barcelona: Edimac, 2002;
158 – 167.

ANEXOS:

Calidad de vida en mujeres mayores de 65 años que acuden habitualmente al Centro de Salud (Z.B.S. Valladolid)

	SI	NO	
Trabaja.....	1	2	(7)
Sus labores.....	1	2	(8)
Jubilado/a.....	1	2	(9)
En paro.....	1	2	(10)
Estudiante (aula para mayores).....	1	2	(11)

RECURSOS SOCIALES

P.7. ¿Con quién vive usted?

	SI	NO	
Vive sola.....	1	2	(13)
Con padre/madre.....	1	2	(14)
Con pareja (esposo, novio).....	1	2	(15)
Con hijos/as.....	1	2	(16)
Con nietos/as.....	1	2	(17)
Con hermanos/as.....	1	2	(18)
Con otros familiares.....	1	2	(19)
Con amigos/as.....	1	2	(20)
Otros/as.....	1	2	(21)

P.8. Durante la semana pasada, ¿cuántas veces ha estado o ha hablado, aunque sea por teléfono, con alguien que no vive con usted? (ORIENTACIÓN ACLARATORIA: si ha ido a ver a alguien, si le han ido a visitar, si ha salido con otra persona a algo, si ha hablado por teléfono, tanto si le han llamado como si ha llamado él). (22)

- Todos los días..... 1
- Cuatro a seis veces..... 2
- Dos a tres veces..... 3
- Una vez..... 4
- Ninguna..... 5

P.9. Si usted estuviera enfermo o incapacitado ¿tendría alguien que le ayudara en todo lo que necesitase? (23)

- SI 1
- NO (**Pasar a P.12**)..... 2
- NS/NC..... 3

P.10. ¿Qué relación tiene con esa persona? (24)

- Cónyuge o pareja..... 1
 Otro familiar..... 2
 Amigo/a..... 3
 Otros..... 4

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

Ahora me gustaría preguntarle sobre algunas actividades cotidianas, cosas que todos necesitamos hacer como parte de nuestra vida diaria. Me gustaría saber si usted puede hacerlas sin ninguna ayuda, con alguna ayuda, o bien no puede hacerlas en el momento actual.

P.11. Por favor, conteste a las siguientes preguntas con “sí”, “no” o “con ayuda” en el caso en que necesite de otra persona, para realizar las siguientes actividades.

	SI	Con ayuda	NO	
¿Puede usar el teléfono?.....	1*	2	3	(25)
¿Puede viajar?.....	1*	2	3	(26)
¿Puede realizar las tareas del hogar?.....	1*	2	3	(27)
¿Puede tomar sus propios medicamentos?.....	1*	2	3	(28)
¿Puede manejar su propio dinero?.....	1*	2	3	(29)
¿Puede alimentarse?.....	1*	2	3	(30)
¿Puede realizar su aseo personal (peinarse...)?.....	1*	2	3	(31)
¿Puede caminar?.....	1*	2	3	(32)
¿Puede acostarse y levantarse de la cama?.....	1*	2	3	(33)

***(Pasar a la P.14)**

P.12. ¿Tiene usted a alguien que le ayude en las tareas que anteriormente ha establecido que no puede realizar sólo o que necesita ayuda?
(34)

SI..... 1

NO **(Pasar a P.14)**..... 2

P.13. ¿Qué relación tiene con la persona que le ayuda habitualmente?

	SI	NO	
Su pareja (esposo, novio).....	1	2	(35)
Algún familiar.....	1	2	(36)
Algún amigo/a.....	1	2	(37)
Un/a empleado/a.....	1	2	(38)
Otra:.....	1	2	(39)

SALUD FÍSICA

Ahora vamos a hablar de su salud

P.14. Aproximadamente ¿cuántas veces ha ido usted al centro de salud en las dos últimas semanas?
(40)

Ninguna vez..... 1

Una vez..... 2

De una a tres veces..... 3

Más de tres veces..... 4

P.15. Durante los pasados seis meses ¿cuántos días ha estado sin realizar sus actividades diarias por estar enfermo? (41)

Ninguno..... 1

Algunos..... 2

Muchos..... 3

P.16. En el último año ¿cuántos días ha estado ingresado en el hospital? (42)

Ninguno..... 1

Varios días..... 2

Varias semanas..... 3

Meses..... 4

P.17. Ahora le voy a leer una lista de las medicinas más comunes que la gente suele tomar ¿podría decirme si usted ha tomado alguna de ellas en las dos últimas semanas?

	SI	NO	NS/NC	
Medicinas para el "reuma".....	1	2	3	(43)
Medicinas para la tensión.....	1	2	3	(44)
Medicinas para el corazón.....	1	2	3	(45)
Medicinas para la circulación.....	1	2	3	(46)
Medicinas para la diabetes.....	1	2	3	(47)
Medicinas para los bronquios.....	1	2	3	(48)
Antibióticos.....	1	2	3	(49)
Pastillas para dormir, tranquilizantes.....	1	2	3	(50)
Otros	1	2	3	(51)
.....				

P.18. ¿Padece usted alguna de las siguientes enfermedades en este momento? (SELECCIONE "SÍ" O "NO" PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES. SI LA RESPUESTA ES "SÍ" PREGUNTE COMO INTERFIERE EN SUS ACTIVIDADES: "NADA", "ALGO" O "MUCHO" Y SEÑALE LA CASILLA APROPIADA).

	SI	NO	NS/NC	Nada	Algo	Mucho
Parkinson o temblores continuados.	1	2	3 (52)	1	2	3 (53)
Bronquitis crónica, asma.....	1	2	3 (54)	1	2	3 (55)
Parálisis de todo o parte de su cuerpo.....	1	2	3 (56)	1	2	3 (57)

Tuberculosis.....	1	2	3 (58)	1	2	3 (59)
Problemas de corazón.....	1	2	3 (60)	1	2	3 (61)
Diabetes Mellitus.....	1	2	3 (62)	1	2	3 (63)
Hipertensión arterial.....	1	2	3 (64)	1	2	3 (65)
Enfermedad del riñón.....	1	2	3 (66)	1	2	3 (67)
Enfermedad del aparato digestivo...	1	2	3 (68)	1	2	3 (69)
Artrosis, artritis.....	1	2	3 (70)	1	2	3 (71)
Glaucoma, cataratas.....	1	2	3 (72)	1	2	3 (73)
Alteraciones de piel: quemaduras graves, úlceras por presión.....	1	2	3 (74)	1	2	3 (75)
Colesterol.....	1	2	3 (76)	1	2	3 (77)
Triglicéridos.....	1	2	3 (78)	1	2	3 (79)
Osteoporosis.....	1	2	3 (80)	1	2	3 (81)
Cáncer.....	1	2	3 (84)	1	2	3 (85)
Otros(ESPECIFICAR).....	1	2	3 (86)	1	2	3 (87)

P.19. ¿Cómo ve usted? (88)

- Bien..... 1
Regular..... 2
Mal..... 3
No ve nada..... 4

P.20. ¿Cómo oye usted? (89)

- Bien..... 1
Regular..... 2
Mal..... 3
No oye nada..... 4

P.21. ¿Cómo esta su dentadura?

	SI	NO	
Tiene caries.....	1	2	(90)
Utiliza dentadura postiza fija.....	1	2	(91)
Utiliza dentadura postiza removible (de quita y pon).....	1	2	(92)
Falta de piezas dentales.....	1	2	(93)
Tiene una buena dentadura.....	1	2	(94)

P.22. ¿Habitualmente utiliza usted alguna de las siguientes ayudas?

	SI	NO	
Garrota o muleta.....	1	2	(95)
Andador.....	1	2	(96)
Silla de ruedas.....	1	2	(97)
Rodillera / media elástica.....	1	2	(98)

Faja ortopédica.....	1	2	(99)
Gafas o lentillas.....	1	2	(100)
Audífono.....	1	2	(101)
Ano artificial.....	1	2	(102)
Sonda.....	1	2	(103)
Riñón artificial.....	1	2	(104)
Otros:.....	1	2	(105)

SALUD MENTAL

Ahora le voy a hacer preguntas acerca de cómo le va la vida en general.

P.23. Por favor, conteste a las siguientes preguntas con “sí”, “no” o “a veces”. Puede haber preguntas que no tengan sentido para usted, sin embargo, intente contestar según lo que más se ajuste a su situación actual.

	SI	NO	A veces	
¿Se levanta despejada y descansada casi todas las mañanas?.....	1	2	3	(106)
¿Está llena su vida diaria de cosas que le mantienen el interés?.....	1	2	3	(107)
¿Alguna vez ha estado deseando irse de su casa?.....	1	2	3	(108)
¿Le da la impresión de que nadie le entiende?.....	1	2	3	(109)
¿Ha pasado por temporadas, días o meses en las que le fuera imposible “ponerse en marcha”?.....	1	2	3	(110)
¿Se despierta con frecuencia por las noches?.....	1	2	3	(111)
¿Es usted feliz la mayor parte del tiempo?.....	1	2	3	(112)
¿Cree que tiene mucha gente en su contra?.....	1	2	3	(113)
¿Se siente a veces inútil?.....	1	2	3	(114)
Durante los últimos años ¿se ha encontrado bien casi siempre?.....	1	2	3	(115)
¿Se siente débil la mayor parte del tiempo?.....	1	2	3	(116)
¿Sufre dolores de cabeza?.....	1	2	3	(117)
¿Ha tenido dificultades para mantener el equilibrio al andar?.....	1	2	3	(118)
¿Le molestan los latidos de su corazón y la sensación de falta de aire?.....	1	2	3	(119)
Incluso cuando está con gente ¿se siente sólo/a la mayor parte del tiempo?.....	1	2	3	(120)

RECURSOS ECONÓMICOS

Ahora me gustaría que me respondiera a algunas preguntas acerca de su situación económica.

P.24. ¿Actualmente sus ingresos son por?

	SI	NO	
Jubilada.....	1	2	(122)
Jubilada por incapacidad...	1	2	(123)

Viudedad.....	1	2	(124)
Pensión no contributiva.....	1	2	(125)
No recibe pensión.....	1	2	(126)
Otros.....	1	2	(127)

P.25. ¿Cuántas personas depende de sus ingresos, además de usted? (128)

- Ninguna..... 1
- Una..... 2
- Dos..... 3
- Tres a cuatro..... 4
- Cinco o más..... 5
- NS/NC..... 6

P.26. En cuanto a su vivienda:

(129)

- Es propia, ya pagada..... 1
- La está pagando..... 2
- Es de alquiler..... 3
- Vive en casa de algún familiar, amigo,
etc. (sin pagar) 4
- Otros:..... 5
- NS/NC..... 6

BIENESTAR SUBJETIVO

P.27. ¿Se siente solo/a?

(130)

- SI..... 1
- NO..... 2
- A veces..... 3

P.28. ¿Ve a sus familiares y amigos tan frecuentemente como quiere?

(131)

- Tanto como quiere..... 1
- Menos de lo que quiere..... 2
- No los ve..... 3

P.29. ¿Se siente autosuficiente para realizar las tareas de la vida diaria?

(132)

- SI..... 1
- NO..... 2
- A VECES..... 3

P.30. ¿Cómo calificaría su salud en el momento actual?

(133)

- Buena..... 1
- Regular..... 2
- Mala..... 3

P.31. ¿Cómo le afectan sus problemas de salud en su vida diaria?

(134)

- Nada..... 1
- Algo..... 2
- Mucho..... 3

P.32. En general ¿cómo calificaría usted su estado de ánimo?

(135)

- Buena..... 1

-
- Regular..... 2
Malo..... 3
- P.33. En general ¿encuentra la vida amena y agradable? (136)
SI..... 1
A veces..... 2
NO..... 3
- P.34. En el momento actual ¿con su vida se encuentra? (137)
Muy satisfecho..... 1
Satisfecho..... 2
Insatisfecho..... 3
Muy insatisfecho..... 4
- P.35. ¿Cree que tiene dinero suficiente para cubrir sus necesidades? (138)
SI..... 1
NO..... 2
NS/NC..... 3
- P.36. ¿Cómo piensa que es su situación económica? (139)
Buena..... 1
Regular..... 2
Mala..... 3
NS/NC..... 4

HABITOS

ALIMENTARIOS:

P.37. ¿Podría decirnos en qué medida han estado presentes en su dieta, a lo largo de su vida, los siguientes grupos de alimentos?

	Mucho 5/sem	Regular 3-4/sem	Poco 1-2/sem	Nada 0/sem	
Verduras.....	1	2	3	4	(140)
Frutas.....	1	2	3	4	(141)
Legumbres.....	1	2	3	4	(142)
Carnes.....	1	2	3	4	(143)
Pescados.....	1	2	3	4	(144)
Pastas.....	1	2	3	4	(145)
Fritos.....	1	2	3	4	(146)
Lácteos (derivados de la leche).....	1	2	3	4	(147)

- P.38. ¿De forma genérica cuántas comidas solía hacer al día? (148)
Cinco..... 1
Cuatro..... 2
Tres..... 3
Dos..... 4
Una..... 5

- P.39. ¿Actualmente sigue alguna dieta, por prescripción médica? (149)
- SI..... 1
NO (**Pasar a P. 42**)..... 2
- P.40. ¿Desde hace cuánto? (150)
- Menos de un año..... 1
De un año a tres. 2
Más de tres años..... 3
- P.41. ¿Qué tipo de dieta?

	SI	NO	
Dieta hipocalórica (colesterol/triglicéridos).....	1	2	(151)
Dieta hipocalórica (diabetes).....	1	2	(152)
Dieta Blanda (sistema digestivo).....	1	2	(153)
Dieta sin sal (hipertensión arterial).....	1	2	(154)
Otras:.....	1	2	(155)

ACTIVIDAD FISICA:

- P.42. ¿En cuál o cuáles de las siguientes ocupaciones suele emplear su tiempo libre?

	SI	NO	
Estar con la familia /con los amigos.....	1	2	(156)
Ir a bailar /al cine / al teatro.....	1	2	(157)
Hacer deporte / salir al campo / ir de excursión / pasear.....	1	2	(158)
Ver la televisión / leer libros, revistas/ oír la radio / escuchar música.....	1	2	(159)
Ir a reuniones / ir a alguna asociación club.....	1	2	(160)
Hacer trabajos manuales / ocuparse del jardín / tocar algún instrumento / ir de compras.....	1	2	(161)
Viajar / hacer turismo.....	1	2	(162)
Otras:.....	1	2	(163)

- P.43. ¿ Realiza o ha realizado a lo largo de su vida algún deporte o actividad física deportiva? (164)
- SI..... 1
NO 2

TABACO:

- P.44. ¿Ha fumado alguna vez? (195)
- Sí desde hace muchos años hasta hoy..... 1
Sólo una temporada: fumó y lo dejó..... 2
Los fines de semana..... 3

	En ocasiones: fiestas, bodas.....	4
	Nunca (Pasar a P.49).....	5
P.45.	¿Si ha fumado se acuerda a que edad empezó a fumar?	(196)
	Antes de los 14 años.....	1
	Entre los 14 y 18 años.....	2
	Entre los 19 y 25 años.....	3
	A partir de los 25 años.....	4
P.46.	¿Fuma en la actualidad?	(197)
	Si.....	1
	No.....	2
P.47.	En total ¿cuánto tiempo fumó?	(198)
	Menos de un año.....	1
	De un año a cinco.....	2
	De cinco a diez años.....	3
	Más de diez años.....	4
P.48.	¿Cuántos cigarrillos fumaba al día?	(199)
	1 a 5	1
	Cigarrillos/día.....	
	Media cajetilla	2
	diaria.....	
	Una cajetilla	3
	diaria.....	
	Dos o más cajetillas	4
	diarias	

ALCOHOL:

P.49.	¿Ha bebido alcohol alguna vez?	(201)
	Habitualmente desde hace muchos años.....	1
	Sólo una temporada: bebió y lo dejó.....	2
	Los fines de semana.....	3
	En ocasiones: fiestas, bodas, encuentros con amigos..	4
	Nunca (Pasar a P.53).....	5
P.50.	¿Si ha bebido alguna vez, se acuerda a que edad empezó a beber?	(202)
	Antes de los 14 años.....	1
	Entre los 14 y 18 años.....	2
	Entre los 19 y 25 años.....	3
	A partir de los 25 años.....	4
P.51.	¿Bebe en la actualidad?	(203)
	Si.....	1
	No.....	2
P.52.	En total ¿cuánto tiempo bebió?	(204)

- Menos de un año..... 1
- De un año a cinco..... 2
- De cinco a diez años..... 3
- Más de diez años..... 4

DESCANSO/SUEÑO

- P.53. Aproximadamente ¿podría decirme cuántas horas suele dormir durante los días laborables? (225)
- P.54. ¿Y los festivos y fines de semana? (226)

	P.62. (225)	P.63. (226)
Menos de 5 horas.....	1	1
Entre 5 y 6 horas.....	2	2
Entre 7 y 8 horas.....	3	3
Entre 9 y 10 horas.....	4	4
Más de 10 horas.....	5	5

- P.55. ¿Ha padecido insomnio alguna vez? (227)
- SI..... 1
- NO (**Pasar a P.59**)..... 2

- P.56. ¿Durante cuánto tiempo? (228)
- Menos de un año..... 1
 - De un año a cinco..... 2
 - De cinco a diez años..... 3
 - Más de diez años..... 4
- P.57. ¿Ha tenido que tomar algún fármaco para dormir? (229)

- SI 1
- NO (**Pasar a P.59**)..... 2
- P.58. ¿Cuánto tiempo? (230)

- Menos de un año..... 1
 - De un año a cinco..... 2
 - De cinco a diez años..... 3
 - Más de diez años..... 4
- P.59. Indique qué problema, relacionado con su calidad de vida, le preocupa más en estos momentos: (231)
-
-
-
-
-

- P.60. ¿Qué haría o necesitaría usted en estos momentos para sentirse bien o para ser más feliz? (232)
-
-
-

¡ Muchas gracias por su colaboración!

7.2. TABLAS Y DATOS DEMOGRÁFICOS

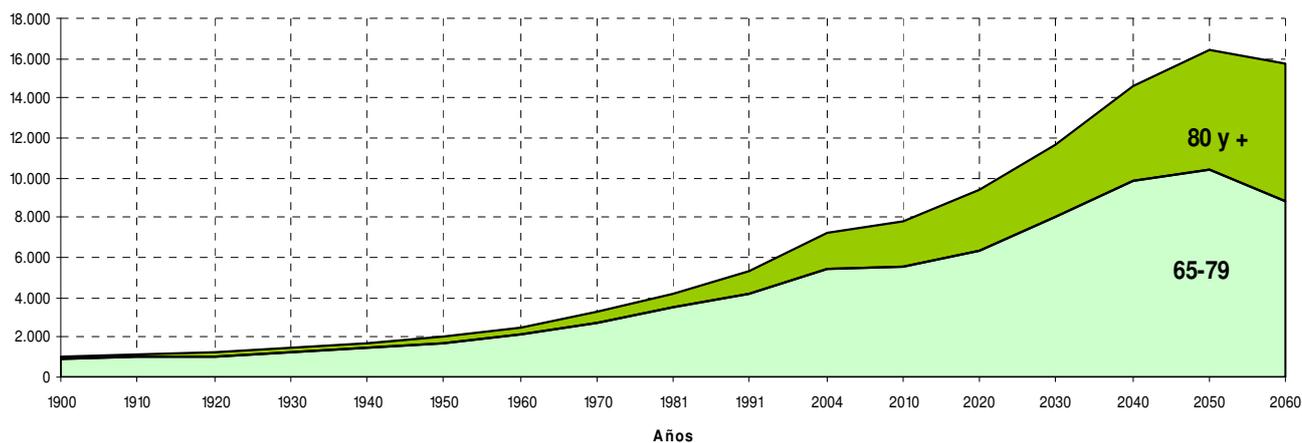
TABLA 1.1

Evolución en cifras absolutas y relativas de la población española mayor de 65 años desde 1900 ¹.

CENSO	Habitantes en Total (miles)	Mayores de 65 (miles)	Mayores de 65 (%)
1900	18.618,1	967,8	5,20
1910	19.995,7	1.105,6	5,53
1920	21.389,9	1.216,6	5,69
1930	23.677,8	1.440,7	6,09
1940	25.878,0	1.690,4	6,53
1950	27.976,8	2.022,5	7,23
1960	30.528,5	2.505,3	8,21
1970	34.040,7	3.290,6	9,67
1981	37.683,3	4.236,7	11,24
1991	38.872,3	5.370,3	13,82
2001	40.847,4	6.958,5	17,04

Fuente: INE y elaboración propia.

Evolución de la población mayor, 1900-2060 (miles)



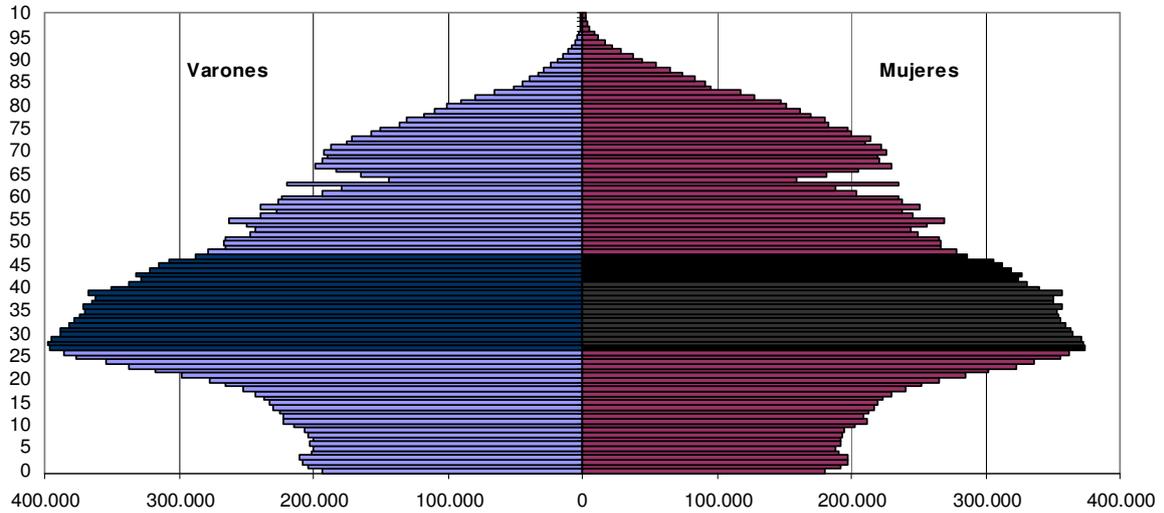
* De 1900 a 2004 los datos son reales; de 2010 a 2060 se trata de proyecciones.

Fuente: INE: INEBASE: *Cifras de población. Población según sexo y edad desde 1900 hasta 1991*. INE, 2004.

2004: INE: INEBASE: *Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2004*. INE, 2005.

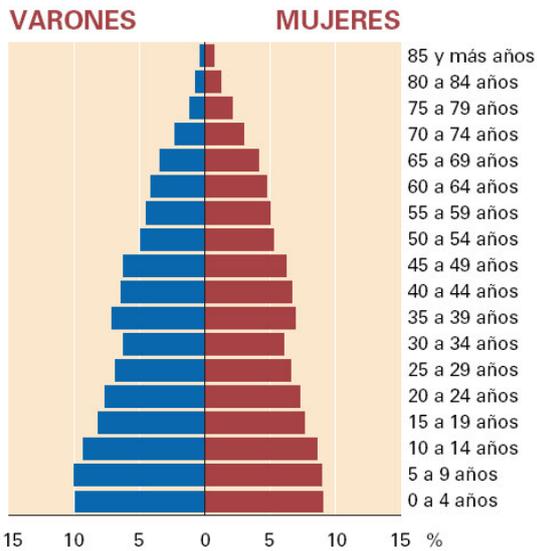
2010-2060: INE: INEBASE: *Proyecciones de la población calculadas a partir del Censo de Población de 2001. Escenario 1*. INE, 2005.

Población según sexo y edad, 2004



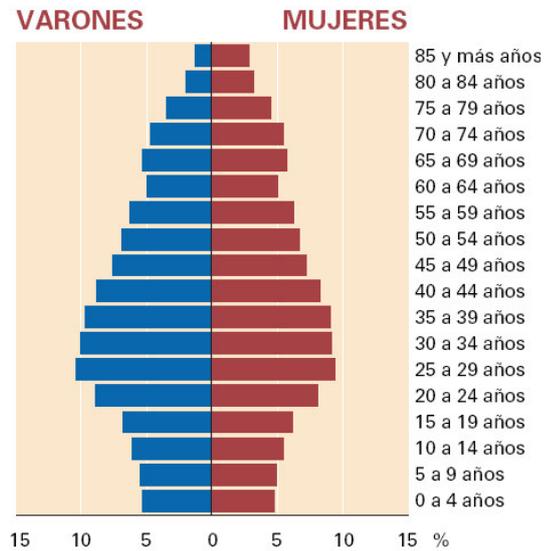
Fuente: INE: INEBASE: Revisión del Padrón municipal 2004. Datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincia.

1970



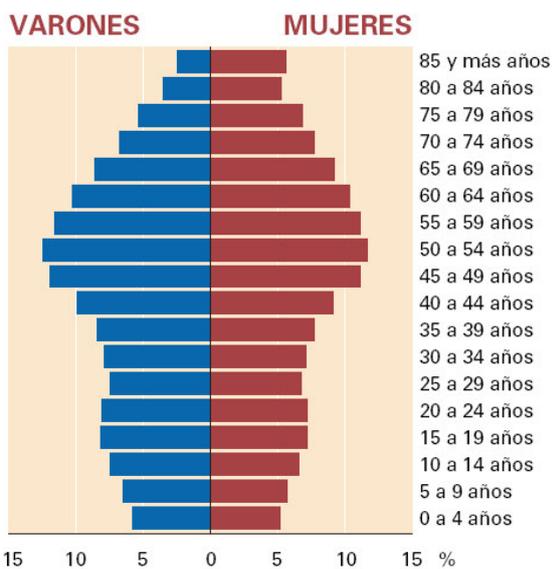
Nota: Población calculada a 31 de diciembre.
Fuente: INE. Área de Análisis y Previsiones Demográficas.

2003



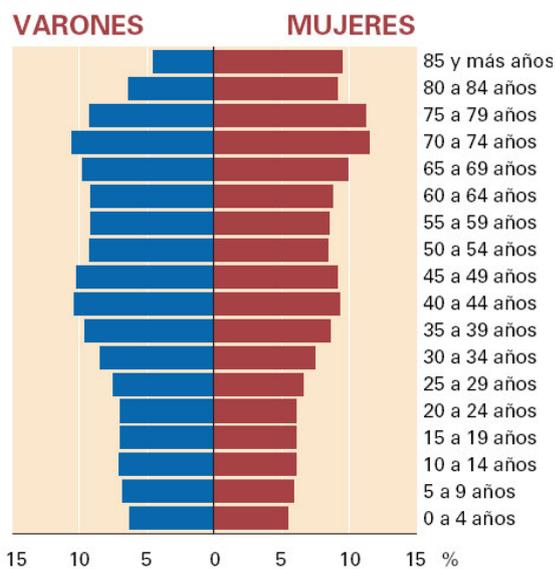
Nota: Población calculada a 31 de diciembre.
Fuente: INE. Área de Análisis y Previsiones Demográficas.

2025



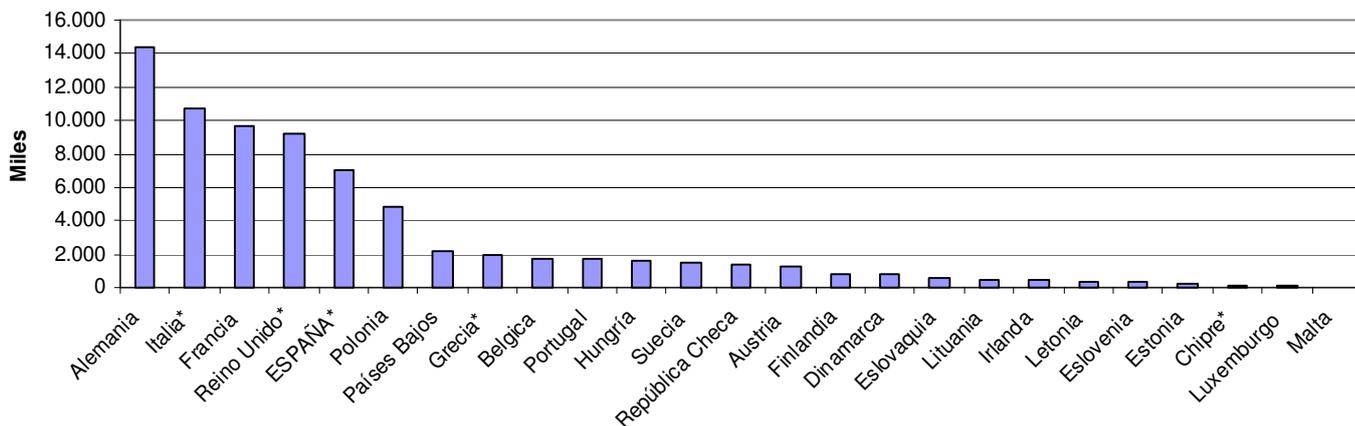
Nota: Población calculada a 31 de diciembre.
Fuente: INE. Área de Análisis y Previsiones Demográficas.

2050



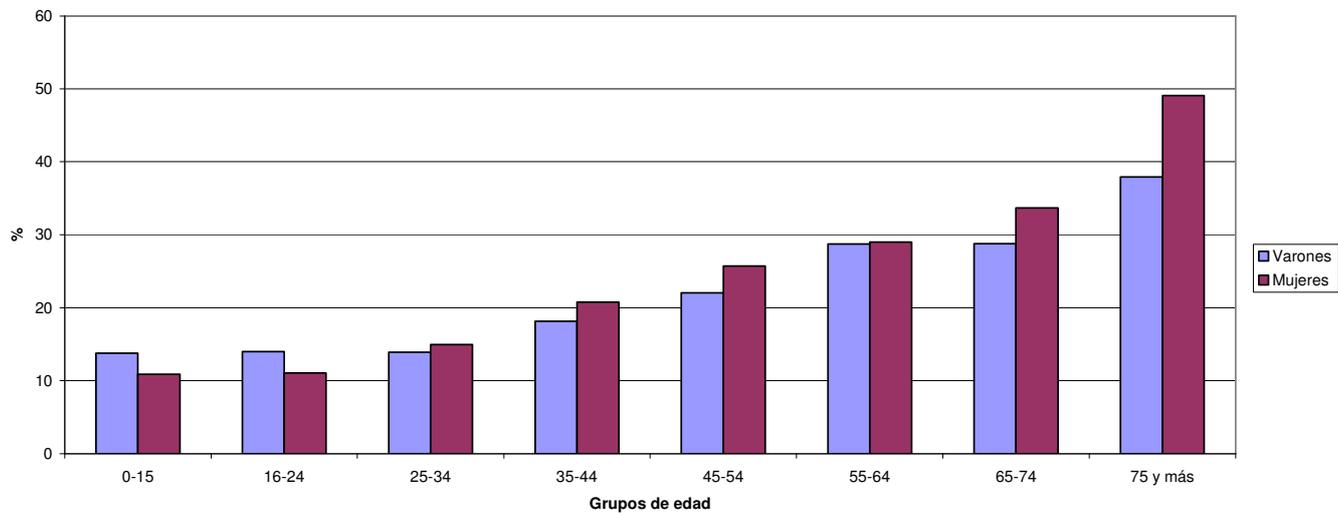
Nota: Población calculada a 31 de diciembre.
Fuente: INE. Área de Análisis y Previsiones Demográficas.

Población de 65 y más años en la Unión Europea, 1 de enero de 2003



(*) Datos estimados
Fuente: Eurostat: *Statistiques sociales européennes. Statistiques Démographiques 2004*. Luxembourg, 2004; 171 p; tabla C-2, p.56-67.

Enfermedad declarada en cada grupo de edad y sexo (%), 2003



Nota: en los últimos 12 meses.

1) Se recogen las dolencias o enfermedades que hayan limitado la actividad habitual durante más de 10 días seguidos.

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

7.3. CRITERIOS DE VALORACIÓN

ESCALA DE SALUD FÍSICA:

Valoración del funcionamiento físico según la siguiente escala de seis puntos.

1. **SALUD FÍSICA EXCELENTE:**

Realiza una actividad física buena, regularmente o al menos de vez en cuando.

2. **SALUD FÍSICA BUENA:**

No presenta enfermedades o incapacidades significativas. Sólo precisa de cuidados médicos rutinarios.

3. **INCAPACIDAD FÍSICA LEVE:**

Sólo tiene enfermedades o incapacidades poco importantes que podrían mejorar con tratamiento médico o medidas correctoras.

4. **INCAPACIDAD FÍSICA MODERADA:**

Tiene una o más enfermedades o incapacidades que producen dolor o que necesitan tratamiento médico estricto.

5. **INCAPACIDAD FÍSICA GRAVE:**

Tiene una o más enfermedades o incapacidades muy dolorosas o que amenazan su vida, o que requieren tratamiento médico intensivo.

6. **INCAPACIDAD FÍSICA TOTAL:**

Se encuentra encamado y necesita asistencia médica o de enfermería durante todo el día para mantener las funciones vitales de su organismo.

ESCALA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:

Valoración de la capacidad de realizar las AVD según la siguiente escala de seis puntos.

1. **CAPACIDAD AVD EXCELENTE:**

Puede realizar todas las AVD sin ayuda y con facilidad.

2. **CAPACIDAD AVD BUENA:**

Puede realizar todas las AVD sin ayuda.

3. **CAPACIDAD AVD LEVEMENTE DETERIORADA:**

Puede realizar todas excepto de una a tres AVD. Necesita alguna ayuda en

una a tres AVD pero no necesariamente todos los días. Puede pasar algunos días sin ayuda. Es capaz de preparar su propia comida.

4. **CAPACIDAD AVD MODERADAMENTE DETERIORADA:**

Necesita ayuda regularmente en al menos cinco AVD pero es capaz de arreglarse algunos días sin ayuda; o regularmente necesita ayuda para preparar la comida.

5. **CAPACIDAD AVD GRAVEMENTE DETERIORADA:**

Precisa ayuda todos los días pero no necesariamente día y noche para realizar muchas de las AVD.

6. **CAPACIDAD AVD TOTAL:**

Necesita ayuda todos los días, día y/o noche para llevar a cabo las AVD.

ESCALA DE SALUD MENTAL:

Valoración de la capacidad mental según la siguiente escala de seis puntos.

1. **SALUD MENTAL SOBRESALIENTE:**

Se encuentra intelectualmente alerta y disfruta claramente de la vida. Resuelve los problemas grandes y pequeños en su vida con facilidad y se encuentra libre de cualquier síntoma psiquiátrico.

2. **SALUD MENTAL BUENA:**

Maneja satisfactoriamente los problemas rutinarios y otros más importantes que puedan ocurrir en su vida y está intelectualmente sano y libre de síntomas psiquiátricos.

3. **INCAPACIDAD MENTAL LEVE:**

Tiene síntomas psiquiátricos leves y/o una incapacidad intelectual leve. Sigue haciendo sus actividades rutinarias pero no es capaz de enfrentarse satisfactoriamente a problemas importantes que ocurran en su vida.

4. **INCAPACIDAD MENTAL MODERADA:**

Tiene síntomas psiquiátricos crónicos y/o una incapacidad intelectual moderada. Es capaz de hacer cosas rutinarias, tomar decisiones de sentido común, pero no puede manejar problemas importantes que ocurran en su vida.

5. **INCAPACIDAD MENTAL GRAVE:**

Tiene síntomas psiquiátricos graves y/o una incapacidad intelectual grave,

que interfiere en la emisión de juicios sencillos y en la toma de decisiones diaria.

6. INCAPACIDAD MENTAL TOTAL:

Psicótico grave o con una incapacidad intelectual completa. Necesita una supervisión frecuente o constante porque sin duda puede tener una conducta anormal o peligrosa.

ESCALA DE SOPORTE SOCIAL:

Valoración de los recursos sociales según la siguiente escala de seis puntos.

1. RECURSOS SOCIALES EXCELENTES:

Las relaciones sociales son completamente satisfactorias y amplias; al menos una persona le cuidaría indefinidamente.

2. BUENOS RECURSOS SOCIALES:

Las relaciones sociales son satisfactorias y al menos una persona le cuidaría indefinidamente; o las relaciones sociales son muy satisfactorias y extensas, y sólo se podría obtener ayuda a corto plazo.

3. LEVEMENTE INCAPACITADO SOCIALMENTE:

Las relaciones sociales son insatisfactorias, de mala calidad, escasas, pero al menos una persona le cuidaría indefinidamente; o las relaciones sociales son satisfactorias y adecuadas, y sólo se podría obtener ayuda a corto plazo.

4. MODERADAMENTE INCAPACITADO SOCIALMENTE:

Las relaciones sociales son insatisfactorias, de mala calidad, escasas, y sólo se podría conseguir ayuda a corto plazo; o las relaciones sociales son al menos adecuadas o satisfactorias, pero sólo se conseguiría ayuda de vez en cuando.

5. GRAVEMENTE INCAPACITADO SOCIALMENTE:

Las relaciones sociales son insatisfactorias, de mala calidad, escasas, y sólo se podría conseguir ayuda de vez en cuando; o las relaciones sociales son al menos satisfactorias o adecuadas, pero no se conseguiría ayuda de vez en cuando.

6. TOTALMENTE INCAPACITADO SOCIALMENTE:

Las relaciones sociales son insatisfactorias, de mala calidad, escasas; y no

se conseguiría ayuda de vez en cuando.

ESCALA DE RECURSOS ECONÓMICOS:

Valoración de los recursos económicos según la siguiente escala de seis puntos.

1. **RECURSOS ECONÓMICOS EXCELENTES:**

Los ingresos son abundantes, el sujeto tiene ahorros.

2. **RECURSOS ECONÓMICOS SATISFACTORIOS:**

Los ingresos son abundantes, el sujeto no tiene ahorros; o los ingresos son adecuados, el sujeto tiene ahorros.

3. **RECURSOS ECONÓMICOS LEVEMENTE DETERIORADOS:**

Los ingresos son suficientes, el sujeto no tiene ahorros; o los ingresos son algo insuficientes, el sujeto tiene ahorros.

4. **RECURSOS ECONÓMICOS MODERADAMENTE DETERIORADOS:**

Los ingresos son algo insuficientes, el sujeto no tiene ahorros.

5. **RECURSOS ECONÓMICOS GRAVEMENTE DETERIORADOS:**

Los ingresos son totalmente insuficientes, el sujeto puede o no tener ahorros.

6. **RECURSOS ECONÓMICOS COMPLETAMENTE DETERIORADOS:**

El sujeto vive en la miseria, sin ingresos ni ahorros.