

ULL

Universidad  
de La Laguna

Facultad de Ciencias Políticas,  
Sociales y de la Comunicación

# LA PROTECCIÓN SOCIAL A LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACION DE DEPENDENCIA

---

Trabajo Fin de Grado de Trabajo Social

**Alumna: Marta Sicilia García**  
**Directora: Juana Dolores Santana**  
**Julio de 2015**

# Índice

*Páginas*

Introducción.....	3
1. Marco teórico.....	5
1.1 La Gerontología. Una ciencia multidisciplinar.....	5
1.2 Proceso de envejecimiento.....	6
1.3 Estereotipos sobre las personas mayores.....	10
1.4 Las personas mayores en situación de dependencia.....	12
1.5 Calidad de vida en el envejecimiento.....	15
1.6 La protección social según la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía y Atención a las personas en situación de dependencia.....	18
1.7 El Trabajo Social en el ámbito de la población mayor.....	21
2. Objetivos.....	23
3. Material y método.....	24
4. Resultados.....	25
4.1 Evolución de la esperanza de vida y natalidad en España y Canarias.....	25
4.2 Evolución de la población mayor en España.....	28
4.3 Evolución de los servicios para las personas mayores en España.....	29
4.4 Personas usuarias de los servicios de la Ley de dependencia en Canarias.....	31
4.5 Calidad de vida en las personas mayores.....	35
5. Análisis de datos y discusión.....	37
6. Conclusiones.....	43
Referencias.....	45
Anexo.....	49

## **Introducción**

A través de la elaboración de este Trabajo Fin de Grado se pretende estudiar la evolución de la población mayor y la protección social para las personas en situación de dependencia, así como el Trabajo Social en este ámbito.

El aumento poblacional debido a la mayor esperanza de vida es algo evidente que no se puede ignorar, y por ello se quiere plasmar con este trabajo la necesidad de prestar especial atención a las personas mayores. Se trata de suplir este gran aumento en la población mayor a través de mejoras en la calidad de vida, para que todas las personas tengan un envejecimiento positivo. De esta forma se pretende que no siga aumentando también la demanda de servicios asistenciales para este sector.

La decisión de investigar a las personas mayores en situación de dependencia estuvo motivada por el deseo de conocer de primera mano la situación de este sector. Centrándonos en el tema del estudio, cabe destacar que el sector de las personas mayores es un ámbito un poco olvidado, sobre el cual se tiene una imagen estereotipada por la sociedad. Así, uno de los objetivos de este trabajo es proponer soluciones para mejorar la calidad de vida de este sector de la población.

Este trabajo se compone, en primer lugar, de un marco conceptual y teórico, en el que se incorporan todos los conceptos básicos relacionados con el tema y se explica el tema a tratar.

En segundo lugar, este trabajo recoge la finalidad y objetivos de la investigación, en el que se aporta el porqué de dicha investigación y los objetivos que se pretende conseguir al finalizar el mismo. Este apartado incluye además un método de investigación, en el que se explican las distintas fases que se han desarrollado durante la elaboración del estudio.

Finalmente se muestran los resultados a través de tablas y gráficas que muestran los datos empíricos, seguido del análisis y discusión de los mismos.

Por último, se expondrán las conclusiones a las que hemos llegado una vez finalizada nuestra investigación, así como las propuestas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores en situación de dependencia.

# **1. Marco teórico**

## **1.1 La Gerontología. Una ciencia multidisciplinar**

El envejecimiento es un fenómeno natural, continuo y universal que afecta a todos los seres vivos, aunque no de la misma manera. Es un tema debatido con respecto a la edad que empieza la vejez. Sin embargo, suele ponerse este límite a los 65 años de edad, por coincidir con la edad de la jubilación. Afortunadamente, muchas personas con más de 70 y 80 años de edad envejecen con éxito. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) indica que la vejez comienza a los 60 años. Igual que el DRAE define “senectud” como el periodo de vida que empieza a los 60 años.

La Gerontología es la ciencia que tiene como objetivo el estudio del proceso del envejecimiento en toda su extensión. Se trata de una disciplina multidisciplinar compuesta de muchos saberes distintos y complementarios.

En la actualidad se puede hablar de dos formas principales de envejecimiento, el envejecimiento normal y el envejecimiento patológico. El envejecimiento normal se ha definido como: “Aquel que cursa sin patología biológica o mental. Se refiere al proceso de envejecimiento dominante en una sociedad para las personas que no sufren enfermedades manifiestas” (Baltes y Baltes, 1990, p. 32).

Este tipo de envejecimiento es el que presenta la mayoría de las personas mayores, las cuales gozan por lo general de buena salud y no padecen ninguna enfermedad física o mental que les impida llevar una vida independiente. Son personas que a pesar de tener muchos años pueden realizar por sí mismas las actividades de la vida diaria sin necesidad de ayuda (Ballesteros, 2004).

Al contrario, el envejecimiento patológico es aquel que se produce cuando una persona presenta varias patologías médicas importantes. Estas patologías vienen marcadas por enfermedades físicas y mentales que impiden que pueda realizar las

actividades de la vida normal y que la persona pueda llevar una vida independiente. Se dice que una persona que padece algún tipo de demencia presenta un envejecimiento patológico. Estas personas, a lo largo de su enfermedad degenerativa, necesitan los cuidados continuos de algún familiar o de una institución. El ejemplo más típico es el de las personas que padecen la demencia tipo Alzheimer, una enfermedad neurodegenerativa que afecta a cerca de medio millón de españoles y de la que todavía no existe cura (Ballesteros, 2004).

Sólo algunas personas mayores presentan, afortunadamente, un envejecimiento patológico. En este sentido, la intervención psicosocial con las personas mayores tiene como objetivo aumentar y reforzar su capacidad para afrontar los problemas propios de este periodo de la vida. En esta intervención psicosocial entrarían varias disciplinas entre las que se encuentran Trabajo Social, Medicina, Enfermería y Psicología, entre otras (Ballesteros, 2004).

Por último, el envejecimiento exitoso u óptimo, es un “tipo de utopía, ya que se refiere al envejecimiento que mejora el desarrollo en unas condiciones ambientales amigables” (Baltes y Baltes, 1990, p.34). Frente a éste concepto (OMS, 2012) afirma que: “es un proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental a lo largo de la vida del individuo con el fin de ampliar la esperanza de la vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”.

Este es un concepto que hay que destacar por el interés que tiene el promover en las personas mayores el envejecimiento activo tendente a conseguir, no sólo el alargamiento de la vida, sino que los años de la vejez sean vividos de una manera plena, productiva y saludable.

## **1.2 Proceso del envejecimiento**

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de natalidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más

rápidamente que cualquier otro grupo de edad. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad (Pérez, 2006).

Durante el proceso del envejecimiento la persona sufre una serie de cambios. Estos cambios los vamos a separar en biológicos, psicológicos y sociales.

El proceso de envejecimiento biológico o físico se conoce como senectud. Se trata de un envejecimiento gradual en el que se experimentan una serie de cambios estructurales y funcionales en el organismo (Ballesteros, 2007).

Para el trabajo social son de especial interés los cambios o disminuciones de las capacidades sensoriales, sobre todo visión, audición y tacto. También se debe tener en cuenta los cambios motrices, que suponen una disminución de la autonomía personal, y los cambios en las células cerebrales.

No obstante, a pesar de compartir un rasgo común, las diferentes enfermedades neurodegenerativas que cursan con demencia dan lugar a distintos patrones de cambio mental. Es decir, las demencias no afectan uniformemente al sistema nervioso central (SNC), sino que deterioran ciertas regiones del cerebro y conservan otras.

Con respecto a los cambios psicológicos, comprende los procesos sensoriales, las destrezas motoras, las percepciones, la inteligencia, las habilidades en la resolución de los problemas, los procesos de aprendizaje, motivaciones, etc. La investigación del envejecimiento psicológico se ha centrado principalmente en dos áreas, el funcionamiento cognitivo y la personalidad (Ballesteros, 2007).

Para explicar los cambios psicológicos que pueden sufrir las personas al llegar a la vejez, nos vamos a basar en las dos teorías principales elaboradas sobre esta circunstancia, la teoría de Erikson y Peck, en Craig, (2001).

En cuanto a la teoría de Erikson, en Craig, (2001), éste dice que el ser humano pasa por 8 etapas a lo largo de su vida. La primera se trata de la “Confianza – Desconfianza”. Este estadio transcurre desde el nacimiento hasta los dieciocho meses de vida, y depende de la relación o vínculo que se haya creado con la madre.

La segunda etapa consiste en la “Autonomía vs Vergüenza y duda”. Este estadio empieza desde los 18 meses hasta los 3 años de vida del niño.

La tercera etapa se denomina “Iniciativa vs Culpa”. Este estadio viaja desde los 3 hasta los 5 años de edad. El niño empieza a desarrollarse muy rápido, tanto física como intelectualmente. Crece su interés por relacionarse con otros niños, poniendo a prueba sus habilidades y capacidades.

La cuarta etapa habla de la “Laboriosidad vs Inferioridad”. Este estadio se produce entre los 6-7 años hasta los 12 años. Los niños muestran un interés por el funcionamiento de las cosas e intentan llevar a cabo muchas actividades por sí mismos, con su propio esfuerzo y poniendo en uso sus conocimientos y habilidades.

La quinta etapa consiste en la “Exploración de la Identidad vs. Difusión de Identidad”. Este estadio tiene lugar durante la adolescencia. La sexta etapa trata de la “Intimidad frente a aislamiento”. Este estadio comprende desde los 20 años hasta los 40, aproximadamente. En cuanto a la séptima etapa denominada “Generatividad frente a estancamiento”, transcurre desde los 40 hasta los 60 años.

Por último, la etapa que más nos va a interesar es la octava, la cual transcurre desde los 60 años hasta el momento de la muerte. Se trata de la “Integridad del yo frente a la desesperación”. Es un momento en el que el individuo deja de ser productivo, o al menos no produce tanto como era capaz anteriormente.

La segunda teoría a través de la cual vamos a estudiar el envejecimiento del ser humano es la teoría de Peck, en Craig, (2001) según la cual el ser humano pasa por tres crisis, que se corresponden con los cambios de etapa vital. Es necesario resolver las tres crisis para envejecer de forma saludable y extender su identidad más allá de su trabajo, bienestar físico y existencia propia.

- La primera consiste en la autodefinición frente a los roles laborales. La persona se pregunta cómo puede ser importante de otras formas.
- La segunda crisis se trata de la trascendencia frente a la preocupación (cuerpo). Con el deterioro físico propio del envejecimiento surge la necesidad de superar la preocupación por la condición física, encontrando otras satisfacciones. Para quienes el bienestar físico es la base de una vida feliz, la disminución de sus facultades puede llevar a la desesperación.
- La tercera crisis consiste en la trascendencia frente a la preocupación (ego). Se trata de la aceptación de la etapa del envejecimiento.

Por último, vamos a tratar los cambios sociales por los que pasa una persona cuando llega a la edad de la vejez. El proceso del envejecimiento no ocurre en un vacío, sino que se da en un contexto social.

Las modificaciones que experimenta el estilo de vida de las personas mayores influyen sobre el número y naturaleza de sus relaciones personales. A continuación se expone un cuadro con dos teorías diferentes.

TEORÍA DE LA DESVINCULACIÓN	TEORÍA DE LA ACTIVIDAD
<p>“Las personas mayores inician una especie de retirada social.</p> <p>Es un intento de adaptarse a las características de su nueva situación, entre ellas los estereotipos que se aplican a las personas de edad, la pérdida de las personas más cercanas, la propia conciencia de una menor energía vital y la certeza de que se acorta el horizonte temporal.</p>	<p>“En la edad avanzada hay que aprender nuevos roles, lo que exige una interacción con personas de la misma edad.</p> <p>“Sólo las personas ancianas que fueron socialmente activas en su edad juvenil y adulta serán capaces de mantener sus roles sociales.</p>

Fuente: Belando (2006)

La motivación de la persona mayor para establecer nuevas relaciones disminuye y lo hace en la misma proporción que la autonomía y la autoestima, lo que suele llevarla a aislarse y refugiarse en una soledad en la que se siente segura. De ahí la importancia de un programa de intervención adecuado para fomentar la participación en grupos, favorecer el dinamismo de las relaciones y aumentar la actividad social (Ballesteros, 2007).

### 1.3 Estereotipos sobre las personas mayores

Los estereotipos son falsas concepciones que actúan a modo de clichés en el acercamiento a un fenómeno, grupo social u objeto. Son inexactos y generalmente despectivos, y pueden favorecer la aparición de conductas discriminatorias. El estereotipo más generalizado y profundo acerca de las personas mayores es considerarlas como menos competentes que las jóvenes. Vemos como aquí también se refleja uno de los valores centrales de nuestra sociedad: lo joven y nuevo. Se consideran más importantes las contribuciones que pueda hacer la juventud y no las contribuciones que hacen las personas mayores. Las personas mayores ya no son competentes porque no pueden aportar nada a la sociedad y han dejado de ser productivas (Carbajo, 2009).

La vejez ha sido valorada de dos formas, una positiva y otra negativa. La primera, hace referencia a la consideración de la persona mayor como sabia, cargada de experiencias, de alto estatus social, merecedor de un gran respeto y con una clara posición de influencia sobre los demás. La segunda, destaca la vejez como un estado deficitario. La edad lleva consigo pérdidas significativas e irreversibles. La valoración negativa de la vejez se puede definir con los siguientes rasgos: físicamente disminuido, mentalmente deficitario, económicamente dependiente, socialmente aislado y con una disminución del estatus social. Estas visiones representan mitos y prejuicios que dificultan el envejecer bien y limitan una adecuada integración del adulto mayor en la sociedad (Trianes y Blanca, 2004).

Hay ancianos joviales y hay ancianos que ya no tienen ilusión por nada. La vida es la gran escuela de todos, pero deja distintas cicatrices y huellas en función del carácter y de la forma en que se reacciona a los acontecimientos que nos suceden. Valorar la vejez no se limita a observar las arrugas o las marcas del sufrimiento experimentado por cada persona, sino en apreciar la capacidad de integrar ciertas experiencias con armonía (Ballesteros, 2007).

El conjunto de investigaciones en las que se evalúa la imagen social que los distintos grupos humanos tienen sobre las personas mayores y que éstas tienen de sí mismas, pueden extraerse las siguientes conclusiones:

- Las actitudes frente a las personas mayores son más positivas cuanto más primitiva es la sociedad investigada, en términos comparativos con las sociedades industrializadas.
- El prestigio de las personas de edad está en relación directamente proporcional al número de habitantes pertenecientes a esa categoría de ciudadano.
- Los jóvenes parecen tener una imagen de las personas mayores mucho más negativa que el resto de la población.

En definitiva, la consideración homogénea y estereotipada que durante años se ha aplicado a las personas mayores ha dado lugar a una imagen negativa de este colectivo, al considerarlo como un sector de personas necesitadas de servicios asistenciales de todo

tipo, olvidando que la mayor parte de ellas se encuentran en condiciones tanto físicas como psíquicas adecuadas. Estas personas cada vez más requieren otro tipo de servicios más acordes con sus necesidades (Trianes y Blanca, 2004).

Para hacer frente a los estereotipos, principalmente negativos, desarrollados sobre la vejez habría que promover una mayor realización y divulgación de las investigaciones que demuestran que la realidad de este período de la vida es diferente a los mitos que se han extendido. En la vejez hay múltiples aspectos positivos que es necesario dar a conocer con mayor énfasis y amplitud (Carbajo, 2009).

#### **1.4 Las personas mayores en situación de dependencia: factores explicativos**

El término de dependencia tiene un amplio abanico de sentidos. Vamos a explorar aquellos factores que revisten un mayor riesgo de encontrarse en la vejez en una situación de dependencia, factores que podríamos denominar predictores o determinantes.

- *Los factores demográficos* hacen referencia a una relación entre grupos de edad. Han sido muchos los estudios que han demostrado la incidencia diferencial de la dependencia por sexo. En nuestro país, en efecto, el sexo se revela como un fuerte determinante de las limitaciones en la vejez, independientemente de que la población de edad sea mayoritariamente femenina. De esta forma tres de cada diez mujeres mayores necesitan algún tipo de ayuda, mientras que sólo uno de cada cinco hombres se encuentra en esta situación (Pérez, 2006).
- *Los factores culturales* se refieren al nivel educativo alcanzado. Entre los mayores españoles son los universitarios los que muestran la tasa más baja de dependencia de las obtenidas entre todas las variables. Por cada diez personas mayores con estudios universitarios, tan sólo uno tiene alguna necesidad de asistencia. Sin embargo los universitarios son la menor cantidad entre los mayores, y a medida que disminuye el nivel de estudios, aumenta el nivel de dependencia. La educación está directamente relacionada con las condiciones de trabajo, la remuneración económica, los recursos psicológicos y un estilo de vida saludable (Pérez, 2006).

- En cuanto a *los factores económicos*, entre la población española la profesión desarrollada durante la etapa activa parece arrojar unos niveles de dependencia en la vejez relativamente igualitarios. Muestran mayores niveles de dependencia las personas con profesiones de categoría totalmente opuestas. Por una parte, se encuentran las profesionales de trabajos manuales no cualificados, ya que éstos han desarrollado un curso de vida activa intenso en esfuerzos, lo cual puede llevar a desarrollar problemas crónicos en la vejez. Por otra parte, se encuentran las profesionales con cargos de mayor responsabilidad, en donde la persona sufre un mayor nivel estrés que posiblemente desemboque en problemas en la vejez (Pérez, 2006).
- Los factores fisiológicos se refieren al estado de salud que sufre esa persona. La cronificación de enfermedades en la vejez es una de las mayores limitaciones para el desarrollo de una vida autónoma. La incidencia de la dependencia aumenta a medida que aumenta el número de enfermedades que sufre el paciente, y por lo tanto, empeora su estado de salud (Pérez, 2006).

El debate sobre qué abarca la dependencia en términos socio-sanitarios se refleja en las definiciones alternativas aportadas por distintos autores. El Consejo de Europa (1998) define la dependencia como un estado en el que se encuentra las personas que “por razones ligadas a la falta o pérdida de capacidades físicas, psíquicas o intelectuales, tienen la necesidad de asistencia o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria”.

De forma similar, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1980), define la dependencia como “la restricción o ausencia de la capacidad de realizar alguna actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal”. Cuando decimos actividades de la vida diaria nos referimos a asearse, vestirse, comer, beber, cuidar del propio bienestar, preparar la comida, etc.

Estos conceptos son los más utilizados a la hora de hablar de dependencia. En la oficina del Defensor del Pueblo (2000) se recoge la misma línea argumental, definiendo

la dependencia como “la necesidad de atención y cuidados que precisan las personas que no pueden hacer por sí mismas las actividades de la vida cotidiana.”

La autonomía se asocia al concepto de independencia, por lo tanto, la pérdida de autonomía se asocia a situaciones de dependencia. Sin embargo se puede ser dependiente y mantener cierta autonomía, cierta libertad de elección, decisión y acción. También se puede ser capaz, tener habilidades, pero haber perdido esa libertad de elección. Un claro ejemplo de esta situación sería en una residencia, cuando una persona tiene todas sus capacidades pero está sometida a normas ajenas por diversos motivos que limitan su autonomía (Navas, 2005).

Si tenemos en cuenta el género con respecto a la dependencia, vemos cómo provoca una situación de desventaja convivencial, residencial e incluso económica de la mujer en comparación con los hombres. Esta desventaja se une al hecho estadístico de que a pesar de existir una mayor supervivencia femenina, las mujeres presentan mayor morbilidad y limitaciones funcionales que los varones de su misma edad. Debido al incremento de esta población con una mayor probabilidad de sufrir pérdidas de capacidad física o psíquica y caer en un estado de dependencia, hace que una mayor población necesite de un aumento en la oferta de servicios para estas personas que abarque aspectos como la atención a domicilio, la promoción de la autonomía y los programas de autoayuda y desarrollo persona, entre otros (Navas, 2005).

La dependencia se puede considerar como un continuo que va desde lo severo a lo leve, según las actividades de la vida diaria involucradas y la ayuda requerida para su realización. Existen 3 tipos de dependencias (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia):

- Dependencia Moderada: Este tipo de dependencia es de grado I. Se produce cuando la persona necesita ayuda para realizar varias Actividades Básicas de la

Vida Diaria (ABVD) al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

- Dependencia severa: Este tipo de dependencia es de grado II. Se produce cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD 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.
- Gran dependencia: Este tipo de dependencia es de grado III. Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD 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.

### **1.5 Calidad de vida en el envejecimiento**

El concepto de calidad de vida ha ido adquiriendo una importancia e interés especiales dentro de los servicios sociales, educativos y sanitarios durante las tres últimas décadas. Todos los esfuerzos y desarrollos llevados a cabo han permitido que este haya evolucionado desde una noción sensibilizadora a convertirse en un agente de cambio social y organizacional. Así, la búsqueda de la calidad es hoy un objetivo compartido por usuarios de servicios, profesionales, y organizaciones que trabajan para conseguir servicios y procesos de calidad valorados por los propios usuarios y que mejoren su calidad de vida (Pérez, 2006).

Actualmente, servicios y políticas destinados a personas mayores y personas con discapacidad en nuestro país se enfrentan a cambios significativos orientados a lograr mejores servicios basados en la comunidad y proporcionar apoyos individualizados. Este proceso refleja una nueva forma de mirar hacia los receptores de los servicios centrada en la persona, en sus posibilidades de cambio y en las variables contextuales que influyen en su funcionamiento.

La calidad de vida, tanto en mayores como en el resto de colectivos, es una realidad difícil de definir, pues comprende muchos factores y variables diversas. Lo que si es común a todos los grupos humanos es la demanda creciente de la calidad de vida, de nuevas y mejores formas de vivir (Pérez, 2006).

Es muy complicado definir qué significa calidad de vida en la población mayor, sin embargo, los indicadores fijados desde el ámbito sanitario serían:

- La medida del estado de salud a través de la mortalidad y supervivencia.
- La salud percibida por el propio sujeto.
- La valoración de la salud funcional medida por escalas que evalúan las actividades de la vida diaria.

Estos elementos ayudan a percibir la realidad social de este colectivo y diseñar estrategias en función de las necesidades observadas. Estos indicadores están centrados en la salud, sin embargo, es evidente que si se satisfacen otras necesidades, también se colabora a que los factores sanitarios mejoren considerablemente (Pérez, 2006).

El objetivo es cubrir las necesidades del colectivo de la tercera edad desde una perspectiva preventiva a fin de eliminar elementos de riesgo que impliquen la adopción de conductas poco saludables y que disminuyan en exceso la calidad de vida. Una mejora en la calidad de vida de las personas mayores evitará el uso excesivo de algunos servicios, principalmente los de índole asistencial.

La calidad de vida se puede medir a través de diferentes indicadores.

Salud subjetiva	Satisfacción de vida
Autonomía	Nivel de renta
Actividad	Servicios sociales
Satisfacción social	Recursos culturales
Apoyo social	Calidad de la vivienda

Fuente: Schalock y Verdugo (2010)

Las dimensiones de calidad de vida que contempla el modelo heurístico de calidad de vida son ocho: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

Los indicadores de calidad de vida son percepciones, comportamientos o condiciones específicas de una dimensión que reflejan la percepción de una persona o la verdadera calidad de vida. Los criterios para la selección de un indicador se basan en si éste se relaciona funcionalmente con la consiguiente dimensión de calidad de vida, si mide lo que supuestamente mide (validez), si es consistente entre personas o evaluadores (fiabilidad), si mide el cambio (sensibilidad), si refleja únicamente los cambios en la situación concerniente (especificidad) y si es abordable, oportuno, centrado en la persona, puede ser evaluado longitudinalmente y es sensible a la cultura (Schalock y Verdugo, 2010).

Las personas viven en varios sistemas que influyen el desarrollo de sus valores, creencias, comportamientos, actitudes, y que afectan a su calidad de vida.

- El microsistema, o contextos sociales inmediatos, como la familia, el hogar, el grupo de iguales y el lugar de trabajo, que afecta directamente a la vida de la persona.
- El mesosistema o el vecindario, comunidad, agencia de servicios y organizaciones que afectan directamente al funcionamiento del microsistema.
- El macrosistema, o patrones más amplios de cultura, tendencias socio-políticas, sistemas económicos y factores relacionados con la sociedad que afectan directamente a los valores y creencias propias, así como al significado de palabras y conceptos (Schalock y Verdugo, 2010).

La vida de las personas mayores está llena de cambios y frecuentemente asociada a enfermedades y pérdidas de diversos tipos. Sin embargo, esto no impide que los mayores alcancen niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social. Los primeros intentos por mejorar las condiciones de vida de estas personas estuvieron dirigidos a

analizar sus habilidades, memoria y aprendizaje. Del mismo modo, las primeras investigaciones se centraban en lograr la adaptación a la vejez y la jubilación. Posteriormente, comenzó a examinarse el nivel de actividad y satisfacción con la vida, comenzando con ello el verdadero objetivo de mejorar la calidad de vida en esa etapa de la vida (Pérez, 2006).

La calidad de vida depende de múltiples factores ambientales y personales, por ello, se analiza utilizando ciertos indicadores que incluyen la salud, las habilidades funcionales. Las variables sociodemográficas y las de personalidad son las utilizadas con mayor frecuencia para evaluar el bienestar subjetivo. Las diferencias en género, edad, estado civil y lugar de residencia parecen tener una importancia determinante. A mayor estatus social, mayor calidad de vida. Por otro lado, el funcionamiento físico es un predictor del apoyo social y que éste predice significativamente los síntomas depresivos y la satisfacción con la vida. Además, las características de la personalidad como el neuroticismo y la autoeficacia influyen significativamente en los niveles de calidad de vida relacionados con la salud o en la percepción de la persona sobre esos niveles (Verdugo, Gómez, Arias, 2005).

También el apoyo social recibido y percibido es una de las variables determinantes para la calidad de vida de las personas mayores. La carencia de apoyo familiar o conyugal disminuye la motivación de las personas mayores para cuidarse y perjudica su estado de salud. Las personas mayores necesitan apoyo específico a fin de evitar la institucionalización. Cuanto mayor es el apoyo social, más baja es la probabilidad de que éstas enfermen (Verdugo, Gómez, Arias, 2005).

## **1.6 La protección social según la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía y Atención a las personas en situación de dependencia**

Los servicios de los que dispone la Ley 39/2006 son:

### 1. Prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal:

Su finalidad es mantener y potenciar la capacidad personal para tomar decisiones y realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Se trata, por tanto, de un conjunto de actuaciones dirigidas a la prevención de la aparición de enfermedades o su agravamiento, a través de la promoción de un estilo de vida saludable, mediante programas específicos de carácter preventivo y rehabilitador que mejoren las capacidades personales y fomentan la vida independiente y autónoma.

## 2. Teleasistencia

La teleasistencia es un servicio de asistencia a domicilio a través del teléfono, que ofrece una respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, inseguridad, soledad y aislamiento. Se trata de un recurso que garantiza una atención personal, inmediata y permanente las 24 horas del día, todos los días del año, con tan sólo apretar un botón en forma de medallón o pulsera que el usuario deberá llevar siempre consigo y que acciona el terminal a distancia. Tan sólo es necesaria la existencia de una línea telefónica.

El terminal de teleasistencia instalado en la vivienda integra un altavoz y un micrófono que dispondrá, además, de un botón bien diferenciado del resto, cuya sola pulsación permitirá también la activación del sistema y puesta en contacto, en modo conversación “manos libres”, con el centro de atención receptor de las alarmas.

Al otro lado del teléfono, los operadores (profesionales cualificados, formados y entrenados en la atención a personas mayores) son los encargados de recibir en primera instancia las alarmas y llamadas, interviniendo según instrucciones y protocolos establecidos: aviso a una ambulancia, bomberos, un familiar, etc.

La respuesta o ayuda desde el centro de atención será la más adecuada a cada situación: caída, recordatorio de medicación, acompañamiento, etc. (Ley 39/2006).

### 3. Ayuda a domicilio

El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) ofrece una atención personal en la realización de las actividades básicas de la vida diaria y cobertura de las necesidades domésticas, con el fin de incrementar la autonomía de la persona usuaria, posibilitando su permanencia en el domicilio con seguridad y calidad de vida.

Los servicios se dividen en:

- Servicios relacionados con la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria.
- Servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar: limpieza, lavado, cocina u otros.
- El Programa Individual de Atención (PIA) deberá diferenciar las horas relativas a las necesidades domésticas o del hogar de las de atención personal para las actividades de la vida diaria. Los servicios relacionados con la atención doméstica deberán prestarse conjuntamente con los servicios de atención personal (Ley 39/2006).

### 4. Centro de día y de noche

Este servicio ofrece una respuesta integral de carácter sociosanitario e interdisciplinar a aquellas personas mayores que tienen alguna dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Su objetivo es mejorar o mantener la autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores.

Se trata de un recurso que favorece la continuidad de las personas con niveles moderados de dependencia en su domicilio con la atención y los cuidados profesionales necesarios, sobre todo si disponen de apoyo familiar complementario. Por tanto, los centros de día y de noche podrían considerarse el eslabón intermedio entre la total autonomía del mayor y la atención residencial.

### 5. Servicio de atención residencial

Ofrece una atención personalizada, integral y continuada, de carácter sociosanitario, que se presta en centros públicos o privados concertados acreditados, teniendo en cuenta la naturaleza de la dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona.

Existen dos tipos de centros residenciales:

- Residencia de personas mayores en situación de dependencia.
- Centro de atención a personas en situación de dependencia, en función de los distintos tipos de discapacidad (Ley 39/2006).

### **1.7 El trabajo social en el ámbito de la población mayor**

El trabajo social con las personas mayores es recurso necesario e insustituible. La intervención es acción profesional con la intención de inducir un cambio.

Es necesaria la comprensión de la complejidad de las necesidades sociales de los mayores que abarca desde factores personales, relacionales, culturales, físicos, intelectuales, económicos y sociales (Martín, 2003).

El envejecimiento humano puede estudiarse a partir de 3 dimensiones, física, psicológica y social, donde el trabajo social interviene de forma íntegra sobre ésta última. Una de las formas de intervención sería la prevención. Existen 3 tipos niveles de prevención (Martín, 2003):

- Prevención primaria: conlleva acciones encaminadas a detener o prevenir algo de forma que no afecte a la persona mayor. Por ejemplo, los programas de preparación a la jubilación.
- Prevención secundaria: conlleva el manejo de situaciones problemáticas existentes. Por ejemplo, dotar de estrategias de afrontamiento a la persona mayor ante la pérdida de su cónyuge.

- Prevención terciaria: pretende aminorar los efectos de una condición incapacitante y ayudar a la persona mayor a recuperar el nivel máximo de su funcionamiento. Por ejemplo, la institucionalización de la persona mayor al no existir la posibilidad de mantenerlo en su domicilio.

Además, el trabajo social tiene una serie de principios de intervención en las personas mayores como pueden ser, la lucha contra la exclusión social y la reconstrucción del vínculo social.

En cuanto a la lucha contra la exclusión social del mayor, los principios de intervención son:

- El trabajo constante de inserción de las personas en el medio social en el que viven.
- El acceso a los derechos sociales que brinda la sociedad a todos sus miembros
- La prevención de todos los riesgos de exclusión social.
- La creación de nuevos recursos indispensables, el mantenimiento o mejoramiento de la inserción del mayor.

En cuanto a la reconstrucción del vínculo social, los principios de intervención son:

- Restablecer el vínculo individual.
- Restablecer el vínculo comunitario.
- Restablecer el vínculo societario.

El trabajo social en el ámbito de las personas mayores trata de conocer y transformar la realidad de las mismas, contribuyendo con otros profesionales a lograr el bienestar. Algunos de los elementos metodológicos básicos de la intervención del trabajo social en este sector son (Martín, 2003):

- Trabajo interdisciplinar, participación de todas las disciplinas en la atención al mayor. Se trabaja en equipo hacia la consecución de un objetivo común consensuado.

- Plan individualizado de atención integral, se debe realizar interdisciplinariamente con la participación e implicación de la propia persona mayor y su familia.
- Utilizar instrumentos validados ya que las necesidades de intervención deben ser realizadas científicamente y con un amplio reconocimiento profesional.
- Elaboración de protocolos que garanticen respuestas estandarizadas y homogeneidad en la ejecución de actividades.
- Realizar registros, los cuales deben ser claros, concretos, concisos y concretos.

## **2. Objetivos**

### **Objetivo general**

- Estudiar la situación de la población mayor en así como la respuesta de las políticas públicas a dicha realidad

### **Objetivo específicos**

- Analizar la evolución demográfica y el aumento poblacional de las personas mayores.
- Analizar la política social para la población mayor y los servicios que se ofertan.
- Elaborar propuestas para la prevención de la autonomía y la calidad de vida de las personas mayores.

### 3. Material y método

Para la elaboración del proyecto se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica a través de la lectura de fuentes primarias y secundarias que ha permitido obtener la información necesaria para conseguir los objetivos planteados anteriormente.

En este caso no se ha utilizado una muestra de población y tampoco un determinado instrumento, ya que el trabajo se ha basado en la recopilación de información referente al tema, haciendo un estudio sobre la evolución de la población mayor tanto en el ámbito de la comunidad canaria como en el nacional. Además también se ha realizado un estudio sobre la evolución de los servicios prestados a las personas mayores en los últimos años.

Por lo tanto, las fases que se han llevado a cabo son:

1º Fase exploratoria: Se ha realizado la búsqueda específica de información entre diferentes fuentes, localizando y seleccionando la información necesaria.

2º Fase de selección de la información: Se ha contrastado dicha información para asegurar su adecuación, comprobando los datos en distintas fuentes.

3º Fase de recopilación de datos: Se ha hecho una recopilación de los distintos servicios disponibles actualmente para el sector de la tercera edad, midiendo su evolución en el tiempo y añadiendo factores que intervienen en un aumento en la calidad de vida para las personas mayores.

La bibliografía ha sido consultada en las diferentes bibliotecas de las que dispone la Universidad de La Laguna y en distintas fuentes oficiales: Observatorio de Personas Mayores; Instituto de Mayores y Servicios Sociales; Instituto Nacional de Estadística; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Gobierno de Canarias. También se obtuvo información proveniente de la Ley 39/2006, de 17 de diciembre, de Promoción de

la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia.

El procedimiento seguido para desarrollar este estudio ha sido el siguiente:

- Búsqueda de información sobre la gerontología, los estereotipos de las personas mayores, las personas mayores en situación de dependencia, la calidad de vida en el envejecimiento, los servicios de los que dispone la Ley de dependencia y el trabajo social en el ámbito de la población mayor.
- Contrastar información.
- Recopilación de datos sobre la evolución de los servicios disponibles para las personas mayores.
- Análisis y discusión de los datos.
- Conclusiones.

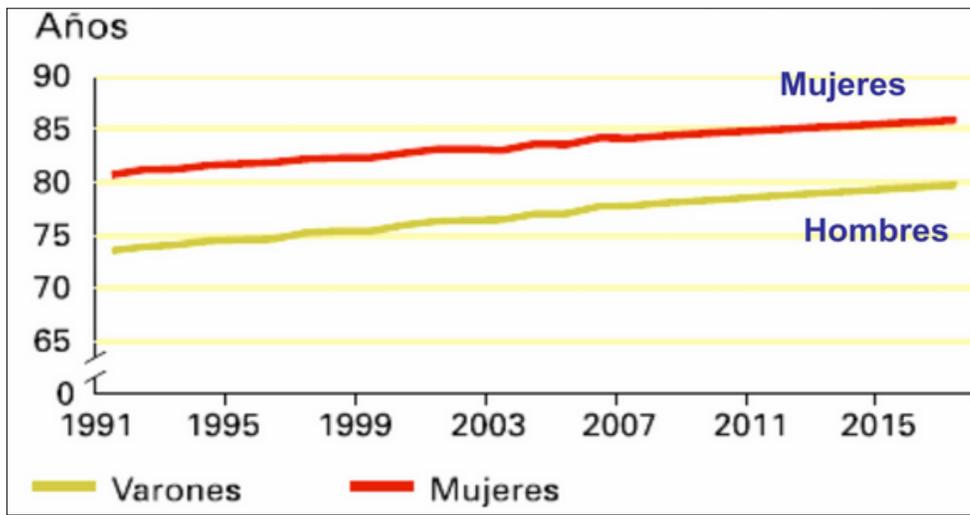
## **4. Resultados**

A continuación se expondrán los resultados referentes a los temas trazados en el diseño de los objetivos del estudio.

### **4.1 Evolución de la esperanza de vida y natalidad en España y Canarias**

El fenómeno del envejecimiento poblacional hace referencia al aumento de proporción de personas mayores en relación a la población total. Este índice ha variado enormemente a lo largo del S. XX. Al envejecimiento actual de la población se ha llegado principalmente por dos factores. El primero es el aumento de la esperanza de vida (ver gráfico 1). El segundo factor es la disminución de la tasa de natalidad (ver gráfico 2).

Gráfico 1. Evolución de la esperanza de vida en España

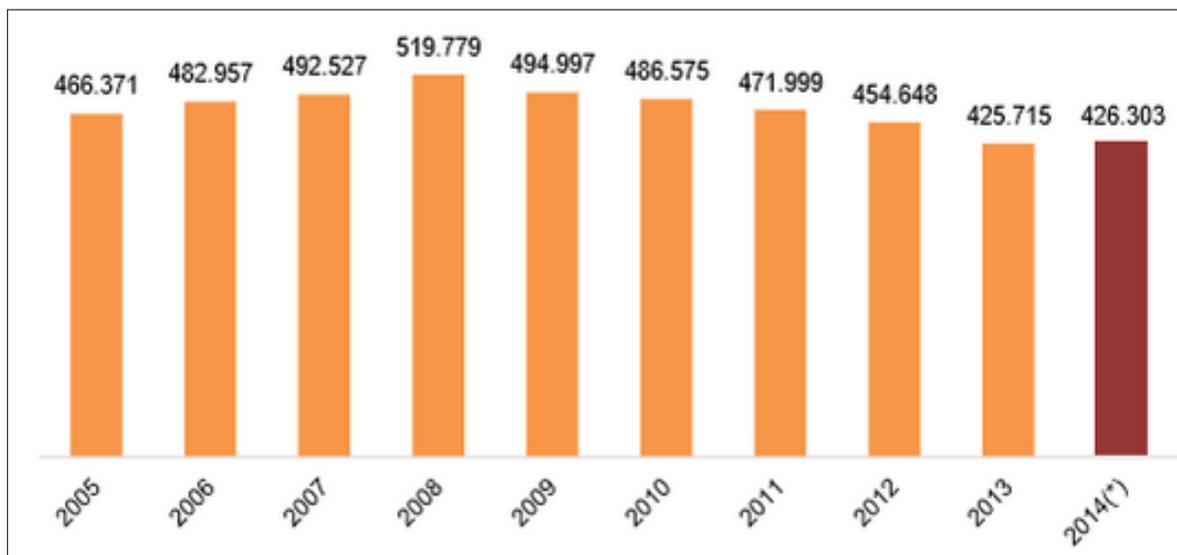


Fuente: INE (2015)

En la gráfica 1 se observa como desde el año 1991 hasta el año 2015 se produce un notable aumento en la esperanza de vida.

Además, se puede apreciar que la mujer es el género que cuenta con mayor esperanza de vida, pudiendo llegar hasta los 86 años de media, mientras que el hombre solo alcanza la media de 79 años.

Gráfico 2. Evolución de la natalidad en España



Fuente: INE (2014)

En la gráfica 2 se observa la evolución de la natalidad en España desde el año 2005 hasta el año 2014. Se puede apreciar cómo en el año 2008 hubo un pequeño aumento, sin embargo, en los años siguientes volvió a disminuir notablemente hasta llegar al año 2014 donde se produjo un pequeño aumento.

Tabla 1. Evolución de los nacimientos y edad media de las mujeres en la maternidad

Años	Nacimientos	Edad Media a la Maternidad
1976	677.456	28,5
1981	533.008	28,2
1986	438.750	28,5
1990	401.425	28,9
1995	363.469	30,0
2000	397.632	30,7
2001	406.380	30,8
2002	418.846	30,8
2003	441.881	30,9
2004	454.591	30,9
2005	466.371	30,9
2006	482.957	30,9
2007	492.527	30,8
2008	519.779	30,8
2009	494.997	31,0
2010	486.575	31,2
2011	471.999	31,4
2012	454.648	31,6
2013	425.715	31,7
2014 <sup>(1)</sup>	426.303	31,8

Fuente: INE (2014)

En la tabla 1 se refleja la evolución del índice de natalidad al igual que en la gráfica anterior, además se plasma la edad media de maternidad a través de los años donde se observa que a medida que pasa el tiempo la edad media aumenta.

Tabla 2. Evolución de la natalidad por CCAA

Comunidad Autónoma	2000	2005	2010	2013	2014(*)
Total Nacional	397.632	486.371	486.575	425.715	426.303
Andalucía	80.579	91.807	92.201	81.470	81.928
Aragón	9.921	11.628	12.940	11.662	11.599
Asturias, Principado de	6.731	7.482	7.763	6.671	6.600
Baleares, Illes	9.502	10.925	11.967	10.532	10.653
Canarias	18.981	20.127	18.305	15.859	16.356
Cantabria	4.341	5.267	5.575	4.831	4.564
Castilla y León	17.874	19.425	20.486	17.827	17.860
Castilla - La Mancha	16.723	19.007	21.998	19.068	18.236
Cataluña	63.807	79.766	84.368	71.591	71.523
Comunitat Valenciana	40.775	50.628	51.684	44.185	44.007
Extremadura	10.133	9.993	10.128	8.880	9.143
Galicia	19.418	21.097	22.047	19.727	19.626
Madrid, Comunidad de	56.623	69.367	73.878	65.343	65.225
Murcia, Región de	14.195	17.330	18.039	16.105	16.265
Navarra, Comunidad Foral de	5.262	6.149	6.778	6.075	6.177
País Vasco	17.316	19.698	21.170	19.116	19.370
Rioja, La	2.346	3.038	3.374	2.903	2.830
Ceuta	996	1.065	1.192	1.086	1.201
Melilla	1.103	1.012	1.359	1.509	1.624
Residentes en el extranjero	1.006	1.560	1.323	1.275	1.516

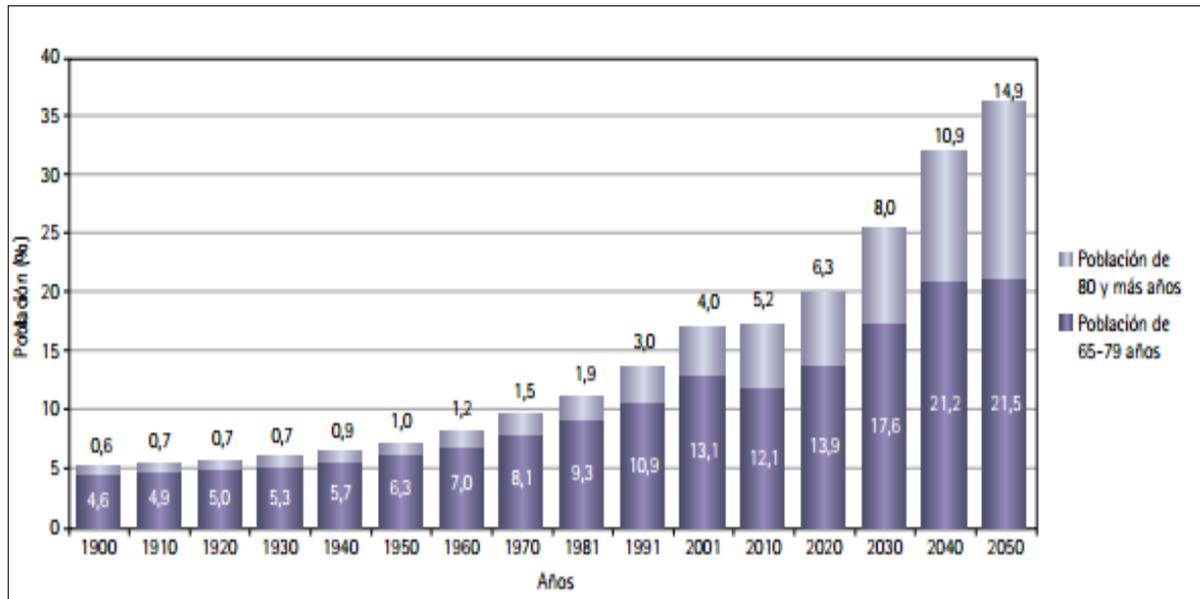
Fuente: INE (2014)

En la tabla 2 se observa cómo en Canarias, el índice de natalidad desde el año 2000 hasta el año 2014 desciende drásticamente. Se produjo un aumento de natalidad desde el año 2000 al 2005, aunque en los siguientes años volvió a disminuir. Sin embargo en el último año se ha producido un aumento en el índice de natalidad.

## 4.2 Evolución de la población mayor en España

En el gráfico 4 se plasma el aumento poblacional de personas mayores de 65 años en España desde el año 1900 hasta la actualidad, y una estimación hasta el año 2050.

Gráfico 3. Evolución de la población mayor en España



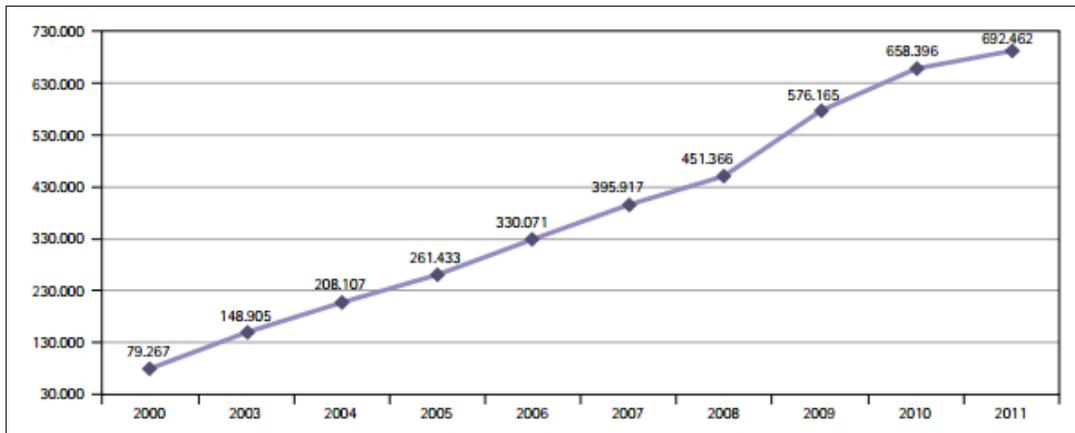
Fuente: INE (2012)

En el gráfico 3 se puede observar como cada 10 años hay un aumento proporcional de personas mayores, siendo la estimación del año 2020 hasta el 2050, el mayor aumento.

### 4.3 Evolución de los servicios para las personas mayores en España

A continuación, en el gráfico 4, se muestra una serie de servicios dirigidos a las personas mayores que se encuentran en continuo aumento de demanda debido al crecimiento poblacional.

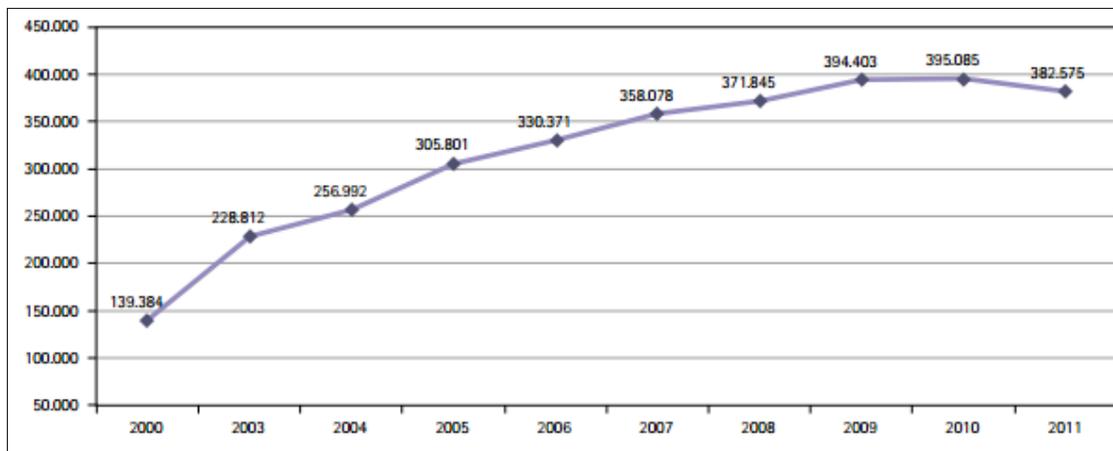
Gráfico 4. Servicio de Teleasistencia



Fuente: IMSERSO (2011)

En la gráfica 4 se observa como desde el año 2000 hasta el año 2011 se produce un considerable aumento en la demanda del servicio de teleasistencia. Esto es así debido a que hay mayor índice de población mayor, además de que han encontrado en este sistema una forma de encontrarse tranquilos y seguros las 24 horas del día, los 365 días del año.

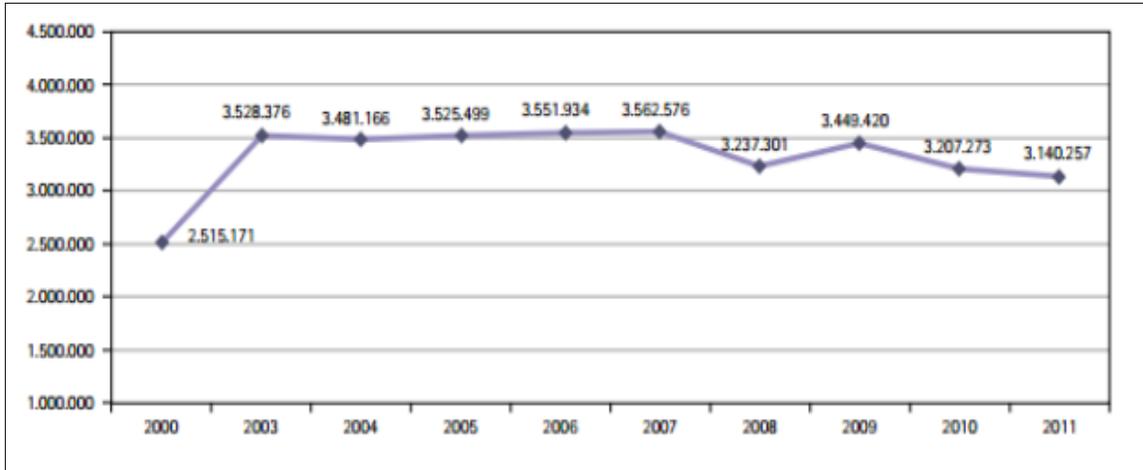
Gráfico 5. Servicio de Ayuda a Domicilio



Fuente: IMSERSO (2011)

En la gráfica 5 se observa un aumento en la demanda del servicio de ayuda a domicilio desde el año 2000 hasta el año 2011, con una disminución en éste último año.

Gráfico 6. Centros residenciales para las personas mayores



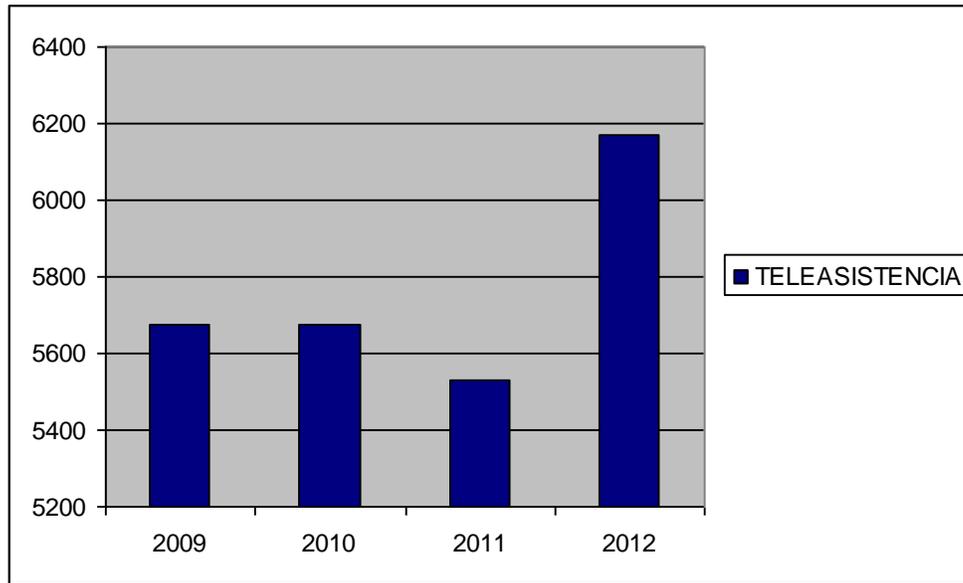
Fuente: IMSERSO (2011)

En esta gráfica 6 podemos ver un claro aumento de centros residenciales desde el año 2000 hasta el año 2003, manteniéndose estable la demanda en los siguientes años hasta el año 2008, que se produce una pequeña disminución. Más tarde, la demanda residencial aumenta en el año 2009, sin embargo, los años siguientes desciende levemente.

#### **4.4 Personas usuarias de los servicios de la Ley de Dependencia en Canarias**

A continuación se van a mostrar unos gráficos de los servicios de la Ley de la Dependencia con el número de usuarios existente en Canarias.

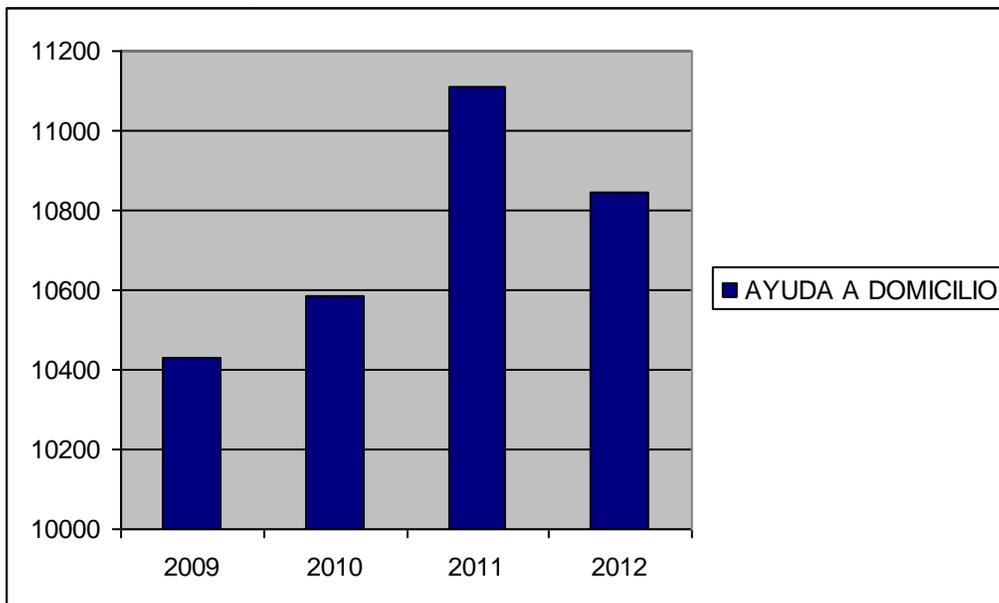
Gráfico 7. Servicio de teleasistencia en Canarias



Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO (2012)

En la gráfica 7 se observa como en el año 2009 y 2010 el número de personas usuarias del servicio de Teleasistencia se mantiene estable, mientras que en el año 2011 se produce un descenso. Sin embargo en el año siguiente se observa un gran aumento en el número de personas usuarias de este servicio.

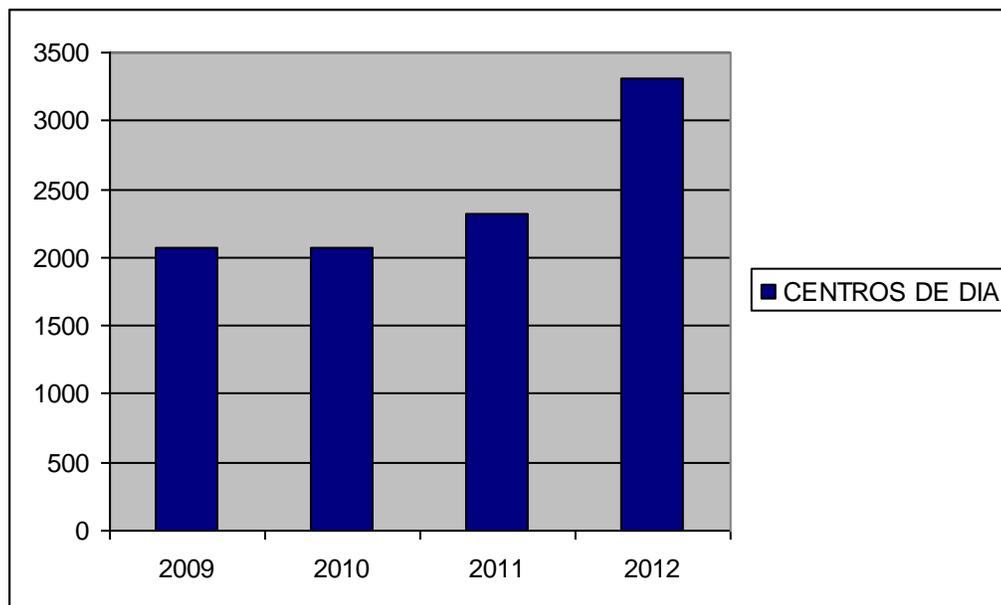
Gráfico 8. Servicio de ayuda a domicilio



Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO (2012)

En la gráfica 8 se observa como desde el año 2009 hasta el año 2011 se produce un aumento en el número de personas beneficiarias de este servicio. Sin embargo en el año 2012 el número de personas usuarias desciende.

Gráfico 9. Centros de día en Canarias



Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO (2012)

En la gráfica 10 vemos como el número de personas usuarias de este servicio se mantiene estable en los años 2009 y 2010, mientras que en los años siguientes comienza a ascender.

Tabla 3. Personas usuarios de los servicios de la Ley de dependencia por CCAA

CC.AA.	2011	2013	2014												Evolución
	DICIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	2011-2014
Andalucía	410.917	391.027	390.819	387.664	384.433	382.694	383.030	382.172	378.224	376.942	376.557	376.477	376.548	376.169	-34.748
Aragón	49.025	45.346	45.346	44.937	44.707	44.618	44.620	44.304	43.945	43.600	43.639	43.639	43.639	43.070	-5.955
Asturias	35.286	34.589	34.689	34.346	34.157	34.178	34.378	34.069	33.806	33.746	33.651	33.597	33.692	33.390	-1.896
Illes Balears	24.199	24.187	24.235	24.258	24.275	24.348	24.467	24.504	24.317	24.247	24.278	24.314	24.316	24.278	79
Canarias	37.457	40.339	40.390	40.139	39.982	39.953	40.286	40.617	40.201	40.262	40.243	40.059	40.009	40.508	3.051
Cantabria	24.300	23.334	23.241	22.890	22.696	22.936	23.194	22.963	22.693	22.653	22.786	22.786	22.786	23.245	-1.055
Castilla y León	95.475	106.553	107.420	106.085	107.087	107.490	108.387	108.748	107.621	107.083	107.501	108.649	108.344	109.060	13.585
Castilla-La Mancha	90.292	88.853	88.880	88.289	87.616	87.293	87.242	86.957	85.887	85.495	85.168	85.071	84.803	84.650	-5.642
Catalunya	274.612	280.298	281.626	281.140	278.627	277.641	280.186	279.916	276.316	274.715	273.262	273.608	273.232	273.535	-1.077
Comunitat Valenciana	107.326	102.936	102.021	102.123	101.330	100.656	100.816	99.783	98.492	97.825	97.313	96.610	96.274	95.831	-11.495
Extremadura	44.767	47.240	47.423	47.242	47.386	47.633	48.021	47.986	47.656	47.926	47.857	48.059	48.464	48.254	3.487
Galicia	88.879	82.400	82.938	81.493	81.049	80.761	81.237	80.835	79.240	78.987	78.675	81.065	81.065	81.101	-7.778
Madrid	148.970	175.555	176.529	176.628	175.011	175.385	176.877	177.808	175.753	176.512	177.303	178.714	180.064	181.626	32.656
Murcia	50.308	78.548	78.526	77.740	76.838	84.890	84.933	84.596	83.599	83.244	82.933	82.611	82.246	54.662	4.354
Navarra	17.899	17.528	17.613	17.498	17.521	17.330	17.316	17.293	17.127	17.004	17.077	17.128	17.250	17.104	-795
País Vasco	81.968	87.321	87.766	87.708	87.791	87.783	87.782	87.043	88.001	87.406	87.153	87.798	87.601	90.041	8.073
La Rioja	13.910	14.295	14.280	14.258	14.229	14.218	14.247	14.260	14.194	14.204	14.167	14.161	14.161	14.160	250
Ceuta y Melilla	3.720	3.935	3.937	3.938	3.957	3.959	3.971	3.976	3.984	3.973	4.007	4.002	3.998	4.008	288
<b>TOTAL</b>	<b>1.599.311</b>	<b>1.644.284</b>	<b>1.647.679</b>	<b>1.638.376</b>	<b>1.628.192</b>	<b>1.633.266</b>	<b>1.640.490</b>	<b>1.637.830</b>	<b>1.621.056</b>	<b>1.615.824</b>	<b>1.613.570</b>	<b>1.618.348</b>	<b>1.618.492</b>	<b>1.594.692</b>	<b>-4.619</b>

Fuente: IMSERSO (2014)

En la tabla 3 se observa como los usuarios de los servicios de la Ley de dependencia en Canarias van en aumento desde diciembre del año 2011 hasta diciembre del 2014, concretamente, se produce un aumento de 3051 usuarios.

## **4.5 Calidad de vida en las personas mayores**

A continuación se muestra algunos indicadores que plasman la realidad de la calidad de vida que tienen las personas mayores. Según datos del IMSERSO (2011):

- El 53% de personas mayores inician nuevas actividades después de los 65 años. En 1993 sólo el 9,5% de las personas mayores de 65 años habían iniciado una actividad después de la jubilación.
- El 43% de las personas mayores quiere participar activamente y de manera integral en la sociedad española.
- Un 28% pertenecen a alguna organización y un 8%, concretamente, a organizaciones de voluntariado.
- Las personas mayores expresan una clarísima voluntad de autonomía, como manifiesta el hecho de que un 87% desea vivir en su casa el mayor tiempo posible, pero, a la vez, desean mantener relaciones familiares intensas, de las que ya disfruta el 89 %. Fruto de esto y de la gran solidaridad intergeneracional que demuestran un 70 % contribuyen al cuidado de sus nietas y nietos.
- El ejercicio físico y la formación educativa son actividades emergentes entre las personas mayores. El 86 % de las personas mayores no han superado los estudios primarios, pero ya en el año 2007, el 8 % de las personas mayores declararon haber participado en actividades educativas.
- El 45,5% de las personas mayores destaca que goza de buena salud. Este porcentaje ha crecido 8 puntos y medio. En 1993 sólo reconocían sentirse así un 37% de las personas mayores de 65 años. Paralelamente, el porcentaje de las personas que afirman tener mala salud se ha reducido significativamente en el mismo periodo: del 24 % al 14,5%. Estas cifras revelan que las políticas públicas de sanidad y bienestar social han tenido un efecto directo sobre la mejora en la calidad de vida.

Tabla 4. Población a partir de los 60 años por grupos de edad y sexo según autopercepción de la salud

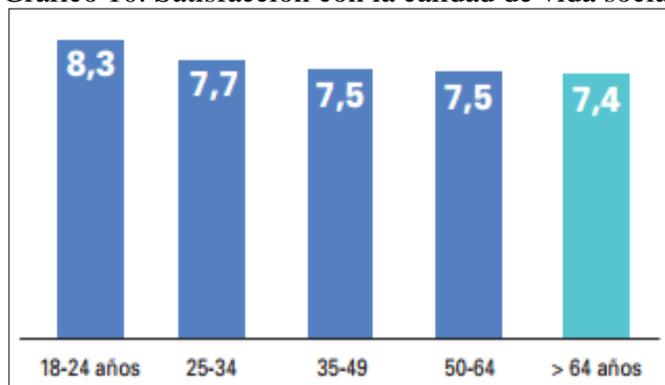
Grupo de edad y sexo	Autopercepción de la salud				
	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
	%				
<b>Total 60 años y más</b>	<b>5,0</b>	<b>11,9</b>	<b>42,5</b>	<b>34,0</b>	<b>6,7</b>
<b>Varones</b>	<b>6,5</b>	<b>12,1</b>	<b>40,9</b>	<b>34,6</b>	<b>6,0</b>
<b>Mujeres</b>	<b>3,8</b>	<b>11,8</b>	<b>43,7</b>	<b>33,5</b>	<b>7,2</b>
<b>60 a 74 años</b>	<b>5,4</b>	<b>12,4</b>	<b>44,1</b>	<b>31,6</b>	<b>6,5</b>
<b>Varones</b>	<b>6,7</b>	<b>12,7</b>	<b>42,0</b>	<b>32,6</b>	<b>6,0</b>
<b>Mujeres</b>	<b>4,4</b>	<b>12,2</b>	<b>45,8</b>	<b>30,7</b>	<b>6,9</b>
<b>75 años y más</b>	<b>3,8</b>	<b>10,6</b>	<b>38,6</b>	<b>39,8</b>	<b>7,1</b>
<b>Varones</b>	<b>5,8</b>	<b>10,3</b>	<b>37,5</b>	<b>40,5</b>	<b>6,0</b>
<b>Mujeres</b>	<b>2,6</b>	<b>10,9</b>	<b>39,3</b>	<b>39,4</b>	<b>7,7</b>

Fuente: Encuesta nacional sobre la calidad de vida de adultos mayores (2012)

En la tabla 4 se observa la percepción de la salud que tienen las personas mayores según su rango de edad. En cuanto al grupo de personas de 60 años o más, la mayoría tiene una percepción buena sobre su salud. Con respecto al grupo de personas mayores entre 60 y 74 años, la mayoría tiene una percepción buena también con respecto a su salud. Sin embargo, en el rango de personas de 75 años o más, la mayoría tiene una percepción sobre su salud regular.

Vemos como cuanto mayor es la edad, peor percepción de la salud se tiene.

Gráfico 10. Satisfacción con la calidad de vida social en España



Fuente: (INE, 2012)

En el gráfico 8 vemos como a medida que avanza los rangos de edad, la percepción de la calidad de vida social disminuye, siendo el rango de 64 años o más, el más perjudicado.

## **5. Análisis de datos y discusión**

La vida de los españoles se alarga, poco a poco vivimos más. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) sitúa a nuestro país a la cabeza de la Unión Europea en esperanza de vida. Actualmente, según el INE, la esperanza de vida de los españoles es de 82,5 años de media. Cabe destacar que la esperanza de vida de la mujer es mayor que la del hombre, teniendo un 85,5 de media frente a un 79,5 de media de los hombres.

No cabe duda que en nuestra sociedad las mujeres siguen teniéndolo más difícil en términos laborales y económicos, pero en lo que respecta a la salud, llevan la ventaja. Esto puede ser debido a diversos factores, entre ellos, desde un principio, las mujeres son más fuertes en el útero. Esto quiere decir que los hombres son más lentos en su desarrollo prenatal que las mujeres, lo que significa que mueren con más facilidad si el parto es prematuro, ya que su pulmón y cerebro están menos desarrollados (Valerio, 2005).

Otro de los factores por los que la mujer vive más que el hombre puede ser porque son menos temerarias. De forma casi inevitable un hombre va hacer cosas arriesgadas que una mujer de su misma edad no haría. Además, las mujeres desarrollan problemas cardiovasculares más tarde. Esto es debido a que gozan de una mayor protección frente a los problemas cardiovasculares hasta la menopausia, ya que sus cuerpos producen grandes niveles de estrógeno, una hormona que ayuda a mantener las arterias fuertes y flexibles.

Por último, las mujeres de forma general, se cuidan más que los hombres, con lo cual acudirán a más controles médicos y se preocuparán un poco más por la salud.

Con respecto al índice de natalidad en España y en Canarias, ha ido descendiendo periódicamente a lo largo de los años. Este descenso de natalidad es debido a diversos

factores, como pueden ser, la edad media de maternidad, la crisis económica y la inmigración. Con respecto a la edad media de maternidad, las mujeres españolas han ido esperando cada vez más para tener su primer hijo. Las razones para esta demora es el objetivo de querer formarse y conseguir más estudios para tener un futuro mejor. En cuanto al factor de la crisis económica hace que una pareja se piense cada vez más el tener un hijo por todos los gastos que ello conlleva.

Sin embargo, entre los años 2005 y 2008 hubo un aumento en el índice de natalidad debido a la llegada de muchas más mujeres inmigrantes

En cuanto a la evolución de la población mayor en España, se pudo observar como cada 10 años hay un aumento proporcional de personas mayores, siendo la estimación del año 2020 hasta el 2050, el mayor aumento.

Esto nos indica que con el paso de los años habrá mayor esperanza de vida, con lo cual, mayor número de personas mayores. Esto conlleva un aumento en la necesidad de servicios, tanto de teleasistencia, ayuda a domicilio y centros residenciales.

Con el crecimiento acelerado de la población adulta mayor no se puede asegurar la oportunidad de brindar una buena salud para que la vida de las personas mayores sea no solo más larga sino mejor, a menos que los sistemas de salud y los sistemas sociales estén preparados adecuadamente. Deben de ser capaces de responder a nuevas y mayores demandas de estos grupos de población.

Para ello deben actuar de forma preventiva, mejorando el acceso a la medicina y adecuando los servicios de salud a las crecientes demandas, además de incorporar sistemas de calidad.

Al analizar el desarrollo de los servicios que ofrece la Ley de la dependencia, vemos como el servicio de la teleasistencia aumenta tanto a nivel Nacional como insular. Esto es debido a que este servicio ofrece asistencia a domicilio a través del teléfono, ofreciendo una respuesta inmediata ante situaciones de emergencia e inseguridad. Se trata de un recurso que garantiza una atención personal, inmediata y permanente las 24 horas del día, todos los días del año, con tan sólo apretar un botón en forma de medallón o pulsera que el usuario deberá llevar siempre consigo y que acciona el terminal a distancia.

Sin embargo, muchas de las personas beneficiarias de este servicio lo utilizan por motivos de soledad y no por emergencia. Este es uno de los motivos por el que ha aumentado en los últimos años la demanda de la teleasistencia.

Con respecto a la evolución del servicio de ayuda a domicilio, desde el año 2000 hasta el año 2010 ha ido en continuo aumento, habiendo una disminución en el año 2011. Sin embargo, en Canarias este servicio ha ido en aumento hasta el año 2011 habiendo disminución en el año siguiente.

La ayuda a domicilio es un servicio muy importante y necesario para muchas de las personas mayores, ya que le aporta una atención personal en la realización de las actividades básicas de la vida diaria y cobertura de las necesidades domésticas, con el fin de incrementar la autonomía de la persona, posibilitando su permanencia en el domicilio con seguridad y calidad de vida.

Sin embargo muchas personas están renunciando a la ayuda a domicilio por no poder pagarla. Además, muchos de los servicios que ofrecen son únicamente de 30 minutos, los cuales son totalmente insuficientes. Los motivos por los cuales se ha producido un descenso en el número de usuarios de este servicio es por falta de presupuesto, ya que este servicio requiere más índice presupuestario que la teleasistencia, al tener que contar con personal físico que acuda a los domicilios de las personas mayores.

Los centros residenciales para personas mayores se han mantenido estables, teniendo un descenso tanto en el año 2008 como en el 2010 y 2011. Sin embargo los centros de día en Canarias han ido en aumento desde el año 2009 hasta el 2012. Esto es debido a que las personas mayores buscan cada vez más tener el tiempo ocupado por el día, aportándole calidad de vida, queriendo además guardar su autonomía permaneciendo en su casa.

De forma general, los servicios que presta la Ley de la dependencia en Canarias han aumentado desde el año 2011 hasta el año 2014 en 3051 personas usuarias. Con ello quiere decir que cada vez más personas mayores requieren este tipo de servicios. Sin embargo, el Estado no podrá hacerse cargo de muchas más personas usuarias de dichos servicios, con lo cual habrá que implantar mejoras en la calidad de vida para que muchas de las personas retrasen la utilización de estos servicios.

Hay muchas cosas que se pueden hacer para conseguir una mayor calidad de vida, comenzando por paliar el aumento de demanda de servicios actuando desde una manera preventiva. Los factores que muchas de las personas mayores consideran que deben tener para poseer una buena calidad de vida son:

- Tener una buena salud y poder desarrollar actividades de la vida diaria
- No tener ansiedad ni depresión, es decir, tener una buena salud mental
- Tener buenas relaciones sociales con la familia y los amigos
- Poder tener un tratamiento para las enfermedades crónicas que posean
- Poder mantener independencia en el hogar

La sensación de bienestar de las personas mayores ha mejorado con el tiempo. Según la encuesta de calidad de vida en la vejez, en 2010 el 60% de las personas mayores se sentían satisfechas o muy satisfechas con su vida. Para lograr ser feliz es un buen comienzo darse indicaciones positivas, que refuercen y transmitan ilusión y esperanza. Una vez que seamos conscientes de nuestros pensamientos y sepamos como generar emociones positivas aprenderemos a ser más felices, y así nos rejuveneceremos. Esta innovación en nuestro pensar debe ir acompañada también de otras condiciones como pueden ser (Schalock y Verdugo, 2010):

### **Hacer ejercicio**

El hacer ejercicio es un factor necesario para mantenerse activo. Este es un buen factor preventivo en enfermedades crónicas en las personas mayores, necesitando así, menos demanda de servicios de atención a las personas mayores. Se presentan menores tasas de mortalidad por todas las causas, cardiopatía coronaria, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, diabetes de tipo 2, cáncer de colon y de mama, y depresión, un mejor funcionamiento de sus sistemas cardiorrespiratorio y muscular, y una mejor masa y composición corporal. Además, presentan una mayor salud funcional, un menor riesgo de caídas, unas funciones cognitivas mejor conservadas, y un menor riesgo de limitaciones funcionales moderadas y graves.

Por todo esto, realizar ejercicios de forma moderada conlleva numerosas ventajas. No se deben olvidar otros tantos aspectos positivos que comporta la actividad física sobre la esfera psicológica y la percepción de bienestar, más aún cuando esta práctica es grupal, contribuyendo a la socialización del individuo y evitando por tanto el aislamiento y exclusión social que con gran frecuencia aparece en estas edades.

El ejercicio nos ayuda a conciliar y mejorar el sueño, a aumentar la autoestima y reducir la ansiedad, a conseguir una mejor imagen corporal, o quizás entre todos los beneficios señalados, señalaríamos para este grupo de edad, la posibilidad de facilitar las relaciones interpersonales, algo muy importante a todas las edades pero necesario para los más mayores que empiezan a tener pérdidas entre los vínculos laborales, familiares y del círculo de amistades de siempre.

### **Comer sano**

Otro de los factores que influyen en la calidad de vida es comer sano. Mantener una dieta equilibrada es importante a cualquier edad, pero más aún en las personas mayores, ya que todos los sistemas se van deteriorando incluyendo el sistema digestivo.

El resultado de una alimentación desequilibrada e insuficiente puede tener efectos muy dañinos sobre la salud: menor resistencia a las infecciones, recuperación más lenta después de una enfermedad, fatiga crónica anormal, heridas que cicatrizan mal, deshidratación, bajadas de tensión, confusión, problemas cardíacos, etc.

Se debe tener claro que no se trata de hacer una dieta sana para mantener contentos a los médicos o los familiares, sino de poner medios para vivir bien durante el mayor tiempo posible, con mayor autonomía y, finalmente, manteniendo la alegría de vivir.

Una buena forma de conseguir este objetivo sería impartiendo talleres a las personas mayores donde se les enseñe que comiendo bien se vive mejor.

### **Fomentar actividades en conjunto**

La existencia de las redes de apoyo con la sociedad y una buena relación con los familiares disminuyen el riesgo de depresión, de limitación funcional y de pérdida de autonomía y dependencia. El apoyo social se asocia con satisfacción con la vida. La actitud con que se enfrente la vida, es también un factor importante al momento de potenciar y conseguir un envejecimiento positivo, activo y saludable.

Ha sido recientemente cuando las teorías y políticas que promulgan una participación social de las personas mayores (envejecimiento activo) están empezando a emerger con fuerza. Estas teorías y actuaciones están promoviendo un cambio de paradigma significativo, resaltando su carácter necesario para la introducción de cambios operativos en las políticas y planes de actuación dirigidos a personas mayores.

Una de las formas de realizar actividades en conjunto sería a través del voluntariado, donde se beneficia tanto la persona mayor encargada de la tarea como la persona o asociación a la que va dirigida. El voluntariado permite conocer gente nueva y hacer nuevos amigos, además de desarrollar nuevas habilidades y ocupar tu tiempo libre.

En este sentido, las personas mayores pueden aportar tanto su tiempo libre, como sus experiencias personales, su interés y dedicación, así como sus conocimientos.

### **Visitar al médico regularmente**

Para poder tener salud es necesario que las personas mayores vayan al médico regularmente para realizarse un chequeo y controlar los tratamientos que están recibiendo.

El propósito de estas visitas es:

- Detectar enfermedades.
- Evaluar el riesgo de problemas médicos futuros.
- Fomentar un estilo de vida saludable.
- Actualizar las vacunas.
- Mantener una relación con su médico en caso de una enfermedad.

Al trabajar los factores de un envejecimiento positivo, nos acercamos a la felicidad. El concepto de felicidad es bastante amplio y su definición varía tanto de persona a persona, pero existen factores claros de una vejez positiva y activa que nos acercan a la satisfacción con la vida. La autonomía y auto valencia son factores importantes también en este proceso. La pérdida de la capacidad para realizar actividades de la vida diaria es un factor que se asocia a menor satisfacción.

Por ello, mantenerse activos y con una vida saludable son elementos importantes al momento de envejecer. Por todo esto, podemos decir que para mantenerse con autonomía y no comenzar a depender de otros es necesario cuidarse, hacer ejercicio, mantener una alimentación saludable, no aislarse y mantener su salud vigilada.

## **6. Conclusiones**

Como conclusión se puede afirmar que una vez analizados todos los datos sobre la población mayor actual es evidente que la mentalidad de la sociedad debe cambiar. Cada vez existen más recursos para combatir la vejez, pero esto no quiere decir que estos recursos aporten también mejor calidad de vida a las personas mayores.

Al analizar los datos sobre los servicios que ofrece la Ley de la Dependencia en el ámbito nacional se vio como el número de personas usuarias del servicio de teleasistencia es mucho mayor que el de ayuda a domicilio. Esto puede ser debido a que muchas de las personas mayores realmente necesitan ayuda a domicilio para diversas tareas de la casa y personales, pero al no poder contar con ella debido a un déficit presupuestario utilizan el servicio de teleasistencia mayormente porque se sienten solas. Este servicio requiere un bajo coste para el Estado, ya que consiste en tener una plantilla de personal atendiendo a las llamadas, mientras que la ayuda a domicilio requiere un mayor coste.

La sociedad debe tomar consciencia sobre estos cambios demográficos que están sucediendo para poder anticiparse a ellos. Se debería interiorizar una serie de prioridades a fin de afrontar con éxito estas transformaciones. Una de las propuestas podría ser

asumir que el desarrollo individual de la persona se prolonga a lo largo de todo el ciclo de vida, con lo cual no se debe tener una idea preconcebida de que a la edad de la vejez ya no se puede seguir avanzando y aprendiendo cosas.

También se podría desarrollar nuevas políticas sociales que contemplen todo el ciclo vital y facilite las relaciones humanas. Si desarrollamos, fomentamos y difundimos un concepto de las personas mayores ajustado a los derechos que les corresponden como parte integrante de la ciudadanía no sucederían tampoco discriminaciones ni desigualdades de trato.

Los programas culturales y de ocio para las personas mayores deben ser lo suficientemente amplios como para poder ofrecer un amplio abanico de opciones. Oportunidades no faltan, la cuestión es saber utilizarlas adaptándolas a las expectativas y motivaciones personales de cada persona para construir su propia jubilación.

Todas estas medidas pueden contribuir a que, debido al aumento de población mayor que estamos viviendo, haya, a su vez, un aumento en la prestación de servicios. Se trata de conseguir una mayor calidad de vida en el envejecimiento para retrasar el mayor tiempo posible la solicitud de los servicios asistenciales que se derivan de la Ley de tención a la Dependencia.

Es un hecho que la mayor satisfacción en la calidad de vida reside, además de en la salud, en las relaciones sociales, por lo que incorporar más programas sociales podría ser un buen comienzo. Por ejemplo, a través del voluntariado las personas mayores pueden encontrar un foco de motivación personal, donde se sientan realizadas y puedan ocupar su tiempo en tareas que le faciliten la integración social.

Por todo esto, con un buen sistema de prevención de la calidad podremos anticiparnos a este envejecimiento poblacional logrando un envejecimiento activo en el que todas las personas mayores optimicen sus oportunidades de salud, participación y seguridad. La autonomía es el mayor significado de satisfacción de vida para las personas mayores, con lo cual se debe trabajar para que pueda tenerla el mayor tiempo posible.

Por otro lado, el análisis del cambio demográfico nos lleva a un escenario interesante para el desarrollo de la labor profesional de los trabajadores sociales y trabajadoras sociales. Los profesionales en este sector persiguen conocer y transformar la realidad de las personas mayores, contribuyendo en todo momento a su bienestar y a la promoción de sus potencialidades, previniendo y detectando de manera precoz la existencia de problemas sociales que dificulten o impidan la integración social de las personas mayores.

En este sentido, el/la trabajador/a social interviene estableciendo una jerarquización de las necesidades y problemas detectados y elaborando un plan de intervención concreto y orientado a la solución de la problemática existente. Así mismo, puede también proponer y diseñar planes y programas para una vida saludable, orientación para lograr una jubilación satisfactoria, promover planes culturales y de ocio, realización de planes y programas socio sanitarios y desarrollar planes de preparación del duelo.

## Referencias

- Alberich, T. (2008). *Autonomía y dependencia. Intervención social y sanitaria con mayores*. Madrid: DYKINSO, S.L., Meléndez Valdés.
- Agulló, M. (2001). *Mayores, actividad y trabajo en el proceso de envejecimiento y jubilación*. Madrid: IMSERSO.
- Ballesteros, S. (2007). *Aspectos psicosociales del envejecimiento. Envejecimiento saludable: aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Madrid: Universitas.

- Ballesteros, S. (2004). *Gerontología. Un saber multidisciplinar*. Madrid: Universitas.
- Belando, M. (2006). *Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Caballer, V. (2009). *Valoración de la dependencia*. Madrid: Pirámide.
- Carbajo, M. C. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 24.
- Craig, G. (2001). *Desarrollo psicológico*. México: Pearson Education.
- Francke, L., González, B., Lozano, L. (2012). *Envejecimiento exitoso, una tarea de responsabilidad individual*. México: AMA y Transciende.
- García, J. (2002). *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010*. Madrid: Fundación Pfizer.
- Fericgla, J. M. (1992). *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Anthropos.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- INE (2015). *Movimiento natural de la población 2014*. Disponible en: [www.ine.es](http://www.ine.es)
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2012). *Informe 2010. Las personas mayores en España*. Disponible en:

[http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/22023\\_in\\_f2010pm\\_v1.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/22023_in_f2010pm_v1.pdf)

- Instituto Nacional de Estadística. (2012). *Año Europeo de Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional*. Disponible en:  
[http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INECifrasINE\\_C&cid=1259940189717&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259940189717&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout)
- Martín, M. (2003). *Trabajo Social en Gerontología*. Madrid: Síntesis.
- Navas, R., Sánchez, L., Jordana, J. (2005). *La dependencia y los servicios sociosanitarios en España*. Madrid: Júbilo publicaciones.
- Pérez, V., Malagón, J., Amador, L. (2006). *La influencia de los estilos de vida en el envejecimiento. Vejez. Autonomía o dependencia pero calidad de vida*. Sevilla: Dykinson, S. L.
- Pinazo, S., Sánchez, M. (2005). *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Person Education, S.A.
- Riera, J. (2005). *Contra la tercera edad. Por una sociedad para todas las edades*. Barcelona: Icaria.
- Sánchez, P. (1993). *Sociedad y población anciana*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Schalock, R., Verdugo, M. (2010). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza.

- Trianes, V., Blanca, M. (2004). *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas*. Tesis doctoral. Málaga: Universidad de Málaga.
- Valerio, M. (2005). Las claves de la longevidad. ¿Por qué las mujeres viven más que los hombres? Disponible en: [www.elmundo.es](http://www.elmundo.es)
- Verdugo, M., Gómez, L., Arias, B. (2005). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores*. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.

## Anexo

A continuación se expone un cuadro en el que se plasma todos los pasos que una persona mayor debe seguir si quiere conseguir una buena calidad de vida en la vejez.



Fuente: Servicio nacional del adulto mayor de Chile