



universidad
de león

TRABAJO FIN DE MÁSTER

del *Máster Universitario de Investigación en Ciencias
SocioSanitarias*

Curso Académico 2016/2017

Soledad Social y Dependencia en la
población anciana de la Zona Básica
de Salud de Peñamellera Alta.

*Social Isolation and Dependence in the elderly
population of the Basic Health Area of Peñamel-
lera Alta.*

Realizado por: Manuel Gayol Fernández.

Dirigido por: Inés Casado Verdejo

En León, a 18 de agosto de 2017

VºBº DIRECTOR/A

VºBº AUTOR/A

Índice.

1. Resumen	3
2. Introducción.....	5
3. Objetivos.....	9
4. Metodología	10
5. Resultados.....	14
6. Discusión.....	33
7. Conclusiones.....	37
8. Bibliografía	38
9. Anexos	40

1. Resumen.

El concejo de Peñamellera Alta es una zona montañosa y con un elevado envejecimiento. Durante las consultas percibimos que la población de mayor edad refería algunos problemas para mantener las relaciones sociales por ciertas circunstancias: dificultad en la deambulación, en el transporte, la despoblación, la dependencia, etc., los cuales influyen en la Soledad o Aislamiento Social, que a su vez afecta a la salud de las personas aumentando el riesgo de demencia, de reingreso o de mortalidad, entre otras y está relacionada con la dependencia. Para identificar y cuantificar estos problemas realizamos un estudio de tipo observacional descriptivo, con el objetivo de conocer el nivel de soledad Social y el nivel de dependencia de la población de 65 años o más en la Zona Básica de Salud del Consultorio de Peñamellera Alta. Para ello elaboramos un cuestionario que incluía diversas variables demográficas y la Escala Este II para medir el nivel de soledad social, el Índice de Lawton y Brody que mide la dependencia para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y el Índice de Barthel que mide la Dependencia para las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

Podríamos destacar como resultados significativos estadísticamente que el porcentaje de personas con soledad social aumenta con la edad, la dependencia y las personas que no están casadas obtienen puntuaciones mayores. Respecto a la dependencia, entre los hombres hay mayor porcentaje de individuos dependientes para las AIVD y el porcentaje de personas con dependencia para las AVD aumenta con la edad.

Palabras clave.

Soledad Social, Aislamiento Social, Dependencia, Ancianos.

Abstract.

Peñamellera council is a mountainous area with a high ageing population rate. It is during the medical consultations daily performed when some problems of social inclusion were detected among the elderly people. These problems are mainly due to the lack of suitable transport media, the depopulation, and the dependency, among others, which clearly promotes their isolation and loneliness, and therefore the development of some illness, such as dementia, even leading to an increase of the mortality risk. In order to identify and quantify the factors that are causing the mentioned problems, we have addressed an observation-based and descriptive study in the Health Office of Peñamellera Alta, which final purpose is to analyse the incidence of social isolation and dependency in persons aged 65 years and above. With this aim, a questionnaire including several demographic variables, the East II

Scale, which measures the level of Social Isolation, the Lawton and Brody index, which rates the level of dependency for the development of the Instrumental Activities of Daily Living (IADLs), and the Barthel index, that value the dependency for performing Activities for Daily Living (ADLs). The most statistical significative results that can be extracted from this study is that impact of the social isolation is greater in those persons that are not married, and that it increases with age and with the level of dependency. Regarding dependency, men are more dependents when referring to the IADLs than women, and the level of dependency for ADLs, it increases with age for both.

Keywords.

Social Isolation, Dependence, Elderly

2. Introducción.

El concejo de Peñamellera Alta está situado en el Oriente de Asturias, cuenta con una superficie total de 92,19 km², al norte limita con el concejo de Llanes, al oeste con el concejo de Cabrales y al este con el Concejo de Peñamellera Baja y la Comunidad Autónoma de Cantabria. Está atravesado por el río Cares y presenta un perfil montañoso, destacando la Sierra del Cuera. Estos accidentes geológicos hacen que el relieve está constituido por profundos valles con laderas escarpadas lo que dificulta las comunicaciones rodadas o a pie.

Está constituido por ocho núcleos de población principales: Alles, la capital donde se encuentra el consultorio desde el que llevaremos a cabo el estudio; Cáraves, Llonín, Mier, Oceño, Rozagas, Ruenes y Trescares. Separados unos de otros por varios kilómetros de distancia.

Cuenta con una población en 2016 de 533 habitantes, de los cuales tiene 65 años o más 206 personas lo que supone un 41 % de la población total siendo 90 hombres y 116 son mujeres según las cifras del Instituto Nacional de Estadística.

El transporte público es limitado, existe una línea de autobuses que une las poblaciones vecinas de Panes y Arenas de Cabrales, en el concejo la Parada estaría establecida en el barrio de Niserias, perteneciente al Pueblo de Mier. El resto de transporte público se lleva a cabo mediante servicio de Taxi (Ayuntamiento Peñamellera Alta, 2017)

Si sumamos factores como el envejecimiento de la población, la despoblación, la intrincada orografía y a las dificultades en el transporte (público o privado) a la dependencia que va apareciendo en muchos casos relacionada con las edades avanzadas, las personas mayores podrían ver reducidas sus relaciones con vecinos y amigos.

Si hablamos de dificultad para las relaciones podemos fijarnos en las personas que viven solas en España que según el INE en 2015 había 4.584.200 hogares unipersonales. De esta cifra, 1.859.800 (un 40,6%) correspondían a personas de 65 o más años que vivían solas. Y, de ellas, un 72,9% estaban formados por mujeres (1.356.300 hogares).

En cuanto a las personas menores de 65 años que vivían solas en 2015, la mayoría eran hombres (1.606.300, el 59,0%). Por su parte, las mujeres menores de 65 años que residían solas eran 1.118.000. Comparando con los valores medios de 2014, el número de hogares unipersonales registró un aumento del 1,1%. Es decir 49.100 más (Instituto Nacional de Estadística, 2016).

Si hablamos de soledad los españoles en 2001 la definían con diferentes términos: Ausencias de personas, sufrimiento, No tener a quien acudir, Angustia, Insatisfacción y Miedo (Rubio y Aleixandre, 2001).

La soledad puede darse en todas las edades, sin embargo, algunos trabajos indican que se manifiesta con más frecuencia cuando nos acercamos a la muerte, con lo cual existiría

una relación directa entre la edad y la soledad, es por esto que se relaciona la soledad con la vejez. Solo entre el 5 y el 10% de los ancianos comunican el hecho de sentirse solos ocasionalmente. Aunque algunos autores indican que el porcentaje de personas con soledad alcanza el 80% entre las personas mayores de 80 años (Rubio, Pinel y Rubio, 2011).

Los adultos mayores experimentan soledad por diversos factores asociados o no a la vejez, esto no indica que los mayores sean los únicos que la experimenten. La llegada a la vejez implica una serie de cambios vitales que van más allá del aumento de años. Dentro de estos cambios destacan la jubilación y la viudedad. Adaptarse a esta nueva vida no es tarea fácil y depende de los recursos personales, familiares y sociales de las personas mayores (Rubio, Muñoz, y Pinzón, 2011).

La soledad se puede interpretar y definir de muchas maneras distintas, en 2007 Rubio publica que la soledad es una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades que desea realizar, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional (Rubio, 2010).

Para Rubio el sentimiento de soledad puede derivar en dos polos bien diferenciados, por un lado la autopercepción de desadaptación, que suele ir asociada con la pérdida de actividad y aislamiento social, aspectos que pueden desembocar en una serie de trastornos afectivos tales como ansiedad, depresión, etc., y por otro lado, la soledad puede tener una vertiente positiva, ser el móvil que genera una reestructuración adaptativa consistente en la puesta en marcha de estrategias lo suficientemente eficaces para afrontar la soledad con éxito, o incluso obtener rendimiento de la misma (Rubio, 2004).

Rubio expone que, ya Weis en 1973 entiende que el constructo de soledad está compuesto por dos dimensiones: soledad social y soledad emocional. La primera está referida a un déficit en las relaciones sociales, en la red social y en el soporte social, mientras que la soledad emocional indica una carencia de cercanía o intimidad con otro. (Rubio, 2004).

Los individuos tienen necesidades de bienestar que sólo pueden ser cubiertas por sus relaciones, estas relaciones deben ser diferentes y variadas con el objeto de mantener al individuo sano. La soledad es una respuesta a la ausencia de un suministro social particular o de un conjunto de ellos, para remediar la soledad procedente del aislamiento emocional (soledad emocional), se ha de tener cubierto el suministro social del apego, mientras que para hacerlo con la soledad procedente del aislamiento social (soledad social), se ha de tener cubierta la integración social (Rubio, 2007).

De manera más sencilla podemos decir que la soledad social es la falta de pertenencia a un grupo o red social, la cual se está incrementando en sociedad actual (Pinel, Rubio y Rubio, 2010).

En 2011 Machielse define el aislamiento social (soledad social) como la falta de relaciones personales con la familia, los amigos y los conocidos sobre los cuales la gente puede recurrir en caso de necesidad (Machielse, 2015).

Deberíamos incidir en que vivir solo o acompañado no tiene por qué estar relacionado con la soledad social, como se indica en el Informe La soledad en España, una persona puede vivir sola y no estar aislada porque tiene múltiples relaciones sociales y puede sentir o no la soledad, al contrario, una persona que vive acompañada puede tener pocas relaciones sociales independientemente de las personas con las que convive, y puede tener sentimientos de soledad (Díez y Morenos, 2015).

En 1961, Tournier dijo que la soledad era la enfermedad más devastadora que afecta a la vejez (Rubio, 2007).

Datos estadísticos recientes ofrecen pruebas preocupantes de un número creciente en las sociedades occidentales de adultos mayores que han reducido redes sociales o están socialmente aisladas. Otras evidencias demuestran que el aislamiento social está asociado con la reducción del bienestar, la salud y la calidad de vida. Las personas mayores que viven en aislamiento social también son menos autosuficientes, por tanto, son dependientes de formas profesionales de atención y apoyo (Machielse, 2015).

En una revisión sobre el aislamiento social se expone que se ha demostrado que el aislamiento social produce numerosos efectos perjudiciales para la salud en los adultos mayores, incluyendo un mayor riesgo de mortalidad, demencia, re-hospitalización y mayor número de caídas (Nicholson, 2012).

La prevalencia de soledad social en adultos mayores según oscila entre el 7 y 17% según unos autores y para otros esta entre el 35 Y 49% El aislamiento social es más común en las mujeres que en los hombres, entre las personas viudas, entre los adultos mayores de la clase trabajadora y en aquellos que están en mal estado de salud y tienen problemas de movilidad (Cloutier-Fisher, Kobayashi y Smith, 2011).

El resultado de un estudio publicado en 2015 indicó que el aumento de la probabilidad de muerte para para las personas de que sufren soledad social es de un 29% frente a las personas que no la sufren (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris y Stephenson, 2015).

Entre los factores de riesgo identificados para la población anciana por diversos trabajos se incluyen: vivir solo, ser viudo, salud pobre, problemas psicológicos, problemas económicos, baja habilidad social y los problemas cognitivos. En algunos casos ciertas circunstancias pueden ser facilitadores como puede ser la muerte de una persona cercana, divorcio, pérdida de empleo o problemas de acoso laboral con lo cual las redes existentes se reducen o incluso desaparecen debido a tales eventos de la vida, pero estas circunstancias no solo pueden comenzar en la edad adulta sino también a veces comienzan en la edad juvenil, si hay por ejemplo problemas familiares mientras la persona crece (Machielse, 2015). Pode-

mos añadir a estos factores de riesgo el sobrepeso, los problemas auditivos o visuales, el insomnio e incluso los problemas de alcoholismo (Nicholson, 2012). Respecto a los problemas auditivos, como es la pérdida de agudeza auditiva. según un estudio está relacionado con la soledad social en el ámbito rural (Dugan y Kivett, 1994).

El hecho de formar parte de una red social entendiendo este concepto como las personas con las que interaccionamos en nuestro día a día, puede influir en el proceso de discapacidad evitando el declive o facilitando la recuperación. En consecuencia, la discapacidad puede afectar a las redes sociales al impedir que los adultos mayores busquen compromiso con otras personas. El tamaño de la red y la interacción social se asocian significativamente con el riesgo de discapacidad. Los adultos mayores que tienen redes sociales fuertes tendrían menos discapacidad y las personas mayores que forman parte de una red social consolidada ven disminuido su riesgo de padecer discapacidad (Nicholson, 2012).

Observando el nexo que hay entre la soledad social y la discapacidad, es necesario profundizar en dicho problema que en muchas ocasiones acarrea distintos tipos de dependencia que según el Consejo de Europa en 1998 se define como la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana. Es un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal (Lorenzo, Maseda y Millán, 2008).

En las edades entorno a los 40 años la dependencia femenina supera a la masculina y esto se incrementa según va aumentando edad. Así, en España, dos de cada tres dependientes son personas de 65 años o más a (1.400.293 personas).

Las dificultades de movilidad son los problemas más frecuentemente referidos por las personas de edad con dependencia. En segundo, lugar las dificultades para las actividades de la vida doméstica (mantenimiento del hogar) y, por último, le siguen en importancia tareas de autocuidado.

Los beneficios de vivir en sociedad no alcanzan generalmente a los dependientes, las áreas en las que las personas con dependencia se sienten más discriminadas son: las relaciones sociales (40,3%), la participación social (25%), la atención sanitaria (28,6%) y el transporte y desplazamiento (26,2%).

Según datos estadísticos, el 28,4% de los dependientes mayores vive en municipio rurales, siendo el 21,2% del total de la población española.

Con respecto a los datos En Asturias en el año 2008 la encuesta EDAD había 225.224 personas de 65 o más años de las cuales eran dependientes 40.966 personas (Esparza, 2008).

Como hemos podido ver la soledad social y la dependencia son problemas que afectan a un porcentaje elevado de la población anciana y es necesario conocer a fondo esta problemática en nuestro entorno, para así realizar intervenciones para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes, como advierte un trabajo publicado en 2017 que concluye que: “El aislamiento social y la soledad están asociados negativamente con diversos aspectos del estatus funcional de las personas. Las intervenciones que reducen el aislamiento y la soledad podrían ser particularmente beneficiosos para los grupos menos favorecidos” (Shankar, McMunn, Demakakos, Hamer y Steptoe, 2017). Un estudio realizado en nuestro país expone la importancia de detectar el problema de la soledad social, debido al impacto que tiene en bienestar y la esperanza de vida de nuestros pacientes. (Gene-Badia, Ruiz-Sanchez, Obiols-Masó, Oliveros y Lagarda, 2016). Por tanto, creemos necesario realizar un trabajo de investigación que nos ofrezca datos sobre la soledad o aislamiento social, así como de los niveles de dependencia de la población anciana del concejo de Peñamellera Alta ya que como vimos antes están asociados. Estos datos obtenidos nos pueden servir para futuros estudios y/o proyectos de intervenciones para mejorar los niveles de aislamiento social y/o dependencia, ya que las intervenciones sobre la soledad social, son un buen ejemplo del tipo de actividades comunitarias integradas, que deben llevar a cabo los equipos de atención primaria y estas tienen un mayor impacto si se coordinan con los equipos de atención social, sanitarios y las asociaciones civiles o religiosas (Gene-Badia et al, 2017).

3. Objetivos.

Principal.

Conocer el nivel de soledad social y el nivel de dependencia de la población de 65 años o más en la Zona Básica de Salud del Consultorio de Peñamellera Alta.

Secundarios.

Conocer el nivel de soledad social de la población de 65 años o más en la Zona Básica de Salud del Consultorio de Peñamellera Alta.

Conocer el nivel de dependencia para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de la población de 65 años o más en la Zona Básica de Salud del Consultorio de Peñamellera Alta.

Conocer el nivel de dependencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria de la población de 65 años o más en la Zona Básica de Salud del Consultorio de Peñamellera Alta.

Conocer la percepción de la salud que tiene a población de 65 años o más en la Zona Básica de Salud del Consultorio de Peñamellera Alta.

Cuantificar las personas que están adscritas a Teleasistencia y/o un Servicio de Ayuda a Domicilio en la Zona Básica de Salud del Consultorio de Peñamellera Alta.

4. Metodología.

Diseño.

Se realiza un estudio observacional de descriptivo transversal o de prevalencia.

Población.

La población a estudio fueron las personas de 65 años o más que pertenecen a la Zona Básica de Salud del Consultorio de Ales a fecha de 1 de enero de 2017 que estén incluidos en la base de datos OMI-AP. Debido a que la población que cumplía estos criterios es de 164 personas no se realizará ningún tipo de muestreo.

Criterios de Selección.

Se incluyeron en el estudio las personas con domicilio permanente en la Zona Básica de Salud, que no tenían ningún tipo de problema de comunicación y/o problemas severos de salud mental, que limitasen la capacidad de respuesta. Para esta selección se revisaron las históricas clínicas de los pacientes y también se contó con la ayuda de la médico titular del Centro de Salud y de la administrativa del centro amplias conocedoras de la población.

Variables.

- Edad: variable cuantitativa discreta.
- Sexo: variable cualitativa dicotómica.
- Estado civil: variable cualitativa nominal.
- Personas con quien convive en el Hogar. Respuesta a la pregunta: ¿Con quién vive en su hogar? Variable cualitativa nominal.
- Ayuda a domicilio. Respuesta a la pregunta: ¿Tiene usted servicio de Ayuda a Domicilio? Variable cualitativa dicotómica.
- Teleasistencia. Respuesta a la pregunta: ¿Tiene usted servicio de Teleasistencia? variable cualitativa dicotómica.

- Percepción de Salud: ¿Cómo percibe usted su Salud Pobre, Regular, Normal o Excelente? Variable cualitativa nominal.

- Nivel de soledad social: Nivel según puntuación obtenida en Escala de Soledad Social Este II. Variable cualitativa ordinal.

- Nivel de dependencia para las Actividades Instrumentales de la Vida diaria: Nivel según puntuación obtenida en el Índice de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody. Variable cualitativa ordinal.

- Nivel de dependencia para las Actividades de la Vida Diaria: Nivel según puntuación obtenida en el Índice de Barthel. Variable cualitativa ordinal.

Procedimiento.

Previo al comienzo del estudio se pidió permiso para la realización del mismo a la Gerencia del Área VI del SESPA y al comité ético pertinente. Tras este trámite comenzamos la recogida de datos mediante encuestas, para ello aprovechamos las visitas a la consulta de enfermería de los pacientes que cumplían los requisitos y las visitas domiciliarias, siempre que no conllevaran una demora en la atención del resto de pacientes. También se realizaron llamadas telefónicas a la población que no acudía al consultorio utilizando los teléfonos contenidos en la historia electrónica OMI-AP, fuera del horario de trabajo y sin conllevar costes al Servicio de Salud del Principado de Asturias. Este periodo de recogida de datos comprendió el espacio de dos meses. Al inicio de la entrevista o llamada se pidió el consentimiento informado verbal para la utilización de sus datos, indicándoles que serían tratados de manera confidencial, se les explicó el objetivo del estudio y se les expuso que al final del mismo podrían acceder a los resultados.

El instrumento de recogida de datos que utilizamos fue una encuesta que fue diseñada expresamente para el estudio; comprende 4 partes diferenciadas: una primera parte donde se recogieron las diversas variables socio-demográficas, otro apartado incluye la Escala Este II que nos sirvió para medir la soledad social y se divide en 3 factores: Percepción de apoyo social, Uso que el mayor hace de las nuevas tecnologías e Índice de participación social. La Escala Este II consta de 15 preguntas, pudiendo obtenerse una puntuación entre 0 y 30 puntos, y divide el nivel de soledad social en 3 niveles según la puntuación: 0 a 10 puntos bajo, de 11 a 20 puntos medio y de 21 a 30 puntos alto. En cuanto a la fiabilidad de esta escala podemos decir que presenta un Alfa de Cronbach de 0.72 (Rubio, Rubio & Pinel, 2010). El siguiente apartado incluye el Índice de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody que nos sirve para valorar la capacidad de las personas para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad, estas actividades son más elaboradas y por tanto, se pierden antes que las actividades bá-

sicas de la vida diaria; explora la independencia para 8 actividades instrumentales como pueden ser: capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, etc. Su puntuación va desde 0 a 8 puntos. Incluye 5 niveles de dependencia: de 0 a 1 puntos Dependencia Total, de 2 a 3 puntos Dependencia Severa, de 4 a 5 puntos Dependencia Moderada, de 6 a 7 puntos Dependencia Ligera y un resultado de 8 puntos Independencia (Ollero, Cabrera, García, Gómez, Melguizo, Ossorno, Pujol, Quesada, Ruiz, San Román y de Villar, 2007). El último apartado de la encuesta incluye el Índice de Barthel de las Actividades Básicas de la Vida Diaria, escala que valora la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria tales como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o silla de ruedas a la cama, etc., las cuales suman 10 Actividades básicas. La escala puede arrojar resultados de entre 0 puntos por tanto dependencia total y 100 puntos lo cual sería independencia total; también divide las puntuaciones en 5 niveles de dependencia: de 0 a 15 puntos Dependencia Total, de 20 a 35 puntos Dependencia Grave, de 40 a 55 puntos Dependencia Moderada, de 60 a 95 puntos dependencia leve y 100 puntos independencia (Ollero et al, 2007). Estos índices son ampliamente utilizados por los enfermeros para valorar los niveles de dependencia de los pacientes y ambos son herramientas que utilizamos habitualmente ya que forman parte del protocolo de valoración del paciente en la historia del OMI-AP del Servicio de Salud del Principado de Asturias

Las tres escalas o índices que incluía nuestra encuesta fueron diseñadas para utilizarse de manera heteroadministrada.

Para el registro de los datos se utilizó la aplicación informática Formularios de Google que facilita enormemente el registro y procesamiento de los datos. El análisis de las variables cualitativas se realizó mediante tablas de frecuencias y Chi cuadrado para analizar las posibles relaciones de dependencia, para analizar las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y medidas de dispersión y para el análisis de las variables cuantitativas y cualitativas conjuntamente se utiliza el estadístico ANOVA y Pruebas no Paramétricas. Para realizar estos análisis se utilizó el programa informático de análisis estadístico IBM SPSS Statistic en su versión 21.

Presupuesto.

Medios personales.

- Investigador principal: desarrollo de todas las fases del estudio, desarrollo del proyecto, recogida de datos y análisis y redacción.

- Médico y Administrativa del Consultorio de Peñamellera Alta: apoyo y asesoramiento en la realización del estudio.

Medios Materiales.

- 10€ en derivados de material de papelería.
- Ordenador propio del investigador.
- Teléfono, el propio del investigador.
- 20€ de tarifa de móvil para realizar las llamadas a los pacientes para realizar las encuestas.
- Coche propio del investigador.
- 50€ de gasolina para las posibles visitas domiciliarias.

Cronograma.

Año 2017

Febrero- Marzo	Abril	Mayo	Junio	Septiembre
Redacción del Proyecto de investiga- ción.	Recogida de datos.	Recogida de datos.	Análisis de datos y redac- ción del Informe.	Exposición de Resultados.

5. Resultados.

De las 164 personas mayores de 65 años que están incluidas en la base de datos de nuestra historia informática, tras la selección en base a los criterios de inclusión y exclusión realizada por parte del médico y la administrativa del Centro de Salud amplias conocedoras de la población, cumplen criterios 130 personas, por tanto, quedan excluidas del estudio 34.

De estas 130 personas, contestan la encuesta 99 personas. 3 personas no quisieron realizarla, 2 fallecen en el periodo de recogida de datos, 1 persona tiene una enfermedad grave y no la puede contestar y por último 25 personas no son localizadas para realizarles la encuesta.

Edad.

La edad mínima es de 65 años y la máxima de 91 años.

La media de edad es de 75,46 años con una desviación típica de 6.940 años

Sexo

57 personas eran mujeres siendo un 57.6% y 42 eran hombres siendo un 42.4%.

Estado civil.

Respecto al estado civil 49 personas estaban casadas (49.5%), 30 personas viudas (30.3%), 16 personas solteras (16.2%) y 4 personas divorciadas (4.0%).

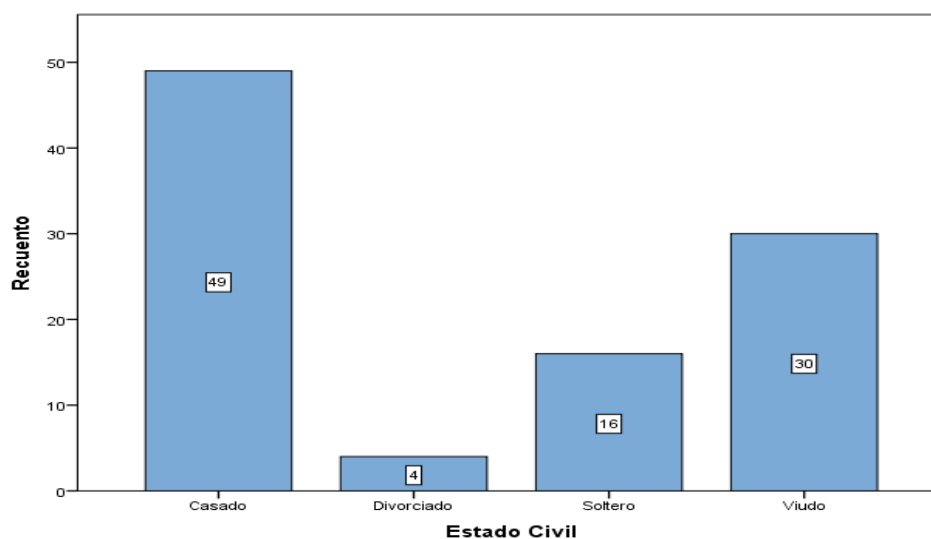


Figura 1. Estado Civil.

Tabla 1. Convivencia en el Hogar.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Con pareja e hijos	16	16,2	16,2	16,2
Con su madre	2	2,0	2,0	18,2
Con su pareja	34	34,3	34,3	52,5
Con sus hijos	12	12,1	12,1	64,6
Con su hermana	2	2,0	2,0	66,7
Con su Sobrino/a	4	4,0	4,0	70,7
Solo	29	29,3	29,3	100,0
Total	99	100,0	100,0	

El 34,34% de las personas viven con su pareja, solas viven el 29,29% y con pareja e hijos el 16,2%. Resto de formas de convivencia ver en la tabla.

Estar adscrito al servicio de ayuda a domicilio.

De las 99 personas que realizaron la encuesta, 10 personas tenían ayuda a domicilio (10.1%).

Estar adscrito al servicio de Teleasistencia.

De las 99 personas que realizaron la encuesta, 5 personas estaban adscritas al servicio de tele asistencia (5.1%)

Tabla 2. Autopercepción de la Salud.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
EXCELENTE	7	7,1	7,1	7,1
NORMAL	51	51,5	51,5	58,6
POBRE	9	9,1	9,1	67,7
REGULAR	32	32,3	32,3	100,0
Total	99	100,0	100,0	

La mayoría de las personas refiere tener una salud Normal 51.5% y el 58.6% tendrían una Percepción de la Salud Positiva.

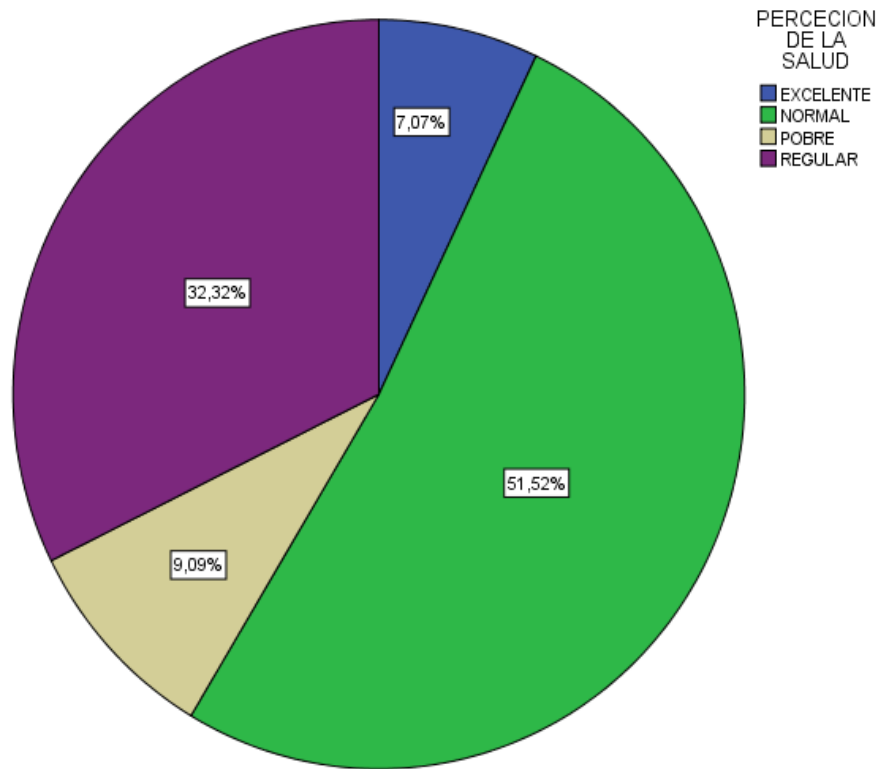


Figura 2. Grafico Percepción de la Salud

Tabla 3. Nivel de Soledad Social.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alto 21-30	2	2,0	2,0	2,0
Bajo 0-10	55	55,6	55,6	57,6
Medio 11-20	42	42,4	42,4	100,0
Total	99	100,0	100,0	

La mayoría de las personas encuestadas presentan un nivel de soledad social Bajo (55.6 %), seguido del Nivel Medio (42.4%) según la Escala ESTE II.

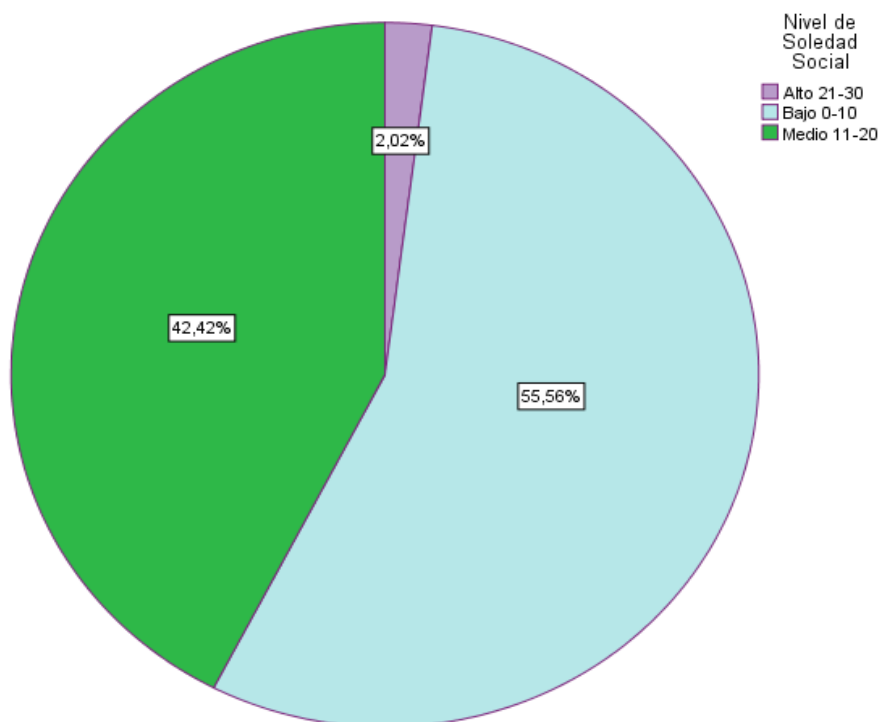


Figura 3. Nivel de Soledad Social.

Tabla 4. Nivel de Dependencia para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Dependencia Ligera 6-7 puntos	21	21,2	21,2	21,2
Dependencia Moderada 4-5 puntos	13	13,1	13,1	34,3
Dependencia Severa 2-3 puntos	1	1,0	1,0	35,4
Dependiente Total 0-1 puntos	5	5,1	5,1	40,4
Independiente 8 puntos	59	59,6	59,6	100,0
Total	99	100,0	100,0	

La mayoría de los individuos eran Independientes totalmente (59.6%), las personas con Dependencia Total eran el 5.1% del total.

Tabla 5. Nivel de Dependencia para las Actividades de la Vida Diaria.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Dependencia Leve 60-95	33	33,3	33,3	33,3
Dependencia Total 0-15 puntos	1	1,0	1,0	34,3
Independencia 100	65	65,7	65,7	100,0
Total	99	100,0	100,0	

La mayoría de las personas eran Independientes para las Actividades de la Vida Diaria (65.7%), según la Escala de Barthel para las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Tabla 6. Soledad Social Agrupada.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí Soledad Social	55	55,6	55,6	55,6
No Soledad Social	44	44,4	44,4	100,0
Total	99	100,0	100,0	

Si agrupamos a los individuos en función de niveles de Soledad Social, en dos grupos, uno personas con Niveles de soledad Social Baja y el otro a las personas con Soledad Social es decir personas con un nivel Medio y Alto, obtendríamos la tabla anterior. Como se puede ver hay un mayor porcentaje de personas sin Soledad Social 55.6%.

Tabla 7. Edad por Grupos.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
65 a 69 años	23	23,2	23,2	23,2
70 a 79 años	44	44,4	44,4	67,7
80 años o más	32	32,3	32,3	100,0
Total	99	100,0	100,0	

En esta tabla agrupamos a los individuos según 3 grupos de edad de 65 a 69 años, de 70 a 79 años y de 80 y más años.

Tabla 8. Soledad Social según Grupos de Edad.

		Grupos Edad			Total	
		65 a 69 años	70 a 79 años	80 años o más		
Soledad Social	No	Recuento	17	27	11	55
		% dentro de Soledad Social	30,9%	49,1%	20,0%	100,0%
		% dentro de Grupos Edad	73,9%	61,4%	34,4%	55,6%
		% del total	17,2%	27,3%	11,1%	55,6%
Si	Si	Recuento	6	17	21	44
		% dentro de Soledad Social	13,6%	38,6%	47,7%	100,0%
		% dentro de Grupos Edad	26,1%	38,6%	65,6%	44,4%
		% del total	6,1%	17,2%	21,2%	44,4%
Total	Total	Recuento	23	44	32	99
		% dentro de Soledad Social	23,2%	44,4%	32,3%	100,0%
		% dentro de Grupos Edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	23,2%	44,4%	32,3%	100,0%

Como se puede observar en la tabla de frecuencias a mayor edad el número de individuos con soledad social aumenta. Si lo analizamos estadísticamente obtenemos que $p = 0,008$, con lo cual podemos decir que esta diferencia de Soledad Social entre grupos de edad es estadísticamente significativa.

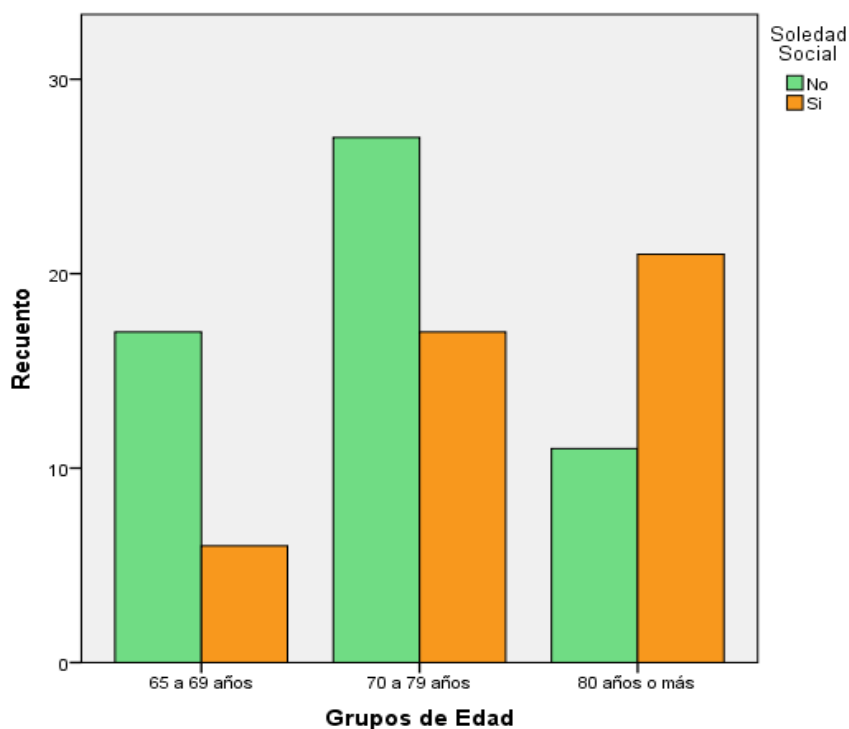


Figura 4. Soledad Social Según Grupos de Edad.

Tabla 9. Soledad Social según Sexo.

		Sexo			
		Hombre	Mujer	Total	
Soledad Social	No	Recuento	26	29	55
		% dentro de Soledad Social	47,3%	52,7%	100,0%
		% dentro de Sexo	61,9%	50,9%	55,6%
		% del total	26,3%	29,3%	55,6%
	Si	Recuento	16	28	44
		% dentro de Soledad Social	36,4%	63,6%	100,0%
		% dentro de Sexo	38,1%	49,1%	44,4%
		% del total	16,2%	28,3%	44,4%
Total		Recuento	42	57	99
		% dentro de Soledad Social	42,4%	57,6%	100,0%
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	42,4%	57,6%	100,0%

Si observamos la soledad social según el sexo de los individuos, podemos ver que hay más cantidad de mujeres con soledad social. La diferencia entre sexos no es significativamente estadística ya que $p = 0,275$.

Tabla 10. Estado Civil Agrupado.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Casado	49	49,5	49,5	49,5
Resto	50	50,5	50,5	100,0
Total	99	100,0	100,0	

Para poder operar adecuadamente con la variable Estado Civil, por un lado, agrupamos a los Casados y por otro el Resto de posibilidades. Como se puede ver ambas categorías tienen porcentajes similares.

Tabla 11. Soledad Social según Estado Civil Agrupado.

		Estado Civil Agrupado			
		Casado	Resto	Total	
Soledad Social	No	Recuento	32	23	55
		% dentro de Soledad Social	58,2%	41,8%	100,0%
		% dentro de Estado Civil Agrupado	65,3%	46,0%	55,6%
		% del total	32,3%	23,2%	55,6%
	Si	Recuento	17	27	44
		% dentro de Soledad Social	38,6%	61,4%	100,0%
		% dentro de Estado Civil Agrupado	34,7%	54,0%	44,4%
		% del total	17,2%	27,3%	44,4%
	Total	Recuento	49	50	99
% dentro de Soledad Social		49,5%	50,5%	100,0%	
% dentro de Estado Civil Agrupado		100,0%	100,0%	100,0%	
% del total		49,5%	50,5%	100,0%	

Dentro del grupo de Resto de Estados civiles hay más personas con soledad social, pero este dato no es significativo ya que $p=0,053$

Tabla 12. Convivencia en el Hogar Agrupada.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Acompañado	70	70,7	70,7	70,7
Solo	29	29,3	29,3	100,0
Total	99	100,0	100,0	

Para poder analizar la relación entre la soledad social y la personas con las que conviven los individuos a estudio, realizamos una nueva variable agrupando por un lado a todas las personas que viven con alguien en su hogar y lo llamamos Acompañado y el otro grupo está formado por las personas que refieren vivir solas. En este caso la mayoría de los individuos viven acompañados 70.7%.

Tabla 13. Soledad Social según Convivencia en el Hogar Agrupada.

		Convivencia Agrupada			
		Acompañado	Solo	Total	
Soledad Social	No	Recuento	41	14	55
		% dentro de Soledad Social	74,5%	25,5%	100,0%
		% dentro de Convivencia	58,6%	48,3%	55,6%
		% del total	41,4%	14,1%	55,6%
Soledad Social	Si	Recuento	29	15	44
		% dentro de Soledad Social	65,9%	34,1%	100,0%
		% dentro de Convivencia	41,4%	51,7%	44,4%
		% del total	29,3%	15,2%	44,4%
Total		Recuento	70	29	99
		% dentro de Soledad Social	70,7%	29,3%	100,0%
		% dentro de Convivencia	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	70,7%	29,3%	100,0%

Podría decirse que la proporción de individuos con soledad social entre las personas que viven Solas es mayor, tras analizar esta diferencia estadísticamente podemos decir que el resultado de esta diferencia no es significativo ya que $p = 0,348$

Tabla 14. Dependencia para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria Agrupada.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Independiente	59	59,6	59,6	59,6
	Dependiente	40	40,4	40,4	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

Agrupamos la Variable Nivel de Dependencia para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en una nueva variable llamada Dependencia para las AIVD Agrupada, formada por dos grupos, uno llamado Independientes con los individuos independientes y otro grupo llamado Dependientes con el resto de categorías de la variable Anterior. Hay mayor número de individuos Independientes para las AIVD 59.6%,

Tabla 15. Soledad Social Según Dependencia para AIVD Agrupada.

			Dependencia AIVD		Total
			Independiente	Dependiente	
Soledad Social	No	Recuento	37	18	55
		% dentro de Soledad Social	67,3%	32,7%	100,0%
		% dentro de Dependencia AIVD	62,7%	45,0%	55,6%
		% del total	37,4%	18,2%	55,6%
	Sí	Recuento	22	22	44
		% dentro de Soledad Social	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de Dependencia AIVD	37,3%	55,0%	44,4%
		% del total	22,2%	22,2%	44,4%
Total	Recuento	59	40	99	
	% dentro de Soledad Social	59,6%	40,4%	100,0%	
	% dentro de Dependencia AIVD	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	59,6%	40,4%	100,0%	

Si observamos la soledad social según la existencia de dependencia o no para las AIVD podemos ver que existe más soledad social en los Dependientes para las AIVD. Al realizar el análisis estadístico cuantificamos que esta diferencia no es significativa ya que $p=0,082$.

Tabla 16. Dependencia para las Actividades de la Vida Diaria.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Independiente	65	65,7	65,7	65,7
Dependiente	34	34,3	34,3	100,0
Total	99	100,0	100,0	

Realizamos una tabla agrupando los individuos en personas Independientes para las Actividades de la Vida Diaria(AVD) y en Dependientes para las AVD, en este grupo se incluyen el resto de categorías que no son Independientes. La mayoría de las personas son independientes 65.7%

Tabla 17. Soledad Social según Dependencia para las Actividades de la Vida Diaria Agrupada.

		Dependencia AVD		Total	
		Independiente	Dependiente		
Soledad Social	No	Recuento	43	12	55
		% dentro de Soledad Social	78,2%	21,8%	100,0%
		% dentro de Dependencia AVD	66,2%	35,3%	55,6%
		% del total	43,4%	12,1%	55,6%
	Sí	Recuento	22	22	44
		% dentro de Soledad Social	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de Dependencia AVD	33,8%	64,7%	44,4%
		% del total	22,2%	22,2%	44,4%
	Total	Recuento	65	34	99
		% dentro de Soledad Social	65,7%	34,3%	100,0%
		% dentro de Dependencia AVD	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	65,7%	34,3%	100,0%

Tras el análisis estadístico que da como resultado una $p= 0,003$ podemos decir que esta diferencia es estadísticamente significativa. Por tanto, podríamos decir que para nuestra población el hecho de ser Dependientes para las AVD acarrea mayores niveles de soledad social.

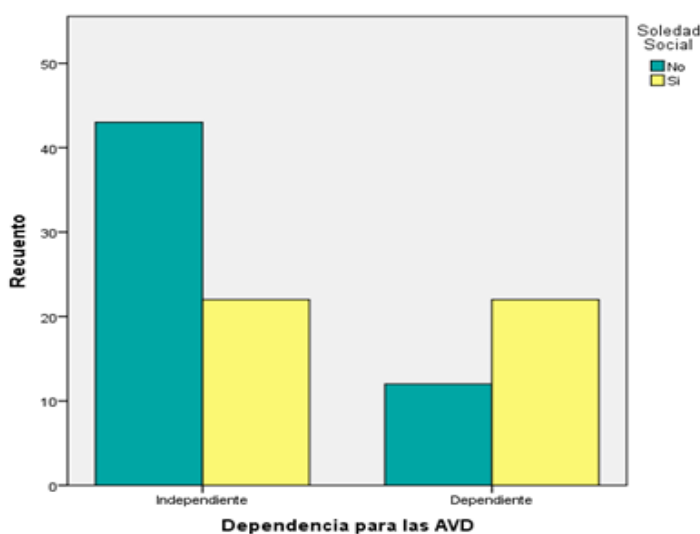


Figura 5. Soledad Social Según Dependencia para las AVD.

Tabla 18. Percepción de la Salud Agrupada.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Positiva	58	58,6	58,6	58,6
Negativa	41	41,4	41,4	100,0
Total	99	100,0	100,0	

Para poder operar convenientemente agrupamos los datos de Percepción de la Salud en una nueva variable con dos grupos: Salud Positiva en la que se incluye Excelente y Normal y Salud Negativa en la que se incluyen Regular y Pobre. Podemos ver que la mayoría de las personas tienen una percepción positiva de la Salud 58.6%.

Tabla 19. Percepción de Salud Agrupada con los Grupos de Edad.

Grupos de Edad		Percepción Salud Agrupada		
		Positiva	Negativa	Total
65 a 69 años	Recuento	17	6	23
	% dentro de Grupos de Edad	73,9%	26,1%	100,0%
	% dentro de P. Salud Agrupada	29,3%	14,6%	23,2%
	% del total	17,2%	6,1%	23,2%
70 a 79 años	Recuento	20	24	44
	% dentro de Grupos de Edad	45,5%	54,5%	100,0%
	% dentro de P. Salud Agrupada	34,5%	58,5%	44,4%
	% del total	20,2%	24,2%	44,4%
80 años o más	Recuento	21	11	32
	% dentro de Grupos de Edad	65,6%	34,4%	100,0%
	% dentro de P. Salud Agrupada	36,2%	26,8%	32,3%
	% del total	21,2%	11,1%	32,3%
Total	Recuento	58	41	99
	% dentro de Grupos de Edad	58,6%	41,4%	100,0%
	% dentro de P. Salud Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	58,6%	41,4%	100,0%

Observamos que a mayor edad crece el número de individuos que tienen una Percepción de la Salud Negativa, siendo este dato el mayor en los individuos entre 70 y 79 años. Al realizar el análisis estadístico el valor de $p=0,050$ con lo cual esta relación no es estadísticamente significativa.

Tabla 20. Percepción de la Salud Agrupada según Sexo.

Sexo	Hombre	Recuento	Percepción Salud		Total
			Posiiva	Negativa	
		27	15		42
		% dentro de Sexo	64,3%	35,7%	100,0%
		% dentro de P. Salud	46,6%	36,6%	42,4%
		% del total	27,3%	15,2%	42,4%
	Mujer	31	26		57
		% dentro de Sexo	54,4%	45,6%	100,0%
		% dentro de P. Salud	53,4%	63,4%	57,6%
		% del total	31,3%	26,3%	57,6%
Total		58	41		99
		% dentro de Sexo	58,6%	41,4%	100,0%
		% dentro de P. Salud	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	58,6%	41,4%	100,0%

Observamos los resultados de la Percepción de la Salud según el Sexo, podemos ver que las mujeres tienen un porcentaje mayor de Percepción Negativa en comparación con los hombres, pero $p= 0,323$ por tanto esta diferencia no sería significativa estadísticamente.

Tabla 21. Dependencia para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria según Grupos de Edad.

Dependencia AIVD	Independiente	Recuento	Grupos Edad			Total
			65 a 69 años	70 a 79 años	80 años o más	
		17	27	15	59	
		% dentro de Dependencia AIVD	28,8%	45,8%	25,4%	100,0%
		% dentro de Grupos Edad	73,9%	61,4%	46,9%	59,6%
		% del total	17,2%	27,3%	15,2%	59,6%
	Dependiente	6	17	17	40	
		% dentro de Dependencia AIVD	15,0%	42,5%	42,5%	100,0%
		% dentro de Grupos Edad	26,1%	38,6%	53,1%	40,4%
		% del total	6,1%	17,2%	17,2%	40,4%
Total		23	44	32	99	
		% dentro de Dependencia AIVD	23,2%	44,4%	32,3%	100,0%
		% dentro de Grupos Edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	23,2%	44,4%	32,3%	100,0%

Como podemos ver también va aumentando el porcentaje de dependientes para las AIVD según avanza la edad, pero este dato no es significativo $p= 0,125$

Tabla 22. Dependencia para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria según Sexo.

		Sexo			
		Hombre	Mujer	Total	
Dependencia AIVD	Independiente	Recuento	17	42	59
		% dentro de Dependencia AIVD	28,8%	71,2%	100,0%
		% dentro de Sexo	40,5%	73,7%	59,6%
		% del total	17,2%	42,4%	59,6%
	Dependiente	Recuento	25	15	40
		% dentro de Dependencia AIVD	62,5%	37,5%	100,0%
		% dentro de Sexo	59,5%	26,3%	40,4%
		% del total	25,3%	15,2%	40,4%
Total	Recuento	42	57	99	
	% dentro de Dependencia AIVD	42,4%	57,6%	100,0%	
	% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	42,4%	57,6%	100,0%	

Hay un mayor porcentaje de Hombres Dependientes para las AIVD en comparación con las mujeres, lo cual es significativo estadísticamente ya que $p=0.001$.

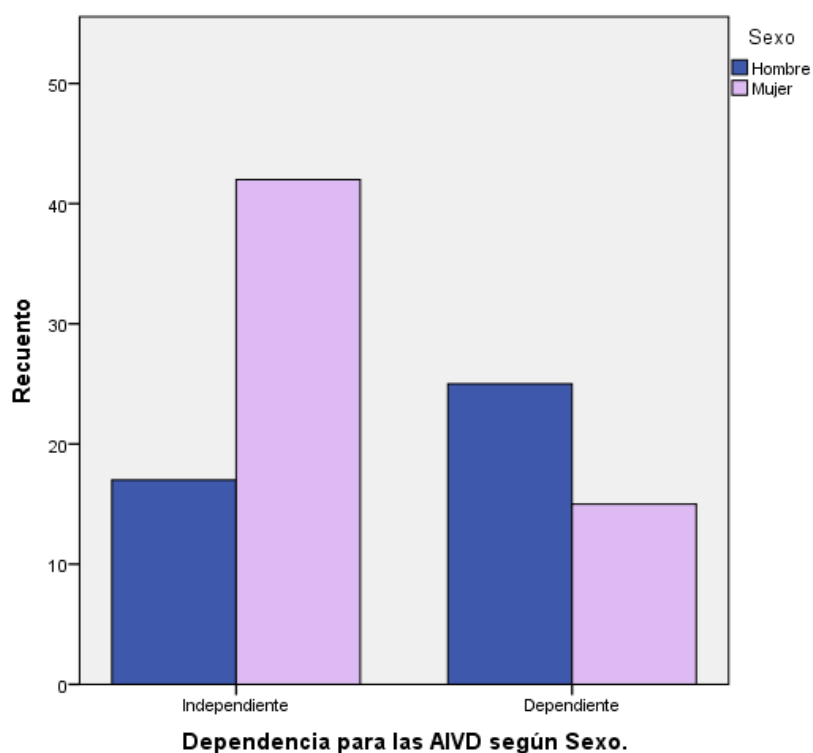


Figura 6. Dependencia para las AIVD según Sexo.

Tabla 23. Dependencia para las AVD según Grupos de Edad.

		Grupos Edad			Total	
		65 a 69 años	70 a 79 años	80 años o más		
Dependencia AVD Agrupada	No	Recuento	22	31	12	65
		% dentro de Dependencia AVD	33,8%	47,7%	18,5%	100,0%
		% dentro de Grupos Edad	95,7%	70,5%	37,5%	65,7%
		% del total	22,2%	31,3%	12,1%	65,7%
	Sí	Recuento	1	13	20	34
		% dentro de Dependencia AVD	2,9%	38,2%	58,8%	100,0%
		% dentro de Grupos Edad	4,3%	29,5%	62,5%	34,3%
		% del total	1,0%	13,1%	20,2%	34,3%
Total		Recuento	23	44	32	99
		% dentro de Dependencia AVD	23,2%	44,4%	32,3%	100,0%
		% dentro de Grupos Edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	23,2%	44,4%	32,3%	100,0%

Podemos ver que el porcentaje de personas dependientes va aumentando con la edad, al realizar el análisis estadístico $p=0,000$ por tanto este dato sería significativamente estadístico. Por tanto, en nuestra población las personas de edad tienen mayores porcentajes de dependencia para las AVD.

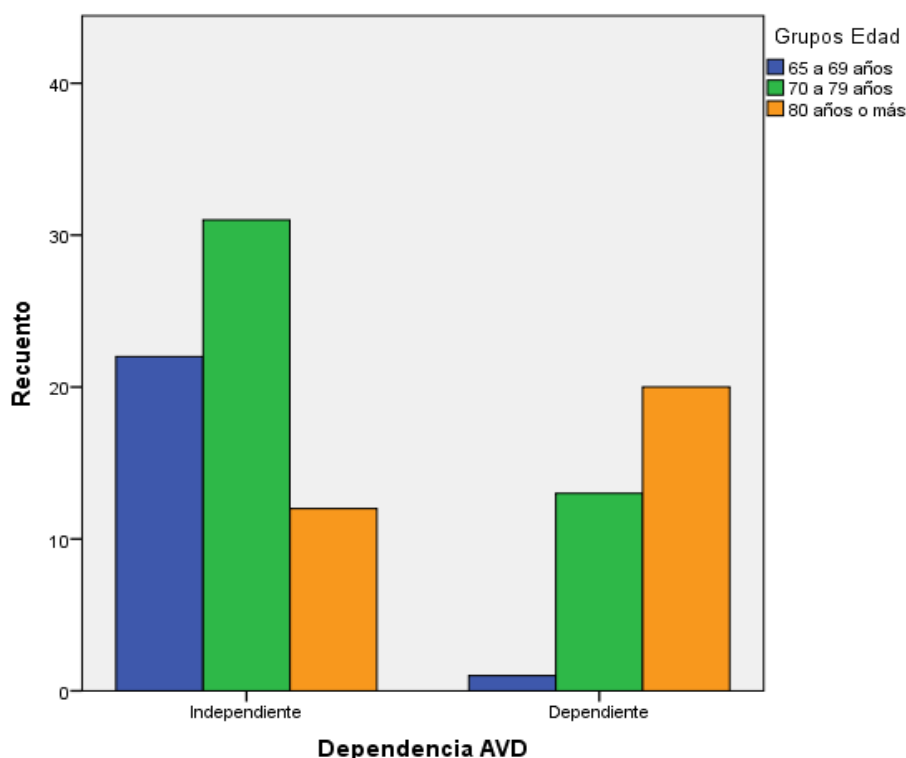


Figura 7. Dependencia para las AVD según Grupos de Edad.

Tabla 24. Dependencia para las AVD según el Sexo.

			Sexo		
			Hombre	Mujer	Total
Dependencia AVD Agrupada	No	Recuento	32	33	65
		% dentro de Dependencia AVD	49,2%	50,8%	100,0%
		% dentro de Sexo	76,2%	57,9%	65,7%
		% del total	32,3%	33,3%	65,7%
	Si	Recuento	10	24	34
		% dentro de Dependencia AVD	29,4%	70,6%	100,0%
		% dentro de Sexo	23,8%	42,1%	34,3%
		% del total	10,1%	24,2%	34,3%
	Total	Recuento	42	57	99
		% dentro de Dependencia AVD	42,4%	57,6%	100,0%
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	42,4%	57,6%	100,0%

El porcentaje de mujeres dependientes para las AVD es mayor que el de los hombres, pero al analizar estos datos $p=0,058$ por tanto no es significativo.

Tabla 25. Puntuación total Soledad Social.

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Varianza
Puntuación Total en Soledad Social	99	21	0	21	9,91	3,985	15,879
N válido (según lista)	99						

La puntuación media corresponde a 9.91 puntos lo que corresponde a un nivel bajo de soledad social.

Tabla 26. Puntuación Total en Soledad Social según Grupos de Edad.

Puntuación total en soledad social									
					Intervalo de confianza para la media al 95%				
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Límite inferior	Límite superior	Mínimo	Máximo	
65 a 69 años	23	8,22	3,176	,662	6,84	9,59	1	12	
70 a 79 años	44	9,52	4,718	,711	8,09	10,96	0	21	
80 años o más	32	11,66	2,585	,457	10,72	12,59	7	16	
Total	99	9,91	3,985	,400	9,11	10,70	0	21	

Se observa en la tabla que a mayor edad aumenta la puntuación en soledad social pasando de un nivel bajo a un nivel medio. Estas diferencias entre grupos son significativas $p=0.001$.

Tabla 27. Puntuación Total Soledad Social según Sexo.

Puntuación total en soledad social		Intervalo de confianza para la media al 95%						
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Límite inferior	Límite superior	Mínimo	Máximo
Hombre	42	9,69	3,935	,607	8,46	10,92	0	19
Mujer	57	10,07	4,048	,536	9,00	11,14	1	21
Total	99	9,91	3,985	,400	9,11	10,70	0	21

Las mujeres tienen una puntuación más alta que los hombres, pero este dato no es significativo, $p= 0.642$

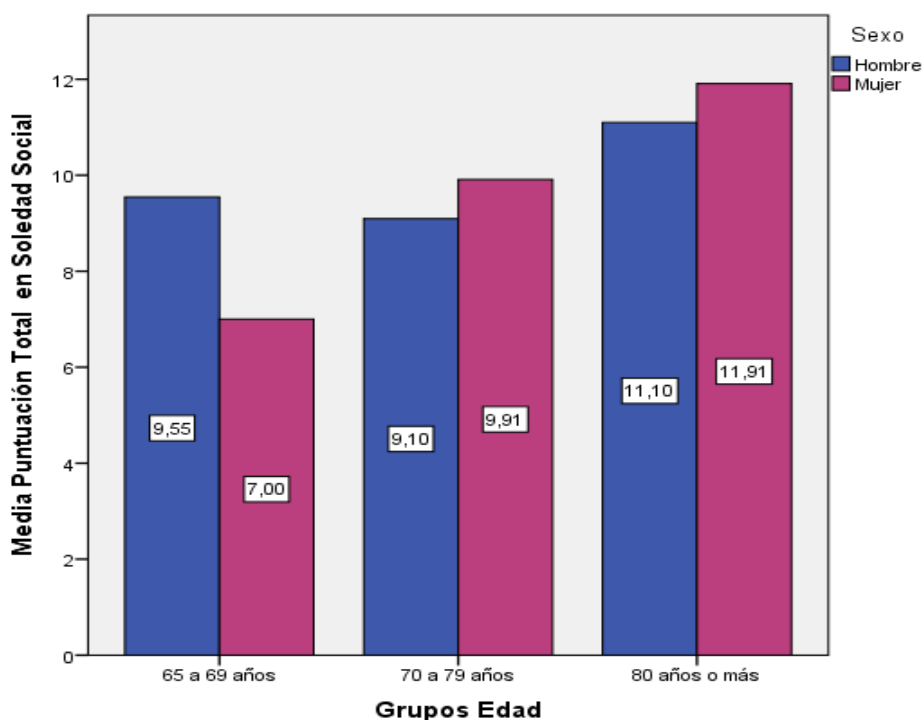


Figura 8. Puntuación Media Soledad Social según Sexo y Grupos de Edad.

Como se puede observar en el grupo de edad de 65 a 69 años los hombres tienen una puntuación media superior sin embargo cuando avanza la edad las mujeres tienen puntuaciones más altas.

Tabla 28. Puntuación Total Soledad Social según Estado Civil Agrupado.

Puntuación total en soledad social								
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Casado	49	8,84	3,848	,550	7,73	9,94	1	18
Resto	50	10,96	3,870	,547	9,86	12,06	0	21
Total	99	9,91	3,985	,400	9,11	10,70	0	21

Las personas casadas tienen una puntuación de soledad social media más baja que el Resto de Estados Civiles esta diferencia es estadísticamente significativa ya que $p= 0.007$. Las personas Casadas tendrían una puntuación que equivaldría a un nivel bajo y las personas solteras a un nivel medio.

Tabla 29. Puntuación Total Soledad Social según Convivencia en el Hogar.

Puntuación total en soledad social								
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Acompañado	70	9,49	3,646	,436	8,62	10,36	1	18
Solo	29	10,93	4,613	,857	9,18	12,69	0	21
Total	99	9,91	3,985	,400	9,11	10,70	0	21

Las personas que viven solas tienen una puntuación media más alta que las personas que viven acompañadas pero este dato no es significativo $p= 0.101$.

Tabla 30. Puntuación Total Soledad Social según Teleasistencia.

Puntuación total en soledad social								
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Sí	5	13,60	1,140	,510	12,18	15,02	12	15
No	94	9,71	3,988	,411	8,90	10,53	0	21
Total	99	9,91	3,985	,400	9,11	10,70	0	21

Las personas que están suscritas a un servicio de Teleasistencia tienen una puntuación media en soledad social más alta (13.60 puntos nivel de soledad social medio) que las que no, lo cual es significativo estadísticamente $p= 0.033$.

Tabla 31. Puntuación Total Soledad Social según Asistencia a Domicilio.

Puntuación total en soledad social								
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Si	10	12,60	3,026	,957	10,44	14,76	7	19
No	89	9,61	3,979	,422	8,77	10,44	0	21
Total	99	9,91	3,985	,400	9,11	10,70	0	21

Las personas que tienen algún tipo de Servicio de Asistencia a Domicilio, tienen mayor puntuación media en soledad social (12.60 puntos nivel de soledad social medio) siendo el dato estadísticamente significativo $p=0.024$.

Tabla 32. Puntuación Total Soledad Social según Dependencia para las AIVD.

Puntuación total en soledad social								
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Independiente	59	9,39	4,106	,535	8,32	10,46	0	21
Dependiente	40	10,68	3,717	,588	9,49	11,86	1	18
Total	99	9,91	3,985	,400	9,11	10,70	0	21

Las personas que son dependientes para las AIVD tienen una puntuación media mayor en soledad social que las independientes, lo cual no es significativo $p=0.116$.

Tabla 33. Puntuación Total Soledad Social según Dependencia para las AVD.

Puntuación total en soledad social								
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Independiente	65	8,89	3,941	,489	7,92	9,87	0	21
Dependiente	34	11,85	3,332	,571	10,69	13,02	5	18
Total	99	9,91	3,985	,400	9,11	10,70	0	21

Las personas dependientes tienen una puntuación media para la soledad social mayor (11.85 puntos nivel medio) que las independientes (8.89 puntos nivel bajo), lo cual es significativo, $p= 0.000$.

6. Discusión.

Según los datos extraídos de la Encuesta Continua de Hogares 2015 (Instituto Nacional de Estadística, 2016) en España la forma de convivencia más común en las personas de 65 o más años que vivían en viviendas familiares según la Encuesta continua de Hogares del INE del año 2015: era en pareja sin hijos en el hogar (45,0%), seguida de solas (22,4%) y en pareja con hijos (15,4%). En nuestro concejo las formas de vivir más comunes eran: vivir con su pareja sin hijos (34,34%), seguida de vivir solo (29.29%) y con pareja e hijos el (16.2%). Como podemos ver las formas de convivencia principales son las mismas, aunque en nuestro concejo hay menos porcentaje de personas que viven en pareja y por el contrario hay un porcentaje más elevado de personas que viven solas.

Al comparar los resultados obtenidos con los de la III Encuesta de Salud para Asturias del año 2012 (Margolles y Donate, 2013) podemos ver que la percepción de la salud del 45,4 % de los mayores de 64 de Asturias tienen una percepción de la Salud positiva frente al 58,6 % de nuestra población. En el total de la población de Asturias y en nuestro estudio las mujeres refieren tener una salud peor que los hombres.

Si intentamos comparar los datos de dependencia vemos que para la población Mayores de 64 años de Asturias hay un porcentaje de no limitados del 55.5% en la población de nuestro estudio obtuvimos que el 59.6% de las personas eran independientes para las AIVD Independientes para las AIVD y que el 65.7% eran independientes para las AVD, esta diferencia entre porcentajes en nuestra población es debido a que las AIVD se ven afectadas antes que las AVD cuando existe algún deterioro. Si comparamos entre sexos, en la encuesta de Salud de Asturias donde no desagrega por edades, las mujeres tienen un porcentaje menor de independientes 70.8% frente a los Hombres con un 78.3%, en Peñamellera Alta y para nuestro rango de edad las mujeres son independientes para las AIVD en un 73.7 % un porcentaje mayor que los hombres y para las AVD son independientes un 57.9% lo cual es un dato inferior que el de los hombres que son independientes un 76.2%.

En la encuesta de Asturias se recoge un dato que es la Auto percepción de la vida social que es el dato más próximo a la soledad social que podemos obtener de Asturias. El 18.5% de las personas mayores de 64 años de Asturias refieren tener una vida social poco satisfactoria o insatisfactoria, las mujeres sin distinguir edad, indicaron esto en un 16.2%, este dato es superior que el de los hombres. En Peñamellera Alta el dato de personas con soledad social es de 55.6 %, según sexos; las mujeres con 49.1 % también tienen un porcentaje mayor que los hombres que presentan el 38.1%. Aunque con estos datos no se puede extraer ninguna conclusión comparativa entre Asturias y el Concejo de Peñamellera Alta, si se puede observar que las mujeres en ambos trabajos presentan porcentajes más altos que los hombres.

Si Comparamos nuestros datos de soledad social con el estudio realizado en Granada previamente, en el que analiza la soledad social según las puntuaciones obtenidas en la Escala ESTEII (Rubio et al. 2010), podemos ver que en este estudio obtuvieron diferencias entre sexos, siendo las mujeres las que presentaban puntuaciones más altas, en nuestro estudio también ocurre esto, aunque el dato no es significativo estadísticamente. La hipótesis que presentan los investigadores que realizaron la Escala ESTE II, es que las mujeres con el paso del tiempo van perdiendo el rol que ocupaban de distintas maneras; como puede ser el hecho de que pasan de ser protectoras a protegidas, las diferentes pérdidas de familiares en el hogar bien por emancipación o muerte. Esto les puede hacer que no se adapten al cambio social que se experimenta con estos cambios.

Respecto a la edad en el estudio realizado en Granada se encontraron diferencias en función del rango de edad, siendo el rango con puntuaciones más altas el de 80 años o más y el de menor puntuación el de 65 a 69 años. En nuestro estudio aparece el mismo patrón y además es un resultado estadísticamente significativo. Con lo cual nuestro datos coinciden también con estudios anteriores al realizado por Rubio en 2010, esta misma autora expone que esta relación entre edad y soledad social tiene una doble dimensión por un lado la realidad objetiva que se justifica con el aumento de la edad, la aparición creciente de enfermedades, las pérdida de familiares y seres queridos, la aproximación de la muerte y por el otro una realidad subjetiva que nace de la percepción personal sobre su proceso de envejecimiento (Rubio et al. 2011).

En el estudio de Granada al relacionar género y edad con la puntuación en soledad social, se observa que la soledad social aumenta a mayor rango de edad y también son las mujeres las que mayor puntuación obtienen. En nuestro estudio al comparar estas variables vemos que en el grupo de edad de 65 a 69 años los hombres tienen una puntuación media superior al de las mujeres y también que el grupo de hombres de 70 a 79 años lo cual presenta una diferencia con la población de Granada, sin embargo, cuando avanza la edad las mujeres tienen puntuaciones más altas que los hombres.

Si comparamos estas puntuaciones entre poblaciones podemos ver que para las mujeres en la población de Peñamellera Alta obtienen unas puntuaciones para los 3 intervalos de edad (datos ordenados de menor edad a mayor edad) de 7.00/ 9.91/ 11.91 puntos, la población de Granada presenta 13.00/ 14,26/ 15.36 puntos. En cuanto a los hombres para la población de Peñamellera Alta las puntuaciones son de 9.56/ 9.10/ 11.10 puntos y para la población de Granada los resultados son 12.46/ 13.07 / 13.31 puntos. Con estos resultados se puede ver que la población de Peñamellera Alta tiene puntuaciones medias de soledad social más baja que la de Granada. Para poder indagar sobre esta diferencia deberíamos conocer diferentes variables en la muestra de la población de Granada que desconocemos y nos podrían dar pistas sobre a qué factores se pueden deber estas diferencias, como puede

ser lugar de residencia rural o urbano, el porcentaje de personas que viven solas, el porcentaje de personas dependientes, etc.

En la población de Granada se encontraron diferencias en cuanto al estado civil, siendo los solteros, viudos y separados los que obtienen mayores niveles de soledad social, mientras que los casados son los que obtienen menor puntuación. En nuestro estudio agrupamos estas variables en dos grupos para poder operar Casados y Resto de Estados Civiles (Solteros, Viudos y Divorciados) y los resultados que obtenemos son similares ya que los Casados tienen una puntuación media inferior al Resto de Estados civiles siendo esto significativo estadísticamente en nuestro caso lo cual tiene mucho sentido ya que las personas casadas en principio siempre tienen una persona a su lado para relacionarse.

Por último, en el estudio realizado previamente encontraron resultados significativos en la variable tener o no servicio de teleasistencia contratado, observándose que las personas que tenía un servicio de teleasistencia tenían una puntuación más alta en soledad social, en nuestro estudio obtenemos los mismos resultados siendo también significativo. Cabe añadir que las personas que tienen un servicio de Ayuda a domicilio en el Concejo de Peñamellera también tienen puntuaciones más altas de soledad social en comparación con las que no siendo este dato estadísticamente significativo. Son ambos resultados contradictorios ya que estos servicios podrían aumentar las relaciones sociales de las personas que están suscritas, como hipótesis los investigadores de Granada reflejan que estas personas podrían usar el servicio de teleasistencia como forma de contacto social y que la teleasistencia podría ser un recurso importante como fuente de apoyo social en los mayores. Por nuestra parte también creemos que las personas que precisan servicios de teleasistencia y ayuda a domicilio quizás tengan cierto deterioro y dependencia, sobre todo en caso de las personas con ayuda a domicilio y como analizaremos después las personas dependientes tienen puntuaciones de soledad social más alta.

También obtuvimos como resultado significativo estadísticamente que las personas con dependencia para las AVD tienen puntuaciones más altas en soledad social. Probablemente debido a que el deterioro que afecta a estas actividades que son básicas, es un deterioro profundo y a su vez afectada a la esfera social de la persona que lo sufre.

Si estudiamos los resultados de la Escala ESTE II para nuestra población en base a las personas que tenían o no soledad social según los criterios expuestos en los resultados, podemos ver que aumenta el porcentaje de personas con soledad social según aumenta la edad de manera estadísticamente significativa. También hay un mayor porcentaje de personas con soledad social dependientes para las AVD lo cual también es significativo. Ambos resultados pueden estar relación, ya que tiene relación con el deterioro, en el primer caso debido al deterioro a nivel biopsicosocial que produce el avance de la edad y en segundo caso el hecho de ser dependiente para las AVD puede reflejar un deterioro importante a

todos los niveles también por tanto ante estas dos situaciones las relaciones sociales es probable que se vean muy afectadas.

Respecto a los resultados sobre la dependencia en la población de Peñamellera Alta obtenemos diferentes resultados destacables estadísticamente. Por una parte, el porcentaje de hombres dependientes para las AIVD es mayor que el de las mujeres, esto puede ser debido a que muchos hombres no sabían realizar las tareas domésticas, debido en muchos casos a la educación que recibieron en sus hogares y estas tareas forman parte de varios apartados del Índice de Lawton y Brody y también obtuvimos que el porcentaje de personas dependientes para las AVD aumenta con la edad lo que tiene sentido ya que las personas con la edad van perdiendo facultades a todos los niveles por tanto aumenta la dependencia para realizar las actividades para el autocuidado personal.

7. Conclusiones.

Con los datos obtenidos podemos decir que la población de Peñamellera Alta tiene unos niveles de soledad social según la Escala ESTE II más bajos que los realizados en otros estudios de nuestro entorno, pero los colectivos afectados son similares tanto las personas de mayor edad como las personas que no están casadas. En nuestro estudio obtuvimos que las personas dependientes para las AVD tienen una puntuación media más alta en la Escala ESTE II y que a su vez hay mayor porcentaje de personas dependientes con soledad social.

Cabe destacar los resultados de mayor nivel de soledad social obtenidos en las personas con Teleasistencia y/o Asistencia a Domicilio pese a que estos servicios podrían ampliar los contactos sociales de la persona suscrita.

Respecto a la dependencia también se obtuvieron resultados lógicos, las personas más mayores tienen mayor dependencia para las AVD por el deterioro a todos los niveles que produce el paso del tiempo en el ser humano. En cuanto a la dependencia para las AIVD tienen un porcentaje más elevado los hombres ya que en la puntuación del Índice de Lawton y Brody influye notablemente las tareas del hogar y en estas los hombres de estas edades por su educación no participan en ellas.

Con estos resultados, podemos detectar una problemática que aumentará con el envejecimiento de la población y que afectara a colectivos de riesgo como son las personas ancianas, personas dependientes y personas que viven solas.

A su vez este trabajo creemos que aportará varios beneficios para la población donde se ha desarrollado. Nos ayuda a adentrarnos mejor en la realidad del concejo donde trabajamos, nos anima a seguir investigando para conocer más específicamente las causas que hacen que estos colectivos sean los más afectados por las Soledad social y la Dependencia y por último, intentaremos poner en marcha medidas que puedan mejorar la calidad de vida de estas personas, conjuntamente con otros servicios y organizaciones públicas como son la Unidad de Trabajo Social del Concejo, el Ayuntamiento y la Asociación de vecinos.

8. Bibliografía.

- Ayuntamiento de Peñamellera Alta. (2017). *ayto-penamelleraalta/Municipio*. Asturias. Recuperado de <http://www.aytopenamelleraalta.es/municipio>.
- Cloutier-Fisher, D., Kobayashi, K. y Smith A. (2011). The subjective dimension of social isolation: A qualitative investigation of older adults' experiences in small social support networks. *Journal of Aging Studies*, 25, pp. 407-414
- Díez, J. y Morenos, M. (1ª ed.) (2015). *La Soledad en España*. Madrid, España: Fundación ONCE-Fundación AXA.
- Dugan, E. y Kivett V.R. (1994) The Importance of Emotional and Social Isolation to Loneliness Among Very Old Rural Adults. *The Gerontologist*.34(3), pp. 340-346.
- Esparza, C. (2011). Discapacidad y dependencia en España. *Informes Portal Mayores*, pp. 108.
- Gene-Badia, J., Ruiz-Sanchez, M., Obiols-Masó, N., Oliveros, L. y Lagarda, E. (2016). Aislamiento social y soledad ¿Qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Atención Primaria*, 48(9), pp. 604-609.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T., Baker, M., Harris, T. y Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), pp.227-237.
- Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta continua de Hogares 2015. Notas de Prensa*. 2016. Madrid: España.
- Lorenzo Otero, T., Maseda Rodríguez, A. y Millán Calenti, J. (1ªed.) (2008). *La dependencia en las personas mayores*. La Coruña, España: Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias.
- Machielse, A. (2015). The Heterogeneity of Socially Isolated Older Adults: A Social Isolation Typology. *Journal of Gerontological Social Work*, 58(4), pp.338-356.

- Margolles, M. y Donate, I. (2013) *III Encuesta de Salud para Asturias, Año 2012*. Oviedo, España: Consejería de Sanidad de Asturias.
- Nicholson, N. (2012). A Review of Social Isolation: An Important but Underassessed Condition in Older Adults. *The Journal of Primary Prevention*, 33(2-3), pp.137-152.
- Ollero, M., Cabrera, J.M., García, M. D., Gómez, E., Melguizo, M., Ossorno, M., Pujol, E., Quesada, F., Ruiz, A., San Román, C.y de Villar, E. (2ªed.). (2007). *Atención a Pacientes Pluripatólogicos*. Sevilla, España: Consejería de Salud.
- Rubio, R. (2004). La soledad en las personas mayores españolas”. Portal Mayores. Recuperado de :<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-01.pdf>.
- Rubio, R. (2007). La problemática de la soledad en los mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2, pp. 11-28.
- Rubio, R. y Aleixandre, M. (2001). Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre estar solo y sentirse solo. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*. 11(1), pp. 23-28.
- Rubio, R., Cerquera A. M., Muñoz, R. y Pinzón, E. A. (2011). Concepciones populares sobre soledad de los adultos mayores de España y Bucaramanga, Colombia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 7(2), pp. 307-319
- Rubio, R., Rubio, L. y Pinel, M. (2010). Un instrumento de medición de la soledad social: Escala ESTE II'. Universidad de Granada. pp.16.
- Rubio, R., Rubio, L. y Pinel, M. (2011). Tres interrogantes sobre la soledad social en los Adultos mayores de Granada, España. *Revista de Psicología de Trujillo*. 13(2), pp. 166-173.
- Shankar, A., McMunn, A., Demakakos, P., Hamer, M. y Steptoe, A. (2017). Social isolation and loneliness: Prospective associations with functional status in older adults. *Health Psychology*, 36(2), pp.179-187.

9. Anexos.

Anexo A.

Carta de presentación.

Hola soy Manuel Gayol enfermero del Consultorio de Alles, me pongo en contacto con usted porque estoy realizando un estudio como parte de mi formación en el Máster de Investigación Sociosanitaria de la Universidad de León. Dicho estudio intenta conocer si existe relación entre la soledad social y la dependencia en las personas mayores del concejo de Peñamellera Alta. La soledad social ocurre cuando hay un empobrecimiento de las relaciones sociales y la dependencia es la necesidad de ayuda para las actividades cotidianas.

Si usted quisiera participar sería de gran ayuda. Para participar simplemente tiene que contestar a una encuesta con una serie de preguntas que yo le iré proponiendo; no le llevaré más de 15 minutos.

Sus datos personales, así como la información que nos comunique, serán tratados de manera confidencial y por tanto secreta.

Al final del estudio si usted quiere le serán comunicados los resultados.

Muchas gracias.

Anexo B.

Encuesta para el Estudio Soledad Social y Dependencia.

(Las encuestas fueron realizadas y se archivaron los datos a través de la aplicación informática Google Formularios por tanto esto es un ejemplo de los apartados incluidos en la misma.)

1. N° encuesta:

2. N° Historia:

3. Edad:

4. Sexo. (Redondea una opción)

Hombre

Mujer

5. Estado Civil. (Redondea una opción)

Casado

Viudo

Soltero

Divorciado

Separado

6. ¿Con quién vive en su hogar? (Redondea una opción)

Solo

Con su pareja

Con su pareja e hijos/as

Con sus hijos

Con otros

7. ¿Tiene usted Ayuda a Domicilio? (Redondea una opción)

Si

No

8. ¿Tiene usted Servicio de Teleasistencia? (Redondea una opción)

Si

No

9. ¿Cómo percibe usted su Nivel de Salud? (Redondea una opción)

Excelente

Bueno

Normal

Pobre

Escala ESTE II.

10. ¿Vd. tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos? (Redondea una opción)

Siempre 0

A veces 1

Nunca 2

11. ¿Cree que hay personas que se preocupan por usted? (Redondea una opción)

Siempre 0

A veces 1

Nunca 2

12. ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta? (Redondea una opción)

Siempre 0

A veces 1

Nunca 2

13. ¿Siente que no le hacen caso? (Redondea una opción)

Siempre 2

A veces 1

Nunca 0

14. ¿Se siente triste? (Redondea una opción)

Siempre 2

A veces 1

Nunca 0

15. ¿Se siente usted solo? (Redondea una opción)

Siempre 2

A veces 1

Nunca 0

16. ¿Y por la noche, se siente solo? (Redondea una opción)

Siempre 2

A veces 1

Nunca 0

17. ¿Se siente querido? (Redondea una opción)

Siempre 0

A veces 1

Nunca 2

18. ¿Utiliza Ud. el teléfono móvil? (Redondea una opción)

Siempre 0

A veces 1

Nunca 2

19. ¿Utiliza Ud. el ordenador/tablet/Consola? (Redondea una opción)

Siempre 0

A veces 1

Nunca 2

20. ¿Utiliza Ud. Internet? (Redondea una opción)

Siempre 0

A veces 1

Nunca 2

21. Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?
(Redondea una opción)

Siempre 0

A veces 1

Nunca 2

22. ¿Le resulta fácil hacer amigos? (Redondea una opción)

Siempre 0

A veces 1

Nunca 2

23. ¿Va algún parque, asociación, hogar del pensionista donde se relacione con otros mayores? (Redondea una opción)

Siempre 0

A veces 1

Nunca 2

24. ¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/ pueblo?
(Redondea una opción)

Siempre 0

A veces 1

Nunca 2

25. Puntuación total en Soledad Social. (Suma de la puntuación de las respuestas anteriores).

26. Nivel de Soledad Social. (Redondee una opción Según la puntuación obtenida).

Alto

Medio

Bajo

Índice para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody.

27. Capacidad para usar el Teléfono. (Redondea una opción)

Utiliza el teléfono por iniciativa propia 1

Es capaz de marcar bien algunos números familiares 1

Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar 1

No es capaz de usar el teléfono 0

28. Hacer compras.

Realiza independientemente todas las compras necesarias 1

Realiza independientemente pequeñas compras 0

Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra 0

Totalmente incapaz de comprar 0

29. Preparación de la comida. (Redondea una opción)

Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente 1

Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes 0

Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada 0

Necesita que le preparen y sirvan las comidas 0

30. Cuidado de la casa. (Redondea una opción)

Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional para trabajos pesados 1

Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas 1

Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza 1

Necesita ayuda en todas las labores de la casa 1

No participa en ninguna labor de la casa 0

31. Lavado de la Ropa. (Redondea una opción)

Lava por sí solo toda su ropa 1

Lava por sí solo pequeñas prendas 1

Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona 0

32. Uso de medios de transporte. (Redondea una opción)

Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche 1

Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte 1

Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona 1

Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros 0

No viaja 0

33. Responsabilidad respecto a su medicación. (Redondea una opción)

Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta 1

Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente 0

No es capaz de administrarse su medicación 0

34. Manejo de asuntos económicos. (Redondea una opción)

Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo. 1

Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos... 1

Incapaz de manejar dinero. 0

35. Total Puntuación LAWTON Y BRODY. (Suma de la puntuación de las respuestas anteriores).

36. Nivel de dependencia en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. (Redondee una opción según la puntuación obtenida).

Dependiente Total 0-1 puntos.

Dependencia Severa 2-3 puntos.

Dependencia Moderada 4-5 puntos Dependencia.

Ligera 6-7 puntos Independiente 8 puntos.

Escala de Barthel para las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

37. Alimentación. (Redondea una opción)

Independiente 10

Necesita ayuda 5

Dependiente 0

38. Baño. (Redondea una opción)

Independiente 5

Dependiente 0

39. Vestirse. (Redondea una opción)

Independiente 10

Necesita ayuda 5

Dependiente 0

40. Arreglarse. (Redondea una opción).

Independiente 5

Dependiente 0

41. Deposiciones. (Redondea una opción)

Continente 10

Incontinencia ocasional 5

Incontinente 0

42. Micción. (Redondea una opción)

Continente 10

Incontinencia ocasional 5

Incontinente 0

43. Uso Retrete. (Redondea una opción)

Independiente 10

Necesita Ayuda 5

Dependiente 0

44. Trasladarse desde la cama al sillón o a la silla de ruedas. (Redondea una opción)

Independiente 15

Mínima ayuda 10

Gran ayuda 5

Dependiente 0

44. Deambular.

Independiente 15

Necesita ayuda 10

En silla de ruedas 5

Dependiente 0

45. Subir y bajar escaleras. (Redondea una opción)

Independiente 10

Necesita ayuda 5

Dependiente 0

48. Total Puntuación Barthel. (Suma de la puntuación de las respuestas anteriores).

49. Nivel de dependencia en las Actividades Vida Diaria. (Redondee una opción según la puntuación obtenida).

Dependencia Total 0-15 puntos

Dependencia Grave 20-35

Dependencia Moderada 40-55

Dependencia Leve 60-95

Independencia 100