

Estudio de las necesidades asistenciales socio-sanitarias en la población anciana de la laguna de Gallocanta turolense

Emilio Jiménez Marín*
Ana Cristina Navarro Gonzalvo**

Resumen. En este estudio se analizan los recursos asistenciales socio-sanitarios para la población anciana que existen en las localidades de Bello, Castejón de Tornos, Odón, Tornos y Torralba de los Sisonos. Estas localidades componen la parte turolense del entorno de la Laguna de Gallocanta. Se investigan los servicios prestados y las necesidades existentes. Se realiza una valoración demográfica en la que destaca el importante peso poblacional de los ancianos en la estructura de estos pueblos. Se detecta un importante número de personas en edad avanzada que viven solas. A la vista de los resultados obtenidos se evidencia la necesidad de creación de un Centro Socio-sanitario que preste asistencia a los ancianos cerca de su hábitat natural.

Abstract: In this study we analysed the assistancials socio-sanitarias recourses for the ancient people who are in the village of Bello, Castejón de Tornos, Odón, Tornos and Torralba de los Sisonos. These localities composed the part of Teruel setting the Gallocanta Lagoon. We investigated the services landed and the necessity presents. We realised a demographic valuation in it that makes stand the important population weight of the old people in the structure of these country towns. We detect an important number of people in age advanced in years that lives alone. In base to results obtains we evidence the necessity of creation of one Socio-sanitary Center who lend assistance the old people near your natural habitat.

*Doctor en Medicina. Médico de Atención Primaria del E.A.P. de Calamocho

**Doctora en Medicina. Médico de Atención Primaria del E.A.P. de Calamocho



Introducción

1. Aspectos generales sobre geriatría y asistencia sociosanitaria

1.1. Importancia

El progresivo envejecimiento de la población en los países desarrollados es uno de los hechos demográficos de mayor relevancia en los últimos 30 años.

El número de ancianos crece en todos los países desarrollados, y además cada vez alcanzan edades más elevadas, con un mejor nivel de salud y cultura y con una mayor conciencia de sus derechos.

El volumen económico que todos los países deben dedicar a pensiones, farmacia y recursos sociosanitarios es cada vez mayor.

El conocimiento de lo que significa el proceso de envejecer y de las consecuencias que se derivan del mismo es algo que se viene produciendo de una manera tardía en relación con otras partes de la Medicina, lo que deja un mayor margen para el estudio y la investigación en ese campo.

Conviene aclarar aquí algunos conceptos. En primer lugar, diremos que envejecer no es lo mismo que enfermar, si bien, habitualmente la vejez se acompaña de un mayor número de padecimientos. Además no siempre está clara la frontera que separa los tres grupos de procesos que modulan los cambios que presentan los ancianos. Estos procesos son las modificaciones fisiológicas establecidas por el simple paso del tiempo, las consecuencias de la exposición durante muchos años a diversos agentes como la contaminación, el humo, las dietas inadecuadas, el alcohol, el estrés o la falta de actividad física, y por último las enfermedades padecidas y sus secuelas acumuladas a lo largo del tiempo.

En el largo camino hacia el envejecimiento se producen cambios muy importantes en los órganos y sistemas, tanto a nivel morfológico, como fisiológico, funcional, psicológico y también social.

Existe controversia en torno a la edad a partir de la cual hablamos de pacientes ancianos. De hecho el factor edad no es el único, ni quizá el principal determinante para hablar de este concepto. Deben tenerse en cuenta otros factores como la presencia de pluripatologías, problemas sociales, de comportamiento, o la necesidad de programas de rehabilitación y reinserción social.

En la práctica, no obstante, se viene a situar la barrera en los 65 años para coincidir con la edad de jubilación de la mayoría de los países de nuestro entorno.

Otro concepto que nos interesa es el de la esperanza de vida o expectativa de vida máxima. Se trata del máximo período de tiempo que puede alcanzar la vida de una persona. En el caso de la especie humana la esperanza de vida máxima se sitúa próxima a los 120 años y no hay evidencias demostradas de nadie que en algún lugar del mundo o en determinada época de la historia haya sobrepasado esa edad.

La esperanza o expectativa de vida media, se refiere al período de tiempo que con criterios estadísticos, puede vivir un individuo a partir de un momento determinado, bien sea desde su nacimiento o desde una edad determinada.

Este concepto es cambiante y ha sufrido muchas modificaciones a lo largo de la historia. Así en el siglo I, en Roma, no se alcanzaban casi los 30 años. En nuestro país, a principios del siglo XX se situaba en los 35 años, mientras que al final de éste estaba entre los 75 y los 80 años, siempre varios años por encima en el caso de las mujeres.

Actualmente nuestra esperanza de vida al nacer está en los 75 años para los varones y 82 años para las mujeres. Salvo catástrofe imprevisible, van a llegar a octogenarios 90 mujeres y 83 hombres por cada 100 nacidos hoy.

En la consecución de esa expectativa han influido varios factores, entre los que destacaremos la reducción de la mortalidad infantil, las mejoras higiénicas y de alimentación y los avances médicos.

Hay otros dos conceptos importantes como son la esperanza de vida independiente y la esperanza de vida dependiente, según que el individuo sea capaz o no de valerse por sí mismo para realizar determinadas actividades. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) referidos a 1990 la esperanza de vida de una persona de 65 años era de unos 17-18 años, de los que alrededor de 9 serían de vida independiente, siendo el resto de vida dependiente. Estos tiempos se han ido modificando y el período de dependencia aumenta a medida que la edad de referencia que se toma es más alta. Reducir los años de dependencia es uno de los objetivos prioritarios de la asistencia geriátrica actual, lo que queda manifiesto en el eslogan “dar más vida a los años”.

Así se ha manifestado también en un reciente documento de la British Geriatric Society que propone que el objetivo fundamental para la atención clínica a los ancianos debería ser la reducción de la incapacidad y la consecución de una mayor independencia personal.

La European Molecular Biology Organization, en una reciente reunión afirmó que el objetivo de la gerontología molecular debería ser mejorar la salud de la población anciana y no el incremento de la expectativa de vida.

Los aproximadamente 7.000.000 de españoles que en estos momentos han superado los 65 años, viven la salud como su principal preocupación.

En torno a una cuarta parte de los mayores de 65 años presentan alguna incapacidad física que les limita para las actividades de la vida diaria y cerca de un 10% tienen algún grado de deterioro cognitivo. Son el segmento de población que visita más los hospitales, que tienen un mayor número de reingresos y cuyas estancias hospitalarias son más prolongadas. Son también, los principales consumidores de fármacos y los responsables del 60% del tiempo de actividad profesional del médico de atención primaria.

Para valorar el grado de envejecimiento de una sociedad se utilizan varios indicadores, entre los que destacamos:

- El índice de envejecimiento que es la proporción entre mayores de 65 años en relación con el total de la población. Se trata de un índice que está en crecimiento continuo en España al igual que en los países más desarrollados y que actualmente en nuestro país se sitúa en el 17 %.
- Índice de dependencia de la población anciana que se establece entre la población de 65 y más años y la población entre 15 y 64 años a la que se considera laboralmente activa.

1.2. Biología del envejecimiento

El envejecimiento es un proceso intrínseco, progresivo y universal condicionado por factores raciales, hereditarios, ambientales, higiénico-dietéticos y sanitarios. Es un proceso multifactorial, multiforme y asincrónico. Su característica fundamental es el deterioro del rendimiento funcional que se traduce en una lentitud e incluso imposibilidad de adaptarse a situaciones de restricción o sobrecarga biológicas, físicas, psicológicas, ambientales y sociales. Por asincronía, entendemos que no todo el organismo envejece armónicamente, así, hay funciones que se conservan como en los jóvenes hasta muy avanzada la vida y otras que se resienten mucho antes. También podemos decir lo mismo de los órganos, tejidos y componentes celulares. Por ello, es verdaderamente problemático diferenciar al envejecimiento como un proceso biológico, equiparable al desarrollo y la maduración, de los procesos patológicos que se acumulan con la edad. Tanto es así, que para algunos investigadores es imposible separar al envejecimiento y a las patologías asociadas a la edad.

López J.M. y cols. en su capítulo del libro *“Geriatría desde el principio”* definen al envejecimiento como una disminución, dependiente del tiempo, de ciertas capacidades funcionales del individuo, que le dificultan o le impiden superar retos de

origen interno o externo. El envejecimiento es la consecuencia de dos procesos asociados, pero no idénticos: la pérdida de funcionalidad y la pérdida de adaptabilidad o resistencia frente al estrés.

Existen dos grandes grupos de teorías que tratan de explicar desde un punto de vista causal los fenómenos que conducen al envejecimiento. La primera es la teoría exógena o ambiental, que propone que múltiples factores presentes en el ambiente, en la dieta o derivados del propio metabolismo, ejercen sobre el organismo acciones puntuales lesivas o acumulativas que no pueden ser adecuadamente corregidas por los procesos reparativos presentes en el organismo, o que inducen procesos que en su origen pueden ser reparativos, pero que por su hiperfunción o falta de control regulatorio producen lesiones en el organismo.

La segunda teoría es la genética, que propone que el envejecimiento se debe a la existencia de determinado genotipo que determina la aparición de cambios fenotípicos asociados a la edad, o simplemente que la velocidad de envejecimiento está genéticamente programada.

Estas dos teorías no son mutuamente excluyentes, y se podría plantear una teoría mixta, según la cual cada organismo tendría una predisposición genética para envejecer, estando modulada por la acción de agentes exógenos o del propio metabolismo.

El estudio de las modificaciones que la edad induce en el funcionamiento del organismo y de sus diferentes aparatos y sistemas presenta importantes dificultades metodológicas, la más importante de las cuales es delimitar un grupo de población anciana suficientemente amplio y sano para conseguir los valores de referencia para este grupo de edad.

El envejecimiento produce cambios en la estructura y función de diversos órganos y sistemas.

Sería amplio y excesivamente prolijo describir aquí los cambios que se producen por lo que de una forma resumida dejaremos constancia de los principales aparatos y sistemas en los que se producen las modificaciones con el transcurso de los años.

Estos son: la piel, aparato cardiovascular, riñón, aparato digestivo (boca y orofaringe, estómago, intestino delgado, intestino grueso, hígado y vías biliares, páncreas), metabolismo de los hidratos de carbono, de los lípidos y del ácido úrico, alteraciones inmunológicas, sistema nervioso.

El envejecimiento debe considerarse el resultado de la interacción entre las características genéticas de los individuos, la actuación sobre las células y órganos de

agentes externos relacionados con la nutrición y el metabolismo o agentes medioambientales, y de la lesión producida por las distintas enfermedades que la persona va sufriendo a lo largo de la vida. Esto hace que no pueda responder de la misma manera a las demandas externas, respuestas que, en algunos casos, pondrían en peligro su integridad. Muchos de los cambios que se producen no deben considerarse sólo como degenerativos, sino como fenómenos de adaptación a una fase distinta del desarrollo y por lo tanto, como un éxito evolutivo más que como un efecto secundario negativo del hecho de vivir.

El anciano durante el proceso de envejecimiento va experimentando cambios en su fisiopatología que hacen de él, cuando enferma, un paciente diferente del adulto no anciano. Presenta signos y síntomas atípicos; tiene enfermedades específicas, la aproximación diagnóstica y el manejo terapéutico tienen condicionantes especiales; sus enfermedades suelen cursar con un peor pronóstico y en ocasiones plantean problemas éticos a los profesionales que los atienden.

1.3. Sociología: ¿Dónde y con quién viven los ancianos?

Escasamente entre un 4% y un 5% de las personas mayores viven en residencias de ancianos.

La mayoría de ellos viven en sus propios hogares o en el de algún familiar.

El campo de posibilidades de residencia de los ancianos va desde una vida totalmente independiente en su propio hogar hasta la vida en una institución donde se le proporciona todo tipo de cuidados y servicios. En la elección influyen diversos factores como el estado de salud, la situación económica y la presencia del cónyuge o algún familiar. Naturalmente, el lugar de residencia condicionará las relaciones que los padres mantengan con sus hijos y con el resto de la familia.

Según el Plan Gerontológico Nacional del año 1993 el 73% de los mayores de 65 años, vivía independientemente. Los ancianos preferían vivir cerca de sus hijos pero independientemente todo el tiempo que fuera posible. Aducen para mantener esta actitud su deseo de mantener su independencia y privacidad y evitar la interferencia y potencial conflicto con sus hijos.

Razones para que los mayores vayan a vivir con sus hijos o con otros familiares son la mala salud y los problemas económicos. Esta convivencia facilita la interacción y el intercambio de ayuda diariamente pero, solo aseguran el mutuo contacto de los miembros de la familia y no contribuye necesariamente a la calidad ni a la afectividad de las relaciones. Parece ser que las personas que no viven bajo el mismo techo que sus hijos tienen tanta satisfacción y se muestran tan felices como quienes conviven con ellos.

Curiosamente quienes tienen medios van a vivir con los hijos y quienes carecen de ellos ingresan finalmente en una residencia de ancianos.

La mayoría de los residentes son personas de edad muy avanzada y que por problemas físicos y psíquicos importantes no pueden mantener un estilo de vida autónomo. La institucionalización produce en la mayoría de las personas problemas de ajuste por pérdida de su independencia. La rapidez con la que estos se resuelven varían mucho en dependencia de las características personales de cada anciano.

Las personas que empiezan a vivir en una residencia suelen tener una expectativa muy negativa sobre su propio futuro. No obstante, para algunas personas vivir en una residencia puede darles oportunidades de socialización que hasta entonces no habían tenido. Puede ser una estupenda oportunidad para hacer nuevos amigos o comenzar relaciones de pareja.

La mitad de los ancianos que viven en residencias prefieren este modo de vida a la alternativa de vivir con la familia. Tanto la vida que se hace en la residencia como los servicios que ofrece producen satisfacción en estas personas, aunque su coste es elevado en relación con sus ingresos. Sin embargo, quienes no viven en una residencia mantienen un rechazo a esa opción. Se hace necesario que paulatinamente vaya cambiando no solo la percepción social que se tiene de las residencias de ancianos sino también el estilo de vida que se ofrece en ellas.

1.4. Asistencia sociosanitaria

Entenderemos como asistencia geriátrica al conjunto de niveles de atención que desde una óptica sanitaria y social garantiza la calidad de vida de los ancianos que habitan en una determinada área. Debe proporcionar respuestas adecuadas a las diferentes situaciones de enfermedad o de dificultad social que puedan presentar. Su objetivo prioritario es conseguir que el anciano permanezca o se reintegre, en su domicilio habitual en condiciones suficientes de bienestar y seguridad.

1.4.1. Asistencia Social: Actualmente la red pública de servicios sociales pertenece a los Ayuntamientos y a las actuales Consejerías de las Administraciones Autonómicas. Existen también, servicios sociales de titularidad privada pertenecientes a empresas u organizaciones no gubernamentales (ONG).

Los servicios sociales públicos dependen financieramente de los Ayuntamientos y Comunidades Autónomas, aunque la provisión de los mismos puede ser pública o realizarse por empresas privadas u ONG con las que existen conciertos.

Los recursos sociales disponibles son los siguientes:

- Servicios sociales domiciliarios: Son un conjunto de servicios de ayuda a las personas dependientes que se encuentran viviendo en su domicilio. Pueden ser servicios de ayuda para la adaptación de la vivienda con supresión de barreras arquitectónicas u otras obras de acondicionamiento para facilitar la movilización del paciente.

Otras ayudas son las que realizan auxiliares de hogar que acceden al domicilio todos o varios días a la semana y desarrollan labores instrumentales de limpieza de la casa, lavado de ropa, preparación de la comida, asistencia en el aseo, higiene y movilización del enfermo.

- La teleasistencia es un servicio de ayuda muy valorado y consiste en la comunicación permanente entre el paciente y una central de escucha, mediante unos dispositivos electrónicos que la persona lleva consigo en forma de brazalete o collar, fácil de accionar en casos de urgencia.

- Equipos de soporte en atención domiciliaria (ESAD): Prestan una asistencia a domicilio con el objetivo de garantizar la continuidad de los cuidados entre el hospital y la comunidad. Es un equipo de apoyo a la atención primaria y los servicios sociales en los problemas específicamente geriátricos que presentan los ancianos.

Los programas se dirigen sobre todo a enfermos de alto riesgo, caracterizados por edad muy avanzada, enfermedades incapacitantes, altas hospitalarias recientes, reingresos frecuentes e inestabilidad clínica.

La puesta en práctica de programas que faciliten el alta hospitalaria precoz de pacientes al medio domiciliario, garantizando la calidad asistencial, persigue beneficios tanto para el enfermo, evitando hospitalizaciones prolongadas, como para la gestión sanitaria, con mayor eficiencia en la utilización de los recursos.

- Centros de día o estancias diurnas: Es un servicio de apoyo familiar que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de personas mayores con problemas de pérdida de autonomía física o psíquica. Deben diferenciarse de los hogares o clubes que son para personas autónomas.

- Estancias temporales en residencias: Están indicadas como servicio de respiro a las familias o cuando por diversas circunstancias (enfermedad del cuidador principal), no pueden hacerse cargo del cuidado de la persona dependiente.

El ingreso en estas residencias está respaldado por la Administración para retrasar la institucionalización.

- **Residencias definitivas:** Son las adecuadas cuando la familia no puede atender adecuadamente al enfermo o cuando no existe apoyo familiar.
- **Centros sociosanitarios:** Es una forma asistencial novedosa, mezcla de unidad de media-larga estancia y residencia asistida. En ellos los costes sanitarios son cubiertos por el Sistema Nacional de Salud, mientras que los costes del resto de la atención son asumidos por el propio individuo, o en su defecto, por los correspondientes servicios sociales. Esta fórmula asistencial supone una cierta privatización del sistema, en parte justificada por las obligadas estancias de larga duración, no estrictamente sanitarias y a menudo de por vida. Puede ser válida, pero no debe enmascarar la atención hospitalaria cuando sea necesaria.
- Durante los últimos años van surgiendo asociaciones de familiares cuyos objetivos son la orientación, información, asesoramiento y apoyo a las familias. Suelen contar con servicios de asesoría jurídica, grupos de apoyo psicológico, atención domiciliaria, talleres ocupacionales etc. Tienen una acción fundamental que es la de concienciar a la población mediante la difusión de información en los medios de comunicación y estar presentes en aquellos foros políticos, administrativos, jurídicos, sanitarios o sociales que lo requieran.
- También existen asociaciones de voluntarios que se brindan para atender a personas con carencias sociales, psicológicas o económicas. Suelen depender de organizaciones religiosas, no gubernamentales o de familiares de afectados.

1.4.2. Asistencia Sanitaria:

- **Asistencia geriátrica en Atención Primaria:** el cuidado del anciano recae a este nivel en el médico de familia y es el Centro de Salud el punto inicial de referencia en este sentido.

La atención domiciliaria corresponde básicamente también al médico de Atención Primaria, tanto en el caso del anciano con enfermedad aguda que realiza una vida normal como en el que ha sido asistido en el hospital o el que presenta procesos crónicos que requiere controles periódicos.

Los Centros de Atención Primaria en coordinación con su Hospital de referencia deben desempeñar una labor preventiva, educativa y de seguimiento que cubra diferentes aspectos como control del cumplimiento terapéutico, programación de campañas educativas sobre las enfermedades más comunes en geriatría, así como, información de autocuidado y autocontrol, campañas de vacunación antigripal, y programas de preparación para la jubilación y, en general, de educación para la vejez.

En los pacientes con enfermedades crónicas o que han sido dados de alta del hospital por determinados procesos pueden intervenir equipos de ayuda domiciliaria en su doble vertiente médica y social, ejerciendo éstos como un nexo de unión entre la atención hospitalaria y la atención primaria.

- Asistencia geriátrica en el Hospital: Este tipo de asistencia se reserva para aquellos procesos que no pueden resolverse en otros niveles de atención. Es importante que exista una buena relación con los Centros de Atención Primaria, Centros Sociosanitarios y con los Servicios Sociales de la propia Área asistencial. Para no extendernos excesivamente solamente citaremos sus principales unidades funcionales:

Consulta externa: Urgencias.

Consulta externa: Interconsultas.

Camas específicas de agudos.

Camas de media y larga estancia.

Hospital de día.

Programas de atención domiciliaria.

2. Marco geográfico

El estudio se realiza en las localidades de Bello, Castejón de Tornos, Odón, Tornos y Torralba de los Sisonos que constituyen la parte turolense del entorno de la Laguna de Gallocanta.

Situada geográficamente en el Noroeste de la Provincia de Teruel, dentro de la Comarca del Jiloca Medio.

Se trata de un territorio asentado sobre una altiplanicie a unos 1.000 metros de altitud.

Las localidades se disponen alrededor de la Laguna de Gallocanta que es una cuenca endorreica de gran interés medio ambiental y faunístico.

Es una zona de clima continental con inviernos muy fríos, con gran cantidad de días con heladas (temperaturas bajo cero). Pluviometría escasa, no superior a una media de 500 litros por año.

Sus comunicaciones referidas a la cabecera comarcal Calamocha, que ejerce su influencia comercial, sanitaria y de servicios en general, están en vías de mejora.

Tabla 1: Las distancias en Kilómetros a Calamocha y Teruel.

	Calamocha	Teruel
Bello	21	91
Castejón	17	87
Odón	28	98
Tornos	13	83
Torralba	14	84

Sanitariamente pertenecen a la Zona de Salud de Calamocha que acoge a un total de 23 localidades, distribuidas por el Campo de Bello (Laguna de Gallocanta), Rivera del Jiloca, Sierra del Pancrudo y de Fonfría.

El Centro de Salud está ubicado en Calamocha y en cada una de estas localidades existe un Consultorio Local donde se desarrollan las Consultas de Medicina y de Enfermería.

Se presta asistencia por las Trabajadoras Sociales desde el Centro de Salud y desde el Servicio Comarcal.

3. Material y Métodos

Para recoger los datos que nos interesaban, se elaboró una encuesta de necesidades asistenciales de la población anciana que exponemos a continuación.

- **Encuesta de necesidades asistenciales de la población anciana**

Localidad:

Fecha:

Número de personas mayores de 65 años que viven solas:

Número de personas menores de 65 años que viven solas:

Número de personas incluidas en el Programa de Atención al Anciano:

Ancianos en situación de Riesgo:

Inmovilizados mayores de 65 años:

Inmovilizados menores de 65 años:

Terminales:

Defunciones año 2003:

Número de personas que reciben algún tipo de ayuda social (doméstica, alimentación, vivienda...):

Recursos de ayuda social que existen en la localidad:

Esta encuesta fue contestada por los Médicos de Atención Primaria que atienden a las poblaciones estudiadas.

Conviene aclarar algunos conceptos. Así, en el Programa de Atención al Anciano se incluyen aquellas personas cuya edad es mayor o igual a 75 años.

Ancianos en situación de riesgo son aquellos que necesitarán un especial seguimiento debido a su situación de deterioro y/o aislamiento. Para su determinación se pueden utilizar varios cuestionarios o instrumentos similares. El que se usa más a menudo y por tanto es el que hemos seleccionado para este estudio es el Cuestionario de Barber.

Cuestionario de Barber

1. ¿Vive solo/a?
2. ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si precisa ayuda?
3. ¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?
4. ¿Necesita de alguien que le ayude a menudo?
5. ¿Le impide su salud salir a la calle?
6. ¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo/a?
7. ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?
8. ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?
9. ¿Ha estado ingresado/a en el hospital en el último año?

Cada respuesta afirmativa vale 1 punto. 1 punto o más sugiere situación de riesgo.

Definimos como paciente Inmovilizado a aquel que pasa la mayor parte de su tiempo en la cama (que sólo puede abandonar con la ayuda de otras personas) y que tiene una dificultad importante para desplazarse (que le impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales), independientemente de la causa y que el tiempo previsible de duración de esta dificultad sea superior a dos meses.

Paciente Terminal es aquella persona que presenta una enfermedad avanzada, progresiva e inevitable, con pronóstico de vida inferior a 6 meses.

En relación con la pregunta referida a las personas que reciben algún tipo de ayuda social se interrogó a las Trabajadoras Sociales del Servicio Comarcal.

La fuente de datos para la determinación de los recursos de ayuda social existentes en las localidades fueron las Trabajadoras Sociales y los Ayuntamientos.

Otros datos investigados son los demográficos para lo que se consultó a los Ayuntamientos que facilitaron la información actualizada a 31 de Enero de 2004 por medio de sus Secretarios. También se consultó a ese efecto la información que facilita el Instituto Nacional de Estadística y el Instituto Aragonés de Estadística en sus páginas web.

Es especialmente significativo observar la evolución intercensal de la población de estas localidades desde 1.900 hasta 2.001, según los datos que nos proporciona el Instituto Aragonés de Estadística, por lo que los presentamos en la siguiente tabla.

Tabla n° 2. Evolución intercensal de la población.

	1900	1910	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1981	1991	2001
Bello	989	1145	1275	1435	1396	1475	1324	883	596	474	369
Castejón	475	492	518	537	510	493	417	260	155	122	92
Odón	974	925	958	946	899	881	717	433	354	311	261
Tornos	578	584	740	852	916	998	783	457	364	300	245
Torralba	608	623	609	675	666	568	494	347	282	252	231

En la tabla comprobamos que la población experimentó un descenso notable en las décadas de 1960 y 1970 desde las que se fue perdiendo habitantes continuamente sin interrupción, lo que compromete seriamente el futuro de estos pueblos.

Resultados y Discusión

1. Encuesta de necesidades asistenciales

Presentamos a continuación los resultados obtenidos a través de la encuesta realizada.

Tabla nº 3. Población según edad y situación clínica.

	Bello	Castejón	Odón	Tornos	Torralba	Total
Mayores 65 años que viven solos	5	4	16	20	19	64
Menores de 65 años que viven solos	1	1	2	5	3	12
Programa de Atención a los Ancianos	47	8	46	30	37	168
Ancianos en situación de Riesgo	1	5	10	10	18	44
Inmovilizados mayores de 65 años	9	2	5	2	5	23
Inmovilizados menores de 65 años	0	0	0	1	0	1
Terminales	0	1	0	0	0	1
Defunciones (2003)	3	0	3	6	7	19

Ayuda social recibida:

- Ayuda a domicilio: 11
- Teleasistencia: 6

Instituciones que prestan las ayudas sociales:

- Ayuda doméstica: Servicios Sociales Comarcales.
- Teleasistencia: Diputación Provincial, Cruz Roja.

Centros de Asistencia Social:

No existen en ninguna de las localidades estudiadas.

2. Estudio demográfico

En este apartado analizaremos en primer lugar, los datos de población para cada localidad por separado, con el objetivo de resaltar las particularidades de cada una de ellas.

A continuación presentaremos la población de cada localidad, separada por grupos de edad y sexo, y para que la información pueda asimilarse con mayor facilidad, se construirán las pirámides de población como expresión gráfica de la situación demográfica.

Finalmente, se realizará un análisis comparativo entre las cinco localidades.

Bello

Pirámide de población que se corresponde con una población regresiva. Se aprecia una base estrecha y el mayor ensanchamiento en el intervalo de 70 a 85 años.

Por sexos predominio del femenino.

Por intervalos de edad:

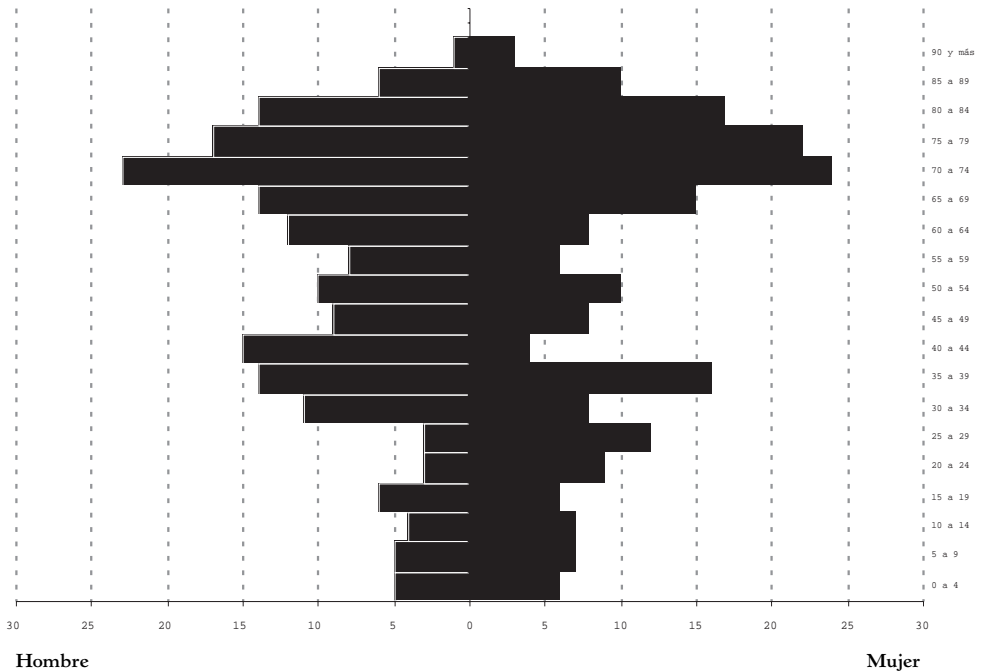
De 0 a 19 años: 46 habitantes (12,16%)

De 20 a 64 años: 166 habitantes (43,91%)

De 65 y más años: 166 habitante (43,91%)

De 75 y más años: 90 habitantes (23,80%)

Pirámide de población de Bello (2004)



Castejón de Tornos

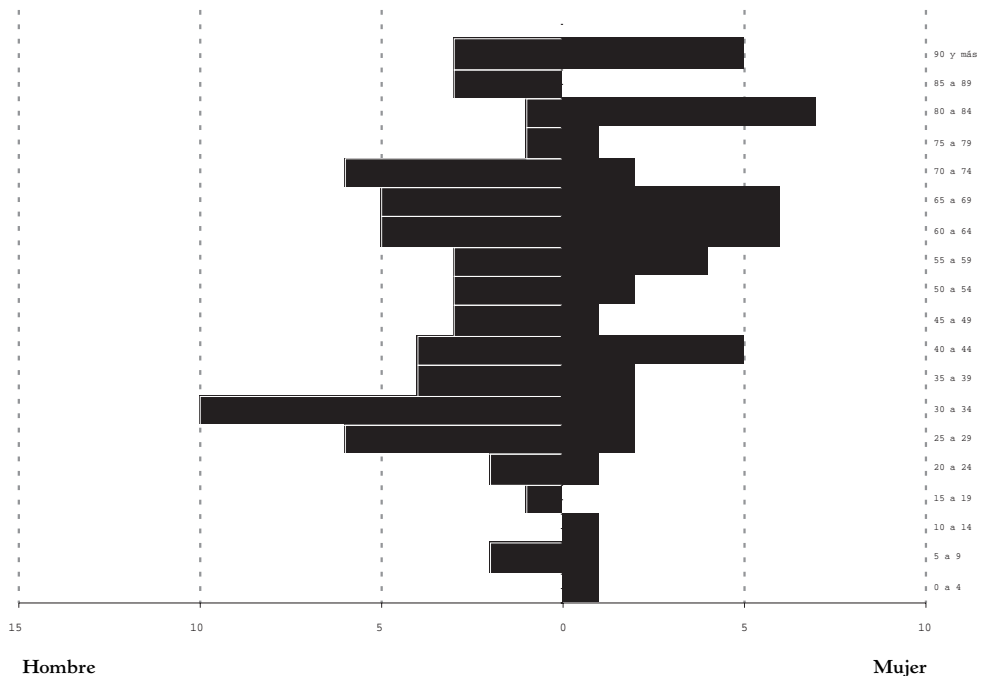
Población regresiva con base casi inapreciable, ensanchamiento de la pirámide para el sexo femenino en edades muy avanzadas (80 a 84 años).

Por sexos, domina el masculino.

Por intervalos de edad encontramos:

- De 0 a 19 años: 6 habitantes (5,40%)
- De 20 a 64 años: 65 habitantes (58,55%)
- De 65 y más años: 40 habitantes (36,03%)
- De 75 y más años: 21 habitantes (18,91%)

Pirámide de población de Castejón (2004)



Odón

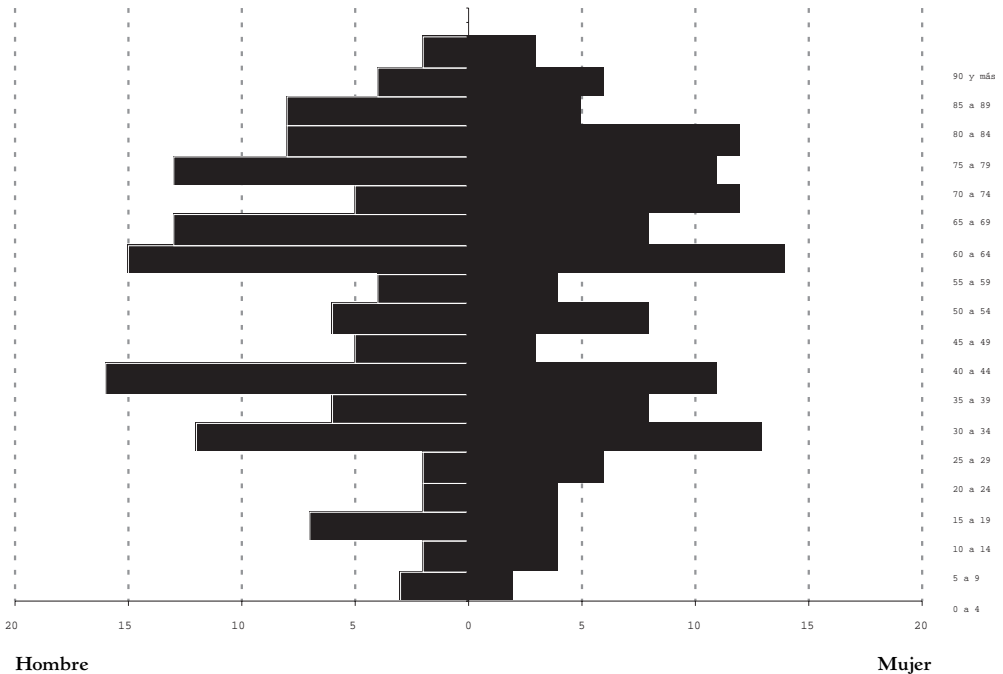
Pirámide que corresponde también claramente, a una población regresiva con base estrecha y varias muescas o herniaciones.

Por sexos se observa un predominio ligero del femenino.

Por intervalos de edades tenemos:

- De 0 a 19 años: 28 habitantes (10,33%)
- De 20 a 64 años: 154 habitantes (56,82%)
- De 65 y más años: 89 habitantes (32,84%)
- De 75 y más años: 48 habitantes (17,71%)

Pirámide de población de Odón (2004)



Tornos

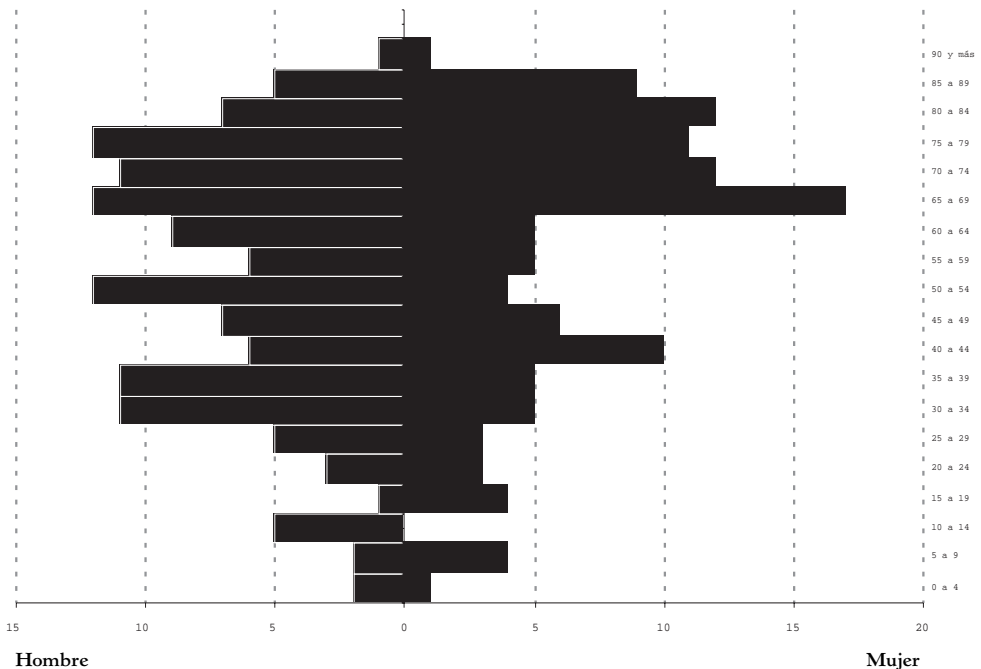
Pirámide de población regresiva, representando la de mayor envejecimiento de las 5 localidades. Base muy estrecha que se va ensanchando progresivamente hacia la cúspide.

Predominio del sexo masculino.

Por intervalos de edades, observamos:

- De 0 a 19 años: 19 habitantes (7,75%)
- De 20 a 64 años: 116 habitantes (47,34%)
- De 65 y más años: 110 habitantes (44,89%)
- De 75 y más años: 58 habitantes (23,91%)

Pirámide de población de Tornos (2004)



Torralba

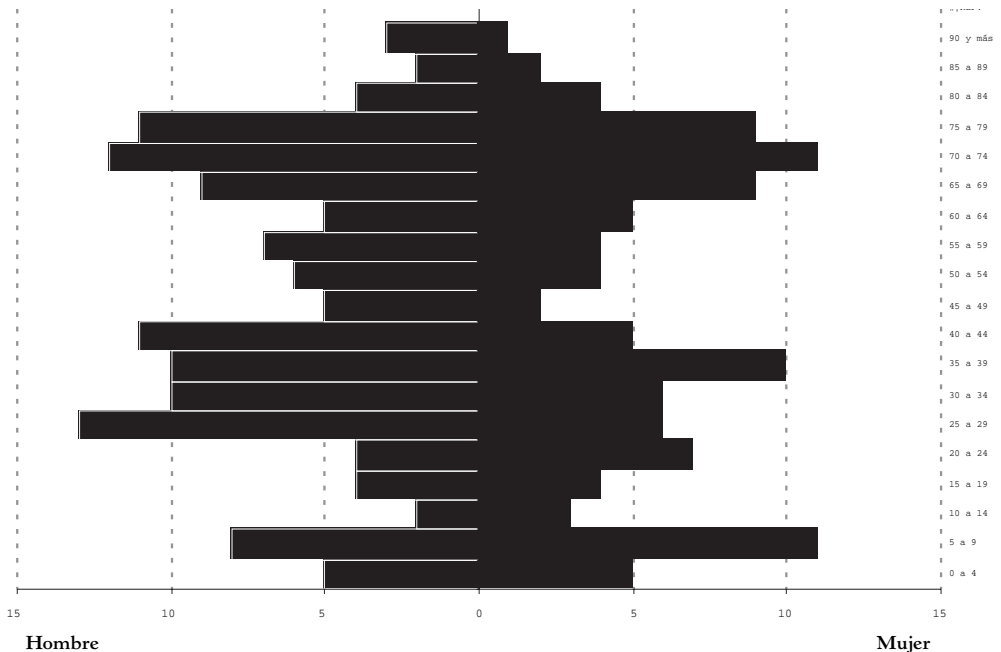
Pirámide representativa de población regresiva, aunque presenta la base más ancha de las 5 localidades estudiadas. Destacan dos bandas más anchas que el resto, correspondiendo a los intervalos entre 20 a 44 años y de 70 a 79 años.

Predominio claro del sexo masculino.

Por intervalos de edades comprobamos:

- De 0 a 19 años: 42 habitantes (17,57%)
- De 20 a 64 años: 120 habitantes (50,20%)
- De 65 y más años: 77 habitantes (32,21%)
- De 75 y más años: 36 habitantes (15,06%)

Pirámide de población de Torralba (2004)



Al hacer un análisis comparativo entre las 5 localidades podemos observar que el porcentaje de población entre 0 y 19 años, que corresponde a población socialmente dependiente, oscila entre el 5,40% de Castejón de Tornos y el 17,57% de Torralba. Si agrupamos la población de las 5 localidades supondría el 11,33% de su población.

Entre 20 y 64 años, intervalo de edad que corresponde al sector productivo de la sociedad, encontramos al 43,91% de la población en Bello y al 58,55% en Castejón de Tornos como porcentajes más bajo y más alto respectivamente.

Sumando la población de las 5 localidades tenemos en este intervalo de edad al 49,91% de su población.

El sector de población de 65 y más años, considerado como dependiente socialmente, oscila entre el 32,21% de Torralba y el 44,89% de Tornos. Globalmente supone el 38,74% de la población de las 5 localidades.

Los ancianos de 75 y más años van desde el 15,6% de Torralba de los Sisonos y el 23,91% de Tornos, si valoramos el total de la población de las 5 localidades alcanza el 20,33%.

Tabla nº 4. Población por grandes intervalos de edades.

	Bello	Castejón	Odón	Tornos	Torralba
0-19 años	46 (12,16)	6 (5,40)	28 (10,33)	18 (7,75)	42 (17,57)
20-64 años	166 (43,91)	65 (58,55)	154 (56,82)	116 (47,34)	120 (50,20)
65 y más años	166 (43,91)	40 (36,03)	89 (32,84)	110 (44,89)	77 (32,21)
75 y más años	90 (23,80)	21 (18,91)	48 (17,71)	58 (23,91)	36 (15,06)

Conclusiones

1ª.- Estamos ante unas localidades con una población muy envejecida. Considerando que en España el 17% de la población tiene 65 o más años y en Aragón es el 21%, resulta que en las localidades estudiadas supone más del 38%.

2ª.- Además el 20% de la población estudiada tiene 75 o más años, superando claramente los porcentajes de Aragón (9,98) y de España (7,63%).



3ª.- Hay un número importante de personas que viven solas en estas localidades. Concretamente 64 personas mayores de 65 años y 12 menores de 65 años, lo que representa el 6,10%.

4ª.- Dentro del programa de Atención al Anciano hay 44 personas en situación de riesgo, lo que supone el 26,19 % de las personas incluidas en ese programa.

5ª.- Incluidas en el programa de Atención a los Pacientes Inmovilizados hay 24 personas (1,92 %), de las que 23 son mayores de 65 años.

6ª.- Las ayudas sociosanitarias que reciben los ancianos en su domicilio son fundamentalmente de ayuda doméstica y teleasistencia.

7ª.- No existe en la zona estudiada ningún Centro Sociosanitario que preste atención a estas personas.

8ª.- El número de personas ancianas que viven solas junto con el de ancianos en situación de riesgo, así como las personas en condición de inmovilizadas, creemos que justificarían sobradamente la existencia de un Centro Sociosanitario que les prestara asistencia cerca de su residencia habitual.

Bibliografía

ACÍN FANLO, J.L. et. al. (1996): *Por los caminos del Jiloca y Gallocanta*, Prames, Zaragoza.

CABRERA MILLET, M. et al.(2001): *Guía de la naturaleza de Gallocanta*, Prames, Zaragoza.

FARRERAS ROZMAN (2000): *Medicina Interna*, Vol. I. 14ª edición, Harcourt S.A. Madrid.

GARRIDO BARRAL, A. y CUBERO GONZÁLEZ, P. (2003): *Trastornos de conducta en blanco y negro*, SCM, Madrid.

Instituto Aragonés de Estadística (2001): *Pirámides de Población. Censo de Población y Viviendas de 2001*.

Instituto Nacional de Estadística (2001): *Censos de Población y Viviendas 2001*, Teruel.

JAIME LORÉN, CH. (2001): *Gallocanta. El Jiloca y la Sierra de Cucalón*. Prames, Zaragoza.

MACÍAS NÚÑEZ, J.F. et al. (2001): *Geriatría desde el principio*, Glosa, Barcelona.

MORENO, J. (1995): *BTT Laguna de Gallocanta, Monasterio de Piedra y Sierras del Huerva y Jiloca*, Prames, Zaragoza.

SANCHO MARTÍ, J. (1982): *La Comarca del Jiloca Medio Turolense: Calamocha*, Caja de Ahorros de Zaragoza, Aragón y Rioja, Zaragoza.

Servicio Aragonés de Salud (2003): *Cartera de Servicios de Atención Primaria*. Zaragoza.

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (2001): *Hipertensión en el anciano*, Glosa, Barcelona.