

Itxaso Aquerreta Izcue e Inmaculada Escobar Barrios

**ESTUDIO CUANTITATIVO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA Y
SALUD PERCIBIDA DEL ADULTO MAYOR EN DOS
POBLACIONES CATALANAS**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por: Sra. Adoración Rodríguez Vázquez

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SEDE BAIX PENEDES. EL VENDRELL. 2025

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer enormemente el apoyo incondicional proporcionado por nuestras familias, sin las cuales nunca habríamos logrado conseguir nuestra tan ansiada meta, ser enfermeras. Gracias por los valores que nos habéis inculcado, puesto que sin ellos no hubiésemos escogido esta profesión. Gracias por enseñarnos, al fin y al cabo, el valor del cuidar y ser cuidado.

En segundo lugar, agradecer a los ayuntamientos de Calafell y de Sitges. Especial mención a la coordinadora de deportes de Calafell M.O.R y a la referente del Casal Joan Maragall (Sitges) N.B.V, por colaborar en la difusión de las encuestas, fundamental para el desarrollo del proyecto.

Agradecer a nuestra tutora Dori Rodríguez Vázquez, por ser nuestra Florence Nightingale, iluminándonos el camino cuando más perdidas nos encontrábamos. Gracias por tu paciencia y por haber depositado tu confianza en nosotras en todo momento.

Gracias a todos los profesores que nos han acompañado a lo largo de estos cuatro años, por aportar cada uno su granito de arena y enseñarnos el verdadero significado de la palabra "cuidar".

Por último y más importante, a nosotras mismas, por haber esquivado juntas todas las piedras que aparecían en el camino.

"Al final, lo que importa no son los años de vida, sino la vida de los años."

- Abraham Lincoln

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

- **BUP:** Bachillerato unificado polivalente.
- **COU:** Curso de orientación universitaria.
- **EGB:** Educación general básica.
- **IC:** Índice de confianza.
- **IDESCAT:** Instituto de Estadística de Cataluña.
- **IST:** Índice socioeconómico territorial.
- **OMS:** Organización mundial de la salud.
- **Pregunta PICO:**
 - **P:** Población.
 - **I:** Intervención.
 - **C:** Comparación.
 - **O:** Outcomes.
- **SEEGG:** Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica.
- **VI:** Variable independiente.
- **VD:** Variable dependiente.

ÍNDICE

1. RESUMEN	6
2. ABSTRACT	7
3. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO	8
4. INTRODUCCIÓN	9
5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	11
5.1 Pregunta inicial de investigación.	11
5.2 Objetivos.	11
5.3 Hipótesis.	12
6. METODOLOGÍA.	13
6.1 Población y muestra	13
6.2 Búsqueda bibliográfica.	14
6.3 Cronograma	16
7. MARCO TEÓRICO	17
7.1 Antecedentes históricos	17
7.2 Epidemiología	18
7.3 Teorías del envejecimiento	20
7.4 Envejecimiento saludable	21
7.5 Concepto de calidad de vida.	22
7.6 Determinantes de la salud	24
7.7 Edadismo	25
7.8 Cuidadores informales	26
7.9 Enfermería gerontogerriátrica	27
8. RESULTADOS	27
8.1 Datos sociodemográficos	28
8.2 Resultados del análisis y relación entre variables	30
8.2.1 Edad y percepción de calidad de vida	30
8.2.2 Género y percepción de calidad de vida.	31
8.2.3 Población y percepción de calidad de vida.	32
8.2.4 Lengua materna y percepción de calidad de vida	33
8.2.5 Nivel de estudios y percepción de calidad de vida	34
8.2.6 Ocupación laboral y percepción de calidad de vida.	35
8.2.7 Religión y percepción de calidad de vida	35
8.2.8 Convivencia y percepción de calidad de vida	37
8.2.9 Enfermedades crónicas y percepción de calidad de vida	37
8.2.10 Medicación y percepción de calidad de vida	38
8.2.11 Dolor y percepción de calidad de vida	39
8.2.12 Sentimiento de tristeza y percepción de calidad de vida.	40
8.2.13 Lugar donde realizan la compra y percepción de calidad de vida	41
8.2.14 Ocio y percepción de calidad de vida.	41
8.2.15 Relaciones sociales y percepción de calidad de vida.	42

8.2.16 Descanso nocturno y percepción de calidad de vida	43
8.2.17 Satisfacción con su vida sexual y percepción de calidad de vida	44
8.2.19 Acceso a los servicios sanitarios y percepción de calidad de vida	45
8.2.20 “Meva salut” y percepción de calidad de vida	45
8.2.21 Edadismo en la sociedad y percepción de calidad de vida	46
8.2.22 Edadismo institucional y percepción de calidad de vida	46
8.2.23 Cuidador informal y percepción de calidad de vida	47
9. DISCUSIÓN	48
10. CONCLUSIONES	56
11. LIMITACIONES	57
12. POSIBLES APLICACIONES Y UTILIDAD DEL ESTUDIO	58
13. BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA	59
14. ANEXOS	65
14.1 Anexo I	65
14.2 Anexo II	66
14.3 Anexo III	67
14.4 Anexo IV	70
14.5 Anexo V	80
14.6 Anexo VI	82
14.7 Anexo VII	83
14.8 Anexo VIII	135

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Gráfico distribuido por poblaciones.	29
Ilustración 2: Gráfico distribuido por género.	29
Ilustración 3: Gráfico distribuido por género.	30
Ilustración 4: Gráfico distribuido por población y percepción de calidad de vida.	33
Ilustración 5: Gráfico distribuido por padecimiento de enfermedades crónicas y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.	38
Ilustración 6: Gráfico distribuido por limitación de la vida diaria por el dolor y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.	40
Ilustración 7: Gráfico distribuido por sentimientos de tristeza a lo largo de una semana y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.	41
Ilustración 8: Gráfico distribuido por actividades de ocio realizadas y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.	42
Ilustración 9: Gráfico distribuido por relaciones sociales y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.	43

1. RESUMEN

Introducción: El ser humano experimenta a lo largo de la vida cambios de manera continua, progresiva e irreversible. El ciclo vital del ser humano aborda las siguientes etapas: nacimiento, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez. Este proyecto pone énfasis en su investigación en la etapa vital de la vejez.

Objetivo: Conocer si las mejores condiciones sociodemográficas repercuten en la salud percibida y el bienestar, así como en la calidad de vida percibida por el adulto mayor.

Material y métodos: Trabajo de metodología cuantitativa transversal descriptiva, busca estudiar donde se percibe mejor calidad de vida y qué factores influyen en este suceso. Para ello, se repartieron encuestas tipo Likert basándonos en la encuesta de la OMS de WHOQOL-BREF, administradas de forma aleatoria, por la técnica de bola de nieve, consiguiendo una muestra de 194 personas, siendo 139 pertenecientes al municipio de Calafell (Tarragona) y 55 habitantes del municipio de Sitges (Barcelona).

Resultados: La percepción de calidad de vida y de salud percibida media fue de entre 7 sobre 10 y 8 sobre 10 en ambas poblaciones. A pesar de ser similar tanto en Calafell como en Sitges, se destacó una relación directa entre la percepción de calidad de vida y de salud y la población en la que viven.

Respecto a los determinantes de salud y factores sociodemográficos, no todos tuvieron repercusión sobre la percepción de calidad de vida y de salud percibida.

Los factores que tuvieron una influencia fueron: la población de residencia, el padecimiento de enfermedades crónicas, el sufrimiento de dolor, las actividades de ocio realizadas, la realización de actividades con amigos y los sentimientos de tristeza que tienen a lo largo de una semana.

Conclusión: Los determinantes de salud y los factores sociodemográficos no afectan directamente sobre la percepción de calidad de vida y salud percibida, debido a que es un concepto subjetivo e individual de cada persona.

PALABRAS CLAVE

Calidad de vida; Percepción; Envejecimiento; Salud; Personas mayores; Población.

2. ABSTRACT

Introduction: Throughout life, human beings continuously, progressively, and irreversibly experience changes. The human life cycle encompasses the following stages: birth, childhood, adolescence, youth, adulthood, and old age. This project emphasizes its research on the life stage of old age.

Aim: To determine if better sociodemographic conditions have an impact on perceived health and well-being, as well as on the perceived quality of life of older adults.

Material and methods: This study employs a quantitative, cross-sectional, descriptive methodology to investigate where a better quality of life is perceived and what factors influence this phenomenon. To achieve this, Likert-type surveys based on the WHOQOL-BREF questionnaire from the WHO were administered. These surveys were distributed using a snowball sampling technique, resulting in a sample of 194 individuals: 139 from the municipality of Calafell (Tarragona) and 55 residents from the municipality of Sitges (Barcelona).

Results: The average perceived quality of life and health ranged between 7 out of 10 and 8 out of 10 in both populations. Despite being similar in Calafell and Sitges, a direct relationship between the perception of quality of life and health and the population in which individuals live was highlighted.

Regarding health determinants and sociodemographic factors, not all had an impact on the perceived quality of life and health. The factors that did have an influence were: the population of residence, the presence of chronic diseases, the experience of pain, leisure activities performed, social activities with friends, and feelings of sadness experienced throughout the week.

Conclusion: Health determinants and sociodemographic factors do not directly affect the perception of quality of life and perceived health, because it is a subjective and individual concept for each person.

KEY WORDS

Quality of life; Perception; Aging; Health; Older people; Population.

3. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

En la sociedad actual el colectivo de personas mayores de 65 años se encuentra en una situación bastante adversa en cuanto a diferentes aspectos de la vida. Hemos podido comprobarlo durante nuestras prácticas en centros de atención primaria, donde muchas de estas personas han compartido con nosotras diferentes vivencias que reflejan la situación actual de este colectivo en la sociedad.

Este grado universitario nos ha evocado a reflexionar más en profundidad sobre este colectivo mediante el estudio, analizándolo desde una perspectiva biopsicosocial.

Uno de los factores biopsicosociales más infravalorados en la edad avanzada es el aspecto psicológico.

La salud mental, al igual que la salud física, se va deteriorando con el paso de los años, apareciendo patologías como la ansiedad, depresión o demencias. Estas se ven incrementadas por la soledad subjetiva o el edadismo mencionado anteriormente.

La finalidad de este trabajo es reflejar la percepción de calidad de vida de las personas de avanzada edad en la sociedad actual.

Queremos ensalzar la figura del profesional de enfermería especializada en gerontología, puesto que en la actualidad lo conforman un grupo minoritario. Debido al aumento de la esperanza de vida, debemos promocionar esta especialización, ya que en un futuro no muy lejano estos profesionales serán imprescindibles para ofrecer unos cuidados integrales de calidad más específicos para esta sociedad más envejecida.

4. INTRODUCCIÓN

El ser humano experimenta a lo largo de la vida cambios de manera continua, progresiva e irreversible. El ciclo vital del ser humano aborda las siguientes etapas: nacimiento, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez. Este proyecto pone énfasis en su investigación en la etapa vital de la vejez.

El envejecimiento es un proceso multifactorial en el que se producen cambios a nivel físico, psicológico y social. En este proceso de envejecimiento intervienen factores genéticos, ambientales, hormonales, estilo de vida, psicológicos, socioeconómicos...

A lo largo de la historia la visión del envejecimiento ha sufrido varios cambios, siendo estos siempre influenciados por la cultura.

En la época de los nómadas, veían a las personas mayores como cargas esto es debido a que no podían desplazarse y los abandonaban a su suerte. Por otro lado, muchas culturas veían a los adultos mayores como individuos con grandes conocimientos, los cuales enseñaban al resto de la comunidad y eran respetados, admirados y enaltecidos.

Con el paso del tiempo, la esperanza de vida comenzó a aumentar progresivamente como consecuencia de la evolución de la ciencia y cambios en la medicina, junto con cambios en los estilos de vida.

Sin embargo, hemos involucionado en un aspecto que afecta directamente a la calidad de vida de las personas de avanzada edad. En cuestión de 40 años, hemos pasado de la idea de que este colectivo debía ser cuidado y respetado en todas sus esferas a la idea de que son un estorbo para la sociedad actual.

En el siglo XXI ha surgido la necesidad de la "juventud eterna", influenciada por el rechazo que se ha creado hacia los cambios físicos del envejecimiento. El nacimiento de las redes sociales ha aumentado el estigma creado hacia este colectivo, con la creación de filtros de falsa belleza que el único objeto que tienen es crear falsas expectativas e inseguridades hacia las personas que lo utilizan.

Este estigma está rodeado por unos estereotipos, prejuicios y discriminaciones únicamente condicionado por la edad biológica.

Robert Butler (1969), fue pionero en acuñar el concepto de edadismo, definiéndolo como el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones ejercidas tanto por parte de la sociedad como autoinfligidas, exclusivamente por razón de edad.

Actualmente, este tipo de discriminación es una de las más ejercidas dentro de la sociedad. Debido a ello, la OMS (Organización Mundial de la Salud) ha creado un proyecto denominado “La década del envejecimiento saludable”. Este proyecto se basa en la idea de que no se trata de vivir más años, si no de vivir años de calidad (1).

Todos los conceptos mencionados con anterioridad han influido en la calidad de vida de la población adulta mayor. Como profesionales de enfermería debemos poseer herramientas y conocimientos esenciales para detectar y abordar posibles dificultades que puedan surgir a este colectivo en la sociedad actual. Es fundamental concienciar y formar a las nuevas generaciones de profesionales de la salud, al igual que estos deberán educar a la población para intentar erradicar el concepto de edadismo.

5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

5.1 Pregunta inicial de investigación.

Para plantear la pregunta inicial de investigación, utilizamos la metodología PICO. Se trata de una pregunta estructurada, dividida en los siguientes componentes:

Tabla 1: Pregunta PICO.

P	Población: Individuos de edades comprendidas entre los 65 y 100 años que habitan en las poblaciones de Sitges y Calafell.
I	Intervención: Identificar los factores que inciden en la calidad de vida y en la salud de los adultos mayores mediante la recogida de datos a través de encuestas y entrevistas.
C	Comparación: Poblaciones con diferentes factores sociodemográficos que pueden influir en la percepción de calidad de vida y de salud percibida.
O	Resultados (outcomes): Identificar los factores que fomentan la calidad de vida percibida en el adulto mayor, en ambas poblaciones.

Fuente: Elaboración propia.

Por tanto, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿En qué municipio se tendrá mejor percepción de calidad de vida y salud percibida, según los diferentes factores sociodemográficos y en materia de salud que influyen en ella?

5.2 Objetivos.

- **Objetivo general:**
 - Conocer si las mejores condiciones sociodemográficas repercuten en la salud percibida y el bienestar, así como en la calidad de vida percibida por el adulto mayor.

- **Objetivos específicos:**
 - Comprender cómo el concepto envejecimiento repercute actualmente en la sociedad.

- Identificar las inquietudes que pueden generar una mala percepción de la calidad de vida en los ancianos.
- Comprobar si una mayor renta per cápita implica un incremento en la calidad de vida y la salud percibida.

5.3 Hipótesis.

Para dar respuesta a la pregunta de investigación, se decidió realizar un estudio entre dos poblaciones de la costa catalana con diferentes niveles adquisitivos y formulamos la siguiente hipótesis.

- Hipótesis nula (H₀): Los diferentes factores sociodemográficos sí afectan en la percepción de calidad de vida y salud percibida de los individuos mayores de 65 años de las localidades de Sitges y Calafell.
- Hipótesis alternativa (H₁): Los diferentes factores sociodemográficos no afectan en la percepción de calidad de vida y salud percibida de los individuos mayores de 65 años de las localidades de Sitges y Calafell

Se establecen las siguientes variables:

- **Factores sociodemográficos:**
 - Edad.
 - Sexo.
 - Ocupación.
 - Estado civil.
 - Estudios previos.
 - Religión.
 - Economía.
 - Lugar de residencia.
- **Variable independiente (VI)**: Factores sociodemográficos.
- **Variable dependiente (VD)**: Percepción de calidad de vida.

6. METODOLOGÍA.

Este proyecto de investigación se basa en una metodología cuantitativa transversal descriptiva. La elección de esta metodología nos permitirá conocer qué factores influyen en la percepción de calidad de vida de ambas poblaciones.

La metodología cuantitativa consiste en la recogida de datos y su posterior análisis, los cuales deberán ser cuantificables sobre diferentes variables de estudio establecidas anteriormente.

Dentro de la metodología cuantitativa cabe destacar los estudios descriptivos transversales. Estos tienen como objetivo la recogida de estos datos en un momento puntual, lo que permite que esta información sea actual sobre el fenómeno estudiado. No se realizará un seguimiento del fenómeno a estudiar (2).

Además, nos permite entender a los individuos de una manera holística, con el objetivo de conocer los factores que influyen negativamente en la calidad de vida de los adultos mayores y reflexionar sobre las posibles formas de abordaje.

El enfoque de la persona de una manera integral permite a los profesionales de salud mejorar la atención sin ejercer ningún tipo de discriminación, prejuicio o juicio de valor.

6.1 Población y muestra

Hemos utilizado como herramienta de recogida de datos la metodología cuantitativa, a través de encuestas.

Las poblaciones a estudio son habitantes de las localidades de Calafell y Sitges. Ambas poblaciones se localizan en Cataluña, específicamente en la costa Dorada.

La localidad de Calafell pertenece a la provincia de Tarragona. Por otro lado, Sitges pertenece a la provincia de Barcelona. Este aspecto puede afectar en la percepción de calidad de vida por las diferentes gestiones gubernamentales.

En Sitges, encontramos una población censada de adultos mayores de 65 años de 6.334 habitantes (3) (*ver anexo I*) y, dentro del municipio de Calafell, destacan 6.156 habitantes mayores de 65 años (4) (*ver anexo II*).

Para realizar el cálculo muestral y este pueda ser representativo a ambas poblaciones de estudio se empleó *Calculadora de Tamaño muestral de GRANMO*.

Se establecieron los siguientes valores:

- Margen de error: 5%.
- Nivel de confianza: 95%.
- Heterogeneidad: 50%.

De ello se obtuvo una n de 374 personas entre ambas poblaciones, es decir, 187 habitantes de cada población (5).

Estos serán seleccionados a través de un muestreo no probabilístico, mediante la técnica de bola de nieve.

La recogida de datos se ha realizado mediante la escala WHOQOL-BREF, validada por la OMS, que en este caso han sido adaptadas debido a la posible analfabetización existente en este grupo de población ([ver anexo III](#)) (6).

Las encuestas constan de 30 preguntas tipo Likert.

Se han establecido los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Mujeres y hombres mayores o igual a 65 años.
- Firmar el consentimiento informado para la realización de la encuesta.
- Hablar castellano, catalán o inglés.

Criterios de exclusión:

- Tener un diagnóstico de demencia.
- Estar institucionalizado.
- Tener discapacidad intelectual.

6.2 Búsqueda bibliográfica.

Se procede a investigar, a través de la web, artículos tanto nacionales como internacionales publicados a partir de 2020. Además, se utilizan datos de entidades oficiales, como es el caso del Instituto de Estadística de Cataluña (IDESCAT) o la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Se han escogido las siguientes bases de datos para la selección de artículos: Google Scholar, Pubmed, Dialnet, Elsevier, Scielo, Scopus ...

Para realizar esta búsqueda a través de las diferentes bases de datos, se han establecido las siguientes palabras clave: edadismo, soledad, enfermería, persona mayor y envejecimiento saludable.

Las palabras clave se han estructurado a través de operadores booleanos como “AND”, “NOT”, “OR”, en las diferentes bases de datos.

A su vez, también se ha optado por manuales referentes a geriatría.

(ver anexo IV).

7. MARCO TEÓRICO

A lo largo de los años, las personas experimentan cambios a nivel físico, cognitivo, social y emocional, que tienen un impacto en su calidad de vida.

La OMS define la calidad de vida como *“la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”* (7).

La calidad de vida para el adulto mayor significa obtener un grado de bienestar en todos estos factores, lo que implica la satisfacción de las diferentes necesidades que requiere cada individuo.

7.1 Antecedentes históricos

Retrocediendo en el tiempo, la visión del envejecimiento ha sufrido varios cambios, siendo estos siempre influenciados por dos variables que, indiscutiblemente, siempre determinan dichos cambios: la cultura y la religión.

En la época de los nómadas veían a las personas mayores como cargas, ya que no podían desplazarse y los abandonaban a su suerte.

En la sociedad oriental, ocurría totalmente lo contrario. Al llegar a la vejez, ocupaban el estatus más elevado, donde el resto de los familiares debían mostrarles su obediencia hacia ellos. A más longeva, más sabia era la persona.

En la India se consideraba que, en el momento en el cual se quebraba la salud del individuo, cobraban protagonismo el envejecimiento y la enfermedad.

Edad Moderna (S. XV-S. XVIII): Se comienza a tener en cuenta dentro de la economía el estado de jubilación como derecho adquirido, poniendo énfasis en la importancia de que este colectivo siga siendo consumidor y así siga aportando al crecimiento económico del país (8).

Antecedentes históricos del seguro de jubilación en España (9):

- El seguro de vejez se instauró en España en el año 1909.
- El trabajador podía escoger la edad de jubilación a los 55, 60 ó 65 años.
- Antaño, con una población joven y una esperanza de vida a la edad de jubilación no muy elevada, el sistema era muy atractivo para las personas en edad de jubilación, llegando a percibir una cantidad que les permitía vivir en condiciones dignas.

Con el paso de los años, la edad de jubilación ha ido incrementando a consecuencia de los cambios demográficos producidos, los cuales serán analizados a continuación.

En la actualidad, encontramos este límite de edad entre los 65 años y los 67 años.

El sistema de pensiones en España viene determinado por los años de cotización al sistema de seguridad social creado en 1963 (10).

En el siglo XXI ha surgido la necesidad del fenómeno denominado “juventud eterna”, influenciado por el rechazo que se ha creado hacia los cambios físicos de la vejez, provocando un entorno desfavorable para las personas adultas mayores, sumándole una disgregación familiar.

El envejecimiento es un proceso multifactorial y dinámico, en el que se producen transformaciones a nivel físico, psicológico y social. En este proceso de envejecimiento intervienen factores genéticos, ambientales, hormonales, estilo de vida, psicológicos, socioeconómicos...

7.2 Epidemiología

A nivel demográfico, en los últimos años se ha llevado a cabo un fenómeno conocido como “transición demográfica”. Este acontecimiento se relaciona con tres principales cambios: el descenso de la tasa de natalidad, un descenso tanto de la mortalidad como de la morbilidad y finalmente un aumento en la esperanza de vida.

Realizando un análisis demográfico, en la actualidad, la gran mayoría de los países desarrollados presentan una pirámide poblacional invertida. En esta se observa una base estrecha por falta de población joven, y una cima ancha por el aumento de población adulta mayor.

Actualmente, en Cataluña hay una población total de 8.067.454 habitantes, de los cuales 1.581.343 son mayores de 65 años. Si desglosamos este último por sexo, encontramos 680.333 hombres y 901.010 mujeres (11).

Las poblaciones a estudio, como se ha comentado anteriormente, son Sitges y Calafell, dos municipios ubicados en la Costa Dorada, pero pertenecientes a diferentes comarcas y provincias.

Calafell es un municipio catalán perteneciente a la provincia de Tarragona y, a su vez, a la comarca del Bajo Penedés. En el año 2024 se recogió un censo total de 31.567 habitantes, siendo 6.156 personas pertenecientes al grupo de edad de 65 años o más. Desglosando por sexos, encontramos una población bastante homogénea a diferencia de Cataluña. Se destacan 3.666 habitantes mujeres frente a 3.011 hombres (12).

Dentro de la población de Calafell encontramos un número elevado de población inmigrante, siendo la población marroquí la segunda nacionalidad más prevalente.

Si cogemos los 3.011 hombres mayores de 65 años, observamos como 2.735 son de nacionalidad española y 276 habitantes son de nacionalidad extranjera.

Si realizamos este análisis dentro de la población femenina, veremos 3.232 habitantes de nacionalidad española y 384 respectivamente de nacionalidad extranjera (13).

En relación con la calidad de vida encontramos el índice socioeconómico territorial (IST), el cual valora la situación laboral, nivel educativo, inmigración y renta de las personas que residen en la población, basándose en 6 indicadores. El índice de referencia de Cataluña es igual a 100.

En el caso de Calafell, en el año 2021 tenía un IST de 91,4. Si se analiza con referencia a años anteriores, se observa un descenso gradual desde el 2015 hasta el 2021 (14).

Por otro lado, Sitges es un municipio catalán ubicado en la provincia de Barcelona y, a su vez, en la comarca del Garraf. En el año 2024 hubo un censo de 32.496 habitantes, perteneciendo al grupo de edad de 65 o más 6.350 personas (15).

Al realizar un análisis por sexos, observamos los siguientes datos: de estos 6.350 habitantes, 2.903 son hombres y 3.447 mujeres.

Sitges, al igual que Calafell, son poblaciones que albergan un gran número de población extranjera. En este caso, de los 2.903 hombres, 2.408 son de nacionalidad española y 495 habitantes son de nacionalidad extranjera.

Por otro lado, de las 3.447 mujeres, 3.027 son de nacionalidad española y 420 de nacionalidad extranjera (16).

Con relación a la calidad de vida, encontramos un IST de 111,6, siendo este mayor al establecido en Cataluña a diferencia de Calafell, que se encuentra por debajo (14).

7.3 Teorías del envejecimiento

Las personas atraviesan desde que nacen hasta que fallecen por varias etapas de desarrollo físico, social y cognitivo... Este proceso se consumará en la etapa de la vejez. En cada una de las fases del ciclo vital, el individuo posee un rol, unas obligaciones y unos derechos completamente diferentes.

Las etapas que conforman el ciclo vital del ser humano son las siguientes: infancia, adolescencia, juventud, adultez y finalmente la ancianidad.

Se considera que una persona ha entrado en la vejez tras cumplir los 65 años. Sin embargo, no es un consenso unificado, ya que algunos autores consideran como persona adulta mayor a un individuo mayor de 60 años.

Hallamos una amplia variedad de teorías, las cuales explican el proceso de envejecimiento desde las diferentes dimensiones que rodean al ser humano (8).

- **Teorías biológicas**, narran el proceso de envejecimiento como un resultado natural de los seres vivos, donde se aprecia un deterioro de los órganos y sistemas del organismo.
- **Teorías psicológicas**, cabe destacar la teoría de Erick Erikson. Expone cómo, durante esta etapa, comienzan a surgir diferentes virtudes, como pueden ser la prudencia y la sabiduría. Desde otra perspectiva encontramos la teoría de la continuidad, la cual recalca la inexistencia de una separación entre el paso de la adultez a la adultez mayor. Destaca la prolongación de las experiencias vividas, los proyectos de vida establecidos y los hábitos de vida de la persona.

- **Teorías sociales**, explican cómo la persona se adaptará a su nuevo rol dentro de la sociedad, ya que comienza la jubilación y deja atrás su periodo activo laboralmente.
- **Teoría de la actividad**, realiza hincapié en la necesidad de autorrealización y llegar a conseguir un envejecimiento saludable.

7.4 Envejecimiento saludable

El envejecimiento saludable viene determinado por la economía personal, el nivel de estudios, estado civil, el lugar de residencia, estado de salud, las cargas familiares y las desigualdades: sociales, de género, de etnia o culturales.

Actualmente, muchas personas mayores no consiguen los recursos necesarios para llevar una vida digna y plena, lo que afecta directamente a la calidad de vida.

Para llegar a conseguir combatir la inequidad y desigualdades existentes en la sociedad, la OMS ha creado un proyecto denominado “La década del envejecimiento saludable 2020-2030”. La idea principal de este proyecto se basa en “no vivir más años, si no de vivir años de calidad”. (1)

A su vez, uno de los objetivos que contempla este proyecto es propulsar la importancia de la realización de investigaciones en personas mayores de 60-65 años. Este déficit de estudio repercute sobre esta población con problemas como la polifarmacia, polimorbilidad, infra diagnósticos, falta de adherencia a los tratamientos...

La *Década* se centra en cuatro ámbitos de actuación:

- Cambiar de manera de pensar, sentir y actuar con respecto a la edad y el envejecimiento.
- Asegurar que la población fomente las capacidades de las personas mayores y las integren en la sociedad.
- Ofrecer una atención integral e individualizada a las personas de este colectivo a nivel de asistencia sanitaria.
- Proporcionar acceso a la atención a largo plazo para las personas de este colectivo que así lo requieran.

Si algún día se alcanzara el reto establecido por la OMS de un envejecimiento saludable dentro de la sociedad, se conseguirá una disminución de las institucionalizaciones y, a

consecuencia de ello, una disminución en los costes sociales. Previamente para ello, será necesario erradicar el edadismo y ensalzar la figura de la enfermera gerontológica, quien protagoniza un papel fundamental para conseguir este reto.

El 14 de diciembre de 1990, la Asamblea General de las Naciones Unidas instauró el 1 de octubre como Día Internacional de las Personas Mayores, con el objetivo de destacar las importantes aportaciones que realizan las personas mayores en la sociedad y concienciar sobre los retos y desafíos que conllevan envejecer en la actualidad (17).

7.5 Concepto de calidad de vida.

El aumento de la esperanza de vida mencionado anteriormente influirá directamente sobre la calidad de vida de las personas adultas mayores. El concepto de calidad de vida es definido de varias formas por los diferentes autores mencionados a continuación:

- **Ferrans (1990):** Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
- **Hornquist (1982):** Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.
- **Shaw: (1977):** Define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual. Críticas: la persona no evalúa por sí misma y no puede tener cero calidad de vida.
- **Lawton (2001):** Evaluación multidimensional, de acuerdo con criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.
- **Haas (1999):** Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.
- **Bigelow et al. (1991), Calman (1987):** Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar... medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente.
- **Martin & Stockler (1998):** Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.
- **Opong et al. (1987):** Condiciones de vida o experiencia de vida.
- **Borthwick-Duffy (1992):** definieron de tres formas el concepto de calidad de vida:

- 1) Calidad de las condiciones de vida de una persona

- 2) Satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales
 - 3) Combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta.
- **Felce y Perry (1995)** agregaron a estas tres anteriores una cuarta:
- 4) Combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Todos los autores mencionados comparten una idea común: la calidad de vida dependerá de cada individuo, es decir, es subjetiva según sus vivencias (18).

Tras este análisis, se puede determinar como la calidad de vida es un proceso multidimensional que depende de los factores personales, del entorno y de su interacción con estos.

Los determinantes que afectan a la calidad de vida van cambiando conforme cambia también el ciclo vital de un individuo. El adulto mayor se encuentra en una etapa vital complicada, ya que concluye su etapa laboral para entrar en la jubilación, donde muchos consideran que no aportan nada, afectando tanto a nivel psicológico como emocional, lo cual finalmente termina repercutiendo en su percepción de calidad de vida y de salud percibida.

Durante este periodo, la percepción de calidad de vida vendrá determinada en muchas ocasiones por los recursos que dispongan, tanto a nivel social como a nivel de salud.

Cabe destacar la importancia de valorar la capacidad funcional e intrínseca de cada individuo.

La capacidad intrínseca se puede definir como las competencias tanto físicas como mentales que tiene una persona.

Por otro lado, tenemos la capacidad funcional, que relaciona la capacidad intrínseca con las características del entorno y las aptitudes de salud que le permiten a esa persona ser y hacer las actividades que son significativas para esta persona.

Ambas capacidades, a lo largo de las distintas etapas de la vida, van disminuyendo secuencialmente. Por ello es fundamental valorar de manera integral a la persona y poder reducir su evolución descendente de la manera más temprana posible.

7.6 Determinantes de la salud

El concepto de salud ha sufrido varios cambios a lo largo de la historia... En la actualidad, la OMS la define como “*el estado de completo bienestar físico, mental y social*”.

La OMS manifiesta la existencia de 3 esferas que engloban a cada individuo, pudiendo ser evaluadas de manera subjetiva por el paciente. Por otro lado, se evalúan conceptos objetivos, como pueden ser la capacidad de funcionamiento en su día a día y aspectos sociales, como son la adaptación y el trabajo.

En 1974, Marc Lalonde, ministro de sanidad canadiense, creó un documento llamado Nuevas Perspectivas de la Salud y de los canadienses. Este expresa cómo la salud está influenciada por la relación entre los siguientes cuatro determinantes:

- **El medio ambiente:** dentro de este factor encontramos el entorno donde vive el individuo, el entorno social y el ambiente natural.
- **Los estilos y hábitos de vida:** la actividad física, los hábitos alimentarios, hábitos de vida... Estos comportamientos son decisiones propias de los pacientes, pero a su vez vienen condicionados por la cultura y la sociedad en la que se encuentren.
- **El sistema sanitario:** la accesibilidad que tienen los pacientes a los recursos sanitarios es muy importante.
- **La biología humana:** este factor engloba la parte hereditaria y genética.

Estos cuatro determinantes afectarán directamente sobre la percepción de calidad de vida y salud percibida. Debido a ello, las preguntas realizadas en la encuesta giran en torno a estos determinantes de la salud (19).

7.7 Edadismo

Robert Butler (1969), fue pionero en acuñar el concepto de edadismo, definiéndolo como “*el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones ejercidas tanto por parte de la sociedad como autoinfligidas, exclusivamente por razón de edad*” (20).

Actualmente, el edadismo es la tercera gran forma de discriminación de las que son ejercidas dentro de la sociedad.

Un momento en el que se vio ensalzada con gran notoriedad este tipo de discriminación en el ámbito sanitario fue durante la pandemia del COVID-19. Las personas adultas mayores fueron discriminadas únicamente por su edad cronológica, sin llegar a valorar la edad biológica, vulnerando los principios de autonomía y no maleficencia, incluyendo la trasgresión del artículo 6 de la Ley 33/2011/4110 de la Ley General de Salud Pública, la cual asegura una atención sanitaria en condiciones de igualdad (21).

Por otro lado, en la actualidad, existe también discriminación por la edad a nivel asistencial. La polifarmacia es uno de los factores que afectan directamente en la calidad de vida del adulto mayor.

Debido al gran volumen de usuarios que a día de hoy tiene que soportar el sistema sanitario, muchos pacientes de edad avanzada no reciben las revisiones pertinentes de su medicación, lo que deriva en interacciones farmacológicas que afectan a la funcionalidad y a la calidad de vida de este colectivo, sufriendo gran deterioro a nivel físico, cognitivo... Todo esto conlleva a que se vulnere lo citado por Hipócrates "*primum non nocere*" (primero no hacer daño), infringiendo el principio bioético de no maleficencia.

Este fenómeno es más frecuente en mujeres de edad avanzada y personas con bajo poder adquisitivo (22).

En la actualidad, el sistema sanitario ha propulsado la idea de realizar trámites de manera telemática, imposibilitando o dificultando el acceso sanitario a todas las personas adultas mayores que no disponen de los conocimientos en ámbito digital.

Relacionado con las nuevas tecnologías, cabe destacar la discriminación económica, ya que actualmente la mayoría de tramites bancarios se realizan a través de aplicaciones digitales o cajeros automáticos. Al existir una gran analfabetización financiera en este rango de edad, confían el control de sus cuentas a familiares, conocidos, amigos... viéndose obligados a mermar su autonomía económica.

Como se ha mencionado anteriormente, el edadismo puede ser ejercido por la sociedad. Este suceso se observa en los medios de comunicación o anuncios televisivos haciendo ver que las personas ancianas son frágiles, vulnerables, débiles... Si estos términos son infligidos continuamente verbalmente hacia este colectivo, ellos mismos acaban asumiendo este hecho. Aquí se contempla el edadismo autoinfligido, lo que deriva consecuentemente a un aislamiento y soledad no deseados (23).

Los colectivos de este grupo de edad con más riesgo o en situación de soledad ya establecida son el LGTBI y las mujeres. Esto conlleva a mayor dependencia en ámbito social, funcional, cognitivo... derivando en problemas de salud que pueden llegar a perjudicar en la vida diaria de estos individuos.

7.8 Cuidadores informales

Al analizar el aumento de la esperanza de vida, a nivel de salud, nos planteamos la siguiente pregunta: ¿Este aumento de la esperanza de vida determina que los años ganados se viven de manera saludable? o, sin embargo, ¿este aumento de la esperanza de vida ha llevado consigo un aumento de patologías crónicas y de los casos de dependencia?

Al aumentar la esperanza de vida, correlativamente se ha podido observar un aumento en las enfermedades crónicas que pueden derivar en una dependencia. En estos casos de dependencia, el cuidador comúnmente es un familiar, el cual no tiene experiencia o conocimientos sobre este tipo de cuidados. A estos cuidadores se les denomina cuidadores informales. En gran medida se ha podido observar cómo estos cuidadores, al percibir una alta carga tanto a nivel físico como psicológico, comienzan a expresar un agotamiento mental y un estrés continuo, concluyendo en una claudicación familiar. Esta percepción no es dependiente del tiempo, sino viene determinada por la carga de trabajo. Este estrés percibido por parte del cuidador principal conlleva a una percepción menor de los apoyos sociales (24).

7.9 Enfermería gerontogeriatrica

La enfermera gerontogeriatrica, según varias entidades internacionales, destacando la OMS, es una figura que ejerce un papel fundamental en los cuidados de la población adulta mayor, ya que asegura el cumplimiento de los derechos y cuidados

gerontológicos. La SEEGG (Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica) tiene como propósito fomentar y defender todos los factores que estén relacionados con la Enfermería Geriátrica y Gerontológica en sus aspectos deontológicos, ético-legales, de dignidad y prestigio técnico, cultural, científico y de investigación (25).

Esta sociedad estableció el concepto de la enfermera especialista en enfermería geriátrica como *“la profesional que presta atención y cuidados de enfermería a la población anciana, estando capacitada para enseñar, supervisar, investigar, gestionar, y liderar los cuidados destinados a este colectivo en situaciones complejas, en las que también actúa como asesora en todos los niveles del sistema sociosanitario”* (26).

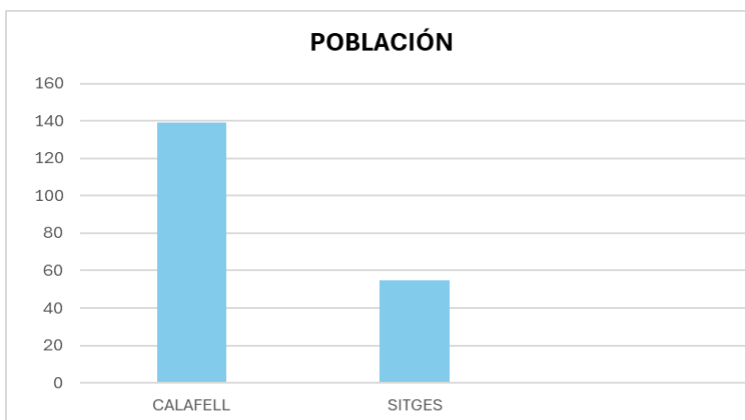
8. RESULTADOS

8.1 Datos sociodemográficos

Se recogieron un total de 194 respuestas en los cuestionarios, de los cuales no se rechazó ningún cuestionario por cumplir los criterios de inclusión. Se ha obtenido una muestra final de $n = 194$ participantes.

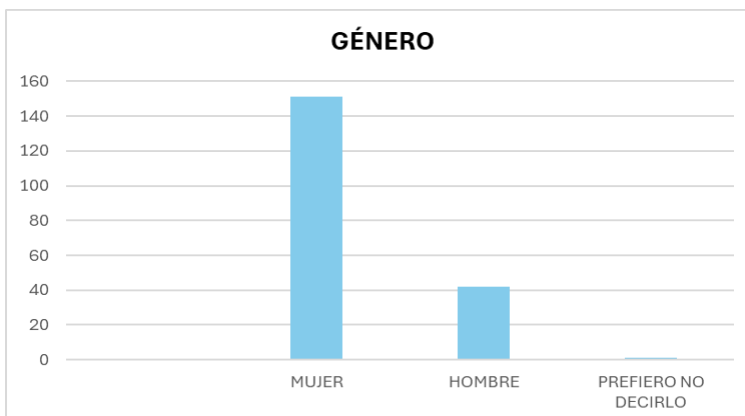
De los 194 participantes, el 71.6% de los encuestados pertenecían a la población de Calafell (Tarragona), siendo el 28.4% restante pertenecientes a la población de Sitges (Barcelona) (ver tabla 4). De 194 participantes, un 21.6% eran hombres y un 77.8% mujeres (ver tabla 5).

Ilustración 1: Gráfico distribuido por poblaciones.



Fuente: Elaboración propia.

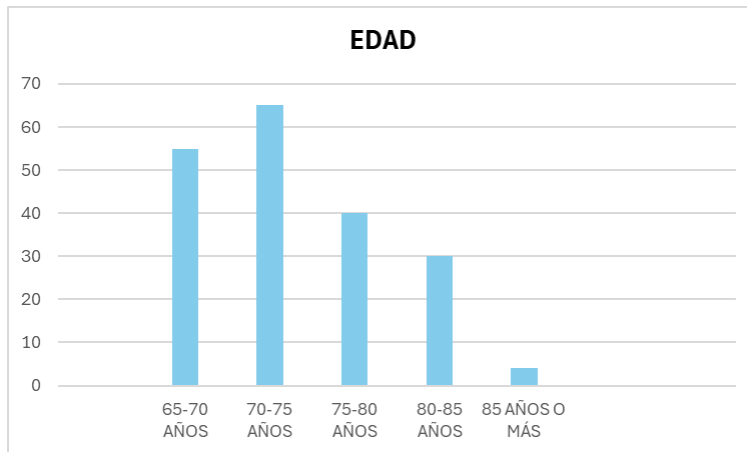
Ilustración 2: Gráfico distribuido por género.



Fuente: Elaboración propia.

El grupo de edad de 70-75 años fue el que más número de encuestas realizó. La mayoría de los encuestados recibieron una educación básica a nivel formativo, representando el 58.2% de los participantes (*ver tabla 6*).

Ilustración 3: Gráfico distribuido por género.



Fuente: Elaboración propia.

8.2 Resultados del análisis y relación entre variables

8.2.1 Edad y percepción de calidad de vida

En relación con la edad, dentro de la población de Calafell, el grupo de edad entre 70-75 años respondió un 38.8% de las encuestas totales de esta población. En contraposición, encontramos el intervalo de edad de 85 años o más, de los cuales se obtuvieron un 0.0% de encuestas (*ver tabla 7*).

De los 139 encuestados, un 27,3% manifestaron tener una percepción sobre su calidad de vida con una puntuación de 7 sobre 10. Un 15.1% de los encuestados calificaron su calidad de vida con una puntuación de 10 sobre 10 y un 2.9% la expresan con un 5 sobre 10. Ninguno de los encuestados mencionó tener una percepción de calidad de vida menor de 5 sobre 10 puntos (*ver tabla 8*) (*ver ilustración 13*).

No se observó una clara diferenciación entre los diferentes rangos de edad y la percepción de calidad de vida en la población de Calafell ($\chi^2:16.9$, $p:0.326$, IC:95%). Por ello, se aceptó la hipótesis alternativa, ya que la edad como factor sociodemográfico no afecta sobre la percepción de calidad de vida en la población (*ver tabla 9*).

Sin embargo, en la población de Sitges, a diferencia de Calafell, la franja de edad donde se ha obtenido un mayor número de respuestas ha sido entre 80-85 años, 27.3% del total de encuestados. A pesar de ello, en este caso se han observado grupos con mayor homogeneidad, excepto el rango de edad de 85 años o más, que en este caso corresponde el 7.3% del total de las encuestas (*ver tabla 10*).

Del total de encuestados de la población de Sitges, un 34.5% manifiesta tener una percepción de calidad de vida de 8 puntos sobre 10. Cabe destacar los resultados obtenidos dentro del rango entre 80-85 años, del cual un 1.8% expresa tener una percepción de calidad de vida de 2 puntos sobre 10. A contraposición, dentro de este baremo de edad, un 1.8% comenta tener una calidad de vida de 10 sobre 10 (*ver tabla 11 e ilustración 14*).

Tras la realización de un análisis entre la edad y la percepción de calidad de vida en la población de Sitges, no se destaca una diferenciación entre los diferentes rangos de edad sobre su calidad de vida percibida ($\chi^2:31.0$, $p:0.316$, IC:95%), por tanto, se acepta

la hipótesis alternativa, debido a que la edad como factor sociodemográfico no afecta sobre la percepción de calidad de vida en la población (*ver tabla 12*).

8.2.2 Género y percepción de calidad de vida.

En relación con el género, se observó una participación mayoritaria de mujeres en ambas poblaciones.

En el caso de la población de Calafell, un 76.3% de las encuestadas fueron mujeres y un 23.0% hombres. Cabe destacar que un 0.7% de los encuestados prefirió no expresar su género (*ver tabla 13*).

Al analizar la percepción de calidad de vida en relación con el género de los encuestados en Calafell, se ha percibido cómo las mujeres mayoritariamente calificaron su calidad de vida con una puntuación de 7- 8 sobre 10 (20.9%- 21.6%, respectivamente).

Por otro lado, los hombres la catalogaron en mayor medida con una puntuación de 7 sobre 10 y una puntuación de 9 sobre 10 (ambos un 5.8%). Dentro de los dos géneros, los valores de percepción de calidad de vida fluctúan en el rango entre 5 y 10 puntos (*ver tabla 14*) (*ver ilustración 15*).

Al estudiar ambas variables, en la población de Calafell no se destacan diferencias significativas entre estas. ($\chi^2:5.53$, $p:0.853$, IC:95%). Con estos resultados se admite la hipótesis alternativa, la cual refiere que el determinante de género de la población de Calafell no afecta en la percepción de calidad de vida (*ver tabla 15*).

En el caso de la población de Sitges, de los 55 encuestados, un 81.8% eran mujeres y un 18.2% hombres (*ver tabla 16*).

Se destacan las mismas valoraciones de calidad de vida percibida, tanto en hombres como en mujeres. Ambos mayoritariamente reconocen tener una percepción de calidad de vida con una puntuación de 7 sobre 10 (en el caso de las mujeres un 20.0% del total y en el caso de los hombres un 5.5% del total) y 8 sobre 10 (en el caso de las mujeres un 29.1% del total y en el caso de los hombres un 5.5% del total).

Estas puntuaciones, en el caso del género femenino, variaron desde 4 sobre 10 a 10 sobre 10 y en el caso del género masculino las puntuaciones fueron desde 2 sobre 10 hasta 10 sobre 10 (*ver tabla 17*) (*ver ilustración 16*).

Tras la realización de asociación entre ambas variables, se acepta la hipótesis alternativa por falta de correlación entre ambas ($\chi^2:7.61$, $p:0.368$, IC:95%). Con estos resultados se puede afirmar que el género no afecta en la percepción de calidad de vida de la población de Sitges (ver tabla 18).

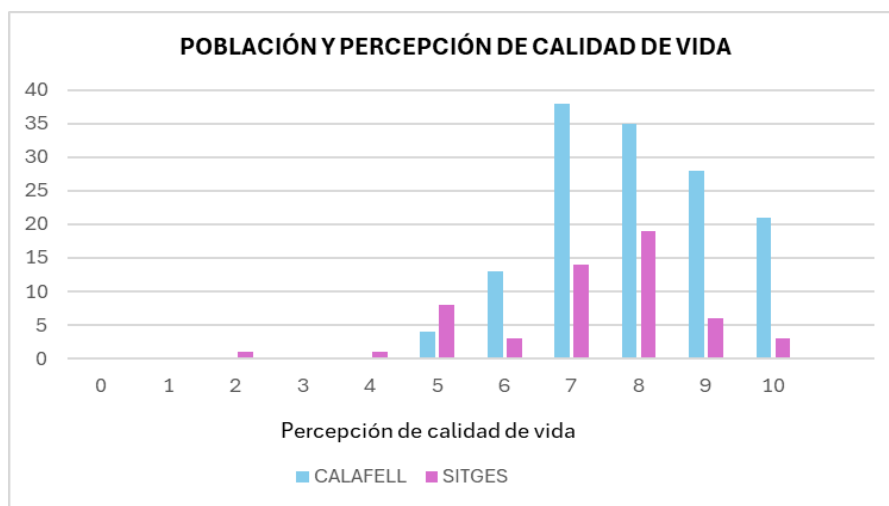
8.2.3 Población y percepción de calidad de vida.

En cuanto a la población, se ha observado mayor número de participantes en la población de Calafell, siendo el 71.6% de los encuestados entre ambas poblaciones (139 encuestados en Calafell). En la población de Sitges se han recogido un total de 55 encuestas, quedando como resultado una muy baja participación por parte de sus habitantes, representando el 28.4% de los encuestados (ver tabla 19).

De los encuestados en la población de Calafell, el 19.6% puntúa su calidad de vida con un 7 sobre 10. En el caso de la población de Sitges, el 7.2% de los encuestados puntúan su calidad de vida con un 8 sobre 10 (ver ilustración 4) (ver tabla 20).

Al realizar una comparativa entre las variables de población y percepción de calidad de vida, se destaca la existencia de relación significativa entre ellas ($\chi^2:20.6$ $p:0.004$, IC:95%). La asociación entre estas variables es muy baja (V de Cramer:0.326). Se puede aceptar la hipótesis nula, con lo cual se puede decir que la población donde se vive afecta a la percepción de calidad de vida (ver tabla 21).

Ilustración 4: Gráfico distribuido por población y percepción de calidad de vida.



Fuente: Elaboración propia.

8.2.4 Lengua materna y percepción de calidad de vida

Los encuestados pertenecientes a la población de Calafell han contestado un 72.7% que su lengua materna es el castellano, frente al 26.6% restante, que ha contestado que su lengua materna es el catalán. Cabe destacar un 0.7% cuya lengua materna es el alemán (*ver tabla 22*).

Los encuestados, cuya lengua materna es el castellano, expresaron en un 20.9% del total tener una percepción de calidad de vida de 7 sobre 10, seguido con un 20.1% del total, que la puntuaron como 8 sobre 10. En el caso del catalán, mayoritariamente la puntuaron con un 6/10 y 7/10 correspondiendo a un 6.5% del total en ambos casos. El encuestado de habla germana, puntuó su calidad de vida de 9 sobre 10 (*ver tabla 23*) (*ver ilustración 17*).

Tras la realización de una comparativa entre ambas variables, se halló una relación entre estas ($\chi^2:18.6$, $p:0.046$, IC:95%). A pesar de ello, la asociación existente entre estas es muy baja (V de Cramer:0.259). Se puede aceptar la hipótesis nula y expresar que la lengua materna afecta en la percepción de calidad de vida en la población de Calafell (*ver tabla 24*).

En relación con la población de Sitges, en el caso del 63.6% de los encuestados, su lengua materna es el castellano, frente a 36.4% que declararon que su lengua materna es el catalán (*ver tabla 25*).

La población cuya lengua materna es el castellano, tiene una percepción de calidad de vida entre 2 sobre 10 y 10 sobre 10. La mayoría de los encuestados, con un 16.4% del total, expresaron percibir su calidad de vida en un 7 sobre 10.

Por otro lado, los encuestados cuya lengua materna es el catalán exponen tener una percepción de calidad de vida entre 5 sobre 10 y 9 sobre 10, siendo un 8 sobre 10 el valor más notorio, correspondiendo a un 20.0% del total (*ver tabla 26*) (*ver ilustración 18*).

Al comparar ambas variables, no se destacó una relación entre estas ($\chi^2:8.13$, $p:0.321$, IC:95%). Se considera la hipótesis alternativa y se puede expresar que la lengua materna no afecta a la percepción de calidad de vida en la población de Sitges (*ver tabla 27*).

8.2.5 Nivel de estudios y percepción de calidad de vida

En cuanto al nivel de estudios, en la población de Calafell han respondido un 2,2% de los encuestados no tener ningún estudio a nivel académico, el 2.9% obtuvo una formación académica a nivel de educación secundaria, el 0.7% realizó BUP, el 7.9% realizó COU, el 7,2% bachillerato, el 4,3% realizó un Ciclo formativo de Grado Medio, el 5.8% realizó un Ciclo formativo de Grado Superior, el 7.9% obtuvo un título de Grado Universitario y un 61,2% de los encuestados ha respondido haber recibido una formación básica a nivel académico (*ver tabla 28*).

Analizando estos datos, el mayor porcentaje de encuestados recae en el nivel de estudios de formación básica, los cuales califican su calidad de vida percibida con una puntuación de 7 sobre 10 (*ver ilustración 19*) (*ver tabla 29*).

Realizando una comparativa entre las variables de nivel de estudios y percepción de calidad de vida, no se ha destacado una relación entre estas ($\chi^2:47.8$, $p:0.186$, IC:95%). La asociación entre estas variables es muy baja (V de Cramer:0.262). Se puede aceptar la hipótesis alternativa, con lo cual se puede decir que el nivel de estudios no afecta a la percepción de calidad de vida en la población de Calafell (*ver tabla 30*).

Por otro lado, en la población de Sitges han respondido un 9.1% de los encuestados no tener ningún estudio a nivel académico, el 50,9% obtuvieron una formación básica, el 1.8% obtuvo una formación académica a nivel de educación secundaria, el 3.6% realizó BUP, el 3.6% realizó COU, el 7.3% bachillerato, el 1.8% realizó un Ciclo formativo de Grado Medio, el 20.0% obtuvo un título de Grado Universitario y por último, ninguno de los encuestados ha realizado Ciclo formativo de Grado Superior (0.0%) (*ver tabla 31*).

Analizando estos datos, el mayor porcentaje de encuestados obtuvieron un nivel de estudios de formación básica, los cuales califican su calidad de vida percibida con una puntuación de 8 sobre 10 (*ver ilustración 20*) (*ver tabla 32*).

Realizando una comparativa entre las variables de nivel de estudios y percepción de calidad de vida, no se ha destacado una relación entre estas ($\chi^2:39.3$, $p:0.836$, IC:95%). La asociación entre estas variables es muy baja (V de Cramer:0.320). Se puede aceptar la hipótesis alternativa, con lo cual se puede decir que el nivel de estudios no afecta a la percepción de calidad de vida en la población de Sitges (*ver tabla 33*).

8.2.6 Ocupación laboral y percepción de calidad de vida.

Los adultos mayores encuestados en ambas poblaciones refirieron en un 96.9% estar jubilados, frente a un 2.6% que indicaron tener otras ocupaciones laborales y un 0.5% se encontraban activos laboralmente (*ver tabla 34*).

Del 96.9% de encuestados que se encontraban jubilados, mayoritariamente tenían una percepción de calidad de vida de 7 sobre 10 (un 26.3%) (*ver tabla 35*) (*ver ilustración 21*).

Tras realizar un análisis de ambas variables, no se observa una relación entre estas ($\chi^2:6.83$, $p:0.941$, IC:95%). Se acepta hipótesis alternativa, ya que la ocupación laboral no afecta sobre la percepción de calidad de vida (*ver tabla 36*).

8.2.7 Religión y percepción de calidad de vida

A la pregunta “¿practica alguna religión?”, la población de Calafell respondió en un 32.4% que sí, de los cuales el 97.8% practica el catolicismo y un 2.2% practica el espiritualismo. El 66.9% restante se declara agnóstico (*ver tabla 37 y tabla 38*).

Al analizar la percepción de calidad de vida en las personas que practican alguna religión, se observan respuestas bastante homogéneas, destacando cómo, mayoritariamente, indican tener una percepción de calidad de vida de 8 sobre 10, un 7.9% del 33.1%. Únicamente un 0.7% muestran tener una percepción de su calidad de vida de 5 sobre 10. La persona que indica practicar el espiritualismo declara tener una percepción de calidad de vida de 7 sobre 10 (*ver tabla 39*) (*ver ilustración 22 y 23*).

Dentro de las respuestas emitidas por los individuos que expresan ser agnósticos, se observa una mayor heterogeneidad, teniendo mayoritariamente una percepción de calidad de vida de 7 sobre 10, en un 20.1%. Las respuestas fluctúan desde una percepción de calidad de vida de 5 sobre 10 hasta 10 sobre 10 (*ver tabla 40*).

Al realizar una comparativa entre si practica alguna religión y percepción de calidad de vida, no se destaca una relación entre estas ($\chi^2:3.57$, $p:0.613$, IC:95%). Tampoco se destacan diferencias significativas dependiendo de la religión practicada ($\chi^2:3.68$, $p:0.596$, IC:95%) Se puede aceptar la hipótesis alternativa, lo cual indica que la religión

no afecta a la percepción de calidad de vida en la población de Calafell (*ver tabla 41 y tabla 42*).

Tras realizar la misma pregunta a la población de Sitges, estos responden en un 56.4% que sí, de los cuales un 96.7% son católicos y un 3.3% acuden a misa dominical. El 43.6% restante del total, manifiestan ser agnósticos (*ver tabla 43 y tabla 44*) (*ver ilustración 24 y 25*).

Al relacionar la variable de percepción de calidad de vida y la práctica religiosa, se observa que, en ambas respuestas, la mayoría de encuestados responden que su percepción de calidad de vida es de 8 sobre 10. Destacar que, en el caso de los agnósticos, las respuestas varían desde 2 sobre 10 hasta 10 sobre 10. (*ver tabla 45 y tabla 46*).

Tras realizar un estudio correlacional entre estas variables, se observa que no existe relación entre la percepción de calidad de vida ($\chi^2:8.76$, $p:0.271$, $IC:95\%$). Se acepta la hipótesis alternativa (*ver tabla 47 y tabla 48*).

8.2.8 Convivencia y percepción de calidad de vida

En cuanto a la convivencia en domicilio, de los 194 encuestados un 1.5% que convive con un animal doméstico, un 47.4% vive con su pareja, un 41.2% refiere vivir sólo, un 7.7% afirma vivir con su familia y por último un 2.1% convive con compañero/a de piso (*ver tabla 49*).

Analizando estos datos, el mayor porcentaje de encuestados convive con su pareja, de los cuales califican mayoritariamente su calidad de vida percibida con una puntuación de 7-8 sobre 10. A pesar de ello, dentro de este grupo también se observa como un 0.5% indica tener una percepción de calidad de vida de 2 sobre 10, a diferencia de los otros grupos, donde los valores de percepción de calidad de vida fluctúan entre 4 sobre 10 y 10 sobre 10 (*ver tabla 50*) (*ver ilustración 26*).

Realizando una comparativa entre las variables de convivencia y percepción de calidad de vida, no se ha destacado una relación entre estas ($\chi^2:31.8$ $p:0.282$, $IC:95\%$). Se puede aceptar la hipótesis alternativa, lo cual indica que la convivencia con algún ser

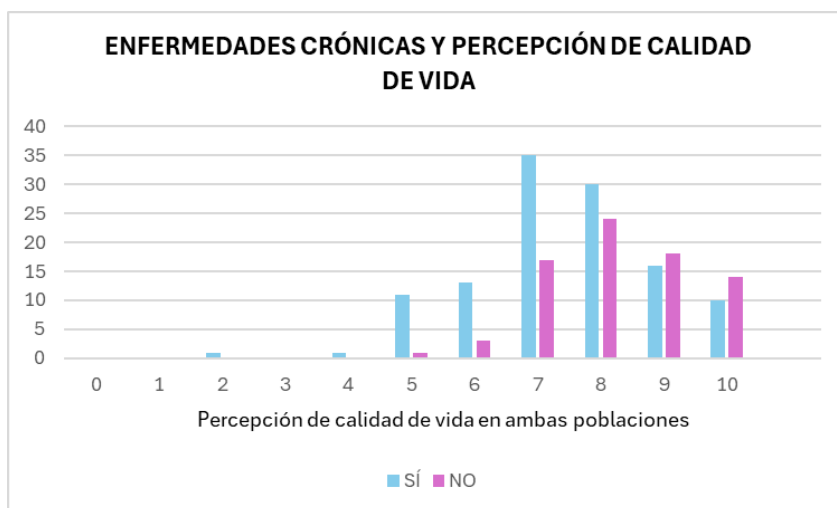
humano o mascota o vivir solo/a no afecta a la percepción de calidad de vida en la población de estas poblaciones (ver tabla 51).

8.2.9 Enfermedades crónicas y percepción de calidad de vida

En esta pregunta, los encuestados de ambas poblaciones responden con un 60.3% que sí padecen alguna enfermedad crónica, y el 39.7% refiere no tener ninguna enfermedad crónica (ver tabla 52).

Se observa cómo las personas que expresan que sí tienen una enfermedad crónica refieren tener una peor percepción de calidad de vida (un 0.5% del 60.3% que dice tener alguna enfermedad crónica, refiere tener una percepción de calidad de vida de 2 sobre 10) tener y de salud que las personas que dicen no tener ninguna enfermedad crónica (ver ilustración 5) (ver tabla 53).

Ilustración 5: Gráfico distribuido por padecimiento de enfermedades crónicas y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.



Fuente: Elaboración propia.

Al realizar una comparativa entre la variable de padecer una enfermedad crónica y percepción de calidad de vida, se destaca una relación entre estas ($\chi^2:16.7$, $p:0.019$, IC:95%). La asociación entre las variables es baja (V de Cramer:0.294). Por tanto, es totalmente lícito aceptar la hipótesis nula, que indica que tener una enfermedad crónica sí afecta a la percepción de calidad de vida en ambas poblaciones (ver tabla 54).

8.2.10 Medicación y percepción de calidad de vida

Tras preguntar si necesitan alguna medicación para completar el día, los encuestados de ambas poblaciones, contestan con un 66.5% del total que sí necesitan medicación, un 21.6% responde que no les hace falta medicación y finalmente un 11.9% menciona que en ocasiones sí necesitan (*ver tabla 55*).

Dentro del 66.5% que mencionan que necesitan medicación para completar el día, un 5.2% indica tener una percepción de calidad de vida de 5 sobre 10 y un 19.1% tener una calidad de vida de 7 sobre 10. Resaltar dentro del 21.6% que menciona no necesitar medicación, en mayor medida responden tener una percepción de calidad de vida de 9 sobre 10 y 10 sobre 10. Ninguno de los encuestados menciona tener una percepción de calidad de vida menor de 6 sobre 10 (*tabla 56*) (*ver ilustración 27*).

Al realizar una comparativa entre las variables de convivencia y percepción de calidad de vida, no se ha destacado una relación entre estas ($\chi^2:19.5$, $p:0.146$, IC:95%). Se acepta entonces la hipótesis alternativa, la cual indica que tomar medicación para poder afrontar el día no afecta a la percepción de calidad de vida en las dos poblaciones (*tabla 57*).

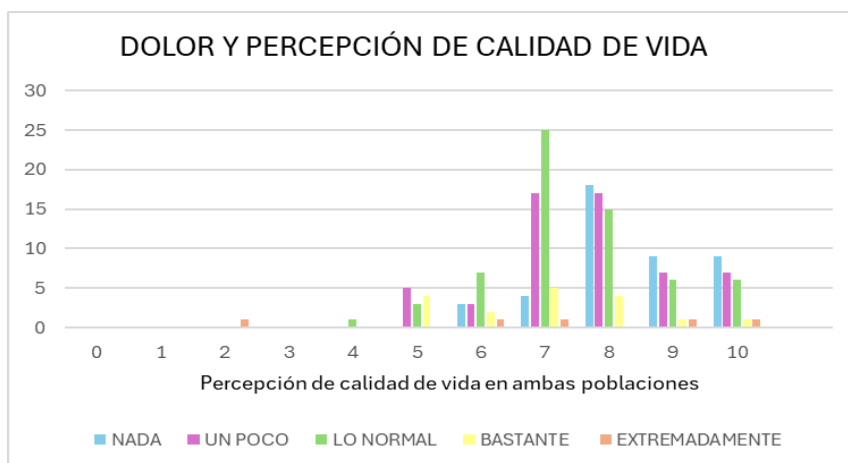
8.2.11 Dolor y percepción de calidad de vida

Al analizar ambas poblaciones en cuanto al padecimiento de dolor, contestan con un 22.2% no tener nada de dolor en su vida diaria, con un 30.9% un poco, un 34.5% responde "lo normal", un 9.8% contesta que tiene bastante dolor en su vida diaria y por último un 2.6% refiere vivir con mucho dolor (*ver tabla 58*).

Del porcentaje de población de Calafell que expresa padecer un nivel normal de dolor en su vida diaria (34.5%), el 12.9% puntúa su percepción de calidad de vida con un 7 sobre 10. Se observa cómo, cuanto menos les impide el dolor en su vida diaria, mejor calidad de vida perciben (*ver tabla 59*) (*ver ilustración 6*).

Al comparar ambas variables, se ha observado que existe relación significativa ($\chi^2:70.5$, $p:<0.001$, IC:95%). La intensidad de asociación entre ambas variables es baja (V de Cramer:0.301). Se acepta entonces la hipótesis nula, que indica que tener dolor sí afecta a la percepción de calidad de vida en ambas poblaciones (*ver tabla 60*).

Ilustración 6: Gráfico distribuido por limitación de la vida diaria por el dolor y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.



Fuente: Elaboración propia.

8.2.12 Sentimiento de tristeza y percepción de calidad de vida.

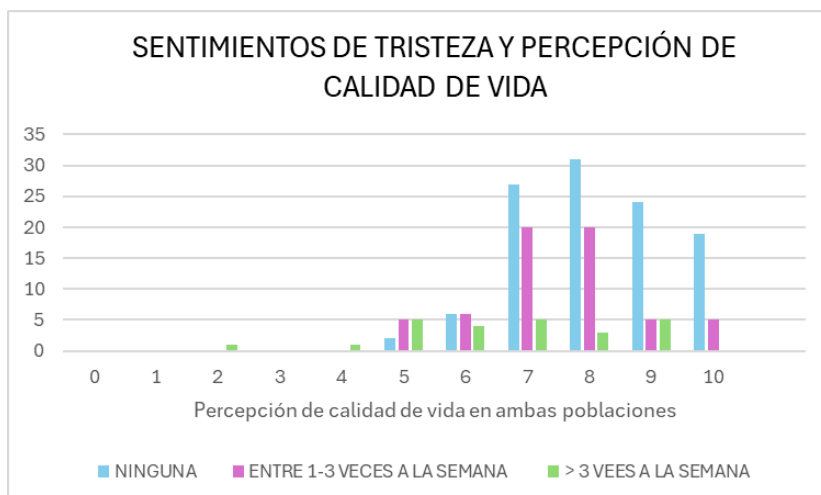
El 56.2% de ambas poblaciones encuestadas, expresa no sentir sentimientos de tristeza a lo largo de una semana, el 31.4%, tienen sentimientos de tristeza entre 1-3 veces a la semana y un 12.4% tener más de 3 veces sentimientos de tristeza (ver tabla 61).

Al relacionar la variable de sentimientos de tristeza con la percepción de calidad de vida, las personas que mencionan no tener sentimientos de tristeza, en su mayoría responden tener un 8 sobre 10 (un 16.0%). Según va aumentando el sentimiento de tristeza, esta percepción de calidad de vida va disminuyendo.

En el caso de tener sentimientos de tristeza entre 1-3 veces, un 10.3% responden tener una percepción de calidad de vida de 8 sobre 10 (ver ilustración 7).

Finalmente, un 1.5% de los individuos que tienen más de 3 veces a la semana sentimientos de tristeza, expresan tener una percepción de calidad de vida de 8 sobre 10 (ver tabla 62).

Ilustración 7: Gráfico distribuido por sentimientos de tristeza a lo largo de una semana y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.



Fuente: Elaboración propia.

Al comparar ambas variables, cabe destacar la existencia de una relación significativa ($\chi^2:43.9$, $p:< .001$, IC:95%). La fuerza de asociación entre ambas es baja (V de Cramer:0.336). Se acepta la hipótesis nula, que indica que tener sentimientos de tristeza sí afecta a la percepción de calidad de vida en ambas poblaciones (ver tabla 63).

8.2.13 Lugar donde realizan la compra y percepción de calidad de vida

Con relación a dónde realizan la compra, los habitantes de ambas poblaciones nos indican en un 56.7% que realizan la compra en supermercados, un 17.5% en comercios locales y un 8.2% en ambos (ver tabla 64).

Tras analizar la percepción de calidad de vida, dependiendo de dónde realizan la compra se observa cómo, en el caso de realizar la compra en el supermercado tanto como si la realizaban en los comercios locales, los valores obtenidos son similares. Estas puntuaciones varían desde una percepción de calidad de vida de 2 sobre 10 hasta 10 sobre 10 (ver tabla 65) (ver ilustración 28).

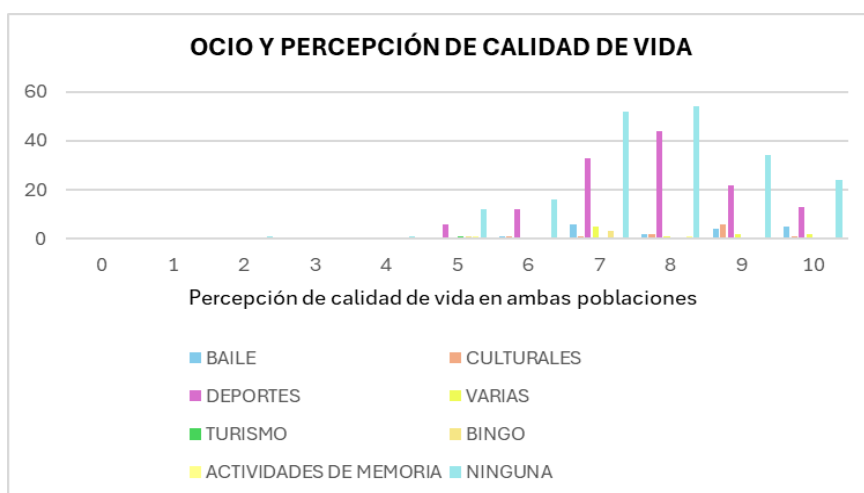
Por tanto, ambas variables no tienen asociación ($\chi^2:12.9$, $p: 0.911$, IC:95%). Se acepta la hipótesis alternativa, el lugar dónde realizan la compra no afecta a la percepción de calidad de vida de ambas poblaciones (ver tabla 66).

8.2.14 Ocio y percepción de calidad de vida.

Un 67.0% de los encuestados de ambas poblaciones, tiene como principal actividad de ocio o recreativa practicar deporte y un 9.3% menciona no realizar ninguna actividad de ocio (ver tabla 67).

De los encuestados que refieren practicar deporte como primera actividad de ocio (67.0%), el 22.7% puntúa su percepción de calidad de vida con un 8 sobre 10 (ver tabla 68) (ver ilustración 8).

Ilustración 8: Gráfico distribuido por actividades de ocio realizadas y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.



Fuente: Elaboración propia.

Al comparar ambas variables, se ha observado que existe relación significativa ($\chi^2:84.4$ p:0.001, IC:95%). Se acepta entonces la hipótesis nula, que indica que tener una actividad de ocio afecta a la percepción de calidad de vida (ver tabla 68). A pesar de existir una correlación entre ambas, la fuerza de asociación es baja (V de Cramer:0.249) (ver tabla 69).

8.2.15 Relaciones sociales y percepción de calidad de vida.

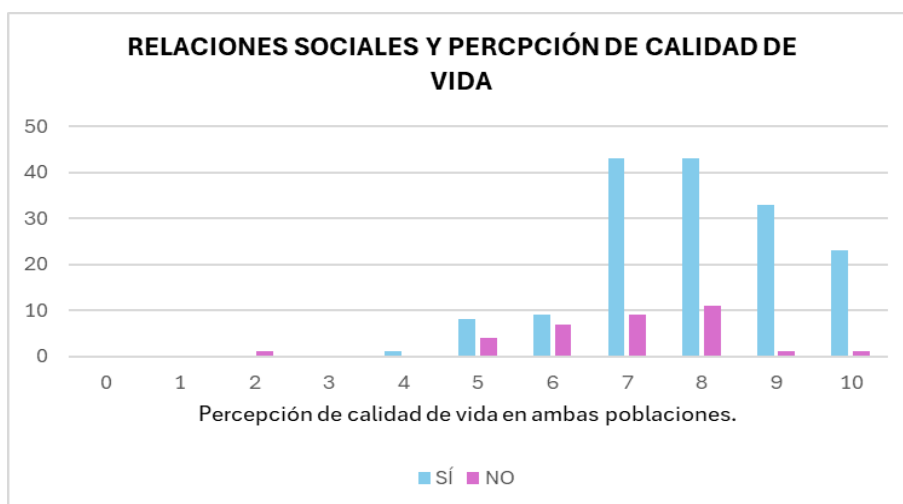
Un 82.5% de los encuestados de ambas poblaciones encuestadas refieren realizar planes con sus amigos y el 17.5% no realiza planes con sus amigos (ver tabla 70).

Al analizar la percepción de calidad de vida, dependiendo si realizan planes con sus amigos o no, se contempla cómo las personas que no hacen actividades con sus amigos

tienen una percepción de calidad de vida menor que los que sí realizan actividades con amigos.

Entre las personas que sí realizan actividades con amigos, un 22.2% responden tener una percepción de calidad de vida de 7 sobre 10, al igual un 22.2% indica tener una percepción de calidad de vida de 8 sobre 10 y un 0.5% un 4 sobre 10 (ver ilustración 9). En contraposición, los individuos que responden no realizar actividades con amigos, un 0.5% indica tener una percepción de calidad de vida de 2 sobre 10 y un 5.7% expresa tener un 8 sobre 10 (ver tabla 71).

Ilustración 9: Gráfico distribuido por relaciones sociales y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.



Fuente: Elaboración propia.

Al comparar ambas variables, se ha observado que existe una relación significativa ($\chi^2:22.9$, $p:0.002$, IC:95%). La fuerza de asociación entre ambas es baja (V de Cramer:0.343). Se acepta entonces la hipótesis nula, que indica que realizar actividades con sus amigos afecta a la percepción de calidad de vida de los encuestados en ambas poblaciones (ver tabla 72).

8.2.16 Descanso nocturno y percepción de calidad de vida

Al realizar la pregunta de si descansan bien, responden con un 61.3% que sí descansan bien por las noches, con un 15.5% que tienen problemas para conciliar el sueño y el 23.2% afirman que necesitan medicación para conciliar el sueño (ver tabla 73).

Del porcentaje de población que responde que descansa bien por la noche (61.9%), el 18% califica su calidad de vida con una puntuación de entre 8 sobre 10. Por otro lado, los individuos que refieren tomar una pastilla para dormir en un 7.2% refieren tener una percepción de calidad de vida de 7 sobre 10 (*ver tabla 74*) (*ver ilustración 29*).

Al realizar una comparativa entre la variable de descanso nocturno y percepción de calidad de vida, no se destaca una relación entre estas ($\chi^2:15.8$, $p:0.325$, IC:95%). Por tanto, es totalmente lícito aceptar la hipótesis alternativa, que indica que tener el descanso no afecta a la percepción de calidad de vida en ambas poblaciones (*ver tabla 75*).

8.2.17 Satisfacción con su vida sexual y percepción de calidad de vida

Los encuestados refieren en un 12.9% estar muy insatisfechos/as con su vida sexual, un 22.2% poco satisfechos/as, el 51.8% lo normal, un 7.2% bastante satisfechos/as, un 3.1% muy satisfechos/as, un 4.6% decide no responder a esta cuestión y finalmente un 2.6% refiere no tener relaciones sexuales (*ver tabla 76*).

Tras realizar un análisis con la percepción de calidad de vida observamos cómo, a pesar de tener una percepción de calidad de vida alta, la satisfacción con su vida sexual en muchos de los casos es baja. El porcentaje de población que menciona estar muy satisfechos con su vida sexual tiene una alta percepción de calidad de vida (*ver ilustración 30*).

Dentro de la población que refiere no tener relaciones sexuales, las respuestas de percepción de calidad de vida son bastante heterogéneas (*ver tabla 77*).

Se determina que no existe asociación entre ambas variables ($\chi^2:48.6$, $p:0.225$, IC:95%, V de Cramer:0.204). Por ello se acepta la hipótesis alternativa, es decir, la satisfacción sexual no afecta a la percepción de calidad de vida (*ver tabla 78*).

8.2.18 Lugar de residencia y percepción de calidad de vida

Los encuestados de los municipios de Calafell y Sitges responden a esta pregunta con los siguientes resultados: el 8.2% afirma estar muy insatisfecho con su lugar de residencia, el 3.1% expresa estar poco satisfecho, el 20.6% lo normal, el 33.5% declara

sentirse bastante satisfecho y, por último, el 34.5% afirma sentirse muy satisfecho con su lugar de residencia (*ver tabla 79*).

En los resultados no se observan claras diferenciaciones entre la valoración de percepción de calidad de vida y la satisfacción con el lugar donde viven. Un 0.5% responden estar bastante satisfecho/a con su lugar de residencia y determinan tener una percepción de calidad de vida de 2 sobre 10 y 4 sobre 10. Por otro lado un 2.1% menciona estar muy insatisfecho/a con su lugar de residencia, pero explica tener una percepción de calidad de vida de 10 sobre 10 (*ver tabla 80*) (*ver ilustración 31*).

Realizando una comparativa entre las variables de satisfacción con el lugar de residencia y percepción de calidad de vida, no se destaca una relación entre estas ($\chi^2:40.5$, $p:0.060$, IC:95%). Se acepta entonces la hipótesis alternativa, la cual indica que tener el lugar de residencia no afecta a la percepción de calidad de vida en la población de Calafell (*ver tabla 81*).

8.2.19 Acceso a los servicios sanitarios y percepción de calidad de vida

Al preguntarles sobre la satisfacción que tienen con sus servicios sanitarios a los habitantes de ambas poblaciones, un 12.4% se encuentra muy insatisfecho/a, el 20.6% refirió estar poco satisfecho/a, un 41.2% lo normal, el 17.0% está bastante satisfecho/a y el 8.8% estar muy satisfecho/a (*ver tabla 82*).

La población que se encuentra satisfecha con el acceso a los servicios sanitarios es mayor a los que se encuentran insatisfechos, como consecuencia las valoraciones de percepción de calidad de vida son bastante homogéneas en todos los casos, variando las respuestas desde 5 sobre 10 hasta 10 sobre 10 (*ver tabla 83*) (*ver ilustración 32*).

Al comparar ambas variables, se observa que no existe una relación significativa entre ambas ($\chi^2:40.1$, $p:0.065$, IC:95%, V de Cramer:0.227). Se acepta entonces la hipótesis alternativa, lo que indica que la satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios por razón de edad que tienen los encuestados no afecta a la percepción de calidad de vida (*ver tabla 84*).

8.2.20 “Meva salut” y percepción de calidad de vida

La población de Calafell nos ha contestado en esta pregunta con un 77.0% que conoce la aplicación catalana de salud y el 61.2% sabe utilizarla (*ver tabla 85 y tabla 91*).

Del porcentaje de encuestados de la población de Calafell que refiere conocer la aplicación de “la meva salut” (77.0%), el 21.6% puntúa su percepción de calidad de vida con un 8 sobre 10 (*ver tabla 86*) (*ver ilustración 33 y 35*).

Al comparar ambas variables, se ha observado que no existe relación significativa ($\chi^2:10.6$, $p:0.391$, IC:95%). Se acepta entonces la hipótesis alternativa, que indica que la variable de conocer la aplicación de “la meva salut” y saber cómo funciona no afecta a la percepción de calidad de vida en la población de Calafell (*ver tabla 87*).

En la población de Sitges ha contestado el 63.6% de los encuestados que conocen la aplicación de “la meva salut” (*ver tabla 88*) y el 49.1% sabe utilizarla (*ver tabla 94*).

Del porcentaje de población de Sitges que refiere conocer la aplicación de salud catalana (63.6%), el 25.5% puntúa su percepción de calidad de vida con un 8 sobre 10 (*ver tabla 89*) (*ver ilustración 34 y 36*).

Al comparar ambas variables, se observa que no existe relación significativa ($\chi^2:17.4$, $p:0.236$, IC:95%). Se acepta entonces la hipótesis alternativa, que indica que la variable de conocer y utilizar la aplicación de “la meva salut” no afecta a la percepción de calidad de vida en la población de Sitges (*ver tabla 90*).

8.2.21 Edadismo en la sociedad y percepción de calidad de vida

La población de Calafell y Sitges, en un 10.3% indica haber sufrido discriminación por la edad en la sociedad, el 89.7% restante indica que no se había sentido discriminado (*ver tabla 97*).

Dentro de la población que ha sufrido edadismo por parte de la sociedad, indica tener una percepción de calidad de vida entre 2 sobre 10 y 10 sobre 10, destacando una falta de diferenciación entre la percepción de calidad de vida de los individuos que mencionan no haber sufrido edadismo en la sociedad y los que sí habían sufrido discriminación por razón de edad en la sociedad (*ver tabla 98*) (*ver ilustración 37*).

Al asociar ambas variables se observa cómo no existe relación entre éstas ($\chi^2:11.3$, $p:0.126$, IC:95%), Se acepta la hipótesis alternativa, esto indica que haberse sentido discriminado por la sociedad por razón de la edad no afecta a la percepción de calidad de vida (*ver tabla 99*).

8.2.22 Edadismo institucional y percepción de calidad de vida

En ambas poblaciones, un 16.0% refiere haber sufrido discriminación en algún servicio sanitario por la edad, frente a un 84.0% que refiere no haber sufrido discriminación alguna en este sector (*ver tabla 100*).

En relación con la población que sí ha sufrido discriminación en sanidad, mayoritariamente indican tener una percepción de calidad de vida de 7 sobre 10. En el caso de los que no han sufrido discriminación, en mayor medida mencionan tener una percepción de calidad de vida de 8 sobre 10 (*ver tabla 101*) (*ver ilustración 38*).

Al asociar ambas variables se observa que no existe relación entre ambas ($\chi^2:10.3$, $p:0.171$, IC:95%, V de Cramer: 0.231), Se acepta la hipótesis alternativa, la cual indica que haberse sentido discriminado por razón de edad en algún servicio sanitario no afecta a la percepción de calidad de vida (*ver tabla 102*).

8.2.23 Cuidador informal y percepción de calidad de vida

En ambas poblaciones contestan con un 91.2% que no están a cargo del cuidado de una persona, el 8.8% restante son cuidadores informales de algún familiar (*ver tabla 103*).

Del porcentaje de encuestados que refiere estar al cuidado de alguna persona de manera informal, un 3.6% indica tener una percepción de calidad de 7 sobre 10. A diferencia de los que refieren no estar cuidando a nadie, indican tener una percepción de calidad de vida de 2 sobre 10 y 4 sobre 10 en un 0.5% del 91.2% total (*ver tabla 104*) (*ver ilustración 39*).

Al comparar ambas variables, se observa que no existe relación significativa ($\chi^2:3.24$, $p:0.862$, IC:95%). Se acepta entonces la hipótesis alternativa, que indica que la variable



de tener a cargo el cuidado de una persona no afecta a la percepción de calidad de vida en ambas poblaciones (*ver tabla 105*).

9. DISCUSIÓN

Tras la realización de una exhaustiva búsqueda bibliográfica de múltiples artículos anteriores que fueran equivalentes al estudio de investigación actual, los resultados fueron escasos. Como se establece en bibliografía de sanidad del gobierno de España de 2023, existe una falta de investigación científica en el adulto mayor en materia de salud.

A continuación se establece una comparativa con la literatura descrita entre determinantes de la salud, factores sociodemográficos y percepción de calidad de vida y de salud percibida.

Según María Victoria Campo et al. (2020), en su estudio cuantitativo transversal llevado a cabo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con una muestra de 178 personas, sobre las variables que influyen en los sentimientos de soledad en el adulto mayor, determinó que la población que vivía sola tenía mayor sentimiento de tristeza y soledad. Determinó que el 37.6% de la población percibió sentimientos de soledad en el último mes de manera esporádica (23).

Estos resultados son completamente heterogéneos al estudio actual, donde se observó un mayor número de sentimientos de tristeza en una semana. Al existir diferenciación sobre el tiempo evaluado, este puede ser un factor determinante en la heterogeneidad de los datos.

Según un estudio cuantitativo realizado por Francisco Javier López-Rincón et al. (2019) realizado a la población adulta mayor de la comarca Lagunera de Coahuila, determinó como el género no es un factor directamente influyente de la percepción de calidad de vida y salud percibida a pesar de existir otros factores que afectan más a un género femenino, los cuales demostraron sí mantener una correlación con la percepción de calidad de vida y salud percibida. Este estudio destacó a su vez una mayor participación de las mujeres en un 67% del total de encuestados frente a un 33% de hombres. Al igual que en el estudio presente donde no se destaca ninguna influencia del género sobre la percepción de calidad de vida. Tanto en el estudio citado como en el estudio presente en ambos casos mayoritariamente se indicó tener una percepción de calidad de vida de 7 sobre 10 (29).

Un estudio realizado por Blanca Isela Flores-Herrera et al. (2018), con el fin de evaluar el nivel de calidad de vida de los adultos mayores (n=99) que acudieron a un Centro de Salud Comunitario en Matamoros, Tamaulipas desde un contexto familiar, a través de un estudio descriptivo, transversal, donde se obtuvo que un 68.7% de los encuestados vivían con pareja y un 31.3% vivían solos.

Realizando una comparativa con el estudio presente un 41.2% de la población vive solo/a, frente a un 58.7% que viven acompañados de sus parejas, familiares, compañeros de piso o sus mascotas, siendo estos datos similares a los del estudio citado (30).

Según Amanda Elizabeth García-Barrera et al. (2022), en su estudio con diseño mixto explicativo secuencial sobre la calidad de vida en adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles, con una muestra de 44 personas, determinó que la calidad de vida y salud percibida con tener enfermedad crónica se correlacionan.

Los resultados del estudio actual verifican esta afirmación, puesto que las personas que determinaron tener una percepción de calidad de vida y salud percibida de 2 sobre 10 y 4 sobre 10, indicaron tener alguna enfermedad crónica. Por otro lado, los habitantes que expresaron no tener ninguna enfermedad crónica tienen mayores puntuaciones de percepción de calidad de vida y salud percibida (31).

Otro estudio realizado por Julio Pérez Díaz et al. (2024), donde se compararon diferentes informes realizados a adultos mayores con el objetivo de proporcionar una visión de las condiciones de vida de la población mayor de 65 años de España. Determinó como un 63.6% de la población se encuentran en una situación de morbilidad crónica, estos valores coinciden con los de la investigación presente donde se establece que un 60.3% expresaron tener enfermedades crónicas (32).

Según E.M Garrido Garrido et al. (2011) en su estudio descriptivo transversal llevado a cabo en el Centro de Salud Zaidín-Centro de Granada, con una muestra de 305 participantes mayores de 65 años y polimedicados, sobre el consumo de medicación en pacientes mayores de 65 años, determinaron que en el año 2011 la prevalencia de polimedicados en adultos mayores de 65 años fue de 33.7% (33).

Según el estudio actual, el 66.5% de los encuestados afirma tomar medicación diariamente.

Como se explica en la literatura, al aumentar la esperanza de vida, correlativamente se ha producido un aumento en las enfermedades crónicas que pueden derivar en una dependencia. Normalmente el cuidador principal de estas personas con dependencia suele ser un familiar, los cuales son denominados cuidadores informales (24).

Según Carmen Del Pilar Molina Martín et al. (2024), en un estudio descriptivo transversal, con un muestreo aleatorio simple de 90 cuidadoras, sobre la calidad de vida en las personas cuidadoras que viven en Gran Canaria, determina que en España el 88.85% de los cuidadores son mujeres, frente al 11% aproximadamente que son hombres, calificando su percepción de calidad de vida medias de 3.7 puntos.

Al comparar con el estudio actual, los encuestados que sí tienen a cargo el cuidado de alguna persona mayor (8.7%), el 100% son mujeres. Estos datos contradicen al estudio citado donde se muestra un mayor número de mujeres cuidadoras, pero existen cuidadores de ambos sexos (34).

Otro factor a analizar es el padecimiento del dolor. El dolor sólo no afecta a la dimensión física, sino que también se enlaza con otros aspectos psicológicos, sociales y funcionales, deteriorando el bienestar del individuo en su totalidad. Factores establecidos en la bibliografía como la intensidad del dolor, la duración, la causa, el tratamiento, el apoyo social y las creencias del individuo pueden influir en su percepción de calidad de vida.

Según un estudio realizado por Miguel Germán Borda et al. (2016), mediante un muestreo probabilístico por conglomerados con una muestra de 2.000 habitantes mayores de 60 años de Colombia, donde establecen el impacto del dolor en la calidad de vida de la población anciana, establece una clara asociación entre el padecimiento de dolor y la percepción de calidad de vida y salud percibida, siendo esta con tendencia negativa. Con este estudio se corroboran los datos del estudio se actual, donde las personas que tenían más dolor mencionaron tener una percepción de calidad de vida y de salud más baja (35).

En relación con la actividad física, según un estudio realizado por Julio Pérez Díaz et al. (2024) mencionado anteriormente, explicó cómo un 33.7% de los adultos mayores realizan actividad física y estaban concienciados de los beneficios del ejercicio sobre la calidad de vida y de salud. Con relación al estudio actual estos valores son distantes a

los del estudio. En este caso, un 67.0% del total de encuestados de ambas poblaciones mencionaron realizar deporte tanto individualmente como en grupo (36).

A la pregunta de si se habían sentido discriminados por la sociedad por razón de edad en alguna ocasión, un 10.3% indicaron haber sufrido edadismo en la sociedad frente a un 89.7% que no. A pesar de ello, no causó una afectación sobre su percepción de calidad de vida y salud percibida. En contraposición a estos datos, en un estudio de búsqueda bibliográfica realizado por Chang et al. (2020), se establece cómo el edadismo, en el 95.5% de los casos se concluyó que el edadismo conduce a una peor percepción de calidad de vida y salud percibida (37).

Por otro lado, también existe edadismo a nivel de relaciones sexuales y sexualidad. En este estudio los participantes de la población de Sitges fueron reticentes a contestar la pregunta relacionada con este factor en la encuesta. Aún a día de hoy existe tabú, contribuyendo a la invisibilidad de su vida sexual, pudiendo llegar a afectar negativamente su bienestar emocional, sus relaciones sociales y su calidad de vida. El 47.4% de los encuestados afirma estar satisfecho con su vida sexual, calificando el 15.5% su calidad de vida con una puntuación de 8 sobre 10. Aunque no sea un factor que influya en la percepción de calidad de vida de las personas, es un factor importante a la hora de evaluar las necesidades de cada individuo para promover su bienestar biopsicosocial (27).

En una revisión sistemática de estudios cualitativos realizados en diferentes países, llevada a cabo por Sara Torres et al. (2024) sobre percepciones de la sexualidad en personas mayores, se destacó el hecho de que más de la mitad de las personas de edad avanzada que residían en comunidad manifestaron seguir expresando interés por el sexo, puntualizando que la actividad sexual aumentaba cuando tenían pareja. A pesar de esto, hubo un número de mujeres que expresó sentir una disminución del deseo sexual, algo que achacan a la viudedad.

Por otra parte, algunas personas de edad avanzada incidieron en el deseo de que el personal sanitario tenga más implicación a la hora de abordar este tema en el servicio de Atención Primaria (38).

En relación con el edadismo institucional, un 16.0% mostro haber sufrido edadismo dentro de los servicios sanitarios y un 84.0% no haber sufrido este tipo de discriminación. El artículo 6 de la Ley 33/2011/4110 de la Ley General de Salud Pública, la cual asegura una atención sanitaria en condiciones de igualdad, se vio vulnerada con la aparición del SARS-Cov-2 donde no se aseguró esta atención de sanidad igualitaria.

La pandemia dejó efectos residuales que aún en la actualidad se pueden percibir, en unas ocasiones más visibles, como la población que determinó haber sufrido edadismo institucional y, en otras ocasiones, invisible como la falta de enseñanza digital en temas de salud.

En un estudio cuantitativo publicado por Sara Marsillas (2021), que estudia actitudes y opiniones discriminatorias hacia la edad durante la pandemia, donde participaron 840 personas de origen español, se refleja que más del 50% de los encuestados expresan tener más miedo a infectarse, manejan peor la información, generan más carga para el sistema sanitario... Esto conlleva a que, deliberadamente o no, se les abandonase en tiempos de pandemia (39).

En la actualidad, tanto las citas con profesionales de la salud como los informes se gestionan a través de una aplicación. En el caso de la comunidad autónoma de Cataluña disponen de "la meva salut".

Un 73.2% de los encuestados expresaron tener esta aplicación a pesar de ello únicamente un 57.7% sabía cómo utilizarla, dejando al resto de población "excluidas" en el ámbito sanitario (28). A pesar de ello, con nuestro estudio hemos determinado cómo el edadismo no es un factor que afecte directamente a la percepción de calidad de vida y salud percibida.

Con los recientes avances tecnológicos, este colectivo ha quedado en el olvido, ya que no se ha invertido tiempo ni recursos para formarlos, lo que supone que tengan grandes barreras a la hora de acceder a diferentes servicios que hoy en día solo disponen de acceso digital, como podrían ser gestiones bancarias o incluso gestiones en tema de salud. En este estudio se ve reflejado esta situación, puesto que sólo un 8.2% de los encuestados ha respondido de forma telemática a las encuestas (20).

En una revisió sistemàtica para analizar la percepci3n de las aplicaciones de salud en adultos mayores, realizada por Carolina Benavides Guerrero et al. (2023), se observ3 que los adultos mayores tenían una percepci3n positiva sobre la utilizaci3n de aplicaciones para la salud, refiriendo ser útil, c3moda y f3cil de utilizar. Por otro lado, manifestaron tener una percepci3n negativa en cuanto al miedo a utilizarla, no saber utilizarla, inseguridad en datos personales y costes que pudieran producirse por el uso de esta (40).

Según un estudio cuantitativo realizado por Francisco J López-Rinc3n et al. (2019) realizado a la poblaci3n adulta mayor de la comarca Lagunera de Coahuila, mencionado anteriormente, explic3 c3mo la calidad de vida y salud se perciben de manera diferente segun las experiencias y vivencias de cada individuo. Los resultados del estudio presente afirman con m3s fuerza este concepto, puesto que factores que inicialmente se establecieron como determinantes influyentes sobre la percepci3n de calidad de vida y salud, finalmente han resultado no ser influyentes (29).

10. CONCLUSIONES

Al realizar un análisis sobre los resultados obtenidos en el estudio sobre la calidad de vida y salud percibida en adultos mayores de las localidades de Calafell, provincia de Tarragona y Sitges, provincia de Barcelona, se rechaza hipótesis nula y se acepta hipótesis alternativa. Esto quiere decir que no todos los factores sociodemográficos y los determinantes de la salud influyen en su totalidad sobre la calidad de vida y salud percibida.

Los encuestados de ambas poblaciones, expresaron tener una percepción de calidad de vida y de salud percibida en torno a un 7 sobre 10 y 8 sobre 10. A pesar de ello, se ha demostrado que, una de las variables que influyen sobre la percepción de calidad de vida y salud percibida, fue la población de residencia. Los encuestados de la población de Sitges mostraron tener una percepción de calidad de vida y salud percibida menor que la de los habitantes de Calafell. Con estos valores se demuestra que la población de residencia de los adultos mayores sí afecta a la percepción de calidad de vida y salud percibida. A su vez, se determina que unas mejores condiciones sociodemográficas y un mayor ITS no conlleva a tener una mejor percepción de calidad de vida y de salud percibida.

Los adultos mayores encuestados de ambas poblaciones mostraron cómo los cambios derivados del envejecimiento afectan sobre la percepción de calidad de vida y salud percibida, siendo las enfermedades crónicas o el dolor unas de ellas.

Se identificaron diferentes inquietudes generadas sobre la población adulta mayor, destacando el acceso a los servicios sanitarios, siendo más específicos en las largas esperas para obtener una cita tanto a nivel hospitalario como ambulatorio. También demandan una mayor atención hacia ellos, ya que en ocasiones se sienten discriminados únicamente por razón de edad.

Por otro lado, hacen referencia a que la percepción de calidad de vida y salud percibida mayoritariamente depende de cada individuo y de sus vivencias.

Aunque, por normal general, en las dos poblaciones se ha visto que los habitantes mayores de 65 años expresan tener una buena percepción de calidad de vida y salud percibida, aún es necesario que se den cambios para destruir barreras que dificultan en algunos aspectos la vida diaria de este colectivo.

11. CRONOGRAMA

Tabla 2: Cronograma

Mes	Octubre		Noviembre					Diciembre					Enero				Febrero				Marzo					Abril				Mayo				Junio	
Semana	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	
Búsqueda de información	■	■	■																																
Primera tutoría.				■																															
Búsqueda en bases de datos					■	■	■	■																											
Justificación					■																														
Diseños del TFG							■	■	■																										
Segunda tutoría								■																											
Marco teórico									■	■	■	■	■																						
Realización de encuestas										■	■																								
Análisis de las encuestas													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■											
Discusión de resultados y conclusión																																			
Entrega TFG																																		■	
Defensa TFG																																		■	

Fuente: Elaboración propia.

12. LIMITACIONES

El planteamiento del proyecto en un inicio fue realizar un trabajo de investigación basado en una triangulación metodológica, donde se realizaría una segunda parte en la que se llevarían a cabo 3 entrevistas semiestructuradas, una a un individuo perteneciente a la población de Calafell, otra a un individuo perteneciente a la población de Sitges y, por último, una entrevista semiestructurada a una enfermera que trabaja en el centro de atención primaria de Sitges, especializada en geriatría. Conseguimos realizar dos de las tres entrevistas, pero por tener un tiempo limitado, tuvimos que renunciar a realizar esta fase del proyecto, quedando entonces un trabajo de investigación basado en la metodología cuantitativa transversal.

Por otro lado, no hemos conseguido obtener la muestra que teníamos como objetivo ($n=374$), lo que conlleva a que los resultados de este proyecto no sean extrapolables a la población y que no sea representativa. Hemos conseguido obtener de la población de Calafell una muestra bastante significativa ($n=139$). Sin embargo, en la población de Sitges hemos tenido bastantes dificultades a la hora de recoger encuestas, lo que nos ha derivado en la obtención de tan solo 55 respuestas.

Conseguimos en la población de Calafell contactar con la responsable de deportes del municipio, la cual se prestó amablemente a ayudarnos a la divulgación de las encuestas, resultando obtener un buen número de participantes. Es por ello por lo que nuestro proyecto se encuentra sesgado, es decir, casi toda la población de Calafell practica ejercicio físico. Todo lo contrario nos ha ocurrido en la población de Sitges, donde con bastante dificultad pudimos encontrar un contacto que nos ayudase a divulgar las encuestas. Nos resultó muy complicado contactar con el ayuntamiento del municipio y, cuando por fin conseguimos contactar, no recibimos una respuesta del todo amable.

Otra limitación que hemos encontrado a lo largo de la elaboración del trabajo es el hecho de no tener tiempo de calidad para poder realizar un proyecto tan ambicioso como es la realización de una triangulación metodológica. Nos resultó muy interesante la entrevista con la enfermera y aportaba datos esclarecedores al proyecto. Nos evoca sentimientos de tristeza el no poder reflejar en este proyecto la perspectiva de la enfermera en este tema.

13. POSIBLES APLICACIONES Y UTILIDAD DEL ESTUDIO

Tras la realización de este proyecto y el análisis de los resultados obtenidos, nos hemos planteado unas posibles aplicaciones de proyectos futuros. A pesar de no ser un estudio extrapolable a la población general, se han podido destacar varias preocupaciones que tienen los adultos mayores en ambas poblaciones.

Inicialmente, realizaríamos las encuestas que faltan tanto en la población de Calafell, como en la población de Sitges, para poder llegar a obtener unos datos de percepción de calidad de vida y salud percibida representativos a ambas poblaciones.

Nuestra idea inicial era realizar una triangulación metodológica como ya se ha comentado con anterioridad. Por ello se transcribirían las entrevistas ya realizadas y realizaríamos otra a un individuo de Calafell. Esto nos permitiría crear una evaluación más integral y tener una perspectiva de calidad de vida y salud percibida en el adulto mayor desde el punto de vista de una profesional de la salud especializada en geriatría.

Por otro lado, se tendría que dar más promoción a la figura de la enfermera gerontológica, puesto que, como hemos mencionado en este proyecto, la sociedad cada vez tiende a ser más longeva, provocando un auge de las enfermedades crónicas. La enfermera especializada en gerontología debería tener más recursos disponibles para mejorar la calidad de vida de este colectivo.

Se necesitará en un futuro próximo más personal de enfermería con esta especialidad, para poder proporcionar una atención de calidad integral e individualizada a este colectivo de la sociedad.

Este proyecto se facilitará a los ayuntamientos de los municipios de Calafell y Sitges a petición de los colaboradores pertenecientes a cada localidad, con el fin de conocer los resultados obtenidos y poder realizar ellos un plan de mejora para dar respuesta a las inquietudes y enfrentar situaciones adversas que puedan surgir en la vida diaria de las personas mayores y así mejorar su percepción de calidad de vida y salud percibida.

14. BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA

1. Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) [Internet]. Available from: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
2. Estudios transversales o de corte [Internet]. Ujaen.es. [citado el 29 de marzo de 2025]. Disponible en: https://web.ujaen.es/investiga/tics_tfg/estu_transversales.html
3. Idescat. El municipio en cifras. Sitges (Garraf) [Internet]. [cited 2024 Dec 8]. Available from: <https://www.idescat.cat/emex/?id=082704&lang=es>
4. Idescat. El municipio en cifras. Calafell (Baix Penedès) [Internet]. [cited 2024 Dec 8]. Available from: <https://www.idescat.cat/emex/?id=430379&lang=es>
5. GRANMO - DATARUS [Internet]. [cited 2025 Apr 27]. Available from: <https://www.datarus.eu/aplicaciones/granmo/>
6. Spanish_Spain_WHOQOL-BREF [Internet]. [cited 2024 Dec 12]. Available from: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref/docs/default-source/publishing-policies/whoqol-bref/spanish-spain-whoqol-bref>
7. Lemus N, Parrado R, Quintana G. Calidad de vida en el sistema de salud. Revista Colombiana De Reumatología [Internet]. 2014 Mar 1;21(1):1–3. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-reumatologia-374-articulo-calidad-vida-el-sistema-salud-S0121812314701409>
8. Plasencia Delgado V. El edadismo y la dignidad de las personas mayores en la sanidad: aspectos bioéticos. 2021 [cited 2025 Feb 9]; Available from: <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/23518>
9. López-Zafra JM, De Paz-Cobo S. Antecedentes históricos del seguro de jubilación en España: De la capitalización al reparto (1909-1939). Studies of Applied Economics [Internet]. 2020 [citado el 11 de febrero de 2025]; Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5312881.pdf>

10. Seguridad Social: Prestaciones / Pensiones de Trabajadores [Internet]. [cited 2025 Feb 9]. Available from: <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Trabajadores/PrestacionesPensionesTrabajadores/10963/28393/28396/28472/6156#6156>
11. Idescat. Estimaciones de población. Cataluña [Internet]. 1981. Available from: <https://www.idescat.cat/pub/?id=ep&lang=es>
12. Idescat. Censo de población y viviendas. Población. Por nacionalidad, sexo y grupo de edad. Calafell [Internet]. Available from: <https://www.idescat.cat/pub/?id=censph&n=5993&geo=mun:430379&lang=es>
13. Idescat. Censo de población y viviendas. Población. Por nacionalidad, sexo y grupo de edad. Calafell [Internet]. Available from: <https://www.idescat.cat/pub/?id=censph&n=5993&geo=mun:430379&lang=es>
14. Idescat. Índice socioeconómico territorial. Cataluña [Internet]. Idescat.cat. [citado el 30 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.idescat.cat/pub/?id=ist&lang=es>
15. Idescat. El municipio en cifras. Sitges (Garraf) [Internet]. Available from: <https://www.idescat.cat/emex/?id=082704&lang=es>
16. Idescat. Censo de 20y viviendas. Población. Por nacionalidad, sexo y edad quinquenal hasta 85 años o más. Sitges [Internet]. Available from: <https://www.idescat.cat/pub/?id=censph&n=16355&geo=mun:082704&lang=es>
17. Nations U. Día Internacional de las Personas de Edad | Naciones Unidas. [cited 2025 Feb 9]; Available from: <https://www.un.org/es/observances/older-persons-day>
18. Alfonso Urzúa M, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia psicológica [Internet]. 2012 [cited 2024 Dec 12];30(1):61–71.

Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006

19. de La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC, de La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. Journal of Negative and No Positive Results [Internet]. 2020 [cited 2025 Apr 27];5(1):81–90. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081&lng=es&nrm=iso&tlng=es
20. Plasencia Delgado V. El edadismo y la dignidad de las personas mayores en la sanidad: aspectos bioéticos. 2021 [cited 2025 Feb 9]; Available from: <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/23518>
21. BOE-A-2011-15623 Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. [Internet]. [cited 2025 Apr 27]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-15623>
22. Sánchez-Rodríguez JR, Escare-Oviedo CA, Castro-Olivares VE, Robles-Molina CR, Vergara-Martínez MI, Jara-Castillo CT, et al. Polifarmacia en adulto mayor, impacto en su calidad de vida. Revisión de literatura. Revista de Salud Pública [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2025 Feb 9];21(2):271–7. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2019.v21n2/271-277/es/>
23. Campo MV, Solange Herrmann B, di Virgilio E, Angelillo MR. La soledad no deseada. Una aproximación cuantitativa sobre el sentimiento de soledad en las personas mayores de 65 años residentes en CABA, 2020. Argumentos Revista de crítica social, ISSN-e 1666-8979, N° 23, 2021 [Internet]. 2021 [cited 2025 Apr 27];(23):8. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8149213&info=resumen&idioma=ENG>
24. Lara Vásquez CV, Medina Fernández JA, Cortez González LC, Cortes Montelongo DB, Carrillo Cervantes AL. Estrés percibido y apoyo social percibido en cuidadores informales del adulto mayor. Salud Uninorte. 2023;39(2):601-11.

- Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522023000200601
25. Quiénes somos – S.E.E.G.G. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica [Internet]. [cited 2025 Feb 9]. Available from: <https://seegg.es/quienes-somos/>
26. Avendaño Céspedes A, González Vaca J, Abizanda Soler P. Tratado de enfermería gerontogeriatrica. 1st ed. Elsevier; 2024.
27. Camilla Sandrianny Pereira Barbosa, Valeria Peixoto Bezerra, Gilka Paiva de Oliveira, Jordana Almeida Nogueira, Maria Adelaide Silva Paredes Moreira Ufpr.br. La sexualidad en la vejez: vivencias de profesionales de la salud y de ancianos [citado el 27 de abril de 2025]. Disponible en: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/88147>
28. Mi salud, CatSalut. Servicio Catalán de la Salud [Internet]. [cited 2025 Apr 27]. Available from: <https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/la-meva-salut/>
29. López-Rincón FJ, Morales-Jinez A, Ugarte-Esquivel A, Rodríguez-Mejía LE, Hernández-Torres JL, Sauza-Niño LC, et al. Comparación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en hombres y mujeres adultos mayores. Enfermería Global [Internet]. 2019 [cited 2025 Apr 29];18(54):410–25. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=es
30. Flores-Herrera BI, Castillo-Muraira Y, Ponce-Martínez D, Miranda-Posadas C, Peralta-Cerda EG, Durán-Badillo T. Investigación Perception of older adults about their quality of life. A perspective from the familial context Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim182d.pdf>

31. García-Barrera AE, Horta-Roa LF, Bautista-Roa MA, Ibáñez-Pinilla EA, Cobo-Mejía EA. Calidad de vida y percepción de la salud en personas mayores con enfermedad crónica. Rev. salud. bosque. [Internet]. 3 de agosto de 2022 [citado 29 de abril de 2025];12(1):1-13. Disponible en: <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RSB/article/view/3278>
32. Solidaridadintergeneracional.es. [citado el 18 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://solidaridadintergeneracional.es/files/biblioteca/documentos/enred-indicadoresbasicos2024.pdf>
33. Garrido-Garrido EM, García-Garrido I, García-López-Durán JC, García-Jiménez F, Ortega-López I, Bueno-Cavanillas A. Estudio de pacientes polimedicados mayores de 65 años en un centro de asistencia primaria urbano. Revista de Calidad Asistencial [Internet]. 2011 Mar [cited 2025 May 18];26(2):90–6. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-pdf-S1134282X10001454>
34. La calidad de vida de las cuidadoras informales principales en tiempos de COVID-19 y su relación con la Enfermería de Atención Primaria [Internet]. [cited 2025 Apr 29]. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2023000200004
35. Borda MG, Acevedo González JC, David DG, Morros González E, Cano CA. Dolor en el anciano: calidad de vida, funcionalidad y factores asociados. Estudio SABE, Bogotá, Colombia. Revista Española de Geriátría y Gerontología [Internet]. 2016 May 1 [cited 2025 Apr 29];51(3):140–5. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X15001286>
36. Solidaridadintergeneracional.es. [citado el 18 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://solidaridadintergeneracional.es/files/biblioteca/documentos/enred-indicadoresbasicos2024.pdf>
37. Chang ES, Kanno S, Levy S, Wang SY, Lee JE, Levy BR. Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. PLoS ONE [Internet]. 2020

- Jan 1 [cited 2025 May 18];15(1). Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31940338/>
38. Percepciones de la sexualidad en personas mayores: una revisión sistemática de estudios cualitativos [Internet]. [cited 2025 May 18]. Available from:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100503&lng=es&nrm=iso#B14
39. Edadismo y COVID-19: estudio sobre actitudes y opiniones discriminatorias hacia la edad durante la pandemia - Blog de Ciudades Amigables - Instituto de Mayores y Servicios Sociales [Internet]. [cited 2025 May 18]. Available from:
<https://blogciudades.imserso.es/-/edadismo-y-covid-19-estudio-sobre-actitudes-y-opiniones-discriminatorias-hacia-la-edad-durante-la-pandemia>
40. Benavides-Guerrero C, Hernández-Cortés PL, Guevara-Valtier MC, Rendon-Torres LA, Benavides-Guerrero C, Hernández-Cortés PL, et al. Percepción de las aplicaciones M-Salud en adultos mayores: revisión sistemática. *Sanus* [Internet]. 2022 Dec 13 [cited 2025 May 18];7:e288. Available from:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-60942022000100108&lng=es&nrm=iso&tlng=es

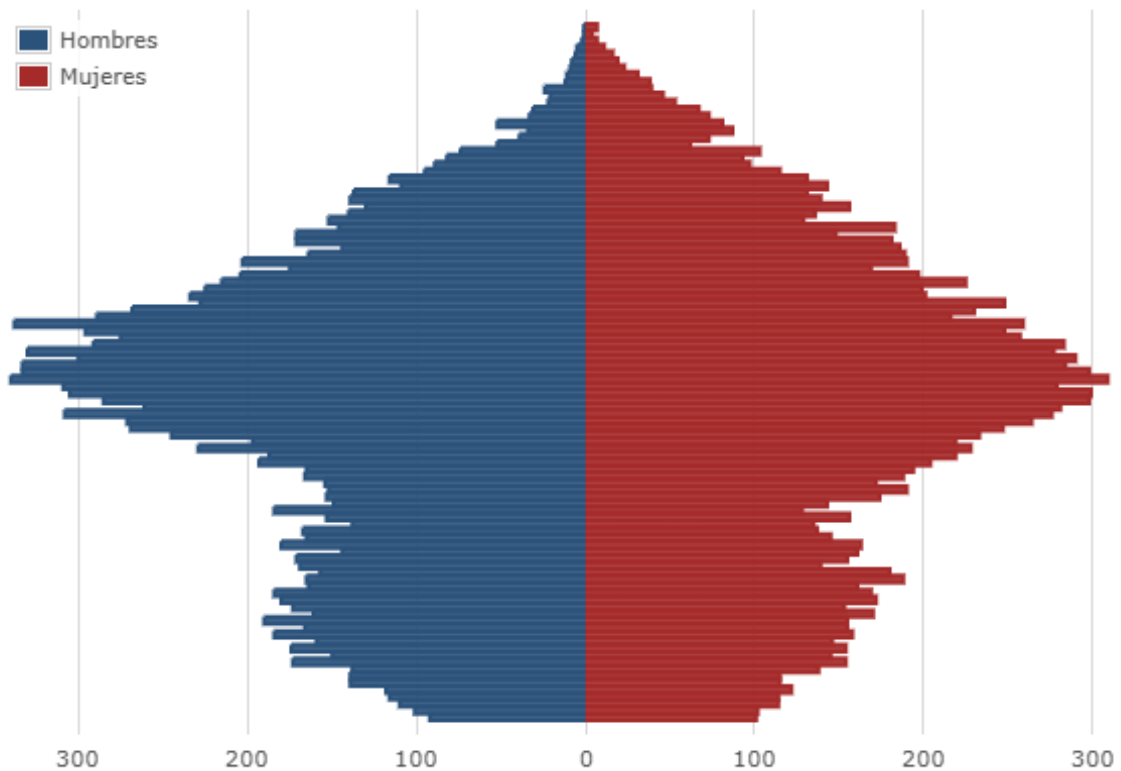
15. ANEXOS

15.1 Anexo I

Población en Sitges. Por edad y sexo. 2023.

Ilustración 10: Gráfico distribuido por sexo y edad año a año y percepción de calidad de vida en la población de Sitges.

Población. Por sexo y edad año a año. Sitges. 2023



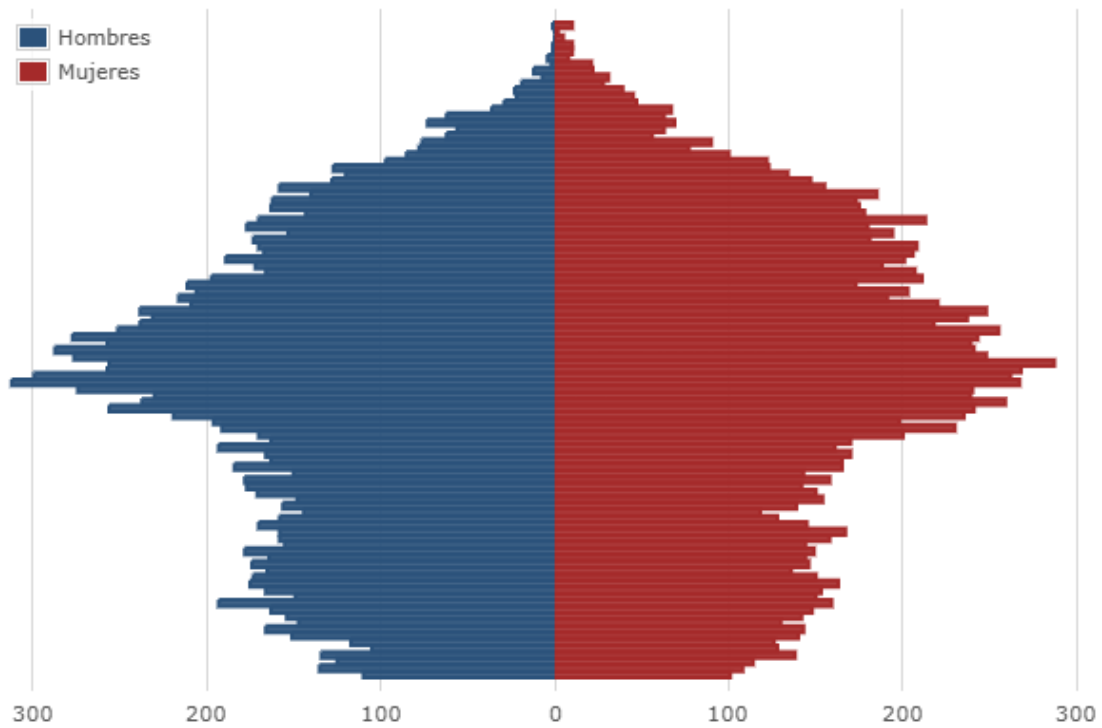
Fuente: Idescat, a partir del Censo de población anual del INE. (2)

15.2 Anexo II

Población en Calafell. Por edad y sexo. 2023.

Ilustración 11: Gráfico distribuido por sexo y edad año a año y percepción de calidad de vida en la población de Calafell.

Población. Por sexo y edad año a año. Calafell. 2023



Fuente: Idescat, a partir del Censo de población anual del INE. (3)

15.3 Anexo III

Tabla 3: Búsqueda bibliográfica.

Referencia bibliográfica	Bases de datos	Operadores booleanos
<p>Hernández-Ascanio J, Perula-de Torres LÁ, Rich-Ruiz M, Roldán-Villalobos AM, Perula-de Torres C, Ventura Puertos PE. Condicionantes para el abordaje del aislamiento social y la soledad de adultos mayores no institucionalizados desde la atención primaria de salud. Atención Primaria [Internet]. 2022;54(2):102218. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656721002523</p>	<p>Google Scholar</p>	<p>“soledad” AND “persona mayor”</p>
<p>Valencia-Contrera M, Sanhueza-Alvarado O. Enfermedades asociadas a la soledad en la persona mayor: un reto social. Enferm Glob [Internet]. 2023 [citado el 10 de diciembre de 2024];22(1):642–68. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412023000100020&lang=pt</p>	<p>SCIELO</p>	<p>“soledad” AND “persona mayor”</p>
<p>González-García V, Chávez-García CL, Girón-Castillo JE, Reyes-Cedeño B, Sosa-Tinoco E. Combatir el edadismo: conciencia y mejores prácticas en la atención de salud de personas mayores. Gac Med Mex [Internet]. 2024 [citado el 10 de diciembre de 2024];160(3):363–6. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S</p>	<p>SCIELO</p>	<p>“edadismo” AND “persona mayor”</p>

<p>0016-38132024000300363&script=sci_arttext</p>		
<p>Hernández Gómez MA, Sánchez Sánchez NJ, Fernández Domínguez MJ. Análisis del edadismo durante la pandemia, un maltrato global hacia las personas mayores. Atención Primaria [Internet]. 2022;54(6):102320. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656722000403</p>	<p>SCOPUS</p>	<p>“edadismo” AND “persona mayor”</p>
<p>Home I. Letters to the Editor / Cartas al Editor [Internet]. Uninet.edu. [citado el 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://biomed.uninet.edu/2021/n3/martinez.pdf</p>	<p>Dialnet</p>	<p>“edadismo” AND “persona mayor”</p>
<p>Tarazona-Santabalbina FJ, de la Cámara de Las Heras JM, Vidán MT, García Navarro JA. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and ageism: a narrative review of the literature. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2020;56(1):47–53. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2020.08.002</p>	<p>Pubmed</p>	<p>“edadismo” AND “enfermería” AND “covid”</p>
<p>Fajardo Ramos E, Leitón Espinoza ZE, Alonso LM. Envejecimiento activo y saludable: desafío y oportunidad del siglo XXI. Salud Uninorte [Internet]. 2022 [citado el 10 de diciembre de 2024];37(02):243–6. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0012-120-55522021000200243&script=sci_arttext</p>	<p>Scielo</p>	<p>“edadismo” AND “envejecimiento saludable”</p>

<p>Zarebski G. La Organización Mundial de la Salud (OMS): Del envejecimiento saludable a la vejez como enfermedad. Desafíos para la Gerontología [Internet]. Inicien.com. [citado el 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.inicien.com/media/attachments/2022/07/26/oms.-del-envejecimiento-saludable-a-la-vejez-como-enfermedad-compressed.pdf</p>	<p>Google Scholar</p>	<p>“edadismo” AND “envejecimiento saludable”</p>
---	-----------------------	--

Fuente: Elaboración propia.

15.4 Anexo IV

Encuesta adaptada tomando de referencia la escala WHOQOL-BREF

Encuesta adaptada tomando de referencia la escala WHOQOL-BREF (Castellano)

Escala percepción calidad de vida WHOQOL-BREF Hola, somos dos alumnos de 4º de enfermería de la URV y estamos realizando el trabajo de 4º de enfermería de la URV y estamos realizando el trabajo de fin de grado sobre la percepción de calidad de vida en personas mayores de 65 años de la población de Calafell y de Sitges. Esta encuesta será en todo momento anónima y los datos obtenidos serán utilizados exclusivamente con fines académicos. Agradecemos su colaboración.

1. Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. ¿Nos da su consentimiento?

- Sí.
- No.

2. Edad.

- 65-70 años.
- 70-75 años.
- 75-80 años.
- 80-85 años.
- 85 años o más.

3. Género.

- Hombre.
- Mujer.
- Prefiero no decirlo.

4. Población.

- Calafell.
- Sitges.

5. Lengua materna.

Respuesta.

6. Nivel de estudios.

- Sin estudios.
- Educación Básica
- EGB.
- BUP.
- COU.
- Educación Secundaria.
- Bachillerato.
- Ciclo Formativo.
- Grado Medio.
- Grado Superior.
- Grado Universitario.

7. Ocupación

- Jubilado.
- Activo laboralmente.
- Otros.

8. ¿Practica alguna religión?

- Sí.
- No.

9. Si practica alguna religión, indique cuál es a continuación.

Respuesta.

10. ¿Con quién convive?

Respuesta.

11. ¿Cómo calificaría su calidad de vida?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

12. ¿Tiene alguna enfermedad crónica? (Ej: diabetes, hipertensión, asma...)

- Sí.
- No.

13. ¿Necesita tomar algún medicamento para completar el día?

- Sí.
- No.
- En ocasiones.

14. Si padece algún tipo de dolor, ¿hasta qué punto piensa que le limita en su vida diaria?

- Nada.
- Un poco.
- Lo normal.
- Bastante.
- Extremadamente

15. ¿Cuántas veces a la semana suele tener sentimientos de tristeza?

- Ninguna.
- Entre 1-3 veces a la semana.
- Más de 3 veces a la semana.

16. ¿Qué come en un día?

Respuesta.

17. ¿Dónde suele realizar la compra?

- Mercadona.
- Lidl.

- Comercio local.
- Coviran.
- Otros.

18. ¿Qué tipo de actividades de ocio realiza?

Respuesta.

19. ¿Suele hacer planes con sus amigos/as?

- Sí.
- No.

20. ¿Descansa bien por las noches?

- Sí.
- No.
- Me tomo una pastilla para dormir.

21. ¿Cómo de satisfecho está con su vida sexual?

- Muy insatisfecho.
- Poco.
- Lo normal.
- Bastante satisfecho/a.
- Muy satisfecho/a.

22. ¿Cómo de satisfecho está en el lugar donde vive?

- Muy insatisfecho.
- Poco.
- Lo normal.
- Bastante satisfecho/a.
- Muy satisfecho/a

23. ¿Cómo de satisfecho está con su acceso a los servicios sanitarios (CAP, hospital)?

- Muy insatisfecho.
- Poco.
- Lo normal.
- Bastante satisfecho/a.

- Muy satisfecho/a.

24. ¿Dispone de la aplicación "la meva salut"?

- Sí.
- No.
- No la conozco.

25. Si ha contestado sí, ¿Sabe como utilizarla?

- Sí.
- No.

26. ¿Se siente rechazado/a en la sociedad por la edad?

- Sí.
- No.

27. ¿Se siente rechazado/a a nivel de asistencia sanitaria por la edad?

- Sí.
- No.

28. ¿Está a cargo del cuidado de alguna persona en estos momentos?

- Sí.
- No.

29. En caso afirmativo, ¿Qué edad tiene la persona cuidada?

Respuesta.

30. Después de la realización de la encuesta, ¿cree usted que se podría realizar algún cambio que mejore su calidad de vida?

Respuesta.

Encuesta adaptada tomando de referencia la escala WHOQOL-BREF (catalán)

Hola, som dues alumnes de 4t d'infermeria de la URV i estem realitzant el treball final de grau sobre la percepció de qualitat de vida en persones de més de 65 an de la població de Calafell i de Sitges. Aquesta encuesta serà en tot moment anònima i les dades obtingudes seran utilitzades exclusivament amb fi acadèmiques. Agraïm la vostra col·laboració.

1. Aquest qüestionari serveix per conèixer la seva opinió sobre la qualitat de vida, la salut i altres àrees de la seva vida. Si us plau contesteu totes les preguntes. Si no sabeu quina resposta donar a una pregunta, escolliu la que us sembli més apropiada. Ens dona el seu consentiment?

- Sí.
- No.

2. Edat

- 65-70 anys.
- 70-75 anys.
- 75-80 anys.
- 80-85 anys.
- 85 anys o més.

3. Gènere

- Home.
- Dona.
- Prefereixo no dir-ho.

4. Població.

- Calafell.
- Sitges.

5. Llengua materna.

Resposta.

6. Nivell acadèmic.

- Sense Estudis.
- Educació Bàsica.
- Educació Secundària.
- EGB.
- BUP.
- COU.
- Batxillerat.
- Cicle Formatiu.
- Grau Mitjà.

- Cicle Formatiu.
- Grau Superior.
- Grau Universitari.

7. Ocupació.

- Jubilat.
- Actiu laboralment.
- Altres.

8. Pràctica alguna religió?

- Sí.
- No.

9. Si practiques alguna religió, indica quina és a continuació:

Resposta.

10. Amb qui conviu?

Resposta.

11. Com qualificaria la seva qualitat de vida?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

12. Té alguna malaltia crònica? (Ex: diabetis, hipertensió, asma...).

- Sí.
- No.

13. Necessita prendre algun medicament per completar el dia?

- Sí.
- No.
- De vegades.

14. Si pateix algun tipus de dolor, fins a quin punt creu que el limita la seva vida diària?

- Res.
- Una mica.
- El normal.

- Bastant satisfet/da.
 - Molt satisfet/a.
15. Quantes vegades a la setmana sol tenir sentiments de tristesa?
- Cap.
 - Entre 1-3 cops per setmana.
 - Més de 3 cops per setmana.
16. Què menja en un dia?
Resposta.
17. On sol fer la compra?
- Mercadona.
 - Lidl.
 - Comerç local.
 - Coviran.
 - Altres.
18. Quins tipus d'activitats d'oci realitza?
Resposta.
19. Sol fer plans amb els seus amics/gues?
- Sí.
 - No.
20. Descansa bé a les nits?
- Sí.
 - No.
 - Em prenc una pastilla per dormir.
21. Com de satisfet està amb la seva vida sexual?
- Molt insatisfet.
 - Poc.
 - El normal.
 - Bastant satisfet/da.
 - Molt satisfet/a.
22. Com de satisfet està al lloc on viu?
- Molt insatisfet.
 - Poc.
 - El normal.
 - Bastant satisfet/da.
 - Molt satisfet/a.

23. Com de satisfet està amb el seu accés als serveis sanitaris (CAP, hospital)?
- Molt insatisfet.
 - Poc.
 - El normal.
 - Bastant satisfet/da.
 - Molt satisfet/a.
24. Disposa de la "meva salut"?
- Sí.
 - No.
 - No la conec.
25. Si ha contestat sí, sap com utilitzar-la
- Sí.
 - No.
26. Se sent rebutjat/ada per la societat per l'edat?
- Sí.
 - No.
27. Se sent rebutjat/ada a nivell d'assistència sanitària per l'edat?
- Sí.
 - No.
28. Està a càrrec de la cura d'alguna persona en aquests moments?
- Sí.
 - No.
29. En cas afirmatiu, quina edat té la persona cuidada
- Resposta.
30. Després de la realització de l'enquesta, creu que es podria fer algun canvi que millori la seva qualitat de vida?
- Resposta.

15.5 Anexo V

Hoja de consentimiento informado

Título del estudio: Percepción de calidad de vida en el adulto mayor.

Datos de contacto del investigador principal: Itxaso Aquerreta Izcue e Inmaculada Escobar Barrios.

Yo con DNI.....:

- He leído la hoja de información al participante sobre cuyo estudio se me ha entregado una copia.
- He podido hacer preguntas y resolver mis dudas sobre el estudio y mi participación.
- Comprendo mi participación en el estudio de acuerdo con lo expresado en la hoja de información al participante sobre el estudio y de las respuestas a mis preguntas, así como los riesgos y beneficios que conlleva.
- Acepto que mi participación es voluntaria y doy libremente mi conformidad para participar en el estudio.
- Conozco que me puedo retirar en cualquier momento de la participación en el estudio sin que esto me pueda causar ningún perjuicio.
- Estoy informado sobre el tratamiento que se realizará de mis datos personales.
- Doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante sobre el estudio.
Sí No
- Doy mi consentimiento para la difusión de mis datos personales junto con la publicación de los resultados del estudio.
Sí No
- Una vez finalizada la investigación, es posible que los datos obtenidos sean de interés para otros estudios relacionados. En relación con ello, se ofrecen las siguientes opciones:
 - NO autorizar el uso de sus datos en otros proyectos de investigación relacionados.
 - Sí autorizar el uso de sus datos en otros proyectos de investigación relacionados.
- Una vez finalizada la investigación, es posible que haya muestra sobrante. En relación a las mismas, se ofrecen las siguientes opciones:
 - La destrucción de la muestra sobrante.
 - Su utilización en futuros proyectos de investigación biomédica relacionados con el mismo tema

Y para expresar este consentimiento, el participante firma en fecha y lugar hoja de consentimiento:

Firma del participante

En el caso de realizarla con un representante legal:

Y para expresar este consentimiento, el representante legal del participante firma en fecha y lugar hoja de consentimiento:

Nombre del representante legal.....

Relación del representante legal con el participante

Firma del representante legal

INFORMACIÓN DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Responsable El responsable del tratamiento de sus datos personales es la Universidad Rovira i Virgili con CIF Q9350003A y con domicilio fiscal en la calle de L'Escorxador, s/n, 43003 de Tarragona.

Finalidad Participar en un estudio de Trabajo de final de grado que se describe en la hoja de información al participante. En el caso de que el estudio prevea la publicación, difusión y reutilización de los resultados obtenidos incluyendo datos personales, los datos personales serán utilizados para esta finalidad siempre que el interesado haya otorgado su consentimiento.

Derechos Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación u oposición al tratamiento, mediante un escrito dirigido al Registro General de la extranet en la misma dirección del domicilio fiscal o mediante su presentación en el Registro General de la Universidad, presencial o telemáticamente, según se indica en <https://seuelectronica.urv.cat/registre.html>.

Información adicional Puede consultar información adicional sobre este tratamiento de datos personales denominado Trabajos de fin de grado de la extranet y sus derechos en el Registro de Actividades del Tratamiento de la upF publicado en <https://seuelectronica.urv.cat/rgpd> donde también se puede consultar la Política de Privacidad de la extranet. Asimismo, puede consultar esta información en la Hoja de información al participante sobre el estudio. Adicionalmente, puede dirigir a nuestros delegados de protección de datos cualquier consulta sobre protección de datos personales a la dirección de correo electrónico del dpd@urv.cat.

15.6 Anexo VI

Ilustración 12: Cartel informativo para la realización de las encuestas de percepción de calidad de vida de manera online.



¿Cómo es tu calidad de vida?

¿Tienes más de 65 años y vives en Calafell o Sitges?

¡Ayúdanos a realizar nuestro proyecto de fin de carrera y responde una breve encuesta! Sólo te llevará un par de minutos...

CASTELLANO CATALÀ

Muchas gracias

Fuente: elaboración propia

15.7 Anexo VII

15.7.1 Tablas poblacionales

Tabla 4: Resultados distribuidos por poblaciones.

POBLACIÓN		
Levels	Counts	% of Total
Sitges	55	28.4%
Calafell	139	71.6%
N	194	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5: Resultados distribuidos por género en ambas poblaciones.

GÉNERO		
Levels	Counts	% of Total
Mujer	151	77.8%
Hombre	42	21.6%
Prefiero no decirlo	1	0.5%
N	194	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6: Resultados distribuidos por edad en ambas poblaciones.

EDAD		
Levels	Counts	% of Total
65-70 años	55	28.5%
70-75 años	65	38.8%
75-80 años	40	20.9%
80-85 años	30	10.8%
85 años o más	3	0.0%
N	194	100%

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7: Resultados distribuidos por edad en Calafell.

EDAD CALAFELL		
Levels	Counts	% of Total
65-70 años	41	29.5%
70-75 años	54	38.8%
75-80 años	29	20.9%
80-85 años	15	10.8%
85 años o más	0	0.0%
N	139	100%

Fuente: Elaboración propia

Tabla 8: Resultados distribuidos por edad y percepción de calidad de vida en la población de Calafell.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA CALAFELL							
EDAD CALAFELL	5	6	7	8	9	10	TOTAL
65-70 años	0 0.0%	4 2.9%	8 5.8%	11 7.9%	11 7.9%	7 5.0%	41 29.5%
70-75 años	3 2.2%	5 3.6%	11 7.9%	16 11.5%	9 6.5%	10 7.2%	54 38.8%
75-80 años	0 0.0%	0 0.0%	7 5.0%	2 1.4%	15 10.8%	2 1.4%	29 20.9%
80-85 años	1 0.7%	0 0.0%	7 5.0%	2 1.4%	3 2.2%	2 1.4%	15 10.8%
85 años o más	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
TOTAL	4 2.9%	13 9.4%	38 27.3%	35 25.2%	28 20.1%	21 15.1%	139 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas edad y percepción de calidad de vida en la población de Calafell.

EDAD Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA POBLACIÓN DE CALAFELL	
X²	16.9
Valor de P	0.326
IC	95%
V de Cramer	0.201
N	139

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 10: Resultados distribuidos por edad en Sitges.

EDAD SITGES		
Levels	Counts	% of Total
65-70 años	14	25.5%
70-75 años	11	20.0%
75-80 años	11	20.0%
80-85 años	15	27.3%
85 años o más	4	7.3%
N	55	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 11: Resultados distribuidos por edad y percepción de calidad de vida en la población de Sitges.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA SITGES										
EDAD SITGES	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
65-70 años	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.8%	0 0.0%	7 12.7%	5 9.1%	0 0.0%	1 1.8%	14 25.5%
70-75 años	0 0.0%	0 0.0%	1 1.8%	2 3.6%	2 3.6%	1 1.8%	4 7.3%	1 1.8%	0 0.0%	11 20.0%
75-80 años	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 3.6%	1 1.8%	2 3.6%	4 7.3%	2 3.6%	0 0.0%	11 20.0%
80-85 años	1 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.8%	0 0.0%	3 5.5%	6 10.9%	3 5.5%	1 1.8%	15 27.3%
85 años o más	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 3.6%	0 0.0%	1 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.8%	4 7.3%
TOTAL	1 1.8%	0 0.0%	1 1.8%	8 14.5%	3 5.5%	14 25.5%	19 34.5%	6 10.9%	3 5.5%	55 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 12: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas edad y percepción de calidad de vida en la población de Sitges.

EDAD Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA POBLACIÓN DE SITGES	
χ^2	31.0
Valor de P	0.316
IC	95%
V de Cramer	0.375
N	55

Fuente: Elaboración propia.

15.7.2 Género

Tabla 13: Resultados distribuidos por género en Calafell.

GÉNERO CALAFELL		
Levels	Counts	% of Total
Mujer	106	76.3%
Hombre	32	23.0%
Prefiero no decirlo	1	0.7%
N	139	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 14: Resultados distribuidos por género y percepción de calidad de vida en la población de Calafell.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA CALAFELL							
GÉNERO CALAFELL	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Mujer	3 2.2%	9 6.5%	29 20.9%	30 21.6%	20 14.4%	15 10.8%	106 76.3%
Hombre	1 0.7%	4 2.9%	8 5.8%	5 3.6%	8 5.8%	6 4.3%	32 23.0%
Prefiero no decirlo	0 0.0%	0 0.0%	1 0.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.7%
TOTAL	4 2.9%	13 9.4%	38 27.3%	35 25.2%	28 20.1%	21 15.1%	139 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 15: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas género y percepción de calidad de vida en la población de Calafell.

GÉNERO Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA POBLACIÓN DE CALAFELL	
χ^2	5.53
Valor de P	0.853
IC	95%
V de Cramer	0.141
N	139

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 16: Resultados distribuidos por género en Sitges.

GÉNERO SITGES		
Levels	Counts	% of Total
Mujer	45	81.8%
Hombre	10	18.2%
N	55	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 17: Resultados distribuidos por género y percepción de calidad de vida en la población de Sitges.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA SITGES										
GÉNERO SITGES	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Mujer	0 0.0%	0 0.0%	1 1.8%	6 10.9%	3 5.5%	11 20.0%	16 29.1%	6 10.9%	2 3.6%	45 81.8%
Hombre	1 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	2 3.6%	0 0.0%	3 5.5%	3 5.5%	0 0.0%	1 1.8%	10 18.2%
Prefiero no decirlo	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
TOTAL	1 1.8%	0 0.0%	1 1.8%	8 14.5%	3 5.5%	14 25.5%	19 34.5%	6 10.9%	3 5.5%	55 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 18: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas género y percepción de calidad de vida en la población de Sitges.

GÉNERO Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA POBLACIÓN DE SITGES	
χ^2	7.61
Valor de P	0.368
IC	95%
V de Cramer	0.372
N	55

Fuente: Elaboración propia.

15.7.3 Población

Tabla 19: Resultados distribuidos por población.

POBLACIÓN		
Levels	Counts	% of Total
Calafell	139	71.6%
Sitges	55	28.4%
N	192	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 20: Resultados distribuidos por población y percepción de calidad de vida.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA										
POBLACIÓN	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Calafell	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 2.1%	13 6.7%	38 19.6%	35 18.0%	28 14.4%	21 10.8%	131 71.6%
Sitges	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	8 4.1%	3 1.5%	14 7.2%	19 9.8%	6 3.1%	3 1.5%	55 28.4%
TOTAL	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	12 6.2%	16 8.2%	52 26.8%	54 27.8%	34 17.5%	24 12.4%	194 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 21: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas población y percepción de calidad de vida.

POBLACIÓN Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA	
χ^2	20.6
Valor de P	0.004
IC	95%
V de Cramer	0.326
N	194

Fuente: Elaboración propia.

15.7.4 Lengua materna

Tabla 22: Resultados distribuidos por lengua materna en la población de Calafell.

LENGUA MATERNA CALAFELL		
Levels	Counts	% of Total
Castellano	101	72.7%
Catalán	37	26.6%
Alemán	1	0.7%
N	139	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 23: Resultados distribuidos por lengua materna y percepción de calidad de vida en la población de Calafell.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA CALAFELL							
LENGUA MATERNA CALAFELL	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Castellano	4 2.9%	4 2.9%	29 20.9%	28 20.1%	20 14.4%	16 11.5%	101 72.7%
Catalán	0 0.0%	9 6.5%	9 6.5%	7 5.0%	7 5.0%	5 3.6%	37 26.6%
Alemán	0 0.0%	0 0.0%	1 0.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.7%
TOTAL	4 2.9%	13 9.4%	38 27.3%	35 25.2%	28 20.1%	21 15.1%	139 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 24: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas lengua materna y percepción de calidad de vida en la población de Calafell.

LENGUA MATERNA Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA POBLACIÓN DE CALAFELL	
χ^2	18.6
Valor de P	0.046
IC	95%
V de Cramer	0.259
N	139

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 25: Resultados distribuidos por lengua materna en la población de Sitges.

LENGUA MATERNA SITGES		
Levels	Counts	% of Total
Castellano	35	63.6%
Catalán	20	36.4%
N	55	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 26: Resultados distribuidos por lengua materna y percepción de calidad de vida en la población de Sitges.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA SITGES										
LENGUA MATERNA SITGES	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Castellano	1 1.8%	0 0.0%	1 1.8%	6 10.9%	2 3.6%	9 16.4%	8 14.5%	5 9.1%	3 5.5%	35 63.6%
Catalán	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 3.6%	1 1.8%	5 9.1%	11 20.0%	1 1.8%	0 0.0%	20 36.4%
TOTAL	1 1.8%	0 0.0%	1 1.8%	8 14.5%	3 5.5%	14 25.5%	19 34.5%	6 10.9%	3 5.5%	55 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 27: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas lengua materna y percepción de calidad de vida en la población de Sitges.

LENGUA MATERNA Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA POBLACIÓN DE SITGES	
χ^2	8.13
Valor de P	0.321
IC	95%
V de Cramer	0.384
N	55

Fuente: Elaboración propia.

15.7.5 Nivel de estudios

Tabla 28: Resultados distribuidos por nivel de estudios en la población de Calafell.

NIVEL ESTUDIOS CALAFELL		
Levels	Counts	% of Total
Sin estudios	3	2.2%
Educación básica	85	61.3%
Educación secundaria	4	2.9%
BUP	1	0.7%
COU	11	7.9%
Bachillerato	10	7.2%
Ciclo formativo grado medio	6	4.3%
Ciclo formativo grado superior	8	5.8%
Grado universitario	11	7.9%
N	139	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 29: Resultados distribuidos por nivel de estudios y percepción de calidad de vida en la población de Calafell.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA CALAFELL							
NIVEL DE ESTUDIOS CALAFELL	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Sin estudios	1 0.7%	1 0.7%	1 0.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 2.2%
Educación básica	0 0.0%	6 4.3%	27 19.4%	24 17.3%	14 10.1%	14 10.1%	85 61.2%
Educación secundaria	0 0.0%	1 0.7%	1 0.7%	0 0.0%	1 0.7%	1 0.7%	4 2.9%
BUP	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.7%	0 0.0%	1 0.7%
COU	1 0.7%	1 0.7%	4 2.9%	1 0.7%	2 1.4%	2 1.4%	11 7.9%
Bachillerato	1 0.7%	2 1.4%	1 0.7%	3 2.2%	3 2.2%	0 0.0%	10 7.2%
Ciclo formativo grado medio	0 0.0%	1 0.7%	0 0.0%	2 1.4%	3 2.2%	0 0.0%	6 4.3%
Ciclo formativo grado superior	0 0.0%	1 0.7%	0 0.0%	2 1.4%	2 1.4%	3 2.2%	8 5.8%
Grado universitario	1 0.7%	0 0.0%	4 2.9%	3 2.2%	2 1.4%	1 0.7%	11 7.9%
TOTAL	4 2.9%	13 9.4%	38 27.3%	35 25.2%	28 20.1%	21 15.1%	139 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 30: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas nivel de estudios y percepción de calidad de vida en la población de Calafell.

NIVEL DE ESTUDIOS Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA POBLACIÓN DE CALAFELL	
χ^2	47.8
Valor de P	0.186
IC	95%
V de Cramer	0.262
N	139

Fuente: Elaboración propia

Tabla 31: Resultados distribuidos por nivel de estudios en la población de Sitges.

NIVEL ESTUDIOS SITGES		
Levels	Counts	% of Total
Sin estudios	5	9.1%
Educación básica	28	50.9%
Educación secundaria	1	1.8%
BUP	2	3.6%
COU	3	5.5%
Bachillerato	4	7.3%
Ciclo formativo grado medio	1	1.8%
Ciclo formativo grado superior	0	0.0%
Grado universitario	11	20.0%
N	55	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 32: Resultados distribuidos por nivel de estudios y percepción de calidad de vida en la población de Sitges.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA SITGES										
NIVEL DE ESTUDIOS SITGES	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Sin estudios	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 3.6%	1 1.8%	0 0.0%	1 1.8%	1 1.8%	0 0.0%	5 9.1%
Educación básica	1 1.8%	0 0.0%	1 1.8%	3 5.5%	2 3.6%	8 14.5%	10 18.2%	2 3.6%	1 1.8%	28 50.9%
Educación secundaria	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.8%
BUP	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 3.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 3.6%
COU	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 3.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.8%	3 5.5%
Bachillerato	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.8%	0 0.0%	1 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 7.3%
Ciclo formativo grado medio	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.8%
Ciclo formativo grado superior	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
Grado universitario	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 3.6%	5 3.1%	3 5.5%	1 1.8%	11 20.0%
TOTAL	1 1.8%	0 0.0%	1 1.8%	8 14.5%	3 5.5%	14 25.5%	19 34.5%	6 10.9%	3 5.5%	55 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 33: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas nivel de estudios y percepción de calidad de vida en la población de Sitges.

NIVEL DE ESTUDIOS Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA POBLACIÓN DE SITGES	
χ^2	39.3
Valor de P	0.836
IC	95%
V de Cramer	0.320
N	55

Fuente: Elaboración propia.

15.7.6 Ocupación

Tabla 34: Resultados distribuidos por ocupación en ambas poblaciones.

OCUPACIÓN EN AMBAS POBLACIONES		
Levels	Counts	% of Total
Jubilado	188	96.9%
Activo laboralmente	1	0.5%
Otras	5	2.6%
N	194	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 35: Resultados distribuidos por ocupación y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA										
OCUPACIÓN	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Jubilado	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	11 5.7%	15 7.7%	51 26.3%	53 27.3%	33 17.0%	23 11.9%	188 96.9%
Activo laboralmente	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%
Otras	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	1 0.5%	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	1 0.5%	5 2.6%
TOTAL	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	12 6.2%	16 8.2%	52 26.8%	54 27.8%	34 17.5%	24 12.4%	194 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 36: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas ocupación y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.

OCUPACIÓN Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN AMBAS POBLACIONES	
X²	6.83
Valor de P	0.941
IC	95%
V de Cramer	0.133
N	194

Fuente: Elaboración propia.

15.7.7 Religión

Tabla 37: Resultados distribuidos por práctica religiosa en la población de Calafell.

¿PRACTICA ALGUNA RELIGIÓN? CALAFELL		
Levels	Counts	% of Total
Sí	46	33.1%
No	93	66.9%
N	139	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 38: Resultados distribuidos por religión en la población de Calafell.

RELIGIÓN CALAFELL		
Levels	Counts	% of Total
Católica	45	97.8%
Espiritualismo	1	2.2%
N	46	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 39: Resultados distribuidos por práctica religiosa y percepción de calidad de vida en la población de Calafell.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA CALAFELL							
PRÁCTICA RELIGIOSA CALAFELL	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Sí	1 0.7%	7 5.0%	10 7.2%	11 7.9%	10 7.2%	7 5.0%	46 33.1%
No	3 2.2%	6 4.3%	28 20.1%	24 17.3%	18 12.9%	14 10.1%	93 66.9%
TOTAL	4 2.9%	13 9.4%	38 27.3%	35 25.2%	28 20.1%	21 15.1%	139 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 40: Resultados distribuidos por religión y percepción de calidad de vida en la población de Calafell.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA CALAFELL							
RELIGIÓN CALAFELL	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Católica	1 2.2%	7 15.2%	9 19.6%	11 23.9%	10 21.7%	7 15.2%	45 97.8%
Espiritualismo	0 0.0%	0 0.0%	1 2.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.2%
TOTAL	1 2.2%	7 15.2%	10 21.7%	11 23.9%	10 21.7%	7 15.2%	46 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 41: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas con la práctica religiosa y percepción de calidad de vida en la población de Calafell.

PRÁCTICA RELIGIOSA Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA POBLACIÓN DE CALAFELL	
χ^2	3.57
Valor de P	0.613
IC	95%
V de Cramer	0.160
N	139

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 42: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas con la religión y percepción de calidad de vida en la población de Calafell.

RELIGIÓN Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA POBLACIÓN DE CALAFELL	
χ^2	3.68
Valor de P	0.596
IC	95%
V de Cramer	0.283
N	46

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 43: Resultados distribuidos por práctica religiosa en la población de Sitges.

¿PRACTICA ALGUNA RELIGIÓN? SITGES		
Levels	Counts	% of Total
Sí	31	56.4%
No	24	43.6%
N	55	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 44: Resultados distribuidos por religión en la población de Sitges.

RELIGIÓN SITGES		
Levels	Counts	% of Total
Católica	29	96.7%
Misa Dominical	1	3.3%
N	30	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 45: Resultados distribuidos por práctica religiosa y percepción de calidad de vida en la población de Sitges.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA SITGES										
PRÁCTICA RELIGIOSA SITGES	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Sí	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 9.1%	1 1.8%	8 14.5%	9 16.4%	6 10.9%	2 3.6%	31 56.4%
No	1 1.8%	0 0.0%	1 1.8%	3 5.5%	2 3.6%	6 10.9%	10 18.2%	0 0.0%	1 1.8%	24 43.6%
TOTAL	1 1.8%	0 0.0%	1 1.8%	8 14.5%	3 5.5%	14 25.5%	19 34.5%	6 10.9%	3 5.5%	55 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 46: Resultados distribuidos por religión y percepción de calidad de vida en la población de Sitges.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA SITGES										
RELIGIÓN SITGES	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Católica	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 13.3%	1 3.3%	8 23.3%	9 3.0%	6 20.0%	2 6.7%	29 96.7%
Misa Dominical	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.3%
TOTAL	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 16.7%	1 3.3%	7 23.3%	9 30.0%	6 20.0%	2 6.7%	30 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 47: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas práctica religiosa y percepción de calidad de vida en la población de Sitges.

PRÁCTICA RELIGIOSA Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA POBLACIÓN DE SITGES	
χ^2	8.76
Valor de P	0.271
IC	95%
V de Cramer	0.399
N	55

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 48: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas religión y percepción de calidad de vida en la población de Sitges.

RELIGIÓN Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA POBLACIÓN DE SITGES	
χ^2	3.57
Valor de P	0.613
IC	95%
V de Cramer	0.160
N	139

Fuente: Elaboración propia.

15.7.8 Convivencia

Tabla 49: Resultados distribuidos por convivencia en ambas poblaciones.

CONVIVENCIA EN AMBAS POBLACIONES		
Levels	Counts	% of Total
Animal	3	1.5%
Pareja	92	47.4%
Solo/a	80	41.2%
Familia	15	7.7%
Compañero/a de piso	4	2.1%
N	194	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 50: Resultados distribuidos por convivencia y percepción de calidad de vida en Ambas poblaciones.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA										
CONVIVENCIA AMBAS POBLACIONES	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Animal	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	1 0.5%	0 0.0%	3 1.5%
Pareja	1 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	3 1.5%	5 2.6%	25 12.9%	26 13.4%	17 8.8%	15 7.7%	92 47.4%
Solo/a	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	4 2.1%	10 5.2%	21 10.8%	24 12.4%	12 6.2%	8 4.1%	80 41.2%
Familia	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.0%	1 0.5%	5 2.6%	2 1.0%	4 2.1%	1 0.5%	15 7.7%
Compañero/a de piso	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.0%	0 0.0%	1 0.5%	1 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	4 2.1%
TOTAL	1 0.5%	0 0.0%	1 1.8%	12 6.2%	16 8.2%	52 26.8%	54 27.8%	34 17.5%	24 12.4%	194 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 51: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas convivencia y percepción de calidad de vida en la población de Sitges.

CONVIVENCIA Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA POBLACIÓN DE AMBAS POBLACIONES	
X ²	31.8
Valor de P	0.282
IC	95%
V de Cramer	0.202
N	194

Fuente: Elaboración propia.

15.7.9 Enfermedad crónica

Tabla 52: Resultados distribuidos por padecimiento de alguna enfermedad crónica en ambas poblaciones.

ENFERMEDAD CRÓNICA EN AMBAS POBLACIONES		
Levels	Counts	% of Total
Sí	117	60.3%
No	77	39.7%
N	194	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 53: Resultados distribuidos por padecimiento de alguna enfermedad crónica y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA SITGES										
ENFERMEDADES AMBAS POBLACIONES	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Sí	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	11 5.7%	13 6.7%	35 18.0%	30 15.5%	16 8.2%	10 5.2%	117 60.3%
No	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	3 1.5%	17 8.8%	24 12.4%	18 9.3%	14 7.2%	77 39.7%
TOTAL	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	12 6.2%	16 8.2%	52 26.8%	54 27.8%	34 17.5%	24 12.4%	194 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 54: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas padecimiento de alguna enfermedad crónica y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.

ENFERMEDAD CRÓNICA Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA POBLACIÓN DE AMBAS POBLACIONES	
X ²	16.7
Valor de P	0.019
IC	95%
V de Cramer	0.294
N	194

Fuente: elaboración propia.

15.7.10 Medicación

Tabla 55: Resultados distribuidos por necesidad de medicación para completar el día en ambas poblaciones.

MEDICACIÓN PARA COMPLETAR EL DÍA EN AMBAS POBLACIONES		
Levels	Counts	% of Total
Sí	129	66.5%
No	42	21.6%
En ocasiones	23	11.9%
N	194	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 56: Resultados distribuidos por necesidad de medicación para completar el día y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA										
MEDICACIÓN PARA COMPLETAR EL DÍA EN AMBAS POBLACIONES	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Sí	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	10 5.2%	15 7.7%	37 19.1%	35 18.0%	18 9.3%	12 6.2%	129 66.5%
No	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	9 4.6%	11 5.7%	11 5.7%	10 5.2%	42 21.6%
En ocasiones	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.0%	0 0.0%	6 3.1%	8 4.1%	5 2.6%	2 1.0%	23 11.9%
TOTAL	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	12 6.8%	16 8.2%	52 26.8%	54 27.8%	34 17.5%	24 12.4%	194 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 57: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas necesidad de medicación para completar el día y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.

MEDICACIÓN Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA POBLACIÓN DE AMBAS POBLACIONES	
χ^2	19.5
Valor de P	0.146
IC	95%
V de Cramer	0.224
N	194

Fuente: Elaboración propia.

15.7.11 Dolor

Tabla 58: Resultados distribuidos por limitación en su vida diaria derivado del dolor en ambas poblaciones.

DOLOR EN AMBAS POBLACIONES		
Levels	Counts	% of Total
Nada	43	22.2%
Un poco	60	30.9%
Lo normal	67	34.5%
Bastante	19	9.8%
Mucho	5	2.6%
N	194	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 59: Resultados distribuidos por limitación en su vida diaria derivado del dolor y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN AMBAS POBLACIONES										
DOLOR	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Nada	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 1.5%	4 2.1%	18 9.3%	9 4.6%	9 4.6%	43 22.2%
Un poco	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 2.6%	3 1.5%	17 8.8%	17 8.8%	11 5.7%	7 3.6%	60 30.9%
Lo normal	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	3 1.5%	7 3.6%	25 12.9%	15 7.7%	10 5.2%	6 3.1%	67 34.5%
Bastante	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 2.1%	2 1.0%	5 2.6%	4 2.1%	3 1.5%	1 0.5%	19 9.8%
Extremadamente	1 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	1 0.5%	5 2.6%
TOTAL	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	12 6.2%	16 8.2%	52 26.8%	54 27.8%	34 17.5%	24 12.4%	194 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 60: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas con la limitación en su vida diaria derivado del dolor y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.

DOLOR Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA POBLACIÓN DE SITGES	
X ²	70.5
Valor de P	<.001
IC	95%
V de Cramer	0.301
N	194

Fuente: Elaboración propia.

15.7.12 Sentimientos de tristeza

Tabla 61: Resultados distribuidos por sentimientos de tristeza en una semana en ambas poblaciones.

SENTIMIENTOS DE TRISTEZA EN AMBAS POBLACIONES		
Levels	Counts	% of Total
Ninguna	109	56.2%
Entre 1-3 veces a la semana	61	31.4%
> 3 veces a la semana	21	12.4%
N	194	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 62: Resultados distribuidos por sentimientos de tristeza en una semana en ambas y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD EN AMBAS POBLACIONES										
SENTIMIENTOS DE TRISTEZA	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Ninguna	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.0%	6 3.1%	27 13.9%	31 16.0%	24 12.4%	19 9.8%	109 56.2%
Entre 1-3 veces a la semana	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 2.6%	6 3.1%	20 10.3%	20 10.3%	5 2.6%	5 2.6%	61 31.4%
> 3 veces a la semana	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	5 2.6%	4 2.1%	5 2.6%	3 1.5%	5 2.6%	0 0.0%	24 12.4%
TOTAL	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	12 6.2%	16 8.2%	52 26.8%	54 27.8%	34 17.5%	24 12.4%	194 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 63: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas sentimientos de tristeza en una semana y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.

SENTIMIENTOS DE TRISTEZA Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA POBLACIÓN DE SITGES	
χ^2	43.9
Valor de P	<.001
IC	95%
V de Cramer	0.336
N	194

Fuente: Elaboración propia.

15.7.13 Compra

Tabla 64: Resultados distribuidos por lugar donde realizan la compra en ambas poblaciones.

COMPRA EN AMBAS POBLACIONES		
Levels	Counts	% of Total
Supermercado	110	56.7%
Comercio local	34	17.5%
Ambos	16	8.2%
Otros	34	17.5%
N	194	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 65: Resultados distribuidos por lugar donde realizan la compra y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN AMBAS POBLACIONES										
COMPRA	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Supermercado	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	6 3.1%	9 4.6%	28 14.4%	27 13.9%	22 11.3%	17 8.8%	110 56.7%
Comercio local	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.0%	4 2.1%	10 5.2%	10 5.2%	6 3.1%	2 1.0%	34 17.5%
Ambos	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	0 0.0%	5 2.6%	6 3.1%	2 1.0%	2 1.0%	16 8.2%
Otros	1 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	3 1.5%	3 1.5%	9 4.6%	11 5.7%	4 2.1%	3 1.5%	34 17.5%
TOTAL	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	12 6.2%	16 8.2%	52 26.8%	54 26.8%	34 17.5%	24 12.4%	194 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 66: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas lugar donde realizan la compra y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.

SENTIMIENTOS DE TRISTEZA Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA POBLACIÓN EN AMBAS POBLACIONES	
X ²	86.9
Valor de P	<.001
IC	95%
V de Cramer	0.386
N	194

Fuente: Elaboración propia.

15.7.14 Ocio

Tabla 67: Resultados distribuidos por realización de actividades de ocio en ambas poblaciones.

OCIO EN AMBAS POBLACIONES		
Levels	Counts	% of Total
Baile	18	9.3%
Culturales	11	5.7%
Deporte	130	67.0%
Varias	10	5.2%
Turismo	1	0.5%
Bingo	4	2.1%
Actividades de memoria	2	1.0%
Ninguna	18	9.3%
N	194	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 68: Resultados distribuidos por realización de actividades de ocio y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA										
OCIO AMBAS POBLACIONES	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Varias	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 2.6%	1 0.5%	2 1.0%	2 1.0%	10 5.2%
Ninguna	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	3 1.5%	2 1.0%	4 2.1%	4 2.1%	0 0.0%	3 1.5%	18 9.3%
Bingo	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	0 0.0%	3 1.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 2.1%
Culturales	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	1 0.5%	2 1.0%	6 3.1%	1 0.5%	11 5.7%
Deporte	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	6 3.1%	12 6.2%	33 17.0%	44 22.7%	22 11.3%	13 6.7%	130 67.0%
Baile	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	6 3.1%	2 1.0%	4 2.1%	5 2.6%	18 9.3%
Actividades de memoria	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.0%
Turismo	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%
TOTAL	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	12 6.2%	16 8.2%	52 26.8%	54 27.8%	34 17.5%	24 12.4%	194 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 69: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas con realización de actividades de ocio y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.

OCIO Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN AMBAS POBLACIONES	
χ^2	84.4
Valor de P	0.001
IC	95%
V de Cramer	0.249
N	194

Fuente: Elaboración propia.

15.7.16 Relaciones sociales

Tabla 70: Resultados distribuidos por relaciones sociales en ambas poblaciones.

RELACIONES SOCIALES EN AMBAS POBLACIONES		
Levels	Counts	% of Total
Sí	160	82.5%
No	34	17.5%
N	194	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 71: Resultados distribuidos por relaciones sociales y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA										
RELACIONES SOCIALES	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Sí	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	8 4.1%	9 4.6%	43 22.2%	43 22.2%	33 17.0%	23 11.9%	160 82.5%
No	1 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	4 2.1%	7 3.6%	9 4.6%	11 5.7%	1 0.5%	1 0.5%	34 17.5%
TOTAL	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	12 6.2%	16 8.2%	52 26.8%	54 27.8%	34 17.5%	24 12.4%	194 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 72: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas ocupación y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.

RELACIONES SOCIALES EN AMBAS POBLACIONES EN AMBAS POBLACIONES	
χ^2	22.9
Valor de P	0.002
IC	95%
V de Cramer	0.343
N	194

Fuente: Elaboración propia.

15.7.15 Descanso

Tabla 73: Resultados distribuidos por descanso nocturno en ambas poblaciones.

DESCANSO EN AMBAS POBLACIONES		
Levels	Counts	% of Total
Sí	119	61.3%
No	30	15.5%
Me tomo una pastilla para dormir	45	23.2%
N	194	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 74: Resultados distribuidos por descanso nocturno y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA										
DESCANSO AMBAS POBLACIONES	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Sí	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	4 2.1%	7 3.6%	28 14.4%	35 18.0%	26 13.4%	17 8.8%	119 61.3%
No	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 2.1%	3 1.5%	10 5.2%	9 4.6%	1 0.5%	3 1.5%	30 15.5%
Me tomo una pastilla para dormir	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 2.1%	6 3.1%	14 7.2%	10 5.2%	7 3.6%	4 2.1%	45 23.2%
TOTAL	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	12 6.2%	16 8.2%	52 26.8%	54 27.8%	34 17.5%	24 12.4%	194 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 75: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas descanso nocturno y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.

DESCANSO Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA POBLACIÓN DE AMBAS POBLACIONES	
χ^2	15.8
Valor de P	0.325
IC	95%
V de Cramer	0.202
N	194

Fuente: Elaboración propia.

15.7.16 Relaciones sexuales

Tabla 76: Resultados distribuidos por satisfacción sexual en ambas poblaciones.

SATISFACCIÓN VIDA SEXUAL EN AMBAS POBLACIONES		
Levels	Counts	% of Total
Muy insatisfecho/a	25	12.9%
Poco satisfecho/a	43	22.2%
Lo normal	92	51.8%
Bastante satisfecho/a	14	7.2%
Muy satisfecho/a	6	3.1%
No contesta	9	4.6%
No tengo	5	2.6%
N	194	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 77: Resultados distribuidos por satisfacción sexual y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA										
SATISFACCIÓN SEXUAL EN AMBAS POBLACIONES	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Muy insatisfecho/a	1 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	3 1.5%	2 1.0%	8 4.1%	6 3.1%	3 1.5%	2 1.0%	25 12.9%
Poco satisfecho/a	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	5 2.6%	4 2.1%	14 7.2%	7 3.6%	4 2.1%	8 4.1%	43 22.2%
Lo normal	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.0%	8 4.1%	25 12.9%	30 15.5%	17 8.8%	10 5.2%	92 47.4%
Bastante satisfecho/a	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	1 0.5%	1 0.5%	3 1.5%	7 3.6%	1 0.5%	14 7.2%
Muy satisfecho/a	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	1 0.5%	2 1.0%	2 1.0%	6 3.1%
No contesta	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	3 1.5%	4 2.1%	1 0.5%	0 0.0%	9 4.6%
No tengo	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	3 1.5%	0 0.0%	1 0.5%	5 2.6%
TOTAL	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	12 6.2%	16 8.2%	52 26.8%	54 27.8%	34 17.5%	24 12.4%	194 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 78: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas satisfacción sexual y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.

SATISFACCIÓN SEXUAL Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN AMBAS POBLACIONES	
χ^2	48.6
Valor de P	0.225
IC	95%
V de Cramer	0.204
N	194

Fuente: Elaboración propia.

15.7.17 Lugar de residencia

Tabla 79: Resultados distribuidos por satisfacción con el lugar de residencia en ambas poblaciones.

SATISFACCIÓN LUGAR DE RESIDENCIA EN AMBAS POBLACIONES		
Levels	Counts	% of Total
Muy insatisfecho/a	16	8.2%
Poco satisfecho/a	6	3.1%
Lo normal	40	20.6%
Bastante satisfecho/a	65	33.5%
Muy satisfecho/a	67	34.5%
N	194	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 80: Resultados distribuidos por satisfacción con el lugar de residencia y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA										
SATISFACCIÓN LUGAR DE RESIDENCIA	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Muy insatisfecho/a	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	3 1.5%	3 1.5%	3 1.5%	2 1.0%	4 2.1%	16 8.2%
Poco satisfecho/a	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 1.5%	1 0.5%	1 0.5%	1 0.5%	6 3.1%
Lo normal	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 1.5%	6 3.1%	17 8.8%	11 5.7%	2 1.0%	1 0.5%	40 20.6%
Bastante satisfecho/a	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	5 2.6%	1 0.5%	21 10.8%	19 9.8%	11 5.7%	6 3.1%	65 33.5%
Muy satisfecho/a	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 1.5%	6 3.1%	8 4.1%	20 10.3%	18 9.3%	12 6.2%	67 34.5%
TOTAL	1 1.8%	0 0.0%	1 1.8%	12 6.2%	16 8.2%	52 26.8%	54 27.8%	34 17.5%	24 12.4%	194 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 81: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas satisfacción con el lugar de residencia y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.

SATISFACCIÓN LUGAR DE RESIDENCIA Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN AMBAS POBLACIONES	
χ^2	40.5
Valor de P	0.060
IC	95%
V de Cramer	0.228
N	194

Fuente: Elaboración propia.

15.7.18 Acceso a servicios sanitarios

Tabla 82: Resultados distribuidos por satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios en ambas poblaciones.

ACCESO A LOS SERVICIOS SANITARIOS EN AMBAS POBLACIONES		
Levels	Counts	% of Total
Muy insatisfecho/a	24	12.4%
Poco satisfecho/a	40	20.6%
Lo normal	80	41.2%
Bastante satisfecho/a	33	17.0%
Muy satisfecho/a	17	8.8%
N	194	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 83: Resultados distribuidos por satisfacción con acceso a los servicios sanitarios y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA										
ACCESO A SERVICIOS SANITARIOS EN AMBAS POBLACIONES	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Muy insatisfecho/a	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	2 1.0%	6 3.1%	6 3.1%	4 2.1%	5 2.6%	24 12.4%
Poco satisfecho/a	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.0%	5 2.6%	12 6.2%	8 4.1%	7 3.6%	6 3.1%	40 20.6%
Lo normal	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	9 4.6%	5 2.6%	25 12.9%	23 11.9%	11 5.7%	7 3.6%	80 41.2%
Bastante satisfecho/a	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.0%	8 4.1%	11 5.7%	9 4.6%	3 1.5%	33 17.0%
Muy satisfecho/a	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	0 0.0%	2 1.0%	1 0.5%	6 3.1%	3 1.5%	3 1.5%	17 8.8%
TOTAL	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	12 6.2%	16 8.2%	52 26.8%	54 27.8%	34 17.5%	24 12.4%	194 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 84: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.

ACCESO A LOS SERVICIOS SANITARIOS Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN AMBAS POBLACIONES	
χ^2	40.1
Valor de P	0.065
IC	95%
V de Cramer	0.227
N	194

Fuente: Elaboración propia.

15.7.19 La “meva salut”

Tabla 85: Resultados distribuidos por conocimiento sobre la “meva salut” en la población de Calafell.

CONOCIMIENTO “LA MEVA SALUT “CALAFELL		
Levels	Counts	% of Total
Sí	107	77.0%
No	28	20.1%
No la conozco	4	2.9%
N	139	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 86: Resultados distribuidos por conocimiento sobre la “meva salut” y percepción de calidad de vida en la población de Calafell.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA CALAFELL							
CONOCIMIENTO LA “MEVA SALUT” CALAFELL	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Sí	4 2.9%	10 7.2%	25 18.0%	30 21.6%	22 15.8%	16 11.5%	107 77%
No	0 0.0%	2 1.4%	10 7.2%	5 3.6%	6 4.3%	5 3.6%	28 20.1%
No la conozco	0 0.0%	1 0.7%	3 2.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 2.9%
TOTAL	4 2.9%	13 9.4%	38 27.3%	35 25.2%	28 20.1%	21 15.1%	139 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 87: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas conocimiento sobre la “meva salut” y percepción de calidad de vida en la población de Calafell.

CONOCIMIENTO LA “MEVA SALUT” Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA POBLACIÓN DE CALAFELL	
X²	10.6
Valor de P	0.391
IC	95%
V de Cramer	0.195
N	139

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 88: Resultados distribuidos por conocimiento sobre la “meva salut” en la población de Sitges.

CONOCIMIENTO LA “MEVA SALUT” SITGES		
Levels	Counts	% of Total
Sí	35	63.6%
No	17	30.9%
No la conozco	3	5.5%
N	55	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 89: Resultados distribuidos por conocimiento sobre la “meva salut” y percepción de calidad de vida en la población de Calafell.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA SITGES										
CONOCIMIENTO LA “MEVA SALUT” SITGES	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Sí	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 9.1%	0 0.0%	11 20.0%	14 25.5%	3 5.5%	2 3.6%	38 63.6%
No	1 1.8%	0 0.0%	1 1.8%	2 3.6%	2 3.6%	2 3.6%	5 9.1%	3 5.5%	1 1.8%	17 30.9%
No la conozco	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.8%	1 1.8%	1 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 5.5%
TOTAL	1 1.8%	0 0.0%	1 1.8%	8 14.5%	3 5.5%	14 25.5%	19 34.5%	6 10.9%	3 5.5%	55 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 90: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas conocimiento sobre la “meva salut” y percepción de calidad de vida en la población de Sitges.

CONOCIMIENTO LA MEVA SALUT Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA POBLACIÓN DE SITGES	
χ^2	17.4
Valor de P	0.236
IC	95%
V de Cramer	0.398
N	55

Fuente: Elaboración propia.

15.7.20 Uso de “la meva salut”

Tabla 91: Resultados distribuidos por conocimientos de uso de la “meva salut” en la población de Calafell.

USO DE LA “MEVA SALUT” CALAFELL		
Levels	Counts	% of Total
Sí	85	61.2%
No	34	24.5%
No la tiene	20	14.4%
N	139	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 92: Resultados distribuidos por conocimientos de uso de la “meva salut” y percepción de calidad de vida en la población de Calafell.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA CALAFELL							
USO DE LA “MEVA SALUT” CALAFELL	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Sí	3 2.2%	8 8.5%	20 14.4%	24 17.3%	17 12.2%	13 9.4%	85 61.2%
No	1 0.7%	2 1.4%	12 8.6%	6 4.3%	9 6.5%	4 2.9%	34 24.5%
No la tiene	0 0.0%	3 2.2%	6 4.3%	5 3.6%	2 1.4%	4 2.9%	20 14.4%
TOTAL	4 2.9%	13 9.4%	38 27.3%	35 25.2%	28 20.1%	21 15.1%	139 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 93: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas conocimientos de uso de la “meva salut” y percepción de calidad de vida en la población de Calafell.

USO DE LA “MEVA SALUT” Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA POBLACIÓN DE CALAFELL	
X ²	6.49
Valor de P	0.775
IC	95%
V de Cramer	0.152
N	139

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 94: Resultados distribuidos por conocimientos de uso de la “meva salut” en la población de Sitges.

USO LA “MEVA SALUT” SITGES		
Levels	Counts	% of Total
Sí	27	49.1%
No	23	41.8%
No la tiene	5	9.1%
N	55	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 95: Resultados distribuidos por conocimiento sobre la “meva salut” y percepción de calidad de vida en la población de Sitges.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA SITGES										
USO DE LA “MEVA SALUT” SITGES	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Sí	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 7.3%	0 0.0%	8 14.5%	11 20.0%	3 5.5%	1 1.8%	27 49.1%
No	1 1.8%	0 0.0%	1 1.8%	2 3.6%	2 3.6%	5 9.1%	7 12.7%	3 5.5%	2 3.6%	23 41.8%
No la tiene	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 3.6%	1 1.8%	1 1.8%	1 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	5 9.1%
TOTAL	1 1.8%	0 0.0%	1 1.8%	8 14.5%	3 5.5%	14 25.5%	19 34.5%	6 10.9%	3 5.5%	55 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 96: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas conocimientos de uso de la “meva salut” y percepción de calidad de vida en la población de Sitges.

USO LA “MEVA SALUT” Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA POBLACIÓN DE SITGES	
χ^2	12.0
Valor de P	0.606
IC	95%
V de Cramer	0.330
N	55

Fuente: Elaboración propia.

15.7.21 Edadismo en la sociedad

Tabla 97: Resultados distribuidos por edadismo en la sociedad en ambas poblaciones.

EDADISMO EN LA SOCIEDAD AMBAS POBLACIONES		
Levels	Counts	% of Total
Sí	20	10.3%
No	174	89.7%
N	194	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 98: Resultados distribuidos por edadismo en la sociedad y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA										
EDADISMO EN LA SOCIEDAD AMBAS POBLACIONES	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Sí	1 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	3 1.5%	6 3.1%	5 2.6%	3 1.5%	1 0.5%	20 10.3%
No	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	11 5.7%	13 6.7%	46 23.7%	49 25.3%	31 16.0%	23 11.9%	174 89.7%
TOTAL	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	12 6.2%	16 8.2%	52 26.8%	54 27.8%	34 17.5%	24 12.4%	194 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 99: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas edadismo en la sociedad y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.

EDADISMO EN LA SOCIEDAD Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA POBLACIÓN EN AMBAS POBLACIONES	
χ^2	11.3
Valor de P	0.126
IC	95%
V de Cramer	0.241
N	194

Fuente: Elaboración propia.

15.7.22 Edadismo institucional

Tabla 100: Resultados distribuidos por edadismo institucional en ambas poblaciones.

EDADISMO INSTITUCIONAL EN AMBAS POBLACIONES		
Levels	Counts	% of Total
Sí	31	16.0%
No	163	84.0%
N	194	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 101: Resultados distribuidos por edadismo institucional y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA										
EDADISMO INSTITUCIONAL EN AMBAS POBLACIONES	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Sí	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	1 0.5%	4 2.1%	9 4.6%	5 2.6%	5 2.6%	6 3.1%	31 16.0%
No	1 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	11 5.7%	12 6.2%	43 22.2%	49 25.3%	29 14.9%	18 9.3%	163 84.0%
TOTAL	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	12 6.2%	16 8.2%	52 26.8%	54 27.8%	34 17.5%	24 12.4%	194 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 102: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas edadismo institucional y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.

EDADISMO EN LA SOCIEDAD Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA POBLACIÓN DE CALAFELL	
χ^2	10.3
Valor de P	0.171
IC	95%
V de Cramer	0.231
N	194

Fuente: Elaboración propia.

15.7.23 Cuidador informal

Tabla 103: Resultados distribuidos por cuidador informal en ambas poblaciones.

CUIDADOR INFORMAL EN AMBAS POBLACIONES		
Levels	Counts	% of Total
Sí	17	8.8%
No	177	91.2%
N	194	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 104: Resultados distribuidos por cuidador informal y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA										
CUIDADOR INFORMAL AMBAS POBLACIONES	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Sí	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	2 1.0%	7 3.6%	3 1.5%	3 1.5%	1 0.5%	17 8.8%
No	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	11 5.7%	14 7.2%	45 23.2%	51 26.3%	31 16.0%	23 11.9%	177 91.2%
TOTAL	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	12 6.2%	16 8.2%	52 26.8%	54 27.8%	34 17.5%	24 12.4%	194 100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 105: Resultados prueba chi cuadrado: variables relacionadas cuidador informal y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.

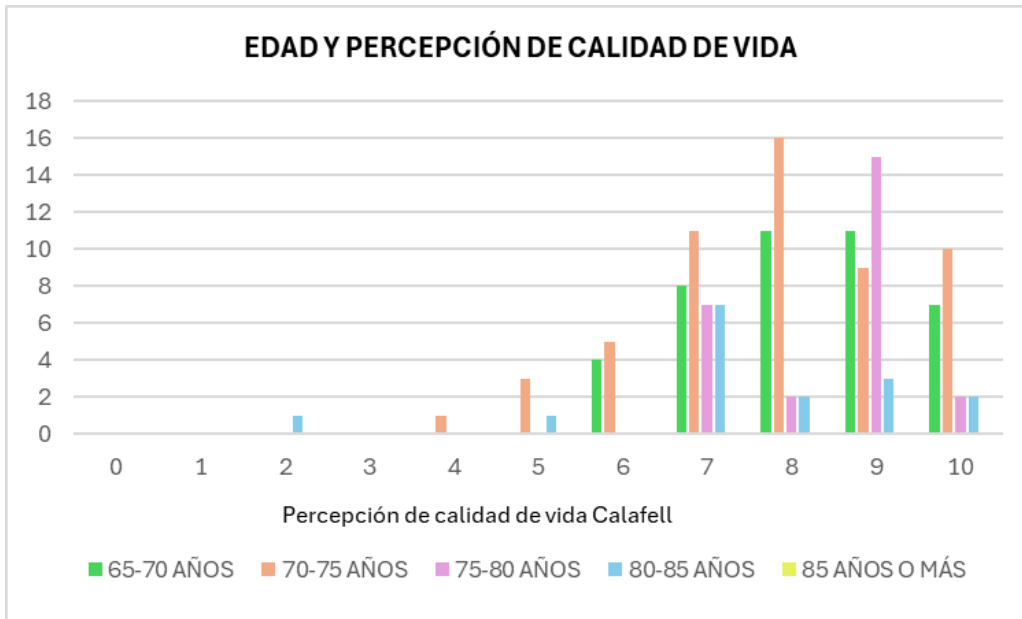
CUIDADOR INFORMAL Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA POBLACIÓN DE SITGES	
χ^2	3.24
Valor de P	0.862
IC	95%
V de Cramer	0.129
N	194

Fuente: Elaboración propia.

15.8 Anexo VIII

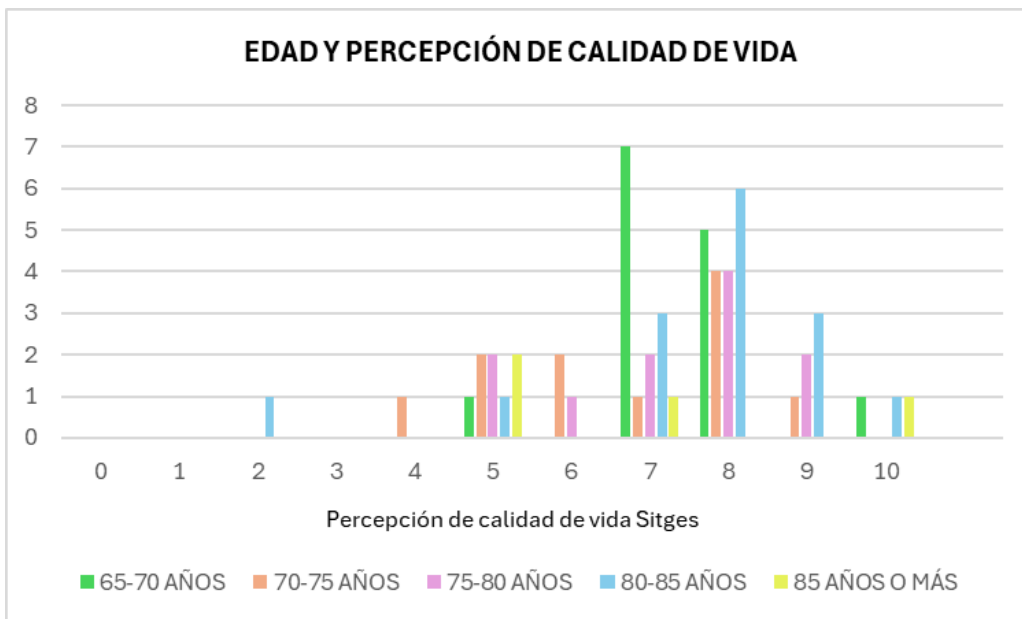
15.8. Gráficas

Ilustración 13: Edad y percepción de calidad de vida en la población de Calafell.



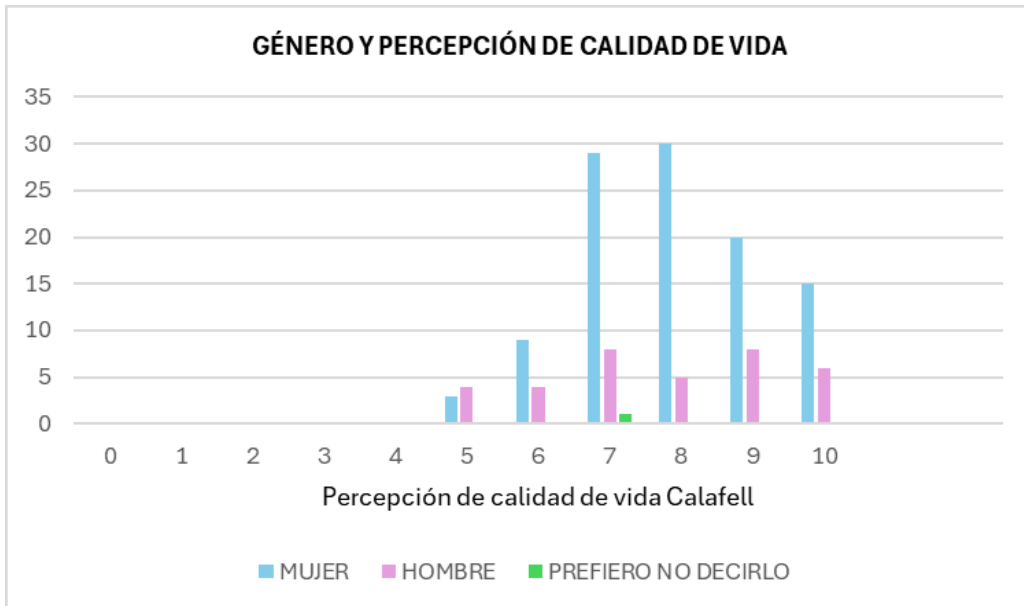
Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 14: Edad y percepción de calidad de vida en la población de Sitges.



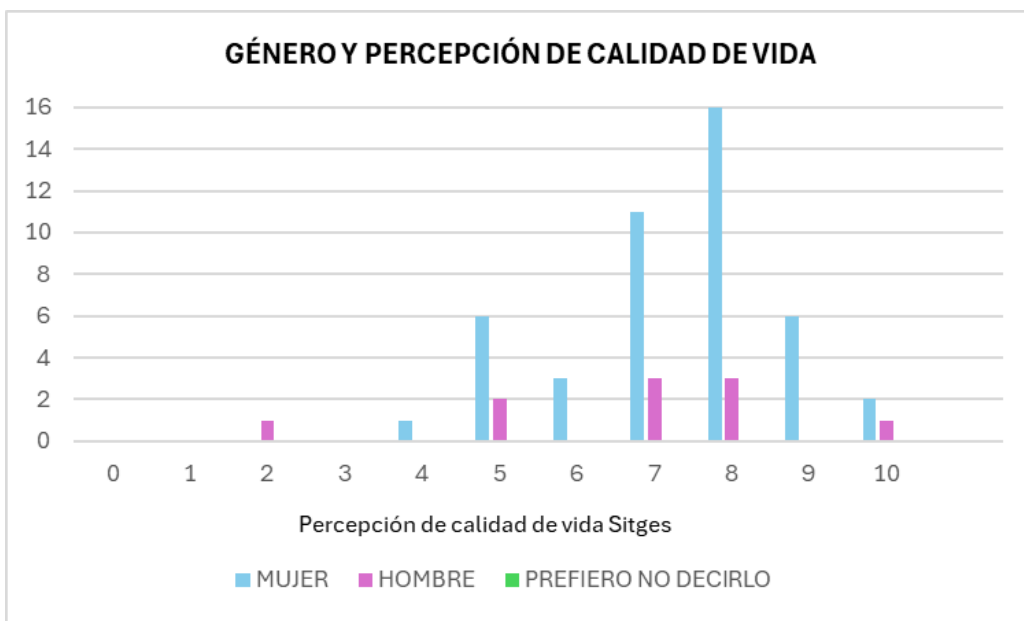
Fuente: Elaboración propia.

Il·lustració 15: Gènere i percepció de qualitat de vida en la població de Calafell.



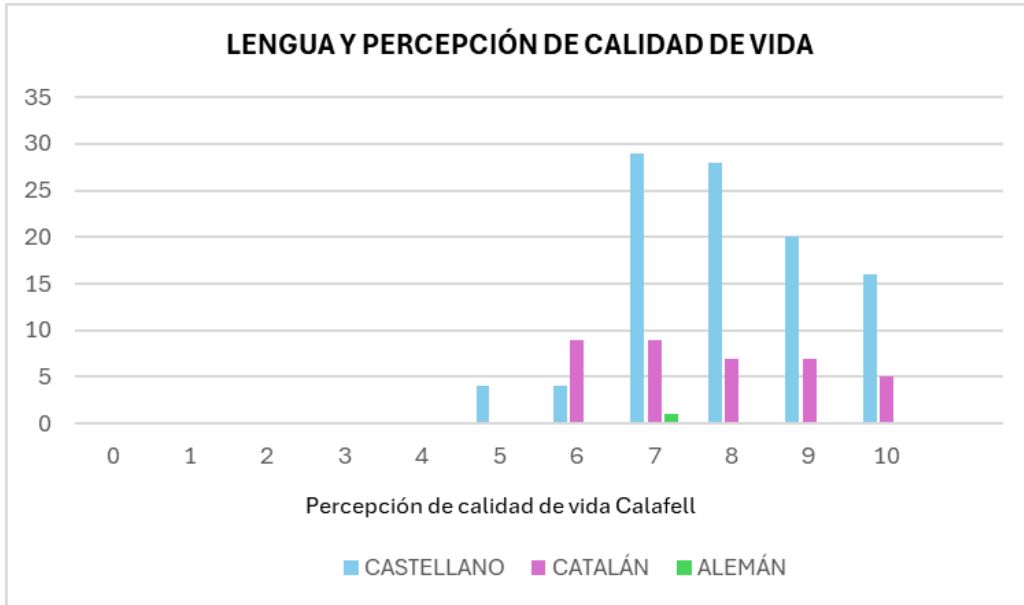
Fuente: elaboración propia.

Il·lustració 16: Gènere i percepció de qualitat de vida en la població de Sitges.



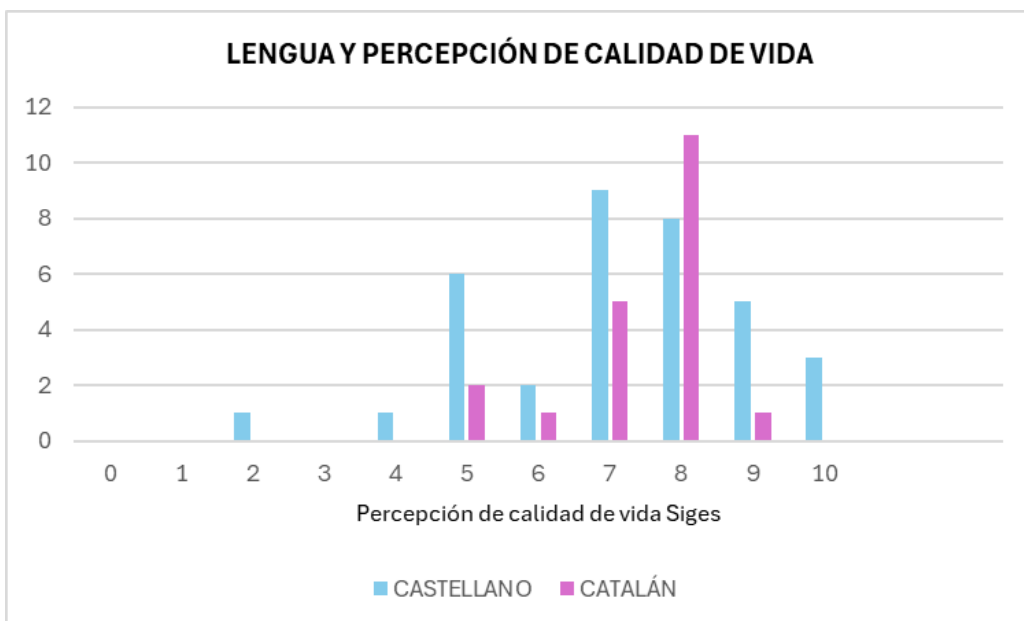
Fuente: Elaboración propia.

Il·lustració 17: Lengua materna y percepción de calidad de vida en la población de Calafell.



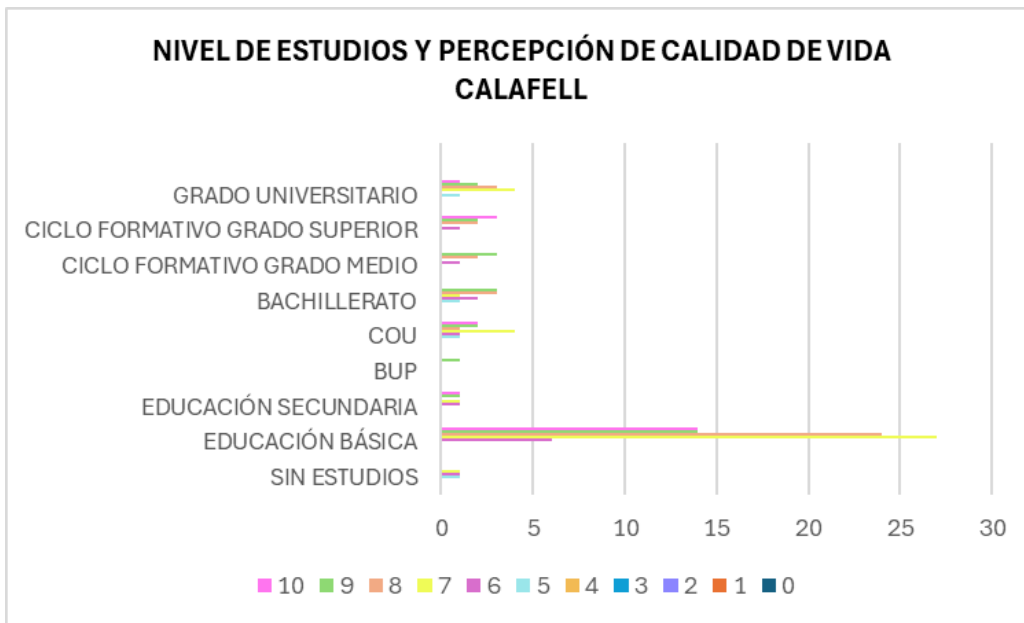
Fuente: Elaboración propia.

Il·lustració 18: Lengua materna y percepción de calidad de vida en la población de Sitges.



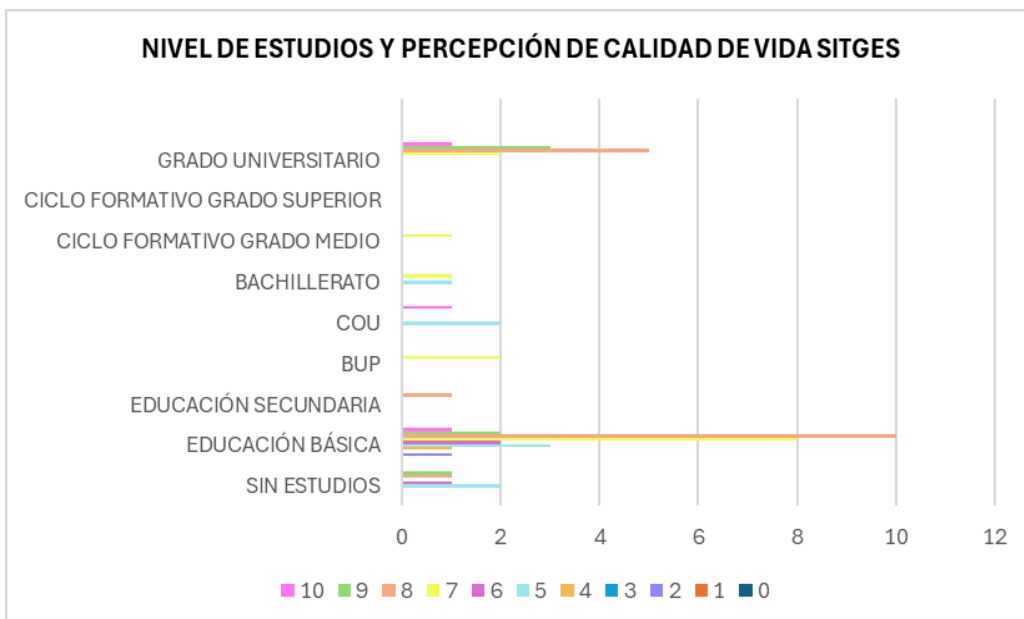
Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 19: Nivel de estudios y percepción de calidad de vida en la población de Calafell.



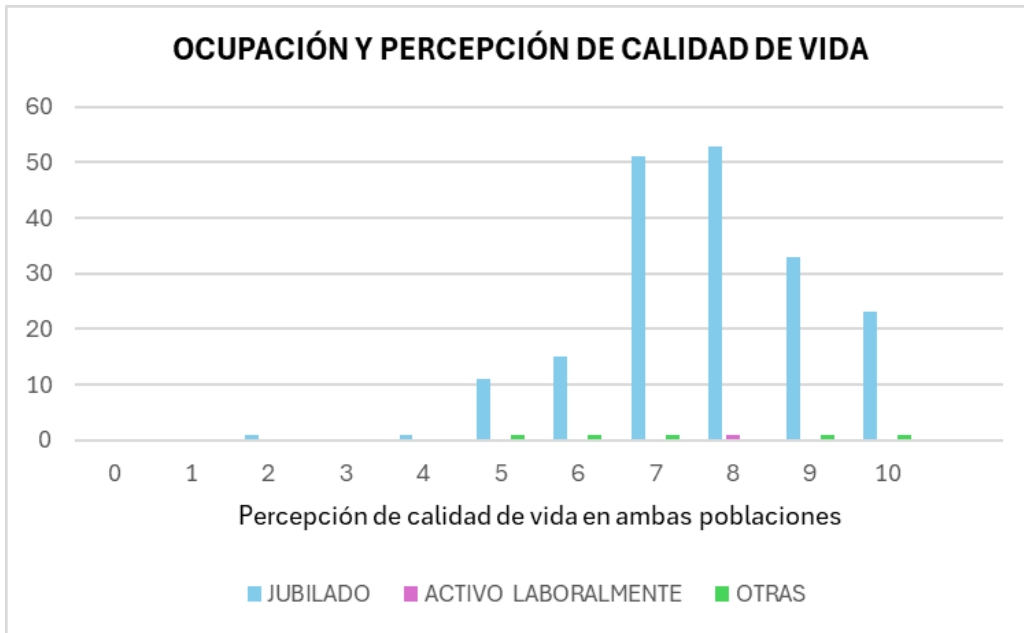
Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 20: Nivel de estudios y percepción de calidad de vida en la población de Sitges.



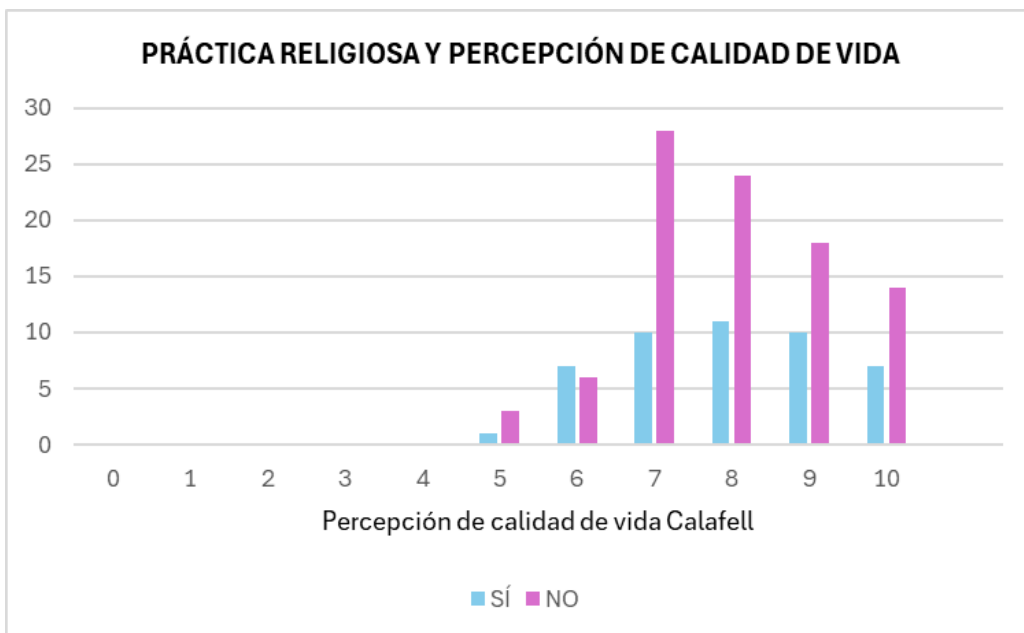
Fuente: Elaboración propia.

Il·lustració 21: Ocupació y percepció de qualitat de vida en ambas poblacions.



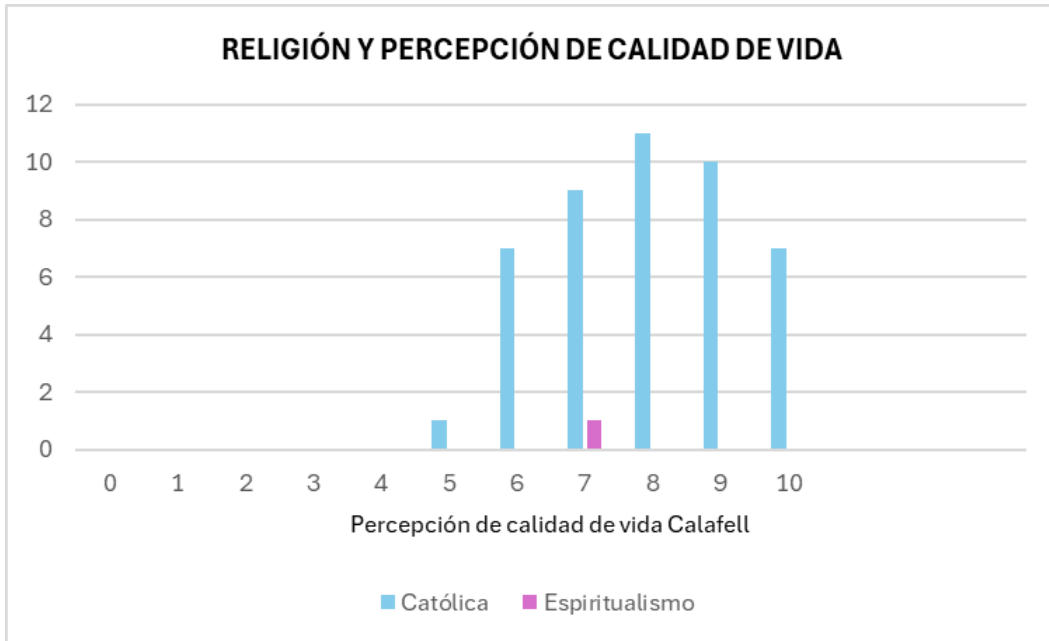
Fuente: Elaboración propia.

Il·lustració 22: Práctica religiosa y percepción de calidad de vida, población de Calafell.



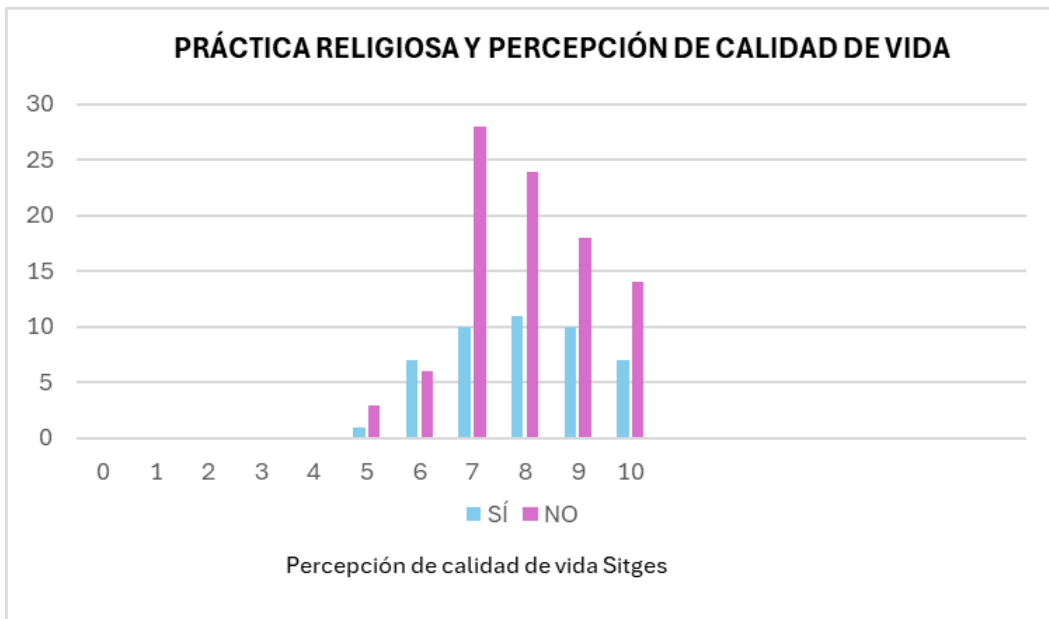
Fuente: Elaboración propia.

Il·lustració 23: Religió i percepció de qualitat de vida de la població de Calafell.



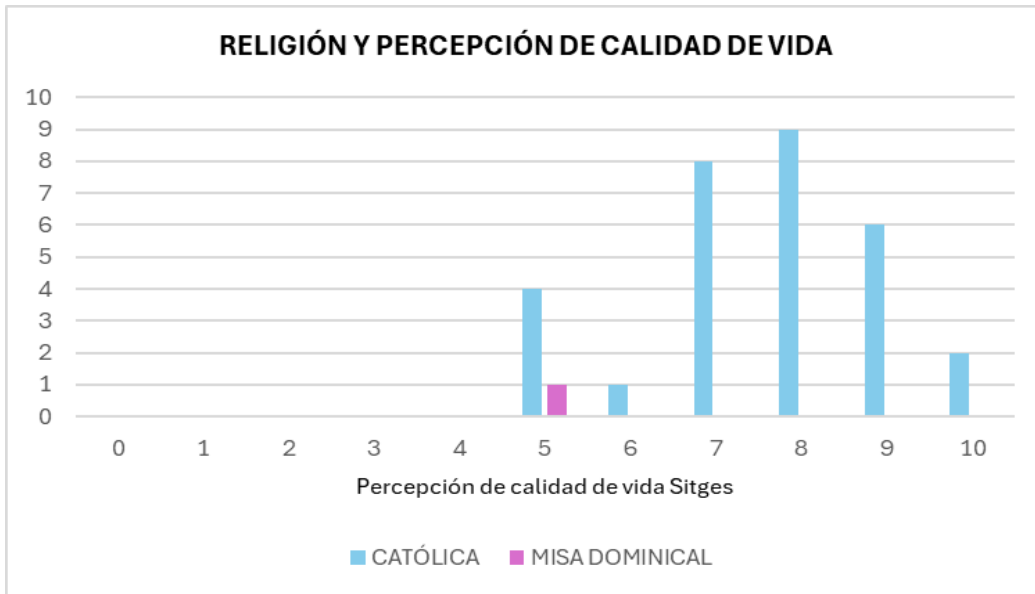
Fuente: Elaboración propia.

Il·lustració 24: Pràctica religiosa i percepció de qualitat de vida de la població de Sitges.



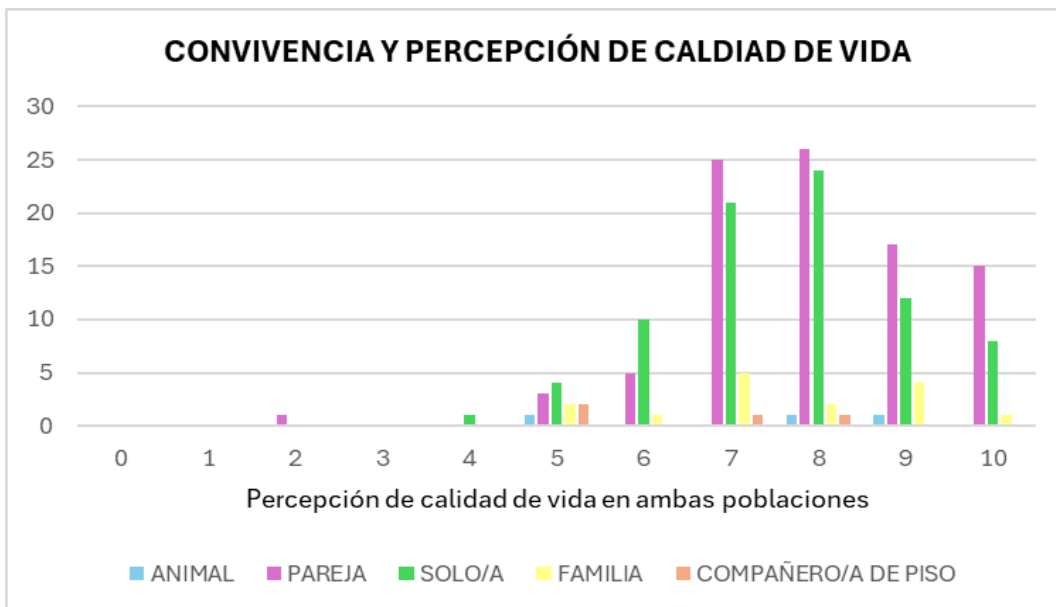
Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 25: Religión y percepción de calidad de vida de la población de Sitges.



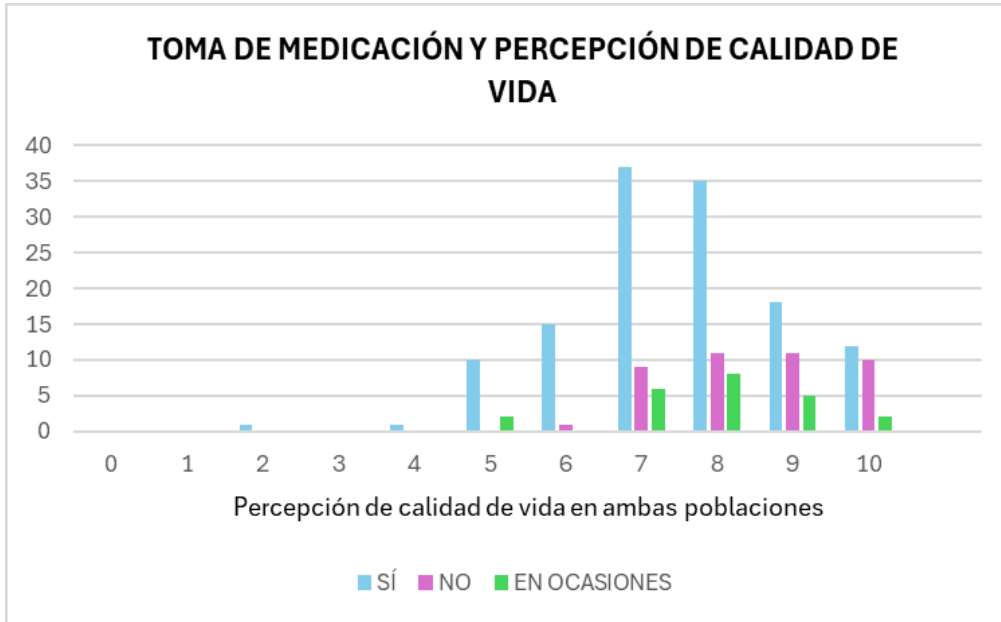
Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 26: Convivencia y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.



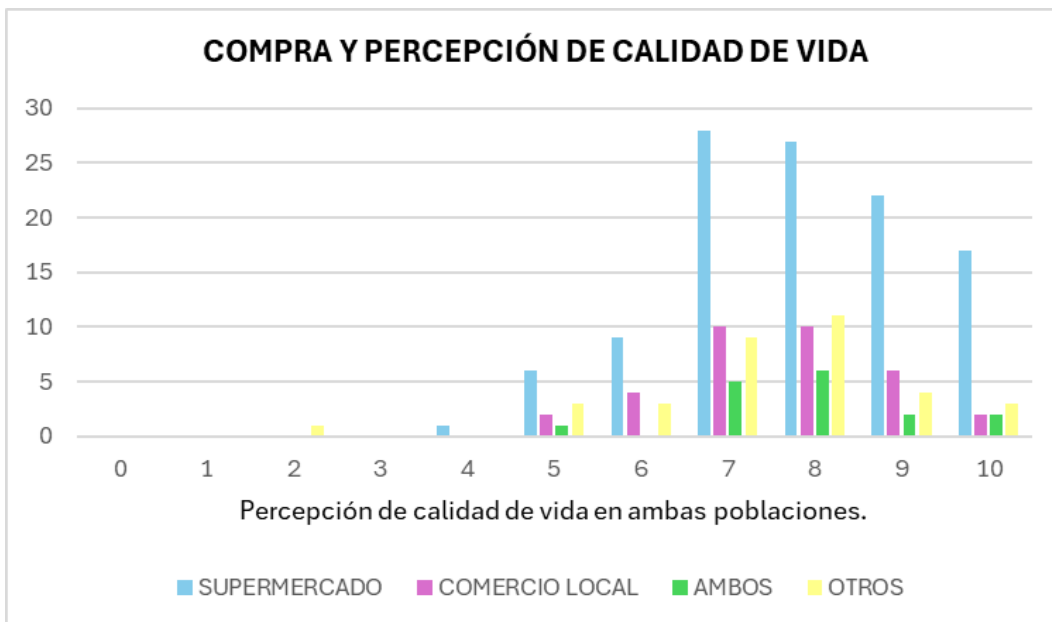
Fuente: Elaboración propia.

Il·lustració 27: Toma de medicación y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.



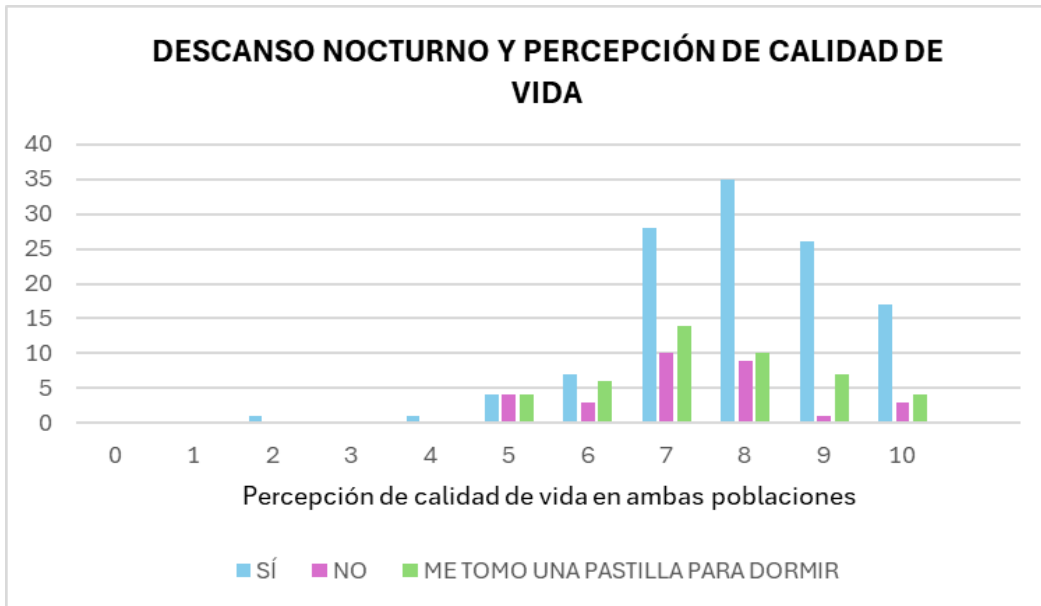
Fuente: Elaboración propia.

Il·lustració 28: Compra y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.



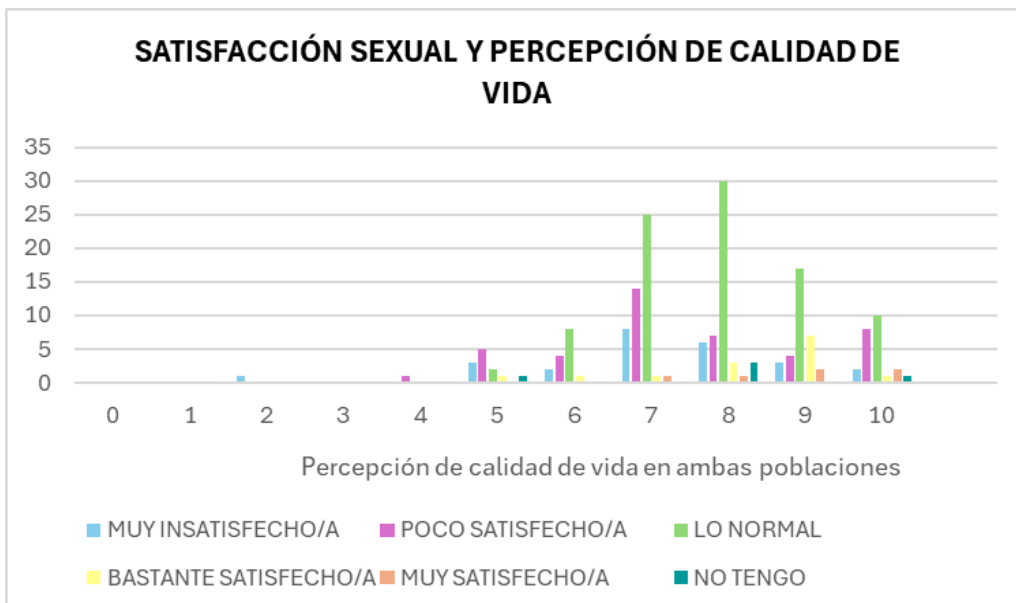
Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 29: Descanso nocturno y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.



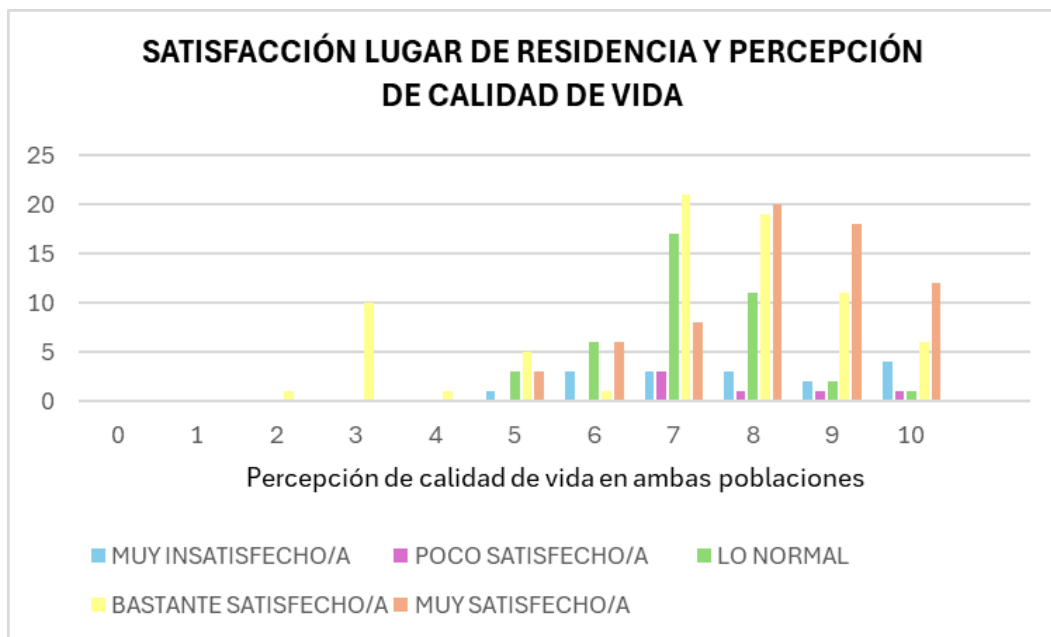
Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 30: Satisfacción sexual y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.



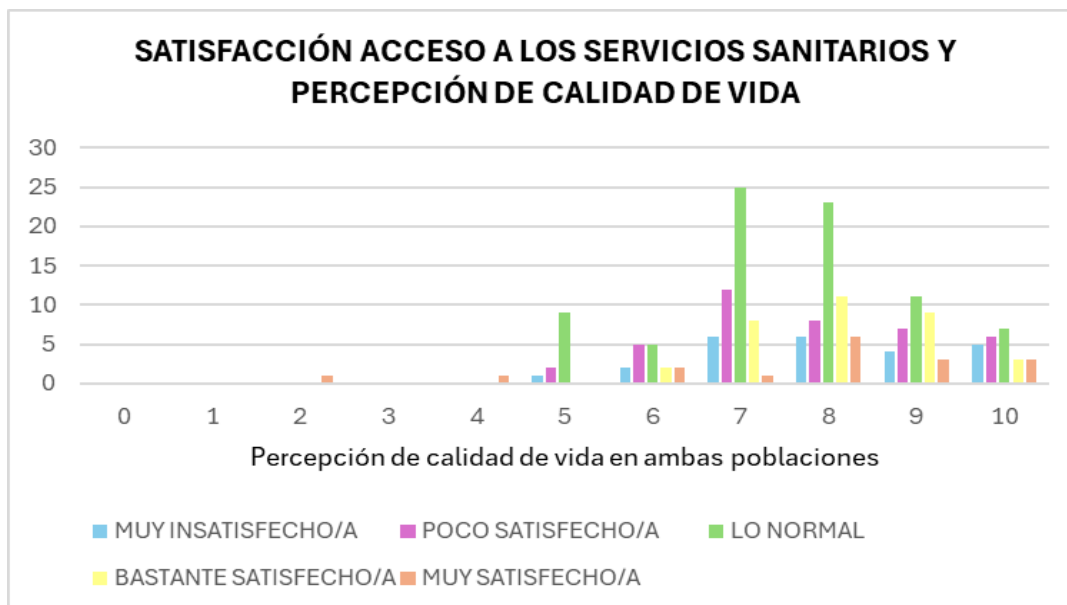
Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 31: Satisfacción del lugar de residencia y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.



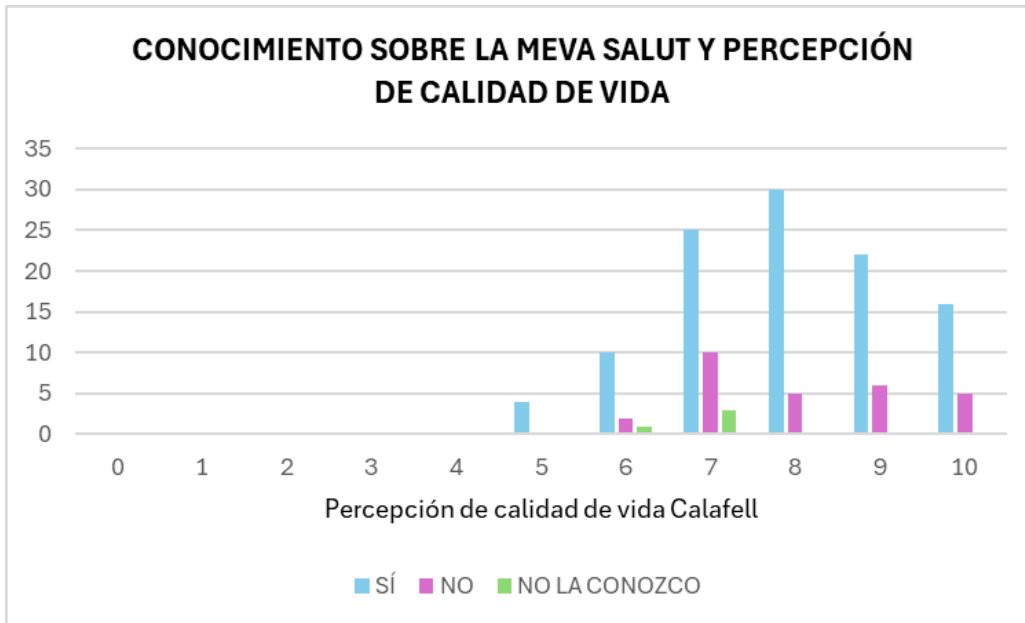
Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 32: Satisfacción de acceso a servicios sanitarios y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.



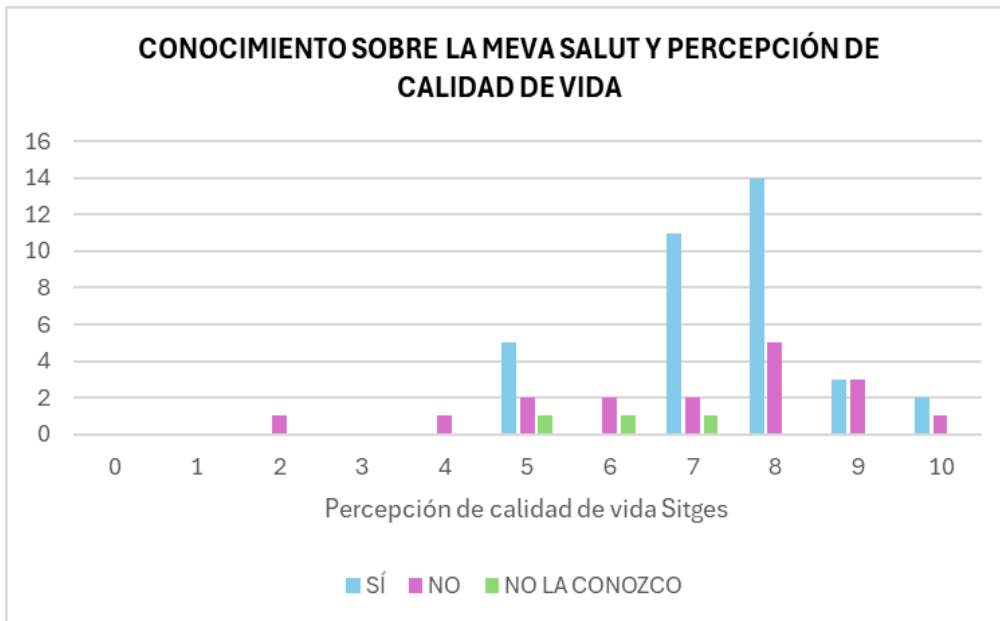
Fuente: Elaboración propia.

Il·lustració 33: Conocimiento sobre la “meva salut” y percepción de calidad de vida de la población de Calafell.



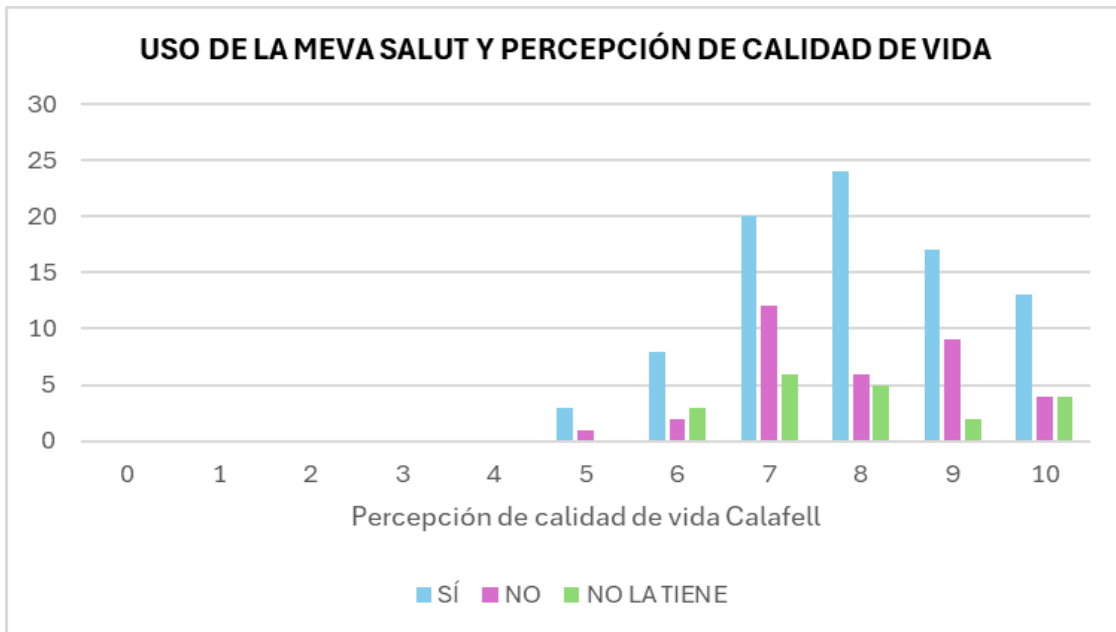
Fuente: Elaboración propia.

Il·lustració 34: Conocimientos sobre la “meva salut” y percepción de calidad de vida de la población de Sitges.



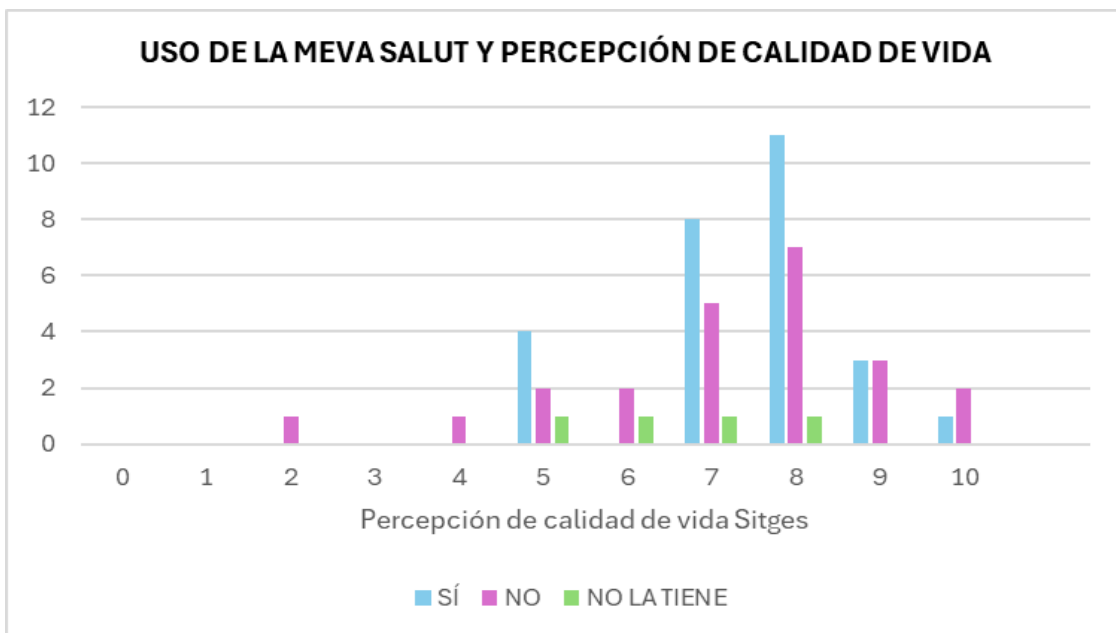
Fuente: Elaboración propia.

Il·lustració 35: Uso de la “meva salut” y percepción de calidad de vida de la población de Calafell.



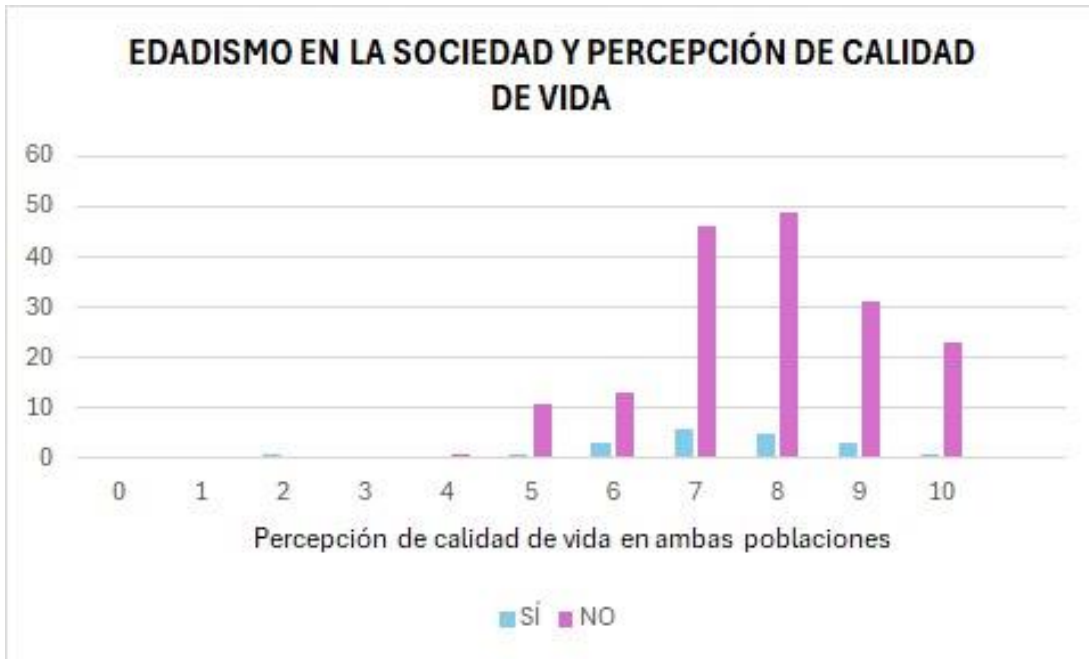
Fuente: Elaboración propia.

Il·lustració 36: Uso de la “meva salut” y percepción de calidad de vida de la población de Sitges.



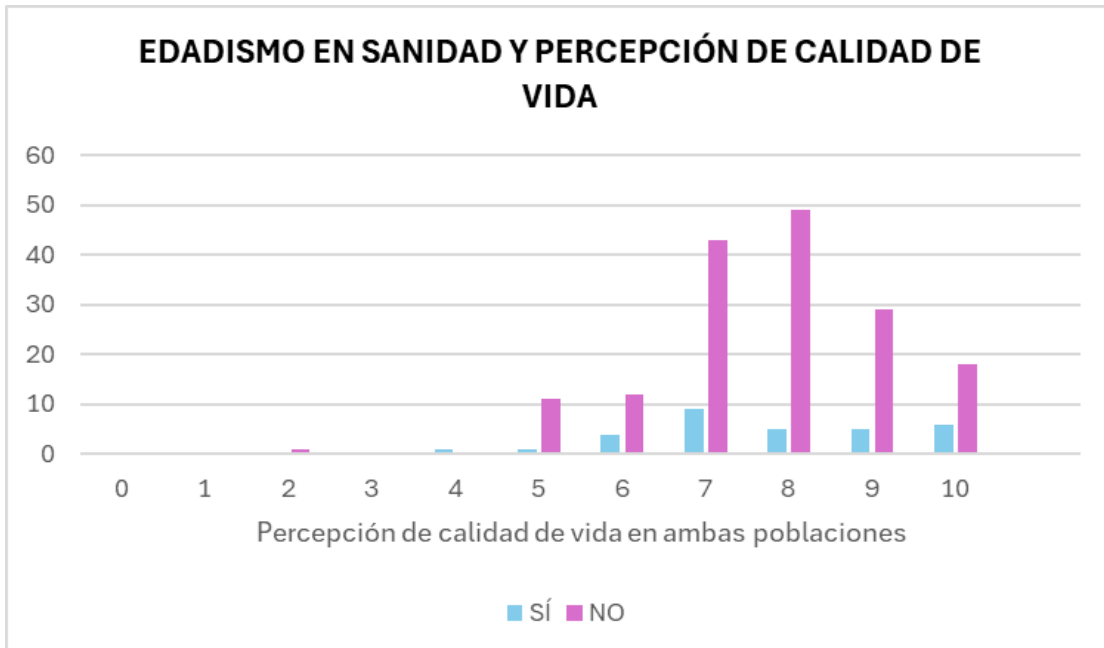
Fuente: Elaboración propia.

Il·lustració 37: Edadismo en la sociedad y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.



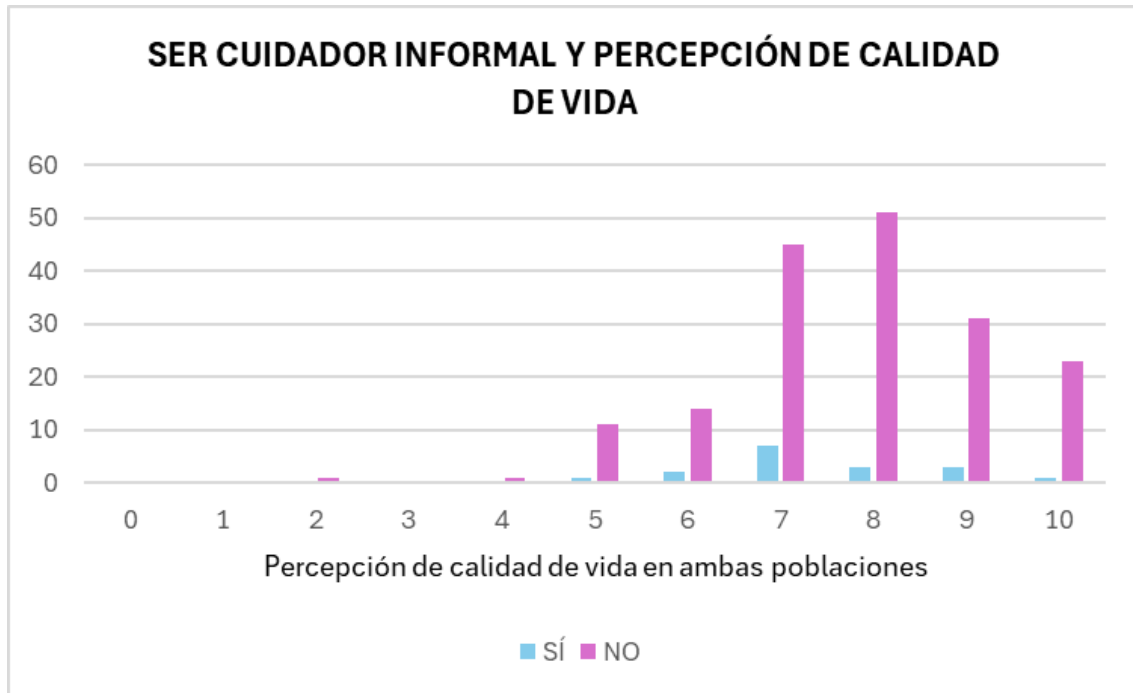
Fuente: Elaboración propia.

Il·lustració 38: Edadismo en la sanidad y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.



Fuente: Elaboración propia.

Il·lustració 39: Ser cuidador informal y percepción de calidad de vida en ambas poblaciones.



Fuente: *Elaboración propia.*