

LOS PRINCIPIOS DE LA ACCESIBILIDAD UNIVERSAL CENTRADOS EN LA DIVERSIDAD DE LOS USUARIOS

Experiencias de Usuario



Necesidades de apoyo personal percibidas por personas mayores en la relación con las actividades de su vida diaria en la zona norte de Granada

Botía Díaz, Isabel María

Trabajo Fin de Máster en Gerontología, dependencia y protección de los mayores. Curso 2014/2015

Tutor: José Luis Cabezas Casado. Doctor y Profesor UGR

Resumen

El presente estudio, tiene como objetivo el de detectar y describir las necesidades de apoyo personal percibidas por personas mayores en la zona norte de Granada en relación con cada una de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales. Para conseguir este cometido se ha estudiado el perfil sociodemográfico de la muestra, su capacidad funcional y las necesidades de apoyo personal percibidas en relación con cada una de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y además, algunos aspectos físicos, psicológicos y ambientales que pudiesen condicionar su capacidad funcional para el desempeño de las actividades cotidianas, abordando sus percepciones sobre su estado de salud, de sentimientos de tristeza, de la existencia de barreras arquitectónicas en su hogar o entorno, de productos de apoyo utilizados y de actividades sociales practicadas. La actividad básica para la que presentaron mayor dependencia con diferencia fue la de "baño-ducha", siendo la de "alimentación" la última en perderse tras el proceso de dependencia. Las actividades instrumentales más afectadas por la dependencia estuvieron relacionadas con tareas domésticas como el "cuidado y lavado de la ropa", el "cuidado de la casa" y la "preparación de las comidas", siendo las de "usar el teléfono" y "uso de medios de transporte" las últimas en verse afectadas. En cuanto a las necesidades de apoyo personal percibidas, se comprobó que entre las actividades básicas, la de "cuidado y cortado de las uñas de los pies" fue para la que mayor necesidad de apoyo por parte de otra persona tienen –el 70% de las personas encuestadas necesitan apoyo en la actividad-, y destacaron entre las actividades instrumentales, las de "transporte de la compra hasta el domicilio u otro lugar", seguida de "limpieza de ventanas y persianas" y "guardado de la ropa en altillos de armarios roperos o similares". En relación con la percepción de los aspectos físicos, psicológicos y ambientales estudiados, destacó la percepción de un estado de salud "regular", del sentimiento de tristeza con la frecuencia de "bastantes veces" y "algunas veces", de que las "escaleras" son la barrera arquitectónica que más les afecta, que el producto de apoyo más utilizado son los "asideros en plato de ducha o bañera" y que la mayor parte de las personas practican al menos una actividad social, manifestando encontrarse mucho mejor de ánimos y en consecuencia, tener una motivación para el desempeño de las actividades de su vida diaria.

Palabras clave

Accesibilidad, apoyo personal, envejecimiento, Granada, personas mayores, salud.

1. Introducción

Ante el incremento progresivo en España de personas mayores que viven solas o con insuficiente apoyo familiar y que además se encuentran afectadas por situaciones de dependencia o por diversas discapacidades, los recursos y servicios de apoyo domiciliario pueden suponer en la actualidad, una alternativa muy valiosa y adecuada para promover la autonomía funcional de personas mayores con dificultades para el desempeño de las actividades de su vida diaria debido al deterioro de sus capacidades bio-psico-sociales, facilitándoles y/o permitiéndoles la permanencia en su entorno habitual de vida, mientras que ello sea posible y deseado por las personas afectadas.

Según datos del IMSERSO, la proporción de personas mayores de 65 y más años en España, representaba en 2009 un 16,6% de la población total, estimándose que esta tendencia seguirá en aumento, de forma que en el año 2049 habrá el doble de personas mayores que en la actualidad, alcanzándose un 31,9% de la población española. En cuanto a la población mayor de 80 años, en 2010 representaba un 29% del total de personas mayores de 65 y más años en España, estimándose que en 2049 las personas de más de 80 años constituirán el 36,8% del total de la población mayor (IMSERSO, 2012).

Las implicaciones que el envejecimiento de la población tiene en relación con el incremento de personas en situación de dependencia son evidentes. La edad y la dependencia están estrechamente relacionadas, acentuándose la proporción de personas mayores con limitaciones en su capacidad funcional, especialmente en grupos de edad a partir de los 80 años, tal como apunta el citado informe del IMSERSO y otros estudios.

Diversas investigaciones centradas en personas mayores concluyen que la actividad física, psicológica y social incrementa significativamente la calidad de vida y el bienestar de quienes las practican de manera asidua, siendo de vital importancia la participación en

actividades significativas en su vida diaria para cada persona (Máximo & Cigarán, 2010: 171).

Los conceptos de autonomía personal e independencia están unidos al de actividades de la vida diaria. Según distintos autores, las Actividades de la Vida Diaria (AVD) podrían definirse como "la capacidad del individuo para llevar a cabo actividades cotidianas esenciales" (Fernández Ballesteros, 1992, citado en Romero, 2007: 269); para la medición de la capacidad funcional de las personas en relación con tales actividades, suele distinguirse entre actividades de la vida diaria "básicas", "instrumentales" y "avanzadas".

Los servicios y recursos más habituales de atención domiciliaria que favorecen a personas mayores con necesidades de apoyo domiciliario para sus AVD son el Servicio de Ayuda a Domicilio, el Servicio de Teleasistencia, la Atención Sanitaria a domicilio y los productos de apoyo. Todos ellos, pueden contribuir a la promoción de su independencia funcional para sus actividades cotidianas.

A pesar de las múltiples potencialidades de los servicios de atención domiciliaria como recursos idóneos para ofrecer los apoyos necesarios para que personas mayores con dificultades de autonomía personal puedan continuar en su medio habitual de vida y de los beneficios que ello implica para sus familias, personas de su entorno y la sociedad en general; existen aspectos preocupantes y dificultades en la práctica que cuestionan la eficacia y eficiencia de estos servicios para dar cobertura a las múltiples y crecientes necesidades de atención domiciliaria de una población envejecida que se está viendo afectada por el incremento progresivo de situaciones de dependencia.

Para contrarrestar estas dificultades, es necesario conocer de cerca las necesidades de apoyo que tienen las personas mayores y que si fuesen cubiertas de manera adecuada, les permitirían permanecer en sus propios domicilios por el tiempo

que deseen con una mayor autonomía funcional o al menos, con apoyos para compensar las limitaciones en su capacidad funcional y contribuir a que su día a día sea más fácil y llevadero.

Tras revisar la literatura existente sobre este tema, hemos encontrado algunos estudios interesantes relacionados con las necesidades de personas mayores; uno de ellos es un estudio de Aguado Díaz y Alcedo Rodríguez (2004) relacionado con las necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas mayores con discapacidad, que se basa en el modelo teórico de Calidad de Vida de Schalock; estos mismos autores, han publicado otros dos estudios posteriores (2005) sobre las necesidades de personas con discapacidad que envejecen percibidas por sus familiares y por los profesionales que les atienden. Otros dos estudios interesantes son el de Martínez-Villarreal, D. et al. (2007) sobre las necesidades percibidas por mujeres mayores que viven solas y reciben atención domiciliaria y el de Vázquez-Sánchez et al. (2008) sobre la valoración de las necesidades de los ancianos que viven solos en una zona básica de salud. Por otra parte, hemos encontrado diversos estudios y un manual excelente de Moruno Miralles y Romero Ayuso (2010) en los que se desarrolla científicamente el concepto de "Actividades de la Vida Diaria" y sus herramientas de evaluación. Sin embargo, no se han localizado estudios o publicaciones basadas en las necesidades de apoyo domiciliario percibidas por personas mayores en relación con las actividades de su vida diaria, que orienten el diseño de los recursos y servicios de atención a las necesidades de las personas mayores que los demandan o necesitan.

Partiendo de las lagunas detectadas en la investigación de nuestro tema, consideramos prioritario identificar las necesidades de apoyo percibidas por parte de las personas mayores, para ir acercándonos a la realidad en la que viven estas personas su proceso de envejecimiento, a cómo afrontan las necesidades derivadas del declive

funcional que este proceso conlleva y a detectar cuáles son las actividades cotidianas respecto a las cuáles se necesita más cantidad de apoyo domiciliario; desde este conocimiento, queremos aportar información útil para poder avanzar hacia la construcción de modelos teóricos explicativos sobre el proceso de envejecimiento y las necesidades de apoyos para las actividades de la vida diaria de personas mayores. Estas aportaciones, podrían contribuir a la mejora de los programas de atención domiciliaria destinados a cubrir las necesidades de apoyo de personas mayores mediante la promoción de su independencia funcional para las actividades de su vida diaria con el objeto de permitirles que continúen viviendo en su medio habitual de vida durante el tiempo que lo deseen y sea posible; además de servir de guía y orientación a los profesionales que trabajamos en el ámbito socio-sanitario y a los familiares/allegados de las personas mayores con necesidades de apoyos en sus actividades cotidianas.

La detección de este vacío en las investigaciones precedentes al revisar la literatura científica, unido al interés personal y profesional de la investigadora sobre el tema, son algunos de los motivos por los cuáles se ha decidido a poner en marcha este estudio de carácter exploratorio sobre las necesidades de apoyo personal de las personas mayores, con la intención de realizar un acercamiento a esta realidad antes de aventurarse a formular hipótesis adecuadas.

Mediante este estudio, se abordará el tema aportando conocimientos derivados de la gerontología social y la antropología social, con la finalidad de contribuir científicamente a la mejora de la atención de las personas mayores con dificultades para llevar una vida autónoma y que deseen permanecer en sus domicilios, con los apoyos necesarios.

El objetivo general que va a guiar esta investigación consiste en detectar y

describir las necesidades de apoyo personal percibidas por personas mayores de la zona norte de Granada en relación con cada una de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales.

1.1. Las personas mayores en España, Andalucía y Granada

1.1.1. Las personas mayores en España

Los datos publicados en el "Informe 2010. Las personas mayores en España", confirman que en las próximas décadas, las personas mayores de 65 años continuarán aumentando, lo cual implica que la estructura de edad de la población española envejecerá de forma acelerada e intensa, al igual que está ocurriendo a nivel mundial (IMSERSO, 2012).

Los datos oficiales mostrados en dicho informe reflejan que según el Padrón Municipal de Habitantes, en el año 2009 había 46.745.807 habitantes en España, de los cuales las personas de 65 años y más representaban el 16,6% del total (7.782.904 personas). Además, las proyecciones apuntan a que en el año 2049, se duplicará el número de personas mayores y representarán más de un tercio del total de la población española (31,9%). Otra de las tendencias previstas es la denominada "envejecimiento del envejecimiento", es decir, el envejecimiento de la población mayor. En España, las personas mayores de 80 años representaban en el año 2010 un 29% del total de la población de 65 y más años;

y las proyecciones apuntan a que en el año 2049, representarán un 36,8% sobre el total de la población mayor. El citado informe nos advierte de las implicaciones del envejecimiento de la población mayor en relación con el aumento de personas mayores dependientes, especialmente en personas que superan los 80 años de edad.

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2011, el porcentaje de personas mayores de 65 años en España era de 17,4%, indicando las previsiones que en el año 2052 se alcanzará el 37%; en cuanto al porcentaje de personas de 80 y más años era de 5,3%. La disminución de las tasas brutas de natalidad -10,2%- y el descenso de la tasa bruta de mortalidad -8,98% a los 65 años y 43,84 ‰ a los 80-, han ocasionado que se produzca un aumento de la tasa de esperanza de vida -80,09 años; 84,98 en mujeres y 79,16 en hombres- como en los diferentes grupos etarios -20,5 a los 65 años; 18,5 en hombres y 22,4 en mujeres- (Romero, Abizanda y Luengo, 2014).

Tras la revisión de los últimos datos definitivos proporcionados por el INE referentes a la población española a fecha 1 de enero de 2014, en España se registraba una población total de 46.512.199 personas, de las cuales las personas de 65 años y más representaban el 18,15% (8.440.022 personas) de la población en España. En cuanto a las personas de 80 y más años, en el año 2014 había un total de 2.650.391 personas,



Gráfico 2.1.1.1./ Elaboración propia a partir del Padrón Municipal de Habitantes INE (1 enero 2014).

representando un 31,4% del total de la población de 65 y más años y un 5,7% de total de los habitantes en España. (Ver Gráfico 2.1.1.1.)

Si comparamos los datos publicados en el Informe 2010 del IMSERSO referidos a 2009 y los obtenidos a través del Padrón Municipal de Habitantes publicados por el INE sobre 2014, podemos comprobar que la población mayor de 65 y más años en España ha aumentado un 1,55% en 5 años (entre 2009 y 2014). En cuanto a la población de 80 y más años en España con respecto a la población mayor de 65 años, se ha incrementado en un 2,4% en 4 años (entre 2010 y 2014).

En relación con el género de las personas mayores en España, podemos observar a través del Gráfico 2.1.1.2, cómo a medida que aumenta la edad, se incrementa la proporción de personas del género femenino en comparación con las personas del género masculino.

Tomando como referencia los datos arriba comentados referentes a la población total, a las personas de 65 y más años y, a las personas de 80 y más años -en relación con los datos ofrecidos por el INE para el año 2014-, obtenemos la siguiente información: de la población total (46.512.199 personas), 23.634.738 eran mujeres y 22.877.461 eran hombres, lo cual indica que el 50,8% corresponde al género femenino y el 49,2% al género masculino; de las personas de 65 y más años (8.440.022), 4.813.374 eran mujeres y 3.626.650 hombres, lo cual supone que el 57% corresponde al género femenino y el 43% al género masculino; en cuanto a las personas de 80 y más años (2.650.391), 1.683.501 correspondían a mujeres y 966.894 a hombres, lo cual indica que un 63,5% corresponde al género femenino y el 36,5% al género masculino. El Gráfico 2.1.1.2. representa a las personas mayores en España de ambos géneros -tomando como rango de edad 5 años-.

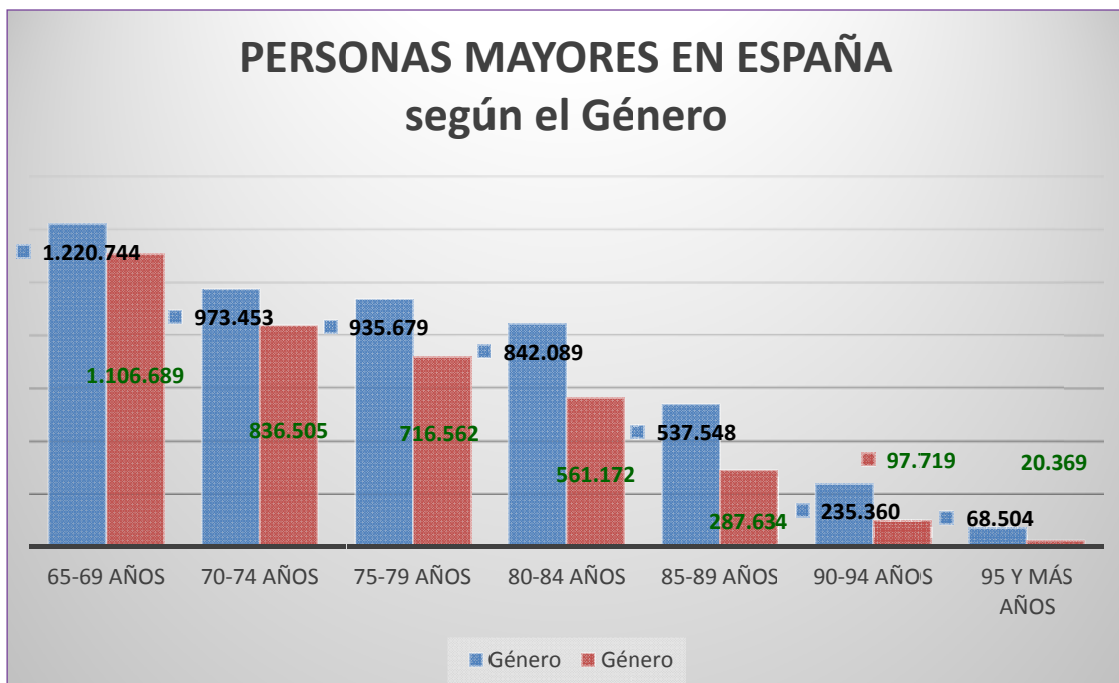


Gráfico 2.1.1.2./ Elaboración propia a partir del Padrón Municipal de Habitantes INE (1 enero 2014) 2014).

1.1.2. Las personas mayores en Andalucía

Aunque el proceso de envejecimiento de la población es un fenómeno de alcance global, persisten importantes contrastes regionales. En España se observan

diferencias significativas en el crecimiento natural de la población entre comunidades autónomas, mostrándose un crecimiento mayor en comunidades más grandes y con una fecundidad más elevada, siendo poco relevante en la actualidad la contribución

de la mortalidad en el incremento de la población total; en este sentido, Andalucía es una de las comunidades autónomas con mayor crecimiento natural (29.733), junto con Madrid (34.362) y Cataluña (24.842), según datos referidos al año 2009 mostrados en el Informe 2010 del IMSERSO. Según los datos proporcionados por el INE referentes a la población andaluza a fecha 1 de enero de 2014, Andalucía registraba una población

total de 8.388.875 personas andaluzas, de las cuales, las personas de 65 y más años representaban el 15,9% (1.336.991 personas) de la población andaluza. En cuanto a las personas de 80 y más años, había 376.955 personas, representando un 28,2% del total de las personas mayores de 65 y más años en Andalucía y un 4,5% del total de habitantes en la Comunidad Autónoma Andaluza. (Ver Gráfico 2.1.2.1.)



Gráfico 2.1.2.1./ Elaboración propia a partir del Padrón Municipal de Habitantes INE (1 enero 2014).

En relación con el género de las personas mayores en Andalucía, podemos observar que evoluciona de forma similar al comportamiento de las personas mayores en España; en este sentido, el género femenino es algo superior al género masculino cuando se comparan ambos géneros respecto a la población

total, aumenta la diferencia del género femenino respecto al masculino en personas de 65 y más años y, se acentúa la diferencia al comparar a las personas de 80 y más años. Los siguientes datos reflejan esta tendencia: de la población total (8.388.875 personas), 4.238.401 eran mujeres y 4.150.474 eran hombres, lo

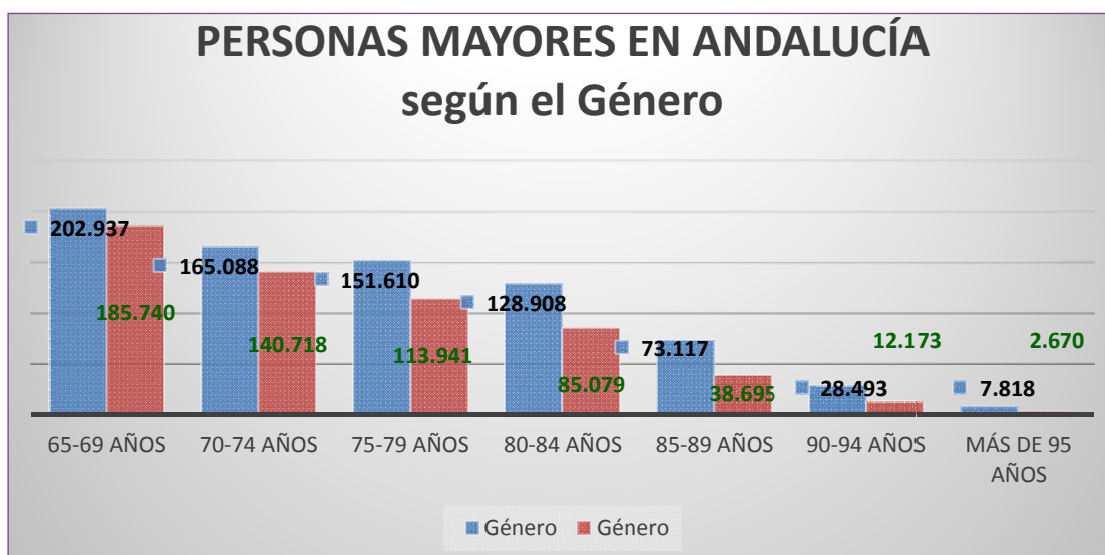


Gráfico 2.1.2.2./ Elaboración propia a partir del Padrón Municipal de Habitantes INE (1 enero 2014).

cual indica que el 50,5% corresponde al género femenino y el 49,5% al género masculino; de las personas de 65 y más años (1.336.991), 757.971 eran mujeres y 579.016 hombres, lo cual supone que el 56,7% corresponde al género femenino y el 43,3% al género masculino; en cuanto a las personas de 80 y más años (376.955), 238.336 correspondían a mujeres y 138.617 a hombres, lo cual indica que un 63,2% corresponde al género femenino y el 36,8% al género masculino. En el Gráfico 2.1.2.2. se pueden observar los datos correspondientes a la población mayor en Andalucía desagregados según el género y tramos de edad -5 años-.

1.1.3. Las personas mayores en Granada

En relación con la población residente en la provincia de Granada, según los datos definitivos publicados por el INE, en el año 2014 había 920.484 habitantes en la provincia de Granada, de las cuales, las personas de 65 y más años representaban el 16,8% (154.832 personas) de la población en la provincia. En cuanto a las personas de 80 y más años, había un total de 47.142 personas, representando el 30,4% de las personas de 65 y más años en la provincia y el 5,1% del total de habitantes. (Ver Gráfico 2.1.3.1.)



Gráfico 2.1.3.1./ Elaboración propia a partir del Padrón Municipal de Habitantes INE (1 enero 2014).

En cuanto al género de las personas mayores en la provincia de Granada, en el año 2014 se registraba -según el Padrón Municipal de Habitantes- un total de 87.793 mujeres y 67.044 hombres dentro del grupo de personas de 65 y más años; estas cifras indican que el porcentaje de los géneros femenino y masculino dentro de

este grupo de edad son del 56,7% y 43,3% respectivamente. En cuanto al grupo de edad de 80 y más años, había un total de 29.251 mujeres y 17.895 hombres, lo cual indica que el 62% corresponden al género femenino y el 38% al género masculino. (Ver Gráfico 2.1.3.2.)

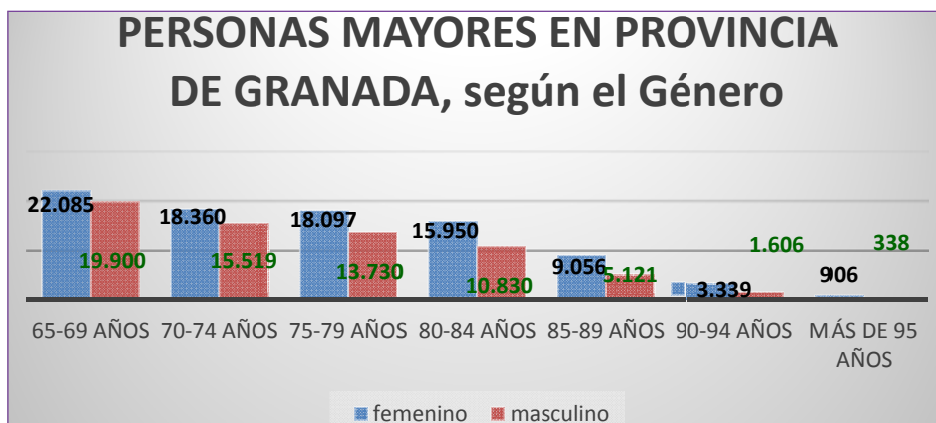


Gráfico 2.1.3.2./ Elaboración propia a partir del Padrón Municipal de Habitantes INE (1 enero 2013).

Respecto a la población residente en el municipio de Granada, según los datos definitivos proporcionados por el INE referentes a 2013, el municipio de Granada registraba una población total de 237.540 personas. Había 46.950 personas mayores de 65 y más años, lo cual supone una proporción de 19,8% de la población

censada en el municipio de Granada. En cuanto a las personas de 80 y más años, había un total de 14.832 personas censadas; según esta cifra, este grupo de edad representa el 31,6% del total de las personas mayores empadronadas en el municipio de Granada y el 6,2% de la población total granadina. (Gráfico 2.1.3.3.)



Gráfico 2.1.3.3./ Elaboración propia a partir del Padrón Municipal de Habitantes INE (1 enero 2014).

En cuanto al género de las personas mayores en el municipio de Granada, en el año 2014 se registraba según el Padrón Municipal de Habitantes un total de 28.525 mujeres y 18.425 hombres pertenecientes al grupo de edad de personas de 65 y más años; estas cifras indican que el porcentaje de los géneros

femenino y masculino dentro de este grupo de edad son del 60,8% y 39,2% respectivamente. En cuanto al grupo de edad de 80 y más años, había un total de 9.905 mujeres y 4.927 hombres, lo cual indica que el 66,8% corresponden al género femenino y el 33,2% al género masculino. (Ver Gráfico 2.1.3.4.)

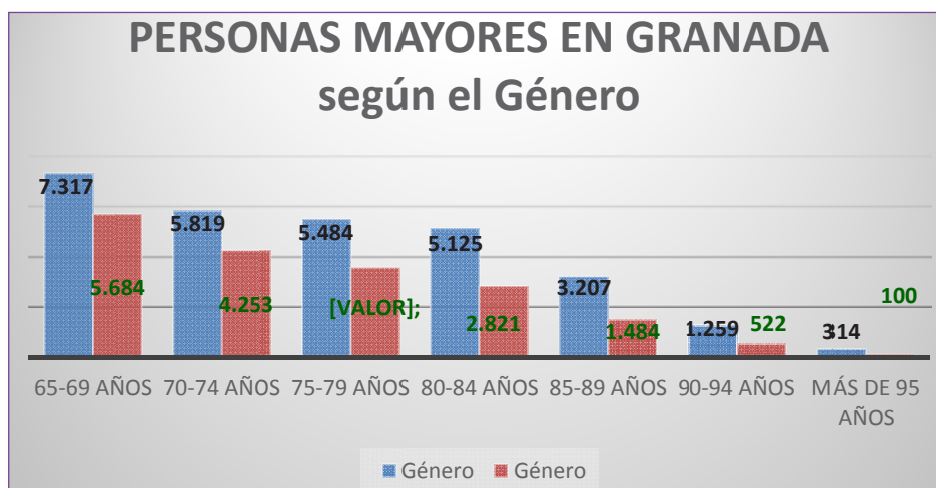


Gráfico 2.1.3.4./ Elaboración propia a partir del Padrón Municipal de Habitantes INE (1 enero 2013).

Si los datos referidos del INE (2014) sobre las personas mayores de 65 y más años censadas en el municipio de Granada -en función del género y en intervalos de 5 años de edad-, los traducimos a la proporción que representan sobre el total

de personas mayores de 65 y más años en el municipio de Granada, obtenemos los siguientes porcentajes (Ver Gráfico 2.1.3.5.).

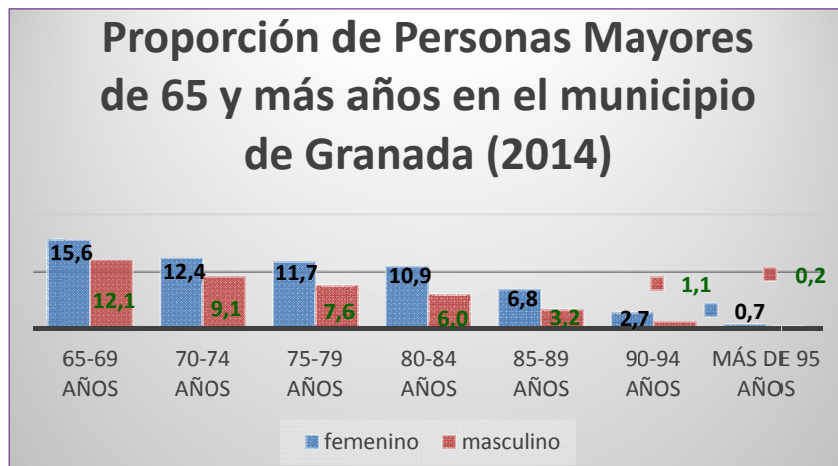


Gráfico 2.1.3.5./ Elaboración propia a partir del Padrón Municipal de Habitantes INE (1 enero 2013).

1.2. Contextualización de la zona norte de Granada

La Zona Norte de Granada coincide con el distrito norte de Granada, que es uno de los 8 distritos que componen el municipio granadino, siendo los otros siete los distritos Albaicín, Beiro, Centro, Chana, Genil, Ronda y Zaidín.

La población de la zona norte de Granada se distribuye dentro de los siete barrios que la componen: Almanjáyar, Campo Verde, Cartuja, Casería de Montijo, La Paz, Parque Nueva Granada y Rey Badis. La distribución de sus barrios se puede observar en el Gráfico 2.2.1.

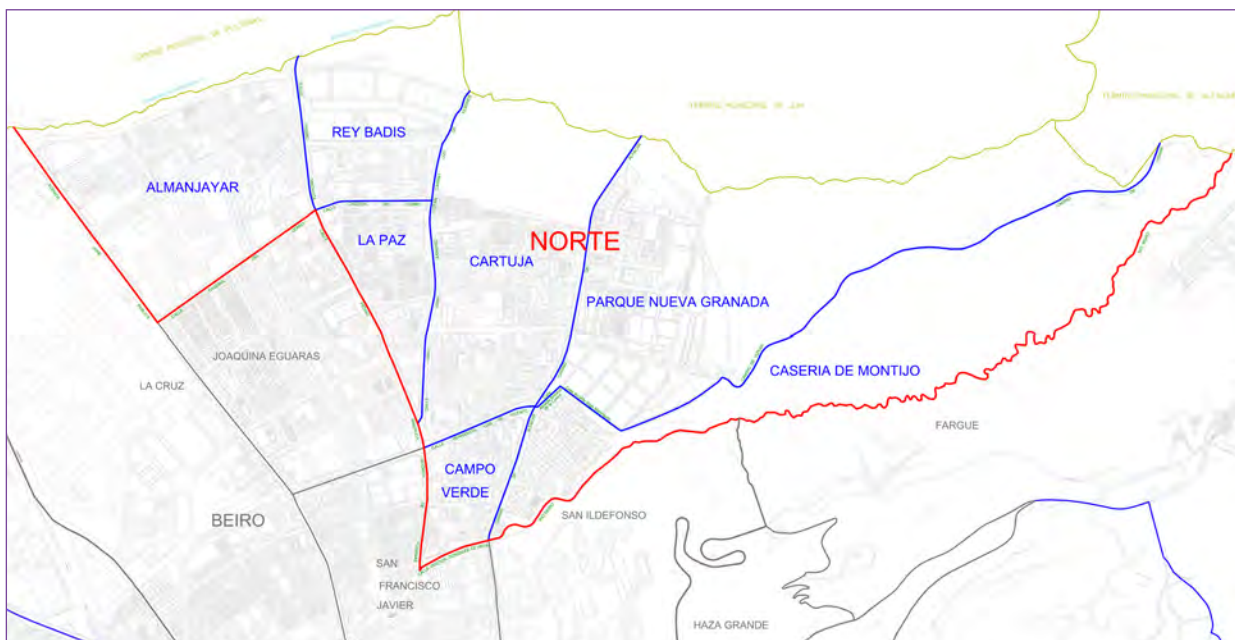


Gráfico 2.2.1./ Centro de Proceso de Datos R.L.C. Ayuntamiento de Granada.

En relación con la población residente en el distrito norte de Granada, según los datos publicados por el Ayuntamiento de Granada -en base al Padrón Municipal de Habitantes a fecha 01/01/2013- tenemos 27.584 personas empadronadas en total, que se distribuyen según los barrios de

la siguiente forma: Almanjáyar (4.753), Campo Verde (2.493), Cartuja (8.196), Casería de Montijo (3.344), La Paz (3.406), Parque Nueva Granada (2.778) y Rey Badis (2.614). De esta población total, tenemos 3.088 personas de 65 y más años, que representan el 11,19% de

las personas empadronadas en la zona norte de Granada y se distribuyen de la siguiente forma: Almanjáyar (354), Campo Verde (597), Cartuja (1.008), Casería de Montijo (325), La Paz (467), Parque Nueva Granada (221) y Rey Badis (116). No se han publicado datos desagregados por género o por población de 80 y más años. Se aclara aquí, que se han reflejado datos del 2013, en lugar de actualizar los datos

referentes a 2014, debido a que en 2014 no se ha elaborado una tabla específica por el CPD desagregada por distritos y nos interesaba conocer la distribución de los distintos barrios que conforman esta zona.

En el Gráfico 2.2.2. podemos visualizar la proporción de personas de 65 y más años distribuidas por los barrios que componen la Zona Norte de Granada.

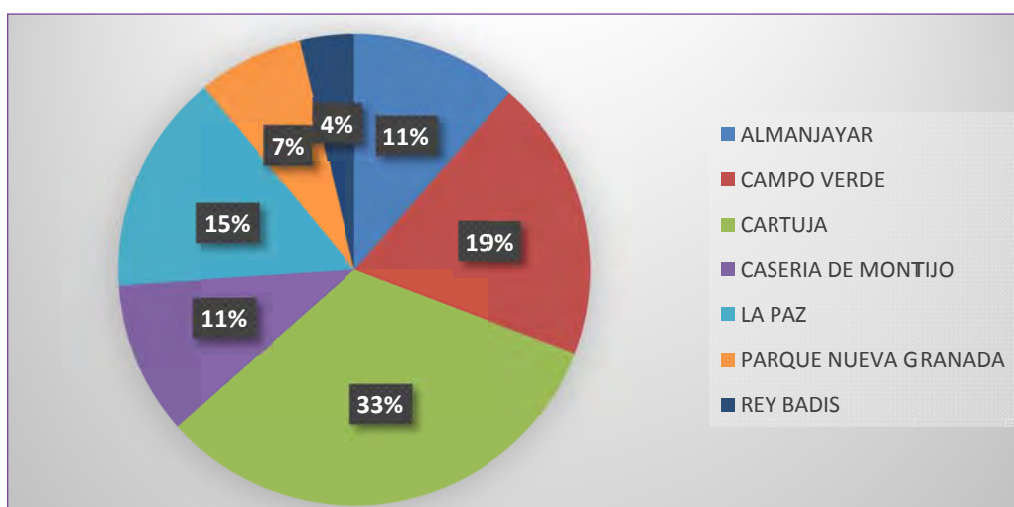


Gráfico 2.2.2.1. Elaboración propia a partir de los datos del CPD. Ayuntamiento de Granada. Padrón Municipal de Habitantes a 01 de enero de 2013 (Elaboración 15/04/2013).

1.3. El envejecimiento de las personas mayores

Millán y Maseda (2010), definen el envejecimiento como el "proceso de cambios morfofuncionales que se producen en el ser vivo en relación al paso del tiempo". Estos autores argumentan que el proceso de envejecimiento se puede contemplar desde dos perspectivas principales que se refieren a los cambios fisiológicos y a los cambios patológicos; de modo que, algunas personas mayores van a envejecer de acuerdo a lo esperado –envejecimiento fisiológico- mientras que otras van a presentar un estado de salud más frágil por problemas clínicos, sociales y funcionales –envejecimiento patológico- y necesitarán más atención (Millán y Maseda, 2010: 1).

Otra autora, García (2013), prefiere diferenciar entre envejecimiento patológico y envejecimiento activo. Alude al primero para referirse a "aquel

que va acompañado de trastornos que afectan seriamente a la vida normal de la persona", mientras que con el segundo hace referencia a "aquel en el que la salud, las capacidades y la autonomía de la persona se mantienen relativamente bien. La persona tiene, sin dudas, pérdidas, pero también mantiene ilusiones, motivaciones, calidad de vida..."; también suele denominarse envejecimiento óptimo, saludable, exitoso o satisfactorio según la autora (García, 2013: 52).

En relación con la incidencia del envejecimiento en la autonomía de la persona mayor y del grado de aparición de problemas bio-psico-sociales, la autora anterior distingue entre persona mayor sana –aquella que mantiene su autonomía y realiza plenamente las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), así como las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)-; persona mayor frágil –aquella que se encuentra en una situación

de vulnerabilidad, aunque mantiene una independencia relativa respecto a AIVD, debido a las enfermedades que padece; y persona mayor geriátrica, -aquella que presenta discapacidad y dependencia debido a la aparición de síndromes geriátricos y a sus consecuencias- (García, 2013: 58).

Esta autora, argumenta que el envejecimiento está relacionado con la serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales que se van a producir en la persona por el paso del tiempo; añade que se trata de un proceso diferente en cada persona, que es lento, gradual e imperceptible y que se caracteriza por el progresivo declive de la persona, haciéndose difícil establecer con exactitud el momento en el que una persona es mayor debido a que este fenómeno tiene un fuerte componente cultural y está condicionado por la existencia de grandes diferencias interindividuales e intraindividuales (García, 2013: 50).

Nos aclara además, que las personas mayores son un colectivo muy heterogéneo: su historia de vida influirá en su actitud ante la etapa de la vejez -ánimo positivo o negativo- y en la adaptación a la misma -capacidad de afrontar y asumir determinadas pérdidas que se irán produciendo con el paso del tiempo.

Además, advierte que existen otros factores que van a incidir en el proceso de envejecimiento como, la herencia - influencia de características genéticas heredadas-, el entorno familiar -el mantenimiento de lazos familiares influirá positivamente en la salud física y psicológica-, la situación económica -que permitirá el acceso a la alimentación, el alojamiento, ayudas técnicas y otros recursos de mayor calidad-, la vida social - si es estimulante y enriquecedora, la persona se sentirá activa y útil-, el estado de salud - la autonomía, movilidad y ausencia de dolores crónicos, facilitará una vejez satisfactoria- y por último, los intereses y motivaciones -que ayudarán a mantener un estado psicológico óptimo,

a potenciar la autoestima, la actividad física e intelectual y la realización de otras actividades- (García, 2013: 51).

1.3.1. Cambios físicos, psicológicos y sociales propios del envejecimiento

Corujo y Pérez (2006), nos informan de los cambios más relevantes que se producen en el envejecimiento y de los efectos de dichos cambios:

- En la figura corporal: mayor delgadez, pérdida de estatura, vientre redondeado y fragilidad en piernas y brazos;
- En los signos vitales: dificultad de mantener la temperatura corporal, mayor sensibilidad a los golpes de calor, disminución de respuesta a la reducción de los niveles de oxígeno o al incremento de los niveles de dióxido de carbono, mayor incidencia de hipotensión ortostática, menor tolerancia al ejercicio, mayor sensibilidad a analgésicos y diuréticos;
- En el sistema cardiovascular y sanguíneo: disminución de la capacidad de reserva del corazón, mayor incidencia de hipertensión arterial e hipotensión ortostática, incremento de problemas aterotrombóticos, aparición de arritmias, aumento de la incidencia de insuficiencia cardíaca, estenosis de la válvula aórtica, aparición de anemias;
- En el aparato respiratorio: disminuyen la función pulmonar máxima, la cantidad de oxígeno que se transfiere, la inspiración y espiración máxima; tienden a colapsarse las vías respiratorias, incrementándose el riesgo de desarrollar infecciones respiratorias u otros problemas pulmonares; cambia el tono, volumen y calidad de la voz, volviéndose más lenta, débil y ronca; el reflejo de la tos disminuye y puede ser más débil;
- En el aparato gastrointestinal: en la boca -dificultad para identificar los alimentos por el sabor y defectos en la masticación-; en el esófago -reflujo gastroesofágico, mayor incidencia de hernia hiatal y de lesiones gástricas por

fármacos, mayor riesgo de esofagitis por comprimidos debido al retraso en el tránsito-; en el estómago –mayor riesgo de ulcerosas pépticas, predisposición a la anorexia y pérdida de peso al prolongarse la distensión gástrica y aumentar la sensación de saciedad-; en el intestino –desnutrición y diarrea, pérdida de masa ósea, estreñimiento, incontinencia fecal, mayor incidencia de colitis isquémica, incremento de diverticulosis y cáncer de colon-; en el páncreas –mayor intolerancia a la glucosa-; en el hígado -acumulación de los metabolitos activos y mayor lesión de ciertos fármacos, retraso en la regeneración hepática-; en la vesícula biliar -mayor incidencia de colelitiasis-;

- En el sistema endocrino: variación de los valores séricos de las hormonas, mayor respuesta de la ADH a la osmorregulación, menor respuesta renal a la ADH, la secreción y excreción de cortisol disminuye, menor producción de andrógenos adrenales, menor sensibilidad a la insulina, aumento de los niveles basales y postprandiales de glucosa, disminución de los niveles de testosterona;

- En el sistema nervioso y en los órganos de los sentidos: aparición de mecanismos compensadores para mantener la eficacia de los circuitos neuronales; disminución de la percepción, de la memoria y del pensamiento; en la vista se disminuye la agudeza visual, la amplitud del campo visual y la secreción lagrimal; en el oído se disminuye la audición y aumenta la cantidad de tapones de cerumen; alteración de la movilidad y seguridad por disminución o pérdida de reflejos; aparición de reflejos primarios como la succión y la prensión; enfermedad degenerativa de la columna vertebral y los discos intervertebrales, con compresión de la médula y de las raíces nerviosas; disminución del tacto, de la sensibilidad térmica y dolorosa profunda;

- En el sistema nefrourológico: disminución de la función renal, mayor tendencia a la deshidratación,

mayor riesgo de hiperpotasemia y de insuficiencia renal aguda y crónica, mayor tendencia a infecciones urinarias, lesiones renales, mayor tendencia a la incontinencia y de cánceres urinarios –de próstata y vejiga-;

- En el sistema musculoesquelético: disminución de estatura, aparición de espolones óseos en las vértebras, mayor incidencia de osteoporosis y riesgo de fracturas, mayor frecuencia de problemas inflamatorios en las articulaciones con deformidades de las mismas, tendencia a la flexión de las rodillas y caderas, el movimiento es más lento y la marcha más inestable, mayor fatiga, pérdida de fuerza (Corujo y Pérez, 2006: 47-55).

Por otro lado, García (2013), nos advierte de las transformaciones que acompañan a la edad en función de las áreas que se modifican, según se relacionen con el envejecimiento del cuerpo, con la afectación de la actividad intelectual o con la vida social. A continuación se expone una síntesis de dichas transformaciones:

1) **Cambios físicos.** Las modificaciones más cruciales que las personas mayores experimentan a lo largo de su proceso de envejecimiento, son las relativas a los aspectos biológicos; estos cambios físicos influirán de forma decisiva en los aspectos psicológicos y sociales. Las características de los cambios fisiológicos, sensoriales y musculoesqueléticos que pueden observarse durante el envejecimiento son los siguientes:

- Cambios fisiológicos:

- El corazón pierde eficacia, aumenta su tamaño y bombea menos sangre.

- Aumenta la presión arterial, al estrecharse los vasos sanguíneos y perder elasticidad.

- Menor capacidad respiratoria de reserva y de recuperación, cuando se exigen esfuerzos.

- Aparece la incontinencia, por disminución de la función renal y de la capacidad de la vejiga.

-El proceso digestivo se enlentece.

-La masticación y a veces, la deglución, se dificultan; disminuye la salivación; los dientes se vuelven más frágiles.

-Disminuye la eficacia de los sistemas endocrino –menor producción de hormonas-, nervioso –lentitud en las respuestas y procesos cognitivos- e inmunológico –mayor riesgo de infecciones-.

- Cambios sensoriales:

-En la vista: se disminuye la agudeza visual y la capacidad de adaptación a los cambios de luminosidad; pierde capacidad para adaptarse a las distancias cortas-presbicia-; a menudo aparecen cataratas –la visión se vuelve más borrosa-.

-En el oído: empeora la capacidad auditiva –presbiacusia- sobre todo con los sonidos agudos; aumenta la acumulación de cerumen.

-En el gusto y el olfato: pierden sensibilidad.

- Cambios musculoesqueléticos:

-Pérdida de fuerza, cambios en la figura corporal, disminución de peso y reducción de mineralización ósea –sobre todo en mujeres por los cambios hormonales-.

-Enlentecimiento e inseguridad de la marcha.

-Desgaste y rigidez de las articulaciones, que provoca disminución de la estatura y encorvamiento.

2) **Cambios psicológicos.** La pérdida de funciones intelectuales no afecta de igual modo a todas las personas; la ausencia o existencia de enfermedades, juega un papel importante en ello. Las principales afectaciones en las funciones intelectuales que se suelen observar en las personas mayores son las siguientes:

- La memoria y las capacidades sensomotrices sufren un declive mucho

mayor que el lenguaje, la comprensión y el razonamiento. En relación con la memoria, el registro y la recuperación de la información y vivencias recientes son los más afectados.

- La atención y la percepción se ven afectadas debido a los déficits sensoriales –visión y audición-.
- La inteligencia fluida –relacionada con la resolución de nuevas situaciones, la agilidad mental, el establecimiento de relaciones entre conceptos, entre otros- decae; sin embargo, la inteligencia cristalizada –ligada a los conocimientos, el juicio y la comprensión, entre otros aspectos- se mantiene bastante estable.
- La actividad mental se vuelve más lenta y aumenta el tiempo de reacción.

Otros factores que determinarán el estado psicológico de la persona mayor son: el desarrollo afectivo-sexual, la personalidad, el estado de salud general y ausencia de psicopatologías asociadas, la actividad física y mental, el nivel cultural, la existencia de intereses y motivaciones, los estímulos ambientales y las relaciones personales.

3) **Cambios sociales.** Al alcanzar una edad avanzada se producen cambios en la vida social de la persona mayor, unos de carácter objetivo –inevitables por el paso del tiempo-, y otros de naturaleza cultural. Entre los primeros estarían la viudez, la desaparición de los amigos y otras situaciones; respecto al segundo aspecto, el cambio de roles derivado de la jubilación, la independencia de los hijos, etc. La jubilación y las redes sociales serán los dos aspectos que incidirán fundamentalmente en la vida social de las personas mayores (García, 2013: 53-57).

1.3.2. El estado de salud de las personas mayores

El estado de salud y su conceptualización incluye factores condicionantes y otras características, entre las que se consideran

aspectos subjetivos -bienestar físico, mental y social-, objetivos -capacidad para la función- y sociales -adaptación y trabajo socialmente productivo-. La OMS definió en 1946 la salud como “el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o afecciones”; no obstante, se trata de un concepto múltiple, dinámico, abierto y en constante revisión en función de los momentos culturales, sociales y políticos de las sociedades. Los determinantes de la salud abarcan factores ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales, culturales y servicios sanitarios –como respuesta organizada y especializada de la sociedad para la prevención de la enfermedad y la restauración de la salud- (Sánchez, 2010: 134-136).

García (2013) nos advierte de que aunque envejecer no equivale a enfermedad ni a discapacidad, las personas mayores se hacen más vulnerables y tienen una mayor probabilidad de contraer enfermedades que al cronificarse incidirán negativamente en su calidad de vida y autonomía funcional o social (García, 2013: 58).

En relación con las patologías frecuentes en la persona mayor y que además tienen peores consecuencias o que suelen generar dependencia para las actividades cotidianas, García (2013) nos informa de las siguientes:

- Accidente cerebrovascular (ACV), conocidos también como ictus: se trata de un daño cerebral que se produce por la falta de riego sanguíneo o por una hemorragia en una determinada zona. Puede ocasionar la muerte o secuelas reversibles o irreversibles. Se caracteriza por requerir hospitalización y rehabilitación, producir una pérdida de funcionalidad del lado contrario del cuerpo al hemisferio cerebral en que se produjo, por afectar al habla (afasia) en algunos casos. Su prevención requiere controlar los factores de riesgo cardiovascular, especialmente la tensión arterial.

- Enfermedades cardíacas: originan muchas disfunciones y discapacidades, siendo muy frecuentes en personas mayores. Las principales son: insuficiencia cardíaca, angina, ataque cardíaco y arritmia. El profesional deberá controlar factores de riesgo como el tabaquismo, la obesidad, la inactividad, esfuerzos muy intensos y prolongados, el colesterol, la hipertensión y la diabetes.

- Neumonía: es una inflamación pulmonar con una alta tasa de mortalidad en personas mayores que a veces motiva el ingreso en un hospital o problemas de deglución, presentándose como un resfriado acompañado de tos y de fiebre alta. Se puede prevenir mediante la vacunación y el mantenimiento de un buen estado general de salud.

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): consiste en la dificultad crónica para respirar con normalidad que se debe a una obstrucción del flujo normal de aire en las vías respiratorias. Además de no tener curación, puede llegar a ser muy discapacitante si no se controla correctamente, siendo fundamental evitar el humo del tabaco y de otras sustancias que irriten las vías respiratorias para prevenirla. Engloba la bronquitis crónica, enfisema y asma.

- Diabetes: consiste en el aumento de glucosa en la sangre y está muy ligada a la edad y al sobrepeso; su tratamiento consiste en ejercicio físico, dieta y medicación. En personas de edad avanzada, cuando no se controla puede originar complicaciones serias como la alteración de la función renal, problemas en los pies, retinopatía, trastornos vasculares, hipoglucemia y disfunción sexual.

- Artrosis: consiste en la degeneración de los cartílagos de una articulación, provocando dolor, rigidez y deformación en manos, cadera, columna y rodillas, fundamentalmente. Suele llegar a ser incapacitante por producir limitaciones funcionales, al dificultar ciertos

movimientos –sentarse y levantarse, andar, de las manos y dedos, etc.-.

- **Fractura de cadera:** se produce por la rotura de la parte superior del fémur debido a la desmineralización del hueso –osteoporosis-, es muy habitual en mujeres y requiere cirugía, siendo indispensable la rehabilitación para que sus consecuencias no sean irreparables. La adaptación de la vivienda prevendrá accidentes y caídas, que pueden evitar la rotura de cadera.
- **Cáncer:** es más frecuente en la vejez que en otras edades, siendo fundamental la prevención y detección precoz para su curación. Los cánceres más frecuentes son el de mama (mujer) y de pulmón (hombres); también pueden aparecer otros como los de colon, estómago, vejiga, cuello de útero y el linfoma.
- **Delirium o cuadro confusional agudo:** supone una alteración del nivel de conciencia, que aparece bruscamente y está causado por circunstancias concretas –medicamentos, enfermedades, deshidratación, hospitalización, período postoperatorio, accidentes y la pérdida de un ser querido u otras situaciones estresantes- no siendo duradero, a diferencia con las demencias. Puede dar lugar a caídas y otros accidentes.
- **Enfermedad de Parkinson:** se trata de una enfermedad neurodegenerativa crónica de causa desconocida con alta incidencia en edades avanzadas y que tiene repercusiones físicas, psíquicas y sociales que dependerán del desarrollo de la enfermedad. Es una enfermedad muy compleja, en la cual al principio la persona mantiene su autonomía, más adelante se va haciendo más dependiente a medida que avanza la enfermedad y en la última etapa, llega a una situación de dependencia absoluta.
- **Enfermedad de Alzheimer:** es la demencia más frecuente y se relaciona claramente con la edad, avanzando de forma progresiva. Afecta al aspecto cognitivo, emocional y conductual, además del físico finalmente. Perjudica

la calidad de vida tanto de la persona que lo padece como de aquellas que le rodean, teniendo importantes consecuencias sociales y económicas. Se inicia con fallos en la memoria reciente y cambios ligeros de la personalidad, continuando con la tendencia al aislamiento, la negación del problema, el carácter irritable y problemas de memoria, razonamiento y concentración. En relación con la incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria, la persona que la padece comienza a: perder hábitos de autocuidado, dificultad para realizar tareas cotidianas, desorientación, trastornos en el sueño y en la alimentación; con el tiempo, aparecen problemas en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, no recuerda cosas importantes como el nombre de sus hijos, aparecen delirios y aparece la incontinencia urinaria; en la fase avanzada, se pierden el lenguaje, las capacidades psicomotoras y la conciencia de sí mismo. El apoyo a la familia es fundamental para afrontar el Alzheimer –información, asesoramiento conductual, ayuda a domicilio, adaptación de la vivienda y otros recursos (García, 2013: 59-64).

En cuanto a los síndromes geriátricos que aparecen en las personas mayores, Lázaro del Nogal (2009) argumenta que “los síndromes geriátricos son un conjunto de cuadros originados por la conjunción de una serie de enfermedades que alcanzan una enorme prevalencia en el anciano, y que son frecuente origen de incapacidad funcional o social” (Lázaro del Nogal, 2009: 27). El autor de esta definición considera que cada uno de estos síndromes puede ser originado por diferentes causas y que suelen presentarse de forma conjunta en personas mayores, resultando frecuentemente en una etiología multifactorial; añade que estos síndromes comparten entre sí una serie de características: carácter sindrómico, elevada frecuencia, originan una morbi-mortalidad elevada, producen un deterioro importante de la calidad de vida, son prevenibles y susceptibles de

tratamiento generalmente; en cuanto a su abordaje diagnóstico y terapéutico considera fundamental la utilización de los principales instrumentos propios de la geriatría: la valoración geriátrica integral, el trabajo interdisciplinar y un correcto uso de los niveles asistenciales (Lázaro del Nogal, 2009: 28-29).

El autor anterior, clasifica los principales síndromes geriátricos en dos grupos: uno, los síndromes geriátricos clásicos o los denominados "gigantes de la Geriatría", que incluyen: caídas, inmovilidad, incontinencia urinaria y deterioro cognitivo; el segundo, se refiere al resto de "problemas comunes" en los ancianos, como: deprivación sensorial, malnutrición, insomnio, iatrogenia, fragilidad y depresión. Además, se hace referencia al "Síndrome del declive o failure to thrive" (Lázaro del Nogal, 2009: 29-30).

1.3.3. El proceso de valoración integral de las personas mayores

El proceso de envejecimiento implica la acumulación de circunstancias que con el paso de los años inciden en la aparición o agudización de enfermedades crónicas, en la pérdida progresiva de autonomía y en consecuencia, en la aparición de la dependencia. Partiendo de que cada persona envejece de forma diferente y presenta distintas necesidades físicas y psicosociales, será necesaria una valoración adecuada abordada de forma multidimensional. La valoración integral de la persona mayor que pretenda detectar sus necesidades de atención y apoyo, deberá abarcar información relativa a las áreas: clínica, capacidad funcional, capacidad mental, social y del entorno (Díaz, Tello y Reyes, 2012: 97).

Para la valoración integral de las personas mayores, disponemos de una herramienta fundamental utilizada en la práctica geriátrica, que se conoce como Valoración Geriátrica Integral.

La valoración geriátrica integral (VGI en adelante) se ha definido como "un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los

problemas, necesidades y capacidades del anciano en la esferas clínica, funcional, mental y social para elaborar, basada en ellos, una estrategia interdisciplinar de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo con el fin de optimizar los recursos y de lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, calidad de vida". Diversos estudios han demostrado las incuestionables ventajas de la VGI, tales como: el descenso de la mortalidad, la mejora de la capacidad funcional y el estado mental, la disminución de la necesidad de hospitalización y la institucionalización de larga duración, la disminución de reingresos hospitalarios y consumo de medicamentos, y el aumento de la utilización de servicios y recursos comunitarios (Bartolomé Salinero, 2009:37).

La valoración clínica es la parte fundamental de la VGI. Su herramienta de trabajo básica es la historia clínica, la cual recoge como apartados fundamentales: los antecedentes personales, los antecedentes familiares, la enfermedad actual, una anamnesis por aparatos/sistemas, exploración física y otras pruebas complementarias (Bartolomé Salinero, 2009:37-38).

La valoración funcional sería el estudio de la capacidad física de la persona mayor mediante el examen de su habilidad para su autocuidado e independencia en su medio ambiente; la "función" o "capacidad funcional" de una persona son la base de su independencia. Sirve para determinar el grado de incapacidad para realizar una tarea determinada y permite identificar el nivel de ayuda necesario para realizar tareas específicas que, complementando con la valoración social y ambiental, hace posible poner en marcha el plan de cuidados. Examina tres tipos de actividades: las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD). Para la valoración de la capacidad funcional se suelen utilizar instrumentos como el Índice de Katz, Índice de Barthel, Índice de Lawton&Brody o la escala de

Cruz Roja (Bartolomé Salinero, 2009:39-40).

La valoración mental contempla las esferas cognitiva, afectiva y conductual. La importancia del deterioro cognitivo viene dada tanto por su elevada prevalencia –se duplica cada 5 años a partir de los 65 y alcanza al 50 por 100 de los nonagenarios-, como por la tendencia a asociarse con trastornos conductuales y por la mayor utilización de recursos socio-sanitarios. La valoración cognitiva puede realizarse de forma no estructurada –observación directa y entrevista con el paciente y la familia- o de forma estructurada –mediante pruebas y cuestionarios cumplimentados por el entrevistador, el cuidador o el propio paciente- (Bartolomé Salinero, 2009:40). Para valorar el área cognitiva suele utilizarse el SPMSQ de Pfeiffer, el Mini Mental State Test de Folstein adaptado por Lobo y la escala de Bessed; para la valorar el área afectiva, suelen utilizarse pruebas que analizan el grado de depresión y ansiedad, como la escala de depresión de Hamilton, escala de depresión geriátrica o GDS de Yesavage, y el inventario de depresión de Beck, entre otros (Díaz, Tello y Reyes, 2012: 97).

La valoración social pretende reflejar la relación existente entre la persona mayor y el medio social en que se desenvuelve, indicando la vía para que los recursos sociales sean utilizados de forma adecuada. La valoración de la dependencia social presenta dos dimensiones elementales: una, relacionada con los medios humanos y materiales necesarios para suplir los déficits físicos y psíquicos; la otra, más compleja, relacionada con la necesidad del individuo de estar integrado en la sociedad a la que pertenece. Se recomienda incluir la valoración de tres apartados: medición de interacciones sociales y recursos, medición de bienestar subjetivo y adaptación al entorno. Algunos instrumentos para valorar estos aspectos son el inventario de recursos sociales de Díaz Vega, del OARS o del cuestionario Moos de apoyo social (Bartolomé Salinero, 2009: 40-41).

Por último, a través de la valoración del entorno –no contemplada explícitamente en la VGI-, se detectarían aspectos como la existencia de barreras arquitectónicas y la adecuación o no de la disposición del mobiliario, siendo muy utilizados para este cometido el CAMDEX, la adaptación española del MEAP de Moos y el sistema de residencias de ancianos de Fernández Ballesteros (Díaz, Tello y Reyes, 2012: 97).

1.4. Las necesidades de atención y apoyo integral de las personas mayores

Consideramos que un conocimiento integral y en profundidad por parte de los profesionales que atienden a las personas mayores sobre sus necesidades de atención y de apoyo, sobre las limitaciones que conllevan los cambios físicos, psicológicos y sociales que se producen en la última etapa de su ciclo vital y sobre la incidencia de las patologías que puedan afectarles, será fundamental para establecer una estrategia integral personalizada que pueda ayudarles a alcanzar el mayor grado posible de calidad de vida y apoyarles en la consecución de una vida independiente para el desempeño de sus actividades de la vida diaria.

A continuación, se hace referencia a las distintas necesidades específicas de las personas mayores, al proceso de valoración de las mismas por parte de los/as profesionales y a los recursos y servicios de apoyo domiciliario a los que pueden acceder las personas mayores dependientes.

1.4.1. Las necesidades de atención y apoyo específicas de las personas mayores

Partimos del convencimiento de que la identificación, el análisis y la valoración de las necesidades específicas de las personas mayores a las que queramos dirigirnos con nuestras intervenciones, es fundamental para ofrecerles recursos o servicios eficaces capaces de satisfacer dichas necesidades.

La necesidad podría definirse como “aquello que toda persona debe satisfacer

para mantener su vida, su salud y su bienestar". De acuerdo con el modelo biopsicosocial -utilizado en el campo sociosanitario para el abordaje de los procesos de intervención desde una perspectiva integral- el ser humano se considera como "un todo global e indivisible en el que se pueden diferenciar tres componentes: el físico o biológico, el psíquico y el social". Para este modelo, cualquier proceso de intervención ha de ir dirigido a dar respuesta a las necesidades que se presenten en los tres ámbitos mencionados (Díaz, Tello y Reyes, 2012: 7).

García (2013) nos describe de forma sintética las principales necesidades psicosociales de las personas mayores, refiriéndose a las siguientes: apoyo emocional, compañía, comunicación, expresión de las emociones, relación con el entorno, el ocio, estimulación cognitiva, participación, seguridad, ambiente adecuado, expresión de la sexualidad, poder de decisión, consideración (García, 2013: 66).

Diversos autores – Abraham Maslow, Richard Kalish, Doyal y Dough, Virginia Henderson, Ivan Illich, Mayory Gordon y otros- han estudiado las necesidades humanas y han establecido diferentes clasificaciones sobre las necesidades.

La clasificación de Mallory Gordon, es muy utilizada para la elaboración de un perfil funcional según las necesidades de cuidado que presentan personas usuarias del sistema sanitario. Mallory propone la valoración de once patrones funcionales con los cuales se obtiene una importante cantidad de información relevante sobre la persona desde una perspectiva biopsicosocial de la misma; estos patrones son: 1. Percepción-manejo de la salud; 2. Nutricional-metabólico; 3. Eliminación; 4. Actividad-ejercicio; 5. Sueño-descanso; 6. Cognitivo-perceptivo; 7. Autopercepción-autoconcepto; 8. Rol-relaciones; 9. Sexualidad-reproducción; 10. Adaptación-tolerancia al estrés; y 11. Valores-creencias (Díaz, Tello y Reyes, 2012: 10).

Díaz, Tello y Reyes (2012), nos advierten de la gran variabilidad existente en cuanto a

las necesidades que presentan las personas mayores dependiendo de factores como la edad, la capacidad física, el estado mental, el entorno y otros. Estos autores, analizan las necesidades de la población mayor en cada uno de los estratos de la pirámide de Maslow, según se trate de necesidades fisiológicas, de seguridad, de consideración y pertenencia, de afecto y autoestima, y por último, de autorrealización (Díaz, Tello y Reyes, 2012: 93-94).

A continuación, pasamos a aclarar algunos aspectos importantes relacionados la atención y el apoyo de las personas mayores afectadas por situaciones de dependencia.

Se entiende por dependencia -según el artículo 2, de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD en adelante)-, al "estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra persona o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos de autonomía personal". La citada ley clasifica la dependencia en tres grados: Grado I –Dependencia Moderada-, Grado II –Dependencia Severa- y Grado III –Gran Dependencia-. Dentro del mismo artículo, se define el concepto de autonomía, como "la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria".

En relación con ambos conceptos – dependencia y autonomía- Díaz, Tello y Reyes (2012), nos advierten de que aunque la dependencia supone la pérdida de capacidad para la realización de las AVD, no implica que se pierda la capacidad

de decidir libremente sobre qué hacer con la propia vida, y por tanto, será posible mantener la autodeterminación y la autonomía mientras que la persona mayor mantenga una capacidad mental suficiente. Estos autores argumentan la dificultad actual de atender a las personas mayores en el propio domicilio cuando presentan problemas de dependencia y, especialmente, a medida que ésta se va agravando (Díaz, Tello y Reyes, 2012: 98-100).

1.4.2. El apoyo domiciliario de las personas mayores

En este apartado exponemos algunos apoyos que pueden facilitar la permanencia de las personas mayores en su domicilio mientras lo deseen, cuando tienen limitada su capacidad funcional para el desempeño cotidiano de las AVD.

Se entiende por apoyos a “todos los recursos –técnicas, instrumentos, ayudas, estrategias, etc.- que se pueden accionar para que las personas en situación de dependencia puedan, en la medida de sus posibilidades, incrementar funcionalmente su autonomía” (Díaz, Tello y Reyes, 2012: 42).

Máximo y Cigarán (2010), nos informan de las tres clases de ayudas para completar una actividad: 1) Tecnología de asistencia: “ayudas técnicas que permiten realizar la actividad de manera independiente, por ejemplo engrosador de mangos”. 2) Asistencia no física: “supervisión y orientación verbal, por ejemplo indicar cómo vestirse”. 3) Asistencia física: “guiar físicamente a la persona para que realice una actividad, por ejemplo ayudarle a levantarse del asiento” (Máximo & Cigarán, 2010: 177).

Díaz, Tello y Reyes (2012) argumentan que en relación con el apoyo de otra persona, se suele distinguir entre apoyo formal y apoyo informal, dependiendo de quién preste la ayuda y de la naturaleza de ésta. El apoyo informal incluiría “las atenciones y cuidados prestados dentro del núcleo familiar, de manera altruista y gratuita, por alguno o varios miembros de la

familia”, mientras que el apoyo formal “lo constituyen todos los recursos y servicios creados por la sociedad para dar respuesta a las personas que no pueden vivir de manera independiente en su hogar y no pueden ser atendidas íntegramente por su familia”. Añaden que, en cualquier caso, la finalidad será la consecución del máximo nivel de autonomía y bienestar de la persona; nos hablan del SAD y de la figura del asistente personal, como recursos y servicios destinados a promover una vida independiente de la persona en el domicilio (Díaz, Tello y Reyes, 2012: 58-59).

Actualmente, los recursos y servicios más habituales en España destinados a apoyar a las personas mayores en situación de dependencia que permanecen viviendo en su domicilio son: el Servicio de Teleasistencia, el Servicio de Ayuda a domicilio y la Atención Sanitaria a Domicilio, además de los productos de apoyo.

El Servicio de Teleasistencia es un sistema de ayuda tecnológica personalizada que consiste en “un conjunto de equipos instalados en el hogar (una terminal telefónica, un dispositivo “manos libres”, detectores de caídas, etc.) que, en caso de emergencia, permiten establecer comunicación con una central de llamadas donde se valora el tipo y gravedad de la situación para enviar la ayuda que sea necesaria al domicilio del usuario” (Aceros, Cavalcante y Domènech, 2013: 2).

El Servicio de Ayuda a Domicilio es un servicio gestionado por las corporaciones locales, que comenzó implantándose como Prestación Básica de los Servicios Sociales Comunitarios y que luego fue incluido dentro del Catálogo de Servicios y prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Este servicio tiene como finalidad “la mejora de la calidad de vida y la promoción de la autonomía de las personas para facilitarles la permanencia en su medio habitual”, según establece la Orden de 15 de noviembre de 2007, que regula el Servicio de Ayuda a Domicilio en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

La ayuda a domicilio comprende servicios: de atención personal, de atención a las necesidades domésticas y de información y adiestramiento para el desarrollo de hábitos saludables y actividades preventivas.

El perfil del usuario del S.A.D. en España se caracteriza por ser eminentemente femenino y por el predominio de personas de edad avanzada y que viven solas. Según los datos recogidos por el IMSERSO, la persona usuaria del S.A.D. es mujer en el 68% de los casos y supera la edad de 80 años en un 51% de ellos; asimismo, el 35% de las personas que lo reciben, viven solas. (IMSERSO, 2012).

La Atención Sanitaria a Domicilio es un servicio del sistema sanitario que atiende las necesidades de atención de la salud de las personas mayores en situaciones de dependencia. En Andalucía, el Servicio Andaluz de Salud incluye dentro de su Cartera de Servicios de Atención Primaria la atención a personas en domicilio, derivada de dos situaciones de necesidad de atención sanitaria: la atención al alta hospitalaria y la atención a personas inmovilizadas. La atención al alta hospitalaria está dirigida a todas aquellas personas que tras recibir el alta hospitalaria, precisan de la continuidad de cuidados sanitarios en el domicilio. En cuanto a la atención a personas inmovilizadas está destinada a todas las personas inmovilizadas, estimándose que aproximadamente el 15% de sus usuarios corresponden a personas de 65 y más años (S.A.S., 2014).

Por último, nos referimos a los productos de apoyo -antiguas ayudas técnicas- consistentes en "cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos, tecnología y software) fabricado especialmente o generalmente disponible en el mercado, para prevenir, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación" (Barbazán y Andrés, 2011: 416).

Otro servicio de apoyo a la promoción de la autonomía personal de personas

muy dependientes -poco desarrollado en nuestro país- es la de la asistencia personal, que consiste en un "servicio prestado por un asistente personal que realiza y colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de casa a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal" según establece el artículo 2.7. de la LAPAD.

1.4.3. La importancia de la coordinación socio-sanitaria en la atención integral de las necesidades de las personas mayores

El abordaje integral de las necesidades socio-sanitarias de las personas mayores afectadas por enfermedades crónicas y situaciones de dependencia, de manera que puedan vivir en su medio habitual de vida durante todo el tiempo que deseen en una condiciones óptimas y con cierta calidad de vida, requiere la coordinación eficaz de los sistemas social y sanitario; dentro de esta línea de actuación estaría la coordinación sociosanitaria.

La LAPAD, en su artículo 3, nos informa de los principios que inspiran esta Ley, contemplando entre otros: la atención a las personas en situación de dependencia de forma integral e integrada, la permanencia de éstas en el entorno en el que desarrollan su vida siempre que sea posible y la colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios que reciben los usuarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

La Atención Sociosanitaria, ha sido definida como "el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social", según el artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del sistema Nacional de Salud.

La Coordinación Sociosanitaria en nuestro país es una labor que se está empezando a desarrollar recientemente, a pesar de los numerosos documentos que reflejan la necesidad de coordinación de los sistemas sanitario y social para abordar de forma integral y eficaz la atención a personas que necesitan atención sociosanitaria.

El Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España (2011), apuesta por sentar las bases hacia la construcción de un Modelo de Coordinación y Atención Sociosanitaria en nuestro país. En su análisis sobre la situación de la coordinación sociosanitaria en España, destaca que como consecuencia del acelerado envejecimiento de la población y del aumento de las enfermedades crónicas y de la dependencia, la coordinación de los sistemas sanitario y social se considera un reto para nuestra sociedad y una prioridad para ofrecer servicios de calidad, eficientes y capaces de proporcionar una respuesta integral a las necesidades de la población. Para definir la Coordinación Sociosanitaria, el Libro Blanco toma prestada la definición de Sancho Castiello (1999) que la describe como un «conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia» (IMSERO y Agencia de Calidad del SNS, 2011: 253).

Por último, hacemos alusión a la apuesta por la coordinación sociosanitaria por parte del Gobierno español, que a través del Real Decreto-Ley 9/2011, de 19 de agosto de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011; esta norma, establece en su artículo 8, el compromiso de la elaboración de una estrategia de Coordinación de la Atención Sociosanitaria con la finalidad de mejorar la calidad de la atención de las personas que reciben servicios sanitarios y de atención social.

1.5. Las actividades de la vida diaria

1.5.1. Clarificación de conceptos

Antes de abordar el concepto de Actividades de la Vida Diaria (AVD en adelante), consideramos pertinente aclarar algunos términos vinculados a dicho concepto, como son los de independencia, función, capacidad funcional y valoración funcional.

Según Máximo & Cigarán (2010) el término independencia “es el parámetro más usado para para medir el desempeño en las actividades. Una calificación de independencia o capacidad significa que puede llevar a cabo la actividad por sí solo, por el contrario, una calificación de independencia o incapacidad significa que no puede desempeñar una actividad por sí mismo” (Máximo & Cigarán, 2010: 177).

Labrador (2010) define el término función como “la capacidad de ejecutar, de manera autónoma, aquellas acciones más o menos complejas, que componen nuestro quehacer cotidiano en una manera deseada a nivel individual y social”. Añade la mencionada autora que esta función se puede desglosar en varios componentes: físico, cognitivo-perceptivo-sensorial, social-afectivo-emotivo, entorno y recursos sociales; y que la existencia de todos estos componentes en su conjunto determinará la capacidad para desempeñar tareas o capacidad funcional. Reflejamos aquí un ejemplo muy ilustrativo que expone la autora: “La realización de una tarea sencilla va a exigir unos mínimos de capacidad física (fuerza, rango articular, tono muscular, coordinación y elasticidad), de capacidad cognitiva y perceptiva (reconocimiento de objetos, organización, planificación, secuenciación y ejecución) y de capacidad afectiva/emotiva (deseo), así como un entorno (familiar y ambiental) y unos recursos sociales que lo permitan. Cuando cualquiera de estos componentes falla, la realización de la tarea se convertirá en algo difícil o imposible: se habrá alterado la capacidad funcional” (Labrador Toribio, 2010: 188).

En cuanto a la valoración funcional, la autora anterior argumenta que ésta

“se centra en el estado de un individuo respecto a su capacidad para cuidar de sí mismo, trabajar o realizar actividades de ocio, e incorpora el juicio clínico del profesional cualificado que realiza dicha valoración” y que entre sus objetivos hay uno de carácter preventivo que consiste en “determinar las dificultades potenciales o necesidades funcionales u ocupacionales del individuo en un futuro” (Labrador Toribio, 2010: 187-188).

Una vez aclarados estos términos, Labrador explica que el término funcional y la valoración funcional, suele utilizarse dentro del componente físico para identificar qué grado de independencia se alcanza en las AVD; sin embargo, no se debe olvidar que la capacidad funcional está influenciada tanto por el estado físico, como por la capacidad mental y su entorno social y ambiental; todo esto nos permitiría distinguir entre Grado de autonomía y Grado de dependencia. Grado de autonomía sería “la capacidad del sujeto de decidir por sí mismo su conducta, la orientación de sus actos y la realización de diversas actividades”; Grado de dependencia sería “la necesidad de asistencia física o verbal a través de dispositivos o terceras personas para realizar ciertos actos” (Labrador Toribio, 2010: 188).

1.5.2. Origen y evolución del término AVD

El origen del concepto “actividades de la vida diaria” es relativamente reciente y surge del ámbito de la medicina y de la fisioterapia, desarrollándose por la disciplina de la Terapia Ocupacional. La revisión teórica de Moruno (2010) sobre el origen del término, nos remite a la obra “The physical demands of daily life” (Deaver y Brown, 1945), como el primer texto donde aparece la expresión “activities of daily living”, estando relacionada con una lista de comprobación de treinta y siete actividades. Sin embargo, afirma que hasta 1978 no se elabora una definición de AVD, siendo la Asociación americana de terapia ocupacional (AOTA) quien defina las AVD por primera vez

como: “los componentes de la actividad cotidiana comprendidos en las actividades de autocuidado, trabajo y juego/ocio” (Moruno, 2010:5).

Según Moruno, desde la mencionada definición de AVD de 1978 hasta la actualidad, el concepto ha ido evolucionando y se han ido concretando las actividades englobadas bajo AVD. Las definiciones del término fueron avanzando desde contemplar las tareas que una persona realiza para cuidar de sí mismo independientemente (Reed y Sanderson, 1980), a enfatizar el valor que tienen las mismas para el desempeño de los roles personales y profesionales (Trombly, 1963), hasta ampliarse con las tareas de mantenimiento personal, movilidad, comunicación y manejo del hogar, que capacitan a la persona para lograr la independencia con su entorno (Pedretti, 1981 y Mosey 1986); desde la década de 1980, se amplía el concepto desde las actividades personales de independencia personal a aquellas que contemplan la independencia económica y autonomía en otros ámbitos cotidianos como actividades de participación social, comunitaria y lúdica (Moruno, 2010:5-6).

Este mismo autor, añade que este desarrollo conceptual culminó con la escisión en la década de 1990 del concepto en dos categorías: actividades de la vida diaria básicas e instrumentales; clasificación que goza de un alto grado de consenso en la disciplina de la Terapia Ocupacional. Moruno toma como referencia para ejemplificar y resumir cómo se definen y clasifican las AVD la última edición del documento elaborado por la AOTA. Este documento diferencia las actividades básicas de la vida diaria (ABVD en adelante) -orientadas hacia el propio cuerpo-, de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD en adelante), -orientadas a interactuar con el entorno y que generalmente pueden ser delegadas en otras personas-, especificando las actividades concretas a las que hace referencia; dentro de las ABVD se engloban las siguientes actividades: bañarse y ducharse, control

de esfínteres, arreglarse, masticar y tragar, comer, movilidad funcional, dispositivos para el cuidado personal, higiene personal y acicalado, actividad sexual, sueño/ descanso e higiene en el inodoro; dentro de las AIVD se incluyen estas otras: cuidado de otros (incluyendo la selección y supervisión de cuidadores), cuidado de animales domésticos y mascotas, criar a los niños, uso de dispositivos de comunicación, movilidad en la comunidad, gestiones financieras, control y mantenimiento de la salud, establecimiento y manejo del hogar, preparación de menús y limpieza, procedimientos de seguridad y respuesta de emergencia, y por último, compras (Moruno, 2010: 6-7).

Otra autora, Romero Ayuso (2007) considera que las ABVD, "se caracterizan por ser universales, estar ligadas a la supervivencia y condición humana, a las necesidades básicas, estar dirigidas a uno mismo y suponer un mínimo esfuerzo cognitivo, automatizándose su ejecución tempranamente (alrededor de los 6 años), con el fin de lograr la independencia personal. Habitualmente dentro de las ABVD se incluyen la alimentación, el aseo, baño, vestido, movilidad personal, sueño y descanso". En relación con las AIVD, esta autora argumenta que "conllevan un mayor sesgo cultural, están ligadas al entorno, suelen ser instrumentales, frente a las primeras que son finalistas, son un medio para obtener o realizar otra acción, suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz e implican la interacción con el medio, tales como utilizar distintos sistemas de comunicación, escribir, hablar por teléfono, movilidad comunitaria (conducir, uso de medios de transporte), mantenimiento de la propia salud, manejo de dinero, realización de compras, establecimiento y cuidado del hogar, cuidar de otro, uso de procedimientos de seguridad y respuesta ante emergencias" (Romero, 2007: 268).

Para finalizar este epígrafe, nos parece importante no pasar por alto una advertencia de Moruno (2010) en relación con el hecho de que cualquier tipo de actividad humana es en su origen social,

y por tanto, estará cargada de valores que han sido transmitidos y construidos culturalmente. Este matiz, implica que cualquier clasificación sobre las AVD, por muy exhaustiva que sea, no podrá recoger el valor que adquieren y la función que desempeñan las AVD para cada persona; en este sentido, nos parece muy acertada la opinión de Moruno cuando concluye al respecto que "por tanto, pueden cumplir múltiples funciones y asumir valores diversos dependiendo entre otros, factores como la edad, el estadio del ciclo vital, el estado de salud, la historia personal y familiar, la cultura o el estatus social al que pertenece el individuo y el valor simbólico atribuido a una determinada actividad" (Moruno, 2010: 18).

1.5.3. Significado de las Actividades de la Vida Diaria

Los contenidos de este epígrafe se apoyan en lo expuesto por Moruno (2010) en su análisis sobre el significado de las actividades de la vida diaria. Este autor expone la creencia básica en la disciplina de la Terapia Ocupacional según la cual, cuando las personas nos implicamos y comprometemos en ocupaciones, nuestra experiencia vital se enriquece; en este sentido, manifiesta que "en la medida en que tal empeño vehicula o promueve la autonomía y el desarrollo personal, las relaciones sociales, los lazos afectivos y el sentimiento de pertenencia a una cultura, aumenta nuestro bienestar y calidad de vida y, en último término, nuestro estado de salud" (Moruno, 2010: 35).

Moruno analiza algunos rasgos distintivos del valor terapéutico de la ocupación humana que han sustentado la asociación de la ocupación con la salud. Utilidad, finalidad, propósito y significado de las actividades han sido los términos claves utilizados por los terapeutas ocupacionales. Según el autor, para ser terapéutica la ocupación debe ser "significativa –social, cultural o individualmente; con propósito –sólo sería válida como método de tratamiento aquella actividad que tuviera un fin, fuese aquél el del sujeto que la realiza o del

terapeuta ocupacional que la recomienda, útil –utilidad del producto resultante del proceso de realización–. Según Moruno, sólo durante los últimos años, el significado de la ocupación se toma como elemento clave del valor terapéutico de la actividad. Afirma el autor que en cierto modo se ha producido un movimiento conceptual que comenzó poniendo el énfasis en la utilidad y en la finalidad de las actividades realizadas hasta llegar a su significado, pasando por el propósito de las mismas (Moruno, 2010: 35-40).

En cuanto a las vertientes del significado de las AVD, Moruno hace alusión a dos de sus facetas: aquella que concibe tales actividades desde una perspectiva social, desde la cual “el significado es socialmente compartido, de acuerdo con los modelos culturales generados por un grupo en un periodo dado”; y aquella otra que “considera el significado como un fenómeno eminentemente subjetivo, inseparable de la experiencia de cada individuo y enlazado con su historia personal y familiar, sus valores y creencias”. Añade una tercera acepción del término que hace referencia a “la idea de hacer saber, manifestar o declarar algo”; según esta acepción, las AVD podrían entenderse como un “medio de expresión de la individualidad e identidad personal” (Moruno, 2010: 41).

1.5.4. Evaluación de las Actividades de la Vida Diaria

Moruno y Cantero (2010) destacan la importancia de la evaluación en el proceso de intervención en terapia ocupacional, señalando que “la elaboración de un plan de tratamiento individualizado, diseñado a partir de un diagnóstico ocupacional en el que se valoraban el nivel educativo, los intereses, el estatus social y el comportamiento y expectativas del paciente” ha constituido una de las características determinantes del uso terapéutico de la ocupación desde los inicios de la disciplina. Ambos autores nos remiten a la definición de evaluación ocupacional elaborada por Romero y Moruno (2003) como “el procedimiento

sistemático de adquisición de información a través de la cuál interpretamos la naturaleza, condición y evolución de la faceta ocupacional o estatus ocupacional del sujeto evaluado” (Moruno y Cantero, 2010: 53-54).

En cuanto a los procedimientos de evaluación de las AVD, Moruno y Cantero nos informan de los pasos seguidos por terapeutas ocupacionales para recoger información sobre el desempeño ocupacional de sus pacientes de forma sistemática, reconociendo que los procedimientos para recabar datos son muy diversos y adaptables al contexto donde realizan su trabajo. Estos autores se basan en la propuesta de Neistadt (2000) para desarrollar “Una guía para la evaluación” y nos orientan sobre los pasos a seguir para la evaluación. Además, formulan con rigor y de forma muy clara, recomendaciones a cerca de los aspectos esenciales a tener en cuenta durante el proceso de evaluación del desempeño ocupacional, así como sobre la influencia de los fundamentos teóricos en el proceso de evaluación, el uso de las fuentes de información y la importancia del diagnóstico ocupacional que lo definen como “el resultado del razonamiento clínico del terapeuta ocupacional, que permite describir y ordenar los problemas de desempeño ocupacional de un individuo, formulando un conjunto de hipótesis tentativas respecto a los factores potencialmente relacionados con tales dificultades, de manera que, a partir de ellas, puede planificarse una intervención orientada a solucionarlos” (Moruno y Cantero, 2010: 56-74).

En cuanto al uso de herramientas estandarizadas para la evaluación de las AVD, Moruno y Cantero (2010) nos señalan algunas de las características que deben reunir los diferentes instrumentos de evaluación: validez –que el test mida lo deseado realmente–, fiabilidad –estabilidad, precisión y consistencia–, especificidad –suficientemente operativo– y sensibilidad –a los cambios que con el tiempo se produzcan–. Estos autores nos informan de algunas de las ventajas de las

evaluaciones estandarizadas: idoneidad para describir el desempeño en términos cuantificables, proporcionar datos normativos para comparar pacientes y así orientar la toma de decisiones, comunicar los resultados de la evaluación y comparar hallazgos con distintos evaluadores o profesionales. No obstante, nos advierten de que para que los instrumentos de evaluación sean correctamente utilizados, resulta esencial un profundo y crítico conocimiento de los instrumentos, de los planteamientos teóricos que los sustentan y si ello es posible, de su proceso de creación, estandarización y validación. Otra matización que realizan estos autores es la importancia de centrar la evaluación en aspectos ligados al significado subjetivo de la ocupación -buscando la implicación de cada individuo en las AVD- y en el conocimiento de sus deseos ocupacionales. Por último, señalan que los instrumentos de evaluación son una ayuda pero nunca han de considerarse como un fin (Moruno y Cantero, 2010: 70).

1.5.4.1. Evaluación de las Actividades de la Vida Diaria en Geriatría

Corregidor (2010) nos introduce en los aspectos más relevantes que configuran la evaluación de las AVD en Geriatría, revisando las particularidades y especificidades en este sector de la población. Esta autora argumenta que el proceso de envejecimiento está asociado a un declive progresivo del desempeño diario que implica que la realización independiente de las actividades cotidianas se ve afectado por la cronicidad de problemas de salud y por la aparición de nuevas enfermedades. Añade que la evaluación de las AVD -tanto básicas como instrumentales- debe ser exhaustiva para poder identificar los estados de dependencia reversibles, distinguir las actividades más significativas para la persona mayor y prever el pronóstico funcional (Corregidor, 2010: 108).

En cuanto a los instrumentos de evaluación, la autora nos informa de que "la OMS aconseja el desarrollo de instrumentos estándares de evaluación

para la población mayor que midan el nivel de funcionamiento físico, mental, social y el grado de dependencia" y argumenta que las escalas de evaluación son muy utilizadas en el contexto geriátrico por aportar objetividad y reproducibilidad a la evaluación, cuantificar el grado de deterioro y/o dependencia, permitir el empleo de un lenguaje común entre los distintos profesionales y ser sensibles a los cambios funcionales de las personas mayores. En relación con las escalas que valoran el desempeño global de las ABVD, Corregidor destaca el Índice de Barthel, Índice de Barthel modificado, Índice de Katz y Escala de incapacidad física de Cruz Roja. En cuanto a las escalas que valoran el desempeño de las AIVD, como las tareas del cuidado, de mantenimiento del hogar o de manejo financiero -entre otras actividades-, señala que la escala de Lawton y Brody es la empleada con más frecuencia en geriatría, evaluando 8 actividades que se puntúan de 0 a 1 (Corregidor, 2010: 111).

A continuación, se expone una síntesis de las cuestiones más relevantes para esta investigación, de entre las expuestas por Corregidor (2010) en relación con cada una de las actividades de la vida diaria. Una matización precisa es que la autora, en su evaluación de las distintas actividades se refiere frecuentemente a la relación terapeuta-paciente. Para este estudio, no se profundizará en cuestiones técnico-profesionales propias de las competencias del Terapeuta Ocupacional, pero sí se recogerán los aspectos más elementales que la persona responsable en apoyar a la persona mayor en la realización de sus actividades de la vida diaria sea preciso que conozca para el desempeño de sus tareas; tampoco se usará el término de paciente -utilizado por la autora-, refiriéndonos a personas mayores en nuestro estudio.

1.5.4.1.1. Evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria en personas mayores

- Baño e higiene personal. La ejecución

independiente del baño y la higiene personal suele ser la primera actividad de auto-mantenimiento afectada cuando la persona mayor experimenta un deterioro funcional y se considera la más peligrosa de todas las actividades básicas por el riesgo de caídas y traumatismos que conlleva debido a su complejidad física.

La actividad del baño es un hábito diario, aunque hay patrones de frecuencia en la población mayor que no se corresponden con esta periodicidad. Deben valorarse aspectos como la frecuencia, la forma en que se realiza, la necesidad de ayuda y el tiempo empleado. La ducha o el baño pueden realizarse de forma completa en la bañera o plato de ducha, o por partes en el bidé y el lavabo.

- Vestido y desvestido. El vestido-desvestido y el baño son actividades íntimas que la persona suele realizar en soledad o en compañía de alguien muy cercano; por ello, es necesario preservar la intimidad de la persona mayor y que la relación terapeuta-paciente se haya afianzado. Generalmente, la necesidad de ayuda funcional por parte de la familia y del paciente promoverá que la relación se afiance en poco tiempo, aunque ello dependerá de cada paciente, del terapeuta y de las circunstancias que rodeen dicha relación.

La ropa que viste, la cantidad y el tipo de ayuda que necesita para realizar la actividad, si utiliza dispositivos para la incontinencia urinaria, son aspectos importantes. El tipo de ropa que utiliza responde a sus gustos y preferencias, siendo relevante fomentar su elección para el día a día, ya que de lo contrario, podría desmotivarse al realizar esta actividad.

- Movilidad funcional. La observación directa es la forma de evaluar la movilidad funcional. Los niveles que han de tenerse en cuenta al evaluarla se dividen en cinco: movilidad funcional en la cama, movilidad funcional en sedestación, deambulación, subir y bajar escaleras y transferencia.

En relación con la movilidad funcional en la cama -cuando la persona está encamada-, es fundamental valorar su capacidad funcional para manipular el entorno más inmediato -manejo de la lencería de la cama, el acceso a los interruptores de la luz, posibilidad de coger los objetos que necesite de la mesita...; así como su capacidad para realizar determinados movimientos en su cama para lograr confort y seguridad. Proporcionar a la persona claves para la "independencia inmediata" en su entorno, aunque esté tumbado en la cama, es fundamental.

En la Movilidad funcional en sedestación, se debe tener en cuenta varios aspectos como si las medidas de la silla se corresponden con las de la persona, si se mantiene una postura correcta en la silla, la capacidad de la persona para corregir una postura inadecuada, el manejo de la silla de ruedas y las adaptaciones en el domicilio en caso de usar este tipo de silla, entre otras.

La deambulación funcional, ha sido clasificada por Holden (1984) en cinco niveles en función de la cantidad de ayuda externa que se precisa para deambular, tanto si es por parte de una persona como a través de alguna ayuda técnica. Deterioro postural, disminución del movimiento y alteración del equilibrio, son factores que hacen que la deambulación pueda resultar una actividad insegura para la persona. Según la autora, la dificultad para la marcha aumenta con la edad, estimándose que entre el 8% y el 20% de personas mayores que viven en la comunidad tienen dificultades para caminar o precisan ayuda de otra persona. El peligro más importante derivado de un patrón de marcha inestable sería una caída, siendo la mayoría de las caídas consecuencia del desajuste entre la capacidad de respuesta rápida y eficaz del sistema neuromuscular. El empleo de ayudas técnicas -bastones, muletas, andadores-, incrementa el equilibrio y la seguridad, siendo fundamental la adecuación,

buen estado de conservación y correcta utilización de estos apoyos.

En cuanto a subir y bajar escaleras, según Helen y Edelberg (2000), un 10% de las caídas ocurren en las escaleras, siendo el motivo fundamental el de calcular mal el último escalón. Si la persona vive en un piso sin ascensor o tiene escaleras en el interior de su vivienda, la actividad debe ser valorada en ese entorno, observándose la ejecución real, proponiéndose la instalación de ayudas técnicas si se estima necesario y comprobando que el cuidador realiza el apoyo de forma apropiada.

En relación con las transferencias desde la cama a la posición de sedestación o de ésta a la bipedestación, hay que tener en cuenta de que se trata de una actividad dificultosa que implica la necesidad de equilibrio, potencia, fuerza y coordinación neuromuscular. Ello implica que la debilidad muscular, el dolor articular y la existencia de mobiliario inadecuado dificultan la realización de esta actividad tan necesaria y frecuente en el día a día.

- Comida y manejo de utensilios. Comer es una actividad de las más frecuentes en el día a día, estableciéndose su frecuencia normal entre 3 y 5 veces al día, aunque esto puede variar según las costumbres de cada persona. Hay aspectos importantes que se han de tener en cuenta en relación con la comida como son los gustos y preferencias culinarias de la persona, el horario de las comidas, la falta de apetito o la prescripción de dietas concretas; la combinación de estos factores puede potenciar o dificultar el desarrollo de esta actividad. Otras cuestiones a tener en cuenta son: la postura que se adopta para comer, episodios de disfagia previos, capacidad para manejar los utensilios, habilidades funcionales para pelar/cortar/untar..., valoración del estado cognitivo, visualización de toda la bandeja o plato, utilización de ayudas técnicas para la alimentación, necesidad de ayuda externa para algunas tareas y capacidad

para masticar.

- Continencia de esfínteres. La incontinencia –sobre todo urinaria– es frecuente en la población mayor, estimándose que un 10-15% de personas mayores de 65 años que viven en la comunidad presentan incontinencia. En este tipo de actividad, es conveniente evaluar la destreza y rapidez de la persona para desvestirse la ropa inferior y cómo ello influye en la incontinencia, así como los elementos ambientales que intervienen en el recorrido hasta el baño; también se debe valorar el manejo y colocación de los dispositivos de incontinencia –compresas, absorbentes, colectores, etc.-.

- Inodoro. En el uso del inodoro, se han de tener en cuenta los mismos aspectos que en la actividad de transferencias, además de valorar la capacidad funcional, la destreza y el tiempo que emplea la persona mayor para vestir y desvestirse la parte inferior, así como la capacidad para limpiarse completamente la parte posterior. La distribución del baño y la necesidad de adaptación para mejorar el desempeño de la actividad también son fundamentales, siendo una de las ayudas técnicas más recomendadas para personas con problemas osteoarticulares o ACV la instalación de un alza para inodoro, apoyo que aumenta la altura de éste y facilita las transferencias (Corregidor, 2010: 110-119).

1.5.4.1.2. Evaluación de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en personas mayores

- Cuidado de otros. La forma de convivencia nos proporciona información básica para entender cómo transcurre la vida de la persona mayor. Generalmente, cuando desempeña tareas de cuidado de otros miembros de su hogar, lo hará hacia su cónyuge o descendientes, siendo las actividades con que con más frecuencia precisan de ayuda las ABVD, seguidas de algunas AIVD como la toma de medicación

o el manejo del hogar. Este rol de cuidador, conllevará habilidades de comunicación y organización, solución de problemas, empatía, entendimiento de las necesidades del otro, resistencia física y emocional para las circunstancias que surjan en el día a día y desinterés económico para procurar cuidados.

- Cuidado de mascotas. El cuidado de una mascota requiere de la capacidad para satisfacer las necesidades del animal (alimentarlo, sacarlo a pasear, asearlo, etc.). Aunque los beneficios proporcionados por un animal de compañía –especialmente emocionales– sean muchos, ello implicará asumir responsabilidades que requieren grandes esfuerzos; por tanto, si la persona mayor no es capaz de realizar estas tareas y desea continuar teniendo a su mascota, se deberían buscar posibilidades para desempeñar esta actividad, como por ejemplo la ayuda de otra persona que realice las tareas necesarias.

- Medios de comunicación. Los medios de comunicación más utilizados por personas mayores son el teléfono fijo, los sistemas de telealarma, el teléfono móvil o los medios informáticos –integrados más recientemente en la rutina diaria de nuestros mayores. Para el desempeño de esta actividad, se deberán valorar: la capacidad cognitiva para entender, colgar/descolgar el teléfono, llamar a números conocidos, memorizar números, utilizar la agenda, etc.; la capacidad física para coger el auricular, mantenerlo y marcar los números; componentes sensitivos para ver los números, escuchar el sonido de la llamada o leer los números en la agenda; ubicación del teléfono dentro de la vivienda, teniendo en cuenta su accesibilidad, obstáculos y capacidad de movilidad funcional para llegar hasta el teléfono. En cuanto a las nuevas tecnologías de comunicación e información –internet o teléfono móvil– además de valorar los componentes anteriores, hay que tener en cuenta otros aspectos: nivel cultural, posibilidades económicas o de recursos para adquirir un ordenador, la ubicación del mismo,

la motivación, el interés para manejar estos medios y la posible necesidad de algunas ayudas técnicas para mejorar el desempeño.

- Manejo de fianzas. El deterioro funcional, social o sensitivo, la institucionalización y la reducción de actividades relacionadas con el manejo económico suelen ocasionar una ejecución deficitaria del manejo de las finanzas. En la práctica, el manejo económico suele dividirse en 2 niveles: el primero corresponde con actividades relacionadas con los gastos del día a día como la realización de compras, la cobertura de las necesidades del hogar, etc.; el segundo, de mayor dificultad, implica la gestión de ingresos y gastos, el pago de recibos puntuales o de impuestos, la planificación de presupuestos, etc. Por lo general, el segundo nivel de manejo financiero lo suele asumir el miembro de la pareja más independiente, si cuenta con la movilidad necesaria para visitar la oficina bancaria y realizar pagos; también pueden asumirlo sus descendientes u otros cuidadores. Tanto para el primer nivel como para el segundo, se han de valorar: la capacidad cognitiva de cálculo; la capacidad visual para distinguir monedas y billetes, recibos, extractos bancarios, etc.

- Ir de compras. Las compras que se realizan con más frecuencia son las de productos alimenticios, de cuidado personal, de cuidado del hogar y los fármacos. Es importante valorar aspectos como: la planificación de los productos a comprar, la capacidad para comprar, los posibles obstáculos en el camino hacia el establecimiento donde se compra, la necesidad de ayudas técnicas, el transporte de los productos o el pago de las compras.

- Mantenimiento de la salud. El desarrollo apropiado e independiente de actividades encaminadas al mantenimiento de la salud, se dificulta en personas de edad avanzada por la presencia de enfermedades de

evolución crónica con complicaciones y la polifarmacia. Es importante valorar la capacidad de la persona mayor para comprender e interiorizar las instrucciones respecto al mantenimiento o adquisición de nuevas conductas que mejoren su salud, la modificación de hábitos no saludables, la realización de ejercicios de movilidad, la administración correcta de medicamentos y para llevar el control de asistencia a consultas cuando sea citado, entre otras.

- **Mantenimiento y organización del hogar.** Aunque debido a la gran transformación social de las últimas décadas, la ejecución de actividades de mantenimiento y organización del hogar se está igualando entre hombres y mujeres, las opiniones de los mayores de nuestro país apuntan hacia el mantenimiento de la creencia de que son las mujeres quienes realizan principalmente estas tareas. En un estudio realizado por Tomas et al. (2003) con 351 personas mayores de 75 años en nuestro país, se confirma que la limpieza de la vivienda es la actividad para la que se presenta una mayor dependencia; en este estudio, se demuestra que en la realización de estas tareas los hombres dependen de la ayuda de alguna mujer, tratándose de una dependencia cultural que no tiene que ver con el estado de salud; en cambio, las mujeres necesitan ayuda cuando su estado de salud les limita para ejecutar estas tareas de forma independiente.

Teniendo en cuenta estos aspectos, se debe valorar la actitud de la persona mayor en cuanto a la realización de estas actividades de mantenimiento del hogar, pues una actitud negativa puede dificultar el desempeño y desmotivarle para continuar con la ejecución de estas tareas. Además, se debe valorar su resistencia física y la necesidad de establecer períodos de descanso entre actividades, el equilibrio y estabilidad para mantenerse en la bipedestación utilizando instrumentos de limpieza, la capacidad cognitiva para planificar las tareas mediante un orden secuencial,

el tiempo que invierte en cada tarea de limpieza, la compaginación de estas tareas con otras actividades, la seguridad al realizar cada actividad, la disposición del hogar y factores de riesgo que puedan propiciar accidentes o caídas, actividades que no deban realizarse sin ayuda y la necesidad de ayuda externa para estas actividades.

- **Respuestas de emergencia.** Las respuestas de emergencia “son las conductas que la persona lleva a cabo tras un accidente o situación inesperada”. Son diversos los accidentes que pueden ocurrir en el domicilio de personas de edad avanzada; los lugares más peligrosos del hogar son la cocina, los baños y las escaleras interiores; los mecanismos más habituales de accidentes son las caídas en el mismo nivel –por tropiezo o resbalón–, seguidas por las caídas de altura –escaleras y escalones– y los cortes o aplastamientos; las actividades más frecuentes realizadas durante el accidente son las necesidades básicas –desplazamientos en el interior del hogar y el baño-ducha–, las domésticas –cocinar y limpiar el hogar– y las actividades de ocio; en cuanto a los riesgos en el hogar con más peligro de accidente son el mal estado de cordones eléctricos, alfombras y esteras, detectores de humo, bombillas, calefactores y equipos de leña, escaleras de mano, baño y la situación de los dormitorios.

- **Movilidad comunitaria.** Debido al proceso de envejecimiento, se producen cambios en las personas de edad avanzada que afectan a la calidad de la conducción del automóvil y a la movilidad comunitaria. Los sistemas con más influencia en la conducción son los sistemas nervioso central, el óseo-muscular y el sensorial; por tanto, la evaluación de su funcionamiento es fundamental para conocer el nivel de seguridad de la persona mayor en la tarea de la conducción. En relación el transporte público, el autobús y el metro –medios más utilizados por personas de edad avanzada– se debe valorar aspectos como su capacidad para localizar las

paradas de autobús, conocer los horarios y el recorrido, estimar el tiempo de trayecto, su capacidad física para subir y bajar sin peligro dentro de un tiempo ajustado o la estabilidad postural ante movimientos bruscos del autobús.

- Cocinar. Cocinar es una actividad compleja que requiere la realización de diversas tareas de manera simultánea y que exige la coordinación de componentes funcionales, sensoriales y cognitivos. La preparación de comidas puede ser sencilla o compleja, pero siempre exige el control de varios procesos al mismo tiempo y un apropiado manejo del entorno. Se ha de valorar qué capacidad tiene la persona para cocinar y con qué grado de seguridad lo hace, especialmente si se trata de personas con demencia, deterioro cognitivo, déficits sensitivos u otras alteraciones, ya que los accidentes en la cocina son muy elevados. También se debe tener en cuenta, que pueden darse casos de varones que se enfrenten por primera vez a tener que realizar esta actividad de forma periódica tras la enfermedad de su compañera, ya que hasta hace poco ha sido una actividad desarrollada fundamentalmente por mujeres. Otros aspectos a valorar son: el manejo de placas de cocina de gas o eléctricas, la manipulación de electrodomésticos y de menaje para cocinar, la destreza motriz para preparar comidas, la capacidad cognitiva para elaborarlas, el cálculo adecuado de las cantidades de ingredientes, la capacidad sensorial, los riesgos en desplazamientos por la cocina, el grado de interés y experiencia en el desempeño de la actividad (Corregidor, 2010: 119-127).

2. Objetivos

Objetivo General:

1. Detectar y describir las necesidades de apoyo personal percibidas por personas mayores de la zona norte de Granada en relación con cada una de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales.

Los objetivos específicos que han derivado

del objetivo general son los siguientes:

- 1.1. Conocer el perfil sociodemográfico de las personas participantes en el estudio.
- 1.2. Examinar la capacidad funcional para las actividades de la vida diaria (básicas e instrumentales) de las personas mayores participantes.
- 1.3. Identificar las necesidades de apoyo personal percibidas por las personas mayores participantes en relación con cada una de las actividades estudiadas.
- 1.4. Estudiar determinados aspectos físicos, psicológicos y ambientales que puedan condicionar la capacidad funcional para desempeñar las actividades cotidianas de las personas participantes.

3. Metodología

Se trata de una investigación de carácter descriptivo, cuya finalidad consiste en detectar y describir determinados aspectos claves sobre el tema estudiado para el planteamiento de una futura investigación. Se llevará a cabo a través de una metodología cuantitativa y cualitativa; el enfoque cuantitativo, nos aportará datos objetivos y cuantificables para conocer determinadas características de la muestra y de nuestro objeto de estudio; el enfoque cualitativo, nos proporcionará sentido y significado a los datos obtenidos y nos servirá para descubrir determinados aspectos que pueden estar condicionando el problema al que intenta responder nuestro estudio. Se opta por compaginar ambas metodologías con la intención de comprender mejor la realidad que estudiamos y desde el convencimiento de que ello nos ayudará a interpretar mejor los datos. Por su alcance temporal, se trata de un proyecto de investigación sincrónico, debido a las limitaciones temporales del propio TFM.

En cuanto al ámbito en el que se va a desarrollar esta investigación, se trata de un estudio de campo o sobre el terreno, que se desarrollará en el ambiente natural

en el que los participantes desempeñan actividades en su vida diaria.

Diseño de Investigación:

- Planteamiento del objeto de estudio: Se concretó que serían las necesidades de apoyo percibidas por personas mayores en relación con las AVD.
- Demarcación del campo: Se decidió llevar a cabo nuestra investigación en la zona norte del municipio de Granada.
- Diseño de trabajo:
 - Se definieron los focos de interés y se estableció un esquema inicial para orientar el TFM.
 - Se fijó el objetivo general y los específicos.
 - Se determinaron la metodología y técnicas a utilizar para la recogida de datos.
 - Se realizó un cronograma para planificar el estudio de literatura, la transcripción de la información recogida y el trabajo de campo.
 - Se reflejaría la bibliografía al final del trabajo.

Selección de la muestra:

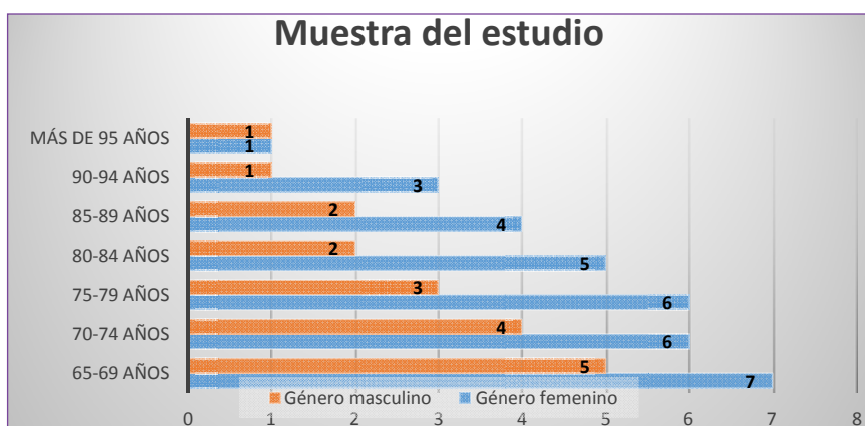
Siendo el tamaño total de la población de 65 y más años residente en la zona Norte de Granada en 2013 de 3.088 personas (11,19% de la población total de este barrio), se decidió tomar una muestra de 50 personas.

El procedimiento de selección de los individuos de la muestra se realizaría buscando la heterogeneidad y que los participantes cumplieran los siguientes requisitos:

- 1) Tener 65 o más años.
- 2) Residir en la zona Norte de Granada.
- 3) Tener capacidades cognitivas suficientes para participar voluntariamente en la entrevista.
- 4) Presentar variabilidad en función de: género, edad y dependencia/independencia funcional para las AVD.

La selección de la muestra se llevó a cabo de la siguiente forma:

1º) Se planificó previamente la composición de la muestra buscando que fuese proporcional a la población mayor en el municipio de Granada en cuanto al género y edad. Para ello, se tomó como referencia los datos proporcionados por el INE respecto a la población mayor de 65 o más años en el municipio de Granada en 2014, determinándose el número de personas de género femenino y masculino para cada grupo de edad; no obstante, con objeto de que quedasen representados todos los tramos de edad –el rango de edad fue de 5 años-, se incluyó un varón de más de 95 años, aunque no se cumpliera dicha proporción. Teniendo en cuenta este criterio de selección, nuestra muestra final quedó distribuida de la siguiente forma:



Muestra del estudio.

2º) Se buscó que hubiese variabilidad de dependencia/independencia funcional para las AVD, siendo necesario llegar a algunos hogares de personas mayores que por sus limitaciones funcionales no pudimos encontrar fuera de sus domicilios, teniendo que desplazarnos hasta ellos –con su consentimiento- para realizar el cuestionario.

3º) Antes de seleccionar a las personas participantes, se comprobó que cumpliesen los requisitos establecidos. Se comenzó accediendo a personas conocidas del barrio, que a su vez dieron acceso a otras personas (bola de nieve); localizamos a personas usuarias de los tres Centros de Día de mayores (Casería

de Montijo, Norte y Joaquina Egúaras) gestionados por el Ayuntamiento de Granada en la zona; accedimos a otras personas a pie de calle, que a su vez nos pusieron en contacto con otros/as amigos/as; y por último, contactamos con profesionales del Centro de Salud de Cartuja y Almanjáyár y pedimos su colaboración (se presentó formalmente una propuesta de colaboración) para tener acceso a personas inmovilizadas de la zona (más difíciles de acceder).

Variables

Las variables escogidas para cada uno de los objetivos específicos han sido las siguientes:

Nº1. Perfil sociodemográfico	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Género • Estado civil • Unidad de convivencia • Nivel de instrucción • Ingresos mensuales • Apoyo domiciliario recibido • Reconocimiento de discapacidad, dependencia o incapacidad.
Nº2. Capacidad Funcional	<ul style="list-style-type: none"> • ABVD • AIVD
Nº3. Necesidades de apoyo domiciliario	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo de otra persona para cada ABVD • Apoyo de otra persona para cada AIVD
Nº 4. Condicionantes físicos, psicológicos y ambientales	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción del estado de salud • Repercusión del estado de salud en el desempeño de AVD • Percepción de sentimientos de tristeza • Repercusión de sentimientos de tristeza en el desempeño de AVD • Existencia de barreras arquitectónicas • Repercusión de barreras arquitectónicas en el desempeño de AVD • Actividades sociales que realiza • Influencia de las actividades sociales realizadas en el desempeño de AVD

Recogida de datos

El cuestionario ha sido nuestro principal instrumento para la recogida de datos y se aplicaría mediante entrevista personal. Está distribuido en tres partes: una, "matriz del cuestionario"; dos, "cuestionario sobre AVD"; y tres, "preguntas finales" (se incluye dentro del apartado: anexos). A continuación, se expone de forma sintética el contenido y su correspondencia con cada uno de los objetivos específicos.

El conocimiento de los datos sociodemográficos de las personas participantes (objetivo específico nº 1.1.) se efectuaría mediante la recopilación de este tipo de datos a través de las categorías contenidas en la matriz del cuestionario diseñado para este estudio.

La evaluación de la independencia funcional para las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales de las personas participantes (objetivo específico nº 1.2.), se valoraría con dos instrumentos: el Índice de Barthel modificado por Shah et al. (1989) y la Escala de Lawton y Brody (1969).

El primero de ellos, valora 10 actividades de automantenimiento, conservando las mismas actividades y puntuación global que el Índice de Barthel original (Mahoney y Barthel, 1965); sin embargo, la especificación de los niveles de ejecución de las actividades contempladas es mayor. Cuantifica el nivel de dependencia-independencia de la persona mayor al ejecutar las ABVD con una puntuación que oscila entre 0 y 100 puntos, donde a mayor puntuación, menor es la dependencia. Romero (2010), nos informa de la interpretación de Shah et al. (1989) respecto a la puntuación del Índice de Barthel: 0-20 (dependencia total); 21-60 (dependencia importante); 61-90 (dependencia moderada); 91-99 (dependencia escasa); 100 (independencia). (Romero, 2010: 95). Un estudio concluye que el Índice de Barthel tiene un alto grado de fiabilidad y validez, fácil aplicabilidad, detecta los cambios, es fácil de interpretar y se adapta bien a

diversos ámbitos culturales (Barrero, 2005: 81).

La Escala de Lawton y Brody, valora la capacidad para desarrollar tareas que implican actividades sociales del día a día y el manejo de utensilios habituales a través de ocho ítems. Cuantifica si la persona realiza o no la tarea, desde la máxima dependencia (0 puntos) a la independencia total (8 puntos). Romero (2010), considera que se considera dependencia moderada (entre 4 y 7 puntos) y alta cuando es inferior a 4. (Romero, 2010: 96); en este estudio, llamaremos "independencia" al valor de 8 puntos. Un estudio sobre la versión española de esta escala confirmó que tiene una fiabilidad y validez excelentes para la evaluación de las AIVD de personas mayores, aunque su sensibilidad a los cambios se mostró moderada. (Vergara et al., 2012: 6).

Ambos cuestionarios se incluyen dentro de la parte principal del cuestionario; en concreto, están contenidos dentro de cada una de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria abordadas.

La identificación de las necesidades de apoyo domiciliarias percibidas por las personas mayores participantes (objetivo específico nº 1.3.), se realizaría a través de las cuestiones planteadas desde la pregunta nº 1 hasta la pregunta nº 18, ambas incluidas, contempladas en la parte principal del cuestionario construido para el presente estudio; estas preguntas versan sobre las necesidades de apoyo percibidas respecto a cada una de las actividades de la vida diaria estudiadas.

En cuanto al estudio de determinados aspectos físicos, psicológicos y ambientales que pueden estar condicionando la capacidad funcional para el desempeño de las actividades cotidianas de las personas participantes (objetivo específico nº 1.4.), se abordaría a través de las preguntas nº 19, 20, 21, 22, 23 y 24; estas preguntas se incluyen en la parte final del cuestionario.

Proceso de medida:

- 1) Análisis cuantitativo:

- Índice de Barthel (ABVD): la puntuación oscila entre 0 (máxima dependencia) y 100 (máxima independencia). La interpretación será: 0-20 (dependencia total); 21-60 (dependencia importante); 61-90 (dependencia moderada); 91-99 (dependencia escasa); 100 (independencia).
- Escala de Lawton y Brody (AIVD): la puntuación oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (máxima independencia). La interpretación será: 0-3 (alta dependencia); 4-7 (dependencia moderada); 8 (independencia).
- Percepción del estado de salud: muy buena, buena, regular, mala, muy mala.
- Percepción de la frecuencia de sentimientos de tristeza: nunca, algunas veces, bastantes veces, casi siempre, siempre.

2) Análisis cualitativo: para analizar la información recogida en el cuestionario, distinguiremos dos tipos de datos:

- Datos con categorías pre-establecidas: se interpretará en función de las categorías elegidas.
- Datos procedentes de preguntas abiertas: se establecerán categorías en función de los resultados.

4. Resultados

4.1. El perfil sociodemográfico de las personas participantes

Edad, género y estado civil

La distribución de la muestra según las variables edad, género y estado civil, se representan en los Gráficos 1.1.1. y 1.1.2.

Comparando ambas gráficas podemos percibir las diferencias respecto a ambos géneros en relación con las otras dos variables.

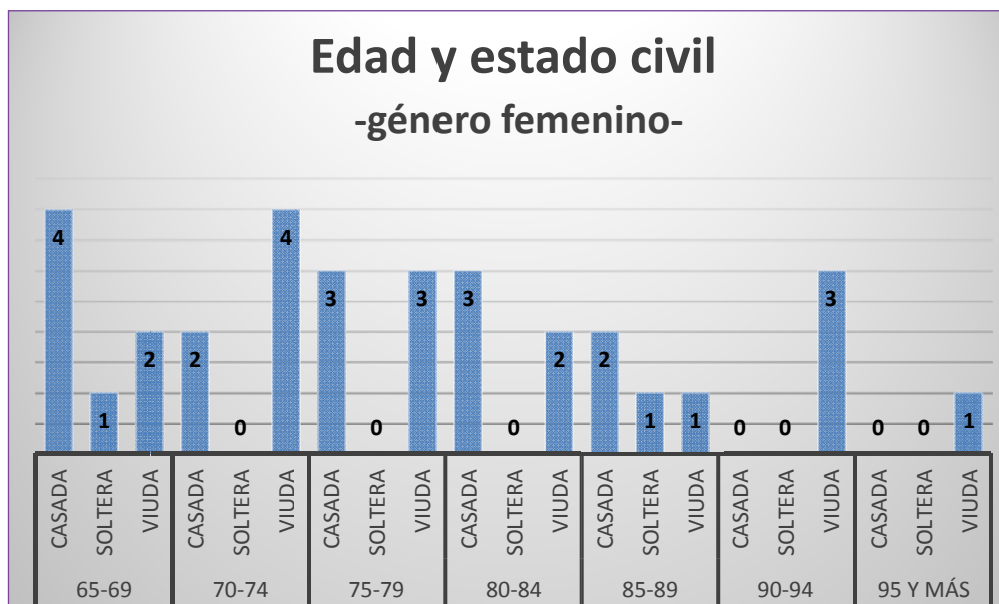


Gráfico 1.1.1./ Elaboración propia.

En relación con la variable edad, los datos se presentan agrupados en intervalos de 5 años, estableciéndose siete categorías que parten de los 65 años.

La media de edad de los participantes es de 76 años si tomamos como referencia edad real de cada uno de ellos –en lugar

del intervalo-. El Gráfico 1.1.2. representa la proporción de participantes por rangos de edad.

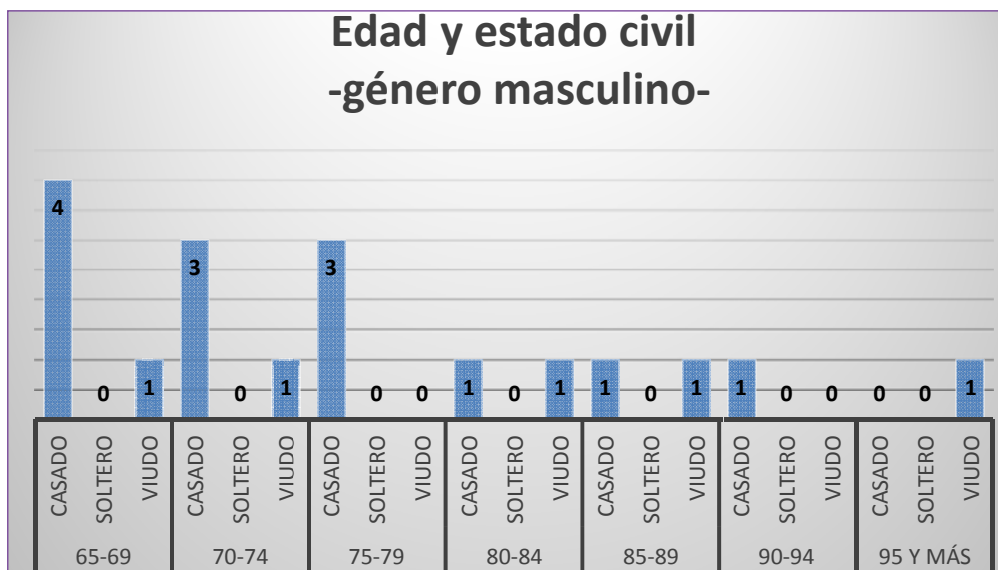


Gráfico 1.1.2.1 Elaboración propia.

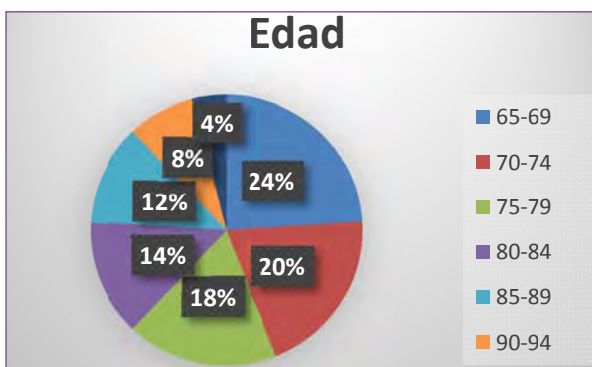


Gráfico 1.1.2. Edad.1 Elaboración propia.

En cuanto al género, destaca el predominio del femenino -64%- sobre el masculino -36%- (Gráfico 1.1.3.). Cabe resaltar que a medida que aumenta la edad, sobre todo a partir de los 75 años, se va acrecentando la diferencia entre ambos géneros siendo el femenino el que está más presente en la población. En relación con el género, se ha de recordar que las mujeres presentan una esperanza de vida más elevada que los varones.

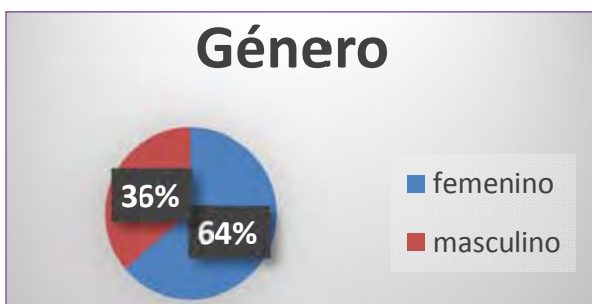


Gráfico 1.1.3. Género.1 Elaboración propia.

Con respecto a las variables edad y género, se recuerda que en la selección de la muestra se ha controlado que estuviesen representados ambos géneros y todos los grupos de edad de manera proporcional al comportamiento de ambas variables según los datos estadísticos proporcionados por el INE sobre las personas mayores en el municipio de Granada (año 2013). No obstante, es necesario advertir que se ha incluido un varón dentro del intervalo de 95 y más años sin que exista una proporción con respecto a la mujer incluida; ello se debe a que para nosotros tenía un mayor peso el hecho de tener información por parte del género masculino en este tramo de edad que el de que la proporción se ajuste al comportamiento de los datos estadísticos referidos. En este sentido, se recomienda que futuros estudios se realicen sobre una muestra mayor. En cuanto al estado civil de la muestra (Gráfico 1.1.4.), predomina el grupo de personas casadas -52%- sobre el de personas viudas -44%-; tan solo el 4% de personas son solteras y no hay ningún caso de persona separada. Respecto al estado civil en relación con el género, es preciso destacar el claro predominio de mujeres viudas respecto a hombres; mientras que en el caso de personas casadas ambos géneros se igualan, en el caso de personas viudas, el 77% son de género femenino y solamente el 23% son de género masculino.

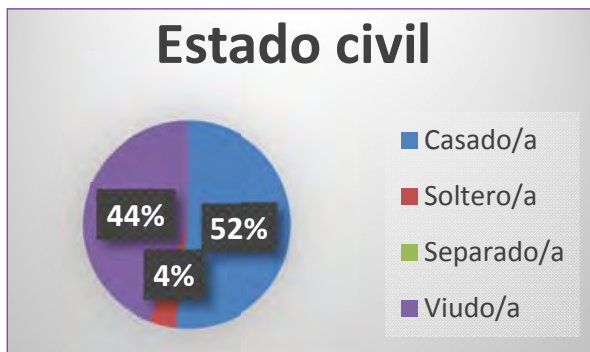


Gráfico 1.1.4. Estado civil./ Elaboración propia.

Lugar de nacimiento

En relación con el lugar de nacimiento de las personas participantes en nuestro estudio (Gráfico 1.1.5.), 27 de ellas proceden de municipios de la Comunidad Autónoma Andaluza, 22 pertenecen a ciudades andaluzas y una de ellas procede de Madrid.

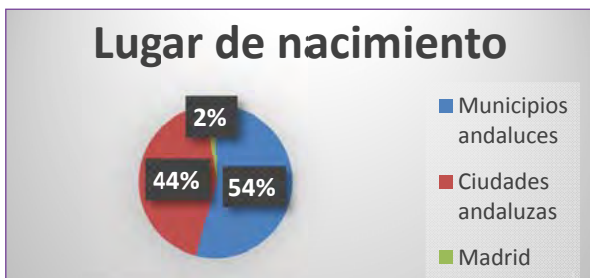


Gráfico 1.1.5. Lugar de nacimiento./ Elaboración propia.

Unidad de convivencia y género

En cuanto a la unidad de convivencia, variable que puede indicarnos posibles redes de apoyo social, encontramos que de las 50 personas que componen la muestra, 14 de ellas vive con familiares, correspondiendo 6 al género masculino y 8 al género femenino; 21 personas viven en pareja, 10 del género masculino y 11 del femenino; y 15 viven solas, 2 varones y 13 mujeres. De estos datos, cabe resaltar la gran diferencia en cuanto al género dentro del grupo de personas que viven solas. Se ha descartado la opción de otras formas de convivencia –incluida en el estudio- en el gráfico 1.1.6., por no haber ningún participante dentro de esta categoría.

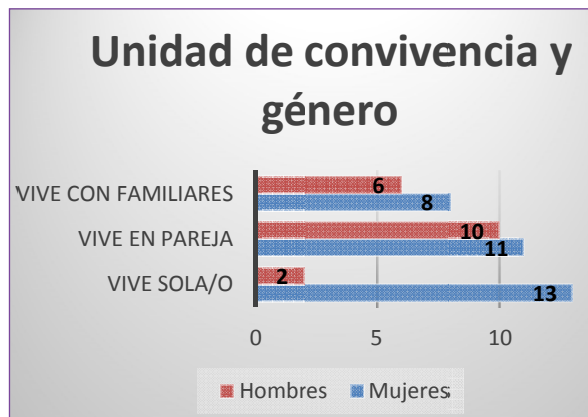


Gráfico 1.1.6. Unidad de convivencia y género./ Elaboración propia.

Nivel de instrucción y género

En cuanto a la relación entre nivel de instrucción y el género de la muestra, podemos observar en el gráfico 1.1.7. que hay un claro predominio de mujeres que no saben leer ni escribir respecto a los hombres. Sin embargo, es bastante superior el número de mujeres que saben leer y escribir, así como el de mujeres que tienen estudios primarios, igualándose el número de varones y mujeres que tiene estudios superiores. En cuanto a los estudios medios, solamente hay un varón que los posee. Al interpretar estos datos, se ha de tener en cuenta que la muestra está conformada por un mayor número de mujeres que de hombres y que el número de participantes es bajo, por lo que no se pueden extrapolar estos datos a la población total.

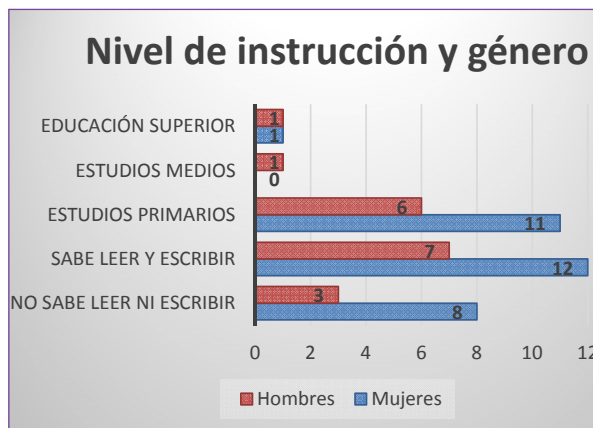


Gráfico 1.1.7. Nivel de instrucción y género./ Elaboración propia.

Ocupación laboral previa a la jubilación y género

Si observamos las ocupaciones laborales principales que desempeñaron varones y mujeres antes de su jubilación, observamos claramente que en el caso de las mujeres se trata de trabajos altamente feminizados y en el caso de varones se trata de oficios masculinizados. Los trabajos que desempeñaron las mujeres fueron los siguientes: sus labores (23), comercio (1), modista (2), lavandera (1), peluquera (1), profesora (1), gerente de centro geriátrico (1), empleada de hogar (2). En cuanto a los hombres, sus oficios principales fueron: hostelería (1), funcionario (1), tejedor (2), construcción (6), ebanista (1), militar (1), barrendero (1), comerciante (1), tractorista (1), camarero (1), panadero (1) y profesor de autoescuela (1). En el siguiente apartado, se verá reflejado el impacto económico de las ocupaciones laborales en sus pensiones.

Ingresos mensuales y género

En cuanto a los ingresos mensuales de los participantes de este estudio, en el Gráfico 1.1.8., podemos constatar que en el caso de los varones son claramente superiores que en el caso de las mujeres en las tres categorías tenidas en cuenta. Es relevante destacar que la mayoría de las mujeres perciben ingresos por debajo del S.M.I., siendo pocos los casos de varones cuyos ingresos están por debajo del citado índice. Se ha tomado en cuenta el S.M.I. (Salario mínimo interprofesional) para no incomodar a las personas entrevistadas

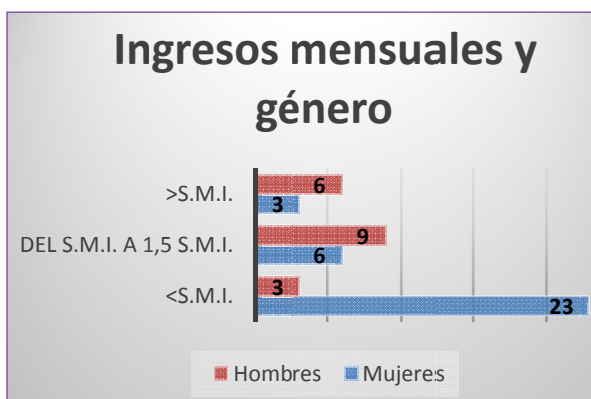


Gráfico 1.1.8. Ingresos mensuales y género. / Elaboración propia.

y en general, les ha gustado responder entre las opciones que se les ha ofrecido en lugar de especificar el importe de sus ingresos mensuales. El valor del S.M.I. (2014) equivale a 645,30€.

Apoyo domiciliario y género

En el Gráfico 1.1.9., se representan distintos tipos de apoyo domiciliario que reciben las personas participantes en este estudio. Como se puede apreciar en el gráfico, las mujeres afirman ser más demandantes de apoyo domiciliario que los hombres en todos los tipos de apoyo que se contemplan en una proporción del 50% o superior. Es preciso añadir, que la mayoría de las personas que requieren algún tipo apoyo, reciben otros apoyos; en cuanto a la categoría de "otros apoyos", los informantes han reflejado los siguientes servicios: ayuda a domicilio particular (2), comida a domicilio (3), limpieza del hogar (4) y voluntariado (2).

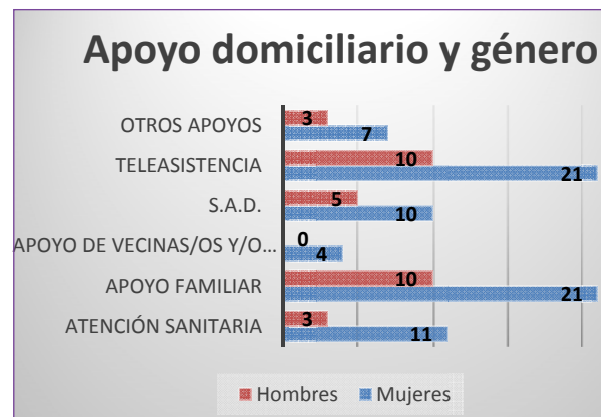


Gráfico 1.1.9. Apoyo domiciliario y género. / Elaboración propia.

Reconocimiento de situaciones generadoras de necesidad de apoyo

En este apartado recogemos algunas de las situaciones que provocan la necesidad de apoyo por parte de otra persona o de alguna ayuda técnica, como son la situación de Dependencia, el grado de Discapacidad o de incapacidad permanente laboral en grado de Gran Invalidez. Dentro de estas tres situaciones, solamente están contemplados aquellos casos en los que la administración correspondiente ha declarado tal

situación; no obstante, se ha de tener en cuenta que dentro de la categoría “sin reconocimiento” se incluyen a todas las personas que no tienen un reconocimiento oficial de las otras tres categorías, pero ello no significa que no puedan tener necesidades de apoyo en las actividades de su vida diaria. Según se muestra en el Gráfico 1.1.10., el 12% de la muestra tiene reconocido algún grado de Dependencia, el 14% el grado de Discapacidad, el 8% el grado de Gran Invalidez y el 66% no tienen reconocida ninguna de las 3 situaciones anteriores.

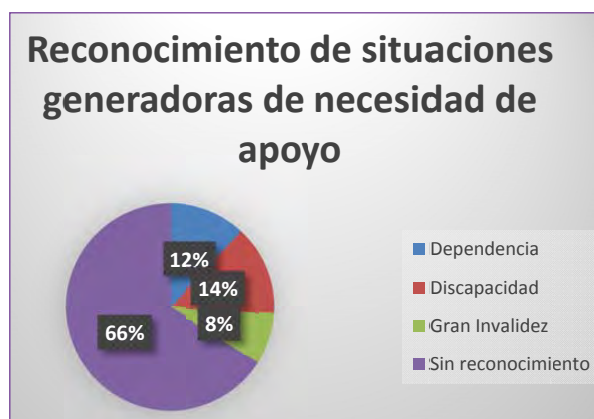


Gráfico 1.1.10. Reconocimiento de situaciones generadoras de necesidad de apoyo. / Elaboración propia.

En cuanto a las personas con reconocimiento de situación de Dependencia (Gráfico 1.1.11.), tenemos dos mujeres –una con grado II y otra con grado III- y cuatro hombres –tres con grado I y uno con grado II-.



Gráfico 1.1.11. Dependencia. / Elaboración propia.

En relación con las personas con discapacidad (Gráfico 1.1.12.), se encuentran en esa situación cinco mujeres

y dos hombres –todos con discapacidad física-.



Gráfico 1.1.12. Discapacidad. / Elaboración propia.

En cuanto al grado de Gran Invalidez (Gráfico 1.1.13), lo presentan dos mujeres y dos hombres; en este caso, se ha de tener en cuenta que para conseguir el reconocimiento de esta situación se ha debido cotizar previamente a la Seguridad Social y que teniendo en cuenta que la mayoría de las mujeres de la muestra se han dedicado a sus labores durante su vida laboral, no es un indicador que nos aporte mucha información; en cuanto a las ocupaciones laborales de las personas que tienen reconocida el grado de Gran Invalidez son las siguientes: en el caso de las mujeres, peluquera y lavandera; en el caso de los hombres, camarero y profesor de autoescuela.



Gráfico 1.1.13. Gran invalidez. / Elaboración propia.

4.2. La dependencia o independencia funcional de las personas participantes

4.2.1. Las actividades básicas de la vida diaria

La capacidad funcional de los participantes en relación con las ABVD se representa a continuación atendiendo a dos criterios: el primero, responde a conocer de manera global el nivel de dependencia o independencia para las ABVD; el segundo,

a identificar el grado de dependencia o independencia para cada una de las ABVD, con la intención de comprobar además si existen diferencias en función del género.

A) Según la puntuación global:

El gráfico circular 1.2.1. indica en porcentajes el nivel de dependencia o independencia percibido por las personas mayores encuestadas al ejecutar las ABVD. Como se puede apreciar, el 6% corresponde a personas independientes, el 54% a quienes tienen una dependencia escasa, el 30% a personas con dependencia moderada, el 8% a quienes tienen una dependencia importante y el 2% están afectadas por una dependencia total.

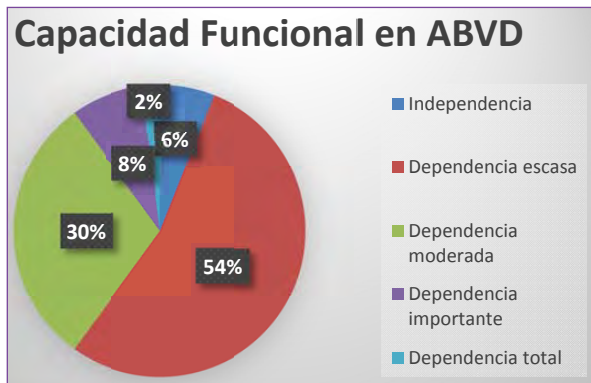


Gráfico 1.2.1. Capacidad funcional en ABVD. / Elaboración propia.

B) Según actividades:

A continuación, se representan los resultados obtenidos para cada una de las ABVD en función del género de los participantes. Para ello, se ha utilizado el gráfico de barra agrupada con objeto de comparar los valores de cada actividad.

• Baño-Ducha:

El gráfico 1.2.2. representa el nivel de dependencia-independencia para la actividad de "baño-ducha". Según se aprecia, 30 personas son independientes -18 mujeres y 12 hombres-, 4 necesitan supervisión -2 mujeres y 2 hombres-, 10 requieren ayuda ocasional -8 mujeres y 2 hombres- y 6 son totalmente dependientes -4 mujeres y 2 hombres- para la actividad.

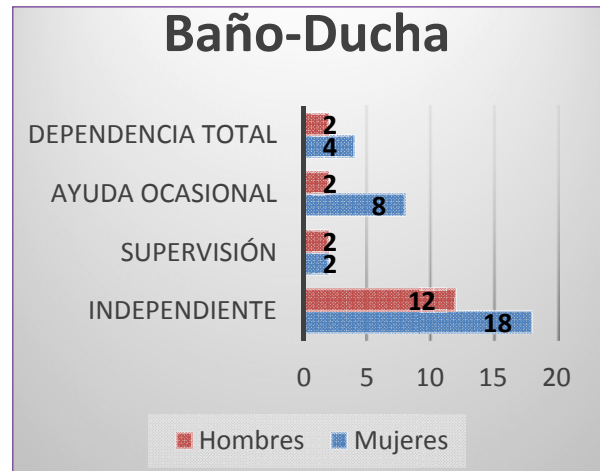


Gráfico 1.2.2. Baño-ducha. / Elaboración propia.

• Vestido:

En el gráfico 1.2.2. se muestra el nivel de dependencia-independencia para la actividad de "vestido". Los datos indican que hay 26 personas independientes -15 mujeres y 11 hombres-, 15 que requieren mínima ayuda -11 mujeres y 4 hombres-, 3 que necesitan ayuda para ponerse y/o quitarse ropa -2 mujeres y 1 hombre-, 4 que requieren gran ayuda aunque colaboren algo -3 mujeres y 1 hombre- y 2 que son totalmente dependientes -1 mujer y 1 hombre- para la actividad.

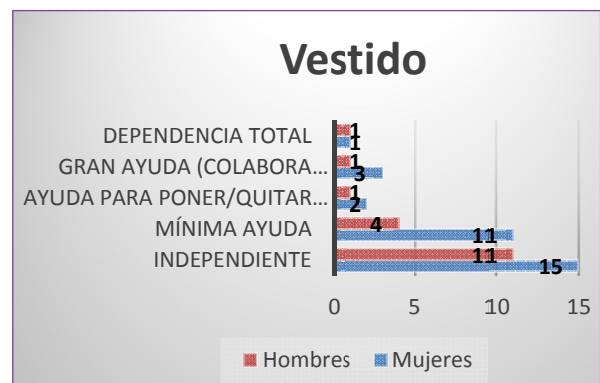


Gráfico 1.2.3. Vestido. / Elaboración propia.

• Aseo (higiene personal):

El gráfico 1.2.4. representa el nivel de dependencia-independencia para la actividad de "aseo (higiene personal)". Según se aprecia, 19 personas son independientes -13 mujeres y 6 hombres-, 26 requieren mínima ayuda -16 mujeres y 10 hombres-, 1 requiere ayuda moderada

-1 hombre-, 3 necesitan ayuda continua -3 mujeres- y 1 es totalmente dependiente -1 hombre- para la actividad.

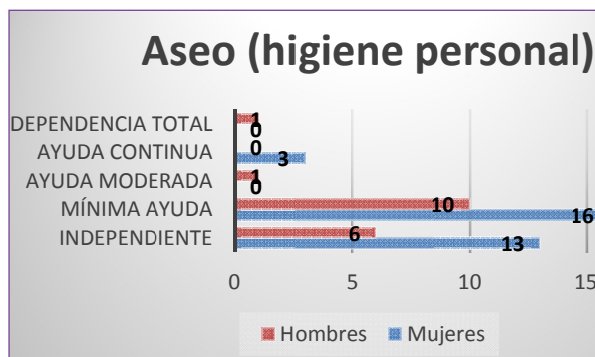


Gráfico 1.2.4. Higiene personal. / Elaboración propia.

• **Ir al inodoro:**

En el gráfico 1.2.5. se representa el nivel de dependencia-independencia para la actividad de "ir al inodoro". Según se aprecia, 44 personas son independientes -28 mujeres y 16 hombres-, 3 necesitan supervisión -2 mujeres y 1 hombre-, 2 requieren ayuda moderada en alguna tarea -2 mujeres- y 1 es totalmente dependiente -1 hombre- para la actividad.



Gráfico 1.2.5. Ir al inodoro. / Elaboración propia.

• **Deambulaci3n:**

El gráfico 1.2.6. representa el nivel de dependencia-independencia para la actividad de "deambulaci3n". 21 personas son independientes -27 mujeres y 16 hombres-, 3 requieren ayuda ocasional de 1 persona -3 mujeres-, 3 necesitan ayuda continua -2 mujeres y 1 hombre- y 1 requiere ayuda de dos personas no colaborando nada -1 hombre-.

• **Traslado sill3n-cama:**

En el gráfico 1.2.7. se observa el nivel de dependencia-independencia para la actividad de "traslado sill3n-cama". Según los datos obtenidos, 43 personas son independientes -27 mujeres y 16 hombres-, 3 necesitan ayuda ocasional por parte de una persona -3 mujeres-, 3 requieren ayuda continua colaborando algo -2 mujeres y 1 hombre- y 1 necesita ayuda de dos personas no colaborando nada -1 hombre- para la actividad.

• **Escaleras:**

El nivel de dependencia-independencia para la actividad de subir y bajar "escaleras" se representa a través del gráfico 1.2.8. que muestra lo siguiente: 17 personas son independientes (al menos 1 piso) -8 mujeres y 9 hombres-, 21 necesitan supervisi3n ocasional -15 mujeres y 6 hombres-, 8 requieren supervisi3n continua o ayuda ocasional -7 mujeres y 1 hombre-, 2 necesitan ayuda continua -1 mujer y 1 hombre- y 2 son incapaces de subir escaleras -1 mujer y 1 hombre-.

• **Micci3n:**

El gráfico 1.2.9. representa el nivel de dependencia-independencia para la actividad de "micci3n". Según los datos obtenidos, 43 personas son continentales e independientes -28 mujeres y 15 hombres-, 5 tienen incontinencia ocasional (> 1/día) -4 mujeres y 1 hombre-, 1 es incontinente durante día y noche aunque colabora algo -1 hombre- y 1 es incontinente y dependiente requiriendo sonda vesical -1 hombre- para la actividad.

• **Deposici3n:**

En el gráfico 1.2.9. se muestra el nivel de dependencia-independencia para la actividad de "deposici3n". Según se aprecia, 47 personas son continentales e independientes -31 mujeres y 16 hombres-, 2 tienen incontinencia ocasional (1/semana) o requiere supervisi3n -1 mujer y 1 hombre- y 1 es incontinente y dependiente total -1 hombre- para la actividad.

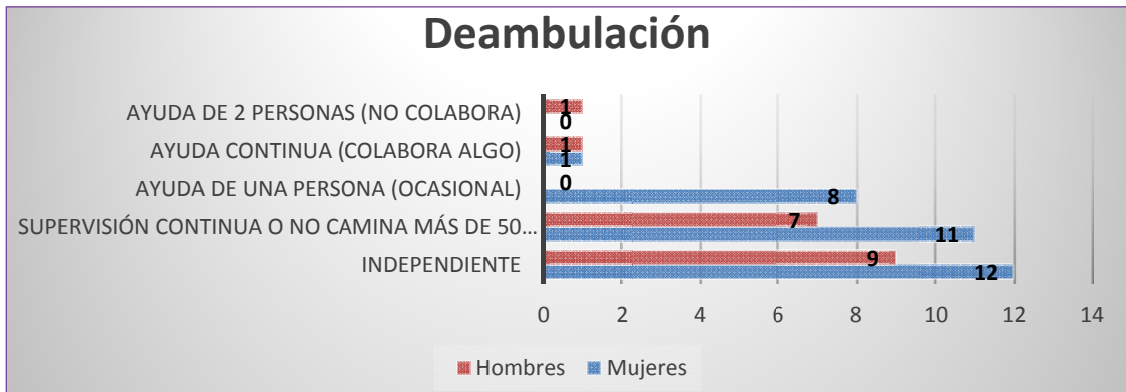


Gráfico 1.2.6. Deambulación./ Elaboración propia.

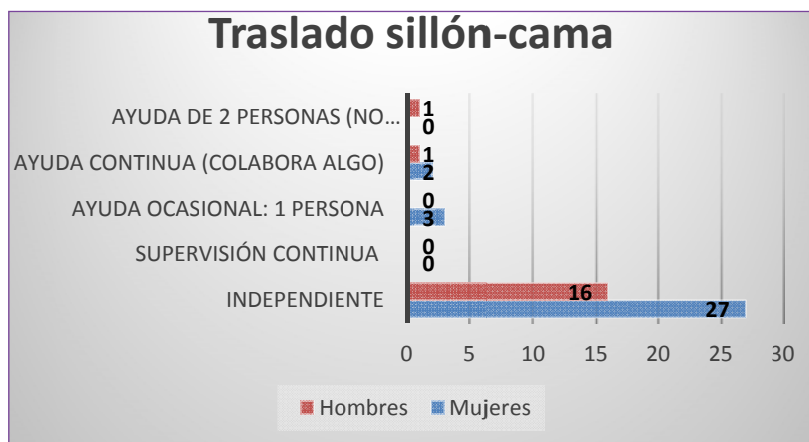


Gráfico 1.2.7. Traslado sillón-cama./ Elaboración propia.

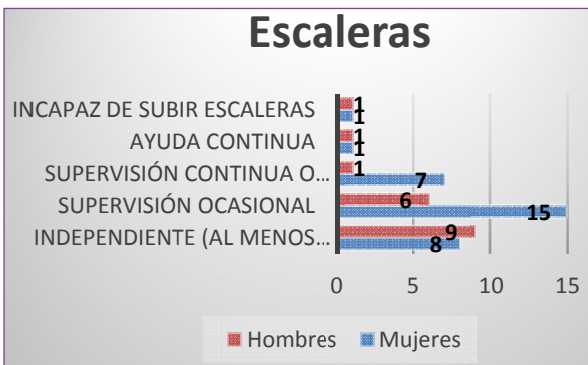


Gráfico 1.2.8. Escaleras./ Elaboración propia.

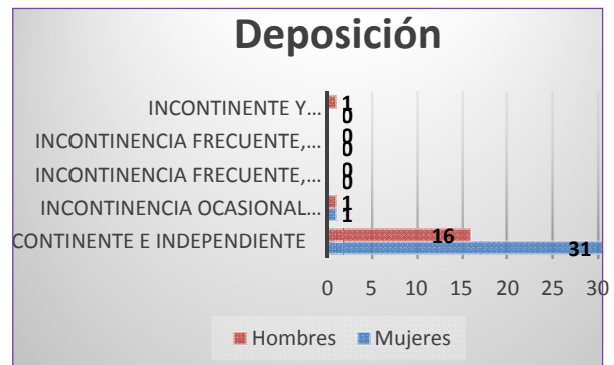


Gráfico 1.2.10. Deposición./ Elaboración propia.



Gráfico 1.2.9. Micción./ Elaboración propia.

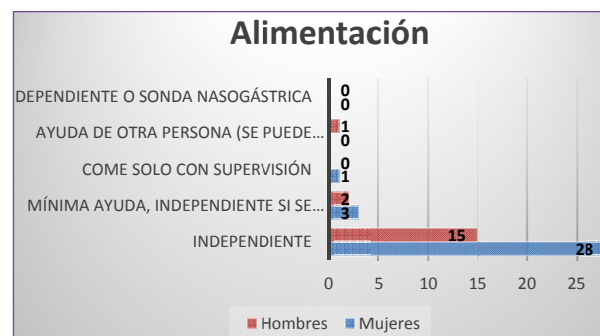


Gráfico 1.2.11. Alimentación./ Elaboración propia.

• Alimentación:

El nivel de dependencia-independencia para la actividad de "alimentación" se representa a través del gráfico 1.2.11. que nos muestra lo siguiente: 43 personas son independientes -28 mujeres y 15 hombres-, 5 necesitan mínima ayuda siendo independientes si se les prepara la bandeja -3 mujeres y 2 hombres-, 1 come solo con supervisión -1 mujer- y 1 es dependiente -1 hombre- para la actividad.

4.2.2. Las actividades instrumentales de la vida diaria

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en el presente estudio en relación con el desempeño de las AIVD de los participantes. Hemos de recordar que la escala de Lawton y Brody, -utilizada para recoger los datos-, cuantifica si se ejecuta o no la tarea, lo cual no descarta el que no se realice aunque la persona tenga capacidad funcional para desempeñar la actividad. Continuamos tomando en cuenta los dos criterios seguidos al presentar los datos en las ABVD.

A) En la puntuación global.

A través del gráfico circular 1.2.12. se expresa -de forma global- mediante porcentajes, la capacidad para desarrollar las AIVD. Los resultados muestran que el 4% de los participantes son independientes, el 66% tienen una dependencia moderada y el 30% tienen una dependencia alta.



Gráfico 1.2.12. Capacidad Funcional en AIVD./
Elaboración propia.

B) Según actividades.

Presentamos a continuación, los resultados obtenidos para cada una de las AIVD, desagregados en función del género y del estado civil de los participantes.

En este caso, utilizamos el gráfico de columna agrupada con objeto de comparar los valores de cada actividad. Debido a la amplia extensión del nombre de cada categoría, le hemos asignado en el gráfico el número con el cuál se corresponde y debajo del mismo especificamos su nombre completo dentro de un cuadro.

- **Uso del teléfono.** La "capacidad para usar el teléfono" se representa a través del gráfico 1.2.13.

Según los datos proporcionados por los participantes: utilizan el teléfono por iniciativa propia, buscando y marcando los números, 17 personas casadas -10 mujeres y 7 hombres-, 9 personas viudas -7 mujeres y 2 hombres- y 2 personas de otro estado civil -2 mujeres-; solo marcan unos pocos números bien conocidos, 7 personas casadas -3 mujeres y 4 hombres- y 9 personas viudas -7 mujeres y 2 hombres-; responden pero no llaman, 1 persona casada -1 hombre- y 4 personas viudas -3 mujeres y 1 hombre-; no existe ninguna persona que no utilice en absoluto el teléfono.

- 1) Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, etc.
- 2) Marca unos pocos números bien conocidos.
- 3) Responde las llamadas pero no de marca.
- 4) No usa el teléfono en absoluto.

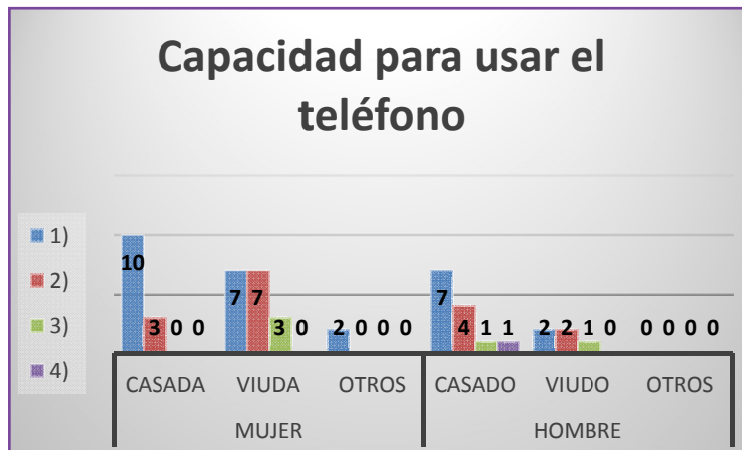


Gráfico 1.2.13. Capacidad para usar el teléfono./ Elaboración propia.

• **Ir de compras.** En el gráfico 1.2.14. se muestra el desempeño en la actividad de "ir de compras". Según se aprecia, se encargan de hacer todas las compras necesarias sin ayuda, 4 personas casadas -4 hombres-; pueden hacer las compras pequeñas independientemente, 17 personas casadas -12 mujeres y 5 hombres-, 14 personas viudas -10

mujeres y 4 hombres- y 2 personas con otro estado civil -2 mujeres-; necesitan compañía para hacer cualquier compra, 3 personas casadas -3 mujeres- y 5 viudas -5 mujeres-; y por último, son totalmente incapaces de hacer las compras, 2 personas casadas -2 hombres- y 3 viudas -2 mujeres y 1 hombre-.

- 1) Se encarga de hacer todas las compras necesarias sin ayuda.
- 2) Puede hacer las compras pequeñas independientemente.
- 3) Necesita compañía para hacer cualquier compra.
- 4) Totalmente incapaz de hacer las compras.

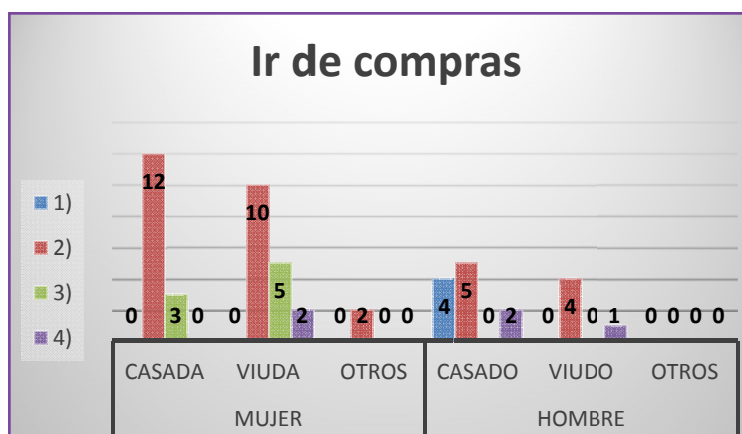


Gráfico 1.2.14. Ir de compras./ Elaboración propia.

• **Preparar comidas.** El gráfico 1.2.15. representa el desempeño en la actividad de "preparación de las comidas". Según se puede observar, planean, preparan y sirven comidas adecuadas independientemente, 12 personas

casadas -8 mujeres y 4 hombres-, 7 viudas -7 mujeres- y 2 mujeres de otro estado civil; preparan comidas adecuadas si se le suministran los ingredientes, 3 personas casadas -3 mujeres- y 2 viudas -2 mujeres-; calientan, sirven y/o preparan

comidas, pero no mantienen una dieta adecuada, 5 personas casadas -1 mujer y 4 hombres- y 8 viudas -5 mujeres y 3 hombres-; por último, necesitan que

le preparen y le sirvan las comidas, 6 personas casadas -1 mujer y 5 hombres- y 5 viudas -3 mujeres y 2 hombres-.

- 1) Planea, prepara y sirve comidas adecuadas independientemente.
- 2) Prepara comidas adecuadas si se le suministran los ingredientes.
- 3) Calienta, sirve y prepara comidas, o las prepara pero no mantiene una dieta adecuada.
- 4) Necesita que le preparen y le sirvan las comidas.

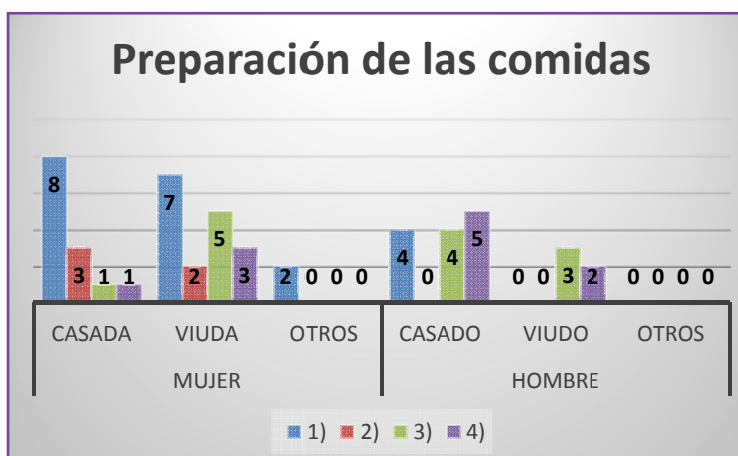


Gráfico 1.2.15. Preparación de las comidas. / Elaboración propia.

• **Cuidado de la casa.** En el gráfico 1.2.16. se muestra el desempeño en la actividad de "cuidado de la casa". Según se aprecia, mantienen la casa solo/a o con ayuda ocasional (para trabajos pesados), 9 personas casadas -6 mujeres y 3 hombres-, 4 viudas -4 mujeres- y 2 mujeres con otro estado civil; realizan las tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas, 4 personas casadas -3 mujeres y 1 hombre- y 5 viudas -5

mujeres-; realizan tareas ligeras, pero no pueden mantener un adecuado nivel de limpieza, 6 personas casadas -4 mujeres y 2 hombres- y 4 viudas -4 mujeres-; necesita ayuda en todas las labores de la casa, 1 persona casada -1 hombre- y 2 viudas -1 mujer y 1 hombre-; por último, no participan en ninguna labor de la casa, 6 personas casadas -6 hombres- y 7 viudas -4 mujeres y 3 hombres-.

- 1) Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)
- 2) Realiza las tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas
- 3) Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza
- 4) Necesita ayuda en todas las labores de la casa
- 5) No participa en ninguna labor de la casa

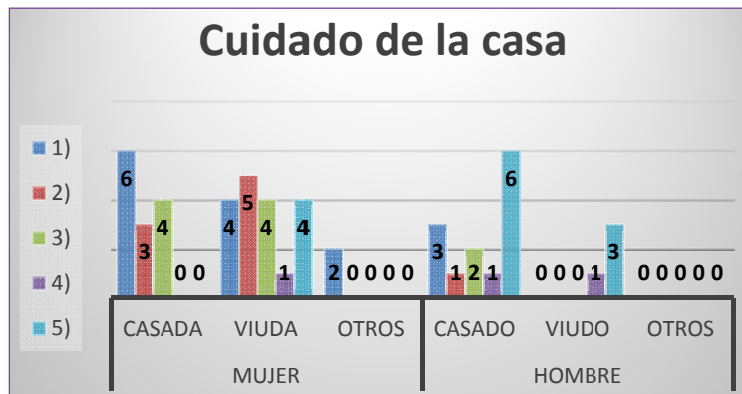


Gráfico 1.2.16. Cuidado de la casa./ Elaboración propia.

• **Lavado y cuidado de la ropa.** El gráfico 1.2.17. muestra el desempeño en la actividad de "lavado y cuidado de la ropa". Según los datos proporcionados, lavan por sí solas toda su ropa, 18 personas casadas -12 mujeres y 4 hombres-, 10 viudas -10 mujeres- y 2 mujeres de otro estado civil; lavan por

sí solas pequeñas prendas, 1 persona casada -1 hombre- y 4 viudas -2 mujeres y 2 hombres-; por último, necesitan que todo el lavado de ropa sea realizado por otra persona, 9 personas casadas -9 hombres- y 8 viudas -5 mujeres y 3 hombres-.

- 1) Lava por sí solo/a toda su ropa.
- 2) Lava por sí solo/a pequeñas prendas.
- 3) Todo el lavado de ropa deber ser realizado por otro.

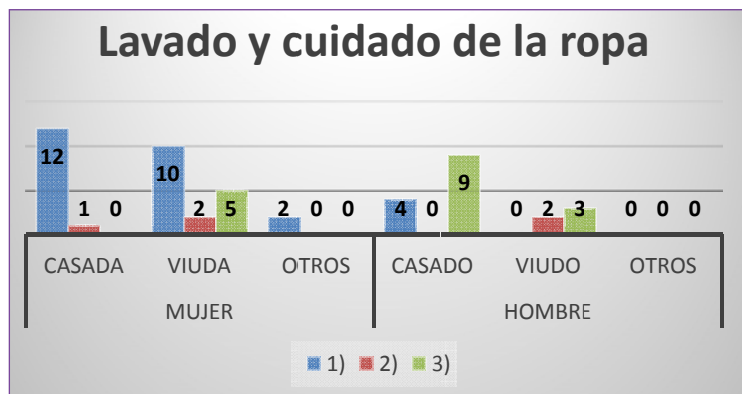


Gráfico 1.2.17. Lavado y cuidado de la ropa./ Elaboración propia.

• **Uso de medios de transporte.** El "uso de medios de transporte" se representa a través del gráfico 1.2.18. Según los datos proporcionados por los participantes, viajan solas en transporte público o conducen su propio coche, 14 personas casadas -8 mujeres y 6 hombres-, 5 personas viudas -3 mujeres y 2 hombres- y 2 personas de otro estado civil -2 mujeres-; son capaces de coger un taxi, pero no usan otro medio de transporte,

1 mujer casada y 1 mujer viuda; viajan en transporte público cuando van acompañadas por otra persona, 5 personas casadas -2 mujeres y 3 hombres- y 6 personas viudas -5 mujeres y 1 hombre-; utilizan el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros, 6 personas casadas -2 mujeres y 4 hombres- y 9 personas viudas -7 mujeres y 2 hombres-; y por último, no viaja en absoluto en absoluto, una mujer viuda.

1. Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche.
2. Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte.
3. Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona.
4. Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros.
5. No viaja en absoluto.

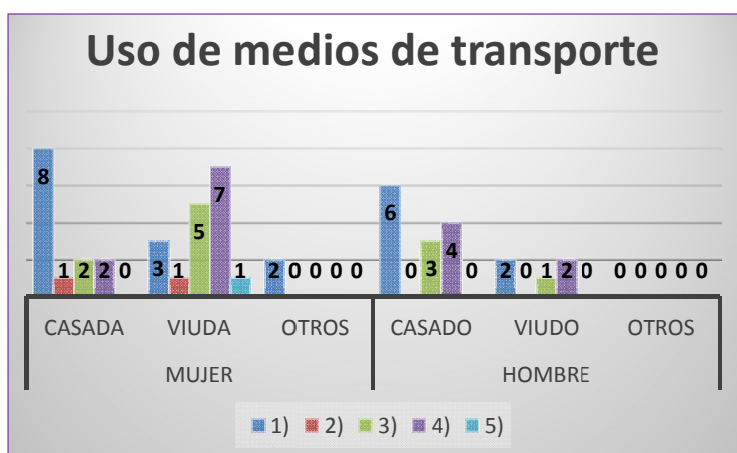


Gráfico 1.2.18. Uso de medios de transporte./ Elaboración propia.

• **Responsabilidad en la medicación.** La capacidad de "responsabilidad en la medicación" se representa a través del gráfico 1.2.19. Según se muestra, son capaces de tomar su medicación a la hora y dosis correctas, 18 personas casadas -10 mujeres y 8 hombres-, 13 viudas -11 mujeres y 2 hombres- y 2 personas

de otro estado civil -2 mujeres-; toman su medicación si la dosis es preparada previamente, 7 personas casadas -2 mujeres y 5 hombres- y 8 viudas -5 mujeres y 3 hombres-; por último, no son capaces de administrarse su medicación, 1 mujer casada y 1 mujer viuda.

- 1) Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas.
- 2) Toma su medicación si la dosis es preparada previamente.
- 3) No es capaz de administrarse su medicación.

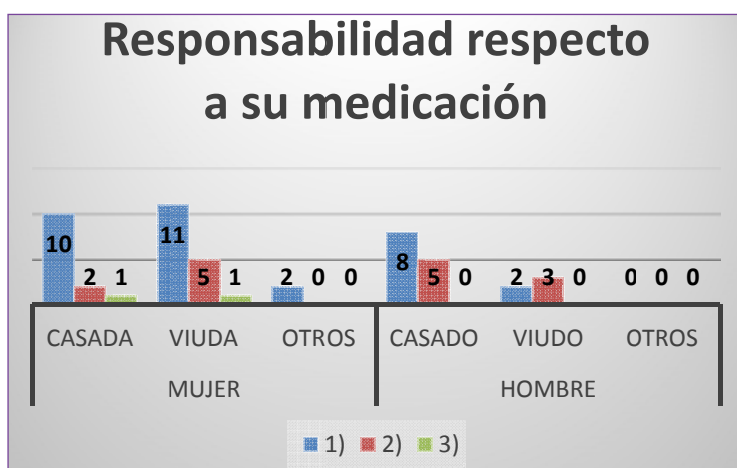


Gráfico 1.2.19. Responsabilidad respecto a su medicación./ Elaboración propia.

• **Manejo de asuntos económicos.**

En el gráfico 1.2.20. se representa el desempeño en la actividad de “manejo de asuntos económicos”. Según se aprecia, se encargan de sus asuntos económicos por sí solas , 7 personas casadas -1 mujer y 6 hombres-, 5 viudas -3 mujeres y 2 hombres- y 2 mujeres con

otro estado civil; realizan las compras de cada día, pero necesitan ayuda en las grandes compras y en ir a los bancos, 16 personas casadas -11 mujeres y 5 hombres- y 10 viudas -8 mujeres y 2 hombres-; por último, son incapaces de manejar dinero, 7 personas viudas -6 mujeres y 1 hombre-.

- 1) Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo
- 2) Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y en ir a los bancos.
- 3) Incapaz de manejar dinero.



Gráfico 1.2.20. Manejo de asuntos económicos./ Elaboración propia.

4.3. Las necesidades de apoyo personal percibidas por los participantes en relación con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria

4.3.1. Necesidades de apoyo personal para el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria

• Baño-Ducha. En el estudio sobre las necesidades de apoyo por parte de otra persona para llevar a cabo la actividad de “baño-ducha”, se han obtenido los siguientes resultados: en la preparación del baño/ducha, 36 personas no necesitan apoyo en la actividad, 12 sí lo necesitan y 2 no participan en la

actividad debido al gran deterioro de su movilidad; durante el baño/ducha, 33 personas no necesitan apoyo en la actividad y 17 sí necesitan apoyo; tras el baño/ducha, 35 personas no necesitan apoyo en la actividad y 15 sí lo necesitan. Al comparar las puntuaciones de todos los participantes en las tres fases de la actividad se observa que los 17 participantes que necesitan apoyo durante el baño y la ducha coinciden con aquellos que requieren apoyo para preparar el baño/ducha –incluidas las dos personas que no participan en la actividad- y con quienes necesitan apoyo tras la realización de esta actividad.

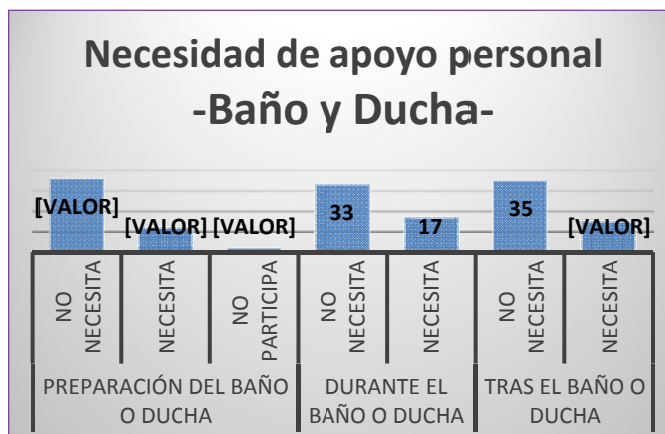


Gráfico. Necesidad de apoyo personal -Baño y Ducha-./ Elaboración propia.

• **Vestido.** En relación con las necesidades de apoyo por parte de otra persona para llevar a cabo la actividad de “vestido”, se obtuvieron los siguientes resultados: en la preparación de la ropa con la que se va a vestir, 43 personas no necesitan apoyo en la actividad, 5 sí lo necesitan y 2 no participan en la actividad debido al gran deterioro de su movilidad; en el vestir, 38 personas no necesitan apoyo

en la actividad y 12 sí necesitan apoyo; en el desvestir, 39 personas no necesitan apoyo en la actividad y 11 sí lo necesitan. Al comparar las puntuaciones de todos los participantes en las tareas que implica la actividad se observa que salvo 3 casos, los participantes que necesitan apoyo en el vestir, lo necesitan también en el desvestir.



Gráfico. Necesidad de apoyo personal -Vestido-./ Elaboración propia.

• **Aseo e higiene personal.** En cuanto a las necesidades de apoyo por parte de otra persona para llevar a cabo la actividad de “aseo e higiene personal”, se han obtenido los siguientes resultados: en el aseo y cuidado de la piel, 44 personas no necesitan apoyo en la actividad y 6 sí lo necesitan; en el aseo y cuidado de ojos, orejas y/o nariz, 33 personas no necesitan apoyo en la actividad y 17 sí lo necesitan; en el cuidado de la boca y limpieza de dientes o dentadura postiza, 48 participantes

no necesitan apoyo en la actividad y 2 sí necesitan apoyo; en el cuidado y peinado del cabello, 44 personas no necesitan apoyo en la actividad y 6 sí lo necesitan; en el afeitado, 30 personas no necesitan apoyo en la actividad, 2 sí lo necesitan y 18 participantes no realizan esta actividad; en el cuidado y cortado de las uñas de los pies, 15 participantes no necesitan apoyo en la actividad y 35 sí necesitan apoyo; en el cuidado y cortado de las uñas de las manos, 40 participantes no necesitan apoyo en la

actividad y 10 sí lo necesitan; por último, en el aseo de genitales y otras zonas del cuerpo, 47 personas no necesitan apoyo en la actividad y 3 sí necesitan apoyo. Respecto al desempeño de esta actividad se ha de matizar lo siguiente: la mayoría de las personas que necesitan apoyo para el aseo y cuidado de ojos, orejas y/o nariz, es debido a la necesidad de ayuda para aplicarse gotas en los ojos y/o en las orejas; las tareas que implican cuidado de la boca y limpieza de dientes o dentadura postiza y aseo de las partes genitales y otras zonas del cuerpo, se

consideran por los/as participantes como actividades muy personales para las que solamente manifiestan necesitar apoyo en caso de estar muy dependientes; el elevado número de personas que no participan en la tarea de afeitado coincide con el hecho de ser mujer; por último, todas las personas participantes manifiestan tener dificultades para el cuidado y cortado de las uñas de los pies y el 70% de ellas, reconocen necesitar apoyo, satisfaciendo esta necesidad –en la mayoría de los casos- mediante el pago de los servicios de podología.



Gráfico. Necesidad de apoyo personal -Aseo e higiene personal-./ Elaboración propia.

• **Ir al inodoro.** Las necesidades de apoyo por parte de otra persona para la actividad de "ir al inodoro", en concreto, para la tarea de desplazamiento hasta llegar al inodoro y desde el mismo a otro lugar de la casa, fueron: 48 participantes

no necesitan apoyo, 1 participante sí y 1 no participa en la actividad. En el caso de quien no participa en la actividad, se debe al gran deterioro de su movilidad e inexistencia de apoyo personal para desplazarse hasta el mismo.



Gráfico. Necesidad de apoyo personal -Ir al inodoro-./ Elaboración propia.

• **Deambulaci3n.** En relaci3n con las necesidades de apoyo por parte de otra persona para llevar a cabo la actividad de "deambulaci3n", se obtuvieron los siguientes resultados: apoyo para andar dentro del hogar, 47 participantes no necesitan apoyo y 3 s3; apoyo para andar

fuera del hogar, 36 participantes no necesitan apoyo y 14 s3 lo necesitan. Muchas de las personas que requieren apoyo de otra persona para andar fuera del hogar, manifiestan que se debe a la existencia de barreras arquitect3nicas en el exterior de sus viviendas.

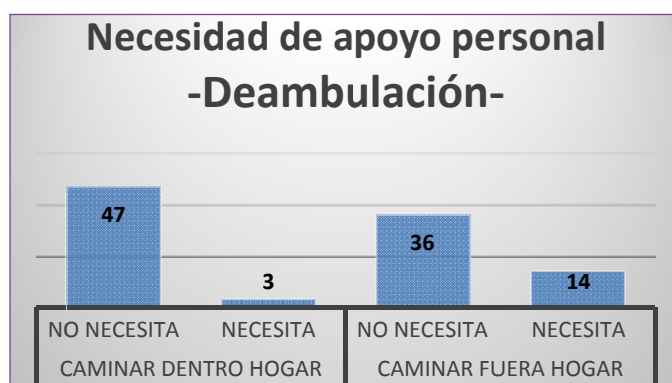


Gráfico. Necesidad de apoyo personal -Deambulaci3n-./ Elaboraci3n propia.

• **Traslado sill3n-cama.** Las necesidades de apoyo por parte de otra persona para llevar a cabo la actividad de "traslado sill3n/cama" fueron las siguientes: para levantarse desde el sill3n o desde la cama, 49 participantes no necesitan apoyo en la actividad y 1 participante s3; sentarse en el sill3n o en la cama, 49

participantes no necesitan apoyo, 1 s3; trasladarse hasta la silla de ruedas para acceder al sill3n o cama y viceversa, 49 participantes no necesitan apoyo y 1 s3 lo necesita; desplazarse desde el sill3n hasta la cama y viceversa, 48 participantes no necesitan apoyo en la actividad y 2 participantes s3 necesitan apoyo.

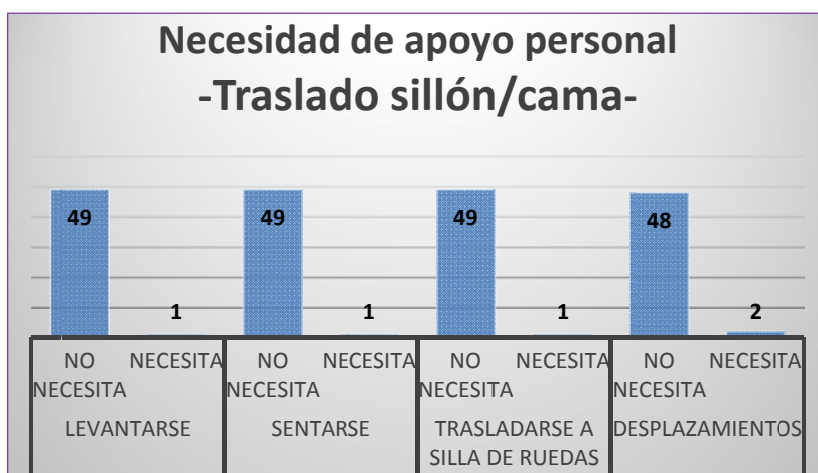


Gráfico. Necesidad de apoyo personal -Traslado sill3n/cama-./ Elaboraci3n propia.

• **Escaleras.** En cuanto a las necesidades de apoyo por parte de otra persona para actividades relacionadas con "escaleras", fueron: de apoyo al subir y/o bajar escaleras dentro de la vivienda, 6 participantes no necesitan apoyo en la actividad, 5 s3 lo necesitan y 39 no

participan en la actividad; apoyo al subir y/o bajar escaleras fuera de la vivienda, 37 participantes no necesitan apoyo en la actividad y 13 participantes s3; en el transporte de objetos mientras se suben/ bajan las escaleras, 29 participantes no necesitan apoyo en la actividad, 18 s3 y 3

no participan en la actividad. Al recoger la información sobre las necesidades de apoyo para subir y/o bajar escaleras dentro de la vivienda, se comprobó que las 39 personas que no participan en la actividad, no tienen escaleras en

su vivienda; también que en el caso de las 3 personas que no participan en la actividad de transportar objetos mientras suben/bajan las escaleras, se debe al gran deterioro de su movilidad.

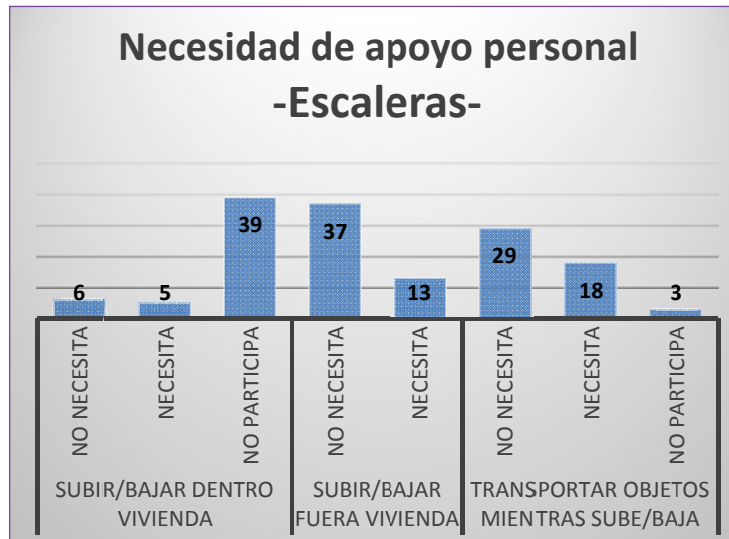


Gráfico. Necesidad de apoyo personal -Escaleras-./ Elaboración propia.

• **Micción.** En relación con las necesidades de apoyo por parte de otra persona para llevar a cabo la actividad de "micción", se obtuvieron los siguientes resultados: vestido y/o desvestido de la ropa de la parte inferior del cuerpo, 48 participantes no necesitan apoyo en la actividad y 2 sí lo necesitan; sentarle, acomodarle y levantarlo del retrete, 49 participantes no necesitan apoyo en la actividad y 1 no participa en la actividad; limpiarle cuando ha terminado de orinar,

49 participantes no necesitan apoyo en y 1 no participa; apoyarle en situaciones de incontinencia, 47 participantes no necesitan apoyo en la actividad y 3 sí necesitan apoyo. En el caso de la única persona que no participa en dos de las tareas desarrolladas, coincide con uno de los participantes que debido al gran deterioro de su movilidad e inexistencia de apoyo personal para desplazarse hasta el inodoro, no va al mismo para orinar, haciéndolo en el pañal.



Gráfico. Necesidad de apoyo personal -Micción-./ Elaboración propia.

• **Deposición.** En cuanto a las necesidades de apoyo por parte de otra persona para llevar a cabo la actividad de "deposición", se obtuvieron los mismos resultados que en la actividad de

"micción", salvo para la última tarea: apoyarle en situaciones de incontinencia, que disminuye la necesidad de apoyo en 1 persona.

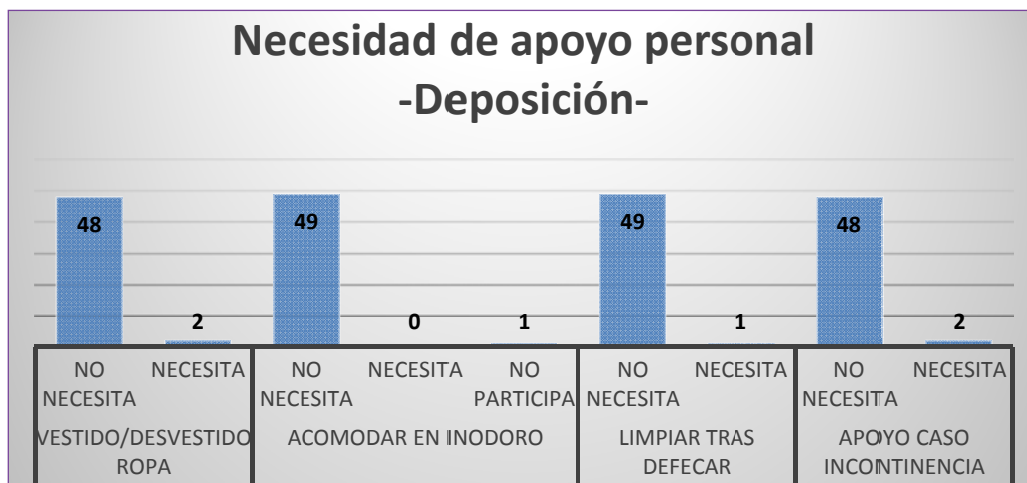


Gráfico. Necesidad de apoyo personal -Deposición-./ Elaboración propia.

• **Alimentación.** Las necesidades de apoyo por parte de otra persona para llevar a cabo la actividad de "alimentación" fueron las siguientes: en el manejo de los utensilios para comer, 49 participantes no necesitan apoyo en la actividad y 1 sí necesita apoyo en ella; en el manejo de los utensilios para beber, 49 participantes no necesitan apoyo y 1 sí lo necesita; en la preparación de la comida para tomarla, 46 participantes

no necesitan apoyo en la actividad y 4 sí necesitan apoyo; en la colocación, preparación y conducción de la comida desde el plato a la boca, 49 participantes no necesitan apoyo en la actividad y 1 sí requiere apoyo; por último, en la colocación, preparación y conducción de los líquidos desde la copa o vaso a la boca, 49 participantes no necesitan apoyo en la actividad y 1 sí lo necesita.

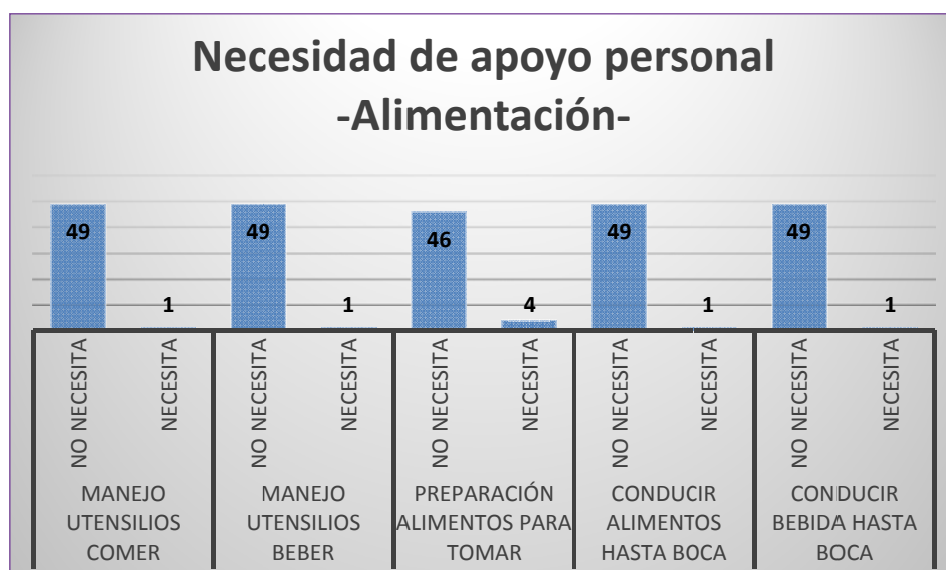


Gráfico. Necesidad de apoyo personal -Alimentación-./ Elaboración propia.

4.3.2. Necesidades de apoyo personal para el desempeño de las actividades instrumentales de la vida diaria

• **Usar el teléfono.** En el estudio sobre las necesidades de apoyo por parte de otra persona para llevar a cabo la actividad de "usar el teléfono", se han

obtenido los siguientes resultados: en acercarle el teléfono cuando lo necesite, 47 participantes no precisan apoyo en la actividad y 3 sí lo necesitan; en apoyarle en el uso del teléfono, 34 no necesitan apoyo y 16 participantes sí lo necesitan.

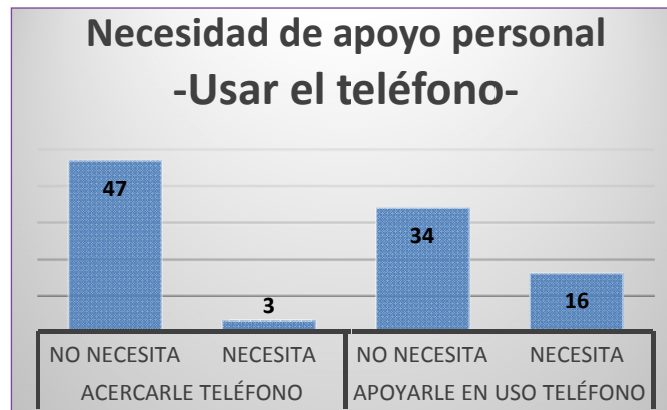


Gráfico. Necesidad de apoyo personal -Usar el teléfono-./ Elaboración propia.

• **Ir de compras.** En relación con las necesidades de apoyo por parte de otra persona para llevar a cabo la actividad de "ir de compras", se obtuvieron los siguientes resultados: en desplazamientos desde casa hasta el establecimiento elegido y viceversa, 32 participantes no necesitan apoyo, 10 sí y 8 no participan en la actividad; en la selección de los productos que se quieren comprar, 33 no necesitan apoyo, 9 sí lo necesitan y 8 no participan en la

actividad; en el abono del importe de la compra, 38 participantes no necesitan apoyo, 5 sí lo necesitan y 7 no participan en la actividad; en el transporte de la compra hasta el domicilio u otro lugar, 13 no necesitan apoyo en la actividad, 29 sí precisan apoyo y 8 no participan en la actividad. Se observó que casi todos los participantes manifiestan tener dificultades para esta actividad; el 58 % de ellos, reconocen necesitar apoyo y el 16% no realizan esta actividad.



Gráfico. Necesidad de apoyo personal -Ir de compras-./ Elaboración propia.

• **Preparación de las comidas.** En cuanto a las necesidades de apoyo por parte de otra persona para llevar a cabo la actividad de "preparación de las comidas", se han obtenido los siguientes resultados: antes de comenzar con la preparación de la comida, 25

participantes no necesitan apoyo, 6 sí lo necesitan y 19 no participan en la actividad (11 hombres); durante la preparación de la comida, 24 participantes no necesitan apoyo, 6 sí lo requieren y 20 no participan en la actividad (11 hombres).

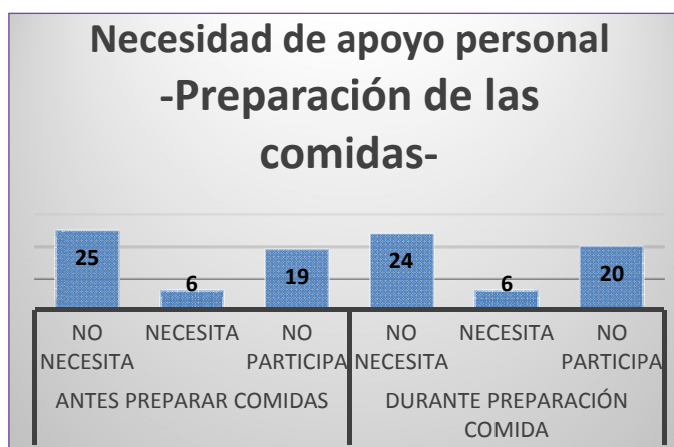


Gráfico. Necesidad de apoyo personal -Preparación de las comidas-./ Elaboración propia.

• **Cuidado de la casa.** En relación con las necesidades de apoyo por parte de otra persona para llevar a cabo la actividad de "cuidado de la casa", se obtuvieron los siguientes resultados: ordenación de enseres del hogar, 29 participantes

no necesitan apoyo, 7 sí necesitan y 14 no participan en la actividad; barrido de suelos, 23 no necesitan apoyo en la actividad, 13 sí necesitan y 14 no participan en la actividad; fregado de suelos, 16 participantes no necesitan



Gráfico. Necesidad de apoyo personal -Cuidado de la casa-./ Elaboración propia.

apoyo, 18 necesitan apoyo y 16 no participan; limpieza del polvo del mobiliario y enseres del hogar, 20 participantes no necesitan apoyo en la actividad, 14 sí lo necesitan y 16 no participan en la actividad; limpieza de ventanas y persianas, 6 participantes no necesitan apoyo, 27 sí lo necesitan y 17 no participan; limpieza de cuartos de baño y/o cocina, 13 no necesitan apoyo, 20 sí lo necesitan y 17 no participan en la actividad; lavar los platos y utensilios de cocina, 28 participantes no necesitan apoyo, 9 sí y 13 no participan en la actividad; uso de electrodomésticos, 35 participantes no necesitan apoyo en la actividad, 2 sí y 13 no participan en la actividad. La mayoría de mujeres manifiesta tener grandes dificultades para la actividad de limpieza de ventanas y persianas.

• **Lavado y cuidado de la ropa.** Las necesidades de apoyo por parte de otra persona para llevar a cabo la actividad de "lavado y cuidado de la ropa", fueron las siguientes: preparación de la ropa para el lavado, 36 participantes no necesitan

apoyo en la actividad, 1 sí lo necesita y 13 no participan en la actividad; lavado de la ropa en lavadora o a mano, 33 no necesitan apoyo, 4 sí lo necesitan y 13 no participan en la actividad; tendido de la ropa en el tendedero, 25 no precisan apoyo, 11 sí y 14 no participan en la actividad; recogido de la ropa del tendedero, 32 participantes no necesitan apoyo, 6 sí lo necesitan y 12 no participan; planchado de la ropa, 17 no necesitan apoyo, 10 sí necesitan y 23 no participan; doblado de la ropa, 30 no necesitan apoyo, 7 sí lo necesitan y 13 no participan en la actividad; guardado de toda la ropa en cajones o lugares de fácil alcance, 30 participantes no necesitan apoyo en la actividad, 6 sí lo necesitan y 14 participantes no participan; guardado de la ropa en altillos de armarios roperos o similares, 9 participantes no necesitan apoyo en la actividad, 27 sí necesitan apoyo y 14 no participan en la actividad. Se observó que ésta última actividad es muy dificultosa para muchas personas mayores.



Gráfico. Necesidad de apoyo personal -Lavado y cuidado de la ropa-./ Elaboración propia.

• **Uso de medios de transporte.** En relación con las necesidades de apoyo por parte de otra persona para llevar a cabo la actividad de "uso de medios de

transporte", se obtuvieron los siguientes resultados: apoyo para viajar en transporte público, 26 participantes no necesitan apoyo, 9 sí lo necesitan, 14 no

participan en la actividad y 1 participante específica que a veces necesita apoyo y otras no, dependiendo de cómo se encuentre en ese momento; apoyo para coger un taxi, 33 no necesitan apoyo, 11 sí y 6 no participan en la actividad; apoyo en el transporte en coche particular o ambulancia, 35 no necesitan apoyo,

13 sí lo necesitan y 2 no participan en la actividad; apoyo en la conducción del coche particular, 5 participantes no necesitan apoyo en la actividad, 0 necesitan apoyo en la actividad y 45 participantes no participan en la actividad (no conducen la mayoría).

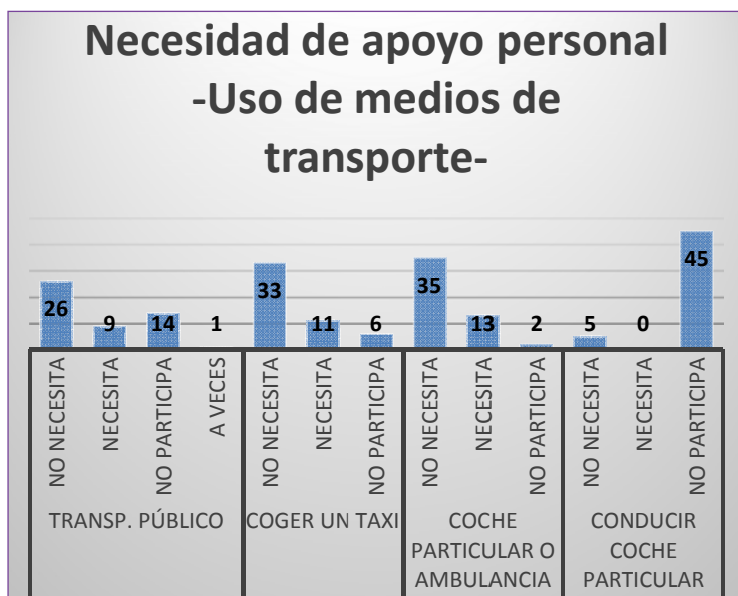


Gráfico. Necesidad de apoyo personal -Uso de medios de transporte-./ Elaboración propia.

• **Responsabilidad en la medicación.** En cuanto a las necesidades de apoyo por parte de otra persona para apoyar la actividad de "responsabilidad respecto a su medicación", se obtuvieron los siguientes resultados: en explicarle de forma comprensiva cómo ha de tomarse la medicación, 32 participantes no necesitan apoyo, 17 sí lo necesitan y 1 participante manifiesta no tomar medicamentos; en recordarle su asistencia a citas médicas, 31 participantes no necesitan apoyo en la actividad, 18 sí lo necesitan apoyo y 1 manifiesta no necesitarlo; en el acompañamiento al centro de salud, 27 no necesitan apoyo, 21 sí lo necesitan, 1 manifiesta no ir al centro de salud y 1 específica que a veces necesita apoyo y otras no, dependiendo de cómo se encuentre en ese momento; en la compra de los medicamentos, 35

participantes no necesitan apoyo en la actividad, 12 sí lo necesitan apoyo y 3 no participan en la actividad (dos no salen de casa); en la preparación de la medicación, 39 participantes no necesitan apoyo, 10 sí lo necesitan y 1 participante manifiesta no tomar medicamentos; en la administración de los medicamentos, 46 participantes no necesitan apoyo en la actividad, 3 sí lo necesitan y 1 participante manifiesta no tomar medicamentos; en la supervisión de la toma de medicamentos, 31 participantes no necesitan apoyo, 18 sí lo necesitan apoyo y 1 manifiesta no tomar medicamentos.

En el caso de la persona que manifiesta no participar en todas las tareas de esta actividad, se nos informó de que se trataba de una mujer con indicios demencia.

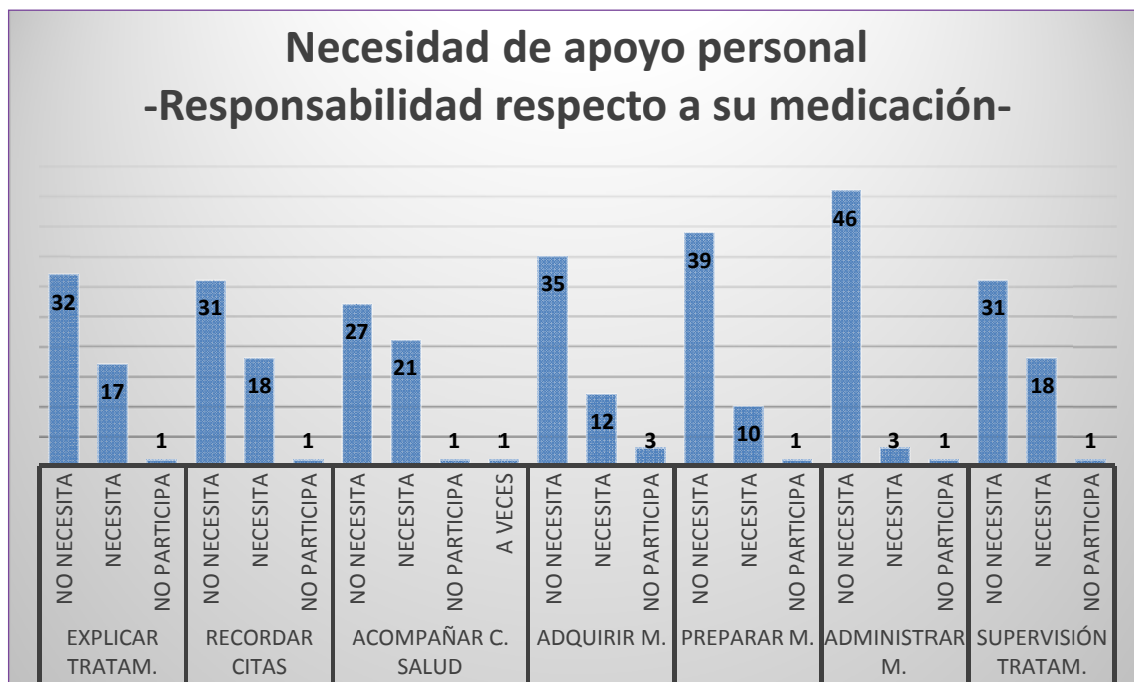


Gráfico. Necesidad de apoyo personal -Responsabilidad respecto a su medicación-./ Elaboración propia.

• **Manejo de asuntos económicos.** Por último, en cuanto a las necesidades de apoyo por parte de otra persona para la actividad de "manejo de asuntos económicos", se obtuvieron los siguientes resultados: en el manejo económico de gastos diarios, 35 participantes no necesitan apoyo en la actividad, 11 sí lo necesitan y 4 participantes no participan en la actividad; en el manejo económico de gestión de ingresos y gastos, 23 no necesitan apoyo, 16 sí lo necesitan y 11 participantes no participan en la actividad; en el manejo económico de cálculo de ingresos y gastos, 36 no necesitan apoyo, 9 sí lo necesitan y 5 participantes no participan en la actividad; en el manejo económico de distinción de dinero o de la tarjeta de crédito, así como guardar el dinero en el monedero, 40 participantes no necesitan apoyo, 6 sí lo precisan y 4 no participan en la actividad.

no participan en la actividad; en el apoyo en el cálculo de los ingresos y los gastos, 36 no necesitan apoyo en la actividad, 9 sí y 5 no participan; en la distinción de monedas y billetes, 38 participantes no necesitan apoyo, 10 sí lo requieren y 2 no participan en la actividad; en el manejo del dinero o de la tarjeta de crédito, así como guardar el dinero en el monedero, 40 participantes no necesitan apoyo, 6 sí lo precisan y 4 no participan en la actividad.

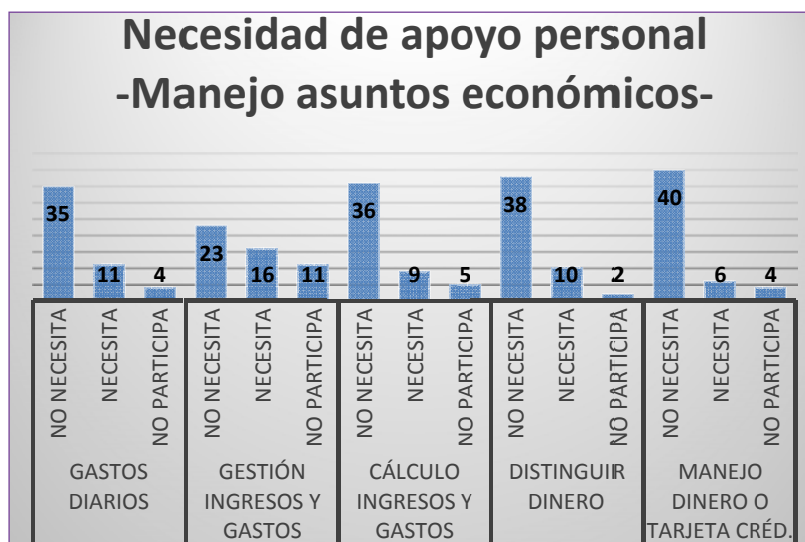


Gráfico. Necesidad de apoyo personal -Manejo asuntos económicos-./ Elaboración propia.

4.4. Algunos aspectos físicos, psicológicos y ambientales condicionantes de la capacidad funcional para el desempeño de las actividades de la vida diaria de las personas participantes

4.4.1. Algunos aspectos físicos de la capacidad de desempeño: la salud

En este apartado se han valorado dos aspectos: el primero, se refiere a la percepción del estado de salud; el segundo, a los problemas de salud percibidos y las repercusiones de tales patologías en relación con el desempeño de las AVD. Respecto a la segunda cuestión, se exponen relatos cortos de los

propios participantes en relación a cómo les afecta cada una de las problemáticas de salud expresadas y cómo ello repercute en su vida diaria; se ha respetado la forma en que nuestros participantes han nombrado "sus problemas de salud" y éstos se agrupan según las categorías que les han dado sus actores, respetando las combinaciones que han realizado.

A) Percepción del estado de salud. En el Gráfico 4.1., podemos observar que la percepción por parte de las personas participantes en relación con su estado de salud es la siguiente: el 16% muy mala; el 20% mala; el 40% regular; el 20% buena; y el 4% muy buena.

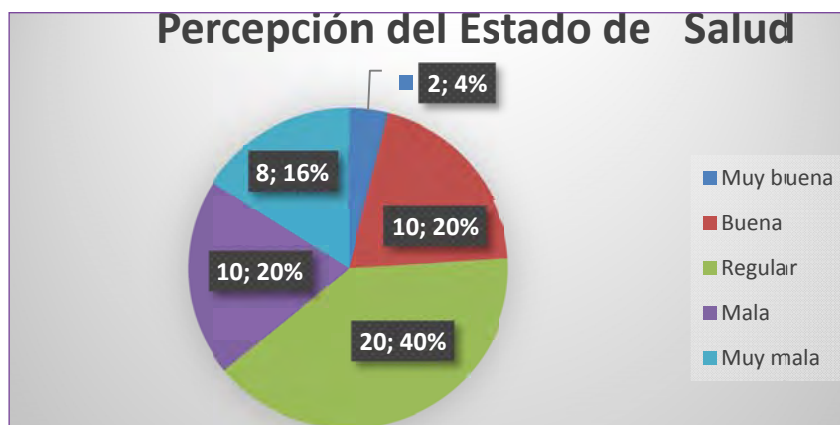


Gráfico. Percepción del Estado de Salud. / Elaboración propia.

B) Problemas de salud percibidos y repercusiones en el desempeño de AVD. A continuación se exponen los problemas de salud percibidos por las personas

encuestadas y algunos testimonios sobre cómo cada uno de ellos les afecta en relación con el desempeño de las actividades de su vida diaria.

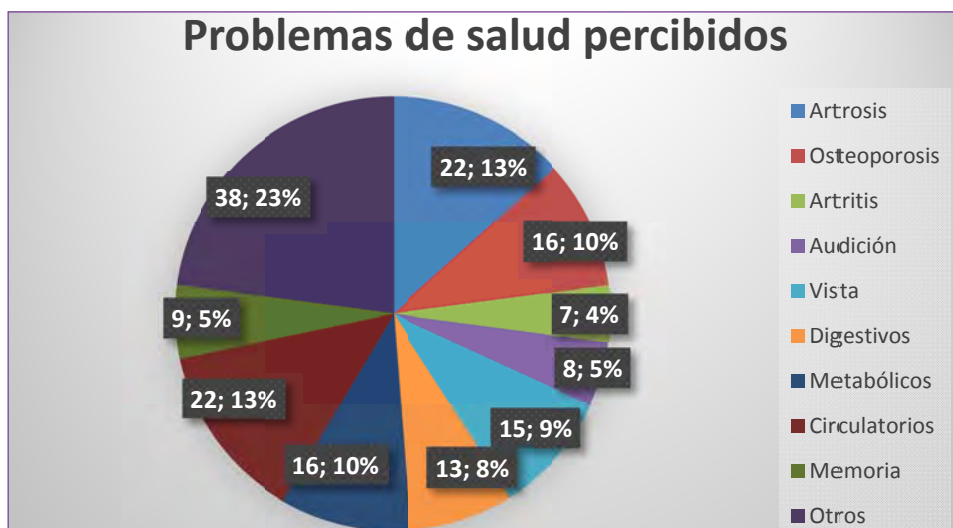


Gráfico. Problemas de salud percibidos. / Elaboración propia.

Sistema muculoesquelético:

- **Artrosis.** Un 44% de las personas participantes manifiesta tener artrosis y dicen verse afectadas por mucho dolor y falta de movilidad en una o varias articulaciones, reconociendo que la conjunción de ambos factores les incapacita para algunas de las AVD, entre las cuales destacan: abrir botes, subir y bajar escaleras, agacharse, subirse en alto, andar o limpiar el hogar.

Algunos discursos que argumentan esta afirmación fueron los siguientes: “Me afecta a la movilidad y a que no puedo hacer esfuerzos como abrir botes ... me produce mucho dolor y ello me incapacita para mover las articulaciones” o “me provoca mucho dolor e inmovilidad sobre todo al agacharme, subir escaleras, limpiar en la casa ...”.

- **Osteoporosis.** El 32% manifiesta tener osteoporosis y señalan como principales consecuencias la fragilidad en los huesos y la necesidad de tener mucho cuidado con no caerse para evitar fracturas, lo cual les genera inseguridad, pérdida de fuerza y de equilibrio, y, en consecuencia, limitaciones para las AVD, destacando entre ellas: abrir botes, coger peso, agarrar cosas o caminar. Algunos argumentos fueron: “un día me caí sin tropezar ni nada y se me rompió la cadera” o “me limita a la hora de abrir botes con las manos y a la movilidad”.

- **Artritis.** Un 14% reconocen tener artritis reumatoide y refieren verse afectadas por la inflamación, deformidad y dolor en articulaciones, sobre todo en manos y pies; en consecuencia, manifiestan tener limitaciones al realizar las AVD, destacando tener dificultades para caminar o hacer actividades con las manos. Algunos discursos fueron: “tengo los dedos de las manos y de los pies engarrotados ... los pies sobre todo me limitan mucho porque cojeo y me cuesta andar” o “me provoca mucho dolor y me quita las ganas de hacer actividades ... tengo que tomar analgésicos todos los días”.

- **Artrosis, osteoporosis y/o artritis.**

Existe un 24% de participantes que manifiestan tener dos o los tres problemas osteomusculares anteriores; dos de estas personas argumentan lo siguiente: “tengo muchos dolores ... me afecta al realizar las actividades cotidianas ... el día que realizo actividades no duermo bien por la noche y al día siguiente estoy resentida ... no puedo abrir botes o latas ...” o “los dos pies me duelen mucho y los tengo deformados, no tengo fuerzas en las manos para hacer las cosas ... me canso y me tengo que sentar cuando estoy haciendo actividades ... me pongo de muy mal humor porque no me cunde hacer las cosas ...”.

Sistema nervioso y de los sentidos:

- **Alteraciones del Oído.** El 16% de las personas participantes manifestaron tener alteraciones del oído y argumentaron “no escuchar bien”, teniendo afectada su capacidad de realizar actividades que impliquen relaciones con otras personas. Algunos de los discursos aclaratorios fueron los siguientes: “no escucho nada si no tengo puesto el aparato del oído ... algún día me ha llamado mi hija por teléfono y como no lo tenía puesto, no he oído al teléfono ... la pobre llegó a mi casa al poco asustada ... mi hija está intranquila” o “me afecta muy mal porque no me entero de nada y por eso no tengo ganas de estar con la gente ...”.

- **Alteraciones de la Vista.** Un 30% reconocieron tener alteraciones de la vista; mayoritariamente manifestaron no ver bien o nada, tener que usar gafas y tener inseguridad al desempeñar AVD, siendo las actividades para las cuáles argumentan tener dificultades las siguientes: leer, escribir, ver de lejos o de cerca, coser, andar o ver la televisión. Algunos argumentos fueron: “tengo visión doble ... al bajar o subir escaleras me encuentro muy insegura ... no realizo muchas actividades por inseguridad ... todo me parece muy peligroso” o “no

puedo leer ni escribir de cerca, no me atrevo a salir solo ... salgo solo si voy acompañado y con mucho cuidado ...”.

- **Pérdida de memoria.** El 18% de las personas participantes manifestaron tener alteraciones de la memoria; reconocen tener muchos olvidos, no acordarse de lo que iban a hacer y acordarse de la información antigua pero no de la reciente, entre otras.

Estas pérdidas relacionadas con la memoria les afectan en el desempeño de varias actividades como al ir de compras, acordarse de citas médicas, hacer comidas, leer o escribir, entre otras. Algunos testimonios fueron: “no retengo las palabras y la información ... no me entero de lo que leo ... invierto el orden de las palabras al escribir y me cuesta mucho redactar” o “un día perdí el conocimiento totalmente ... me dicen que estuve hablando con el médico y le dije cosas, pero yo no recuerdo nada ... el médico me dijo que tuve una pérdida de memoria global ... desde entonces me duele mucho la cabeza, tengo muchos olvidos ... a veces me he dejado la hornilla encendida y se me ha quemado la comida ... mi marido tiene que estar pendiente de mi”.

Aparato Gastrointestinal:

El 28% de las personas participantes manifestaron padecer trastornos de los dientes, hepatitis, hernias inguinal, umbilical y de hiato; además, señalan tener problemas económicos para conseguir comprarse una dentadura postiza; les afecta principalmente a la actividad de alimentarse, aunque también a otras como agacharse o cortarse las uñas de los pies. Algunos discursos son: “tengo una hernia de hiato ... no puedo agacharme, calzarme o cortarme las uñas de los pies porque tengo la barriga muy hinchada ... las comidas no me caen bien” o “apenas tengo dientes; necesito una dentadura pero no tengo dinero ... me afecta a que tengo que comerme toda la comida triturada”.

Sistema endocrino:

El 32% manifestaron tener Diabetes Mellitus, argumentando como consecuencias las siguientes: necesidad de extremar los cuidados en relación con la alimentación, la higiene corporal y la toma de la insulina u otros tratamientos, el decaimiento físico cuando les baja el azúcar en la sangre o sudores y malestar cuando les sube, la pérdida de visión, aumento de gastos por tener que llevar una alimentación especial y los cambios de ánimo. Tan solo cuatro de las dieciséis personas que reconocen tener diabetes, no toman insulina y la tienen controlada con otra medicación y el control alimenticio; estas consecuencias, afectan a diversas AVD. A continuación reflejamos los argumentos de dos personas: “No puedo comer de todo ... me encuentro con poca alegría y cambios de carácter ... tengo que tener mucho cuidado con los pies ... no me pongo insulina, me tomo pastillas” o “tengo que ponerme cuatro veces al día insulina ... A veces me sube a 300 ... ello me afecta a que tengo dolor de cuello y de cabeza, tengo muy mal cuerpo, me mareo ... y así no puedo hacer nada”.

Sistema cardiovascular y sanguíneo:

Un 44% de personas reconocieron tener enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio como: cardiopatía isquémica, infarto de miocardio, angina de pecho, hipertensión, hipotensión, insuficiencia cardíaca, enfermedades cerebrovasculares, varices y otros trastornos circulatorios. Las personas afectadas manifestaron que tales enfermedades les limitaban para algunas AVD como caminar, agacharse, acostarse, levantarse, subir cuevas o escaleras. Algunos argumentos fueron: “hace tiempo me dio un ataque fuerte al corazón ... me ha afectado a que no puedo subir cuevas, me canso cuando ando y tengo que parar continuamente” o “cuando me sube la tensión, me entra mucho dolor de cabeza, me mareo, me noto mal ... no me encuentro bien para hacer actividades”.

Varios:

Además de los problemas de salud referenciados y en menor proporción, las personas participantes manifestaron estar afectadas por otros 38 problemas de salud como tumores, asma, epilepsia, psoriasis, úlceras, incontinencia urinaria, insomnio y otros; también consideraron el dolor, los temblores, la ansiedad, los vértigos, las caídas, el estreñimiento como enfermedades muchos de ellos. No se exponen aquí, por ser escasos y no proporcionar información relevante los casos que comentaron las repercusiones en relación con las AVD.

4.4.2. Algunos aspectos psicológicos de la capacidad de desempeño: la tristeza

A) Percepción de la frecuencia de sentimientos de tristeza. En el gráfico de la derecha, podemos observar que la percepción por parte de las personas participantes en relación con la frecuencia del sentimiento de tristeza es el siguiente: el 2% manifiesta no estar nunca triste; un 32% estarlo algunas veces; el 32% sentirse triste bastantes veces; el 28% casi siempre; y por último, un 2% manifiesta sentirse siempre triste.

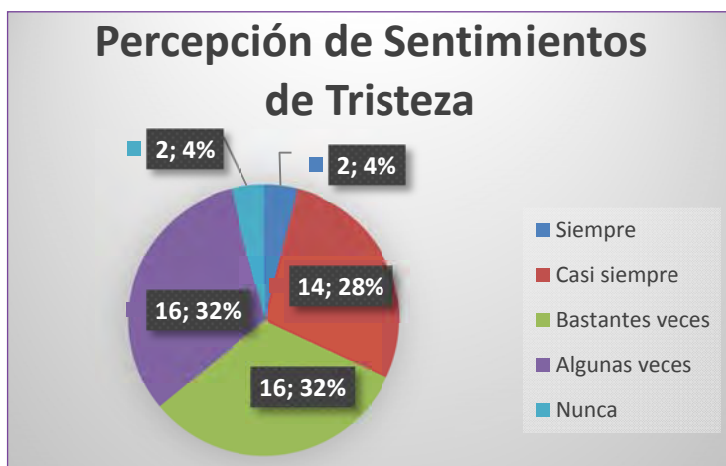


Gráfico. Percepción de Sentimientos de Tristeza./ Elaboración propia.

B) Repercusiones del sentimiento de tristeza en el desempeño de AVD.

Cuando se sienten tristes las personas participantes, manifiestan que su capacidad para desempeñar determinadas AVD les afecta de la siguiente manera:

- Desgana para realizar las AVD: El 48% (24 personas) manifiesta no tener ganas de desempeñar algunas o todas las AVD. El discurso más repetido es "no tengo ganas de hacer nada". Algunas personas añaden que esta situación les genera falta de ilusión y desánimo; otras reconocen no salir de casa cuando se encuentran tristes.
- No les afecta para realizar las AVD: El 26% (13 personas) manifiesta que la tristeza no les afecta en el desempeño de sus AVD. No obstante, algunas personas

matizan lo siguiente: "al no tener a nadie me tengo que aguantar", "sigo adelante porque no me queda otro remedio" o "se me pasa pronto"; una de las personas, manifiesta: "se me pasa cuando hago actividades".

- Otras respuestas: El 26% restante, hicieron alusión a las causas que les provoca la tristeza o a los sentimientos que experimentan con ella. Dos de ellas, manifiestan que debido a los fuertes y continuos dolores que padecen no pueden hacer nada, dependiendo de familiares para las AVD; otras, que la dependencia familiar para algunas AVD, les causa mucha tristeza y sufrimiento; algunas, que les afecta mucho a sus relaciones con las demás personas y con el entorno; otras, hacen alusión a la soledad o a consecuencias físicas "se me

ator la garganta y no puedo respirar"; por último, hay quien recurre a su positivismo para sentirse "fortalecida" ante la tristeza.

4.4.3. Algunos aspectos ambientales de la capacidad de desempeño: las barreras arquitectónicas, los productos de apoyo y las actividades sociales

A) Existencia de barreras arquitectónicas

En el gráfico de abajo, podemos observar que según manifiestan las personas participantes: el 12% tienen barreras

arquitectónicas en el hogar y no en su entorno; el 18% tienen barreras en su hogar y en su entorno; el 26% no tienen barreras en el hogar ni en su entorno; y el 44% no tienen barreras en su hogar, pero sí en su entorno.

En cuanto a las barreras arquitectónicas existentes en el hogar y/o entorno de las personas participantes, el 36% (18 personas) manifiesta no verse afectados por ellas, mientras que el otro 64% (32 personas) reconocen sí estarlo.

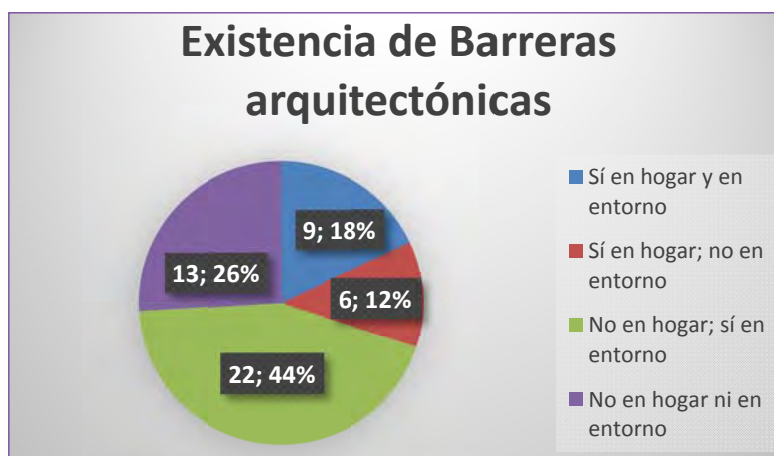


Gráfico. Existencia de Barreras arquitectónicas. / Elaboración propia.

En el caso de las personas afectadas por las barreras arquitectónicas, a continuación se exponen el tipo y cómo les afectan en cuanto al desempeño de sus AVD:

- Escaleras: Del total de personas que reconocen verse afectadas por barreras arquitectónicas, el 87,5% (28 personas) señalan las escaleras como la barrera que les afecta. De este porcentaje, el 75% manifiesta que les cuesta mucho, se cansan mucho o les duele alguna parte del cuerpo al subir/bajar escaleras; el 7% necesitan acompañamiento para desempeñar la actividad por miedo a caerse durante la misma; el 11% necesitan ayuda de dos personas para subir/bajar escaleras en su silla de ruedas, manifestando dos de ellas lo siguiente: "solo salgo cuando viene la ambulancia a por mí para ir a urgencias... estoy desesperado de estar siempre aquí encerrado" y "no puedo salir a la

calle por las escaleras que hay hasta el portal... necesitaría a dos personas fuertes para que me bajasen sentada en la silla de ruedas... solo se salido cuatro veces desde el último año y medio porque han venido con la ambulancia a llevarme a urgencias"; por último, el otro 7% actualmente han conseguido solventar dichas dificultades mediante la adaptación de su vivienda a sus necesidades, acomodando en la planta baja las habitaciones necesarias para su vida diaria.

- Rampas y obstáculos en las aceras: Del total de personas que reconocen verse afectadas por barreras arquitectónicas, el 12,5% (4 personas) señalan las rampas y obstáculos en las aceras como las barreras que les afectan. De este porcentaje, el 75% (3 personas) utilizan andador y/o bastón para desplazarse por las barreras mencionadas.

B) Los productos de apoyo utilizados.

Los productos de apoyo que las personas participantes manifestaron utilizar fueron los siguientes: ninguna (15 personas), andador (10 personas), muleta (6 personas), bastón (9 personas), silla de ruedas (3 personas), silla de ruedas inodora (1 persona), plato de ducha (14

personas), asiento para la ducha-bañera (8 personas), asideros en plato de ducha o bañera (17 personas), cepillo con mango largo para la ducha (7 personas), abridor de botes y latas (2 personas), carro de la compra (2 personas), lupa (1 persona), gafas (1 persona) y rodilleras (1 persona).

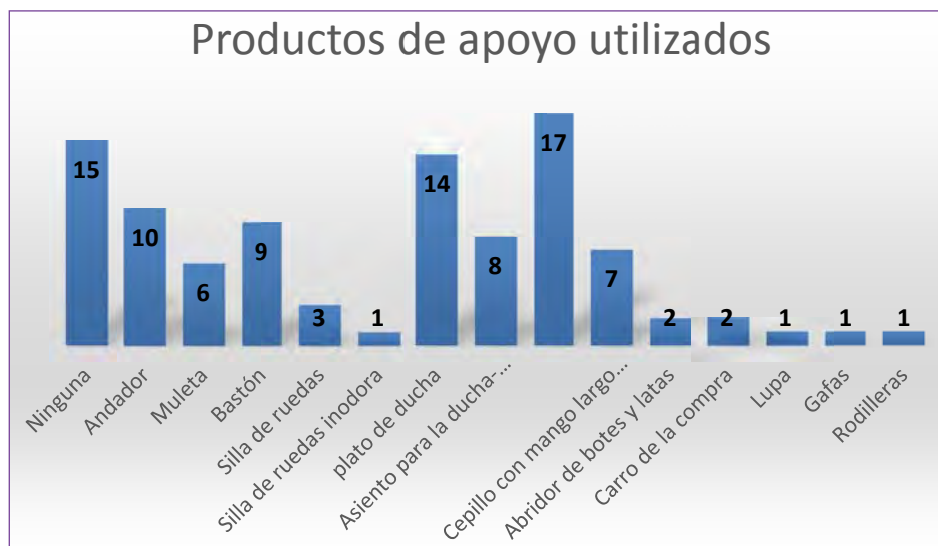


Gráfico. Productos de apoyo utilizados. / Elaboración propia.

En relación con cómo les beneficia cada uno de estos productos de apoyo argumentaron lo siguiente:

- **Andador:** les permite desplazarse tanto dentro del hogar como fuera de él a personas que sin él no podrían hacerlo, algunas argumentan que les aporta seguridad al caminar, otras que les sirve para descansar si lo necesitan mientras se desplazan; una de ellas argumenta que "el andador son mis pies y mis manos" y otra persona que solamente lo usa si va cerca, ya que si es grande la distancia que ha de recorrer necesitaría ir en silla de ruedas.
- **Muleta:** les ayuda a desplazarse dentro y fuera del hogar.
- **Bastón:** suelen utilizarlo para desplazarse sobre todo en la calle, aunque una persona lo utiliza junto con el andador para desplazarse dentro del hogar (se apoya con la mano izquierda en el andador, mientras con la izquierda dirige el paso con

el bastón); les aporta seguridad y tranquilidad; una persona argumenta utilizarlo solamente "para caminar en la calle cuando me encuentro mareada e inestable".

- **Silla de ruedas:** las personas entrevistadas manifiestan utilizarla solo para desplazamientos fuera del hogar o cuando van lejos; una de ellas añade que solamente sale a la calle si alguien puede sacarla de casa.
- **Silla de ruedas inodora:** la persona que la utiliza argumenta que le sirve para que le trasladen a la cama desde su sillón para asearse y para defecar cuando viene su auxiliar de ayuda a domicilio y tiene ganas de hacerlo.
- **Plato de ducha:** les facilita ducharse y les aporta seguridad en la actividad.

Asiento para la ducha-bañera: les facilita la actividad de la ducha o baña, aportándoles estabilidad y seguridad mientras la desempeñan.

- Asideros en plato de ducha o bañera: la mayoría de las personas argumentan que les aportan seguridad y tranquilidad para no caerse durante la actividad, al sujetarse a ellos mientras están de pie.
- Cepillo con mango largo para la ducha: la mayoría de las personas participantes lo usan para enjabonarse la espalda, aunque también para llegar a otras zonas donde no llegan con las manos.
- Abridor de botes y latas: les facilita abrir todo tipo de tarros y latas para la comida sin forzar las muñecas.
- Carro de la compra: las dos personas que lo utilizan, lo hacen para desplazarse en la calle y argumentan que con él se sienten más seguras que con el andador.
- Lupa: la única persona que manifiesta utilizarla lo hace "para ver los números".
- Gafas: la persona que las utiliza argumenta que le permite ver y le protege además del sol.
- Rodilleras: una persona las utiliza para caminar porque le duelen mucho las rodillas.

Una de las respuestas que merece la pena destacar al preguntar a uno de los participantes que acompañaba a su esposa -con cierto grado de demencia- en la calle fue: "Mira...[me hace señas para que vea cómo va cogido del brazo de su cónyuge] el cariño es la muleta que mi mujer necesita".

Otras ayudas técnicas que manifestaron conocer aunque no las utilizarasen y que podrían ayudarles a mejorar la realización de algunas de las AVD, fueron las siguientes: alfombrillas con ventosas para no resbalarse en la ducha o bañera, cepillo de peinarse con mango largo, ropa con mangas abiertas, ropa abierta con velcros, alzas para el WC y bidé, calzadores, pasamanos o barandillas, teleasistencia, artilugios para agarrar las asas de las bolsas de la compra, cepillos para limpiar cristales, muletas con 2 o 4 patas, botella de micción masculina, cama articulada con colchón antiescaras y cojín antiescaras.

C) Actividades sociales que practica habitualmente. En el gráfico de abajo, podemos apreciar que las personas participantes manifiestan lo siguiente: el 18% no participa en ninguna actividad social, el 46% participa en una actividad, el 8% participa en 2 actividades y por último, el 28% practican 3 o más



Gráfico. Actividades Sociales practicadas. / Elaboración propia.

actividades.

Las actividades más practicadas habitualmente son las siguientes: 1) Gimnasia (16 personas); 2) Manualidades y reuniones con amistades (8 personas); 3) Reuniones familiares (6 personas); 4) Taichí e informática (5 personas); 5) Taller de memoria, taller de coro, conversar con amigos/as, caminar y paseos con la familia (4 personas); 6) Educación de adultos y juegos de mesa (2 personas); y por último, 7) baile, teatro, poesía,

costura, lectura, senderismo, yoga, natación, carrera y petanca (1 persona).

Algunas personas que manifestaron no practicar ninguna actividad social, reconocieron que les gustaría participar en ellas pero que no lo hacen por motivos como: no tener quien les acompañe, no salir de casa para nada o no tener ganas de vivir; otras personas, se limitaron a responder que no realizaban actividades sociales.



Gráfico. Actividades Sociales practicadas. / Elaboración propia.

A continuación se indica cómo les influye la práctica habitual de cada una de estas actividades sociales en el desempeño de sus AVD:

- Gimnasia, Taichí y Baile: Las personas que practican esta actividad manifiestan encontrarse mejor de salud, con más energía y vitalidad, más distraídas y alegres; también expresan que les ayuda a relacionarse con otras personas y a tener una actitud más positiva para afrontar las dificultades de su vida cotidiana. La práctica de esta actividad de forma habitual les ayuda a estar más activas y con ánimos para desempeñar las AVD.
- Manualidades y costura: Quienes

practican esta actividad reconocen encontrar alivio, alegría, distracción y ello les anima a desempeñar las AVD.

- Reuniones y conversaciones con amigos/as: Les aporta ilusión, mejora el ánimo, se distraen, se ríen, les sirve de compañía y todo ello, les motiva para ejecutar las AVD.
- Reuniones y paseos familiares: Les anima, distrae, sacan de la rutina, les ayuda a estar más activas y animadas, juegan con los nietos... ello les anima a desempeñar las AVD.
- Informática: Son contradictorios los beneficios que esta actividad generan a unas u otras personas; mientras que a algunas de las personas que practican

la actividad les gusta, distrae y les sirve para relacionarse, animándoles para realizar luego las actividades cotidianas; otras, manifiestan ponerse nerviosas por no ser capaces de seguir el ritmo general de la clase y ello les desanima y les quita las ganas para realizar las AVD.

- Escuela de adultos y talleres de memoria, lectura, coro, teatro y poesía: Les ayuda a sentirse mejor, a estar más animadas, a distraerse, a relacionarse con otras personas, a pensar y estimular la mente... ello les beneficia en hacer las AVD con más entusiasmo y mejor.
- Caminar, carrera, senderismo, yoga, natación e ir al gimnasio: les aporta un estilo de vida saludable, mejor estado físico y mental, distracción y desempeñan con más facilidad las AVD.
- Juegos de mesa y petanca: les sirve para relacionarse, hacer amigos, distraerse y estar más animados; ello aumenta las ganas de hacer las AVD.

5. Discusión

El presente estudio nos ha permitido detectar y describir las necesidades de apoyo personal percibidas por personas mayores de la zona norte de Granada en relación con cada una de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, respondiendo así a nuestro objetivo general. En cuanto a los objetivos específicos que han permitido la consecución de este cometido, se comentan a continuación.

En relación con el conocimiento del perfil sociodemográfico de las personas participantes, la muestra se caracteriza por el predominio de los siguientes rasgos distintivos: género femenino, edad entre 65 y 69 años (siendo la media de edad de 76 años), estado civil casado/a, procedencia de municipios andaluces, convivencia en pareja, con nivel de instrucción que se limita a saber leer y escribir, con ocupación laboral previa a la jubilación de "sus labores o amas de casa", con ingresos mensuales inferiores al S.M.I. (<645,30€

mes), con apoyo domiciliario consistente en el servicio de teleasistencia y apoyo familiar, y por último, sin reconocimiento de situaciones de dependencia, discapacidad o Gran Invalidez.

Algunos aspectos a destacar en relación con este perfil fueron los siguientes: las mujeres que enviudan predominan con respecto a los hombres que quedan viudos, 32% frente al 10% respectivamente; el porcentaje de mujeres que viven solas (26%) también es muy superior al de hombres que viven solos (4%); más del doble de las personas que no saben leer ni escribir corresponde al género femenino; es muy significativa la correspondencia de bajos ingresos en relación con el género, ya que mientras que solo el 6% de los hombres perciben ingresos inferiores al S.M.I., el 46% de mujeres recibe retribuciones por debajo de este indicador; por último, conviene resaltar que las 3 personas más dependientes de la muestra, no tienen reconocida la discapacidad (las 3 necesitan silla de ruedas para desplazarse fuera del hogar y 2 de ellas también para dentro del hogar), cuestión que debe servirnos para cuestionarnos las cifras estadísticas sobre personas con discapacidad, dependencia u otro tipo de incapacidades, ya que el reconocimiento de tales situaciones deja a muchas personas afectadas por dichas situaciones fuera de los estudios estadísticos que las califican como tales.

En cuanto a la valoración de capacidad funcional para las actividades de la vida diaria (básicas e instrumentales) de las personas mayores participantes, se puede extraer de los resultados la siguiente información:

En relación con las ABVD, la muestra se caracteriza por el predominio de la situación de "Dependencia escasa" (54%), seguida de situaciones de: "Dependencia moderada" (30%), "Dependencia importante" (8%), "Independencia" (8%) y "Dependencia total" (6%). Si desglosamos cada una de las actividades básicas estudiadas, obtenemos los siguientes resultados:

- La mayor independencia fue en la actividad de "deposición" (94%), seguida de "ir al inodoro" (88%), "micción" (86%) y "traslado sillón-cama" (86%), "alimentación" (65%), "baño-ducha" (60%), "vestido" (53%), "deambulación" (42%), "aseo" (38%) y "escaleras" (34%).

- La mayor dependencia fue en la actividad de "baño-ducha" (12%), seguida de la de subir y bajar "escaleras" (4%) y todas las demás: "deposición", "micción", "ir al inodoro", "traslado sillón-cama", "vestido", "deambulación" y "aseo" que puntuaron un 2%, salvo la de "alimentación" que puntuó 0%.

- En general, no se observan diferencias significativas en cuanto al género de las personas participantes en el desempeño de ninguna de las ABVD.

Se confirma, tal y como argumenta Corregidor (2010) al describir la actividad "baño e higiene personal", que la ejecución independiente de la actividad "baño-ducha" suele ser la primera actividad de auto-mantenimiento afectada cuando la persona mayor experimenta un deterioro funcional; sin embargo, los resultados obtenidos contradicen que el "aseo (higiene personal)" también lo sea, junto con el "baño-ducha" tal y como afirma Corregidor.

En relación con las AIVD, la muestra se caracteriza por el predominio de la situación de "Dependencia moderada" (66%), seguida de "Dependencia alta" (30%) e "Independencia" (4%). Si desglosamos cada una de las actividades instrumentales estudiadas, obtenemos la siguiente información:

- La mayor independencia fue en la actividad de "responsabilidad respecto a su medicación" (66%), seguida de las actividades de "usar el teléfono" y "cuidado y lavado de la ropa" (56%), "preparación de las comidas" y "uso de medios de transporte" (42%), "cuidado de la casa" (30%), "manejo de asuntos económicos" (28%) y por último, "ir de compras" (8%).

- La mayor dependencia fue en la actividad de "cuidado y lavado de la ropa" (34%), seguida de las siguientes: "cuidado de la casa" (26%), "preparación de las comidas" (22%), "manejo de asuntos económicos" (20%), "ir de compras" (10%), "responsabilidad respecto a su medicación" (4%) y en último lugar, "usar el teléfono" y "uso de medios de transporte" (2%).

- Respecto a las AIVD, sí que se observan grandes diferencias en cuanto al género de las personas participantes en el desempeño de cuatro de las actividades; debido su relevancia, se comentan individualmente:

- en "preparación de las comidas" se observa que 17 de las 32 mujeres que componen la muestra planean, preparan y sirven las comidas independientemente, mientras que solamente lo hacen 4 de 18 hombres estudiados;

- en el "cuidado de la casa", 12 mujeres de las 32 encuestadas mantienen la casa solas o con ayuda ocasional (para trabajos pesados), mientras que tan solo 3 hombres de los 18 encuestados desempeñan esa labor; también se ha de resaltar que 9 hombres no participan en ninguna labor de la casa, mientras que solamente 4 mujeres no lo hacen por razones de dependencia;

- en relación el "lavado y cuidado de la ropa" 24 de las 32 mujeres lavan toda su ropa, mientras que tan solo 4 de los 18 hombres realizan esta actividad; además, se destaca que 12 hombres no participan en absoluto en la actividad, mientras que tampoco lo hacen 5 mujeres por razones de salud;

- por último, en el "manejo de asuntos económicos" se encargan de sus asuntos económicos sin ayuda alguna, 1/13 mujeres casadas frente a 6/13 hombres casados; mientras que para la tarea de realizar las compras de cada día, las realizan 11/13 mujeres casadas frente a 5/13 hombres casados;

- Otro aspecto a resaltar es que en la actividad "ir de compras", el criterio de tener en cuenta solamente la máxima dependencia o independencia no aporta mucha información, ya que es precisamente en otra de las categorías -no situada en los extremos-, denominada "puede hacer las compras pequeñas independientemente" el valor más relevante y donde se sitúan el 66% de las personas encuestadas.

En cuanto a la actividad de "preparación de las comidas", que Corujo (2010) contempla como "cocinar", la autora manifiesta que hasta hace poco ha sido una actividad desarrollada fundamentalmente por mujeres; los resultados del estudio corroboran que la actividad es desempeñada esencialmente por mujeres, siendo escasos los hombres que la realizan con independencia. Algunos hombres reconocen calentar las comidas, pero no cocinar porque lo hacen sus esposas o alguna persona contratada para ello.

En relación con las actividades de "cuidado de la casa" y "lavado y cuidado de la ropa", que Corujo (2010) las incluye en la actividad de "mantenimiento y organización del hogar", nuestra autora hace referencia a tres factores que pueden justificar las diferencias de género en el desempeño de tales actividades encontradas en los resultados del estudio: una, la creencia compartida por personas mayores en nuestro país sobre que las mujeres son quienes principalmente desempeñan estas tareas; dos, que la limpieza de la vivienda es la actividad para la que se presenta una mayor dependencia; y tres, que en la realización de estas tareas, los hombres dependen de la ayuda de alguna mujer, tratándose de una dependencia cultural y no por el deterioro de la salud, mientras que las mujeres que reconocen necesitar ayuda para ejecutar estas tareas, sí tienen problemas de salud que les limitan para el desempeño de las mismas. Los datos obtenidos, confirman tales justificaciones; no obstante, para corroborar esta afirmación, se expresan algunos

testimonios de los hombres al respecto: "no hago las tareas de casa porque tengo en casa quien lo hace", "tengo una mujer que me limpia", "no suelo hacerlo", "no lo hago, pero podría ... yo soy de los antiguos", "no suelo hacerlo, aunque a veces sí lo hago, si no puede mi mujer" o "solo recojo la ropa", son algunos de los discursos de hombres que argumentan no hacer este tipo de tareas.

En relación con el "manejo de asuntos económicos", Corujo (2010) establece dos niveles: el primero, se relaciona con los gastos del día a día (realización de compras, cobertura de necesidades del hogar...); el segundo, con la gestión de ingresos y gastos (pago de recibos puntuales o impuestos, planificación de presupuestos...). La autora no hace alusión a que existan diferencias en función del género y sí a que el segundo nivel lo suele asumir el miembro de la pareja más independiente; no obstante, en base a los resultados del estudio, se podría sospechar que las diferencias en función del género -mayor proporción de hombres casados que se encargan del segundo nivel y mayor proporción de mujeres que realizan las tareas del primer nivel- puede deberse a un factor cultural respecto al manejo de los asuntos económicos en el caso de que ambas personas convivan en pareja; no obstante, esta cuestión debería corroborarse en su caso con una muestra más extensa.

En relación con la identificación de las necesidades de apoyo domiciliario percibidas por las personas mayores participantes en relación con cada una de las actividades estudiadas, se extraen las siguientes conclusiones:

Respecto a las tareas contenidas en el cuestionario para cada una de las ABVD, las 10 mayores necesidades de apoyo por parte de otra persona fueron las siguientes: 1º "cuidado y cortado de las uñas de los pies" (70%); 2º "transporte de objetos mientras se suben/bajan las escaleras" (36%); 3º "aseo y cuidado de ojos, orejas y/o nariz" y "durante el baño/ ducha" (34%); 4º "tras el baño/ducha"

(30%); 5º "subir y/o bajar escaleras fuera de la vivienda" (26%); 6º "en la preparación del baño/ducha" y "en el vestir" (24%); 7º "en el desvestir" (22%); 8º "cuidado y cortado de las uñas de las manos" (20%); 9º "aseo y cuidado de la piel" y "cuidado y peinado del cabello" (12%); y 10º "preparación de la ropa con la que se va a vestir" y "subir y/o bajar escaleras dentro de la vivienda" (10%).

En cuanto a las tareas establecidas para cada una de las AIVD, las 10 mayores necesidades de apoyo por parte de otra persona fueron: 1º "transporte de la compra hasta el domicilio u otro lugar" (58%); 2º "limpieza de ventanas y persianas" y "guardado de la ropa en altillos de armarios roperos o similares" (54%); 3º "acompañamiento al centro de salud" (42%); 4º "limpieza de cuartos de baño y/o cocina" (40%); 5º "recordarle su asistencia a citas médicas" y "fregado de suelos" (36%); 6º "explicarle de forma comprensiva cómo ha de tomarse la medicación" (34%); 7º "apoyarle en el uso del teléfono" y "en el manejo de gestión de ingresos y gastos" (32%); 8º "limpieza del polvo del mobiliario y enseres del hogar" (28%); 9º "apoyo en el transporte de coche particular o ambulancia" (26%); y 10º "compra de medicamentos" (24%).

Por último, en cuanto al estudio de determinados aspectos físicos, psicológicos y ambientales que puedan condicionar la capacidad funcional para desempeñar las actividades cotidianas de las personas participantes, se estudiaron la percepción del estado de salud, de sentimientos de tristeza, de la existencia de barreras arquitectónicas, de los productos de apoyo utilizados y por último, de las actividades sociales practicadas; además de la repercusión de cada uno de estos aspectos en relación con el desempeño de las actividades de la vida diaria estudiadas. De los resultados obtenidos, se podrían sacar las siguientes conclusiones:

Respecto al estado de salud y los problemas de salud percibidos, así como las repercusiones de los mismos en el desempeño de AVD:

1) La mayoría de las personas encuestadas percibieron su estado de salud como regular (40%), como malo el 20% o bueno otro 20%, como muy malo el 16% y tan solo el 4% lo percibieron como muy bueno.

2) Los problemas de salud que mayor repercusión tuvieron en relación con las dificultades para el desempeño de las actividades cotidianas de las personas encuestadas estuvieron relacionados con el sistema musculoesquelético, en concreto, fueron los problemas de artrosis (44%), osteoporosis (32%), artritis (14%) o la aparición simultánea de varios de ellos (24%). Además, manifestaron presentar muchas limitaciones en su vida diaria por los problemas ocasionados por enfermedades del aparato circulatorio (44%), diabetes mellitus (32%), alteraciones de la vista (30%), trastornos del sistema digestivo (26%), pérdidas de memoria (18%) y alteraciones del oído (16%). También manifestaron padecer otro tipo de problemas de salud, que se encasillaron bajo la categoría de "otras" en el presente estudio.

En relación con la frecuencia de sentimientos de tristeza y las repercusiones de ésta en el desempeño de las AVD:

1) La mayor parte de las personas encuestadas manifiestan sentirse tristes bastantes veces (32%) o algunas veces (32%), casi siempre (28%) y siempre (2%) o nunca (2%).

2) En cuanto a las repercusiones del estado de tristeza en relación con el desempeño de las actividades de su vida diaria, el 48% de las personas encuestadas manifestaron que les afectaba en que no tenían ganas de hacer nada, se encontraban desanimadas, sin ilusión o incluso a no querer salir de casa; el 26% argumentaron que la tristeza no les afectaba para realizar las AVD; y por último, el otro 26% hicieron referencia a que les afectaba de diversas maneras: dependencia de familiares, sufrimiento,

soledad, consecuencias físicas o a sus relaciones con otras personas o con el entorno.

En cuanto a los tres aspectos ambientales de la capacidad de desempeño estudiados, las barreras arquitectónicas, los productos de apoyo y las actividades sociales, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1) El 30% de las personas encuestadas manifiesta tener barreras arquitectónicas en su hogar y el 70% reconoce que las hay en su entorno; el 62% de las personas participantes reconoce verse afectada por las barreras arquitectónicas de su hogar/entorno, mientras que el otro 36% manifiestan no estar afectadas por la presencia barreras arquitectónicas. Las barreras arquitectónicas que reconocen afectarles son las escaleras (87,5%) y las rampas u obstáculos en las aceras (12,5%).

2) El producto de apoyo más utilizado según manifestaron las personas encuestadas fue "asideros en plato de ducha o bañera" (17 personas), seguida de las siguientes: "plato de ducha" (14), "andador" (10), "bastón" (9), "asiento para la ducha-bañera" (8), "cepillo con mango largo para la ducha" (7), "muleta" (6 personas), "silla de ruedas" (3 personas), "abridor de botes y latas" y "carro de la compra" (2 personas), "silla de ruedas inodora", "lupa", "gafas" y "rodilleras". 15 personas manifestaron no utilizar ninguna de ellas. Resulta curioso que dos personas utilicen el "carro de la compra" en sustitución del andador, argumentando que con él se sienten más seguras.

3) En cuanto a las actividades sociales practicadas, la mayor parte de las personas encuestadas (46%) manifiestan participar en una actividad, mientras que el 28% dicen participar en tres o más actividades, el 18% no participar en ninguna actividad y el 8 % manifiesta participar en 2 actividades. Las actividades más practicadas estuvieron relacionadas con el ejercicio físico, trabajos manuales y relaciones con familiares y/o amigos/as. Quienes

manifestaron no practicar ninguna actividad social, reconocieron que les gustaría participar en ellas pero que no lo hacen por diversos motivos; quienes practican habitualmente una o varias actividades, manifiestan encontrarse mejor y que ese estado les anima a realizar las AVD.

Siendo conscientes de las limitaciones del presente estudio, debido fundamentalmente al reducido número de personas que componen la muestra, se ha de advertir que los datos obtenidos no pueden extrapolarse a la totalidad de la población mayor residente en la zona norte de Granada ni a ninguna otra. También se ha de tener en cuenta a la hora de interpretar los datos que la muestra está conformada por un 64% de mujeres y un 36% de hombres, ya que el proceso de selección de la misma se planificó de forma proporcional a las personas residentes según los datos estadísticos del padrón municipal referentes a 2014. No obstante, consideramos que la información obtenida ha sido útil al proporcionarnos un mayor conocimiento sobre las necesidades de apoyo personal percibidas por las personas mayores encuestadas y sobre otras muchas cuestiones abordadas, material que podrá servirnos de base para formular hipótesis en sucesivos estudios relacionados con este tema de investigación, así como para orientar los servicios y recursos de atención domiciliaria hacia las necesidades de las personas mayores que los demandan o necesitan.

Se sugiere que a partir del abordaje de la temática estudiada, se continúe profundizando en el estudio de la misma, buscando dar una respuesta adecuada a las consecuencias del progresivo envejecimiento de la población que conlleva el incremento de situaciones de dependencia en nuestras/os mayores, siendo muy necesario la puesta en marcha de programas y servicios comunitarios encaminados a satisfacer sus necesidades de atención y apoyo. En este sentido, la investigación tiene el reto de ofrecer una base científica para la puesta en marcha de esos servicios tan esperados y

necesarios que propuso en su momento la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia que son: los Servicios de Prevención de las situaciones de dependencia y los de Promoción de la Autonomía Personal. En relación con este reto y como aportación del presente estudio, se propone la realización de un estudio longitudinal, con un enfoque cuantitativo y cualitativo, con una muestra más amplia de personas mayores de 65 y más años, donde se profundice en el conocimiento sobre sus necesidades de atención y apoyo, siendo fundamental incorporar sus aportaciones en relación con los problemas de dependencia que les afectan para ofrecerles servicios centrados en sus necesidades de apoyo integral, abordando todas las actividades que sean importantes para estas personas, y no solamente las actividades básicas e instrumentales, sino también las avanzadas. Sería muy interesante, que los futuros estudios se coordinen con el sistema sanitario dada la importancia de lo socio-sanitario en el abordaje integral de este tema; dicha colaboración enriquecería mucho los resultados, ya que se facilitaría la obtención de datos referentes a los problemas de salud de las personas participantes y el acceso a pacientes inmovilizados, entre otras cuestiones.

6. Referencias

- Aceros, J.C., Cavalcante, M.T.L. y Domènech, M. (2013). Identidad de lugar en usuarios de teleasistencia: un análisis conversacional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, Vol.45 (1), 81-95.
- Álvarez Suarez et al. (2010). *Manual de Valoración de Patrones Funcionales*. Gijón (Asturias): Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- Barbazán Pereira, C.M. y Andrés Sendrá, J. (2011). *Apoyo domiciliario y alimentación familiar. El asistente como eje central en la gestión y mantenimiento del hogar del dependiente*. Vigo: Ideaspropias Editorial.
- Barrero et al. (2005). Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y Restauración Neurológica*, Vol.4 (1-2), 81.
- Bartolomé Salinero, T. (2009). *Valoración geriátrica integral*. En Castañeda García, P. J. (Ed.), *Vejez, dependencia y salud. Guía práctica de gerontología* (pp.37-50). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Centro de Proceso de Datos (2013). *Padrón Municipal de Habitantes 2013*. En Ciudad: *Estadísticas de Padrón*. Granada: Ayuntamiento de Granada. Recuperado el 15 de junio de 2015, de: <https://mail.granada.org/idegeogr.nsf/wwtod/78F3E2C95C09AD7EC1257C590047763E>
- Centro de Proceso de Datos R.L.C. (2014) Distrito: Norte. En Ciudad: *Callejero y planos*. Ayuntamiento de Granada. Recuperado el 15 de junio de 2015, de: [http://www.granada.es/obj.nsf/in/KGSIMSI/\\$file/NORTE.pdf](http://www.granada.es/obj.nsf/in/KGSIMSI/$file/NORTE.pdf)
- Corregidor Sánchez, A.I. (2010). *Actividades de la Vida Diaria en Geriatría*. En P. Moruno Miralles & D.M. Romero Ayuso. *Actividades de la Vida Diaria* (pp. 349-371). Barcelona: Elsevier MASSON.
- Corregidor Sánchez, A.I. (2010). *Evaluación de las Actividades de la Vida Diaria en Geriatría*. En P. Moruno Miralles & D.M. Romero Ayuso. *Actividades de la Vida Diaria* (pp. 106-127). Barcelona: Elsevier MASSON.
- Corujo Rodríguez, E. y Pérez Hernández, D.G. (2006). *Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano*. En Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, *Tratado de Geriatría para residentes* (pp. 47-58). Madrid: IM&C, S.A.
- Díaz García, M.E., Reyes García, R. y Tello Guerrero, M.J. (2012). *Características y necesidades de las personas en situación de dependencia*. Barcelona: ALTAMAR, S.A

- García Santafé (2013). Las personas mayores (I): El proceso de envejecimiento. En P. García Santafé, P.R. Jiménez Segado y M. Osorio Otero. Necesidades físicas y psicosociales de colectivos específicos. (pp. 49-70). Madrid: McGraw-Hill España.
- IMSERSO (2012). INFORME 2010. Las personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas (Tomo I). Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, IMSERSO.
- IMSERSO y Agencia de Calidad del SNS (2011). Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España. Madrid: IMSERSO.
- Instituto Nacional de Estadística (2015). Cifras de población. Series desde 2002. En INEbase: Demografía y población. Cifras de población y Censos demográficos. Madrid: INE. Recuperado el 13 de junio de 2015 de: http://www.ine.es/inebaseDYN/cp30321/cp_resultados.htm
- Instituto Nacional de Estadística (INE, 2015). Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2014. Datos por municipios. En INEbase: Demografía y población. Padrón. Población por municipios. Madrid: INE. Recuperado el 14 de junio de 2015, de: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm
- Labrador Toribio, C. (2010). Valoración Funcional. En J.C. Millán Calenti, Gerontología y Geriatria. Valoración e intervención (pp.187-204). Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Lázaro del Nogal, M. (2009). Síndromes geriátricos. En P. J. Castañeda García (Ed.), Vejez, dependencia y salud. Guía práctica de gerontología (pp.27-36). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Máximo Bocanegra, N. y Cigarán Méndez, M. (2010). Análisis de la actividad. En J.C. Millán Calenti, Gerontología y Geriatria. Valoración e intervención (pp. 172-185). Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Millán Calenti, J.C. y Maseda Rodríguez, A. (2010). Envejecimiento. En J.C. Millán Calenti, Gerontología y Geriatria. Valoración e intervención (pp. 1-19). Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Moruno Millares, P. (2010). Concepto y clasificación de las Actividades de la Vida Diaria. En P. Moruno Miralles & D.M. Romero Ayuso. Actividades de la Vida Diaria (pp. 3-22). Barcelona: Elsevier MASSON.
- Moruno Millares, P. (2010). Herramientas para la evaluación de las Actividades de la Vida Diaria. En P. Moruno Miralles & D.M. Romero Ayuso. Actividades de la Vida Diaria (pp. 92-97). Barcelona: Elsevier MASSON.
- Romero Ayuso, D.M. (2007). Actividades de la Vida Diaria. Anales de Psicología, Vol. 23 (2), 264-271.
- Romero Rizos, L., Abizanda Soler, P. y Luengo Márquez, C. (2014). El proceso de enfermar en el anciano: fundamentos de la necesidad de una atención sanitaria especializada. En P. Abizanda Soler y L. Rodríguez Mañas (Ed.). Tratado de medicina geriátrica (pp. 9-16). Barcelona: Elsevier España, S.L.U.
- Rojo Pérez, F. y Fernández Mayoralas, G. (2011). Calidad de vida y envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida. Bilbao: Fundación BBVA.
- Sánchez Cabeza, A. (2010). Discapacidad, deficiencia y estado de salud. En J.C. Millán Calenti, Gerontología y Geriatria. Valoración e intervención (pp. 134-136). Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales (2014). Atención a personas en domicilio. En Cartera de Servicios de Atención Primaria: Área de atención a la persona. Sevilla: S.A.S. Recuperado el 3 de marzo de 2015 de: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/>

documentosacc.asp?pagina=gr_cartera_guia#

- Vergara et al. (2012). Validation of the Spanish versión of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. Health and Quality of Life Outcomes. Recuperado el 24 de abril de 2015 de: <http://www.hqlo.com/content/10/1/130>

Normativa Legal:

- Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Ley 39/2006, de 14 de diciembre. Madrid: B.O.E., n.º 299 (15-12-2006).
- Ley de Cohesión y Calidad del sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003, de 28 de mayo. Madrid: B.O.E., n.º 128 (29-03-2003).
- Orden por la que se regula el servicio de ayuda a domicilio en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Orden de 15 de noviembre de 2007. Sevilla: B.O.J.A., n.º 231 (23-11-2007).
- Real Decreto-Ley de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011. Real Decreto-Ley 9/2011, de 19 de agosto. Madrid: B.O.E. nº 200 (20/08/2011).
- Reglamento del Servicio de Ayuda a Domicilio de la ciudad de Granada. Granada: B.O.P., n.º 209 (30-11-2009).

7. Anexos

A continuación reproducimos el cuestionario realizado sobre las necesidades de apoyo en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, donde se han tenido en cuenta parámetros tales como:

- Baño y/o ducha.
- Vestido.
- Aseo (higiene corporal).

- Ir al inodoro.
- Deambulación.
- Traslado sillón – cama.
- Escaleras.
- Micción.
- Deposición.
- Alimentación.
- Capacidad para usar el teléfono.
- Ir de compras.
- Preparación de las comidas.
- Cuidado de la casa.
- Lavado y cuidado de la ropa.
- Uso de medios de transporte.
- Responsabilidad respecto a su medicación.
- Manejo de asuntos económicos.

CUESTIONARIO SOBRE LAS NECESIDADES DE APOYO EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

Este cuestionario es totalmente anónimo y se aplicará mediante entrevista personal de la investigadora. Las preguntas versan sobre sus necesidades de apoyo domiciliario en las actividades de la vida diaria y otros aspectos relacionados. Se le agradecería que se tome el tiempo necesario para responder, que intente contestar de la forma más sincera posible y que pregunte cualquier duda que le surja sobre las cuestiones que se le plantean.

1. MATRIZ DEL CUESTIONARIO:

Fecha _____

DATOS PERSONALES

EDAD: _____

GÉNERO:

Masculino Femenino

ESTADO CIVIL:

Casado/a Soltero/a Separado/a Viudo/a

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

UNIDAD DE CONVIVENCIA:

Vive solo/a Vive en pareja Vive con familiares

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

No sabe leer o escribir Sabe leer y escribir Educación primaria Educación superior

OCUPACIÓN LABORAL PREVIA: _____

INGRESOS MENSUALES¹: _____

OTROS DATOS RELEVANTES

APOYO DOMICILIARIO QUE RECIBE:

Atención sanitaria [] Apoyo familiar [] Apoyo de vecinos y/o amigos []

S.A.D. [] Teleasistencia [] Otros/as [] _____

RECONOCIMIENTO DE SITUACIÓN DE DEPENDENCIA O DISCAPACIDAD:

Dependencia [Sí o No] Grado y tipo: _____

Discapacidad [Sí o No] Grado y tipo: _____

¹ Parámetros para reflejar los ingresos mensuales: [1] Inferiores al SMI, [2] Desde el SMI y 1,5 veces el SMI, [3] Más de 1,5 veces el SMI; donde el SMI=645,30€ y 1,5 veces el SMI=967,95€.

2. CUESTIONARIO SOBRE AVD:

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

BAÑO Y/O DUCHA

1. ¿Necesita apoyo por parte de otra persona para la actividad de bañarse o ducharse? [Sí o No]:

1.1. Apoyo en la preparación del baño/ducha []

1.2. Apoyo durante el baño/ducha []

1.3. Apoyo tras el baño/ducha []

OBSERVACIONES/OTROS APOYOS _____

Barthel:

Independiente	5
Supervisión	4
Ayuda ocasional (transferencias, lavado, etc.)	3
Dependencia total	1

VESTIDO

2. ¿Necesita apoyo por parte de otra persona para la actividad de vestirse o desvestirse? [Sí o No]:

2.1. Apoyo en la preparación de la ropa con la que se va a vestir []

2.2. Apoyo en el vestir []

2.3. Apoyo en el desvestir []

OBSERVACIONES/OTROS APOYOS _____

Barthel:

Independiente	10
Mínima ayuda	8
Ayuda para poner o quitar la ropa	5
Gran ayuda (colabora algo)	2
Dependencia total	0

ASEO (HIGIENE CORPORAL)

3. ¿Necesita apoyo por parte de otra persona para la actividad de asearse? [Sí o No]:

3.1. Aseo y cuidado de la piel []

3.2. Aseo y cuidado de ojos, orejas y/o nariz []

3.3. Cuidado de la boca y limpieza de dientes o dentadura postiza []

3.4. Cuidado y peinado del cabello []

3.5. Afeitado []

3.6. Cuidado y cortado de las uñas de los pies []

3.7. Cuidado y cortado de las uñas de las manos [] Aseo de las partes genitales y otras zonas del cuerpo []

OBSERVACIONES/OTROS APOYOS _____

Barthel:	
Independiente	5
Mínima ayuda	4
Ayuda moderada	3
Ayuda continua	1
Dependencia total	0

IR AL INODORO

4. ¿Necesita apoyo por parte de otra persona para la actividad de ir al inodoro? [Sí o No]:

4.1. Desplazamiento hasta llegar al retrete y desde el mismo a otro lugar de la casa []

OBSERVACIONES/OTROS APOYOS _____

Barthel:	
Independiente	10
Supervisión	8
Moderada ayuda (alguna tarea)	5
Ayuda continua	2
Dependencia total	0

DEAMBULACIÓN

5. ¿Necesita apoyo por parte de otra persona para la actividad de deambular? [Sí o No]:

5.1. Apoyo para andar dentro del hogar []

5.2. Apoyo para andar fuera del hogar []

OBSERVACIONES/OTROS APOYOS _____

Barthel:	
Independiente	15
Supervisión continua o no camina más de 50 metros	12
Ayuda de una persona (ocasional)	8
Ayuda continua (colabora algo)	3
Ayuda de 2 personas (no colabora)	0

TRASLADO SILLÓN-CAMA

6. ¿Necesita apoyo por parte de otra persona para trasladarse desde el sillón a la cama y viceversa? [Sí o No]:

6.1. Levantarse desde el sillón o desde la cama []

6.2. Sentarse en el sillón o en la cama []

6.3. Traslarse hasta la silla de ruedas para acceder al sillón o cama y viceversa []

6.4. Desplazarse desde el sillón hasta la cama y viceversa []

OBSERVACIONES/OTROS APOYOS _____

Barthel:	
Independiente	15
Supervisión	12
Ayuda ocasional: 1 persona	8
Ayuda continua (colabora algo)	3
Ayuda de 2 personas (no colabora)	0

ESCALERAS

7. ¿Necesita apoyo por parte de otra persona para subir y bajar escaleras? [Sí o No]:

7.1. Apoyo por parte de otra persona [Sí o No]:

- 7.1.1. Apoyo al subir y/o bajar escaleras dentro de la vivienda []
- 7.1.2. Apoyo al subir y/o bajar escaleras fuera de la vivienda []
- 7.1.3. En el transporte de objetos mientras se suben/bajan las escaleras []

OBSERVACIONES/OTROS APOYOS _____

Barthel:	
Independiente (al menos 1 piso)	10
Supervisión ocasional	8
Supervisión continua o ayuda ocasional	5
Ayuda continua	2
Incapaz de subir escaleras	0

MICCIÓN

8. ¿Necesita apoyo por parte de otra persona para la actividad de orinar? [Sí o No]:

- 8.1. Vestido y/o desvestido de la ropa de la parte inferior del cuerpo []
- 8.2. Sentarle, acomodarle y levantarlo del retrete []
- 8.3. Limpiarle cuando ha terminado de orinar []
- 8.4. Apoyarle en situaciones de incontinencia []

OBSERVACIONES/OTROS APOYOS _____

Barthel:	
Continente e independiente (bolsa o ayuda)	10
Incontinencia ocasional (>1/día)	8
Incontinencia nocturna o ayuda con bolsa	5
Incontinencia día y noche (colabora algo)	2
Incontinente y dependiente: sonda vesical	0

DEPOSICIÓN

9. ¿Necesita apoyo por parte de otra persona para la actividad de defecar? [Sí o No]:

- 9.1. Vestido y/o desvestido de la ropa de la parte inferior del cuerpo []

- 9.2. Sentarle, acomodarlo y levantarlo del inodoro []
- 9.3. Limpiarle cuando ha terminado de defecar []
- 9.4. Apoyarle en situaciones de incontinencia []

OBSERVACIONES/OTROS APOYOS _____

Barthel:	
Continente e independiente	10
Incontinente ocasional (1/semana) o supervisión	8
Incontinencia frecuente, se limpia solo, ayuda pañal	5
Incontinente frecuente, colabora algo	2
Incontinencia y dependencia total	0

ALIMENTACIÓN

10. ¿Necesita apoyo por parte de otra persona para tomar la comida? [Sí o No]:

- 10.1. En el manejo de los utensilios para comer []
- 10.2. En el manejo de los utensilios para beber []
- 10.3. En la preparación de la comida para tomarla []
- 10.4. En la colocación, preparación y conducción de la comida desde el plato a la boca []
- 10.5. En la colocación, preparación y conducción de los líquidos desde la copa o vaso a la boca []

OBSERVACIONES/OTROS APOYOS _____

Barthel:	
Independiente	10
Mínima ayuda, independiente si se prepara bandeja	8
Come solo con supervisión	5
Ayuda de otra persona (se puede comer algo)	2
Dependiente o sonda nasogástrica	0

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO

11. ¿Necesita apoyo por parte de otra persona para utilizar el teléfono? [Sí o No]:

- 11.1. Acercarle el teléfono cuando lo necesite []
- 11.2. Apoyarle en el uso del teléfono []

OBSERVACIONES/OTROS APOYOS _____

Lawton&Brody:	
1. Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1
2. Marca unos pocos números bien conocidos	1
3. Responde las llamadas pero no de marca	1
4. No usa el teléfono en absoluto	0

IR DE COMPRAS

12. ¿Necesita apoyo por parte de otra persona para ir de compras? [Sí o No]:

- 12.1. En la planificación de la compra []
- 12.2. En desplazamientos desde casa hasta el establecimiento elegido y viceversa []
- 12.3. En la selección de los productos que se quieren comprar []
- 12.4. En el abono del importe de la compra []
- 12.5. En el transporte de la compra hasta el domicilio u otro lugar []

OBSERVACIONES/OTROS APOYOS

Lawton&Brody:

- | | |
|---|---|
| 1. Se encarga de hacer todas las compras necesarias sin ayuda | 1 |
| 2. Puede hacer las compras pequeñas independientemente | 0 |
| 3. Necesita compañía para hacer cualquier compra | 0 |
| 4. Totalmente incapaz de hacer las compras | 0 |

PREPARACIÓN DE LAS COMIDAS

13. ¿Necesita apoyo por parte de otra persona para preparar las comidas? [Sí o No]:

- 13.1. Antes de comenzar con la preparación de la comida []
- 13.2. Durante la preparación de la comida []

OBSERVACIONES/OTROS APOYOS

Lawton&Brody:

- | | |
|---|---|
| 1. Planea, prepara y sirve comidas adecuadas independientemente | 1 |
| 2. Prepara comidas adecuadas si se le suministran los ingredientes | 0 |
| 3. Calienta, sirve y prepara comidas, o las prepara pero no mantiene una dieta adecuada | 0 |
| 4. Necesita que le preparen y le sirvan las comidas | 0 |

CUIDADO DE LA CASA

14. ¿Necesita apoyo por parte de otra persona para la actividad de realizar las tareas de la casa?

- 14.1. Ordenación de enseres del hogar []
- 14.2. Barrido de suelos []
- 14.3. Fregado de suelos []
- 14.4. Limpieza del polvo del mobiliario y enseres del hogar []
- 14.5. Limpieza de ventanas y persianas []
- 14.6. Limpieza de cuartos de baño y/o cocina []
- 14.7. Lavar los platos y utensilios de cocina []
- 14.8. Uso de electrodomésticos []

OBSERVACIONES/OTROS APOYOS

Lawton&Brody:

- | | |
|---|---|
| 1. Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) | 1 |
| 2. Realiza las tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas | 1 |
| 3. Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza | 1 |
| 4. Necesita ayuda en todas las labores de la casa | 1 |
| 5. No participa en ninguna labor de la casa | 0 |

LAVADO Y CUIDADO DE LA ROPA

15. ¿Necesita apoyo para las actividades relacionadas con el lavado de la ropa? [Sí o No]:

- 15.1. Preparación de la ropa para el lavado []
- 15.2. Lavado de la ropa en lavadora o a mano []
- 15.3. Tendido de la ropa en el tendedero []
- 15.4. Recogido de la ropa del tendedero []
- 15.5. Planchado de la ropa []
- 15.6. Doblado de la ropa []
- 15.7. Guardado de toda la ropa en cajones o lugares de fácil alcance []
- 15.8. Guardado de la ropa en altillos de armarios roperos o similares []

OBSERVACIONES/OTROS APOYOS

Lawton&Brody:

- | | |
|--|---|
| 1. Lava por sí solo/a toda su ropa | 1 |
| 2. Lava por sí solo/a pequeñas prendas | 1 |
| 3. Todo el lavado de ropa deber ser realizado por otro | 0 |

USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE

16. ¿Necesita apoyo por parte de otra persona para utilizar los diversos medios de transporte? [Sí o No]:

- 16.1. Apoyo para viajar en transporte público []
- 16.2. Apoyo para coger un taxi []
- 16.3. Apoyo en el transporte en coche particular o ambulancia []
- 16.4. Apoyo en la conducción del coche particular []

OBSERVACIONES/OTROS APOYOS

Lawton&Brody:

- | | |
|--|---|
| 1. Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche | 1 |
| 2. Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte | 1 |
| 3. Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona | 1 |
| 4. Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros | 0 |
| 5. No viaja en absoluto | 0 |

RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN

17. ¿Necesita apoyo por parte de otra persona para tomar su medicación de forma correcta?

[Sí o No]:

- 17.1. En explicarle de forma comprensiva cómo ha de tomarse la medicación []
- 17.2. En recordarle su asistencia a citas médicas []
- 17.3. En el acompañamiento al centro de salud []
- 17.4. En la compra de los medicamentos []
- 17.5. En la preparación de la medicación []
- 17.6. En la administración de los medicamentos []
- 17.7. En la supervisión de la toma de medicamentos []

OBSERVACIONES/OTROS APOYOS

Lawton&Brody:	
1. Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1
2. Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
3. No es capaz de administrarse su medicación	0

MANEJO DE ASUNTOS ECONÓMICOS

18. ¿Necesita apoyo por parte de otra persona para manejar sus asuntos económicos de forma correcta? [Sí o No]:

- 18.1. En el manejo económico de gastos diarios []
- 18.2. En el manejo económico de gestión de ingresos y gastos []
- 18.3. Apoyo en el cálculo de los ingresos y los gastos []
- 18.4. En la distinción de monedas y billetes []
- 18.5. En el manejo del dinero o de la tarjeta de crédito, así como guardar el dinero en el monedero []

OBSERVACIONES/OTROS APOYOS

Lawton&Brody:	
1. Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
2. Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y en ir a los bancos	1
3. Incapaz de manejar dinero	0

3. PREGUNTAS FINALES:

Aspectos físicos de la capacidad de desempeño:

19. ¿Cómo percibe su estado de salud en general? []Muy buena, []Buena, []Regular, []Mala, []Muy mala.

20. Actualmente, ¿tiene problemas de salud que estén limitando su capacidad para desempeñar las actividades de su vida diaria? En caso afirmativo, dígame cuáles son y cómo le afecta cada uno de ellos para realizar determinadas actividades.

Aspectos psicológicos de la capacidad de desempeño:

21. ¿Se siente a menudo triste? Puntúe de 1 a 5 la frecuencia con la que se siente triste, donde 1=Nunca; 2=Algunas veces; 3=Bastantes veces; 4=Casi siempre; y 5=Siempre.

En caso de sentirse triste, dígame cómo le está afectando ese estado en su capacidad para desempeñar determinadas actividades de su vida diaria.

Aspectos ambientales de la capacidad de desempeño:

23. ¿Tiene barreras arquitectónicas dentro de su hogar o en su entorno inmediato? En caso afirmativo, indique el tipo de barreras arquitectónicas existentes y cómo le afectan tales barreras en el desempeño de sus actividades cotidianas.

Dentro del hogar [Sí o No] Tipo: _____

En su entorno inmediato [Sí o No] Tipo: _____

Cómo le afectan en el desempeño de sus actividades cotidianas _____

24. ¿Realiza actividades sociales con su familia, amigos, vecinos u otras personas? En caso afirmativo, indique qué actividades sociales realiza y cómo influye la realización de estas actividades sociales en el desempeño de actividades de su vida cotidiana:

Utilización y conocimiento sobre ayudas técnicas:

25. ¿Utiliza algún tipo de ayudas técnicas, actualmente? [Sí o No]. En caso afirmativo, indique cuáles y cómo le ayudan en las actividades para las cuáles las usa _____

¿Qué tipo de ayudas técnicas conoce que puedan ayudarle a mejorar la realización de algunas de las actividades de su vida diaria?

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN