

## **LA PROMOCIÓN DE LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL. Estudio etnográfico de personas mayores en Granada**

**Isabel María BOTÍA DÍAZ**

Universidad de Granada (España)

isabotia@correo.ugr.es

### **PROMOTING THE FUNCTIONAL INDEPENDENCE. Ethnographic study of elderly people in Granada city**

**Resumen:** El Servicio de Ayuda a Domicilio es un recurso implantado en todos los municipios de la geografía española, con la finalidad de promover la autonomía de las personas en situación de dependencia para facilitarles la permanencia en su medio habitual de vida. A través del presente estudio etnográfico -de carácter exploratorio- se describe la vivencia personal de cuatro personas mayores usuarias del Servicio de Ayuda a Domicilio en el municipio de Granada en relación con los problemas de dependencia que les afectan, las dificultades para desempeñar las actividades de su vida diaria y el apoyo recibido por parte de sus auxiliares de ayuda a domicilio; se reflejan algunas de las observaciones realizadas durante tres meses de trabajo de campo presenciando la interacción entre las personas usuarias y sus auxiliares de ayuda a domicilio; y se analizan los aspectos que facilitan o dificultan la independencia funcional para las actividades diarias de las personas mayores estudiadas. La finalidad de este trabajo es la de contribuir –a través del estudio de casos- a un mayor conocimiento de aspectos claves a tener en cuenta en el diseño de programas que pretendan incidir en la mejora de la atención de las personas mayores con dificultades para llevar una vida independiente y que deseen permanecer en sus domicilios, con los apoyos necesarios.

**Abstract:** The Home Care Service is a resource which is working throughout Spain with the aim of promoting the autonomy of people in dependable situations to facilitate autonomy in their everyday lives. Through this ethnographic research - of exploratory character -, the life of four elderly people, users of the Home Care Service in Granada, are described in relation with the dependency issues that they experience, the difficulties in carrying out activities of their daily living and the given help provided by their assistant nurses. Some of the fieldwork observations made during three months of work are shown, the interaction between clients and their assistant nurses next to the aspects that facilitate or make difficult the functional autonomy of these people in their everyday lives. The intention of this research is to contribute - through this case study - to get a wider knowledge of key suitable aspects to consider in the designing of programs that focus on the improvement of the attention given to elderly people with difficulties to fulfill an independent life and that are willing to remain in their homes with the needed supports.

**Palabras clave:** Servicio de Ayuda a Domicilio. Actividades de la Vida Diaria. Personas Mayores. Dependencia Home Care Service. Activities of daily. Elderly people, Dependency

## I. 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 discapacidad, el Servicio de Ayuda a Domicilio (S.A.D.) podría suponer en la actualidad, uno de los recursos más valiosos y adecuados 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 la permanencia en su entorno habitual de vida.

Según datos del IMSERSO (2012), 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% de la población mayor.

Las implicaciones que el envejecimiento de la población mayor 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 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.

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 (LAPAPD), el término *Dependencia*, se refiere a:

“el 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”.

El citado artículo de la LAPAPD también define el término de *Autonomía* como,

“la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia 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”.

Los conceptos de *autonomía 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). En función del grado de autonomía que implique su realización, se pueden establecer tres niveles: actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD). Sorribas, Villuendas y Ramos (2012: 7) argumentan lo siguiente: las ABVD comprenden actividades imprescindibles para vivir, tales como la comida, higiene, vestido, continencia de esfínteres, desplazamientos, reconocimiento de personas y objetos, entre otras, siendo fundamental su desarrollo para conseguir un nivel de autonomía elemental; las AIVD requieren un mayor grado de autonomía por su complejidad, comprendiendo actividades como leer, escribir, manejar dinero, cocinar, hablar por

teléfono o utilizar transportes públicos; en cuanto a las AAVD, refieren que son conductas más complejas o elaboradas que tienen que ver con el estilo de vida y permiten disfrutar de una buena calidad de vida, englobando aquellas dirigidas al ocio, deporte, actividades laborales y participación social, entre otras.

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 y Cigarán, 2010: 171).

Al referirnos a *personas mayores* en este estudio, tomaremos como referencia la concepción general, que considera como tales a aquellas personas cuya edad se encuentra por encima de los 65 años (Millán, 2010: 2).

*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 (2012), 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.

Según la normativa vigente en Andalucía, el S.A.D. 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” (Orden por la que se regula el Servicio de Ayuda a Domicilio en la Comunidad Autónoma de Andalucía, 2007: 8), estando destinado a personas residentes en Andalucía con limitaciones de autonomía para mantenerse en su medio de vida habitual. Observamos pues, que existe un apoyo formal que respalda la promoción de la autonomía de las personas destinatarias del S.A.D., pero en la práctica ¿se promueve realmente la autonomía de las personas mayores para la realización de las actividades de su vida diaria? Mi experiencia como trabajadora social me lleva a pensar que, a pesar de las múltiples potencialidades del S.A.D. como recurso idóneo para apoyar a personas mayores con dificultades en su autonomía personal para que puedan continuar en su medio habitual de vida y de los beneficios que ello implicaría 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 del S.A.D. como recurso para prevenir situaciones de dependencia y promocionar la autonomía de una población envejecida que se está viendo afectada por el incremento progresivo de situaciones de dependencia.

Algunas de estas cuestiones son abordadas por la literatura científica; sin embargo, tras revisar la bibliografía existente sobre el tema, se ha detectado que la mayoría de los estudios publicados se han decantado por el análisis de la normativa relacionada con el S.A.D. y de los cuidados de personas mayores por parte de familiares cuidadores/as y profesionales de enfermería, siendo muy escasos los estudios antropológicos sobre el S.A.D., echándose en falta publicaciones basadas en el estudio de casos centrados en conocer en profundidad las necesidades de atención domiciliaria de las personas mayores que reciben el servicio y de la contribución del S.A.D. a la promoción de la autonomía e independencia funcional para el desempeño de sus actividades cotidianas.

La detección de este vacío en las investigaciones precedentes, 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 etnográfico de carácter exploratorio y descriptivo, con la intención de realizar un acercamiento a esta realidad sobre el terreno antes de aventurarse a formular hipótesis adecuadas.

Se ha utilizado el método etnográfico por dos razones fundamentales: en primer lugar, porque nos parece muy adecuado para conocer los problemas derivados de la situación de dependencia de personas mayores y para descubrir cómo esta dependencia afecta a su autonomía funcional para las actividades de la vida diaria; en segundo lugar, porque nos parece el método más apropiado para obtener la perspectiva de las propias personas mayores en

relación con los problemas de dependencia que les afectan.

La *finalidad* de este estudio será la 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. Para ello, se aportará el conocimiento adquirido a través del estudio de casos de personas mayores que reciben el S.A.D. en el municipio de Granada.

Los *objetivos generales* que han guiado esta investigación han sido dos: primero conocer y describir la normativa, estructura y funcionamiento actual del Servicio de Ayuda a Domicilio en Granada. Y, segundo, examinar, describir y analizar cómo a través del Servicio de Ayuda a Domicilio se puede promocionar la independencia funcional para las actividades de la vida diaria de personas mayores usuarias del mismo, facilitándoles la permanencia en su medio habitual.

## II. Práctica metodológica

La presente investigación tiene un enfoque predominantemente cualitativo, escogiéndose como método fundamental el *estudio etnográfico* por considerarlo el más adecuado para nuestro propósito. Argumentamos que la etnografía, según Hammersley y Atkinson (1994: 15):

“alude a un método concreto o conjunto de métodos. Su principal característica sería que el etnógrafo participa, abiertamente o de manera encubierta, en la vida diaria de las personas durante un periodo de tiempo, observando qué sucede, escuchando qué se dice, haciendo preguntas; ... haciendo acopio de cualquier dato disponible que sirva para arrojar un poco de luz sobre el tema en que se centra la investigación”.

En este caso, se ha participado de forma abierta en la vida de cuatro personas durante los tres meses de trabajo de campo, observando desde el propio hogar de los participantes y durante el tiempo en el que recibían el S.A.D. por parte de su/s auxiliares de ayuda a domicilio, qué sucedía, qué se decía y haciendo preguntas en relación con el tema de investigación.

También se ha hecho uso de dos instrumentos cuantitativos, el Índice de Barthel y la Escala de Lawton y Brody, con la finalidad de valorar la dependencia e independencia para las ABVD y AIVD de las personas participantes. La elección de estas dos herramientas se debe a que ambas proporcionan información relevante para el presente estudio, siendo además dos de las escalas más empleadas en geriatría para la evaluación de las actividades de la vida diaria.

Consideramos conveniente clarificar aquí que la pretensión de este estudio no es la generalización de sus resultados a toda la población mayor usuaria del S.A.D. en el municipio de Granada, sino la comprensión de la realidad singular en las que viven algunas personas mayores afectadas por situaciones de dependencia que reciben el S.A.D., con la intención de descubrir claves interpretativas que nos ayuden a identificar el problema y sus dimensiones en torno a cómo se podría promocionar la independencia funcional para las Actividades de la Vida Diaria de las personas mayores a través del S.A.D.

El *perfil de las personas usuarias del S.A.D.* participantes ha sido el de *persona mayor* con múltiples problemas de salud, con deterioro de su *independencia funcional* para la *realización de las actividades de su vida diaria* y con *insuficiente o ningún apoyo familiar*.

La duración total del diseño, preparación y ejecución del presente Proyecto de Investigación ha sido de 16 meses, abarcando el periodo de tiempo comprendido desde febrero de 2013 a de mayo de 2014. Las *etapas del proceso de investigación* fueron: 1) Fase de preparación previa; 2) Primera fase de estudio; 3) Fase de revisión y reformulación del

Plan de Trabajo inicial; 4) Fase del trabajo de campo etnográfico; y 5) Fase sinóptica de la información.

### El trabajo de campo etnográfico

Con el trabajo de campo etnográfico realizado se ha obtenido información directa, “de primera mano” y en detalle, para dar respuesta a nuestro segundo objetivo general. Para ello, se establecieron las siguientes “*Unidades de Análisis*”:

- Perfil sociodemográfico de usuarios/as.
- Datos sobre el S.A.D. que reciben.
- Evaluación Funcional para las AVD de usuarios/as.
- Descripción de AVD de usuarios/as.
- Factores bio-psico-sociales condicionantes de AVD de usuarios/as.
- Barreras y apoyos en el entorno de usuarios/as.
- Perfil sociodemográfico de auxiliares de ayuda a domicilio.
- Actividades/tareas que realizan sus auxiliares de ayuda a domicilio.
- Aspectos del S.A.D. que facilitan/dificultan la promoción de la autonomía funcional para las AVD de usuarios/as.

Para obtener la información necesaria y relevante para nuestro estudio, se diseñó una “*Guía de Observación*” donde se desarrolló por “categorías analíticas” cada una de las “unidades de análisis” establecidas y reseñadas. El contenido de cada unidad de análisis, se obtuvo a través de las siguientes *técnicas de recogida de datos*: “observación participante”, registro de conversaciones y entrevistas espontáneas e inducidas, además de las dos escalas referidas para la evaluación funcional de las AVD de usuarios/as. Toda esta información se registró en el correspondiente “*Diario de Campo*”, principal instrumento de recogida de datos, plasmándose la escritura en el mismo a través de documentos de texto informatizados.

Durante el Trabajo de Campo, se ha prestado especial atención al proceso de investigación de Campo, cuidando *la entrada al campo, el establecimiento y mantenimiento de una relación de confianza* con los participantes y *el modo en el que se ha llegado a ser miembro participante* de la vida cotidiana de personas mayores en situación de dependencia que reciben el S.A.D.

A continuación, pasamos a dar respuesta a los objetivos propuestos; comenzaremos describiendo la normativa, estructura y funcionamiento del S.A.D. en Granada, y, seguidamente, presentaremos algunos datos relevantes recogidos durante el trabajo de campo realizado, con objeto de comprender la experiencia de las personas participantes en nuestro estudio respecto al S.A.D. que reciben, antes de responder a nuestro segundo objetivo general.

### III. El Servicio de Ayuda a Domicilio

*El Servicio de Ayuda a Domicilio* de carácter universal y como prestación de derecho en España, surge a partir de la constitución de los primeros ayuntamientos democráticos y comienza a desarrollarse en los años ochenta, como una prestación básica del Sistema Público de Servicios Sociales y de gestión local. El desarrollo normativo del S.A.D. en Andalucía en el marco de los Servicios Sociales, nace de la *Ley 2/88, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía*, al contemplar el S.A.D. como una de las prestaciones básicas de los Servicios Sociales Comunitarios, siendo desarrollado por varias normas posteriores. Tras la aprobación de la LAPAPD, se incluye el S.A.D. en el catálogo de servicios y prestaciones del *Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*.

Actualmente, en Andalucía es la *Orden de 15 de noviembre de 2007, por la que se regula el S.A.D. en la Comunidad Autónoma de Andalucía*, la norma que unifica la ayuda a domi-

cilio como prestación básica de los Servicios Sociales Comunitarios y la derivada de la LAPAPD, distinguiendo entre ambas para aspectos concretos como el acceso y la financiación. En el ámbito local del municipio de Granada, es el *Reglamento del Servicio de Ayuda a Domicilio de la ciudad de Granada* el que desarrolla lo establecido por la Orden andaluza y lo adecúa a su territorio, estableciendo además, el procedimiento regulador del S.A.D. en el municipio de Granada. Según el artículo 2 del citado reglamento del S.A.D., se define como:

“una prestación, realizada preferentemente en el domicilio, que proporciona, mediante personal cualificado y supervisado, un conjunto de actuaciones preventivas, formativas, rehabilitadoras y de atención a personas y unidades de convivencia con dificultades para permanecer o desenvolverse en su medio habitual.

El *acceso al S.A.D.* se realiza a través de los Servicios Sociales, pudiendo derivarse de tres situaciones: una, cuando la persona tiene reconocida la situación de dependencia y se le ha sido prescrito el S.A.D. en la resolución aprobatoria de su Programa Individual de Atención (P.I.A.), de acuerdo con la citada LAPAPD; dos, cuando una persona no tiene reconocida la situación de dependencia o, teniéndola reconocida, no le corresponde la efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia, y le ha sido prescrito el servicio por los Servicios Sociales Comunitarios (SS.SS.CC.); y tres, cuando se prescriba por los SS.SS.CC el inicio inmediato de la prestación del S.A.D. en casos de extrema y urgente necesidad justificados.

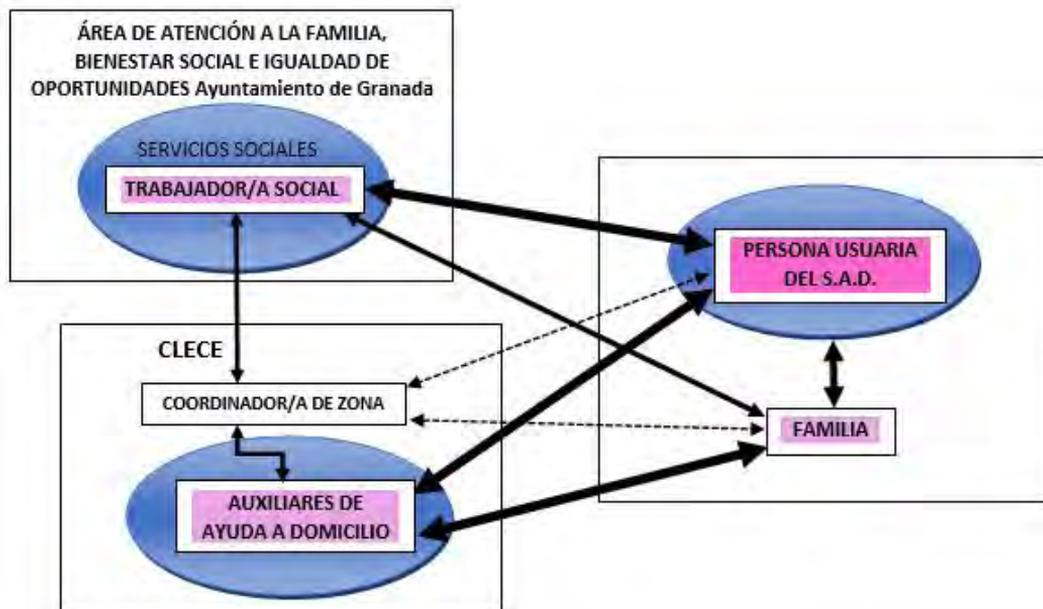
Los *procedimientos para acceder al S.A.D.* son tres: *Procedimiento directo*, derivado de la aprobación del P.I.A.; siendo su duración de carácter permanente y su intensidad variable en función de la resolución aprobatoria de P.I.A. (Entre 70 y 20 horas al mes). *Procedimiento ordinario*: derivado de la prestación básica de SS.SS.CC.; con duración del S.A.D. de carácter transitorio (entre un mes y un año, prorrogable) y cuya intensidad irá en función del tipo de atención -atención doméstica (máximo 18 horas/mes), atención personal (máximo 35 horas/mes) o atención mixta (máximo 40 horas/mes). *Procedimiento excepcional*: derivado de casos de extrema y urgente necesidad justificada; su duración será de 6 meses como máximo.

Su *puesta en marcha* en Granada, se lleva a cabo desde los 8 Centros Municipales de Servicios Sociales (CMSS) que existen en cada uno de los distritos municipales (Albayzín, Beiro, Centro, Chana, Genil, Norte, Ronda y Zaidín). Llegada la resolución aprobatoria del servicio al CMSS que corresponda a cada usuario, su trabajador/a social será quien se encargue de contactar con CLECE -empresa encargada de prestar el S.A.D. en el municipio de Granada-, para darle la orden de que se ponga en marcha el servicio.

*El seguimiento y supervisión del S.A.D.* se realizará durante el periodo de tiempo en el que se prestará el servicio a la persona beneficiaria por el/la trabajador/a social, profesional encargado/a de realizar el seguimiento y velar por la buena marcha del servicio, resolviendo aquellas incidencias que se vayan presentando.

En relación con los *agentes implicados en el S.A.D. en Granada*, destacamos el *equipo básico* para la prestación del servicio, formado por trabajadores/as sociales y auxiliares de ayuda a domicilio; no obstante, en el S.A.D. suelen intervenir otros profesionales del Ayuntamiento de Granada y de CLECE, además de otros servicios. Por otro lado, están las personas usuarias del servicio y los/as demás beneficiarios/as -cuidadores/as, familia, conocidos/as y la sociedad en general-.

Por su implicación directa en el día a día, son las personas usuarias y sus familias, los/as auxiliares de ayuda a domicilio y trabajadores/as sociales, quienes establecen relaciones frecuentes. El siguiente esquema refleja esta interacción:



FUENTE: Elaboración propia a partir del conocimiento del sistema por la experiencia profesional de la autora.

### Fortalezas y debilidades

En cuanto a las fortalezas y debilidades del S.A.D. en la práctica, mediante este estudio y a través de mi experiencia profesional, se han detectado las siguientes:

#### Fortalezas:

- Atiende necesidades básicas de personas con dificultades para el desempeño de sus actividades cotidianas.
- Utilidad para atender situaciones urgentes de necesidad de usuarios/as que necesiten un servicio de atención domiciliaria.
- En ocasiones, previene el internamiento de personas que con ayuda del S.A.D. puedan permanecer en su hogar.
- Apoya a personas cuidadoras y a los familiares de los/as usuarios en tareas de cuidado y atención doméstica, posibilitando a veces la conciliación con la vida familiar y laboral de ambos.
- Puede contribuir a la detección de ayudas técnicas o adaptaciones del hogar que puedan facilitar los cuidados por parte de auxiliares de ayuda a domicilio.

#### Debilidades:

- Escasa cobertura del S.A.D., al no cubrir de manera suficiente las situaciones de necesidad de las personas que lo solicitan, permaneciendo muchas de ellas en lista de espera mientras necesitan recibir atención domiciliaria.
- Insuficiencia del tiempo concedido de S.A.D., especialmente en el caso de personas que requieren cuidados intensivos y continuados (casos de personas muy dependientes para las AVD), que suelen requerir más tiempo de atención.

- Rigidez e inflexibilidad del S.A.D. para adaptarse a las necesidades puntuales y preferencias de atención de las personas usuarios, así como para ajustarse a los horarios en que se necesite la ayuda domiciliaria.

- Escaso desarrollo de la función preventiva y de promoción de la autonomía personal de sus usuarios, abarcando cuidados personales y la atención doméstica, pero siendo escasas las actuaciones preventivas y educativas para favorecer hábitos de vida adecuados y promover capacidades, actitudes y habilidades para la vida independiente.

- Escasa formación especializada del S.A.D. en la atención a personas con alzhéimer u otro tipo de demencias, deterioro cognitivo, discapacidades u otros tipos de problemas bio-psico-sociales.

- Escasa coordinación socio-sanitaria, muy necesaria especialmente en el caso de personas que requieran cuidados de larga duración.

- Desconocimiento de las patologías de las personas usuarias por parte de sus auxiliares de ayuda a domicilio.

Muchas de las fortalezas y debilidades reflejadas aquí, coinciden con las expresadas por García Herrero, G. (2011: 57), que señala como aspectos preocupantes del S.A.D. los siguientes:

“Baja intensidad del servicio para prevenir internamientos evitables. Falta de un modelo de provisión y financiación... Cobertura muy desigual ... Falta de ajuste a las nuevas necesidades sociales ... No existe un adecuado desarrollo de SAD “especializados” para alzhéimer o personas con discapacidad psíquica ... Escasa coordinación con el sistema sanitario ... Está por desarrollar la función preventiva”.

Este autor, argumenta como potencialidades las siguientes:

“Ha demostrado su utilidad y su capacidad de adaptación a nuevas situaciones (apoyo al cuidador, situaciones sobrevenidas) ... generación de empleo ... comprometido con los derechos de sus usuarios, con la mejora de su calidad ... muy valorado por sus beneficiarios, que no son sólo, como todo el mundo sabe, las personas que lo necesitan directamente (personas en situación de dependencia y sus cuidadores), sino también el resto de su entorno familiar y vecinal ... para hacer compatible la vida familiar y laboral”.

En este epígrafe, hemos respondido a nuestro primer objetivo, que hace referencia al conocimiento de la normativa, estructura y funcionamiento actual del S.A.D. en Granada, contestando a los interrogantes que nos planteamos en el Plan de Trabajo. A través de la reflexión sobre los aspectos estudiados, se ha detectado que el procedimiento actual de acceso al S.A.D. dificulta la promoción de la independencia funcional de las personas mayores solicitantes, ya que salvo en el caso de dar respuesta inmediata a casos de extrema y urgente necesidad suficientemente justificada, el acceso al servicio implica un proceso tan dilatado en el tiempo, que cuando se va a hacer efectivo el derecho, -en caso de que sea concedido-, la situación de necesidad en la que se encontraba la persona mayor que lo solicitó ha cambiado; esto implica que, -salvo en casos en los que la situación se haya mejorado o mantenido-, la situación de dependencia y capacidad funcional de la persona mayor en cuestión se habrá agravado, siendo posible paliar algunos efectos de la dependencia e intentar mejorar la calidad de vida de la persona, pero resultará complicado promocionar su independencia funcional para muchas de las actividades de su vida diaria.

#### IV. Las personas usuarias del S.A.D.

A continuación, se describen brevemente los aspectos más relevantes de los cuatro casos estudiados en relación con su perfil sociodemográfico, los problemas de dependencia que les afectan, sus dificultades para desempeñar las actividades de su vida diaria y por último, las barreras y apoyos del entorno en el que viven.

*Carmela* es una mujer de 80 años, nacida en Granada, viuda y sin hijos; convive en una vivienda de su propiedad con una hermana viuda a la que cuida, también dependiente, careciendo de otro apoyo familiar; trabajó como modista y ama de casa; cursó estudios primarios y sus ingresos mensuales son 796,40€/mes. Desde hace 20 años, ha ido viéndose afectada por un proceso de deterioro progresivo de su capacidad funcional para las AVD, sometiéndose a varias intervenciones quirúrgicas en brazo, cadera y rodilla; padece fuertes dolores en espalda y articulaciones que le limitan para las AVD. Se queja especialmente de su dolor en ambas rodillas: “me dan pinchazos como si me pincharan con alfileres en las rodillas ... no puedo estar mucho tiempo sentada porque me duelen más ... no tengo ya ganas ni de vivir con estos dolores ...” (*Diario de Campo, 20 de marzo de 2014*). Tiene una *dependencia leve* (95 puntos) en las ABVD –según el Índice de Barthel- y una *dependencia moderada* (7 puntos) para las AIVD –según el Índice de Lawton y Brody-. Presenta gran dificultad para subir y bajar escaleras, así como para la mayoría de tareas domésticas relacionadas con la limpieza salvo aquellas más ligeras. Carece de barreras arquitectónicas dentro de su hogar, disponiendo de algunas ayudas técnicas para el aseo –elevador de plástico de wáter y bidé-, así como plato de ducha; sin embargo, para acceder a la vivienda desde el exterior, ha de subir 54 escalones a pie, ya que vive en un cuarto piso sin ascensor.

*Paquita* es una mujer de 83 años, nacida en un municipio de Granada, soltera y sin hijos; reside sola en su vivienda propia y sin apoyo familiar alguno; trabajó como empleada de hogar; apenas sabe leer ni escribir y percibe 632,90€/mes. Desde hace 8 años, ha dejado de practicar muchas de las AVD que antes realizaba debido al padecimiento de fuertes dolores en zona cervical, espalda y articulaciones, mareos, asma, vértigos, temblor esencial y otros problemas de salud. Tiene una *dependencia leve* (80 puntos) en las ABVD –según el Índice de Barthel- y una *dependencia moderada* (6 puntos) para las AIVD –según el Índice de Lawton y Brody-. En relación con sus actividades cotidianas, es dependiente para bañarse/ ducharse, necesita ayuda para deambular y subir/bajar escaleras, necesita compañía para hacer cualquier compra, prepara la comida solamente si se le suministran los ingredientes y solamente puede realizar tareas ligeras de limpieza del hogar –como lavar platos o hacer su cama-. Dentro de su hogar tiene alguna barrera arquitectónica como es el escalón en su plato de ducha, dispone de una cama articulada mecánica mediante la cual eleva la parte superior o inferior de la misma para el descanso y carece de asideros para el plato de ducha que le aportarían una mayor autonomía y seguridad para el baño; para acceder a la vivienda desde el exterior, ha de subir a pie hasta un tercer piso, ya que carece de ascensor.

*Angustias* es una mujer de 93 años de edad, nacida en Granada, viuda desde hace 50 años y que tuvo tres hijos; actualmente vive sola en una vivienda de su propiedad y cuenta con el apoyo de un hijo; trabajó como comerciante y ama de casa; no sabe leer ni escribir y percibe 632,90€/mes. Afectada por una artrosis muy avanzada, hasta hace 5 años mantuvo su autonomía para las AVD relativamente bien con ayuda de un bastón; desde esta fecha hasta ahora, ha ido perdiendo su capacidad funcional –por problemas óseos y una gran depresión ocasionada por la pérdida de uno de sus hijos- y su movilidad se ha deteriorado de tal modo que actualmente solo hace vida cama-sillón, sin salir al exterior de su casa, salvo para acudir al hospital. Tiene una *dependencia moderada* (55 puntos) en las ABVD –según el Índice de Barthel- y una *dependencia severa* (2 puntos) para las AIVD –según el Índice de Lawton y Brody-. En relación con las ABVD, es dependiente para bañarse/ ducharse, asearse, deambular y subir/bajar escaleras; necesita ayuda para comer y vestirse; es continente en la

deposición y la micción, ya que aunque con mucha dificultad y dolor, aún puede ir al baño con ayuda de su andador y muleta. En cuanto a las AIVD, es totalmente incapaz de ir de compras; necesita que le preparen y sirvan las comidas; no participa en ninguna labor de la casa; todo el lavado de su ropa debe ser realizado por otro; para trasladarse, utiliza el taxi o automóvil sólo con ayuda de otros; es capaz de tomar su medicación solamente si se le suministran los medicamentos; y es incapaz de manejar dinero. Carece de barreras arquitectónicas dentro de su hogar, salvo por el pequeño escalón de su plato de ducha; dispone de algunas ayudas técnicas -silla de ducha y elevador de WC-, aunque carece de asideros dentro del plato de ducha; dentro del hogar se desplaza con ayuda simultánea de andador y muleta; no puede acceder a su vivienda desde el exterior, sin ayuda de dos personas que la transporten en su silla de ruedas -destinada a desplazamientos fuera del hogar-, ya que no dispone de ascensor y aunque vive en un primero, tiene 7 escalones para acceder a ella.

*Emilio* es un hombre de 77 años de edad, nacido en un municipio de Granada, que convive en Granada con su esposa e hija de 10 años, en una vivienda de alquiler; fue profesor de autoescuela y representante comercial; tiene estudios universitarios y los únicos ingresos familiares proceden de su pensión de 687,69€/mes. Desde 2009, fecha en la que tuvo su primera caída grave -causante de importantes daños en cinco vértebras- hasta ahora, Emilio ha visto mermadas su autonomía y capacidad funcional de manera radical, haciéndose progresivamente dependiente para todas las AVD; la gravedad de sus lesiones y la desfavorable evolución de las mismas, le generan un dolor que califica de "insoportable"; además se está viendo afectado por otras complicaciones -infecciones en la zona genital y las ingles, úlceras por presión en los glúteos y piernas-. Presenta *dependencia total* (15 puntos) en las ABVD -según el Índice de Barthel- y *dependencia severa* (1 punto) para las AIVD -según el Índice de Lawton y Brody-. En relación con las ABVD, es dependiente para el aseo, vestirse, arreglarse/lavarse, ir al retrete, deambular y subir/bajar escaleras; necesita ayuda para comer; tiene accidentes ocasionales en la deposición; es incontinente en la micción; y necesita gran ayuda para el traslado sillón cama. En cuanto a las AIVD, tiene capacidad para usar el teléfono (si lo tiene accesible); sin embargo, es completamente incapaz para ir de compras, necesita que se le prepare y sirva la comida, no participa en ninguna tarea doméstica, necesita que otra persona se ocupe del lavado de su ropa, solo viaja en ambulancia o taxi con ayuda de otros, toma la medicación solo si se le prepara y es incapaz de manejar el dinero. Su vivienda carece de un baño adaptado, teniendo que ser aseado en la cama; dispone de una silla de ruedas inodora, cama articulada con colchón anti-escaras, cojín anti-escaras y botella de micción masculina; en cuanto a las barreras para acceder a su hogar, aunque el edificio tiene ascensor, posee 10 escalones para llegar hasta el mismo, teniendo que acceder a través de las cocheras a su vivienda mediante silla de ruedas.

## V. El apoyo recibido por parte del S.A.D.

En cuanto a los datos sobre el S.A.D. que reciben estas cuatro personas, el perfil socio-demográfico de sus auxiliares y las actividades/tareas que realizan sus auxiliares de ayuda a domicilio, se obtuvo la siguiente información:

*Carmela* es apoyada en *actividades de carácter doméstico*, en su domicilio particular; recibe el servicio durante cuatro horas semanales, de S.A.D. municipal, repartidas en dos días -martes y jueves- en horario de mañana; durante el tiempo de atención, la usuaria está presente en este espacio e interacciona a menudo con su auxiliar. Su *auxiliar de ayuda a domicilio* es una mujer separada con 54 años, que reside en un municipio de Granada con tres de sus seis hijos; lleva 15 años trabajando en el S.A.D.; tiene formación como auxiliar de ayuda a domicilio y está pendiente de recibir su "Certificado de Profesionalidad"; actualmente, trabaja a jornada completa en la empresa CLECE. En relación con las *actividades domésticas* prescritas, su auxiliar realiza fundamentalmente tareas de mantenimiento de la

vivienda -limpieza general- y compra de alimentos, si lo necesita; paralelamente, realiza actividades de carácter personal, tales como tareas de escucha y compañía a la usuaria.

*Paquita* recibe apoyo por parte de su auxiliar de ayuda a domicilio en *actividades de carácter doméstico y de carácter personal*; recibe cinco horas semanales, de S.A.D. municipal, repartidas tres días -lunes, miércoles y viernes-, en horario de mañana; durante el tiempo de atención, la usuaria suele estar sentada en su sala de estar, teniendo un contacto más directo con su auxiliar los miércoles por la mañana, que siempre la ducha. Su auxiliar de ayuda a domicilio es una mujer con 46 años, que reside en Granada junto a su esposo y sus tres hijos; ejerce como auxiliar de ayuda a domicilio desde hace 12 años en Granada; anteriormente trabajó como auxiliar de clínica en hospitales y en la hostelería; tiene formación como auxiliar de clínica y el “Certificado de Profesionalidad” como auxiliar de ayuda a domicilio; trabaja a jornada completa en la empresa CLECE. En relación con las actividades domésticas prescritas, su auxiliar la apoya en tareas relacionadas con la alimentación -compra de alimentos-, con el vestido -tender, planchar y ordenar la ropa- y con el mantenimiento de la vivienda -limpieza general y pequeñas reparaciones domésticas-. En cuanto a las actividades de carácter personal, recibe apoyo en tareas relacionadas con la higiene personal -ducha y ayuda en el vestir-, en tareas relacionadas con cuidados especiales -orientación temporo-espacial, control de su tratamiento médico en coordinación con los equipos de salud- y de ayuda en la vida familiar y social -acompañamiento dentro y fuera del domicilio, además de apoyo a su organización doméstica-.

*Angustias* es apoyada a través de su S.A.D., en *actividades de carácter doméstico y de carácter personal*; recibe doce horas semanales, de S.A.D. por dependencia, repartidas de lunes a domingo en horario de mañana; durante el tiempo de atención, la usuaria suele permanecer acostada, salvo cuando su auxiliar la asea en la ducha. Recibe atención por parte de una auxiliar de ayuda a domicilio fija de lunes a viernes y por otros/as auxiliares que varían semanalmente durante los fines de semana. Su auxiliar fija es una mujer de 42 años de edad, casada y con tres hijos, que residen juntos en Granada; trabaja como auxiliar de ayuda a domicilio desde hace seis años en la empresa CLECE, habiendo trabajado antes como limpiadora en casas particulares; actualmente trabaja a jornada completa en la empresa CLECE. En relación con las actividades domésticas, su auxiliar desempeña tareas relacionadas con la alimentación -compra de alimentos-, con el vestido -lavado, ordenación y planchado de ropa- y con el mantenimiento de la vivienda -limpieza general-. En cuanto a las tareas de carácter personal, recibe apoyo en tareas relacionadas con la higiene personal -aseo diario, ducha semanal y ayuda en el vestir-, con la movilidad -apoyo a la movilidad dentro del hogar-, con cuidados especiales -compañía y apoyo emocional- y tareas de ayuda en la vida familiar y social -apoyo a su organización doméstica-.

Las actividades de atención recibidas por *Emilio* son exclusivamente de *carácter personal*; recibe cuatro horas semanales de atención, de S.A.D. municipal, de lunes a viernes; durante el tiempo de atención, el usuario y su auxiliar de ayuda a domicilio permanecen siempre juntos. *Emilio* recibe atención por parte de dos auxiliares de ayuda a domicilio fijos de lunes a viernes. *Su auxiliar habitual* es un varón de 38 años, casado y con una hija pequeña, que residen en Granada; trabaja como auxiliar de ayuda a domicilio desde hace 7 años en CLECE, habiendo trabajado antes en “Teleasistencia Domiciliaria”, en Granada; manifiesta gustarle su profesión y ayudar a los demás; tiene “Certificado de Profesionalidad”, además de una amplia formación sobre cuidados a personas mayores; tiene un contrato fijo a jornada completa. *Su auxiliar de ayuda a domicilio de los jueves por la mañana* es un varón de 48 años de edad, casado y con dos hijos, que residen en Granada; ha trabajado como auxiliar de ayuda a domicilio en Granada durante 14 años; tiene una amplia formación como auxiliar de ayuda a domicilio y un contrato a jornada completa en CLECE. Las actividades de carácter personal que recibe pueden agruparse en tres tipos: higiene personal, movilidad y cuidados especiales; las *tareas relacionadas con la higiene personal* consisten en: aseo del

usuario, cambio de pañales, ayuda en el vestir y desvestir, calzarse y descalzarse; las *actividades relacionadas con la movilidad* implican levantar y acostar al usuario, así como su traslado sillón-cama-sillón; las *actividades relacionadas con cuidados especiales* consisten en vigilar el tratamiento médico de la zona del pañal; escuchar y hacer compañía al usuario. Otra actividad relacionada con los cuidados especiales pero no contemplada en la normativa o en el programa individual de atención, serían las curas básicas y locales de úlceras por presión, mientras su auxiliar realiza el aseo.

## **VI. La promoción de la independencia funcional para las actividades de la vida diaria a través del S.A.D.**

Contextualizados los cuatro casos estudiados, pasamos a responder a nuestra pregunta central: ¿cómo a través del Servicio de Ayuda a Domicilio se está promocionando la independencia funcional para el desempeño de las actividades de la vida diaria de las personas usuarias participantes?

Al hablar de la promoción de la independencia funcional para las AVD mediante el S.A.D., nos estamos refiriendo a la mejora de la capacidad funcional para ejecutar de manera autónoma o con el apoyo de su auxiliar de ayuda a domicilio, aquellas actividades que componen el quehacer cotidiano de la persona usuaria del servicio. No obstante, en este estudio nos vamos a centrar en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, incluyéndose actividades relacionadas con la atención personal y la atención de las necesidades domésticas, tal y como se recoge en la normativa que regula el S.A.D. en Andalucía y Granada.

Hemos de matizar 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 autonomía mientras que la persona mayor mantenga una capacidad mental suficiente (Díaz, Tello y Reyes, 2012: 98); puntualizamos además que, aunque el término funcional suele utilizarse dentro del componente físico para identificar qué grado de independencia se alcanza en las AVD, no debe olvidarse que la capacidad funcional está influenciada tanto por el estado físico, como por la capacidad mental y su entorno social y ambiental (Labrador, 2010: 188).

Después de aclarar estas cuestiones, pasamos a analizar cada una de las AVD tenidas en cuenta, siguiendo el esquema de la clasificación de ABVD y AIVD -de Barthel&Mahoney y Lawton&Brody- y enmarcándolas en el ámbito de la geriatría -en base a algunas pautas a evaluar según la autora Corregidor Sánchez (2010)-, en las actividades contempladas por el S.A.D. y en el apoyo recibido por parte del servicio en los casos estudiados.

“Comer” es una actividad de las más frecuentes en la vida diaria. El S.A.D. incluye actividades de: servir la comida y dar de comer al usuario, además de educación sobre hábitos alimenticios. Sin embargo, ninguna de las personas usuarias participantes reciben apoyo por parte de sus auxiliares respecto a la misma, ya que las dos únicas personas que necesitan apoyo -Angustias y Emilio- son atendidas por su familia; por tanto, no se pudo comprobar si se promocionaba su autonomía para la actividad, debido a las características y limitación de la muestra seleccionada.

“Bañarse/ducharse/asearse”. 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 (Corregidor, 2010: 114-115). El S.A.D. incluye actividades de: aseo al usuario; baño o ducha; peinar al usuario; afeitarse al usuario; y educación sobre hábitos de higiene. Tres de

las personas usuarias –Paquita, Angustias y Emilio-, reciben apoyo en esta actividad por parte de sus auxiliares de ayuda a domicilio; Paquita, para la ducha dos veces por semana de forma completa en el plato de ducha; Angustias, para el aseo diario por partes en cama, una ducha semanal de forma completa en plato de ducha y peinarse; y Emilio, para el aseo diario por partes en la cama y cambio de pañales. En los tres casos, sus auxiliares de ayuda a domicilio *promocionaban su independencia funcional durante la actividad, al no sustituirles en aquellas tareas que pudiesen hacer por sí mismas*; prueba de ello es el testimonio de la auxiliar de Paquita mientras la ducha, corroborado con la observación participante durante la actividad: “Yo solo le ayudo en lo que no puede hacer, lo que se trata es de no anularla en lo que ella pueda; para nosotros es más rápido ducharla, pero lo suyo es que ella haga todo lo que pueda ... yo le enjabono las piernas, la espalda y le seco los pies porque no llega bien y estoy pendiente de ella ... darle la seguridad de estar con ella por si se cae ...” (Diario de Campo, 5 de marzo de 2014). En este caso, *la actitud de su auxiliar promueve la independencia funcional de Paquita al motivarla para que se asee las zonas que pueda por sí misma, apoyarla en las que no puede y proporcionarle además, seguridad y tranquilidad ante su temor a resbalarse mientras que está dentro del plato de ducha*. En el caso de Emilio -muy dependiente-, *la promoción de su independencia funcional para la actividad es mínima* debido, entre otros factores, a las graves limitaciones de su capacidad funcional para el desempeño de la misma, el padecimiento de otras afecciones –dolor intenso, infecciones y úlceras por presión en nalgas-, las barreras arquitectónicas del hogar y la inexistencia de productos de apoyo para el baño o ducha, razones que motivan que su auxiliar tenga que ducharlo en la cama; *no obstante, la forma en que su auxiliar realiza la actividad -sumamente cuidadoso, dándole instrucciones de cada acción en todo momento, pidiendo su ayuda si puede colaborar en algo, animándole a que le ayude con gran empatía, tranquilizándole- mejora su estado anímico, le anima a participar mínimamente y promueve además su autonomía al guiarle en cómo desea que se desarrolle la actividad*; prueba de ello es el discurso de Emilio con su auxiliar antes de que lo asee uno de los días presenciados: “no te pido na’ ... aséame solo con suero y gasas y sobre todo nada de restregar, el roce aquí (se señala sus genitales y expresa gestualmente dolor) ... increíble” (Diario de Campo, 14 de febrero de 2014). En este caso, vemos como además *se promueve el mantenimiento de su autodeterminación*, ya que Emilio mantiene capacidad mental suficiente para decidir sobre cuestiones que le afectan durante la actividad.

“*Vestirse*”. El *vestido-desvestido* 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 auxiliar-usuario/a se haya afianzado. 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 a tener en cuenta. 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 (Corregidor, 2010: 115-116). El S.A.D. incluye actividades de: ayuda en el vestir y desvestir; calzarse y descalzarse. Respecto a esta actividad, tres personas usuarias –Paquita, Angustias y Emilio-, reciben apoyo por parte de su auxiliar en el vestir, desvestir, calzarse y descalzarse; las dos primeras, solamente cuando su auxiliar les ducha y en el caso de Emilio, todos los días que le atiende. *La promoción de la independencia funcional por parte de sus auxiliares de ayuda a domicilio, se limitó a ayudarles a ponerse la ropa que previamente habían elegido y en animarles para que colaboren en la actividad en la medida de sus posibilidades*.

“*Deposiciones/Micciones*”. 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. Es útil distinguir entre incontinencia urinaria aguda –que remite cuando el problema que la originó se resuelve y persistente –que se mantiene en el tiempo– (Corregidor, 2010: 121-122). El S.A.D. incluye la actividad de: cambio de pañales. En relación con esta actividad, solamente Emilio recibe apoyo por parte de su auxiliar en el cambio de pañales, debido a sus episodios de incontinencia que se deben a su incapacidad funcional para desplazarse al retrete en el momento en el que aparece la necesidad. En este caso, *no se promociona su independencia funcional para la micción*, ya que su auxiliar se limita a cambiarle los pañales una vez que se ha orinado; *en algunas ocasiones, se apoyó su capacidad funcional para la deposición*, ya que Emilio esperó a que viniese su auxiliar para pedirle que lo incorporara a su silla de ruedas inodora y lo dejase un rato hasta que defecara antes de asearlo. Explica Emilio: “uso pañales porque no puedo desplazarme al wáter ... soy consciente de cuando me orino o hago caca en el pañal” (*Diario de Campo, 14 de febrero de 2014*). En el caso de esta actividad, es prácticamente imposible que el S.A.D. promocione la independencia funcional de la persona, principalmente por la insuficiencia de tiempo concedido de S.A.D. y la rigidez e inflexibilidad del S.A.D. para atender la necesidad en el momento en que se produce.

“*Usar el retrete*”. En el *uso del inodoro*, se han de tener en cuenta la capacidad funcional, la destreza y el tiempo que emplea la persona mayor para vestir y desvestir la parte inferior, la capacidad para limpiarse completamente la parte posterior, así como la distribución del baño y la necesidad de adaptación para mejorar el desempeño de la actividad, 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: 122). Esta actividad no se contempla formalmente entre las establecidas para el S.A.D.; no obstante, *no sería viable cubrirla para la única persona que podría beneficiarse de ella –Emilio– ya que esta necesidad, unida a la de micción/deposición, se puede presentar en cualquier momento y debido a las limitaciones horarias del servicio no podría cubrirse*.

“*Trasladarse*”. En relación con las *transferencias* desde la cama a la posición de sedestación o de ésta a la bipedestación, hay que tener en cuenta 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 (Corregidor, 2010: 116-120). En este estudio, ampliamos las transferencias a cualquier actividad que implique la movilidad funcional dentro del hogar, ya que el S.A.D. incluye las actividades de: levantar y acostar al usuario; apoyo para la movilidad del usuario dentro del hogar; cambios posturales. Respecto a esta actividad, solamente *Angustias* y *Emilio* reciben ayuda mediante el apoyo a su movilidad dentro del hogar. En ambos casos, sus auxiliares *promocionaron su independencia funcional mediante la empatía, la motivación y la orientación sobre cómo realizar dicha actividad de forma segura*. Exponemos aquí a modo de ejemplo, la forma en que actúa el auxiliar de ayuda a domicilio habitual de Emilio durante las movilizaciones: antes de trasladarlo, le da instrucciones de lo que va a hacer y cómo, ofreciéndole pautas para que colabore en el traslado sillón-silla inodoro con ruedas-cama-silla inodoro con ruedas-sillón, que es el recorrido que ha de hacer para asearlo; para ello comienza por motivarle/estimularle para que con su ayuda se levante desde la posición de sedestación, agarrándose fuerte a su auxiliar al tiempo que le rodea con sus brazos la espalda y una vez en posición de bipedestación, aproveche la fuerza de su auxiliar –que le guía hasta donde ha de sentarse de nuevo–, dando pequeños pasos hasta conseguirlo; una vez sentado en la silla inodora, le indica que le ayude ahora adelantándose con sus pasos hasta llegar al dormitorio, en lugar de ponerle el reposa pies de la silla y empujarle directamente

él; con esta forma de guiarle, además de evitar el incremento del dolor que le producen los traslados y prevenir lesiones, facilita el desarrollo de esta actividad, motiva al usuario para que colabore en ella y contribuye al mantenimiento de su capacidad funcional.

“*Deambular*”. El deterioro postural, la disminución del movimiento y la alteración del equilibrio, son factores que hacen que la *deambulación* pueda resultar una actividad insegura para la persona, siendo la caída el peligro más importante. Según Holden (1984), 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 empleo de ayudas técnicas –bastones, muletas, andadores-, incrementa el equilibrio y la seguridad (Corregidor, 2010: 116-120). El S.A.D. incluye la actividad de: acompañamiento fuera del domicilio/paseos; no obstante, ninguna de las personas usuarias participantes, reciben apoyo por parte de su/s auxiliar/es de ayuda a domicilio respecto a esta actividad fuera del hogar, razón por la cual no se pudo comprobar si se promocionaba su independencia funcional para la actividad; siendo conscientes de que ello, en parte, se debe a la limitación de la muestra seleccionada, alertamos de que también probablemente se deba a la escasa importancia de la función preventiva de la dependencia y promotora de una vida independiente para actividades que no se limiten a la atención personal básica en el ámbito doméstico.

“*Escalones*”. *Subir y bajar escaleras*, según Helen y Edelberg (2000), ocasiona 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 (Corregidor, 2010: 116-120). El S.A.D. no incluye esta actividad específicamente, pero se puede entender incluida dentro de las actividades de apoyo para la movilidad del usuario dentro del hogar y de acompañamiento fuera del domicilio/paseos, si para desempeñar tales actividades es necesario subir o bajar escalones. No obstante, solamente Paquita, ha recibido apoyo por parte de su auxiliar respecto a esta actividad para ser acompañada hasta su centro médico; en estas ocasiones, su auxiliar *promociona su independencia funcional al proporcionarle seguridad y permitirle acudir a su médico*.

“*Capacidad para usar el teléfono*”. 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 funcional para llegar hasta el teléfono (Corregidor, 2010: 123-124). S.A.D. no incluye esta actividad y ninguna de las personas usuarias participantes, reciben apoyo por parte de su/s auxiliar/es de ayuda a domicilio respecto a esta actividad. El hecho de no incluirse la actividad en el servicio, denota que no se prioriza la función preventiva y educativa para promover la capacidad funcional y habilidades para el desempeño de la actividad.

“*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 (Corregidor,

2010: 124). El S.A.D. incluye las actividades de: compra de alimentos y medicamentos con cargo al usuario. Tres de las personas usuarias –Carmela, Paquita y Angustias- tienen prescrito este tipo de ayuda; en el caso de Emilio –totalmente incapaz de hacer las compras-, es su cónyuge quien se encarga de esta tarea. *Carmela* solo recibe este tipo de atención por parte de su auxiliar en caso de encontrarse enferma y, en el caso de *Paquita* y *Angustias*, siempre que necesitan comprar de alimentos y medicamentos. *La promoción de la independencia funcional en los tres casos se limita a estimularles cognitivamente para que recuerden qué compras se necesitan*, encargándose en todos los casos su auxiliar de realizar las compras, llevarlas al domicilio y ubicarlas en la dependencia que proceda. El hecho de sustituirles en la compra de alimentos y medicamentos, denota poco interés en promocionar su capacidad funcional acompañándoles hasta los establecimientos pertinentes.

“*Preparación de las comidas*”. *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 implica capacidad para cocinar, seguridad para hacerlo, manejo de placas de cocina de gas o eléctricas, manipulación de electrodomésticos y de menaje para cocinar, cálculo adecuado de las cantidades de ingredientes, riesgos en desplazamientos por la cocina, interés y experiencia en el desempeño de la actividad, entre otros aspectos (Corregidor, 2010: 127). El S.A.D. incluye las actividades de: preparación de alimentos para el usuario, además de un servicio de comidas a domicilio. Solamente *Angustias* y *Emilio*, necesitan que les prepare la comida; sin embargo, no reciben apoyo por parte de su/s auxiliar/es de ayuda a domicilio respecto a esta actividad, ya que es la familia quien se encarga de ello, razón por la cual, no se pudo comprobar si se promocionaba su independencia funcional para la actividad.

“*Cuidado de la casa*”. 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 y 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 (Corregidor, 2010: 125). El S.A.D. incluye las actividades de: recoger y fregar los utensilios utilizados en la comida; hacer la cama del usuario; cambiar las sábanas del usuario; quitar el polvo de las zonas donde suele estar el usuario; barrer y fregar el suelo; limpieza cotidiana del dormitorio del usuario; limpieza cotidiana de la cocina; limpieza cotidiana del salón; sacar la basura. *Carmela*, *Paquita* y *Angustias* son apoyadas por sus auxiliares en el cuidado de la casa, con diferencias. *Carmela* recibe ayuda para barrer y fregar el suelo y para la limpieza del dormitorio, baño, salón y cocina (salvo limpiar el polvo de algunas zonas que limpia la usuaria). *Paquita* recibe ayuda para quitar el polvo de las zonas donde suele estar ella, barrer y fregar el suelo, limpieza cotidiana del dormitorio, cocina y salón, y para sacar la basura. *Angustias*, recibe ayuda para todas las actividades contempladas en el S.A.D. para el mantenimiento de la vivienda. *Emilio* no recibe este tipo de atención por parte de su auxiliar, ocupándose de ello su cónyuge. En el caso de *Carmela* y *Paquita*, menos dependientes para la actividad, *se promociona su independencia funcional para la actividad, debido a la actitud e interés de ambas en colaborar siempre que pueden en la realización de las actividades que tiene asignadas su auxiliar, a pesar de sus dificultades, dejando para su auxiliar las tareas que no pueden hacer sin ayuda*. En este sentido, en el caso de *Carmela*, cuando llega su auxiliar, la usuaria tiene despejadas las zonas donde va a limpiar, ha retirado las sillas de la mesa, abierto las ventanas para que la casa se airee y limpiado el polvo de las zonas intermedias de la casa; prueba de ello es su testimonio: “Yo hago todo lo que puedo

hacer sola, limpio el polvo el miércoles para que cuando llegue la auxiliar el jueves lo tenga todo listo y me haga solo lo que yo no puedo hacer ... friego los platos, limpio la hornilla, hago la comida ... lo que no puedo hacer es limpiar las lámparas y los armarios por arriba –porque me mareo y no puedo subirme en alto–, fregar los suelos –no puedo escurrir la fregona porque me duelen mucho las muñecas y las manos– ... estas tareas se las dejo para que las haga mi auxiliar” (*Diario de Campo, 4 de marzo de 2014*). En el caso de Paquita, su auxiliar manifiesta: “yo trato de no hacer lo que ella puede, además, es una persona con mucha fuerza de voluntad, que hace cosas dentro de sus limitaciones. Ella no puede fregar el suelo ni agacharse porque se mareo, tampoco puede subirse a escaleras” (*Diario de Campo, 24 de febrero de 2014*). Se trata de una actividad muy implantada por el S.A.D., en la que suele sustituirse a la persona en las tareas prescritas, sin promocionarse su capacidad funcional para ellas. Según los casos estudiados, es la actitud y el interés de la persona los que influyen en esa promoción de su *independencia funcional*, más que el servicio en sí.

“*Lavado de la ropa*”. Es recomendable utilizar una lavadora de carga superior -para evitar que la persona mayor se agache al introducir o sacar la ropa-, estudiar el lugar donde se tiende -ya que muchas caídas suelen producirse al pasar de la cocina al tendedero o terraza- y utilizar pinzas para sujetar la ropa adaptadas para prevenir exacerbar las deformidades de las manos (Corregidor, 2010: 349-371). El S.A.D. incluye las actividades de: lavado de ropa del usuario; tender la ropa del usuario; planchar la ropa del usuario; acomodar y guardar la ropa del usuario. Solamente Paquita y de Angustias, reciben apoyo por parte de su auxiliar respecto a esta actividad; en el caso de Paquita, solo para tender la ropa y en el de Angustias, para todas las tareas relacionadas con esta actividad. La *promoción de la independencia funcional por parte del S.A.D. para esta actividad es mínima, ya que sus auxiliares se limitan a hacer lo que no pueden Paquita y Angustias*.

“*Uso de medios de transporte*”. 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. En relación al transporte público, el autobús y el metro, 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 (Corregidor, 2010: 123-124). El S.A.D. no contempla esta actividad. No obstante, podría deducirse incluida como una actividad necesaria para permitir otras como: apoyo al usuario para la integración y socialización, realización de actividades de ocio y tiempo libre o acompañar al usuario al médico, si el lugar de destino requiere el traslado de usuarios/as. Sin embargo, ninguna de las personas participantes, reciben apoyo por parte de su/s auxiliar/es de ayuda a domicilio respecto a esta actividad, salvo Paquita para ser acompañada a su médico, lo cual denota poco interés por parte del servicio en promocionar su autonomía funcional respecto a esta actividad.

“*Responsabilidad respecto a su medicación*”. 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 (Corregidor, 2010: 125). El S.A.D. incluye las actividades de: seguimiento del tratamiento médico del usuario; preparación y administración de su medicación; pedirle citas médicas; acompañarle al médico. Tres de las

personas usuarias –Paquita, Angustias y Emilio- reciben algún tipo de apoyo por parte de su auxiliar para esta actividad. En el caso de Angustias y Paquita, su auxiliar se desplaza hasta el centro de salud para que sus médicos le receten las medicinas, compran los medicamentos, *les apoyan en el seguimiento de su tratamiento médico y recuerdan la citas médicas*; además, en el caso de Emilio, sus auxiliares colaboran con su tratamiento médico, realizando *curas básicas* después del aseo y antes de ponerle el pañal y vestirle, además de realizar comentarios y sugerencias a su esposa sobre los cuidados. En los tres casos se apoya a *los/as usuarios/as en lo que no pueden hacer y se promociona su independencia funcional al educarles en hábitos que puedan mejorar su salud y en el caso de Paquita, al acompañarle hasta el centro de salud cuando es necesario*.

“*Manejo de asuntos económicos*”. En la práctica, el manejo económico suele dividirse en dos 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. (Corregidor, 2010: 124). El S.A.D. incluye dentro de las *actividades de ayuda en la vida familiar y social* –enmarcadas en las *actuaciones de carácter personal*– las de *apoyo a su organización doméstica*. El apoyo recibido por parte de los/as auxiliar/es de ayuda a domicilio de las personas usuarias participantes respecto a esta actividad, se limitó al ya comentado dentro de la actividad de “ir de compras”.

## VII. Conclusiones

Actualmente, el S.A.D. es un recurso muy adecuado para favorecer la permanencia de las personas mayores en situación de dependencia en su medio habitual de vida durante el mayor tiempo posible, apoyándoles en algunas de sus necesidades de atención personal y doméstica. Sin embargo, en muchos casos, el marco normativo y su procedimiento para la puesta en marcha del servicio, no está contribuyendo a la promoción la independencia funcional de las personas usuarias del mismo por diversos motivos, entre los cuáles se encuentran los siguientes: lentitud para resolverse los expedientes de Dependencia y S.A.D. municipal, escasa cobertura, insuficiencia del tiempo concedido, rigidez del servicio, escaso desarrollo de la función preventiva y de promoción de la autonomía personal de sus usuarios, escasa formación especializada en la atención a personas con alzhéimer u otro tipo de deterioro cognitivo y escasa coordinación socio-sanitaria. En relación con la AVD descritas y con el estudio de los casos expuestos, se comprobó lo siguiente:

1) Las actividades que en su mayoría fueron prescritas por el S.A.D. han sido: baño/ ducha/aseo, vestido, compras, cuidado de la casa y apoyo a la medicación; seguidas de trasladarse dentro del hogar y lavado de la ropa; y por último, deposiciones/micciones. No se prescribieron las actividades de comer, usar el retrete, deambular, subir/bajar escaleras, uso del teléfono, preparación de las comidas, uso de los medios de transporte y manejo de asuntos económicos.

2) Las AVD en las que se evidenció una mayor promoción de la independencia funcional para el desempeño de las mismas están relacionadas con actividades de carácter personal, en concreto, baño/ducha/aseo y trasladarse dentro del hogar; siendo muy limitada la promoción en las actividades de vestirse, deposiciones/micciones, ir de compras, apoyo a la medicación y manejo de asuntos económicos, así como en actividades de carácter doméstico, como cuidar la casa y lavar la ropa. No se pudo comprobar en el resto, por no haberle sido prescrita la actividad o por no estar contempladas por el S.A.D.

3) Determinadas cualidades, capacidades, habilidades, destrezas y actitudes personales y

profesionales por parte de los/as auxiliares de ayuda a domicilio motivaron a sus usuarios/as a participar en el desempeño de actividades, promocionándose de esta forma su independencia funcional para las mismas. No sustituirles en tareas que pudiesen hacer por sí mismas, facilitarles orientación para realizar actividades de forma segura, motivarles para que colaboren en la actividad en la medida de sus posibilidades, proporcionar seguridad al acompañarles en la actividad, mostrar empatía y asertividad, demostrar una amplia formación y experiencia en el cuidado de personas mayores dependientes, tratar a la persona con cariño, fomentar su capacidad de decidir libremente sobre cómo desea que se le apoye en la actividad, estimularles cognitivamente para que recuerden cosas, educar en hábitos que puedan mejorar su salud y acompañarles hasta el centro de salud cuando es necesario, fueron algunas de ellas.

4) Otros aspectos que potenciaron el desarrollo de las actividades fueron la buena comunicación e interacción entre auxiliares de ayuda a domicilio y sus usuarios/as, el respeto y confianza entre ambas partes, el acuerdo inicial sobre el modo en que a la persona usuaria le gusta que se hagan las actividades prescritas y la actitud e interés por colaborar con sus auxiliares por parte de los/as usuarios/as.

5) Algunos aspectos detectados que dificultaron la promoción de la independencia funcional de las personas usuarias por parte de sus auxiliares fueron el desconocimiento de los problemas de salud de sus usuarios/as y la descoordinación entre auxiliares habituales y sustitutos/as. También afectó el agravamiento de la salud y/o deterioro de capacidades de los/as usuarios/as provocando la incapacidad de colaborar en la realización de las actividades propuestas por sus auxiliares.

Siendo conscientes de las limitaciones del presente estudio, debido fundamentalmente al reducido número de personas que componen la muestra, consideramos que la información obtenida ha sido útil al proporcionarnos un mayor conocimiento sobre el S.A.D., un acercamiento a la realidad experimentada por las personas usuarias del servicio y la identificación de algunas claves en torno a cómo se podría promocionar la independencia funcional para las AVD de personas mayores a través del S.A.D. que podrían servirnos de base para formular hipótesis en sucesivos estudios relacionados con este tema de investigación. En relación con esta última idea, sugerimos el diseño de programas de atención domiciliaria con un carácter más preventivo, educativo y rehabilitador, además de asistencial, dirigidos a la prevención de situaciones de dependencia y a la promoción de la independencia funcional de las personas mayores, apoyándoles en la adaptación de sus hogares para que se desenvuelvan con mayor seguridad y autonomía en los mismos; también sería muy conveniente complementar el proyecto de intervención personalizado del S.A.D. elaborado por su trabajador/a social, con una valoración geriátrica integral inicial y un plan de atención para la recuperación de sus capacidades funcionales en el que se incluya un seguimiento periódico por parte de un/a terapeuta ocupacional, reajustándose dicho plan a los cambios de la persona siempre que se considere conveniente; por último, proponemos que se incluyan servicios complementarios como: teleasistencia domiciliaria, comida a domicilio, lavandería, limpiezas de choque, peluquería o podología, entre otros.

## Bibliografía

- Corregidor Sánchez, A.I. (2010). Evaluación de las Actividades de la Vida Diaria en Geriátrica. En P. Moruno Miralles & D.M. Romero Ayuso. *Actividades de la Vida Diaria* (pp. 106-127). Barcelona: Elsevier MASSON.
- García Herrero, G. (2011). El servicio de ayuda a domicilio en la encrucijada. *Ekaina Junio*, 55-70. doi: 10.5569/1134-7147.49.05
- Hammersley, M. y Atkinson: (1994). *Etnografía: métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- IMSERSO (2012). INFORME 2010. Las personas mayores en España. *Colección Documentos*. Se-

- rie Documentos Estadísticos*. Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, IMSERSO. Recuperado de [http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/22023\\_inf2010pm\\_v1.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/22023_inf2010pm_v1.pdf)
- Labrador Toribio, C. (2010). Valoración Funcional. En J.C. Millán Calenti, *Gerontología y Geriatría. Valoración e intervención* (pp.187-204). Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Lawton, M.P., & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186. [http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/Lawton\\_Gerontol\\_1969-1502121986/Lawton\\_Gerontol\\_1969.pdf](http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/Lawton_Gerontol_1969-1502121986/Lawton_Gerontol_1969.pdf)
- Mahoney, F.I. & Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J.*, 14, 61-65. Recuperado de <http://www.kcl.ac.uk/lsm/research/divisions/cicelysaunders/attachments/Tools-BI-Functional-Evaluation-The-Barthel-Index.pdf>
- Máximo Bocanegra, N. & Cigarán Méndez, M. (2010). Análisis de la actividad. En J.C. Millán Calenti, *Gerontología y Geriatría. Valoración e intervención* (pp. 172-185). Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Millán Calenti, J.C. & Maseda Rodríguez, A. (2010). Envejecimiento. En J.C. Millán Calenti, *Gerontología y Geriatría. Valoración e intervención* (pp. 1-19). Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Romero Ayuso, D.M. (2007). Actividades de la Vida Diaria. *Anales de Psicología*, Vol. 23 (2), 264-271. Recuperado de [http://www.um.es/analesps/v23/v23\\_2/13-23\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v23/v23_2/13-23_2.pdf)

### 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).
- 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).
- Reglamento del Servicio de Ayuda a Domicilio de la ciudad de Granada. Granada: B.O.P., n.º 209 (30-11-2009).

