



TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL

“CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES EN EL DOMICILIO”

Autora:

D^a Nerea Colina Varona

Tutor:

D. Antonio de Diego Vallejo

Grado en Trabajo Social

Facultad de Educación y Trabajo social

Universidad de Valladolid

Curso 2024-25

Fecha de Entrega: 25 de junio de 2025

RESUMEN

El progresivo envejecimiento de la sociedad y el incremento de las situaciones de dependencia han dado pie a asegurar una adecuada calidad de vida a las personas mayores dependientes que viven en su propio hogar. De este modo, es esencial conocer y analizar como es la vida diaria de estas personas, así como el papel que tiene el Trabajo Social en estas situaciones.

Por medio de un estudio cualitativo, el presente trabajo investiga sobre la experiencia de seis personas mayores en situación de dependencia, con grado I o II, con el fin de visibilizar sus necesidades, conocer cómo afrontan su día a día e identificar las posibles barreras enfrentadas. Determinando así los elementos que condicionan tanto de forma negativa como positiva en su calidad de vida.

Palabras clave: personas mayores, calidad de vida, dependencia, envejecimiento, domicilio.

ABSTRACT

The progressive ageing of society and the increase in situations of dependency have given rise to the need to ensure an adequate quality of life for dependent elderly people living in their own homes. Thereby, it is essential to know and analyse the daily life of these people, as well as the role of Social Work in these situations.

By means of a qualitative study, this paper investigates the experience of six elderly people in a situation of dependency, with degree I or II, with the aim of making their needs visible, finding out how they cope with their daily lives and identifying the possible barriers they face. Thus determining the elements that condition both negatively and positively their quality of life.

Key words: older people, quality of life, dependency, aging, home.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. Justificación.....	5
1.2. Problemática y finalidad	6
2. OBJETIVOS.....	8
2.1. Objetivo general	8
2.2. Objetivos específicos	8
3. MARCO TEÓRICO	9
3.1. Envejecimiento	9
3.1.1. Envejecimiento activo.....	10
3.2. Dependencia en las personas mayores	11
3.3. Calidad de vida en la vejez.....	13
3.4. Factores influyentes en la calidad de vida de las personas mayores	14
3.5. Recursos y políticas de apoyo a la dependencia	15
3.6. Cuidados de personas mayores con dependencia	18
3.6.1. Cuidados informales	19
3.6.2. Cuidados formales	20
3.7. Rol del Trabajo Social en dependencia	21
4. METODOLOGÍA.....	22
4.1. Diseño	22
4.2. Participantes	22
4.3. Procedimiento	24
4.4. Cuestiones éticas	25
5. ANÁLISIS DE RESULTADOS	27
5.1. Condiciones del domicilio.....	27
5.2. Estado de salud y autonomía funcional.....	28

5.3.	Estado emocional, relaciones sociales y soledad	29
5.4.	Recursos y apoyos formales e informales	31
5.5.	Autonomía, calidad de vida y permanencia en domicilio	32
5.6.	Propuestas de mejora.....	34
6.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	36
7.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
	ANEXOS.....	45

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Evolución de las personas con derecho a prestación SAAD por CCAA.....	18
Tabla 2.	Perfil sociodemográfico de las personas entrevistadas	24

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Relaciones entre dependencia y calidad de vida.....	13
Figura 2.	Dimensiones generales para evaluar la calidad de vida en relación con la salud	15

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se ha producido un aumento notable en el colectivo de las personas mayores. Entre los factores influyentes a la aparición de esta situación se encuentran la disminución de la mortalidad y los pequeños niveles de natalidad. Por consecuencia, la población se ha visto envuelta en un gran envejecimiento.

Las sociedades modernas se han desarrollado tanto social como económicamente, y debido a ello se ha aumentado la esperanza de vida y han mejorado las condiciones para envejecer. Pero, pese a estos avances, no se ha logrado impedir que un número elevado de personas mayores se encuentren en una situación dependiente, precisando de ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria (IMSERSO, 2022).

Basado en las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística, INE, se prevé que en el año 2055 las personas mayores de 65 años ocuparán un porcentaje mayor del 30%, mientras que en el año 2024 se sitúan en un 20,4%. Esto, puede desencadenar diversos desafíos en varios niveles como social, sanitario y económico, sobre todo en el caso de las personas que precisan de atención y cuidado (Instituto Nacional de Estadística, 2024).

1.1. Justificación

La dependencia es uno de los mayores efectos adversos asociado con el envejecimiento de las personas por razón de la edad, debido a que aumenta de manera considerable al pasar de los 65 años en adelante.

Aproximadamente una de cada cinco personas de más de 65 años en España, necesitan ayuda para poder desarrollar las actividades básicas del día a día (IMSERSO, 2009). Dichas actividades se necesitan para poder llevar una vida de manera autónoma. Existe diferentes tipos de actividades: las básicas, que se trata del autocuidado y de las actividades a nivel mental; las instrumentales, que se encuentran en relación con las tareas del hogar, y, por último, las avanzadas, vinculadas al ocio, movilidad o trabajo (IMSERSO, 2004).

Como respuesta a ella, se desarrolló en España un marco legal por medio de la “Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención” a las personas que se encuentran en situación de dependencia, se trata de uno de los

desafíos más relevantes de la política social de países desarrollados. Esta ley tiene por finalidad asegurar una atención apropiada e integral.

Uno de los aspectos que las personas mayores valoran cada vez más, es la posibilidad de que la atención y cuidado expuesta por la ley anteriormente mencionada se puede llevar a cabo en su domicilio, sin necesidad de cambio en su entorno habitual.

Dicha preferencia se ampara además de en la legislación vigente, en las diferentes políticas de bienestar que favorecen la continuidad en el domicilio lo máximo posible (*Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato 2018-2021, 2017*). Por ello, es fundamental ver la realidad sobre cómo es la calidad de vida de estas personas en su domicilio, además de los apoyos y/o recursos que poseen.

1.2. Problemática y finalidad

La permanencia en el hogar puede conllevar ciertos beneficios tanto a nivel emocional como psicológico, pero también puede desencadenar diversos desafíos.

Algunos de ellos pueden ser la posible sobrecarga de los cuidadores, que se convierta en una situación de aislamiento social, o falta de acceso a los servicios especializados.

El presente trabajo tiene su enfoque en estudiar la calidad de vida de las personas mayores que tengan grado I o II de dependencia pero que no presenten deterioro cognitivo, y que residan en su domicilio.

El estudio está centrado en personas mayores dependientes con grado I o II, el hecho de no incluir a las personas que poseen grado III es que, la gran mayoría de personas con dicho grado cuentan con poca o nula autonomía personal, limitaciones a nivel cognitivo, físico o sensorial. Estos diferentes aspectos dificultarían la participación activa a la hora de la realización de la entrevista, y en especial, ya que en este estudio se pretende recoger información de sus vivencias y experiencias sobre su calidad de vida.

Además, la no inclusión de este sector se debe también a razones éticas, debido a que muchas de las personas no están capacitadas para dar su consentimiento a realizar la entrevista por sí sol@ de forma válida, lo que estaría comprometiendo los principios de independencia y respeto en el estudio.

Por estas razones he decidido que el estudio se centre solo en personas que tengan grado I o II, y que mantengan una capacidad elevada para poder reflexionar y exponer su situación desde su punto de vista.

Se estudiarán los aspectos a nivel emocional, físico y social influyentes en el bienestar de la persona, los recursos tanto formales como informales de los que dispongan para su apoyo o atención, y por último las dificultades con las que combaten en su vida diaria, con el fin de aportar una percepción contextualizada y exhaustiva la cual pueda servir como apoyo para posibles propuestas de mejora en nuestra profesión, Trabajo Social.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

El objetivo principal del trabajo es conocer la calidad de vida de las personas mayores con grado I o II de dependencia que no posean deterioro cognitivo y que vivan en su domicilio.

2.2. Objetivos específicos

- Definir tanto perfil sociodemográfico como nivel de dependencia que posean.
- Determinar los aspectos emocionales, físicos, sociales, que repercutan en la calidad de vida de las personas mayores dependientes en su domicilio.
- Valorar la accesibilidad y/o disponibilidad de servicios tanto sociales como sanitarios.
- Indagar sobre los recursos informales y formales de los que dispongan.
- Investigar el grado de satisfacción y de autonomía personal con el que cuentan permaneciendo en su hogar.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Envejecimiento

Un concepto de gran relevancia es en el envejecimiento, el cual se define como una transformación gradual que conlleva un aumento del riesgo de enfermedad, debilidad o al fin de la vida. Se presenta una reducción de las funciones biológicas, así como en la capacidad para adecuarse al estrés metabólico (Alvarado García & Salazar Maya, 2014).

La Organización Mundial de la Salud define el proceso de envejecimiento como:

“Fase fisiológica que empieza en la concepción y produce transformaciones en las particularidades de las especies a lo largo del ciclo de la vida; dichas transformaciones crean una limitación de la capacidad de adaptación del organismo con relación al medio. Los ritmos en los que se producen las transformaciones en los distintos órganos no son iguales” (Alvarado García & Salazar Maya, 2014).

Algunos de los efectos de manera generalizada que tiene el envejecimiento son: reducción o pérdida de fuerza muscular, memoria, aspectos cognitivos, color en el cabello o elasticidad de la piel, entre otros.

Existen diversas teorías sobre cómo es la vivencia del envejecimiento, se dividen en diferentes ámbitos (Alvarado García & Salazar Maya, 2014):

- Teorías biológicas: pretenden expresar el concepto de envejecimiento como un desgaste que se produce de forma natural de los sistemas corporales u órganos, tratándose de un resultado natural y general de los seres vivos.
- Teorías psicológicas: tienen su centro en los elementos cognitivos, comportamientos y en estrategias para manejarlo.

Se incluye la teoría del desarrollo de Erikson (1950), la cual proyecta la fase de la vejez a partir de los 65 años, observando tanto elementos culturales como individuales (Psicología, 2025).

También, se encuentra dentro la teoría de la “continuidad”, la cual asegura que la separación entre edad adulta y tercera edad tiene como base el trascurso de la vejez, un desarrollo de hábitos de vida, proyectos y vivencias. Afirma que tanto la personalidad como el conjunto de valores se sustentan casi intactos. Con el paso

del tiempo, las personas desarrollan estrategias para adaptarse lo que hace que les favorezca frente a los desafíos de la vida (Robledo Díaz, 2016).

- Teorías sociales, las cuales pretenden abarcar y pronosticar la adecuación de forma satisfactoria de las personas mayores en la sociedad. Se incluyen: la teoría de la desvinculación fue propuesta inicialmente por Cumming y Henry o la teoría de la disociación de van der Hart, ambas creen que el apartarse de las interacciones sociales forma una manera de adecuación natural a la vejez.

La persona mayor agranda su inquietud personal, reduciendo el interés a nivel emocional por su entorno.

Por su parte, la teoría de la actividad expone que un grado elevado de participación es uno de los factores clave para conseguir un envejecimiento satisfactorio y realización personal, quienes lo experimentan cuentan con una mayor capacidad para adaptarse y se encuentran más conforme con la vida. Dicha percepción se puede percibir como un aspecto motivador para favorecer estilos de vida en la vejez saludables (Morán, 2010).

Con las distintas teorías que se han indicado anteriormente se puede observar la inquietud del hombre por conocer y entender el fenómeno del envejecimiento por medio de una percepción global, pretendiendo ofrecer una exposición extensa del proceso, debido a ello es necesario dar la relevancia que se merece a cada una de las teorías existentes del envejecimiento.

Además, al proceso de envejecimiento contribuyen las enfermedades, las vivencias acumuladas durante el paso de la vida, el tipo de vida que haya tenido, aspectos de riesgo o del entorno a los que se ha enfrentado, genes, ...etc.

3.1.1. Envejecimiento activo

Aparece como respuesta a la problemática del envejecimiento el término de envejecimiento activo.

El envejecimiento activo presenta los beneficios que se consiguen gracias a llevar una vida activa tanto de forma física, mental, intelectual y social. Además, cambia de manera radical la vejez, pasa de ser una etapa de dependencia e inactividad, a ser un

periodo de autonomía y actividad. En definitiva, transforma la vejez al acabar con las características que de costumbre se relacionan con ella (Lassen, 2015).

La OMS (2002) define el envejecimiento activo como: “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (Ramos Monteagudo et al., 2016).

De acuerdo con la definición anterior, se busca tener en cuenta los derechos que tienen las personas mayores para que logren contar con una vida digna y con participación en la sociedad.

El fin principal es conseguir que la persona sea su propio agente en su periodo de vejez, es decir, que logre por sí mismo la vejez que desea. Esto se puede alcanzar gracias a los refuerzos existentes que hay de distintos servicios y programas. Además, tiene su enfoque en el bienestar de la persona, participación en la comunidad, entre otras.

Se basa en mejorar la calidad de vida de las personas durante el proceso de envejecimiento, promoviendo las oportunidades de progreso para llevar una vida segura, saludable e integrada en la sociedad (Martínez Barqueros & Lidón Cerezuela, 2014).

3.2. Dependencia en las personas mayores

Se entiende por persona dependiente, la que, por razones como enfermedad, edad, discapacidad..., etc., asociadas a la falta o pérdida de independencia física, mental, intelectual o sensorial, necesita de manera permanente la atención o ayuda de otra persona para poder ejecutar las actividades básicas de la vida cotidiana.

Aparecen dos posibles tipos de dependencia en personas mayores:

- Física: la cual se entiende como la carencia de control de su cuerpo y de sus interacciones con el entorno (Casado Marín & López i Casasnovas, 2001).
- Mental: entendida como el suceso de perder de forma progresiva la capacidad de decidir por sí solo y la incompetencia de poder solventar problemas (Casado Marín & López i Casasnovas, 2001). En alguna ocasión esta dependencia puede desencadenar en una física.

Existen tres tipos de grados de dependencia, el cual figura el nivel de necesidad de asistencia que necesita la persona para poder realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABDV).

Mediante el Índice de Barthel (Anexo 3), se mide el grado de dependencia en el que se encuentra el individuo. Es una herramienta esencial para valorar el nivel de independencia funcional y las necesidades específicas de apoyo requeridas por cada uno.

Los diferentes grados son (*Baremo de valoración de los grados y niveles de dependencia (BVD)*):

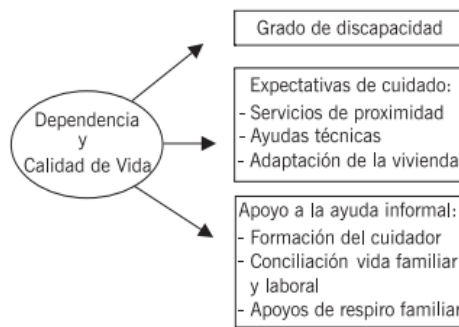
- Grado I o también conocido como dependencia moderada. La puntuación final de la escala previamente realizada debe encontrarse entre 25 - 49 puntos.
Hace referencia a las personas que precisan de ayuda al menos una vez al día para realizar las ABVD o posee necesidades de apoyo intermitente o limitado en cuanto a su autonomía.
- Grado II o dependencia severa. La puntuación final debe estar entre 50 - 74 puntos.
Dentro de este nivel se encuentran las personas que no necesitan continuamente un apoyo, pero requieren ayuda dos o tres veces al día para algunas actividades diarias.
- Grado III o gran dependencia. La puntuación debe estar entre 75 - 100 puntos.
Incluye a las personas que precisan ayuda varias veces al día, debido a su pérdida total de independencia mental, física, intelectual o sensoria, necesita un apoyo permanente de otra persona.

Según algunas investigaciones la dependencia y la calidad de vida en las personas mayores dependientes se pueden relacionar en función de tres aspectos (Berjano Peirats, 2005).

1. El grado de dependencia con el que cuente la persona, el cual le forzará a tener presente otra persona en su vida diaria para poder realizar ciertas actividades cotidianas ya sea con mayor o menor necesidad.

2. Las expectativas de uno mismo según el modo en el que quiere recibir las ayudas y apoyo necesarios.
3. Por último, se encontrarían tanto la atención como los apoyos que reciben de cuidadores informales si se diera el caso.

Figura 1. Relaciones entre dependencia y calidad de vida



Fuente: Revista Multidisciplinar de Gerontología

3.3. Calidad de vida en la vejez

La OMS (1994) define el concepto “calidad de vida” “como la apreciación de la persona en cuanto a su posición en la vida en el interior tanto del sistema de valores en el que se encuentra como del contexto cultural, y en relación con sus objetivos, normas, expectativas e inquietudes” (Botero de Mejía & Pico Merchán, 2007).

Se trata de un término complejo y multidimensional que abarca elementos personales como el nivel de satisfacción con la vida, independencia, autonomía, y elementos del contexto como relaciones de apoyo, servicios sociales, ...etc.

Es el caso de Herdman y Baró, los cuales citan la definición formulada por Shumaker y Naughton (1996) que representa la perspectiva adoptada por numerosos investigadores en este campo: “La calidad de vida en relación con la salud hace referencia al estudio subjetivo sobre cómo el estado de salud, la atención médica y el fomento de la salud influyen en la capacidad del individuo para conseguir y sustentar un nivel general de desempeño que facilita continuar realizando actividades relevantes para la persona y que influyen en su bienestar general” (Soto & Failde, 2004).

Las dimensiones relevantes para medir la calidad de vida en relación con la salud son: el funcionamiento cognitivo, social y físico, el autocuidado, la movilidad y el bienestar a nivel emocional.

3.4. Factores influyentes en la calidad de vida de las personas mayores

La calidad de vida es un término complejo, y cuenta con múltiples dimensiones. Además, cuenta con aspectos que obstaculizan su aproximación de forma real, debido a que por un lado se encuentra una aproximación subjetiva, que incluye la perspectiva del estado o de la situación que se observa, se adquiere de forma directa de las personas en lo que respecta a satisfacción, donde se encuentran diferentes elementos como el estado de salud, las adaptaciones de la vivienda, las redes sociales, la situación a nivel económico, ...etc.; simultáneamente se manifiesta la aproximación objetiva, que tiene como centro el estudio de la situación de vida, en términos a los factores que al mismo tiempo manifiestan el acceso a los servicios, entre los que se encuentran las condiciones de la vivienda, la accesibilidad que posee a los servicios de salud y el nivel de educación (Díaz Díaz & Gallo Ascencio, 2017) (Arellano Levicoy & Galdames, 2011).

Las personas mayores sufren durante la vejez, un conjunto de pérdidas o reducciones de los aspectos o condiciones que de manera común se encuentran en la vida y que por ello la calidad de vida decae.

Actualmente, para realizar estudios respecto a la calidad de vida, se usan variables concretas de uno de los análisis de la calidad de vida de personas mayores con más relevancia. Este estudio lo realizaron Fernández Ballesteros y Maciá (1993) (Aguilar Parra et al., 2011).

Dichos autores pretendieron investigar el término sobre calidad de vida en las personas mayores cuestionando cuales eran los elementos de un listado previamente realizado que influían en primer, segundo y tercer orden a la calidad de vida en la vejez (Aguilar Parra et al., 2011).

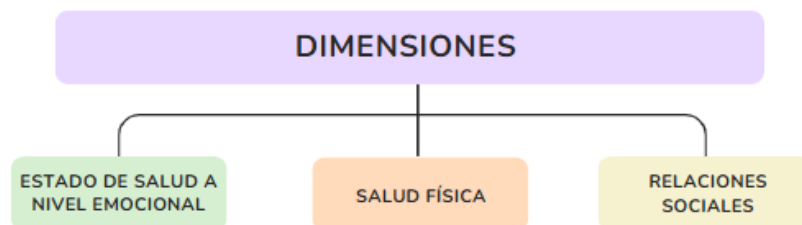
Es de interés conocer las diferentes áreas en las que los autores sustentaron las preguntas del análisis: autonomía, satisfacción a nivel social y en la vida, salud subjetiva,

actividad, apoyo social, nivel de renta, recursos culturales, condiciones de la vivienda y servicios sociales.

En una investigación que realizó Fernández-Ballesteros posteriormente expone que la calidad de vida se encuentra establecida por elementos como: estado de salud y mental, capacidad funcional, grado de actividad y de ocio, nivel de satisfacción con la vida, servicios sociales y de salud, y calidad del entorno (vivienda, o dónde resida). También, se debe incorporar un análisis sociodemográfico que examine las condiciones culturales, educativas y económicas (Fernández Ballesteros, 1997).

A menudo, lo que se busca evaluar es la calidad de vida en relación con la salud. En estos estudios se encuentran dimensiones como: estado emocional, físico, cognitivo, satisfacción con la vida, apoyo social, recursos económicos, conciencia de sí mismo sobre la salud, relaciones interpersonales, vitalidad. Entra los cuales se destacan tres grandes dimensiones que se encuentran presentes en todos los aspectos que son: estado de salud relativo al bienestar a nivel emocional, salud física y redes sociales (De La Guardia Gutiérrez et al., 2020).

Figura 2. Dimensiones generales para evaluar la calidad de vida en relación con la salud



Fuente: Elaboración propia

3.5. Recursos y políticas de apoyo a la dependencia

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas que se encuentran en situación de dependencia, mediante el desarrollo de un sistema de atención integral. Dicha ley pretende asegurar a aquella persona que no puede valerse por sí misma ya sea por enfermedad, edad, problemas de movilidad, ...etc., el derecho universal a estar atendidos y contar con accesibilidad

sanitaria, educativa o de pensiones. Debido a ello se le conoce por el nombre “Cuarto Pilar del Estado de Bienestar”. De esta forma aparece el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, que tiene como siglas SAAD (*BOE-A-2006-21990 Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.*, s. f.).

El surgimiento de la presente ley ha sido necesario para la definición de las diversas prestaciones y de servicios básicos que ofrecen atención para las personas que cuentan con dependencia.

Los servicios sociales que incluye la ley en el artículo 15 son (*BOE-A-2006-21990 Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.*, s. f.):

a) Servicio de promoción a la autonomía personal

Por medio de coordinación de los servicios sociales y de salud, se crear un conjunto de actuaciones con el objetivo de que la persona continua con un estado saludable y que tenga oportunidad de acceso a programas específicos para rehabilitación si se ha dado el caso de un proceso complicado de hospitalización.

b) Servicio de Teleasistencia

Se favorece la asistencia a aquellas personas que requieren ayuda inmediata en situaciones de emergencia, soledad, inquietud, ...etc. Esta atención se ofrece por medio de tecnología, y se trata de un mecanismo fácil de usar ya que solo se debe apretar un botón en caso de alerta. También cuentan con sensores que avisan si nota una caída repentina.

c) Servicio de Ayuda a domicilio o SAD.

Se trata de actuaciones en la vivienda de la persona con dependencia con el objetivo de ocuparse de las necesidades que requiera en su vida diaria. Se ofrecen de entidades o empresas que cuentan con acreditación para proporcionar este servicio.

La ayuda puede ser para tareas domésticas o para cuidados personales.

En función del grado de dependencia, varían las horas de SAAD. El grado I son de 20 a 37 horas al mes, el grado II de 38 a 64 horas/mes y, por último, el grado III de 65 a 94 horas/mes.

d) Servicio de centro de día y noche

El principal fin de los centros de día es que la persona continúe en su entorno familiar, con la máxima autonomía posible. Además de tratarse de un servicio de apoyo a familias o cuidadores.

Y los centros de noche se encargan de ofrecer atención a las personas que requieren cuidados especializados nocturnos. Pero por el día vuelven a su entorno familiar.

e) Servicio de centro residencial permanente

Proporciona un servicio de forma continua e íntegra. Se encarga de cubrir todas las necesidades que precise la persona.

Además de contar con actividades de integración y de ocio.

f) Servicio de asistencia personal

Además, de los servicios anteriormente mencionados, se expone en el artículo 17 que existe una prestación económica que solamente se ofrecerá cuando no exista la posibilidad de acceder al servicio público o concertado. Se encontrará en todo caso asociada a la obtención de un servicio. Así como en el artículo 19 se establece la prestación económica dirigida a contratar a un asistente personal, cuyo fin es favorecer la independencia de las personas con dependencia (*BOE-A-2006-21990 Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.*, s. f.).

A lo largo de los años, ha ido aumentando notablemente las personas que cuentan con derecho a la prestación del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. A continuación, se muestra una tabla en la que se muestra la evolución que ha tenido dicha prestación desde el año 2018 hasta el 2024 en cada Comunidad Autónoma, aumentando el total de todo el conjunto de CCAA en más de 300.000 personas (IMSERSO, 2024).

Tabla 1. Evolución de las personas con derecho a prestación SAAD por CCAA

	Número							
	31/12/2018	31/12/2019	31/12/2020	31/12/2021	31/12/2022	31/12/2023	31/12/2024	
Andalucía	287.340	294.246	285.089	295.552	307.238	322.158	313.855	
Aragón	35.146	39.188	36.344	37.924	39.112	40.520	45.350	
Asturias, Principado de	25.573	26.877	27.263	29.763	31.755	32.560	33.572	
Baleares, Illes	20.139	24.991	25.528	26.990	29.491	33.350	35.599	
Canarias	30.594	32.430	33.152	36.737	41.768	46.523	52.503	
Cantabria	20.401	21.169	21.022	18.734	18.426	18.749	18.551	
Castilla y León	94.845	106.369	105.708	108.898	114.380	122.746	126.345	
Castilla - La Mancha	64.964	68.077	64.772	66.829	69.929	74.835	80.045	
Cataluña	230.178	239.983	230.320	245.417	257.644	250.190	269.088	
Comunitat Valenciana	85.031	103.107	115.485	129.091	144.410	161.791	172.554	
Extremadura	33.341	35.443	34.750	36.342	38.917	41.046	40.991	
Galicia	67.903	70.092	67.467	69.079	71.374	75.584	78.452	
Madrid, Comunidad de	161.368	171.922	161.936	163.249	173.065	185.857	201.810	
Murcia, Región de	39.429	41.312	40.012	42.082	44.287	47.580	51.617	
Navarra, Comunidad Foral de	15.133	14.637	14.462	15.183	16.013	16.801	16.933	
País Vasco	78.811	80.742	79.315	78.831	79.067	82.443	85.082	
Rioja, La	11.167	11.398	10.806	11.690	10.545	10.646	10.406	
Ceuta y Melilla	2.949	3.054	3.042	3.187	3.439	3.728	4.004	
TOTAL	1.304.312	1.385.037	1.356.473	1.415.578	1.490.860	1.567.107	1.636.757	

Fuente: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

3.6. Cuidados de personas mayores con dependencia

El rol del cuidado es un aspecto clave en las personas con dependencia para su calidad de vida y su bienestar.

La tarea de cuidar se puede ofrecer de diferentes ámbitos: tanto centros de día como centros residenciales, familiares, amigos, vecinos, entre otros.

Otro aspecto que se debe tener en cuenta es que el tipo de cuidado ofrecido tiene relación con las características de la persona dependiente, los cuidadores, y también con el entorno en el que se tiene ese cuidado.

La OMS expone que los cuidados de larga duración se suelen desempeñar principalmente por cuidadores informales, como familiares, amigos o vecinos; profesionales normalmente sanitarios o por coordinación de ambos, teniendo como fin de que la persona cuidada mejore su calidad de vida, respetando sus preferencias (Gallardo Fernández, 2016).

El ser cuidador principal se puede describir como el individuo que destina gran parte de su tiempo al cuidado de la persona afectada y que ejecuta las tareas de cuidado al menos durante seis semanas (López Gil et al., 2009).

Han sido varios los estudios que demuestran que el rol de cuidador principal puede desencadenar problemas en el área del trabajo, económico, social, físico, psicológico o familiar (Carretero et al., 2009).

3.6.1. Cuidados informales

Apoyo informal es el cuidado y/o atención que se da principalmente por familiares, amigos o vecinos, entre otros. El cual se ofrece de manera voluntaria, sin la necesidad de que intermedie una organización ni retribución (Roger-García, 2009).

En la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, sobre la autonomía y atención de la dependencia, establece que el cuidado informal se integra por la atención ofrecida a las personas dependientes en su domicilio por parte de su familia o entorno social, la cual no esté relacionada con la atención de profesionales. Este cuidado está dirigido a que la persona cuidada mantenga las actividades básicas de su día a día.

Se suelen diferenciar tres categorías de apoyo (Rodríguez Rodríguez, 2005):

1. Apoyo instrumental. Se trata en ofrecer ayuda y/o servicios que no pueden realizarse por uno mismo.
2. Apoyo informativo. Hace referencia al cambio de información que se presta a otras personas para solventar problemas específicos, así como para afrontar situaciones complejas.
3. Apoyo emocional. Alude a la intervención afectiva del entorno social, facilitando cariño, entendimiento y fortaleciendo el sentimiento tanto de autoconfianza como de integración.

Las responsabilidades o actividades que deben ejecutar los cuidadores dependen del grado de autonomía y necesidades que posea la persona cuidada, algunas de las tareas más habituales son: la higiene personal, vestimenta, alimentación, labores domésticas, control de los medicamentos o de las citas médicas, entre otros.

Según la *Guía básica para cuidadores de Cruz Roja Española* (2006) se debe tener en cuenta diversos aspectos para realizar las actividades ofrecidas a la persona a cuidar. Los diferentes aspectos son:

- Determinar las actividades que la persona cuidada cuenta con la autonomía de realizarlas.
- Facilitar la ejecución de las actividades que puede hacer por sí mismo y no realizar ninguna de ellas por él.
- Conservar las rutinas en la medida de lo posible.
- Se debe considerar las decisiones o preferencias de la persona.
- No se recomienda cambiar de forma brusca las rutinas o el entorno.
- Proteger la seguridad de la persona dependiente.
- Adecuar el hogar a sus necesidades.
- Favorecer su autoestima y guardar su intimidad.

Contar con una formación adecuada de los cuidadores informales es fundamental a la hora de ofrecer un cuidado y atención bueno a la persona cuidada.

3.6.2. Cuidados formales

Suele hacer referencia a los cuidados y/o atención que ofrece un profesional especializado regulado por una entidad pública o privada, éste normalmente percibe una retribución económica por ello.

La persona que ofrece el cuidado se trata de un profesional el cual posee una formación previa que lo capacita para poder ejecutar las tareas necesarias de atención.

El cuidado formal es característico por una neutralidad a nivel afectivo entre el cuidador y la persona a cuidar.

Son dos los tipos de cuidado formal que existen: por un lado, se encuentra el que es dotado por los servicios sociales, tratándose de un servicio público, y por otro, el que es la propia familia la encargada de contratar a un profesional, siendo un servicio privado (Roger-García, 2009).

Los servicios y prestaciones sociales que se pueden obtener de forma pública han sido anteriormente mencionados al exponer el catálogo de servicios que se incluyen en

los servicios de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.

3.7. Rol del Trabajo Social en dependencia

La ley anteriormente mencionada, “Ley de Promoción a la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia”, considera al trabajador social como una figura relevante para su adecuado funcionamiento, debido a que estos poseen una formación teórica en diferentes ámbitos, lo que les permite la capacidad de valorar las situaciones de las personas desde un plano más extenso.

Dicha valoración abarca las condiciones del domicilio, los posibles enfrentamientos en sus vínculos sociales o relaciones familiares desestructuradas, aspectos relevantes que se deben tener en cuenta en el marco de la Ley de Dependencia para concluir los recursos más convenientes para cada caso.

Posterior al establecimiento del grado de dependencia, la normativa determina un conjunto de servicios y prestaciones designados a la persona beneficiaria. Pero, para acceder a esos recursos es necesario elaborar y planificar el Programa Individual de Atención (PIA) (Santos & Romero, 2008).

El rol de los trabajadores sociales no finaliza con la concesión de las prestaciones y servicios, si no que, además, se encargarán de realizar el diseño de intervención social, en el que se recaba información como el entorno, las relaciones familiares, los apoyos que posee la persona, entre otros, ...etc. Desde el inicio del Estado de Bienestar en España, ésta se ha tratado de una competencia de los trabajadores sociales (Santos & Romero, 2008).

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño

Esta investigación se ha puesto en marcha a través de una metodología cualitativa, debido a que permite interpretar y analizar la información recogida, en este caso se ha llevado a cabo por medio de entrevistas semiestructuradas.

Por medio de este tipo de entrevista se ha podido investigar en profundidad sobre el tema de interés, además en ésta las personas entrevistadas cuentan con la flexibilidad de expresarse y opinar de forma libre y precisa. En la investigación cualitativa, las entrevistas semiestructuradas son muy valoradas por el potencial que tienen para la obtención de información contextual y detallada, permitiendo por tanto la comprensión de fenómenos difíciles desde el punto de vista de las personas que participan.

Se pretende conocer la realidad desde la visión de las personas que participan en la entrevista, brindando por tanto información valiosa sobre el problema que se busca estudiar (Munarriz, 1992).

He empleado este enfoque cualitativo ya que se busca comprender la realidad subjetiva de las personas mayores que cuenten con grado de dependencia I o II y que viven en su hogar, teniendo como centro las propias experiencias, vivencias o emociones sobre su calidad de vida en el domicilio.

4.2. Participantes

Una vez contando con el diseño de la investigación, se va a dar paso a definir a las personas que han sido escogidas para realizar el estudio, en otras palabras, a las personas mayores con dependencia que viven en su domicilio, sin deterioro cognitivo a los que se van a entrevistar.

Las personas entrevistadas fueron escogidas por la trabajadora social del centro de salud “Plaza del Ejército” de Valladolid, lugar en el que realicé las prácticas del Prácticum I y II. La muestra se formó por un total de seis personas mayores, cuatro de ellas eran mujeres y los dos restantes hombres.

Para la selección de los participantes, se han tenido en cuenta una serie de criterios, y se ha tratado de un proceso intencional, es decir, se han seleccionado las personas más apropiadas para el desarrollo del estudio. Los criterios para poder participar han sido los siguientes:

- Tener de 65 años en adelante.
- Contar con grado I o II reconocido de dependencia.
- Vivir en su domicilio.
- No poseer deterioro cognitivo.

Se ha recopilado información detallada de cada persona entrevistada sobre como es su situación residiendo en su propio domicilio, además de datos generales como edad, sexo, estado civil.

La siguiente tabla recopila los datos sociodemográficos de las personas entrevistadas, indicando la información más relevante como son el sexo, edad, estado civil y grado de dependencia reconocido.

Debido a que la entrevista realizada es totalmente anónima y confidencial, he decidido usar un sistema de códigos por medio de los indicadores: “E1”, “E2”, “E3”, etc. En vez de utilizar sus nombres propios o cualquier otro dato con el que se pueda identificar a la persona entrevistada.

El identificador “E” se debe a la persona entrevistada y el posterior número al orden en el que se realizaron las entrevistas. (1,2,3...)

Tabla 2. Perfil sociodemográfico de las personas entrevistadas

	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	GRADO DE DEPENDENCIA
E1	MUJER	81	CASADA	GRADO I
E2	MUJER	79	VIUDA	GRADO I
E3	HOMBRE	76	VIUDO	GRADO II
E4	MUJER	66	DIVORCIADA	GRADO I
E5	HOMBRE	73	CASADO	GRADO I
E6	MUJER	85	VIUDA	GRADO II

Fuente: Elaboración propia a partir de la información recogida

4.3. Procedimiento

El presente trabajo se encuentra estructurado en dos partes, la primera de ellas se trata de una revisión bibliográfica, en la que se recoge información sobre las definiciones de envejecimiento, dependencia y calidad de vida, los posibles apoyos existentes de la persona dependiente, factores que influyen en la calidad de vida de estas, así como el papel que tiene el Trabajo Social en la dependencia, entre otros. Dicha revisión se realizó con el propósito de aportar un sustento teórico que respalde la investigación posterior a partir de la información científica. En cambio, la segunda parte de se basa en un estudio cualitativo, que tiene como fin conocer la situación de cómo es la realidad de las personas mayores que poseen grado I o II de dependencia, residiendo en su propio domicilio.

Para realizar el estudio, el primer paso fue crear un guion de preguntas semiestructurado en seis bloques relacionados con la calidad de vida de las personas mayores dependientes en su domicilio (Anexo 2), el cual sirvió de ayuda a la hora del desarrollo de las entrevistas. Además de la hoja informativa (Anexo 1), en la cual se explica en que consiste la investigación y se enfatiza en la confidencialidad de esta, la cual fue firmada por los entrevistados, dando por tanto su consentimiento de participar de forma voluntaria.

Posterior a ello, se contactó con la trabajadora social del centro de salud “Plaza del Ejército” de Valladolid, y se acordó fecha y hora para realizar las entrevistas a las personas más acordes para el estudio seleccionadas por ella, teniendo en cuenta los criterios de inclusión. Las entrevistas se llevaron a cabo en una de las salas del centro de salud de forma individual, y con una duración total de aproximadamente 40 minutos, y fueron grabadas en audio, para después transcribir la información recogida, asegurando en todo momento el anonimato de los datos recabados.

Respecto al análisis de contenido, se ha realizado por medio de la ordenación y selección por bloques de la información recogida, seleccionando los resultados con más importancia para el estudio. Se han expuesto siete bloques los cuales expresan los principales factores que inciden en la calidad de vida de las personas mayores dependientes, terminando como último bloque, con las propuestas de mejora que se han recogido con los testimonios de las personas entrevistadas. Se han identificado tanto las coincidencias en diversos aspectos de los entrevistados como las discrepancias. Resaltando las opiniones similares de los participantes, entendiendo por tanto que la coincidencia de estas muestra la importancia de alguna cuestión.

Para acabar, se han cogido los resultados obtenidos y se ha comparado con la literatura recogida en el marco teórico, iniciando un nuevo apartado de discusión, y, por último, se encuentra el apartado de conclusiones donde se encuentra una reflexión final sobre el estudio.

4.4. Cuestiones éticas

Como ya se ha mencionado, a cada persona entrevistada se le facilitó una hoja informativa, la cual aparte de explicar el motivo por el que colaborar en la entrevista, recalca que los datos recogidos se encontrarán protegidos por la actual Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En el análisis de los resultados, aparecen escritas textualmente citas de las personas que han participado en la entrevista, debido a que añaden un significado relevante interpretativo en el estudio cualitativo. A pesar de ello, no se revela en ninguno de los casos la identidad de estos, así como todos los datos recogidos serán manejados de forma confidencial y agregados.

Por ello, recordemos que se ha renombrado a cada participante mediante una identificación que ofrece anonimato, siguiendo el patrón de “E1”, “E2” ... haciendo referencia “E” a la persona “entrevistada” y el número que lo acompaña a el orden en el que fueron entrevistados.

5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este apartado se van a observar los resultados que se han obtenido a partir del análisis de las seis entrevistas realizadas. Se han establecido diferentes categorías, siendo aspectos relevantes que influyen en la calidad de vida de las personas entrevistadas. Como último punto, se muestran algunas propuestas de mejora que consideran pertinentes los participantes para que su calidad de vida en el hogar mejorase.

5.1. Condiciones del domicilio

Cómo se encuentre el domicilio en el que se reside, es uno de los factores más influyentes en la calidad de vida de las personas mayores. A través de las entrevistas, se ha observado en primer lugar, que 4 de 6 de las personas entrevistadas tienen adaptado su hogar a sus necesidades físicas, haciendo mención la mayoría de ellas a que dicha adaptación se realizó por sus propios medios, observando por un lado que no conocía información acerca a las posibles ayudas disponibles, o directamente no se concedió la ayuda por parte de los servicios sociales.

“El cambio de bañera a ducha lo hice por mi cuenta, ya que no conocía información de que me podían ayudar económicamente en eso.” (E2)

“Tuve que adaptar mi casa con mis propios ahorros, ya que solicité la ayuda económica para hacerlo, pero no me la concedieron.” (E4)

Aunque, por el contrario, uno de ellos menciona que las adaptaciones realizadas en su hogar fueron por medio de los servicios sociales, y otro que le ayudaron con una parte de la adaptación.

“Tengo adaptado el baño, con un plato de ducha y antes, en la entrada de mi casa había un escalón nada más entrar y me lo quitaron para evitar posibles caídas. Pero ahora que me muevo con la silla de ruedas era necesaria esa adaptación.” (E3)

“He hecho algunas adaptaciones en mi piso ya que sufro de vértigos y problemas de equilibrio lo que me da mucha facilidad para caerme, así que puse unas

barandillas por el pasillo que me dan seguridad al moverme por casa y, además, cambié la bañera por una ducha con silla, con una parte de la adaptación nos ayudaron económicamente, pero otra la pagué con mi dinero.” (E6)

Además, se ha observado que las dos personas restantes que no cuentan con adaptaciones en su domicilio mencionan que su situación en el hogar es buena, así como el buen manejo casa por ahora.

“No tenemos la casa adaptada, ando con una muleta, pero por ahora mi marido y yo no vemos necesario adaptar la casa, nos manejamos bien dentro de lo que podemos.” (E1)

“Vivo en un piso antiguo en una zona bastante tranquila, por ahora puedo hacer todo lo que necesito sin adaptar nada. Aunque cada vez noto que me cuesta más quedarme mucho tiempo de pie por ejemplo cuando me ducho.” (E5)

5.2. Estado de salud y autonomía funcional

Con el paso de los años, la salud de las personas se va deteriorando progresivamente, por lo que las personas mayores son un colectivo muy vulnerable a la hora de la llegada de problemas de salud. De forma general, todos los entrevistados presentan algún problema de salud que limitan su autonomía.

La gran mayoría presenta movilidad reducida, o algún tipo de dolor articular, y esto hace que afecte a sus rutinas de la vida diaria, condicionando el poder realizar las ABVD de forma autónoma. Estos aspectos afectan de manera directa en la percepción de su calidad de vida. A pesar de ello, alguno de los participantes intenta estar activos dentro de lo que pueden permitirse.

“Me desplazo con una muleta, suelo dar vueltas por el pasillo de casa, de un lado al otro para fortalecer la rodilla. Pero, sin embargo, necesito ayuda de mi marido a la hora de tener que abrocharme los zapatos o vestirme” (E1)

“Desde que voy con la silla de ruedas, me cuesta mucho más hacer cosas básicas como vestirme o aseoarme, necesito ayuda para todo ello.” (E3)

En otros casos, el deterioro de la salud física se agrava debido al cuidado de otras personas que se encuentran en situación de gran dependencia.

“Cada día noto que me cuesta más el cuidar de mi mujer, ya que aparte de cuidarla a ella me tengo que cuidar también a mí” (E5)

5.3. Estado emocional, relaciones sociales y soledad

Respecto al estado a nivel emocional, se observan diferentes puntos de vista dependiendo de la situación en la que se encuentran. Por un lado, algunos de los entrevistados aseguran sentirse con frecuencia con una sensación de tristeza, atribuyéndolo a la pérdida, en este caso de su marido, o con un sentimiento de preocupación y/o agotamiento, debido a que afronta a el cuidado de otra persona dependiente, y la situación en la que se encuentra influye en la suya propia. En cambio, uno de los entrevistados, intenta apoyarse en creencias religiosas, y mantener el sentido y esperanza.

“La verdad es que desde que mi marido falleció, empecé a tomar medicación para sobrellevar la situación. Era un pilar fundamental en mi vida, y sin él me siento muy sola. Sé que tengo que seguir adelante, pero es muy difícil, ya no es lo mismo.” (E2)

“Tengo tanto días buenos como malos. Creo que nos pasa a todos, pero es cierto que lo que más me preocupa actualmente es el estado de mi esposa, cada vez la veo peor y la situación está empeorando de manera muy rápida, esto hace que mi estado de ánimo sea bajo.” (E5)

“Me apoyo mucho en mi fe, pienso que gracias a eso me mantengo con buen ánimo a pesar de mis problemas de salud.” (E1)

Se debe destacar el impacto positivo que tienen los centros de día en las personas mayores. Como es el caso de uno de los entrevistados que acude dos días a la semana al centro de día a realizar actividades, y relacionarse con otras personas.

“Mi marido y yo acudimos al centro de día dos días a la semana. Yo siento que desde que empecé a ir estoy más animada y activa, ya que hacemos diferentes actividades allí. Eso hace que me despeje, y pase unas horas entretenida.” (E1)

“Voy los martes y los jueves al centro de día, esos días me siento más contenta porque tengo amigas allí, y tenemos un ratito para hablar, reírnos y hacer pintura, que es a la actividad a la que vamos. En casa solo sobre pienso, y allí mi mente se libera de todo. Me hace tener tiempo de desconexión.” (E2)

Todos los entrevistados mantienen algún tipo de vínculo social, ya sean familia, vecinos o amigos, pero hay un aspecto que varía entre éstos, la frecuencia con la que se producen estos contactos. Un aspecto que aparece en todos los casos es la percepción de soledad, a pesar de recibir visitas o de relacionarse con otras personas, se manifiesta en mayor o menor intensidad en cada uno de los entrevistados. Para algunos aparece solo en momentos puntuales, mientras que para otros se trata de algo constante.

“A pesar de que tenga la familia cerca, cuento con un gran sentimiento de soledad, ya que vienen a visitarme de forma esporádica. Tengo muy buena relación con una vecina, hay días que viene a mi casa a tomarse un café. Me hace pasar un buen rato, y distraerme un poco de la rutina.” (E4)

“Al vivir con mi marido, me siento bastante acompañada. Pero sí que hay alguna ocasión en la que he sentido soledad. Aunque muchos días a la semana viene a hacernos una visita nuestra sobrina, y pasamos un buen rato charlando.” (E1)

“Desde el fallecimiento de mi marido me siento muy sola. Tengo un sentimiento constante de soledad. Tengo tres hijos, dos de ellos no viven en Valladolid y me vienen a ver en momentos puntuales, y el tercero viene una o dos veces a la semana, en esos ratitos que están me pongo muy contenta porque hacen que me mantenga ocupada.” (E2)

“Mi hija viene a mi casa siempre que puede, me ayuda y me hace compañía, vive muy cerquita mío. Pero, sí que es verdad que cuando estoy sola, sobre todo por las noches, siento un poco de soledad.” (E6)

5.4. Recursos y apoyos formales e informales

Los apoyos recibidos son variados, pueden ser tanto apoyos formales como informales. Tras realizar las entrevistas se ha podido observar que en general, todos los participantes a excepción de uno cuentan con apoyo formal, siendo los más comunes el servicio de teleasistencia y el servicio de ayuda a domicilio (SAD), también el centro de día está entre los servicios recibidos. Algunos de ellos, además de contar con el apoyo formal por parte de profesionales especializados, cuentan también con apoyo informal, ya sea por parte de familiares, o, por otra parte, son los vecinos los encargados de brindar esta ayuda.

“Fue nuestra sobrina la que nos dijo a mi marido y a mí que solicitáramos el servicio de ayuda a domicilio, porque cada vez me costaba más encargarme de la limpieza de la casa, Entonces fuimos al Ceas de Juan de Austria y me lo gestionaron. Ahora nos viene a casa una chica a limpiar dos días por semana.” (E1)

“Por ahora no necesito ayuda para manejarme en casa, lo puedo hacer todo por mi cuenta. Lo que sí que hago es ir al centro de día dos veces por semana.” (E2)

“Tengo Servicio de Ayuda a Domicilio seis días a la semana, de lunes a sábado, viene una señorita dos horas a ayudarme con el aseo, la limpieza del hogar y me suele dejar preparada la comida. Además de eso, tengo el botoncito de la teleasistencia.” (E3)

“Tengo el servicio de teleasistencia ya que me lo recomendaron en el centro de salud, y, además, contraté por mi cuenta a una señora que me viene a limpiar la casa una vez por semana, porque mi movilidad va a peor y me cansaba mucho a la hora hacer las tareas de limpieza. En alguna ocasión mis hijos me ayudan con la compra, pero si no es mucho lo que voy a comprar suelo ir yo para que me dé el aire.” (E4)

“Tengo la gran suerte de tener un vecino que me ayuda cuando lo necesito, de vez en cuando se pasa por casa a echar un vistazo a ver si todo está en “orden”

como dice él. También tenemos el servicio de teleasistencia tanto mi mujer como yo.” (E5)

“Necesito ayuda para casi todo, para vestirme, asearme, limpiar la casa, y por eso solicité el servicio de ayuda a domicilio, de lunes a viernes dos horas al día, y los fines de semana cuando no viene la chica, es mi hija la que me ayuda en todo. Junto con eso, solicitamos también la teleasistencia. Hace unos meses dejé de ir al centro de día al que solía ir tres veces por semana, no tengo fuerzas ni para salir de casa.” (E6)

Respecto al grado de satisfacción de los diferentes apoyos, varía dependiendo de la situación de cada persona. Pero la mayoría coinciden en que en ocasiones la ayuda recibida no es suficiente, al igual que hacen mención del lento procedimiento de resolución.

“Pienso que dos días por semana dos horas por día, hay ocasiones que no es suficiente para que quede limpia toda la casa. Aunque valoro y agradezco lo que tengo.” (E1)

“Me busqué a una señora para la limpieza del hogar, la pago con mi propio dinero, porque llevo esperando la resolución del servicio de ayuda a domicilio muchos meses, va bastante lento. Mientras tanto yo me apaño como puedo.” (E4)

5.5. Autonomía, calidad de vida y permanencia en domicilio

La autonomía de la persona, el grado de satisfacción que tienen con su vida actual y el querer permanecer en su propio domicilio, son aspectos que se encuentran vinculados en las vivencias de las personas entrevistadas. Todos los participantes tienen la capacidad de decidir por sí mismos, aunque algunos indican que para gestiones o algún asunto más complejo buscan el apoyo adicional, en este caso el apoyo es por parte de los hijos, pero siempre respetando su propia decisión.

“Antes de hacer cualquier papeleo o gestión mía para por ejemplo alguna solicitud, les pido ayuda a mis hijos, pero siempre me consultan antes de mandarla. La verdad que sí que siento que tengo plena decisión sobre mi vida, solo pido ayuda para asuntos complicados, sino decido por mí mismo.” (E3)

“Sí tengo autonomía para tomar decisiones con plena libertad, pero muchas de las decisiones que tomo están condicionadas por el estado de mi mujer, siempre busco lo mejor para ella, y si eso implica tomar otro tipo de decisiones lo haré.”
(E5)

En cuanto al grado de satisfacción, en general, afirman estar satisfechos con su vida actual, aunque hay aspectos en casi todas las situaciones que quisieran mejorar para tener plena satisfacción con su calidad de vida.

“Estoy satisfecho con la vida que tengo en la actualidad, pero sí que es verdad que desde que mi mujer falleció la vivo distinta, la echo mucho en falta. Aun así, me siento cuidado y contento con mi vida actual.” (E3)

“Hay días difíciles, no te voy a engañar, pero la verdad que me encuentro bien con la vida que llevo, tengo a mi familia cerca y eso es lo que me importa para sentirme satisfecha.” (E6)

“No estoy del todo satisfecho, ya que me gustaría que mi mujer se encontrara mejor, pero por lo demás valoro mucho la vida que llevamos, nos sentimos tranquilos y bien rodeados.” (E5)

En lo que respecta a la permanencia en el domicilio o la opción de residir en una residencia, hubo unanimidad en la decisión de continuar residiendo en su entorno habitual. Aunque, para algunos esta preferencia también trae consigo alguna preocupación de cara al futuro.

“Reconozco que la opción de vivir en una residencia puede ser buena, y traer consigo muchos beneficios, pero yo valoro estar en casa con mi marido hasta que sea posible. Si se da el caso que mi situación empeora y tengo que ir a vivir a una residencia me costaría mucho emocionalmente.” (E1)

“Sin ninguna duda, quiero seguir en mi casa, no veo la opción de irme a una residencia, aquí tengo toda la libertad que quiera, y tengo mis recuerdos.” (E3)

“Prefiero permanecer en mi hogar con mi esposa todo lo que se pueda. Pero me he llegado a plantear en varias ocasiones que igual estaríamos mejor si nos

vamos los dos a una residencia y que nos cuiden. Pero por ahora sigo con la idea de seguir en nuestra casa.” (E5)

5.6. Propuestas de mejora

Los entrevistados han dado a conocer una serie de propuestas de mejora para favorecer la calidad de vida de estas en su domicilio. Una de las más repetidas ha sido la ampliación de las horas del servicio de ayuda a domicilio. Aunque valoran mucho la ayuda ofrecida, muestran inquietud por que en ocasiones el personal trabaja con prisa para adecuarse al tiempo establecido y no cubre de forma eficaz las actividades básicas necesarias. Esto, además, complica el tener un trato hacia el usuario más cercano o personalizado.

“La chica que viene a ayudarme por las mañanas, en ocasiones tiene que hacer todo rápido porque no le da tiempo a hacer todo, yo pienso que debería estar un poco más de rato. Además, después de que deja todo hecho, me gusta quedarme un rato hablando con ella, pero como esta tan ajetreada muy pocas veces puede quedarse.” (E6)

“Tenemos ayuda a domicilio, pero sinceramente, a mi parecer no es suficiente. Mi marido también necesita una serie de cuidados y cuando ella viene apenas tiene tiempo para ofrecernos el cuidado necesario, eso sumado además a realizar algunas tareas del hogar. Sé que la mujer hace lo que puede, pero se ve que se encuentra apurada por el poco tiempo que tiene.” (E1)

Una de las dificultades que manifestaron varios entrevistados, es en cuanto a la gestión de trámites administrativos. Por ello, sería buena opción determinar alguna figura que oriente en estos aspectos, que brinden a apoyo a las personas mayores con estos trámites.

“Todo lo que tiene que ver con papeles o gestiones, son mis hijos los que me lo hacen, porque yo no me aclaro con nada de eso. Doy gracias de que les tengo a ellos, la verdad que lo tengo que hacer solo y estaría muy perdido.” (E3)

“Tengo un hijo viviendo fuera, es el que me lleva todos los trámites administrativos. Cuando necesito hacer algo con relación a ello, le llamo y lo hace

desde dónde esté. Hay veces que me da apuro tener que molestarlo, pero sin su ayuda estaría perdida.” (E2)

Como punto final, se observa en todas las entrevistas que es de forma generalizada la preferencia de continuar residiendo en su propio hogar. El domicilio se percibe como una zona llena de sentimientos y recuerdos a nivel emocional, donde sienten que tienen el control de su vida, donde se sienten con plena libertad. Hay quien menciona que prefiere continuar en su casa siempre y cuando tenga los apoyos adecuados para poder residir dignamente, como mencionó el “E5”.

Esto pone de manifiesto la relevancia de favorecer un modelo de atención que tenga su enfoque en la persona, que cuente con el respeto en cuanto a la voluntad de las personas mayores de vivir la etapa de envejecimiento en su propio domicilio, y que asegure los recursos adecuados y necesarios para efectuarlo con seguridad, calidad de vida y dignidad.

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El principal objetivo para el desarrollo del estudio ha sido conocer cómo es la realidad de la calidad de vida de las personas mayores en situación de dependencia (grado I o II) residiendo en su propio domicilio. Gracias a usar las entrevistas semiestructuradas como herramienta para recopilar información cualitativa, he podido profundizar en el objeto de estudio de la investigación, desde la perspectiva de las propias personas dependientes.

Los resultados que se han recogido a través de las entrevistas realizadas evidencian una realidad variada y complicada en cuanto a la calidad de vida de las personas mayores con dependencia en el hogar. Por medio del análisis de las entrevistas llevadas a cabo, se han identificado los aspectos que influyen de manera determinante en el bienestar de los participantes, se tratan de las condiciones en la que se encuentra el domicilio, el estado tanto de salud, físico o emocional, los apoyos con los que cuentan, y la autonomía que presentan. Todos estos aspectos se relacionan con el contenido que ha sido tratado en el marco teórico.

Como se ha mencionado en el marco teórico, la OMS señala que la calidad de vida engloba no solo el estado de salud del individuo, sino que además se deben incluir aspectos como la autonomía, el bienestar a nivel emocional, las redes sociales, el contexto, entre otros (Ramos Monteagudo et al., 2016).

Las condiciones en el hogar es uno de los aspectos con relevancia. Como se ha visto, en general casi todos los entrevistados han tenido que realizar adaptaciones en su domicilio generalmente por problemas de movilidad o por proporcionar mayor seguridad en el entorno. Se han dado casos en las que esos cambios han sido gestionados por sus propios medios, reflejando por tanto un debilitamiento a la hora de acceder a los recursos disponibles, ya sea por desinformación de estos o por la no concesión de las ayudas, lo que muestra una limitación de aplicar de forma apropiada los principios de autonomía personal que se recogen en la Ley 39/2006 de atención a la dependencia.

Otro factor, es el estado de salud de las personas entrevistadas, su deterioro aporta limitaciones a la hora de poder realizar las actividades básicas del día a día. Esta situación muestra una clara relación con la definición de dependencia propuesta por Casado Marín & López i Casasnovas (2001), en la que señalan que el deterioro sucesivo de la movilidad y el surgimiento de enfermedades, o dolencias influyen de forma negativa en la autonomía de la persona, tal y como se ha visto en la mayoría de las experiencias compartidas.

Respecto a las relaciones sociales y el estado a nivel emocional, se corrobora la relevancia que tiene el poseer vínculos afectivos estables. Un sentimiento que aparece en todas las entrevistas es el de soledad, con menor o mayor intensidad dependiendo de cada situación. Esto tiene relación con los estudios realizados por Fernández Ballesteros (1997) sobre la calidad de vida y el envejecimiento, que abarcan tanto las relaciones interpersonales, el bienestar a nivel emocional y las distintas dimensiones que influyen en la calidad de vida. Además, en las entrevistas se observa como el acudir a centros de día ayuda de forma positiva al estado de ánimo, fomentando por tanto un envejecimiento activo (Lassen, 2015).

En cuanto a los apoyos tanto formales como informales, se ha evidenciado que todas las personas perciben uno o varios de los servicios recopilados en el catálogo de las prestaciones del Servicio del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. Sin embargo, se muestran algunas deficiencias importantes, como el tiempo asignado con la prestación y la tardanza que existe en la tramitación de estos servicios, lo que produce malestar, aunque valoran lo que reciben. Por otro lado, se evidencia que el cuidado informal ofrecido por familiares es un aspecto esencial en la vida diaria de las personas dependientes, aunque en algunos casos pueden producir sobrecarga al cuidador (Carretero et al., 2009). Pero, la unión de los dos cuidados (formal e informal), como señala Gallardo Fernández (2016) es fundamental para brindar una atención de calidad y eficaz.

Todos los participantes expresaron su preferencia de permanecer residiendo en su domicilio, lo cual se encuentra relacionado con su sensación de bienestar, independencia e identidad. Esta información corrobora la necesidad de reforzar la

implementación del modelo de atención que tiene enfoque en la persona, garantizando el respeto en las preferencias y decisiones personales, así como los recursos adecuados para vivir dignamente y con seguridad en su propio domicilio. De la misma forma que lo expone la Ley 39/2006 de atención a la dependencia, la cual garantiza el derecho a decidir el lugar y manera de vivir.

Con los resultados que se han obtenido, se muestra que a pesar de que el Trabajo Social cuenta con un rol determinado en la atención a la dependencia (Santos & Romero, 2008), a la hora de intervenir aparecen barreras que limitan el desarrollo de su intervención en algunas situaciones. Los testimonios recopilados por las personas entrevistadas evidencian situaciones en las que las personas mayores se encuentran desinformadas de todas las ayudas que podrían solicitar o afrontan trámites complejos sin la compañía que se requiere, esto produce obstáculos en la accesibilidad a los servicios que ofrece el SAAD. Esto, pone de manifiesto la necesidad existente de reforzar la implicación de los trabajadores sociales en el ámbito comunitario. También, se manifiesta la relevancia de que los trabajadores sociales tengan los medios y tiempo adecuado para que su rol no se limite a temas administrativos, y puedan ejercer de una forma más eficaz y eficiente su papel como agentes de acompañamiento, apoyo a nivel emocional, orientador, entre otros. No se trata de redefinir su rol, sino de que se fortalezcan las condiciones que faciliten su desempeño profesional pleno y eficaz.

En conclusión, se ha podido indagar desde una metodología cualitativa, la realidad en la que viven las personas mayores dependientes en su vida diaria. Por medio de las entrevistas realizadas se ha visto que la calidad de vida se encuentra establecida por varios factores interrelacionados (condiciones hogar, estado salud y emocional, apoyos, autonomía...).

Por otra parte, se ha demostrado que el rol que tiene el Trabajo Social es fundamental en todo el proceso, además de realizar la previa valoración y la gestión de los recursos, también se encuentran como agentes de orientación, acompañamiento, entre otros. Aunque, como ya se ha mencionado, para que todas estas funciones puedan

desarrollarse con plena eficacia es necesario que se aseguren unas condiciones apropiadas para los profesionales de Trabajo Social.

Para finalizar, el presente trabajo muestra la relevancia de abarcar tanto el envejecimiento como la dependencia desde una perspectiva completa, valorando a las personas mayores como individuos con autonomía, recorrido personal y propia capacidad de decisión. Asegurar una buena calidad de vida en su domicilio no implica únicamente el acceso a los recursos, sino que, además, es esencial reconocer y respetar sus preferencias, libertad individual y su dignidad.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar Parra, J. M., Álvarez, J., & Lorenzo Torrecillas, J. J. (2011). Factores que determinan la calidad de vida de las personas mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 4(1), 161-168.
- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Arellano Levicoy, M. R., & Galdames, A. M. (2011). *Percepciones negativas que influyen en la calidad de vida de los adultos mayores* [Thesis, Universidad Academia de Humanismo Cristiano].
<http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3120257>
- Berjano Peirats, E. (2005). Dependencia y calidad de vida en las personas mayores. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 15(3), 144-154.
- BOE-A-2006-21990 Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (s. f.).
Recuperado 6 de junio de 2025, de
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
- Botero de Mejía, B. E., & Pico Merchán, M. E. (2007). CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS: UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 11-24.
- CARM.es—Baremo de valoración de los grados y niveles de dependencia (BVD). (s. f.).
Recuperado 6 de junio de 2025, de

[https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=5214&IDTIPO=11&RASTRO=c735\\$m5886](https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=5214&IDTIPO=11&RASTRO=c735$m5886)

Carretero, S., Garcés, J., Ródenas, F., & Sanjosé, V. (2009). The informal caregiver's burden of dependent people: Theory and empirical review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(1), 74-79.

<https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.05.004>

Casado Marín, D., & López i Casasnovas, G. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración: Situación actual y perspectivas de futuro*.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=156553>

De La Guardia Gutiérrez, M. A., Ruvalcaba Ledezma, J. C., De La Guardia Gutiérrez, M. A., & Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>

Díaz Díaz, A. M., & Gallo Ascencio, D. C. (2017). Calidad de vida asociada a los determinantes sociales de la salud de los adultos mayores de Antioquia, año 2012 [bachelorThesis, Universidad del Rosario]. En *Social Mdp. Política Nacional de Envejecimiento y Vejez Bogotá2007*. P. 1-50.

https://doi.org/10.48713/10336_13352

Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato 2018-201. (2017).

Fernández Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales. *Anuario de psicología*, 73, 89-104.

- Gallardo Fernández, M. del C. (2016). Evolución de los cuidados de larga duración y el impacto sobre cuidadores informales. *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global: aportaciones desde el Trabajo Social, 2016*, ISBN 978-84-608-7364-8, 36. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5606695>
- Guía básica para cuidadores de Cruz Roja Española*. (s. f.). Recuperado 12 de junio de 2025, de <https://caniza.org/sites/default/files/media/document/Gu%C3%ADa%20b%C3%A1sica%20para%20cuidador%40s%20cruz%20vermella.pdf>
- IMSERSO. (2004). *Libro blanco de atención a las personas en situación de dependencia*. <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/publicaciones/documentos-interes/libro-blanco-atencion-personas-situacion-dependencia>
- IMSERSO. (2009). *GUÍA DE PRESTACIONES Para Personas Mayores, Personas con Discapacidad y Personas en situación de Dependencia, Recursos Estatales y Autonómicos*.
- IMSERSO. (2022). *Aspectos socio-sanitarios de la atención a las personas mayores dependientes. Necesidades, respuestas, retos de futuro*. <https://imserso.es/el-imserso/relaciones-institucionales-participacion-social/eventos/i-congreso-estatal-personas-mayores-1998/conclusiones-grupo-trabajo5>
- IMSERSO. (2024). *Evolución de las personas con derecho a prestación SAAD por CCAA*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. <https://imserso.es/-/2024-1>
- Instituto Nacional de Estadística. (2024). *Proyecciones de Población. Años 2024-2074*. INE. <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/PROP20242074.htm>

- Lassen, A. J. (2015). Biopolíticas de la vejez – Cómo el conocimiento sobre el envejecimiento forma políticas de envejecimiento activo. *Sociología Histórica*, 5, Article 5.
- López Gil, M. J., Orueta Sánchez, R., Gómez-Caro, S., Sánchez Oropesa, A., Carmona de la Morena, J., & Alonso Moreno, F. J. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332-339.
- Martínez Barqueros, J., & Lidón Cerezuela, M. B. (2014). Envejecimiento activo de las mujeres en el medio rural. *Mujer y cuidados: retos en salud, 2014*, ISBN 978-84-697-1390-7, págs. 209-228, 209-228.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8279454>
- Morán, M. P. (2010). Matriz de intervención en gerontología social. *Rumbos TS. Un espacio crítico para la reflexión en Ciencias Sociales*, 5, Article 5.
- Munarriz, B. (1992). *Técnicas y métodos en Investigación cualitativa*. Universidade da Coruña. <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/8533>
- Psicología, E. de. (2025, abril 30). Teoría del desarrollo psicosocial de Erikson. *Escritos de Psicología*. <https://www.escritosdepsicologia.es/teoria-del-desarrollo-psicosocial-de-erikson/>
- Ramos Monteagudo, A. M., Yordi García, M., & Miranda Ramos, M. de los Á. (2016). El envejecimiento activo: Importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20(3), 330-337.
- Robledo Díaz, L. (2016). Los paralogismos de la vejez. *Revista Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina*, 4(1), 125-140.

- Rodríguez Rodríguez, P. (2005). El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia: Del familismo a los derechos de ciudadanía. *Revista española de geriatría y gerontología: Órgano oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*, 40(Extra 3 (Diciembre)), 5-15.
- Rogero-García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 83(3), 393-405.
- Santos, M., & Romero, A. (2008). El papel del Trabajador Social en la nueva Ley de Dependencia. *Trabajo social hoy*, 55, 89-92.
- Soto, M., & Failde, I. (2004). La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(8), 53-62.

ANEXOS

Anexo 1. Hoja informativa

HOJA INFORMATIVA

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES EN SU DOMICILIO

Universidad de Valladolid

(Proyecto Fin de Carrera para la obtención del Grado en Trabajo Social por la Universidad de Valladolid)

Proyecto de investigación

Soy Nerea Colina Varona, realizando la carrera de Trabajo Social en la Universidad de Valladolid. Mi propuesta de Trabajo de Fin de Carrera (TFG) es la realización de una investigación cualitativa que facilite conocer como es la calidad de vida de las personas mayores dependientes que residen en su domicilio, es decir, la realidad de la vida diaria de estas personas.

Importancia de la investigación

En los últimos años, se ha producido un aumento notable en el colectivo de las personas mayores. Por consecuencia, la población se ha visto envuelta en un gran envejecimiento. Cada vez son más las personas que optan por envejecer en su domicilio.

Mediante este estudio se va a conocer la influencia que tiene física, emocional y socialmente la permanencia en casa durante la etapa de la vejez. Así como determinar las necesidades, posibles dificultades, recursos, ...etc., contribuyendo de esta manera a que los apoyos tanto formales como informales mejoren.

Colaboración

Se necesita su participación para responder a un cuestionario, que se va a realizar por medio de una entrevista semiestructurada, en la cual se recogerán diferentes datos para el estudio de la calidad de vida en el domicilio.

Los criterios para poder participar son:

- Tener 65 años o más.
- Tener grado I o II de dependencia reconocido.
- Vivir en su propio hogar.
- No presentar deterioro cognitivo.

Confidencialidad y anonimato

Todos los datos que se recopilen serán tratados de forma confidencial y anónima.

La información será usada únicamente para llevar a cabo este estudio, y no será difundida de forma en la que exista posibilidad de identificar a los participantes.

Estarán protegidos por la actual Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Contacto

Si necesita cualquier información, puede ponerse en contacto conmigo, Nerea Colina Varona, por medio del correo electrónico (nereacolnav@gmail.com). Para información adicional, puede contactar con el profesor Antonio de Diego Vallejo, tutor del TFG (jadediego@uva.es).

Firma:

Fecha:

Gracias por su colaboración

Anexo 2. Guion de la entrevista realizada

1. Datos generales

- ¿Qué edad tiene?
- ¿Tiene algún grado de dependencia reconocido? ¿Cuál?
- ¿Cuál es su estado civil?

2. Vivienda

- ¿Cuál es su situación familiar? (vive sol@, con pareja, hijos, etc.)
- Si se da el caso de que vive acompañado, ¿cuántas personas viven con usted?
- ¿Cómo es su domicilio? (piso, apartamento...)
- ¿Su hogar se encuentra adaptado a sus necesidades físicas?
- En caso afirmativo, ¿la adaptación ha sido por sus propios medios o ha contado con la ayuda de los servicios sociales o sanitarios?

3. Estado físico, emocional y social

- ¿Cómo se encuentra de salud actualmente?
- ¿Cuenta con alguna limitación para realizar actividades básicas de la vida diaria?
- ¿Siente que cuenta con ánimo y energía en el día a día?
- ¿Con qué frecuencia tiene relación con otras personas fuera de su casa?
- ¿Recibe visitas al domicilio a menudo?
- ¿Siente con frecuencia soledad o se siente acompañado?

4. Recursos formales e informales

- ¿Se maneja bien en casa o necesita ayuda de terceras personas?
- En caso de necesitar ayuda, ¿se trata de un familiar, vecino o amigo, o de un profesional especializado? ¿Qué tipo de ayuda?
- ¿Cuenta con algún tipo de apoyo profesional? (como teleasistencia, SAD, centro de día, etc.)
- En caso afirmativo, ¿cómo lo consiguió?
- ¿Piensa que la ayuda que recibe es suficiente para su bienestar?
- ¿Ha contado en alguna ocasión con dificultad para acceder a los servicios sociales o sanitarios?

5. Autonomía y satisfacción

- ¿Podría nombrarme alguna actividad que realice usted sol@ que le hagan sentirse satisfecho o bien?
- ¿Siente que puede tomar sus propias decisiones con plena libertad?
- ¿Se encuentra satisfecho con la vida que tiene en la actualidad?

- ¿Piensa que residir en su propio domicilio le aporta algún tipo de beneficio en comparación a residir en una residencia? Si es así, ¿cuál?

6. Reflexión final

- ¿Considera que debería cambiar algún aspecto para que su calidad de vida mejorara?
- ¿Desearía compartir o añadir algo más que le parezca relevante?

Anexo 3. Índice de Barthel

VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA (ÍNDICE DE BARTHEL)	
ALIMENTACIÓN	
INDEPENDIENTE. Capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable.	10
AYUDA. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla...	5
DEPENDIENTE	0
BAÑO	
INDEPENDIENTE. Se lava completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin una persona presente.	5
DEPENDIENTE	0
VESTIDO	
INDEPENDIENTE. Se viste, se desnuda y ajusta la ropa. Se ata los zapatos. Se pone bragero o corsé, si lo precisa.	10
AYUDA. Necesita ayuda pero, al menos, la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable.	5
DEPENDIENTE	0
ASEO PERSONAL	
INDEPENDIENTE. Se lava cara, manos y dientes. Se afeita y maneja el enchufe si usa máquina eléctrica.	10
DEPENDIENTE	0
DEPOSICIÓN	
CONTINENTE. No presenta episodios de incontinencia. Si necesita enemas o supositorios, se arregla solo.	10
INCONTINENTE OCASIONAL. Episodios ocasionales o necesita ayuda para usar enemas o supositorios.	5
INCONTINENTE	0
MICCIÓN	
CONTINENTE. No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, atiende a su cuidado solo.	10
INCONTINENTE OCASIONAL. Episodios ocasionales. Necesita ayuda en el uso de sonda o colector.	5
INCONTINENTE	0
USO DE RETRETE	
INDEPENDIENTE. Usa el retrete o cuña. Se sienta, se levanta solo o con barras. Se limpia y se pone la ropa solo.	10
AYUDA. Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa.	5
DEPENDIENTE	0
TRASLADO SILLÓN-CAMA	
INDEPENDIENTE. No necesita ninguna ayuda. Si usa silla de ruedas, lo hace independientemente.	15
MINIMA AYUDA. Necesita una mínima ayuda o supervisión.	10
GRAN AYUDA. Es capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado.	5
DEPENDIENTE	0
DEAMBULACIÓN	
INDEPENDIENTE. Camina, al menos, 50 metros independientemente o con ayudas (bastón, andador...).	15
AYUDA. Puede caminar, al menos, 50 metros pero necesita ayuda o supervisión.	10
INDEPENDIENTE SILLA DE RUEDAS. Propulsa su silla de ruedas, al menos, 50 metros.	5
DEPENDIENTE	0
ESCALERAS	
INDEPENDIENTE. Sube o baja escaleras sin supervisión aunque use barandilla o instrumento de apoyo.	10
AYUDA. Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras.	5
DEPENDIENTE	0
PUNTUACIÓN TOTAL	