



UNIVERSIDAD
INTERNACIONAL
DE LA RIOJA

Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Derecho

LA AUTONOMÍA EN USUARIOS DEL SAD EN EL BARRIO DE LAS FUENTES, ZARAGOZA.

Trabajo fin de grado presentado por:	DIANA SENZ NAVAL
Titulación:	TRABAJO SOCIAL
Línea de investigación:	SERVICIOS SOCIALES
Director/a:	BELÉN BLÁZQUEZ VILAPLANA

Fecha de finalización: 31/01/2014

CATEGORÍA TESAURO: Servicios Sociales

ÍNDICE

Resumen/Palabras Clave/Siglas.....	3
1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1. Justificación.....	4
1.2. Planteamiento del problema.....	7
1.3. Objetivos.....	9
1.3.1. Objetivo general.....	9
1.3.2. Objetivos específicos.....	9
2. MARCO TEÓRICO.....	10
2.1. Autonomía y factores condicionantes.....	10
2.2. El Servicio de Ayuda a Domicilio.....	14
2.3. Contexto en Aragón.....	16
2.4. Situación en Zaragoza.....	17
2.4.1. El SAD en Zaragoza.....	18
2.4.2. Distrito: Las Fuentes.....	21
3. MARCO METODOLÓGICO.....	23
3.1. Introducción al marco metodológico.....	23
3.2. Tipo de investigación.....	24
3.3. Estrategia metodológica.....	24
3.4. Características del instrumento.....	26
3.5. Sobre la muestra y su modo de selección.....	26
4. DISCUSIÓN CRÍTICA DE LOS RESULTADOS.....	28
4.1. Introducción.....	28
4.2. Presentación de la información.....	28
4.2.1. Perfil sociodemográfico del usuario del SAD del Barrio de Las Fuentes.....	28
4.2.2. Variables sociodemográficas de la muestra de estudio.....	31
4.2.3. Autonomía en el desarrollo de las AVD.....	32
4.3. Análisis de los datos.....	35
5. CONCLUSIONES.....	38
6. LIMITACIONES Y PROSPECTIVA.....	41
6.1. Limitaciones.....	41
6.2. Prospectiva.....	41
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y BIBLIOGRAFÍA.....	43

8. ANEXOS.....	48
Anexo I: Cuestionario.....	49
Anexo II: Consentimiento Ayuntamiento de Zaragoza.....	50
Anexo III: Consentimiento Usuarios participantes en el estudio.....	51
Anexo IV: Tablas.....	52

RESUMEN

Mediante el presente estudio se pretende conocer las Actividades de la Vida Diaria (AVD) que forman parte de los usuarios del SAD de Zaragoza en su autonomía cotidiana. A través de la realización de un cuestionario a una muestra de 40 usuarios de la Zona de las Fuentes se ha recopilado las actividades que realizan por sí mismos, las que realizan pero con algún grado dificultad y las que no pueden realizar de ninguna manera.

Nos proporciona todo ello información de gran trascendencia para futuras intervenciones orientadas al mantenimiento de la autonomía en personas mayores en el SAD y centradas en cada caso concreto. Se considera éste un servicio de gran importancia para evitar el desarraigo y la institucionalización, promoviendo que las personas puedan desenvolverse con dignidad en su entorno habitual. En la línea de seguir mejorando la prestación, se considera necesario este tipo de estudios para comprobar necesidades reales y promover actuaciones de optimización del servicio para así lograr la mayor autonomía de los usuarios en la realización de las AVD el mayor tiempo posible.

PALABRAS CLAVE

Autonomía, Servicio de Ayuda a Domicilio, personas mayores, Actividades de la Vida Diaria, envejecimiento.

SIGLAS

SAD: Servicio de Ayuda a Domicilio

AVD: Actividades de la Vida Diaria

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

1. INTRODUCCIÓN

1.1 JUSTIFICACIÓN

A lo largo de este siglo y más concretamente durante la segunda mitad, se han ido sucediendo en los países desarrollados una serie de cambios económicos, políticos, sociales y culturales que han modificado aspectos que forman parte de las sociedades, como son los valores, las costumbres, la familia, etc.

España no ha sido ajena a estos cambios, los cuales han influido considerablemente en la familia de hoy en día y en las formas de convivencia de las personas mayores. La incorporación de la mujer al mundo laboral y la reducción del tamaño de la familia ponen de manifiesto la importancia de proteger el cuidado de los mayores más desfavorecidos, hasta ahora asumido casi en su totalidad por la familia, pero que en los últimos años ha pasado a ser percibido como una contingencia objeto de protección social.

Respecto a los patrones demográficos, el descenso de la tasa de mortalidad, la reducción de la tasa de natalidad y el alargamiento de la esperanza de vida al nacer, han provocado un incremento del número de personas mayores de 65 años y en especial de mayores de 80 años (envejecimiento del envejecimiento).

Según los datos oficiales del Padrón Municipal de Habitantes, en el año 2009 había 46.745.807 habitantes en España, las personas de 65 años y más representaban el 16,6% del total (7.782.904 personas) (IMSERSO, 2010).

Concretamente, los mayores de 80 años han pasado de representar el 12% sobre el total de población de 65 años y más a principios del siglo XX, al 14,7% en el año 1960 y al 29% en 2010. Las proyecciones de población apuntan a que en el año 2049 las personas de más de 80 años representarán un 36,8% sobre el total de población mayor.

Es más, según Naciones Unidas, en 2050 España será el país más viejo del mundo con una media de edad de 55 años (Bazo, 2006).

Respecto a las formas de convivencia, en nuestro país el 40,4% de la población de 65 y más años vive en pareja, el 19,5% en un hogar unipersonal, el 17% con su pareja e hijos, el 6,8% encabeza un hogar monoparental y el 14% en otros tipos de hogares familiares (IMSERSO, 2010).

Entre la población más longeva la vida en solitario ha cobrado un auge considerable, debido principalmente al afianzamiento de la independencia intergeneracional que junto con el mayor número de personas muy mayores, ha propiciado el crecimiento de hogares unipersonales entre éstas. Autores como Yanguas, Leturia y Leturia (2001), señalan como consecuencia un aumento de síndromes y trastornos que producen dependencia (estando además la necesidad de ayuda, fuertemente asociada a la edad).

Si en 1991 residían solas poco más del 17% de cuantas personas de 85 y más años se censaron en el país, en 2011 tal proporción se eleva sobre el 28%. En la categoría de edad de 80-84 años, la tasa de vida en solitario ha pasado del 20,83% al 28,36% (IMSERSO, 2011).

El modelo de cuidados preferido por los mayores resulta de una combinación de responsabilidad familiar y estatal (Lowenstein, y Ogg, 2003). La existencia de servicios formales reduce la presión sobre las familias para que presten cuidados prácticos y permiten a éstas seguir cumpliendo con sus ocupaciones diarias. Cuando existen alternativas de cuidado, aumentan los niveles de satisfacción y sentimiento de autonomía. Por tanto, concluye esta investigación que los servicios, son factores mediadores que tienen una influencia en el bienestar de las personas mayores y sus familias.

La autonomía en el desarrollo de las Actividades de la Vida Diaria (en adelante, AVD) y su mantenimiento el máximo tiempo posible, se considera indispensable para el desenvolvimiento de las personas mayores en el propio domicilio y lograr una calidad de vida digna.

Cuando este colectivo comienza a tener dificultades para la realización de alguna de las AVD, los programas de servicios sociales y en especial el Servicio de Ayuda a Domicilio,

se convierte en una ayuda fundamental para que puedan continuar residiendo en sus hogares y en su entorno más cercano.

A 31 de diciembre de 2011, el Servicio de Ayuda a Domicilio atendía en España a 361.577 personas mayores, es decir, algo más de un 4% de la población de más de 65 años (IMSERSO, 2011). Porcentaje todavía muy escaso dado el volumen de población mayor de 65 años y las perspectivas de futuro que anteriormente comentábamos. Estas cifras reflejan la situación en la que nos encontramos, donde la oferta está muy por debajo de la demanda.

Como coordinadora de zona del Servicio de Ayuda a Domicilio de Zaragoza desde hace más de cinco años, considero fundamental pararnos a reflexionar un momento y averiguar hacia donde nos dirigimos. Por mi experiencia profesional, creo que el Servicio de Ayuda a Domicilio (en adelante SAD), es un servicio que proporciona grandes ventajas en la contribución al mantenimiento de la autonomía de las personas mayores en su propio domicilio, que es donde la mayoría desean permanecer, y así evitar o retrasar su institucionalización.

Hay que tener en cuenta que para que esto sea así, el servicio debe estudiar cada caso individualmente y centrarse en las necesidades de cada persona, reforzando sus potencialidades para superar las dificultades que se encuentran en el día a día. Si esto no se realiza adecuadamente, las ventajas de las que hablábamos se pueden convertir en desventajas para la propia autonomía de los usuarios.

Importante se hace también sensibilizar a los usuarios y la sociedad en general acerca del servicio, puesto que en muchas ocasiones se relaciona el SAD con un agente meramente encargado de las tareas del hogar.

Dos de las frases que me transmiten la mayoría de usuarios del servicio con gran frecuencia en mis visitas de seguimiento son las siguientes: “como en mi casa no estoy en ningún lado”, “espero valerme por mí misma el mayor tiempo posible”.

Es aquí donde radica el origen de esta investigación. Es fundamental conocer las actividades de la autonomía personal básica que forman parte de nuestros usuarios y

detectar cuales son las que mayor dificultad suponen en su desenvolvimiento, para poder así centrar el objetivo del servicio a las necesidades específicas que padecen y que en un futuro puedan ser objeto de intervenciones psicosociosanitarias en este sector.

Todo esto con el interés de cumplir el deseo tan apreciado de nuestros mayores, permanecer en su propio domicilio y realizar las actividades de la vida diaria con autonomía y sin tener que depender de sus familiares, el máximo tiempo posible.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La trascendencia del fenómeno del envejecimiento de la población en nuestro país es una causa de preocupación en todos los niveles (sanitario, sociológico, político...) debido a las grandes consecuencias que está produciendo y que previsiblemente se acentuarán en los próximos años.

Destacable es el hecho también del envejecimiento de la población ya envejecida, es decir, el creciente envejecimiento del envejecimiento. Los octogenarios son el colectivo que más crece en la última década.

Situación que hace esperar un importante aumento de la demanda de los Servicios de Atenciones Domiciliarias, fundamentalmente de la ayuda a domicilio.

La particularidad especial del caso español es la velocidad en el tiempo de la magnitud e intensidad del fenómeno de nuestro envejecimiento y su incorporación al debate científico y político en un contexto institucional de baja cobertura de la red de servicios sociales y, en general, de los servicios socio-sanitarios.

Actualmente existe una importante necesidad de cambio en los modelos sanitarios y sociales en la previsión, prevención y asistencia a la dependencia que el envejecimiento poblacional está produciendo.

En este momento el Estado no está cubriendo como se deberían las necesidades de las personas mayores y hay que tener en cuenta también la coyuntura actual de crisis

económica, que hace que muchos de nuestros mayores y sus familiares no puedan costearse una residencia o la ayuda de una persona de forma particular.

El deseo de las personas por permanecer el mayor tiempo posible en su entorno (Prados, 2001) es una constante en el tiempo y una tendencia actual en nuestro país, así como en el resto de Europa, lo cual deberán tener muy en cuenta las políticas de protección social. Esto ha obligado a la Unión Europea a considerar el SAD materia primordial de los programas de bienestar.

Que nuestros mayores puedan desenvolverse con cierta autonomía en sus domicilios es una de las condiciones fundamentales para que puedan continuar permaneciendo en su entorno habitual.

Por ello, uno de los principales objetivos en los programas de servicios sociales para personas mayores y en especial del SAD, debería de ser la prevención de situaciones carenciales que favorezcan la pérdida de independencia y mantenimiento o la prolongación de dicha autonomía el máximo tiempo posible.

Tanto los cambios demográficos que anteriormente comentábamos, como los cambios sociales (soledad, independencia de los mayores, trabajo de la mujer...) son algunos de los nuevos retos a los que ha de hacer frente el SAD (Prados, 2001).

Se hace necesario un modelo flexible que sea capaz de adaptarse a las necesidades de los diferentes tipos de usuarios y las circunstancias de sus familias.

Evitar o retrasar la aparición de situaciones de dependencia podríamos decir que se hace más importante que abordarlas, y abordarlas a tiempo es más efectivo que hacerlo cuando están claramente establecidas. Es importante resaltar y potenciar la prevención de la dependencia, incidiendo con énfasis en las responsabilidades esenciales de los diferentes niveles asistenciales y la coordinación entre éstos.

Por todo ello, nuestro estudio pretende conocer además del perfil sociodemográfico del usuario del SAD en el barrio de Las Fuentes, las actividades de la autonomía personal que forman parte de este colectivo. El objetivo principal de nuestra investigación es el de

detectar las áreas más deficitarias de las personas mayores en su día a día para así, dirigir futuras intervenciones a sus necesidades reales y mantener una autonomía el máximo tiempo posible que les permita vivir una vejez de manera más satisfactoria.

Encaminado ello fundamentalmente al enfrentamiento ante un futuro de mayor calidad en la prestación, más cercana al usuario y por tanto más flexible y ajustado a la necesidad individual de cada una de las personas que sean atendidas por el servicio.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

- Averiguar las actividades que forman parte de los usuarios del SAD en su autonomía diaria.

1.3.2. Objetivos específicos

- Conocer el perfil sociodemográfico del usuario de SAD del barrio de Las Fuentes de Zaragoza
- Estudiar las características sociodemográficas de la muestra de usuarios
- Analizar las AVD que pueden realizar por sí mismos los usuarios del SAD
- Averiguar las AVD que conllevan algún tipo de dificultad en su realización para los usuarios del SAD
- Conocer que AVD son las que no pueden realizar de ninguna manera los usuarios del SAD

2. MARCO TEÓRICO

2.1. AUTONOMÍA Y FACTORES CONDICIONANTES

El envejecimiento es un proceso de cambio que se desarrolla de forma natural y que supone la adaptación a ese cambio por parte de la persona. Este proceso será vivido de manera muy diferente dependiendo del tipo de personalidad y la situación en la que se encuentre cada individuo. Pero si hay algo en común para la mayoría de personas es el deseo de llegar a edades avanzadas manteniendo una autonomía personal adecuada con la que poder desenvolverse eficazmente en el entorno habitual, aspecto fundamental para vivir el proceso de envejecimiento como una experiencia en positivo.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, define la autonomía como: “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”.

En el caso de Aragón, la Autonomía personal aparece en la Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón como uno de los principios rectores del sistema de servicios sociales: “las políticas de servicios sociales deben orientarse a potenciar las capacidades de las personas para la elección y desarrollo de su proyecto vital y su desenvolvimiento en los ámbitos político, económico, laboral, cultural y educativo”.

Por el contrario, se asume que al carecer de autonomía, el adulto mayor ve reducida su capacidad funcional dando lugar a una disminución del bienestar personal (Carmona, 2009). Concluye esta autora que la autonomía representa el factor con mayor valor predictivo relacionado al bienestar personal en los adultos mayores.

Quintana (1999) sostiene que la autonomía permite y facilita la vida social y cultural, debido a que los adultos mayores autónomos se encuentran libres de obligaciones sociales y familiares que les permiten disponer de un ocio con que llenar y enriquecer su

vida. Para los individuos autónomos, la vejez representa un período de su vida lleno de ganancias y beneficios, lo que da lugar a un mayor bienestar personal.

Sobre la calidad de vida del anciano, hay varios estudios (Casado, González, Moraleda, Orueta, Carmona, Gómez-Calcerrada, 2001 y Pont Ribas A, Granollers Mercader, 1992) que la relacionan entre otros motivos, con la conservación de la capacidad funcional para mantener la autonomía personal y poder llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

En la misma línea, otros autores (Álvarez, 1998; Martín, 2001) sostienen que la pérdida de autonomía se asocia a una peor calidad de vida.

Hay que tener en cuenta que en nuestra sociedad la independencia es uno de los signos de la valoración de la persona, la mayoría de las personas aspiramos a una vida libre de dependencia, son muchos los que manifiestan temor a esta situación.

Aunque hay que destacar que la mayor parte de las personas mayores viven con buenos niveles de autonomía y salud (Yaguas, 2001), nuestra sociedad está asistiendo a un aumento sin precedentes de los fenómenos y situaciones que tienen que ver con la dependencia, es decir, con el conjunto de personas que necesitan algún tipo de ayuda para desenvolverse en su vida diaria.

El término dependencia es definido según la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, como:

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 de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas 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 para su autonomía personal (p.3).

Esta definición plantea tres factores para que podamos hablar de dependencia: primero, existencia de limitación física, psíquica o intelectual que reduce determinadas capacidades de la persona; en segundo lugar, la imposibilidad de la persona para realizar por sí mismo actividades de la vida diaria; tercero, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de una tercera persona.

O'Shea, (2003) consideró necesario ampliar la definición incorporando el funcionamiento físico, mental, social y económico:

Dependencia es un estado en que las personas, debido a la falta o pérdida de autonomía física, psicológica o mental, necesitan de algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias. La dependencia podría también estar originada o verse agravada

por la ausencia de integración social, relaciones solidarias, entornos accesibles y recursos económicos adecuados para la vida de las personas mayores (p. 10).

En la misma línea, es definida por otros autores teniendo en cuenta estas mismas cuatro dimensiones (Pacolet y Col., 2000): física, mental, social y económica. En este enfoque se considera la salud social como la capacidad de la persona a funcionar como miembro de una comunidad, determinando como indicadores las interacciones y la participación social de la persona. La dependencia económica está relacionada con los recursos económicos que le permitan a la persona desenvolverse en los ámbitos económicos y sociales de la comunidad.

En muchas de las investigaciones revisadas (Abellán, 2004; Bueno & Navarro, 2004; II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento 2002) una de las mayores preocupaciones de las personas mayores y sus familiares, es la salud; y lo es por sus consecuencias en términos de dependencia, causa fundamental de sufrimiento y de mala autopercepción de salud.

A pesar de que con la edad aumenta la probabilidad de sufrir enfermedades, discapacidad, y dependencia (Millán, 2002), no debemos caer en el error de equiparar los términos vejez y enfermedad, puesto que no todas las personas mayores están afectadas por ellas.

Neugarten (1982) ya señalaba el hecho de que la autonomía funcional disminuye progresivamente en el curso del envejecimiento, y autores como Álvarez y Sicilia (2007) dicen que la mayoría de los individuos ancianos experimentan declives funcionales en dominios o situaciones de la vida bastante importantes. Estos declives minan la habilidad para permanecer independientes en la comunidad y comprometen seriamente la calidad de vida.

Por lo tanto, podemos comprobar como no existe una definición única, pero el concepto utilizado no difiere mucho de unos autores a otros. Todas tienen en común el hecho de

que cuando una persona se considera dependiente es porque necesita algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias.

Las AVD son aquellas actividades que una persona ha de realizar diariamente para poder vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social. Por su parte, las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) son definidas como (IMSERSO, 2004):

- ❖ Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Son las actividades imprescindibles para poder subsistir de forma independiente. Entre ellas se incluyen las actividades de autocuidado (asearse, vestirse y desnudarse, poder ir solo al servicio, poder quedarse solo durante la noche, comer...) y de funcionamiento básico físico (desplazarse dentro del hogar) y mental (reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas).
- ❖ Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): son actividades más complejas que las ABVD, y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones e implican interacciones más difíciles con el medio. Se incluyen tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad, como poder utilizar el teléfono, acordarse de tomar la medicación, cortarse las uñas de los pies, subir una serie de escalones, coger un autobús, un metro o un taxi, preparar la propia comida, comprar lo que se necesita para vivir, realizar actividades domésticas básicas (fregar los platos, hacer la cama, etc.), poder pasear, ir al médico, hacer papeleos y administrar el propio dinero, entre otras.

En el año 2008 en España, eran más de un millón y medio los mayores de 65 años que tenían algún tipo de dificultad para la realización de las actividades de la vida diaria, es decir, presentaban algún tipo de dependencia (Mercader, Pérez-Fuentes, Fernández-Baena, 2011).

Es de gran importancia que esto sea tenido en cuenta como un factor determinante a la hora de realizar cualquier planificación de servicios y/o prestaciones, y específicamente en el SAD por ser un servicio encaminado a posibilitar una mayor autonomía y un apoyo

para cubrir las necesidades de atención en la vida diaria, que el individuo o núcleo de convivencia no pueden realizar con sus medios propios o inmediatos, y que son imprescindibles para su bienestar y normal desenvolvimiento.

2.2. EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (SAD)

El Servicio De Ayuda a Domicilio es una prestación básica de los Servicios Sociales Generales o de Atención Primaria, tal y como recogen las diferentes legislaciones autonómicas, el propio Plan Concertado para el desarrollo de las Prestaciones Básicas y los diversos Planes Gerontológicos. En Aragón, la Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón la establece como una de las prestaciones de servicio de carácter público del sistema de servicios sociales de Aragón, la cual:

Proporciona un conjunto de atenciones orientadas a facilitar un entorno de convivencia adecuado y tiene como objetivo la prestación de una serie de atenciones a las personas y, en su caso, a las familias en su domicilio para facilitar el desarrollo de las actividades de la vida diaria a aquellas personas con limitaciones de autonomía personal, y evitar o, en su caso, retrasar el ingreso en centros de carácter residencial, así como para intervenir, en su caso, en situaciones de conflicto psicofamiliar para alguno de los miembros de la unidad de convivencia (p.22).

Se considera imprescindible la formación y el trabajo de las auxiliares de hogar para que fomenten al máximo posible la autonomía de los usuarios, puesto que son estas profesionales las más cercanas a ellos, y en muchos de los casos uno de los pocos contactos con el exterior. Su trabajo no debe de ir encaminado a que los usuarios a los que atienden dependan de su ayuda, sino que su objetivo final debería ser la reducción de la dependencia funcional y mejorar su calidad de vida, mediante el entrenamiento personal. Es necesario que favorezcan su independencia tanto mental como funcional, en el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

La ordenanza de 2009 de la ciudad de Zaragoza¹ sobre prestaciones sociales domiciliarias estipula que el SAD comprende dos tipos de tareas de atención a las actividades de la vida diaria:

¹ Ordenanza de 2009 de la ciudad de Zaragoza sobre prestaciones sociales domiciliarias. Boletín Oficial de la Provincia de Zaragoza, 220, de 24 de Septiembre de 2009.

1. De atención a las necesidades domésticas o del hogar:

- Limpieza cotidiana de la vivienda.
- Limpieza general del domicilio en casos específicos de necesidad determinada por el/la trabajador/a social del Centro Municipal de Servicios Sociales.
- Recogida, lavado, repaso y planchado de ropa, siempre y cuando el beneficiario de la prestación disponga de lavadora y plancha.
- Compra y cocinado de alimentos y limpieza de vajillas
- Colaborar en la ingestión de alimentos y en la vestimenta de las personas en situación de dependencia.
- Reparación menor de utensilios domésticos y de uso personal cuya necesidad de arreglo se presente de modo imprevisto y que el usuario por sus limitaciones no pueda arreglar, siempre y cuando no se precise para ello de la intervención de un profesional especialista.

2. De atención personal:

- Movilización y tareas de aseo e higiene habitual de los usuarios, sin que en ningún caso puedan prestarse tareas de carácter sanitario, excepto la ayuda en la ingestión de medicamentos prescritos. Queda terminantemente prohibido realizar curas de cualquier tipo, así como administración de alimentos o medicamentos vía intramuscular, intravenosa o similares.
- Compañía y entretenimiento en el propio domicilio, velando siempre por la seguridad del usuario, sin que en ningún caso puedan prestarse tareas de carácter educativo – escolar.
- Compañía y gestiones en traslados fuera del domicilio: Centro de día, visitas médicas, visitas a la familia, centros escolares, etc., así como recogida y entrega de documentos de forma esporádica.
- Promoción de hábitos personales y sociales.
- Asesoramiento, seguimiento y tratamiento social.
- Desarrollo de habilidades para las actividades de la vida diaria en los propios usuarios

El SAD se realiza directamente a través de:

- Auxiliares domiciliarias: Son los/as profesionales encargados/as de realizar las tareas asignadas por el/la trabajador/a social correspondiente, de atención a las actividades básicas de la vida diaria.
- Trabajadores/as sociales: Realizan la recepción de casos, estudio de solicitudes, asignación de prestaciones, seguimiento, control y tratamiento social de los casos y seguimiento.

2.3. CONTEXTO EN ARAGÓN

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2012), la población de Aragón en 2011 se cifra en 1.346.293 habitantes², lo cual representa el 2,9% de la población total de España y el 9,4% del territorio nacional.

La Comunidad Autónoma presenta una baja densidad poblacional y una elevada dispersión de sus núcleos de población, además de fuertes contrastes en cuanto a la distribución de sus habitantes. Por un lado, el número de habitantes de la capital aragonesa alcanza los 674.725 lo que supone el 50,1% de la población empadronada en Aragón, y por el contrario, siete de cada diez municipios de los 731 que conforman la Comunidad autónoma no superan los 500 habitantes. Estas cifras indican que Aragón es un territorio poco poblado y con fuertes desequilibrios internos en términos demográficos.

El análisis comparado de los indicadores de estructura por edad entre España y Aragón refleja un mayor peso relativo de la población de más de 65 años y de los mayores de 80 en la Comunidad autónoma³. En el caso de los mayores de 65 años esta proporción alcanza en Aragón el 20% (268.809 personas), mientras que entre los mayores de 80 años su peso relativo respecto al total de población es del 7% (91.085 personas).

Aragón junto con Castilla y León, Galicia, y Asturias son las Comunidades Autónomas más envejecidas de España con proporciones de personas mayores que superan el 20% (Abellán y Pujol, 2013).

² Instituto Nacional de Estadística con datos del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2012. Recuperado el 1 de Diciembre de 2013 de:
http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario12/anu12_02demog.pdf.

³ I Plan Estratégico de Servicios Sociales de Aragón 2012-2015. Recuperado el 1 de Diciembre de 2013 de:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/aragon-plan20122015-01.pdf>

El envejecimiento de la población representa una de las características más relevantes de la realidad sociodemográfica aragonesa, además de la elevada dispersión de sus núcleos de población. Obligan estos dos factores a ser tenidos muy en cuenta en cualquier planificación de prestación de servicios públicos en la Comunidad, que a su vez supondrán un mayor coste económico de los mismos.

A pesar de esto, debido al importante proceso de descentralización que se ha llevado a cabo, especialmente a raíz de la organización por comarcas, ha facilitado el acceso y la gestión de servicios tanto en grandes como en pequeños y dispersos núcleos de población.

La norma básica que regula los servicios sociales en la Comunidad es la Ley 5/2009 de Servicios Sociales de Aragón, en la cual se desarrolla el Sistema Público de Servicios Sociales de la Comunidad y se establecen las pautas necesarias para el desarrollo del Plan Estratégico de Servicios Sociales.

El Plan Estratégico de Servicios Sociales es un instrumento esencial para el desarrollo del Sistema, mediante una periodicidad cuatrienal se formulan los objetivos, las medidas y las actuaciones necesarias para que el sistema alcance la máxima eficacia y eficiencia en su funcionamiento.

2.4. SITUACIÓN EN ZARAGOZA

Zaragoza es capital y centro político-administrativo de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Los habitantes de la ciudad de Zaragoza son aproximadamente la mitad de la población aragonesa, repartidos por un término municipal muy superior a la media del resto de ciudades españolas. El territorio está articulado en diez distritos urbanos y 18 barrios rurales.

➤ **Figura 1: Pirámide de población en Zaragoza 2012**

Fuente: Ayuntamiento de Zaragoza. Recuperado el 1 de Diciembre de 2013 de:
<http://observatoriourbano.ebropolis.es/>

Podemos observar en la figura representada como se trata de una pirámide regresiva, propia de una población envejecida. En las edades centrales se manifiesta el efecto del baby-boom y un cierto repuntar de la natalidad por la mayor anchura de la franja de 0-4 años. Asimismo podemos ver un cierto desequilibrio entre sexos a partir de los 50 años, que se acentúa a partir de los 70, con un mayor número de población femenina ya que goza de una mayor esperanza de vida y logra una mayor longevidad.

Respecto a los indicadores demográficos, hay que destacar el índice de envejecimiento de la ciudad de Zaragoza, el cual se sitúa en un 18, 28% y significativo también es el 5,77% de índice de sobre-envejecimiento, lo que confirma la paulatina tendencia hacia el envejecimiento de esta Comunidad Autónoma.

2.4.1. El SAD en Zaragoza

El SAD es un servicio municipal y que actualmente es gestionado por dos empresas privadas: SarQuavita y Clece, siendo ésta última de donde parte el estudio.

La prescripción y asignación de prestaciones a los solicitantes, las realizan los Trabajadores Sociales de los Centros Sociales Municipales. Éstos comunican la

información relativa al beneficiario, a las tareas y a las horas de atención a prestar, siendo 6h/semana el máximo establecido. El importe a pagar por parte del beneficiario depende de su nivel de ingresos y del coste por hora o día que estime el Ayuntamiento.

Una vez iniciado el servicio se lleva a cabo un seguimiento del caso, que consiste en visitas periódicas realizadas por los trabajadores sociales de las empresas adjudicatarias del servicio.

A su vez, periódicamente los/las trabajadoras sociales de los centros municipales de servicios sociales mantienen reuniones con los/las trabajadoras sociales de dichas empresas que efectúan el control directo de los casos, al objeto de la supervisión global de los mismos.

Desde el 1 de febrero de 2011, una de las empresas adjudicatarias de servicio como lo es Clece, está llevando a cabo la gestión del Servicio de Prestaciones Sociales Domiciliarias en la zona II de la ciudad de Zaragoza.

Se encarga de la prestación al usuario/a de los servicios prescritos por los servicios sociales municipales. Dicha empresa es responsable de:

- La planificación, operación y prestación efectiva del servicio.
- La coordinación directa con los Servicios Sociales Municipales.
- Cumplir con los niveles de calidad exigidos.
- Evaluación continua del servicio prestado.

Gestión interna del SAD:

Actualmente para la atención directa del servicio se cuenta con 17 Trabajadoras Sociales y 297 Auxiliares de Ayuda a Domicilio.

En cuanto al personal de atención indirecta desarrollan su trabajo 2 Coordinadoras Generales, 1 Jefe de Servicio y demás miembros del equipo interdisciplinar que colabora con el programa.

Los distritos en los que Clece desarrolla su labor quedan recogidos a continuación. Responden a la Zona II según la división establecida por el Ayuntamiento de Zaragoza en el pliego de condiciones técnicas de Prestaciones Sociales Domiciliarias:

➤ **Figura 2: Distritos gestionados por Clece.**



Fuente: Clece S.A. Memoria 2011. Servicio de Prestaciones Domiciliarias, Ayuntamiento de Zaragoza.

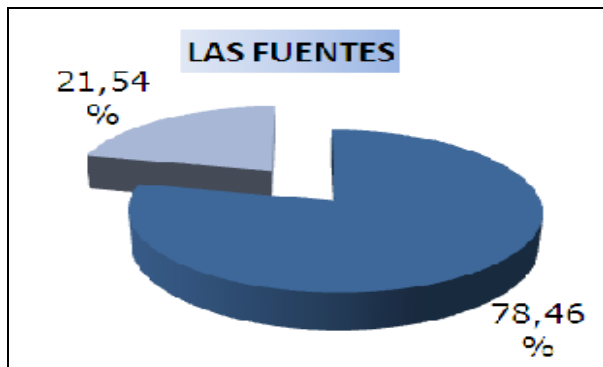
La población total de estos ocho distritos que componen la Unidad Territorial II suma 344.425 habitantes según las últimas cifras del Observatorio Municipal de Estadística publicadas en la Web municipal⁴, cantidad que supone un 51,02% del total de la población empadronada en Zaragoza.

⁴ Clece S.A. Memoria 2011: Servicio de Prestaciones Domiciliarias. Ayuntamiento de Zaragoza.

Destacan los distritos de Las Fuentes junto con San José y Centro por el elevado porcentaje de población mayor de 64 años lo que hace que sean también los barrios que cuentan con mayor número de usuarios/as, y por consiguiente con mayor número de horas concedidas para la prestación del servicio respondiendo a la demanda existente.

Las Fuentes (distrito en el que se centra el presente estudio) se sitúa en tercer lugar, con un 21,54 % de personas mayores de 64.

➤ **Figura 3: Población mayor de 64 años por Junta Municipal.**



Fuente: Clece S.A. Memoria 2011: Servicio de Prestaciones Domiciliarias, Ayuntamiento de Zaragoza.

2.4.2. Distrito: Las Fuentes

Las Fuentes es uno de los diez distritos en los que se divide la ciudad de Zaragoza y que cuenta con una población de 45.000 habitantes (Grau e Ibarra, 2003). Se trata de un barrio producto del desarrollismo de las décadas de los sesenta y setenta, etapa en la cual se irá ocupando de manera rápida por una población obrera y joven, procedente del éxodo rural, sobre todo de localidades zaragozanas y turolenses, fue entonces cuando se construyeron gran parte de las viviendas.

El índice de envejecimiento del barrio es del 20% (Sanz, 2003), uno de los mayores de la ciudad. Su baja renta y las condiciones inadecuadas de su vivienda sitúan a las personas mayores como uno de los colectivos más vulnerables del barrio. El 11,3% de los mayores del mismo tienen su autonomía limitada.

La tasa de inactividad en el barrio es elevada debido a que tiene un alto porcentaje de jubilados y de amas de casa. Entre los ocupados del barrio, predominan los trabajadores de la industria y los servicios.

La cualificación es baja, inferior al conjunto de la ciudad, es un barrio mayoritariamente obrero.

El porcentaje de extranjeros (excluidos los de la Unión Europea) en relación a la población del barrio es del 3'1%, existiendo buena convivencia con los nativos.

Es importante también destacar el gran movimiento asociativo con el que cuenta. La fuerte identificación del vecindario con su barrio y la potente trama de relaciones sociales tanto informales como formales, hacen que muchos de sus vecinos aludan a la sensación de estar viviendo como en un pueblo.

Este sentimiento se puede reflejar paseando por sus calles, en las cuales se contempla una gran actividad de gente conversando en bancos, plazas y en el parque del barrio.

El barrio cuenta con una serie de equipamientos de gran importancia tanto públicos, como privados y del sector no lucrativo. Entre ellos destaca el Centro Municipal de Servicios Sociales, la Junta Municipal, la Asociación de vecinos de Las Fuentes, una biblioteca municipal, una residencia de la tercera edad y centro de día, una casa de juventud, dos centros de salud y un centro sociolaboral entre otros.

En referencia a los dirigidos al colectivo de la tercera edad, son muy valorados tanto el centro de convivencia como el hogar del barrio y esto se refleja en el gran número de socios con el que cuentan.

En estos centros además de ofertar diversas actividades programadas, disponen de amplios salones en los que se reúnen los mayores de barrio, juegan a las cartas, conversan, etc. Concretamente, en el centro de convivencia se proporciona de lunes a viernes servicio de comida a un precio bastante asequible, al igual que el servicio de podología, los cuales cuentan con un gran número de usuarios.

La Fundación El Tranvía, es uno de los grandes éxitos de este barrio. En una entidad de carácter social constituida por la Asociación de Vecinos de Las Fuentes, en la que se gestionan recursos sociales, se desarrollan proyectos de integración social, educativos, de tiempo libre, etc. integrados todos ellos en la comunidad.

Al estar formada por muchos de los vecinos del barrio se refleja la implicación en el proyecto y la voluntad de participación en la detección y resolución de sus problemas.

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. INTRODUCCIÓN AL MARCO METODOLÓGICO

Antes de comenzar a desarrollar el marco metodológico de esta investigación se considera fundamental recordar el objetivo general propuesto, ya que será el eje central de todo el trabajo de fin de grado:

Averiguar las actividades que forman parte de los usuarios del SAD en su autonomía diaria.

Para llevar a cabo dicho objetivo, mediante los diversos objetivos específicos se tratarán de analizar y concretar las AVD, abarcando tanto actividades básicas de cuidado personal como actividades instrumentales, necesarias para que las personas mayores puedan desenvolverse en su domicilio y entorno adecuadamente.

Tras una exhaustiva lectura acerca de las diversas tablas y baremos existentes para la valoración y graduación de la autonomía y la dependencia, se ha comprobado como en la mayoría de escalas de tipo socio-sanitarias utilizadas habitualmente en nuestro país (Índice de Barthel, Índice de Katz, Escala de Lawton y Brody, Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012) las Actividades de la Vida Diaria estarían representadas fundamentalmente, por:

1. *Todas las actividades de autocuidado:* (lavarse, cuidado de las partes del cuerpo, higiene personal relacionada con los procesos de excreción, vestirse, comer y beber, y el cuidado de la propia salud).
2. *Las actividades domésticas:* Preparar comidas, realizar quehaceres de la casa y adquisición de bienes y servicios.
3. *Las actividades de movilidad:* Desplazarse por el entorno y utilización de medios de transporte.

Al tratarse éste de un estudio en el que se pretende concretar y analizar dichas actividades se ha optado por una metodología cuantitativa mediante la cual podamos

determinar las actividades que llevan a cabo los usuarios del SAD en su vida diaria para desenvolverse en su entorno.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Mediante el enfoque cuantitativo podremos averiguar tanto las actividades que llevan a cabo los usuarios del SAD, como las actividades que más dificultad les supone en su desarrollo diario y las que no pueden realizar de ninguna manera.

Las variables sociodemográficas nos aportarán datos acerca del sexo, la edad y el estado civil para obtener el tipo de perfil del usuario sociodemográfico del SAD en el barrio de las Fuentes, y posteriormente concretando los de la muestra estudiada.

3.3. ESTRATEGIA DE LA INVESTIGACIÓN

Para analizar el tipo de perfil de usuario se recopilarán los datos referentes a las variables sociodemográficas del programa informático GESAD, el cual contiene toda la información requerida de los usuarios que atiende Clece.

Tras la pertinente revisión, se ha pasado a la selección y elaboración del instrumento necesario para analizar las AVD que llevan a cabo los usuarios de la muestra.

La metodología a emplear será a través de la realización de un cuestionario a cada participante del estudio que consta de 10 ítems integrados en un total de las tres dimensiones propuestas: actividades de autocuidado, de movilidad y domésticas que pueden realizar los usuarios, las que pueden pero con dificultad, y aquellas que no pueden realizar de ninguna manera por sí mismos.

Todos los ítems han sido seleccionados de las siguientes escalas: Índice de Barthel y Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012, que por su validez, sensibilidad y fiabilidad, son perfectamente útiles para describir el estado funcional de las personas mayores.

Los datos necesarios para cumplimentar dichos ítems son obtenidos por el propio usuario a través de una entrevista personal programada con anterioridad y mediante el cuestionario establecido.

- Las variables sociodemográficas examinadas son: sexo, edad y estado civil.
- La autonomía funcional de los usuarios se operativiza como la capacidad para ejecutar actividades de la vida diaria, para lo cual se empleará ítems de dos de las escalas revisadas: Índice de Barthel (1965) y la escala de la Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012.

A través del cuestionario se evaluará la capacidad para realizar las AVD propuestas mediante las respuestas que proporcionan los usuarios del SAD sobre las siguientes conductas:

- Relacionadas con las actividades domésticas:

- Preparar su propia comida
- Comprar comida o ropa, etc
- Limpiar la casa o el piso (fregar el suelo, barrer)
- Hacer la cama

- Relacionadas con la movilidad

- Coger el autobús, taxi...
- Andar (con o sin bastones, muletas o andadores)

- Relacionadas con el autocuidado:

- Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño)
- Vestirse y desnudarse y elegir la ropa que debe ponerse
- Ir al retrete (entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona)
- Tomar medicinas (acordarse de la cantidad y el momento en que las debe tomar)

3.4. CARACTERÍSTICAS DEL INSTRUMENTO

En el anexo I se recoge el cuestionario que realizará la propia investigadora, como coordinadora del SAD de la Zona de Las Fuentes en las visitas de seguimiento que se realizan semanalmente a los usuarios de la muestra participativa.

Hemos pretendido que los participantes del estudio se sientan más tranquilos y seguros contestando las preguntas a una persona conocida y de su entorno, para evitar las reticencias que pudieran presentar frente a preguntas más íntimas.

Se ha optado por un cuestionario integrado por 3 preguntas para la obtención de los datos sociodemográficos y 10 para el estudio de las AVB que llevan a cabo los usuarios, todas ellas de tipo cerrado. Dicha elección acerca del instrumento de estudio se ha tomado por ser una técnica sin ningún coste económico, sencilla de responder para los usuarios, la cual no conlleva gran pérdida de tiempo y con la que podemos obtener unos claros resultados.

3.5. SOBRE LA MUESTRA Y SU MODO DE SELECCIÓN

La muestra elegida se realizará mediante muestreo aleatorio sistemático y está formada por 40 sujetos.

El protocolo a seguir respecto a las visitas de seguimiento a los usuarios del SAD en Zaragoza es de una visita a cada usuario como mínimo cada dos meses, así que la muestra escogida se seleccionará de los primeros 40 usuarios a los que por fecha les corresponda la visita de seguimiento.

Se solicita el permiso pertinente para realizar el cuestionario de este Trabajo de Fin de Grado al Ayuntamiento de Zaragoza y otro correspondiente a los usuarios que participan en el estudio, ambos incluidos en el anexo II y III respectivamente. En ellos se proporciona además la información de los objetivos del estudio, la metodología a seguir y se garantiza la confidencialidad de datos del mismo.

A continuación se exponen los criterios de inclusión/exclusión del trabajo:

Cuadro 1. Criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Usuario del SAD	Personas no beneficiarias del SAD
Residente en Zona de Las Fuentes	No residentes en Zona de Las Fuentes
Edad igual o superior a 65 años	Edad inferior a 65 años
	Usuarios que no quieran/puedan participar en el estudio

Fuente: Elaboración propia

4. DISCUSIÓN CRÍTICA DE LOS RESULTADOS

4.1. INTRODUCCIÓN

Se presentan a continuación los datos obtenidos de la investigación atendiendo a los objetivos propuestos, los cuales han sido cumplidos tal y como se demuestra en los apartados siguientes.

Hay que destacar que ninguno de los participantes se ha negado a participar en el estudio, el hecho de que la investigadora sea la coordinadora del servicio ha podido influir en ello. La existencia de una relación formal y que sea una de las profesionales del servicio con la que conversan tanto telefónicamente como en sus domicilios en las frecuentes visitas de seguimiento, ha propiciado un clima agradable y de confianza para la obtención de los resultados.

4.2. PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

4.2.1. Perfil sociodemográfico del usuario del SAD del Barrio de Las Fuentes

Para prestar un servicio de calidad, adecuado a las necesidades de cada caso es de vital importancia poder conocer las principales características de los usuarios atendidos. Y así conocer la realidad sobre la que estamos trabajando.

Tras la recopilación de datos extraída del programa informático GESAD, podemos observar como el SAD atiende en la Zona de Las Fuentes de Zaragoza a un total de 400 usuarios. En la figura 4 se refleja que sobre este total 53 son hombres y 347 son mujeres, representando estas últimas el 86,75 % de usuarios atendidos por el SAD en esta zona. Esto nos muestra el claro predominio de mujeres mayores de 65 años atendidas por el servicio.

La mayor longevidad de la mujer determina la feminización del envejecimiento que es un factor demográfico del que participan todos los países de la Unión Europea (IMSERSO, 2011) y concretamente España, donde se hace patente la preeminencia femenina en el

alargamiento de la vida, situándose en los primeros puestos tanto de la Unión como a nivel mundial.

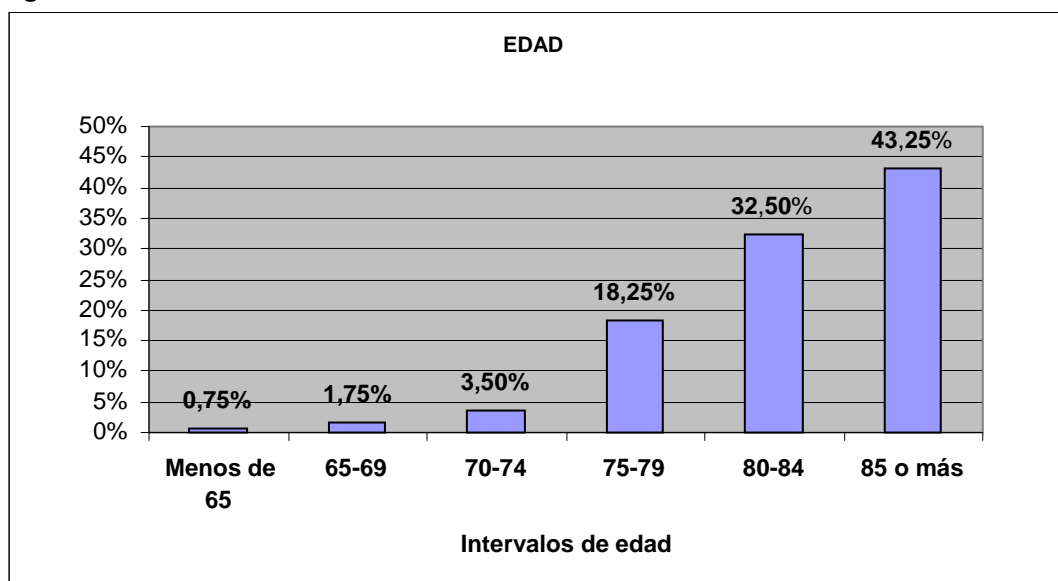
Figura Nº 4. Sexo de los usuarios beneficiarios del SAD en la Zona de Las Fuentes



Fuente: Elaboración propia

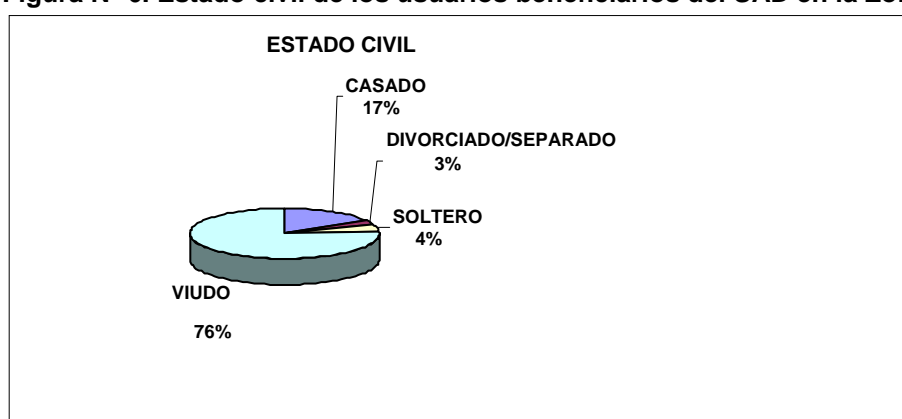
Respecto a la edad de los usuarios, en la figura 5 se observan los intervalos de edad realizados y la cantidad de usuarios que pertenecen a cada uno de ellos. Llama la atención como el grupo mayoritario es el de los usuarios con una edad de 85 y más años, los cuales representan el 43,25% de las personas atendidas en Las Fuentes. Se demuestra así el aumento considerable de población de edad avanzada en nuestra sociedad y especialmente en este barrio. En el extremo opuesto se encuentran los usuarios que atiende el servicio que tienen menos de 65 años, de los cuales solo se atiende a 3 usuarios, es decir, un 0,75%.

Es necesario mencionar que los datos analizados se refieren al titular del servicio. Cuando se concede el SAD se hace a nombre de un solo miembro de la unidad familiar, el titular, que puede ser el cuidador principal o la persona dependiente.

Figura Nº 5. Edad de los usuarios beneficiarios del SAD en la Zona de Las Fuentes

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al estado civil, en la figura 6 se muestra como la gran mayoría, un 76,50% de usuarios, pertenecen al grupo de personas en estado de viudedad. A mucha distancia se sitúa el colectivo de casados representando el 16,75%, seguido de los solteros, escaso reflejo tienen el grupo de solteros y el de divorciados/separados. Estos datos pueden ayudarnos a hacernos una idea de la composición de las unidades familiares que se benefician del SAD.

Figura Nº 6. Estado civil de los usuarios beneficiarios del SAD en la Zona de Las Fuentes

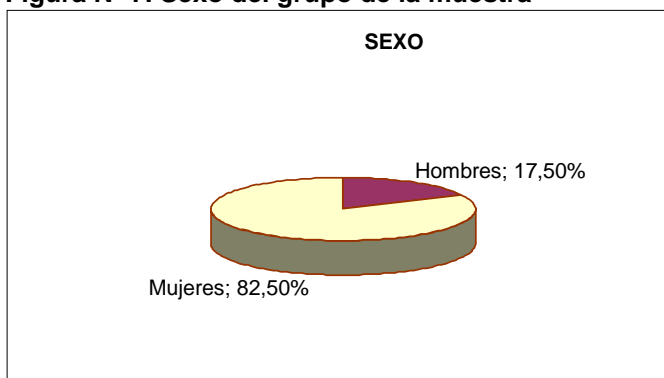
Fuente: Elaboración propia

Después del análisis de datos vistos hasta el momento, podemos afirmar que el perfil sociodemográfico del usuario atendido por el SAD en la zona de Las Fuentes corresponde al de una mujer viuda y con una edad igual o superior a los 85 años.

4.2.2. Variables sociodemográficas de la muestra de estudio.

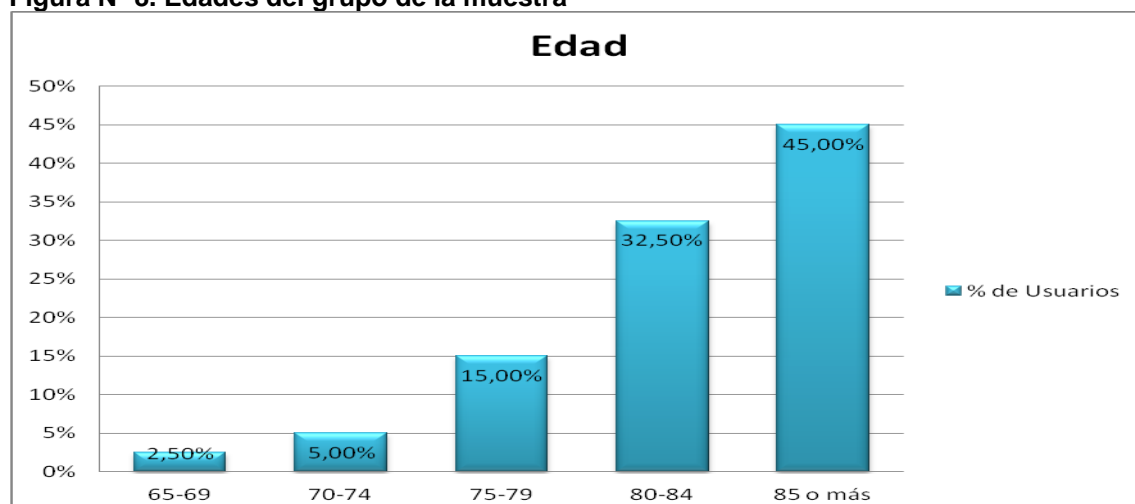
Respecto al sexo de nuestra muestra de estudio y continuando con la tendencia predominante anteriormente comentada respecto a la feminización de la vejez, en la figura 7 se indica como el 17,50% de los usuarios que han participado en la realización del estudio son hombres y la mayoría con un 82,50% son mujeres.

Figura Nº 7. Sexo del grupo de la muestra



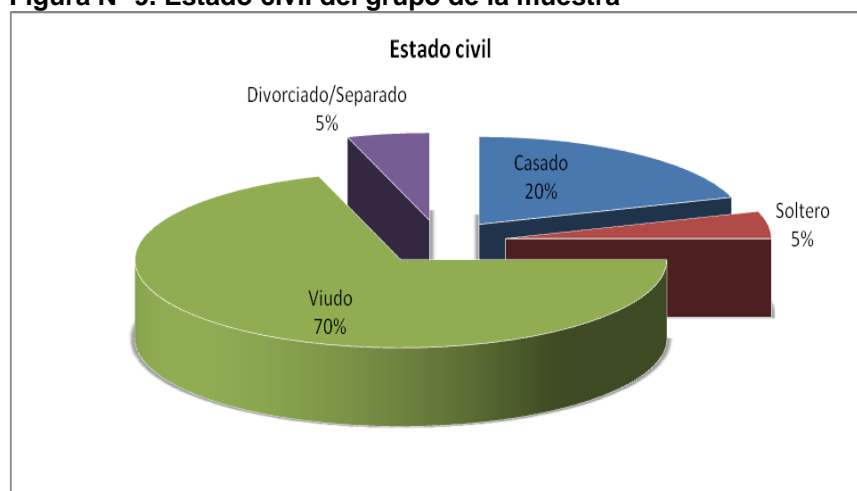
Fuente: Elaboración propia

En la figura 8 se observa la edad de la muestra, la cual corresponde a edades muy avanzadas puesto que casi la mitad de usuarios tienen una edad igual o superior a 85 años (45%), seguidos de los sujetos que tienen entre 80 y 84 años con un 32,5%. Entre los dos grupos suman el 77,50%, lo que demuestra el gran crecimiento del colectivo de octogenarios en los últimos años al igual que en el resto de nuestro país.

Figura Nº 8. Edades del grupo de la muestra

Fuente: Elaboración propia

Otro dato a destacar en referencia al estado civil de la muestra (figura 9) es la cantidad de personas viudas, un 70% de los individuos. A mucha distancia se encuentran las personas que están casadas, representando el 20% y un dato también significativo por su escasa importancia es el del grupo de solteros y el de divorciados/casados, los cuales reúnen el 10% de los usuarios entre los dos.

Figura Nº 9. Estado civil del grupo de la muestra

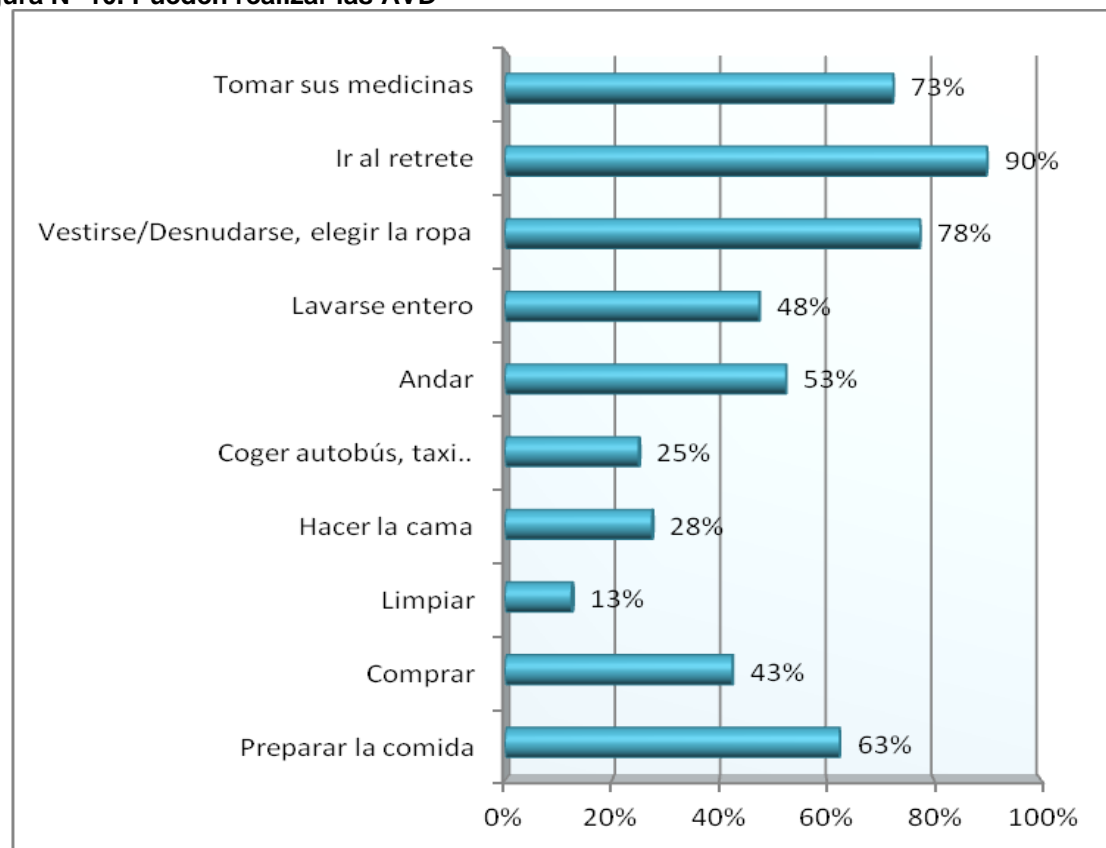
Fuente: Elaboración propia

4.2.3. Autonomía en el desarrollo de las AVD

A continuación se presentan tres gráficos en los que de manera visual podemos conocer el porcentaje de usuarios que en primer lugar pueden realizar las AVD, los que pueden realizarlas pero con dificultad en segundo y por último lo que no pueden realizarlas de ninguna manera.

Respecto al primer grupo representado en la figura 10, señalar una gran mayoría de usuarios que realizan por sí mismos y sin ayuda de nadie actividades entre las cuales destacamos: ir al retrete (90%), vestirse/desnudarse y elegir la ropa (78%) y tomar sus medicinas (73%).

Figura Nº 10. Pueden realizar las AVD

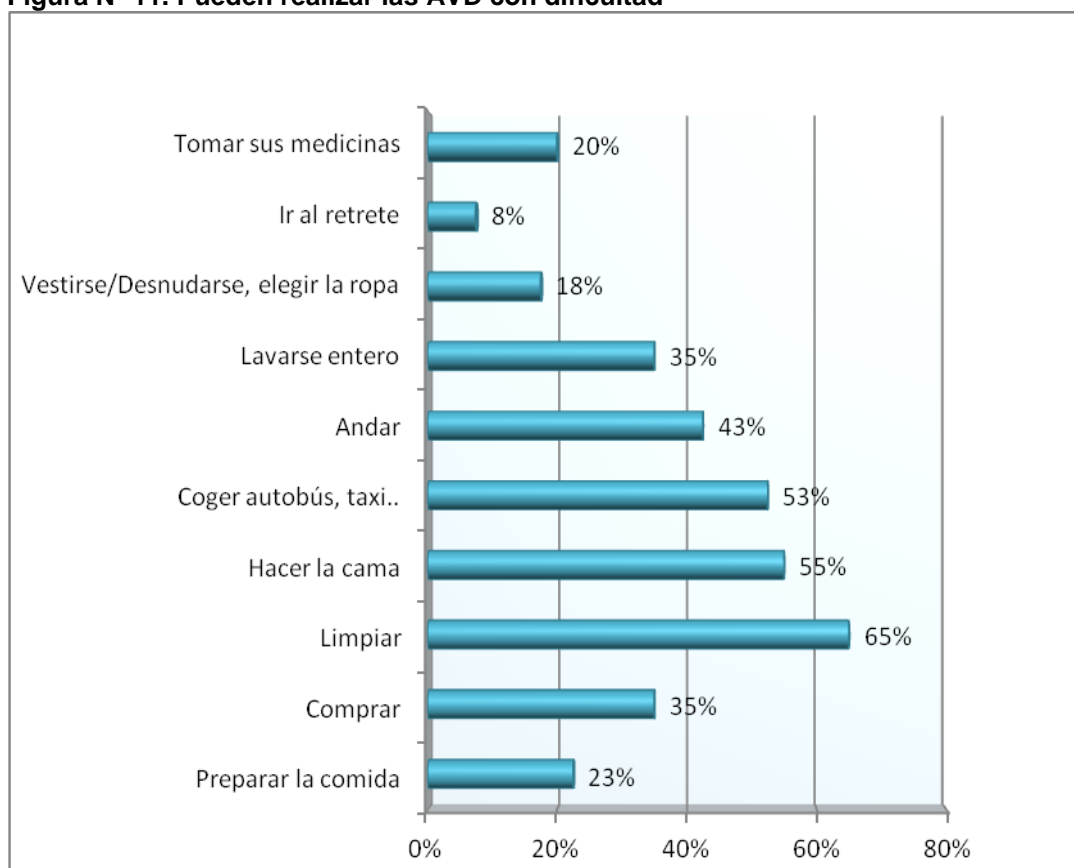


Fuente: Elaboración propia

El análisis individualizado de las actividades para las que los usuarios presentaban algún grado de dificultad se aprecia en la figura 11. Los datos ponen de manifiesto que la dificultad es mayor para el desarrollo de tareas como limpiar el hogar (65%), hacer la cama (55%), coger el autobús, taxi...(53%) o andar (43%). Entre las actividades que

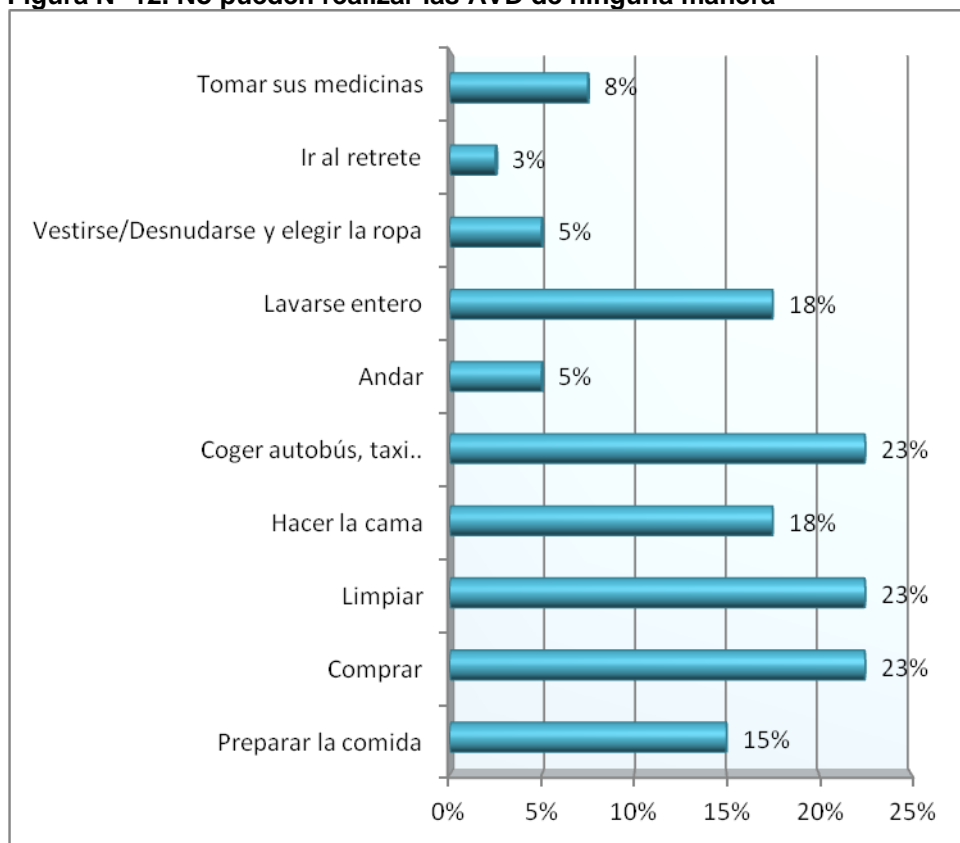
menor dificultad les supone se encuentran ir al retrete (8%) y vestirse/desnudarse y elegir la ropa (18%).

Figura Nº 11. Pueden realizar las AVD con dificultad



Fuente: Elaboración propia

En la figura 12 se presenta el porcentaje de usuarios que son incapaces de realizar las AVD propuestas. Realizar la compra, la limpieza del hogar y coger el autobús, taxi... con un 23% cada una de ellas, son las actividades por las que han optado los usuarios en su respuesta acerca de su incapacidad para realizarlas. Seguido a éstas nos encontramos con lavarse entero, en la cual han afirmado un 18% no poder hacerlo y con el mismo porcentaje, hacer la cama.

Figura Nº 12. No pueden realizar las AVD de ninguna manera

Fuente: Elaboración propia

4.3. ANÁLISIS DE DATOS

Respecto al conocimiento del perfil sociodemográfico podemos concluir como, tanto en el análisis del tipo de usuario de Las Fuentes como en el de la muestra, el patrón se identifica con las siguientes características: mujer, viuda y con una edad de 85 o más años.

El aumento de la calidad de vida y los avances médicos hacen que día a día la esperanza de vida en nuestro país aumente, es decir, vivamos más años y en mejores condiciones de salud. Así pues la necesidad de este tipo de prestaciones de ayuda para la realización de las AVD, como es el SAD cada vez es más tardía. Por otro lado, el aumento de personas mayores hace que la demanda se incremente y si no existe un aumento proporcional del servicio puede suponer un retraso en el acceso a la prestación con el resultado de tener usuarios con una edad más avanzada.

Las grandes diferencias en la esperanza de vida a favor de las mujeres justifica el mayor peso de éstas en la vejez, además de otro factor como es la diferencia de edad entre hombres y mujeres al construir su pareja o casarse. En consecuencia, nos encontramos ante un número bastante mayor de mujeres en estado de viudedad que de hombres.

En cuanto a la capacidad para el desarrollo de las AVD en el entorno habitual, de todas las actividades estudiadas acerca de las que pueden realizar los usuarios, las que no pueden y las que hacen con dificultad los resultados son:

- *Tomar sus medicinas*: lo puede realizar un 29%, lo pueden realizar con dificultad un 8% y un 3% no puede tomarlas o prepararlas para su administración.
- *Ir al retrete*: un 36% lo puede realizar, un 3% lo hace con dificultad y un 1% no puede realizarlo.
- *Vestirse/desnudarse y elegir la ropa*: lo puede realizar un 31%, también lo realizan con dificultad un 7% y no pueden de ninguna manera un 2%.
- *Lavarse entero*: un 19% lo pueden hacer, un 14% pueden también pero con dificultad y un 7% no puede hacerlo.
- *Andar*: pueden realizarlo un 21%, con dificultad lo hacen un 17% y no lo pueden hacer un 2%.
- *Coger bus, taxi...*: pueden cogerlos un 10%, pueden con dificultad un 21% y un 9% no pueden.
- *Hacer la cama*: un 11% puede hacerla, un 22% encuentra dificultad para hacerla y un 7% no puede hacerla.
- *Limpiar*: un 5% puede realizar la limpieza del hogar, un 26% tiene dificultades para realizarla y un 9% no puede realizarla.
- *Comprar*: pueden realizarla un 17%, pueden pero con dificultad un 14% y no pueden realizar las compras un 9%.
- *Preparar la comida*: pueden prepararla un 25%, con dificultad lo hace un 9% y no puede un 6%.

De todos estos datos se puede comprobar como un porcentaje amplio de los usuarios del SAD tienen dificultad para realizar especialmente las actividades domésticas (comprar, limpiar y hacer la cama) y las relacionadas con la movilidad (coger bus, taxi... y andar).

Respecto a las actividades relacionadas con el autocuidado, podemos decir que los usuarios del SAD son bastante autónomos para vestirse/desnudarse y elegir la ropa, ir al retrete y tomar su medicación, incrementándose la dificultad en cuanto al tema de lavarse enteros.

Así pues, se considera imprescindible que el trabajo del SAD y sus profesionales vaya encaminado a potenciar las diversas capacidades de la persona mayor (físicas, psíquicas y sociales) y prestando las ayudas técnicas necesarias para realizar las AVD en función de su capacidad para fomentar así su autonomía personal y por tanto, mejorar su calidad de vida.

5. CONCLUSIONES

El origen de este estudio parte de la necesidad de averiguar las actividades que forman parte de los usuarios del SAD en su autonomía diaria, siendo éste por tanto su objetivo general. El conocimiento de las actividades que llevan a cabo por sí mismos, las que no pueden realizar de ninguna manera y el de las que mayor dificultad conllevan en su desarrollo, nos proporciona la información precisa para que el SAD se adapte a las necesidades reales de cada usuario y puedan permanecer así el mayor tiempo posible en su entorno manteniendo su autonomía.

Para lograr dicho objetivo se establecen cinco objetivos específicos, de los cuales podemos extraer las siguientes conclusiones:

El primer objetivo propuesto va encaminado a conocer el perfil sociodemográfico del usuario del SAD del barrio de Las Fuentes. Rotundamente podemos afirmar que el tipo de perfil de usuario del servicio en este barrio se relaciona con una mujer, de 85 o más años y en estado de viudedad. Este mismo perfil, y en relación con el segundo objetivo, se identifica con las mismas características sociodemográficas de la muestra de nuestro estudio, siendo un 82,50% mujeres, un 45% de 85 o más edad y un 70% viudas. Se constata así además del aumento de personas mayores en nuestra sociedad, un evidente envejecimiento de las personas mayores de más edad, la existencia de una feminización de la vejez y en estado de viudedad.

Se verifica con estos datos las pautas generales mayoritarias en las formas de convivencia de las personas mayores en nuestro país, ya que la mayoría de encuestadas han estado casadas pero actualmente están viudas.

Estas características se deberían de tener presentes en cualquier programa de intervención social dirigido a personas mayores, para que realmente se adapten a sus necesidades concretas. Hemos de tener en cuenta que una gran cantidad de estas mujeres viudas, viven solas. Por ello se hace totalmente necesario que el SAD especialmente, se dirija también a la prevención de problemas que se pueden derivar de

esta situación y que son cada vez más frecuentes en nuestra sociedad, como pueden ser la soledad, la ansiedad o la depresión, entre otras.

Con el tercer objetivo se ha pretendido analizar las AVD que pueden realizar por sí mismos los usuarios del SAD, entre las cuales destacan que un 90% pueden ir al retrete, un 78% pueden vestirse/desvestirse y elegir la ropa, un 73% pueden tomar sus medicinas y un 63% preparan las comidas por sí mismos y sin ayuda.

Se considera realmente importante el hecho de que la gran mayoría de usuarios pueda ir al retrete, ya que pertenece a una de las actividades más íntimas de cada persona y que la incapacidad para ello conlleva normalmente una pérdida de autoestima bastante elevada.

Averiguar las AVD que conllevan algún tipo de dificultad en su realización para los usuarios del SAD, se ha llevado a cabo en el cuarto objetivo. Se ha identificado que las actividades en las que mayor dificultad encuentran para su realización son las relacionadas con la movilidad: tienen dificultad para coger el autobús, taxi...un 21% y para andar un 17%. A destacar también son dos de las actividades relacionadas con las tareas domésticas: realizar la limpieza (26%) y hacer la cama (22%).

Es fundamental que las profesionales del servicio perciban estas dificultades para que no aumente dicha dificultad y potencien al máximo la autonomía de los usuarios el mayor tiempo posible.

Y por último, el quinto objetivo se ha dirigido a conocer que AVD son las que no pueden realizar de ninguna manera los usuarios del SAD. Con el mismo resultado de respuestas, un 23% de usuarios han afirmado no poder realizar compras, la limpieza del hogar y coger el autobús, taxi... De nuevo, tareas relacionadas con las actividades domésticas y con la movilidad.

Se constata como en el proceso de envejecimiento se produce una pérdida de capacidad para realizar las AVD, lo que puede resultar una carga muy pesada en el bienestar emocional de la persona que está envejeciendo y que pueden implicar una baja autoestima, o incluso un aislamiento social.

Este proceso comportará un importante reto para las sociedades en el futuro, las políticas de envejecimiento y en concreto para el SAD. Fundamental será el aumento y la mejora

de la calidad de servicios encaminados a la atención de personas mayores, siendo esencial enfocar la intervención desde el fomento de la autonomía personal, lo que permitirá centrarse en las potencialidades y no en las limitaciones de las personas mayores, creando así una visión positiva de este colectivo.

Como conclusión general podemos corroborar la consecución de nuestro objetivo general de proyecto, ya que mediante éste se ha obtenido un mayor conocimiento acerca de las actividades que forman parte de los usuarios del SAD en su autonomía diaria. Gracias al estudio de las actividades que realizan por sí mismos, las que no pueden de ninguna manera y en las que encuentran algún tipo de dificultad para su desarrollo. Es decir, la identificación de la población con la que se va a trabajar en un futuro para conocer sus necesidades, intereses y realizar su diagnóstico social adaptado a sus necesidades reales.

Este conocimiento nos proporciona información de gran trascendencia para futuras intervenciones orientadas al mantenimiento de la autonomía en personas mayores en el SAD.

El trabajo de trabajadores sociales y especialmente de las auxiliares de hogar debe ir encaminado a observar todo lo que puede hacer la persona por sí misma, no hacer lo que ésta pueda realizar de forma autónoma y ayudarla sólo en lo necesario. Animar y promocionar toda actuación que realicen los usuarios del servicio de manera independiente.

Siendo éste un servicio de gran importancia para evitar el desarraigo y la institucionalización, y que en la línea de seguir mejorando la prestación, se considera necesario este tipo de estudios para comprobar necesidades reales y promover actuaciones de optimización del servicio.

6. LIMITACIONES Y PROSPECTIVA

6.1. LIMITACIONES

Respecto a las limitaciones encontradas en este estudio, un hecho a destacar es que debido el gran número de usuarios atendidos por el SAD en Zaragoza el tamaño de la muestra puede resultar escaso. Para futuras investigaciones sería necesario plantear la necesidad de su ampliación para la obtención de unos resultados más significativos.

Otra de las limitaciones importantes para llevar a cabo este trabajo ha sido el periodo de tiempo tan corto con el que se ha contado para su desarrollo, ya que si se hubiera dispuesto de un mayor plazo la muestra sería más amplia al igual que la profundización en el tema.

Aunque el desarrollo de la labor profesional diaria ha beneficiado en cuanto a la obtención de datos y usuarios disponibles para el estudio, el hecho de compaginar vida laboral con la labor estudiantil ha resultado una tarea ardua en determinados momentos del proceso, debido a la sobrecarga y la limitación en el tiempo para una completa dedicación en este proyecto.

Otra limitación al respecto podría ser la referente al hecho de ser la propia investigadora la coordinadora del servicio. Esto ha podido influir en las respuestas que han proporcionado los usuarios en referencia a que pudiera afectar a la calidad o relaciones actuales o futuras con la Prestación de Ayuda a Domicilio de la que son beneficiarios.

Por último y respecto a la valoración de la autonomía, se ha constatado en este estudio como existen multitud de escalas para la valoración de la autonomía y la dependencia pero ninguna específica en la que se combine AIVD y ABVD para usuarios del SAD.

6.2. PROSPECTIVA

A pesar de las limitaciones encontradas en el estudio, se han cumplido los objetivos generando posibles proyecciones para un futuro. Como anteriormente comentábamos, una de ellas sería el aumento de la muestra para la obtención de unos resultados más sólidos. Interesante se contempla también la realización del estudio en otros barrios de

Zaragoza, para poder comparar los datos entre unos y otros y así comprobar la existencia de similitudes y diferencias. Asimismo se podría llevar a cabo en diferentes ciudades.

Otra de las proyecciones importantes después de este estudio, sería obtener un mejor conocimiento de los factores que influyen en la pérdida de autonomía de los usuarios del SAD, el cual proporcionaría a los profesionales implicados en su desarrollo programar intervenciones para retrasar la dependencia y fomentar la autonomía en las personas mayores.

Asimismo se considera adecuado analizar y estudiar las posibles mejoras que podría iniciar el SAD en las necesidades concretas de cada usuario y en las actividades que mayor dificultad implican en su desarrollo.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán, A. y Pujol, R. (2013). Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en red n.1*. Recuperado el 3 de Diciembre de 2013 en Internet: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enresindicadoresbasicos13.pdf>
- Álvarez, A.M., Quadros, R. y Takase, L.H. (1998). *Calidad de vida en la vejez*. Gerokomos v. 9, n. 3, 107-114.
- Álvarez, J. y Sicilia, M. (2007). Deterioro cognitivo y autonomía personal básica en personas mayores. Universidad de Almería. *Anales de Psicología*, v. 23, n. 2, 272-281.
- Bazo, M^a T. (2006). Aportaciones de las personas mayores a la sociedad: Análisis sociológico. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73, 209-222.
- Carmona, S.E. (2009). El bienestar personal en el envejecimiento. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 7, 48-65. Recuperado el 5 de Septiembre de 2013 en Internet: http://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4805/bienestarbg2.pdf
- Casado, J.M., González, N., Moraleda, S., Orueta, R., Carmona, J., Gómez-Calcerrada, R.M. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Revista Atención primaria*, v. 28, n. 3, 167-173.
- Clece S.A. (2011): Memoria. *Servicios de Prestaciones Sociales Domiciliarias Zona II*. Ayuntamiento de Zaragoza.
- IMSERSO (2004). *Libro Blanco de la Dependencia. Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid.

IMSERSO. (2010). *Informe: Las personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Recuperado el 4 de Octubre de 2013 en Internet:

http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22023_inf2010pm_v1.pdf

IMSERSO. (2011). *Servicios sociales dirigidos a personas mayores en España*. Observatorio de personas mayores. Recuperado el 18 de Noviembre de 2013 en Internet:

http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/opm_ssppmm_dic2011.pdf

IMSERSO. (2011). *Libro Blanco: envejecimiento activo. Capítulo 14: Formas de vida y convivencia*. Recuperado el 4 de Octubre 2013 en Internet:

http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf

IMSERSO. (2011). *Informe sobre las mujeres mayores en España*. Recuperado el 2 de Diciembre de 2013 en Internet: <http://www.imsersomayores.csic.es>

Instituto Nacional de Estadística (2012). *Anuario Estadístico de España*. Recuperado el 1 de Diciembre de 2013 en Internet:

http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario12/anu12_02demog.pdf.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, 299, de 15 de Diciembre de 2006.

Ley 5/2009, de 30 de Junio, de Servicios Sociales de Aragón. Boletín Oficial de Aragón, 132, de 10 de Julio de 2009.

Lowenstein, A. y Ogg, J. (2003). *Informe Final del Proyecto OASIS*. The University of Haifa, Israel. Recuperado el 25 de Septiembre en Internet: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oasis-resultados-01.pdf>.

- Martín, M., Oslé, C., García, P., Mosquera, J.L., Salvadó, I., Las Heras, T. y Aizcorbe, C. (2001). Calidad de vida y estado de salud en las residencias geriátricas. *Cuaderno Gerontológico de la Sociedad Navarra de Geriátrica y Gerontología*, v. 1, n.1, 5-30.
- Mercader, I., Pérez, M.C. y Fernández, R.J. (2011): Evaluación psicosociosanitaria de la Comarca de los Vélez de usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio. *Revista INFAD de Psicología*, v.1, n.4, 143-152.
- Millán, J.C. (2002). *Los mayores e Internet*. A Coruña: Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias.
- Neugarten, B. (1982). Age or Need? Public Policy for older people. Sage, Beverly Hills. En Álvarez, J. y Sicilia, M. (2007), Deterioro cognitivo y autonomía personal básica en personas mayores. *Anales de Psicología*, v. 23, n. 2, 272-281.
- Observatorio Urbano de Zaragoza. (2013). *Datos generales de la ciudad de Zaragoza y su entorno*. Ayuntamiento de Zaragoza. Recuperado el 1 de Diciembre de 2013 de Internet: <http://observatoriourbano.ebropolis.es/>
- Ordenanza de 2009 de la ciudad de Zaragoza sobre *prestaciones sociales domiciliarias*. Boletín Oficial de la Provincia de Zaragoza, 220, de 24 de Septiembre de 2009.
- O'Shea, E. (2003). *La Mejora de la Calidad de Vida de las Personas Mayores Dependientes. Grupo de Expertos de las Mejoras en la Calidad de Vida de Personas Dependientes*. Comité Europeo de Cohesión Social. Consejo de Europa, Bruselas.
- Pacolet, J., Bouten, R., Lanoye, H. y Versieck, K. (2003). *Protección Social para la Dependencia en la Vejez: un estudio de 15 Estados Miembros y Noruega*. Aldershot. Ashgate.
- I Plan Estratégico de Servicios Sociales de Aragón 2012-2015*. Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia. Dirección General de Bienestar Social y Dependencia. Recuperado el 1 de Diciembre de 2013 de Internet: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/aragon-plan20122015-01.pdf>

Prados, C. (2001). Prevención y mantenimiento de la autonomía de los mayores. La ayuda a domicilio. *Cuadernos de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid*, v. 14, 291-300.

Quintana, J. (1999). *Socialización y Tercera Edad*. En Montañes, J. y Larrañaga, E. (2000). *Envejecimiento, Sociedad y Salud* (pp. 43-57). Cuenca: Universidad de Castilla.

Sanz, A. (2005). *Estudio sociourbanístico del barrio de Las Fuentes en Zaragoza*. Proyecto Revitasud. Zaragoza. Recuperado el 2 de Diciembre de 2013 en Internet: <http://www.zaragozavivienda.es/files/file/EstudioBarriodeLasFuentes.pdf>

Yanguas, J.J., Leturia, F.J. y Leturia, M. (2001). Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. *Papeles del Psicólogo: Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, v. 76, 23-32. Recuperado el 25 de Septiembre de 2013 en Internet: www.matiat.net/profesionales/articulos

BIBLIOGRAFÍA

Boada, J., Vigil, A., Chiapella, M. y Macip, S. (2001). Análisis de una profesión terciaria: Servicio de Ayuda a Domicilio. *Revista Intervención Psicosocial*, v. 10, n. 2, 199-208.

Fundación EDE. (2009). *Envejecer con éxito: prevenir la dependencia*. Recuperado el 3 de Octubre de 2013 en Internet: <http://fundacionede.org/ca/archivos/investigacionsocial/16-Envejecer-con-exito-prevenir-Dependencia.pdf>

IMSERSO. (2006). *Informe: Las personas mayores en España*. Recuperado el 3 de Octubre de 2013 en Internet: <http://www.imsersomayores.csic.es>

Pont, A. y Granollers, S. (1992). Calidad de vida en los ancianos, un estudio descriptivo. *Revista ROL de Enfermería*, 165, 21-26.

Rodríguez, G. (2004). *El Estado de Bienestar en España: debates, desarrollo y retos*. Madrid: Fundamentos.

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2000). *Geriátría XXI: Análisis de las necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España*. Madrid: Edimsa.

ANEXO I: Cuestionario

1. Variables sociodemográficas

1.1. Sexo

☐ Hombre

☐ Mujer

1.2. Edad

☐ De 65 a 69

☐ De 70 a 74 años

☐ De 75 a 79 años

☐ De 80 a 84 años

☐ De 85 o más años

1.3. Estado Civil

☐ Casado/a

☐ Soltero/a

☐ Viudo/a

☐ Divorciado/a o Separado/a

2. Voy a hacerle unas preguntas sobre algunas de las actividades cotidianas de la vida de cualquier persona. No voy a preguntarle si sabe hacerlas, sino si en su situación actual es capaz de hacerlas solo/a, puede hacerlas pero con dificultad o si no puede hacerlas de ninguna.

ACTIVIDADES COTIDIANAS	1. Puede hacerlo solo/a	2. Puede hacerlo pero con dificultad	3.No puede hacerlo de ninguna manera
1. Preparar su propia comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Comprar comida o ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Limpiar la casa o piso (fregar el suelo o barrer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hacer la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Coger el autobús, taxi, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Andar (con o sin bastón, muletas o andadores)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Lavarse entero, entrar y salir del baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Vestirse y desnudarse y elegir la ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ir al retrete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tomar sus medicinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO II: Consentimiento Ayuntamiento

Zaragoza, 29 de Noviembre de 2013

Como estudiante del Grado de Trabajo Social de la Universidad Internacional de la Rioja (UNIR), y con el fin de la obtención del título profesional, pretendo realizar una investigación sobre “La autonomía en usuarios del SAD de Zaragoza” bajo la dirección de la tutora Belén Blázquez Vilaplana. El principal objetivo del trabajo de fin de grado es analizar las actividades que forman parte de las personas mayores en su autonomía diaria, usuarios/as de Prestaciones Domiciliarias del Ayuntamiento de la Unidad Territorial II de Zaragoza, con el fin de que los resultados de la investigación orienten y motiven el cumplimiento de las expectativas actuales y futuras profesionales de Trabajo Social.

En este sentido, para poder llevar a cabo esta investigación necesitamos el consentimiento del Ayuntamiento y la colaboración voluntaria de los usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio. Durante el estudio, se aplicarán cuestionarios a los usuarios participantes, comprometiéndonos a que la información que se recoja sea confidencial y no se use para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación (art. 11.1 de la Ley Orgánica 15/1999). En el caso de que los resultados de la investigación se publicaran no se incluiría información que pudiera revelar la identidad de las personas y, si el Ayuntamiento lo deseara, le enviaríamos una copia de los resultados del trabajo de investigación una vez éste haya concluido.

Agradeciendo de antemano, le saludamos atentamente.

Diana Senz Naval.

ANEXO III: Consentimiento usuarios participantes en el estudio

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USUARIOS DE PRESTACIONES SOCIALES DOMICILIARIAS DEL AYUNTAMIENTO DE ZARAGOZA

La Autonomía en usuarios del SAD de Zaragoza

FECHA:

NOMBRE DEL INVESTIGADOR:

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

Soy estudiante de Grado en Trabajo Social de la Universidad Internacional de la Rioja (UNIR), que con el fin de la obtención del título profesional, estoy realizando una investigación sobre LA AUTONOMÍA EN USUARIOS DEL SAD DE ZARAGOZA. El objetivo es analizar las actividades que forman parte de las personas mayores en su autonomía diaria, usuarios/as de Prestaciones Domiciliarias del Ayuntamiento de la Unidad Territorial II de Zaragoza, con el fin de que los resultados de la investigación orienten y motiven el cumplimiento de las expectativas actuales y futuras profesionales de Trabajo Social.

La investigación, para la cual solicitamos su valiosa participación, consistirá en contestar a un cuestionario acerca de las actividades de la vida diaria (AVD) que desarrolla cotidianamente.

Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene derecho a negarse a participar o a interrumpirla en cualquier momento, sin que esta decisión afecte a la calidad o relaciones actuales o futuras con la Prestación de Ayuda a Domicilio de la que es usuario/a (art. 5.1 Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal).

Sus respuestas al cuestionario serán anónimas (art. 10 Ley Orgánica 15/1999, de Protección de datos de Carácter Personal). La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación (art. 11.1 de Ley Orgánica 15/1999). Una vez procesada la información contenida en los cuestionarios, éstos se destruirán. En el caso de que los resultados de la investigación se publiquen no se incluirá información que pueda revelar su identidad.

Le agradecemos su participación.

Al firmar este documento manifiesto que he leído o me ha sido leído, toda la información descrita y se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas de manera adecuada por el investigador antes de firmarla.

Por lo tanto, accedo a participar en este estudio y autorizo a que se use la información para los propósitos de la investigación.

Investigador:

DNI:

Firma

Participante:

DNI:

Firma

ANEXO IV: Tablas

Tabla Nº 1: Sexo de los usuarios atendidos por el SAD en el barrio de Las Fuentes

SEXO	N	%
Hombres	53	13,25%
Mujeres	347	86,75%
TOTAL	400	100,00%

Fuente: Elaboración propia

Tabla Nº 2: Edad los usuarios atendidos por el SAD en el barrio de Las Fuentes

EDAD	N	%
Menos de 65 años	3	0,75%
65-69 años	7	1,75%
70-74 años	14	3,50%
75-79 años	73	18,25%
80-84 años	130	32,50%
85 o más años	173	43,25%
TOTAL	400	100,00%

Fuente: Elaboración propia

Tabla Nº 3: Estado Civil los usuarios atendidos por el SAD en el barrio de Las Fuentes

ESTADO CIVIL	N	%
Casado	67	16,75%
Divorciado/Separado	10	2,50%
Soltero	17	4,25%
Viudo	306	76,50%
TOTAL	400	100,00%

Fuente: Elaboración propia

Tabla Nº 4: Sexo de la muestra

SEXO	n	%
Hombres	7	17,50%
Mujeres	33	82,50%
TOTAL	40	100,00%

Fuente: Elaboración propia

Tabla Nº 5: Edad de la muestra

EDAD	n	%
65-69 años	1	2,50%
70-74 años	2	5,00%
75-79 años	6	15,00%
80-84 años	13	32,50%
85 o más años	18	45,00%
TOTAL	40	100,00%

Fuente: Elaboración propia**Tabla Nº 6: Estado Civil de la muestra**

ESTADO CIVIL	n	%
Casado	8	20,00%
Soltero	2	5,00%
Viudo	28	70,00%
Divorciado/Separado	2	5,00%
TOTAL	40	100,00%

Fuente: Elaboración propia**Tabla Nº 7: Pueden realizar las AVD**

AVD	n	%
Preparar la comida	25	63%
Comprarlo	17	43%
Limpiar	5	13%
Hacer la cama	11	28%
Coger autobús, taxi...	10	25%
Andar	21	53%
Lavarse entero	19	48%
Vestirse/Desnudarse y elegir la ropa	31	78%
Ir al retrete	36	90%
Tomar sus medicinas	29	73%
TOTAL	40	100%

Fuente: Elaboración propia

Tabla Nº 8: Pueden realizar las AVD con dificultad

AVD	n	%
Preparar la comida	9	23%
Comprar	14	35%
Limpiar	26	65%
Hacer la cama	22	55%
Coger autobús, taxi...	21	53%
Andar	17	43%
Lavarse entero	14	35%
Vestirse/Desnudarse y elegir la ropa	7	18%
Ir al retrete	3	8%
Tomar sus medicinas	8	20%
TOTAL	40	100%

Fuente: Elaboración propia**Tabla nº 9: No pueden realizar las AVD**

AVD	n	%
Preparar la comida	6	15%
Comprar	9	23%
Limpiar	9	23%
Hacer la cama	7	18%
Coger autobús, taxi...	9	23%
Andar	2	5%
Lavarse entero	7	18%
Vestirse/Desnudarse y elegir la ropa	2	5%
Ir al retrete	1	3%
Tomar sus medicinas	3	8%
TOTAL	40	100%

Fuente: Elaboración propia