



TESIS DOCTORAL

**DESEMPEÑO FUNCIONAL, RECURSOS SOCIALES, CALIDAD DE VIDA Y
COGNICIONES ANTICIPATORIAS EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE
DEPENDENCIA**

M^a ISABEL BAZAGO DÓMINE

Departamento de Terapéutica Médico-Quirúrgica

2017



TESIS DOCTORAL

**DESEMPEÑO FUNCIONAL, RECURSOS SOCIALES, CALIDAD DE VIDA Y
COGNICIONES ANTICIPATORIAS EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE
DEPENDENCIA**

M^a Isabel Bazago Dómine

Departamento de Terapéutica Médico-Quirúrgica

CONFORMIDAD DE LOS DIRECTORES:

Fdo: Carlos Alexis Chimpén López

Fdo: Laura Rodríguez Santos

2017

*“La posibilidad de realizar un sueño es
lo que hace que la vida sea interesante”.*
Paulo Coelho

A mis padres y a mi marido.

AGRADECIMIENTOS

Con las palabras que siguen a continuación quiero dejar constancia de mi sincero agradecimiento hacia las personas que me han acompañado en este largo período de aprendizaje, no exento de desafíos.

Los primeros reconocimientos son para mis directores, los Dres. Carlos Alexis Chimpén López y Laura Rodríguez Santos que han orientado mis pasos desde el principio, siendo imprescindibles en este proyecto. Gracias por su dedicación, por su tiempo y seguimiento. Además, a Carlos, gracias por su serenidad, empatía y paciencia; y a Laura, gracias por esa gran capacidad de comunicación, por impulsar con rapidez mis ideas y por su eficacia para la resolución de problemas.

Quiero hacer extensible mis agradecimientos al Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD), por permitir que finalmente este proyecto viera la luz y a todas esas personas maravillosas en situación de dependencia, familiares, cuidadores profesionales y personal de las instituciones que voluntariamente y de manera desinteresada han demostrado su cariño y participado en el estudio, permitiendo junto a mis maestros y SEPAD que los resultados de la tesis doctoral fueran hoy una realidad.

Gracias a Beatriz Bajo Cabello, por su apoyo inestimable en la corrección de la Whoqol-Bref, siempre disponible para resolver mis dudas.

Extiendo mis agradecimientos a Jose Luis Ramos, fundamental en la trayectoria de este éxito, por su ayuda en la parte estadística, por su afecto, ternura y simpatía, y a Lupe, por estar de una u otra forma en este momento.

También he de hacer mención a todos aquellos compañeros de trabajo que han dedicado parte de su tiempo para ayudarme, por su escucha activa, por su afecto y amistad. Espero sinceramente poder seguir afrontando junto a ellos nuevos retos profesionales.

Muy especialmente he de agradecer a mis padres su apoyo, preocupación y amor incondicional. Sin los valores y principios que siempre me han transmitido no podría haber avanzado en este largo camino. Este éxito profesional también es suyo.

Merecido agradecimiento es el de Pedro, por ser mi compañero y gran amigo, por creer siempre en mi proyecto y apoyarlo aún cuando este nos ha robado tantos momentos de felicidad, gracias por impulsarme siempre a continuar y haber compartido conmigo tantas horas de trabajo.

Gracias a mi hermano, por todas esas conversaciones que dejamos pendientes, por su insistencia para estar conmigo, por no abandonarme, por sus ánimos y por sacar siempre lo mejor de mí, pero sobre todo por ese sobrino que me ha dado, que sacaré de mis horas una nueva ocupación.

También he de reservar un apartado especial para el resto de familiares, por su apoyo, comprensión y por todas las ocasiones que no hemos disfrutado juntos, especialmente a Natalia, por todos esos ratos de juego que no hemos compartido.

Asímismo, gracias a esos amigos que han estado, están y estarán siempre a mi lado, reforzando con su complicidad y gratos momentos, mi esfuerzo.

Agradecida estoy también del tiempo disfrutado junto a mis chiquitines, que aunque escaso, ha sido una inyección de motivación y positivismo en estos difíciles momentos.

En definitiva, gracias a todos los que en algún momento han tenido unas palabras de ánimo.

Y sobre todo, doy gracias por las noches que se hicieron mañanas y por los sueños que se hicieron realidad. ¡¡GRACIAS!!

A todos, mi más sincero agradecimiento.

RESUMEN

La dependencia funcional es un campo de investigación multidisciplinar que ha experimentado un aumento cuantitativo en la literatura. A pesar de que la reciente aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, ha dado un impulso a los servicios sociales de las administraciones públicas, se echa en falta la presencia de un mayor volumen de estudios relacionados con ello. Profundizar en esta área permitiría no sólo un mejor conocimiento de esta población, sino que también podría redundar en una atención y gestión más eficaz y eficiente por parte de los profesionales implicados.

Esta investigación analiza el desempeño funcional, los recursos sociales, la calidad de vida y las cogniciones anticipatorias de las personas en situación de dependencia, en la comunidad autónoma de Extremadura. La revisión de la literatura revela que en la actualidad se carece de investigaciones previas donde se ponga de manifiesto la confluencia de todas estas variables. Por ello, este estudio trata de integrarlas desde un enfoque donde se examinen bajo una óptica de conjunto.

Con este propósito, se llevó a cabo una investigación descriptiva, analítica y transversal con un total de 188 usuarios en situación de dependencia funcional, que son atendidos en el equipo de valoración de la zona sociosanitaria de Trujillo (Cáceres). La selección se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico de conveniencia.

Como queda manifiesto en el estudio, comprobamos que aquellas personas con mayor grado de dependencia, presentan más compromiso funcional para la realización de las actividades de la vida diaria, las cuales se comportan de diferente forma en función de la severidad de la misma. Sin embargo, el grado de dependencia no se relaciona con la calidad de vida, que, a su vez, si encuentra una relación positiva respecto a la existencia de unos buenos recursos sociales, mejorando notablemente con la recepción de los servicios ofertados en el catálogo

de la Ley 39/2006 y con la presencia de cogniciones anticipatorias positivas. Del mismo modo, tener unos buenos recursos sociales va a favorecer la disminución de pensamientos anticipatorios negativos.

Nuestros resultados confirman algunas de las hipótesis planteadas y sugieren que en el ámbito de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, el usuario ha de ser estudiado desde una perspectiva global, involucrando variables como la calidad de vida y aspectos emocionales. Los gestores de este campo han de ser conscientes de la importancia de esta relación en sus estrategias de atención, puesto que el conocimiento profundo sobre el tema es un elemento clave para la optimización de los recursos sociales en la atención a las personas con problemas de déficit funcional.

Descriptor de la UNESCO: 630703, 631009, 610607, 631005.

Palabras CLAVE: DESEMPEÑO, TERAPIA OCUPACIONAL, DEPENDENCIA, RECURSOS SOCIALES, ANTICIPACIÓN, CALIDAD DE VIDA.

ABSTRACT

The functional dependence is a multidisciplinary field of research which has experienced a volume increase in literature. Despite the recent approval of Law 39/2006, December 14, to promote personal autonomy and care for people in situation of dependency, has given an impetus to the social services of the public administrations; there is a lack of a greater volume of studies related to this. Depth in this area will allow not only a better knowledge of this population, but also it could result in a more effective and efficient attention and management by the professionals involved.

This research analyses functional performance, social resources, quality of life and anticipatory cognitions of people in situation of dependency in Extremadura region. The review of the literature reveals that there is currently no previous research showing the confluence of all these variables. Therefore, this study tries to integrate them from an approach where they are examined from an overall perspective.

For this purpose, a descriptive, analytical and transversal investigation was carried out with a total of 188 users in situation of functional dependence, which are attended by the assessment team of the Trujillo social and health area (Caceres). The selection was carried out by a non-probabilistic sampling of convenience.

As shown in the study, we verify that those people with greater degree of dependence, present more functional commitment for the accomplishment of the activities of the daily life, which behave of different form in function of the severity of the same one. However, the degree of dependence is not related to the quality of life, which, in turn, finds a positive relation to the existence of good social resources, improving significantly with the reception of the services offered in the catalogue of Law 39/2006 and also, with the presence of positive anticipatory cognitions. Likewise, having good social resources will favour the reduction of negative anticipatory thoughts.

Our results confirm some of the hypotheses and these suggest that in the scope of Law 39/2006, of December 14, to promote personal autonomy and care for people in a situation of dependency, the user has to be studied from a global perspective, involving variables such as quality of life and emotional aspects. Agents in this field need to be aware of the importance of this relationship in their care strategies, since in-depth knowledge about the subject is a key element for the optimization of social resources in the care of people with deficit problems functional.

UNESCO descriptors: 630703, 631009, 610607, 631005.

KEY words: PERFORMANCE, OCCUPATIONAL THERAPY, DEPENDENCE, SOCIAL RESOURCES, ANTICIPATION, QUALITY OF LIFE.

ÍNDICE GENERAL

<u>PRIMERA PARTE. INTRODUCCIÓN</u>	3
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN.....	3
<u>SEGUNDA PARTE. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA</u>	11
CAPÍTULO 2. LEY 39/2006, DE 14 DE DICIEMBRE, SOBRE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.....	11
2.1. MODELOS DE PROTECCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN EL ÁMBITO DE LA UNIÓN EUROPEA	11
2.1.1. Introducción	11
2.1.2. Tipología de los sistemas de cuidados en el seno de la Unión Europea	15
2.1.3. Convergencia de los modelos europeos de protección social	17
2.1.4. Modelo mediterráneo y la transición de España hacia la construcción de un modelo propio	18
2.2. HISTORIA, DESARROLLO Y SITUACIÓN REAL DE LA LEY 39/2006 EN ESPAÑA.....	20
2.2.1. Antecedentes históricos de la protección social en España	20
2.2.2. La puesta en marcha de la Ley 39/2006 para la configuración del Sistema para la Autonomía y Atención de la Dependencia	23
2.3. LA CREACIÓN DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA COMO DESCENTRALIZACIÓN DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN DE LA DEPENDENCIA.....	24
2.4. BASES DEMOGRÁFICAS: ESTIMACIÓN PRESENTE Y FUTURA, CARACTERÍSTICAS Y PERFILES DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.....	27
2.4.1. Los perfiles demográficos de la dependencia en España	29
2.4.2. Los perfiles demográficos de la dependencia en Extremadura	44
2.4.3. Proyección futura de la realidad de la dependencia	64

CAPÍTULO 3. TERAPIA OCUPACIONAL COMO PROFESIÓN CENTRADA EN LA OCUPACIÓN	67
3.1. RESEÑA HISTÓRICA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.....	67
3.1.1. La realidad de la Terapia Ocupacional hasta el siglo XX	67
3.1.2. La realidad de la Terapia Ocupacional en el siglo XX	69
<i>3.1.2.1. La influencia de la Primera y Segunda Guerra Mundial</i>	70
3.1.3. La historia de la Terapia Ocupacional en España	72
3.2. LA OCUPACIÓN HUMANA COMO BASE DE LA CIENCIA DE LA OCUPACIÓN	73
3.3. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.....	75
3.4. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL	78
3.5. FUENTES DE INFORMACIÓN Y HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL.....	79
3.6. TERAPIA OCUPACIONAL Y SU PRESENCIA EN LOS SERVICIOS SOCIALES.....	81
3.6.1. Concepto y marco de actuación de los servicios sociales	81
3.6.2. Marco legislativo y niveles de atención de los servicios sociales	82
3.6.3. Los servicios sociales en Extremadura	84
3.6.4. La implicación de la Terapia Ocupacional en los servicios sociales	86
CAPÍTULO 4. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE DEPENDENCIA FUNCIONAL	89
4.1. UNA APROXIMACIÓN HISTÓRICA A LA DEPENDENCIA FUNCIONAL	89
4.2. LA FORMACIÓN DEL CONCEPTO “DEPENDENCIA FUNCIONAL”	90
4.2.1. Conceptos de independencia, autonomía personal, funcionalidad, dependencia y dependencia funcional	90
4.3. ETIOLOGÍA Y ANÁLISIS DE LOS FACTORES PREDICTORES DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL	94
4.4. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.....	96

4.5. LA VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL	99
4.5.1. Herramientas de evaluación de dependencia funcional más utilizadas.....	102
4.5.1.1. <i>Índice de Barthel</i>	102
4.5.1.2. <i>Índice de Katz</i>	103
4.5.1.3. <i>Escala de Lawton y Brody</i>	105
4.5.1.4. <i>Otras escalas y baremos de valoración de dependencia funcional utilizadas.....</i>	<i>106</i>
4.6. LA VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN EL CONTEXTO DE LA LEY 39/2006.....	109
4.6.1. Definición de dependencia según la Ley 39/2006	109
4.6.2. La valoración de la situación de dependencia	112
4.6.3. Criterios de aplicación en la valoración de la situación de dependencia ...	116
4.6.4. Revisiones del grado de dependencia.....	118
4.6.5. Equipos de valoración de la situación de dependencia	119
4.7. CALENDARIO DE IMPLANTACIÓN DE LOS GRADOS DE DEPENDENCIA.....	121
4.8. INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA FUNCIONAL	125
CAPÍTULO 5. RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.....	129
5.1. IMPORTANCIA DE LOS RECURSOS SOCIALES EN LA OCUPACIÓN HUMANA.....	129
5.2. VALORACIÓN SOCIAL DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA...	131
5.3. CATÁLOGO DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.....	133
5.3.1. Servicios públicos o concertados	137
5.3.2. Prestaciones económicas vinculadas al servicio.....	140
5.3.3. Prestación económica de cuidados en el entorno familiar.....	141
5.3.4. Prestación económica de asistencia personal	141
5.4. INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON LOS RECURSOS SOCIALES.....	142

CAPÍTULO 6. LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.....	147
6.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA.....	147
6.2. CONCEPTUALIZACIÓN Y FACTORES DETERMINANTES DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA FUNCIONAL.....	148
6.3. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA.....	150
6.4. INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	153
CAPÍTULO 7. COGNICIONES ANTICIPATORIAS EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.....	157
7.1. DELIMITANDO LA ACEPCIÓN DE COGNICIONES ANTICIPATORIAS	157
7.2. APORTACIONES PRÁCTICAS DEL CONCEPTO DE COGNICIONES ANTICIPATORIAS A LA DISCIPLINA DE TERAPIA OCUPACIONAL Y A LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	163
7.3. INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON LAS COGNICIONES ANTICIPATORIAS	165
<u>TERCERA PARTE. ESTUDIO EMPÍRICO</u>	169
CAPÍTULO 8. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	169
8.1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	169
8.2. HIPÓTESIS DEL ESTUDIO	170

CAPÍTULO 9. DISEÑO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	171
9.1. ETAPAS DEL ESTUDIO	171
9.2. TIPO DE ESTUDIO, ASPECTOS ÉTICOS Y PROCEDIMIENTO	172
9.2.1. Tipo de estudio	172
9.2.2. Aspectos éticos	173
9.2.3. Procedimiento	174
9.3. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA	177
9.3.1. Población y muestra	177
9.4. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	181
9.4.1. Variables evaluadas	181
9.4.2. Instrumentos de evaluación	181
<i>9.4.2.1. Cuestionario de datos sociodemográficos y de apoyo y sobre su situación de dependencia</i>	183
<i>9.4.2.2. Baremo de valoración de dependencia (BVD)</i>	183
<i>9.4.2.3. Escala de calidad de vida Whoqol-Bref</i>	193
<i>9.4.2.4. Escala de recursos sociales OARS</i>	195
<i>9.4.2.5. Cuestionario de cogniciones anticipatorias Q.C.A</i>	196
9.5. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS	196
9.6. TRATAMIENTO DE LA BIBLIOGRAFÍA.....	198
CAPÍTULO 10. RESULTADOS	199
10.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES	199
10.1.1. Características y análisis sociodemográfico de la muestra	199
10.1.2. Descripción de las variables de estudio	211
10.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LAS HIPÓTESIS PLANTEADAS	215

CAPÍTULO 11. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	245
CAPÍTULO 12. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	277
CAPÍTULO 13. CONCLUSIONES.....	281
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	287
<u>ANEXOS</u>	349

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Perfil de la persona solicitante según sexo y tramo de edad.....	31
Tabla 2. Dictámenes por ámbito territorial y perfil funcional.....	35
Tabla 3. Distribución de beneficiarios por ámbito territorial y grado de severidad	36
Tabla 4. Personas beneficiarias y prestaciones del SAAD.....	40
Tabla 5. Personas beneficiarias con prestación por sexo y tramos de edad.....	41
Tabla 6. Distribución por ámbito territorial y prestaciones.....	43
Tabla 7. Solicitudes registradas en Extremadura 2008-2015	45
Tabla 8. Solicitudes registradas en Extremadura en relación a la población 2008-2015	47
Tabla 9. Evolución de los dictámenes en Extremadura 2008-2015	49
Tabla 10. Dictámenes en Extremadura en relación a la población 2008-2015.....	50
Tabla 11. Severidad de la dependencia en Extremadura 2008-2015.....	51
Tabla 12. Evolución de la severidad de dependencia en Extremadura 2012-2015	52
Tabla 13. Personas beneficiarias con prestaciones en Extremadura 2008-2015.....	55
Tabla 14. Definiciones de Terapia Ocupacional.....	75
Tabla 15. Otros instrumentos de valoración de la dependencia funcional	106
Tabla 16. Aplicación progresiva de la ley, conforme a la Ley 39/2006.....	121
Tabla 17. Aplicación progresiva de la ley, conforme al RD-Ley 20/2012, de 13 de julio.....	124
Tabla 18. Expresión cuantificada de los niveles de protección del SAAD antes de la entrada del Real Decreto-Ley 20/2012	134
Tabla 19. Expresión cuantificada de los niveles de protección del SAAD tras la publicación del Real Decreto-Ley 2012.....	134
Tabla 20. Características sociodemográficas de la muestra	180
Tabla 21. Actividades y tareas valoradas en el BVD.....	185
Tabla 22. Nivel y problemas de desempeño, tipo y frecuencia de apoyo en el BVD.....	188
Tabla 23. Determinación de la severidad de dependencia según RD 504/2007....	191
Tabla 24. Determinación de la severidad de dependencia según RD-Ley 20/2012	191
Tabla 25. Tabla de pesos de la severidad de dependencia	193
Tabla 26. Dependencia funcional.....	211
Tabla 27. Grupo de actividad afectada por tipo de AVD	212

Tabla 28. Dependencia funcional y edad.....	215
Tabla 29. ABVD y edad.....	216
Tabla 30. AIVD y edad	216
Tabla 31. Dependencia funcional y sexo	216
Tabla 32. Dependencia funcional y sexo en ABVD	217
Tabla 33. Dependencia funcional y sexo en AIVD.....	217
Tabla 34. Calidad de vida y edad.....	217
Tabla 35. Comparaciones múltiples: calidad de vida y edad. Scheffé	218
Tabla 36. Calidad de vida y sexo.....	218
Tabla 37. Cogniciones anticipatorias y edad.....	219
Tabla 38. Comparaciones múltiples: cogniciones anticipatorias y edad. Scheffé ..	219
Tabla 39. Cogniciones anticipatorias y sexo.....	219
Tabla 40. Dependencia funcional y grado de dependencia	220
Tabla 41. ABVD y grado de dependencia	221
Tabla 42. AIVD y grado de dependencia.....	221
Tabla 43. Comparaciones múltiples: AIVD y grado de dependencia. Sheffeé	221
Tabla 44. Actividad afectada y grado de dependencia	222
Tabla 45. Función corporal y grado de dependencia	223
Tabla 46. Sexo y grado de dependencia.....	224
Tabla 47. Edad y grado de dependencia.....	225
Tabla 48. Dependencia funcional en el grado I.....	227
Tabla 49. Dependencia funcional en el grado II.....	227
Tabla 50. Dependencia funcional en el grado III.....	228
Tabla 51. Recursos sociales y grado de dependencia	229
Tabla 52. Recursos sociales y dependencia funcional	230
Tabla 53. Calidad de vida y grado de dependencia	231
Tabla 54. Comparaciones múltiples: grado de dependencia. Scheffé	231
Tabla 55. Calidad de vida y AVD	232
Tabla 56. Calidad de vida y ABVD.....	232
Tabla 57. Calidad de vida y AIVD	232
Tabla 58. Calidad de vida y recursos sociales.....	233
Tabla 59. Calidad de vida y servicio de ayuda a domicilio	234
Tabla 60. Calidad de vida y servicio privado.....	234

Tabla 61. Calidad de vida y servicios de la LAPAD	234
Tabla 62. Calidad de vida y servicio recibido.....	235
Tabla 63. Comparaciones múltiples: calidad de vida y servicios recibidos. Scheffé.....	236
Tabla 64. Calidad de vida y situación del expediente	236
Tabla 65. Comparaciones múltiples: calidad de vida y situación del expediente. Scheffé.....	237
Tabla 66. Cogniciones anticipatorias y grado de dependencia	238
Tabla 67. Cogniciones anticipatorias y AVD	239
Tabla 68. Cogniciones anticipatorias y ABVD	239
Tabla 69. Cogniciones anticipatorias y AIVD	239
Tabla 70. Cogniciones anticipatorias y recursos sociales.....	240
Tabla 71. Cogniciones anticipatorias y servicio de ayuda a domicilio del SSB.....	241
Tabla 72. Cogniciones anticipatorias y servicios privados.....	241
Tabla 73. Cogniciones anticipatorias y servicios de la LAPAD	242
Tabla 74. Cogniciones anticipatorias y tipo de recurso social recibido	242
Tabla 75. Cogniciones anticipatorias y situación del expediente.....	243

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Solicitudes registradas por comunidades autónomas, a fecha de 31 de diciembre de 2015	30
Gráfica 2. Solicitudes registradas por sexo	31
Gráfica 3. Solicitantes registrados por sexo y tramos de edad	33
Gráfica 4. Personas beneficiarias con prestación por sexo y tramos de edad	42
Gráfica 5. Beneficiarios por sexo	42
Gráfica 6. Agrupación por prestaciones	44
Gráfica 7. Solicitudes registradas en Extremadura 2008-2015	46
Gráfica 8. Porcentaje de solicitudes registradas en Extremadura 2008-2015 en relación a la población	47
Gráfica 9. Evolución de los dictámenes en Extremadura 2008-2015	50
Gráfica 10. Evolución de la severidad de dependencia en Extremadura 2012-2015	53
Gráfica 11. Personas beneficiarias en Extremadura con derecho a prestación 2008-2015	54
Gráfica 12. Personas beneficiarias por prestaciones en Extremadura 2008-2015	55
Gráfica 13. Evolución de personas beneficiarias con prestaciones en Extremadura 2008-2015	56
Gráfica 14. Personas beneficiarias de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal en Extremadura 2008-2015	57
Gráfica 15. Personas beneficiarias de teleasistencia en Extremadura 2008-2015	58
Gráfica 16. Personas beneficiarias de ayuda a domicilio en Extremadura 2008-2015	59
Gráfica 17. Personas beneficiarias de centro de día / centro de noche en Extremadura 2008-2015	59
Gráfica 18. Personas beneficiarias de atención residencial en Extremadura 2008-2015	60
Gráfica 19. Personas beneficiarias de prestación económica vinculada al servicio en Extremadura 2008-2015	61
Gráfica 20. Personas beneficiarias de prestación económica de cuidados en el entorno familiar en Extremadura 2008-2015	62

Gráfica 21. Personas beneficiarias de prestación económica vinculada al servicio de asistencia personal en Extremadura 2008-2015.....	63
Gráfica 22. Agrupación por prestaciones en Extremadura 2008-2015	63
Gráfica 23. Objetivos de la intervención de Terapia Ocupacional	79
Gráfica 24. Graduación de la situación de dependencia según la Ley 39/2006.....	189
Gráfica 25. Sexo de las personas en situación de dependencia funcional.....	199
Gráfica 26. Grupos de edad de las personas en situación de dependencia funcional ...	200
Gráfica 27. Estado civil de las personas en situación de dependencia funcional ...	201
Gráfica 28. Estudios de las personas en situación de dependencia funcional	201
Gráfica 29. Profesión de las personas en situación de dependencia funcional	202
Gráfica 30. Situación laboral de las personas en situación de dependencia funcional ..	203
Gráfica 31. Número de hijos de las personas en situación de dependencia funcional...	204
Gráfica 32. Lugar de residencia de los hijos	204
Gráfica 33. Existencia de cuidadores	205
Gráfica 34. Parentesco del cuidador.....	206
Gráfica 35. Existencia del servicio de ayuda a domicilio municipal.....	206
Gráfica 36. Existencia de ayuda de la Ley de Dependencia	207
Gráfica 37. Tipo de servicio/ prestación que recibe de la Ley de Dependencia.....	208
Gráfica 38. Existencia de atención por parte de servicios privados	208
Gráfica 39. Grado de dependencia.....	209
Gráfica 40. Número de funciones corporales afectadas.....	210
Gráfica 41. Situación del expediente	210
Gráfica 42. Función corporal más afectada.....	213
Gráfica 43. Recursos sociales	213
Gráfica 44. Cogniciones anticipatorias	214
Gráfica 45. Función corporal más afectada y grado de dependencia	224
Gráfica 46. Sexo y grado de dependencia	225
Gráfica 47. Edad y grado de dependencia.....	226
Gráfica 48. Recursos sociales y calidad de vida	233
Gráfica 49. Cogniciones anticipatorias y recursos sociales	240

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Organización del SEPAD.....	25
Figura 2. Gerencias territoriales del SEPAD	27
Figura 3. Representación gráfica de la CIF	112
Figura 4. Proceso de la graduación de la situación de dependencia según la Ley 39/2006	190
Figura 5. Clasificación de la graduación de la situación de dependencia según la Ley 39/2006	190

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1. Zona sociosanitaria de Trujillo (Cáceres)	176
Imagen 2. Mapa de zonificación sociosanitaria de Extremadura.....	176

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

- A: **a**mbos problemas.
- ACV: **a**ccidente **c**erebro-**v**ascular.
- a.D: **a**ntes de **C**risto.
- AE: **a**poyo **e**special.
- AGE: **A**dministración **G**eneral del **E**stado.
- APETO: **A**sociación **P**rofesional **E**spañola de **T**erapeutas **O**cupacionales.
- AVD: **a**ctividades de la **v**ida **d**iaría.
- ABVDB: **a**ctividades **b**ásicas de la **v**ida **d**iaría.
- AIVD: **a**ctividades **i**nstrumentales de la **v**ida **d**iaría.
- AAVD: **a**ctividades **a**vanzadas de la **v**ida **d**iaría.
- AOTA: **A**merican **O**ccupational **T**herapy **A**ssociation.
- ATP: **a**yuda a **t**ercera **p**ersona.
- BOE: **B**oletín **O**ficial del **E**stado.
- BVD: **b**aremo de **v**aloración de **d**ependencia.
- BVDE: **b**aremo de **v**aloración de **d**ependencia **e**specífico.
- CCAA: **c**omunidades **a**utónomas.
- CIF: **C**lasificación **I**nternacional del **F**uncionamiento, **D**iscapacidad y **S**alud.
- CLD: **c**uidados de **l**arga **d**uración.
- CV: **c**alidad de **v**ida.
- CPE-COMISIÓN EUROPEA. **C**omité de **P**olítica **E**conómica y Comisión Europea.
- DI/EM: **d**iscapacidad **i**ntelectual / **e**nfermedad **m**ental.
- DOE: **D**iarario **O**ficial de **E**xtremadura.
- DP: **d**ependencia.
- EB: **E**stado de **B**ienestar.
- EDAD: **e**ncuesta sobre **d**iscapacidad, **a**utonomía personal y situaciones de **d**ependencia.
- EDDM: **e**ncuesta sobre **d**iscapacidades, **d**eficiencias y **m**inusvalías.
- EDDES: **e**ncuesta sobre **d**iscapacidades, **d**eficiencias y **e**stado de **s**alud.
- EEMM: **E**stados **M**iembros.
- ENTO: **E**scuela **N**acional de **T**erapia **O**cupacional.
- EPOC: **e**nfermedad **p**ulmonar **o**bstructiva **c**rónica.

- EuroQol-5D: EQ-5D.
- EVD: equipo de valoración de dependencia.
- EVE: escala de valoración específica.
- F: problemas de funcionamiento físico.
- FP: física parcial.
- IB: índice de Barthel.
- IK: índice de Katz.
- IMERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- INE: Instituto Nacional de Estadística.
- LAPAD: Ley de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.
- LBD: Libro Blanco de Dependencia.
- LISMI: Ley de Integración Social de los Minusválidos.
- LOPS: Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de profesiones sanitarias.
- M: problemas de funcionamiento mental.
- MIF: medida de independencia funcional.
- MSE: Modelo Social Europeo.
- N1: desempeño negativo.
- NA: desempeño no apllicable.
- NSPOT: The National Society of the Promotion of Occupational Therapy.
- OARS: older americans resources and services.
- OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- ONU: Organización de Naciones Unidas.
- P1: desempeño positivo.
- PECEF: prestación económica de cuidados en el entorno familiar.
- PEVS: prestación económica vinculada al servicio.
- PEVS AP: prestación económica vinculada al servicio de asistente personal.
- PEV CD: prestación económica vinculada al servicio de centro de día.
- PEV PAP: prestación económica vinculada al servicio de promoción de la autonomía personal.
- PEV SAD: prestación económica vinculada al servicio de ayuda a domicilio.
- PEV SAR: prestación económica vinculada al servicio de atención residencial.

- PIA: **p**rograma **i**ndividual de **a**tención.
- QCA: **c**uestionario de **c**ogniciones **a**nticipatorias.
- RAE: **R**eal **A**cademia **E**spañola.
- RD: **R**eal **D**ecreto.
- SAAD: **S**istema para la **A**utonomía y **A**tención a la **D**ependencia.
- SAD: **s**ervicio de **a**yuda a **d**omicilio.
- SAR: **s**ervicio de **a**tención **r**esidencial.
- SCD: **s**ervicio de **c**entro de **d**ía.
- SCN: **s**ervicio de **c**entro de **n**oche.
- SES: **S**ervicio **E**xtremeño de **S**alud.
- SEPAD: **S**ervicio **E**xtremeño de **P**romoción de la Autonomía personal y **A**tención a las personas en situación de **D**ependencia.
- SIDEX: **S**istema de **i**nformación de atención a la **d**ependencia en **E**xtrmadura.
- SISAAD: **S**istema de **i**nformación del **S**istema para la **A**utonomía y **A**tención a la **D**ependencia.
- SM: **s**ustitución **m**áxima.
- SNS: **S**istema **N**acional de **S**alud.
- SP: **s**upervisión.
- SPV: **s**ervicio de **p**revisión de la dependencia.
- SPAP: **s**ervicio de **p**romoción de la **a**utonomía **p**ersonal.
- SSB: **s**ervicio **s**ocial de **b**ase.
- ST: **s**ervicio de **t**eleasistencia.
- TIC'S: **t**ecnologías de la **i**nformación y de la **c**omunicación.
- TO: **T**erapia **O**cupacional / **t**erapeuta **o**cupacional.
- UE: **U**nión **E**uropea.
- VIH: **v**irus de **i**nmunodeficiencia **h**umana.
- WFOT: **W**orld **F**ederation **O**ccupational **T**herapy.
- Whoqol: **W**orld **H**ealth **O**rganization **q**uality **o**f **l**ife.
- Whoqol-Bref: **W**orld **H**ealth **O**rganization **q**uality **o**f **l**ife (version resumida).

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I. Permiso del SEPAD	357
Anexo II. Autorización de acceso al fichero SIDEX	358
Anexo III. Permiso de la Comisión de Bioética y Bioseguridad (Universidad de Extremadura)	359
Anexo IV. Modelo de consentimiento informado.....	360
Anexo V. Cuestionario sociodemográfico y clínico.....	363
Anexo VI. Baremo de valoración de dependencia, establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.....	365
Anexo VII. Plantilla del baremo de valoración de dependencia (BVD)	371
Anexo VIII. Adaptación del baremo de valoración de dependencia (ABVD)	373
Anexo IX. Tabla de pesos de la escala general del BVD.....	380
Anexo X. Tabla de coeficientes del tipo de apoyo de otra u otras personas	382
Anexo XI. Tabla de pesos de la escala específica del BVD.....	383

PRIMERA PARTE

INTRODUCCIÓN

PRIMERA PARTE. INTRODUCCIÓN.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN.

Las actividades de la vida diaria (AVD) se relacionan directamente con la capacidad para lograr la independencia y autonomía personal en el medio, entendiéndose como la posibilidad de satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria¹. Sin embargo, existe un número importante de personas que requieren del apoyo de otros para realizarlas, incluso para aquellas más elementales como comer, higiene personal relacionada con la micción/defecación, vestirse, realizar el aseo corporal, entre otras, como consecuencia de la presencia de numerosas dolencias acaecidas a lo largo de cualquier período del ciclo vital y causadas por motivos de diversa índole². En este sentido, la merma de la capacidad funcional va a provocar un detrimento en la calidad de vida de las personas, lo cual repercutirá negativamente en la vida en comunidad.

De este modo, en las últimas décadas, la dependencia como riesgo social ha ido adquiriendo progresivamente la necesidad de protección³, convirtiéndose en un fenómeno social que requiere la atención por parte de las administraciones competentes. Así, los gobiernos a nivel europeo han aunado todas sus fuerzas, comprometiéndose a garantizar la calidad de vida, la participación y la integración de todas las personas en situación de dependencia⁴. Es por ello, que en nuestro país la atención a las personas en situación de dependencia, junto a las pensiones, la sanidad y la educación, se ha convertido en un pilar fundamental dentro del Estado de Bienestar, llegando a constituir el cuarto pilar, configurando nuestros servicios sociales y siendo hoy en día, uno de los problemas que mayor atención reclaman. De este modo, se ha convertido en un problema compartido con el resto de países europeos y aunque no es nuevo, sí lo es el diseño y el establecimiento de la protección que en el siglo XXI se le quiere dar a este nuevo riesgo social⁵.

En España, como sucede en el resto de los países de Europa, los servicios y prestaciones sociales son recursos cada vez más demandados por parte de la población en situación de dependencia, por lo que la provisión de servicios de

cuidados de larga duración se ha convertido en un reto para las autoridades y es un tema de importante magnitud para todos los países. Esto motivó que se pusiera en marcha el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), garantizando que todas las personas en situación de dependencia tuvieran cobertura y cabida en este nuevo plan⁶.

De esta manera, fue aprobada la Ley de promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de Dependencia⁷ (LAPAD), en diciembre del año 2006 y desarrollada en el siguiente año, formando parte del llamado modelo social europeo (MSE)⁸. Esta ley ha impulsado audazmente, los servicios sociales dirigidos a personas que necesitan ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria como consecuencia del padecimiento de lo que la ley considera “dependencia”³.

En la actualidad, según los datos extraídos del Instituto Nacional de Servicios Sociales (IMSERSO), a fecha de 31 de diciembre de 2015, en España 1.180.435 personas presentan una situación de dependencia reconocida, con derecho a recurso y/o prestación económica⁹. Estos datos indican que un elevado número de la población presenta una situación de dependencia, entendida ésta como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, derivada de la alteración en el desempeño de las áreas ocupacionales².

Para el acceso al catálogo de servicios, garantizado según la Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia⁷ (LAPAD), es necesario que la persona sea considerada en situación de dependencia mediante la aplicación de unos baremos administrados por un grupo de técnicos, los cuáles determinan el grado de dependencia y cuya intensidad varía desde el grado I (dependencia moderada), al grado III (gran dependencia), pasando por el grado II (dependencia severa)¹⁰. Este sistema de protección permite asegurar la equidad de los usuarios, siendo requisito imprescindible que las personas sean valoradas siguiendo estas directrices⁶. Es por ello, por lo que la valoración del desempeño de las actividades de la vida diaria, juega un papel fundamental a la hora de garantizar la atención a la dependencia y de crear programas de intervención específicos.

Para poder abordar con eficacia el problema que genera una situación de dependencia, se hace necesario identificar cuáles son las actividades que deben ser tenidas en cuenta en la valoración, como consecuencia de la necesidad de ayuda para poder realizarlas, así como el impacto que se deriva debido a su padecimiento².

A este respecto, las AVD constituyen la base fundamental del trabajo realizado desde la Terapia Ocupacional (TO), cualquiera que sea el ámbito de actuación donde se desarrolle y sobre la que descansan sus objetivos terapéuticos y plan de tratamiento¹¹. De este modo, la American Occupational Therapy Association (AOTA), afirma que los terapeutas ocupacionales son los profesionales cuyo objetivo es ayudar a las personas a alcanzar la independencia en el medio mediante la realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), educación, trabajo, juego, ocio productivo y participación social¹².

Este hecho justifica el papel fundamental de los terapeutas ocupacionales, tanto en los equipos de valoración de dependencia (EVD) para determinar de qué manera un déficit en una función puede interferir en el desempeño ocupacional, como en el proceso terapéutico.

5

Existen diversas herramientas de evaluación estandarizadas que valoran, tanto el desempeño ocupacional del usuario en su conjunto, como las AVD en particular. En el contexto de la LAPAD⁷, el desempeño se entiende como “la capacidad individual para llevar a cabo por sí mismo, de una forma adecuada, y sin apoyos de otra u otras personas, actividades o tareas en su entorno habitual y el desempeño en las áreas ocupacionales se valora a través del BVD”¹³. Con el uso de esta herramienta se valoran las ABVD y las AIVD, ya que se consideran un elemento clave para garantizar la independencia y la calidad de vida de las personas mayores¹⁴.

Para cumplir con el objetivo de la LAPAD⁷, dentro del catálogo de recursos del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (SEPAD), se encuentra una extensa red profesional e informal de apoyo, que van desde recursos públicos hasta prestaciones

económicas y que tienen como objetivo la atención al usuario en situación de dependencia. La presencia y la adecuación de los mismos, van a jugar un papel fundamental en la calidad de vida y en la capacidad funcional de cada una de las personas en situación de dependencia funcional atendidas. Este argumento justifica la necesidad de realizar un análisis de la red social de apoyo, pues es una pieza clave para garantizar dichos propósitos.

Así, es objetivo del Consejo de Europa, que todos los países miembros de la Unión Europea se comprometan a mejorarlo⁴, aumentando el interés por el estudio de la calidad de vida de estas personas a finales del siglo XX¹⁵ y siendo la razón por la cual España pretende consolidar el Estado de Bienestar y con ella la mejoría de la calidad de vida a través del desarrollo de la LAPAD^{2,7}.

Al hilo de este asunto, respecto a la calidad de vida, Gómez et al¹⁶ apuntan que “numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social”. Es importante analizar la calidad de vida de estas personas, ya que permite detectar el bienestar/malestar subjetivo que presenta la población y con ello, la toma de decisiones para mejorar dichos parámetros. La calidad de vida (CV) de la persona en situación de dependencia, se relaciona con la percepción de la salud y de las limitaciones, tanto para el desempeño de las ABVD como para las AIVD. De tal manera, que a medida que se produce un aumento de la percepción negativa de ambas, incrementa el nivel de dependencia respecto al desempeño funcional en la vida diaria¹⁷, pudiendo tener una relación robusta en el proceso de salud-enfermedad¹⁸.

Otro aspecto a tener en cuenta, es la forma en que maneja el significado de la enfermedad, bien en sentido positivo o negativo, así como la percepción de futuro, que afectará a las expectativas ante la enfermedad y por ende, en su calidad de vida¹⁹. Esto es lo que se conoce en psicología como cogniciones anticipatorias, siendo una

característica humana que permite predecir la conducta futura, de acuerdo al objetivo deseado por la persona afectada²⁰.

No es sólo por la capacidad de adaptación al medio por lo que la anticipación juega un papel fundamental a nivel mental, sino que los estados psicológicos positivos tienen una repercusión directa en la salud, pudiendo influir en la predisposición de padecer enfermedades así como en la recuperación, como sucede a la inversa, con los pensamientos negativos¹⁸. Así, las cogniciones anticipatorias son duales, en el sentido en el que pueden actuar como protectoras de la depresión o por el contrario, ser un mecanismo favorecedor de la misma^{21,22}. Por este motivo cobran un papel primordial en las enfermedades crónicas y debido a su función predictora, la valoración de los pensamientos anticipatorios puede ser útil como así indican Ginés et al²³, como un “factor discriminante intrínseco potencial” del padecimiento de una depresión, sin ser considerada una herramienta de detección psicopatológica de dicho síndrome.

De este modo, los antecedentes del presente estudio se localizan en torno al estudio de cinco ámbitos: Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia⁷; desempeño funcional; recursos sociales; calidad de vida y cogniciones anticipatorias de las personas en situación de dependencia. Éste surge del interés por realizar un análisis global de estas cinco variables.

Tras la minuciosa revisión de la literatura actual y, a pesar de los estudios hallados donde se contextualiza de manera aislada cada uno de los ámbitos, no hay estudios previos en nuestro medio que analicen de forma conjunta estas variables. Es en el campo de la calidad de vida donde más desarrolladas se encuentran las investigaciones, incorporándose poco a poco el estudio de las cogniciones anticipatorias, considerando por tanto, que nuestra investigación podría aportar resultados de interés en ésta área.

Este estudio parte de la idea de que conocer el impacto que tanto las alteraciones en las actividades de la vida diaria, como la adecuación o no de los

recursos sociales y la influencia que las cogniciones anticipatorias pudieran tener sobre la calidad de vida, podría permitir a las administraciones competentes fomentar planes de intervención específicos e impulsar acciones que garanticen la cobertura de las necesidades en las personas en situación de dependencia.

Para lo anteriormente expuesto, el presente trabajo está organizado en diferentes capítulos:

En el capítulo uno, se presenta brevemente una introducción en la que se aborda el planteamiento de la investigación, el problema y la justificación de la relevancia de la misma.

De los capítulos dos al siete, se trata de manera más exhaustiva la contextualización del estudio, quedando configurado el marco teórico en seis grandes bloques, donde se describe la Ley 39/2006 de promoción de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia⁷ (LAPAD) como cuarto pilar del Estado de Bienestar; se desarrollan aspectos de la Terapia Ocupacional como profesión; se analiza la dependencia funcional como fenómeno de interés; se hace una reseña sobre los recursos sociales y específicamente, se describen los contenidos en la LAPAD; se desglosa la calidad de vida como objetivo a alcanzar en todas las personas y se fundamenta la importancia de las cogniciones anticipatorias como proceso mental de impacto entre la población en situación de dependencia atendida.

8

Posteriormente, en el capítulo ocho, se dan a conocer los objetivos e hipótesis del estudio, para en el capítulo nueve, abordar los aspectos metodológicos.

En el capítulo diez, se ofrecen los resultados y en el capítulo once, su discusión, analizando características y puntos en común o no, con otras investigaciones.

En el capítulo doce, se presentan las limitaciones del estudio, así como futuras líneas de investigación. Por último, en el capítulo trece se exponen las conclusiones de la tesis doctoral, para finalizar presentando la compilación de las referencias bibliográficas al uso y presentar los anexos de interés relativos a la presente investigación.

SEGUNDA PARTE

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

SEGUNDA PARTE. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

CAPÍTULO 2. LEY 39/2006, DE 14 DE DICIEMBRE, SOBRE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

2.1. MODELOS DE PROTECCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN EL ÁMBITO DE LA UNIÓN EUROPEA.

2.1.1. Introducción.

Como señala Montserrat¹⁰, es una finalidad de la protección social, prevenir y reducir la pobreza y la exclusión social asociadas a situaciones de vulnerabilidad de determinados colectivos, atendiendo a todas las situaciones de dependencia. Según la autora, ello posibilitará además, redistribuir los costes asociados a dicha protección, evitando así que determinadas personas queden excluidas de su acceso por su renta. Afirma, que este tipo de medidas ha permitido a nivel de la Unión Europea (UE), mejorar el estado de salud y que un gran porcentaje de la población reciba los servicios de la ley, actuando como una política inclusiva.

11

Asimismo, la población que necesita tener acceso a los cuidados de larga duración (CLD) en los Estados miembros (EEMM) de la UE, está creciendo rápidamente como consecuencia de los cambios demográficos por un acelerado envejecimiento poblacional, así como debido a un crecimiento continuado de las tasas de esperanza de vida, y también por una serie de transformaciones sociales. Esto conlleva una demanda cada vez mayor de petición de cuidados por parte de los servicios sociales y sanitarios, haciendo más complejas las tareas de gestión y coordinación en la medida que han de ser planificadas y realizadas por distintos profesionales (colaborando con el papel fundamental que tiene la familia). Por tanto, es un tema de creciente importancia para todos los países que conforman la UE, en cuanto a la capacidad de estos para afrontar la situación y de satisfacer las necesidades, incrementando las medidas legales y financieras que proporcionen la atención requerida ante la magnitud de dicho fenómeno^{3,6,24,25}.

Por todo ello, las situaciones de dependencia caracterizadas porque cursan con dilatados períodos de tiempo, se han convertido en una realidad común para la mayoría de los EEMM, especialmente a nivel de la Unión Europea, provocando que los gobiernos intensifiquen sus esfuerzos para proteger a las personas en situación de dependencia^{5,6,25,26}. Ese es el motivo por lo que a pesar de no resultar novedosas las razones que provocan las situaciones de dependencia, sí lo son el diseño y el establecimiento de mecanismos específicos destinados a la protección de este cuarto riesgo social^{3,5}.

Aunque no existe una definición aceptada internacionalmente, cada vez se utiliza más el término de CLD para definir el conjunto de intervenciones privadas y públicas, formales e informales, en servicios y prestaciones monetarias, sociales y sanitarias, que necesitan las personas que como consecuencia de sus déficits funcionales dependen de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria con autonomía. Aunque están dirigidos a todos los grupos de población, más de dos tercios son personas mayores de 65 años, con el objetivo de prevenir, rehabilitar y cuidar a la población más vulnerable^{9,27}.

12

Los programas de CLD son un punto clave en los sistemas de bienestar europeos y su desarrollo requiere tanto la reasignación de nuevas funciones en el seno de la familia, como establecer unos mecanismos orientados a la protección de las personas en situación de dependencia²⁸. En consecuencia, algunos países han establecido nuevos esquemas de CLD mientras que otros están en el proceso de reorganizar los sistemas ya existentes o simplemente darle nuevos enfoques³.

Por lo tanto, cuatro son los objetivos de las políticas europeas destinadas a cubrir los cuidados de larga duración (CLD): *universalización, suficiencia, calidad y sostenibilidad*, variando entre los distintos países en función de la importancia dada a la familia, volumen de personas dependientes y los servicios sociales existentes²⁹.

El aumento de la demanda de CLD supone un reto inevitable para las fuerzas políticas en tanto en cuanto el catálogo de servicios ofrecido hasta ahora ha resultado insuficiente y lo será aún más en un futuro si no se incrementa²⁶. Como respuesta a la necesidad acuciante de las personas en situación de dependencia, la protección social existente en los países de la UE ha experimentado un enorme desarrollo, tanto en el volumen de usuarios incluidos, como también en el catálogo de servicios que van a configurar la acción protectora que le son conferidos³⁰.

Esto ha permitido que los sistemas de protección social implantados y desarrollados hasta la fecha por los países del Estados del Bienestar alcancen un nivel de bienestar y de cohesión social inconcebibles años atrás¹⁰. Tanto es así que otros autores señalan, que éstos van a constituir un elemento sustancial del modelo social europeo (MSE) y que van a ser determinantes en aras de promover la ciudadanía social, limitar la desigualdad social y económica³¹.

Sin embargo, no todos los EEMM adheridos tienen desarrollados sistemas de protección social universales y equitativos para todas las personas en situación de dependencia. Como comentan varios autores, incluso en muchos casos no cuentan siquiera con una tradición asentada de CLD o la protección lo es de manera muy fragmentada, existiendo grandes diferencias históricas referentes a la organización, concepción y financiación de los diversos sistemas de CLD. Así, esto genera una situación no homogénea en el entorno europeo en cuanto a protección social^{3,10,32,33}.

Hasta muy recientemente y de manera tradicional, la función social de los cuidados a personas en situación de dependencia ha recaído en la familia, siendo las principales proveedoras del cuidado y apoyo básico las mujeres, que organizaban los cuidados en el seno de la misma. Sin embargo, los cambios sociodemográficos hacen que la provisión de los CLD bajo este enfoque, se estén convirtiendo en un reto inevitable para las autoridades y aunque las políticas de CLD en el modelo social europeo siguen teniendo en los cuidados familiares el núcleo central de referencia y en ningún modelo se sustituye la esfera familiar, se intenta reestructurar las tradiciones de protección social con el surgimiento de

nuevas prestaciones sociales, principalmente en el ámbito comunitario^{2,6,8,34}. Parece por tanto, que estas medidas permitirán dotar a los sistemas con la suficiente calidad y apoyos tanto para promocionar la autonomía como para la atención recibida.

Para Pavolini et al²⁸, la dependencia hasta la fecha, ha sido un riesgo social no cubierto adecuadamente por los sistemas de bienestar. Además, como se recoge en el Libro Blanco² (LBD), esto ha conducido, en varios países europeos, a importantes cambios legislativos e institucionales.

No obstante, este modelo ha evolucionado profundamente en las últimas décadas, empezando en los años 80 por los países nórdicos (siendo los pioneros), continuando por los países centroeuropeos a lo largo de la década de los 90 y primeros años del presente siglo, para seguir por Europa del Sur ya en el presente siglo^{27,34}. Pero esta actividad no se ha producido de la misma manera en todos los Estados, lo que conlleva que se hayan arbitrado diferentes sistemas de protección⁵.

Si se analizan los distintos modelos de protección a la dependencia a nivel europeo, se observa una cobertura del riesgo distinta y con diferencias importantes de unos países a otros. No obstante, y pese a estas diferencias, hay una tendencia común entre la mayoría de los países que conforman la UE de adoptar un sistema universal, a través del cual se proteja a toda la población que lo necesite a través de modelos públicos, llevando la gestión la administración central, las autoridades locales o la Seguridad Social y, siendo los municipios el nivel elegido mayoritariamente^{2,6,26}. Esta variedad de actuaciones lleva consigo una variedad de respuestas de las legislaciones nacionales sobre la protección a la dependencia, siendo fiel reflejo de la diversidad de los sistemas nacionales existentes para garantizar la protección social⁵.

2.1.2. Tipología de los sistemas de cuidados en el seno de la Unión Europea.

En lo que concierne a la cuestión de los modelos de protección de las situaciones de dependencia, en el presente apartado se describen a grandes rasgos los diferentes sistemas de atención en la Unión Europea según diferentes autores, para posteriormente, hacer una breve reseña de cada modelo donde queda encuadrado el territorio español, en base a una de las clasificaciones seleccionadas.

Para López et al²⁴, en la Unión Europea existe gran diversidad de políticas de protección social, por lo que encuadrar a los países dentro de un determinado modelo resulta una tarea difícil. Del mismo modo, como apunta Quintero⁵, tratar de modelizar las diferentes realidades nacionales de los Estados Miembros de la Unión Europea resulta, una tarea simple o sumamente compleja, en función de si se opta por una visión simplificadora o por el contrario, optamos por una sistematización que analice en profundidad los sistemas de atención a las personas en situación de dependencia de cada uno de los EEMM de la UE.

15

Con respecto a los dos principales puntos de partida del desarrollo del Estado de Bienestar en Europa, nos referiremos a las denominadas tradicionalmente Bismark y Beveridge. En los países Bismark, la protección social frente a los principales riesgos se organiza en base a un seguro social, siendo Alemania el país precursor de esta tradición. Por el contrario, los países bajo la orientación del modelo Beveridge se basan en una cobertura universal frente a los principales riesgos sociales, a la cual tengan acceso todos los ciudadanos sin distinción alguna, siendo sus principales representantes los países nórdicos³.

Sin embargo, la clasificación propuesta por el sociólogo danés Esping-Andersen³⁵ para los regímenes de bienestar, ha sido la más influyente en los últimos tiempos y tanto es así que podemos encontrarla como referencia en múltiples escritos. Según este autor, las características históricas de los Estados han jugado un papel determinante en la aparición de los diferentes Estados de Bienestar, agrupándolos en base a tres grandes modelos: el conservador, el liberal

y el socialdemócrata. En base a esta tipología, el modelo liberal fue el tipo de sistema históricamente más pronunciado en los países anglosajones y se basa en el bienestar privado (principalmente, Reino Unido e Irlanda). El modelo conservador tiene sus raíces en la tradición del seguro y de las cotizaciones (mediante las contribuciones a la Seguridad Social) bajo los valores de la familia y la solidaridad, siendo el país pionero en su desarrollo Alemania y después seguido en todo el continente europeo (motivo por el cual también es denominado modelo continental). Por último, el modelo socialdemócrata, es orientado por el principio de universalidad e igualdad y está localizado en los países del norte de Europa.

De este modo, otros autores distinguen tres modelos básicos de protección^{2,6,36,37}:

-«*Modelo Bismarckiano*» o de seguro público obligatorio (Alemania, Luxemburgo o Francia). Las bases de este modelo surgen porque la dependencia se considera como un riesgo de aseguramiento obligatorio, por lo que se introduce un seguro específico de cuidados a las personas que se encuentran en situación de dependencia, normalmente como un pilar más de la Seguridad Social, donde suelen tener cabida todos los grupos de edad, a pesar de que en algunos casos se limita a los que superan una determinada edad.

-«*Modelo Beveridge*» o de cobertura pública universal (Europa del Norte, Dinamarca y Holanda). La dependencia se contempla como un riesgo colectivo que debe protegerse, delimitándola como un derecho universal, quedando cubierta públicamente, con cargo a los presupuestos públicos y con prestaciones mediante los servicios de proximidad. Los copagos cuando existen, son mínimos y no existen sistemas para comprobar los recursos individuales.

-«*Modelo Mediterráneo*» o de cobertura asistencial (Reino Unido, Europa mediterránea y EEUU). La cobertura asistencial en base a los fondos públicos queda reservada fundamentalmente para las personas más empobrecidas, quedando cubiertos exclusivamente aquellos que se sitúan por debajo de una

determinada capacidad económica, quedando España configurada con un modelo mixto.

A la idea de que los países de la UE están evolucionando en la provisión de los CLD, se unen otros autores que clasifican los Estados de Bienestar en modelos de protección, distinguiéndolos en cuatro grandes grupos muy en colación a la anterior clasificación y que van, desde un modelo asistencial, pasando por modelos mixtos, a un modelo universal. Así, podemos distinguir en primer lugar, el modelo nórdico, que establece una protección universal, con financiación a través de impuestos. En segundo lugar, el modelo continental, también llamado modelo bismarkiano, que se basa en un modelo de Seguridad Social y llevado a cabo en países como Alemania, Francia, Luxemburgo o Austria. Le sigue el modelo liberal-asistencial o anglosajón, similar al modelo de tipo nórdico, pero sin llegar a tener una cobertura universal, implantado en Irlanda y Reino Unido. Por último, en cuarto lugar, el modelo familiar-asistencial o mediterráneo, propio de los países de Europa del Sur, cuyos cuidados se realizan en el seno de la familia^{8,27,38-42}.

Para Pacolet⁴³, la UE está caracterizada por un pluralismo en los regímenes de bienestar, donde se pueden encontrar una amplia diversidad de modelos distintos, pero a su vez con notas en común, donde el nivel más elevado de gasto público se encuentra en los países nórdicos (los cuales garantizan la universalidad del riesgo) y el nivel más bajo en los países Bálticos.

2.1.3. Convergencia de los modelos europeos de protección social.

A pesar de la clasificación diferenciada de los regímenes de bienestar en varios modelos, para la Fuente⁴⁴, todos convergen, no siendo ninguno de ellos hermético en cuanto a la manera de atender el riesgo. De acuerdo con este autor, Monereo⁴⁵ coincide que tampoco son estáticos (adaptándose continuamente al problema social) ni puros, siendo esta una de las características que domina la conformación de los MSE. De este modo, en los modelos continentales, la tradicional financiación a través de cotizaciones sociales y Seguridad Social, da paso a una cobertura universal, con una financiación más rica. Por otra parte, el

modelo nórdico, cuya política se basa en la universalización del riesgo, se impregna de cierta privatización característica de los países anglosajones. Del mismo modo, los países pertenecientes al modelo mediterráneo, reemplazarán parcialmente el asistencialismo en el núcleo familiar por una cobertura universal propia de los países nórdicos, pero que por ciertos matices en cuanto a la financiación y el copago, les acerca más al modelo anglosajón.

Así, las políticas sociales europeas han ido definiendo un modelo de intervención que va a contribuir a reforzar la función tradicional de cuidados recibidos en el domicilio pero adaptándose a los cambios sociales y que va a ser una combinación de varios factores cuyos rasgos generales son^{27,29,34,46}:

- a) Cobertura universal, pero limitada, para garantizar la financiación del sistema, condicionadas por la naturaleza de cada modelo.
- b) Valoración de la situación de dependencia en grados y niveles.
- c) Diversidad en el modo de concebir la responsabilidad familiar en cuanto a la provisión de cuidados.
- d) Gestión descentralizada, apoyada en el sector privado, con un papel importante de las regiones y municipios.
- e) Financiación mixta, basada en impuestos generales, cotizaciones, copago, etc.
- f) Autodeterminación para la elección de las prestaciones sociales idóneas para la atención de la situación de dependencia, que van desde prestaciones en servicios a prestaciones económicas, entendidas como un derecho social subjetivo.

2.1.4. Modelo mediterráneo y la transición de España hacia la construcción de un modelo propio.

Para una mejor comprensión de las características de nuestro actual sistema de atención a la dependencia realizaremos un análisis más pormenorizado del modelo mediterráneo.

Este modelo histórico del Estado de Bienestar es característico de los países del Sur de Europa (Italia, Portugal, Grecia y España). Tiene un enfoque asistencial, con una cobertura y participación del sector público limitada, en el que históricamente la familia (las mujeres en particular), tiene un papel central en la provisión informal de CLD. Para este modelo la atención en el domicilio es el ámbito predominante y preferido en la mayoría de los hogares, con una menor proporción de cuidados formales, algo que queda reflejado en porcentajes muy bajos del gasto público, siendo España el quinto país con menos gasto social en la UE, motivo por el cual se ha visto obligada a realizar cambios para adaptarse a los modelos de protección social previstos por otros países^{2,5,8,10,32,34,47,48}.

Como consecuencia de los cambios sociodemográficos y las reformas sufridas en los países de Europa del Sur, se ha acelerado la evolución del modelo, implantando sistemas de protección de mayor cobertura y afrontando la transición desde una perspectiva más asistencial, basada en la solidaridad de la familia, hacia la universalización del riesgo^{29,31}.

De esta manera, la promulgación de la Ley de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia⁷ aprobada a finales de 2006, cuyo objetivo es incrementar la proporción de cuidados formales hasta llegar a niveles similares de los países centroeuropeos, ha permitido la transición del modelo español, típicamente mediterráneo, a un modelo propio con tintes del modelo continental (en cuanto a la regulación estatal, descentralización en las comunidades autónomas (CCAA), planificación y gestión, valoración y acceso al sistema). Del mismo modo, comparte sus rasgos fundamentales con el modelo nórdico en cuanto a la cobertura universal y orientación a un sistema público, participación en la financiación del sistema por parte del Estado y los usuarios, confirmándose la evolución del modelo^{5,8,10,34,41}. Estas reformas permitirían, como señala Rodríguez⁴¹, desarrollar el régimen de bienestar español basado en un conjunto de principios como un sistema público, de acceso universal, con una atención integral, integrada e individualizada, accesible para todos y teniendo en cuenta la libre elección del ciudadano. Por tanto, la LAPAD⁷ tendría un alcance

universalista (todos los ciudadanos son elegibles), pero selectivo (no todos son elegidos)⁴⁹.

La cobertura del riesgo y la financiación del sistema es una opción intermedia que se lleva a cabo gracias a la participación mediante aportaciones del Estado (a cargo de los presupuestos generales del Estado y a través de impuestos), las CCAA y los beneficiarios^{5,10,50}.

2.2. HISTORIA, DESARROLLO Y SITUACIÓN ACTUAL DE LEY 39/2006 EN ESPAÑA.

2.2.1. Antecedentes históricos de la protección social en España.

La actual Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia⁷ (LAPAD), no podría haberse construido sin la referencia a las diferentes reformas sociales y cambios acaecidos desde hace algo más de tres décadas. Todos ellos han configurado un mapa en expansión que finalmente ha precipitado en la aprobación en el año 2006 de la LAPAD⁷, constituyendo una importante fuerza de cambio en la política social de atención a la situación de dependencia⁵¹.

De este modo, es a partir de finales de los años 70 del pasado siglo cuando comienzan a producirse importantes cambios económicos, sociales e ideológicos que marcarán la necesidad de poner en marcha los mecanismos de las políticas sociales que den respuesta mediante los CLD⁸.

De igual forma, los antecedentes de la LAPAD⁷ se continúan sucediendo en la década de los 80, cuando se van desarrollando diversas medidas legislativas que permiten dar respuesta a las situaciones de dependencia de la población⁵².

A pesar de que en España es más reciente, fue a principios de los años 90 cuando a nivel europeo las políticas de atención a las personas en situación de dependencia comenzaron a formar parte de las medidas orientadas a la socialización del riesgo para llevar a cabo una profunda transformación en la

manera de atender la dependencia, articulándose paulatinamente distintos tipos de medidas y prestaciones^{8,51,53}.

Por tanto, antes de la aprobación de la ley que nos ocupa, ya existía en España una normativa relativa a la protección de las personas en situación de dependencia (aunque no de una manera unificada), por lo que la misma se desarrolla sobre unos fundamentos de protección existentes^{24,54,55}.

Todas las CCAA habían desarrollado programas de CLD, aún a pesar de las limitaciones existentes, así como su escasa adecuación debido al asistencialismo, por lo que el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) no surge de la nada, sino apoyado en la existencia de numerosos servicios y prestaciones económicas ofrecidos desde los diferentes sistemas de bienestar social y que serán los precursores de la conformación del nuevo sistema^{34,51,54,56-58}. De este modo, puede decirse que la atención normativa se había visto incrementada notablemente, aunque no de manera sistemática ni igualitaria, de ahí la importancia de una ley que abordase la protección social desde una visión integral y básica⁵⁹.

21

Por tanto, la LAPAD⁷ no innova en cuanto a la tipología de los servicios que se ofrecen, ya que estos continúan siendo los mismos que los de la etapa previa, la novedad se da en el abanico de las prestaciones económicas apenas existentes anteriormente¹⁰. Todas ellas junto al Pacto de Toledo del año 1994, donde el Congreso reconocía la necesidad de aumentar los recursos para hacer frente al reto asistencial, supusieron hitos de envergadura en la mejora de la protección social en España, que si bien animan a todas las fuerzas políticas a trabajar juntas a favor de los CLD, pusieron de manifiesto sus limitaciones y la necesidad de aprobar la LAPAD^{2,37,51,60,61}.

Pero sin duda, la historia de la LAPAD⁷ pasa por momentos de gran relevancia^{10,46,50,52,59,62-64}:

-El primero de ellos tiene lugar en el año 2004, cuando la ponencia respecto al seguimiento y renovación del Pacto de Toledo de 1994 del Congreso de los Diputados incorpora en las conclusiones a la dependencia como un asunto de prioridad, donde encontramos las primeras referencias legislativas.

-El segundo hecho se produce a finales de ese mismo año con la publicación del Libro Blanco² de atención a la dependencia (LBD), cuya coordinación realizó el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Su contenido recoge cuantiosa información de la situación presente y futura del Estado en torno a la situación y recursos existentes para la protección de la población dependiente. Este servirá de base para un debate conducente a la presentación de un proyecto de ley.

-El tercer acontecimiento tiene lugar en diciembre de 2005, cuando se aprueba el “Acuerdo sobre la acción protectora de la atención a las situaciones de dependencia”. A finales del año 2005, siendo el Libro Blanco² el punto de partida, el Gobierno elabora y más tarde publica el Anteproyecto de Ley de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas Dependientes.

22

-El anterior suceso da lugar al cuarto evento, que tiene lugar el día 21 de abril del año 2006 cuando el Consejo de Ministros, tras su elaboración, aprueba el proyecto de la LAPAD y después de pasar los trámites parlamentarios oportunos, fue aprobada por las Cortes a finales de noviembre del mismo año.

-Es el quinto y último, la publicación de la misma en el Boletín Oficial del Estado (BOE) el 15 de diciembre de 2006 y entrada en vigor el 1 de enero de 2007.

Finalmente, la LAPAD⁷, que se ha configurado de acuerdo con el artículo 149.1 de la Constitución Española, fue aprobada con el respaldo casi unánime del Congreso y el Senado^{54,65}, aunque como manifiestan Andreu et al⁶⁶, en la actualidad continúa siendo motivo de controversia por las dificultades que conlleva su aplicación. A partir de su aprobación, la LAPAD⁷ pasó a formar parte del desarrollo del llamado modelo social europeo (MSE) en materia de protección social de dependencia⁶⁷.

2.2.2. La puesta en marcha de la Ley 39/2006 para la configuración del Sistema para la Autonomía y Atención de la Dependencia.

En base a todo lo expuesto anteriormente, podemos afirmar que la LAPAD⁷ constituye uno de los instrumentos fundamentales para mejorar la promoción personal y la atención a la dependencia, siendo el gran asunto de la política social actual el mejorar la calidad, la equidad y la viabilidad del SAAD. Con su promulgación, el Estado se marca como objetivo ampliar la protección social a las personas en situación de dependencia mediante acciones de prevención, ayuda y atención personal gracias a un acceso universal y amplia cobertura. Todo ello permitirá elevar los niveles de protección, suponiendo un avance hacia un nuevo paradigma de cuidados y mejorando la situación estatal respecto a los sistemas de protección de países más desarrollados de la Unión Europea^{10,30,54,55,68-70}.

Los principios en que se basa la Ley española de atención a la dependencia⁷ vienen recogidos en el art. 3 y básicamente son: se trata de un *sistema público*, de *acceso universal*, de *atención integral e integrada*, *transversal*, de *atención personalizada*, *accesible para todos en condiciones de igualdad y no discriminación*, mediante *equidad en la distribución territorial de los recursos*, *favoreciendo la promoción del mayor grado de autonomía y la permanencia, siempre que sea posible, en su entorno habitual en todo el territorio y basado en la participación de las personas afectadas, sus familias y las entidades que les representen, impulsando la coordinación y colaboración interadministrativa*.

23

La LAPAD⁷, apoyada en sus principios, va a perfilar el marco legal para la creación y desarrollo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), siendo la columna vertebral de la ley y fundamental para garantizar el éxito de esta nueva política de CLD, empezando a desarrollarse en el año 2007 y cuya intención fue el pleno funcionamiento en el año 2015. Se configura de manera coordinada por todas las administraciones públicas para desplegar los instrumentos necesarios que permitan la protección de las situaciones de dependencia, siendo esta coordinación la gran novedad de la ley y cuyo fin último es promover la autonomía personal y mejorar la calidad de vida de las personas, alcanzando así el cuarto pilar del Estado de Bienestar (EB) junto al sistema

nacional de salud, el sistema educativo y las pensiones, que ya fueron desarrollados durante finales de la década de los 80 y principios de los 90^{7,42,46,54,55,71-80}.

2.3. LA CREACIÓN DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA COMO DESCENTRALIZACIÓN DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN DE LA DEPENDENCIA.

En la comunidad autónoma de Extremadura, la efectividad de este nuevo derecho va a requerir por parte de los poderes públicos tantas medidas sean necesarias para garantizarlo, entre las que nos encontramos las de adecuar las estructuras organizativas existentes para obtener una respuesta ágil y eficaz ante las necesidades, con criterios de descentralización de la atención.

Este nuevo modelo de protección social conjuga atención social y sanitaria, teniendo como principios básicos garantizar la universalidad en el acceso a los recursos y dispositivos existentes, ofreciendo un sistema integral de cuidados.

24

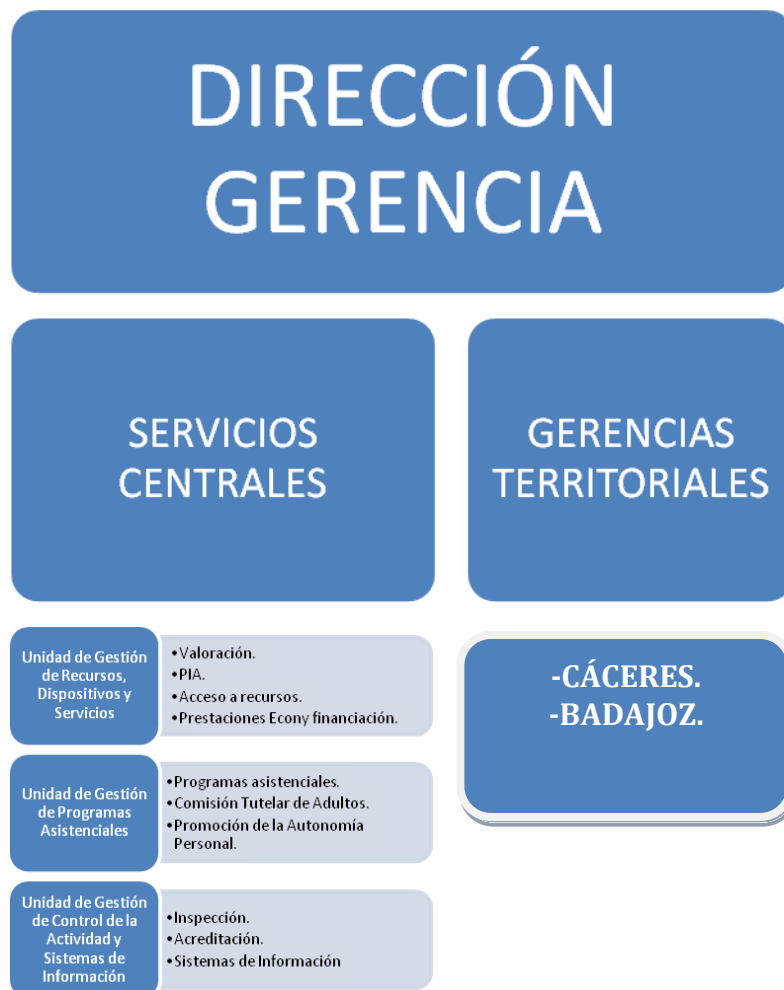
Desde el año 2007, se han ido sucediendo una serie de medidas legislativas que, por una parte, han permitido concentrar en la consejería competente en materia de dependencia tantas funciones fueran necesarias, como modificaciones hayan sido previstas en la denominación y estructura orgánica de la misma, conforme a los cambios introducidos en las diversas etapas por las que ha pasado el gobierno de la CCAA. Por otra parte, se ha legislado la creación del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD) con sus correspondientes estatutos y facultades que estaban determinadas en la ley⁸¹⁻⁸⁹.

Para posibilitar la gestión descentralizada del SAAD a nivel autonómico, es necesario garantizar una comunicación fluida entre las administraciones competentes en materia de acción social, por lo que se publica un convenio de colaboración con la CCAA, cuyo objetivo es que el IMSERSO ponga a disposición de la comunidad autónoma de Extremadura el procedimiento que permita la

interoperabilidad de sus sistemas de información con el sistema de información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD) como instrumento imprescindible para el mantenimiento y gestión de la información relativa a los beneficiarios del SAAD en el ámbito territorial de la comunidad⁹⁰.

Con la creación del SEPAD, la Junta de Extremadura culminó la integración de los organismos responsables de gestionar la atención sanitaria y la atención a la dependencia, ofreciendo un sistema integral de cuidados continuados⁹¹. El SEPAD, que pretende garantizar unos servicios mínimos y básicos para todos los ciudadanos, es gestionado por la consejería competente en la materia y nace no sólo para mejorar la gestión, sino también como garantía de una correcta prestación del catálogo de servicios⁹². Queda organizado según el organigrama de la siguiente figura:

Figura 1. Organización del SEPAD.



Fuente: elaboración propia a partir de la información del portal ciudadano⁹³.

Como queda reflejado en la figura 1, la columna vertebral del SEPAD es la dirección gerencia, siendo el órgano superior y de la que dependen a su vez, los servicios centrales y las gerencias territoriales.

Los servicios centrales son los que establecen las directrices técnicas para organizar, diseñar e implantar todas aquellas actuaciones dirigidas a la atención a las personas en situación de dependencia en la CCAA de Extremadura y está dividida a su vez en unidades de gestión⁹⁴.

La secretaría general es compartida con el Servicio Extremeño de Salud (SES) y se encarga de aquellas funciones relativas a la administración de personal, el régimen retributivo, la contratación administrativa, la gestión económica, entre otras y de la cual también dependen diversas subdirecciones⁹³.

Por último, se cuenta con las gerencias territoriales, con un gerente territorial, que es el organismo del que dependen los equipos de valoración. Las gerencias territoriales constituyen un marco fundamental para la estructura básica territorial de la planificación, desarrollo de programas y financiación, descentralizando a su vez todas aquellas medidas que adopte los servicios centrales, permitiendo un acercamiento a las necesidades del ciudadano. Del mismo modo, también deben promover la coordinación asistencial necesaria para todo ello⁹⁴.

La estructura básica territorial empleada para la implantación de la LAPAD⁷, se centra en la vertebración de Extremadura en veinte zonas sociosanitarias. Quedan configuradas en dos gerencias territoriales, de las cuales, doce zonas pertenecen a la provincia de Badajoz y las ocho restantes a la provincia de Cáceres (coincidiendo parcialmente con la demarcación territorial prevista para las áreas de salud del SES), quedando establecidas como queda ilustrado en la figura 2. Con esta delimitación zonificada, se pretende que la LAPAD⁷ se aplique en todos los espacios de Extremadura, ya se trate de zonas urbanas o rurales e independientemente de la distancia al punto de referencia de cada zona⁹².

Figura 2. Gerencias territoriales del SEPAD.



Fuente: elaboración propia a partir de la información del SEPAD⁹⁵.

27

2.4. BASES DEMOGRÁFICAS: ESTIMACIÓN PRESENTE Y FUTURA, CARACTERÍSTICAS Y PERFILES DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

Conocer el alcance que tiene la dependencia y el número de personas que requieren algún tipo de ayuda para mantener cierta autonomía, suscita hoy en día un gran interés por su impacto en los programas sociales de atención⁹⁶.

Sin embargo, el principal problema con que puede encontrarse un investigador a la hora de realizar estimaciones sobre la dependencia en España, es la ausencia de datos precisos sobre el asunto. Consecuencia de ello y para garantizar una aproximación a la información que se necesita conocer, a lo largo de los años se ponen en marcha dispositivos como son la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías (EDDM), de 1986 y la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud (EDDES 99), de 1999, ambas

antecedentes de la encuesta sobre discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD), de 2008, siendo esta última la gran operación estadística sobre discapacidad realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Cada una de ellas, en su momento, constituye la fuente de información más idónea sobre la que fundamentar el estudio de la población dependiente en España⁹⁷.

Además, están disponibles otras fuentes de información que permiten realizar estimaciones de la población dependiente. Una de ellas, bastante utilizada por los investigadores, es la serie de estudios de la encuesta nacional de salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Del mismo modo, el Centro Nacional de Epidemiología también emprendió investigaciones dirigidas a las personas con demencia, siendo uno de los principales determinantes de dependencia entre las personas mayores². También se ha utilizado el panel de hogares de la Unión Europea-PHOGUE para España (1994-2001), cuyo objetivo fue analizar las características sociodemográficas de la discapacidad entendida en sentido amplio⁹⁸.

28

Asimismo, en línea con las anteriores, la UE, ante el volumen incesante de personas que se encuentran en una situación de dependencia y para garantizar homogeneidad en la interpretación de los datos, realizó un estudio de la tasa de dependencia de las personas mayores a través del proyecto SHARE (estudio sobre salud, envejecimiento y jubilación en Europa)¹⁰.

No obstante, con la implantación de la Ley 39/2006⁷, en el año 2006, el SAAD empezó a generar unos registros administrativos de un valor extraordinario⁹⁷, considerando, por tanto, que actualmente es la fuente de información más precisa sobre la que fundamentar una estimación de la población dependiente en España. En las páginas siguientes se profundiza en el estudio de esa fuente que nos permite disponer de una amplia base de datos para caracterizar la dependencia, basándose nuestra exposición en las estadísticas publicadas por el IMSERSO a fecha de 31 de diciembre de 2015⁹⁹.

En primer lugar se aportará una apreciación de la población española con dependencia, para a continuación, ofrecer una estimación a nivel regional a lo largo de su evolución durante los años 2008-2015 y, por último, facilitar una proyección futura de la población en situación de dependencia.

2.4.1. Los perfiles demográficos de la dependencia en España.

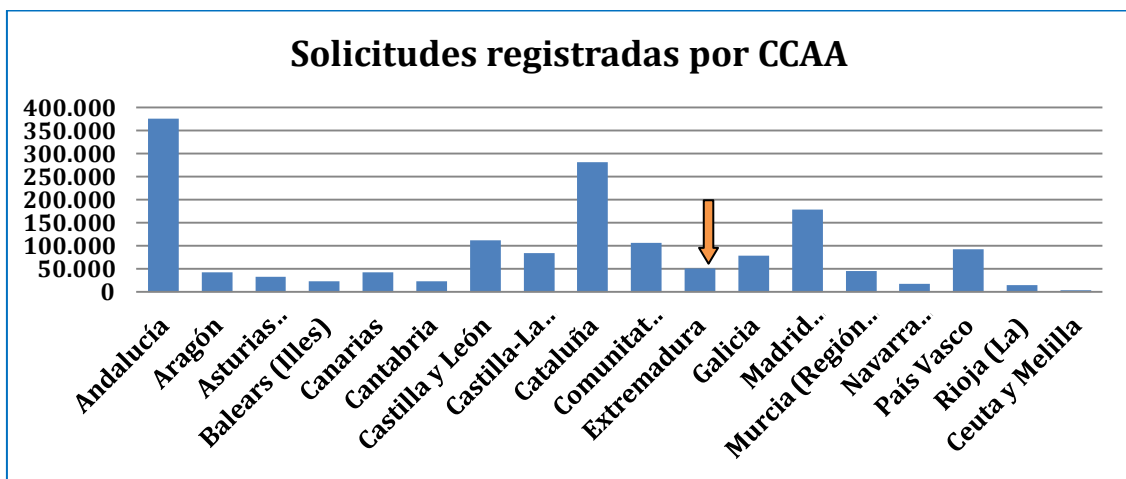
Como queda recogido en la Resolución del 13 de julio de 2012, de la Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia para la mejora del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia¹⁰⁰, se ha producido una importante desigualdad de la aplicación de la LAPAD⁷ por parte de las CCAA, con desarrollos normativos dispares, que van a afectar tanto a los tiempos de espera para el acceso al sistema, como al procedimiento o determinación del aporte económico del usuario, entre otros, por lo que se hace necesario establecer un desarrollo normativo que proporcione homogeneidad en todo el territorio español y que a su vez garantice el principio de igualdad, independientemente del lugar de residencia. En este sentido, aunque la variación del número de solicitudes registradas por ámbito territorial requiere de un estudio más pormenorizado para su evaluación, a grandes rasgos podríamos pensar que puede deberse a factores como las características propias de cada CCAA, su población, su distribución geográfica, sus recursos y su gestión política.

29

Diversos autores afirman que hay tantos sistemas de atención a la dependencia como CCAA en el estado español, con dispares distribuciones territoriales, lo que nuevamente explica la falta de uniformidad respecto al acceso, participación económica por parte del beneficiario, etc, organizándose de muy diversa forma los CLD y no pudiendo hablarse de un régimen de bienestar español homogéneo^{51,101,102}. Asimismo, como señalan la Fuente et al¹⁰³, la dependencia afecta de manera desigual en todo el territorio español, debiéndose tanto a la estructura demográfica como a las condiciones de salud de la población.

En la gráfica 1 observamos cómo en la CCAA de Andalucía nos encontramos con el número máximo de solicitudes registradas a finales del año 2015, seguida de Cataluña y Madrid, con un total de 23,39%, 17,45% y 11,13%, respectivamente con relación al volumen total. Para el resto de comunidades autónomas desciende progresivamente, siendo Ceuta y Melilla, La Rioja y Navarra las que tienen un volumen más bajo, con un 0,25%, 0,90% y 1,08%, respectivamente. Extremadura cuenta con 51.391 solicitudes registradas, conformando el 3,19% del total, siendo cifras muy cercanas a las anteriormente mencionadas.

Gráfica 1. Solicitudes registradas por comunidades autónomas, a fecha de 31 de diciembre de 2015.



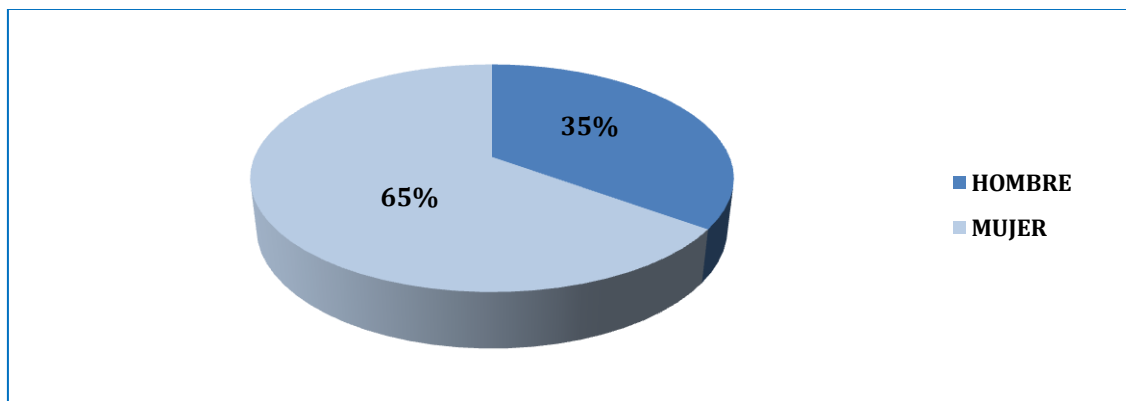
Fuente: datos extraídos del IMSERSO¹⁰⁴.

-PERFIL DE LA PERSONA SOLICITANTE: SEXO Y EDAD.

La dependencia es un fenómeno que no se puede circunscribir a una edad o sexo concreto, ya que recorre todas las edades de la población y, a pesar que son las personas mayores las más prevalentes, afecta tanto a hombres como a mujeres. A ello contribuyen la presencia de enfermedades o discapacidades como malformaciones congénitas, accidentes (laborales, tráfico, domésticos), enfermedades invalidantes (cáncer, sida), que junto al propio curso de la edad y las mejoras en las tasas de supervivencia, son factores que van a favorecer que la dependencia sea un problema social de gran magnitud que afecta a todas las esferas de la población^{2,37,105,106}.

En relación al sexo, como se observa en la gráfica 2, podemos destacar que los datos sugieren un mayor porcentaje de mujeres que hombres que solicitan el reconocimiento de su situación de dependencia, casi duplicando el número total, coincidiendo con las contribuciones de Montserrat¹⁰, Rodríguez²⁵ y Martínez⁷², que señalan que en cuanto al perfil de las personas que requieren algún tipo de apoyo, hay un claro predominio femenino.

Gráfica 2. Solicitudes registradas por sexo.



Fuente: datos extraídos del IMSERSO¹⁰⁴.

Respecto al perfil de las personas solicitantes, en lo referente a la edad, tal y como se extrae de la tabla 1, a medida que aumenta el tramo de edad, aumentan sensiblemente el número de solicitudes registradas, por lo que se podría decir que a medida que la persona envejece, aumenta el riesgo de padecer dependencia, sobre todo, a partir de los 65 años, como se observa en la misma tabla. Como queda de manifiesto, el proceso acelerado del envejecimiento de la población obliga a tratar este problema desde una dimensión cuantitativa y cualitativa distinta³⁷.

Tabla 1. Perfil de la persona solicitante según sexo y tramo de edad.

SEXO	TRAMOS DE EDAD								TOTAL
	Menor3	3-18	19-30	31-45	46-54	55-64	65-79	+80	
MUJER	1916	26166	19061	38749	36654	52979	216059	653364	1044948
HOMBRE	2234	43352	26597	49325	41501	50549	117107	235101	565766
TOTAL	4150	69518	45658	88074	78155	103528	333166	888465	1610714

Fuente: datos extraídos del IMSERSO¹⁰⁴.

Coincidiendo con las aportaciones de Giró¹⁰⁶, Durán¹⁰⁷ y López¹⁰⁸, del mismo modo que la proporción de niños y niñas menores de 3 años disminuye constantemente en España en relación con el total de la población, con una menor tasa de fecundidad y mortalidad infantil, la proporción de personas dependientes según los tramos de edad que se indican, crece incesantemente, de tal forma que el grupo de mayores de 80 años cuenta con 888.465 personas, frente a los 4.150 niños con edad inferior a 3 años.

Como podemos apreciar en la gráfica 3, el segmento de los octogenarios en ambos sexos representa el porcentaje más numeroso de la población. De este modo, y coincidiendo con la afirmación de Pérez³³, aunque la dependencia no es una situación exclusiva de este grupo de población, la realidad es que la incidencia del padecimiento de la misma aumenta con la edad.

En el tramo de edad de menores de 3 años y de acuerdo con los datos arrojados por Vilaplana¹⁰⁹, en relación al sexo, el número de niños con dependencia es superior al de niñas.

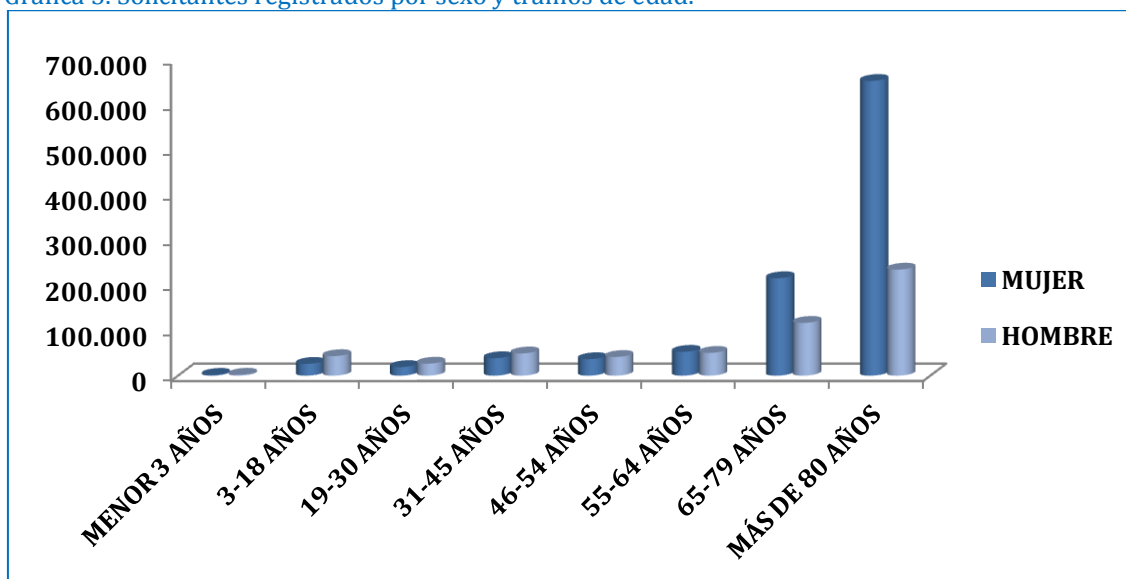
Este dato se hace extensivo hasta el tramo de edad de 49 a 54 años, siendo el punto de inflexión para el género, por lo que a partir del mismo, aumenta la presencia del sexo femenino entre la población solicitante de alguna prestación³⁷.

De esta forma, y en comparación con los trabajos de Sánchez³⁷, Pascual et al⁹⁸, Giró¹⁰⁶, Rogero-García¹¹⁰, Abellán et al¹¹¹ y Sánchez et al¹¹², se ha constatado que el sexo predominante en la vejez es el femenino (estando asociado a la mayor esperanza de vida). Hay un total de 1.044.948 mujeres frente a los 565.766 hombres, lo que supone casi un 50% más a pesar que nacen más varones. Esto es debido a la tasa de mortalidad superior entre los hombres, con presencia de una mayor supervivencia femenina donde el declive de la autonomía personal y la muerte llegan más tarde, aún con la presencia de enfermedades crónicas invalidantes.

Es por este motivo, que gran parte de las situaciones que generan dependencia van a venir derivadas del progresivo aumento de la esperanza de vida, siendo uno de los principales hitos de los países desarrollados y produciéndose una verdadera “revolución demográfica”, ya que el alargamiento de la vida inevitablemente da lugar a un incremento sostenido de las personas con edad avanzada^{42,105,113}.

De este modo, el tramo de edad correspondiente a 80 años y más, va a experimentar un crecimiento imparable, siendo este muy superior al grupo de 65 a 79 años. Este grupo etario se caracteriza, como sucede en otros países de la UE y de la OCDE, por la existencia de problemas de especial importancia: poblaciones cada vez más envejecidas, con problemas graves de su estado de salud en los últimos años de la vida, aumento del gasto sanitario, mayores tasas de dependencia, cuidados de larga duración, etc, siendo, por tanto, superior el número y proporción de personas dependientes, tal como queda reflejado en la gráfica ^{32,98,106,108,114}.

Gráfica 3. Solicitantes registrados por sexo y tramos de edad.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos extraídos del IMSERSO¹⁰⁴.

Por lo tanto, el hecho del incremento del número de personas mayores con edades muy avanzadas hará que de manera directa aumente el número de personas dependientes así como las necesidades sanitarias y de protección social, que junto a las necesidades de cuidados de larga duración constituyen un

problema de importante envergadura, siendo el determinante de la evolución futura de la población dependiente^{2,115}.

El denominado envejecimiento demográfico, con baja natalidad y mortalidad, tiene como consecuencia una combinación de factores demográficos, médicos y sociales (supervivencia a enfermedades, incidencia de accidentes, etc), que se configura como una de las causas principales para justificar la implantación de la LAPAD^{2,7,68,106}.

-DICTÁMENES.

En este apartado se ofrecen datos acerca de la distribución territorial (por comunidades autónomas) y los perfiles funcionales para las actividades de la vida diaria de las personas dependientes.

Como se desprende de la tabla 2, existen en España (coincidiendo con los valores reflejados en la tabla 1), 1.610.714 personas que solicitan el reconocimiento de su situación de dependencia por la presencia de discapacidades crónico-degenerativas. Según esta estimación, en la actualidad hay 1.504.550 dictámenes, siendo 1.180.435 las personas que tienen derecho a prestación, de las que 349.795 tienen grado III, gran dependencia, requiriendo atención continuada, 449.360 son dependientes severos, grado II y 381.280 tienen grado I, dependencia moderada, con necesidad de un apoyo intermitente y/o limitado a determinadas AVD a lo largo del día. Esto se traduce en un número de población que a fecha de 31 de diciembre de 2015 aún no ha sido dictaminada y, por otra parte, 324.115 personas no han obtenido severidad alguna, con una puntuación de sin grado.

Como venía sucediendo en el volumen de solicitudes registradas en función de la distribución territorial de la población, Andalucía es la comunidad autónoma que registra la mayor tasa tanto de dictámenes como del número total de beneficiarios con derecho a prestación, seguida de Cataluña y Madrid. Sin embargo, entre los índices más bajos figuran Ceuta y Melilla, La Rioja y Navarra.

Tabla 2. Dictámenes por ámbito territorial y perfil funcional.

ÁMBITO TERRITORIAL	SOLICITUDES	DICTÁMENES	GRADO III	GRADO II	GRADO I	TOTAL ¹
Andalucía	376694	347229	76030	112006	87327	275423
Aragón	43141	39011	9737	12320	10073	32130
Asturias	33308	30055	6607	7895	7450	21952
Illes Balears	23741	21893	4753	7406	5144	17303
Canarias	42352	35526	11350	10389	8272	30011
Cantabria	23022	22590	5670	8097	5211	18978
Castilla León	111890	105835	27730	29155	24725	81610
Castilla-La Mancha	84774	80273	18076	21739	23798	63613
Cataluña	281036	265412	51187	85044	71490	207721
Comunitat Valenc.	107000	87153	19419	25910	22272	67601
Extremadura →	51391	46770	11441	11938	10907	34286
Galicia	79244	76654	23132	24474	17889	65495
Madrid	179352	177048	45359	42613	40509	128481
Región de Murcia	45057	44086	14302	15453	10207	39962
Navarra	17457	17036	3169	5302	4935	13406
País Vasco	92676	89564	18034	24749	26860	69643
La Rioja	14547	14536	2907	3770	3485	10162
Ceuta y Melilla	4032	3879	892	1040	726	2658
TOTAL	1610714	1504550	349795	449360	381280	1180435

Fuente: datos extraídos del IMSERSO¹⁰⁴.

La composición y el perfil profesional de los órganos de valoración, junto a la configuración inicial del baremo establecido según Real Decreto 504/2007, de 20 de abril¹¹⁶ han podido contribuir a estas diferencias según ámbito territorial y severidad de la dependencia. También puede ser debido a la idiosincrasia de cada comunidad autónoma para llevar a cabo la implantación y puesta en marcha de la ley, existiendo grandes diferencias territoriales¹¹⁷.

-GRADOS Y NIVELES.

Para Camacho et al⁶, en el año 2015 el número de beneficiarios del sistema podría rondar los 1,5 millones de personas.

¹ Total personas beneficiarias con derecho a prestación.

De la información mostrada en la tabla 3, se confirma, en consonancia con los resultados anteriores, que 1.504.550 personas tienen dictaminado su grado de dependencia, de los cuales casi 1.180.500 personas tienen derecho a una prestación reconocida y 324.115 personas no han obtenido puntuación suficiente para reconocer su situación de dependencia.

En esta tabla, se ofrece información sobre la distribución de la población con dependencia según ámbito territorial y grado de severidad para la realización de las diversas AVD afectadas, teniendo en cuenta aquellos que tienen reconocido la severidad en función de grados y niveles, según Real Decreto 504/2007, de 20 de abril¹¹⁶ y por grado, por Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero¹³, por los que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia⁷.

Tabla 3. Distribución de beneficiarios por ámbito territorial y grado de severidad.

ÁMBITO TERRITORIAL	DICTÁMENES	GRADO III Nivel 2	GRADO III Nivel 1	GRADO III	GRADO II Nivel 2	GRADO 2 Nivel 1	GRADO II	GRADO I Nivel 2	GRADO 1 Nivel 1	GRADO I	SIN GRADO
Andalucía	347229	22706	34732	18592	30752	53205	28109	23865	34487	28975	71806
Aragón	39011	1852	3704	4181	2773	4984	4563	2429	3575	4069	6881
Asturias	30055	1579	2165	2863	1620	2701	3574	1753	2140	3557	8103
Illes Balears	21893	877	2079	1797	1685	2636	3085	1350	1342	2452	4590
Canarias	35526	3078	4602	3670	2907	3570	3912	1772	1765	4735	5515
Cantabria	22590	1233	2358	2079	2101	3149	2847	1507	1435	2269	3612
Castilla León	105835	5655	9221	12854	5930	8942	14283	5750	6730	12245	24225
Castilla-LaMancha	80273	3619	6652	7805	4727	7527	9485	5089	8480	10229	16660
Cataluña	265412	11519	24815	14853	19704	34303	31037	15311	20439	35740	57691
Comunitat Valenc.	87153	5769	8754	4896	7715	12284	5911	6332	8437	7503	19552
Extremadura →	46770	2790	4127	4524	2581	3909	5448	1812	2917	6178	12484
Galicia	76654	5784	8959	8389	6919	9608	7947	4971	6411	6507	11159
Madrid	177048	10229	15267	19863	11194	14415	17004	10161	13341	17007	48567
Región Murcia	44086	5222	5605	3475	4569	6768	4116	3166	4140	2901	4124
Navarra	17036	674	701	1794	804	1358	3140	860	1291	2784	3630
País Vasco	89564	2686	5738	9610	4362	7438	12949	4551	5966	16343	19921
La Rioja	14536	852	1071	984	775	1486	1509	509	1038	1938	4374
Ceuta y Melilla	3879	165	240	487	165	191	684	106	129	491	1221
TOTAL	1504550	86289	140790	122716	111283	178474	159603	91294	124063	165923	324115

Fuente: datos extraídos del IMSERSO¹⁰⁴.

Analizando los datos de la tabla anterior, alrededor de 380.000 personas dependientes tienen una severidad moderada, en torno a 450.000 personas lo son para una dependencia severa y 350.000 personas son grandes dependientes.

De los datos examinados se desprende que en la actualidad, la dependencia severa, grado II, es la máxima representación de las personas dictaminadas con situación de dependencia, seguidas de la dependencia moderada, grado I y dejando en último lugar, a los grandes dependientes, grado III.

La razón podría residir, como se ha indicado anteriormente, en el envejecimiento demográfico tanto en número como en edad, lo que contribuye a la presencia de dependencia¹¹⁸. Sin embargo, gracias a los avances en los sistemas de salud, medidas de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal, los grandes dependientes van en descenso, instaurándose las situaciones de dependencia con menor severidad, siendo el grado II, dependencia moderada, el más frecuente en la actualidad.

-PERSONAS BENEFICIARIAS Y PRESTACIONES.

En España como consecuencia de las tendencias sociales y demográficas, existe una demanda creciente de servicios y prestaciones entre la población dependiente⁶.

En la tabla 4 podemos observar que respecto a las prestaciones económicas que concede el SAAD, la dedicada a cuidados en el entorno familiar es la que tiene el mayor peso con 360.505 personas, seguida de 148.382 personas que reciben el servicio de atención residencial (SAR), 147.748 personas para el servicio de ayuda a domicilio (SAD), 140.252 para el servicio de teleasistencia (ST), seguido de 84.462 que optan por el servicio de centro de día o de noche (SCD/ SCN), 83.734 personas para la prestación económica vinculada al servicio (PEVS), 29.461 personas que optan por el servicio de prevención de la dependencia (SPV) y servicio de promoción de la autonomía personal (SPAP), y siendo casi inapreciable el total de beneficiarios que prefieren la prestación económica vinculada al servicio

de asistencia personal (PEVS AP), muy escasa en la actualidad, con apenas 3.440 personas.

Por tanto, la distribución de los usuarios muestra que las personas en situación de dependencia con derecho a percibir prestaciones, recibirán, con un porcentaje elevado, la prestación económica de cuidados en el entorno familiar (en adelante PECEF), seguido de atención residencial, servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día o de noche, dejando como últimas opciones, la prestación económica vinculada al servicio, la prestación económica de promoción de la autonomía personal y de asistente personal.

Para Martínez-Buján⁴⁷ y Rodríguez¹¹⁹, no todas las CCAA van a disponer de similares recursos sociales de protección, extendiéndose de manera insuficiente y desigual, lo que condiciona a su vez la distribución de los mismos, junto a las características sociales inherentes a cada uno de los territorios. Martínez-Buján⁴⁷, añade que existe una importante heterogeneidad regional en la distribución de las prestaciones de atención a la población dependiente, con una dimensión variable respecto a la organización de los servicios de atención.

38

Tras analizar la tabla 4, llama la atención el elevado número de beneficiarios que reciben la PECEF, a pesar de que la LAPAD⁷ la califique de excepcional en su artículo 18. Esta predominancia surge como resultado de la preferencia de ser cuidados en el entorno familiar. Además, recae la carga asistencial sobre los familiares, siendo principalmente la mujer en quien se delegan los cuidados como consecuencia de un proceso de socialización y educación, dando lugar a la “solidaridad intergeneracional mediterránea”, llevada a cabo en el seno de las familias^{50,72,106,120}. Sin embargo, es un modelo actualmente en declive, debido a la doble dedicación de la población femenina^{106,115}, por lo que debido a estas circunstancias de debilitamiento del cuidado informal familiar, en la actualidad la mujer inmigrante comienza a sustituir gradualmente el cuidado informal realizado por las mujeres nativas¹²¹.

De esta forma y gracias a la PECEF, el cuidado de las personas dependientes podría pasar de ser una obligación a convertirse en una opción de atención⁷², cambiando el riesgo individual a ser una responsabilidad pública⁷⁹.

En línea con los estudios de Montserrat¹⁰ y Rodríguez²⁵, se confirma que la mayoría de las personas dependientes reciben ayuda informal en su domicilio, le siguen los cuidados formales domiciliarios y por último, los cuidados formales en instituciones residenciales, por lo que la familia desarrolla un papel muy importante en la atención a las personas en situación de dependencia.

Como queda constatado en la tabla y coincidiendo con Montero⁵⁰, el desarrollo de la promoción de la autonomía personal permite visualizar el gran déficit en su desarrollo, representando tan solo el 2,28% del total. Para este autor, existe una gran diversidad de realidades en la cartera de servicios, destacando el servicio de ayuda a domicilio, con considerables diferencias interterritoriales.

Respecto a la teleasistencia y aunque según la tabla 4, presenta valores similares al servicio de ayuda a domicilio, Rodríguez et al⁶⁰ consideran que su desarrollo ha sido poco aprovechado para conseguir una atención comunitaria integral.

39

El problema de la dependencia permite extraer dos conclusiones; por una parte, que las personas en situación de dependencia tienen preferencia por el cuidado en su entorno habitual, cuya primera opción se la dedica a los cuidados informales, seguidos de los cuidados ofrecidos por profesionales del sector y en caso de que no sea posible la permanencia en su medio, optan por cuidados formales en instituciones residenciales. La segunda conclusión surge de la preferencia por recibir prestaciones por servicios frente a prestaciones económicas vinculadas, garantizando la atención requerida sin necesidad de realizar aportaciones dinerarias ni recibir los servicios a través de entidades privadas acreditadas por la administración competente. Ambas conclusiones son relevantes para incentivar el modelo comunitario de atención a las personas en

situación de dependencia, asociado a los beneficios que la permanencia en su medio natural aporta.

Tabla 4. Personas beneficiarias y prestaciones del SAAD.

ÁMBITO TERRITORIAL	PERSONAS BENEFICIARIAS CON PRESTACIONES	SPV + SPAP	ST	SAD	SCD/SCN	SAR	PEVS	PECEF	PEVS AP	TOTAL
Andalucía	179239	0	69105	48478	13203	22611	3093	76821	10	233321
Aragón	17828	9	20	98	1153	3427	3675	9601	0	17983
Asturias	17524	724	885	2703	2198	2771	1977	7481	2	18741
Illes Balears	11630	95	0	99	896	1969	680	7997	0	11736
Canarias	13885	33	399	30	3321	2943	1969	5504	0	14199
Cantabria	13945	0	1155	929	1590	4113	0	7799	0	15586
Castilla León	73546	11565	5657	18382	8017	7177	21762	21043	231	93834
Castilla-La M.	36796	3814	5217	8168	2533	10493	3063	15565	10	48863
Cataluña	126450	2347	15925	22074	13212	28908	12236	86909	13	181624
Comun. Valenc.	43239	249	5931	0	6104	10682	4649	21211	4	48830
Extremadura	22242	572	1290	548	1393	4040	9320	7309	2	24474
Galicia	41823	1980	1667	12340	6112	7647	4822	10989	85	45642
Madrid	101304	3413	24723	23873	14073	22395	11199	27022	51	126749
Región Murcia	27485	3237	4433	126	3198	3429	1474	18678	0	34575
Navarra	9038	156	967	567	283	1936	1119	5689	1	10718
País Vasco	51044	70	1230	6588	6212	12237	2067	26793	3031	58228
La Rioja	6743	870	1253	2125	892	1398	621	2714	0	9873
Ceuta y Melilla	2348	327	395	620	72	206	8	1380	0	3008
TOTAL	796109	29461	140252	147748	84462	148382	83734	360505	3440	997984

Fuente: datos extraídos del IMSERSO¹⁰⁴.

-PERFIL DE LA PERSONA BENEFICIARIA CON PRESTACIÓN: SEXO Y EDAD.

En la tabla 1 veíamos reflejado como el número de personas que solicitan el reconocimiento de la situación de dependencia aumenta con la edad, siendo esta información extrapolable a los datos de la tabla 5, del perfil de la persona beneficiaria con prestación reconocida, donde también se constata una estrecha relación entre dependencia y edad. Es el grupo de edad de los octogenarios donde se concentra la mayor parte de las situaciones de dependencia. Ello supondrá un incremento de los beneficiarios de la ley, por lo que dependencia y vejez forman una dualidad de factores que tienden a converger en algún momento.

Sin embargo, el fenómeno de la dependencia no sólo afecta a personas mayores, sino que también llega a grupos con edades más jóvenes. Por este motivo, es tremendamente importante afrontar el desarrollo de un sistema de atención a las personas en situación de dependencia con la creación de equipamientos, infraestructuras y todos los medios necesarios que permitan la cobertura de esas demandas^{2,37,122}.

En la línea de numerosas investigaciones, se confirma que los jóvenes con dependencia son sobre todo varones, existiendo un equilibrio entre sexos en la población adulta, pero a partir de los 65 años la prevalencia de mujeres con dependencia para realizar actividades de la vida diaria supera a los varones, incrementándose de manera exponencial a partir de los 80 años, donde alrededor del 75% de las personas beneficiarias son mujeres. Esto nos lleva a pensar que la dependencia tiene rasgos femeninos y es que aunque los hombres padezcan enfermedades más letales, las mujeres sufren con más frecuencia discapacidades crónico-degenerativas, siendo mayor su longevidad y edad media, confirmándose el proceso de feminización de la dependencia^{2,41,108,109,118}.

41

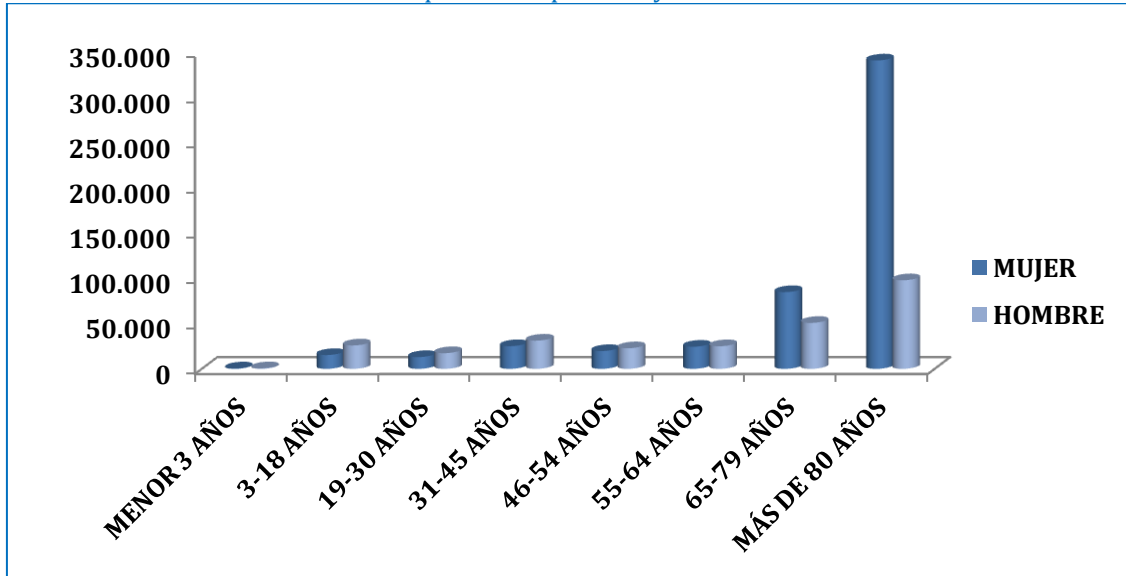
En la tabla 5 y gráficas 4-5, se presentan las estimaciones de las personas beneficiarias de prestaciones, disgregados por grupos de edad y sexo, situándose el número de personas dependientes con prestación para el año 2015 en torno a 800.000, entre los cuales alrededor del 70% corresponden a mujeres y el 30% restante a hombres.

Tabla 5. Personas beneficiarias con prestación por sexo y tramos de edad.

SEXO	TRAMOS DE EDAD								TOTAL
	Menor 3	3-18	19-30	31-45	46-54	55-64	65-79	+80	
MUJER	492	15268	13043	25096	19690	24488	84942	341307	524326
HOMBRE	610	25900	17362	31244	22787	25036	50836	98008	271783
TOTAL	1102	41168	30405	56340	42477	49524	135778	439315	796109

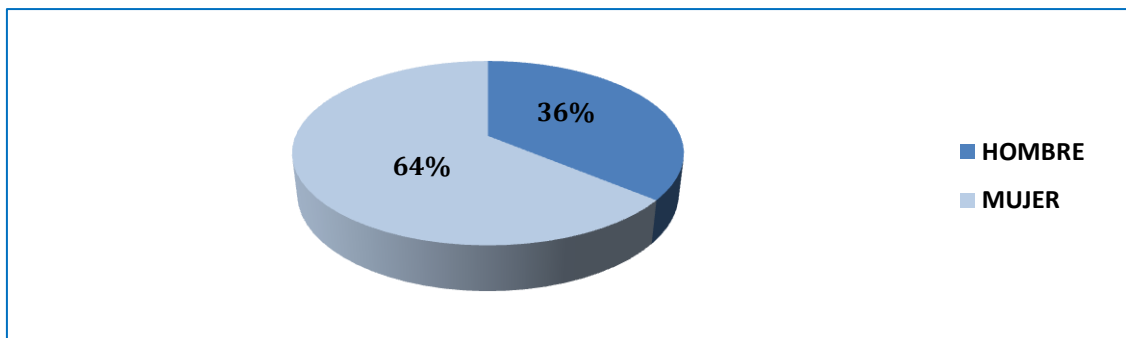
Fuente: datos extraídos del IMSERSO¹⁰⁴.

Gráfica 4. Personas beneficiarias con prestación por sexo y tramos de edad.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos extraídos del IMSERSO¹⁰⁴.

Gráfica 5. Beneficiarios por sexo.



Fuente: datos extraídos del IMSERSO¹⁰⁴.

-PERSONAS BENEFICIARIAS Y AGRUPACIÓN POR PRESTACIONES.

La protección social ha experimentado en la actualidad un fuerte desarrollo en todos los países de la UE tanto en el volumen de personas beneficiarias como en las prestaciones que configuran su acción protectora³².

En este apartado (tabla 6), se ofrecen datos acerca de la distribución territorial y prestaciones de las personas dependientes.

Tabla 6. Distribución por ámbito territorial y prestaciones.

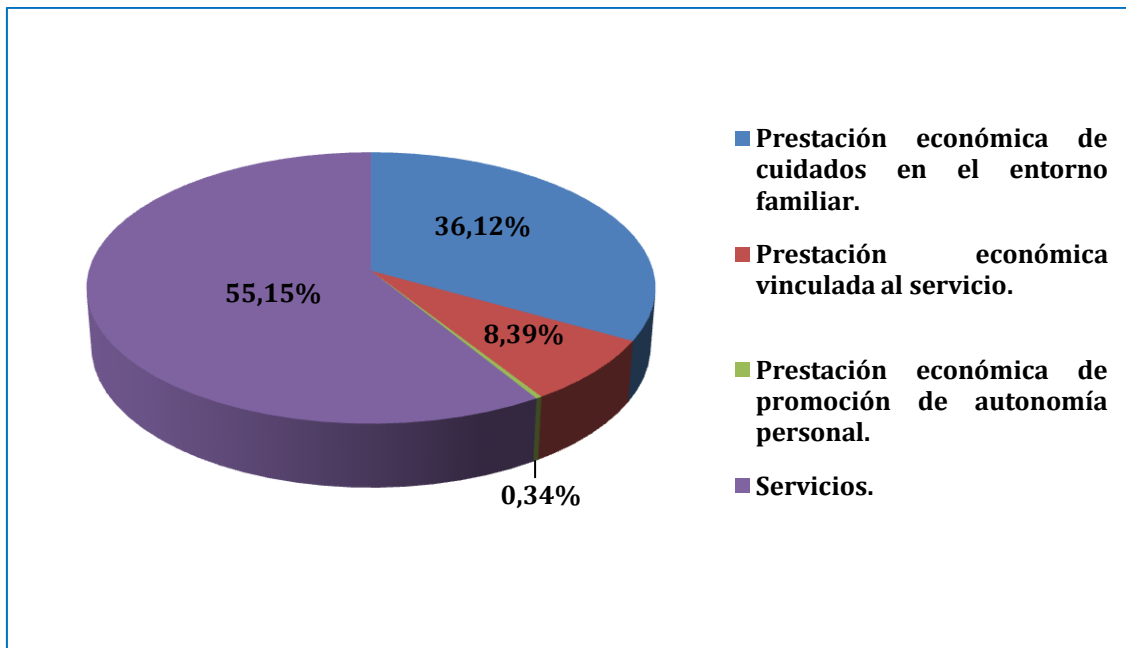
ÁMBITO TERRITORIAL	Total prestaciones por servicio ²	PECEF	TOTAL
Andalucía	156500	76821	233321
Aragón	8382	9601	17983
Asturias (Principado de)	11260	7481	18741
Illes Balears	3739	7997	11736
Canarias	8695	5504	14199
Cantabria	7787	7799	15586
Castilla y León	72791	21043	93834
Castilla-La Mancha	33298	15565	48863
Cataluña	94715	86909	181624
Comunitat Valenciana	27619	21211	48830
Extremadura	17165	7309	24474
Galicia	34653	10989	45642
Madrid (Comunidad de)	99727	27022	126749
Murcia (Región de)	15897	18678	34575
Navarra (Comunidad Foral de)	5029	5689	10718
País Vasco	31435	26793	58228
La Rioja	7159	2714	9873
Ceuta y Melilla	1628	1380	3008
Total	637479	360505	997984

Fuente: datos propios, extraídos del IMSERSO¹⁰⁴.

El número de beneficiarios distribuidos entre los dos grandes grupos de prestaciones (servicios y económicas) es la que se muestra en la gráfica 6, con un total de 36,12% para la PECEF y de un 63,88% para las prestaciones mediante servicios. De estas, un 55,15% corresponde a servicios, un 0,34% a la prestación económica de asistente personal y un 8,39% se destina a prestaciones económicas vinculadas al servicio.

² Las prestaciones por servicio incluyen: prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal, teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día/noche y atención residencial. Además, se incluyen las prestaciones mediante servicios a través de la prestación económica vinculada al servicio y la prestación económica de asistencia personal.

Gráfica 6. Agrupación por prestaciones.



Fuente: datos propios, extraídos del IMSERSO¹⁰⁴.

De este modo, el incremento de las situaciones de dependencia coincide en el tiempo con los cambios en el modelo de familia y con la consiguiente incorporación de la mujer al mercado laboral, hechos que están haciendo disminuir la posibilidad de prestar cuidados informales en el entorno familiar haciendo, por tanto, que este modelo de apoyo informal sea insostenible a medio plazo³⁷.

2.4.2. Los perfiles demográficos de la dependencia en Extremadura.

Una vez examinada la situación de la dependencia a nivel estatal en la que hemos podido comprobar la diversidad de los resultados en función de los parámetros estudiados, pasaremos a realizar una breve reseña de la evolución a nivel autonómico desde la implantación de la LAPAD⁷ hasta la actualidad, teniendo como referencia los años 2008 a 2015, siendo la información contenida en la base de datos del IMSERSO¹²³ para nuestra comunidad autónoma.

-SOLICITUDES REGISTRADAS – 2008/2015.

La demanda de CLD para las personas que no pueden desarrollar sus actividades de la vida diaria (AVD) se ha incrementado de forma notable durante los últimos años, hecho que seguirá aumentando a un fuerte ritmo durante las próximas décadas como consecuencia de una convergencia de factores demográficos, médicos y sociales, entre los que cabe citar el envejecimiento de la población, la elevada esperanza de vida, el progresivo aumento de enfermedades crónicas, peores hábitos de vida, así como la creciente incidencia de los accidentes domésticos, laborales y de tráfico, entre otros^{2,98}.

El envejecimiento poblacional es la característica dominante en los municipios extremeños⁹².

Tabla 7. Solicitudes registradas en Extremadura 2008-2015.

AÑO	SOLICITUDES REGISTRADAS	
	Nº	%
2008	23808	3,48
2009	30982	2,86
2010	41877	2,82
2011	44596	2,79
2012	47482	2,90
2013	47240	2,87
2014	48254	3,03
2015	51391	3,19

Fuente: elaboración propia, a partir de datos extraídos del IMSERSO¹²³.

Analizando los datos de la tabla 7, podemos observar cómo se ha ido produciendo un aumento progresivo y paulatino del número de solicitudes registradas desde el año 2008 al 2015, cuyo resultado, a fecha actual, duplica las cifras iniciales.

En la siguiente gráfica, podemos contemplar lo explicado anteriormente de una manera más clara.

Gráfica 7. Solicitudes registradas en Extremadura 2008-2015.



Fuente: elaboración propia, a partir de datos extraídos del IMSERSO¹²³.

Este aumento desorbitado desde 2008 a 2015, puede ser debido a diversas causas, cuyo análisis pormenorizado no corresponde a esta investigación; sin embargo, el calendario de implantación de la LAPAD⁷ con la progresiva incorporación en función de la severidad, así como la creciente divulgación de las medidas de protección social adoptadas en la región, pueden haber contribuido a este hecho.

-SOLICITUDES REGISTRADAS EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN – 2008/2015.

Al hilo del apartado anterior, cabe puntualizar que respecto al número de solicitudes registradas en relación a la población total (en base a su porcentaje), hemos pasado del 2,18% en 2008 al 4,70% en el año 2015, constatándose el doble de solicitudes a lo largo de la trayectoria de la ley (tabla 8).

Tabla 8. Solicitudes registradas en Extremadura en relación a la población 2008-2015.

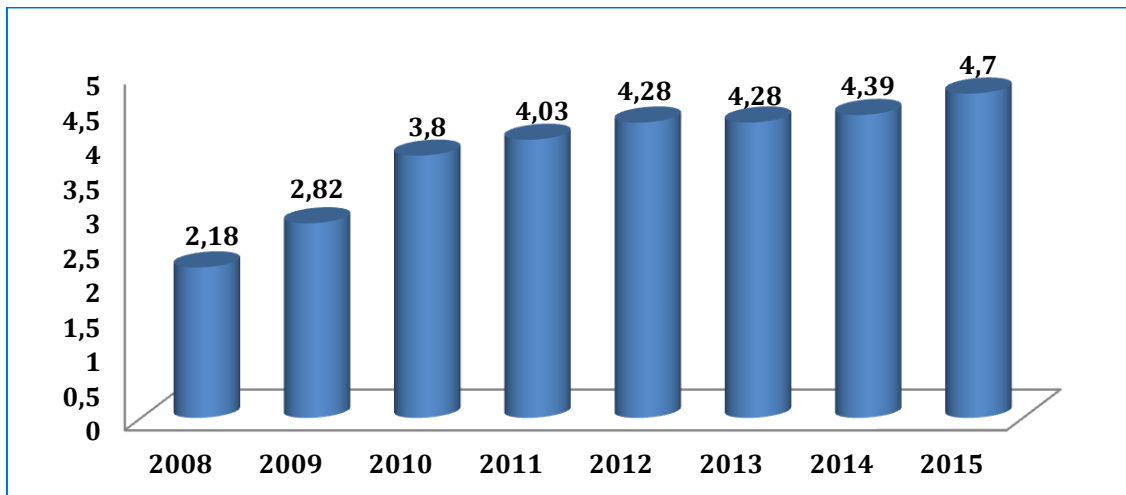
AÑO	Población CCAA		Solicitudes Registradas	
	Nº	%	Nº	%
2008	1089990	2,18	23808	2,18
2009	1097744	2,82	30982	2,82
2010	1102410	3,80	41877	3,80
2011	1107220	4,03	44596	4,03
2012	1108130	4,28	47482	4,28
2013	1104004	4,28	47240	4,28
2014	1099632	4,39	48254	4,39
2015	1092997	4,70	51391	4,70

Fuente: elaboración propia, a partir de datos extraídos del IMSERSO¹²³.

De una manera más gráfica, en la siguiente imagen (gráfica 8) vemos como de forma progresiva ha ido produciéndose un crecimiento rítmico del número de solicitudes registradas desde el año 2008 al 2015.

47

Gráfica 8. Porcentaje de solicitudes registradas en Extremadura 2008-2015 en relación a la población.



Fuente: elaboración propia, a partir de datos extraídos del IMSERSO¹²³.

-DICTÁMENES – 2008/2015.

Como señala Sánchez³⁷ en el Libro Verde de atención a las personas en situación de dependencia, “junto a ese «núcleo duro» constituido por las personas que sin una ayuda y cuidado permanente verían seriamente comprometida su supervivencia, hay que tener en cuenta también a las personas que tienen dificultades severas o totales para realizar las denominadas «actividades instrumentales de la vida diaria»”, ya que sin llegar a comprometer de una manera tan inmediata su supervivencia, son absolutamente imprescindibles para su autonomía.

Por su parte, en la tabla 9, se muestran los resultados obtenidos que confirman que el número de personas que tienen una dependencia severa para la realización de las AVD asciende desde el año 2008 hasta la actualidad de manera progresiva a 11.938 personas, como se indica más abajo.

48

Del mismo modo que se produce este aumento gradual en el grado II, dependencia severa, se puede comprobar cómo las personas con gran dependencia, grado III apenas sufren modificaciones en el número total de dictámenes entre ambos extremos.

Comparando ambas severidades durante los años 2008 a 2009 y a pesar del aumento de beneficiarios con derecho a prestación por dependencia severa, se observa que las personas con gran dependencia entran en el SAAD con unas necesidades y cifras incomparables en cuanto al volumen total de dictámenes, suponiendo una diferencia porcentual importante.

Atendiendo a la clasificación por grados de dependencia, se constata un aumento tanto de los moderados, como de los severos y grandes dependientes. Sin embargo, el mayor cambio se encuentra en el grado I (dependientes moderados), que en la actualidad requieren de un esfuerzo por parte de la administración competente tanto por el volumen respecto al total de dictámenes, como por la necesidad del desarrollo de programas específicos que permitan garantizar la

atención mediante acciones destinadas a promocionar la autonomía personal conducentes a la prevención de situaciones severas y de gran dependencia.

En la tabla 9 se ofrece información sobre la evolución y distribución de la población con dependencia para la realización de las AVD según el grado de severidad desde el año 2008 al año 2015.

Tabla 9. Evolución de los dictámenes en Extremadura 2008-2015³.

AÑO	SOLICITUDES	DICTÁMENES	GRADO III	GRADO II Nivel 2	GRADO II Nivel 1	GRADO II	GRADO I Nivel 2	GRADO I Nivel 1	GRADO I	TOTAL BENEFICIARIOS CON DCHO A PRESTACION
2008	23808	13609	7982	1408	-	-	-	-	-	9390
2009	30982	22354	12252	5850	-	-	-	-	-	18102
2010	41877	35628	14815	9078	-	-	-	-	-	23893
2011	44596	39727	12720	-	-	10645	4003	-	-	27368
2012	47482	44972	12256	-	-	11448	-	-	3231	26935
2013	47240	45134	11468	-	-	11209	-	-	2457	25134
2014	48254	45328	11154	-	-	11284	-	-	1934	24372
2015	51391	46770	11441	-	-	11938	-	-	10907	34286

Fuente: elaboración propia, a partir de datos extraídos del IMSERSO¹²³.

-DICTÁMENES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN – 2008/2015.

En colación con el apartado anterior y como queda reflejado en la tabla 10 y gráfica 9, cabe puntualizar que los dictámenes en relación a la población extremeña han pasado de 1,25% (representando a 13.609 personas), a 4,28%

³ El Real Decreto-Ley 20/2011, de 30 de Diciembre¹²⁴, ha introducido modificaciones en la disposición final primera de la Ley de Dependencia, relativa a la efectividad de los derechos de las personas beneficiarias. De conformidad con lo dispuesto en la mencionada norma, se incluyen las personas beneficiarias que a fecha de 31 de diciembre de 2011 habían sido valoradas con el grado I, nivel 2 y ya contaban con un PIA aprobado, así como aquellas que, sin contar con un PIA a la citada fecha, se había excedido el plazo legítimo legalmente establecido para resolver (seis meses a contar desde la solicitud, de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo¹²⁵). Asimismo, para el año 2014 se incluyen personas beneficiarias con prestación que, como consecuencia de una revisión, han pasado a contar con un grado I, dependencia moderada.

(siendo 46.770 personas dictaminadas), siendo un fiel reflejo de las necesidades de protección social de los más vulnerables de nuestra región.

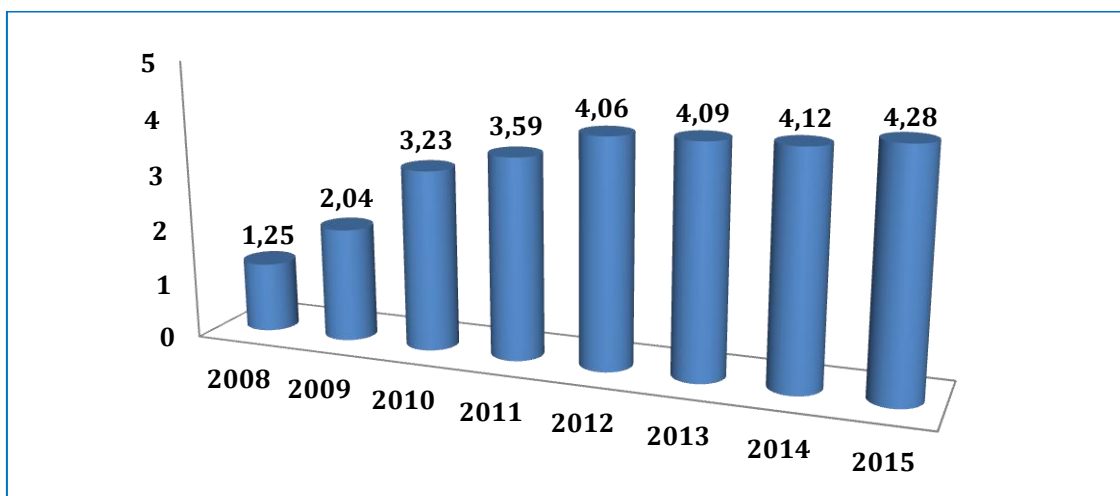
Tabla 10. Dictámenes en Extremadura en relación a la población 2008-2015.

AÑO	Población	DICTAMEN	
	CCAA	Solicitudes Registradas	
	<i>Nº</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
2008	1089990	13609	1,25
2009	1097744	22354	2,04
2010	1102410	35628	3,23
2011	1107220	39727	3,59
2012	1108130	44972	4,06
2013	1104004	45134	4,09
2014	1099632	45328	4,12
2015	1092997	46770	4,28

Fuente: elaboración propia, a partir de datos extraídos del IMSERSO¹²³.

Gráfica 9. Evolución de los dictámenes en Extremadura 2008-2015.

50



Fuente: elaboración propia, a partir de datos extraídos del IMSERSO¹²³.

-GRADOS Y NIVELES – 2008/2015.

Al desglosar esta población según el máximo grado de severidad resulta que 11.441 personas presentan la imposibilidad total de realizar al menos una de estas actividades, 11.938 tienen dificultad grave para realizar al menos una de estas actividades, 10.907 presentan sólo dificultades de tipo moderado y 12.484

presentan dificultades en la realización de las AVD, pero no interfieren significativamente para su independencia, quedando como figura en la tabla 11.

Tabla 11. Severidad de la dependencia en Extremadura 2008-2015.

AÑO	DICTÁMENES	GRADO III Nivel 2	GRADO III Nivel 1	GRADO III	GRADO II Nivel 2	GRADO II Nivel 1	GRADO II	GRADO I Nivel 2	GRADO I Nivel 1	GRADO I	SIN GRADO
2008	13609	4423	3559	-	1408	1365	-	843	960	-	1051
2009	22354	6272	5980	-	2751	3099	-	1933	1139	-	1180
2010	35628	6949	7866	-	4094	4984	-	3304	4340	-	4091
2011	39727	5287	7433	-	4459	6186	-	4003	6109	-	6250
2012	44972	4767	6824	665	4369	6290	789	3645	6578	1567	9478
2013	45134	4000	5833	1635	3694	5488	2027	2898	5345	3727	10487
2014	45328	3304	4905	2945	3092	4670	3522	2274	4128	5539	10949
2015	46770	2790	4127	4524	2581	3909	5448	1812	2917	6178	12484

Fuente: elaboración propia, a partir de datos extraídos del IMSERSO¹²³.

El volumen de personas con dependencia cuya severidad está representada con los antiguos grados y niveles (modificados por el Real Decreto-Ley 20/2012 de 13 de julio de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad¹²⁴) aumenta de manera lánguida desde el año 2008 hasta 2011, año que supone un punto de inflexión, coincidiendo con la entrada en vigor del RD 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia¹³ actual. Es en este punto cuando se produce un descenso escalonado de las personas con este reconocimiento, pudiendo estar justificado por la transformación de la severidad a grados. A partir de esta fecha y aunque se mantienen los dictámenes anteriores, todas las personas valoradas inicialmente, así como consecuencia de la revisión de su severidad, obtendrán el nuevo dictamen en base a un grado, desapareciendo del cómputo anterior en que aparecía clasificado por su grado y nivel, reconvirtiéndose la severidad según legislación vigente.

-EVOLUCIÓN POR GRADOS – 2012/2015.

Los argumentos anteriores podrían tener coherencia con el hecho de que a partir de 2012 y hasta el año 2015, se constata una subida de puntuación tanto para el grado III (gran dependencia), como para el grado II (dependencia severa), para el grado I (dependencia severa), como para los solicitantes que obtuvieron un dictamen de sin grado. Como podemos ver en la tabla 12, a pesar del aumento de todos ellos, es el grado de dependencia severa, grado I, el que obtiene la mayor subida, pasando de 1.567 a 6.178 personas, seguido de la dependencia moderada, siendo la severidad menos común, la gran dependencia. Esta evolución también contribuye al aumento revelador de la situación de sin grado, pasando de 1.051 personas en el año 2008 (tabla 11) a 12.484 en el año 2015.

En la tabla 12 y gráfica 10, respecto a la evolución de la severidad según el grado, en base a la modificación que introduce el Real Decreto-Ley 20/2012 de 13 de julio de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad¹²⁴, se visualiza de una manera más simplificada la información ofrecida.

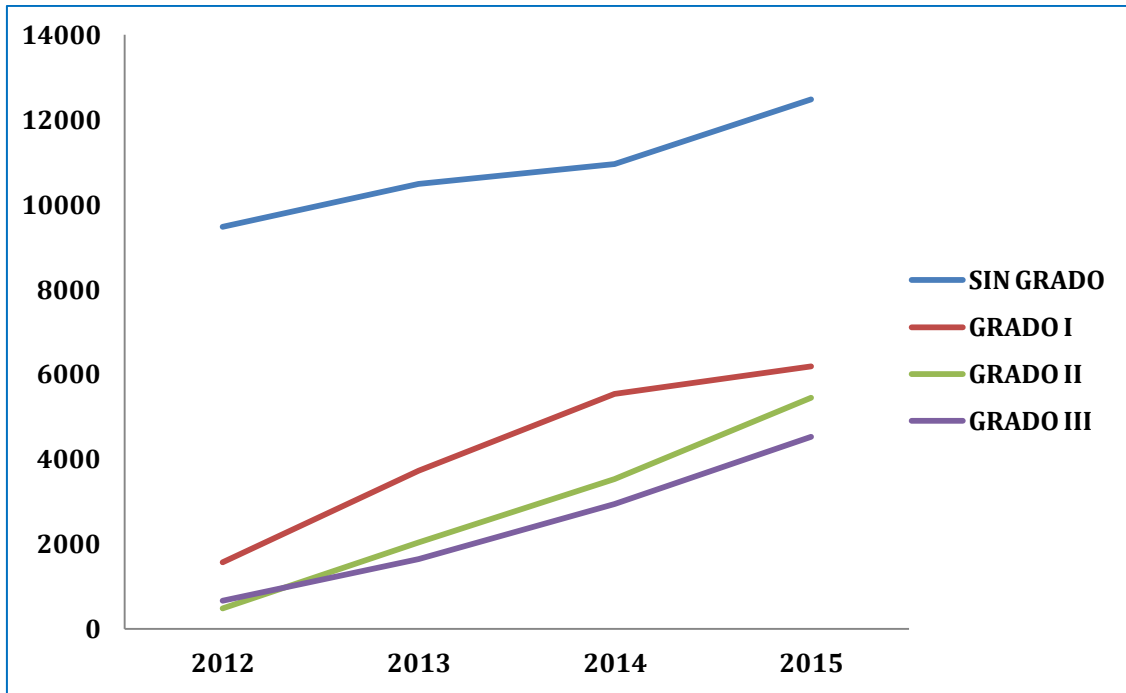
52

Tabla 12. Evolución de la severidad de dependencia en Extremadura 2012-2015.

AÑO	GRADO III	GRADO II	GRADO I	SIN GRADO
2012	665	789	1567	9478
2013	1635	2027	3727	10487
2014	2945	3522	5539	10949
2015	4524	5448	6178	12484

Fuente: elaboración propia, a partir de datos extraídos del IMSERSO¹²³.

Gráfica 10. Evolución de la severidad de dependencia en Extremadura 2012-2015.



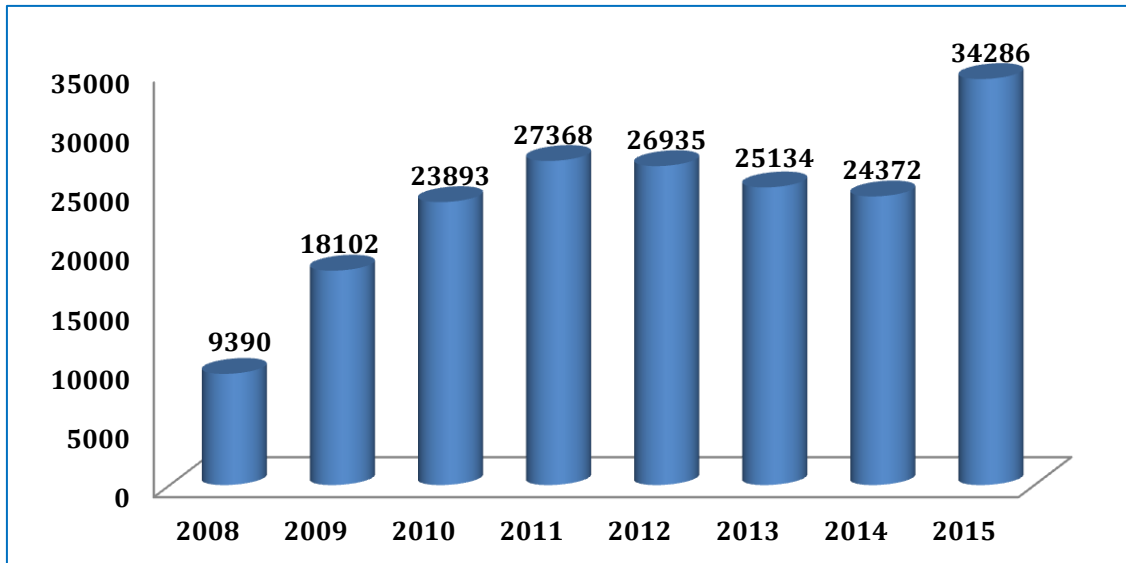
Fuente: elaboración propia, a partir de datos extraídos del IMSERSO¹²³.

-PERSONAS BENEFICIARIAS CON DERECHO A PRESTACIÓN – 2008/2015.

Las personas beneficiarias con derecho a prestación se relacionan con los datos que obran en figuras anteriores respecto a las personas que tienen dictaminada su situación de dependencia. Creemos que la subida hasta el año 2011, puede deberse al uso de las herramientas de evaluación estandarizadas conforme al Real Decreto 504/2007, de 20 de abril¹¹⁶, sin embargo, el hecho de que a partir de 2011 comience ese descenso progresivo puede ser debido a la publicación del Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero¹³ y la puesta en marcha de las medidas recomendadas (gráfica 11).

En el año 2015 y coincidiendo con la entrada en el sistema del grado I (dependencia moderada), se produce un aumento exponencial del total de beneficiarios con derecho a prestación (gráfica 11).

Gráfica 11. Personas beneficiarias en Extremadura con derecho a prestación 2008-2015.



Fuente: elaboración propia, a partir de datos extraídos del IMSERSO¹²³.

-PERSONAS BENEFICIARIAS CON PRESTACIONES - 2008/2015.

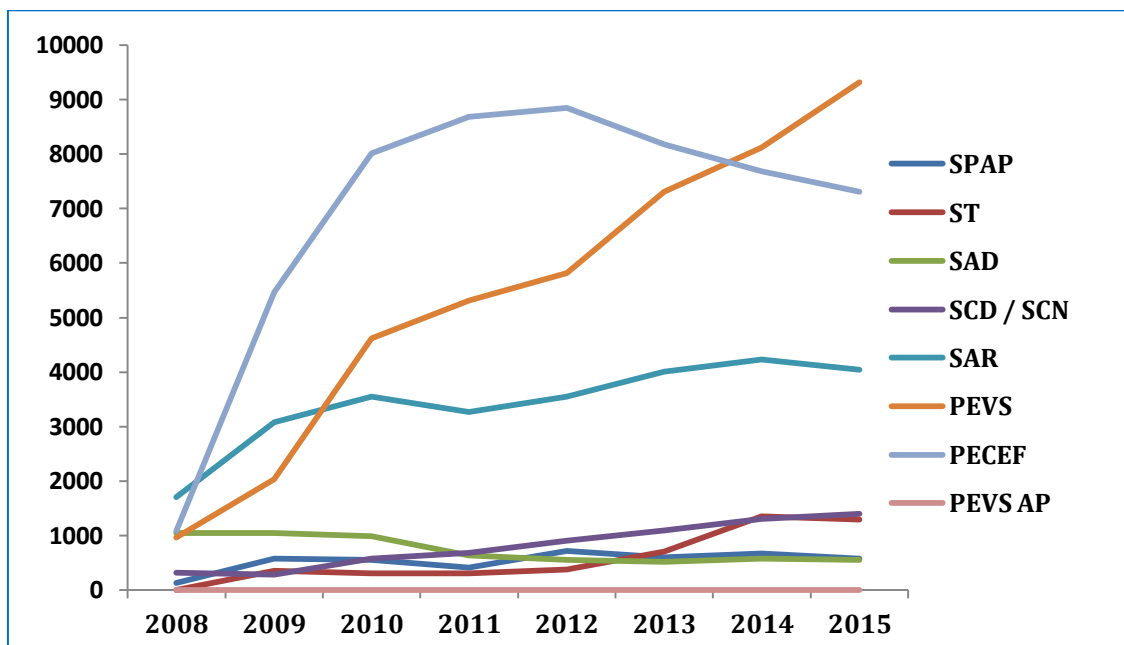
En la tabla 13 y gráfica 12, puede verse que existe una mayor incidencia de las personas beneficiarias con prestaciones derivadas de su situación de dependencia conforme se va consolidando la LAPAD⁷ en nuestra región. De esta forma, pasamos de las 11.531 personas que constan en el año 2009 hasta las 22.242 que figuran para el año 2015, pudiendo estar condicionado por múltiples factores, entre los que cabe citar la progresiva implantación de la ley según la severidad, teniendo derecho todas aquellas personas con reconocimiento de su situación de dependencia.

Tabla 13. Personas beneficiarias con prestaciones en Extremadura 2008-2015.

PRESTACIONES										
AÑO	PERSONAS BENEFICIARIAS CON PRESTACIONES	SPV + SPAP	ST	SAD	SCD / SCN	SAR	PEVS	PECEF	PEVS AP	TOTAL
2008	-	133	0	1050	313	1703	965	1086	0	9390 ⁴
2009	11531	572	355	1043	281	3079	2029	5460	0	12819
2010	17215	551	306	983	569	3551	4623	8012	1	18596
2011	18249	407	304	635	681	3272	5314	8686	1	19300
2012	19386	712	370	547	903	3545	5817	8855	0	20749
2013	20860	596	705	520	1090	4002	7312	8182	0	22407
2014	21697	668	1351	577	1302	4230	8123	7691	2	23944
2015	22242	572	1290	548	1393	4040	9320	7309	2	24474

Fuente: elaboración propia, a partir de datos extraídos del IMSERSO¹²³.

Gráfica 12. Personas beneficiarias por prestaciones en Extremadura 2008-2015.



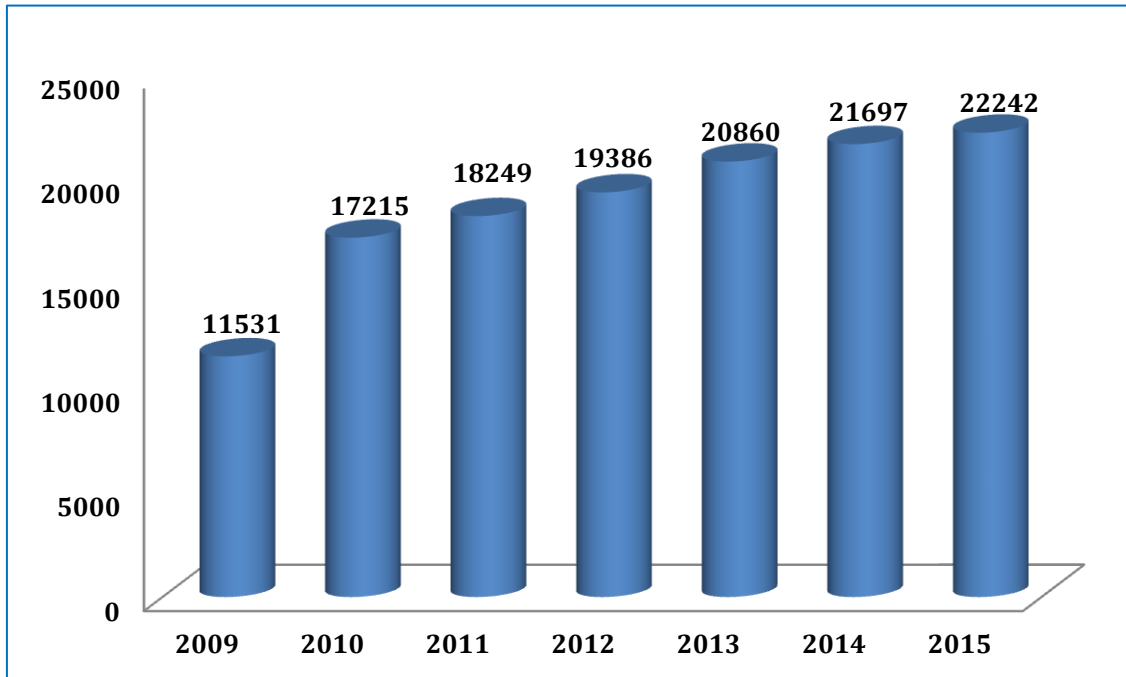
Fuente: elaboración propia, a partir de datos extraídos del IMSERSO¹²³.

⁴ 4140 del total son prestaciones sin especificar.

-EVOLUCIÓN 2009/2015 - PERSONAS BENEFICIARIAS CON PRESTACIONES.

En la siguiente gráfica se visualiza la evolución de las personas beneficiarias con servicios públicos y/o prestaciones económicas en la comunidad autónoma de Extremadura desde el año 2009 hasta el 2015.

Gráfica 13. Evolución de personas beneficiarias con prestaciones en Extremadura 2008-2015.



Fuente: elaboración propia, a partir de datos extraídos del IMSERSO¹²³.

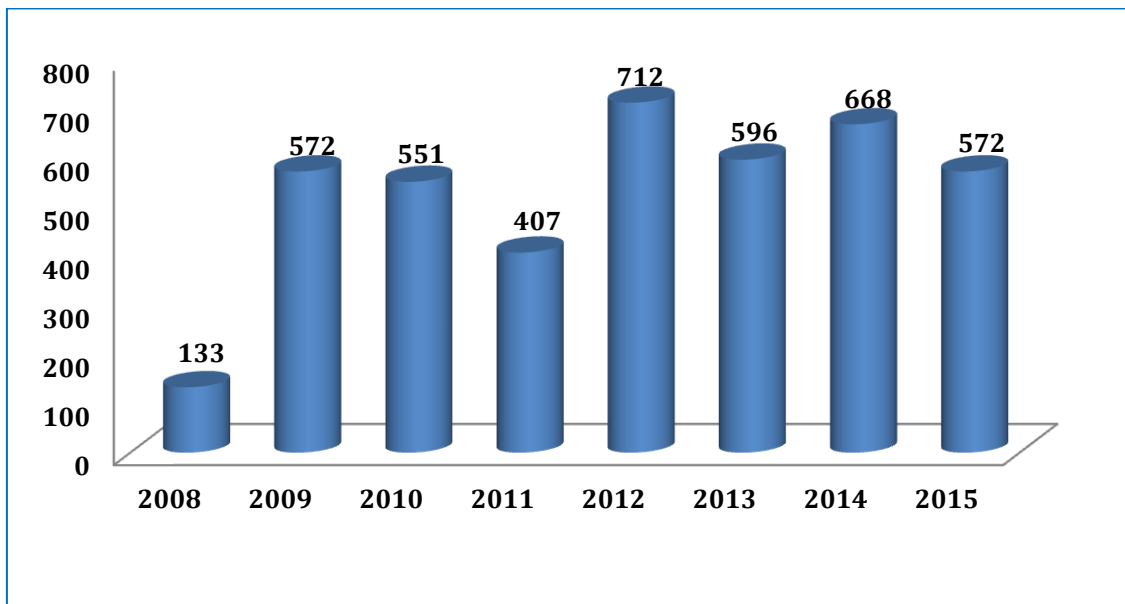
Así pues, aunque con la debida cautela que imponen las limitaciones derivadas de los distintos supuestos que hemos ido reflejando en las tablas y gráficas ofrecidas, se deduce que la atención a las personas en situación de dependencia supone un importante reto para la sociedad española, en general, y para la población extremeña, en particular, por la cuantía de las personas a cubrir, que ascienden significativamente desde la puesta en marcha de la LAPAD⁷ hasta nuestros días. Y aunque para Martínez-Buján¹⁰¹, Extremadura es una de las regiones que más ha potenciado los servicios sociales, aún queda mucho camino por recorrer en beneficio de la población dependiente.

-PERSONAS BENEFICIARIAS POR PRESTACIONES - 2008/2015.

El servicio de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal (SPV+SPAP), aunque ha ido incrementándose con el paso de los años, ha sido de una manera progresiva, pero mantenida, pasando de 133 a 572 usuarios (gráfica 14). Esto supone que apenas tenga usuarios con respecto al número total de personas beneficiarias con prestación en la comunidad.

El salto más importante se produce del año 2008 al 2009, pudiendo ser debido a la implantación del grado II (dependencia severa), en su nivel 1, que permitió potenciar el objetivo que pretende dicho servicio. En los sucesivos años, la subida más relevante tiene lugar en el año 2012, motivado por la implantación del grado I (dependencia moderada). No obstante, de la información se desprende que la población en situación de dependencia opta preferiblemente por otros servicios de atención priorizando otras actuaciones y dejando la prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal a un lado, a pesar de la completa implantación de todos los grados de severidad y de la relevancia que puede tener este servicio entre la población más vulnerable.

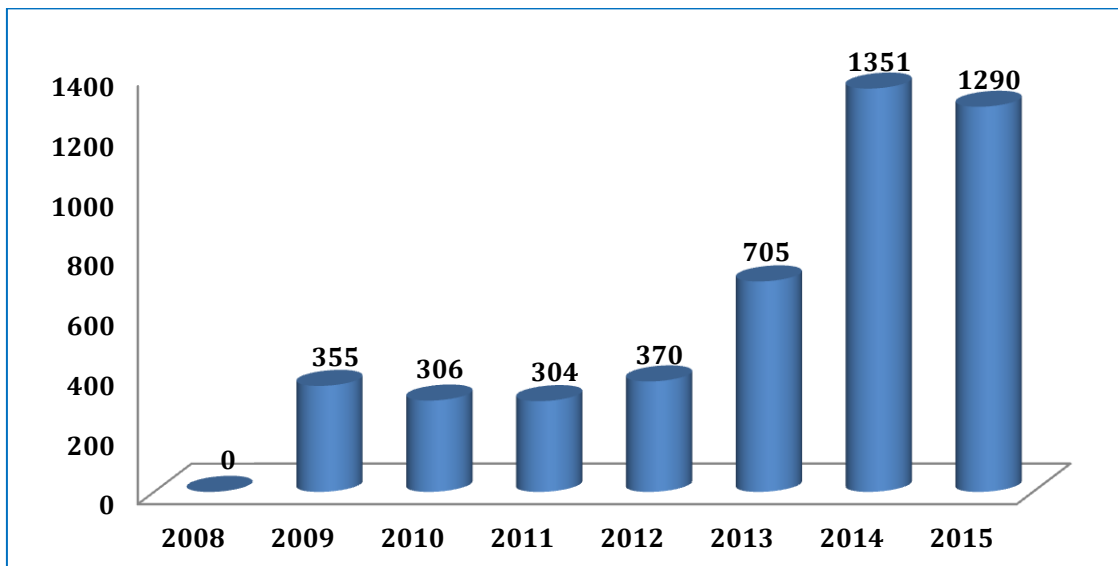
Gráfica 14. Personas beneficiarias de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal en Extremadura 2008-2015.



Fuente: elaboración propia, a partir de datos extraídos del IMSERSO¹²³.

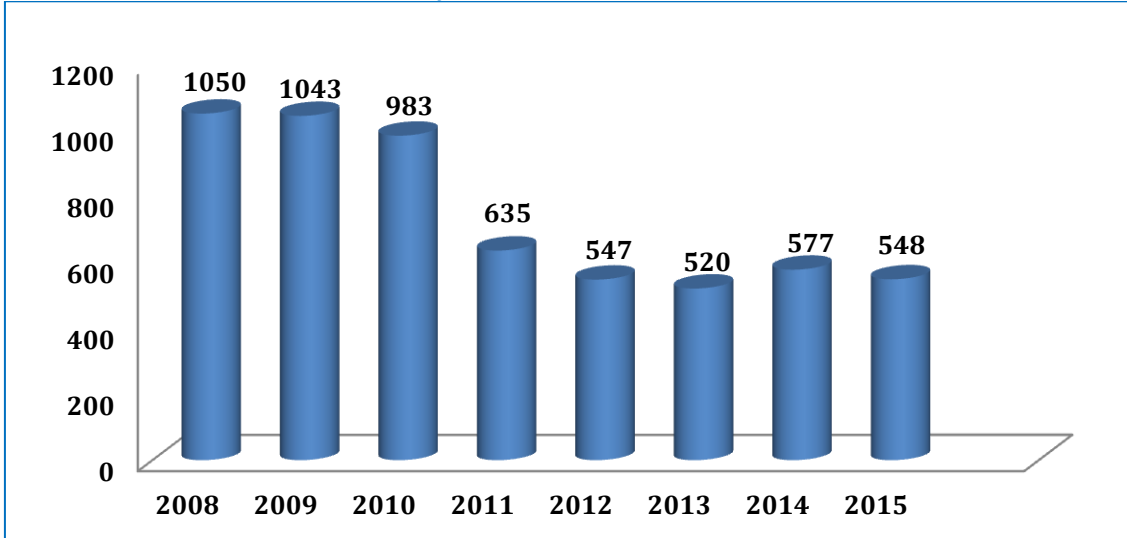
Sin embargo, en la gráfica 15, vemos el enorme crecimiento que tiene lugar en el servicio de teleasistencia (ST), pasando de 0 usuarios en el año 2008 a 1.290 en el año 2015, lo que se traduce en que cada vez más población dependiente prefiere ser atendida en su domicilio.

Gráfica 15. Personas beneficiarias de teleasistencia en Extremadura 2008-2015.



En la gráfica 16, se ofrecen datos acerca de la evolución del servicio de ayuda a domicilio (SAD). Así podemos ver como sufre una caída importante desde el año 2008 al 2015, pasando de tener 1.050 beneficiarios a casi la mitad, con 548 usuarios. Esta situación podría estar relacionada con las subvenciones anuales que se convocan para la financiación de la prestación básica del servicio de ayuda a domicilio, siendo la última conocida la Orden de 29 de diciembre de 2010, por la que se convocan subvenciones para la financiación de la prestación básica del servicio social de ayuda a domicilio¹²⁶ para el año 2011. A partir de esa convocatoria, será responsabilidad de las administraciones locales de la región la provisión de dicho servicio social, lo que ha llevado a la disminución e incluso suspensión del mismo, quedando un menor número de beneficiarios de dicha ayuda.

Gráfica 16. Personas beneficiarias de ayuda a domicilio en Extremadura 2008-2015.

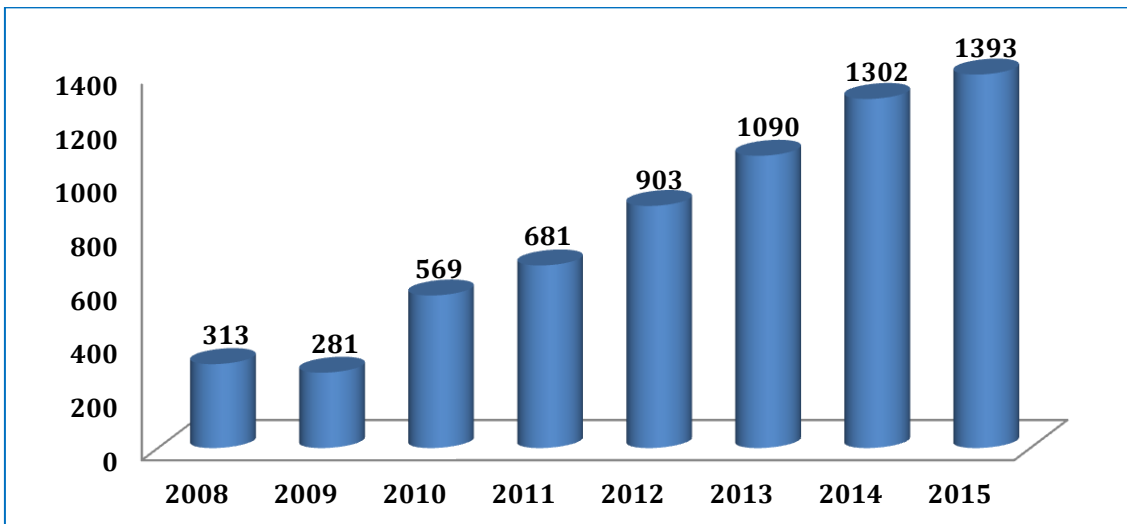


Fuente: elaboración propia, a partir de datos extraídos del IMSERSO¹²³.

En comparación con la gráfica anterior, en la gráfica 17 se constata nuevamente la preferencia de las personas en situación de dependencia por servicios de proximidad que ofrezcan cuidados formales y a su vez posibiliten su permanencia en el medio. De esta forma, se produce una subida importante del año 2008 al 2015, pasando de 313 personas al año a 1.393 beneficiarios.

59

Gráfica 17. Personas beneficiarias de centro de día / centro de noche en Extremadura, 2008-2015.

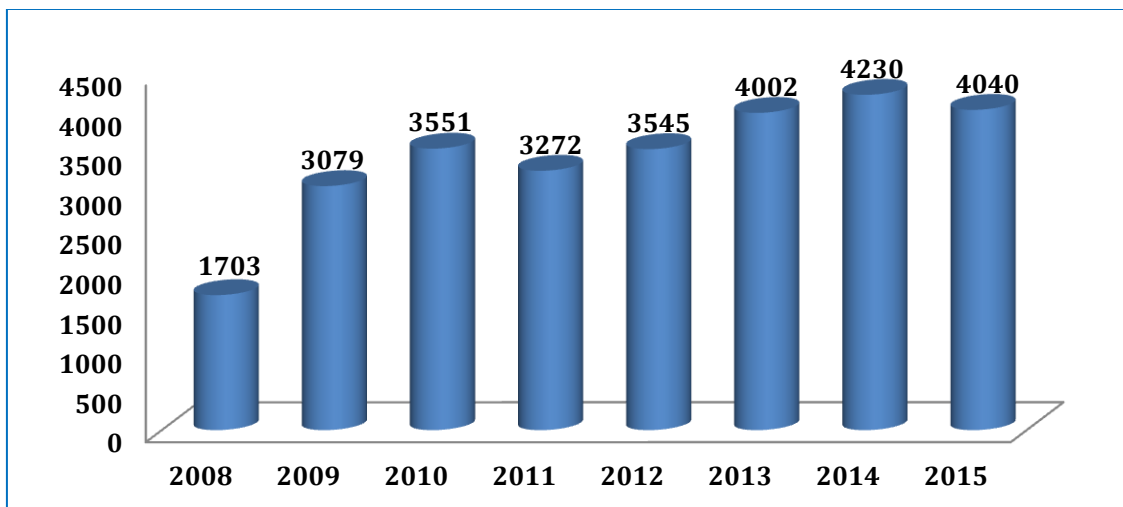


Fuente: elaboración propia, a partir de datos extraídos del IMSERSO¹²³.

Del mismo modo, coincidiendo con el servicio de teleasistencia y centro de día/noche, el servicio de atención residencial (SAR) (gráfica 18) goza de beneficiarios, aunque pasando de una manera muy lineal, de 1.703 usuarios en

2008 a 4.040 en el año 2015. Si comparamos el dato del total de personas beneficiarias de dicho servicio con el total de personas con grado III, (gran dependencia), 4.524 personas en la región (tabla 12), podemos deducir que una gran parte de la población con esta severidad ha optado por el mismo, derivado de la necesidad de recibir cuidados formales institucionalizados que permitan garantizar una mejor calidad de vida entre los más débiles.

Gráfica 18. Personas beneficiarias de atención residencial en Extremadura 2008-2015.

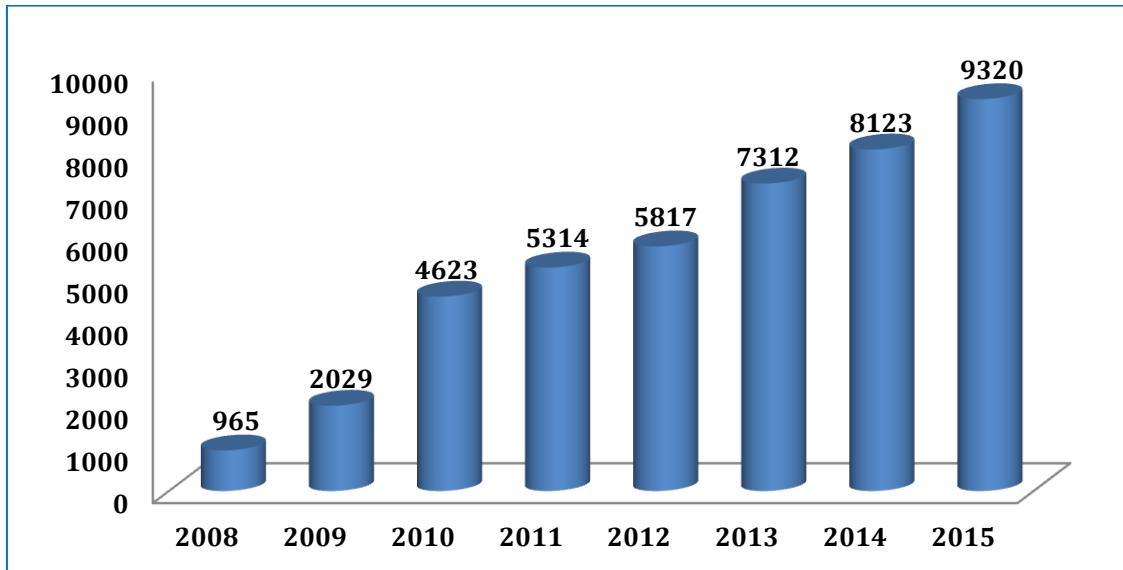


60

Fuente: elaboración propia, a partir de datos extraídos del IMSERSO¹²³.

Pasando de los servicios de gestión pública, a las prestaciones económicas vinculadas al servicio (PEVS), a través de empresas acreditadas en nuestra comunidad autónoma, en la gráfica 19 vemos como se produce un incremento sustancial a lo largo de los años 2008 al 2015, de 965 a 9.320 beneficiarios, siendo un dato relevante que permite deducir cuáles son las preferencias de los beneficiarios extremeños. Una posible explicación podría ser que la administración autonómica encuentra limitaciones para ofertar tantas plazas en servicios públicos para la atención del total de personas beneficiarias, lo que deriva en la necesidad de conceder aportaciones dinerarias para garantizar el cumplimiento de la LAPAD⁷.

Gráfica 19. Personas beneficiarias de prestación económica vinculada al servicio en Extremadura 2008-2015.



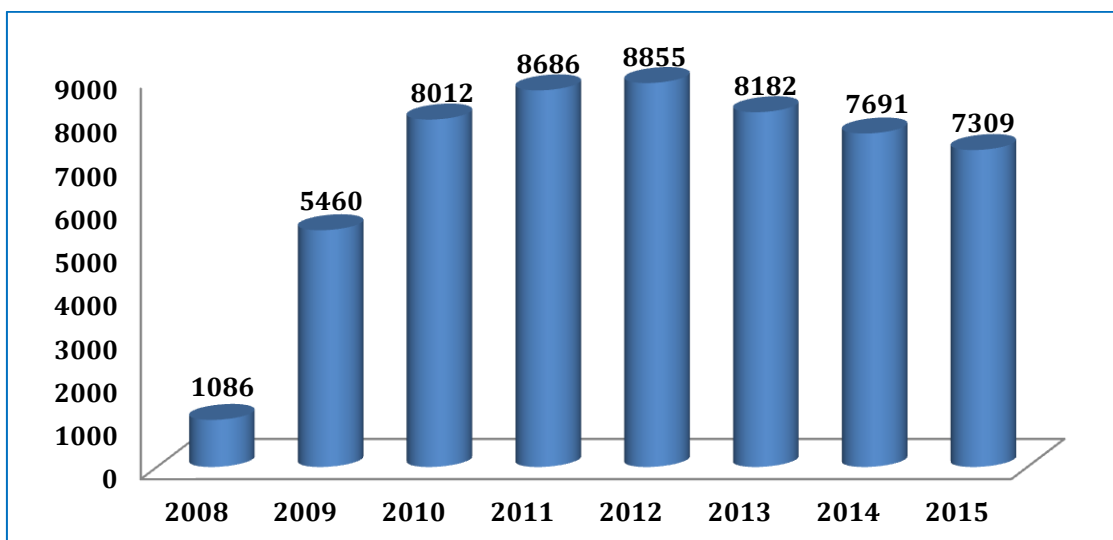
Fuente: elaboración propia, a partir de datos extraídos del IMSERSO¹²³.

Los datos de la gráfica 20, determinan el peso específico del cuidador informal en la LAPAD⁷ y nuevamente la preferencia de las personas beneficiarias a ser atendidos en su domicilio por familiares, por lo que hay un fuerte impacto económico derivado de su existencia.

61

No obstante y a pesar del incremento de la PECEF desde el año 2008 al 2015, de 1.086 a 7.309 beneficiarios, destacan dos interpretaciones. Por un lado, la entrada en vigor en el año 2009 del grado II (dependencia severa), que permite a los cuidadores informales prestar atención a las personas dependientes en sus domicilios, proporcionando cobertura de sus cuidados sin necesidad de ser institucionalizados para recibirlos de manera formal, pasando de 1.086 a 5.460 usuarios, incrementándose progresivamente durante los años 2010 a 2012 con la entrada de nuevas severidades. Por otra parte, coincidiendo con la publicación del Real Decreto-Ley 20/2012 de 13 de julio de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad¹²⁴ y a partir del cual se verían afectadas las condiciones de los cuidadores no profesionales (seguridad social, reducción de la cuantía, etc) y los nuevos estilos de vida, a partir del año 2013 se produce un descenso hasta la fecha actual, pasando de los 8.855 usuarios a 7.309 para el año 2015.

Gráfica 20. Personas beneficiarias de prestación económica de cuidados en el entorno familiar en Extremadura 2008-2015.



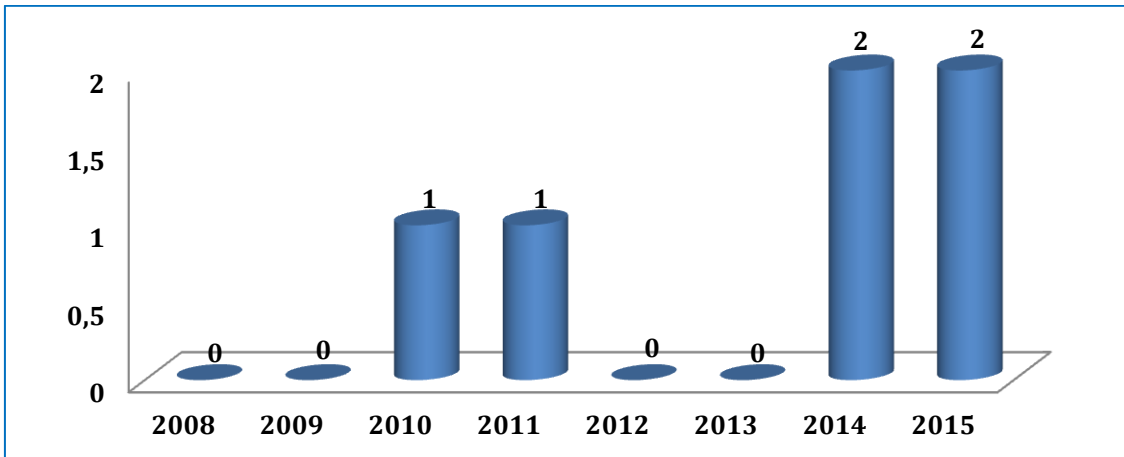
Fuente: elaboración propia, a partir de datos extraídos del IMSERSO¹²³.

Del mismo modo, y coincidiendo con los datos que quedan reflejados en el Libro Blanco² de atención a las personas en situación de dependencia, respecto a la interpretación de los datos recogidos en las tablas, se confirma que las familias siguen siendo las que asumen (en su mayor parte mujeres), el cuidado de las personas dependientes, conformando lo que se ha denominado “apoyo informal”.

Sin embargo, el incremento cuantitativo de las situaciones de dependencia derivado, entre otras cuestiones, por el envejecimiento demográfico y un mayor índice de morbilidad, coincide con la aparición de nuevos estilos de vida y cambios importantes en los modelos familiares, como es la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, por lo que va disminuyendo sensiblemente la prestación de cuidados y el soporte informal proporcionado a las personas dependientes^{2,32}.

De la interpretación de la gráfica 21, se deduce la escasa aceptación de la prestación económica de asistencia personal (PEVS AP) en nuestra región, con apenas desarrollo a lo largo de estos siete años, habiendo incrementado tan sólo en dos beneficiarios en este intervalo. Esto podría facilitar información a la administración pública para revisar los criterios para la asignación de la misma.

Gráfica 21. Personas beneficiarias de prestación económica vinculada al servicio de asistencia personal en Extremadura 2008-2015.



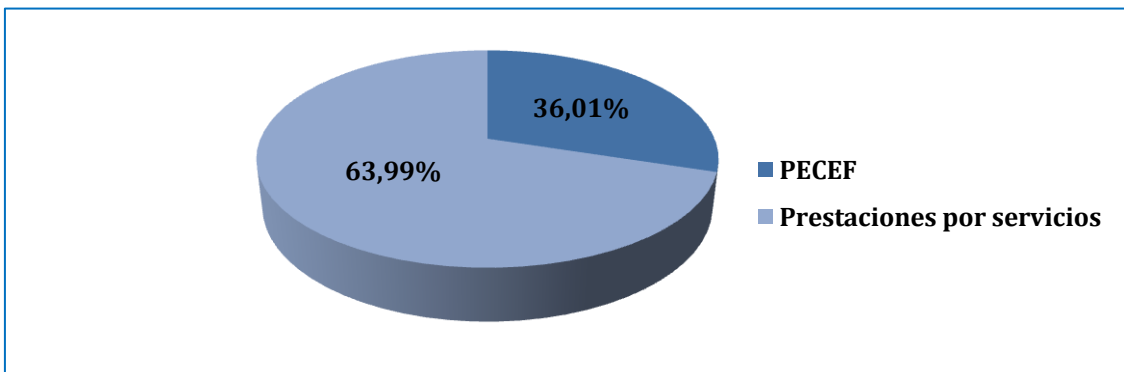
Fuente: elaboración propia, a partir de datos extraídos del IMSERSO¹²³.

*-PERSONAS BENEFICIARIAS Y AGRUPACIÓN POR PRESTACIONES -
2008/2015.*

Como se contempla en la gráfica siguiente, el 63,8% de la población es beneficiaria de prestaciones por servicios, frente a un 36,12% que opta por PECEF.

63

Gráfica 22. Agrupación por prestaciones en Extremadura 2008-2015⁵.



Fuente: elaboración propia, a partir de datos extraídos del IMSERSO¹²³.

⁵Las prestaciones por servicio incluyen: prevención, dependencia y promoción autonomía personal, teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día/noche y atención residencial. Además, se incluyen las prestaciones mediante servicios a través de la prestación económica vinculada al servicio, y la prestación económica de asistencia personal.

2.4.3. Proyección futura de la realidad de la dependencia.

Como hemos podido evidenciar con las tablas y gráficas anteriores, la evolución futura de la población dependiente estará determinada por el proceso de envejecimiento demográfico. Gracias al uso de múltiples herramientas, se puede hacer una proyección futura de este fenómeno con el objetivo de diseñar programas específicos de atención en todos los tramos de edad de acuerdo a la necesidad que existiera, habiendo contribuido el resultado de diversas investigaciones con datos de interés.

Para Rodríguez²⁵, en el año 2026 la cifra de mayores de 65 años se situará en más de 8,6 millones de personas. Si nos circunscribimos al dato de los mayores de 80 años, puesto que es el grupo en el que se concentra el mayor riesgo de dependencia, puede predecirse que para ese mismo año existirán en España alrededor de 2,3 millones de personas mayores con problemas asociados a su dependencia.

64

Según Camacho et al⁶, se estima que para el año 2030 el número de personas mayores de 80 años en la Unión Europea será de unos 34,7 millones frente a los 18,8 millones actuales, hecho que justifica que los cuidados de larga duración (CLD) tengan una creciente importancia para todos los países de la UE.

Para Montserrat³², en el año 2050, posiblemente, el índice de envejecimiento alcanzará el 22% y, el de sobreenvjecimiento puede superar el 5%.

De acuerdo con Montserrat³², la Fuente⁴⁴ afirma que el informe del Comité de Política Económica y la Comisión Europea (CPE-COMISIÓN EUROPEA, 2006) elaboró varias proyecciones del impacto que tiene el envejecimiento en las finanzas públicas. Se prevé que aunque el total de la población europea decaerá levemente entre los años 2004 y 2050 (pasando de 457 a 454 millones de personas), la población de 65 años y más aumentaría en 58 millones de personas entre esos años (el 77%).

Siguiendo en el contexto de la Unión Europea-15, el grupo de edad de 65 años y más, pasaría a tener 35,1% de personas en el año 2020 y el 51% en el 2050, haciendo que el llamado ratio de dependencia por vejez (proporción entre el número total de personas con 65 años o más y el número de personas en edad de trabajar entre 15 y 64 años) se duplique, pasando aproximadamente del 25% al 52% para el año 2050^{3,10}.

Según las proyecciones demográficas existentes y de acuerdo con el informe del CPE-COMISIÓN EUROPEA, la población de la UE-25 para el año 2050 será ligeramente más pequeña (de 456,8 a 453,8 millones de personas), pero mucho más vieja comparada con la del 2004. Entre los años 2004 y 2050, el número de jóvenes (entre 0-14 años) se prevé que disminuirá un 19% (13 millones) y el grupo de 15-64 años, correspondiente a la edad trabajadora, también descenderá en un 16% (48 millones). En contraste con los datos anteriores, la población mayor de más de 65 años incrementará de forma dramática en un 77% (58 millones), pero sin lugar a dudas el segmento de población que más incrementará será el de la población muy envejecida (+80 años), que variará en un 174%, casi 32 millones del total de la población, es decir, que la población mayor se duplicará mientras que la población muy mayor se triplicará, por lo que es previsible que el aumento de la dependencia vaya acompasado con estos datos. Por otra parte, respecto a los datos nacionales que puedan constar, se estima que España es el país que alcanzará una tasa de dependencia mayor en el 2050 casi triplicando la tasa actual (pasando del 24,6%, en el año 2004, al 65,4% en para el año 2050), incrementándose con ella la esperanza de vida, por lo que habrá una menor mortalidad en las edades más avanzadas, con un impacto muy importante en el gasto social, pudiendo hacer tambalear la balanza fiscal y amenazar los niveles de protección social alcanzados hasta el momento¹⁰. Ello traerá consigo que España sea uno de los países que experimentará una mayor longevidad. La previsión para el año 2050 es que la población con más de 60 años supere a los jóvenes menores de 15 años, perdiendo este grupo casi 1/3 de sus efectivos, lo que significa un auténtico desafío, especialmente si España cumple con las propuestas europeas de incorporación de la mujer al mundo laboral¹⁰⁷.

CAPÍTULO 3. TERAPIA OCUPACIONAL COMO PROFESIÓN CENTRADA EN LA OCUPACIÓN.

3.1. RESEÑA HISTÓRICA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

En este apartado se presenta una exposición de los acontecimientos que se han ido sucediendo alrededor de la Terapia Ocupacional (TO) a lo largo de los siglos, los cuales han permitido conformar la profesión hasta la época actual.

3.1.1. La realidad de la Terapia Ocupacional hasta el siglo XX.

El uso terapéutico de las actividades ocupacionales ha sido una realidad desde los inicios de las civilizaciones, siendo tan antigua como la historia del ser humano y es que la ocupación siempre ha tenido un rol primordial en la existencia del hombre¹²⁷⁻¹³¹.

En las culturas clásicas, se decía que la ocupación era fundamental para garantizar la felicidad humana, para el tratamiento y recuperación del cuerpo y el alma, utilizándose para ello juegos, música y ejercicios físicos como recursos terapéuticos^{132,133}.

En la antigua civilización China, en el 2600 antes de Cristo (a.C), se consideraba que el origen de las enfermedades se encontraba en la inactividad orgánica, por lo que proponían ejercicios físicos para promover la salud y para asegurar su inmortalidad^{129,130,134}.

Por otra parte, en Grecia, la medicina griega también recomendaba realizar actividades como las canciones, la música, la literatura... con fines terapéuticos, recomendando la lectura, la música, los viajes, las conversaciones y los ejercicios para aliviar las “mentes trastornadas”, defendiendo el tratamiento a través de la participación en ocupaciones^{129,134}.

En Terapia Ocupacional, previo a la formación de los tres paradigmas filosóficos de la profesión, hay un conjunto de teorías y principios que dan lugar a su preparadigma, conocido como tratamiento moral^{135,136}, siendo el antecedente más importante de la profesión y teniendo como base un marcado punto de vista biopsicosocial^{128,137,138}. Esta filosofía va a permitir alejarse de la idea inicial de que los “locos” deben estar confinados, separados y atados para su sanación, estableciendo un cambio de paradigma, mediante la inclusión en ocupaciones¹³⁹. De esta forma, el tratamiento moral como enfoque terapéutico para las personas con problemas de salud mental que permanecen en instituciones, surge en primer lugar en Europa exportando sus fundamentos más tarde a Estados Unidos^{136,140}.

Por tanto, el principio más importante de este preparadigma es que la participación de los enfermos mentales en un ambiente estructurado y dirigido mediante actividades propositivas podía devolver a la persona a un funcionamiento más satisfactorio y tener una vida moral sana^{132,136,138,141,142}.

68

Tal y como queda reflejado en la literatura, fueron Philip Pinel, junto a William Tuke, los pioneros europeos en desarrollar y llevar a la práctica estos principios filosóficos, siendo las aportaciones más importantes para la Terapia Ocupacional^{128,132}. Pinel liberó a los enfermos mentales del hospital de Bicêtre, introduciendo la ocupación como elemento esencial para su tratamiento y transmitiéndolo después al resto de Europa. Más tarde, nacerá una corriente similar en Inglaterra de la mano de William Tuke, quien fundó un hospital de enfermos mentales de orientación humanista^{128,134,137,140}. Para después expandirse a Estados Unidos, siendo Benjamín Rush, el primer psiquiatra norteamericano en instaurar la práctica de este movimiento^{128,132,141}.

Otro antecesor de una potente influencia para la Terapia Ocupacional fue el movimiento de artes y oficios, que surgió a partir de 1860 en Inglaterra. Sus principales representantes son John Ruskin (1819-1890) y Williams Morris (1834-1896). Aunque desarrollado por Ruskin, el teórico que lo implantó por primera vez fue Morris^{134,137,142,143}. Las ideas básicas se basan en el trabajo, el valor social y el poder que tiene la ocupación en la vida humana¹³⁴.

A finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX surge originariamente en Estados Unidos la corriente filosófica del pragmatismo, ejerciendo una fuerte influencia en las ideas de los fundadores de la Terapia Ocupacional en la práctica educativa de la época^{134,137}.

Del mismo modo, otro movimiento que emerge en las primeras décadas del siglo XX en Estados Unidos, es el settlement movement y su manifestación institucional las settlement houses, donde se constata una vez más el fuerte vínculo de la ocupación para el tratamiento de enfermos mentales¹³⁷.

Como resumen, se puede decir que el tratamiento moral enfatiza en el *ser*, el pragmatismo en el *conocer* y el movimiento de artes y oficios se centra en el *hacer*, formando los elementos cardinales de la Terapia Ocupacional desarrollada en la época¹³⁵.

3.1.2. La realidad de la Terapia Ocupacional en el siglo XX.

El paradigma descrito en el apartado anterior, con un fuerte carácter humanista en el que se da un valor extraordinario a la ocupación, influyó positivamente en el desarrollo de la profesión de Terapia Ocupacional que, inspirada en su perspectiva de trabajo, aparece formalmente a principios del siglo XX, estableciendo firmemente sus bases filosóficas^{130,131,136,140,141,144,145}. Posteriormente, tiene una progresiva implantación en EEUU, Canadá y Reino Unido¹³⁷.

La Terapia Ocupacional, a lo largo del siglo, experimentará una transición, sufriendo el concepto de “ocupación” variaciones que influirían en el conocimiento de la profesión¹⁴⁶.

Esta forma de tratamiento recibió varios nombres a lo largo de su desarrollo, atribuyéndose finalmente el término de “Terapia Ocupacional” y aunque cierta literatura considera originario del mismo a William Rush Dunton y más tarde, a George Barton¹⁴¹, la mayoría de los escritos coinciden que se debe a

este último, quien fundó la Consolation House^{131,134,140}. Es en este lugar donde más tarde se rubricará el certificado de la corporación, documento considerado como el acto fundacional de la Terapia Ocupacional actual¹³⁷ y el responsable del nacimiento formal de la profesión en Estados Unidos, que tuvo lugar el 15 de marzo de 1917. Se fundó la Sociedad Nacional para la Promoción de la TO (The National Society of the Promotion of Occupational Therapy, NSPOT), que será la precursora de la American Occupational Therapy Association (AOTA), recibiendo este nombre en 1921^{132,136,137,141,147-149}, estableciendo las primeras normas para el desempeño del ejercicio profesional de la disciplina, influyendo en la dirección que la misma tomase en aquella época¹⁵⁰. Desde la AOTA, se generaron los principios que asentaron el primer paradigma -paradigma de la ocupación-, con una visión holística del ser humano, centrado en cuerpo y mente, con el convencimiento de que la ocupación influye en el bienestar¹³⁶. Adolf Meyer, ayudó a dar forma a la profesión, estableciendo los fundamentos filosóficos^{132,134,141}.

3.1.2.1. La influencia de la Primera y Segunda Guerra Mundial.

70

La Primera Guerra Mundial, resultó de gran avance para el desarrollo de la profesión pues supuso un fuerte empuje, mejorando la práctica en la segunda década del siglo XX¹⁴⁹. Se trató del evento que mayor impacto causó en la sociedad occidental¹³⁷, ya que aunque hasta esa fecha, la Terapia Ocupacional se limitaba al tratamiento de enfermos mentales¹³⁰. Es en ese momento histórico cuando obligados por la necesidad de abordar las discapacidades de origen físico que surgen, para su posterior reincorporación y readaptación a la vida laboral, se fomentará que la Terapia Ocupacional forme parte de la rehabilitación médica^{127,129,130,137,140,141}.

Sin embargo, y a pesar del fuerte impulso de la Terapia Ocupacional durante la Primera Guerra Mundial, la profesión decae en el período que se sucede entre las dos guerras mundiales¹³⁷, siendo su desarrollo más lento hasta que en 1941 EEUU entrara en la Segunda Guerra Mundial y diera un nuevo giro^{137,141,151}. No obstante, la rehabilitación seguía siendo importante, pues otra área relevante en la época era el tratamiento de la tuberculosis, siendo Thomas Kidner quien tuvo un papel

fundamental en este sentido¹⁴¹, así como otras intervenciones realizadas dirigidas a soldados, mediante la implementación de programas educativos para su rehabilitación y con ello, la reincorporación a un puesto de trabajo¹⁵⁰.

Es en este período cuando se reconoce realmente la profesión, con más demanda de profesionales para el tratamiento de los heridos por la guerra y que requiere la aparición de numerosos departamentos, convirtiéndose la medicina física y la rehabilitación en el motor de la TO durante la década de los años 40^{129,130,140,141,143}.

Después de la posguerra, la profesión continúa cambiando¹⁴¹, siendo el terapeuta ocupacional un profesional muy valorado dentro de los equipos de rehabilitación, adoptando una visión mecanicista, centrándose en el movimiento y la función, trabajando las AVD, ejercicios terapéuticos e instrucción en el uso de prótesis, estableciéndose la actividad como medio terapéutico¹⁵².

Esto hizo que se estableciera una base racional y empírica a la práctica profesional, haciendo un cambio de paradigma, primando el mecanicista bajo un enfoque reduccionista de la persona y un modelo biomédico, ligado a la medicina y más científico^{133,136,143,153}.

71

Sin embargo, esto no convenció a todos, por lo que durante las décadas de los 60 y 70 volvieron a considerar implantar un enfoque basado nuevamente en los fundamentos de la ocupación y a principios del siglo XX, la Terapia Ocupacional desarrolló su tercer paradigma^{133,136}, llamado paradigma contemporáneo o paradigma de la ocupación, bajo el que se desarrollan las primeras teorías, se crean modelos teóricos de la profesión como el de Kielhofner y Burke de la ocupación humana, el modelo canadiense de desempeño ocupacional de la Asociación Canadiense de Terapia Ocupacional y la creación de la Ciencia de la Ocupación, impulsada por Yerxa, entre otros¹³³. Todos ellos van a permitir que el ejercicio profesional de la Terapia Ocupacional tenga varios enfoques y áreas de acción¹³⁵.

En 1948, se reconoce legalmente la profesión, configurándose la Federación Mundial de Terapia Ocupacional (World Federation Occupational Therapy, WFOT) en 1952^{130,132}.

Por otra parte, es también en el siglo XX cuando se fue formando la base académica de la Terapia Ocupacional^{130,134}, observándose, de este modo, que el siglo XX ha supuesto un gran avance en la trayectoria y desarrollo de la profesión¹⁵⁴.

3.1.3. La historia de la Terapia Ocupacional en España.

Algunos historiadores atribuyen al siglo XV, el nacimiento de la profesión en España, situando sus raíces históricas en la medicina de este siglo, siendo la psiquiatría española el sustento del que surge la Terapia Ocupacional en nuestro país^{127,155}.

72

Se podría entender que España ha sido un país pionero en el Tratamiento Moral ya que desde el reinado de los Reyes Católicos, pasando por Felipe II y Carlos III, entre otros, había una perseverancia por separar a pobres, validos y holgazanes de los inutilizados y a pesar del estancamiento producido en nuestro país como consecuencia de la Guerra Civil Española, finalizada la misma y durante la década de 1950 hubo un resurgimiento del movimiento asistencial que influyó tanto en el ámbito de la psiquiatría como de la rehabilitación, apareciendo así la figura del terapeuta ocupacional en España¹⁵⁶.

Fue en esta época cuando se fundan los primeros hospitales pioneros en Europa con un enfoque revolucionario: el Hospital Psiquiátrico de Valencia -el Hospital de Santa María de los Santos Mártires Inocentes-, en 1409 y el Asilo de Zaragoza -el Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia-, en 1425, los cuales comienzan a hacer uso de actividades terapéuticas para el tratamiento de enfermos mentales para su posterior reinserción social^{132,134,155}.

No obstante todo lo dicho, se considera que la Terapia Ocupacional actual fue importada desde EEUU, introduciéndose en España en la década de 1960¹⁵⁷.

Dejando a un lado, el campo de la rehabilitación y adentrándonos en el área formativa, fue en 1961 cuando comenzó a impartirse el primer curso de Terapia Ocupacional en España por la profesora Mercedes Abella, una terapeuta ocupacional estadounidense, a quien se considera responsable del proyecto que dio lugar a la primera escuela de Terapia Ocupacional en nuestro país^{134,137,156}. Otra persona relevante para la Terapia Ocupacional española es el Dr. Heliodoro Ruiz García, quien continuó la labor formativa en las posteriores promociones de Terapia Ocupacional¹⁵⁶, y que fundó la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (ENTO)¹³⁰.

Más tarde, en 1990 se estableció el título universitario oficial de Diplomado en Terapia Ocupacional, cuyo primer curso se inició en 1991^{129,130,134,158}, siendo la Universidad de Zaragoza la primera en impartir estos estudios durante el curso académico 1991/1992¹⁵⁹. Posteriormente, dicha diplomatura fue instaurándose progresivamente en otras universidades existiendo actualmente un total de quince a lo largo del país^{129,130,134,158}.

3.2. LA OCUPACIÓN HUMANA COMO BASE DE LA CIENCIA DE LA OCUPACIÓN.

Para Durante¹⁶⁰ la base filosófica de la Terapia Ocupacional se encuentra en el uso de la actividad intencionada y/o propositiva, siendo para Trombly¹⁶¹ y Polonio et al¹⁶², el medio más eficaz tanto para la evaluación, como para la consecución de los objetivos mediante el tratamiento terapéutico. Así, la ocupación es considerada una herramienta exclusiva de la Terapia Ocupacional como disciplina, que le proporciona su propia identidad y la diferencia del resto de profesiones del ámbito sociosanitario¹³², constituyendo tanto un medio como un fin terapéutico en sí misma^{127,157,159} y convirtiéndose en el núcleo central de la profesión¹⁶³.

Es teniendo como referente las características atribuidas a la actividad (autotélica, significativa, organizada, adaptativa, con propósito e intencional)¹⁶⁴, lo que conduce a Moruno et al¹⁵⁷ a definir el concepto de ocupación como “una actividad, significativa y funcional del sujeto, en el desempeño de su vida cotidiana”. De este modo, a través de la ocupación se procura capturar tanto la naturaleza como el significado que tienen las “actividades diarias” en la vida de la persona¹⁶⁵.

Por tanto, si la ocupación es toda aquella actividad que realizamos a lo largo de un día, ésta conlleva la participación activa en las diferentes áreas de ocupación¹⁶².

A pesar que Kielhofner et al^{166,167}, señalan que existen tres áreas de ocupación: AVD, trabajo y juego, otros autores coinciden que en Terapia Ocupacional las áreas de ocupación están formadas por ABVD, AIVD, educación, trabajo, juego, ocio y participación social^{141,168}.

74

No obstante, el Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional, suma el descanso y el sueño, por lo que las actividades que forman parte de las áreas de ocupación quedan clasificadas en ABVD, AIVD, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social¹⁶⁵.

Como consecuencia de la relevancia que las ocupaciones tienen en la vida diaria de las personas, surge la ciencia encargada de su estudio, la Ciencia de la Ocupación. Para García-Margallo¹³¹ se define “como una nueva ciencia social derivada de la TO cuyo objetivo principal es el estudio del hombre como ser ocupacional y de cómo los seres humanos llegan a comprender el sentido de su vida a través de la actividad encaminada al logro de los objetivos”. Su nacimiento está destinado a nutrir la profesión y a proporcionar una base de conocimientos centrados sobre este fenómeno¹⁶⁹. Como citan expresamente Pierce et al¹⁷⁰, la misión de la Ciencia de la Ocupación es el desarrollo y difusión de la profesión, así como ofrecer apoyo a los investigadores, ampliando el campo de conocimientos y el impacto que tiene en la vida de las personas.

Por tanto, la ocupación del ser humano, es un elemento común y distintivo tanto de la Terapia Ocupacional como de la Ciencia de la Ocupación, siendo el objeto central de ambas^{145,157,171}.

3.3. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

A lo largo de la historia, se han ido proponiendo innumerables definiciones de la Terapia Ocupacional que han evolucionado de acuerdo a la cultura y al quehacer de cada época. Todas ellas coinciden en un elemento común, la ocupación y el uso de actividades son la base del tratamiento^{127,128,156,157,172}.

Entre estas definiciones se encuentra la de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO), quien la define como: *“T.O es una profesión sociosanitaria, que a través de la valoración de las capacidades y problemas físicos, psicológicos y sociales del individuo pretende, con un adecuado tratamiento, capacitarle para alcanzar el mayor grado de independencia posible en su vida diaria. Y todo ello mientras se recupera de su enfermedad o se adapta a su discapacidad”*¹⁵⁶.

75

Por otra parte, es muy interesante tener en cuenta el estudio de Moruno et al¹⁵⁷, quiénes hacen una revisión más exhaustiva de la literatura clasificando las definiciones según su énfasis en la ocupación, en la actividad o bajo una visión mixta (tabla 14).

Tabla 14. Definiciones de Terapia Ocupacional.

-ÉNFASIS EN LA OCUPACIÓN.

-Weiner (1979): ciencia de la curación mediante la ocupación.

-Creek (1990): recuperación de la independencia funcional óptima y satisfacción de la vida a través del análisis y el uso de ocupaciones que han sido seleccionadas y que capacitan al individuo a desarrollar las habilidades adaptativas necesarias para desempeñar sus roles cotidianos.

-Reed (1992): estudio de las ocupaciones humanas (autocuidados, productividad y ocio) y la dirección de la conducta adaptativa requerida para la realización de estas funciones ocupacionales.

-Asociación Australiana de T.O (1994): se utiliza la ocupación para promover y mantener la salud y para prevenir o recuperar una disfunción como resultado de una enfermedad, lesión, envejecimiento, desventaja social o déficit que provocan una discapacidad. La ocupación se refiere a una actividad o tarea necesaria para el autocuidado, productividad u ocio. La ocupación es vista esencial para la salud.

-Asociación Colombiana de T.O (1994): disciplina de la ocupación humana, a partir del método científico, que se dirige al estudio, análisis y esclarecimiento de la naturaleza ocupacional del hombre, a fin de lograr el bienestar y calidad de vida del individuo a lo largo de su ciclo vital para que actúa adaptativamente en un rango de conductas que le permitan establecer un balance entre el trabajo, autocuidado, actividades de ocio y tiempo libre y responder en términos de identidad y aprendizaje a las necesidades individuales dentro del entorno social-ecológico-cultural.

-Gilbert (1996): ocupación debe ser el corazón de la T.O y debe guiar la acumulación y el desarrollo de los conocimientos de los T.O.

-American Occupational Therapy Association (AOTA, 1999): análisis y aplicación de ocupaciones seleccionadas, de la vida diaria, que tienen un significado y propósito para el individuo y le capacita para desarrollar, recuperar, fortalecer o prevenir la pérdida de hábitos, habilidades, tareas, rutinas o roles ocupacionales que ha realizado en el pasado o está aprendiendo a realizar para participar en la medida de lo posible como miembro de su entorno personal, social, cultural y económico.

-ÉNFASIS EN LA ACTIVIDAD.

-Pattison (1922): Actividad mental o física prescrita y guiada con el propósito de contribuir a la recuperación de una enfermedad o lesión.

-McNary (1947): cualquier actividad mental o física prescrita médicamente y guiada profesionalmente con el fin de ayudar al paciente en la recuperación de una enfermedad o lesión.

-American Occupational Therapy Association (AOTA, 1969): arte y ciencia de dirigir la respuesta del hombre hacia la actividad seleccionada para promover y mantener la salud,

prevenir la incapacidad, evaluar el comportamiento y tratar o enseñar a los pacientes con disfunción física o psicosocial.

-Rodríguez Reyes (1972): toda actividad de trabajo o recreo mental o físico prescrito y aplicado de una forma definida con el fin preciso de contribuir al tratamiento y alcanzar la curación. Su objetivo es introducir tan rápido como sea posible una participación activa del enfermo para que consiga alcanzar por sus propios esfuerzos, intereses y voluntad las normas de vida habituales.

-American Occupational Therapy Association (AOTA, 1986): uso terapéutico de las actividades de autocuidado, trabajo y ocio con el fin de incrementar la independencia funcional, mejorar el desarrollo y prevenir la incapacidad.

-World Federation of Occupational Therapist (WFOT, 1993): disciplina sanitaria que está relacionada con las personas discapacitadas física y/o mentalmente temporal o permanentemente. Los terapeutas ocupacionales están cualificados profesionalmente para indicar y hacer partícipes a los pacientes en determinadas actividades y así promover la recuperación y la máxima funcionalidad que satisfaga las demandas de sus entornos laborales, sociales, personales y doméstico y participar en la vida en el sentido más amplio.

-Durante (1995): tiene como motivo central la actividad, usada a veces como meta en sí misma y a veces como medio, permitiendo alcanzar un objetivo dado.

-Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO, 1999): disciplina sociosanitaria que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad corre un riesgo o está dañada por cualquier causa.

-MIXTAS.

-Vallejo (1991): actividad u ocupación con la aplicación de actividades concretas, con objetivos específicos en la evaluación y tratamiento de personas con dificultades cognitivas, motoras o del desarrollo.

-Bruno de Carvalho (1996): ciencia de la ocupación o actividad humana.

Fuente: Moruno et al¹⁵⁷.

Por tanto, la Terapia Ocupacional se trata de una disciplina enmarcada en las Ciencias de la Salud, practicándose como una profesión diferenciada¹²⁷ y la

única disciplina sanitaria cuyo eje central de su intervención gira en torno a la ocupación que el ser humano realiza cotidianamente¹⁷³.

De este modo, y de acuerdo a las anteriores acepciones, surgen numerosas descripciones del terapeuta ocupacional, concurriendo todos ellos en considerar que es el profesional que intervendrá para la evaluación y tratamiento de los déficits de y a través de las ocupaciones de la persona para potenciar una vida independiente^{174,175}.

En la línea anterior, para Santos¹³², el terapeuta ocupacional estudia la actividad humana como recurso terapéutico con el fin de prevenir y tratar las dificultades físicas y/o psicosociales, con el objeto de mejorar la calidad de vida de la persona.

Del mismo modo, según queda recogido en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de Profesiones Sanitarias¹⁷⁶ (LOPS), corresponde a los terapeutas ocupacionales “la aplicación de técnicas y la realización de actividades de carácter ocupacional que tiendan a potenciar o suplir funciones físicas o psíquicas disminuidas o pérdidas, y a orientar y estimular el desarrollo de tales funciones”.

78

3.4. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL.

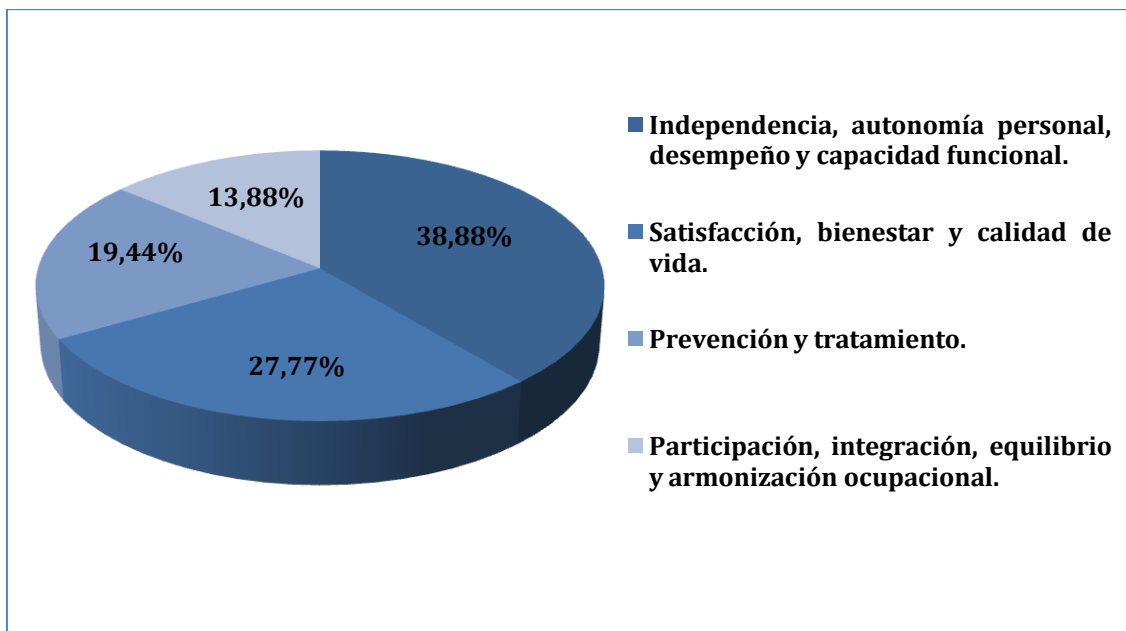
Una vez revisada la literatura y a pesar de la abundancia de objetivos de la intervención de la Terapia Ocupacional planteados según los diversos autores, todos confluyen en que la Terapia Ocupacional busca lograr, a través de las actividades intencionadas y ocupaciones, el máximo desempeño funcional para garantizar una adecuada calidad de vida, que a su vez permita a la persona participar y estar integrada en sociedad.

Como queda patente en la gráfica 23, son los objetivos de independencia, autonomía personal, desempeño y capacidad funcional los más utilizados, pues aparece en catorce documentos, representando, el 38,88% de los estudios

analizados, constituyéndose como los principales objetivos de la Terapia Ocupacional^{127,130,155-157,174,177-184}.

Le siguen los objetivos de satisfacción, bienestar y calidad de vida, con un total de diez documentos (27,77%)^{127,129,172,174,177,181,183-186}, continuado de la prevención y tratamiento, con siete menciones y reproducido en un 19,44%^{129,155,172,177,186-188}, para finalizar, la participación, integración, equilibrio y armonización ocupacional con un total de cinco documentos, simbolizando un 13,88% del total^{128,156,174,177,185}, llamando la atención que estos últimos no tengan un papel más destacado a pesar de reflejar la visión más holística de la disciplina.

Gráfica 23. Objetivos de la intervención de Terapia Ocupacional.



3.5. FUENTES DE INFORMACIÓN Y HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL.

Como sucede en otras disciplinas, el proceso de evaluación es fundamental por ser el motor de arranque del que deriva cualquier intervención exitosa. Es por ello, por lo que se ha querido dedicar un apartado a explicar en qué consiste dicho proceso y cuáles son esas fuentes de información y/o herramientas de evaluación de las que los terapeutas ocupacionales se pueden valer para garantizar una adecuada calidad.

En primer lugar, comenzaremos ofreciendo una definición de evaluación, para continuar más tarde por ofrecer, a modo de resumen, los métodos al uso.

Como señala Moruno¹⁸⁹, la evaluación se refiere a un proceso a través del cual se recoge y analiza la información relevante de un usuario, a partir de la cual se establecen hipótesis y se elaboran los objetivos a lograr con la consiguiente intervención terapéutica.

Así, el objetivo de la evaluación del terapeuta ocupacional es detectar, cuantificar y describir el desempeño del paciente, determinando en qué áreas ocupacionales se encuentran los déficits. También hay que evaluar las capacidades potenciales, identificando las causas que lo provocan y/o las consecuencias que ocasionan, lo que permite determinar las estrategias terapéuticas a seguir^{190,191}. Como señala Smith¹⁹² dicho proceso constituye una forma organizada y sistemática de presentar la información para hacer el consiguiente diagnóstico ocupacional.

80

En el proceso de la valoración, la aplicación para la recogida de información requiere de diferentes herramientas, encontrándose entre ellas fuentes directas e indirectas. Algunas a citar serían la observación, entrevistas a terceras personas y al propio paciente, revisión de documentos, inventarios, listas control y uso de herramientas estandarizadas, entre otras^{181,192-194}.

Las fuentes indirectas son muy importantes porque gracias a ellas se puede obtener información previa de manera rápida y abundante respecto a aspectos relevantes del paciente en cuestión, por lo que es aconsejable hacer uso de estas en primer lugar^{189,195}. Entre ellas, las más frecuentemente utilizadas son^{195,196}.

- Revisión de la historia clínica e informes de profesionales afines.
- Reuniones de equipo.
- Comités de admisión.
- Sesiones clínicas.
- Autoinformes.

- Autorregistros.
- Entrevistas familiares.
- Registros de huella.

Tras la revisión del terapeuta ocupacional por este medio, se pasa a la utilización de fuentes directas que se utilizan con la presencia y participación de la persona que corresponda. Como así constatan Moruno et al¹⁹⁶, posiblemente sea el procedimiento más utilizado para llevar a cabo la evaluación de TO.

Hay una gran variedad de herramientas de evaluación, pudiéndose clasificar en si son o no estandarizadas. Los instrumentos no estandarizados, a pesar de ser muy útiles, rápidos y flexibles para la obtención de información en dicho proceso, no son rigurosos ni estándares tanto para la recogida como para el ulterior análisis de los datos, entre los que contamos con la observación, siendo el método más frecuente, y el razonamiento clínico¹⁹⁷. Por otra parte, las herramientas de evaluación estandarizadas gozan de mayores ventajas, entre ellas, las que describen el desempeño en términos cuantificables, miden un comportamiento, habilidad, actitud, destreza, rendimiento, etc. de manera específica, lo que permite comunicar los resultados y compararlos con otros profesionales y/o evaluadores. Además, cumplen con unas garantías de validez y fiabilidad, siendo seguras para el establecimiento de la funcionalidad de una persona¹⁹⁵⁻¹⁹⁷.

3.6. TERAPIA OCUPACIONAL Y SU PRESENCIA EN LOS SERVICIOS SOCIALES.

3.6.1. Concepto y marco de actuación de los servicios sociales.

La Constitución Española¹⁹⁸, en su artículo 148.20 asigna a las comunidades autónomas la competencia de asistencia social. De esta forma, los servicios sociales son definidos como aquellos cuyo objetivo es prevenir y mitigar diversa problemática social y la marginación que esta trae consigo¹⁹⁹.

Para Moix²⁰⁰, *“los servicios sociales son servicios técnicos, prestados al público o a determinados sectores del mismo, de una manera regular y continua, por*

las más diversas organizaciones públicas o privadas, con el fin de lograr o aumentar el bienestar social", a lo que añade que el motivo de la existencia de los mismos es servir a las políticas de bienestar social, siendo el principal instrumento concebido para este fin.

En relación al marco de actuación de los servicios sociales y coincidiendo con la afirmación anterior, estos parecen surgir para dar respuesta a los derechos sociales y satisfacer las necesidades de la población más desfavorecida^{201,202}.

Su marco de referencia queda configurado dentro del denominado Estado de Bienestar en el que se encuentra España, entendido como el conjunto de instituciones públicas cuyos objetivos son mejorar las condiciones de vida y velar por la igualdad de oportunidades en el acceso a la cartera de servicios disponibles para ello²⁰². Señala García²⁰³, que de esta manera, la instauración de un sistema público de servicios sociales ha permitido consolidar y defender los derechos sociales, siendo las personas en situación de dependencia un objetivo primordial en la intervención de los mismos²⁰⁴⁻²⁰⁶.

82

3.6.2. Marco legislativo y niveles de atención de los servicios sociales.

A partir de los años 60 se comenzaba a hablar de los servicios sociales, resumiéndose la evolución legislativa española en esta materia durante la segunda mitad del siglo XX, en la Ley de Bases de la Seguridad Social, de 28 de diciembre de 1963²⁰⁷, y texto articulado de 21 de abril de 1966²⁰⁸ (texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, de 20 de junio de 1994²⁰⁹), servicios que quedan delegados en el Instituto Nacional de Servicios Sociales (IMSERSO) hasta su posterior transferencia a las comunidades autónomas; en la Constitución Española de 1978¹⁹⁸; en las leyes de servicios sociales, que se fueron regulando específicamente en las comunidades autónomas y en las corporaciones locales (que también tienen competencias específicas en materia de servicios sociales). Dentro de estas últimas, cabe citar la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las bases de régimen local²¹⁰, siendo decisivo para su impulso el Plan Concertado para el desarrollo de prestaciones básicas de servicios sociales de comunidades

locales¹⁹⁹, promovido por el Ministerio de Trabajo y desarrollado en el año 1988, así como otras medidas legislativas. Destacan la Ley General de Sanidad²¹¹ (1986), la Ley de Prestaciones No Contributivas²¹² (1990) o más recientemente, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud²¹³ (SNS)^{42,51,58,199,214}.

Entre las medidas que protegen a las personas con discapacidad, hay que mencionar la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos²¹⁵ (LISMI) (derogada por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social²¹⁶), junto a la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad²¹⁷ y el II Plan de Acción para las personas con discapacidad 2003-2007²⁰⁴.

Si nos centramos específicamente en las leyes y medidas de servicios sociales orientadas a la población mayor de España, es necesario referirse a la Orden de 19 de marzo de 1970²¹⁸, que recogía un variado catálogo de servicios tanto comunitarios como residenciales para este grupo poblacional, resaltando también el Acuerdo Interministerial para la coordinación sociosanitaria (1993) y el Plan Gerontológico (1990), sustituido diez años más tarde por el Plan de Acción para las personas mayores 2003-2007^{204,206}.

En 2007, se aprueba en este mismo ámbito de servicios sociales, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia⁷, siendo la misma la que permitirá que los servicios sociales se configuren como el cuarto pilar del Estado de Bienestar, que permitiría universalizar y fortalecer los servicios sociales²⁰⁶, señalando la Fuente et al²¹⁹ que era una extraordinaria oportunidad para transformar el sistema de protección social, mejorar la calidad, los equipamientos, formación y condiciones laborales de los cuidadores profesionales.

Centrándonos ya en los niveles de atención en los que la persona con necesidades sociales especiales puede recibir la cobertura necesaria, se encuentran divididos en *servicios sociales de base* y *servicios sociales especializados*.

Los *servicios sociales de base*, que también reciben el nombre de generales, básicos, comunitarios, municipales o de atención primaria, constituyen el primer nivel y están orientados a toda la población, siendo la puerta de entrada al sistema y los cuales permiten el acceso a recursos más específicos encuadrados en el servicio social especializado, estando distribuidos territorialmente bajo los principios de proximidad, universalidad, enfoque comunitario y descentralización, circunscribiéndose a una zona concreta^{202,206,220}.

En el otro extremo, se encuentran los *servicios sociales especializados*, secundarios o de segundo nivel, cuya fundamentación se centra en la atención a colectivos concretos, que requieren de dispositivos atencionales más específicos, debido a la presencia de situaciones más complejas, siendo su cobertura más amplia, ofertados tanto a nivel regional, comarcal como provincial²⁰². Aquí es donde queda configurada la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia⁷.

84

3.6.3. Los servicios sociales en Extremadura.

Es en las comunidades autónomas donde quedan descentralizadas las competencias estatales en materia de bienestar social, configurando los servicios sociales y permitiendo de ese modo, el desarrollo de una variada red de servicios públicos a disposición de toda aquella persona que lo necesite^{199,202,204}.

En la comunidad autónoma de Extremadura, “el desarrollo reglamentario, en lo que a los servicios sociales de base se refiere, tuvo lugar mediante el Decreto 22/1985, de 9 de mayo²²¹, de creación de los servicios sociales de base y establecimiento de las condiciones para la concesión de subvenciones (DOE nº 46, de 6 de junio de 1985)”. Así la atención o servicio social fue desarrollada mediante la Ley 5/1987, de 23 de Abril, de Servicios Sociales²²² y adaptada doce años más

tarde por Decreto 12/1997, de 21 de enero, por el que se desarrollan las prestaciones básicas de servicios sociales de titularidad municipal y se establecen las condiciones y requisitos de aplicación a las ayudas y subvenciones destinadas a su financiación²²³. De este modo, para poder poner en práctica todo el contenido de la citada ley, se requirió que los servicios sociales se orientaran con carácter general a toda la población y se estructuraran como ya veíamos a nivel estatal, en servicios sociales de base y especializados, según fuesen dirigidos a todos los ciudadanos o a un sector específico²²².

Gracias a la implantación de la Ley de Servicios Sociales²²², en Extremadura se ha producido un importante progreso en lo que a medidas de política social se refiere. No obstante y debido a los cambios que toda sociedad sufre con el paso de los años, en la comunidad autónoma se ha requerido la creación de nuevos desarrollos normativos que se ajusten a los tiempos actuales, debiéndose a este motivo la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia⁷ y la redacción de una nueva regulación legislativa y de la nueva Ley de Servicios Sociales de Extremadura, Ley 14/2015, de 9 de abril, de Servicios Sociales de Extremadura²²⁴, que se centra en la promoción del desarrollo personal y comunitario, reordenando el sistema público de servicios sociales de Extremadura y derogando la Ley 5/1987, de 23 de abril, de Servicios Sociales²²² de Extremadura, quedando establecidos en su artículo 1 los objetivos de la misma.

85

En su artículo 3, la Ley²²⁴ se refiere al *sistema de servicios sociales de Extremadura* como “el conjunto de servicios, prestaciones y actuaciones, de titularidad pública y privada, que tienen por objeto la promoción y el desarrollo pleno de todas las personas y grupos dentro de la sociedad para la obtención de un mayor bienestar social y una mejor calidad de vida”.

Como señalan algunos autores, un requisito imprescindible para el acceso la mayoría de las prestaciones de los servicios sociales consiste en una valoración administrativa previa para la evaluación objetiva de las necesidades y que suele efectuarse a través de la aplicación de unos baremos específicos^{58,202,225}.

3.6.4. La implicación de la Terapia Ocupacional en los servicios sociales.

Como señalan Steultjens et al¹⁸⁴, el objetivo de las políticas sociales gubernamentales, es lograr la mayor independencia y bienestar de las personas en su comunidad gracias a la asignación de recursos públicos, compartiendo los objetivos sobre los que está asentada la Terapia Ocupacional, por lo que tienen una gran similitud en cuanto a principios se refiere. Así Osés¹⁷⁸, señala que “el conjunto de recursos que constituyen el sistema de protección social en el que el terapeuta ocupacional tiene ocasión de prestar sus servicios, puede dividirse en dos grandes bloques: la asistencia sanitaria y la asistencia social”.

Del mismo modo, las Heras²⁰², señala que dentro del marco de los servicios sociales, los terapeutas ocupacionales ejercen sus funciones profesionales en diferentes entidades, quedando enmarcadas tanto a nivel local, comarcal, regional, provincial, autonómica o estatal, siendo fundamental conocer el tipo y características específicas de cada organización, recurso o dispositivo de los servicios sociales a los que pueden acceder las personas. Esto permitirá desempeñar una labor más profesionalizada e integral en el contexto de la institución donde se lleva a cabo y lograr los objetivos planteados y a favor del fomento de la coordinación institucional.

Dentro de los servicios sociales, los terapeutas ocupacionales suelen realizar su intervención profesional dentro de los servicios especializados, ya que están destinados a colectivos específicos; no obstante, y teniendo en cuenta el campo de actuación de los servicios sociales de base y sus objetivos, sería interesante la inclusión de los terapeutas ocupacionales a este nivel para fomentar dos objetivos planteados en la LAPAD, prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal, siendo una ley de importante índole para la disciplina, por los objetivos y principios compartidos, no exclusivamente con funciones de atención directa a la persona con necesidades especiales, sino también formando parte del diseño y ejecución de políticas y servicios públicos^{202,226,227}.

Como veremos más adelante, el presente estudio está enmarcado dentro del servicio social especializado, el que ofrece a la persona en situación de dependencia que así lo requiera, un diverso catálogo de servicios. El objetivo es garantizar una cobertura de sus necesidades, mejorar su desempeño funcional, así como la calidad de vida y los recursos sociales existentes, objetivos todos ellos centrales para la disciplina de Terapia Ocupacional, compartidos a su vez con los servicios sociales.

CAPÍTULO 4. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE DEPENDENCIA FUNCIONAL.

4.1. UNA APROXIMACIÓN HISTÓRICA A LA DEPENDENCIA FUNCIONAL.

Históricamente, la institución que se encargaba de la salud pública estaba bajo la denominación de beneficencia, destacando las labores relacionadas con la caridad pública hacia los pobres, enfermos y discapacitados²²⁸. La beneficencia como institución fue sufriendo cambios en sus bases y principios a lo largo de los siglos. De este modo, en la Edad Media, el ámbito social descansaba sobre los sentimientos religioso, guerrero y nobiliario y en la Edad Moderna, las instituciones dedicadas a la beneficencia siguieron prosperando, gracias a la ampliación de las ya existentes²²⁹.

Como apunta Casado²³⁰, en aquella época, tanto los ámbitos sociales públicos como privados se concentraban en los colectivos más desfavorecidos. De tal manera, que la medida tomada por las autoridades del momento versaban en impedir y obstaculizar la mendicidad de personas aptas para realizar un trabajo, bajo la concepción de “mendicantes validi”. Sin embargo se autorizaba mendigar y pedir limosnas hasta encontrar asilo en los hospitales. En cualquier caso, ambas líneas de actuación iban a favorecer a las personas en situación de dependencia funcional, la subsistencia en una sociedad de desigualdades sociales.

En la época desde que ascendió al reinado Felipe V (aproximadamente en 1700) hasta la muerte de Fernando VII (en 1833), se trató de reformar la acción privada, generalizando los beneficios de la caridad²²⁹, pero no es hasta el reinado de Isabel II (1833-1868) cuando se constata la transición de la antigua beneficencia a la beneficencia moderna, siendo durante este período donde se localizan los mayores resultados para la beneficencia, tanto que en el año 1832 el gobierno intenta regularizar la institucionalidad de la beneficencia²²⁸. Fue en 1845 cuando se promulgaron las leyes orgánicas de ayuntamientos y diputaciones provinciales, siendo un punto de inflexión para la beneficencia²²⁹. Y en 1895, cuando se aprobó el Reglamento de la Ley General de Beneficencia²³¹, que informaba de los establecimientos de beneficencia públicos y privados destinados

a satisfacer necesidades permanentes o situaciones especiales relacionados con situaciones de dependencia.

Hacia finales del siglo XIX, coincidiendo con el capitalismo se impulsará a las sociedades para que comiencen a preocuparse por la Salud Pública^{228,232}. Y aunque es en esta época cuando comienza la transición del antiguo sistema de caridad religiosa hacia la beneficencia pública, no es hasta las primeras décadas del siglo XX, cuando el Estado va asumiendo nuevas formas de protección y asistencia²³³ y cuando comienza a producirse el cambio de paradigma desde la llamada “Beneficencia Pública” del sistema decimonónico hacia la Salud Pública²²⁸.

Será en esta época cuando comienzan a contemplarse las indemnizaciones por accidentes de trabajo u otro tipo, por defunciones o incapacidades permanentes. Este tipo de movimientos, por tanto, han ido sufriendo importantes avances y constituyendo la finalidad de las políticas de intervención en el ámbito sociosanitario para la atención a la dependencia funcional en la actualidad^{230,233,234}.

90

4.2. LA FORMACIÓN DEL CONCEPTO “DEPENDENCIA FUNCIONAL”.

Para poder hablar con precisión del fenómeno de dependencia funcional, es necesario conceptualizarlo en torno a aquellos términos relacionados que nos acercan a una mejor comprensión. No tendría sentido comenzar este apartado definiendo dependencia funcional, sin tener en cuenta la visión positiva de la capacidad de un sujeto para realizar una actividad.

4.2.1. Conceptos de independencia, autonomía personal, funcionalidad, dependencia y dependencia funcional.

En muchos textos se habla de manera indiferente de los términos *independencia* y *autonomía personal*, y aunque los dos se refieren a la posibilidad de llevar a cabo sin ayuda de otras personas una determinada tarea, ambos términos difieren.

Comenzaremos hablando de independencia en términos de potencialidad, como la capacidad de un sujeto para realizar actividades de la vida diaria sin colaboración y/o ayuda de otras personas. En base a esto, para Abellán et al¹¹⁸, “si alguien con discapacidad no recibe ni pide ayuda, es una persona “independiente”, como lo son todas las que no tienen problemas funcionales”. Del mismo modo, Clark et al²³⁵ afirman que el uso de un dispositivo de ayuda por sí mismo no constituye dependencia. No obstante, Querejeta²³⁶, señala que dentro del contexto de las condiciones de salud, discapacidad y dependencia son atributos inseparables, aunque pueda existir discapacidad sin la presencia de dependencia.

Por tanto, no todas las personas con discapacidad van a ser dependientes, sin embargo una persona con discapacidad que necesita ayuda de una tercera persona para la realización de una actividad, es una persona en situación de dependencia. Es posible que además de necesitar colaboración para finalizar una actividad, también la requiera para tomar la decisión de cómo llevarla a cabo, en este caso, no sólo estaría afectada la independencia, sino también la autonomía personal.

Abad-Corpa et al²³⁷ equiparan los conceptos de independencia y autonomía personal. Sin embargo, para Casado et al²³⁸, etimológicamente hablando, “autonomía” apunta a la capacidad para tomar decisiones. Así se entendería la autonomía personal como la capacidad de autogobierno, de tener el control y afrontar por propia iniciativa decisiones relativas a la vida personal de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como el mantenimiento y mejora de las habilidades, para, teniendo los recursos necesarios, responsabilizarse de las mismas sin depender de otras personas para desarrollar las AVD^{214,237,239-242}.

En la misma línea, Querejeta²³⁶, define la autonomía como “una cualidad abstracta equiparable con la autodeterminación”. La pérdida de autonomía personal, así como señalan Campos et al²⁴³, podría conducir a una situación de dependencia funcional, siendo uno de los problemas más frecuentes al que se puedan enfrentar los profesionales sanitarios.

En resumen, la independencia personal sería la capacidad del individuo para satisfacer sus necesidades básicas, o realizar las actividades básicas de la vida diaria y la autonomía incluiría además la independencia económica y la capacidad para tomar decisiones y obrar de acuerdo con las normas y creencias propias¹.

Junto a los términos de autonomía e independencia personal, se considera preciso agregar la acepción de *funcionalidad y/o función*, pues contribuye a un conocimiento más profundo del fenómeno que ha motivado el estudio.

Hay numerosos autores que definen el término función, pero podemos considerar que todos ellos coinciden en la idea común de presentarla como ese estado funcional y/o capacidad de ejecutar aquellas acciones más o menos complejas de automantenimiento y cuidado personal que componen nuestro quehacer diario, de manera autónoma y deseada a nivel individual y social, adaptándose a los problemas que se planteen en su vida diaria²⁴⁴⁻²⁵¹.

En la actualidad es reconocida la trascendencia que tiene la “capacidad funcional” como parámetro de evaluación del estado de salud para las personas y es que la funcionalidad o mantenimiento de la capacidad funcional ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el mejor indicador del efecto que una enfermedad tiene sobre el estilo de vida e independencia personal, siendo la medición de este parámetro la mejor manera para medir la salud. La pérdida de esta capacidad es un predictor de mala evolución clínica y aumenta la morbilidad y mortalidad estando muy relacionada con la interacción social y familiar^{193,244,245,248,249,252-254}. Por otra parte, entre otros significados, el diccionario de la Real Academia Española²⁵⁵, 2003 (RAE) define la *dependencia* como la “situación de una persona que no puede valerse por sí misma”.

En línea con la acepción planteada por la RAE, diversos autores definen dependencia como aquella situación referencial en la que se encuentra un importante grupo de personas que como consecuencia de sus condiciones psicofísicas, en relación con las circunstancias de la realidad en la que viven,

necesitan de la ayuda de otras personas para la realización de las AVD, que le permitan adaptarse a las exigencias de su medio^{2,30,68,96,107,250,256-261}.

Por tanto, la *dependencia* está asociada a una disminución de la capacidad funcional para realizar las AVD y se relaciona con la necesidad de asistencia de otras personas^{240,262}. Así, a pesar de que el concepto de dependencia es utilizado en numerosas disciplinas y contextos, todas las definiciones tienen un denominador común, la dificultad para llevar a cabo actividades y como consecuencia de ello, la necesidad de obtener ayuda²⁶³. A lo que Abellán et al¹¹⁸ añaden como criterio definitorio la capacidad de desempeño autónomo en tres ámbitos fundamentalmente: el autocuidado personal, la gestión del hogar y la participación social.

Sarabia²⁶⁴, en relación al término *dependencia funcional*, considera que son personas en esta situación “aquellas que, aún gozando de capacidad de autodeterminación, tienen, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, necesidad de asistencia y/o ayuda importantes para realizar las actividades de la vida cotidiana con el fin de realizar plenamente sus potencialidades personales y sociales”. Para Casado²⁶⁵, esta es la dependencia que en la actualidad está en auge.

93

A pesar de las múltiples definiciones presentadas, lo cierto es que la dependencia queda retratada negativamente como la ausencia de independencia, siendo este un objetivo que tanto individuos como organizaciones deben intentar alcanzar²⁶⁶.

Analizado desde el punto de vista de la persona en situación de dependencia, cabe destacar que pueden experimentar una sensación de subordinación hacia la persona de la cual reciben la ayuda. Por este motivo, la dependencia debe ser abordada necesariamente desde un modelo que integre la atención sanitaria y la social. Y es que la dependencia entendida desde este punto de vista ha adquirido gradualmente la consideración de riesgo social siendo la principal preocupación y causa de una baja calidad de vida en cualquiera de las

etapas de la vida, estando relacionada con la probabilidad de institucionalización y muerte^{3,237,249,267-269}.

4.3. ETIOLOGÍA Y ANÁLISIS DE LOS FACTORES PREDICTORES DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL.

Las causas de la dependencia funcional (DP) son de muy diversa índole y requieren de una importante apuesta por la investigación.

Para un preciso acercamiento a la etiología de la dependencia funcional, es importante establecer una cronología ordenada de los diversos problemas que han ido apareciendo en el tiempo, incluyendo cuándo y cómo comenzaron los cambios en la funcionalidad de la persona²⁷⁰.

Como apunta Casado²³⁰, el origen inmediato de la dependencia funcional radica en las deficiencias, es decir, en aquellas alteraciones de origen psicobiológicas de carácter estructural o funcional, aparecidas en el momento del nacimiento o en el curso de la vida, que pueden ser estables o evolutivas y causadas por traumatismos o enfermedades. Así hay autores que señalan estas últimas como la principal causa de dependencia, debido a que los cambios biológicos producen en los órganos una pérdida de función difícilmente reversible y, a su vez, una disminución de la máxima capacidad funcional en los individuos^{267,271-273}.

Como señala Casado²³⁰, existen dependencias funcionales causadas por alteraciones genéticas, también por ciertas enfermedades infecciosas, que pueden ser causa de discapacidad grave que provoque una situación de dependencia para la realización de actividades cotidianas y a éstas pueden unirse los accidentes y otros traumatismos. Una persona puede padecer anomalías orgánicas en el aparato locomotor o en las extremidades, deficiencias del sistema nervioso, alteraciones viscerales (aparatos respiratorio, cardiovascular, digestivo, genitourinario, sistema endocrino-metabólico y sistema inmunitario), entre otras⁹⁸.

De igual modo, la capacidad funcional se verá influida por factores psicológicos, sociales y ambientales, tales como las características del entorno o la presencia de una red de apoyo social fuerte^{267,268,274}.

En cualquier caso, serían las deficiencias la base de la dependencia funcional, siendo estas el resultado de una manifestación de disfunción orgánica^{265,275}.

De lo que no hay ninguna duda es que el progresivo aumento de las enfermedades crónicas, peores hábitos de vida, etc, están provocando un incremento paulatino en el porcentaje de las personas que no pueden desarrollar las AVD por alguna causa⁹⁸.

Cuando el desarrollo de una enfermedad crónica se da en la edad adulta, a menudo es considerada sinónimo de deterioro, de reducción de la competencia, aumento de las necesidades y presencia de problemas emocionales, traduciéndose a su vez en un aumento de la dependencia funcional, que puede estar asociada o no al fenómeno del envejecimiento y depender de múltiples factores determinantes como las características de las diferentes enfermedades^{253,266,276}.

95

Al buscar el origen de la dependencia funcional en las personas de edad avanzada, ésta puede provenir de edades anteriores, como puede ser el caso de una discapacidad intelectual acaecida en el nacimiento o una enfermedad neurológica derivada de un accidente laboral. Sin embargo, la mayoría de las situaciones de dependencia en esta fase de la vida aparecen o se consolidan por procesos patológicos concomitantes al envejecimiento, ya que la edad aumenta la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad crónica, con una disminución de las habilidades funcionales^{98,230,254}. En otras ocasiones el motivo que genera la situación de dependencia funcional, no es la aparición de una enfermedad crónica, sino la agudización de un proceso patológico existente²⁷⁷.

No obstante, en numerosas ocasiones no hay una relación directa entre la enfermedad y el deterioro funcional²⁷⁸. En cualquier caso, como señalan Roppolo

et al²⁷⁹ es importante centrarse en los primeros indicadores de incapacidad, con el objetivo de evitar el declive funcional.

Por todo ello, la OMS plantea la existencia de una estrecha asociación entre la presencia de una enfermedad y la afectación de la calidad de vida, como consecuencia de un proceso de dependencia funcional, siendo fundamental la comprensión de la relación entre enfermedad crónica y limitación funcional para el mantenimiento de la máxima independencia en las personas de edad avanzada^{280,281}.

Se sabe que en los últimos años se ha producido un considerable incremento de la población de edad avanzada y de la prevalencia de enfermedades crónicas. Ambos factores han contribuido a la formulación de políticas sociales de atención a la dependencia funcional (rehabilitación, tratamiento médico, intervenciones de salud pública y la investigación) en todo el mundo^{281,282}.

4.4. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

Todas las definiciones vistas en el punto anterior sobre el término de dependencia, tienen como denominador común la necesidad de ayuda para la realización de las AVD, estando inexorablemente unidos a las mismas los conceptos de independencia y autonomía personal^{1,108}.

De este modo, se hace imprescindible identificar cuáles son los actos corrientes de la vida diaria que se han de tener en cuenta a la hora de valorar si una persona se encuentra en situación o no de dependencia²⁴³.

Como apuntan Romero¹ y Martorell et al²⁸³, esto no es algo novedoso, sino que a lo largo del pasado siglo distintos profesionales afines a las Ciencias de la Salud y del Trabajo Social, comenzaron a plantearse la relevancia que tenían en la vida cotidiana de una persona todas esas actividades. No obstante, habrá que esperar hasta finales de los años 70 y principios de los 80 para encontrar las primeras definiciones formales de las AVD. A finales de la década de los 80 se

amplió el concepto, pero no es hasta 1990 cuando aparece la actual división de las AVD (de las que se hablará más adelante), constituyendo uno de los pilares fundamentales en la práctica profesional de los terapeutas ocupacionales.

Sin embargo, a su vez, Martorell et al²⁸³ afirman que es en el año 1947 cuando son definidas por Edgerton, quien las denomina “actividades de autoayuda”. Otros autores señalan que hay un sinnúmero de actividades que las personas realizan diariamente desde que se levantan hasta el momento de irse a dormir, designándose como AVD todas aquellas que se realizan para vivir de manera autónoma, satisfaciendo el autocuidado personal, la integración en su medio y el cumplimiento de su rol social, siendo un importante predictor de los problemas de salud^{1,110,168,243,267,284-286}. Estas actividades se desarrollan desde edades tempranas de la vida. Al nacer somos dependientes y progresivamente vamos desarrollando las capacidades funcionales (andamos, controlamos esfínteres, aprendemos a comer sin ayuda, nos peinamos...) ¹⁹⁴.

Querejeta²³⁶, afirma que las mismas reciben diversos nombres. Así, en función de los medios se clasifican u ordenan como básicas, instrumentales y avanzadas, básicas e instrumentales, funcionales, situacionales y laborales, clasificación que también utilizan Salvá et al²⁶³.

97

Sánchez³⁷, Rogero-García¹¹⁰, Álvarez et al²⁴⁵, Jefferson et al²⁸⁷ y Pfeffer et al²⁸⁸, dividen las AVD en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Dicha clasificación se efectúa en función del fin y de la complejidad cognitiva que los actos requieran. Sin embargo, Trigas-Ferrín et al²⁴⁴ y Casado²⁶⁵, las clasifican en ABVD, AIVD y actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD).

Independientemente del número de actividades contenidas en cada una de las clasificaciones de las AVD y del nombre que reciban las mismas, en lo que coinciden todos los autores consultados es en la definición que se les da a cada una de ellas.

De tal manera, se consideran que las **ABVD** son actividades universales, que permiten la supervivencia del individuo, están ligadas a las necesidades de autocuidado más elementales, estando dirigidas a uno mismo y apenas supone un mínimo esfuerzo cognitivo, siendo su ejecución automatizada desde edades muy tempranas, cuyo objetivo último es la independencia personal. Normalmente quedan incluidas en esta clasificación la alimentación, control de esfínteres, el aseo, el baño, el vestido, la movilidad personal, transferencias corporales, sueño y descanso^{1,244-246,248,283,284,287-290}. De manera similar quedan definidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia⁷ (LAPAD), considerándose como ABVD “las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas”. Este es el criterio utilizado como referencia en la mayoría de los países que tienen un sistema consolidado de atención a la dependencia¹²². Hay que tener en cuenta que estas actividades varían en cada cultura, que es la que regula la forma en la que se consideran adecuadas según los patrones de cada una de ellas¹.

Las **AIVD**, serían aquellas que implican mayor complejidad cognitiva y motriz, siendo fundamentales para permitir a la persona una adaptación e interacción con su entorno, así como mantener las relaciones y el manejo independiente en la comunidad, contribuyendo a su desarrollo social. Conllevan un mayor sesgo cultural y no suelen estar caracterizadas por un conjunto homogéneo de ítems. Entre ellas nos podemos encontrar la utilización de sistemas de comunicación, escribir, uso del teléfono, movilidad en la comunidad, mantenimiento de la salud, manejo del dinero, hacer compras, preparación de comidas, limpieza y cuidado del hogar, de la ropa y de los otros, uso de procedimientos de seguridad y respuesta ante emergencias^{1,243,262,288,291}. Dicho esto, es importante saber que las mismas se van adquiriendo gradualmente con la infancia, se perfeccionan gracias a la práctica y se automatizan gracias a la repetición e interiorización de las mismas, sin apenas pensar en ello^{1,292}.

Por **AVDA**, se entiende aquellas “actividades complejas en relación con el estilo de vida del individuo, por lo que su medición universal es difícil. No son indispensables para el mantenimiento de la independencia, aunque a través de ellas se intenta identificar precozmente una disminución de la función. Son actividades de tipo lúdico y relacional, conductas elaboradas de control del medio físico y del entorno social que permiten al individuo desarrollar sus papeles sociales”²⁹³.

4.5. LA VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL.

Tanto a nivel nacional como internacional, son muchas las investigaciones que en la actualidad se realizan sobre evaluación funcional, siendo esta el resultado de la interacción de los elementos biológicos, psicológicos y sociales considerándose un complejo proceso que va a requerir la evaluación desde diferentes puntos de vista, fundamental para garantizar una adecuada atención de la población en situación de dependencia^{194,294,295}.

La valoración funcional debe llevarse a cabo con un objetivo concreto y ser realizada en un ambiente y momento precisos, dirigiéndose a determinar la capacidad del sujeto para realizar las actividades de la vida diaria imprescindibles para el mantenimiento en su entorno habitual^{245,249,267,296}. Así, resulta elemental la medición de manera organizada de la funcionalidad del sujeto, porque es este parámetro y no las condiciones de salud, las que van a determinar su estado real, siendo en ocasiones el compromiso de la función la única manifestación de una enfermedad subyacente^{291,297}.

Por tanto, la evaluación (instrumento básico para poder planificar y estudiar el fenómeno que ocupa este estudio), consiste fundamentalmente en el estudio de la capacidad que tiene una persona para completar determinadas actividades sin ayuda física externa, así como de la intensidad de los apoyos que requiere para la interacción con su contexto ambiental y personal²⁹⁸. Permite conocer el grado de dependencia tanto para las ABVD como para las AIVD, prevenir riesgos, valorar el pronóstico y estado de salud general, la necesidad de

recurrir a rehabilitación y/o uso de recursos sociales y/o sanitarios, así como su bienestar^{299,300}.

En definitiva, como añaden Gómez et al²⁶⁷, la valoración funcional es “uno de los mejores indicadores del estado de salud, de la calidad de vida, un buen predictor de morbilidad y del consumo de recursos asistenciales”, siendo igualmente un “excelente predictor de episodios adversos en personas mayores hospitalizadas, institucionalizadas o en la comunidad. También es considerado como uno de los principales instrumentos utilizados para la valoración general de la calidad de vida”^{291,301}.

La valoración funcional de la persona dependiente puede responder a múltiples objetivos: asistencial, epidemiológico, acceso a prestaciones públicas, etc. y su medición engloba otras cuestiones como las actividades que la definen, los factores predictores de su aparición, medidas a tomar ante una situación de dependencia funcional, etc^{262,302}.

100

Este proceso de valoración multidimensional y sistemático, cuyo objetivo es facilitar la comunicación entre profesionales, necesita hacer uso de instrumentos que permitan homogeneizar la información recogida, siendo muy útiles las escalas de valoración^{263,303}.

Como señalan Salvá et al²⁶³, desde mediados del siglo XX se empezaron a generar las primeras escalas que permitieran determinar el impacto que tienen las enfermedades sobre las personas que las sufren, siendo su principal función valorar la carga asistencial, el consumo de recursos y la necesidad de tratamiento rehabilitador, entre otras. De ese modo, la existencia de métodos de evaluación eficaces, son un requisito primordial para la planificación de la atención y estudio de cualquier fenómeno sanitario, psicológico o social, así como en la formulación de objetivos y planes de tratamiento, contribuyendo a su vez al bienestar general de las personas evaluadas^{295,298,304}. Sin embargo, no será hasta 1935 cuando la evaluación de las AVD se convierta en una práctica sistemática en Terapia Ocupacional, apareciendo el primer instrumento en 1950²⁸³.

Al igual que la valoración funcional se plantea diferentes objetivos, los instrumentos de evaluación estandarizados serán tan variados como lo son los fines que tengan previstos: clínicos asistenciales, uso epidemiológico, acceso a sistemas, etc²⁶⁷. Pero lo realmente importante es que cualquier instrumento debe ser válido, fiable, de uso sencillo, sensible para detectar cambios relevantes y de fácil comprensión, ya que van a ser utilizados en diferentes recursos sociosanitarios para establecer objetivos terapéuticos y monitorizar el curso clínico de un sujeto. Se aconseja, por tanto, que sean sencillas, rápidas e idóneas en función de su aplicación^{293,305,306}.

De esta forma y como bien apunta Querejeta²³⁶, nos encontramos con instrumentos de evaluación que recibirán un sinnúmero de denominaciones: “de las actividades de la vida diaria (AVD); de clasificación funcional; medida de independencia funcional (MIF); funcionamiento físico y problemas estructurales; de necesidad de ayuda de tercera persona (ATP); de valoración de la dependencia; de incapacidad física; de incapacidad funcional; de válido o no válido; de autonomía”. A continuación de esta primera designación, figura un calificativo que va a corresponderse con el nombre de quien lo gestó o la aplicación que tenga esa herramienta, entre otras. Así tenemos: “Barthel, Kuntzman, Cruz Roja, de asignación de recursos, de ingreso en residencias, etc”.

101

En la valoración funcional las medidas más usadas son las que evalúan dos grandes áreas, las ABVD y las AIVD^{245,289}.

Entre las escalas más relevantes que valoran las ABVD, se encuentran el índice de Katz y el índice de Barthel, siendo la escala de Lawton y Brody la más conocida para la evaluación de las AIVD²⁹⁹.

Una vez efectuada la evaluación funcional por los medios seleccionados, se podrá diseñar un plan individualizado de atención (PIA), con el objetivo de lograr la máxima calidad de vida de la persona en situación de dependencia¹⁹⁴.

4.5.1. Herramientas de evaluación de dependencia funcional más utilizadas.

4.5.1.1. Índice de Barthel.

También llamado Índice de Discapacidad de Maryland o de la valoración funcional. Fue diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel para medir cómo evolucionaban personas con problemas neuromusculares y músculo-esqueléticos en un hospital de enfermos crónicos de Maryland. Fue publicado finalmente en 1965. En la actualidad es uno de los instrumentos de evaluación de las ABVD más utilizado a nivel internacional en pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda. En España es la herramienta de evaluación funcional más utilizada principalmente en atención especializada, unidades de geriatría, ámbito hospitalario y de rehabilitación, así como en instituciones de media y larga estancia, presentando diferentes formas y fuentes de administración^{236,244,301,307}.

102

El índice de Barthel (IB) valora la capacidad funcional que tiene la persona para realizar diez ABVD de manera dependiente o independiente, estando distribuidas en ocho grupos de actividades, siendo estas la alimentación, cambio de posición de la silla a la cama e inversa, realizar el aseo personal, ir al retrete, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y dos funciones corporales, la micción y defecación^{236,244,308}.

Su puntuación cuantitativa varía entre 0 (máxima dependencia) y 100 (completamente independiente), teniendo entre dos y cuatro categorías de respuesta alternativas, con intervalos de 5 a 15 puntos para los otros niveles de gravedad en función de la actividad, de la necesidad de ayuda para completar la actividad y el tiempo empleado para la realización de la misma, ampliando la información de cada subcategoría^{236,243,244,249,308,309}.

Esta puntuación va a permitir la categorización en cuatro grupos, de carácter ordinal según cuál sea el nivel de capacidad funcional y oscila de severa, grave, moderada a ligera³⁰⁸, aportando información tanto a nivel global como a nivel parcial en función de las puntuaciones otorgadas a cada actividad, lo que

permite conocer con mayor exactitud la dependencia funcional específica que presenta la persona y facilitando la valoración de su evolución temporal³⁰¹.

Las puntuaciones se interpretan como sigue: - 20 puntos, dependencia total; 20-35 puntos, dependencia severa; 40-55 puntos, dependencia moderada; + 60 puntos, dependencia leve o independencia³¹⁰.

El IB tiene demostrada validez, precisión, sensibilidad, fiabilidad y capacidad para detectar cambios, es fácil de aplicar y de interpretar, ayudando a orientar en el progreso de la capacidad funcional de las personas con dependencia funcional para las ABVD³⁰¹. Además, destaca por su reproductibilidad y por la claridad en la exposición del contenido de cada una de las actividades²⁹⁹.

4.5.1.2. Índice de Katz.

El Índice de Katz (IK) fue creado en el año 1958, por un equipo multidisciplinar dirigido por Sidney Katz y que estaba formado por terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, enfermeros, médicos y trabajadores sociales del The Benjamin Rose Hospital (hospital geriátrico y de enfermos crónicos de Cleveland, Ohio), cuyo fin era valorar la dependencia que generaban las fracturas de cadera²⁴⁴ y aunque inicialmente fue diseñada como un índice de rehabilitación, se ha extendido a la valoración de enfermedades crónicas. En la actualidad es una de las herramientas de evaluación de las AVD más utilizadas a nivel geriátrico y paliativo^{244,249}.

El IK es muy útil para describir el nivel funcional de las personas y es fácil de realizar en poco tiempo²⁴⁴. Además, es un eficaz predictor de la expectativa de vida activa, de tal manera que a mayor puntuación, menor expectativa²⁴⁹.

Se evalúan seis actividades (baño, vestido, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación). Cada una de ellas presenta una descripción en términos de independiente y dependiente. Según quedó detallada por los autores en la versión original los ítems se gradúan en ocho niveles. Está clasificada en

orden alfabético de la “A” (mínima dependencia) a la “G” (máxima dependencia), permitiendo otorgar una categoría global de funcionamiento^{236,249,303}.

El índice clasifica a los individuos de acuerdo al funcionamiento en la actividad, quedando catalogado bajo una letra determinada, que resume la actuación en las seis funciones^{303,311}:

- A. Independiente de la alimentación, continencia, la transferencia, pasando al baño, vestirse y bañarse.
- B. Independiente en todas menos una de estas funciones.
- C. Independiente en todo menos en el baño y uno adicional función.
- D. Independiente en todo menos en el baño, vestirse, y una función adicional.
- E. Independiente en todo menos en bañarse, vestirse, ir al baño, y una función adicional.
- F. Independiente en todo menos en bañarse, vestirse, ir al baño, la transferencia, y una función adicional.
- G. Dependiente en las seis funciones.
- H. Otro. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E, o F.

De una forma numérica, se asigna un 0 cuando la actividad se realiza independientemente por el sujeto y un 1 cuando la actividad se realiza con ayuda o no es realizada por el mismo. De este modo, la puntuación final oscilaría de 0 a 6 puntos, pudiendo relacionarse con las letras de la “A” a la “G”, de menor a mayor dependencia, correspondiendo a una ausencia de incapacidad o incapacidad leve, incapacidad moderada e incapacidad severa, respectivamente.

Para Muñoz et al³¹², una persona es considerada dependiente leve cuando no necesita ayuda o es utilizada únicamente para una tarea de la actividad. Una persona dependiente moderado sería aquella que necesita asistencia para más de una tarea, pero puede realizar algunas tareas sin requerir ayuda o supervisión. Una persona es considerada dependiente severo cuando necesita ayuda de otra persona para realizar todas las tareas de la actividad, incluyendo la supervisión o guía.

4.5.1.3. Escala de Lawton y Brody.

La escala de Lawton y Brody fue publicada en 1969 y se desarrolló en el Philadelphia Geriatric Center para evaluar tanto la autonomía física como las AIVD en población anciana institucionalizada o no, siendo uno de los instrumentos de medida de AIVD más utilizado a nivel internacional y en las unidades de geriatría de nuestro país. Se publicó su traducción al español en 1993. Permite estudiar y analizar tanto la puntuación global como cada uno de los ítems de la escala, siendo muy sensible a las primeras señales de deterioro²⁴⁴.

Evalúa la capacidad funcional mediante ocho ítems: capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparar comidas, cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización de medios de transporte, responsabilidad de la medicación y administración de la autonomía²⁴⁴, siendo actividades que requieren mayor capacidad de cognición y un mayor nivel de educación²⁸².

Por tanto, esta escala incluye un rango de actividades más complejas que las que se necesitan para el autocuidado personal, que van a permitir a la persona adaptarse a su entorno y mantener la independencia en la comunidad²⁹⁹.

105

Estos ocho ítems son aplicables a la mujer, sin embargo sólo cinco de ellos se aplican en la población masculina, cuyos ítems a excluir son preparar la comida, realizar las tareas domésticas y lavado de la ropa, de tal forma que la puntuación oscila de 8 a 0 puntos en mujeres y de 5 a 0 puntos en hombres²³⁶.

A cada uno de los ítems se le asigna un valor numérico 1 cuando es independiente o de 0 cuando es dependiente, siendo la puntuación final la suma del valor de todas las respuestas, que va desde 0 puntos, máxima dependencia a 8 puntos, independencia total²⁴⁴.

4.5.1.4. Otras escalas y baremos de valoración de dependencia funcional utilizadas.

La revisión de la literatura nos lleva a identificar otra serie de instrumentos útiles para la evaluación de la dependencia funcional^{1,183,197,236,240,242,244,279,296,307,313-317}.

En este sentido, en la tabla 15, se presentan esquemáticamente las herramientas de evaluación estandarizadas más destacadas, usadas en diversos estamentos sociosanitarios^{1,183,197,236,240,242,244,279,316,317}. La primera de ellas, es la implantada a nivel estatal para la valoración de la situación de dependencia según Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia^{7,13}, para la valoración de la situación de dependencia y la que se describirá más detenidamente en el apartado de metodología.

106

Tabla 15. Otros instrumentos de valoración de la dependencia funcional.

NOMBRE	ÁMBITO	ACTIVIDADES	Nº ÍTEMS	GRADUACIÓN	OTRA INFO
Baremo de Valoración de Dependencia (BVD)	Sistema promoción Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).	Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. (ABVD) (AIVD).	59 ítems.	0-100 puntos -D. moderada -D. severa -Gran dependencia.	-Mayores de 3 años. -Requiere formación específica.
Escala incapacidad física Cruz Roja (EFCR)	-Ingresos residenciales. -Geriatría.	Grados de Incapacidad física.	4 ítems.	-0 Independenc. -5 Dependenc.	-Simple. -Fácil. -Rápida. -Sin normas.
Escala de actividad restricción Groningen (GARS).	Discapacidad.	-ABVD. -AIVD.	18 ítems.	No especificado.	Cuestionario no específico enfermedad.
E.S.C.A	No especificado.	Autonomía personal.	No especificado	No especificado.	Basada en percepción de limitaciones y necesidad ayuda.
Conjunto mínimo de datos (CMD) del RAI	-Recursos asistenciales. -Geriatría.	-Patrones cognitivos. -Funcionam. físico.	-100 ítems. -11 secciones.	-Independiente. Supervisión. -Ayuda limitada Ayuda amplia. -Depend. total.	-Útil en gestión y planificación de objetivos.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE DEPENDENCIA FUNCIONAL.

Metodo PLAISIR	Financiación de personas dependientes en hospitales de larga estancia.	Cuidados de enfermería.	-99 ítems. -10 apartados	No especificado.	-Sistema informatizado. -Carga trabajo según tiempo empleado.
Escala de evaluación de la capacidad adaptativa. (EVALCAD)	Centros atención personas con deficiencias mentales.	-Autonomía personal. -Aspectos académicos. -Comportamiento social.	-200 ítems. -40 apartados	-3 niveles de gravedad de capacidad. -3 niveles de uso real de capacidad.	
Escala de estado de disfunción ampliada de Kurtzke (EEDA)	Neurología.	-Funciones corporales. -Movilidad -Tareas domésticas. -Cuidado personal -Comunicarse. -Comer/tragar.	36 ítems.	-0 Normal. -9.5 Desvalido.	
Escala de Kuntzman/Sakontzen	Ingresos en residencias media/larga estancia geriátricas de Guipúzkoa.	-Cuidado personal. -Higiene defecación. -Movilidad. -Cuidados salud. -Comunicación.	-14 ítems. -9 grupos. -3 niveles.	-0 independenc -10 dependenc.	+ 4 puntos dependiente.
Baremo de necesidad de ayuda de tercera persona ATP	Condición legal de persona con discapacidad y dependiente en España/ingresos residenciales.	-Autocuidado. -Movilidad. -Comunicación. -Interrelaciones personales. -Tareas generales. -Necesidad de ayudas personales o técnicas especiales.	-40 ítems. -5 grupos.	0-72 puntos.	+ 15 puntos Dependiente.
Indicador de autonomía de Diputación Foral de Gipúzkoa (IA)	Financiación/ratio personas con discapacidad en servicios residenciales.	-Movilidad. -Desplazamiento. -Cuidado de sí mismo. -Adaptación personal y social.	-15 ítems. -4 grupos.	-Autónomo -Depend. leve. -Dep. moderada. -Depend. grave.	-Modificación baremo ATP. -Perfil de autonomía de forma gráfica.
Baremo de necesidad de residencia de la Diputación Foral de Álava	Ingresos residenciales.	-Valoración médica. -Incapacidad física. -Incapacidad psíquica.	-22 ítems. -3 apdos.	0-100 puntos.	
Índice de Norton	Medicina interna	-Necesidad ayuda.	9 ítems.	9-27 puntos.	Nivel hospitalario.
Índice de Karnofsky	Oncología. Hematología Oncología.	Valora la evolución Actividad.	10 ítems.	100-0 puntos.	Nivel hospitalario.

	Medicina interna				
Índice de Kenny	Rehabilitación.	-Autocuidado.	-17 ítems.	0 independenc.	
		-Movilidad.	-6 grupos.	24 dependenc.	
Medida de la independencia funcional (FIM)	Rehabilitación.	-ABVD.	18 ítems.	18-126 puntos.	-A partir de esta se crea la medida de evaluación funcional (FAM).
	Neurología.	-AIVD.	6 categorías.	91 área motora	
	Grado discapacidad.			35 área cognitiva	
	Cambios en el paciente.				medida de evaluación funcional (FAM). -Buena fiabilidad y validez.
Índice AVD de grupos de utilización de recursos /RUG-III	Recursos asistenciales en centros media/larga estancia.	-Índice AVD. -Clasificación clínica.	4 ítems. 7 categorías. 44 grupos.	4-18 puntos.	Las AVD las puntúa según necesidad de ayuda.
Guías para la evaluación de las deficiencias permanentes de la American Medical Association (AMA)	Valoración del grado de la deficiencia corporal en personas con discapacidad.	-Deficiencias de estructuras y funciones corporales -AVD.	9 grupos.	No especificado.	Válido para problemas de difícil objetivación y medición.
Escala de Klein- Bell	-Rehabilitación.	-ABVD.	170 ítems	0-313 puntos. 0: máxima dependencia.	-Buena fiabilidad y validez. -Mediante observación.
Índice del estado funcional	Valoración del estado funcional de la persona	5 áreas ocupacionales	No especificado	No especificado.	-Entrevista 20-30 min. -Buena fiabilidad. -No útil para planificar tratamiento.

Fuente: elaboración a partir de Querejeta²³⁶.

4.6. LA VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN EL CONTEXTO DE LA LEY 39/2006.

4.6.1. Definición de dependencia según la Ley 39/2006.

Como hemos visto, la autonomía es un componente fundamental en la vida humana, pues permite tomar decisiones sin intervención de terceras personas. En consecuencia, la falta de la misma para realizar actividades cotidianas alarma cada vez más, siendo un indicador de la presencia de una situación de dependencia, por lo que todo esfuerzo debe ir encaminado a garantizar la mayor autonomía frente a las situaciones más desventajosas, constituyendo un derecho capital de toda persona^{7,37,122}.

Por tanto, antes de continuar avanzando se hace necesario definir en este contexto esta situación que supone un gran impacto en la vida diaria de las personas dependientes. El Consejo de Europa define la dependencia como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, o de manera más precisa, como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”^{2,37}.

109

A estas definiciones se añade, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.2 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre⁷, que la *dependencia* es “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria...”¹³.

La LAPAD⁷, por tanto, incluye en su definición el carácter permanente como un requerimiento sine qua non para determinar la situación de dependencia y

queda establecido cuando las condiciones de salud de la persona no presentan posibilidad alguna de restitución y/o mejoría para el funcionamiento en la vida diaria, siendo su característica principal la cronicidad en el tiempo¹³.

En todo caso, se entiende por persona en situación de dependencia, aquella que necesita ayuda de terceras personas para realizar las actividades más esenciales de la vida diaria o bien, las realizan en ausencia de las mismas constituyendo un riesgo importante para su salud. Sin embargo, la edad, la enfermedad o la discapacidad en sí mismas son condiciones necesarias pero no suficientes para considerar que una persona presenta una situación de dependencia, pudiendo coexistir o no estos factores conjuntamente con la misma. Del mismo modo, hay otras situaciones que generan problemas en el desempeño y que a efectos de valoración oficial no se consideran dependencia, quedando delimitados como un desempeño negativo por otras causas ajenas y pudiendo ser el resultado de factores de índole cultural, social, familiar, sobreprotección o cualesquiera otros que tengan posibilidad de mejoría o cuando dichos apoyos en las tareas sean innecesarios¹³.

110

La OMS es consciente de la dificultad para delimitar y unificar terminología que facilite una clasificación del funcionamiento común a todos los ámbitos que traten con la dependencia³⁰². Por ello, desarrolla una herramienta útil, práctica y precisa, que a nivel internacional proporcione una ayuda en torno al funcionamiento, discapacidad y condiciones de salud de las personas, por lo que aprobó la “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” (CIF)². Esta clasificación sentará las premisas sobre las que se construirá el baremo de valoración de la dependencia, constituyendo un referente en su elaboración, aportando unas definiciones consensuadas internacionalmente, cuyo origen está en un modelo de comprensión multidimensional de la discapacidad¹²², quedando recogido en el art. 27.2 de la LAPAD⁷: “dicho baremo tendrá entre sus referentes la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), adoptada por la Organización Mundial de la Salud”²⁶³.

En esta clasificación, la discapacidad se entiende globalmente como resultado de la interacción de la persona con el ambiente en el que se desenvuelve, de tal forma que este puede actuar como un facilitador u obstaculizador de las condiciones de salud, provocando o no situaciones de dependencia².

Por lo tanto, la definición que diseña la LAPAD⁷ para el término “dependencia” plantea la coexistencia de tres factores: por una parte, la presencia de una limitación física, psíquica o intelectual que deteriora las capacidades de la persona; en segundo lugar, la incapacidad para realizar actividades de la vida diaria de manera independiente y en tercer lugar, la necesidad de apoyos externos para el logro de las mismas. En este sentido, según los términos introducidos por la nueva clasificación de discapacidades de la OMS, referente para la valoración, las condiciones de salud van a provocar una limitación en la actividad, que conllevará a su vez a una restricción en la participación e interacción de la persona en situación de dependencia con su ambiente^{2,13,122,318}. Según esta definición y como queda expresamente recogido en el RD 174/2011¹³, se excluye de una situación de dependencia, a aquellas personas que a pesar de tener alguna discapacidad, no requieren de apoyos para realizar las AVD³⁷.

Por ello, los tres componentes fundamentales que propone la CIF son la deficiencia, entendida como estructuras y funciones corporales alteradas, la limitación en la actividad como el deterioro de la capacidad personal para realizar diversas actividades y la restricción en la participación, que supone la necesidad de apoyos provenientes de terceras personas¹²².

En la figura 3 queda representado de manera más gráfica la interacción de todos los condicionantes que rodean a la persona en situación de dependencia.

Figura 3. Representación gráfica de la CIF.



4.6.2. La valoración de la situación de dependencia.

Como se vino desarrollando en el apartado de los modelos europeos de atención a la dependencia, algunos países europeos han ido regulando leyes estatales destinadas a garantizar sistemas públicos de cuidados de larga duración (CLD). En países como Alemania, Austria, Luxemburgo y Francia utilizan un instrumento común para la valoración y en otros países en los que no se implantaron inicialmente, comienzan a abordarlo de la misma manera. Lo cierto es que en todos estos países se han construido instrumentos específicos que permiten valorar la situación de dependencia y determinar objetivamente, mediante el uso de los mismos, los beneficiarios de los programas públicos de atención. En otros países con un fuerte arraigo y tradición en los CLD, como sucede en los países nórdicos, se emplean diversos procedimientos de valoración de ámbito local de acuerdo con el modelo de descentralización de la administración. Todos ellos tienen un denominador común, ya que en las últimas décadas se han ido extendiendo programas de política social que facilitaba el acceso a las prestaciones y servicios de atención a la dependencia en los países más desarrollados de la OCDE, por lo que tanto motivado por la fuerte transcendencia social, como por el impacto socioeconómico, se ha despertado un interés tanto por los CLD como por el sistema de selección de los beneficiarios. El ejemplo más reciente es España con

la aprobación de la LAPAD⁷, que necesita una valoración previa que permita determinar la concurrencia de los déficits que provocan dependencia y donde la aplicación del baremo es fundamental para la elegibilidad de los beneficiarios al catálogo de servicios^{76,302}.

Sin embargo, y aunque exista una definición de dependencia que es aceptada por los diferentes países y pese a que su denominador común reside en el interés por la atención a esta población, cada uno tendrá en cuenta unos criterios y baremos distintos para decidir quiénes serán los beneficiarios de los recursos facilitados por las administraciones públicas y cuál debe ser la cuantía a recibir en función de diversos parámetros³¹⁹.

En España, hasta la promulgación de la LAPAD⁷ se venían utilizando diferentes procedimientos y/o baremos para la valoración de la dependencia y acceso a la cartera de servicios y/o prestaciones implantadas en cada una de las CCAA y aunque funcionaba como una valoración, no permitía establecer niveles de severidad^{263,302}.

Por todo ello, y debido al desarrollo de políticas sociales que universalizan el acceso a determinados recursos, se han generado una serie de instrumentos que permitan identificar unos parámetros mínimos que han de alcanzar las personas para poder beneficiarse de los mismos. A estos instrumentos se les conoce con el nombre de “baremo” y además de identificar a la población susceptible de atención, permiten discriminar con criterios objetivos si una persona se encuentra en situación de dependencia, cuantificar mediante puntuaciones y establecer puntos de corte en función de la severidad de la dependencia^{2,302}.

La LAPAD⁷ en su artículo 27 encomienda al Consejo Territorial del SAAD la elaboración de un baremo único en el estado español que, una vez elaborado, será aprobado por el gobierno mediante Real Decreto^{68,75,116}. El baremo de valoración de dependencia (BVD) va a permitir identificar y a su vez, clasificar a las personas en situación de dependencia según grados y niveles, cuantificando según la severidad, que repercutirá en la asignación de los servicios y/o prestaciones a las

que tendrán derecho^{10,243,320}. Se proponen dos grupos de edad. Para los menores de 3 años, elaborará la escala de valoración específica de la situación de dependencia en edades de 0 a 3 años (en adelante, EVE), que permite establecer tres grados de dependencia: moderada, severa y gran dependencia, correspondiéndose con la puntuación final de 1 a 3 puntos, respectivamente. Para los mayores de 3 años, desarrolla el baremo de valoración de dependencia (en adelante, BVD)^{68,116,320,321}.

Por consiguiente, la LAPAD⁷ no se remite a un mero desarrollo reglamentario, sino que fija cuáles han de ser los criterios de aplicación a seguir por los técnicos en la valoración de las personas dependientes y perfila el contenido del mismo⁶⁸.

No obstante, la LAPAD⁷ ha definido un baremo que aunque está inspirado y pilotado en el inventario para la valoración de dependencia (con parte del baremo de ayuda a tercera persona y parte del índice de Barthel), es propio y será al que deban ajustarse las administraciones públicas competentes, siendo la puerta de entrada y por tanto, la auténtica “llave de paso” al SAAD^{66,122,320}.

La primera versión del BVD quedó establecida en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia¹¹⁶, al que posteriormente se incorporaron una serie de correcciones que fueron publicadas en la corrección de errores del BOE nº 119, de 18 de mayo de 2007. En su disposición adicional cuarta establecía que transcurrido el primer año de aplicación de dicho baremo el Consejo Territorial del SAAD realizaría una evaluación de los resultados obtenidos, proponiendo las modificaciones que, en su caso, estimase convenientes. Con el objetivo de disponer de elementos de evaluación y mejora del baremo se llevaron a cabo diversas líneas de trabajo¹³.

De ese modo, en el seno del Consejo Territorial se trabajó por lograr este acuerdo sobre los equipos de valoración, el procedimiento y la cualificación de los profesionales que aplicaban la herramienta, no sólo con el objetivo de acortar los

tiempos, sino también para homogeneizar la aplicación del instrumento de valoración⁸⁰.

El 1 de junio de 2010 se adoptó Acuerdo sobre modificación del BVD establecido en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril¹¹⁶, por el que se aprueba la modificación del actual baremo de valoración de los grados y niveles de dependencia (BVD), así como la escala de valoración específica para menores de tres años (EVE)¹³, publicándose como consecuencia de ello, en junio de 2011 un nuevo baremo de dependencia.

Mediante Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia^{7,13}, se introducen modificaciones para la diferenciación en los niveles de desempeño de las tareas, el ajuste conceptual en la definición de los diferentes tipos de apoyo, la potenciación de los informes de salud y pruebas objetivas en la valoración junto a la simplificación de las tareas objeto de valoración, estableciéndose además, los protocolos de los procedimientos y técnicas que deben seguirse para la valoración de dependencia¹¹⁷. En cualquier caso, la introducción de todas estas modificaciones contribuye a objetivar el proceso de valoración de la situación valorada³⁰².

115

Por tanto, el baremo se convierte en un instrumento fundamental para medir las situaciones de dependencia, considerándose una pieza clave del modelo desde los orígenes de la actual ley¹²².

Así e independientemente de las modificaciones que en el BVD se hayan introducido, mantiene el objetivo inicial de valorar el desempeño que las personas tienen para la realización de las AVD, así como identificar los problemas que manifiesta y con ello, la necesidad de diversos tipos de apoyos personales, siendo un requisito sine qua non para el acceso al sistema de atención a la dependencia.

4.6.3. Criterios de aplicación en la valoración de la situación de dependencia.

El baremo de valoración de dependencia (BVD), incluye un protocolo con los procedimientos y técnicas a seguir para la obtención de la información. Se trata de los siguientes^{13,322}:

- Los *informes de salud y del entorno* de la persona, en tanto que constituyen el punto de partida en el proceso de valoración y permiten examinar tanto las condiciones de salud que pueden afectar a su funcionamiento en las AVD, como el contexto en el que se realizan.

-La *entrevista*, en la que se formularán preguntas relativas al funcionamiento en las actividades y tareas contenidas en el BVD, de acuerdo con las condiciones establecidas.

-La *observación y comprobación directa*, que constituyen un instrumento complementario y no estructurado para completar y contrastar la información disponible sobre la salud y analizar el entorno en el que vive la persona que se valora.

- La *aplicación de pruebas* en un contexto estructurado, debiéndose ajustar a cada caso particular en función de las condiciones de salud de la persona.

Junto al protocolo de los procedimientos y técnicas a seguir, el BVD deberá establecer unos criterios objetivos para la valoración de la situación de dependencia atendiendo a la capacidad de la persona para realizar por sí misma una serie de AVD que a su vez se descomponen en unas tareas concretas, así como la necesidad de apoyo y supervisión para la realización por parte de las personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental y aquellas otras situaciones en que las personas puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva^{7,13,116,117,122,302}.

El Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el BVD establecido por la LAPAD^{7,13}, además alude al desempeño de la persona en el proceso de la valoración con el BVD como “la capacidad individual para llevar a cabo por sí mismo, de una forma adecuada, y sin apoyos de otra u otras personas, actividades o tareas en su entorno habitual”, “debiendo tenerse en cuenta tanto la capacidad de ejecución física, como su capacidad mental y/o iniciativa, siempre que tengan carácter permanente”¹¹⁶.

Por tanto y de acuerdo con lo dispuesto por el RD 504/2007¹¹⁶ y RD 174/2011¹³, se deben contemplar los siguientes criterios de aplicación que paso a describir de manera sintetizada^{7,122,302,320,323}:

1. La valoración se basará en la *aplicación de un cuestionario y en la observación directa* de la persona que se valora por parte de un profesional entrenado en el BVD.
2. La valoración se realizará teniendo en cuenta los *informes de salud de la persona y sobre el entorno* en el que viva, considerando en todo caso, los productos de apoyo que le hayan sido prescritos, que utilice y estén presentes en el momento de la valoración, así como las barreras existentes en su entorno habitual.
3. El baremo debe ser aplicado en el *entorno habitual* de la persona valorada. En este sentido, los terapeutas ocupacionales reconocen la importancia que tiene llevar a cabo tanto la valoración como la planificación del tratamiento en el entorno habitual de la persona, por lo que se abre una oportunidad para el desarrollo de este enfoque comunitario por excelencia³²⁴.
4. Se valora la *necesidad de apoyo* de otra persona en la actividad y no por el simple hecho de estar recibiendo ese apoyo.
5. La valoración del desempeño de la persona valorada en las distintas tareas se enmarca en la *valoración global* de la actividad correspondiente.

6. El valorador identificará tanto el *nivel como los problemas de desempeño*, junto al *tipo y frecuencia de los apoyos* que tiene la persona valorada en las tareas que se incluyen en este baremo de acuerdo con las instrucciones para su aplicación.

7. La valoración de actividades y tareas se realizarán de acuerdo a unos *criterios de aplicabilidad* que recoge la tabla de grupos de edad y de existencia de discapacidad intelectual o enfermedad mental (en adelante DI/EM) u otras situaciones en que las personas puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva.

Tanto el protocolo de los procedimientos y técnicas a seguir para la obtención de información como los criterios de aplicación son herramientas imprescindibles y necesarias que hay que tener en cuenta, puesto que la uniformidad en el proceso de valoración es fundamental. La aplicación del baremo no puede desviarse, ya que las consecuencias son extremadamente importantes en la determinación de la severidad de la dependencia³²⁰.

4.6.4. Revisiones del grado de dependencia.

Respecto a la valoración de la dependencia, existe la posibilidad “cuando así se establezca expresamente por el órgano de valoración en el dictamen-propuesta de la situación de dependencia de la persona valorada”, de que el valorador, en representación de la administración pública competente, contemple de oficio si la situación es permanente o revisable, estableciendo en este último caso un plazo para establecer la nueva revaloración^{13,320,323}.

La valoración de los niños entre 0 y 3 años tendrá carácter no permanente, estableciéndose revisiones de oficio periódicas a los 6, 12, 18, 24 y 30 meses. A los 36 meses todas las personas deberán ser de nuevo evaluadas con el BVD para personas mayores de 3 años^{68,116,321}.

En cualquier caso, “la valoración de la situación de dependencia será revisable de oficio hasta la edad de 18 años, al inicio de cada período diferenciado en la “tabla de aplicación cronológica” o a la mitad del mismo cuando no haya

transcurrido un año desde la anterior, salvo otros plazos que establezca el órgano de valoración”¹³.

Del mismo modo, el grado de dependencia será revisable a instancia del interesado o de sus representantes legales, debiendo adjuntar junto a la solicitud de revisión de grado, los informes de salud que se consideren oportunos^{122,323}.

4.6.5. Equipos de valoración de la situación de dependencia.

En relación con el baremo de valoración, el artículo 27 de la LAPAD⁷ alude a las CCAA para la regulación normativa del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD, indicando que serán las mismas las que determinarán la composición, organización y funcionamiento de los órganos que tengan atribuidas las competencias para la valoración de la situación de dependencia, los cuales emitirán un dictamen sobre el grado y nivel de dependencia, con la especificación de los cuidados que la persona pueda requerir. De tal forma, para fijar un marco común, el Consejo Territorial deberá acordar unos criterios comunes de composición y actuación de los órganos de valoración de las CCAA que, en todo caso, tendrán carácter público. Estos órganos de valoración actuarán conforme a los criterios y manuales de aplicación del baremo para la determinación de la situación de dependencia^{7,68,321,323}.

119

De este modo, y siguiendo las recomendaciones para la aplicación del BVD, para realizar una correcta valoración será imprescindible conocer exhaustivamente los criterios de aplicación del baremo, las tareas de cada actividad, el funcionamiento en las mismas, así como tener conocimientos generales sobre las condiciones de salud que pueden provocar una situación de dependencia, estar familiarizado con los procedimientos e instrucciones generales de aplicación y haber adquirido práctica en su utilización^{13,122}.

Además, para la aplicación adecuada de este instrumento, se requiere un adecuado manejo de la comunicación verbal, técnicas de manejo de entrevistas y

habilidades sociales, que junto a una profunda dosis de observación analítica y buena capacidad de síntesis, van a permitir al valorador finalizar con éxito la tarea de valoración de la situación de la dependencia³²⁰.

En este sentido, la asociación entre los conceptos de enfermedad y dependencia provocó la reivindicación por parte de los profesionales sanitarios para asumir el protagonismo en el procedimiento de valoración³¹⁷. En cualquier caso, la valoración se llevará a cabo por parte de un profesional cualificado y con la formación adecuada en el BVD³²¹. En la CCAA de Extremadura, según se establece en el capítulo II, artículo 5 del Decreto 1/2009³²³, los equipos de valoración estarán formados por titulados universitarios de grado, profesionales del área social y/o sanitaria, encontrándose los equipos de valoración del SEPAD repartidos por todo el territorio en función de los habitantes de cada zona sociosanitaria.

Como deja constancia Santos²⁴⁰ en su investigación, desde la Administración General del Estado se recomendó que fueran los terapeutas ocupacionales los profesionales encargados de realizar la valoración y aplicar el baremo para la determinación de la situación de dependencia de las personas que lo solicitaran. En Extremadura desde la implantación del SAAD la administración autonómica ha delegado en los terapeutas ocupacionales la realización de la valoración de la situación de dependencia³²².

En el capítulo II, artículo 5 del Decreto 1/2009³²³ continúa explicando cuáles serán las funciones de los equipos de valoración, citando entre ellas:

- a) *Aplicación del BVD y EVE* conforme a lo establecido.
- b) *Analizar el informe de salud* que se adjunta a la solicitud para el reconocimiento de la situación de dependencia y las características del entorno físico, considerando en su caso, los productos de apoyo que le hayan sido prescritos.
- c) *Formular la propuesta de dictamen* sobre el grado y nivel de dependencia de la persona valorada, así como los cuidados que la persona pueda requerir.

Por tanto, el objetivo no es otro que pretender que el funcionamiento de estos profesionales se dote de un cierto contenido multidisciplinar, siendo el papel de los valoradores uno de los aspectos fundamentales que se establece en el nuevo sistema¹²².

4.7. CALENDARIO DE IMPLANTACIÓN DE LOS GRADOS DE DEPENDENCIA.

Conforme a la disposición final primera de la LAPAD⁷, la efectividad del derecho a las prestaciones del sistema se ha llevado a cabo progresiva y gradualmente a partir del año 2007, de acuerdo al siguiente calendario (tabla 16):

Tabla 16. Aplicación progresiva de la ley, conforme a la Ley 39/2006.

Año	GRADO III		GRADO II		GRADO I	
	NIVEL 2	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 1
2007						
2008						
2009						
2010						
2011						
2012						
2013						
2014						
2015						

Fuente: elaboración propia, a partir de los datos de la disposición final primera de la Ley 39/2006⁷.

De esta forma, desde el año 2007 se han beneficiado de este derecho las personas que tenían reconocida la situación de gran dependencia, con el grado III, niveles 1 y 2 de acuerdo a unos de los principios de la LAPAD⁷, que establece que las personas con gran dependencia se atenderán de manera preferente, incorporándose progresivamente el resto de personas en situación de dependencia. Así los años 2008 y 2009, se incorporaron las personas con dependencia severa, grado II, nivel 2, para continuar durante los años 2009 y 2010 las personas con dependencia severa, grado II, nivel 1. Durante los años 2011 y

2012, comenzaron a ser beneficiarias las personas valoradas con dependencia moderada, con grado I, en su nivel 2 y durante los años 2013 y 2014 se incorporaron las personas con dependencia moderada, grado I, en su nivel 1.

Resultado de esta progresiva incorporación al sistema, en el año 2015 fueron atendidas todas las personas que tenían reconocida su situación de dependencia independientemente de la severidad de la misma, atendiendo a todos los usuarios, con el fin de acompasar la creación de la infraestructura necesaria. Así quedó explicado en la disposición final primera de la Ley⁷ cuya previsión fue la inclusión progresiva de todos los grados, comenzando con el grado III (grandes dependientes)⁵⁰.

Por otra parte, para poder hacer efectivo el derecho subjetivo de la ciudadanía era necesario establecer mecanismos de protección social, por lo que se publica el Decreto 1/2009, de 9 de enero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la comunidad autónoma de Extremadura³²³, que según quedó recogido en su artículo 1, tiene como objetivo regular el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD, así como determinar la composición, organización y funcionamiento de los órganos competentes para su valoración, en el ámbito territorial de la CCAA de Extremadura.

Asimismo, para garantizar una adecuada elaboración de los programas individuales de atención (en adelante, PIA) que permitiese la atención adecuada a las personas en situación de dependencia de acuerdo al calendario de implantación (tabla 16), se publicó la Orden de 24 de marzo de 2010³²⁵, por la que se establece el catálogo de servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la comunidad autónoma de Extremadura, la intensidad de los servicios y el régimen de compatibilidades aplicables, estableciendo un amplio abanico de servicios y prestaciones económicas al servicio

del ciudadano, así como la intensidad para cada uno de ellos y las compatibilidades permitidas.

Sin embargo, con la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptaron medidas extraordinarias para la reducción del déficit público¹²⁵, se modificó la LAPAD⁷, contemplando “las medidas extraordinarias adoptadas para dar cumplimiento al compromiso del Gobierno de acelerar, en 2010 y 2011, la reducción del déficit inicialmente prevista”. Esta modificación introducida en la LAPAD⁷ llevó como consecuencia la publicación de la Orden de 13 de mayo de 2011³²⁶, por la que se estableció el catálogo de servicios y prestaciones económicas del SAAD en la CCAA de Extremadura, la intensidad de los servicios y el régimen de compatibilidades aplicables, orden que deroga el contenido de la Orden de 24 de marzo de 2010³²⁵, por la que se estableció el catálogo de servicios y prestaciones económicas del SAAD en la CCAA de Extremadura, la intensidad de los servicios y el régimen de compatibilidades aplicables, manteniendo los mismos servicios y prestaciones económicas que su antecesor, pero modificando la intensidad de los mismos.

123

En la actualidad y como consecuencia de la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 20/2012 de 13 de julio de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad¹²⁴, se modificó nuevamente la LAPAD⁷, por lo que fue necesario elaborar la Orden de 30 de noviembre de 2012, por la que se establece el catálogo de servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, la intensidad de los servicios y el régimen de compatibilidades, aplicables en la comunidad autónoma de Extremadura³²⁷, incorporando modificaciones al calendario de aplicación inicial publicado en la Ley 39/2006⁷, quedando como se ilustra en la tabla 17.

Tabla 17. Aplicación progresiva de la ley, conforme al RD-Ley 20/2012, de 13 de julio.

Año	GRADO III NIVEL 2 / NIVEL1		GRADO II NIVEL 2 / NIVEL1		GRADO I NIVEL 2 / NIVEL 1	
2007						
2008						
2009						
2010						
2011						
2012						
2013						
2014						
2015						

Fuente: elaboración propia, a partir de los datos del RD-Ley 20/2012, de 13 de julio¹²⁴.

Como se ilustra en la tabla 17 y en relación a la interpretación del Real Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad¹²⁴, se determina que el quinto año, que finalizó el 31 de diciembre de 2011, deberían ser beneficiarios del catálogo de servicios, quienes hayan sido valorados con dependencia moderada, grado I, nivel 2 y tengan reconocida la prestación mediante resolución del PIA y a partir del 1 de julio de 2015 tendrían derecho el resto de personas valoradas con grado I, nivel 2 y para aquellos dependientes moderados que han obtenido un grado I, nivel 1 o sean valorados en el grado I de dependencia moderada.

Por tanto y a pesar que el Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio¹²⁴, en virtud de los principios de sostenibilidad, estabilidad y suficiencia, paraliza durante tres años consecutivos la entrada en el sistema de los usuarios reconocidos y/o potencialmente con dependencia moderada y permite garantizar la estabilidad presupuestaria, se produce un estancamiento del desarrollo del derecho subjetivo de la ciudadanía en este grado de dependencia moderada.

4.8. INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA FUNCIONAL.

Puesto que la dependencia funcional tiene una trascendental repercusión en la vida de las personas, cada vez son más las investigaciones que estudian la asociación de diferentes parámetros con la misma, a fin de dilucidar medidas preventivas y de atención a la dependencia que permitan garantizar unos cuidados adecuados, por una parte y mejorar la calidad de vida y asistencial, por otra.

Numerosas investigaciones se pusieron en marcha para analizar la capacidad funcional de adultos mayores con dependencia funcional para realizar las actividades de la vida diaria y estudiar la presencia de factores predisponentes. Para todos ellos, el adulto mayor manifiesta menor dificultad para la realización de las ABVD que para las AIVD^{262,277,328,329}.

En un estudio con pacientes supervivientes de UCI, Vest et al³³⁰ declaran que la disminución en la capacidad de realización independiente de las AVD influye negativamente en la calidad de vida.

125

En este caso, Varela et al²⁹¹ y Gutiérrez et al³³¹, quieren profundizar más y aunque también se plantea el objetivo de examinar el desempeño funcional en ancianos que viven en la comunidad y determina que son las actividades instrumentales de la vida diaria las más afectadas, concluye que la mayor repercusión son para las actividades de movilidad y tareas domésticas.

A estas investigaciones, se une el estudio iniciado por Echenique et al²⁸², con el mismo objetivo, pero realizado en ancianos institucionalizados; llegando todos ellos a las mismas conclusiones respecto a la afectación de las ABVD y AIVD, siendo las más afectadas éstas últimas.

En esta línea, Bowling et al³³², realizaron un estudio enfocado a averiguar si existía relación entre una mayor afectación de las AIVD y patología cardiaca en adultos mayores que residían en sus hogares, señalando que el deterioro de las mismas es un fuerte predictor de mortalidad.

Barrantes-Monge et al²⁷⁸ y Rubio et al³³³, se plantearon en su investigación analizar la relación entre la presencia de determinadas enfermedades crónicas con la dependencia funcional de adultos mayores no institucionalizados, observando también que las más afectadas eran las AIVD.

Del mismo modo, a pesar de que el objetivo de su estudio era observar los factores asociados a la dependencia funcional, los resultados le permitieron concluir datos afines a los que hasta ahora han sido expuestos, resultando con mayor afectación las AIVD²⁷⁶.

Basándose en el desarrollo normal e involución de las actividades de la vida diaria a lo largo del ciclo vital, Lara et al²⁴⁸, Fontana et al²⁴⁹, Verbrugge et al²⁹⁰, Katz et al³⁰³, Rubio et al³³³ y Valderrama-Gama et al³³⁴, coinciden en afirmar que son las ABVD las primeras en adquirirse y las últimas en perderse ante una situación de dependencia, a la inversa de lo que ocurre con las AIVD.

126

Sarabia²⁶⁴ en su estudio, llega a la conclusión que el estado de salud está directamente relacionado con la capacidad funcional para realizar las AVD. De tal forma, que a mayor grado de dependencia, mayor dificultad para su realización.

En este sentido, Gázquez et al¹⁷, afirman que la percepción que una persona tenga sobre la salud está directamente relacionada con las limitaciones para la realización de las AVD y con el grado de dependencia para las mismas.

Otros autores se detienen a analizar la capacidad funcional de adultos en función del tipo de actividad de la vida diaria afectada. Algunos autores consideran que la mayor afectación se encuentra para desplazamientos en el exterior y para tareas domésticas¹¹⁸. Muchos investigadores se unen a la conclusión de que la mayor repercusión se encuentra en las tareas de movilidad^{296,335-337}. Y otros optan por las tareas domésticas, exclusivamente^{285,287,331,337-339}.

Dentro de las ABVD, Fontana et al²⁴⁹ y Varela et al²⁹¹, consideran que la mayor afectación se da para el aseo corporal y el vestido. . Para Ruigómez et al³³⁷,

es el aseo corporal completo y otros cuidados corporales. Coincidiendo con esta afirmación, Fernández-Mayoralas et al²⁶², además afirman que la afectación también se encuentra en las tareas domésticas y en los desplazamientos. Únicamente hemos encontrado una investigación donde se afirma que dentro de las AVD donde mayor afectación se manifiesta es en la regulación de la micción/ defecación³³⁸.

Otros autores se refieren a las ABVD como aquellas que menor repercusión provocan en la vida diaria de la persona en situación de dependencia. Para Rodgers et al²⁴⁶, están centradas en las actividades de vestido, aseo, regulación de la micción/ defecación, cambios de posición del cuerpo y alimentación. A lo que se unen Abellán et al¹¹⁸ y Rojas et al³¹³, con la alimentación y la regulación de las funciones vesicales. Por último, Muszalik et al²⁹⁶, se refieren a la higiene corporal como aquella que menor afectación tiene en la vida de la persona con dependencia.

Con respecto a la relación que existe entre la situación de dependencia y la afectación de diferentes funciones corporales o con la presencia de determinadas enfermedades crónicas, numerosas investigaciones se centran en la función corporal musculoesquelética y relacionada con el movimiento, considerándolo el origen de la dependencia^{248,331}. Valderrama-Gama et al³³⁴ encuentra el origen en la patología osteoarticular. Rubio et al³³³, por su parte, centran la repercusión de la dependencia funcional en las patologías cardíaca y osteoarticular. Existe un gran número de estudios que también la relacionan o bien con funciones corporales o con patologías de los diversos sistemas^{247,277,278,280,281}.

Otros autores se han interesado en el estudio de la relación que determinados factores sociodemográficos como el sexo, pudieran tener en la presencia y repercusión de la dependencia funcional. Para algunos autores, no se encuentran diferencias significativas en función del género, a pesar de ser algo superior para las mujeres^{249,289,312}.

Otros sin embargo, concluyen que son las mujeres quiénes mayores dificultades encuentran para realizar las AVD^{248,260-262,281,300,308,331,337,340-342}.

Millán-Calenti et al³³⁸, en su investigación por grupo de AVD, señalan que son las mujeres las más independientes en las ABVD, pero son los hombres quienes encuentran menor dependencia para las AIVD.

Sin embargo, para Otero et al²⁶⁰, Gutiérrez et al³³¹ y Gázquez-Linares et al³⁴², las mujeres son más dependientes para las ABVD y los hombres para las AIVD³³¹. Por otra parte, sólo se ha encontrado una única investigación donde los hombres han obtenido mayor puntuación para las ABVD³⁰⁸.

No podemos olvidar las numerosas investigaciones que analizan la edad como factor sociodemográfico predisponente en el padecimiento de la dependencia funcional. En la gran mayoría se encuentra que son las personas de edad avanzada las que mayores dificultades encuentran para la funcionalidad en su vida diaria^{66,97,248,249,253,254,267,276,277,291,308,315,328,335,337,341,342}.

CAPÍTULO 5. RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

5.1. IMPORTANCIA DE LOS RECURSOS SOCIALES EN LA OCUPACIÓN HUMANA.

El funcionamiento social de las personas en situación de dependencia puede estar afectado como consecuencia de las limitaciones impuestas, ya que la interacción y la participación en la comunidad presentan unas demandas que no siempre son alcanzadas por las personas más vulnerables, siendo fundamental la labor de los profesionales para aminorar la influencia de dicha situación y poner al alcance de la persona una red adecuada de recursos sociales que permitan su tratamiento desde una óptica social.

En primer lugar, es necesario hacer una aproximación al fenómeno ya que nos permitirá partir de una base terminológica sólida.

Los epidemiólogos comienzan a investigar el concepto de red social en 1970 para explicar el motivo por el cual las personas que participan y están integradas en una red social gozan de un mayor bienestar biopsicosocial³⁴³. Según Durán et al²⁵⁴ y Arias³⁴⁴, “las redes sociales proveen los recursos para la satisfacción de necesidades, el sentido del valor social y la potenciación de la autoestima”, teniendo un gran impacto sobre la calidad de vida. Así, Durán et al²⁵⁴ realizan una aportación similar considerando que las redes sociales ocupan un lugar fundamental en la esfera emocional, contribuyendo positivamente en la autoestima, en su autopercepción, en su eficacia e identidad personal.

Para Sánchez et al¹⁷⁹, “el apoyo social es la forma de ayuda que una persona puede recibir de sus redes sociales”, refiriéndose a los intercambios positivos con la red de apoyo social que van a contribuir a fortalecer la salud biopsicosocial de la persona para hacer frente a situaciones adversas³⁴³.

Para Yarce et al³⁴⁵, “las redes de apoyo social constituyen un conjunto organizado de subsistemas interactuando entre sí, donde la persona mayor ocupa

el lugar central. Aparecen los organismos gubernamentales y privados que implantan las políticas sociales y ofrecen los servicios establecidos por ley, y también los seleccionados por el adulto mayor entre su familia, amigos y vecinos”, a lo que continúa diciendo que “para Terapia Ocupacional es importante conocer la utilización de los espacios de vida y la red de apoyo social, porque facilitan generar estrategias que conlleven al mantenimiento del estado de salud y prevención y declinación funcional, logrando la máxima funcionalidad de los adultos mayores”.

García et al³⁴⁶ introducen dos efectos al apoyo social; el efecto directo y el efecto amortiguador. En el primer caso, el nivel de apoyo social está relacionado directamente con la presencia de trastornos psicológicos, ocurriendo en sentido inversamente proporcional (a mayor apoyo social, menor malestar psicológico y a la inversa). En el caso del efecto amortiguador, se sugiere que las redes sociales son un aporte positivo en caso de situaciones adversas, por lo que afirman que cuando se dan las mismas, solo se verán afectadas aquellas personas cuyo apoyo social es bajo. Vega et al³⁴⁷ haciendo referencia al efecto amortiguador del apoyo social, afirman que aquellas personas que padecen enfermedades crónicas y tienen una satisfacción respecto al apoyo social, presentan mayor adaptación a la enfermedad, siendo más importante su propia percepción del soporte que en sí la ayuda recibida, por lo que son este efecto y la percepción subjetiva de sentirse apoyado los que actúan como agentes protectores ante situaciones negativas. Por tanto, se puede afirmar que el apoyo social influye en la capacidad de afrontamiento de los individuos con respecto a la enfermedad que padece³⁴⁸.

130

En función de las características estructurales, parámetros interaccionales y los aspectos funcionales, las redes sociales se clasifican en formales e informales. Las primeras se refieren a las relaciones que se establecen con los servicios sociales y entidades privadas comunitarias, que proporcionan apoyo social protocolizado. Por su parte, las redes sociales informales, cuyo origen se sitúa en un nivel microsociedad, se refieren a las relaciones más íntimas, básicas y tradicionales que se producen de una manera más estrecha con amigos, familiares, parientes, etc^{346,348-350}.

En la actualidad, el principal soporte social de las personas en situación de dependencia lo constituyen sin duda, ese círculo formado por familiares, amigos, vecinos, etc, que definen las relaciones primarias³⁵¹, que a su vez, van a contribuir de manera sustancial al proporcionado por la red social formal, beneficiándose recíprocamente de la relación de ayuda establecida.

Por tanto, el deterioro de la funcionalidad de la persona va a provocar cambios relevantes que afectan su relación social con la comunidad a la que pertenece, siendo un factor de riesgo y por ende fundamental, fomentar entre los profesionales el estudio e investigación exhaustiva en esta materia³⁵². De esta manera, se puede observar una importante conexión entre salud y recursos sociales³⁵³, actuando estos como factores de protección²⁵⁴.

Por todo lo expuesto, es primordial en las intervenciones terapéuticas llevar a cabo un abordaje biopsicosocial, ya que la interacción entre las áreas ocupacionales puede ayudar a comprender la causalidad entre ellas²⁵⁴.

5.2. VALORACIÓN SOCIAL DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

A lo largo de las décadas ha ido aconteciendo una evolución importante en el campo sanitario, en el que se consideraban los problemas de salud desde un punto de vista biomédico, produciéndose un cambio de mentalidad hacia un abordaje conjunto de los problemas médicos, psicológicos y sociales, intentando establecer una intervención única de índole biopsicosocial³⁴⁹. Para ello, es necesario que los servicios que forman parte de las políticas sociales efectúen una adecuada valoración interdisciplinar que permita determinar, de una manera integral, cuáles son los problemas a abordar y la intervención requerida para ello²⁵⁰. Esto exige un conocimiento exhaustivo tanto de los elementos sociales como de los apoyos que necesitan las personas con problemas de dependencia, pues ello contribuirá a su bienestar general³⁵⁴. De este modo, la valoración social tiene una misión fundamental, ya que permite evaluar la función social en general y los recursos y redes de apoyo social en particular³⁵⁵, siendo por tanto, un

instrumento imprescindible para garantizar la evaluación integral de las personas³⁴⁴.

Para el terapeuta ocupacional, la valoración social es muy útil, ya que puede influir en el proceso rehabilitador del paciente.

Además, existen una serie de variables del campo de lo social que son fundamentales conocer para construir una sólida intervención terapéutica, como por ejemplo, las áreas referidas a la familia, al contexto institucional y al sociorrelacional^{293,349}.

Los objetivos más importantes de la valoración social están destinados, según Leturia et al²⁵⁰, a identificar situaciones socioeconómicas desfavorables, a mantener a la persona en su comunidad, conocer la adaptación del sujeto, así como el funcionamiento personal, los recursos sociales como las características más fundamentales de los mismos.

132

Por tanto, la evaluación de los recursos sociales puede ser útil para conocer los factores protectores con los que la persona en situación de dependencia cuenta, así como para identificar los factores de riesgo que la llevan a vivir la situación de especial vulnerabilidad.

Para llevar a cabo una valoración desde el campo de lo social, existen herramientas de evaluación que van a permitir la medición de todos los parámetros descritos, pudiendo ser recogidos tanto de una forma estructurada como no estructurada, a pesar de que como señala Polonio²⁹³ es difícil medir la misma de manera objetiva.

Entre los numerosos instrumentos con los que se cuenta para realizar la valoración social, el Centro Universitario de Duke (Carolina del Norte, EEUU) destinado al estudio del envejecimiento y desarrollo humano, desarrolló la escala de evaluación de recursos sociales OARS (older americans resource and services), que incluye la evaluación del funcionamiento social en cinco dominios, salud

mental, salud económica, salud social, salud física y la capacidad de autocuidado y que se desarrollará con detenimiento en el apartado de metodología³⁵⁶.

5.3. CATÁLOGO DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

Continuando con el tema de los recursos sociales, vamos a centrarnos en los servicios y prestaciones económicas que ofrece la LAPAD⁷ para las personas dependientes. Así, con la implantación de la citada ley, se amplía y complementa la acción protectora del Estado para garantizar un marco estable de recursos y servicios para las personas en situación de dependencia, quedando ordenado en el catálogo de servicios sin excepciones, siendo un derecho subjetivo para toda la ciudadanía e independiente del grado de severidad obtenido^{357,358}.

En este sentido, el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) es uno de los instrumentos elementales para mejorar y regular el acceso a los servicios sociales en nuestro país, respondiendo a la necesidad de la atención a las situaciones de dependencia y a la promoción de la autonomía personal, la calidad de vida y la igualdad de oportunidades^{7,302}. A través del mismo, las administraciones públicas gestionan la información relativa a la implantación de la LAPAD⁷, articulando un sistema de servicios y prestaciones económicas³⁵⁹.

Como podemos ver en la tabla 18, el nivel mínimo de protección garantizado por la Administración General del Estado (AGE) para aquellos beneficiarios que tengan la resolución del grado y nivel de dependencia reconocida a la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad¹²⁴ y según la severidad, desde la implantación del SAAD en el año 2007 hasta el 31 de diciembre de 2015, ha ido sufriendo interesantes modificaciones. De este modo, y teniendo en cuenta para el análisis de la tabla el calendario de implantación de la ley, podemos observar que desde el año 2007 hasta el año 2010 ha ido incrementándose la cuantía. Sin embargo, durante los años 2010 y 2011 ambas cantidades tienen el mismo valor y en el año 2012 vuelve a disminuir la cuantía

debido a la entrada del RD-Ley 20/2012, de 13 de julio¹²⁴, manteniéndose hasta finales del año 2015 sin variaciones.

Tabla 18. Expresión cuantificada de los niveles de protección del SAAD antes de la entrada del Real Decreto-Ley 20/2012.

GRADO Y NIVEL	MÍNIMO DE PROTECCIÓN GARANTIZADO (Art 3 del Real Decreto) Euros								
	2007	2008/ Modif	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
III,2	250	255,10/ 258,75	263,93	266,57	266,57	231,28	231,28	231,28	231,28
III,1	170	173,47/175,95	179,47	181,26	181,26	157,26	157,26	157,26	157,26
II,2	---	100,00/ 100,00	102,00	103,02	103,02	89,38	89,38	89,38	89,38
II,1	---	-----	70	70,70	70,70	61,34	61,34	61,34	61,34
I,2	---	-----	---	---	60	52,06	52,06	52,06	52,06

Fuente: elaboración propia a partir de legislación^{124,360-365}.

Para aquellos usuarios que con fecha de publicación del Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio¹²⁴, no tuvieran la resolución del grado y nivel de dependencia reconocido, se aplicarán los valores que podemos observar en la tabla 19, donde las cuantías se mantienen constantes, sin incrementos de ningún tipo.

134

Tabla 19. Expresión cuantificada de los niveles de protección del SAAD tras la publicación del Real Decreto-Ley 20/2012.

GRADO Y NIVEL	MÍNIMO DE PROTECCIÓN GARANTIZADO (Art 3 del Real Decreto) Euros			
	2012	2013	2014	2015
III	177,86	177,86	177,86	177,86
II	82,84	82,84	82,84	82,84
I	44,33	44,33	44,33	44,33

Fuente: elaboración propia a partir de legislación¹²⁴.

Para garantizar el segundo nivel acordado entre AGE y CCAA se configuran los convenios, siendo los instrumentos clave a través de los cuales las administraciones públicas intervinientes cooperan con las diferentes CCAA³⁶⁶. Para ello, y como eje central, la Ley⁷ establece una serie de dispositivos de cooperación

interadministrativa del que forman parte tanto la AGE como todas las CCAA, destacando, como queda expreso en el artículo 8, la creación del Consejo Territorial del SAAD como instrumento de cooperación para la articulación de un sistema homogéneo en todo el territorio español^{74,75}.

El tercer nivel de financiación del que habla la LAPAD⁷ es el nivel adicional de protección a los ciudadanos y está determinado por cada CCAA, siendo variable según cada una⁷².

Del mismo modo, y aunque prevalezca el criterio de universalidad, contribuyendo con estos niveles de financiación se reconoce también la participación de los beneficiarios en el sistema, que aportan económicamente a la financiación de los servicios mediante un “copago” en función de su capacidad económica, atendiendo a su renta y patrimonio y teniendo en cuenta para ello, la naturaleza de la prestación reconocida y el coste de la misma^{7,24,100,367-371}.

En la CCAA de Extremadura, una vez sea comunicada al beneficiario la resolución de reconocimiento de la situación de dependencia y teniendo en cuenta la efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia conforme al calendario de implantación establecido por la LAPAD⁷, le corresponde a la dirección general competente en materia de dependencia del SEPAD iniciar de oficio el procedimiento para la aprobación del programa individual de atención (PIA) de aquellas personas que hayan obtenido dicho reconocimiento³²³. Para ello, el profesional designado y según establece el artículo 29 de la LAPAD⁷, mediante la elaboración de un informe social donde se recoge la situación socio-familiar, económica, etc, se define y elabora el PIA de las personas beneficiarias, en el cual se establece una propuesta personalizada, las modalidades de intervención más adecuadas a sus necesidades de entre los servicios y prestaciones económicas que le corresponden en función de su grado de severidad, con la participación directa del beneficiario, familia o entidades tutelares que le representen, para la elección entre las alternativas propuestas^{7,323,359}.

Siguiendo el hilo conductor de la LAPAD⁷, según su artículo 14, las prestaciones de atención a las personas en situación de dependencia podrán tener la naturaleza de servicios y de prestaciones económicas, siendo la diferencia entre ambas que las primeras cubren el coste (total o parcial) y las segundas constituyen una ayuda monetaria que permita sufragar los gastos. No obstante, ambas van destinadas tanto a la promoción de la autonomía personal como a atender las necesidades de las personas que presentan dificultades para la realización de las ABVD, quedando integradas en la red de servicios sociales de las respectivas CCAA^{7,372}.

La Ley⁷ prevé un modelo donde la provisión de los servicios tienen carácter prioritario sobre las prestaciones económicas (cuyo carácter será excepcional) y se prestan a través de la oferta pública que tengan las CCAA en su red de servicios sociales mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados, lo que implica establecer una red coordinada de servicios que dé respuesta a las necesidades de los ciudadanos^{10,72,102,257,325,326}.

136

De no ser posible acceder a un servicio, las personas en situación de dependencia tendrán derecho a la prestación económica vinculada al servicio (PEVS) establecida, que permite cubrir los gastos del servicio previsto en el programa individual de atención (PIA)⁷. Del mismo modo, con la excepcionalidad que queda fijada en la LAPAD⁷ y exclusivamente cuando sea la mejor alternativa, el beneficiario puede recibir una prestación económica de cuidados en el entorno familiar (PECEF), que le permita ser atendido por cuidadores informales, siempre que quede establecido así en el PIA, e incluso recibir una prestación económica de asistencia personal^{7,10,105}.

A continuación se presentan de una manera ordenada, los servicios y prestaciones económicas contenidos en el catálogo de servicios referido en la LAPAD.

5.3.1. Servicios públicos o concertados.

Según el artículo 15 de la LAPAD⁷, el catálogo de servicios y prestaciones económicas está formado por los servicios de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia que se especifican:

- Servicios de prevención de las situaciones de dependencia.
- Servicios de promoción de la autonomía personal.
- Servicio de teleasistencia.
- Servicio de ayuda a domicilio.
- Servicio de centros de día y de noche.
- Servicio de atención residencial.

A continuación, se realiza una breve reseña de cada una de ellas que permita al lector una mayor comprensión:

-SERVICIO DE PREVENCIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA (SPV).

Evitar la aparición de dependencia es tanto o más importante que abordarla, por lo que es fundamental resaltar el papel de la prevención de la dependencia junto a la promoción de la autonomía personal, servicio al que dedicaremos un pequeño epígrafe en líneas más abajo²⁶⁷.

Tal y como queda reflejado en el artículo 21 de la Ley⁷, la prevención de las situaciones de dependencia tiene la finalidad de prevenir y/o retrasar la aparición o el empeoramiento de las enfermedades y discapacidades y de sus secuelas. Para ello se promoverán hábitos de vida saludables, programas preventivos específicos, tratamiento precoz y rehabilitación que vayan dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad, así como a quienes se vean afectados como consecuencia de hospitalizaciones complejas y que contribuyan a mejorar la esperanza de vida libre de discapacidad². El objetivo principal de todas ellas irá encaminado a promocionar la autonomía personal³⁷³.

-SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL (SPAP).

El articulado de la LAPAD⁷ indica que este servicio tiene por finalidad fomentar el desarrollo y mantener la autonomía personal en cuanto a su capacidad para controlar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo a las normas y preferencias propias, lo cual implica que la persona, haciendo uso de los recursos necesarios, gestione su propia vida²¹⁴.

Son servicios de promoción de la autonomía personal, aquellos destinados al asesoramiento, orientación, asistencia y formación en tecnologías de apoyo y adaptaciones (que contribuyen a facilitar la realización de las AVD), los de habilitación, atención temprana, los de Terapia Ocupacional así como otros programas de intervención que tengan la misma finalidad³⁷⁴. Por tanto, la intervención pretende lograr una mayor autonomía personal, independencia y capacidad de autodeterminación de las personas que se encuentran en situación de dependencia³⁷⁵.

138

Para la consecución del objetivo previsto en este servicio se requiere tanto la participación y disponibilidad de profesionales expertos que colaboren para un desenvolvimiento independiente en el medio, así como la presencia de recursos especializados para ello.

-SERVICIO DE TELEASISTENCIA (ST).

El artículo 22 de la Ley⁷ señala que el servicio de teleasistencia garantiza a los beneficiarios una respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, de inseguridad, soledad y/o aislamiento, mediante el uso de tecnologías de la información y de la comunicación (TIC'S), con apoyo de los medios personales necesarios, siendo prestado a aquellas personas que no reciban servicios de atención residencial y así lo establezca su programa individual de atención (PIA).

Para avalar la efectividad del servicio ha de asegurarse una conexión permanente con el centro receptor de llamadas, posibilitando al usuario una

comunicación real accionando un pulsador, independientemente del lugar donde se encuentre en su domicilio y cualesquiera sean sus circunstancias³⁷³.

Por tanto, la teleasistencia puede ser un elemento clave para facilitar la viabilidad de la promoción de la autonomía personal y la atención comunitaria, siempre que se provea con un servicio complementario; normalmente, con la ayuda domiciliaria¹¹².

-SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (SAD).

El artículo 23 de la LAPAD⁷ recoge que el servicio de ayuda a domicilio es un servicio básico y lo constituyen aquellas actuaciones que se llevan a cabo para el mantenimiento en el domicilio de las personas que se encuentran en situación de dependencia, que tienen un soporte informal insuficiente y cuyo objetivo es atender sus necesidades para el desenvolvimiento en los quehaceres de la vida diaria, siendo prestadas por la vía pública o por entidades o empresas acreditadas para esta función³⁷⁶.

139

Junto a otros de los que se mencionan, pueden formar parte del modelo comunitario de atención, con un amplio abanico de propuestas para el apoyo a la permanencia en el domicilio de la persona en situación de dependencia³⁴⁰.

-SERVICIO DE CENTRO DE DÍA / CENTRO DE NOCHE (SCD/ SCN).

Como queda plasmado en el artículo 24 de la LAPAD⁷, los servicios de centro de día y centro de noche ofrecen una atención integral durante el período diurno y nocturno respectivamente, a las personas que se encuentran en situación de dependencia. Su objetivo es mejorar o mantener el mayor nivel de autonomía personal, facilitando la permanencia en su medio, retrasando el ingreso en un centro residencial y ofreciendo apoyo a quienes asumen la tarea de atender, cubriendo desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación, rehabilitación o atención asistencial y personal, encontrándose a medio camino entre el servicio de ayuda a domicilio y de atención residencial³⁷³.

-SERVICIO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL (SAR).

Siendo otro de los servicios de cuidado formal, el servicio de atención residencial que se ofrece desde las instituciones, facilita desde un enfoque biopsicosocial, servicios continuados de carácter personal y sanitario. Pueden tener carácter permanente o temporal en función de si el objetivo es ofrecer una estancia continua o de respiro familiar, siendo prestado por las administraciones públicas en centros propios y concertados⁷. Cuenta con diversas modalidades en función del lugar y tipología de usuarios^{110,373}. De todos los ofrecidos en el catálogo con carácter prioritario, este es el más costoso con diferencia³⁵⁹.

5.3.2. Prestaciones económicas vinculadas al servicio.

En el artículo 17 de la misma Ley⁷, respecto a la prestación económica vinculada al servicio (PEVS), se aclara que tendrá carácter periódico y personal, reconociéndose cuando no sea posible la asignación de un servicio público o concertado para su atención y cuidado, estando vinculada a la adquisición de un servicio y quedando definidos bajo las mismas premisas que los servicios. En la CCAA de Extremadura, en la actualidad contamos con:

-Prestación económica vinculada al servicio de promoción de la autonomía personal, entre las que cabe citar a su vez, los servicios de fisioterapia, logopedia y Terapia Ocupacional.

-Prestación económica vinculada al servicio de ayuda a domicilio.

-Prestación económica vinculada al servicio de centro de día / de noche.

-Prestación económica vinculada al servicio de atención residencial.

Para los servicios de teleasistencia no es necesario hacer uso de una prestación económica vinculada al servicio, pues no hay listas de espera, siendo atendidos todos los usuarios del SAAD.

5.3.3. Prestación económica de cuidados en el entorno familiar.

En el artículo 18 de la Ley⁷ y tratándose con excepcionalidad, se afirma que se podrá recibir la prestación económica de cuidados en el entorno familiar (PECEF) mediante una compensación económica cuando el beneficiario sea atendido por un familiar. Para ello, el cuidador deberá ajustarse a las normas que obran sobre afiliación, alta y cotización a la seguridad social determinadas³⁷⁷. Se trata de una prestación económica que introduce medidas que permiten respetar la decisión de la familia y regularizar los cuidados informales ofrecidos por los cuidadores familiares, mediante su remuneración económica^{28,378}.

5.3.4. Prestación económica de asistencia personal.

A pesar de la reciente incorporación en nuestro país, la prestación de asistencia personal (PEVS AP) es un servicio que lleva más de 30 años establecido en países como EEUU, Suecia y Gran Bretaña y aunque nuestra legislación la reconoce, la realidad nos indica que es una prestación económica poco puesta en práctica, siendo insuficiente y desigual³⁷⁹.

141

La LAPAD⁷ señala que la asistencia personalizada tendrá como finalidad la promoción de la autonomía de las personas con gran dependencia, ampliándose a todos los grados mediante Resolución de 13 de julio de 2012¹⁰⁰ para la mejora del sistema³⁷⁹. El objetivo primordial es favorecer la contratación de un asistente personal para facilitar el acceso a la educación y al trabajo, promoviendo autonomía para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) a todas las personas en situación de dependencia³⁸⁰.

Cabe finalizar este apartado diciendo que, en cualquier caso, el sujeto no puede ser beneficiario de todos los servicios y prestaciones económicas contemplados en el catálogo de servicios de la LAPAD⁷, estableciéndose un régimen de compatibilidades e incompatibilidades^{68,327,373}. Además, los servicios y prestaciones económicas a las que le hemos dedicado este análisis, pueden ser modificadas o extinguidas en función de la situación personal del beneficiario,

siempre que se produzca una variación de cualquiera de los requisitos establecidos para su reconocimiento, o cuando se de un incumplimiento de las obligaciones reguladas en la presente Ley^{7,122}.

5.4. INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON LOS RECURSOS SOCIALES.

Como hemos visto, la presencia y adecuación de una red social de apoyo es fundamental para la atención de las personas con problemas en sus condiciones de salud y por ende, por presentar una situación de dependencia.

Yarce et al³⁴⁵ hacen una investigación en la que pretende averiguar cuál es la participación social de los adultos mayores en función de sus redes de apoyo, afirmando que la situación de dependencia condiciona la faceta social del ser humano. En este mismo sentido, afirma en su estudio que “para Terapia Ocupacional es importante conocer la utilización de los espacios de vida y la red de apoyo social, porque facilitan generar estrategias que conlleven al mantenimiento del estado de salud y prevención y declinación funcional, logrando la máxima funcionalidad de los adultos mayores”.

142

En el documento de Domínguez³⁸¹, quién hace mención especial a las condiciones del cuidado informal como recurso para la atención de la dependencia, se trata ampliamente el recurso como tal, los cambios en la familia que estos traen asociados junto a las repercusiones negativas que la ausencia de este tipo de cuidados pueden tener sobre la salud.

En esta misma línea, Pinazo³⁸² presenta su documento sobre el apoyo social y las relaciones sociales en los adultos mayores; quien también relaciona la presencia de esta variable con un buen estado de salud de los mismos, así como con determinados perfiles sociodemográficos.

En ese aspecto, Zavala et al³⁵¹ hicieron un estudio, cuyo objetivo era analizar si había relación entre el funcionamiento social y la autoestima de la persona mayor, confirmando la asociación positiva de éstas variables.

Por otra parte, pero en la misma línea de trabajo, Escobar-Bravo et al³⁸³ concluyeron que las redes sociales de apoyo tenían relación con el inicio y desarrollo de las situaciones de dependencia en los adultos mayores.

Del mismo modo, Bozo et al³⁸⁴ afirmaron posteriormente, la influencia que el apoyo social podía tener en la realización de las AVD y sobre la salud, siendo la relación entre ambas variables positiva.

En la misma línea, Souza et al²⁵⁸ en una revisión bibliográfica, explican la influencia que tienen los recursos sociales formales e informales, junto a determinados factores sociodemográficos ante la forma de actuar en una situación de dependencia, quedando esta última condicionada en función de los mismos.

Souza et al²⁵⁸ y Bozo et al³⁸⁴ concluyeron en sus investigaciones que el apoyo que las personas en situación de dependencia puedan recibir de familiares y amigos, influye positiva o negativamente sobre el curso de la enfermedad y en la realización de las actividades de la vida diaria.

143

Para Koukouli et al²⁴⁷, no solo las enfermedades crónicas van a tener influencia sobre la situación de dependencia, sino también la presencia de determinados factores sociodemográficos, como la unidad familiar y estado civil, que condicionan el curso de la misma, siendo las personas que viven solas y viudas, las más desprotegidas.

En ese aspecto, Uchino et al³⁸⁵ atribuyen al apoyo social un papel en la presencia de determinadas manifestaciones fisiológicas, por lo que relaciona la presencia o no de los recursos sociales con las enfermedades padecidas.

Entre alguno de los objetivos que se plantearon Svetlana et al³⁸⁶ para su estudio, estaba analizar la relación entre la dependencia funcional y el tipo de red social de apoyo, siendo las mujeres, la viudez y una red de apoyo insuficiente las más influyentes.

Siguiendo en el campo de las investigaciones de los recursos sociales, encontramos la de Escobar-Bravo et al³⁸³, realizada a 1224 personas con edades comprendidas entre 70-74 años, no institucionalizados, residentes en Madrid y Barcelona. Su objetivo era averiguar si había relación entre las redes sociales y la discapacidad. Finalmente, concluyeron que la presencia de una vida social activa y la presencia de amigos son protectores de la dependencia, asociado a los beneficios emocionales que estos aportan.

Arias³⁴⁴, quién comparte la relevancia del apoyo social en personas mayores, también añade la importancia que tiene una adecuada valoración social para garantizar una atención en las personas de ésta edad.

Law¹⁸⁸, con el objetivo de demostrar la relación entre participación social y estado de salud y bienestar, y la reducción de las mismas ante una situación de dependencia, presenta un contenido rico en afirmaciones donde justifica la función de la Terapia Ocupacional para la consecución de estos fines. De este modo, una red de apoyo inadecuada, provocará una alteración del bienestar personal y la necesidad de institucionalización.

García et al³⁴⁶, en su estudio realizado con 461 personas en Monterrey, quisieron examinar la relación que tenían las personas de mayor edad con sus recursos sociales. Concluyó que la red de apoyo formal es insuficiente y que la informal es fundamental en la atención y cuidado de los mayores.

En una línea de investigación similar, Navarro et al³⁵⁴ quisieron analizar si determinados factores sociodemográficos estaban relacionados con las redes sociales, siendo fundamental el papel de la familia.

Otro autor, haciendo uso de encuestas, se planteó la posibilidad de investigar la relación de las situaciones de dependencia con la necesidad de recibir un recurso social, siendo positiva la implantación de la Ley de Dependencia^{7,387}.

Taboada et al³⁸⁸ hacen una aportación teórica de los criterios que se deben cumplir, que permitan asegurar la equidad y objetividad, por lo que apuntan que han de tener en cuenta apoyo social, la capacidad funcional y el estado a nivel cognitivo.

Por otra parte, Mercader¹²², en un documento fundamentado a base de la exposición de datos estadísticos de diversas fuentes, explica la situación de los recursos formales para la atención a la situación de dependencia, siendo la mayoría de las personas atendidas con un servicio de ayuda a domicilio o en instituciones. En esta misma línea, lo hace también Rodríguez⁸, analizando los cambios sociales que se han ido produciendo en la atención y protección de las personas más vulnerables socialmente, afirmando que la mayoría de las personas reciben cuidados informales.

Aunque la presencia del servicio de centro de noche dentro de la LAPAD⁷ es escasa, Martínez et al³⁸⁹ quisieron investigar en profundidad éste servicio como una medida de atención a la situación de dependencia, tal como está previsto según la ley, asegurando que es beneficioso para la atención y cuidado de las personas con dependencia, a pesar de su escasa aceptación en España.

CAPÍTULO 6. LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

6.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA.

En las últimas décadas estamos presenciando un elevado aumento de las personas en situación de dependencia, de mayor edad, con disminución de la mortalidad, aumento de la esperanza de vida y por ende, de las enfermedades crónicas, gracias al desarrollo de la medicina y al nivel socioeconómico, entre otros. Esto obliga a un doble planteamiento; por una parte, atender a las personas en situación de dependencia y, por otra, lograr y/o mejorar la calidad de vida durante este período, que se resiente como consecuencia de las características de la población actual^{247,390}.

A pesar de ser un objetivo de nuestras políticas públicas, el concepto de calidad de vida no es reciente, sino que se remonta a los antiguos griegos con Platón y Aristóteles, que ya reflexionaban sobre la felicidad y el bienestar³⁹¹⁻³⁹³. Esto nos lleva a pensar que el interés por la misma existe desde tiempos inmemoriales. Lo que sí podemos saber es que en 1930 y según señala Massam³⁹⁴, ya existían investigadores que mostraban interés por la formación del concepto. Sin embargo, la aparición como constructo y con fines de evaluación e investigación es más reciente, datándolo diversos autores a mediados del siglo XX, proveniente de la medicina y siendo en la actualidad un término al uso en diversas disciplinas^{16,395-400}. A largo de los años sesenta hubo una gran expansión en la investigación de calidad de vida y esto hizo que fuese consolidándose a nivel científico, siendo entendida desde una vertiente psicosocial. Se otorgó importancia a las experiencias y percepciones subjetivas vividas por el ser humano y se contempló el bienestar como una importante dimensión de la misma, introduciendo un cambio en la manera de hacer y pensar de la época⁴⁰¹. Del mismo modo, a finales del siglo XX adquirió un mayor carácter metodológico, manteniéndose durante los primeros años del siglo XXI^{15,16,392,393}.

Y es que como señalan Cardona-Arias et al⁴⁰², la práctica sanitaria basada en el “modelo médico hegemónico”, donde impera la eliminación de síntomas, generando los perfiles de morbilidad, mortalidad, esperanza de vida, etc, no sería suficiente, pues deja de lado el componente subjetivo humano. Es este uno de los motivos del nacimiento, desde el enfoque científico y metodológico, del concepto y evaluación de la calidad de vida.

6.2. CONCEPTUALIZACIÓN Y FACTORES DETERMINANTES DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA FUNCIONAL.

La calidad de vida (CV) ha sido conceptualizada por numerosos autores de diversas formas y en base a ópticas disciplinares distintas y aunque no existe un claro consenso acerca de la definición más apropiada, todos ellos coinciden en que se trata de un concepto subjetivo y multidimensional, no sólo basado en la ausencia de enfermedad, sino asociado a otros factores^{16,391,397,399,403-406}. En la actualidad, se ha convertido en un tema en boga, que surge, como indica Vigil et al⁴⁰⁷, “como resultado de la preocupación del hombre por el deterioro progresivo del medio ambiente y de las condiciones de vida del ser humano”.

148

A pesar de que como ya se indicaba anteriormente, no hay un consenso en el término, se mantienen tres aspectos fundamentales: la relación de la persona con la vida, la percepción subjetiva que esta hace sobre su vida y la multidimensionalidad³⁹⁶. Así, es consecuencia del equilibrio existente entre la capacidad individual del ser humano y las expectativas sobre su vida en base a las posibilidades reales según sus capacidades⁴⁰⁸.

Desde 1948, coincidiendo cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y el bienestar social no solamente la ausencia de enfermedad", se produjo un reconocimiento tanto en la práctica clínica, como a nivel social o científico, ya que la multidimensionalidad del concepto permitió que se tuviera en cuenta en diferentes ámbitos^{397,409}. De este modo, la OMS define calidad de vida como la “percepción que un individuo... en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus

normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”^{392,410-416}.

No obstante, esta definición planteada inicialmente no resultó operativa y posteriormente se efectuaron modificaciones. De esta forma, numerosos autores consideraron la calidad de vida como una sensación de bienestar físico, mental y social, de felicidad y de satisfacción con la vida, donde ya se plasma la subjetividad que le otorga la persona a la misma^{15,348,391-393,407,410,417-423}.

Berjano⁴²⁴ la define desde una terminología más coloquial diciendo que “calidad de vida es seguir viviendo en el lugar donde se ha vivido siempre y no tener que desplazarse a vivir a otro lugar en una última fase de la vida”, “tener a alguien de confianza cuando hay que desnudarse para ducharse o bañarse sin vergüenza a perder la intimidad personal”, “recibir una alimentación adecuada y apetitosa”, “poder hablar con alguien y que éste escuche con atención”, “tener la posibilidad de desplazarse a través de medios técnicos adecuados y mientras sea posible no perder la relación con el entorno”, “recibir una atención médica en el propio domicilio sin necesidad de tener que trasladarse a otro lugar para recibir cuidados médicos” y “quizá morir con dignidad”.

149

En este mismo sentido, Ramos⁴²⁵ la define como “el ámbito que incluiría todos los aspectos que se relacionan con la adaptación del individuo, tanto satisfactoria como insatisfactoria y los estados subjetivos que resultan de la misma”.

Ardila¹⁵ añade que la misma “posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos... Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida”.

Otros investigadores aportan que la calidad de vida tiene lugar como resultado de la interacción entre factores objetivos y subjetivos, relacionando las condiciones externas, económicas, sociopolíticas, culturales y ambientales dentro de los primeros y como factores subjetivos, la percepción individual de cada persona. Hacen también un análisis interesante, que se traduce en que “existe una interacción entre lo social y lo psicológico, donde lo social influye en lo psicológico a través del sentido que tenga para el sujeto y lo psicológico influye en lo social de acuerdo a la postura que el individuo asume. Esto es un presupuesto teórico básico para la conceptualización de la calidad de vida”⁴²⁶.

Por lo tanto, podríamos decir que el concepto de calidad de vida se asemeja al bienestar, al estado de salud y a la satisfacción.

Entre algunos de los factores determinantes que destacan numerosos investigadores y que pueden influir en la CV, se encuentran a nivel objetivo: la salud, estado nutricional, habilidades funcionales, rendimiento cognitivo, edad, género, situación económica, educación, entorno, aspectos socioculturales, las relaciones sociales, la actividad, los servicios sociales y sanitarios. Por otra parte, a nivel subjetivo, tenemos dimensiones como la satisfacción personal, felicidad, autoestima y personalidad^{16,296,392,396,400,417,419,425,427,428}.

150

6.3. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA.

Según Cardona-Arias et al⁴⁰², la definición que se da al término de calidad de vida, refleja la necesidad de elaborar herramientas para su medición de acuerdo a estas características.

Los instrumentos destinados a la evaluación de la calidad de vida (CV), surgen para complementar las evaluaciones sintomáticas, analíticas, morfológicas, etc, permitiendo introducir la percepción individual de cada persona sobre su salud. Para Monés⁴¹⁰ la medición de la calidad de vida “es una compleja medida sobre la satisfacción del bienestar físico, mental y social, un concepto que aglutina las expectativas, deseos y necesidades en la vida del paciente”.

Para Schwartzmann³⁹³ “la evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar”. A lo que Hernández et al³⁹⁰ añaden que esta evaluación va a permitir que la persona participe en el proceso de salud-enfermedad y el tratamiento que de ello se derive informando sobre cuál es su percepción sobre el mismo. Por tanto, la evaluación de la calidad de vida está condicionada por la subjetividad e ideología del contexto donde vive la persona a evaluar⁴¹⁷.

Hay numerosos instrumentos destinados a la evaluación de la calidad de vida; no obstante, todos ellos comparten dos cuestiones en común: por una parte, son herramientas de evaluación que complimentan las personas y que están formadas por una serie de ítems que engloban las dimensiones de aquello que se quiere medir y por otra, la mayoría de ellos tienen en cuenta, al menos, la salud física y bienestar emocional⁴¹⁰. Aguilar et al³⁹⁶ y Bowling⁴²¹ suman también las relaciones sociales y comunitarias como componentes comunes de dicha medición.

La OMS, impregnada de la importancia de concebir la salud de una forma más global, creó en la década de los 90, un grupo de expertos de 33 países (entre ellos Panamá, Argentina, Brasil y España) que permitiera tanto la conceptualización del fenómeno como otras cuestiones de otra índole, lo que motivó la creación de un instrumento multicultural de medición de calidad de vida de la OMS, la Whoqol-100, la cual parte de un marco teórico sólido, así como la Whoqol-Bref, en su versión más breve^{393,402,405,414,415,426,429}.

Como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴¹⁶, la naturaleza multidimensional de la calidad de vida se ve reflejada en este instrumento. Además, está disponible en 19 idiomas y con un amplio campo de actuación⁴³⁰. De esta forma, esto es lo que le confiere a este instrumento genérico que sea el más utilizado a nivel mundial^{405,431,432}.

Según Cardona-Arias et al⁴⁰², “a diferencia de otros instrumentos genéricos de medición de calidad de vida empleados en investigación clínica y

epidemiológica el Whoqol-Bref no se centra en aspectos funcionales sino en el grado de satisfacción que el individuo tiene frente a diversas situaciones de su cotidianidad, por lo que es la escala de mayor solidez conceptual y metodológica”.

Para Luxardo⁴³³, lo más destacado de esta herramienta es la visión holística que tiene del ser humano, teniendo en cuenta su contexto sociocultural e histórico.

Es por todos los argumentos expuestos con anterioridad por los que More⁴³⁴ decidió seleccionar para su estudio la herramienta multicultural Whoqol-Bref, que se describirá en el apartado de metodología.

No obstante, hay variedad en la instrumentación empleada para medir la calidad de vida, siendo ampliamente utilizada la SF-36 en numerosos estudios⁴³⁵⁻⁴⁴⁰. Esta escala evalúa ocho dimensiones de vida, entre las que cabe citar la función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y evolución declarada de salud, cuya puntuación oscila en una escala de 0 a 100, con una relación positiva entre ambas (a mayor puntuación, mayor calidad de vida)^{395,396}. Para ello utiliza un cuestionario que contiene una batería de preguntas para cada una de las ocho dimensiones, con un total de 36 preguntas. Tal como indican Botero et al⁴²⁷ va a permitir generar un perfil general de la opinión subjetiva percibida sobre la calidad de vida de las personas a las que se le aplica la herramienta, siendo útil tanto para la planificación sanitaria como para las políticas sociales.

Además, podemos encontrar estudios donde también se hace uso frecuente de la herramienta EuroQol-5D (EQ-5D)⁴⁴¹⁻⁴⁴³.

No obstante, hay otros muchos instrumentos de evaluación utilizados para la medición de la CV.

Junto a la EQ-5D, algunas herramientas utilizadas en otros estudios de investigación para la evaluación de la CV son el SIP68, QOLP-PD, SF-36V⁴⁴⁴, el HUI2 (and HUI3), SF-6D⁴⁴⁵ y el MOSSF-36⁴⁴⁶.

6.4. INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

Numerosos autores se han interesado por la relación entre la capacidad funcional y situación de dependencia con la calidad de vida de la persona. De este modo, consideran que hay una asociación entre el deterioro en la realización de las actividades de la vida diaria y una disminución de la calidad de vida^{330,413,427,439,447-449}.

Flores et al⁴⁵⁰, quienes pusieron en marcha un estudio para conocer la calidad de vida de adultos mayores residentes en edificios multifamiliares, concluyó que esta depende de varios factores, entre los que se encuentran el estado físico y emocional de la persona. De esta forma, la satisfacción en relación a las mismas, parece mejorar la calidad de vida.

Kim et al⁴⁵¹ hicieron una investigación para determinar la calidad de vida que tenían las personas que habían sufrido un accidente cerebro-vascular (ACV), concluyendo que tanto la enfermedad en sí misma, como los efectos posteriores que esta provoca en la persona, influyen en la calidad de vida.

153

Una investigación similar, desvela que la capacidad funcional para la realización de las AIVD está relacionada con los niveles de estrés y aislamiento. De esta manera, a menor independencia en las AIVD, mayor estrés y aislamiento⁴⁵².

Sin embargo, Agudelo et al²⁸⁰, consideran que la capacidad funcional de un anciano no está relacionada directamente con la calidad de vida, por lo que si la autonomía disminuye, no tiene porqué hacerlo también la calidad de vida.

Centrándonos en el estudio de la calidad de vida y su relación con los recursos sociales que tan importante se ha evidenciado en las personas dependientes, para Gallego¹⁹, Casas et al⁴⁰¹ y More⁴³⁴, el estado de los recursos sociales va a determinar de manera directa, el estado de la variable calidad de vida,

siendo necesario la conservación de los recursos sociales para garantizar la presencia de una adecuada calidad de vida.

Molina et al⁴²³ hicieron un estudio para comparar la calidad de vida en función del tipo de recurso social que tienen las personas. De esta manera, se llevó a cabo entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados, siendo mejor para las personas que vivían en sus hogares.

Respecto a la calidad de vida en enfermedades crónicas, Roca et al⁴⁵³ afirman que un buen apoyo social es fundamental para garantizar una adecuada calidad de vida en pacientes que han sufrido un ACV. En este sentido, Tickle-Degnen et al⁴⁵⁴, realizaron un estudio para determinar la CV de pacientes con enfermedad de Parkinson que reciben un tratamiento rehabilitador, afirmando que las personas que reciben rehabilitación, tienen mejor calidad de vida que aquellos que no la reciben.

Un hecho que podría estar condicionando la calidad de vida de las personas en situación de dependencia es que el acceso al sistema de dependencia y por tanto a los recursos, se ha endurecido. Rico¹¹⁷ considera que la revisión del BVD se ha endurecido notablemente desde la entrada en vigor del RD 174/2011, de 11 de febrero¹³, siendo de vital importancia el dictamen asignado a las personas en situación de dependencia, pues es la puerta de entrada a los servicios ofertados por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre⁷.

Roca et al⁴⁵³ afirman que la calidad de vida queda definida por las estrategias psicológicas y otros factores psicosociales que la persona ponga en marcha ante una determinada enfermedad. Asocia a determinados aspectos psicosociales, la presencia de una peor calidad de vida. De hecho, afirma que estará influenciada por el apoyo social recibido. Por supuesto, también puede verse la relación entre estado de ánimo y calidad de vida observándose que están directamente relacionados, siendo dependiente la CV del factor emocional³⁹².

Este estudio está en consonancia con el de Muszalik et al²⁹⁶, quienes reiteran que un buen estado físico y emocional de una persona, influyen en una mejora en su calidad de vida.

Respecto a la influencia que determinados factores sociodemográficos pudieran tener en el estado de la calidad de vida, Flores et al⁴⁵⁰ declaran que la edad avanzada es un factor predisponente para el padecimiento de una peor calidad de vida. A nivel general, otra investigación afirma que la calidad de vida está asociada con determinados factores sociodemográficos. De esta forma, el sexo y la edad influyen en la misma, siendo peor para las mujeres y personas de mayor edad⁴⁰⁶.

CAPÍTULO 7. COGNICIONES ANTICIPATORIAS EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

7.1. DELIMITANDO LA ACEPCIÓN DE COGNICIONES ANTICIPATORIAS.

Otro de los aspectos que nos interesó estudiar en este trabajo de investigación eran las cogniciones anticipatorias, sobre las que existe una escasez importante de literatura. No obstante, las investigaciones encontradas van a permitir aproximarnos a la delimitación del concepto.

En el campo de la psicología, el estudio de la mente siempre ha constituido un pilar fundamental, por lo que el nacimiento de la ciencia cognitiva y con ella, el cognitivismo como enfoque científico, ha permitido profundizar en esta área tan interesante⁴⁵⁵.

Para Ginés et al²³, el pensamiento queda definido “como la acción y el efecto de pensar, mientras que pensar es el establecimiento de nexos y conexiones asociativas entre diferentes ideas o conceptos”, con una estrecha interrelación con los sentimientos y las acciones, de tal forma que todos ellos se retroalimentan y se influyen.

157

Como señalan García et al⁴⁵⁶, “considerando el comportamiento como un elemento básico adaptativo, una de las respuestas filogenéticamente más recientes en el repertorio conductual humano sería el intento de anticipar el futuro mediante la conducta encubierta de pensar”.

El término anticipación surge por primera vez en el campo de la psicología, relacionado con el control, entendiendo este último como la motivación para dominar el comportamiento humano, lo que lo ha llevado a ser objeto de numerosas investigaciones que lo relacionan con términos como expectativas²⁰.

Fue Rotter⁴⁵⁷ uno de los primeros psicólogos en hacer uso del término anticipación como sinónimo de expectativa y más tarde Kelly⁴⁵⁸, que desarrolló su teoría de la personalidad basada en las cogniciones anticipatorias.

El concepto de expectativa para Gallego¹⁹ “se utilizó por primera vez en el análisis motivacional de la conducta realizado por Tolman en la década de 1930, quién sostenía que las expectativas (el conocimiento de estados de metas futuros y los medios para alcanzarlos) podían determinar la conducta actual”. Además, como señala Villamarín⁴⁵⁹, puede ser considerada como el conjunto de creencias desarrolladas en el presente, que permiten reflejar la historia individual pasada, en una proyección hacia el futuro, lo que permite presuponer su influencia sobre la salud. Asimismo, está relacionada, en una vertiente emocional positiva, con el optimismo disposicional, entendido según Chico⁴⁶⁰ “como la tendencia de las personas a esperar resultados positivos y favorables en sus vidas y como una expectativa generalizada de resultado positivo”.

158

Más adelante, en la década de los 90 y debido a la capacidad potencial de la anticipación para influir en la salud de las personas, este término comenzó a hacerse un hueco entre los psicólogos y empezaron a explicarlo desde el campo de la salud mental²⁰.

Centrándonos en el término objeto de análisis, según el diccionario de la Real Academia Española (RAE), anticipar hace referencia a “hacer que algo tenga lugar antes del tiempo señalado o previsible, o antes que otra cosa”, así como “adivinar lo que ha de suceder”, quedando por tanto, la anticipación definida como “acción y efecto de anticipar o anticiparse”, lo que indica previsión⁴⁶¹.

Para Ginés et al²³ puede entenderse “como la habilidad para comportarse en el presente teniendo en cuenta posibles estados futuros”, a lo que añade que “la anticipación es un proceso de evaluación cognitiva que prevé las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo, sobre la base de la experiencia y otras fuentes de conocimiento”, lo que le va a permitir elaborar

mentalmente el futuro, sus objetivos y sus metas, en forma de deseos, miedos y expectativas.

Gracias al avance que en el estudio de la anticipación va teniendo lugar, también se apuntan otros autores para definir el término como la predisposición de un sujeto para la preparación mental para alcanzar el futuro, tratándolo como sinónimo de predicciones²¹.

Para Pires et al²², la anticipación consiste en la capacidad para formular pronósticos, como una actitud caracterizada por la intención de comprender el futuro. En este mismo sentido, Guzmán⁴⁶² dice que “la posibilidad de anticipar tiene que ver, esencialmente, con un mejor mirar”. Siguiendo con las definiciones ofrecidas por otros autores, para Riegler⁴⁶³ se tratan de adaptaciones mentales a fenómenos básicos que va a permitir a las personas ocuparse de ellos, clasificando la anticipación en innatas, emocionales e inteligentes.

Buscando el origen de la cognición anticipatoria, Ginés et al²³ lo explican argumentando que es en el córtex prefrontal donde se crean los pensamientos de futuro y la conducta humana dirigida a un objetivo, dando lugar a las funciones de anticipación y planificación previas a la acción, pudiendo ir desde un proceso rápido y automático, hasta un proceso más elaborado de cognición. En cualquier caso, es un elemento fundamental en la adaptación e incluso para la supervivencia humana en su estado más intuitivo y puro. Continúan diciendo que “la anticipación forma parte de la propia acción como factor regulador e inductor conductual y emocional”, por lo que permite deducir que cuando los pensamientos anticipatorios tienen lugar de una forma coherente y sana, le confiere a los mismos cierta funcionalidad, pues van a permitir a la persona la competencia requerida para llevar a cabo sus metas.

Para estos mismos autores, la evaluación del pasado es fundamental en el sentido en el que las vivencias ocurridas en un momento anterior pueden llegar a condicionar un acontecimiento futuro, en tanto en cuánto estos pueden condicionar los pensamientos y con ello, la capacidad de anticipar²³.

Para García et al⁴⁵⁶, “la conducta de anticipar se derivaría de las propiedades y características de la visión operante, de la abstracción, de las propiedades del lenguaje, etc. Se trataría de prever la naturaleza percibida o aprendida, de evaluar-anticipar la posibilidad y la probabilidad de que se dé en el futuro una determinada conducta y sus consecuencias”. Por tanto, los pensamientos anticipatorios respecto a lo que acontecerá en un futuro puede crear confianza y seguridad en el presente, ya que teniendo en cuenta la experiencia que generan los recursos con los que se cuenta, permite prever y afrontar una determinada situación venidera, bien por la vivencia de situaciones similares o por un proceso de adaptación a la que vendrá.

Para Chimpén²⁰, coincidiendo con este punto de vista, la anticipación se trata de una característica humana que va a permitir elaborar un futuro hipotético para adaptarlo al objetivo deseado.

Además Riegler⁴⁶³, afirma que la anticipación no sólo se trata de una capacidad puesta en práctica por una cuestión de supervivencia, sino que además favorece el éxito de los organismos, de tal manera que tanto animales como humanos la desarrollan, aunque exclusivamente en el segundo caso se da como resultado de la elaboración de un razonamiento cognitivo.

160

Otra de las ventajas que se le pueden atribuir a los pensamientos anticipatorios está relacionada con la capacidad de adaptarse adecuadamente a un entorno cambiante, por lo que la mayoría de las conductas humanas tienden a anticiparse de manera instintiva, permitiendo el control ante una situación esperada, lo que a su vez posibilita establecer unos mecanismos de afrontamiento y preparación hacia la misma. Asimismo, como apunta Garrido⁴⁶⁴, es la anticipación “la que causa la conducta, activándola y dirigiéndola”, teniendo la motivación un papel fundamental.

Y no es solo por la capacidad de adaptación al medio por lo que la anticipación juega un papel fundamental a nivel mental, sino que los estados psicológicos positivos tienen una repercusión directa en la salud, pudiendo influir

en la predisposición de padecer enfermedades así como en la recuperación, como sucede a la inversa con los pensamientos negativos¹⁸.

Diversos autores investigan si los pensamientos anticipatorios podrían tener correspondencia con la calidad de vida. De hecho, afirman que las personas deprimidas tienen peor calidad de vida^{439,448,465}.

También Gallego¹⁹ en su tesis doctoral sobre el estado de ánimo en diabetes mellitus pone de manifiesto la relación existente entre conducta anticipatoria negativa y estados emocionales deprimidos. En sintonía con este estudio, Vinaccia et al⁴⁶⁶ realizan una investigación en personas que padecen epilepsia. Concluye que la calidad de vida de los mismos se considera normal, a lo que añade que el estado emocional y el control personal son importantes para alcanzar estos valores.

En esa misma línea, algunos autores intentan buscar nexo entre las expectativas personales u optimismo con la calidad de vida. Schwartzmann³⁹³, Tøien et al⁴³⁷ y Villamarín⁴⁵⁹, creen que las expectativas personales influirán en la calidad de vida y afirman que las personas optimistas, tienen mejores niveles de la misma. Centrándolo en el estudio del cáncer de mama, Mera et al⁴⁶⁷ consideran que el optimismo y unos mecanismos de afrontamiento adecuados, provocan una mejor calidad de vida en la mujer que lo padece.

Con esta misma apreciación coinciden Ginés et al²³, al señalar que “la valoración personal que influye en la anticipación se da en dos vertientes, si es optimista orientará hacia una anticipación positiva, valorando posibilidades reales aunque inciertas. Por otro lado, si es negativa se asume como normal llegando a prevenir de fracasos posteriores”. A esto añade que “si por variaciones del humor, como en la depresión, la anticipación no es objetiva y se realiza en un mismo sentido, merma la facultad de anticipar positivamente”.

En este mismo sentido y coincidiendo con la afirmación anterior, Chimpén²⁰ apunta que el problema surge cuando de manera sistemática y repetida siempre se

anticipa en un mismo sentido, o como sucede en los estados depresivos, siempre se anticipa negativamente, siendo los pensamientos anticipatorios, por lo tanto, predictores de la enfermedad. Por lo tanto y tal como afirma Gallego¹⁹, “la forma en que los pacientes manejen el significado de la enfermedad y la valencia que puedan aplicar a ésta, bien en forma positiva o bien de modo negativo, así como la percepción de futuro que tengan, afectará a la forma en que afronten el proceso de la enfermedad y también su adherencia a los tratamientos correspondientes, así como su bienestar y la calidad de vida”, por lo que son factores a tener en cuenta ya que influyen tanto de ese modo como en las acciones que lleven a cabo para el cuidado de su salud.

Así las cogniciones anticipatorias son duales, en el sentido en el que pueden actuar como protectores de la depresión o por el contrario, ser un mecanismo favorecedor de la misma²¹, por lo que cobran un papel primordial en las enfermedades crónicas.

162

Por otra parte, pero de acuerdo con lo expresado, también las preocupaciones tienen su origen en la presencia de pensamientos anticipatorios negativos (entre otras causas), lo que puede mermar la resolución de problemas, respecto al planteamiento de objetivos, metas, etc⁴⁶⁸.

En cualquier caso, las cogniciones anticipatorias negativas, son influyentes del estado de ánimo, debido a que los pensamientos tienen un gran potencial para generar cambios en las emociones, siendo en numerosas ocasiones tan reales como los propios sucesos vividos, pudiendo bloquear e inmovilizar psicológicamente a la persona que padece cualquier proceso crónico, volviéndolo indefenso ante el afrontamiento de su propia dolencia²³.

Por tanto, debido a su función predictora, la valoración de los pensamientos anticipatorios pueden ser útil como un “factor discriminante intrínseco potencial” del padecimiento de una depresión, sin ser considerada una herramienta de detección psicopatológica de dicho síndrome²³, siendo como además añaden Pires

et al²² un indicador válido en los trastornos del ánimo, especialmente en la depresión.

Es por ello que las cogniciones anticipatorias en las personas que se encuentran en situación de dependencia van a jugar un papel fundamental. La característica fundamental de éstas es su carácter permanente y crónico de diferentes patologías. La presencia de unas cogniciones anticipatorias adecuadas resultan primordiales para el manejo de la enfermedad y la adhesión al proceso terapéutico.

7.2. APORTACIONES PRÁCTICAS DEL CONCEPTO DE COGNICIONES ANTICIPATORIAS A LA DISCIPLINA DE TERAPIA OCUPACIONAL Y A LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

Como ya hemos visto, la severidad de la situación de dependencia puede oscilar desde una situación moderada hasta la gran dependencia. A su vez, el sistema de protección social actual en España (SAAD) permite el diseño y asignación de una serie de servicios y prestaciones económicas para la prevención y atención de la dependencia, así como para la promoción de la autonomía personal.

163

Al realizar la valoración de la situación de dependencia, el terapeuta ocupacional examina las repercusiones que las alteraciones de las funciones corporales ocasionan en la vida diaria de la persona. En función de diversas pruebas y estrategias de evaluación (como ya se vieron en su correspondiente apartado), el profesional determinará la severidad de la situación de dependencia. Conocer el tipo de cogniciones anticipatorias que desarrolla un usuario previo a la valoración, podría permitirnos analizar si las mismas tienen relación con la respuesta y actitud ante la dependencia manifiesta.

Llevándolo al terreno más práctico, los pensamientos anticipatorios de una persona en situación de dependencia podrían estar condicionando tanto su respuesta como su actitud en la entrevista personal. De este modo, una persona

con cogniciones anticipatorias negativas podría comportarse infravalorando sus posibilidades funcionales actuales y futuras.

Para diseñar el PIA es necesario realizar una valoración social exhaustiva que contempla el análisis de diversos factores psicosociales. El objetivo principal del mismo es asignar el recurso más idóneo disponible en el catálogo de servicios teniendo en cuenta la capacidad funcional, características personales, sociales, psicológicas y demográficas tanto del usuario como de la zona donde reside. Así se podría incluir dentro de los aspectos psicológicos personales y familiares a tener en cuenta, el tipo de pensamientos anticipatorios que la persona desarrolla.

Este análisis podría permitir al profesional conocer, por una parte, el estado emocional en que se encuentra la persona en situación de dependencia (expectativas de recuperación, motivación ante la propuesta, adhesión a la misma, etc) y por la otra, de manera indirecta, conocer las circunstancias sociofamiliares que se relacionan con el usuario (estados emocionales, situación de sobrecarga del cuidador, etc). Ello facilitaría realizar un estudio pormenorizado y adaptado a las tres vertientes, física, social y psicológica, y quizás, pudiendo influir en un mayor éxito ante la aceptación y mantenimiento del PIA.

Para llevar a cabo la evaluación del pensamiento anticipatorio, Légeron et al⁴⁶⁹ crearon el cuestionario de cogniciones anticipatorias (QCA), que mide la capacidad de anticipación en los seres humanos a través de la presentación de una cognición sencilla y una réplica cognitiva.

En la primera versión, el cuestionario estaba formado por dieciocho ítems, siendo algunos de los mismos muy similares, por lo que el autor decidió unificar los ítems, dando lugar a una segunda versión, reducida a nueve elementos; no obstante, la versión definitiva queda reformulada con ocho elementos, simplificando su aplicación y la obtención rápida de información respecto al estado de las cogniciones anticipatorias, representando situaciones sencillas de la vida diaria (relacionadas con la salud psico-física y calidad de vida, la familia, y situación laboral-ocupacional) que hipotéticamente pueden tener lugar, siendo

evaluados mecanismos cognitivos y de anticipación relacionados con la pérdida de control, la anhedonia, tolerancia al fracaso, etc, respecto a las mismas²².

Por tanto, la medición de las cogniciones anticipatorias en las personas en situación de dependencia permite un acercamiento más preciso a la esfera emocional, tan importante en la valoración global de los déficits influyentes en el desempeño ocupacional.

7.3. INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON LAS COGNICIONES ANTICIPATORIAS.

Dada la escasez de estudios que hablen sobre cogniciones anticipatorias en dependencia funcional, nos hemos centrado en realizar una revisión bibliográfica más amplia que incluya una población más general de personas con enfermedades crónicas.

Como señala Garrido⁴⁶⁴, “debido a la anticipación, dos sujetos, en un mismo momento, pueden emitir diferentes respuestas, ante una misma situación estimular, o un sujeto puede emitir diferentes respuestas, ante la misma situación estimular, en dos momentos diferentes”.

165

Carver et al⁴⁷⁰ hicieron un estudio longitudinal con mujeres con un diagnóstico temprano de cáncer de mama, los resultados sugirieron que el optimismo es un fuerte protector ante las reacciones emocionales negativas tras el diagnóstico, quedando éstos sometidos a diversas reacciones de afrontamiento. En este mismo sentido, Taylor et al⁴⁷¹ hicieron un estudio con hombres con VIH. También sugirieron que algunas creencias, como el optimismo actúan positivamente no sólo sobre la salud mental, sino también sobre la salud física.

Pires et al²² en el estudio que pusieron en marcha, se plantearon como objetivo averiguar el género y estado civil más frecuente en las cogniciones anticipatorias. Para ello, seleccionó a un grupo de personas con edades comprendidas entre 15 y 59 años, concluyendo que las cogniciones anticipatorias negativas eran más frecuentes en hombres solteros. Baptista²¹ al investigar si

existía relación entre el género y las cogniciones anticipatorias, encontró resultados significativos que le permitieron afirmar que los hombres presentan mayor número de pensamientos anticipatorios negativos.

Schwartzmann³⁹³ hace un recorrido histórico y conceptual sobre el concepto de calidad de vida relacionado con la salud. A lo largo del mismo, explica que la calidad de vida quedará determinada por las expectativas personales y por los mecanismos de afrontamiento que la persona ponga en marcha ante una determinada situación, dependiendo su calidad de vida de la forma en la que conjuguen estas dos situaciones.

Una vez se ha hecho un recorrido teórico por cada una de las variables que componen la investigación, pasamos al apartado del estudio empírico, donde se podrá examinar detenidamente el estudio llevado a cabo.

TERCERA PARTE

ESTUDIO EMPÍRICO

TERCERA PARTE. ESTUDIO EMPÍRICO.

CAPÍTULO 8. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

8.1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

El **objetivo general** de esta investigación fue:

-Analizar el desempeño funcional, recursos sociales, calidad de vida y cogniciones anticipatorias de las personas en situación de dependencia.

Los **objetivos específicos** que se plantearon fueron:

1. Describir los aspectos sociodemográficos y clínicos de la muestra.
2. Describir el grado de dependencia, tipo de actividad afectada, funciones corporales, recursos sociales, calidad de vida y cogniciones anticipatorias que presentan los pacientes.
3. Estudiar si el sexo y la edad están relacionados con la dependencia funcional, la calidad de vida y las cogniciones anticipatorias de las personas dependientes.
4. Analizar la relación existente entre las variables clínicas y sociodemográficas, con el grado de dependencia.
5. Estudiar si existen diferencias en la afectación de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en función del grado de dependencia.
6. Analizar la relación entre recursos sociales, el grado de dependencia y la dependencia funcional.
7. Analizar si existe relación entre la calidad de vida y el grado de dependencia, dependencia funcional, recursos sociales, situación del expediente y pensamientos anticipatorios.
8. Observar si existe relación entre las cogniciones anticipatorias y el grado de dependencia, dependencia funcional, recursos sociales y situación del expediente.

8.2. HIPÓTESIS DEL ESTUDIO.

Nos planteamos las siguientes **hipótesis**:

-H₁. La dependencia funcional, la calidad de vida y las cogniciones anticipatorias, estarán relacionadas con el sexo y la edad de las personas dependientes.

-H₂. El grado de dependencia estará relacionado con variables clínicas (dependencia funcional, tipo de actividad y función corporal afectada) y con las variables sociodemográficas sexo y edad.

-H₃. Las actividades básicas de la vida diaria estarán más afectadas que las instrumentales en la gran dependencia mientras que ocurrirá lo contrario en los grados menos severos.

-H₄. Las personas con buenos recursos sociales presentarán una mayor afectación de las actividades de la vida diaria estando en sintonía con un mayor grado de dependencia.

-H₅. Las personas que perciben tener una mejor calidad de vida serán las que presenten menor grado de dependencia, menor dependencia funcional, buenos recursos sociales, situación del expediente esté resuelta y presenten menos cogniciones anticipatorias negativas.

-H₆. Las personas con un menor grado de dependencia, menos dependencia funcional, mejores recursos sociales y cuya situación del expediente esté resuelta presentarán menos cogniciones anticipatorias negativas.

CAPÍTULO 9. DISEÑO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

9.1. ETAPAS DEL ESTUDIO.

Antes de hablar de la metodología del estudio, se exponen de forma resumida las etapas que se han seguido para llevar a cabo esta tesis doctoral:

1. Elección del tema.
2. Revisión bibliográfica.
3. Elaboración del proyecto de tesis doctoral. Identificación de la metodología a utilizar. Definición de las variables a estudiar. Análisis de la viabilidad del estudio. Consideraciones éticas y base legal.
4. Presentación del proyecto para su aprobación en el SEPAD, en la Comisión de Bioética y Bioseguridad, en el departamento de Terapéutica Médico-Quirúrgica y en la Comisión de Doctorado de la Universidad de Extremadura.
5. Documentación bibliográfica, mediante la consulta de varias bases documentales.
6. Elaboración del instrumento de recogida de información a partir de los objetivos propuestos y de las variables objeto de análisis.
7. Recopilación de datos sobre la población diana.
8. Extracción de la muestra representativa de la población.
9. Contacto con los participantes mediante desplazamiento a las localidades seleccionadas. Se le explicó el estudio de investigación y se dieron las instrucciones pertinentes. Al acceder a participar, se valoró la forma de cumplimentación de los cuestionarios. Se optó por la aplicación de los cuestionarios por parte del investigador, cuidador informal/profesional, responsable de instituciones geriátricas, autocumplimentación y/o se programó una cita para su cumplimentación y/o recogida del mismo.

10. Recogida de la información mediante desplazamiento a las localidades de residencia de los usuarios seleccionados. Para las instituciones geriátricas se recogió la información de forma colectiva. En el caso de usuarios con residencia particular, el investigador se desplazó por cada una de ellas. Se recogió conjuntamente la autorización para el acceso al fichero del sistema de información de atención a la dependencia en Extremadura (SIDEX) y el modelo de consentimiento informado firmados.
11. Registro y análisis de los datos y resultados. Se utilizó el programa IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versión 22.0.0 para Windows).
12. Discusión y comparación de los datos obtenidos con investigaciones previas.
13. Reflexión sobre las limitaciones del estudio y posibles futuras líneas de investigación.
14. Extracción y redacción de conclusiones.
15. Maquetación y presentación de la tesis doctoral.

9.2. TIPO DE ESTUDIO, ASPECTOS ÉTICOS Y PROCEDIMIENTO.

9.2.1. Tipo de estudio.

Para dar comienzo a la investigación fue necesario identificar qué metodología manejaríamos para alcanzar los objetivos propuestos. El enfoque que se adoptó en el presente estudio empírico fue el de una investigación no experimental descriptiva y analítica, lo que nos permitía describir, clasificar y analizar la muestra. También queríamos analizar relaciones entre algunas variables objeto de estudio. Planteamos un estudio de tipo transversal desde una perspectiva temporal, examinando a un grupo de personas en situación de dependencia en un momento concreto en el tiempo⁴⁷². Se seleccionó una metodología cuantitativa, que nos permitía recoger información objetivamente mensurable y se optó a su vez por un análisis retrospectivo o post-hoc, quedando delimitada al año 2016.

9.2.2. Aspectos éticos.

Para dar comienzo al estudio empírico de la tesis doctoral se solicitó autorización al SEPAD el día 11 de febrero, siendo autorizada finalmente el día 7 de junio de 2016 (anexo I), siendo fundamental para obtener la información necesaria de la muestra seleccionada y quedando establecido como requisito imprescindible que el usuario firmase una autorización de acceso al fichero del sistema de información de atención a la dependencia en Extremadura (SIDEX) anexo II). Tras la obtención de esta autorización, también solicitamos permiso a la Comisión de Bioética y de Bioseguridad de la UEX, siendo aprobada con fecha de 14 de julio de 2016 (anexo III), lo que definitivamente dio paso al estudio, dándonos el visto bueno a nuestro modelo de consentimiento informado (anexo IV), el cual había de ser leído, aceptado y firmado por los participantes.

Tras las autorizaciones, se seleccionó la muestra del estudio.

En este estudio todos los participantes fueron informados apropiadamente de las características del mismo, siendo invitados a participar en él voluntariamente; comprometiéndose el investigador a cumplir todas las normas de buena práctica investigadora, teniendo en cuenta las consideraciones éticas. Se realizó cumpliéndose los principios de la Declaración de Helsinki⁴⁷³ y sus revisiones posteriores para estudios en humanos, siendo una propuesta de principios éticos para la investigación, el Convenio del Consejo de Europa⁴⁷⁴ relativo a los derechos humanos y de la biomedicina, la Declaración de la UNESCO sobre el genoma humano y los derechos humanos⁴⁷⁵, que se reitera en la dignidad humana, en la obligatoriedad del consentimiento informado y de la confidencialidad, garantizando la protección de sus derechos y toda aquella legislación para tal fin vigente en España y la Unión Europea.

De acuerdo con la normativa legal vigente, los resultados se trataron con total confidencialidad. El protocolo de recogida de datos fue archivado y a cada participante se le asignó una clave, de tal modo que no pudo relacionarse la muestra y la información obtenida con la identidad del sujeto. Las muestras fueron anonimizadas, asegurando la imposibilidad de inferir su identidad para el estudio y

potencial análisis ulterior, comprometiéndose el investigador principal a que la confidencialidad de los datos fuera escrupulosamente observada y que los datos de los sujetos participantes no fueran conocidos por otros investigadores del proyecto. Del mismo modo, también se comprometió a no utilizar las muestras para otros estudios diferentes a los de este proyecto y a no traspasar las muestras a otros posibles proyectos o equipos de investigación.

Para todo lo no previsto en esta normativa, se aplicó la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁴⁷⁶, BOE nº 274 de 15 de noviembre de 2002; Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal⁴⁷⁷; BOE nº 298 de 14 de diciembre de 1999; Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal⁴⁷⁸, BOE nº 17 de 19 de enero de 2008), sobre investigación biomédica (Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica⁴⁷⁹; BOE nº 159 de 4 de julio de 2007) y cualquier otra que resultara aplicable.

174

9.2.3. Procedimiento.

Una vez que se confirmó el número de usuarios que inicialmente cumplían con los criterios de inclusión y se llevó a cabo la selección de los mismos para la conformación de la muestra, se procedió a realizar una visita a su entorno habitual, momento en el que se les explicó detalladamente el estudio de investigación a realizar, invitándoles a que fueran partícipes del mismo, garantizando la protección y confidencialidad de sus datos. Una vez confirmaron su colaboración mediante la firma del consentimiento informado y modelo de autorización de acceso al fichero SIDEX, se procedió a la cumplimentación de las herramientas estandarizadas. En caso que fuese requerido y siempre que pudieran ser autoadministradas o contaran con la presencia de un cuidador con aptitudes suficientes para la aplicación de los mismos, se les dejó dichos instrumentos en su lugar de residencia, informando que el investigador se desplazaría a por ellos.

Entre la documentación se incluía un cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos, escala de calidad de vida Whoqol-Bref, la escala de recursos sociales OARS y el cuestionario de cogniciones anticipatorias Q.C.A. La información del desempeño funcional referido en el BVD se obtuvo del sistema de información de la dependencia de Extremadura (SIDEX). (Ver instrumentos de evaluación).

Como ya se expuso anteriormente en el apartado 9.1, respecto a las etapas del estudio y en este mismo apartado de procedimiento, el contacto con los participantes, difusión y recogida de la herramienta de investigación se realizó mediante el desplazamiento del investigador a cada una de las localidades seleccionadas y que forman la zona sociosanitaria de Trujillo (Cáceres), en el intervalo temporal comprendido entre el 18 de julio y 16 de septiembre del año 2016. Para ello se visitó cada uno de los domicilios y/o residencia habitual de la muestra seleccionada, obteniéndose un 78,99% de participación, con 188 cuestionarios recolectados.

175

Una vez recopilados cada uno de los cuestionarios cumplimentados fue necesario supervisarlos y en caso que procediera, llevar a cabo la resolución de problemas como la falta de entendimiento de la pregunta, incoherencia y/u omisión de las respuestas. Es importante destacar que las tareas de manipulación de los cuestionarios incompletos se realizó conjuntamente con la persona en situación de dependencia, motivo por el que el investigador se desplazó a su lugar de residencia a por cada uno de los cuestionarios una vez realizados, cuyo objetivo era asegurarse de no excluir ninguno de ellos por esta razón.

En las imágenes 1 y 2 podemos ver la zona sociosanitaria de Trujillo (Cáceres), tanto de manera aislada, como formando parte del mapa regional en el que queda enmarcada.

Imagen 1: Zona sociosanitaria de Trujillo (Cáceres).

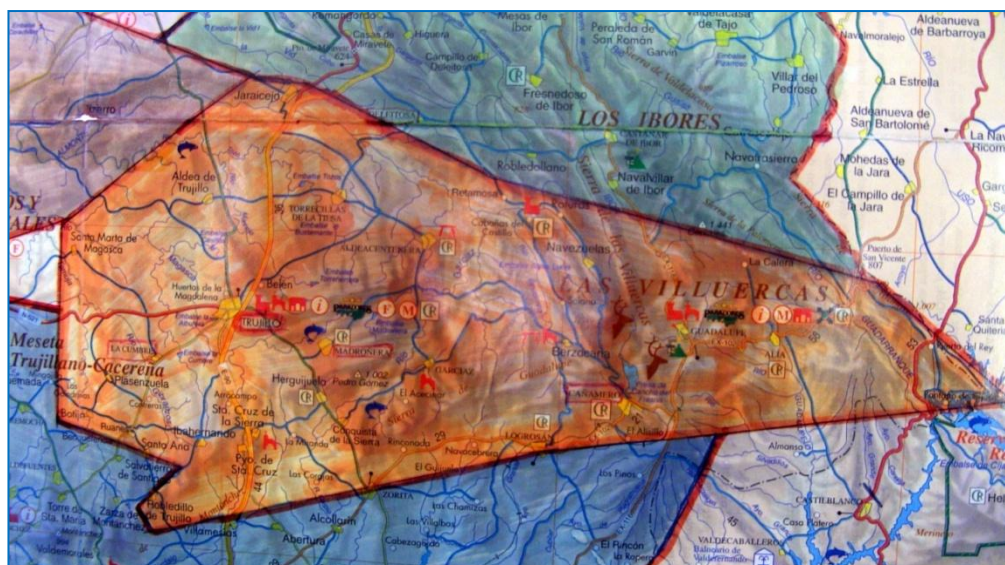


Imagen 2: Mapa de zonificación sociosanitaria de Extremadura.



9.3. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA.

9.3.1. Población y muestra.

La población de nuestro estudio quedó formada por personas que habían sido atendidas por el equipo de valoración de dependencia de la zona sociosanitaria de Trujillo (Cáceres) para la determinación de su grado de dependencia.

El procedimiento de muestreo para nuestro estudio empírico se corresponde con un muestreo no probabilístico de conveniencia, ya que la selección fue determinada en función de las personas que fueron atendidas, eligiéndolos sin ningún criterio aleatorio ni con otro interés, sino por el funcionamiento determinado en el seno del equipo de valoración de dependencia (EVD) de la zona. De esta manera, se visitaron 25 localidades de residencia de la muestra definitiva, constituida por 238 usuarios para que geográficamente los resultados fueran representativos de toda la geografía correspondiente a la zona sociosanitaria de Trujillo (Cáceres).

177

La muestra se seleccionó atendiendo a los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión fueron:

-Tener una edad igual o mayor de 18 años.

-Solicitar a instancia de parte para el reconocimiento de su situación de dependencia según la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.

-Haber sido valorada su situación de dependencia y/o negociado su programa individual de atención (PIA) por el EVD, entre enero y septiembre del año 2016.

-Pertener a la zona sociosanitaria de Trujillo (Cáceres).

-Tener dictaminado un grado I, II o III de dependencia.

-No presentar deterioro cognitivo, demencia, depresión y/o enfermedad mental grave.

-Participar voluntariamente en el estudio de investigación.

-Cumplimentar el cuestionario y firmar el consentimiento informado.

Los **criterios de exclusión** fueron aquellos que no habían sido mencionados entre los anteriores y quedando definidos como:

-Tener una edad inferior a 18 años.

-No haber solicitado el reconocimiento de su situación de dependencia según la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.

-No haber sido valorada su situación de dependencia y/o negociado su PIA por el EVD, desde enero a septiembre del año 2016.

-No pertenecer a la zona sociosanitaria de Trujillo (Cáceres).

-Tener dictaminado un sin grado.

-Presentar deterioro cognitivo, demencia, depresión y/o enfermedad mental grave.

-No participar voluntariamente en el estudio de investigación.

-No cumplimentar el cuestionario o no firmar el consentimiento informado.

De las 494 personas con distintos grados de dependencia, atendidos por los técnicos valoradores del EVD durante el período seleccionado a estudio y una vez se verificó que cumplieran todos los criterios de inclusión, la muestra quedó representada por 238 personas.

De las 494 iniciales, 241 personas fueron excluidas por no cumplir con los criterios de inclusión y 15 por fallecimiento, en total 256 personas.

De las 238 que cumplían con los criterios de inclusión, se produjo una pérdida de 50 usuarios por diferentes circunstancias, entre las que se encuentran: traslado de expediente a otra zona sociosanitaria, disfrutar de período vacacional fuera de la comunidad autónoma, estar hospitalizado o por desinterés por participar en la investigación.

Así, la muestra final quedó constituida por 188 personas.

En la tabla 20 se presentan las características sociodemográficas de la muestra:

Tabla 20. Características sociodemográficas de la muestra.

VARIABLES	RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sexo	Hombre	53	28,2
	Mujer	135	71,8
Edad	De 39 a 65 años	19	10,1
	De 66 a 75 años	19	10,1
	De 76 a 85 años	80	42,6
	Mayores de 86 años	70	37,2
Lugar de residencia	Aldea del Obispo	6	3,2
	Aldeacentenera	5	2,7
	Alía	2	1,1
	Belén	4	2,1
	Berzocana	5	2,7
	Botija	8	4,3
	Cañamero	3	1,6
	Conquista de la Sierra	1	0,5
	Guadalupe	19	10,1
	Herguijuela	3	1,6
	Huertas de Ánimas	8	4,3
	Ibahernando	8	4,3
	Jaraicejo	5	2,7
	La Calera	1	0,5
	La Cumbre	20	10,6
	Logrosán	11	5,9
	Madroñera	22	11,7
	Navezuelas	4	2,1
	Plasenzuela	5	2,7
	Puerto de Sta Cruz	1	,5
	Robledillo de Trujillo	8	4,3
	Sta Cruz de la Sierra	1	0,5
	Sta Marta de Magasca	5	2,7
Torrecillas de la Tiesa	10	5,3	
Trujillo	23	12,2	

Como ya dijimos en el marco teórico, la zona sociosanitaria de Trujillo (Cáceres) está formada por 34 localidades, habiendo sido seleccionadas 25 de las mismas. Se puede observar en la tabla 20, que la muestra en situación de dependencia funcional estaba muy repartida, existiendo representación de los 188 usuarios de la muestra por todas las localidades, predominando el número de usuarios en Trujillo, Madroñera, La Cumbre o Guadalupe. Menor proporción es la del resto de localidades.

9.4. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.

9.4.1. Variables evaluadas.

Las variables que se evaluamos fueron las siguientes:

-Variables sociodemográficas, de apoyo y sobre su situación de dependencia: sexo, edad, estado civil, número de hijos, presencia de cuidadores, parentesco y lugar de residencia, nivel de estudios, profesión, situación laboral y disponibilidad de servicios sociales de base, especializados o atención privada.

181

-Variables clínicas-psicosociales: grado de dependencia, número de funciones corporales afectadas, situación actual del expediente, dependencia funcional (ABVD y AIVD), tipo de actividades afectadas, tipo de funciones corporales afectadas, recursos sociales y cogniciones anticipatorias de las personas en situación de dependencia.

9.4.2. Instrumentos de evaluación.

Como herramienta de investigación se recurrió a un cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos, así como a un conjunto de cuestionarios estandarizados que permitían el estudio de las diversas variables objeto del estudio empírico, siendo todas las preguntas de los cuestionarios de respuesta obligatoria.

Una vez fue elaborado el instrumento de medición se realizó una revisión del cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos por parte de expertos, en el que participaron diversos profesionales pertenecientes a los equipos de valoración, del ámbito de la salud y de lo social. A partir de las opiniones volcadas, se trataron de especificar y orientar las preguntas sociodemográficas y clínicas. Tras esta revisión y la valoración de las sugerencias recopiladas, se incorporaron algunas correcciones.

Después de esta fase de perfeccionamiento del cuestionario, se llevó a cabo un pilotaje del mismo, seleccionando una pequeña muestra formada por 10 personas en situación de dependencia de diversas zonas sociosanitarias de la comunidad autónoma de Extremadura. El objetivo fue verificar que se habían realizado con éxito todas las correcciones. El cuestionario fue de nuevo revisado teniendo en cuenta los resultados de esta segunda prueba, así como el diseño final del mismo, previo a su impresión.

Para dar comienzo a la cumplimentación de la herramienta de investigación se explicó el objetivo de la misma. Por otra parte, se pidió a cada persona que leyera detenidamente la pregunta y respondiera en base a las instrucciones facilitadas. También se les indicó que, cuando tuvieran dudas acerca de la respuesta más idónea, respondieran aquella más apropiada de acuerdo a su vivencia.

A continuación, se detallan los cuestionarios de evaluación que se han utilizado para el estudio empírico, cuyo sustento son los resultados obtenidos de la revisión de la literatura realizada en las diversas bases documentales consultadas, a partir de las cuales se desarrolló un estudio detallado de las herramientas utilizadas para cada una de las variables de esta investigación.

9.4.2.1. Cuestionario de datos sociodemográficos, de apoyo y sobre su situación de dependencia.

En el cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos se formularon todas aquellas cuestiones que se consideraron fundamentales para realizar una descripción detallada de la población en situación de dependencia (anexo V).

Para ello, en primer lugar, se recogen datos sociodemográficos acerca del *sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, profesión, situación laboral, número y lugar de residencia de los hijos, presencia de cuidadores y parentesco*. A continuación se procede a preguntar sobre su *disponibilidad de servicios sociales de base, especializados o atención privada*.

Se finalizó con la recogida de los datos clínicos relativos a su *grado de dependencia, funciones corporales y situación actual del expediente*, obtenidos directamente del sistema de información de atención a la dependencia en Extremadura (SIDEX).

183

9.4.2.2. Baremo de valoración de dependencia (BVD).

El BVD es un instrumento estandarizado, empleado para dictaminar el grado de dependencia de la población objeto de estudio. Para ello, una vez llegado el momento en el que la persona, reuniendo todos los requisitos, presenta a instancia de parte la solicitud para el reconocimiento de la situación de dependencia ante la administración competente, se valora por un técnico que le aplica el BVD para cuantificar la necesidad de ayuda para la realización de las AVD, estimándose el tipo de apoyo requerido para el desempeño de las mismas.

Dentro de los dos baremos (BVD y baremo de valoración de dependencia específico (BVDE)) se contemplan diez actividades: 6 actividades de autocuidado, 3 actividades de movilidad y 1 actividad de tareas domésticas. El BVDE además se complementa con la actividad de toma de decisiones (esta última se valora exclusivamente en aquellos casos en que se presentan condiciones de salud que

afectan las capacidades perceptivo-cognitivas, presencia de enfermedad mental y/o trastorno depresivo)^{302,322}. A su vez, cada actividad está dividida en tareas que tratan de abarcar en profundidad para dar una representatividad de la dependencia real³²⁰.

Por tanto, el documento técnico que tiene como referente las definiciones y términos de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), valora las siguientes actividades para determinar el grado y nivel de dependencia.

A modo de resumen, en la tabla 21 se presentan las actividades y tareas correspondientes que forman el BVD. Para un mayor acercamiento y entendimiento de las actividades y tareas que se valoran, se puede revisar el documento en su totalidad en el anexo VI.

Asimismo, se puede visualizar en el anexo VII, la plantilla del BVD utilizada para la recogida de la información.

Tabla 21. Actividades y tareas valoradas en el BVD.

TIPO DE ACTIVIDADES	ACTIVIDADES	TAREAS
AUTOCUIDADO (6)	Comer y beber	-Reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos. -Cortar y/o partir los alimentos en trozos. -Usar cubiertos para llevar la comida a la boca. -Llevar el recipiente de bebida a la boca.
	Higiene personal relacionada con la micción/ defecación	-Acudir a un lugar adecuado. -Manipular la ropa. -Adoptar o abandonar la postura adecuada. -Limpiarse.
	Lavarse	-Abrir y/o cerrar los grifos. -Lavarse las manos. -Acceder a la bañera, ducha o similar. -Lavarse la parte inferior del cuerpo. -Lavarse la parte superior del cuerpo.
	Realizar otros cuidados corporales	-Peinarse. -Cortarse las uñas. -Lavarse el pelo. -Lavarse los dientes.
	Vestirse	-Reconocer y alcanzar la ropa y el calzado. -Calzarse. -Abotonarse botones o similar. -Vestirse las prendas de la parte inferior del cuerpo. -Vestirse las prendas de la parte superior del cuerpo
	Mantenimiento de la salud	-Solicitar asistencia terapéutica. -Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas. -Evitar situaciones de riesgos dentro del domicilio. -Evitar situaciones de riesgo fuera del domicilio. -Pedir ayuda ante una urgencia.
MOVILIDAD (3)	Cambiar y mantener la posición del cuerpo	-Cambiar de tumbado a sentado en la cama. -Permanecer sentado. -Cambiar de sentado en una silla a estar de pie. -Permanecer de pie. -Cambiar de estar de pie a sentado en una silla. -Transferir el propio cuerpo mientras se está sentado. -Transferir el propio cuerpo mientras se está acostado. -Cambiar el centro de gravedad del cuerpo mientras se está acostado.
	Desplazarse dentro del hogar	-Realizar desplazamientos para vestirse. -Realizar desplazamientos para comer. -Realizar desplazamientos para lavarse. -Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado. -Realizar desplazamientos entre estancias no comunes. -Acceder a todas las estancias comunes del hogar.
	Desplazarse fuera del hogar	-Acceder al exterior. -Realizar desplazamientos alrededor del edificio. -Realizar desplazamientos en entornos cercanos conocidos y desconocidos. -Realizar desplazamientos en entornos lejanos conocidos y desconocidos.
TAREAS DOMÉSTICAS (1)	Realizar tareas domésticas	-Preparar comidas. -Hacer la compra. -Limpiar y cuidar la vivienda. -Lavar y cuidar la ropa.
TOMA DE DECISIONES (SÓLO PARA BVDE)	Tomar decisiones	-Decidir sobre la alimentación cotidiana. -Dirigir los hábitos de higiene personal. -Planificar los desplazamientos fuera del hogar. -Decidir sus relaciones interpersonales con personas conocidas. -Decidir sus relaciones interpersonales con personas desconocidas. -Gestionar el dinero del presupuesto cotidiano. -Disponer su tiempo y sus actividades cotidianas. -Resolver el uso de servicios a disposición del público.

El valorador en la cumplimentación del BVD identifica el nivel de desempeño respecto a la posibilidad de realización de las tareas enumeradas sin el apoyo de otra persona, así como el problema de desempeño que manifiesta, estableciendo tipo y frecuencia de apoyo necesario en aquellas tareas donde quede demostrada la presencia de situación de dependencia^{13,117}.

El Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia^{7,13} plantea, valorar el *nivel y problemas de desempeño, junto al tipo y frecuencia de apoyo*. En cada una de esas 59 tareas se identifica el *nivel de desempeño* teniendo en cuenta las siguientes opciones:

-Desempeño positivo (P1): cuando la persona valorada es capaz de desarrollar, por sí misma y adecuadamente, la tarea en su entorno habitual.

-Desempeño negativo (N1): cuando la persona valorada requiere el apoyo indispensable de otra persona para llevar a cabo, de una forma adecuada, la tarea en su entorno habitual, o bien cuando no es capaz de realizarla de ninguna manera. En el desempeño negativo se distingue entre aquel que es derivado de la situación de dependencia y el que se debe a otras causas.

-Desempeño no aplicable (NA): cuando así corresponda por indicación expresa de la “tabla de aplicación” (ver más adelante).

En las tareas en las que se presente una situación de dependencia y por tanto, un desempeño negativo, se identifican los problemas de desempeño según la relación con el funcionamiento global de la persona valorada.

-Problemas de funcionamiento físico (F): la persona valorada no ejecuta físicamente la tarea y/o lo hace sin el control adecuado y/o no percibe las informaciones externas necesarias para realizarlas.

-*Problemas de funcionamiento mental (M)*: la persona valorada no comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación y/o no muestra iniciativa para su desarrollo.

-*Ambos problemas (A)*: la persona valorada no ejecuta la tarea por la coexistencia de un problema de funcionamiento físico y mental.

Además del nivel y problema de desempeño o no en cada tarea, el baremo también recoge el tipo y/o la naturaleza del apoyo que necesita la persona para la realización adecuada de la tarea y en caso de necesitar diversos tipos de apoyo en una misma tarea, se elige el que resulte más frecuente. Queda clasificado en^{13,302,320}:

-*Supervisión (SP)*: conlleva la estimulación e indicación verbal o gestual, sin contacto físico, a la persona valorada mientras ésta ejecuta por sí misma la tarea con el objetivo de desarrollarla adecuadamente, así como la orientación en la toma de decisiones.

187

-*Física Parcial (FP)*: comprende la colaboración y/o contacto físico con la persona valorada en la ejecución parcial o completa de la tarea. Ésta incluye también la preparación de elementos necesarios para la realización de la tarea por sí mismo.

-*Sustitución Máxima (SM)*: cuando la persona valorada no puede ejecutar por sí misma la tarea completa de ningún modo y es una tercera persona quien la realiza en su lugar.

-*Apoyo Especial (AE)*: cuando el apoyo recibido en el desarrollo de una tarea resulta obstaculizado por la interferencia determinante de condiciones excepcionales de salud de la persona valorada, como pueden ser trastornos del comportamiento, obesidad mórbida, problemas perceptivo-cognitivos y sordoceguera, que dificultan el apoyo de otra persona en la realización de la tarea.

La frecuencia del apoyo se identifica considerando el número de ocasiones en que la persona valorada necesita apoyos personales cuando ésta deba realizar la tarea.

La graduación se determina del siguiente modo, de acuerdo con los intervalos que propone la escala genérica de la CIF (OMS, 2001)¹³:

- Casi nunca: 0.
- Algunas veces: 1.
- Bastantes veces: 2.
- Mayoría de las veces: 3.
- Siempre: 4.

De igual modo y para facilitar la comprensión del lector, se proporciona la tabla 22 donde constan todas las variables a tener en cuenta en la aplicación del BVD.

188

Tabla 22. Niveles y problemas de desempeño, tipo y frecuencia de apoyo en el BVD.

NIVEL DE DESEMPEÑO	PROBLEMA DE DESEMPEÑO	TIPO DE APOYO	FRECUENCIA DE APOYO
-Desempeño positivo. -Desempeño negativo. -Desempeño no aplicable.	-Problemas de funcionamiento físico. -Problemas de funcionamiento mental. -Ambos problemas.	- Supervisión. - Física Parcial. -Sustitución Máxima. - Apoyo Especial.	- Casi nunca. - Algunas veces. - Bastantes veces. -Mayoría de las veces. - Siempre.

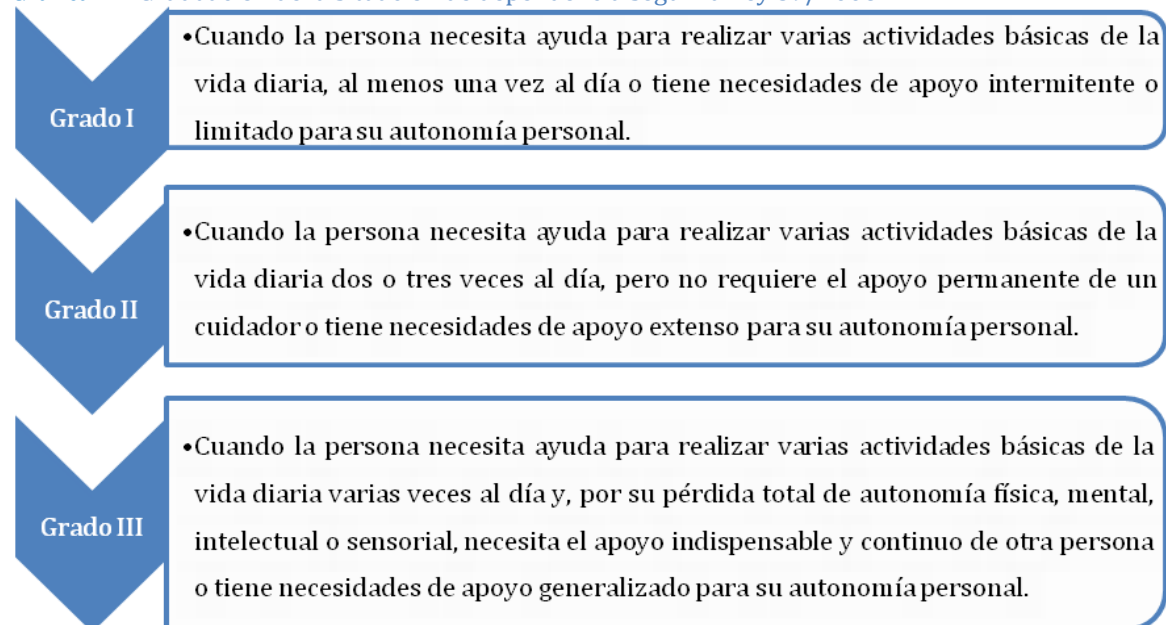
Por lo tanto, la aplicación de esta herramienta en el contexto de la dependencia funcional es compleja y laboriosa, siendo el tiempo de aplicación mayor que para la administración del índice de Barthel y/o escala de Lawton, pues no sólo diagnostica la presencia de problemas de desempeño, sino también la frecuencia de apoyos que son necesarios para su completa realización²⁴³.

Debido a la complejidad y ardua tarea para codificar el BVD tal como está previsto según la LAPAD⁷ y para poder gestionar los principales apartados de esta

herramienta de evaluación de una manera práctica, los ítems de respuesta fueron simplificados. De esta manera, respetando las 51 actividades que engloba el BVD para la valoración de la dependencia funcional (las 8 restantes son para toma de decisiones), se suprimió el problema de desempeño, pues la investigación quedaba contextualizada en dependencia funcional. Del mismo modo, y por la escasa interferencia en la graduación de la situación de dependencia, también se suprimió la frecuencia del apoyo, de tal manera que únicamente se tuvieron en cuenta *las actividades, el nivel de desempeño y el tipo de apoyo personal recibido* para la realización de las mismas. La puntuación se relacionó directamente con la puntuación del BVD original, pues los cambios no alteran la ponderación de las actividades (anexo VIII).

Una vez se ha finalizado la cumplimentación del baremo y según el artículo 26, en relación a los grados de dependencia de la LAPAD⁷, la situación de dependencia se puede clasificar en los siguientes grados (gráfica 24):

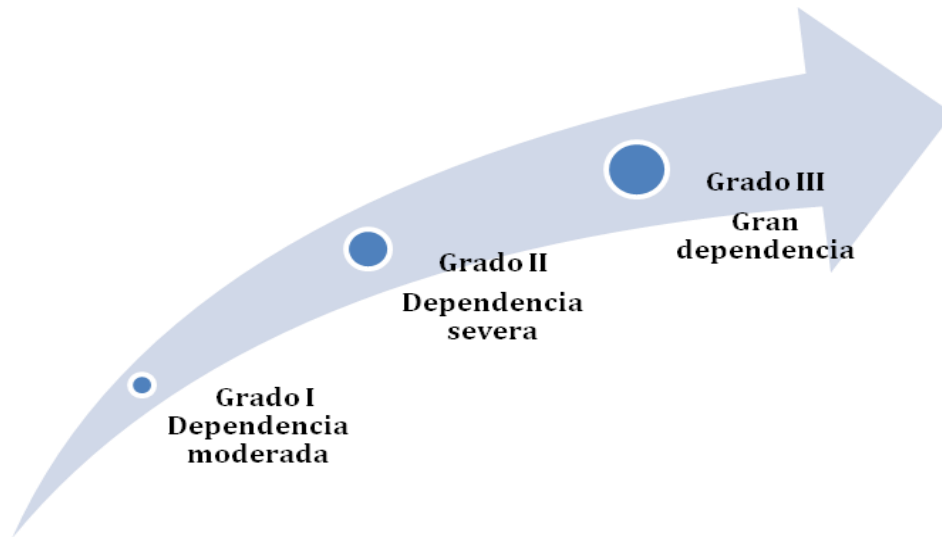
Gráfica 24. Graduación de la situación de dependencia según la Ley 39/2006.



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos en el art.6 de la Ley 39/2006⁷.

Quedando clasificada de menor a mayor necesidad de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria, tal y como se refleja en el proceso siguiente (figura 4):

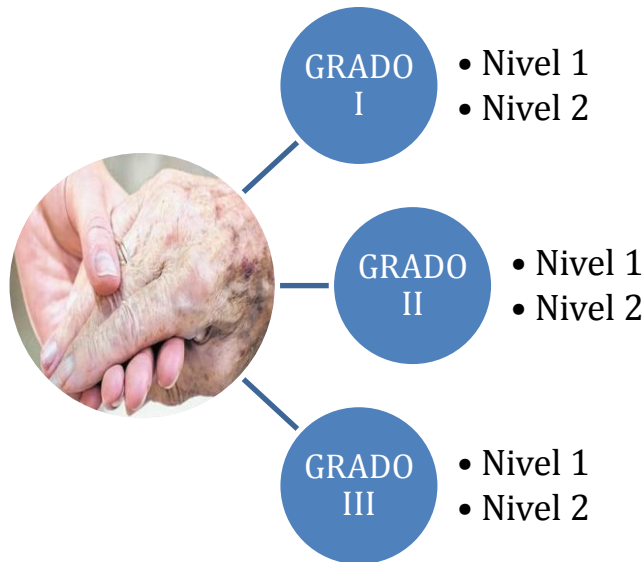
Figura 4. Proceso de la graduación de la situación de dependencia según la Ley 39/2006.



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos en el art.6 de la Ley 39/2006⁷.

Asimismo, cada uno de los grados de dependencia descritos se clasifican a su vez en dos niveles, nivel 1 y nivel 2 (figura 5), establecidos en función de la autonomía de la persona y de la intensidad de los cuidados que requiere.

Figura 5. Clasificación de la graduación de la situación de dependencia según la Ley 39/2006.



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos en el art.26 de la Ley 39/2006⁷.

La determinación de la severidad de dependencia de la persona valorada en función del grado y nivel queda recogida en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la

Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia^{7,116}, obteniéndose a partir de la puntuación final tras la aplicación del baremo de valoración de dependencia (BVD) según se establece en la tabla 23:

Tabla 23. Determinación de la severidad de dependencia según RD 504/2007.

GRADO I 25-49 puntos NIVEL 1 / NIVEL 2		GRADO II 50-74 puntos NIVEL 1 / NIVEL 2		GRADO III 75-100 puntos NIVEL 1 / NIVEL 2	
25-39 puntos	40-49 puntos	50-64 puntos	65-74 puntos	75-89 puntos	90-100 puntos

Fuente: elaboración propia, a partir de la información del RD 504/2007, de 20 de abril¹¹⁶.

No obstante, la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 20/2012 de 13 de julio de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad¹²⁴ modificó la LAPAD⁷, por lo que la anterior clasificación en grados y niveles de la situación de dependencia dejó de tener validez, estableciéndose una nueva estructura que mantiene los tres grados en los que se clasifica la situación de dependencia, pero eliminándose los niveles existentes en cada grado, quedando como se refleja en la tabla 24.

Tabla 24. Determinación de la severidad de dependencia según RD-Ley 20/2012.

GRADO I 25-49 puntos	GRADO II 50-74 puntos	GRADO III 75-100 puntos
-------------------------	--------------------------	----------------------------

Fuente: elaboración propia, a partir de la información del RD-Ley 8/2010, de 20 de mayo¹²⁵.

La puntuación final para determinar el grado de dependencia se obtiene de la suma de los pesos que se le asigna a cada una de las tareas (anexo IX) en las que la persona valorada tiene un desempeño negativo ponderada, por el coeficiente del grado de apoyo que se le asigna a las mismas (anexo X) y el peso de la actividad correspondiente. Para aquellas personas con enfermedad mental, discapacidad intelectual o alteración de las capacidades perceptivo-cognitivas se utiliza una tabla específica de pesos de las tareas (anexo XI), estableciéndose ciertos matices en el actual BVD según el Real Decreto 174/2011. En definitiva, el baremo fija una puntuación máxima para cada una de las actividades valoradas en el mismo, graduándose en función del problema y tipo de desempeño^{117,321}, por lo que el BVD

establece dos puntuaciones diferenciadas, redondeándose la puntuación final al entero más cercano¹³ siendo aquella que resulte más beneficiosa para la persona valorada. Por tanto la puntuación final del BVD (de 0 a 100 puntos) es el resultado de esta suma y pretende alcanzar el objetivo de cubrir el amplio abanico de situaciones que puedan darse en la aplicación del BVD³⁰².

Del mismo modo, el baremo clasifica el peso de las tareas en función de grupos de edad, entre los que cabe citar de 3 a 6 años, de 7 a 10 años, de 11 a 17 años y más de 18 años, obteniendo para una misma tarea mayor peso a menor edad, siendo el grupo de 3 a 6 años de edad el que más beneficios obtiene en cuanto a este criterio y según si la actividad se considera susceptible de valoración o no aplicable por edad, como queda recogido en la tabla de aplicación de actividades y tareas por grupos de edad^{13,321}.

Por tanto, a modo de conclusión cabe señalar que a mayor dificultad para la realización autónoma de las actividades contenidas en el BVD, mayor puntuación y con ello, mayor la severidad de dependencia.

La mayor puntuación aplicable a todos los grupos de edad y como queda expreso en la tabla de pesos de la escala general (tabla 25), deriva de las dificultades para comer y beber, le siguen en orden; la regulación de la micción y defecación, desplazarse dentro del hogar, vestirse e igual puntuación para lavarse y cambiar y mantener la posición del cuerpo. En el caso que las condiciones de salud afecten a nivel mental, lo que va a permitir la valoración de la toma de decisiones, ésta queda en primer lugar, seguida de los desplazamientos dentro del hogar, vestirse, comer y beber, lavarse, regulación de la micción y defecación, quedando en último lugar, cambiar y mantener la posición del cuerpo, tal y como puede verse gráficamente en la siguiente tabla (tabla 25).

Tabla 25. Tabla de pesos de la severidad de dependencia.

ACTIVIDADES	ESCALA GENERAL				ESCALA ESPECÍFICA			
	GRUPOS DE EDAD				GRUPOS DE EDAD			
	3-6	7-10	11-17	+ 18	3-6	7-10	11-17	+ 18
Comer y beber	22,4	18,3	18,3	16,8	15,1	10,9	10,9	0
Higiene personal micción y defecación	20,3	16,1	16,1	14,8	10,6	7,6	7,6	7
Lavarse	12,1	9,6	9,6	8,8	12,1	8,7	8,7	8
Realizar otros cuidados corporales	NA	3,2	3,2	2,9	NA	2,2	2,2	2
Vestirse	16,3	12,9	12,9	11,9	17,5	12,6	12,6	11,6
Mantenimiento de la salud	NA	3,2	3,2	2,9	NA	12	12	11
Cambiar y mantener la posición del cuerpo	12,1	11	11	9,4	3	2,2	2,2	2
Desplazarse dentro del hogar	16,8	13,4	13,4	12,3	18,3	13,2	13,2	12,1
Desplazarse fuera del hogar	NA	12,3	12,3	12,2	NA	14	14	12,9
Realizar tareas domésticas	NA	NA	NA	8	NA	NA	NA	8
Tomar decisiones	-	-	-	-	23,4	16,6	16,6	15,4
TOTAL PUNTOS	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: elaboración propia, a partir de la información del RD 174/2011¹³.

No obstante y en cualquier caso, es necesario obtener una puntuación mínima de 25 puntos para el acceso al sistema y adquirir el derecho subjetivo del que habla la ley y a partir de ésta, se ascenderá de grado obteniendo 25 puntos adicionales, resultando una calificación de sin grado aquellas personas que no lleguen a dicho umbral, lo que no siempre implica una independencia total.

9.4.2.3. Escala de calidad de vida Whoqol-Bref.

La Whoqol-100 (World Health Organization Quality of Life), consta de 100 ítems y mide seis dimensiones: *salud física, funciones psicológicas, nivel de independencia, relaciones sociales, entorno y espiritualidad /religión /creencias personales*, las cuales se dividen a su vez en 24 dominios, además de otras dos que integran la *calidad de vida global y la salud general*³⁹⁶.

La Whoqol-Bref, con 26 ítems es la versión reducida de la Whoqol-100. Ambas tienen una buena validez discriminante y de contenido, así como de confiabilidad test-retest⁴²⁶.

Ambos se han desarrollado para la evaluación de la calidad de vida en situaciones y grupos poblacionales diferentes⁴³³.

La Whoqol-Bref consta de 4 dominios: **físico** (7 ítems), **psicológico** (6 ítems), **relaciones sociales** (3 ítems), y **entorno** (8 ítems), obteniéndose sumas parciales para cada uno de ellos que van de 0 a 100, más dos independientes, que son la calidad de **vida global y la salud general**.

Las respuestas se valoran con la escala de tipo likert, con 5 opciones de respuesta, puntuando de 1 a 5 puntos (a mayor puntuación, mejor calidad de vida), por lo que el instrumento ofrece una puntuación global relacionada con la percepción general de calidad de vida y de manera independiente para cada dominio^{409,416,426,429-431,480,481}.

194

De esta manera, todas las preguntas se puntúan de 1 a 5 puntos, excepto las preguntas 3, 4 y 26, que se hacen de manera inversa, de 5 a 1 puntos⁴¹⁶.

Las puntuaciones de los dominios van escalados en dirección positiva, es decir, a mayor puntuación, mayor calidad de vida, multiplicándose los puntajes por cuatro para establecer la comparación con las puntuaciones de la escala Whoqol-100⁴³⁴.

El instrumento es auto-administrado, pero permite excepcionalmente la posibilidad de ser administrado por un entrevistador experimentado (mediante la lectura de cada uno de los ítems), cuando por motivos de diversa índole, entre los que destacan la alfabetización o situaciones de dependencia, no haya podido cumplimentarse independientemente^{409,416,430,431,434}.

Por último, la duración para la administración de esta herramienta puede oscilar entre 15 a 20 minutos⁴³⁴.

9.4.2.4. Escala de recursos sociales OARS.

Para la valoración del funcionamiento social, se ha utilizado la escala de recursos sociales OARS (older americans resources and services), diseñada por la Duke University Center⁴⁸². Un grupo de investigadores consideraron la importancia que podría tener conocer información sobre esta situación, afirmando que en los últimos años cientos de estudios han hecho uso de la misma tanto para el análisis, como para la planificación del cuidado y provisión de los servicios⁴⁸³.

A través del contenido de sus preguntas, la escala de recursos sociales OARS facilita información sobre la organización de la red primaria de apoyo y disponibilidad de otras personas en caso de necesitar ayuda, teniendo en cuenta parámetros de cantidad y calidad de las mismas^{250,484,485}.

La escala de recursos sociales consta de diez preguntas con respuestas combinadas de si/no y escala de likert. En función de la respuesta asignada, la puntuación resultante permite valorar sobre una escala de 6 puntos y clasificarlos en base a ello en seis categorías diferentes: (1) excelentes recursos sociales, (2) buenos recursos sociales, (3) recursos sociales ligeramente deteriorados, (4) recursos sociales moderadamente deteriorados, (5) recursos sociales bastante deteriorados y (6) recursos sociales totalmente deteriorados^{355,484-486}.

Se administra en forma de entrevista. De las 10 preguntas que forman el cuestionario, de la 1 a la 7 evalúan las relaciones sociales, quedando el resto de preguntas relacionadas con la percepción de la disponibilidad de ayuda en caso de necesitarla^{250,355}.

Por ello, diferentes investigaciones permiten concluir, que la evaluación de los recursos sociales haciendo uso de la escala OARS es un instrumento preciso para diagnosticar el deterioro de los recursos sociales³⁵⁵.

9.4.2.5. Cuestionario de cogniciones anticipatorias Q.C.A.

En cuanto a la administración de la batería de preguntas del cuestionario de cogniciones anticipatorias, el paciente responde a las 8 preguntas en una escala tipo likert, con cuatro opciones de respuesta, según se asemejen sus pensamientos reales a la frase enunciada, asignando para ello una puntuación de 0 a 3 puntos, que oscila desde las opciones de verdadera, casi siempre verdadera, casi siempre falsa o falsa¹⁹.

Los ítems 1, 2, 4, 6, 7 y 8 se refieren a las *cogniciones anticipatorias negativas*, correspondiendo la respuesta “verdadero” a 3 puntos y “falso” a 0 puntos. Los ítems 3 y 5 hacen referencia a *cogniciones anticipatorias positivas*, relacionándose la respuesta “verdadero” a 0 puntos y “falso” a 3 puntos, siendo la puntuación total la suma de los valores asignados a todos los apartados del instrumento, con un total de 24 puntos siendo el reflejo del estado de las cogniciones^{19,22}.

196

De tal manera que la puntuación más baja se refiere a ausencia de anticipación negativa y a la inversa, cuyo punto de corte se establece en 7 puntos.

Por otra parte y junto a estas 8 preguntas, hay una última cuestión no evaluable para el conocimiento de las cogniciones anticipatorias que pregunta sobre la impresión que tiene la persona acerca de la idoneidad del cuestionario para adaptarse a su situación.

9.5. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS.

Una vez se completó la recogida de datos, se trataron y se realizaron análisis descriptivos e inferenciales, empleando el paquete estadístico IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versión 22.0.0 para Windows).

Para el análisis estadístico descriptivo se obtuvieron: frecuencias, porcentajes, medias, mediana, moda, desviación estándar, varianza, rango mínimo y máximo.

Para tomar la decisión sobre el uso de pruebas paramétricas o no paramétricas, se realizaron distintos contrastes para comprobar si las variables cumplían con los principios de normalidad (prueba Kolmogorov-Smirnov), principio de aleatoriedad (prueba de Rachas), y principio de homocedasticidad, (prueba de Levene).

Así, cuando se cumplían los principios mencionados se utilizaron las siguientes pruebas paramétricas:

-Para comprobar hipótesis causales, de variables cuantitativas, de muestras independientes de 2 grupos, se utilizó la t de Student y cuando eran más de 2 grupos se utilizó Anova de 1 factor.

-Para analizar relaciones entre variables cuantitativas, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

Cuando se descartó el uso de pruebas paramétricas, se utilizaron pruebas no paramétricas, que a continuación se detallan:

197

-Para comprobar hipótesis causales, de variables cuantitativas, de muestras independientes de 2 grupos, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney; y cuando eran más de 2 grupos se utilizó la prueba H de Kruskal-Wallis.

-Para comprobar hipótesis causales, de variables cuantitativas, de muestras relacionadas de 2 grupos se utilizó la prueba T de Wilcoxon.

-Para analizar relaciones entre variables cuantitativas, se utilizó el coeficiente de correlación Rho de Spearman.

-Para comprobar hipótesis causales, de variables cualitativas-nominales, se utilizó Chi-cuadrado, utilizando también el coeficiente de contingencia.

Se confirmaron o rechazaron las hipótesis cuando el nivel de significación estadística tenía un valor de $p \leq 0,05$.

9.6. TRATAMIENTO DE LA BIBLIOGRAFÍA.

La revisión de la literatura científica sobre el tema objeto de nuestro estudio se realizó de manera sistemática en el catálogo en línea de la Universidad de Extremadura y en bases de datos como Scopus, Web Of Science (WOS), Academic Search Complete, Pubmed, Psycinfo Sport Discus y Otseeker, siendo las palabras clave empleadas, *desempeño, Terapia Ocupacional, dependencia, recursos sociales, anticipación y calidad de vida*. Para ello se hizo la búsqueda tanto de manera conjunta, relacionando las variables objeto de estudio, como de manera independiente.

Para tratar finalmente las referencias bibliográficas del texto, se siguió la normativa de Vancouver.

CAPÍTULO 10. RESULTADOS.

10.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES.

A continuación se presentan los datos del análisis descriptivo de las variables recogidas en el estudio. Para ello, en primer lugar comenzaremos describiendo la muestra a estudio, para continuar con el resto de variables que componen nuestras hipótesis.

10.1.1. Características y análisis sociodemográfico de la muestra.

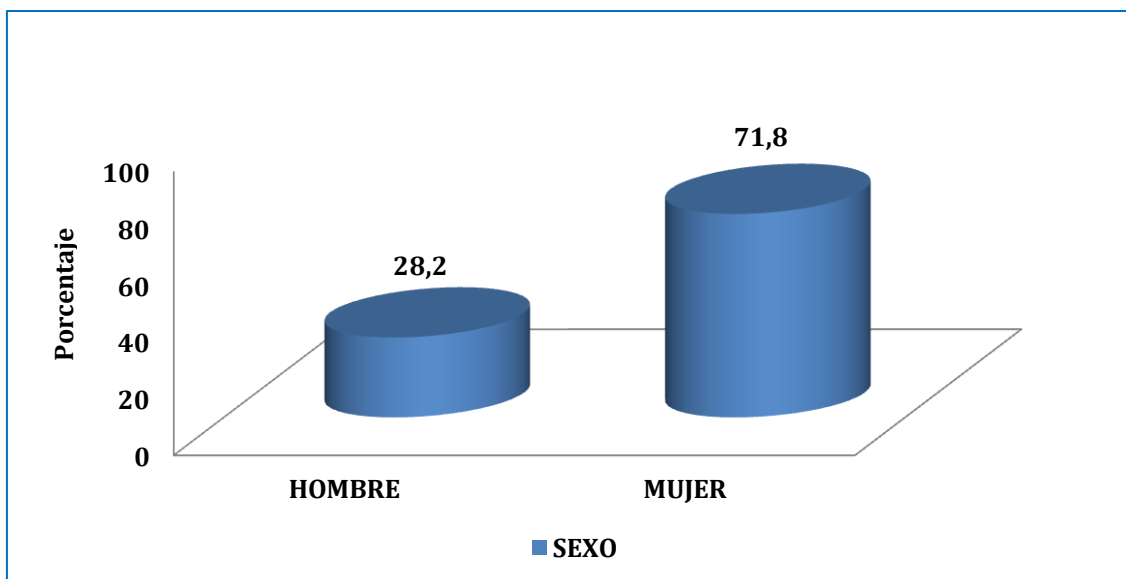
Para empezar, se analizarán las variables: sexo, edad, estado civil, estudios, profesión y situación laboral actual.

-SEXO.

Como se puede observar en la gráfica 25, hay un mayor porcentaje de mujeres que de hombres en la muestra, 71,8% de mujeres frente a un 28,2% de hombres.

199

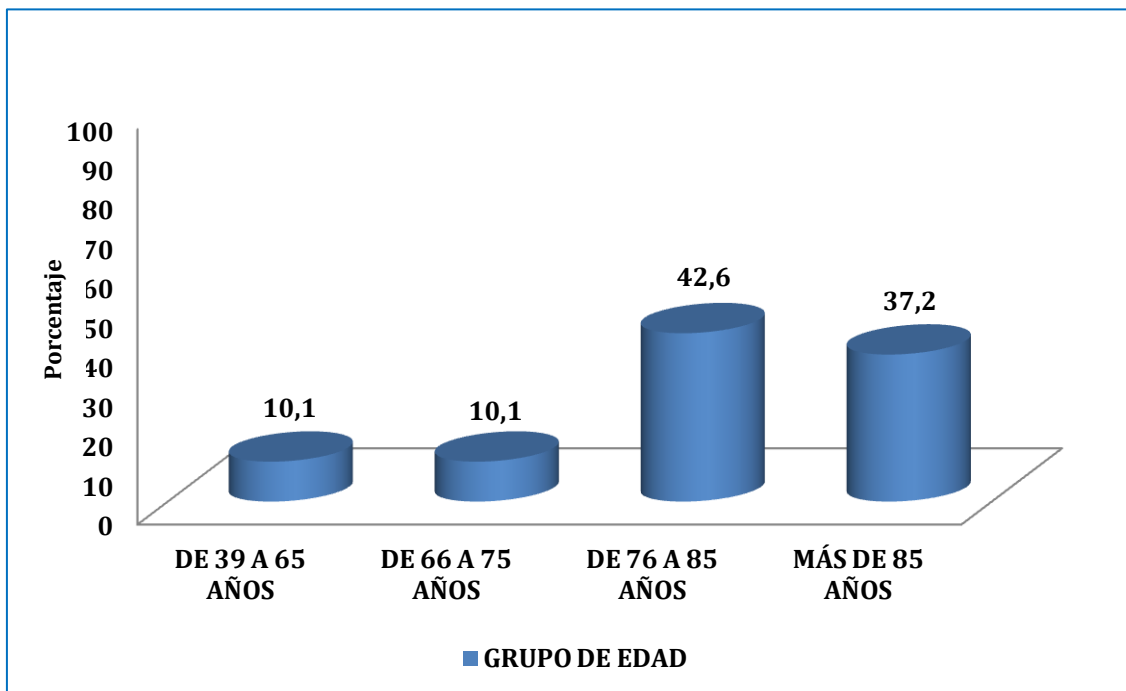
Gráfica 25. Sexo de las personas en situación de dependencia funcional.



-EDAD.

Respecto a la variable edad, recogida por grupos, en el grupo de 76 a 85 años, hay un total de 80 personas en situación de dependencia, lo que representa un 42,6% del total, le sigue el grupo de mayores de 86 años, con 70 personas y un porcentaje del 37,2%, repartiéndose los otros dos grupos por igual (10,1%) (gráfica 26). Es una muestra representada por personas de edades avanzadas.

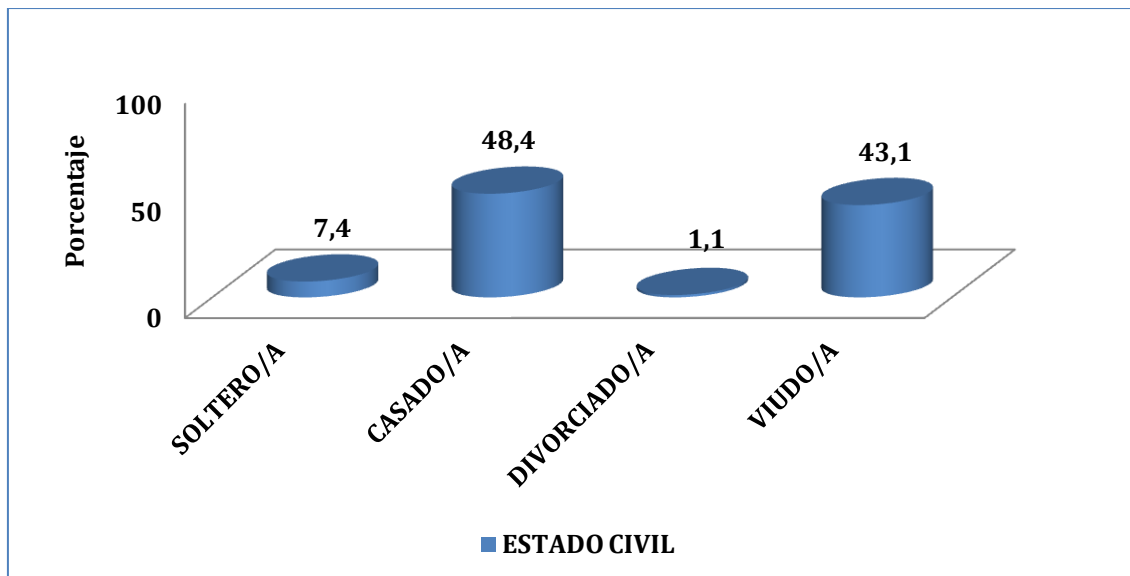
Gráfica 26. Grupos de edad de las personas en situación de dependencia funcional.



-ESTADO CIVIL.

Según podemos ver en la gráfica 27, el estado civil con mayor representación es el de casados, con 91 personas y un porcentaje del 48,4%, seguidos de personas viudas, con 81 personas y un porcentaje del 43,1% del total de la población a estudio. Los solteros suponen un 7,4% (14 personas), siendo el grupo de los divorciados/as, el menos representado, con un 1,1%.

Gráfica 27. Estado civil de las personas en situación de dependencia funcional.

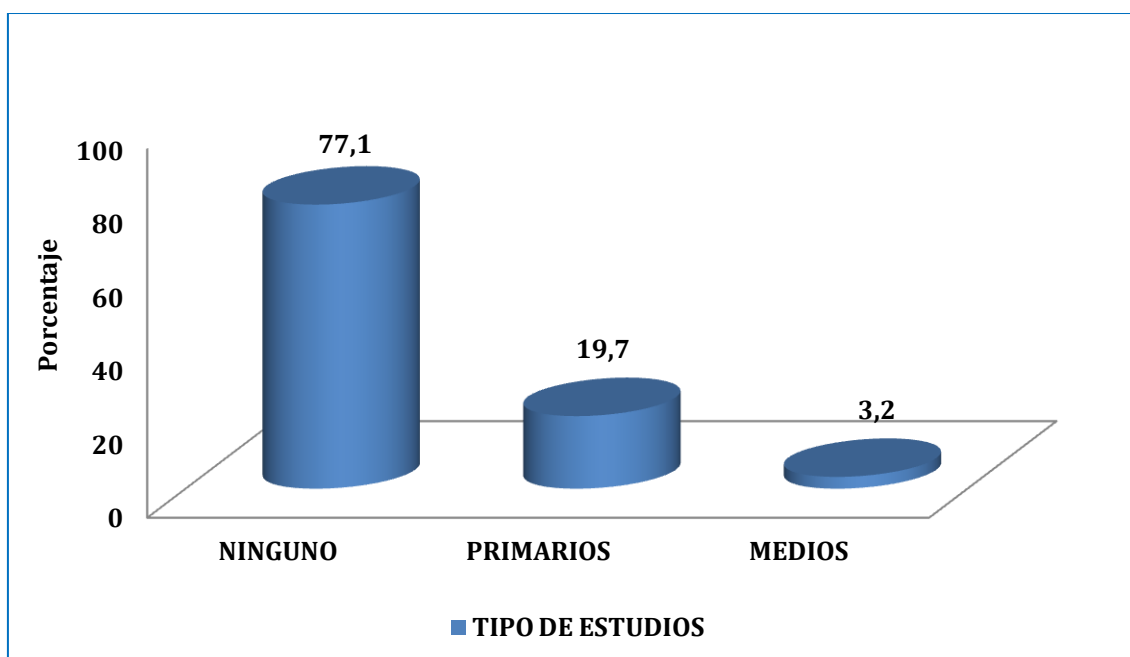


-TIPO DE ESTUDIOS.

Como se observa en la gráfica 28, el 77,1% del total de la muestra, respondieron que no tienen estudios, un 19,7% tenían estudios primarios y un 3,2% llegaron a finalizar estudios medios (gráfica 28).

201

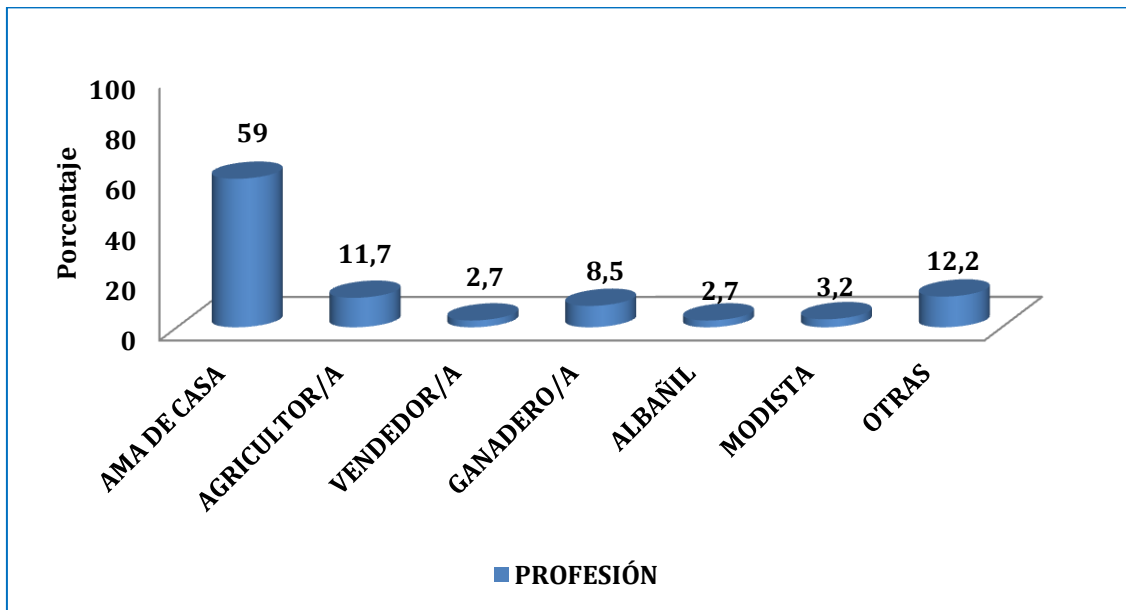
Gráfica 28. Estudios de las personas en situación de dependencia funcional.



-PROFESION.

Como se ve en la gráfica 29, la mayor parte de la muestra era ama de casa, representando el 59% del total de la muestra, seguido por la profesión de agricultor, con el 11,7% del total, con datos muy aproximados para aquellos que se dedicaban a la ganadería, siendo un 8,5% del total. Para el resto de profesiones la muestra está bastante equilibrada, con una representación muy baja.

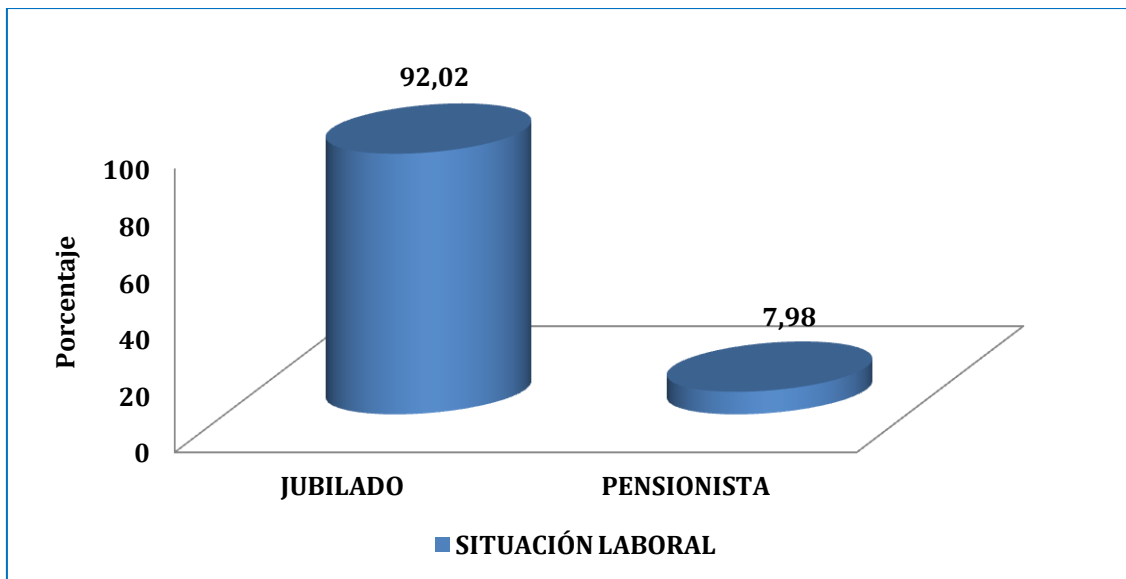
Gráfica 29. Profesión de las personas en situación de dependencia funcional.



-SITUACION LABORAL ACTUAL.

Vemos en la gráfica 30 que el 100% no está activo, distribuyéndose la muestra entre la situación de jubilado (el 92,02%) y de pensionista (7,98%).

Gráfica 30. Situación laboral de las personas en situación de dependencia funcional.



-APOYO SOCIAL.

A continuación se presentan las variables de apoyo, que las dividimos en apoyo social formal e informal, y entre las que se encuentran: el número de hijos que tienen, el lugar de residencia y el parentesco de los mismos, junto a la presencia de algún cuidador, el servicio de ayuda a domicilio municipal, los servicios y/o prestaciones económicas ofrecidas por la LAPAD, la situación del expediente respecto a la concesión de ayudas y el sector privado.

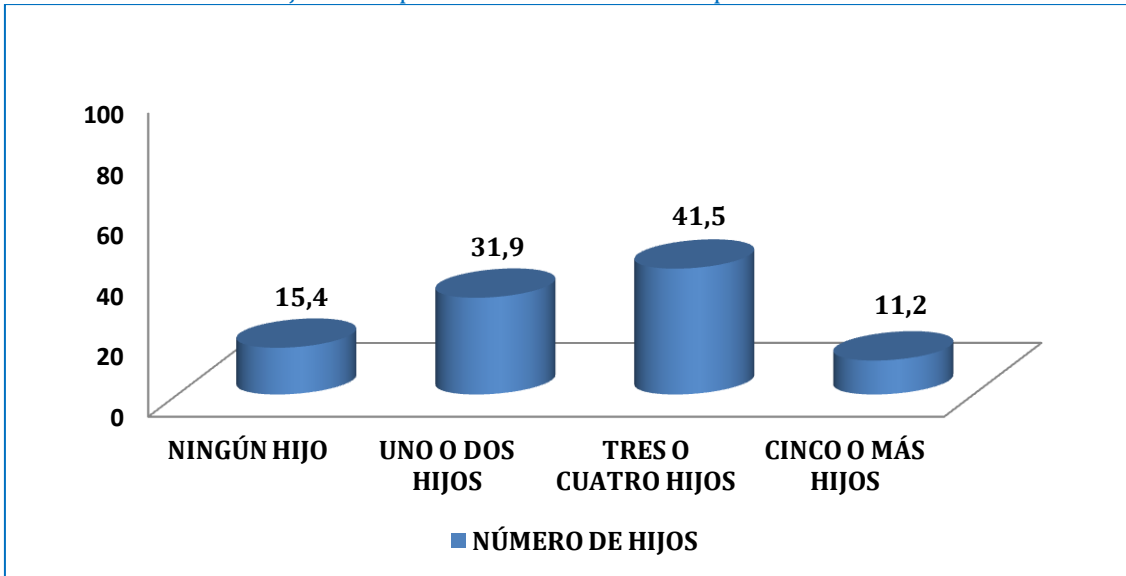
203

-APOYO SOCIAL INFORMAL-

-NÚMERO DE HIJOS.

De los 188 cuestionarios cumplimentados, un 15,4% del total de la muestra indican que no tenían ningún hijo, el 31,9% manifiestan tener uno o dos hijos, el 41,5% declara que tiene tres o cuatro hijos y el 11,2% afirma tener cinco o más hijos (gráfica 31).

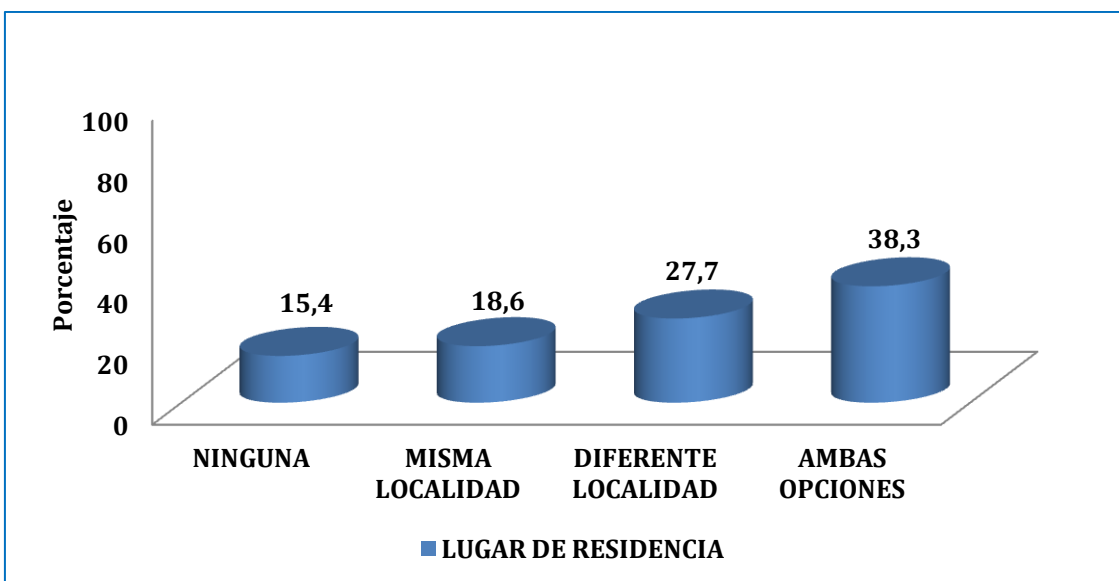
Gráfica 31. Número de hijos de las personas en situación de dependencia funcional.



-LUGAR DE RESIDENCIA DE LOS HIJOS.

A la luz de los datos ofrecidos por esta muestra (gráfica 32), 72 personas, lo que supone un 38,3% del total señalan que algunos de sus hijos residen en la misma localidad y otros hijos en una diferente a la suya. Este dato va seguido de 52 personas que nos explican que sus hijos residen en una localidad diferente a la suya, dato que representa el 27,7% del total de la muestra. Un número bastante inferior, con 35 personas y un 18,6% del total, representa a las personas que cuentan que sus hijos residen en la misma localidad y un 15,4% de encuestados no tienen hijos.

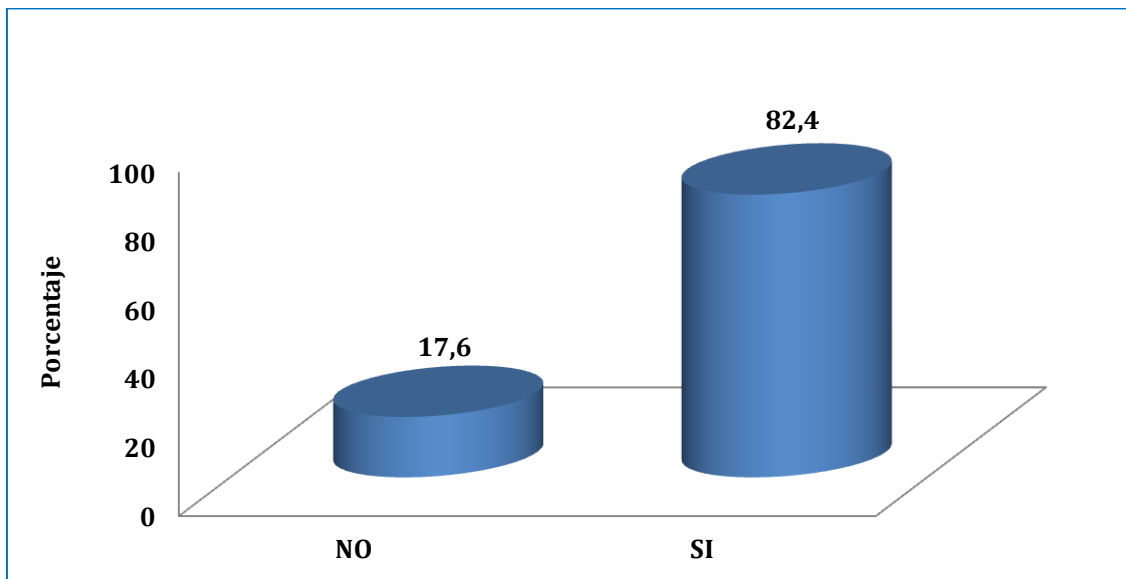
Gráfica 32. Lugar de residencia de los hijos.



-EXISTENCIA DE CUIDADORES.

En relación a la existencia de cuidadores, un 82,4% exponen que sí tienen alguien que les cuide, frente un 17,6% del total explican que no cuentan con ningún cuidador (gráfica 33).

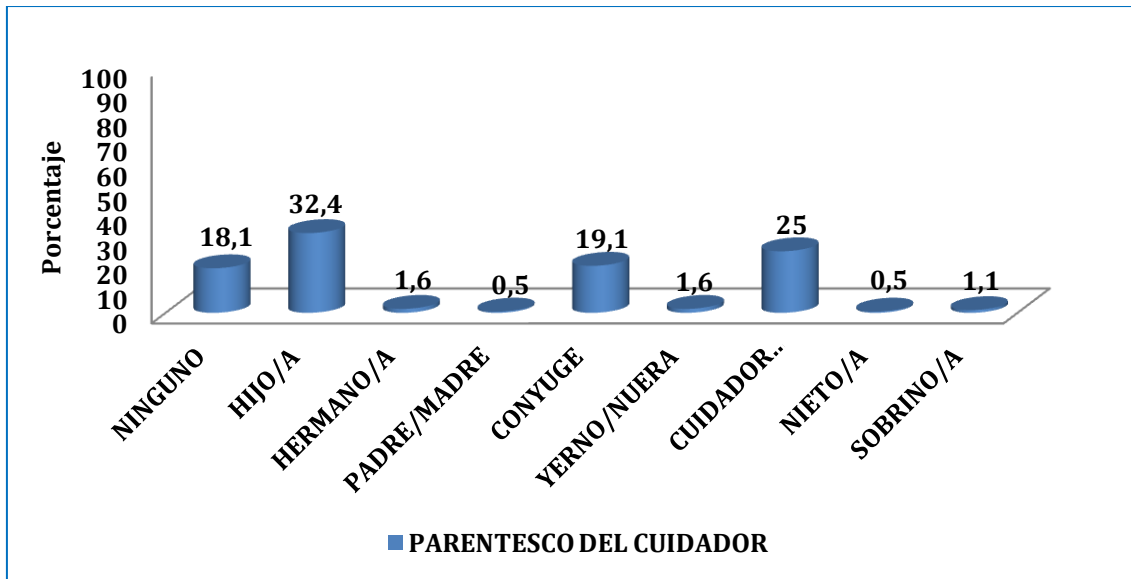
Gráfica 33. Existencia de cuidadores.



-PARENTESCO DEL CUIDADOR.

Cómo ya veíamos en el apartado anterior, el 82,4% de las personas en situación de dependencia confiesa que hay alguna persona que lo cuida. Una vez preguntado el parentesco que lo une a su cuidador, los resultados nos indican que un 32,4% exponen que son sus hijos, seguido de un 25% que dicen recibirlos por parte de un cuidador profesional. Un 19,1% del total, manifiestan que reciben los cuidados no profesionales por parte de su cónyuge y un 18,1% confiesan no tener cuidador (gráfica 34).

Gráfica 34. Parentesco del cuidador.



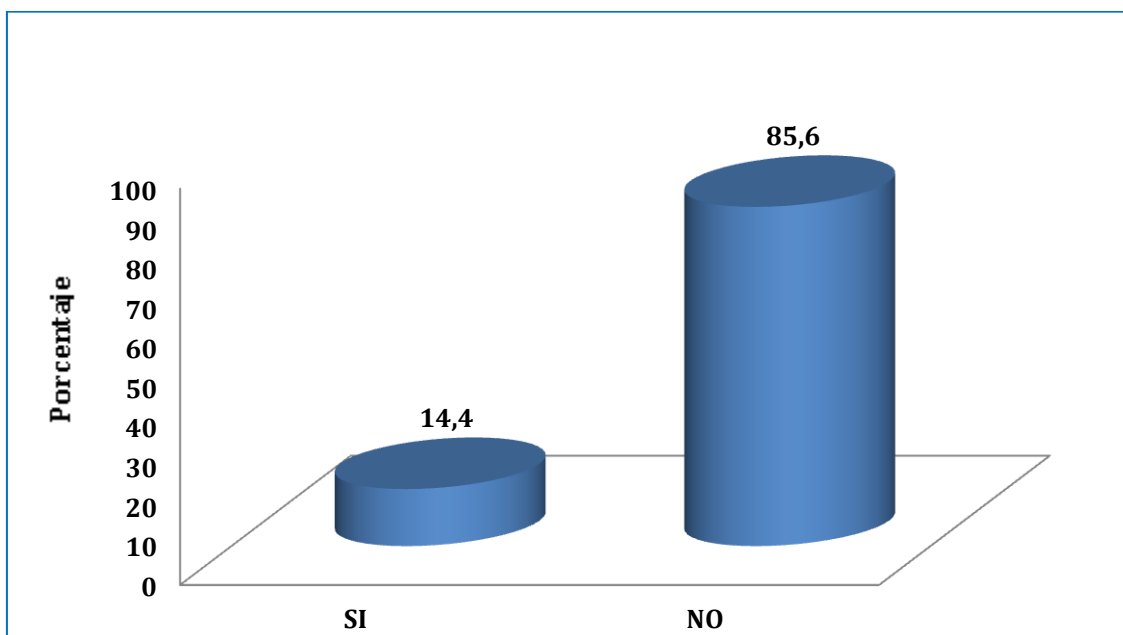
-APOYO SOCIAL FORMAL-

-EXISTENCIA DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO MUNICIPAL.

206

En la gráfica 35, se puede ver como el 85,6% de la población, formada por 161 personas del total de la muestra, no reciben el servicio de ayuda a domicilio a nivel local, siendo tan solo un 14,4% con un total de 27 personas, aquellas que se benefician en la actualidad del mismo.

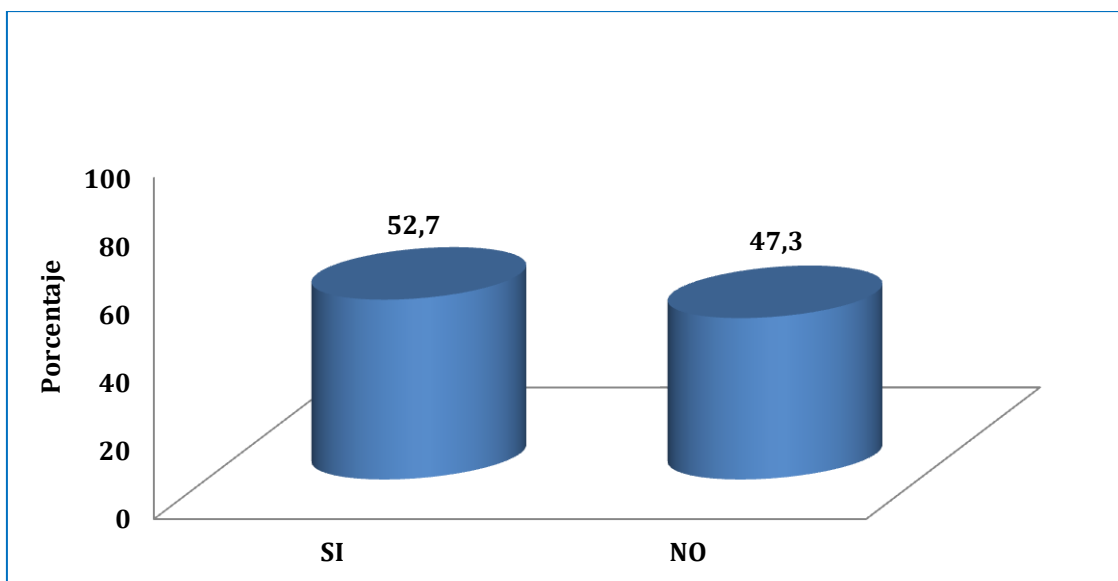
Gráfica 35. Existencia del servicio de ayuda a domicilio municipal.



-EXISTENCIA DE AYUDA DE LA LEY DE DEPENDENCIA.

Tras preguntar a los participantes por si reciben o no la ayuda de la Ley de Dependencia, un 52,7%, 99 personas del total están recibiendo el servicio y/o prestación económica ofrecida por la LAPAD, frente a un 47,3% (89 usuarios) que están pendientes o en trámite de su concesión (gráfica 36).

Gráfica 36. Existencia de ayuda de la Ley de Dependencia.

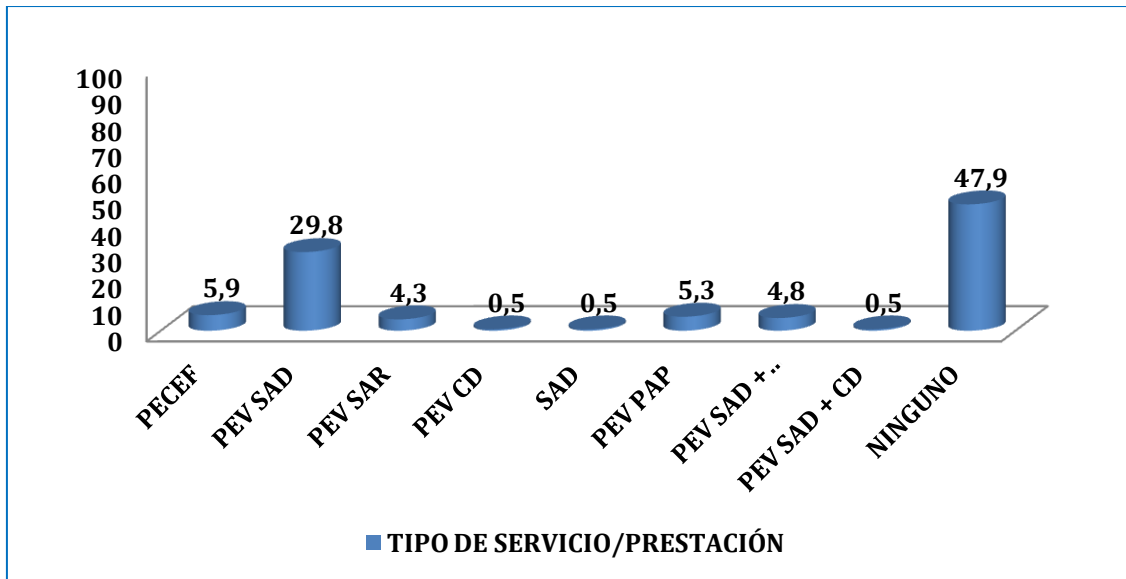


-TIPO DE SERVICIOS / PRESTACIONES QUE RECIBE DE LA LEY DE DEPENDENCIA.

Como podemos ver en la gráfica 37, un 47,9%, cuya proporción equivale a 90 personas, aún no están disfrutando del catálogo de servicios de la LAPAD. Sin embargo, el 52,1%, con un total de 98 personas, ya tienen asignado algunos de los ofertados en el mismo.

Entre todas las personas que lo han puesto en marcha tras su asignación, 56 personas, lo que supone un 29,8% del total han optado por la prestación económica vinculada al servicio de ayuda a domicilio (PEVS SAD), estando repartidos el número restante de usuarios por el resto de servicios y/o prestaciones que ofrece la Ley de Dependencia (LAPAD), siendo los porcentajes de cada una de ellas muy semejantes.

Gráfica 37. Tipo de servicio/ prestación que recibe de la Ley de Dependencia.



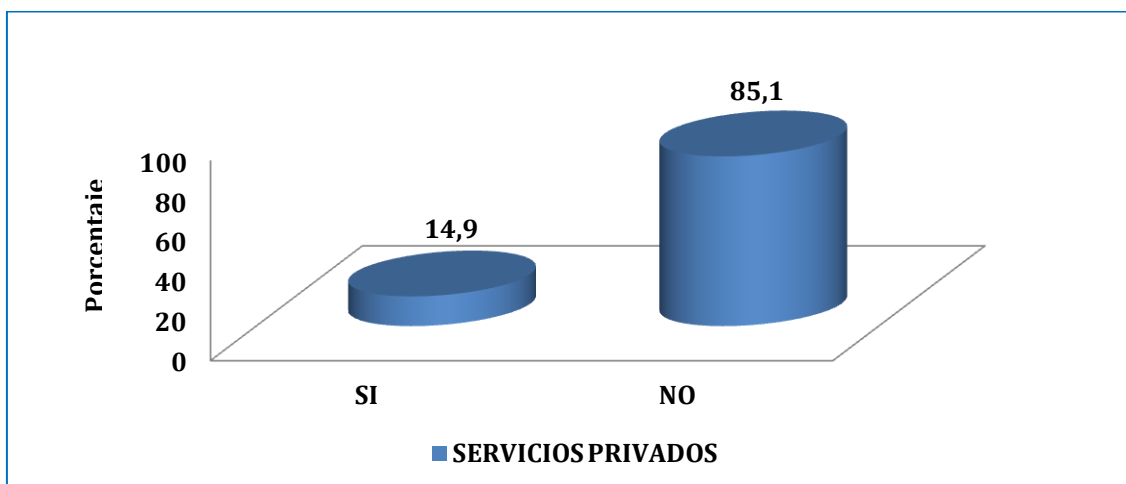
PECEF: Prestación económica de cuidados en el entorno familiar.
PEV SAD: Prestación económica vinculada al servicio de ayuda a domicilio.
PEV SAR: Prestación económica vinculada al servicio de atención residencial.
PEV CD: Prestación económica vinculada al servicio de centro de día.
SAD: Servicio de ayuda a domicilio.
PEV PAP: Prestación económica vinculada al servicio de promoción de la autonomía personal.
PEV SAD + TELEASISTENCIA: Prestación económica vinculada al servicio de ayuda a domicilio + teleasistencia.
PEV SAD + CD: Prestación económica vinculada al servicio de ayuda a domicilio + centro de día.

208

-EXISTENCIA DEL SERVICIO PRIVADO.

Preguntada la muestra del estudio acerca de su decisión de recibir algún servicio privado para su atención, el 85,1% del total de la muestra han respondido que no, frente a un 14,9% que han optado por recibir algún servicio privado para su atención (gráfica 38).

Gráfica 38. Existencia de atención por parte de servicios privados.

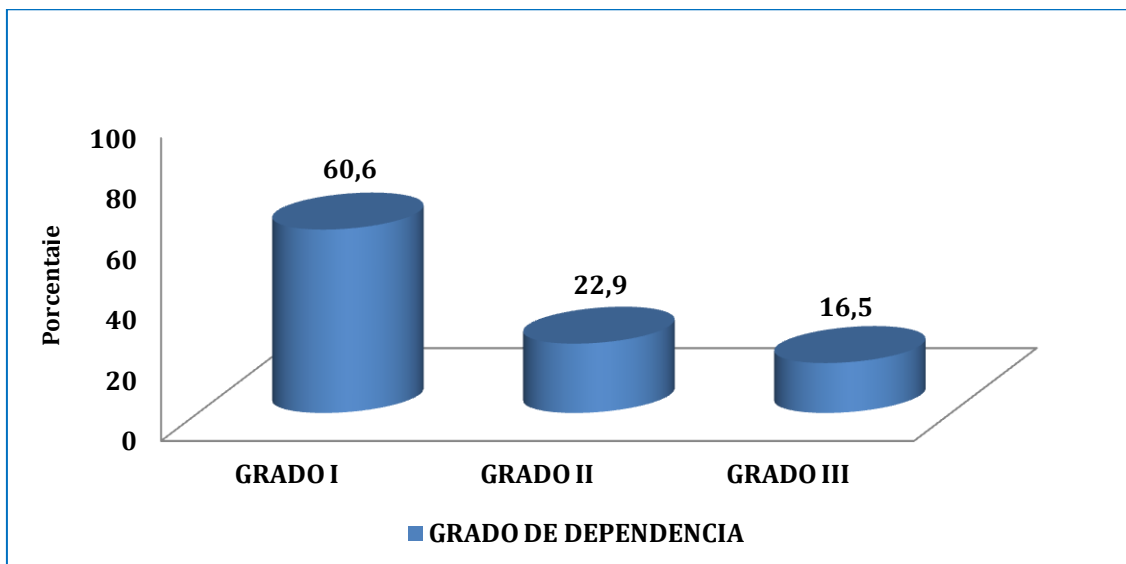


A continuación se presentan las variables clínicas recogidas de los pacientes, entre las que se encuentran el grado de dependencia, funciones corporales afectadas y situación del expediente.

-GRADO DE DEPENDENCIA.

Preguntados sobre su grado de dependencia, el 60,6% respondieron que tenían una dependencia moderada, grado I. A continuación, el 22,9% responde tener una dependencia severa o grado II, siendo el porcentaje menor, el 16,5% las que padecen la gran dependencia, con un grado III (gráfica 39).

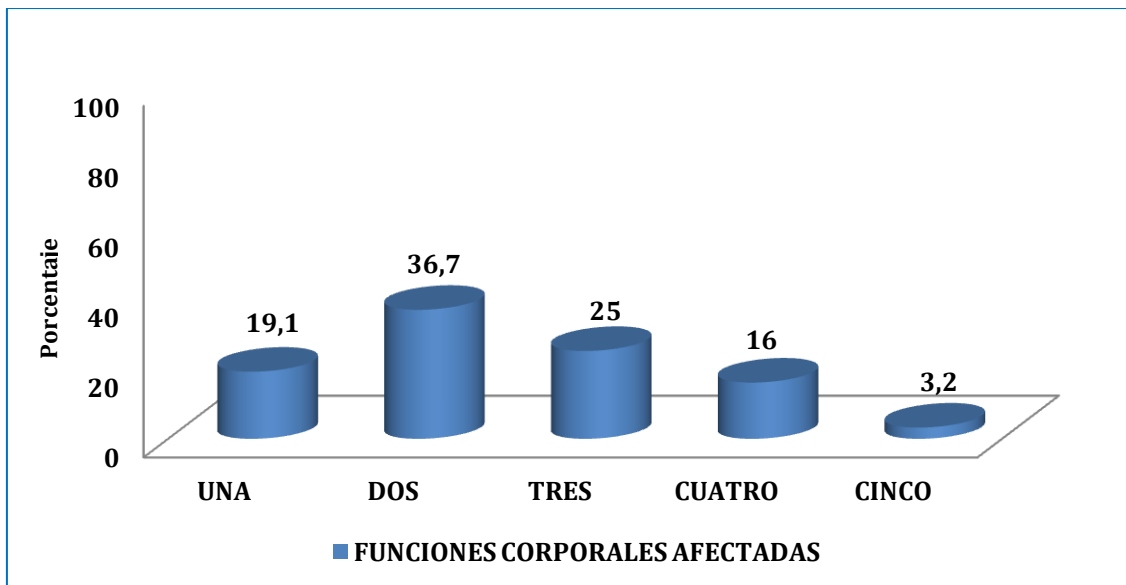
Gráfica 39. Grado de dependencia.



-NÚMERO DE FUNCIONES CORPORALES AFECTADAS.

Como podemos ver en la siguiente gráfica 40, la mayoría de las personas que componen la muestra de nuestro estudio, tienen afectadas más de una función corporal. Un porcentaje del 19,1% tiene afectada una única función, estando el mayor número en la afectación dual, con un 36,7%, le siguen la afectación de tres y cuatro funciones corporales, con unos porcentajes del 25% y 16% respectivamente, estando en un 3,2% la afectación de cinco o más funciones corporales.

Gráfica 40. Número de funciones corporales afectadas.

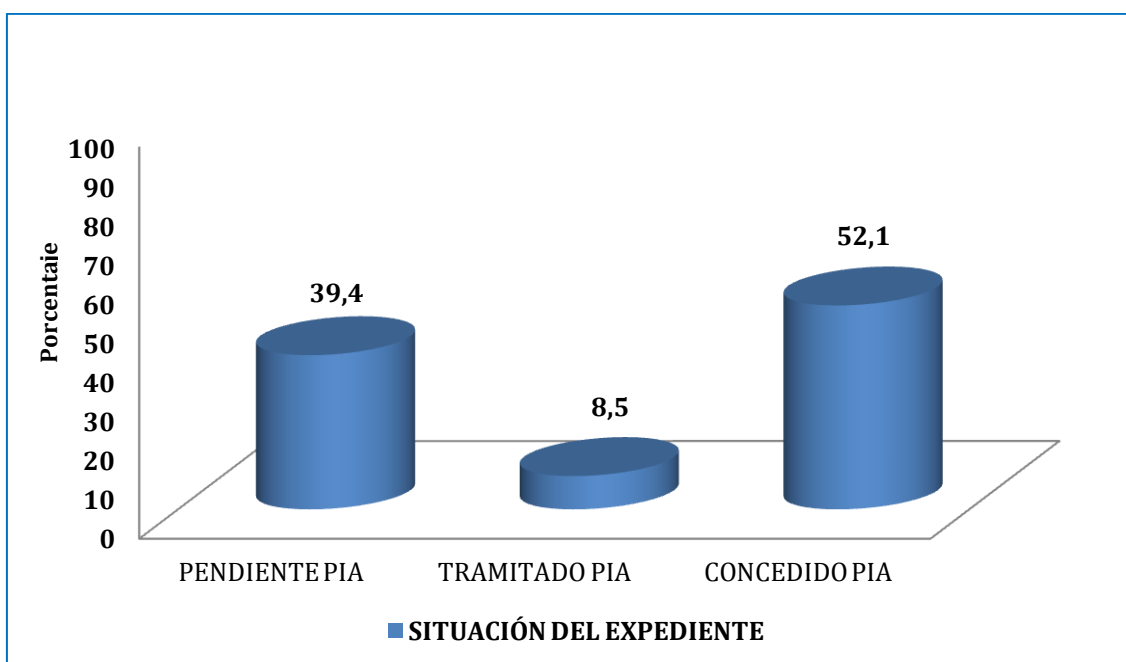


-SITUACIÓN DEL EXPEDIENTE.

A continuación se presentan datos sobre la situación del expediente de la persona. De ese modo, 98 personas, el 52,1%, respondieron que tenían concedido el programa individual de atención (PIA); sin embargo, 74 personas, el 39,4%, explicaron que aún tenían pendiente la negociación del PIA, frente a un escaso 8,5% o 16 personas que ya lo tenían tramitado y que estaban esperando a que fuera concedido (gráfica 41).

210

Gráfica 41. Situación del expediente.



10.1.2. Descripción de las variables de estudio.

Una vez elaborado el análisis de las variables sociodemográficas y clínicas, se da paso al análisis descriptivo de las variables clínico-psico-sociales.

-DEPENDENCIA FUNCIONAL.

Como vemos en la tabla 26, observamos que los participantes puntúan una media de $36,39 \pm 24,44$ en las ABVD (puntuación máxima en el BVD: 108 / mínima: 0) y un $29,17 \pm 7,73$ en las AIVD (puntuación máxima en el BVD: 45 / mínima: 0).

Tabla 26. Dependencia funcional.

	n	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Total ABVD	188	36,39	24,44	8	108
Total AIVD	188	29,17	7,73	10	45

-TIPO DE ACTIVIDAD AFECTADA.

211

A continuación se presenta un análisis descriptivo más exhaustivo por grupo de ABVD y AIVD para observar su afectación por tipo de actividad.

Como podemos observar en la tabla 27, las actividades en las que más repercute la situación de dependencia son en las AIVD (desplazamientos fuera del hogar, con una media de $13,30 \pm 3,91$ y para las tareas domésticas, con un $10,34 \pm 1,73$). No obstante, determinadas ABVD como vestirse ($7,38 \pm 4,06$) o lavarse ($6,80 \pm 2,67$) obtienen puntuaciones altas.

Tabla 27. Grupo de actividad afectada por tipo de AVD.

TIPO DE AVD	AVD	n	Media	Desviación típica
ABVD	-COMER Y BEBER.	188	2,28	2,57
	-HIGIENE PERSONAL DE LA MICCIÓN Y DEFECACIÓN.	188	3,69	3,88
	-LAVARSE.	188	6,80	2,67
	-OTROS CUIDADOS CORPORALES.	188	5,64	2,80
	-VESTIRSE.	188	7,38	4,06
	-CAMBIOS DE POSICIÓN.	188	5,12	6,38
	-DESPLAZAMIENTOS DENTRO DEL HOGAR.	188	5,48	6,01
AIVD	-MANTENIMIENTO DE LA SALUD.	188	5,54	3,98
	-DESPLAZAMIENTO FUERA DEL HOGAR.	188	13,30	3,91
	-TAREAS DOMÉSTICAS.	188	10,34	1,73

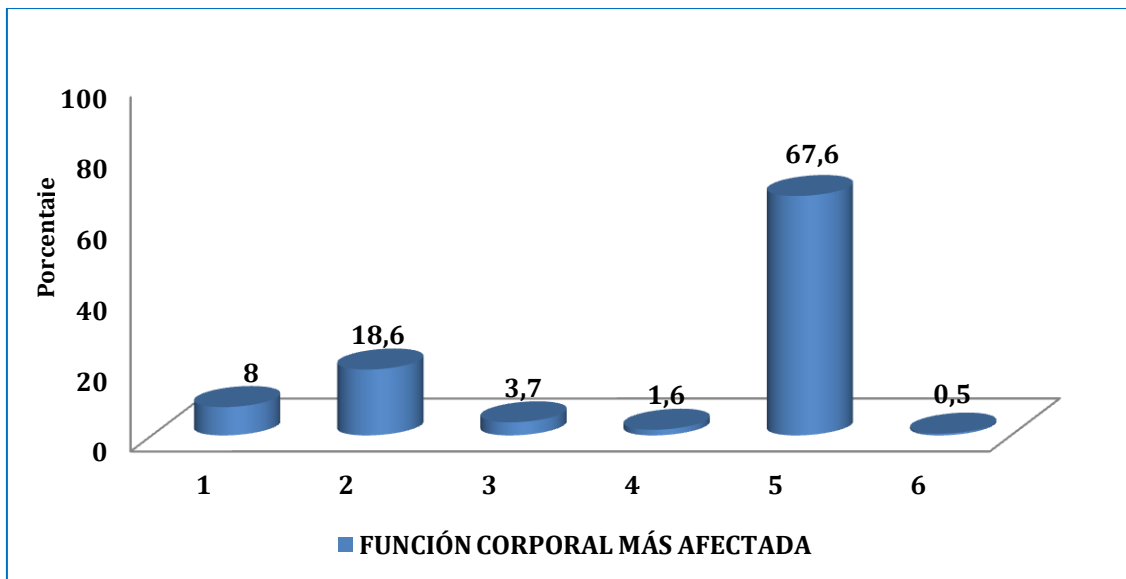
-TIPO DE FUNCIÓN CORPORAL AFECTADA.

Una vez analizada la muestra según los grupos de AVD, se presentan los datos en relación a las funciones corporales que están afectadas, lo que nos permitirá describirla según la presencia de sus diagnósticos médicos.

212

Del total de la población objeto de estudio, un 67,6% del total, tienen afectada la función neuromusculo-esquelética y relacionada con el movimiento, seguida, 18,6% que ven afectadas sus funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio, por lo que parece que ambas funciones son las que mayores limitaciones funcionales ocasionan (gráfica 42).

Gráfica 42. Función corporal más afectada.

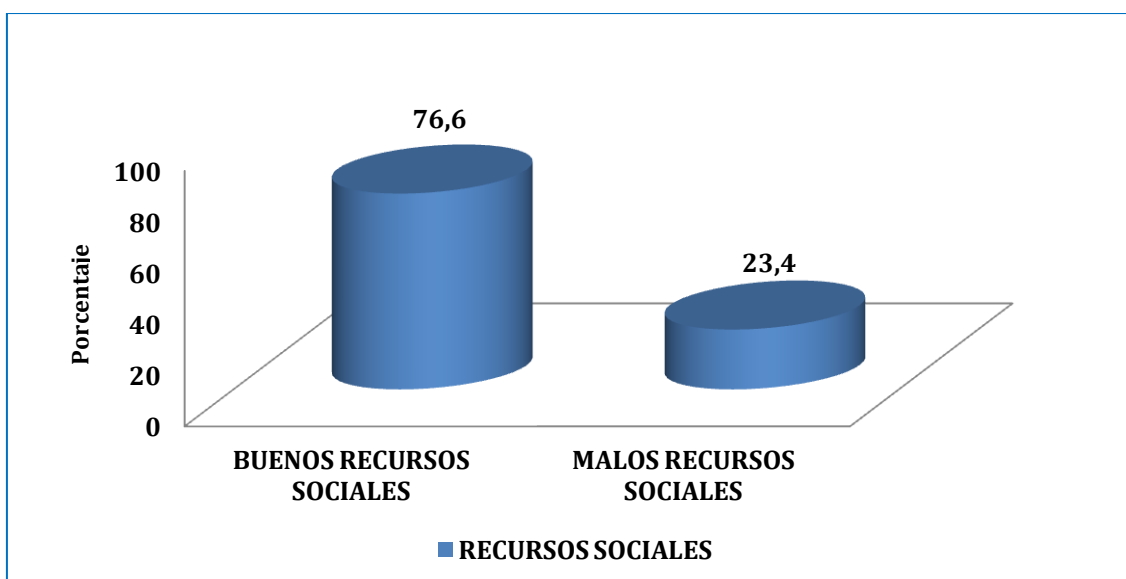


- 1: Funciones sensoriales y dolor.
- 2: Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio.
- 3: Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino.
- 4: Funciones genitourinarias y reproductoras.
- 5: Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento.
- 6: Funciones de la piel y estructuras relacionadas.

-TIPO DE RECURSOS SOCIALES.

Como queda reflejado en la gráfica 43, un 76,6% tienen buenos recursos sociales frente a un 23,4%, que tienen malos recursos sociales.

Gráfica 43. Recursos sociales.

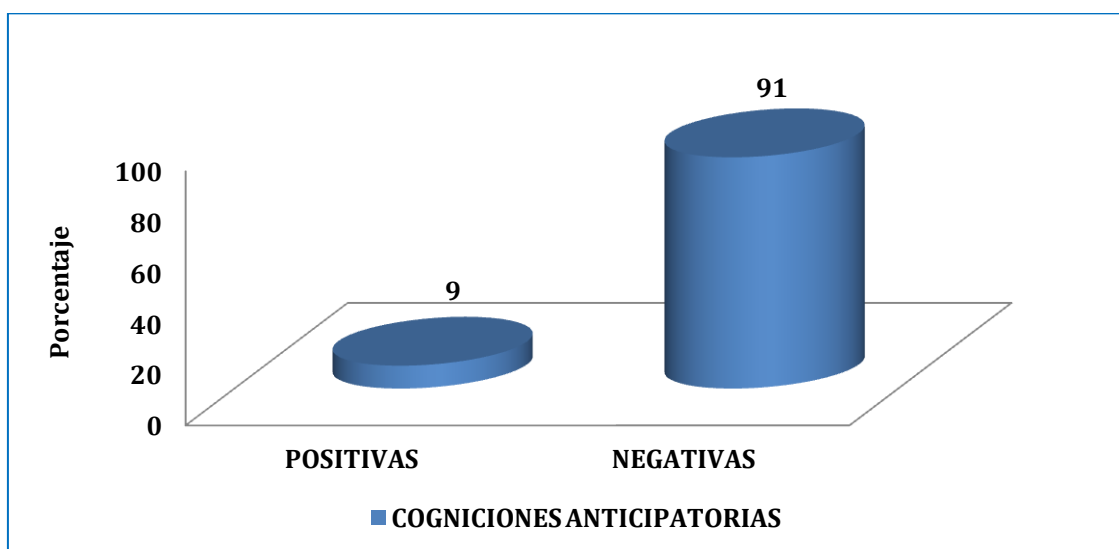


-COGNICIONES ANTICIPATORIAS.

En la gráfica 44 se observa, que un 91% presentan pensamientos anticipatorios negativos frente a un 9%, que tienen cogniciones anticipatorias positivas.

El valor medio que se obtuvo en el cuestionario de cogniciones anticipatorias QCA, fue de $12,09 \pm 3,95$.

Gráfica 44. Cogniciones anticipatorias.



10.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LAS HIPÓTESIS PLANTEADAS.

A continuación, se irán presentando los resultados según el orden de las hipótesis propuestas.

-HIPÓTESIS 1. La dependencia funcional, la calidad de vida y las cogniciones anticipatorias, estarán relacionadas con el sexo y la edad de las personas dependientes.

-Dependencia funcional y edad.

A continuación hacemos el análisis en conjunto de las AVD y la edad. Para ello y puesto que no se cumplen los criterios de normalidad, se utilizará la prueba no paramétrica Kruskal Wallis, formando cuatro grupos de edad.

En este caso, observamos que la dependencia funcional no está relacionada con la edad, como así se desprende del valor de $p=0,202$ (tabla 28).

Tabla 28. Dependencia funcional y edad.

GRUPOS DE EDAD	n	Rango promedio	Kruskal Wallis	p	
AVD	De 39 a 65 años	19	105,58	4,618	0,202
	De 66 a 75 años	19	79,13		
	De 76 a 85 años	80	88,74		
	Mayores de 86 años	70	102,24		

Para el análisis de los tipos de AVD evaluadas, se ha utilizado la prueba de Kruskal-Wallis para las ABVD ya que no cumplían el criterio de normalidad y el Anova de un factor para las AIVD, que sí lo cumplían.

Como se puede observar en los datos de la tabla 29 y 30, comprobamos que la dependencia funcional, cuando son analizadas por separado las ABVD ($p=0,146$) y las AIVD ($p=0,555$), ninguna de ellas está relacionada con la edad.

Tabla 29. ABVD y edad.

GRUPOS DE EDAD	n	Rango promedio	Kruskal Wallis	p	
ABVD	De 39 a 65 años	19	109,82	5,375	0,146
	De 66 a 75 años	19	78,55		
	De 76 a 85 años	80	88,37		
	Mayores de 86 años	70	101,68		

Tabla 30. AIVD y edad.

GRUPOS DE EDAD	n	Media	Anova (F)	p	
AIVD	De 39 a 65 años	19	28,78	0,697	0,555
	De 66 a 75 años	19	27,15		
	De 76 a 85 años	80	29,05		
	Mayores de 86 años	70	29,97		

-Dependencia funcional y sexo.

216

Para analizar la relación entre las variables dependencia funcional y sexo, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney. Se comprueba, en relación a las AVD, que el sexo masculino obtiene rangos promedios más altos que el femenino, sin embargo estos valores no llegan a ser significativos, como demuestra el valor de significación ($p=0,090$) asociado al valor de $U=3009,000$ (tabla 31).

Tabla 31. Dependencia funcional y sexo.

	HOMBRES		MUJERES		U de Mann-Whitney	p
	n	Rango promedio	n	Rango promedio		
AVD	53	105,23	135	90,29	3009,000	0,090

Para analizar la relación entre las variables dependencia funcional (ABVD) y sexo, también se utilizó la prueba U de Mann-Whitney, pero para el análisis de las AIVD y sexo, se utilizó la t-Student.

Se comprueba que el sexo masculino obtiene rangos promedios más altos que el femenino, sin embargo estos valores no son significativos ni para las ABVD ($p=0,076$) asociado al valor de U (2982,500) ni para las AIVD $p=0,228$) asociado al valor de t (1,211) (tabla 32 y 33).

Tabla 32. Dependencia funcional y sexo en ABVD.

	HOMBRES		MUJERES		U de Mann-Whitney	p
	n	Rango promedio	n	Rango promedio		
ABVD	53	105,73	135	90,09	2982,500	0,076

Tabla 33. Dependencia funcional y sexo en AIVD.

	HOMBRES		MUJERES		t-Student	p
	n	Media (DT)	n	Media (DT)		
AIVD	53	51,41 (10,85)	135	49,45 (9,628)	1,211	0,228

-Calidad de vida y edad.

Al aplicar la prueba de Anova de un factor y la prueba de Scheffé, comprobamos que no existen diferencias significativas entre calidad de vida y los grupos de edad, ya que el valor de significación es superior a 0,05 ($p=0,191$) (tabla 34). Tampoco se encuentran resultados significativos tras las comparaciones múltiples cuyos valores de p son también superiores a 0,05 (tabla 35).

Tabla 34. Calidad de vida y edad.

GRADO DE DEPENDENCIA	n	CALIDAD DE VIDA	Anova (F)	p
		Media (DT)		
De 39 a 65 años	19	33,42 (5,94)	1,599	0,191
De 66 a 75 años	19	29,95 (4,94)		
De 76 a 85 años	80	31,88 (5,60)		
Mayores de 86 años	70	32,40 (4,59)		

Tabla 35. Comparaciones múltiples: calidad de vida y edad. Scheffé.

GRUPOS DE EDAD		Diferencia de medias	Error típico	p	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
De 39 a 65 años	De 66 a 75 años	3,47	1,69	0,243	-1,30	8,25
	De 76 a 85 años	1,54	1,33	0,718	-2,21	5,30
	Mayores de 86 años	1,02	1,35	0,903	-2,79	4,83
De 66 a 75 años	De 39 a 65 años	-3,47	1,69	0,243	-8,25	1,30
	De 76 a 85 años	-1,92	1,33	0,554	-5,69	1,86
	Mayores de 86 años	-2,45	1,35	0,350	-6,26	1,36
De 76 a 85 años	De 39 a 65 años	-1,54	1,33	0,718	-5,30	2,21
	De 66 a 75 años	1,92	1,33	0,554	-1,83	5,69
	Mayores de 86 años	-0,52	0,85	0,945	-2,93	1,88
Mayores de 86 años	De 39 a 65 años	-1,02	1,35	0,903	-4,83	2,79
	De 66 a 75 años	2,45	1,35	0,350	-1,36	6,26
	De 76 a 85 años	0,52	0,85	0,945	-1,88	2,93

-Calidad de vida y sexo.

218

Para observar la relación entre calidad de vida y sexo utilizamos la prueba t-Student, observando que los resultados no son significativos ($p=0,400$) (tabla 36). De este modo, aunque es el sexo masculino quién obtiene valores más altos para la variable calidad de vida, esta diferencia no es significativa.

Tabla 36. Calidad de vida y sexo.

CALIDAD DE VIDA	HOMBRES		MUJERES		t-Student	p
	n	Media (DT)	n	Media (DT)		
	53	32,55 (4,94)	135	31,83 (5,36)		

-Cogniciones anticipatorias y edad.

No encontramos tampoco una relación entre las cogniciones anticipatorias y la edad según se desprende de los resultados de la prueba de Anova de un factor ($F=1,272$; $p=0,285$) (tabla 37), y la prueba de Scheffé para las comparaciones múltiples (tabla 38).

Tabla 37. Cogniciones anticipatorias y edad.

GRUPOS DE EDAD	n	COGNICIONES ANTICIPATORIAS	Anova (F)	p
		Media (DT)		
De 39 a 65 años	19	11,84 (2,85)	1,272	0,285
De 66 a 75 años	19	13,11 (3,49)		
De 76 a 85 años	80	12,45 (4,66)		
Mayores de 86 años	70	11,46 (3,33)		

Tabla 38. Comparaciones múltiples: cogniciones anticipatorias y edad. Scheffé.

GRUPOS DE EDAD		Diferencia de medias	Error típico	p	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
De 39 a 65 años	De 66 a 75 años	-1,26	1,27	0,807	-4,87	2,34
	De 76 a 85 años	-0,60	1,00	0,947	-3,44	2,23
	Mayores de 86 años	0,38	1,01	0,986	-2,49	3,26
De 66 a 75 años	De 39 a 65 años	1,26	1,27	0,807	-2,34	4,87
	De 76 a 85 años	0,65	1,00	0,935	-2,18	3,49
	Mayores de 86 años	1,64	1,01	0,456	-1,23	4,52
De 76 a 85 años	De 39 a 65 años	0,60	1,00	0,947	-2,23	3,44
	De 66 a 75 años	-0,65	1,00	0,935	-3,49	2,18
	Mayores de 86 años	0,99	0,64	0,500	-0,83	2,81
Mayores de 86 años	De 39 a 65 años	-0,38	1,01	0,986	-3,26	2,49
	De 66 a 75 años	-1,64	1,01	0,456	-4,52	1,23
	De 76 a 85 años	-0,99	0,64	0,500	-2,81	0,83

-Cogniciones anticipatorias y sexo.

Como se puede observar en la tabla 39, comprobamos que no hay relación entre las cogniciones anticipatorias y el sexo, siendo el valor de t-Student=-1,256; p=0,211.

Tabla 39. Cogniciones anticipatorias y sexo.

COGNICIONES ANTICIPATORIAS	HOMBRE		MUJER		t-Student	p
	n	Media (DT)	n	Media (DT)		
	53	11,51 (3,614)	135	12,31 (4,058)		

-HIPOTESIS 2. El grado de dependencia estará relacionado con variables clínicas (dependencia funcional, tipo de actividad y función corporal afectada) y con las variables sociodemográficas sexo y edad.

-Dependencia funcional y grado de dependencia.

En relación a esta hipótesis empezaremos analizando la relación entre las AVD y el grado de dependencia. Para ello, utilizamos la prueba de Kruskal-Wallis.

En la tabla 40, se comprueba que la dependencia funcional está relacionada con el grado de dependencia que presenta la persona en situación de dependencia, como así se desprende del valor de $p \leq 0,001$.

Tabla 40. Dependencia funcional y grado de dependencia.

		n	Rango promedio	Kruskal-Wallis	p
AVD	GRADO I	114	60,20	126,846	$\leq 0,001$
	GRADO II	43	128,94		
	GRADO III	31	172,85		

Para realizar el análisis de la relación entre ABVD y el grado de dependencia se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis, ya que no cumplía el criterio de normalidad y el Anova de un factor para las AIVD, que sí lo cumplía.

En la tabla 41 y 42, observamos la misma diferenciación por grados para las ABVD y AIVD, que para las AVD en general ($\leq 0,001$). En el caso de las AIVD, en la tabla 43 observamos que existen diferencias significativas entre todos los grados a partir de la prueba de Scheffé. Así observamos que los valores de los rangos promedios aumentan progresivamente conforme aumenta el grado de dependencia.

Tabla 41. ABVD y grado de dependencia.

		n	Rango promedio	Kruskal-Wallis	p
ABVD	GRADO I	114	60,43	125,462	≤ 0,001
	GRADO II	43	128,55		
	GRADO III	31	172,58		

Tabla 42. AIVD y grado de dependencia.

		n	Media (DT)	Anova (F)	p
AIVD	GRADO I	114	24,71(5,04)	163,834	≤ 0,001
	GRADO II	43	32,24 (4,37)		
	GRADO III	31	41,16 (3,44)		

Tabla 43. Comparaciones múltiples: AIVD y grado de dependencia. Scheffé.

GRUPOS DE EDAD		Diferencia de medias	Error típico	p	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
GRADO I	GRADO II	-7,62	0,83	0,000	-9,69	-5,56
	GRADO III	-16,44	0,94	0,000	-18,77	-14,10
GRADO II	GRADO I	7,62	0,83	0,000	5,56	9,69
	GRADO III	8,81	1,10	0,000	-11,52	-6,09
GRADO III	GRADO I	16,44	0,94	0,000	14,10	18,77
	GRADO II	8,81	1,10	0,000	6,09	11,52

-Tipo de actividad afectada y grado de dependencia.

Mediante la aplicación de la prueba de Kruskal-Wallis, comprobamos que los rangos promedios para todas las actividades aumentan progresivamente en función de la severidad del grado de dependencia y de hecho el valor de significación para todas ellas es muy inferior a 0,05 (tabla 44). Es decir, todas las actividades se van viendo más afectadas a medida que el grado de dependencia es mayor.

Tabla 44. Actividad afectada y grado de dependencia.

TIPO DE ACTIVIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	n	Rango promedio	Kruskal-Wallis	p
COMER Y BEBER	GRADO I	114	74,38	60,399	≤ 0,001
	GRADO II	43	104,12		
	GRADO III	31	155,15		
HIGIENE PERSONAL MICCIÓN Y DEFECACIÓN	GRADO I	114	63,16	114,585	≤ 0,001
	GRADO II	43	123,35		
	GRADO III	31	169,74		
LAVARSE	GRADO I	114	71,50	85,193	≤ 0,001
	GRADO II	43	102,22		
	GRADO III	31	168,37		
REALIZAR OTROS CUIDADOS CORPORALES	GRADO I	114	72,38	74,770	≤ 0,001
	GRADO II	43	101,85		
	GRADO III	31	165,65		
VESTIRSE	GRADO I	114	64,83	101,277	≤ 0,001
	GRADO II	43	120,33		
	GRADO III	31	167,77		
MANTENIMIENTO DE LA SALUD	GRADO I	114	68,61	83,009	≤ 0,001
	GRADO II	43	112,58		
	GRADO III	31	164,65		
CAMBIAR Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL	GRADO I	114	65,25	106,930	≤ 0,001
	GRADO II	43	117,79		
	GRADO III	31	169,76		
DESPLAZAMIENTOS DENTRO DEL HOGAR	GRADO I	114	66,34	94,925	≤ 0,001
	GRADO II	43	118,08		
	GRADO III	31	165,35		
DESPLAZAMIENTOS FUERA DEL HOGAR	GRADO I	114	66,49	90,110	≤ 0,001
	GRADO II	43	119,43		
	GRADO III	31	162,94		
REALIZAR TAREAS DOMÉSTICAS	GRADO I	114	72,42	59,684	≤ 0,001
	GRADO II	43	115,92		
	GRADO III	31	146,00		

-Función corporal afectada y grado de dependencia.

En la tabla 45, se refleja el análisis de la afectación de las funciones corporales por grados de dependencia, para el que se efectuó la prueba de Chi cuadrado.

Así encontramos que existen diferencias significativas entre la función afectada y el grado de dependencia (Chi cuadrado=28,291; p=0,002).

Tabla 45. Función corporal y grado de dependencia.

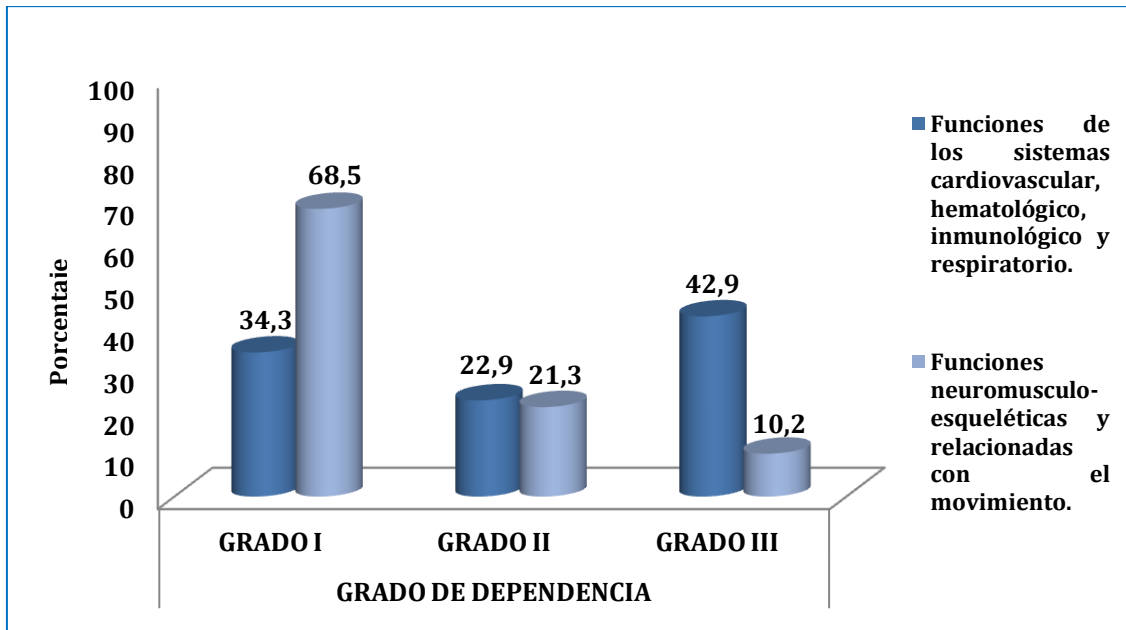
FUNCIÓN CORPORAL	GRADO DE DEPENDENCIA			Coeficiente Contingencia	Chi-cuadrado	p
	I (n/%)	II (n/%)	III (n/%)			
Funciones sensoriales y dolor.	9 (60,0%)	5 (33,3%)	1 (6,7%)	0,362	28,291	0,002
Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio.	12 (34,3%)	8 (22,9%)	15 (42,9%)			
Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino.	3 (42,9%)	3 (42,9%)	1 (14,3%)			
Funciones genitourinarias y reproductoras.	2 (66,7%)	0 (0,0%)	1 (33,3%)			
Funciones neuromusculo-esqueléticas y relacionadas con el movimiento.	87 (68,5%)	27 (21,3%)	13 (10,2%)			
Funciones de la piel y estructuras relacionadas.	1 (60,6%)	0 (22,9%)	0 (16,5%)			

Como puede observarse, las funciones donde se distribuye el mayor número de personas de la muestra son la función musculoesquelética y relacionada con el movimiento y la de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio. La primera, es la más afectada para los grados de dependencia moderada y severa, mientras que en las personas con gran dependencia, la función más afectada es la de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio, seguida muy de cerca del número de personas que tienen afectada la función musculoesquelética y relacionada con el movimiento, con 13 usuarios.

Como se puede apreciar en la gráfica 45, la progresión de afectación de las funciones corporales más comprometidas. Por una parte, las funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio tienen unos valores intermedios para el grado I, disminuyendo la media para el grado II e incrementándose en el grado III, gran dependencia.

Sin embargo, para las funciones neuromusculares y relacionadas con el movimiento va disminuyendo la presencia de la afectación conforme aumenta la severidad del grado de dependencia, pasando de un 68,5% en la dependencia moderada (grado I) a un 10,2% en gran dependencia (grado III).

Gráfica 45. Función corporal más afectada y grado de dependencia.



-Sexo y grado de dependencia.

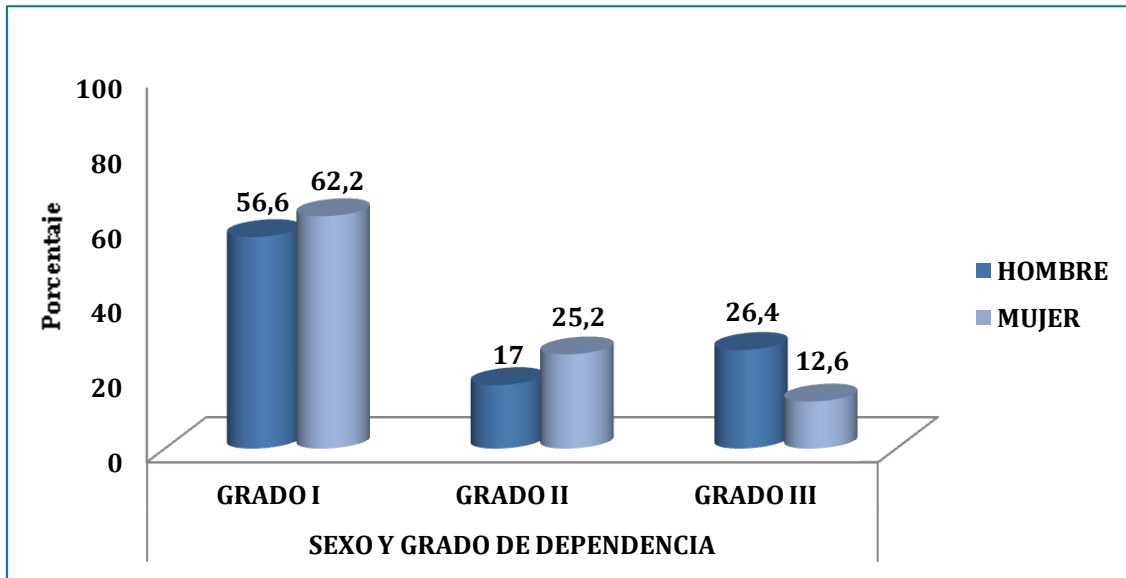
Respecto a la relación entre el sexo y el grado de dependencia, como puede observarse en la tabla 46, no hay diferencias significativas en la distribución por los diferentes grados entre hombres y mujeres, aunque sí existe una clara tendencia hacia las mujeres (Chi cuadrado=5,728; p=0,057).

Tabla 46. Sexo y grado de dependencia.

SEXO	GRADO DE DEPENDENCIA			Coeficiente Contingencia	Chi-cuadrado	p
	I (n/%)	II (n/%)	III (n/%)			
HOMBRE	30 (56,6%)	9 (17,0%)	14 (26,4%)	0,172	5,728	0,057
MUJER	84 (62,2%)	34 (25,2%)	17 (12,6%)			

Así si vemos la gráfica 46, observamos que en los grados I y II (dependencia moderada y severa) hay más predominio de mujeres que de hombres, sin embargo, en el grado III (gran dependencia), hay más hombres que mujeres.

Gráfica 46. Sexo y grado de dependencia.



-Edad y grado de dependencia.

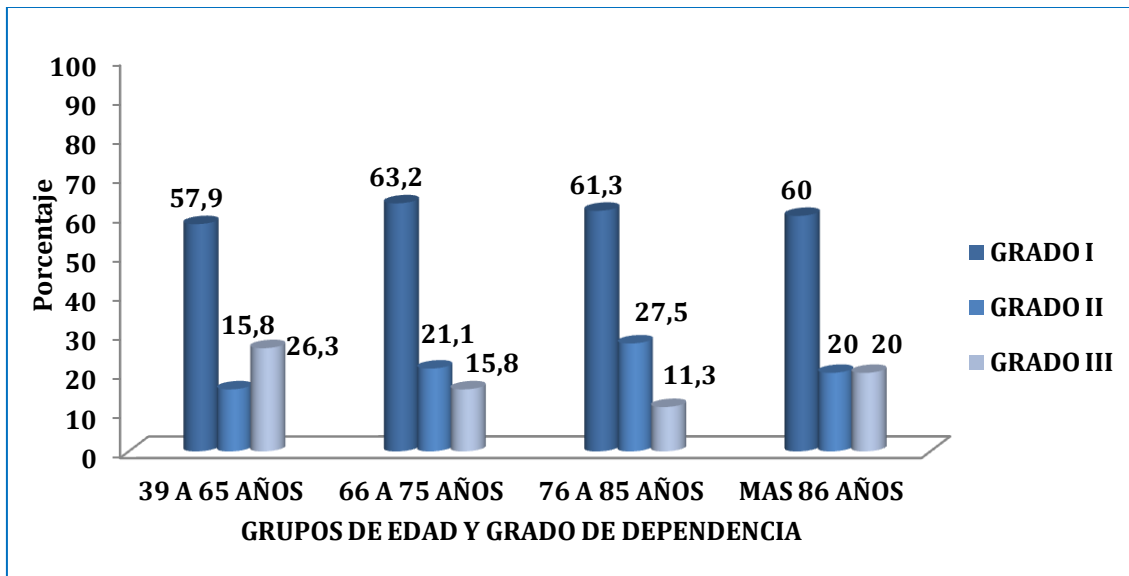
Centrándonos en el análisis de la relación por grupos de edad y el grado de dependencia, se efectuó la prueba de Chi cuadrado, obteniéndose un valor de significación superior a 0,05 ($p=0,613$), no existiendo por tanto, diferencias entre los grupos de edad en relación al grado de dependencia (ver tabla 47).

Tabla 47. Edad y grado de dependencia.

EDAD	GRADO DE DEPENDENCIA			Coeficiente Contingencia	Chi-cuadrado	p
	I (n/%)	II (n/%)	III (n/%)			
39 A 65 AÑOS	11 (57,9%)	3 (15,8%)	5 (26,3%)	0,152	4,472	0,613
66 A 75 AÑOS	12 (63,2%)	4 (21,1%)	3 (15,8%)			
76 A 85 AÑOS	49 (61,3%)	22 (27,5%)	9 (11,3%)			
MAYORES DE 86 AÑOS	42 (60,0%)	14 (20,0%)	14 (20,0%)			

En la gráfica 47 vemos la distribución de los grados de dependencia conforme a diferentes grupos de edad. Así, el grado I (dependencia moderada) es la severidad que mayormente queda representada en todas las edades, siendo más numeroso de 66 a 85 años y el grado II (dependencia severa), aún con valores muchos más bajos, se comporta de la misma manera; sin embargo, el grado III (gran dependencia), queda más representado por personas con edades comprendidas entre 36 a 65 años y mayores de 85 años, disminuyendo en los grupos de edad centrales. Aunque como hemos comentado no encontramos diferencias significativas.

Gráfica 47. Edad y grado de dependencia.



-HIPOTESIS 3. Las actividades básicas de la vida diaria estarán más afectadas que las instrumentales en la gran dependencia mientras que ocurrirá lo contrario en los grados menos severos.

Por el hecho de que la valoración de las ABVD y AIVD sea diferente tanto en el número de ítems como en la calificación asignada a cada una de ellas, se creyó necesario convertirlas en puntuaciones tipificadas para su comparación. Las puntuaciones directas las hemos transformado en puntuaciones tipificadas (T) con media aritmética 50 y desviación típica 10.

Se realizó el análisis por grado de dependencia, realizando la prueba T de Wilcoxon.

-Grado de dependencia I:

Como se percibe en la tabla 48, no existen diferencias significativas porque el valor de Z (-1,121) va asociado a un valor de significación muy superior a 0,05 (0,262); no obstante, es algo superior para las AIVD.

227

Tabla 48. Dependencia funcional en el grado I.

	n	Media	Z	p
Puntuaciones T ABVD	114	43,90	-1,121	0,262
Puntuaciones T AIVD	114	44,24		

-Grado de dependencia II:

En este caso, como se indica en la tabla 49, sí hay diferencias significativas porque el valor de Z (-2,210) va asociado a un valor de significación muy inferior a 0,05 (0,027). Encontrando en este caso que las AIVD se ven más afectadas en el grado de dependencia II.

Tabla 49. Dependencia funcional en el grado II.

	n	Media	Z	p
Puntuaciones T ABVD	43	52,63	-2,210	0,027
Puntuaciones T AIVD	43	54,10		

-Grado de dependencia III:

En relación al grado de dependencia III, como se indica en la tabla 50, encontramos diferencias significativas. Las mayores puntuaciones se dan en ABVD frente a las AIVD, con un valor de Z (-3,861) asociado a un valor de significación muy inferior a 0,05.

Tabla 50. Dependencia funcional en el grado III.

	n	Media	Z	p
Puntuaciones T ABVD	31	68,79	-3,861	p≤0,001
Puntuaciones T AIVD	31	65,50		

-HIPÓTESIS 4. Las personas con buenos recursos sociales presentarán una mayor afectación de las actividades de la vida diaria estando en sintonía con un mayor grado de dependencia.

-Recursos sociales y grado de dependencia.

En la tabla 51, se refleja el análisis de los grados de dependencia en función del tipo de recursos sociales que tienen las personas en cada uno de esos grados. Se efectuó la prueba Chi cuadrado no encontrando diferencias significativas entre los que presentan buenos y malos recursos en función del grado de dependencia (Chi cuadrado=0,976; p=0,614).

Tabla 51. Recursos sociales y grado de dependencia.

GRADO DE DEPENDENCIA	RECURSOS SOCIALES		Coeficiente Contingencia	Chi-cuadrado	p
	BUENOS (n/%)	MALOS (n/%)			
I	78 (81,3%)	18 (18,8%)	0,077	0,976	0,614
II	35 (87,5%)	5 (12,5%)			
III	25 (86,2%)	4 (13,8%)			

-Recursos sociales y dependencia funcional.

Para analizar la relación entre las variables recursos sociales y dependencia funcional (AVD, ABVD y AIVD), se utilizó la prueba U de Mann-Whitney.

Para las AVD, se comprueba que las personas con buenos recursos sociales obtienen rangos promedios más altos que los malos recursos sociales, no siendo estos valores significativos, como demuestra el valor de significación (p=0,379). En el análisis de las ABVD y las AIVD, también se obtienen rangos promedios más altos las personas con buenos recursos, sin embargo ambos valores tampoco son significativos, como demuestra el valor de significación (p=0,204) asociado al valor de U (1574,500) en las ABVD y (p=0,940) asociado al valor de U (1846,000) en las AIVD (tabla 52).

Tabla 52. Recursos sociales y dependencia funcional.

	BUENOS RECURSOS		MALOS RECURSOS		U de Mann-Whitney	p
	n	Rango promedio	n	Rango promedio		
AVD	138	88,45	27	71,61	1663,500	0,379
ABVD	138	85,09	27	72,31	1574,500	0,204
AIVD	138	83,12	27	82,37	1846,000	0,940

-HIPOTESIS 5. Las personas que perciben tener una mejor calidad de vida serán las que presenten menor grado de dependencia, menor dependencia funcional, buenos recursos sociales, situación del expediente esté resuelta y presenten menos cogniciones anticipatorias negativas.

-Calidad de vida y grado de dependencia.

Para comprobar la relación existente entre calidad de vida y grado de dependencia se realizó Anova de un factor y se observó que no existen diferencias significativas entre los grupos de dependencia con la calidad de vida ($p=0,631$) (tabla 53). Del mismo modo, queda comprobada la no existencia de diferencias significativas al realizar comparaciones múltiples entre grados de dependencia, al obtener valores de p superiores a 0,05 (tabla 54). Como se puede observar, las medias son muy similares (grado I= $31,82\pm 5,04$, grado II= $32,02\pm 5,72$, grado III= $32,84\pm 5,35$), a pesar de ser ligeramente superiores los valores conforme aumenta el grado de dependencia asignado a la situación de dependencia.

Tabla 53. Calidad de vida y grado de dependencia.

GRADO DE DEPENDENCIA	n	CALIDAD DE VIDA	Anova (F)	p
		Media (DT)		
GRADO I	114	31,82 (5,04)	0,461	0,631
GRADO II	43	32,02 (5,72)		
GRADO III	31	32,84 (5,35)		

231

Tabla 54. Comparaciones múltiples: grados de dependencia. Scheffé.

GRADO DE DEPENDENCIA		Diferencia de medias	Error típico	p	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
GRADO I	GRADO II	-0,20	0,94	0,976	-2,53	2,11
	GRADO III	-1,02	1,06	0,631	-3,65	1,61
GRADO II	GRADO I	0,20	0,94	0,976	-2,11	2,53
	GRADO III	-0,81	1,23	0,805	-3,87	2,24
GRADO III	GRADO I	1,02	1,06	0,631	-1,61	3,65
	GRADO II	0,81	1,23	0,805	-2,24	3,87

-Calidad de vida y dependencia funcional.

Para comprobar la relación entre calidad de vida y dependencia funcional, se aplicó la prueba de correlación de Pearson, ya que las variables siguen una distribución normal.

No hemos encontrado relación entre la calidad de vida y las AVD, ABVD ni las AIVD ($p=0,650$; $p=0,434$ y $p=0,579$ respectivamente). Es decir, en nuestra muestra la percepción de la calidad de vida no estaría relacionada ni con el total ni con el tipo de actividades de la vida diaria afectadas.

Tabla 55. Calidad de vida y AVD.

	AVD	
	Coefficiente de correlación	p
CALIDAD DE VIDA	0,033	0,650

Tabla 56. Calidad de vida y ABVD.

	ABVD	
	Coefficiente de correlación	p
CALIDAD DE VIDA	0,057	0,434

Tabla 57. Calidad de vida y AIVD.

	AIVD	
	Coefficiente de correlación	p
CALIDAD DE VIDA	-0,041	0,579

-Calidad de vida y recursos sociales.

En primer lugar, se exponen los resultados en base a si la persona cree que tiene buenos o malos recursos sociales, para pasar posteriormente a presentarlos teniendo en cuenta qué tipo de recurso recibe por parte de la administración.

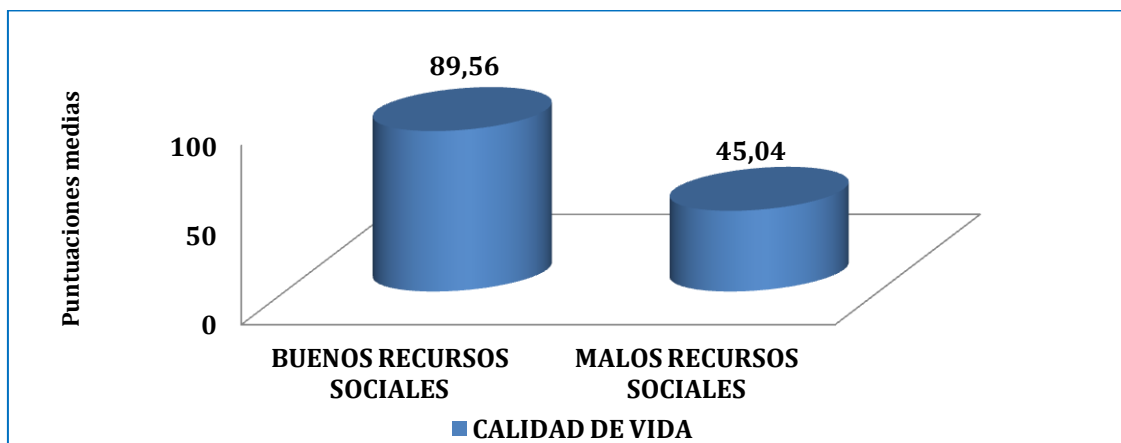
Comprobamos que las personas que tienen buenos recursos sociales manifiestan tener mejor calidad de vida que los que tienen malos recursos sociales,

según demuestra el valor de significación ($p=0,023$) asociado al valor de t-Student 5,635 (tabla 58). La media fue de $33,19\pm 5,13$ para las personas que gozan de buenos recursos sociales frente a una media de $28,67\pm 3,49$ para los que tienen malos recursos sociales, indicando una mejor calidad de vida para los primeros (gráfica 48).

Tabla 58. Calidad de vida y recursos sociales.

CALIDAD DE VIDA	BUENOS RECURSOS		MALOS RECURSOS		t-Student	p
	n	Media (DT)	n	Media (DT)		
	138	33,19 (5,13)	27	28,67 (3,49)		

Gráfica 48. Recursos sociales y calidad de vida.



-Calidad de vida y servicio de ayuda a domicilio del servicio social de base, servicio privado y servicios de la LAPAD.

A continuación se presentan los resultados en función de la procedencia del servicio a recibir (servicio recibido desde el servicio social de base, servicio privado, servicio de la Ley de Dependencia).

En primer lugar, realizamos el análisis para estudiar la relación existente entre la calidad de vida y recibir el SAD del servicio social de base (SSB). Se utilizó la prueba t-Student, y se encontraron diferencias significativas ($p=0,021$) (tabla 59), indicando que las personas que no están recibiendo apoyo domiciliario del

SSB municipal expresan mejor calidad de vida que aquellos que cuentan con el servicio. Comprobamos que las medias son superiores en los que no reciben ($32,39 \pm 5,00$) frente a los que sí reciben ($29,89 \pm 5,21$) el mismo (tabla 59).

Tabla 59. Calidad de vida y servicio de ayuda a domicilio.

CALIDAD DE VIDA	SERVICIO AYUDA DOMICILIO				t-Student	p
	SI		NO			
	n	Media (DT)	n	Media (DT)		
	27	29,89 (5,00)	161	32,39 (5,21)	-2,322	0,021

En relación a los que reciben servicio privado, el valor de p se asocia a un valor de significación muy superior a 0,05 ($p=0,225$). Por ello, tanto las personas que reciben este servicio como los que no, presentan la misma calidad de vida (tabla 60).

Tabla 60. Calidad de vida y servicio privado.

CALIDAD DE VIDA	SERVICIO PRIVADO				t-Student	p
	SI		NO			
	n	Media (DT)	n	Media (DT)		
	28	33,14 (6,02)	160	31,84 (5,09)	1,217	0,225

Por último, en la tabla 61 se pueden observar los resultados en relación a si reciben o no servicios de la LAPAD. Comprobamos que la media de la calidad de vida en las personas que reciben alguna ayuda de la Ley de Dependencia es superior ($35,48 \pm 3,99$) si lo comparamos con las personas que no reciben ninguna ayuda de la Ley de Dependencia ($28,19 \pm 3,50$), siendo estas diferencias significativas ($\leq 0,001$), asociado al valor de t (13,233).

Tabla 61. Calidad de vida y servicios de la LAPAD.

CALIDAD DE VIDA	SERVICIOS LAPAD				t-Student	p
	SI		NO			
	n	Media (DT)	n	Media (DT)		
	99	35,48 (3,99)	89	28,19 (3,50)	13,233	$\leq 0,001$

-Calidad de vida y tipo de servicio formal.

A continuación se procedió a realizar un análisis de la relación entre la calidad de vida y el tipo de servicio formal recibido. En este caso se ha utilizado la prueba de Anova porque las varianzas de los tres grupos que se comparan son homogéneas tras realizar la prueba de Levene ($F=0,134$, $p=0,874$).

Para llevar a cabo este análisis se han conformado los grupos en función de los usuarios que recibían cada uno de los servicios, descartando los que no los recibían, siendo la pérdida de 53 usuarios. Por otra parte, aquellos usuarios que recibían varios servicios compatibles entre sí también se han descartado del análisis, perdiendo 20 usuarios, siendo el total de sujetos perdidos de 73.

Realizado el análisis con una muestra de 115 usuarios que reciben alguno de los servicios estudiados, la diferencia la encontramos entre recibir un servicio de la LAPAD ($35,22\pm 3,63$) en comparación con los otros dos tipos de servicios (SSB y SAD privado) ($28,57\pm 3,98$ y $28,82\pm 3,97$ respectivamente). Se encuentra una mayor percepción de calidad de vida en los usuarios que reciben alguna ayuda del catálogo de servicios de la LAPAD (tabla 62).

235

Posteriormente, se procedió a realizar comparaciones múltiples entre la variable calidad de vida y las variables servicios del SSB, de la LAPAD y a nivel privado, siendo significativo el valor de p ($\leq 0,001$) para las personas que reciben servicios desde la LAPAD respecto a las demás (tabla 63).

Tabla 62. Calidad de vida y servicio recibido.

	n	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		F	p
					Límite inferior	Límite superior		
SSB	23	28,57	3,98	0,831	26,84	30,29	37,057	$\leq 0,001$
DEPENDENCIA	81	35,22	3,63	0,404	34,42	36,03		
PRIVADO	11	28,82	3,97	1,197	26,15	31,49		
Total	115	33,28	4,77	0,445	32,40	34,16		

Tabla 63. Comparaciones múltiples: calidad de vida y servicios recibidos. Scheffé.

TIPO DE SERVICIO RECIBIDO		Diferencia de medias	Error típico	p	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
SSB	DEPENDENCIA	-6,657	0,883	≤ 0,001	-8,85	-4,47
	PRIVADO	-0,253	1,370	0,983	-3,65	3,15
DEPENDENCIA	SSB	6,657	0,883	≤ 0,001	4,47	8,85
	PRIVADO	6,404	1,201	≤ 0,001	3,42	9,38
PRIVADO	SSB	0,253	1,370	0,983	-3,15	3,65
	DEPENDENCIA	-6,404	1,201	≤ 0,001	-9,38	-3,42

-Calidad de vida y situación del expediente.

Para el análisis de la relación entre calidad de vida y la situación del expediente, se utilizó la prueba Anova de un factor y la prueba de Scheffé, siendo los grupos de análisis pendiente PIA, en trámite PIA y concedido PIA, en función de la situación en la que se encontraban cada uno de los usuarios respecto a la negociación, tramitación y concesión de los servicios ofertados en la LAPAD.

236

Los resultados, tal y como puede comprobarse en la tabla 64, muestran que la percepción de calidad de vida es mejor para los usuarios que tienen concedido un PIA (ayuda del catálogo de servicios de la LAPAD), ya que la media aritmética es significativamente superior ($35,57 \pm 3,92$) que para los usuarios que están pendientes de PIA ($28,22 \pm 3,31$) y en tramitación PIA ($28,00 \pm 4,33$), siendo el resultado estadísticamente significativo ($F=92,095$; $p \leq 0,001$).

Tabla 64. Calidad de vida y situación del expediente.

	n	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		F	p
					Límite inferior	Límite superior		
PENDIENTE PIA	74	28,22	3,31	0,385	27,45	28,98	92,095	≤ 0,001
TRAMITADO PIA	16	28,00	4,33	1,084	25,69	30,31		
CONCEDIDO PIA	98	35,57	3,92	0,396	34,79	36,36		
Total	188	32,03	5,24	0,382	31,28	32,79		

En la tabla 65, efectuado el análisis de comparaciones múltiples entre calidad de vida y situación del expediente, se comprueba nuevamente como las personas que tienen concedido el PIA tienen mejor calidad de vida que aquellas que tienen su expediente en otra situación, como así se deduce del valor de p ($\leq 0,001$).

Tabla 65. Comparaciones múltiples: calidad de vida y situación del expediente. Scheffé.

SITUACIÓN DEL EXPEDIENTE		Diferencia de medias	Error típico	p	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
PENDIENTE PIA	TRAMITADO PIA	0,21	1,02	0,978	-2,32	2,76
	CONCEDIDO PIA	-7,35	0,57	$\leq 0,001$	-8,77	-5,94
TRAMITADO PIA	PENDIENTE PIA	-0,21	1,02	0,978	-2,76	2,32
	CONCEDIDO PIA	-7,57	1,00	$\leq 0,001$	-10,05	-5,09
CONCEDIDO PIA	PENDIENTE PIA	7,35	0,57	$\leq 0,001$	5,94	8,77
	TRAMITADO PIA	7,51	1,00	$\leq 0,001$	5,09	10,05

-Calidad de vida y tipo de cogniciones anticipatorias.

Para analizar la relación entre la calidad de vida y las cogniciones anticipatorias, se aplicó la Rho de Spearman debido a que una de las variables, en este caso las cogniciones anticipatorias, no siguen una distribución normal.

Se comprueba que las personas que tienen mayor puntuación en calidad de vida, tienen menor puntuación en cogniciones anticipatorias, siendo el coeficiente de correlación $-0,583$, asociado a un valor de $p \leq 0,001$. Esto significa que las personas perciben una mejor calidad de vida a medida que sus cogniciones anticipatorias negativas son menores o viceversa.

-HIPÓTESIS 6. Las personas con un menor grado de dependencia, menos dependencia funcional, mejores recursos sociales y cuya situación del expediente esté resuelta presentarán menos cogniciones anticipatorias negativas.

-Cogniciones anticipatorias y grado de dependencia.

Para comprobar la relación existente entre las cogniciones anticipatorias y el grado de dependencia se ha utilizado la prueba Kruskal-Wallis. Comprobamos que existe una relación significativa entre el grado de dependencia y las cogniciones anticipatorias, siendo el valor de p 0,002.

En la tabla 66, comprobamos que los valores de los rangos promedios de las cogniciones anticipatorias, para la dependencia moderada (grado I) y severa (grado II), son más altos que para la gran dependencia (grado III), es decir presentan más cogniciones anticipatorias negativas que en la gran dependencia.

238

Tabla 66. Cogniciones anticipatorias y grado de dependencia.

GRADO DE DEPENDENCIA	n	Rango promedio	Kruskall-Wallis	p
COGNICIONES ANTICIPATORIAS GRADO I	114	99,15	7,839	0,020
GRADO II	43	100,13		
GRADO III	31	69,60		

-Cogniciones anticipatorias y dependencia funcional.

Se aplicó la Rho de Spearman, ya que la variable cogniciones anticipatorias, como comentamos anteriormente, no seguía una distribución normal.

Comprobamos que hay tendencia a que las personas que tienen mayor puntuación en cogniciones anticipatorias, tienen menor puntuación en AVD ($p=0,083$) y en ABVD ($p=0,062$). Aunque en las AIVD no se llega a ver esta tendencia a partir del nivel de significación ($p=0,161$), sí que parece que la

dirección de la relación iría en el mismo sentido ($r=-0,103$). Es decir, que las cogniciones anticipatorias negativas son mayores, cuando la dependencia funciona es menor (tablas 67,68 y 69).

Tabla 67. Cogniciones anticipatorias y AVD.

	AVD	
	Coefficiente de correlación	p
COGNICIONES ANTICIPATORIAS	-0,127	0,083

Tabla 68. Cogniciones anticipatorias y ABVD.

	ABVD	
	Coefficiente de correlación	p
COGNICIONES ANTICIPATORIAS	-0,136	0,062

Tabla 69. Cogniciones anticipatorias y AIVD.

	AIVD	
	Coefficiente de correlación	p
COGNICIONES ANTICIPATORIAS	-0,103	0,161

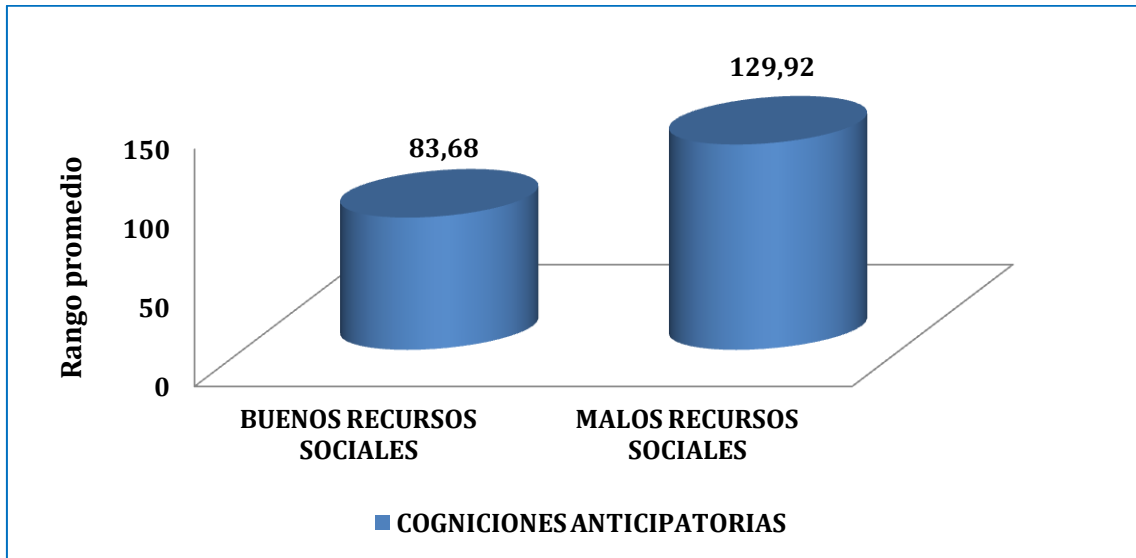
-Cogniciones anticipatorias y recursos sociales.

Para el análisis de la relación entre las cogniciones anticipatorias y los recursos sociales se utilizó la prueba U de Mann-Whitney. Como se puede ver en la tabla 70 y gráfica 49, comprobamos que quienes disponen de buenos recursos sociales manifiestan tener menos cogniciones anticipatorias negativas mientras que los que tienen malos recursos sociales presentan más cogniciones anticipatorias negativas (a mayor puntuación, más cogniciones anticipatorias negativas). De tal forma, que a menor puntuación en el rango promedio, mejor situación de los pensamientos anticipatorios, quedando representados en un rango promedio de 83,68 para las personas con buenos recursos sociales frente a 129,92 para los que tienen malos recursos sociales, como demuestra el valor de significación ($\leq 0,001$) asociado al valor de U (1609,500).

Tabla 70. Cogniciones anticipatorias y recursos sociales.

	BUENOS RECURSOS			MALOS RECURSOS			U de Mann-Whitney	p
	n	Media (DT)	Rango promedio	n	Media (DT)	Rango promedio		
COGNICIONES ANTICIPATORIAS	138	11,36 (3,84)	83,68	27	14,63 (3,18)	129,92	1609,500	≤ 0,001

Gráfica 49. Cogniciones anticipatorias y recursos sociales.



-Cogniciones anticipatorias y servicio de ayuda a domicilio del servicio social de base, servicio privado y servicios de la LAPAD.

Posteriormente, se analizaron las cogniciones anticipatorias en función del tipo de recurso social que recibe la persona en situación de dependencia. Para realizar este análisis se utilizó la prueba U de Mann-Whitney.

Analizando la relación entre las cogniciones anticipatorias y el servicio de ayuda a domicilio del SSB, se comprueba que el rango promedio de las cogniciones anticipatorias de los que reciben este servicio es mayor que los que no la reciben (111,31 vs 91,68) aunque esta diferencia no llega a ser estadísticamente significativa, sí que existe una tendencia ($p=0,082$) asociado al valor de U (1719,500) (tabla 71).

Tabla 71. Cogniciones anticipatorias y servicio de ayuda a domicilio del SSB.

COGNICIONES ANTICIPATORIAS	SERVICIO AYUDA DOMICILIO				U de Mann- Whitney	p
	SI		NO			
	n	Rango promedio	n	Rango promedio	1719,500	0,082
	27	111,31	161	91,68		

Al analizar las cogniciones anticipatorias y recibir servicios a nivel privado se comprueba que, las personas que no reciben un servicio privado tiene mayor número de cogniciones anticipatorias negativas que los que sí lo reciben (rangos promedios: 99,23 vs 67,45 respectivamente), siendo esta diferencia significativa como demuestra el valor de significación ($p=0,004$) asociado al valor de U (1482,500) (tabla 72).

Tabla 72. Cogniciones anticipatorias y servicios privados.

	SERVICIOS PRIVADOS				U de Mann- Whitney	p
	SI		NO			
	n	Rango promedio	n	Rango promedio	1482,500	0,004
COGNICIONES ANTICIPATORIAS	28	67,45	160	99,23		

Cuando se analiza la relación entre las cogniciones anticipatorias y el servicio recibido desde la LAPAD, se observa que las personas que no reciben el servicio tienen mayor número de cogniciones anticipatorias negativas que los que sí lo reciben (rangos promedios: 124,47 vs 67,56 respectivamente), siendo esta diferencia significativa como muestra el valor de significación ($p\leq 0,001$) asociado al valor de U (1738,000) (tabla 73).

Tabla 73. Cogniciones anticipatorias y servicios de la LAPAD.

	SERVICIOS DE LA LAPAD				U de Mann-Whitney	p
	SI		NO			
	n	Rango promedio	n	Rango promedio		
COGNICIONES ANTICIPATORIAS	99	67,56	89	124,47	1738,000	≤ 0,001

-Cogniciones anticipatorias y tipo de servicio formal.

Al llevar a cabo el análisis de la relación entre las cogniciones anticipatorias y las tres opciones de servicios que pueden recibir las personas en situación de dependencia, y como podemos ver en la tabla 74, los resultados muestran las personas que reciben el servicio de ayuda a domicilio (SSB) presentan más cogniciones anticipatorias negativas, seguidos de los que reciben el servicio privado y los que menos cogniciones anticipatorias negativas tienen, son los que tienen ayuda por la Ley de Dependencia (LAPAD). Así los rangos promedios son 81,28, 63,32 y 50,47 respectivamente, con valores significativos, como demuestra el valor de significación ($p \leq 0,001$) asociado al valor de H (16,469).

242

Tabla 74. Cogniciones anticipatorias y tipo de recurso social recibido.

TIPO DE RECURSO	n	Rango promedio	Kruskal Wallis	p
COGNICIONES ANTICIPATORIAS				
-SSB.	23	81,98	16,469	≤ 0,001
-PRIVADO.	11	63,32		
-DEPENDENCIA.	81	50,47		

-Cogniciones anticipatorias y situación del expediente.

Por último, procedemos a analizar la calidad de vida en función de la situación del expediente en la LAPAD: pendiente, en trámite y concedido PIA, utilizando la prueba de Kruskal-Wallis.

Comprobamos que las personas que están pendientes o en trámite de recibir el programa individual de atención, obtienen los valores más altos en los rangos promedios de las cogniciones anticipatorias (122,60 y 136,47 respectivamente), siendo los más bajos para aquellas personas que tienen el PIA concedido (63,43), siendo la diferencia entre estos valores significativa ($p \leq 0,001$) (tabla 75). Así, las personas que ya tienen concedida la ayuda, tiene un menor número de cogniciones anticipatorias negativas que los que aún tienen pendiente de resolución su expediente o todavía se está tramitando.

Tabla 75. Cogniciones anticipatorias y situación del expediente.

SITUACIÓN DEL EXPEDIENTE	n	Rango promedio	Kruskal Wallis	p	
COGNICIONES ANTICIPATORIAS	-PENDIENTE PIA.	74	122,60	55,720	$\leq 0,001$
	-TRAMITADO PIA.	16	136,47		
	-CONCEDIDO PIA.	98	63,43		

CAPÍTULO 11. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

La incidencia de los problemas relacionados con la dependencia funcional ha ido aumentando en las últimas décadas en la población en general y, sobre todo, entre las personas en situación de dependencia^{2,3,6,9,24,25}.

Poder profundizar en el conocimiento de cómo influye en las actividades de la vida diaria de estas personas, así como conocer cuáles son las funciones corporales que se encuentran afectadas como consecuencia de la situación de dependencia, son aspectos fundamentales que podrían permitir diseñar un catálogo de servicios adecuado y adaptado a las diferentes situaciones. Además, también se podría promover la realización de programas de prevención de la aparición de una dependencia temprana y promocionar la autonomía personal o de atención a la dependencia, en función del grado y tipo de la actividad afectada. Estas fueron las razones que motivaron la puesta en marcha del presente estudio, planteándonos también entre nuestros objetivos, conocer si la situación de dependencia se relaciona con otros aspectos importantes como son, la calidad de vida, los recursos sociales y las cogniciones anticipatorias.

245

-DEPENDENCIA FUNCIONAL.

Una de las primeras cuestiones que nos planteamos estudiar en relación a la dependencia funcional (incluyendo actividades de la vida diaria global, básicas e instrumentales y el grado de dependencia), fue si el sexo o la edad, tendrían algún papel en la presencia de una mayor o menor dependencia funcional, ya que había estudios que planteaban diferencias en relación a estas dos variables sociodemográficas^{97,248,249,253,254,260-262,267,276,277,281,289,291,300,308,312,315,328,331,335,337,338,340-342,411}.

Observamos, que el sexo femenino predomina en la muestra representando el 71,8% del total, coincidiendo con los resultados de otros trabajos, donde se apunta que, “el número total de mujeres que padece una moderada, severa o gran

dependencia es de 626.260, lo que representa un 88,06% más respecto a los hombres (333.013 personas)”³⁴⁰.

Nuestros resultados indican que no existen diferencias entre ser hombre o mujer en relación al grado de dependencia, las actividades de la vida diaria en general o en función de que fuesen instrumentales o básicas, como planteábamos en nuestras hipótesis y que ya se planteaban en numerosos estudios previos en los que se afirmaban que la presencia de dependencia funcional era mayor en mujeres que en hombres^{248,261,262,281,300,308,331,337,341}.

Sí que hay que señalar que con respecto a las ABVD, se ha encontrado un valor cercano a la significatividad ($p=0,076$) pudiendo hacer pensar, que hay una tendencia a encontrar diferencias en nuestro estudio comparables a las de otros estudios y que quizás ampliando la muestra podría confirmarse esta relación. Ya en estudios como el de Otero et al²⁶⁰, Gutiérrez et al³³¹ y Gázquez-Linares et al³⁴², atribuían al sexo femenino una mayor dependencia para las ABVD y otros que respecto a la dependencia para las AIVD, señalaban que eran los hombres los que presentaban un mayor riesgo de incapacidad³³¹. Otros estudios también encuentran diferencias por sexo, pero en sentido contrario a estos autores, como el de Millán-Calenti et al³³⁸, las mujeres son más independientes que los hombres en todos los grupos de edad en relación a las ABVD. Sin embargo, para las AIVD, el sexo masculino se convierte en un marcador de funcionalidad respecto a las mujeres, aunque afirman que las diferencias no llegan a ser significativas, introduciendo ciertos matices respecto a determinadas tareas incluidas en las AIVD. Sin embargo, Meléndez et al³⁰⁸, en su investigación encontraron que los hombres obtenían mayores puntuaciones en el índice de Barthel, lo que conlleva una mayor independencia que las mujeres para la realización de las AVD. Como se puede observar, incluso entre los estudios en los que se observa diferencia por género, aún no está claro el sentido de estas diferencias.

No hay que olvidar que también existen estudios, que al analizar la afectación de diferentes actividades funcionales en relación al sexo, observaban

una afectación similar en ambos sexos,^{249,289,312} al igual que lo encontrado en nuestros resultados.

Respecto a la edad, descriptivamente encontramos que es el grupo representado por personas de 76 a 85 años el más numeroso, seguido de los mayores de 86 años, por lo que observamos que es una muestra muy envejecida, confirmándose el “envejecimiento del envejecimiento” estando la situación laboral en consonancia con la edad, así el 92% son jubilados y el 8% del total son pensionistas. Estos datos son apoyados por Abellán et al⁹⁷, quienes afirman que “la dependencia no alcanza al 1% de los niños y jóvenes, es del 2% en los adultos, pero afecta al 20% de la población mayor”, habiendo también otros estudios que avalan dicha afirmación respecto a la edad de las personas en situación de dependencia^{2,33,37,104-108,392}.

Comprobamos que en nuestra muestra, la edad no es un factor condicionante para la afectación de las AVD, incluyendo a las ABVD y AIVD, si bien se observa que los rangos promedios son relativamente superiores para el grupo de menor edad y para el grupo de mayor edad en las AVD en general, pudiendo estar relacionado con la distribución de la dependencia funcional de la muestra por todos los tramos de edad. En nuestro estudio partíamos de la hipótesis, como planteaba Giraldo et al²⁷⁷ de que las personas de mayor edad, presentarían una mayor dependencia para la realización de las ABVD, o como planteaba Şahín et al³⁴¹ que el aumento de la edad influyese en la obtención de mayores puntuaciones para las AIVD, pero no ha sido así, pudiendo encontrar la respuesta en que las situaciones de dependencia no se concentran únicamente en un tramo, sino que puede estar presente en cualquier edad. Otro argumento podría ser la división de la muestra en tramos de edad e incluso, por el tamaño muestral, que queda concentrado principalmente en una población envejecida, siendo conveniente en estudios futuros, mayor tamaño muestral en el resto de grupos de edad para hacer una comparación equilibrada.

Siguiendo en la línea de observar qué papel tiene el sexo y la edad en la dependencia funcional, planteábamos que estarían relacionados con el grado de dependencia que presentaba la persona dependiente.

Respecto a la relación entre el sexo y el grado de dependencia, no se han encontrado diferencias significativas por género, a pesar de que los valores son algo superiores para las mujeres. Esto podría deberse a las características sociodemográficas de la zona de estudio, donde se encuentra una población mayoritariamente femenina y envejecida, pero en la que la presencia de un importante número de hombres en situación de dependencia es una realidad social que requiere el mismo tratamiento que para las mujeres. De hecho, nuestros resultados descriptivos se pueden comparar con los obtenidos en investigaciones similares, que señalan que el sexo femenino es el más predominante en el padecimiento de situaciones de dependencia^{2,10,25,41,72,104,108,109,118}.

Centrándonos en la relación entre la edad y el grado de dependencia, obtenemos al igual que con la dependencia funcional, que no existen diferencias entre los grupos de edad, algo que podría ser esperable, ya que el grado de dependencia que se le asigna a la persona está en función de la valoración de la dependencia funcional. Se observa que es el grupo de edad de 76 a 85 años el que mayor representación tiene para la dependencia moderada (grado I) y para la dependencia severa (grado II), seguidos muy cercanamente del grupo de mayores de 86 años, que es el que mayor porcentaje aparece en la gran dependencia (grado III). Aunque nuestros resultados no coinciden con los resultados que habían planteado otros estudios^{248,249,253,254,267,276,277,291,308,315,328,335,337,342}, es decir, que el aumento de la edad tiene una estrecha relación con el incremento de la situación de dependencia, si observamos en los resultados descriptivos, que parece que aunque las situaciones de dependencia comienzan a cualquier edad, son menos acuciantes en edades medias, aumentando la severidad conforme aumenta la edad.

El hecho de que nuestros datos no coincidan con otras investigaciones y que no obtengan resultados significativos puede deberse a la distribución de la muestra por muchos grupos de edad, lo que no permite discernir la situación de

dependencia en función de la misma, por lo que sería interesante realizar futuras investigaciones donde se establecieran grupos de edad más amplios y uniformes. Efectivamente, la población en situación de dependencia, como apuntan los datos descriptivos, es una población envejecida, sin embargo, esta aparece en todas las edades y con ella, la diversidad de la severidad. De hecho, la mayor parte del grupo de personas de 39 a 65 años, tienen gran dependencia, no siendo algo exclusivo de las personas de mayor edad.

-Dependencia funcional y grado de dependencia.

Siguiendo con la segunda hipótesis, donde se planteaba la relación del grado de dependencia con otras variables clínicas, esperábamos encontrar relación entre la dependencia funcional (actividades de la vida diaria, instrumentales y básicas) y el grado de dependencia, ya que la herramienta de valoración utilizada para evaluar el grado de dependencia dentro de la LAPAD está en función de la afectación de las actividades de la vida diaria, permitiéndonos estos resultados confirmar la validez de la herramienta para evaluar el grado de dependencia. De este modo, la afectación de las AVD en general, como al analizarlas por actividades instrumentales y básicas es mayor en la gran dependencia (Grado III) que en los otros dos grados y además a medida que el grado de dependencia asignado es mayor, es mayor la afectación de las AVD.

249

Como quedaba reflejado en el análisis de los datos sociodemográficos, el 60,4% del total de la muestra (114 personas) tienen una dependencia moderada (grado I), con valores muy distantes respecto a la dependencia severa y gran dependencia, con un 22,9% y un 16,5% respectivamente. Estos resultados arrojan un dato importante, pues ello quiere decir que la mayoría de las personas con gran dependencia (grado III) están valoradas y/o atendidas en la actualidad, predominando la solicitud y/o revisiones de grado de usuarios que finalmente son dictaminados con dependencia moderada (grado I) o dependencia severa (grado II).

Planteamos la tercera hipótesis, tras revisar varios estudios en los que se plantearon estudiar de qué forma iban viéndose afectadas las actividades de la vida diaria instrumentales y básicas, si eran unas u otras las más afectadas en diferentes momentos del periodo evolutivo de la dependencia. Giraldo et al²⁷⁷, encontraron que todos los ancianos presentan dependencia para la realización de las AIVD y un gran porcentaje de ellos para las ABVD, y que además existía un elevado número de ancianos con dependencia severa para ambas AVD. Los resultados de otros estudios confirmaban que de manera generalizada, las personas de edad avanzada presentan mayor grado de dependencia para las AIVD que para las ABVD^{262,276,328,329,331}, mientras que otros autores, concluyeron que la prevalencia para la dependencia en las AIVD era mayor que para las ABVD en ancianos^{278,282,331,333}.

Así, partiendo de estos estudios y de la experiencia clínica, nos planteamos analizar si las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales estaban afectadas de igual forma en los tres grados de dependencia, partiendo de que las actividades instrumentales estarían más afectadas que las básicas en el grado I y II, que en el grado III, y en este último y grado más grave, las actividades básicas estarían más afectadas que las actividades instrumentales. Los resultados no muestran diferencias significativas entre ambos tipos de actividad afectada en el grado I, (aunque los datos descriptivos nos muestran una media ligeramente mayor para las actividades de la vida diaria instrumentales) pero sí en el grado II, donde se confirma que están más afectadas las actividades instrumentales, y en el grado III donde aparece mayor afectación de las básicas, lo que confirma nuestra hipótesis. La explicación a dichos resultados puede estar en que, aunque los grupos de actividades que se ven alterados en mayor medida como consecuencia de una situación de dependencia funcional en las primeras fases, puedan ser los referentes a las AIVD (mantenimiento de la salud, desplazamientos fuera del hogar y tareas domésticas), en la gran dependencia (grado III), van apareciendo déficits que repercuten directamente en la afectación de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Analizando el grado I o dependencia moderada, vemos que las tareas más afectadas son, en los grupos de actividades básicas; lavarse, realizar otros cuidados corporales, vestirse, y respecto a las instrumentales; los desplazamientos fuera del hogar y tareas domésticas. De esta forma, dentro de las ABVD, los grupos de actividades y tareas más afectadas en la dependencia moderada, son aquellos más complejos y que requieren un mayor nivel de exigencia para la persona, como es el caso del acceso a la bañera, ducha o similar y aseo corporal completo. También se ven más afectadas tareas como lavarse el pelo o cortarse las uñas o como sucede para vestirse, frente a los grupos de actividades que representan a las AIVD, que están afectadas todas las tareas en su totalidad, por lo que las puntuaciones para ambas áreas de ocupación han resultado semejantes, no encontrando diferencias entre ellas. Respecto a los resultados del grupo de dependencia severa o grado II, se da la situación, de que a medida que las personas van incrementando las dificultades para la realización de ambas áreas de ocupación, aquellas que quedan más representadas en una situación de dependencia severa son las AIVD, las cuales van provocando mayor restricción en su desempeño, frente a las ABVD, que comenzaban afectándose de igual forma con una dependencia moderada, pero que no aumentan en la misma medida que las tareas afectadas correspondientes a las AIVD. Sin embargo, cuando una persona alcanza una situación de gran dependencia, grado III, la representación de la afectación de las ABVD es superior a la que se da para las AIVD, comprometiéndose en mayor medida aquellas actividades necesarias para la supervivencia frente a las que aseguran el manejo en la comunidad, quedando mermada completamente la posibilidad de realizar alguna tarea sin un tipo de apoyo. De hecho, todas las AVD van viéndose mayormente afectadas conforme aumenta el grado de dependencia. Como afirmaban Abellán et al¹¹⁸, estas actividades están relacionadas con la capacidad de autocuidado personal que son las ABVD y aunque afectan a un menor número de personas, lo hacen con mayor gravedad.

En la línea de esta afirmación, hay que tener en cuenta también lo que señalan Gázquez et al¹⁷, que afirmaban que no sólo la presencia de peor salud se relaciona con las actividades de la vida diaria, sino que la percepción negativa o positiva que el paciente tenga de su salud, influye en la realización de dichas

actividades, así que puede ser que a medida que se incrementa la percepción negativa de la salud y con ella las limitaciones para realizar actividades, también aumente el nivel de dependencia para la realización de las ABVD y AIVD.

Por tanto, nuestros resultados también apoyarían la afirmación de que el deterioro de las AVD se produce de manera inversa a la adquisición y desarrollo de habilidades y patrones durante la infancia, como señalan otros autores, así estos afirman que las primeras actividades en desarrollarse serán las últimas en perderse y aquellas más complejas adquiridas con posterioridad, serán las primeras en presentar deterioro ante una situación de dependencia funcional^{249,290,303,334}. Katz et al³⁰³, señalan que el orden de recuperación es paralelo a la progresión que sigue el desarrollo de las funciones primarias en el niño, es decir, las primeras en desarrollarse, lo son también para recuperarse y las últimas en perderse. Rubio et al³³³ también encuentran que las AIVD son las primeras en deteriorarse ante una situación de dependencia, y que constituyen un factor fundamental para el diagnóstico temprano, apoyando lo que ya habían afirmado otros autores, quienes confirmaban que las AIVD presentan mayor frecuencia de compromiso que las ABVD²⁹¹. A su vez, Lara et al²⁴⁸ encontraron que las ABVD por ser las más básicas, son las últimas en perderse pero también las primeras en recuperarse ante una situación de dependencia funcional.

252

Creemos que estos resultados son relevantes, ya que como vemos en una persona en situación de gran dependencia, la capacidad para realizar las ABVD está muy afectada y de esta forma se compromete claramente la posibilidad de la realización independiente de actividades básicas y por ende, se ve afectado sobremanera su estado de salud al no poder cubrir sus necesidades vitales sin la colaboración de otra persona. Asimismo lo confirman Fernández-Mayoralas et al²⁶², para los que la severidad de la situación de dependencia está estrechamente relacionado con el estado de salud, afirmando que las personas que presentan mayores dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria son las que presentan un peor estado de salud.

En un afán de profundizar un poco más, en cuáles son las actividades más afectadas, pero no por tipo de actividades de la vida diaria instrumentales y básicas, sino analizando de forma pormenorizada cada actividad dentro de dichos tipos, realizamos un estudio descriptivo e inferencial para comprobar si el tipo de actividad estaba relacionado con el grado de dependencia.

Realizado el análisis descriptivo detallado por grupo de ABVD y AIVD, observamos que dentro de las ABVD, las mayores puntuaciones (y por tanto las más afectadas), se dan en vestirse, lavarse y otros cuidados corporales, mientras que las menos afectadas son las obtenidas para poder alimentarse y la realización de la higiene personal relacionada con la micción/defecación. Dentro de las AIVD las más afectadas son desplazarse fuera del hogar y realizar tareas domésticas, siendo la puntuación más baja en la actividad del mantenimiento de la salud. Estos resultados parecen depender de la complejidad de cada tarea dentro del subgrupo de las AVD, ya que se obtienen mayores puntuaciones en aquellas AVD con mayor exigencia física.

Existe un gran número de estudios interesados en conocer cuáles son las actividades de la vida diaria afectadas. En relación con las ABVD y coincidiendo con los resultados hallados en esta investigación, Fontana et al²⁴⁹ y Varela et al²⁹¹, afirman que las ABVD que mayor dependencia provocan son las relacionadas con el aseo corporal y el vestido. Resultados similares son los que concluyen Ruigómez et al³³⁷, quienes afirman que las dificultades más frecuentes en la realización de las ABVD se dan para bañarse y realizar otros cuidados corporales.

Sin embargo, nuestros resultados contrastan con los obtenidos en un estudio que afirma que respecto a las ABVD, la higiene personal relacionada con la micción/ defecación era la actividad con mayor dependencia entre la población³³⁸, y con los presentados por Muszalik et al²⁹⁶, quienes afirman que los problemas menos significativos son los relacionados con la higiene corporal. A su vez, también se alejan de otro estudio realizado por Rodgers et al²⁴⁶, quienes sugieren que las ABVD que menos dependencia provocan son el vestido y el aseo corporal, aunque coincidimos con estos autores en las conclusiones obtenidas acerca de las

actividades de la dependencia menos frecuente como la regulación de la micción/defecación, los cambios de posición del cuerpo y la alimentación.

Así para concluir, según diversos estudios y coincidiendo con los resultados de la presente investigación, las ABVD que menos afectadas se encuentran entre la población en situación de dependencia son la alimentación y la regulación de la micción/defecación. No obstante, es cierto que como indican Abellán et al¹¹⁸ y Rojas et al³¹³ “son las de naturaleza más grave y significan mayor carga de atención”.

En relación a las AIVD, resultados muy similares son los encontrados por Fernández-Mayoralas et al²⁶², quienes afirman que las actividades de la vida diaria donde se encuentran mayores dificultades son lavarse y bañarse, cortarse las uñas, tareas domésticas y desplazamientos. Estudios anteriores al de Fernández-Mayoralas et al²⁶², ya mostraban que los problemas relacionados con la funcionalidad para los desplazamientos en el exterior son los más frecuentes. Afirmaban del mismo modo, que más de un millón de personas en situación de dependencia declaraban problemas relacionados con las actividades a realizar en el exterior, siendo las primeras en perderse cuando las personas empezaban a sufrir problemas de dependencia, seguidas por las tareas domésticas¹¹⁸. Otros autores, aunque sin demasiada concreción, también sugieren que las actividades más afectadas son aquellas relacionadas con la movilidad^{296,335,336}. Otras investigaciones avalan la afirmación de que la realización de las tareas domésticas, para la cual las personas presentan mayor dependencia, son las primeras en deteriorarse, antes que la movilidad o los desplazamientos, lo que aumentaría la vulnerabilidad ante el padecimiento del deterioro cognitivo^{285,287,337-339}.

Teniendo en cuenta las afirmaciones anteriores, coincidimos al afirmar, junto con Gutiérrez et al³³¹ que son tanto las actividades de movilidad como las tareas domésticas aquellas donde la persona en situación de dependencia encuentra mayores dificultades.

Quisimos comprobar si la afectación de estas actividades estaba relacionada con el grado de dependencia asignado a cada paciente y como muestran los resultados todas y cada una de las actividades evaluadas, diez en total, van viéndose más afectadas a medida que existe un aumento progresivo de la severidad de la dependencia. Esto hará que estas personas tengan una pérdida de funcionalidad creciente, repercutiendo en el desempeño funcional y por ende, existiendo una mayor afectación de las destrezas de ejecución conforme aumenta la severidad.

-Dependencia funcional y funciones corporales.

Hemos visto que la mayoría de las personas tienen más de una función corporal afectada, hasta un 36,7% tenían dos y un 25% tres. La función corporal más afectada era la función neuromusculoesquelética y relacionada con el movimiento, seguida con un valor muy inferior, las funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio y, por último, las funciones sensoriales y del dolor. Diferentes estudios que analizan el tipo de funciones que se ven más afectadas van en la misma línea que los resultados que hemos encontrado. Gutiérrez et al³³¹, afirman que la afectación tanto de las ABVD como AIVD está directamente relacionada con la presencia de problemas en la movilidad general. Concretando Lara et al²⁴⁸, que los problemas musculoesqueléticos son los principales responsables de las alteraciones observadas en las ABVD y para Valderrama-Gama et al³³⁴, la osteoartritis y el reumatismo. Para Rubio et al³³³, serían las patologías cardíacas seguida de la osteoarticular, las que mayor deterioro funcional producen en adultos mayores. Coincidiendo con Giraldo et al²⁷⁷, con similares parámetros obtenidos en sus resultados y afirmando que los sistemas más afectados son el cardiovascular, el neuromuscular y el neurológico. Otros autores concluyen que las enfermedades crónicas relacionadas con la dependencia funcional serían la enfermedad articular, cerebrovascular, el deterioro cognitivo y la depresión²⁷⁸.

La mayoría de los estudios hallados sobre la etiología de la dependencia funcional confirman que son las funciones musculoesqueléticas y relacionadas con

el movimiento, las funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio y las funciones sensoriales y del dolor las más afectadas en la población en situación de dependencia, predominando entre los diagnósticos considerados potencialmente más incapacitantes la osteoartritis, la artrosis, la osteoporosis, la fractura de cadera, la enfermedad de Parkinson, el ACV, la cardiopatía y la bronquitis crónica, junto a las limitaciones visuales y auditivas. Todas ellas son importantes factores de riesgo para la presencia de limitación funcional entre la población afectada^{247,280,281}.

Al analizar si el tipo de función corporal afectada estaba relacionado de alguna forma con el grado de dependencia, encontramos diferencias significativas, indicando que todas ellas empeoran conforme aumenta la severidad. Se aprecia que las funciones neuromusculares y relacionadas con el movimiento afectan mayoritariamente a los usuarios del grado I, dependencia moderada, como sucede con la mayoría de las funciones corporales, sin embargo, las funciones relacionadas con los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio tienen su valor más alto entre los usuarios del grado III, gran dependencia, aunque seguidas de cerca por la neuromuscular y del movimiento. Esto podría deberse a que la función neuromuscular y del movimiento engloba numerosos diagnósticos médicos que tienen como base la afectación de los miembros inferiores y la columna vertebral, que a su vez, provocan dificultades notables en la realización de las AIVD. A priori, las personas perciben que son estas patologías y no otras las más incapacitantes, pues repercuten notablemente en su funcionamiento diario. Sin embargo, cuando aumenta la severidad, las que provocan mayor incapacidad en el transcurso de su cronicidad son las relacionadas con patología cardiovascular, hematológica, inmunológica y respiratoria, como consecuencia de los signos incapacitantes de las mismas en fases avanzadas, además de que en esta función corporal quedan agrupados numerosos diagnósticos médicos y quizás se suma también la afectación del movimiento. Así, la persona en situación de dependencia, aquejada desde fases iniciales de limitaciones en otras funciones corporales, ven acrecentadas las repercusiones funcionales que provocan estas últimas.

- RECURSOS SOCIALES y DEPENDENCIA FUNCIONAL.

En este estudio no queríamos dejar de analizar el papel que tienen los recursos sociales en la dependencia o para las personas dependientes. Por este motivo quisimos conocer de forma descriptiva de qué recursos sociales están disponiendo las personas dependientes, así como si la presencia de ellos afecta a otros aspectos importantes para los usuarios, como la calidad de vida que perciben y las cogniciones anticipatorias que presentan.

En este apartado discutiremos los resultados descriptivos y la relación con el grado de dependencia y la dependencia funcional, mientras que en los apartados siguientes, calidad de vida y cogniciones anticipatorias, discutiremos su relación con ambas variables.

Como ya señalábamos en el marco teórico, la presencia de recursos sociales favorece la salud a nivel biopsicosocial, permitiendo responder más adecuadamente ante situaciones desfavorables^{343,346,347,353}.

257

García et al³⁴⁶ en el año 1999, señalaban en su estudio realizado en Monterrey con un grupo de personas ancianas, que a pesar de la actuación de los recursos sociales formales en la atención a las personas en situación de dependencia eran insuficientes a pesar de dar cobertura, era la red de apoyo informal, especialmente la figura de los hijos, la que era fundamental para su correcto cuidado. A similar conclusión llegaron Navarro et al³⁵⁴, en el año 2008 quiénes consideraban fundamental el papel de la familia, principalmente hijos y cónyuges, como recurso social para el cuidado de las personas en situación de dependencia.

En los resultados de nuestra investigación observamos que un 82,4% del total de la muestra estudiada cuenta con el apoyo de cuidadores tanto formales como informales. De este modo, más de la mitad de los usuarios reciben cuidados informales por parte de los mismos, principalmente provenientes de hijos y cónyuges, siendo tan solo un 25% los que manifiestan recibirlos de cuidadores

profesionales. En este sentido y tal y como afirmaban los autores arriba mencionados, es fundamental el soporte proporcionado por esa red primaria, constituida por familiares y amigos, quedando patente la preferencia tanto de la persona en situación de dependencia, como de su familia, porque sea ésta última quien perciba los beneficios económicos y laborales inherentes al PIA vinculado a la situación de dependencia. Aunque como figura en la Ley⁷, se trata de prestaciones económicas excepcionales, sin embargo, se ha generalizado mucho la asignación de la misma para la atención y cuidado de la persona dependiente, porque entre otras cuestiones, la realidad es que formamos parte de un sistema de protección social con mucho peso de la familia. Esto puede provocar la presencia de dos situaciones, por una parte, que la persona sea cuidada en su entorno habitual, pero por otra, que no siempre lo sea de manera profesionalizada de acuerdo a la severidad que su situación requiera, sino respetando la decisión familiar, motivo por el cual se hace imprescindible la valoración social previa a la asignación del servicio. En numerosas ocasiones, la generosidad de la persona en situación de dependencia iría más en beneficio de personas allegadas que hacia sí misma, siendo en ese caso el trabajador social quién vela por asegurar la correcta atención de la persona en situación de dependencia.

En la misma línea que lo anteriormente mencionado, el 38,3% de nuestra muestra señalan que algunos de sus hijos residen en la misma localidad que ellos, con valores muy similares a los representados por los hijos que facilitan cuidados informales a sus padres en situación de dependencia. Este dato podría indicarnos que hay un elevado porcentaje de personas que se encuentran en situación de dependencia que podrían tener asegurado sus cuidados por parte de sus hijos, de hecho, un 18,1% del total manifiestan no tener ningún hijo, valor muy similar a los que afirman no tener cuidador.

Nuestra muestra queda representada principalmente por personas casadas (48,4%), dato que permite afirmar que si bien se desconoce el estado de salud del otro miembro de la unidad familiar, este puede recibir potencialmente mayor apoyo social que las personas que carecen de él. Para Koukouli et al²⁴⁷, el apoyo social recibido por una persona condiciona la forma en la que éste se comporta

subjetivamente ante una situación de dependencia. Afirma que las personas que viven solas, especialmente en la población más anciana, tiene mayor riesgo de sufrir situaciones de dependencia. En la línea de lo expresado, Svetlana et al³⁸⁶ asocian a las mujeres, viudez, carencia de amigos y redes sociales restringidas, mayores niveles de dependencia.

Respecto a si los participantes tienen buenos o malos recursos sociales, cuando los evaluamos con la escala de recursos sociales más del 75% dice tener buenos recursos sociales, frente a un 23,4% que manifiestan tener malos recursos sociales. Pese a no haber encontrado datos en otros estudios que nos permitiera realizar una comparación y afianzar los resultados obtenidos, creemos que los mismos se deben a que las personas en situación de dependencia perciben sus recursos sociales subjetivamente positivos. De esta manera, solo un pequeño porcentaje de personas que no reciben atención o ésta es deficitaria, afirman que los tienen malos. Así, las personas en situación de dependencia reconocen tener buenos recursos sociales en el momento en que terceras personas se ocupan y preocupan de ellos, lo cual nos permite afirmar por una parte, que éstas personas tienen la percepción de estar siendo muchas de ellas atendidas en la actualidad por la Ley de Dependencia, como así se constató en los datos descriptivos, y por otra, que las características de la zona sociosanitaria objeto de estudio, al ser eminentemente rural, haya podido influir en la aparición de estos resultados.

Quisimos conocer los recursos sociales de los que disponen las personas dependientes a través de los tres tipos de ayuda que pueden recibir (ayuda a domicilio a nivel municipal, servicio a nivel privado o la cobertura de los servicios y prestaciones económicas de la Ley de Dependencia), ya que podría ser una posible explicación de por qué un porcentaje tan alto de participantes dice tener buenos recursos sociales.

Se encontró que las personas que reciben servicio de ayuda a domicilio a nivel municipal o servicio privado era bajo, frente al número de personas en situación de dependencia que reciben cobertura por parte de los servicios y/o prestaciones económicas ofertadas por la Ley (52,7%). El escaso porcentaje que

representa a los usuarios que reciben el SAD municipal, podría estar relacionado con la legislación aplicable que afecta a su concesión, ya que según queda regulado en el régimen de incompatibilidades, aquellas personas que reciban ayuda de la Ley 39/2006, no podrían tener dualidad de servicios. Analizando más pormenorizadamente el tipo de servicio/prestación económica recibida de la LAPAD, vemos que más de un 35% recibe algún servicio de ayuda a domicilio, casi un 10% son atendidas en centros residenciales, otro 6% es atendido por sus familiares recibiendo una PECEF y el resto o recibe un servicio de teleasistencia, ocupa plaza en centro de día o recibe una prestación económica vinculada al servicio de promoción de la autonomía.

Así nuestros resultados van en la línea de los resultados obtenidos por Almazán-Isla et al³⁸⁷ como en la explicación que dieron en su estudio. Ellos concluyeron que la Ley de Dependencia tuvo cierto impacto en la situación social de las personas que participaron en la investigación y que, aunque la financiación para recibir los diversos recursos sociales formales e informales fue escasa, estos permitieron garantizar bienestar y a su vez, permitieron la presencia de cuidadores familiares no profesionales para atender a personas con gran dependencia. Esto es lo que pensamos que ha ocurrido también con nuestros participantes, que parece que las ayudas que los participantes están obteniendo de la Ley de la Dependencia y que reciben casi el 53% de los participantes, más el porcentaje de los otros dos tipos de ayuda, podrían estar influyendo en ese alto porcentaje de personas que perciben que tienen unos buenos recursos sociales. Esto es muy interesante ya que que estudios anteriores a la implantación de la LAPAD, habían evidenciado que a pesar del potente crecimiento registrado en los servicios, aún la protección de los mismos era baja. De hecho, en el estudio de Mercader¹²² en 2007, solo un 3,5% de las personas mayores de 65 años contaban con un servicio de ayuda a domicilio, un 2,84% con teleasistencia, un 0,54% con centro de día y un 3,9% eran atendidos en centros residenciales.

Ya por el año 2011, Rodríguez⁸ afirmaba en su estudio que un 80% de las personas reciben cuidados informales frente a un 20% de la población en situación

de dependencia que reciben servicios formales (de los cuáles, un 15% son recibidos en el domicilio y el resto en centros residenciales).

Este estudio contradice nuestras cifras, que afirman que del total de las personas que reciben algún tipo de servicio, alrededor de un 11,32% perciben una PECEF y un 88,67% son atendidas mediante algún servicio formal (correspondiendo un 70,24% para los cuidados domiciliarios y un 18,42% para las personas atendidas en residencias), pudiendo ser uno de los motivos que justifica el éxito del catálogo de servicios de la LAPAD, que garantiza que la persona en situación de dependencia permanezca en su entorno habitual, atendida por servicios de proximidad.

Partiendo de estudios donde se planteaba que las personas que tienen un mayor apoyo social tienen una menor número de enfermedades^{344,381,382} o que influye positiva o negativamente sobre el curso de la enfermedad y en la realización de las actividades de la vida diaria^{258,384}, y otros como el de Escobar-Bravo et al³⁸³ que afirman que la red de apoyo actúa como un factor de protección ante la situación de dependencia, quisimos conocer qué relación existía entre el grado de dependencia y la dependencia funcional con el que las personas tuvieran buenos o malos recursos sociales.

261

Nuestros resultados indican que el tener buenos o malos recursos sociales no está relacionado con el grado de dependencia que tiene asignado la persona dependiente, ni tampoco con una mayor afectación de las actividades de la vida diaria. Esto podría tener su explicación porque las personas en situación de dependencia perciben la severidad del grado de dependencia como tal, así como por las connotaciones que este tiene en su desempeño funcional, coincidiendo ambos parámetros. Así, una persona que necesita ayuda para realizar los desplazamientos, lleva implícito un tipo y frecuencia de apoyo para realizar los mismos, que permiten obtener puntuación para su situación de dependencia. Por tanto, independientemente del grado de dependencia y limitación en el desempeño funcional que tenga una persona en la vida diaria, si esta recibe ayuda de otras personas con la intensidad que sus necesidades requieren, independientemente

del grado, la persona valorará como positivos sus recursos sociales. No obstante, es probable que sean las severidades más altas (grado II y III) las que contemplen una mejor visualización de la intensidad del servicio/prestación económica recibida, aunque es cierto que también ésta va asociada a una mayor exigencia funcional.

Desde el campo de la Terapia Ocupacional, ya existe algún estudio que demuestra la conexión entre una inadecuada, insuficiente o ausente red social de apoyo con un aumento del uso de servicios, institucionalización y disminución del bienestar personal. Además señalan que sería necesario investigar en el campo de la Terapia Ocupacional para analizar la relación existente entre la persona, el ambiente y la interacción con sus ocupaciones¹⁸⁸. Esto iría también en la línea del estudio de Taboada et al³⁸⁸, que consideran que para tomar la decisión acertada sobre la asignación de los recursos sociales, se deberían tener en cuenta criterios como el apoyo social, la capacidad funcional y el estado a nivel cognitivo.

Efectivamente, un motivo que podría justificar la institucionalización es el hecho de no contar con la presencia de cuidadores que provean de la atención necesaria en su entorno habitual, realizándose la asignación del PIA en acuerdo con la persona en situación de dependencia y/o familiares (si los hubiera), teniendo en cuenta para ello, diversos parámetros, como bien han afirmado Taboada et al³⁸⁸ y basándose en asegurar que sus necesidades están cubiertas. Por tanto, una vez más, queda justificada la necesidad de la presencia de recursos sociales. De tal forma, que esto puede demostrar la importancia de la idoneidad de los mismos, siendo quizás interesante el papel preventivo que desarrollan en la salud mental de las personas en situación de dependencia funcional.

-CALIDAD DE VIDA.

-Calidad de vida: sexo y edad.

Como nos planteamos en nuestra primera hipótesis, quisimos ver si el sexo y la edad eran variables que hiciesen que se presentasen diferentes valores en la calidad de vida de las personas dependientes.

En nuestra muestra hemos encontrado que la calidad de vida percibida es similar en hombres y mujeres. Otros estudios señalan, que es el sexo masculino quién percibe mejor calidad de vida^{406,413}. Nuestros datos descriptivos también indican que son ligeramente superior en los hombres (135 vs 53). Quizás el hecho de que en nuestra muestra contemos con más mujeres y que también las mujeres tienen mayor esperanza de vida pueden ser dos datos que expliquen los resultados obtenidos.

En la presente investigación tampoco encontramos diferencias en la calidad de vida entre los grupos de edad, es decir la calidad de vida es similar en el grupo de personas mayores y menores de 65 años, como a partir de ellos y hasta más de 86 años, a pesar que los valores más altos se encuentran en personas menores de 65 años. Este dato podría deberse a que aunque en todos los casos están afectadas de una situación de dependencia, quizás el grupo de edad de entre 39 y 65 años cuenten con mejores condiciones socioambientales para hacer frente a la misma. Nuestros resultados difieren de los datos hallados por García et al⁴⁰⁶, Casas et al⁴⁰¹ y Flores et al⁴⁵⁰ que obtienen conclusiones respecto a una peor calidad de vida conforme aumenta la edad.

263

Así, nuestros resultados contrastan con los resultados obtenidos por Flores et al⁴⁵⁰, y numerosas investigaciones que corroboraban que ser mujer y tener edad avanzada, redundaban en una peor calidad de vida⁴⁰⁶. De hecho Flores et al⁴⁵⁰ en su estudio con adultos mayores afirmaba que “la edad es el factor que provoca más insatisfacción en relación a la calidad de vida, ya que se infiere que mientras más edad tengan los adultos mayores, se sienten más insatisfechos con su calidad de vida”.

Una posible explicación éstas diferencias, podría ser que nuestra muestra está compuesta de personas en una situación de dependencia y que ésta variable la severidad de la afectación de la dependencia funcional, haga que las personas perciban su calidad de vida igual de buena o mala, independientemente del sexo y la edad. No obstante, no deberíamos descartar que estos resultados fuesen diferentes, contando con un número de participantes mayor, ya que en relación

con el sexo, aunque no encontramos diferencias significativas, sí que las mujeres en nuestro estudio presentaban una media calidad de vida inferior a la que presentaban los hombres. Y si miramos los resultados de la edad, los que mejor calidad de vida reportaban eran los menores de 65 años. Recomendaríamos una muestra más amplia en futuros estudios para confirmar o no estos resultados.

-Calidad de vida, grado de dependencia y dependencia funcional.

Respecto a la calidad de vida y su relación o no con el grado de dependencia o la dependencia funcional, nosotros planteamos en nuestra hipótesis que estarían relacionadas, partiendo esta idea de estudios previos en los que se afirmaban que la calidad de vida quedaba determinada por el grado de dependencia o el desempeño funcional que presente una persona.

Loredo-Figueroa et al⁴⁴⁷ afirmaban en las conclusiones de su estudio que “el grado de dependencia en la realización de las actividades de la vida diaria y las capacidades de autocuidado del adulto mayor tienen repercusión en la percepción de la calidad de vida y de la salud, de manera que a menor dependencia y mayor autocuidado, mayor es la calidad de vida del adulto mayor”. Asimismo, lo confirmaban Vest et al³³⁰, Soberanes et al⁴¹³, Botero et al⁴²⁷, Gunaydin et al⁴³⁹, Levasseur et al⁴⁴⁸ y Solís et al⁴⁴⁹, que mostraron la relación inversa entre calidad de vida y situación de dependencia, de tal forma que la calidad de vida disminuye en función de unas mayores limitaciones en la realización de las actividades. De hecho, Mohanty et al⁴⁵² afirman que una dificultad para la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria acarrea mayores niveles de estrés y aislamiento en la persona en situación de dependencia.

De los resultados obtenidos en la presente investigación, no encontramos relación entre la calidad de vida y el grado de dependencia o desempeño funcional e incluso encontramos una relación contraria a la aparecida en los estudios expuestos en relación a las AVD. De hecho, la calidad de vida aumenta conforme lo hace la severidad de dependencia.

Podríamos plantear varias explicaciones a estos resultados. En primer lugar hay que señalar que Agudelo et al²⁸⁰, quiénes hicieron una investigación en un centro de mayores, llegan a la conclusión de que el detrimento en la autonomía personal, no estaría relacionado directamente con una peor calidad de vida, aunque sí haría necesario una serie de cuidados para garantizar su correcta atención. También Flores et al⁴⁵⁰, pusieron de manifiesto que la calidad de vida quedaría determinada más por la satisfacción personal que se tenga respecto a los estados físico y emocional, propios del proceso involutivo del envejecimiento.

Así centrándonos en los resultados de nuestro estudio, podrían ser debido a lo que ya planteaban Agudelo et al²⁸⁰ y es que a pesar de que una persona presente mayores dificultades en su desempeño, puede ser que el aumento de su situación de dependencia funcional, no siempre lleve aparejada la sensación subjetiva de pérdida de calidad de vida. Este concepto por tanto, no iría relacionado tanto con la pérdida de autonomía, sino con la percepción de la pérdida de la misma, que se da independientemente de la situación real de dependencia. También hemos visto que las personas de nuestro estudio, ya están siendo atendidas con una diversidad de recursos, es decir estarían recibiendo un nivel de cuidados y de atención requeridas para su situación de dependencia, que podrían llevar a la persona a considerar más satisfactoria su calidad de vida, a pesar de su grado de dependencia o su dependencia funcional.

Si esto se confirmase con otras investigaciones futuras, podríamos pensar que una persona siente mayor malestar subjetivo con una dependencia severa que con una gran dependencia, ya que podría ser más consciente de sus limitaciones funcionales para la realización de las AVD que aquellas personas que presentan un déficit funcional mayor y que podrían haber asumido su situación, sin acompañarse de tanto malestar subjetivo. Así, aquellas personas que presentaban una situación de dependencia moderada y que aquejaban limitaciones para ambas áreas de ocupación, comenzarían a percibir una disminución de su calidad de vida como consecuencia de las mismas. En la visita a la muestra con un grado de dependencia severa, esta sensación subjetiva de malestar se veía notablemente acrecentada, pues las limitaciones en el desempeño funcional habían aumentado

considerablemente y las personas referían una peor calidad de vida respecto a las posibilidades potenciales de realización independiente de las AVD. Por último, cuando visitamos a las personas con gran dependencia fue llamativo que verbalizaran con menor intensidad la sensación de malestar subjetivo respecto a los grados I y II, habiendo aceptado la situación de dependencia que vivían en ese momento y/o simplemente no cuestionando la misma en términos negativos, sino con objetividad, pues creen tener un tratamiento adecuado a su situación de dependencia y positividad, pues esto les hace sentirse seguros en su ambiente. Quizás también el deterioro progresivo en su desempeño funcional puede facilitar la adaptación a la enfermedad y por ende, a la situación de dependencia, así como a los recursos que se ponen en juego para el afrontamiento a la misma. Esta afirmación coincide con los resultados hallados en el estudio llevado a cabo.

-Calidad de vida y recursos sociales.

Hasta el momento, son pocas las investigaciones halladas que pongan de manifiesto la relación de las variables calidad de vida y recursos sociales en general, pero coinciden en afirmar la existencia de los efectos favorables que unos recursos sociales adecuados tienen para la persona en situación de dependencia^{19,401,423,434}.

Nuestros resultados apoyan esta idea, ya que encontramos que las personas que tienen buenos recursos sociales son las que perciben una mejor calidad de vida, frente a aquellas personas que carecen de recursos sociales, son insuficientes o insatisfactorios. En este sentido, resultados similares ya se han documentado en otros estudios con población dependiente, confirmando que la calidad de vida quedaba íntimamente vinculada con la participación social, considerándose esta conservación de las relaciones sociales fundamentales para la calidad de vida en esta población^{19, 401,434}.

Los resultados obtenidos cuando los analizábamos por el tipo de recurso que recibían, siguen apoyando esta idea. Es cierto que cuando comparamos la calidad de vida de las personas que reciben el SAD del SSB manifiestan tener peor

calidad de vida que aquellas que no la reciben, pero como comentamos anteriormente este servicio es incompatible con la recepción de ayudas de la LAPAD, con lo que seguramente en el grupo numeroso que existe en los que dicen no recibir el servicio de ayuda a domicilio de su ayuntamiento, hay muchas personas que están recibiendo la ayuda de la LAPAD. En contraposición a éste resultado, vemos que los que reciben atención por los servicios contratados a nivel privado (éste no llega a ser significativo) o concedidos a través de la Ley de Dependencia, perciben mejor su calidad de vida. Nuestros resultados parecen poner de manifiesto que las personas que reciben los servicios/prestaciones económicas de la LAPAD, gozan de mayores niveles de calidad de vida, quizás no únicamente por la asignación de los mismos, sino por el amplio abanico de posibilidades ofertadas y que, además, les permite recibir los cuidados en servicios de proximidad, ya que es un porcentaje mínimo el que recibe ayudas ante la institucionalización. Molina et al⁴²³ hicieron un estudio en el que pusieron de manifiesto, que las personas de edad avanzada que no estaban institucionalizadas valoraban mejor su calidad de vida que aquellos que residían en instituciones.

Así a partir de nuestros resultados, se podría afirmar coincidiendo con Gallego¹⁹, Casas et al⁴⁰¹ y More et al⁴³⁴, que la presencia de unos buenos recursos sociales, mejoran la calidad de vida de las personas dependientes y la ausencia de los mismos provocan todo lo contrario.

Ya que nuestro estudio se circunscribe en un momento en el que existen por ley un amplio catálogo de servicios para la atención a la dependencia y que los resultados obtenidos permiten afirmar que la calidad de vida de las personas en situación de dependencia funcional es mejor si cuentan con la asignación de algún servicio de la LAPAD, sería un motivo más para justificar la necesidad de la existencia de dicha legislación.

La persona en situación de dependencia que cuenta con una ayuda mediante esta vía, ha requerido una valoración previa pormenorizada de su dependencia funcional realizándose posteriormente su programa individual de atención (PIA). Éste permite al usuario, la posibilidad de estudiar conjuntamente

con el profesional el servicio a recibir en función de la idoneidad y del régimen de compatibilidades de un amplio catálogo de servicios, teniendo en cuenta sus necesidades y criterio, por lo que al satisfacerse las mismas, la percepción de la calidad de vida de la persona aumenta.

Otro dato a tener en cuenta es la percepción de la calidad de vida de aquellas personas que aún o están pendientes o tienen en trámite su PIA ya que vemos que la percepción de su calidad de vida es muy similar. Esto podría tener su explicación en las expectativas que la negociación del programa individual de atención genera en el usuario en situación de dependencia y por la necesidad de la recepción del mismo, pudiéndose sobreentender que para ambos grupos la situación es muy similar al no estar recibiendo aún ningún recurso del sistema. De hecho, los resultados son significativos en tanto en cuanto, las personas que tienen concedido su PIA manifiestan tener mejor calidad de vida.

Con respecto a estos resultados, no encontramos en la bibliografía estudios que pudieran servirnos para discutir este hallazgo, siendo necesario un mayor número de investigaciones dentro del marco de la Ley de Dependencia que apoyasen o no los resultados de la presente investigación.

Lo que sí se ha podido encontrar son estudios con otros pacientes crónicos que ponen de manifiesto que las personas que reciben tratamiento rehabilitador, tienen mejores niveles de calidad de vida⁴⁵⁴. Estos hallazgos permiten justificar la necesidad de un mayor despegue de la prestación económica vinculada al servicio de promoción de la autonomía personal, donde se pongan en marcha diversos tipos de tratamientos rehabilitadores en función de la enfermedad a tratar y que queda integrada en el catálogo de servicios ofertados por la LAPAD.

Es importante señalar que el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) se puso en marcha hace una década para garantizar la calidad de vida entre las personas en situación de dependencia. Actualmente, tanto el acceso al sistema como a cada uno de los grados de dependencia se ha endurecido, con lo cual las personas que solicitan el reconocimiento de su situación de

dependencia presentan hoy en día mayores problemas funcionales para la obtención de idéntica puntuación que en los primeros pasos de la ley, siendo el resultado de las revisiones que se han ido practicando en el BVD, no olvidando que podría quedar condicionada la calidad de vida de los más dependientes. Para Rico¹¹⁷, que analiza el funcionamiento de la Ley de Dependencia desde su implantación, el baremo introducido y aprobado con el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, ha corregido algunas deficiencias, pero produciéndose una enorme revisión, adjudicando puntuaciones por debajo de las obtenidas en la valoración efectuada en su día con el BVD según RD 504/2007. De hecho, una persona que fuera valorada en el año 2007 y que solicite revisión por un empeoramiento poco significativo en su estado de salud, puede puntuar misma e incluso severidad más baja con el nuevo baremo. Para el autor, resulta complicado esclarecer en qué medida este hecho se ha debido a la maduración del sistema, a la entrada en vigor del nuevo baremo en el que se establecen determinadas modificaciones en su aplicación o a otros factores. Por tanto, la graduación de la severidad de la dependencia es un asunto clave debido a que la cartera de servicios se delimita en función del volumen y distribución de la población dependiente y abre puertas para nuevas investigaciones al respecto.

-Calidad de vida y cogniciones anticipatorias.

Por último, y con respecto a la calidad de vida y su relación con las cogniciones anticipatorias, queríamos conocer si la calidad de vida podría estar relacionada con un mayor o menor número de pensamientos anticipatorios negativos que podrían generarse en las personas en situación de dependencia respecto a la anticipación de los acontecimientos en su vida futura. De este modo, si una persona ante una situación de dependencia, vive los acontecimientos presentes, sin proyectar de forma muy negativa, las dificultades que estos pudieran suponer en fechas futuras, podríamos pensar que tuviesen una mejor calidad de vida que los que proyectan su futuro con pensamientos anticipatorios negativos.

Del análisis de esta relación, se desprende que las personas perciben una mejor calidad de vida a medida que sus cogniciones anticipatorias negativas son menores, con lo que se confirma que los pensamientos negativos sobre una proyección futura, hacen que el paciente perciba una peor calidad de vida. Existe una gran carencia de estudios referidos a la anticipación psicológica y más en personas dependientes. Lawrence et al⁴⁶⁵, estudiando la depresión en las personas con enfermedad de Parkinson vió que el tipo de pensamiento negativo sobre el futuro que presentan las personas que están deprimidas, tenían efectos directos e indirectos sobre la calidad de vida, viéndose también mermada la capacidad funcional de la persona. A su vez, Gunaydin et al⁴³⁹ y Levasseur et al⁴⁴⁸ también concluyeron, que las personas que manifiestan tener un estado de ánimo deprimido, ven afectada su calidad de vida. Gallego¹⁹ atribuye a la anticipación negativa un papel relevante en la etiología de la depresión.

También existen otros estudios, como los realizados por Vinaccia et al⁴⁶⁶, que afirman que el estado emocional y el control personal son fundamentales para garantizar una calidad de vida aceptable en personas que padecen epilepsia. Resultados comparables son los obtenidos por Schwartzmann³⁹³, que muestra que la calidad de vida depende de la adecuación de los mecanismos de afrontamiento y de las expectativas personales respecto a la situación real.

Asimismo cabe destacar otros estudios llevados a cabo por Tøien et al⁴³⁷ y Mera et al⁴⁶⁷, que se centran en el optimismo como estrategia para generar pensamientos o actitudes positivas ante las situaciones, concluyendo que existe una relación directa entre la calidad de vida y el optimismo, actuando este último como un factor protector frente a la enfermedad y siendo un predictor de buena CV. En este sentido, los resultados coinciden con los presentados por Villamarín⁴⁵⁹, quiénes mostraron la relación existente entre optimismo y estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama.

Roca et al⁴⁵³ encontraron la relación existente entre los factores psicosociales y la calidad de vida percibida por pacientes con accidente cerebrovascular. De esta manera, dos sujetos perciben su calidad de vida de

manera diferente en función de las herramientas psicológicas y del ambiente sociofamiliar con el que cuentan para afrontar la situación. Queda igualmente recogido en el estudio de Real³⁹², quién afirma que la calidad de vida es dependiente del estado de ánimo de la persona, quedando por tanto, influenciada por el mismo. Otros investigadores consideran fundamental, la presencia de un buen estado psicofísico y de adaptación a la enfermedad para una adecuada calidad de vida²⁹⁶.

Como vemos, todas estas investigaciones, aunque realizadas en otras situaciones de enfermedad reafirman la idea de que pensamientos más negativos, incluso de tipo anticipatorio, influirían en la calidad de vida que perciben las personas que pasan por una situación de enfermedad como pueden ser las personas en situación de dependencia, coincidiendo con nuestros resultados que afirman que existe una relación entre tener unas cogniciones anticipatorias negativas y peor calidad de vida.

-COGNICIONES ANTICIPATORIAS.

271

-Cogniciones anticipatorias: sexo y edad.

Veámos en estudios realizados por otros investigadores^{21,22} que son los hombres quienes presentan más cogniciones anticipatorias negativas, sin embargo, no hemos encontrado relación entre las variables sexo y edad con las cogniciones anticipatorias que presentan los participantes de nuestro estudio. Aunque si miramos los datos descriptivos, la media de las cogniciones anticipatorias es mayor, es decir más negativas, en el sexo femenino y en las edades intermedias de los participantes (de 66 a 85 años). Esto podría quedar explicado por el perfil sociodemográfico de la muestra seleccionada, principalmente mujeres rurales, en edades envejecidas y por la carga emocional subjetiva que recae en la mujer ante la presencia de problemas en su desempeño funcional, que la impiden ejercer las responsabilidades y roles que tiene asumidos.

Sin embargo, la investigación iniciada por Baptista²¹ confirma que respecto al género, el sexo masculino presenta más pensamientos anticipatorios negativos y que la depresión se relaciona directamente con las cogniciones anticipatorias. Los resultados presentados por Pires et al²² afirman que las cogniciones anticipatorias negativas son más frecuentes en los hombres, lo que implica una “mayor vulnerabilidad depresiva”, siendo más homogéneas entre mujeres. También sucede para las personas viudas y divorciadas, lo que supone un “factor de riesgo para la depresión”.

Quizás las diferencias encontradas entre estos estudios y el nuestro es que nuestra muestra, no es una muestra en la tienen que primar a priori síntomas o trastornos depresivos como tal, siendo además esto un criterio de exclusión del estudio, quedando seleccionadas únicamente las personas que tenían como únicos diagnósticos, patologías de índole funcional; pudiendo ser un motivo por el cual no hay resultados significativos de la relación del sexo y la edad con las cogniciones anticipatorias, sino que todos ellos presentan una problemática común, su situación de dependencia.

272

Dicho de otro modo, y como ya se expuso anteriormente, esto puede deberse a que para nuestra muestra, la variable determinante sea la severidad de la afectación de la dependencia funcional, sin importar el sexo o la edad en la que aparezca, pero no se puede descartar que estos valores fueran diferentes si el número de la muestra fuese superior.

-Cogniciones anticipatorias, grado de dependencia y dependencia funcional.

Observamos que las cogniciones anticipatorias se encuentran relacionadas con el grado de dependencia y aunque no llega a ser significativo al 0,05, si que existe una clara tendencia a relacionarse las AVD y las ABVC, así las personas en una situación de dependencia moderada o severa (grados I y II), que hay menor afectación de las AVD, presentan cogniciones anticipatorias más negativas que las del grado III, en la gran dependencia que disminuyen las cogniciones anticipatorias

negativas. En nuestras hipótesis planteábamos lo contrario, pues creíamos que al empeorar la situación de la persona este presentaría unas cogniciones anticipatorias más negativas.

Reflexionando sobre éstos resultados, recordemos que en el grado I, dependencia moderada, las personas necesitan ayuda para realizar varias AVD alguna vez al día, lo que podría ocasionar la presencia de niveles altos de cogniciones anticipatorias negativas ante la disminución de funcionalidad en su vida diaria, debido entre otras cosas, a la pérdida de la misma desde una situación de independencia. Por otra parte, en el grado II, dependencia severa, la necesidad de ayuda para la realización de las AVD se hace más extensa y habitual, lo que provoca que los pensamientos anticipatorios negativos pueden que aumenten por la misma razón, percibiendo mayor necesidad de apoyo ante una involución evidente. Sin embargo, para el grado III, gran dependencia y a pesar del apoyo generalizado de terceras personas para realizar las AVD, las personas tienen menos cogniciones anticipatorias negativas, pudiendo residir la explicación en que mientras que en las fases iniciales de la dependencia funcional las personas pueden hacer más proyecciones futuras de tipo negativo por la situación y dificultades sobrevenidas, en el grado III o gran dependencia, la persona está más habituada a su situación de dependencia y seguramente al tener ya adquiridas estrategias de afrontamiento, les permita controlar los pensamientos negativos que genera su situación de dependencia o que dichos pensamientos negativos anticipatorios hayan ido desapareciendo por el recorrido evolutivo de la situación de dependencia.

Siguiendo con los argumentos para justificar esta relación, podría deberse a que aquellas personas aquejadas de una situación de dependencia más baja (dependencia moderada, grado I) viven las repercusiones que tienen sus diagnósticos médicos sobre su desempeño funcional de manera muy negativa, por lo que puede estar vinculado con una menor aceptación de la situación y mayores preocupaciones ante un futuro más o menos próximo, dándose en menor medida para las personas con una dependencia severa y gran dependencia. De hecho, las personas en una situación de gran dependencia manifiestan rangos promedios más

bajos para las cogniciones anticipatorias, lo que puede estar directamente relacionado con una situación de máxima dependencia y aceptación.

En otros estudios con otro tipo de muestra como el que realizaron Carver et al⁴⁷⁰ con mujeres con diagnóstico temprano de cáncer de mama, vieron que el optimismo permitió controlar la angustia ante la enfermedad, así junto con medidas de afrontamiento como la aceptación y el buen humor. Lo mismo ocurrió en un estudio que se realizó en hombres con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), donde se afirmaba que el optimismo actúa positivamente sobre la salud psicofísica de las personas que lo manifiestan⁴⁷¹.

Así, pensando en los pacientes dependientes en relación con las cogniciones anticipatorias que presentan, sería interesante promover programas para fomentar el autocontrol, el optimismo, el bienestar personal y educar en estrategias de afrontamiento que permitiera desarrollar el menor número de pensamientos anticipatorios negativos, conducentes a una disminución de su calidad de vida y por ende, repercutiendo en la situación de dependencia funcional. De hecho, sería interesante incluir este tipo de talleres o sesiones en los servicios de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal, ofreciendo al ciudadano un abanico de opciones para afrontar con seguridad la enfermedad.

274

-Cogniciones anticipatorias y recursos sociales.

Si anteriormente comprobábamos que existía una relación directa entre los recursos sociales existentes y la calidad de vida, en esta ocasión se comprueba que también tienen una relación con las cogniciones anticipatorias. De tal modo, que las personas que decían tener malos recursos sociales son los que también presentan mayor número de cogniciones anticipatorias negativas entre las personas en situación de dependencia funcional. Esto nos haría pensar que no sólo influyen únicamente en la calidad de vida que percibe el paciente, sino también en la salud mental del sujeto, siendo un aspecto fundamental en términos de funcionalidad. Por tanto, la idoneidad de los recursos sociales en personas que

presentan problemas de dependencia funcional, como ya habíamos señalado antes, es una herramienta clave en estas personas.

La afirmación contenida en el estudio de Garrido et al⁴⁶⁴ de que una persona ante una situación determinada puede comportarse de manera diferente en función del tipo de apoyo que encuentre en su red social aporta evidencia a nuestros resultados acerca del impacto que tienen los recursos sociales ante el tipo de cogniciones anticipatorias que desarrolla un sujeto, mejorando estas cogniciones a medida que estas personas consideran que tienen mejores recursos sociales. De este modo, se apoyaría la idea aportada en otros estudios donde observan que el soporte social percibido está relacionado con la adecuación de los mecanismos de afrontamiento y de las expectativas personales respecto a la situación real³⁹³.

Analizando los resultados en relación al tipo de recurso que reciben, se constata la influencia positiva de recibir servicios de la LAPAD y servicios privados en el tipo de cogniciones anticipatorias de las personas, obteniendo valores significativos y no se encuentra esta relación con el servicio de ayuda a domicilio del SSB, incluso se aprecia cómo los rangos promedios para las personas que no lo reciben son más bajos que para los que sí, éste último resultado podría tener su explicación a una similar a la anteriormente dada para la calidad de vida no hay que olvidar que el grupo que dice que no recibe ayuda a domicilio, está compuesto en su mayor parte por personas que reciben ayudas de la LAPAD. De hecho cuando se analizan las diferencias existentes entre los tres tipos de ayuda con las cogniciones anticipatorias, se observa que las personas que presentan peores cogniciones anticipatorias son las que reciben la ayuda a domicilio de los Servicios Sociales de Base de su ayuntamiento, seguidos de los que reciben un servicio privado y los que presentan un menor número de cogniciones anticipatorias son las que reciben servicios de la LAPAD.

El motivo de esta fuerte relación podría deberse a varios factores, entre los que destacan, el estudio pormenorizado del programa individual de atención en base a las necesidades particulares de cada persona en situación de dependencia,

el escaso coste económico asociado a su recepción y a la variedad de servicios contenidas en la LAPAD, que permiten dar respuesta a la mayoría de los casos.

De ese modo, siguiendo con la LAPAD, observamos como nuestros resultados confirman que aquellas personas que tienen concedido el PIA presentan, con gran diferencia, mejores cogniciones anticipatorias que aquellos que están pendientes de estudio o en trámite del PIA. Esto refuerza la idea de la necesidad acuciante de la recepción de servicios contemplados bajo la LAPAD por parte de las personas dependientes, ya que mejora sus cogniciones anticipatorias negativas, y esto puede influir notablemente en su salud emocional. Así, una persona que recibe algún tipo de ayuda por parte de la LAPAD, parece tener la percepción de estar siendo atendido y recibiendo un servicio que le permita resolver los problemas generados como consecuencia de su situación de dependencia, mientras que aquellas personas que están pendientes o en trámite de recibir éste servicio, no tienen resueltas sus expectativas personales respecto a su situación. De hecho, como ya veníamos comentando, parece ser que la LAPAD pueda estar funcionando con respecto a la atención ofrecida a las personas en situación de dependencia, dando respuesta a la necesidad de servicios, aumentando la percepción de la calidad de vida y disminuyendo el número de cogniciones anticipatorias negativas.

Sería conveniente seguir profundizando en estudios acerca de las cogniciones anticipatorias por la relación tan importante que hemos encontrado en nuestra muestra, con aspectos tan fundamentales de las personas dependientes como son la calidad de vida y los recursos que reciben.

CAPÍTULO 12. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.

Una vez discutidos los resultados, es importante destacar las limitaciones con las que ha contado este estudio, y plantear ideas para líneas de investigaciones futuras.

-LIMITACIONES.

-Limitaciones relacionadas con la muestra:

La primera de ellas tiene que ver con los criterios de inclusión y exclusión. El hecho de utilizar criterios de inclusión y exclusión que nos ayudasen a una buena selección, también hizo que de las personas seleccionables para la muestra disminuyese, en relación a la población de personas en situación de dependencia funcional que se podría estudiar.

Otra causa que hizo disminuir el tamaño muestral, fue el tener pérdida de la muestra debida a diferentes causas que aparecen frecuentemente en personas de estas edades como son el fallecimiento y el deterioro de las funciones cognitivas en el curso de la investigación; o bien por motivos administrativos como la asignación de recursos fuera de la zona sociosanitaria o el traslado de expediente a otra comunidad autónoma.

Otra limitación en relación al tamaño muestra, fue que el permiso para el estudio estaba limitado a las personas que son atendidas en la zona sociosanitaria de Trujillo (Cáceres). Así sería conveniente ampliar las zonas, no sólo al resto de Extremadura, sino también a otros lugares de la geografía española.

No queremos olvidar señalar, más como obstáculo y no como limitación, la dificultad de la evaluación debido a la dispersión geográfica de la zona sociosanitaria a estudio.

-Limitaciones relacionadas con estudios previos:

La escasez de estudios de investigación realizados desde el campo de la Terapia Ocupacional sobre el desempeño ocupacional en esta población y su relación con otras variables que queríamos estudiar, es una de las mayores limitaciones que hemos tenido a la hora de poder realizar un estado actual del tema y saber de dónde podríamos partir.

También el escaso número de estudios hechos sobre la eficiencia que está teniendo la Ley de la Dependencia, ya que no podemos olvidar que nuestros pacientes son demandantes de atención dentro de esta Ley.

Esto también ha influido a que hubiese dificultad a la hora de contrastar ampliamente los resultados, siendo esta dificultad aún mayor con respecto al estudio en esta muestra de otras variables, como las cogniciones anticipatorias.

278

El hecho de que la Terapia Ocupacional, sea una ciencia joven seguramente ha podido repercutir en el número de trabajos científicos que se llevan a cabo desde su campo de estudio. Esta investigación puede ayudar, a dar un paso más intentando dar respuestas desde éste campo de estudio.

-FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.

Tras las limitaciones encontradas en este estudio, propondríamos varias líneas de investigación que fuesen cubriendo principalmente, el hueco existente sobre el estudio de la dependencia funcional en el campo de las personas en situación de dependencia.

-Completar de manera más detallada, cada una de las áreas ocupacionales que pueden estar afectadas en el usuario en situación de dependencia, no limitándolo únicamente a las actividades de la vida diaria.

-Sería interesante comparar estos resultados con los de otras zonas sociosanitarias que agrupen capitales de provincia, con el objetivo de conocer si las características sociodemográficas pueden modificar los mismos.

-Analizar más ampliamente, la posible relación entre la red de apoyo formal e informal y variables como desempeño funcional, calidad de vida, cogniciones anticipatorias, entre otras.

- Analizar en mayor profundidad, cómo se relaciona la calidad de vida con la intensidad de los servicios recibidos para conocer cuál es más efectivo y eficiente. Además, tras los resultados de este estudio, habría que confirmar si la calidad de vida está relacionada con el grado de dependencia o dependencia funcional que presentan los pacientes o está más relacionada con otras variables como son los recursos sociales que reciben o el tipo de expectativas que tienen.

-También sería interesante estudiar el desempeño funcional antes y después de la inclusión de un grupo de usuarios en situación de dependencia funcional a la prestación económica vinculada a la promoción de la autonomía personal. El objetivo sería verificar si los efectos están asociados a este programa y a los beneficios que se obtienen.

279

-Por último, cabe plantear la necesidad de profundizar en el análisis del contexto y el entorno, para saber si podrían ser utilizados como herramienta terapéutica.

Creemos que el desarrollo de estas futuras líneas de investigación, podrían ayudar a establecer políticas sociales idóneas de promoción de la autonomía personal y prevención o atención a las personas en situación de dependencia.

CAPÍTULO 13. CONCLUSIONES.

En este estudio, llevado a cabo en el equipo de valoración de la situación de dependencia de la zona sociosanitaria de Trujillo (Cáceres), con un total de 188 usuarios en situación de dependencia funcional, se han obtenido las siguientes conclusiones:

1ª. En nuestra muestra, no hemos encontrado que el sexo y la edad se relacionen con la dependencia funcional, la calidad de vida y las cogniciones anticipatorias. Tampoco hemos encontrado esta relación con el grado de dependencia; no obstante, en este caso, existe una clara tendencia a que los grados de dependencia que presentan los hombres y las mujeres se distribuyan de forma desigual.

2ª. El grado de dependencia está relacionado con la afectación de las actividades de la vida diaria, de tal modo que la severidad es mayor conforme aumenta la afectación de las actividades básicas e instrumentales. Ésta misma relación la hemos encontrado con el tipo de actividad afectada, siendo las actividades básicas más comprometidas lavarse, realizar otros cuidados corporales y vestirse; y de las instrumentales, las tareas agrupadas en los desplazamientos fuera del hogar y las tareas domésticas.

3ª. En relación a las funciones corporales, la más afectada es la función neuromusculoesquelética y relacionada con el movimiento, predominando su presencia en los usuarios con dependencia moderada (grado I). Las siguientes en nivel de afectación son las funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio, viéndose afectadas principalmente en personas en una situación de gran dependencia (grado III).

4^a. Ante el padecimiento de una situación de dependencia moderada (grado I) y severa (grado II), las actividades instrumentales de la vida diaria se ven afectadas en mayor medida que las actividades básicas de la vida diaria, mientras que las personas con gran dependencia (grado III), encuentran mayor compromiso para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

5^a. En nuestro estudio existe un porcentaje mucho mayor de personas que perciben tener buenos recursos, pero esto no se relaciona directamente con el grado de dependencia asignado y la dependencia funcional que presentan.

6^a. La calidad de vida percibida por las personas en situación de dependencia funcional de nuestro estudio, no está relacionada con el grado de dependencia que presentan, ni con la afectación del desempeño funcional de la persona.

7^a. Sin embargo, muestran tener mejor calidad de vida aquellas que perciben tener buenos recursos sociales. De hecho, se observa que son las personas que reciben alguna ayuda de la Ley de Dependencia las que manifiestan tener mejor calidad de vida que las que lo reciben por parte del servicio de ayuda a domicilio municipal o a nivel privado. Asimismo, las personas en situación de dependencia que ya tienen concedido el programa individual de atención según el catálogo de servicios ofertado por la Ley de Dependencia, tienen mejor calidad de vida que aquellas que aún no tienen aprobado el programa individual de atención o que lo tienen aprobado pero la persona dependiente aún no ha recibido la prestación.

8^a. Existe una relación negativa entre calidad de vida y cogniciones anticipatorias, de forma que a medida que la percepción de la calidad de vida es mejor, las cogniciones anticipatorias negativas son menores.

9ª. Las cogniciones anticipatorias negativas están relacionadas con el grado de dependencia, siendo más frecuentes en una situación de dependencia moderada y severa (grado I y II). No se comprueba esta relación con las dificultades en el desempeño funcional, aunque siguen la misma tendencia que para el grado de dependencia.

10ª. Constatamos en nuestra muestra, que las personas en situación de dependencia que dicen tener buenos recursos sociales, presentan menos cogniciones anticipatorias negativas. Así, las personas que reciben los servicios de la Ley de Dependencia presentan menos cogniciones anticipatorias negativas comparadas con los que reciben ayuda por parte del Servicio Social de Base de su localidad o a nivel privado. Del mismo modo, las personas que tienen concedido el programa individual de atención presentan mejores cogniciones anticipatorias que aquellas que aún están pendientes o en trámite del PIA, lo que permite concluir que la asignación de los servicios contemplados en el catálogo de la Ley de Dependencia están en consonancia con una anticipación positiva en las personas que la reciben.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- (1) Romero Ayuso DM. Actividades de la vida diaria. *An Psicol.* 2007;23(2):264-71.
- (2) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: IMSERSO; 2006.
- (3) González de Durana AA, Moreno Fuentes FJ. El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos. Madrid: IMSERSO; 2009.
- (4) López Peláez A. Democracia, discapacidad y dependencia: ¿qué papel juega la noción de ciudadanía en las declaraciones y recomendaciones internacionales?. *Revista Ministerio Trabajo Asuntos Sociales.* 2006;(65):13-24.
- (5) Quintero Lima MG. Modelos comparados en Europa de protección de las situaciones de dependencia. *Temas Labor.* 2007;(89):91-124.
- (6) Camacho JA, Rodríguez M, Hernández M. El sistema de atención a la dependencia en España: evaluación y comparación con otros países europeos. *Cuad Geogr Univ Granada.* 2008;42:37-52.
- (7) 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*, nº 299, (15 de diciembre de 2006).
- (8) Rodríguez Cabrero G. Políticas sociales de atención a la dependencia en los regímenes de bienestar de la Unión Europea. *Cuad Relac Lab.* 2011;29(1):13-42.
- (9) Instituto de mayores y servicios sociales (Internet). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 (actualizado 25 enero 2016; citado 29 enero 2016). www.imserso.es; 12 pantallas aproximadamente. Disponible en: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20151231.pdf>

(10) Montserrat Codorniu J. El impacto de la Ley de Dependencia y del efecto demográfico en los gastos de los cuidados de larga duración. *Estud Econ Aplic.* 2007;25(2):379-406.

(11) Rojo Mota G, Pedrero Pérez EJ, Ruíz Sánchez de León JM, Llanero Luque M, Puerta García C. Evaluación del desempeño ocupacional en la vida cotidiana en adictos. Creación de un instrumento de medida: el ADO. *Adicciones.* 2011;23(1):27-35.

(12) Indaburu Espinosa AM, Lara Pfeifer L. Análisis del desempeño ocupacional de un niño con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Rev Chil Ter Ocup.* 2009;(9):67-76.

(13) Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la 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*, nº 42, (18 de febrero de 2011).

288

(14) Acosta Quiroz CO, González-Celis Rangel ALM. Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Psicol Salud.* 2013;19(2):289-93.

(15) Ardila R. Calidad de vida: una definición integradora. *Rev Latinoam Psicol.* 2003;35(2):161-4.

(16) Gómez M, Sabeh EN. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. *INICO.* 2001:1-6.

(17) Gázquez Linares JJ, Rubio Herrera R, Pérez Fuentes MC, Lucas Ación F. Análisis de los factores predictores de la dependencia funcional en personas mayores. *Rev Int Psicol Ter Psicol.* 2008;8(1):117-26.

(18) Vázquez C, Hervás G, Rahona JJ, Gómez D. Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anu Psicol Clín Salud*. 2009;(5):15-28.

(19) Gallego Álvarez T. Estado de ánimo en pacientes con diabetes mellitus (tipo 2) (tesis doctoral). Salamanca: Universidad de Salamanca; 2013.

(20) Chimpén López CA. Impacto psicológico del diagnóstico de cáncer digestivo (tesis doctoral). Salamanca: Universidad de Salamanca; 2003.

(21) Baptista Santos AP. Estudo das diferenças de género nas cognições antecipatórias, estratégias de coping e depressão em adultos (tesis doctoral). Lisboa: Universidad de Lisboa; 2010.

(22) Pires Barreira DP, Cavaglia F, Matos Pires A. Cognições antecipatórias: um estudo comparativo e correlacional. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2001;(1):101-05.

(23) Ginés Llorca R, Ledesma Jimeno A. La dignidad de vivir con la enfermedad. La cronicidad como destino. Salamanca: Gráficas Cervantes; 2010.

289

(24) López I Casasnovas G, Cirera I Crivillé L, Soley I Bori M. Análisis comparativo de los servicios de atención a la dependencia en España y Suecia. *Presup Gasto Público*. 2014;77:175-212.

(25) Rodríguez Rodríguez P. El problema de la dependencia en las personas mayores. *Doc Soc*. 1998;112:33-63.

(26) Blanco Encomienda FJ, Callejón Céspedes J. Cobertura de la dependencia a nivel europeo. En: García Linaza A, Fernández Morales A, Podadera Rivera P, coordinador. *Anales de economía aplicada*. Alicante: Delta; 2014. p. 112-24.

(27) Rodríguez Cabrero G. El marco institucional de la protección social de la dependencia en España. *Estud Econ Apl*. 2007;25(2):341-72.

(28) Pavolini E, Ranci C. Restructuring the Welfare State: reforms in long-term care in western european countries. *J Eur Soc Policy*. 2008;18(3):246-59.

(29) Rodríguez Cabrero G. La protección social de la dependencia en España. Un modelo sui generis de desarrollo de los derechos sociales. *Política Soc*. 2008;44(2):69-85.

(30) Albarrán Lozano I, Alonso González P. La población dependiente en España: estimación del número y coste global asociado a su cuidado. *Estud Econ*. 2009;36(2):127-63.

(31) Moreno L, Serrano Pascual A. Europeización del bienestar y activación. *Política Sociedad*. 2007;44(2):31-44.

(32) Montserrat Codorníu J. El gasto en los mayores: el reto de la dependencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2006;41(1):39-47.

290

(33) Pérez Menayo V. Prestaciones de dependencia: situación comparada en la Unión Europea. *Revista Ministerio Trabajo Inmigración*. 2003;(47):295-324.

(34) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Informe del Gobierno para la evaluación de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

(35) Esping-Andersen E. *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press; 1990.

(36) Ministerio de Sanidad y Política Social. Dependencia y familia: una perspectiva socio-económica. Madrid: IMSERSO; 2010.

(37) Sánchez J. *Libro Verde sobre la dependencia en España*. Madrid: Fundación AstraZéneca; 2004.

(38) Rodríguez Cabrero G. Modelos de protección social a la dependencia con especial referencia al espacio europeo. En: Navarro V, coordinador. La situación social en España. Madrid: Biblioteca Nueva; 2005. p. 539-74.

(39) ----- . La protección social a la dependencia en España en el marco del espacio social europeo. Doc Soc. 2006;(141):23-44.

(40) ----- . Panorama europeo de la protección social a la dependencia. En: Puyol Antolín R, García Abellán A. Envejecimiento y dependencia una mirada al panorama futuro de la población española. Madrid: Mondial Assistanse; 2006: p. 127-47.

(41) ----- . El desarrollo de la política social de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia en España (2007-2009). Gest Anal Polít Públicas. 2009;(2):33-58.

(42) Díaz E, Ladra S, Zozaya N. La creación del Sistema Nacional de Dependencia: origen, desarrollo e implicaciones económicas y sociales. Documentos trabajo. Laboratorio Alternativas. 2009;(143):1-52.

291

(43) Pacolet J. Protección social de personas mayores dependientes: sostenibilidad del Estado de Bienestar y ámbito del seguro de cuidados de larga duración. Rev Esp Terc Sect. 2006;(3):111-60.

(44) la Fuente Lavín M de. Modelos de protección de la dependencia en la Unión Europea y factores de convergencia. Trabajo. 2006;18:17-37.

(45) Monereo Pérez JL. El modelo de protección social de la dependencia: el derecho subjetivo de ciudadanía social. Doc Adm. 2006;(276):569-630.

(46) Ruizdías García C. La política social de atención a las personas dependientes en España. Balance y perspectivas de la Ley de Dependencia. REDUR (Internet). 2012 (consultado el 19/02/2016);(10):171-91. Disponible en:
<http://www.unirioja.es/dptos/dd/redur/numero10/ruidiaz.pdf>

(47) Martínez-Buján R. Regional models of social organization of in-home care for the elderly. *Rev Esp Invest Sociol.* 2014;145:99-124.

(48) Lundsgaard J. Consumer direction and choice in long-term care for older persons, including payments for informal care: how can it help improve care outcomes, Employment and fiscal sustainability?. *OECD Health Working Papers.* 2005;(20):1-50.

(49) López-Casasnovas G. Análisis económico de la cobertura de la dependencia: algunas reflexiones sobre las causas y consecuencias de sus déficits, en el contexto general de la crisis del estado del bienestar. *Doc Adm.* 2006;(276):65-80.

(50) Montero Lange M. Análisis comparado de los sistemas de cuidados y atención a la dependencia en Alemania y España. *Fundación Caser dependencia.* 2014;1(1):1-29.

292

(51) Marbán Gallego V. Actores sociales y desarrollo de la Ley de Dependencia en España. *Rev Int Sociol.* 2012;70(2):375-98.

(52) Cerri C. Dependencia y autonomía: una aproximación antropológica desde el cuidado de los mayores. *Athenea.* 2015;15(2):111-40.

(53) Iglesias P. Sistema Nacional de Dependencia. *Revista Ministerio Trabajo Asuntos Sociales.* 2006;(60):87-92.

(54) Montserrat Codorniu J. La sostenibilidad del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD): presente y futuro. En: González Ortega S, Montserrat Codorniu J, Sáenz Royo E, Sánchez Maldonado J. Informe sobre la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Colección de documentos e informes (D+I). Madrid: Fundación Democracia y Gobierno Local. 2010. p. 91-122.

(55) la Fuente Robles YM de, Sotomayor Morales EM. The spanish long-term care system in the european context. *Arbor: ciencia, pensamiento, cultura*. 2015;191-771:1-16.

(56) Vilá Mancebo T. Evolución y reforma del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Barcelona: Fundación Caser para la dependencia; 2013.

(57) Sáenz Royo E. La estructura organizativa territorial del Sistema de Atención a la Dependencia y relaciones de cooperación interadministrativa. En: González S, Montserrat J, Sánchez J, Sáenz E. Informe sobre la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Barcelona: Fundación Democracia y Gobierno Local; 2010. p. 19-52.

(58) Rodríguez Rodríguez P. El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia. *Documentos de trabajo. Laboratorio Alternativas*. 2006;(87):1-82.

(59) Asís Roig R de. Reflexiones en torno a la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. *Universit*. 2007;(5):3-21.

(60) Rodríguez Rodríguez P, Sancho Castiello M. Envejecimiento y protección social de la dependencia en España: veinte años de historia y una mirada hacia el futuro. *Interv Psicosoc*. 2001;10(3):259-75.

(61) Lorenzo García R de, Martínez Rivero Á. La futura Ley de Dependencia como pilar fundamental de la protección social en España. *Rev Esp Terc Sect*. 2006;(3):49-80.

(62) Escuredo A. Las políticas sociales de dependencia en España: contribuciones y consecuencias para los ancianos y sus cuidadores informales. *Rev Invest Sociol*. 2007;119(1):65-89.

(63) Rodríguez Ramos M. El régimen fiscal de la dependencia. *Dereito*. 2008; 17(2):187-207.

(64) Duque Santamaría L, Urrutia Santos A. Instrumentos privados de cobertura de las situaciones de dependencia. *Doc Adm*. 2006;(276-277):443-68.

(65) Martín Pindado L. La Ley de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia: las personas mayores. *Revista Ministerio Trabajo Asuntos Sociales*. 2007;(70):71-9.

(66) Andreu Periz L, Moreno Arroyo C, Julve Ibañez M. Valoración de pacientes tratados con hemodiálisis según la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2010;13(4):252-7.

(67) Rodríguez Cabrero G. Tendencias recientes del cambio en materia de protección social de las situaciones de dependencia en el modelo social europeo. El caso español. *Doc Adm*. 2007;(276-277):41-63.

(68) Castro Vadillo NJ. Estado de Bienestar y Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia: Un análisis de su aplicación en Andalucía (tesis doctoral). Sevilla: Universidad Internacional de Andalucía; 2010.

(69) Minguela MA. Atención a las personas potencialmente dependientes en Andalucía: una primera aproximación a las disparidades territoriales. *Cuad Geogr Univ Granada*. 2010;46:209-31.

(70) Serrano Pascual A, Artiaga Leiras A, Dávila de León MC. Crisis de los cuidados, Ley de Dependencia y confusión semántica. *Rev Int Sociol*. 2013;71(3):669-94.

(71) Montserrat Codorniu J. La «tercera vía de financiación»: la contribución económica del usuario. *Presup Gasto Público*. 2009;56:127-43.

(72) Martínez López JÁ. Ley de Dependencia: de la fragilidad de los servicios a la necesidad de la prestación económica. Documentos Trabajo Sociología Aplicada. 2014;(4):1-25.

(73) Fundación S.A.R. Calidad y dependencia. Grados de dependencia y necesidad de servicios. Madrid: IMSERSO; 2007.

(74) Cobo Gálvez P. La organización del Sistema para la Autonomía personal y Atención y a la Dependencia y el despliegue de la Ley 39/2006. Presup Gasto Público. 2009;56:57-73.

(75) Valcarce García A. La Ley de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia. Presup Gasto Público. 2008;1(50):201-04.

(76) Cobo Gálvez P. El desarrollo e implantación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia y de sus prestaciones desde la Administración General del Estado: normas y criterios comunes. Doc Adm. 2006;(276):199-240.

295

(77) Valcarce A. Ley de Dependencia: una revolución social. Rev Adm San. 2007;5(2):191-4.

(78) Rodríguez Campo R, Calvo Torres I, García Crespo MV, López Otero J, Vázquez Otero AM. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: un giro en las políticas públicas de protección social. TOG (A Coruña) (Internet). 2008 (consultado el 1/03/2016);5(8):1-32. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num8/pdfs/revision1.pdf>.

(79) Fernández Abadía A. La Ley de Dependencia: un nuevo derecho para el siglo XXI. Tiempo Paz. 2007;(86):65-8.

(80) Moza Zapatero F. Desarrollo e implantación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Presup Gasto Público. 2009;56:9-13.

(81) Decreto 222/2008, de 24 de octubre, por el que se aprueban los estatutos del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD). Diario Oficial de Extremadura, nº 210, (30 de octubre de 2008).

(82) Decreto 220/2008, de 24 de octubre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura. Diario Oficial de Extremadura, nº210, (30 de octubre de 2008).

(83) Decreto del Presidente 17/2007, de 30 de junio, por el que se modifican la denominación, el número y competencias de las consejerías que conforman la administración de la comunidad autónoma de Extremadura. Diario Oficial de Extremadura, extraordinario nº6, (2 de julio de 2007).

(84) Ley 1/2008, de 22 de mayo, de creación de entidades públicas de la Junta de Extremadura. Diario Oficial de Extremadura, nº 100, (26 de mayo de 2008).

296

(85) Decreto del Presidente 15/2011, de 8 de julio, por el que se modifican la denominación, el número y competencias de las consejerías que conforman la administración de la comunidad autónoma de Extremadura. Diario Oficial de Extremadura, nº2, (9 de julio de 2011).

(86) Decreto 23/2012, de 10 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Política Social. Diario Oficial de Extremadura, nº 29, (13 de febrero de 2012).

(87) Decreto del Presidente 16/2015, de 6 de julio, por el que se modifican la denominación, el número y las competencias de las consejerías que conforman la administración de la comunidad autónoma de Extremadura. Diario Oficial de Extremadura, nº 129, (7 de julio de 2015).

(88) Decreto 265/2015, de 7 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales y se modifica el Decreto 222/2008, de 24 de octubre, por el que se aprueban los estatutos del Servicio

Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia. Diario Oficial de Extremadura, nº 5, (08 de agosto de 2015).

(89) Decreto 154/2015, de 17 de julio, por el que queda establecida la estructura orgánica básica de la administración de la comunidad autónoma de Extremadura. Diario Oficial de Extremadura, nº 2, (18 de julio de 2015).

(90) Resolución de 11 de noviembre de 2015, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se publica el convenio de colaboración con la comunidad autónoma de Extremadura para establecer y regular el procedimiento que posibilite la interoperabilidad del sistema de información de la citada comunidad autónoma con el sistema de información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia del IMSERSO. Boletín Oficial del Estado, nº 296, (15 de diciembre de 2015).

(91) Sobrino Calzado T, Rodríguez Pulido F, Vallespi Cantabrana AM, López Álvarez M, López Gómez D, Rodríguez González A, et al. Impacto de la "Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia" en las personas con trastorno mental grave. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr. 2012;32(114):329-48.

297

(92) García Paredes MC, Nieto Masot A. La organización de la atención sociosanitaria a las personas mayores en Extremadura. Investig Geogr. 2015;(63):161-78.

(93) Portal ciudadano (Internet). Mérida: Junta de Extremadura; (acceso 8 de mayo de 2016). Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Organigrama (aproximadamente 2 pantallas). Disponible en:
<https://ciudadano.gobex.es/web/guest/organigrama?idContenido=3814501>.

(94) Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (Internet). Mérida: Junta de Extremadura; (acceso 3 de marzo de

2016). ¿Qué es el SEPAD?; (aproximadamente 2 pantallas). Disponible en: <http://sepad.gobex.es/es/organizacion-sepad>.

(95) Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (Internet). Mérida: Junta de Extremadura; (acceso 3 de marzo de 2016). Ordenación territorial. Las gerencias territoriales; (aproximadamente 2 pantallas). Disponible en: <http://sepad.gobex.es/es/organizacion-sepad/mapa>.

(96) Abellán A, Puga MD. Una estimación de la dependencia en España. Rev Multidiscip Gerontol. 2004;14(5):301-3.

(97) Abellán A, Esparza C, Castejón P, Pérez J. Epidemiología de la discapacidad y la dependencia de la vejez en España. Gac Sanit. 2011;25 Supl 1:5-11.

(98) Pascual Sáez M, Cantarero Prieto D. Características socio-económicas de las personas con discapacidad en España: un estudio empírico. Estud Econ Apli. 2007;25(3):843-66.

298

(99) Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Portal de dependencia (Internet). Madrid: IMSERSO; (acceso 2 de abril de 2016). Estadística mensual; (aproximadamente 2 pantallas). Disponible en: http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/documentacion/estadisticas/est_inf/datos_estadisticos_saad/index.htm

(100) Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia para la mejora del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia. Boletín Oficial del Estado, nº 185, (3 de agosto de 2012).

(101) Martínez-Buján R. Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares. Rev Esp Invest Sociol. 2014;145(1):99-124.

(102) Krüger K, Jiménez E. La Ley de Dependencia ¿Un cambio en el régimen de bienestar español? Familiarización versus profesionalización. Scr Nova. Rev Electron Geogr Cienc Soc. (Internet). 2013 (consultado el 25/2/2016);8(436). Disponible en: <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-436.htm>.

(103) la Fuente Robles YM de, Sotomayor Morales EM. Implantación y aplicabilidad de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia: Una reflexión sobre el contexto de Andalucía. Portularia. 2007;7(1-2):203-16.

(104) Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Portal de dependencia (Internet). Madrid: IMSERSO; (acceso 2 de abril de 2016). Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 31 de diciembre de 2015; (aproximadamente 12 pantallas). Disponible en:

<http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20151231.pdf>

299

(105) Sosvilla Rivero S, Moral Arce I. Estimación de los beneficiarios de prestaciones de dependencia en España y del gasto asociado a su atención para 2007-2045. Gac Sanit. 2011;25:66-77.

(106) Giró Miranda J. El envejecimiento demográfico. En: Giró Miranda J, coordinador. Envejecimiento, salud y dependencia. Logroño: Universidad de La Rioja, servicio de publicaciones; 2005. p. 17-42.

(107) Durán Heras MA. Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años. Revista Ministerio Trabajo Inmigración. 2006;(60):57-74.

(108) López Zafra JM. Envejecimiento de la población y dependencia. Situación actual y retos de futuro. Econ Esp Prot Soc. 2009;(1):35-66.

(109) Vilaplana Prieto C. Estimación de la dependencia en España a partir de la EDAD 2008. Hacienda Pública Esp. 2010;194(3):125-75.

(110) Rogero-García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. Rev Esp Salud Publica. 2009;83(3):393-405.

(111) Abellán García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos. Informes envejecimiento en red (Internet). 2013 (consultado el 12/02/2016);(1):1-26. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enredindicadoresbasicos13.pdf>

(112) Sánchez Castiello M, Díaz Martín R, Castejón Villarejo P, del Barrio Truchado E. Las personas mayores y las situaciones de dependencia. Revista Ministerio Trabajo Inmigración. 2007;(70):13-43.

300

(113) Salinas Ramos F, Osorio Bayter LE, Albarrán Fernández C. El sector público y la economía social en la atención a la dependencia. Ciriec. 2011;(71):9-24.

(114) Gómez García JM, Peláez Feroso FJ, García González A. Dependencia, envejecimiento demográfico y economía social. Estimación de los potenciales efectos y valoración de la implantación del SAAD en Castilla y León. Ciriec. 2011;(71):101-28.

(115) López López B, Casado Mejía RM, Brea Ruíz M, Ruiz Arias E. Características de la provisión de cuidados a las personas dependientes. Nure Investig. 2012;(56):1-10.

(116) Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la 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, nº 96, (21 de abril de 2007).

(117) Rico Callado J. La población dependiente en España y su distribución por grados según el baremo de valoración de la dependencia. Estimación y comparación con la población reconocida. *Gest Anál Polít Públicas*. 2013;(9):1-18.

(118) Abellán A, Esparza C, Pérez J. Evolución y estructura de la población en situación de dependencia. *Cuad Relac Lab*. 2011;29(1):43-67.

(119) Rodríguez Castedo A. Políticas sociales y prestación de servicios a las personas dependientes y a sus familias. *Rev Adm San*. 2005;3(2):253-64.

(120) Colás Barriobero V, Simón Fernández B, Lázaro Alquézar A. Ley 39/2006 de autonomía personal y atención a la dependencia. Determinantes de las prestaciones por comunidades autónomas. *Ekonomiaz*. 2012;81(3):205-30.

(121) Bettio F, Simonazzi A, Villa P. Change in care regimes and female migration: the 'care drain' in the mediterranean. *J Eur Soc Policy*. 2006;16(3):271-85.

(122) Mercader Uguina JR. Titularidad, valoración y reconocimiento de las situaciones de dependencia. *Temas Labor*. 2007;(89):149-80.

(123) Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Portal de dependencia (Internet). Madrid: IMSERSO; (acceso 3 de abril de 2016). Histórico. Informes publicados. 2015; (aproximadamente 2 pantallas). Disponible en: http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/documentacion/estadisticas/est_inf/inf_gp/2015/index.htm

(124) Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. *Boletín Oficial del Estado*, nº 168, (14 de julio de 2012).

(125) Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público. *Boletín Oficial del Estado*, nº 126, (24 de mayo de 2010).

(126) Orden de 29 de diciembre de 2010 por la que se convocan subvenciones para la financiación de la prestación básica del servicio social de ayuda a domicilio, para el año 2011. Diario Oficial de Extremadura, nº 17, (26 de enero de 2011).

(127) Heredia-Torres MP de, Brea Rivero M. Definición y concepto de Terapia Ocupacional. En: Máximo Bocanegra N, Heredia Torres MP de, Gutiérrez M. Atención en el hogar de personas mayores: manual de Terapia Ocupacional. Salamanca: ediciones Témpora; 2004. p. 13-23.

(128) Gómez Tolón J. Fundamentos metodológicos de la Terapia Ocupacional. Zaragoza: Mira Editores; 1997.

(129) Durante Molina P. Historia de la Terapia Ocupacional: su desarrollo en geriatría. En: Durante Molina P, Pedro Tarrés P. Terapia Ocupacional en geriatría: principios y práctica. Barcelona: Masson; 1998. p. 3-8.

302

(130) Rincón Herrera E, Sánchez-Ortiz Muñoz M, Ramos Santos R. Terapia Ocupacional: intervención en distintas patologías. Jaén: Formación Alcalá; 2007.

(131) García-Margallo Ortiz de Zarate P. Antecedentes y relación de la actividad con la vida cotidiana. En: García-Margallo Ortiz de Zarate P, San Juan Jiménez M, Jorquera Cabrera S, Navas Morales I. El análisis y la adaptación de la actividad en Terapia Ocupacional. Madrid: Aytona Editores; 2005. p. 8-23.

(132) Santos del Riego S. Terapia Ocupacional: del siglo XIX al XXI. Historia y concepto de ocupación. Rehabilitación. 2005;39(4):179-84.

(133) Esquerdo Lopes R, Malfitano AP, Regina Silva C, Borba P. Historia, conceptos y propuestas en la Terapia Ocupacional social de Brasil. Rev Chil Ter Ocup. 2015;15(1):73-84.

(134) Oropesa Roblejo P, Couso Seoane C, Puente Saní V, García Wilson IM. Acercamiento histórico a la formación y la práctica en Terapia Ocupacional. *Medisan* (Santiago Cuba). 2014;18(3):417-30.

(135) Morrison R, Olivares D, Vidal D. La filosofía de la ocupación humana y el paradigma social de la ocupación. Algunas reflexiones y propuestas sobre epistemologías actuales en Terapia Ocupacional y ciencias de la ocupación. *Rev Chil Ter Ocup*. 2011;11(2):102-19.

(136) Kielhofner G. Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional. 3ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2006.

(137) Moruno Miralles P. Perspectiva histórica de la Terapia Ocupacional. En: Romero Ayuso DM, Moruno Miralles P. *Terapia Ocupacional: teoría y técnicas*. Barcelona: Masson; 2003. p. 5-27.

(138) Drumond de Brito CM, Zocchi Santiago N, Agostini R. La Terapia Ocupacional y su relación con la cultura contemporánea. *TOG (A Coruña)* (Internet). 2011 (consultado el 3/7/2016);8(13):1-14. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num13/pdfs/original3.pdf>.

303

(139) Amorelli CR, Sposato L. War and rehabilitation: Occupational Therapy's power to transform disability into ability. *US Army Med Dep J*. 2016:35-8.

(140) Turner A. Historia y filosofía de la Terapia Ocupacional. En: Turner A, Foster M, Johnson SE. *Terapia Ocupacional y disfunción física: principios, técnicas y práctica*. 5ª ed. Madrid: Elsevier España; 2003. p. 3-24.

(141) O'Brien JC, Hussey SM. *Introduction to Occupational Therapy*. 4ª ed. Missouri: Elsevier Health Sciences; 2013.

(142) Reed KL. Mapping the literature of Occupational Therapy. *Bull Med Libr Assoc*. 1999;87(3):298-304.

(143) Reed KL. Los comienzos de la Terapia Ocupacional. En: Hopkins HL, Smith HD, Willard HS, Spackman CS. Terapia Ocupacional. 8ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 1998. p. 26-43.

(144) Guzmán Suárez OB. Ergonomía y Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) (Internet). 2008 (consultado el 17/6/2016);5(1):1-23p. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num7/pdf>.

(145) Silva Araújo L da, Fierro Jordán N, Guitérrez Monclus P, Rodríguez O. Ciencia de la Ocupación y Terapia Ocupacional: sus relaciones y aplicaciones a la práctica clínica. Rev Chil Ter Ocup. 2011;11(1):79-87.

(146) Gustafsson L, Molineux M, Bennett S. Contemporary Occupational Therapy practice: the challenges of being evidence based and philosophically congruent. Aust Occup Ther J. 2014;61(2):121-3.

304

(147) Peloquin SM. Ideas directrices de los fundadores de la sociedad nacional de la promoción de la Terapia Ocupacional. Terapia Ocupacional. Una perspectiva histórica. 90 años después de su creación. TOG (A Coruña) (Internet). 2007 (consultado el 3/6/2016);(1):135-60. Disponible en: www.revistatog.com.

(148) Rubio Ortega C, Berrueta Maeztu LM, Durán Carrillo P. Evolución de la filosofía de la Terapia Ocupacional desde sus inicios como profesión. TOG (A Coruña) (Internet). 2014 (consultado el 5/6/2016);11:20:1-23. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num20/pdfs/historia1.pdf>.

(149) Hopkins HL. Introducción a la Terapia Ocupacional. En: Hopkins HL, Smith HD, Willard HS, Spackman CS. Terapia Ocupacional. 8ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 1998. p. 3-25.

(150) Pastor Montaña MA, Martín Castillo E. Thomas Bessell Kidner, la trayectoria de un educador que marcó el rumbo de una nueva profesión, la Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) (Internet). 2016 (consultado el

19/6/2016);13(23):1-38. Disponible en:

<http://www.revistatog.com/num23/pdfs/historia.pdf>.

(151) Schawartz KB. Historia de la Terapia Ocupacional. En: Crepeau EB, Cohn ES, Schell BAB. Terapia Ocupacional. 10^a ed. Madrid: Médica Panamericana; 2005. p. 5-13.

(152) Romero Ayuso DM. Principios fundamentales del análisis de la ocupación: análisis y adaptación aplicados. En: Romero Ayuso DM, Moruno Miralles P. Terapia Ocupacional: teoría y técnicas. Barcelona: Masson; 2003. p. 287-96.

(153) Gainer RD. History of ergonomics and Occupational Therapy. Work. 2008;31(1):5-9.

(154) Romero Ayuso DM. Tendencias en Terapia Ocupacional. Apuntes para un futuro de la Terapia Ocupacional. 40 años de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales. TOG (A Coruña) (Internet). 2007 (consultado el 6/6/2016);4 Supl 2:45-123. Disponible en: <http://www.revistatog.com/>

305

(155) Heredia-Torres MP de, Brea-Rivero M, Martínez-Piédrola RM. Origen de la Terapia Ocupacional en España. Rev Neurol. 2007;45(11):695-8.

(156) Triviño Juárez JM, Romero Ayuso DM. Institucionalización de la Terapia Ocupacional en España. En: Romero Ayuso DM, Moruno Miralles P. Terapia Ocupacional: teoría y técnicas. Barcelona: Masson; 2003. p. 29-40.

(157) Moruno Miralles P, Romero Ayuso DM. Definición de la Terapia Ocupacional. En: Romero Ayuso DM, Moruno Miralles P. Terapia Ocupacional: teoría y técnicas. Barcelona: Masson; 2003. p. 41-51.

(158) Méndez Méndez B. Terapia Ocupacional: perspectivas de futuro. Apuntes para un futuro de la Terapia Ocupacional. 40 años de historia de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales. TOG (A Coruña) (Internet).

2007 (consultado el 3/6/2016);4 Supl 2:84-90. Disponible en:

<http://www.revistatog.com/>

(159) Heredia-Torres MP de, Cuadrado-Pérez ML. Terapia Ocupacional en neurología. Rev Neurol. 2002;35(4):366-72.

(160) Durante Molina P. La actividad como medio terapéutico. En: Durante Molina P, Pedro Tarrés P. Terapia Ocupacional en geriatría: principios y práctica. Barcelona: Masson; 1998. p. 9-13.

(161) Trombly CA. Actividades de selección y análisis. En: Trombly CA. Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente. México: La Prensa Médica Mexicana; 1990. p. 301-13.

(162) Polonio López B, Romero Ayuso DM. Uso de la actividad en el tratamiento de discapacitados físicos. En: Polonio López B. Terapia Ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica. Madrid: Médica Panamericana; 2003. p. 61-77.

306

(163) Turner A. La ocupación como terapia. En: Turner A, Foster M, Johnson SE. Terapia Ocupacional y disfunción física: principios, técnicas y práctica. 5ª ed. Madrid: Elsevier España; 2003. p. 25-46.

(164) Yerxa E. Some implications of Occupational Therapy's history for its epistemology, values, and relation to medicine. Am J Occup Ther. 1992;46(1):79-83.

(165) Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA. Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: dominio y proceso. 2ª ed. www.terapiaocupacional.com (Internet). 2010 (consultado el 20/05/2016):1-85. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>.

(166) Kielhofner G. La ocupación como principal actividad de los seres humanos. En: Hopkins HL, Smith HD, Willard HS, Spackman CS. Terapia Ocupacional. 8ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 1998. p. 137-44.

(167) Kielhofner G, Romero Ayuso DM. Actividad frente a ocupación, ¿hay diferencias?. En: Moruno Miralles P, Romero Ayuso DM. Actividades de la vida diaria. Barcelona: Masson; 2006. p. 417-27.

(168) Moruno Miralles P. Definición y clasificación de las actividades de la vida diaria. En: Moruno Miralles P, Romero Ayuso DM. Actividades de la vida diaria. Barcelona: Masson; 2006. p. 3-22.

(169) Clark F, Larson EA. Desarrollo de una disciplina académica: la Ciencia de la Ocupación. En: Hopkins HL, Smith HD, Willard HS, Spackman CS. Terapia Ocupacional. 8ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 1998. p. 44-57.

(170) Pierce D, Adler K, Baltisberger J, Fehring E, Hunter E, Malkawi S, et al. Occupational Science: a data-based american perspective. J Occup Sci. 2010;17(4):204-15.

307

(171) Hocking C. Occupational Science: a stock take of accumulated insights. J Occup Sci. 2000;7(2):58-67.

(172) Crepeau EB, Cohn ES, Schell BAB. Práctica de la Terapia Ocupacional. Sección I. Práctica actual de la Terapia Ocupacional. En: Crepeau EB, Cohn ES, Schell BAB. Terapia Ocupacional. 10ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2005. p. 27-30.

(173) Talavera Valverde MA. El legado de Barton. Terapia Ocupacional. Una perspectiva histórica. 90 años después de su creación. TOG (A Coruña) (Internet). 2007 (consultado el 3/6/2016);(1):161-209. Disponible en: www.revistatog.com.

(174) Rueda Moreno N, Polonio López B, Duarte Oller E. Terapia Ocupacional en el marco de atención al discapacitado físico. Ámbitos de actuación. Rol del Terapeuta

Ocupacional. En: Polonio López B. *Terapia Ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica*. Madrid: Médica Panamericana; 2003. p. 1-12.

(175) Sánchez Rodríguez O. Una mirada desde el pasado hacia el futuro de la Terapia Ocupacional. *Apuntes para un futuro de la Terapia Ocupacional*. 40 años de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales. TOG (A Coruña) (Internet). 2007 (consultado el 14/6/2016);4 Supl 2:114-23. Disponible en: <http://www.revistatog.com>.

(176) Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, nº 280, (22 de noviembre de 2003).

(177) Heredia Torres MP de, Calvo Til MJ, Martínez Piédrola RM. El papel de la Terapia Ocupacional en la tercera edad. En: Máximo Bocanegra M, Heredia Torres MP de, Gutiérrez M. *Atención en el hogar de personas mayores: manual de Terapia Ocupacional*. Salamanca: ediciones Témpera; 2004. p. 25-31.

308

(178) Osés Puché JJ. Concepto y modelos de salud: objetivos, métodos e intervención en T.O. En: Romero Ayuso DM, Moruno Miralles P. *Terapia Ocupacional: teoría y técnicas*. Barcelona: Masson; 2003. p. 53-60.

(179) Sánchez Rodríguez O, Romero Ayuso DM. Actividades instrumentales: productivas y de manejo del hogar. En: Romero Ayuso DM, Moruno Miralles P. *Terapia Ocupacional: teoría y técnicas*. Barcelona: Masson; 2003. p. 359-92.

(180) Valero Merlos E. Proceso de valoración en Terapia Ocupacional. Evaluaciones estandarizadas y no estandarizadas. Evaluaciones utilizadas en la unidad de rehabilitación de la unidad de Terapia Ocupacional de la Universidad Católica San Antonio de Murcia. En: Valero Merlos E, San Juan Jiménez M, coordinadores. *Manual teórico práctico de Terapia Ocupacional: intervención desde la infancia a la vejez*. Murcia: Monsa-Prayma; 2010. p. 44-111.

(181) Fawcett AL. Valoración. En: Turner A, Foster M, Johnson SE. Terapia Ocupacional y disfunción física: principios, técnicas y práctica. 5ª ed. Madrid: Elsevier España; 2003. p. 107-44.

(182) Cohn ES, Schell BAB, Neistadt ME. Introducción a la evaluación y a la entrevista. Sección I. Consideraciones generales acerca de la evaluación. En: Crepeau EB, Cohn ES, Schell BAB. Terapia Ocupacional. 10ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2005. p. 279-85.

(183) Pérez-Brown D, Romero Ayuso DM, Cantero Garlito PA, Moruno Miralles P, Ávila Álvarez AI, Corregidor Sánchez AI. Herramientas para la evaluación de las actividades de la vida diaria. En: Moruno Miralles P, Romero Ayuso DM. Actividades de la vida diaria. Barcelona: Masson; 2006. p. 77-133.

(184) Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, Jellema S, Bakker EB, van den Ende CHM. Occupational Therapy for community dwelling elderly people: a systematic review. *Age and Ageing*. 2004;33(5):453-60.

309

(185) García-Margallo Ortiz de Zarate P. Definición y objetivos del análisis de actividad. En: García-Margallo Ortiz de Zarate P, San Juan Jiménez M, Jorquera Cabrera S, Navas Morales I. El análisis y la adaptación de la actividad en Terapia Ocupacional. Madrid: Aytona Editores; 2005. p. 50-9.

(186) Hammell KW. Participation and occupation: the need for a human rights perspective. *Can J Occup Ther*. 2015;82(1):4-8.

(187) Sánchez Cabeza A. Terapia Ocupacional y daño cerebral adquirido. Conceptos básicos. TOG (A Coruña) (Internet). 2005 (consultado el 9/6/2016);(2):1-34. Disponible en:
<http://www.revistatog.com/num2/num2art4.htm>

(188) Law M. Participation in the occupations of everyday life. *Am J Occup Ther*. 2002;56(6):640-9.

(189) Moruno Miralles P. Evaluación ocupacional. En: Romero Ayuso DM, Moruno Miralles P. Terapia Ocupacional: teoría y técnicas. Barcelona: Masson; 2003. p. 203-24.

(190) Polonio López B. El proceso de Terapia Ocupacional en personas con disfunciones físicas. Fases del proceso y puntos clave. En: Polonio López B. Terapia Ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica. Madrid: Médica Panamericana; 2003. p. 39-60.

(191) Chapinal Jiménez A. Involuciones en el anciano y otras disfunciones de origen neurológico: guía práctica para el entrenamiento de la independencia personal en Terapia Ocupacional. Barcelona: Masson; 1999.

(192) Smith HD. Evaluación total y evaluación específica en Terapia Ocupacional: consideraciones generales. En: Hopkins HL, Smith HD, Willard HS, Spackman CS. Terapia Ocupacional. 8ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 1998. p. 169-91.

310

(193) Fleming KC, Evans JM, Weber DC, Chutka DS. Practical functional assessment of elderly persons: a primary-care approach. Mayo Clin Proc. 1995;70(9):890-910.

(194) Llanes Betancourt C. Evaluación funcional y anciano frágil. Rev Cuba Enferm (Internet). 2008 (consultado el 30/5/2016);24(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192008000200005&script=sci_arttext&tlng=pt

(195) Moruno Miralles P, Romero Ayuso DM. Fuentes de información y técnicas de evaluación. En: Romero Ayuso DM, Moruno Miralles P. Terapia Ocupacional: teoría y técnicas. Barcelona: Masson; 2003. p. 513-55.

(196) Moruno Miralles P, Cantero Garlito PA. Evaluación de las actividades de la vida diaria. En: Moruno Miralles P, Romero Ayuso DM. Actividades de la vida diaria. Barcelona: Masson; 2006. p. 53-75.

(197) Romero Ayuso DM. Evaluación funcional y ocupacional. En: Polonio López B, Romero Ayuso DM. Terapia Ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido. Madrid: Médica Panamericana; 2010. p. 179-99.

(198) Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, nº 311, (29 de diciembre de 1978).

(199) Gutiérrez Resa A. El Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en España (once años del Plan Concertado). Rev Esp Invest Sociol. 2001;89-130.

(200) Moix Martínez M. El trabajo social y los servicios sociales. Su concepto. Cuad Trab Soc. 2005;17:131-41.

(201) Fantova F. Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas. Cuadernos Deusto de Derechos Humanos. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto; 2008.

311

(202) las Heras V de. Servicios sociales en relación con las actividades de la vida diaria. En: Moruno Miralles P, Romero Ayuso DM. Actividades de la vida diaria. Barcelona: Masson; 2006. p. 429-59.

(203) García Martínez A. Servicios sociales y participación ciudadana. Pedagog Soc.1993;(8):33-40.

(204) Durán Bernardino M. Instituciones públicas e instrumentos privados de protección: una perspectiva de conjunto. Zerbitzuan Rev Servic Soc. 2015;(60):75-92.

(205) Fantova F. Perspectivas en gestión de servicios sociales. Puresoc (Internet). 2003 (consultado el 1/03/2016):1-34. Disponible en:
http://www.unavarra.es/puresoc/pdfs/c_lecciones/LM-Fantova.pdf.

(206) Fantova F. Elementos de diagnóstico técnico e institucional de los servicios sociales en España y propuestas para su mejora. En: Casado D, Fantova F, coordinadores. Perfeccionamiento de los servicios sociales en España: informe con ocasión de la ley sobre autonomía y dependencia. Madrid: Cáritas Española Editores; 2007. p. 209-54.

(207) Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, nº 312, (30 de diciembre de 1963).

(208) Decreto 907/1966, de 21 de abril, aprobando el texto articulado primero de la Ley 193/1963, de 25 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, nº 96, (22 de abril de 1966).

(209) Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, nº 154, (29 de junio de 1994).

312

(210) Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local. Boletín Oficial del Estado, nº 80, (3 de abril de 1985).

(211) Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29 de abril de 1986).

(212) Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por la que se establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas. Boletín Oficial del Estado, nº 306, (22 de diciembre de 1990).

(213) Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 128, (29 de mayo de 2003).

(214) Vega Fuentes A. De la dependencia a la autonomía: ¿dónde queda la educación? Educación XXI. 2007;10:239-64.

(215) Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos. Boletín Oficial del Estado, nº 103, (30 de abril de 1982).

(216) Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado, nº 289, (3 de diciembre de 2013).

(217) Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. Boletín Oficial del Estado, nº 289, (3 de diciembre de 2003).

(218) Orden de 19 de marzo de 1970 por la que se establece el servicio social de la Seguridad Social de asistencia a los ancianos. Boletín Oficial del Estado, nº 70, (23 de marzo de 1970).

(219) la Fuente Robles YM de, Sotomayor Morales EM, Martín Cano MC. Vulnerabilidad sobrevenida en personas en situación de dependencia en España. Scr Nova Rev Electron Geogr Cienc Soc. 2016;20(535):1-29.

313

(220) Bueno Abad JR, Pérez Cosín JV. Percepciones de los servicios sociales y representaciones de los trabajadores sociales. Cuad Trab Soc. 2000;13:53-74.

(221) Decreto 22/1985, de 9 de mayo, por el que se crean los servicios sociales de base, y se establecen las condiciones para la concesión de subvenciones para tal fin a corporaciones locales. Diario Oficial de Extremadura, nº 46, (6 de junio de 1985).

(222) Ley 5/1987, de 23 de abril, de Servicios Sociales. Diario Oficial de Extremadura, nº 37, (12 de mayo de 1987).

(223) Decreto 12/1997, de 21 de enero, por el que se desarrollan las prestaciones básicas de servicios de titularidad municipal y se establecen las condiciones y

requisitos de aplicación a las ayudas y subvenciones destinadas a su financiación. Diario Oficial de Extremadura, nº 12, (28 de enero de 1997).

(224) Ley 14/2015, de 9 de abril, de Servicios Sociales de Extremadura. Boletín Oficial del Estado, nº 108, (6 de mayo de 2015).

(225) Bascones Serrano LM, Quezada García MY. Situación sociosanitaria del daño cerebral adquirido. En: Polonio López B, Romero Ayuso DM. Terapia Ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido. Madrid: Médica Panamericana; 2010. p. 3-14.

(226) Fernández-Guinea S. La rehabilitación del daño cerebral. En: Polonio López B, Romero Ayuso DM. Terapia Ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido. Madrid: Médica Panamericana; 2010. p. 15-25.

(227) García Crespo MV, Calvo Torres I, Rodríguez Campo R, López Otero J, Vázquez Otero AM. La atención a la dependencia como reto de futuro para la Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) (Internet). 2008 (consultado el 1/7/2016);5(8):1-46. Disponible en:
<http://www.revistatog.com/num8/pdfs/revisi%C3%B3n2.pdf>.

(228) Espinosa Muñoz AE. De la beneficencia a la salud pública. Rev Estud Cotid. 2015;3(1):207-36.

(229) Arias Miranda DJ. Reseña histórica de la beneficencia española. Madrid: Imprenta del Colegio de Sordo-Mudos y de Ciegos; 1862.

(230) Casado D. Aproximación a la dependencia funcional. Doc Soc. 2006;(141):11-22.

(231) Real Decreto de 14 de mayo de 1852 por el que se aprueba el Reglamento de la Ley General de Beneficencia. Boletín Oficial del Estado.

(232) Cabra de Luna MA. La regulación y funcionamiento de las fundaciones. Las fundaciones de titularidad pública. Especial referencia a las fundaciones públicas sanitarias. *Revista Española Control Externo*. 2001;3(8):29-94.

(233) López Castellano F. Una sociedad "de cambio y no de beneficencia". El asociacionismo en la España liberal (1808-1936). *Ciriec*. 2003;(44):199-228.

(234) Convenio Internacional del Trabajo, nº 17 relativo a la indemnización por accidentes de trabajo. Tratado Internacional, 10 de junio de 1925, ratificado el 22 de febrero de 1929. *Gazeta de Madrid*, nº 147, (26 de mayo de 1928).

(235) Clark DO, Stump TE, Tu W, Miller DK. Improving the validity of activity of daily living dependency risk assessment. *J Appl Gerontol*. 2015;34(3):329-42.

(236) Querejeta M. Discapacidad / dependencia, unificación de criterios de valoración y clasificación. Madrid: IMSERSO; 2004.

(237) Abad-Corpa E, Gonzalez-Gil T, Martínez-Hernández A, Barderas-Manchado AM, la Cuesta-Benjumea C de, Monistrol-Ruano O, et al. Caring to achieve the maximum independence possible: a synthesis of qualitative evidence on older adults' adaptation to dependency. *J Clin Nurs*. 2012;21(21-22):3153-69.

(238) Casado Pérez D, Fernández Pinar L. Objetivos y medios idóneos relativos a la dependencia funcional. *Zerbitzuan Rev Servic Soc*. 2013;(54):157-70.

(239) Santiago J. Personal autonomy: what's content got to do with it? *Soc Theory Pract*. 2005;31(1):77-104.

(240) Santos del Riego S. Autonomía personal y dependencia: autonomía personal versus dependencia: introducción. *Rehabilitación*. 2008;42(6):337-9.

(241) Gispert Magarolas R. Hacia una mayor adecuación y equidad del programa de ayudas a las personas con dependencia. *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83(3):355-9.

(242) Alcañiz M, Brugulat P, Guillén M, Medina-Bustos A, Mompert-Penina A, Solé-Auró A. Risk of dependence associated with health, social support, and lifestyle. *Rev Saúde Pública*. 2015;49(26):1-10.

(243) Campos Ballester E, Andreu Periz L, Colomer Codinachs M, Claramunt Fonts L, Pasaron Alonso M. Valoración del grado de autonomía funcional de pacientes renales crónicos según índices de Barthel, Lawton y baremo de Ley de Dependencia. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2009;12(2):28-34.

(244) Trigas-Ferrín M, Ferreira-González L, Mejjide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clín*. 2011;72(1):11-6.

(245) Álvarez M, Bertone C. Factores contextuales y enfermedades que favorecen la dependencia. Villa María-Villa Nueva, 2008-09. En: X Jornadas Argentinas de Estudios de Población. San Fernando del Valle de Catamarca: asociación de estudios de población de la Argentina; 2009. p. 1-24.

316

(246) Rodgers W, Miller B. A comparative analysis of ADL questions in surveys of older people. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1997;52(Special Issue):21-36.

(247) Koukouli S, Vlachonikolis IG, Philalithis A. Socio-demographic factors and self-reported functional status: the significance of social support. *BMC Health Serv Res*. 2002;2(1):1-13.

(248) Lara Jaque R, Pinto Santuber C, Espinoza Lavoz E. Actividades básicas de la vida diaria en personas mayores y factores asociados. *Rev Chil Salud Pública*. 2010;14(2-3):291-310.

(249) Fontana Fortuny C, Estany Almirall J, Pujol Salud J, Segarra Solanes I, Jordán Gómez Y. Concordancia entre índices de dependencia en las actividades de la vida diaria. Experiencia de aplicación en población geriátrica de ámbito rural. *Enferm Clín*. 2002;12(2):47-53.

(250) Leturia Arrázola FJ, Yanguas Lezaun JJ, Arriola Manchola E, Uriarte Méndez A. La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir: manual práctico. Madrid: Cáritas Española; 2001.

(251) Chumpitaz Chávez Y, Moreno Arteaga C. Nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor. Rev Enferm Herediana. 2016;9(1):30-6.

(252) Dunlop DD, Hughes SL, Manheim LM. Disability in activities of daily living: patterns of change and a hierarchy of disability. Am J Public Health. 1997;87(3):378-83.

(253) Demura S, Sato S, Minami M, Kasuga K. Gender and age differences in basic ADL ability on the elderly: comparison between the independent and the dependent elderly. J Physiol Anthropol Appl Human Sci. 2003;22(1):19-27.

(254) Durán D, Orbegoz Valderrama LJ, Uribe-Rodríguez AF, Uribe Molina JM. Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. Univ Psychol. 2008;7(1):263-70.

317

(255) Diccionario de la lengua española. 23^a ed. Madrid: Real Academia Española, 2015. Palabra: dependencia. <http://dle.rae.es/?w=diccionario> (último acceso 15/06/2016).

(256) Vida Fernández J. El desarrollo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en un contexto internacional: los compromisos derivados de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y de la pertenencia a la Unión Europea. Doc Adm. 2006;(276):153-98.

(257) Pozo Rubio R del, Escribano Sotos F. Impacto económico del cuidado informal tras la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Rev Esp Salud Pública. 2012;86(4):381-92.

(258) Souza de Oliveira AM, Chaves Pedreira L. Being elderly with functional dependence and their family caregivers. *Acta Paul Enferm.* 2012;25 Supl.1:143-9.

(259) Abad-Corpa E, González-Gil T, Barderas-Manchado AM, la Cuesta-Benjumea C de, Monistrol-Ruano O, Mahtani-Chugani V, et al. Research protocol: a synthesis of qualitative studies on the process of adaptation to dependency in elderly persons and their families. *BMC Geriatr.* 2010;10(58):1-5.

(260) Otero A, Zunzunegui MV, Rodríguez-Laso A, Aguilar MD, Lázaro P. Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. *Rev Esp Salud Pública.* 2004;78(2):201-13.

(261) Zunzunegui MV, Nunez O, Durban M, García de Yébenes MJ, Otero Á. Decreasing prevalence of disability in activities of daily living, functional limitations and poor self-rated health: a 6-year follow-up study in Spain. *Aging Clin Exp Res.* 2006;18(5):352-8.

318

(262) Fernández-Mayoralas G, Rodríguez Rodríguez V. La capacidad funcional de los ancianos españoles. *Revista Gerontología.* 1995;1:16-22.

(263) Salvá A, Rojano Luque X, Rivero T. Las situaciones de dependencia: su valoración, los baremos y su aplicación. *Doc Adm.* 2006;(276-277):663-82.

(264) Sarabia Sánchez A. Necesidades de apoyo para la vida activa de las personas en situación de dependencia funcional. *Bol R Patron Discapac.* 2003;(54):47-64.

(265) Casado D. Respuestas a la dependencia funcional y agentes. *Rev Esp Terc Sect.* 2006;(3):15-47.

(266) Gignac MA, Cott C. A conceptual model of independence and dependence for adults with chronic physical illness and disability. *Soc Sci Med.* 1998;47(6):739-53.

(267) Gómez Pavón J, coordinador, Martín Lesende I, Baztán Cortés JJ, Regato Pajares P, Formiga Pérez F, Segura Benedito A, et al. Prevención de la dependencia en las personas mayores: Primera Conferencia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Madrid, 15-16 de junio de 2007. Ministerio Sanidad Consumo. 2007;1-49.

(268) Gómez Pavón J. Prevenir la dependencia en las personas mayores, objetivo común de todos los profesionales y gestores de la salud. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007;42 Supl. 2:1-3.

(269) Béland F, Hollander MJ. Integrated models of care delivery for the frail elderly: international perspectives. *Gac Sanit.* 2011; 25 Supl 1:138-46.

(270) Cristian A. The assessment of the older adult with a physical disability: a guide for clinicians. *Clin Geriatr Med.* 2006;22(2):221-38.

(271) Pereda C. La dependencia y sus causas. *Tiempo Paz.* 2007;(86):31-7.

319

(272) Borbón Castro NA, Cruz Castruita RM, Castro Zamora AA. Envejecimiento patológico como condicionante de la dependencia funcional en adultos mayores. *Revista Ciencias Ejercicio FOD.* 2015;10(10):35-63.

(273) Sánchez Colodrón M, Montorio Cerrato I, Fernández de Trocóniz, MI. Dependencia y autonomía funcional en la vejez. La profecía que se auto cumple. *Rev Multidiscip Gerontol.* 2002;12(2):61-71.

(274) Bond J, Rodríguez Cabrero G. Health and dependency in later life. En: Bond J, Peace SM, Dittmann-Kohli F, Westerhof G. *Ageing in society.* 3ª ed. London: SAGE publications Ltd; 2007. p. 113-41.

(275) Sandoval L, Varela L. Estudio comparativo de funcionalidad en pacientes adultos mayores ambulatorios y hospitalizados. *Rev Med Hered.* 1998;9(4):138-42.

(276) Donantes-Mendoza G, Ávila-Funes JA, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del estudio nacional sobre salud y envejecimiento en México, 2001. *Rev Panam Salud Pública.* 2007;22(1):1-11.

(277) Giraldo MCI, Franco AGM. Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. *Av Enferm.* 2010;26(1):43-58.

(278) Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública Mex.* 2007; 49 Supl 4:459-66.

(279) Roppolo M, Mulasso A, Gobbens RJ, Mosso CO, Rabaglietti E. A comparison between uni-and multidimensional frailty measures: prevalence, functional status, and relationships with disability. *Clin Interv Aging.* 2015;10:1669-78.

320

(280) Agudelo García E, Ayala Hincapié ML, Ríos Idárraga ML. Caracterización de la movilidad de ancianos, según índice de Katz, en el Centro de Bienestar del Anciano San José de Pereira. *Investigaciones Andina.* 2015;11(18):69-79.

(281) Dunlop DD, Manheim LM, Sohn MW, Liu X, Chang RW. Incidence of functional limitation in older adults: the impact of gender, race, and chronic conditions. *Arch Phys Med Rehabil.* 2002;83(7):964-71.

(282) Echenique Mattos I, Nascimento do Carmo C, Santiago LM, Lima Luz L. Factors associated with functional incapacity in elders living in long stay institutions in Brazil: a cross-sectional study. *BMC Geriatr.* 2014;14(47):1-9.

(283) Martorell Aroca MC, Romero Ayuso DM. Actividades básicas de la vida diaria o cuidado personal. En: Romero Ayuso DM, Moruno Miralles P. *Terapia Ocupacional: teoría y técnicas.* Barcelona: Masson; 2003. p. 319-58.

(284) Wiener JM, Hanley RJ, Clark R, Van Nostrand JF. Measuring the activities of daily living: comparisons across national surveys. *J Gerontol.* 1990;45(6):229-37.

(285) Arroyo Naranjo A, González González J. ¿Qué AVD son las más afectadas en pacientes con fibromialgia?. *Visión de la enfermedad y abordaje integral apoyado en Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) (Internet).* 2011 (consultado el 5/6/2016);8(14):1-40. Disponible en:
<http://www.revistatog.com/num14/pdfs/original8.pdf>.

(286) Gómez-Jarabo G, Peñalver González J. Aspectos biopsicosociales en la valoración de la dependencia. *Interv Psicosoc.* 2007;16(2):155-73.

(287) Jefferson AL, Paul RH, Ozonoff A, Cohen RA. Evaluating elements of executive functioning as predictors of instrumental activities of daily living (IADLs). *Arch Clin Neuropsychol.* 2006;21(4):311-20.

(288) Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol.* 1982;37(3):323-9.

321

(289) Pinheiro Rodrigues MA, Augusto Facchini L, Thumé E, Maia F. Gender and incidence of functional disability in the elderly: a systematic review. *Cad Saúde Públ.* 2009;25 Supl 3:464-76.

(290) Verbrugge LM, Yang LSh, Juarez L. Severity, timing, and structure of disability. *Soz Praventivmed.* 2004;49(2):110-21.

(291) Varela Pinedo L, Chávez Jimeno H, Gálvez Cano M, Méndez Silva F. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. *Rev Med Hered.* 2005;16(3):165-71.

(292) Romero Ayuso DM. Actividades de la vida diaria desde una perspectiva evolutiva. En: Moruno Miralles P, Romero Ayuso DM. Actividades de la vida diaria. Barcelona: Masson; 2006. p. 23-34.

(293) Polonio López B. Valoración geriátrica integral: papel de la Terapia Ocupacional. En: Durante Molina P, Pedro Tarrés P. Terapia Ocupacional en geriatría: principios y práctica. Barcelona: Masson; 1998. p. 25-37.

(294) Álvarez González K, Delgado Cruz A, Naranjo Ferregut JA, Pérez Martín MM, Valdés del Pino AM. Evaluación funcional del adulto mayor en la comunidad. Revista Ciencias Médicas Pinar Río. 2012;16(2):124-37.

(295) Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Nurs Res. 1970;19(3):179-86.

(296) Muszalik M, Kornatowski T, Zielinska-Wieczkowska H, Kedziora-Kornatowska K, Dijkstra A. Functional assessment of geriatric patients in regard to health-related quality of life (HRQoL). Clin Interv Aging. 2014;10:61-7.

(297) Sánchez B, Moreno ME. Valoración funcional del anciano en la comunidad. Avances Enfermería. 1991; 9(2):25-36.

(298) Muñoz López M, Panadero Herrero S, Pérez Santos E. Dimensiones comunitarias. Vivir con autonomía personal: prevención e intervención en situaciones de exclusión. Interven Psicosocial. 2007;16(2):175-88.

(299) García Valverde MC, Romero Guzmán GJ. Escalas de valoración geriátrica. Jano (Internet). 2006(28 de abril de 2016);(1628):69-73. Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1628/69/1v0n1628a13094849pdf001.pdf>

(300) Torres Marín JC, Torres Ruiz JB, Díaz Calzada M, Crespo Fernández D, Regal Lourido I. Evaluación funcional del adulto mayor: Consultorio Médico 262,

Policlínico "Turcios Lima", julio-diciembre del 2006. *Revista Ciencias Médicas Pinar Río*. 2009;13(4):3-11.

(301) Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública*. 1997;71(2):127-37.

(302) Salvá A, Rivero T. La valoración de la dependencia en el acceso a las prestaciones sociales. *Tiempo Paz*. 2007(86):21-30.

(303) Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185(12):914-9.

(304) Koretz B, Reuben DB. Instruments to assess functional status. En: Cassel CK. *Geriatric medicine: an evidence-based approach*. 4ª ed. New York: Springer Science & Business Media; 2003. p. 193-212.

(305) Wade D, Collin C. The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability? *Int Disabil Stud*. 1988;10(2):64-7.

(306) Applegate WB, Blass JP, Williams TF. Instruments for the functional assessment of older patients. *N Engl J Med*. 1990;322(17):1207-14.

(307) Cabañero-Martínez MJ, Cabrero-García J, Richard-Martínez M, Muñoz-Mendoza CL. Revisión estructurada de las medidas de actividades de la vida diaria en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43(5):271-83.

(308) Meléndez JC, Tomás JM, Navarro E. Actividades de la vida diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez. *An Psicol*. 2011;27(1):164-9.

(309) Jacelon CS. The Barthel Index and other indices of functional ability. *Rehabil Nurs*. 1986;11(4):9-11.

(310) Perlado F. Teoría y práctica de la geriatría. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1995.

(311) Álvarez Solar M, Alaiz Rojo AT de, Brun Gurpegui E, Cabañeros Vicente JJ, Calzón Frechoso M, Cossío Rodríguez I, et al. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz: fiabilidad del método. Aten Primaria. 1992;10(6): 812-6.

(312) Muñoz C, Rojas P, Marzuca G. Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar. Fisioter Pesqui. 2015;22(1):76-83.

(313) Rojas Ocaña MJ, Toronjo Gómez A, Rodríguez Ponce C, Rodríguez Rodríguez J. Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. Gerokomos (Madr). 2006;17(1):8-23.

324

(314) Demura S, Sato S, Minami M. Utility of an ADL Index for institutionalized elderly people: examining possible applications for independent elderly people. Environ Health Prev Med. 2001;6(1):33-40.

(315) Spector WD, Fleishman JA. Combining activities of daily living with instrumental activities of daily living to measure functional disability. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci . 1998;53(1):46-57.

(316) González Montalvo JI, Alarcón Alarcón T. Calidad de los instrumentos de valoración funcional en geriatría: del invento de la rueda a la era electrónica. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;43(5):265-7.

(317) Romeo López AS, Gala Fernández B, Gómez Falla E. Uso de escalas de valoración en el proyecto de Ley de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas dependientes. Index Enferm. 2006;15(54):56-61.

(318) Herrera-Castanedo S, Vázquez-Barquero JL, Pindado LG. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). *Rehabilitación*. 2008;42(6):269-75.

(319) Albarrán Lozano I, Alonso González P, Bolancé Losillas C. Comparación de los baremos español, francés y alemán para medir la dependencia de las personas con discapacidad y sus prestaciones. *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83(3):379-92.

(320) Sanjurjo Castelao G. La aplicación del instrumento de valoración de la situación de dependencia. *Rev Astur Ter Ocup*. 2007;(5):16-27.

(321) Domínguez Martín A. El cuarto pilar del Estado de Bienestar. *Lex Nova*. 2008;(51):22-5.

(322) Casado Guisado MA, Teomiro Puerto A. Valoración de la situación de dependencia desde la disciplina de Terapia Ocupacional: a propósito de un caso de miopatía sin filiar valorado en la comunidad autónoma de Extremadura. *TOG (A Coruña)* (Internet). 2014 (consultado el 24/05/2016);11(20):1-19. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num20/pdfs/caso2.pdf>.

325

(323) Decreto 1/2009, de 9 de enero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la comunidad autónoma de Extremadura. *Diario Oficial de Extremadura*, nº 9, (15 de enero de 2009).

(324) Rogers S. Portrait of Occupational Therapy. *J Interprof Care*. 2005;19(1):70-9.

(325) Orden de 24 de marzo de 2010, por la que se estableció el catálogo de servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la comunidad autónoma de Extremadura, la intensidad de los

servicios y el régimen de compatibilidades aplicables. Diario Oficial de Extremadura, nº 63, (6 de abril de 2010).

(326) Orden de 13 de mayo de 2011, por la que se estableció el catálogo de servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la comunidad autónoma de Extremadura, la intensidad de los servicios y el régimen de compatibilidades aplicables. Diario Oficial de Extremadura, nº 95, (19 de mayo de 2011).

(327) Orden de 30 de noviembre de 2012 por la que se establece el catálogo de servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, la intensidad de los servicios y el régimen de compatibilidades, aplicables en la comunidad autónoma de Extremadura. Diario Oficial de Extremadura, nº 235, (5 de diciembre de 2012).

(328) Zavala-González MA, Domínguez-Sosa G. Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2011;49(6):585-90.

326

(329) Corrales Fernández E, Tardón García A, Cueto Espinar. Estado funcional y calidad de vida en mayores de setenta años. Psicothema. 2000;12(2):171-5.

(330) Vest MT, Murphy TE, Araujo KL, Pisani MA. Disability in activities of daily living, depression, and quality of life among older medical ICU survivors: a prospective cohort study. Health Qual Life Outcomes. 2011;9(1):1-10.

(331) Gutiérrez Rodríguez J, Pérez Linares T, Fernández Fernández M, Alonso Álvarez M, Iglesias Cuato M, Solano Jaurrieta JJ. Incapacidad funcional en una población de ancianos en el medio comunitario. Mapfre Med. 2001;12(4):266-73.

(332) Bowling CB, Fonarow GC, Patel K, Zhang Y, Feller MA, Sui X. Impairment of activities of daily living and incident heart failure in community-dwelling older adults. Eur J Heart Fail. 2012;14(6):581-7.

(333) Rubio Aranda E, Lázaro Alquézar A, Martínez Terrer T, Magallón Botaya R. Enfermedades crónicas y deterioro funcional para las actividades de la vida diaria en población mayor no institucionalizada. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44(5):244-50.

(334) Valderrama-Gama E, Damián J, Ruigómez A, Martín-Moreno JM. Chronic disease, functional status, and self-ascribed causes of disabilities among noninstitutionalized older people in Spain. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2002;57(11):716-21.

(335) García García MA, Tajadura Albillos MC, Gil Millán P, Millán Cuesta B. Valoración del grado de dependencia de los pacientes mayores de 75 años que ingresan en la unidad de traumatología. *Enfermería Glob.* 2011;10(24):19-38.

(336) Hidalgo Gallegos A, Loyo Montalvo CT. Dependencia en el adulto mayor para realizar sus actividades de la vida diaria (tesis doctoral). Minatitlán: Universidad Veracruzana; 2012.

327

(337) Ruigómez A, Alonso J, Antó JM. Salud percibida y capacidad funcional de la población anciana no institucionalizada de Barcelona. *Gac Sanit.* 1991;5(24):117-24.

(338) Millán-Calenti JC, Tubío J, Pita-Fernández S, González-Abraldes I, Lorenzo T, Fernández-Arruty T, et al. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Arch Gerontol Geriatr.* 2010;50(3):306-10.

(339) Carmenaty Díaz I, Soler Orozco L. Evaluación funcional del anciano. *Rev Cuba Enferm.* 2002;18(3):184-8.

(340) Casado D. Expectativas de las personas mayores respecto a la Ley de Dependencia. *Revista Ministerio Trabajo Asuntos Sociales.* 2006;(60):149-66.

(341) Şahín A, Tekín O, Cebecí S, IŞIK B, Özkara A, Kahvecí R, et al. Factors affecting daily instrumental activities of the elderly. *Turk J Med Sci.* 2015;45(6):1353-9.

(342) Gázquez-Linares JJ, Pérez-Fuentes MdC, Mercader-Rubio I, Molero-Jurado MdM. Prevalencia de la dependencia funcional en personas mayores. *An psicol.* 2011; 27(3):871-6.

(343) Dykstra PA. Aging and social support. En: Ritzer G. *The blackwell encyclopedia of sociology.* Oxford: Blackwell Publishing; 2007. p. 88-93.

(344) Arias CJ. La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. *Rev. Psicol IMED (Internet).* 2016 (consultado el 21/05/2016);1(1):147-58. Disponible en: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/20/19>

(345) Yarce Pinzón E, Madroñero Córdoba KA, Ortega Burbano IK, Zamudio Arturo JS. Participación social del adulto mayor de 60 años institucionalizado de la ciudad de Pasto. *Libros Ed Unimar.* 2016:185-203.

(346) García H, Madrigal R. Redes sociales y vejez: apoyos formales e informales en el área metropolitana de Monterrey. *Papeles Población.* 1999;19:217-42.

(347) Vega Angarita OM, González Escobar DS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Glob.* 2009;(16):1-11.

(348) Rodríguez-Marín J, Pastor MA, Lopez-Roig S. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema.* 1993;5 Supl:349-72.

(349) Rodríguez Martín V. Evaluación de los problemas psicosociales. En: Polonio López B, Romero Ayuso DM. *Terapia Ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido.* Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2010. p. 169-77.

(350) Miguel Guzmán J, Huenchuán S, Montes de Oca V. Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas Poblac.* 2003;(77):31-70.

(351) Zavala M, Vidal D, Castro M, Quiroga P, Klassen G. Funcionamiento social del adulto mayor. *Cienc Enferm.* 2006;12(2):53-62.

(352) Montenegro Saldaña L, Salazar Roque C, la Puente Olortegui C de, Gómez Sarapura A, Ramírez Aranda E. Aplicación de la evaluación geriátrica integral en los problemas sociales de adultos mayores. *Acta Med Peruana.* 2009;26(3):169-74.

(353) Litwin H. The association of disability, sociodemographic background, and social network type in later life. *J Aging Health.* 2003;15(2):391-408.

(354) Navarro Pardo E, Meléndez Moral JC, Tomás Miguel JM. Análisis de las redes sociales en la vejez en función de la edad y el género. *Revista Multidiscip Gerontol.* 2008;18(1):19-25.

(355) Fong Estrada JA, San Juan ML, Guzmán Núñez S, Oliva Fong J. Evaluación de los recursos sociales en ancianos ingresados en el servicio de geriatría. *Medisan (Santiago Cuba).* 2013;17(7):1047-52.

329

(356) Burholt V, Windle G, Ferring D, Balducci C, Fagerstrom C, Thissen F, et al. Reliability and validity of the older americans resources and services (OARS) social resources scale in six european countries. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2007;62(6):371-9.

(357) Decreto 191/2005, de 26 de julio, por el que se establecen las bases reguladoras de la concesión de subvenciones para el apoyo y la atención a las personas con dependencia. *Diario Oficial de Extremadura*, nº 89, (2 de agosto de 2005).

(358) Decreto 53/2006, de 21 de marzo, por el que se modifica el Decreto 191/2005, de 26 de julio, por el que se establecen las bases reguladoras de la concesión de subvenciones para el apoyo y la atención a las personas con dependencia. *Diario Oficial de Extremadura*, nº37, (28 de marzo de 2006).

(359) Guzmán F, Moscoso M, Toboso M. Por qué la Ley de Dependencia no constituye un instrumento para la promoción de la autonomía personal. *Zerbitzuan Rev Servic Soc.* 2010(48):43-56.

(360) Real Decreto 614/2007, de 11 de mayo, sobre nivel mínimo de protección del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia garantizado por la Administración General del Estado. *Boletín Oficial del Estado*, nº 114, (12 de mayo de 2007).

(361) Real Decreto 6/2008, de 11 de enero, sobre nivel mínimo de protección garantizado a los beneficiarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en el ejercicio 2008. *Boletín Oficial del Estado*, nº 11, (12 de enero de 2008).

(362) Real Decreto 179/2008, de 8 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 6/2008, de 11 de enero, sobre determinación del nivel mínimo de protección garantizado a los beneficiarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en el ejercicio 2008. *Boletín Oficial del Estado*, nº 35, (9 de febrero de 2008).

330

(363) Real Decreto 74/2009, de 30 de enero, por el que se determina el nivel mínimo de protección para el año 2009. *Boletín Oficial del Estado*, nº 27, (31 de enero de 2009).

(364) Real Decreto 373/2010, de 26 de marzo, por el que se determina el nivel mínimo de protección garantizado a los beneficiarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para el ejercicio 2010. *Boletín Oficial del Estado*, nº 75, (27 de marzo de 2010).

(365) Real Decreto 569/2011, de 20 de abril, por el que se determina el nivel mínimo de protección garantizado a las personas beneficiarias del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para el ejercicio 2011. *Boletín Oficial del Estado*, nº 112, (11 de mayo de 2011).

(366) Resolución de 22 de abril de 2009, de la Secretaría General, por la que se da publicidad al convenio de colaboración entre la Administración General del Estado y la comunidad autónoma de Extremadura, para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia y para el establecimiento y financiación del nivel de protección acordado. Diario Oficial de Extremadura, nº 82, (30 de abril de 2009).

(367) Resolución de 2 de diciembre de 2008, sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Boletín Oficial del Estado, nº 303, (17 de diciembre de 2008).

(368) Orden de 20 de abril de 2009 por la que se hacen públicos los criterios para la determinación, en la comunidad autónoma de Extremadura, de la prestación económica a los beneficiarios que tengan reconocida la condición de persona en situación de dependencia. Diario Oficial de Extremadura, nº81, (29 de abril de 2009).

331

(369) Orden de 11 de junio de 2010 por la que se hacen públicos los criterios para la determinación, en la comunidad autónoma de Extremadura, de la prestación económica a los beneficiarios que tengan reconocida la condición de persona en situación de dependencia. Diario Oficial de Extremadura, nº 120, (24 de junio de 2010).

(370) Orden de 23 de noviembre de 2011 por la que se hacen públicos los criterios para la determinación, en la comunidad autónoma de Extremadura, de la prestación económica a los beneficiarios que tengan reconocida la condición de persona en situación de dependencia. Diario Oficial de Extremadura, nº 243, (21 de diciembre de 2011).

(371) Orden de 7 de febrero de 2013 por la que se hacen públicos los criterios para la determinación, en la comunidad autónoma de Extremadura, de la prestación

económica a los beneficiarios que tengan reconocida la condición de persona en situación de dependencia. Diario Oficial de Extremadura, nº 37, (22 de febrero de 2013).

(372) Montserrat Codorniu JM. El reto de un sistema universal de protección a la dependencia: una estimación del coste del modelo. *Presup Gasto Público*. 2005;39(2):309-27.

(373) Roqueta Buj R. *El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: encuentros y desencuentros con la Seguridad Social*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2007.

(374) Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la 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*, nº 138, (9 de junio de 2007).

332

(375) Delgado Morales JF. Aportaciones de la psicología a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia: la experiencia de la Diputación de Granada. *Interven Psicosocial*. 2007;16(1):23-42.

(376) Andrés-Pizarro J de. Desigualdades en los servicios de protección de la dependencia para personas mayores. *Gac Sanit*. 2004;18(4):126-31.

(377) Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la seguridad social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, nº 114, (12 de mayo de 2007).

(378) Cano López T. Un análisis crítico de la Ley de Dependencia y sus consecuencias. *Inguruak*. 2013;(55-56):1310-7.

(379) López Pérez M, Ruiz Seisdedos S. Asistencia personal: herramienta para una vida independiente. Situación actual. *Aposta Rev Cien Soci.* 2013;(59):6-33.

(380) Casado D. La Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia y su contexto de medidas públicas. *Doc Adm.* 2007;(276-277):81-112.

(381) Domínguez Alcón C. Cuidado informal, redes de apoyo y políticas de vejez. *Index Enferm.* 1998;23:15-21.

(382) Pinazo Hernandis S. El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores. En: Pinazo Hernandis S, Sánchez Martínez M, directores. *Gerontología: actualización, innovación y propuestas.* Madrid: Pearson Educación; 2005. p. 221-56.

(383) Escobar-Bravo MA, Puga-González D, Martín-Baranera M. Protective effects of social networks on disability among older adults in Spain. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;54(1):109-16.

333

(384) Bozo Ö, Guarnaccia CA. Activities of daily living, social support, and future health of older Americans. *J Psychol.* 2009;144(1):1-14.

(385) Uchino BN, Cacioppo JT, Kiecolt-Glaser JK. The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychol Bull.* 1996;119(3):488-531.

(386) Svetlana Doubova V, Pérez-Cuevas R, Espinosa-Alarcón P, Flores-Hernández S. Social network types and functional dependency in older adults in Mexico. *BMC Public Health.* 2010;10(1):1-10.

(387) Almazán-Isla J, Comín-Comín M, Alcalde-Cabero E, Ruiz C, Franco E, Magallón R. Disability, support and long-term social care of an elderly spanish population, 2008-2009: an epidemiologic analysis. *Int J Equity Health.* 2017;16(1):1-14.

(388) Taboada Ares EM, Iglesias Souto PM, Dosil Maceira A, López Gómez S, Vázquez. González FL. Criterios para la asignación de servicios sociales a personas en situación de dependencia. *Infad Psicol Infanc Adolesc.* 2016;5(1):283-8.

(389) Martínez López JA, Ibáñez Valero MJ. Ley de Dependencia y recursos de proximidad como avance social. El caso de los centros de noche para personas mayores en España y Europa. *La razón histórica.* 2016;(34):188-204.

(390) Hernández Mejía R, Fernández López J, Rancaño García I, Cueto Espinar A. Calidad de vida y enfermedades neurológicas. *Neurología.* 2001;16:30-7.

(391) Schalock RL, Verdugo Alonso MA. Revisión actualizada del concepto de calidad de vida. En: Verdugo Alonso MA, coordinador. *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad: instrumentos y estrategias de evaluación.* Salamanca: Amarú ediciones; 2009. p. 29-41.

334

(392) Real Fortuny T. Dependencia funcional, depresión y calidad de vida en ancianos institucionalizados. *Inform Psiquiat.* 2008;(192):163-78.

(393) Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc Enferm.* 2003;9(2):9-21.

(394) Massam BH. Quality of life: public planning and private living. *Prog Plann.* 2002;58(3):141-227.

(395) Stefano V, Quiceno JM, Zapata C, Obesso S, Quintero DC. Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Psicol Caribe.* 2006;(18):89-108.

(396) Aguilar JM, Álvarez J, Lorenzo JJ. Factores que determinan la calidad de vida de las personas mayores. *International Journal Developmental Educational Psychology.* 2011;4(1):161-8.

(397) Pérez Peñaranda A. El cuidador primario de familiares con dependencia: calidad de vida, apoyo social y salud mental (tesis doctoral). Salamanca: Universidad de Salamanca; 2015.

(398) Sirgy MJ, Michalos AC, Ferriss AL, Easterlin RA, Patrick D, Pavot W. The quality-of-life (QOL) research movement: past, present, and future. *Soc Indicators Res.* 2006;76(3):343-466.

(399) Fernández-Mayoralas G, Rojo-Pérez F. La calidad de vida de los mayores nominada y evaluada por ellos mismos a partir del instrumento SELQoL-DW. En: Rojo-Pérez F, Fernández-Mayoralas G, editores. *Calidad de vida y envejecimiento: la visión de los mayores sobre sus condiciones de vida.* Bilbao: Fundacion BBVA; 2011. p. 83-112.

(400) Fernández-Ballesteros R. Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anu Psicol.* 1997;(73):89-104.

(401) Casas F, González M, Coenders G, Aymerich M, Domingo A, Del Valle A. Indicadores sociales y psicosociales de la calidad de vida de las personas mayores en un municipio. *Interven Psicosocial.* 2001;10(3):355-78.

(402) Cardona-Arias JA, Higueta-Gutiérrez LF. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *RCSP.* 2014;40(2):175-89.

(403) Alcedo Rodríguez M, Aguado Díaz A, Arias Martínez B, González González M, Rozada Rodríguez C. Escala de calidad de vida (ECV) para personas con discapacidad que envejecen: estudio preliminar. *Interven Psicosocial.* 2008;17(2):153-67.

(404) Carpio C, Pacheco V, Flores C, Canales C. Calidad de vida: un análisis de su dimensión psicológica. *Revista Sonorense Psicología.* 2000;14(1-2):3-15.

(405) Cardona-Arias JA, Ospina-Franco LC, Eljadue-Alzamora AP. Validez discriminante, convergente/divergente, fiabilidad y consistencia interna, del Whoqol-Bref y el Mossf-36 en adultos sanos de un municipio colombiano. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2015; 33(1):50-7.

(406) García Roche RG, Hernández Sánchez M, Varona Pérez P, Chang de la Rosa M, Bonet Gorbea M, Salvador Álvarez S. Calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores en el país, 2001. *Revista Cubana Higiene Epidemiología.* 2010;48(1):42-51.

(407) Vigil Zulueta IA, Domínguez Eljaiek CF, Hernández Zayas MS, Domínguez Osorio CA. Enfoque bioético de la discapacidad y calidad de vida. *Medisan (Santiago Cuba).* 2013;17(1):148-56.

(408) Mendoza-Núñez V. Calidad de vida para los adultos mayores en la comunidad. *Arch Geriatr.* 2002;5:109-16.

336

(409) World Health Organization. *Whoqol: measuring quality of life.* Geneva: World Health Organization; 1997.

(410) Monés J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia?. *Cir Esp.* 2004;76(2):71-7.

(411) Viana Marino M, Arenas Salas Y, Echevarría Polo S, Miranda Pérez G, Morales de la Cruz L, et al. Calidad de vida relacionada con la salud e independencia funcional en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis que asisten a una clínica privada del distrito de Barranquilla. *Rev Salud Mov.* 2016;6(1):4-10.

(412) Moreno Moreno J. Mayores y calidad de vida. *Portularia.* 2004;4:187-98.

(413) Soberanes Fernández S, Pedraza Avilés AG, Moreno Castillo YdC. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Rev Esp Med Quir.* 2009;14(4):161-72.

(414) The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med.* 1998;46(12):1569-85.

(415) Lucas-Carrasco R. The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: spanish development and validation studies. *Qual Life Res.* 2012;21(1):161-5.

(416) World Health Organization. *Whoqol-Bref: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version.* Geneva: World Health Organization; 1996.

(417) Salazar Estrada JG, Pando Moreno M, Arana Beltrán C, Heredia Loza DV. Calidad de vida: hacia la formación del concepto. *Investigación Salud.* 2005;7(3):161-5.

(418) Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Rev Esp Salud Pública.* 2010;84(2):169-84.

337

(419) Salas C, Garzón MO. La noción de calidad de vida y su medición. *CES Salud Pública.* 2013;4(1):36-46.

(420) Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *An Fac Med Univ Nac Mayor San Marcos.* 2007;68(3):284-90.

(421) Bowling A. *La medida de la salud: revisión de las escalas de medida de la calidad de vida.* Barcelona: Masson; 1994.

(422) Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Ter Psicol.* 2012;30(1):61-71.

(423) Molina Sena C, Meléndez Moral JC, Navarro Pardo E. Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *An Psicol.* 2008;24(2):312-9.

(424) Berjano Peirats E. Dependencia y calidad de vida en las personas mayores. *Rev Multidiscip Gerontol.* 2005;15(3):144-54.

(425) Ramos Campos F. Salud y calidad de vida en las personas mayores. *Tabanque (Palencia).* 2001;(16):83-104.

(426) Quintanar Guzmán A. Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo: a través del instrumento Whoqol-Bref. (tesina doctoral). Pachuca de Soto, México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2010.

(427) Botero de Mejía BE, Pico Merchán ME. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Revista Hacia Promoción Salud.* 2007;12:11-24.

338

(428) Mendoza Sierra MI, Revilla Delgado C, Feria Muñoz A, Bernal Vilán JM, Barbero Prado M, Revilla Parody T. La calidad de vida de las personas mayores en una zona de salud de Huelva. *Portularia.* 2004;(4):199-208.

(429) Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas-Carrasco R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (Whoqol-Bref) en adultos mayores chilenos. *Rev Med Chil.* 2011;139:579-86.

(430) Castillo Guzmán A, Arocha Meriño C, Armas Rojas NB, Castillo Arocha I, Cueto Cañabate ME, Herrera Giró ML. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónicas degenerativas. *Rev Cuba Investig Biomed.* (Internet). 2008 (consultado el 20/6/2016);27(3-4). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403002008000300003&script=sci_arttext&tlng=pt.

(431) Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's Whoqol-Bref quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the Whoqol group. *Qual Life Res.* 2004;1(2):299-310.

(432) Lucas-Carrasco R, Laidlaw K, Power MJ. Suitability of the Whoqol-Bref and Whoqol-Old for spanish older adults. *Aging Ment Health.* 2011;15(5):595-604.

(433) Luxardo N. El cuerpo medido. Escalas y mediciones de la calidad de vida en personas con cáncer. En: IV Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires; 2007. p. 1-16.

(434) More Velásquez MdP. Calidad de vida según participación social en una muestra de personas adultas mayores en ATE (tesis doctoral). Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016.

(435) Mitchell J, Bradley C. Quality of life in age-related macular degeneration: a review of the literature. *Health Qual Life Outcomes.* 2006;4(97):1-20.

(436) Hoogs M, Kaur S, Smerbeck A, Weinstock-Guttman B, Benedict RHB. Cognition and physical disability in predicting health-related quality of life in multiple sclerosis. *Int J MS Care.* 2011;13(2):57-63.

(437) Tøien K, Bredal IS, Skogstad L, Myhren H, Ekeberg Ø. Health related quality of life in trauma patients. Data from a one-year follow up study compared with the general population. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2011;19(1):1-12.

(438) Singh JA, Strand V. Spondyloarthritis is associated with poor function and physical health-related quality of life. *J Rheumatol.* 2009;36(5):1012-20.

(439) Gunaydin R, Karatepe AG, Kaya T, Ulutas O. Determinants of quality of life (QoL) in elderly stroke patients: a short-term follow-up study. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011;53(1):19-23.

(440) Novoa Gómez MM, Vargas Gutiérrez RM, Obispo Castellanos SA, Pertuz Vergara M, Rivera Pradilla YK. Evaluación de la calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes postquirúrgicos con cáncer de tiroides. *Rev Int Psicol Ter Psicol.* 2010;10(2):315-29.

(441) Szanton SL, Thorpe RJ, Boyd C, Tanner EK, Leff B, Agree E et al. Community aging in place, advancing better living for elders: a bio-behavioral-environmental intervention to improve function and health-related quality of life in disabled older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59(12):2314-20.

(442) Gratacós J, Daudén E, Gómez-Reino J, Moreno JC, Casado MÁ, Rodríguez-Valverde V. Health-related quality of life in psoriatic arthritis patients in Spain. *Clin Rheumatol.* 2014;10(1):25-31.

340

(443) Jiménez Herrera B, Serrano Miranda AT, Enríquez Sandoval M. Evaluación de la calidad de vida en lesionados medulares. *Acta Ortop Mex.* 2004;18(2):54-60.

(444) Hill MR, Noonan VK, Sakakibara BM, Miller WC. Quality of life instruments and definitions in individuals with spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord.* 2010;48(6):438-50.

(445) Kuspinar A, Mayo NE. Do generic utility measures capture what is important to the quality of life of people with multiple sclerosis?. *Health Qual Life Outcomes.* 2013;11(1):1-10.

(446) Cardona-Arias J. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA: Comparación del Mossf-36, Whoqol-Bref y Whoqol-HIV-Bref, Medellín, Colombia, 2009. *Colomb Méd.* 2011;42(4):438-47.

(447) Loredó-Figueroa M, Gallegos-Torres R, Xequé-Morales A, Palomé-Vega G, Juárez-Lira A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*. 2016;13(3):159-65.

(448) Levasseur M, Desrosiers J, Tribble DS. Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity?. *Health Qual Life Outcomes*. 2008;6(30):1-11.

(449) Solís Cartas U, Barbón Pérez OG, Martínez Larrarte JP. Determinación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis de columna vertebral. *Rev Arch Med Camagüey*. 2016;20(3):235-43.

(450) Flores Villavicencio ME, Troyo Sanromán R, Cruz Ávila M, González Pérez G, Muñoz de la Torre A. Evaluación Calidad de Vida mediante el Whoqol-Bref en adultos mayores que viven en edificios multifamiliares en Guadalajara, Jalisco. *Rev Argent Clín Psicol*. 2013;22(2):179-92.

(451) Kim KJ, Heo M, Chun IA, Jun HJ, Lee JS, Jegal H, et al. The relationship between stroke and quality of life in Korean adults: based on the 2010 Korean community health survey. *J Phys Ther Sci*. 2015;27(1):309-12.

(452) Mohanty S, Gangil O, Kumar S. Instrumental activities of daily living and subjective wellbeing in elderly persons living in community. *Indian J Gerontol*. 2012;26(2):193-206.

(453) Roca M, Concepción-Rojas M, Chávez L. La calidad de vida del paciente con accidente cerebrovascular: una visión desde sus posibles factores determinantes. *Rev Neurol*. 2001;32(8):725-31.

(454) Tickle-Degnen L, Ellis T, Saint-Hilaire MH, Thomas CA, Wagenaar RC. Self-management rehabilitation and health-related quality of life in Parkinson's disease: a randomized controlled trial. *Mov Disord*. 2010;25(2):194-204.

(455) Bächler Silva RB. El cognitivismo y la negación de la mente: influencia del dualismo cartesiano. *Panorama*. 2014;8(14):48-58.

(456) García García A, Pérez Fernández VJ. La conducta de anticipación y la simetría estimular. *Summa Psicol. UST*. 2007;4(2):107-15.

(457) Rotter JB. *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1954.

(458) Kelly GA. *The psychology of personal constructs. Vol 1: A theory of personality*. Norton: WW Norton and Company; 1955.

(459) Villamarín F. Autoeficacia: investigaciones en psicología de la salud. *An Psicol*. 1994;(61):9-18.

(460) Chico Librán E. Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*. 2002;14(3):544-50.

342

(461) *Diccionario de la lengua española*. 23ª ed. Madrid: Real Academia Española, 2015. Palabra: anticipar <http://dle.rae.es/?w=diccionario> (último acceso 15/06/2016).

(462) Guzmán Hennessey M. La anticipación de las crisis una aplicación del enfoque del caos. *Eidos*. 2008;(7):128-59.

(463) Riegler A. The role of anticipation in cognition. In: *Proceedings of the Fourth International Conference on Computing Anticipatory Systems (CASYS 2000)*. Melville, NY: American Institute of Physics, 2001. p. 534-41.

(464) Garrido Gutiérrez I. La motivación: mecanismos de regulación de la acción. *Rev Electrón Motiv Emoc (Internet)*. 1997 (3 de junio de 2016);3(5-6):1-8.

Disponible en:

<http://reme.uji.es/articulos/agarri4542212100/texto.html?iframe=true&width=90%&height=90%>

(465) Lawrence BJ, Gasson N, Kane R, Bucks RS, Loftus AM. Activities of daily living, depression, and quality of life in Parkinson's disease. *Plos One*. 2014;9(7):1-5.

(466) Vinaccia S, Quiceno JM, Gaviria AM, Dey Garzón ML. Calidad de vida relacionada con la salud de adultos diagnosticados con epilepsia. *Rev Psicopatología Psicol Clin*. 2008;13(2):85-96.

(467) Mera PC, Ortiz M. La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Ter Psicol*. 2012;30(3):69-78.

(468) Prados Atienza JM. Pensamiento y emoción: el uso científico del término preocupación. *Ansiedad Estrés*. 2005;11(1):37-48.

(469) Legeron P, Rivière B, Marboutin JP, Rochat C. Le questionnaire des cognitions anticipatoires (QCA): présentation et validation. *L'Encéphale*. 1993;19(1):11-6.

343

(470) Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF, Robinson DS, et al. How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *J Pers Soc Psychol*. 1993;65(2):375-90.

(471) Taylor SE, Kemeny ME, Reed GM, Bower JE, Gruenewald TL. Psychological resources, positive illusions, and health. *Am Psychol*. 2000;55(1):99-109.

(472) Salkind NJ. *Métodos de investigación*. 3ª ed. México: Prentice Hall; 1999.

(473) Manzini, JL. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *Acta Bioeth*. 2000;VI(2):321-34.

(474) Consejo de Europa. Convención para la protección de los derechos humanos y la dignidad de los derechos humanos en relación con la aplicación de la biología y la medicina: Convenio sobre los derechos humanos y Biomedicina. Serie de tratados europeos nº 164 (4 de abril de 1997).

(475) Bergel SD. La Declaración Universal de la UNESCO sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos. Alegatos. 1998;(49):217-232.

(476) Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15 de noviembre de 2002).

(477) Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (14 de diciembre de 1999).

(478) Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Boletín Oficial del Estado, nº 17, (19 de enero de 2008).

(479) Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. Boletín Oficial del Estado, nº 159, (4 de julio de 2007).

(480) Brajković L, Godan A, Godan L. Quality of life after stroke in old age: comparison of persons living in nursing home and those living in their own home. Croat Med J. 2009;50(2):182-8.

(481) Fundación mujeres. Evaluación y buenas prácticas: calidad de vida relacionada con la salud de mujeres y hombres cuidadoras/es de personas con dependencia. Andalucía y Aragón 2007-2008. Madrid: Fundación mujeres; 2009.

(482) Serrani, D. Modelo psicosocial y de género de la discapacidad funcional en adultos mayores. El rol del afrontamiento proactivo y los recursos sociales. Alcmeón. 2008;14(4):42-55.

(483) George LK, Fillenbaum GG. OARS methodology a decade of experience in geriatric assessment. J Am Geriatr Soc; 1985;33(9):607-15.

(484) Suárez García, F, Oterino de la Fuente, D, Peiró Moreno S, García García F, Librero J, Pérez Martín A, et al. Estado de salud de las personas ancianas y hospitalización en servicios geriátricos, médicos y quirúrgicos. Estudio poblacional en Toledo. Rev Esp Salud Pública. 2000;74(2);149-61.

(485) Burholt V, Windle G, Ferring D, Balducci C, Fagerström C, Thissen F, et al. Reliability and validity of the older americans resources and services (OARS) Social Resources Scale in six european countries. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2007; 62(6):S371-9.

(486) Fillenbaum G, Smyer MA. The development, validity, and reliability of the Oars Multidimensional Functional Assessment Questionnaire. J Gerontol. 1981;36(4): 428-34.

ANEXOS

ANEXOS.**Anexo I. Permiso del SEPAD.**

Consejería de
Sanidad y Políticas Sociales

JUNTA DE EXTREMADURA

M^º ISABEL BAZAGO DÓMINE

4^º F
10003 Cáceres

En relación con su escrito de 11 de mayo de 2016 por el que solicita el acceso al Sistema de Información de Dependencia de Extremadura (SIDEX) para la realización de un estudio de investigación con fines estrictamente científicos dirigido al análisis del desempeño funcional, recursos sociales y calidad de vida de los usuarios atendidos en el equipo de valoración de dependencia de la zona sociosanitaria de Trujillo (Cáceres), en la Comunidad Autónoma de Extremadura, le comunicamos que dado que dispone en su condición de trabajadora del equipo de valoración y en el desenvolvimiento ordinario de sus tareas evaluadoras de la zona objeto de estudio de los datos personales y de salud de los potenciales participantes del estudio de investigación, para garantizar que el acceso a dichos datos sin la disociación exigida por el artículo 33.7 de la Ley 3/2005, de 8 de julio, de Información Sanitaria y Autonomía del Paciente de Extremadura sea permitida por el propio interesado a los efectos de la investigación científica que nos ocupa le informamos:

QUE SE AUTORIZA al acceso al SIDEX para recabar los datos personales pertinentes relacionados con el objeto de su investigación siempre y cuando una vez que recabe el consentimiento informado de los participantes en el estudio para efectuar las entrevistas y recabar las muestras o datos adicionales correspondientes para analizar la situación personal de los sujetos objeto de estudio, sea recabado asimismo el consentimiento del interesado para la cesión de los datos personales que figuran en el SIDEX a los efectos de la investigación que nos ocupa, consentimientos que deberá remitir a esta Dirección Gerencia una vez que sean obtenidos.

Del mismo modo, si dicho consentimiento de cesión no se obtuviese finalmente, los datos personales de los interesados que lo hubiesen denegado deberán ser cancelados de manera inmediata al desaparecer la finalidad que daría lugar a su tratamiento.

Un cordial saludo.

En Mérida, a 17 de junio de 2016
La Dirección Gerente del SEPAD

Fdo.: Consolación Serrano García

JUNTA DE EXTREMADURA
REGISTRO UNIFICADO
MÉRIDA 2016 278018001543
07/06/2016 14:41:55

349

Anexo II. Autorización de acceso al fichero SIDEX.

Autorización de acceso al fichero SIDEX

Mediante mi firma autorizo expresamente al Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD) a ceder los datos personales que fueren estrictamente necesarios y que obraren en el sistema de información de dependencia de Extremadura (SIDEX) a doña **M^a ISABEL BAZAGO DÓMINE** para la realización del estudio de investigación *“Análisis del desempeño funcional, recursos sociales, cogniciones anticipatorias y calidad de vida de los usuarios atendidos en el Equipo de Valoración de Dependencia de la zona sociosanitaria de Trujillo (Cáceres), en la comunidad autónoma de Extremadura”* a los efectos previstos en el artículo 33.7 de la Ley 3/2005, de 8 de julio, de Información sanitaria y autonomía del paciente de Extremadura.

350

Nombre y apellidos	NIF/NIE	Firma

PROTECCIÓN DE DATOS: En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, en cualquier momento puede revocar el consentimiento otorgado ante la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales, C/ Avenida de las Américas nº 2. 06800.Mérida

Anexo III. Permiso de la Comisión de Bioética y Bioseguridad (Universidad de Extremadura).**MARÍA PRADO MÍGUEZ SANTIYÁN, SECRETARIA DE LA COMISIÓN DE DOCTORADO DE LA UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA**

CERTIFICA: que en la sesión de la Subcomisión correspondiente de la Comisión de Doctorado de esta Universidad, celebrada en Cáceres el día 7 de Septiembre de 2016, en el punto del Orden del Día "Asuntos propios de la Subcomisión: Proyectos de Tesis", se tomó el siguiente acuerdo:

Aceptar la Inscripción de la Tesis doctoral a realizar por:

D^a. Maria Isabel Bazago Dómine

Título: ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO FUNCIONAL, RECURSOS SOCIALES, COGNICIONES ANTICIPATORIAS Y CALIDAD DE VIDA DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL EQUIPO DE VALORACIÓN DE DEPENDENCIA DE LA ZONA SOCIO SANITARIA DE TRUJILLO(CÁCERES), EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

Director/a/es: D. Carlos Alexis Chimpén López

Codirector/a: D^a Laura Rodríguez Santos

Departamento de inscripción: TERAPÉUTICA MÉDICO-QUIRÚRGICA

Programa: BIOMEDICINA

De conformidad con lo previsto en el art. 27.5 de la Ley 30/1992, de veintiséis de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, se hace constar que la presente certificación se expide con anterioridad a la aprobación del Acta de la precitada sesión de la Subcomisión.

Y para que conste y surta efectos, extendiendo la presente en Cáceres a 7 de Septiembre de 2016 :

Anexo IV. Modelo de consentimiento informado.



MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO: ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO FUNCIONAL, RECURSOS SOCIALES, COGNICIONES ANTICIPATORIAS Y CALIDAD DE VIDA DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL EQUIPO DE VALORACIÓN DE DEPENDENCIA DE LA ZONA SOCIOSANITARIA DE TRUJILLO (CÁCERES), EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

Paciente:

Centro: CENTRO DE SALUD – TRUJILLO (CÁCERES)

Investigador: M^a ISABEL BAZAGO DÓMINE

LEA DETENIDAMENTE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO Y ASEGÚRESE QUE ENTIENDE ESTE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. POR FAVOR SI ESTA DE ACUERDO EN PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO, FIRME ESTE DOCUMENTO. POR SU FIRMA RECONOCE QUE HA SIDO INFORMADO DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO, DE SUS REQUISITOS Y SUS RIESGOS Y QUE ACEPTA LIBREMENTE PARTICIPAR EN ÉL. UNA COPIA DEL PRESENTE DOCUMENTO LE SERÁ ENTREGADA.

352

OBJETO DEL ESTUDIO.

Ha sido invitado/a a participar en un estudio de investigación dirigido a evaluar:

El análisis del desempeño funcional, recursos sociales, cogniciones anticipatorias y calidad de vida de los usuarios atendidos en el equipo de valoración de dependencia de la zona sociosanitaria de Trujillo (Cáceres), en la comunidad autónoma de Extremadura.

PROCEDIMIENTOS Y DURACIÓN DEL ESTUDIO.

El procedimiento al que será sometido/a será:

Cumplimentar un cuestionario breve sobre datos sociodemográficos y clínicos y unos cuestionarios validados para valorar sus cogniciones anticipatorias, recursos sociales y calidad de vida.

Por otro lado, a través del informe de salud informatizado en el sistema de información de dependencia de la comunidad autónoma de Extremadura (SIDEX), se recogerán sus diagnósticos médicos y se realizará u obtendrá el baremo de valoración de dependencia (BVD), lo que permitirá analizar su desempeño en las actividades de la vida diaria objeto de estudio.

La duración del proyecto será de 12 meses, durante los cuales usted nos autoriza a recoger los datos anteriores. Estos datos serán utilizados exclusivamente con finalidad de investigación sin ánimo de lucro.

RESULTADOS DEL ESTUDIO.

Al finalizar el estudio se le informará del resultado global del mismo si usted lo desea, pero NO de su resultado personal, que se tratará con total confidencialidad de acuerdo con la Declaración de Helsinki y la Ley 14/2007, de Investigación Biomédica.

BENEFICIOS.

La participación en el proyecto no será recompensada económicamente su participación en el estudio podrá ser beneficiosa en la búsqueda de intervenciones eficaces para la atención a la situación de dependencia.

El investigador principal M^a Isabel Bazago Dómine, puede ser contactado en cualquier momento en el siguiente teléfono, 927-32.07.69, extensión 54528, a fin de recabar información acerca del proyecto y en la siguiente dirección:

Equipo de Valoración de Dependencia
Centro de Salud (C.A.R)
Plaza del Molinillo, s/n
10200, Trujillo (Cáceres)

En ningún caso su decisión de no participar en el proyecto le supondrá una rebaja en la calidad asistencial por parte de su equipo de valoración.

CONFIDENCIALIDAD DE SU MUESTRA.

De acuerdo con la normativa legal vigente, los resultados se tratarán con total confidencialidad. El protocolo de recogida de datos será archivado, y a cada participante se le asignará una clave de tal modo que no pueda relacionarse la muestra e información obtenida con la identidad del sujeto. Las muestras serán anonimizadas, asegurando la imposibilidad de inferir su identidad, para su estudio y potencial análisis ulterior.

El investigador principal del proyecto se compromete a que la confidencialidad de los datos que se puedan obtener en dicho proyecto será escrupulosamente observada, y que los datos personales de los sujetos participantes no serán conocidos por los investigadores del proyecto. En los casos que corresponda, éstos informarán al responsable médico o a los afectados si creen que algún resultado del proyecto podría ser de su interés.

El investigador principal del proyecto se compromete a no utilizar los datos para otros estudios diferentes a los de este proyecto y a no traspasarlos a otros posibles proyectos o equipos de investigación.

Para todo lo no previsto en este documento, se aplicará la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, BOE 274 de 15 de noviembre de 2002; Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; BOE 298 de 14 de diciembre de 1999; Real Decreto

1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, BOE 17 de 19 de enero de 2008), sobre investigación biomédica (Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica; BOE 159 de 4 de julio de 2007) y cualquier otra que resultara aplicable.

Los resultados del estudio pueden ser publicados en revistas científicas o publicaciones de carácter general. No obstante, la información concerniente a su participación será mantenida como confidencial.

Recibirá copia de esta hoja de información y del consentimiento informado firmado por usted.

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE.

He sido informado por el personal relacionado con el proyecto mencionado:

- De las ventajas e inconvenientes de este procedimiento.
- Del fin para el que se utilizarán mis resultados.
- Que mis datos serán proporcionadas de forma anónima a los investigadores del proyecto.
- Que en cualquier momento puedo solicitar información genérica sobre los estudios para los que se han utilizado mis muestras.
- Que he comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

354

Usted tiene derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento. Como se menciona anteriormente, en ningún caso su decisión de no participar en el proyecto le supondrá una rebaja en la calidad asistencial.

SE ME HA PROPORCIONADO COPIA DEL PRESENTE DOCUMENTO. ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO

Nombre:..... Firma:

- **Declaración del profesional de que ha informado debidamente al participante.**

Nombre: M^a ISABEL BAZAGO DÓMINE

Firma:

Anexo V. Cuestionario sociodemográfico y clínico.**ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO FUNCIONAL, RECURSOS SOCIALES, COGNICIONES ANTICIPATORIAS Y CALIDAD DE VIDA DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL EQUIPO DE VALORACIÓN DE DEPENDENCIA DE LA ZONA SOCIOSANITARIA DE TRUJILLO (CÁCERES), EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA**

Antes de empezar nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted. Haga un círculo en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

-SEXO: Hombre / Mujer

-EDAD: _____

-ESTADO CIVIL: Soltero /a Separado/a Casado/a Divorciado/a En pareja Viudo/a

-Nº HIJOS: _____

-LUGAR RESIDENCIA HIJOS: Misma localidad / Diferente localidad / Ambas

-CUIDADOR PRINCIPAL: Si / No

-PARENTESCO: Hijo/a Hermano/a Madre /Padre Cónyuge Yerno/Nuera
Vecinos Amigos

355

-QUÉ ESTUDIOS TIENE USTED: Ninguno Primarios Medios Universitarios

-SU PROFESIÓN: _____

-SU SITUACIÓN LABORAL: Desempleado Activo Jubilado

-LOCALIDAD DE RESIDENCIA: _____

-GRADO DE DEPENDENCIA: Grado 1 Grado 2 Grado 3 (a rellenar por el investigador).

-RECIBE EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO DEL AYUNTAMIENTO DE SU LOCALIDAD: Si / No.

-RECIBE ALGÚN SERVICIO DE DEPENDENCIA PARA SU ATENCIÓN: Si / No.

¿CUAL? _____

-RECIBE ALGÚN SERVICIO PRIVADO PARA SU ATENCIÓN: Si / No.

DATOS CLÍNICOS:

-DIAGNÓSTICOS MÉDICOS:

INSTRUCCIONES:

-Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud, sus recursos sociales y otras áreas de su vida.

-Por favor **conteste todas las preguntas**. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada.

-Tenga presente su modo de vivir, expectativas, recursos sociales, placeres y preocupaciones.

-Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión.

GRACIAS POR SU AYUDA

Anexo VI. Baremo de valoración de dependencia, establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.

A continuación, se presentan de manera literal, según queda establecido en el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Quedan enumeradas por orden y son las siguientes^{122,320}:

- Comer/beber.

Según la CIF “comer” consiste en llevar a cabo las tareas y acciones coordinadas relacionadas con comer los alimentos servidos, llevarlos a la boca y consumirlos de manera adecuada para la cultura local, cortar o partir la comida en trozos, abrir botellas y latas, usar cubiertos.... Y “beber” sujetar el vaso, llevarlo a la boca y beber de manera adecuada para la cultura local, mezclar, revolver y servir líquidos para beber, abrir botellas y latas, beber a través de una ayuda instrumental.

357

Las actividades de autocuidado correspondientes a comer y beber, las cuales están descritas por separado en la CIF se agrupan en el BVD en una única actividad. En el marco de esta actividad, las tareas que deben ser valoradas corresponden a:

- Reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos.
- Cortar y/o partir los alimentos en trozos.
- Usar cubiertos para llevar la comida a la boca.
- Acercarse el recipiente de bebida a la boca.

- Higiene personal relacionada con la micción/defecación.

Según la CIF “higiene personal relacionada con la micción y defecación” incluye indicar la necesidad, adoptar la postura adecuada, elegir y acudir a un lugar adecuado para orinar/defecar, manipular la ropa antes y después y limpiarse después.

Las tareas relativas a regulación de la micción y de la defecación se agrupan en una única actividad en el BVD. Las tareas que se han considerado más significativas para su inclusión en la valoración de la actividad se corresponden a las siguientes:

- Acudir a un lugar adecuado.
- Manipular la ropa.
- Adoptar o abandonar una postura adecuada.
- Limpiarse.

- Lavarse.

Según la CIF la actividad de “lavarse” comprende el lavarse y secarse todo el cuerpo, o partes del cuerpo, utilizando agua y materiales y métodos apropiados de lavado y secado, como bañarse, ducharse, lavarse las manos y los pies, la cara y el pelo, y secarse con una toalla.

Las tareas que deben valorarse en relación a la actividad de lavarse son las siguientes:

- Abrir y/o cerrar los grifos.
- Lavarse las manos.
- Acceder a la bañera, ducha o similar.
- Lavarse la parte inferior del cuerpo.
- Lavarse la parte superior del cuerpo.

- Realizar otros cuidados corporales.

Según la CIF el “cuidado de las partes del cuerpo” incluye las acciones y tareas que requieren un nivel de cuidado mayor que el mero hecho de lavarse y secarse.

Las tareas relativas a “Otros cuidados corporales” que se han incluido en el BVD se corresponden a las siguientes:

- Peinarse.
- Cortarse las uñas.
- Lavarse el pelo.
- Lavarse los dientes.

- Vestido.

Según la CIF la actividad de “vestirse” consiste en llevar a cabo las acciones y tareas coordinadas precisas para ponerse y quitarse la ropa y el calzado en el orden correcto y de acuerdo con las condiciones climáticas y las condiciones sociales, tales como ponerse, abrocharse y quitarse camisas, faldas, blusas, pantalones ropa interior (...), zapatos , botas, sandalias y zapatillas.

Las tareas relativas a “vestirse” que se han incluido en el BVD se corresponden a las siguientes:

- Reconocer y alcanzar la ropa y el calzado.
- Calzarse.
- Abotonarse botones o similar.
- Vestirse las prendas de la parte inferior del cuerpo.
- Vestirse las prendas de la parte superior del cuerpo.

- Mantenimiento de la salud.359

Según la CIF el “mantenimiento de la salud” consiste en cuidar de uno mismo siendo consciente de las propias necesidades y haciendo lo necesario para cuidar de la propia salud, tanto para reaccionar frente a los riesgos sobre la salud, como para prevenir enfermedades, buscar asistencia médica; seguir consejos médicos y de otros profesiones de la salud; y evitar riegos para la salud.

Las tareas relativas a “mantenimiento de la salud” que se han incluido en el BVD se corresponden a las siguientes:

- Solicitar asistencia terapéutica.
- Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas.
- Evitar situaciones de riesgo dentro del domicilio.
- Evitar situaciones de riesgo fuera del domicilio.
- Pedir ayuda ante una urgencia

- Tráferencias corporales.

Según la CIF “cambiar y mantener la posición del cuerpo” implica adoptar o abandonar una postura, pasar de un lugar a otro, como levantarse de una silla para tumbarse en la cama y adoptar o abandonar posiciones determinadas.

Las tareas relativas a cambiar y mantener la posición del cuerpo que se han incluido en el BVD se corresponden a las siguientes:

- Cambiar de tumbado a sentado en la cama.
- Permanecer sentado.
- Cambiar de sentado en una silla a estar de pie.
- Permanecer de pie.
- Cambiar de estar de pie a sentado en una silla.
- Transferir el propio cuerpo mientras se está sentado.
- Transferir el propio cuerpo mientras se está acostado.
- Cambiar el centro de gravedad del cuerpo mientras se está acostado.

360

- Desplazarse dentro del hogar.

Según la CIF “desplazarse dentro del hogar” comprende andar y moverse dentro de la propia casa, dentro de una habitación y alrededor de toda la casa o zona de residencia.

Las tareas relativas a “desplazarse dentro del hogar” que se han incluido en el BVD se corresponden a las siguientes:

- Realizar desplazamientos para vestirse.
- Realizar desplazamientos para comer.
- Realizar desplazamientos para lavarse.
- Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado.
- Realizar desplazamientos entre estancias no comunes.
- Acceder a todas las estancias del hogar.

- Desplazarse fuera del hogar.

Según la CIF la actividad de “desplazarse fuera del hogar” incluye caminar y/o moverse, cerca o lejos de la propia vivienda, y/o utilización de medios de transporte, públicos o privados.

Las tareas relativas a “desplazarse fuera del hogar” que se han incluido en el BVD se corresponden a las siguientes:

- Acceder al exterior.
- Realizar desplazamientos alrededor del edificio.
- Realizar desplazamientos en entornos cercanos conocidos.
- Realizar desplazamientos en entornos cercanos desconocidos.
- Realizar desplazamientos en entornos lejanos conocidos.
- Realizar desplazamientos en entornos lejanos desconocidos.

- Realizar tareas domésticas.

Según la CIF la “vida doméstica” consiste en llevar a cabo tareas y acciones domésticas y cotidianas. La actividad de “tareas domésticas” incluye la siguiente lista de tareas:

- Preparar la comida.
- Hacer la compra.
- Limpiar y cuidar la vivienda.
- Lavar y cuidar la ropa.

- Toma de decisiones (sólo en BEVD).

Según la CIF la actividad de “tomar decisiones” incluye elegir una opción entre varias, llevar a cabo la elección y evaluar los efectos de la elección, y formular opciones alternativas en el caso de que la elección no tuviera los efectos deseados, como por ejemplo seleccionar y comprar un producto en particular, en función del uso que se le vaya a dar, o decidir poner en práctica y realizar una tarea de entre varias que se deben hacer. En la actividad de tomar decisiones el BVD ha incluido las siguientes tareas representativas:

- Decidir sobre la alimentación cotidiana.
- Dirigir los hábitos de higiene personal.
- Planificar los desplazamientos fuera del hogar.
- Decidir sus relaciones interpersonales con personas conocidas.
- Decidir sus relaciones interpersonales con personas desconocidas.
- Gestionar el dinero del presupuesto cotidiano.
- Disponer su tiempo y sus actividades cotidianas.
- Resolver el uso de servicios a disposición del público.

Anexo VII. Plantilla del baremo de valoración de dependencia (BVD).

COMER Y BEBER	NIVEL DE DESEMPEÑO	Problema	APOYOS PERSONALES	
			Tipo	Frecuencia
Reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Cortar o partir la comida en trozos	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Acercarse el recipiente de bebida a la boca	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
HIGIENE PERSONAL RELACIONADA CON LA MICCIÓN Y DEFECACIÓN	NIVEL DE DESEMPEÑO	Problema	APOYOS PERSONALES	
Acudir a un lugar adecuado	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Manipular la ropa	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Adoptar o abandonar la postura adecuada	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Limpiarse	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
LAVARSE	NIVEL DE DESEMPEÑO	Problema	APOYOS PERSONALES	
Abrir y cerrar grifos	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Lavarse las manos	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Acceder a la bañera, ducha o similar.	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Lavarse la parte inferior del cuerpo	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Lavarse la parte superior del cuerpo	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
REALIZAR OTROS CUIDADOS CORPORALES	NIVEL DE DESEMPEÑO	Problema	APOYOS PERSONALES	
Peinarse	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Cortarse las uñas	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Lavarse el pelo	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Lavarse los dientes	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
VESTIRSE	NIVEL DE DESEMPEÑO	Problema	APOYOS PERSONALES	
Reconocer y alcanzar la ropa y el calzado	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Calzarse	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Abrocharse botones o similar	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Vestirse las prendas de la parte inferior del cuerpo	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Vestirse las prendas de la parte superior del cuerpo	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
MANTENIMIENTO DE LA SALUD	NIVEL DE DESEMPEÑO	Problema	APOYOS PERSONALES	
Solicitar asistencia terapéutica	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Evitar situaciones de riesgo dentro del domicilio	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Evitar situaciones de riesgo fuera del domicilio	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Pedir ayuda ante una urgencia	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
CAMBIAR Y MANTENER LA POSICIÓN DEL CUERPO	NIVEL DE DESEMPEÑO	Problema	APOYOS PERSONALES	
Cambiar de tumbado a sentado en la cama	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Permanecer sentado	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Cambiar de sentado en una silla a estar de pie	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Permanecer de pie	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Cambiar de estar de pie a sentado en una silla	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Transferir el propio cuerpo mientras se está sentado	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Transferir el propio cuerpo mientras se está acostado	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Cambiar el centro de gravedad del cuerpo mientras se está acostado	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4

DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR	NIVEL DE DESEMPEÑO	Problema	APOYOS PERSONALES	
			Tipo	Frecuencia
Realizar desplazamientos para vestirse	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Realizar desplazamientos para comer	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Realizar desplazamientos para lavarse	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Realizar desplazamientos entre estancias no comunes	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Acceder a todas las estancias comunes del hogar	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR	NIVEL DE DESEMPEÑO	Problema	APOYOS PERSONALES	
Acceder al exterior	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Realizar desplazamientos alrededor del edificio	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Realizar desplazamientos cercanos en entornos conocidos	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Realizar desplazamientos cercanos en entornos desconocidos	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Realizar desplazamientos lejanos en entornos conocidos	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Realizar desplazamientos lejanos en entornos desconocidos	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
REALIZAR TAREAS DOMÉSTICAS	NIVEL DE DESEMPEÑO	Problema	APOYOS PERSONALES	
Preparar comidas	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Hacer la compra	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Limpiar y cuidar de la vivienda	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Lavar y cuidar la ropa	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
TOMAR DECISIONES	NIVEL DE DESEMPEÑO	Problema	APOYOS PERSONALES	
Decidir sobre la alimentación cotidiana	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Dirigir los hábitos de higiene personal	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Planificar los desplazamientos fuera del hogar	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Decidir sus relaciones interpersonales con personas conocidas	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Decidir sus relaciones interpersonales con personas desconocidas	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Gestionar el dinero del presupuesto cotidiano	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Disponer su tiempo y sus actividades cotidianas	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Resolver el uso de servicios a disposición del público	P1 - N1 - N2 - NA	F - M - A	SP-FP-SM-AE	0 - 1 - 2 - 3 - 4

Anexo VIII. Adaptación del baremo de valoración de dependencia (ABVD).**-COMER Y BEBER.**

1.-¿En qué medida necesita usted apoyo para reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

2.-¿En qué medida necesita usted apoyo para cortar o partir la comida en trozos?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

3.-¿En qué medida necesita usted apoyo para usar cubiertos para llevar la comida a la boca?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

4.-¿En qué medida necesita usted apoyo para acercarse el recipiente de bebida a la boca?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

365

-HIGIENE PERSONAL RELACIONADA CON LA MICCIÓN Y DEFECACIÓN.

5.-¿En qué medida necesita usted apoyo para acudir a un lugar adecuado?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

6.-¿En qué medida necesita usted apoyo para manipular la ropa?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

7.-¿En qué medida necesita usted apoyo para adoptar o abandonar la postura adecuada?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

8.-¿En qué medida necesita usted apoyo para limpiarse?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

-LAVARSE.

9.-¿En qué medida necesita usted apoyo para abrir y cerrar grifos?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

10.-¿En qué medida necesita usted apoyo para lavarse las manos?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

11.-¿En qué medida necesita usted apoyo para acceder a la bañera, ducha o similar?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

12.-¿En qué medida necesita usted apoyo para lavarse la parte inferior del cuerpo?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

13.-¿En qué medida necesita usted apoyo para lavarse la parte superior del cuerpo?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

366

-REALIZAR OTROS CUIDADOS CORPORALES.

14.-¿En qué medida necesita usted apoyo para peinarse?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

15.-¿En qué medida necesita usted apoyo para cortarse las uñas?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

16.-¿En qué medida necesita usted apoyo para lavarse el pelo?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

17.-¿En qué medida necesita usted apoyo para lavarse los dientes?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

-VESTIRSE.

18.-¿En qué medida necesita usted apoyo para reconocer y alcanzar la ropa y el calzado?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

19.-¿En qué medida necesita usted apoyo para calzarse?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

20.-¿En qué medida necesita usted apoyo para abrocharse botones o similar?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

21.-¿En qué medida necesita usted apoyo para vestirse las prendas de la parte inferior del cuerpo?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

367

22.-¿En qué medida necesita usted apoyo para vestirse las prendas de la parte superior del cuerpo?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

-MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

23.-¿En qué medida necesita usted apoyo para solicitar asistencia terapéutica?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

24.-¿En qué medida necesita usted apoyo para aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

25.-¿En qué medida necesita usted apoyo para evitar situaciones de riesgo dentro del domicilio?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

26.-¿En qué medida necesita usted apoyo para evitar situaciones de riesgo fuera del domicilio?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

27.-¿En qué medida necesita usted apoyo para pedir ayuda ante una urgencia?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

-CAMBIAR Y MANTENER LA POSICIÓN DEL CUERPO.

28.-¿En qué medida necesita usted apoyo para cambiar de tumbado a sentado en la cama?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

368

29.-¿En qué medida necesita usted apoyo para permanecer sentado?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

30.-¿En qué medida necesita usted apoyo para cambiar de sentado en una silla a estar de pie?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

31.-¿En qué medida necesita usted apoyo para permanecer de pie?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

32.-¿En qué medida necesita usted apoyo para cambiar de estar de pie a sentado en una silla?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

33.-¿En qué medida necesita usted apoyo para transferir de estar de pie a sentado en una silla?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

34.-¿En qué medida necesita usted apoyo para transferir el propio cuerpo mientras se está sentado?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

35.-¿En qué medida necesita usted apoyo para cambiar el centro de gravedad del cuerpo mientras se está acostado?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

-DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR.

36.-¿En qué medida necesita usted apoyo para realizar desplazamientos para vestirse?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

37.-¿En qué medida necesita usted apoyo para realizar desplazamientos para comer?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

369

38.-¿En qué medida necesita usted apoyo para realizar desplazamientos para lavarse?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

39.-¿En qué medida necesita usted apoyo para realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

40.-¿En qué medida necesita usted apoyo para realizar desplazamientos entre estancias no comunes?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

41.-¿En qué medida necesita usted apoyo para acceder a todas las estancias comunes del hogar?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

-DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR.

42.-¿En qué medida necesita usted apoyo para acceder al exterior?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

43.-¿En qué medida necesita usted apoyo para realizar desplazamientos alrededor del edificio?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

44.-¿En qué medida necesita usted apoyo para realizar desplazamientos cercanos en entornos conocidos?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

370

45.-¿En qué medida necesita usted apoyo para realizar desplazamientos cercanos en entornos desconocidos?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

46.-¿En qué medida necesita usted apoyo para realizar desplazamientos lejanos en entornos conocidos?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

47.-¿En qué medida necesita usted apoyo para realizar desplazamientos lejanos en entornos desconocidos?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

-REALIZAR TAREAS DOMÉSTICAS.

48.-¿En qué medida necesita usted apoyo para preparar comidas?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

49.-¿En qué medida necesita usted apoyo para hacer la compra?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

50.-¿En qué medida necesita usted apoyo para limpiar y cuidar su vivienda?

0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

51.-¿En qué medida necesita usted apoyo para lavar y cuidar la ropa?


0	1	2	3
NINGUNA	SUPERVISIÓN	AYUDA PARCIAL	SUSTITUCIÓN MÁXIMA

Anexo IX. Tabla de pesos de la escala general del BVD.

ANEXO A:				
TABLA DE PESOS DE LA ESCALA GENERAL				
	Grupos de edad			
	3-6	7-10	11-17	18 y más
Comer y beber	22,4	18,3	18,3	16,8
Reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos	0,35	0,25	0,25	0,25
Cortar o partir la comida en trozos	NA	0,20	0,20	0,20
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	0,30	0,30	0,30	0,30
Acercarse el recipiente de bebida a la boca	0,35	0,25	0,25	0,25
Higiene personal relacionada con la micción y defecación	20,3	16,1	16,1	14,8
Acudir a un lugar adecuado	0,31	0,20	0,20	0,20
Manipular la ropa	0,23	0,15	0,15	0,15
Adoptar o abandonar la postura adecuada	0,46	0,30	0,30	0,30
Limpiarse	NA	0,35	0,35	0,35
Lavarse	12,1	9,6	9,6	8,8
Abrir y cerrar grifos	0,43	0,15	0,15	0,15
Lavarse las manos	0,57	0,20	0,20	0,20
Acceder a la bañera, ducha o similar.	NA	0,15	0,15	0,15
Lavarse la parte inferior del cuerpo	NA	0,25	0,25	0,25
Lavarse la parte superior del cuerpo	NA	0,25	0,25	0,25
Realizar otros cuidados corporales	NA	3,2	3,2	2,9
Peinarse	NA	0,35	0,30	0,30
Cortarse las uñas	NA	NA	0,15	0,15
Lavarse el pelo	NA	0,30	0,25	0,25
Lavarse los dientes	NA	0,35	0,30	0,30
Vestirse	16,3	12,9	12,9	11,9
Reconocer y alcanzar la ropa y el calzado	0,15	0,15	0,15	0,15
Calzarse	0,10	0,10	0,10	0,10
Abrocharse botones o similar	0,15	0,15	0,15	0,15
Vestirse las prendas de la parte inferior del cuerpo	0,30	0,30	0,30	0,30
Vestirse las prendas de la parte superior del cuerpo	0,30	0,30	0,30	0,30
Mantenimiento de la salud	NA	3,2	3,2	2,9
Solicitar asistencia terapéutica	NA	0,30	0,15	0,15
Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas	NA	0,20	0,10	0,10
Evitar situaciones de riesgo dentro del domicilio	NA	0,50	0,25	0,25
Evitar situaciones de riesgo fuera del domicilio	NA	NA	0,25	0,25
Pedir ayuda ante una urgencia	NA	NA	0,25	0,25

	Grupos de edad			
	3-6	7-10	11-17	18 y más
Cambiar y mantener la posición del cuerpo	12,1	11,0	11,0	9,4
Cambiar de tumbado a sentado en la cama	0,10	0,10	0,10	0,10
Permanecer sentado	0,15	0,15	0,15	0,15
Cambiar de sentado en una silla a estar de pie	0,10	0,10	0,10	0,10
Permanecer de pie	0,15	0,15	0,15	0,15
Cambiar de estar de pie a sentado en una silla	0,10	0,10	0,10	0,10
Transferir el propio cuerpo mientras se está sentado	0,10	0,10	0,10	0,10
Transferir el propio cuerpo mientras se está acostado	0,10	0,10	0,10	0,10
Cambiar el centro de gravedad del cuerpo mientras se está acostado	0,20	0,20	0,20	0,20
Desplazarse dentro del hogar	16,8	13,4	13,4	12,3
Realizar desplazamientos para vestirse	0,25	0,25	0,25	0,25
Realizar desplazamientos para comer	0,15	0,15	0,15	0,15
Realizar desplazamientos para lavarse	0,10	0,10	0,10	0,10
Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado	0,25	0,25	0,25	0,25
Realizar desplazamientos entre estancias no comunes	0,10	0,10	0,10	0,10
Acceder a todas las estancias comunes del hogar	0,15	0,15	0,15	0,15
Desplazarse fuera del hogar	NA	12,3	12,3	12,2
Acceder al exterior	NA	0,29	0,25	0,25
Realizar desplazamientos alrededor del edificio	NA	0,29	0,25	0,25
Realizar desplazamientos cercanos en entornos conocidos	NA	0,24	0,20	0,20
Realizar desplazamientos cercanos en entornos desconocidos	NA	0,18	0,15	0,15
Realizar desplazamientos lejanos en entornos conocidos	NA	NA	0,10	0,10
Realizar desplazamientos lejanos en entornos desconocidos	NA	NA	0,05	0,05
Realizar tareas domésticas	NA	NA	NA	8,0
Preparar comidas	NA	NA	NA	0,45
Hacer la compra	NA	NA	NA	0,25
Limpiar y cuidar de la vivienda	NA	NA	NA	0,20
Lavar y cuidar la ropa	NA	NA	NA	0,10

Anexo X. Tabla de coeficientes del tipo de apoyo de otra u otras personas.

BOE **BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO** 

Núm. 42 Viernes 18 de febrero de 2011 Sec. I. Pág. 18581

ANEXO C:

TABLA DE COEFICIENTES DEL TIPO DE APOYO DE OTRA U OTRAS PERSONAS

SUPERVISIÓN	0,90
FÍSICA PARCIAL	0,90
SUSTITUCIÓN MÁXIMA	0,95
APOYO ESPECIAL	1,00

cve: BOE-A-2011-3174

Anexo XI. Tabla de pesos de la escala específica del BVD.

ANEXO B:				
TABLA DE PESOS DE LA ESCALA ESPECÍFICA				
	Grupos de edad			
	3-6	7-10	11-17	18 y más
Comer y beber	15,1	10,9	10,9	10,0
Reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos	0,35	0,25	0,25	0,25
Cortar o partir la comida en trozos	NA	0,20	0,20	0,20
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	0,30	0,30	0,30	0,30
Acercarse el recipiente de bebida a la boca	0,35	0,25	0,25	0,25
Higiene personal relacionada con la micción y defecación	10,6	7,6	7,6	7,0
Acudir a un lugar adecuado	0,31	0,20	0,20	0,20
Manipular la ropa	0,23	0,15	0,15	0,15
Adoptar o abandonar la postura adecuada	0,46	0,30	0,30	0,30
Limpiarse	NA	0,35	0,35	0,35
Lavarse	12,1	8,7	8,7	8,0
Abrir y cerrar grifos	0,43	0,15	0,15	0,15
Lavarse las manos	0,57	0,20	0,20	0,20
Acceder a la bañera, ducha o similar.	NA	0,15	0,15	0,15
Lavarse la parte inferior del cuerpo	NA	0,25	0,25	0,25
Lavarse la parte superior del cuerpo	NA	0,25	0,25	0,25
Realizar otros cuidados corporales	NA	2,2	2,2	2,0
Peinarse	NA	0,35	0,30	0,30
Cortarse las uñas	NA	NA	0,15	0,15
Lavarse el pelo	NA	0,30	0,25	0,25
Lavarse los dientes	NA	0,35	0,30	0,30
Vestirse	17,5	12,6	12,6	11,6
Reconocer y alcanzar la ropa y el calzado	0,15	0,15	0,15	0,15
Calzarse	0,10	0,10	0,10	0,10
Abrocharse botones o similar	0,15	0,15	0,15	0,15
Vestirse las prendas de la parte inferior del cuerpo	0,30	0,30	0,30	0,30
Vestirse las prendas de la parte superior del cuerpo	0,30	0,30	0,30	0,30
Mantenimiento de la salud	NA	12,0	12,0	11,0
Solicitar asistencia terapéutica	NA	0,30	0,15	0,15
Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas	NA	0,20	0,10	0,10
Evitar situaciones de riesgo dentro del domicilio	NA	0,50	0,25	0,25
Evitar situaciones de riesgo fuera del domicilio	NA	NA	0,25	0,25
Pedir ayuda ante una urgencia	NA	NA	0,25	0,25

	Grupos de edad			
	3-6	7-10	11-17	18 y más
Cambiar y mantener la posición del cuerpo	3,0	2,2	2,2	2,0
Cambiar de tumbado a sentado en la cama	0,10	0,10	0,10	0,10
Permanecer sentado	0,15	0,15	0,15	0,15
Cambiar de sentado en una silla a estar de pie	0,10	0,10	0,10	0,10
Permanecer de pie	0,15	0,15	0,15	0,15
Cambiar de estar de pie a sentado en una silla	0,10	0,10	0,10	0,10
Transferir el propio cuerpo mientras se está sentado	0,10	0,10	0,10	0,10
Transferir el propio cuerpo mientras se está acostado	0,10	0,10	0,10	0,10
Cambiar el centro de gravedad del cuerpo mientras se está acostado	0,20	0,20	0,20	0,20
Desplazarse dentro del hogar	18,3	13,2	13,2	12,1
Realizar desplazamientos para vestirse	0,25	0,25	0,25	0,25
Realizar desplazamientos para comer	0,15	0,15	0,15	0,15
Realizar desplazamientos para lavarse	0,10	0,10	0,10	0,10
Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado	0,25	0,25	0,25	0,25
Realizar desplazamientos entre estancias no comunes	0,10	0,10	0,10	0,10
Acceder a todas las estancias comunes del hogar	0,15	0,15	0,15	0,15
Desplazarse fuera del hogar	NA	14,0	14,0	12,9
Acceder al exterior	NA	0,29	0,25	0,25
Realizar desplazamientos alrededor del edificio	NA	0,29	0,25	0,25
Realizar desplazamientos cercanos en entornos conocidos	NA	0,24	0,20	0,20
Realizar desplazamientos cercanos en entornos desconocidos	NA	0,18	0,15	0,15
Realizar desplazamientos lejanos en entornos conocidos	NA	NA	0,10	0,10
Realizar desplazamientos lejanos en entornos desconocidos	NA	NA	0,05	0,05
Realizar tareas domésticas	NA	NA	NA	8,0
Preparar comidas	NA	NA	NA	0,45
Hacer la compra	NA	NA	NA	0,25
Limpiar y cuidar de la vivienda	NA	NA	NA	0,20
Lavar y cuidar la ropa	NA	NA	NA	0,10
Sólo en los casos de personas con una condición de salud que pueda afectar a las funciones mentales	Grupos de edad			
	3-6	7-10	11-17	18 y más
Tomar decisiones	23,4	16,6	16,6	15,4
Decidir sobre la alimentación cotidiana	0,40	0,21	0,20	0,20
Dirigir los hábitos de higiene personal	0,20	0,11	0,10	0,10
Planificar los desplazamientos fuera del hogar	NA	0,11	0,10	0,10
Decidir sus relaciones interpersonales con personas conocidas	0,40	0,21	0,20	0,20
Decidir sus relaciones interpersonales con personas desconocidas	NA	0,10	0,10	0,10
Gestionar el dinero del presupuesto cotidiano	NA	0,10	0,10	0,10
Disponer su tiempo y sus actividades cotidianas	NA	0,16	0,15	0,15
Resolver el uso de servicios a disposición del público	NA	NA	0,05	0,05

