

EXPERIENCIAS

## Ancianos asistidos por ancianos. La percepción, desde los asistidos, de un grupo de ayuda mutua

## Old people attended by old people. The perception of those attended in relation to a group of mutual help

**M.ª D. CALERO\***  
**T.M. GARCÍA BERBEN\***  
**I. TORAL\*\***  
**R. BAILÓN\*\***  
**M. GÁLVEZ\*\***

\* Universidad de Granada

\*\* Servicio Andaluz de Salud

### RESUMEN

*El principal objetivo de este estudio es analizar la valoración de un programa de autoayuda de ancianos desde el punto de vista de los ancianos asistidos. Hemos recogido datos de un total de 16 sujetos residentes en Granada capital (zona deprimida). Los resultados muestran que la labor de voluntariado de grupos de autoayuda es importante, pero debería programarse de antemano porque puede interferir con otros grupos no institucionales que deben fomentarse, como la familia y los vecinos.*

### PALABRAS CLAVE

*Grupos no institucionales, familia, vecinos, autoayuda, ancianos.*

### ABSTRACT

*The main objective of this study is to analyze the valuation of a program of old people self-help from the point of view of the attended old people. We have picked up data of a total of 16 subjects residents in Granada (depressed area). The results show that the work*

*of volunteers of groups of self-help is important, but it should be programmed ahead of time because it can interfere with other no institutional groups that should be fomented, as the family and the neighbours.*

### KEY WORDS

*No institutional groups, family, neighbours, self-help, old people.*

### INTRODUCCION

En un trabajo previo (Calero, Gracia Berben, Galvez, Toral y Bailón, 1996) planteábamos el interés que pueden tener los grupos de autoayuda para favorecer distintas acciones preventivas en diversos grupos de riesgo y presentábamos los resultados obtenidos en un estudio de valoración de una iniciativa de autoayuda llevada a cabo por grupos de ancianos. Dicho análisis se centraba en las motivaciones que pueden llevar a una persona mayor a ser voluntario de un grupo de autoayuda y los beneficios que de esta acción pueden derivarse para él.

Tan importante como este análisis, nos parece a nosotros que, puede resultar el investigar los beneficios subjetivos que, de la condición de asistido, pueden derivarse para los ancianos participantes en este tipo de programas. Las conclusiones derivadas de este examen podrían ayudar, desde nuestro punto de vista, a tener criterios de comparación entre diferentes acciones sociales dirigidas al apoyo de aquellas personas que, por su nivel de incapacitación, necesitan de asistencia, y servir para programar redes de servicios.

Por ello creemos que el trabajo que presentamos a debate, a pesar de poseer una limitación derivada del escaso número de asistidos a los que se ha podido tener acceso, puede ser interesante como punto de reflexión.

Como relatamos en la investigación antes mencionada, la experiencia de ayuda mutua que se presenta es un intento de formalizar recursos de ayuda no institucionales. Surge en uno de los barrios periféricos más pobres de Granada: el polígono de Cartuja, barrio eminentemente joven pero cuyos ancianos suponen una población que sufre con más crudeza los rasgos del barrio (INSERSO, 1991). En un análisis realizado por el Centro de Salud en 1986 se detectó que la mayoría de las personas ancianas que aquí vivían no podían valerse por sí mismas y no disponían de personas que se ocuparan de ellas, amén de sufrir de falta de recursos, desarraigo, soledad y aislamiento. A raíz de esto, un grupo de profesionales sanitarios promovió una iniciativa, en la que se intentó implicar a los ancianos asistentes a un Centro de Día de la tercera edad, en un servicio de ayuda a domicilio para los ancianos incapacitados. El objetivo era contribuir, en su propio contexto, a la mejora de la calidad de vida de los ancianos considerados como de alto riesgo psicosocial.

Los criterios fundamentales para asistir a un anciano eran: que viviera solo, que no tuviese familiares próximos, que presentara dificultades para la deambulación y/o para realizar las actividades de la vida diaria y que sufriera problemas de soledad y/o aislamiento. La captación se haría a través de las demandas de los profesionales de salud y de los vecinos o de cualquier miembro de la comunidad.

Respecto a las actividades a realizar por los voluntarios se centrarían fundamentalmente en: dar compañía en el domicilio, acompañarlos a realizar distintas actividades, ayudarlos en pequeños trámites y gestiones, avisar al centro de salud en caso de enfermedad del asistido y recogerles la medicación. Se establecieron normas de actuación, circuitos de información y derivación de casos y sistemas de coordinación con organismos y asociaciones públicas y privadas suministradoras de recursos; se fijaron unas reuniones periódicas de tipo organizativo y de seguimiento y las actividades comenzaron de forma organizada en enero de 1987. Desde esa fecha el programa se ha mantenido en funcionamiento y en 1993 se institucionalizó esta actividad mediante su incorporación a la Federación de Organizaciones y Asociaciones Andaluzas de Mayores (FOAM).

## MÉTODO

### Sujetos

La experiencia de autoayuda que se presenta ha sido realizada en la ciudad de Granada. Entre los años 1987 y 1993, en la zona Cartuja/Almanjayar el equipo de voluntarios de este programa contactó con 32 ancianos considerados en desventaja. De ellos, 5 eran varones y 27 mujeres.

Para este análisis sólo se ha podido entrevistar a 8 de los 32 (lo que supone un 25 % del total), pues para el verano de 1994: 13 habían fallecido, 7 habían rehusado la intervención de los voluntarios y quedaron excluidos de la actividad, 1 se encontraba hospitalizado durante el periodo de recogida de datos y 3 habían cambiado de domicilio (a otro barrio con sus hijos o ingresados en alguna institución).

De los ancianos que asiste el grupo de voluntarios de la FOAM, han podido ser entrevistados otros 8 (de un total no establecido pero que puede oscilar en torno a

15, lo que supondría un 50 % aproximadamente), por lo que la muestra estudiada ha sido de 16 sujetos.

### Instrumentos:

#### **Cuestionario APGAR FAMILIAR**

Para la medición del apoyo familiar se utilizó el Índice APGAR FAMILIAR tal y como fue validado por Smilkstein y adaptado en nuestro país por Revilla y cols. (1990), para ser usado de manera inteligible en poblaciones de bajo nivel de instrucción. Consta de 5 preguntas, correspondiéndose cada una de ellas con un área diferente de la función familiar (apoyo, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive).

Las respuestas de los asistidos de la zona de Cartuja/Almanjayar fueron recogidas por dos enfermeras del equipo investigador, mediante visita domiciliaria a cada uno de ellos. Los asistidos habían sido informados con anterioridad por los voluntarios responsables. Asimismo, las entrevistas de los asistidos de las otras zonas, fueron realizadas por la responsable de la FOAM de Granada, mediante visita domiciliaria. La información se recogió durante los meses de Mayo a Julio de 1994.

#### **Cuestionario de Apoyo Social DUKE-UNC**

Para la medición del apoyo social se utilizó el cuestionario DUKE-UNC modificado por Broadhead y validado en nuestro país por Revilla y cols. (1991). El cuestionario contiene 11 ítems cuyas respuestas se recogen mediante una escala tipo Likert, con puntuaciones que oscilan entre 1 y 5. Los ítems 1, 4, 6, 7, 8 y 10 miden el «apoyo confidencial», es decir la posibilidad de contar con personas a las que se le puedan comunicar problemas, mientras que los ítems 2, 3, 5, 9 y 11 miden el «apoyo afectivo», enten-

diendo por tal la posibilidad de contar con personas que nos expresen amor, cariño o empatía.

través de los siguientes aspectos: Órganos de los sentidos (vista, oído), memoria, comprensión, orientación y comportamiento.

**Escala de Valoración de la Autonomía (EVA)**

El grado de autonomía de los asistidos se determinó usando la Escala de Valoración de la Autonomía (EVA) tal y como fue descrita por Pedrosa y col. (1992). Se trata de un instrumento validado en nuestro medio, que ha mostrado su utilidad en la evaluación del grado de autonomía funcional para el autocuidado en el anciano. Consta de 2 partes. La primera, evalúa las siguientes necesidades funcionales básicas: nutrición (alimentación e hidratación), uso de medicamentos, sintomatología que influye en el nivel de autonomía, actividad-descanso (tareas cotidianas, deambulación, descanso-sueño), aseo-higiene, eliminación (intestinal, vesical), ocupación del tiempo libre y uso de recursos. Una segunda parte evalúa las funciones mentales a

**Entrevista Semiestructurada**

Para conocer la valoración que los asistidos hacen de la actividad de los voluntarios, se diseñó una entrevista semiestructurada. A partir de esta entrevista también se pudo obtener información sobre otros recursos comunitarios a los que tienen acceso los ancianos asistidos.

**RESULTADOS**

Las características sociodemográficas de los ancianos asistidos se recogen en la tabla 1. Como puede observarse, la media de edad era de 79.9. En concreto, el 62,6% tenían, en el momento de la entrevista, más de 80 años. Las mujeres representaban el 93,7% y, de ellas, ninguna estaba casada al realizarse la encuesta.

**TABLA 1**  
**Características sociodemográficas de los asistidos**

VARIABLES		
EDAD	Media	79.9
	Rango	60-103
	Desviación Típica	10.538
	<b>NIVELES</b>	<b>PORCENTAJES</b>
ZONA RESIDENCIA	Cartuja-Almanjaya	50%
	Otros	50%
SEXO	Mujer	93.75%
	Hombre	6.25%
ESTADO CIVIL	Soltero	25%
	Casado	12.5%
	Viudo	56.25%
	Separado	6.25%
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	No sabe leer y escribir	43.75%
	Lee y escribe	56.25%
NIVEL SOCIOECONÓMICO	<40.000 pst./mes	31.25%
	hasta 59.000 pts./mes	56.25%
	>60.000 pts./mes	12.5%

Del grupo muestral total el 56,3% estaba viudo y sólo un 12,5 % vivía con su conyuge. El 43,7% del total se declaraba analfabeto total y el 87,5% declaraba percibir ingresos inferiores a 60.000 pesetas mensuales.

En relación con el **apoyo social y familiar**, en la tabla 2 puede observarse como en 75% de los ancianos asistidos tiene algún tipo de disfunción familiar, siendo éste grave, en el 50% de los casos.

El **apoyo social confidencial, afectivo y global**, se estimó como bajo en el 62,5 % de los asistidos, coincidiendo, en todos los casos, los niveles de los tres tipos de apoyo social evaluados.

En cuanto a la **valoración del grado de autonomía funcional** se han encontrado 2 casos de asistidos un (13%) con puntuación igual o menor a 7 en la escala EVA. Las dos son personas con una incapaci-

dad importante para el autocuidado por motivos de salud: uno de ellos de 79 años, afecto de ceguera por retinopatía diabética, y otro de 84 años que padece secuelas de ictus, más bronquitis crónica que precisa oxígeno domiciliario. Los 14 ancianos asistidos restantes (87%) tienen puntuación de la escala EVA de 3 a 5, lo que puede interpretarse como personas que tienen algún grado de dificultad para las actividades de vida diaria, y que precisan estímulo-supervisión o ayuda en los aspectos más deficitarios.

Del total de los 16 ancianos incluidos en el estudio: 5 ( el 31%) tienen afectación de la deambulación grado 1 de la escala EVA, lo que significa que son personas que pueden desplazarse solas o sólo necesitan una supervisión para ello. Diez de los asistidos (el 63%), son personas que precisan ayuda para caminar, subir o bajar escaleras y/o salir de la cama y tan sólo una de las personas entrevistadas como

**TABLA 2**  
**Grado de apoyo social y familiar, y grado de autonomía de los asistidos**

VARIABLES	NIVELES		PORCENTAJES	MEDIA	D.T
APOYO FAMILIAR	Disfunción grave		50%	1.500	1.500
	Disfunción moderada		25%	5.000	.7071
	Disfunción normal		25%	7.250	.4330
APOYO SOCIAL	Confidencial	Alto	62.5%		
		Bajo	37.5%		
	Afectivo	Alto	62.5%		
		Bajo	37.5%		
	Global	Alto	62.5%		
		Bajo	37.5%		
GRADO DE AUTONOMÍA	Autonomía			16.187	6.214
	Funciones Mentales			3.500	2.345
	Grado de Autonomía Funcional	3	43.75%		
		5	43.75%		
		7	6.25%		
8		6.25%			

asistidos (el 6%) tiene tal afectación que no puede bajo ningún concepto llevar a cabo por sí mismo ninguna de las actividades anteriores.

En relación a los recursos comunitarios a los que tienen acceso (además del grupo de voluntarios) su cuantía y tipo se exponen en la tabla 3. Todos poseen al menos un recurso institucional y uno de ellos llega a tener tres. El recurso más utilizado es el de ayuda a domicilio seguido por diversas ayudas en tareas domésticas.

Para conocer el **grado de satisfacción** de los ancianos asistidos respecto al tra-

bajo que llevan a cabo los voluntarios, en la tabla 4 se exponen las respuestas a las diferentes preguntas de la entrevista semiestructurada, ordenadas por frecuencias.

Las personas con mayor frecuencia demandadas para que les presten ayuda son los vecinos, seguidos de los voluntarios y el 33.3 % afirma que si estos últimos no acudieran irían en busca de los vecinos. En general la familia ocupa un papel muy secundario en la prestación de servicios a este grupo, pues aparece detrás de vecinos y voluntarios como demandada de ayuda.

**TABLA 3**  
**Recursos comunitarios a los que tienen acceso los asistidos**

	NIVELES	PORCENTAJES
NÚMERO DE RECURSOS	1	68.75%
	2	25%
	3	6.25%
TIPO DE RECURSOS	ONCE	6.25%
	Teleasistencia Cruz Roja	12.5%
	Ayuda a domicilio para tareas del hogar e higiene personal	62.5%
	Pastoral de enfermos parroquia	18.75%
	Comedor	18.75%
	Lavandería	18.75%
	Servicio sustitutorio Cruz Roja	6.25%

**TABLA 4**  
**Porcentaje de respuestas sobre el grado de satisfacción de los asistidos respecto al trabajo de los voluntarios**

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PORCENTAJES
Cuando usted necesita algo ¿quién acude a ayudarle?	vecinas	68.75%
	voluntarios	50%
	familiares	43.75%
	servicio del ayuntamiento	18.75%
	servicio de la cruz roja	12.5%
	médico de cabecera	6.25%
	nadie	6.25%
¿Conoce el nombre de su voluntario?	si	100%

**TABLA 4**  
**Porcentaje de respuestas sobre el grado de satisfacción de los asistidos respecto al trabajo de los voluntarios**

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PORCENTAJES
¿Pasa a visitarlo el voluntario?	si	100%
¿Cada cuanto tiempo viene?	varias veces a la semana	37.5%
	una vez a la semana	31.25%
	una vez al mes	6.25%
	todos los días	6.25%
	cuando le hace falta	6.25%
	cada dos o tres meses	6.25%
	me llama mucho por teléfono	6.25%
¿Está usted contento?	están contentos	18.75%
¿Le agrada su visita?	están encantados, contentísimos, lo hacen sin ninguna obligación, los tratan como si fuera su padre/madre.	81.25%
¿Por qué cree usted que lo hacen?	les salen del corazón, lo hacen de buena voluntad, tienen una misión que cumplir, son buenas personas	62.5%
	porque quieren, tiene mucha conciencia, les gusta hacer el bien, por lástima o piedad	37.5%
El tiempo que pasan juntos lo dedican a:	charlar de sus cosas	93.75%
	hablar de cosas que no puede hablar con nadie	31.25%
	pasear	31.25%
	llevarle la medicación	31.25%
	acompañarlos al médico	25%
	acompañarla a la peluquería, a misa	25%
	realizar pequeños trámites	25%
avisar a su familia	25%	
¿Hay algo que no le guste de la actividad de los voluntarios?	le gusta todo	81.25%
	no le gusta su manera de ser ni las cosas que habla	6.25%
	la escasa periodicidad con la que le visita y que pasan poco tiempo juntas	12.5%
Si los voluntarios dejaran de visitarlo ¿lo echarían de menos?	mucho o muchísimo	93.75%
	no	6.25%
Si le echara de menos ¿a qué otras personas acudiría?	vecinos	33.3%
	algún familiar	20%
	a nadie	20%
	no sabe	13.3%
	otros (pastoral de enfermos, servicios sociales)	13.3%
¿Sabe su familia que recibe asistencia de voluntarios?	sí	81.25%
	no, porque no tienen o no vienen a verla	18.75%
Aquellos cuya familia sabe que tiene asistencia de voluntarios	no, les parece bien	77%
¿Han tenido problemas por este motivo con su familia?	no contestan	15.3%
	sí, no le gusta que le visiten extraños	7.7%

Los voluntarios acuden en su mayor parte al menos una vez por semana, se dedican sobre todo a hablar (el 93.95 %) y en segundo lugar a hacerles pequeñas gestiones tales como: llevarle la medicación, acompañarle a diversos sitios, avisar a la familia, etc...

Por otra parte, desde el punto de vista de los asistidos encuestados, la labor de estos voluntarios está muy valorada: el 81.25 % están muy contentos con ellos, el 62 % piensan que son buenas personas, el 81.25 % afirma que les gusta todo lo que hacen los voluntarios y el 93.75 % afirman que sentirían mucho o muchísimo que dejaran de asistirlos.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Los datos que aquí se presentan identifican a un grupo de ancianos con grandes necesidades asistenciales. Personas muy mayores, incapacitadas, con bajo nivel de renta y bajo apoyo familiar y social mantenidas gracias a una red de recursos tanto formales como informales.

En primer lugar y en relación con la valoración del programa de autoayuda, primer objetivo de nuestro análisis, tenemos que señalar que la muestra que aparece como asistida corresponde en todas sus características a la población que se había determinado como objetivo de este programa. Se diferencian en relación con los ancianos que los asisten en más de 15 años de edad y poseen comparativamente menores ingresos (sólo el 12.5 % posee más de 60.000 pesetas al mes frente al 60 % del grupo de voluntarios del programa). En relación con las redes de apoyo con las que cuentan y los niveles de autonomía que poseen (requisitos para ser seleccionado como asistido del programa) el 75 % presentaba una disfunción familiar grave o moderada (frente al 23 % en el grupo de voluntarios) y todos ellos poseen problemas de autonomía.

Respecto a las actividades desarrolladas por los voluntarios, que deben contemplarse como segundo criterio de valoración de esta experiencia, es importante señalar que (a juzgar por los datos que se desprenden de la entrevista semiestructurada aplicada) estas han sido exactamente aquellas que previamente se habían determinado como necesarias, esto es, los voluntarios se dedican a hablar y hacer compañía y a realizar algunas gestiones tales son acompañarle al médico y a misa, recogerle recetas y hacerle pequeños trámites. Es por ello que, en primer lugar, debemos hacer una valoración positiva del grado de cumplimiento de los objetivos planteados por este programa.

En segundo lugar, y pasando a la reflexión que podemos hacer sobre los datos recogidos de estos 16 asistidos, es de destacar que todos se acogen a uno o varios recursos comunitarios pero que, a la par de estos, se ven protegidos por recursos no institucionales. Sin embargo, aunque algunos autores señalan a la familia, junto con los vecinos, como el primer sistema informal de cuidados y como la red social más próxima a la persona que necesita ayuda (López-Aranguren, 1992; Villalba, 1993) y sitúan a los grupos de ayuda mutua como un sistema complementario; en el grupo aquí analizado, aparece como importantísimo el papel de vecindario seguido de los voluntarios ocupando la familia un tercer lugar. Esto podría ser debido, evidentemente, a que el grupo parte de una situación de disfunción familiar.

Del análisis realizado (aunque, como ya hemos apuntado, los resultados no sean todo lo representativo que se pueda desear) se puede concluir que la labor de voluntariado de grupos de autoayuda en ancianos es una labor importante que cubre, en grupos de alto riesgo psicosocial, parcelas no recogidas por los recursos institucionales tales son la compañía y el poder hablar de sus problemas. No

obstante, pensamos, a la luz de los resultados obtenidos, que la labor de estos grupos debería ser previamente programada y controlada dado que, en algunos casos, ésta puede interferir negativamente con otros recursos no institucionales que deben ser fomentados, tales son la familia y los vecinos. De hecho, como apunta Villalba (1993), sería necesario para establecer estrategias de atención basadas en redes sociales, tener en cuenta, entre otros diferentes aspectos, los posibles efectos negativos del apoyo social suministrado sobre las personas en las que se va a intervenir e intentar con ellas potenciar recursos procedentes de la red social natural, es decir, potenciar la colaboración de familiares y vecinos como fuente primera de asistencia.

Por otra parte, está claro que este recurso es bien recibido y valorado por el grupo

de personas atendidas aunque quepa suponer que el grupo que responde a nuestra entrevista esté sesgado, puesto que si no ha rehusado a este servicio es porque lo considera beneficioso. No obstante, podemos considerar a la hora de analizar esta cuestión que en los años en que lleva funcionado este programa (6 años) han sido 7 de 32 (el 21.8 %) los ancianos que han rechazado mantenerlo y desconocemos las causas que los llevaron a hacerlo así.

El tema pues, nos parece lo suficientemente relevante como para tenerlo en cuenta a la hora de planificar acciones comunitarias, esto nos lleva a plantear la necesidad de seguir investigando acerca de las consecuencias, positivas y negativas, que del uso de este tipo de recursos puedan derivarse tanto para los que los ejercen como para los que los reciben.

## BIBLIOGRAFÍA

Calero, M.D.; García-Berben, T.M.; Gálvez, M.; Toral, I. y Bailón, R. (1996). Valoración de un programa de autoayuda entre ancianos: perfil de los voluntarios. *Intervención Psicosocial*, V (13) 85-95.

Insero (1991). *La tercera edad en España: necesidades sociales y familiares de la tercera edad*. Madrid. Insero.

López Aranguren, J.L. (1992). *La vejez como autorrealización personal y social*. Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales (documentos técnicos).

Revilla, L. de la; Fleitas, L.; Caravaille, E.; Cubillo, J. (1990). La influencia de las condiciones socioeconómicas y culturales en la función familiar. *Atención Primaria*, 7, 11, 710-712.

Revilla, L. de la; Bailón, E.; Luna, J.D.; Delgado, A.; Prado, M.A.; Fleitas, L. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 8 (9) 688-692.

Pedraza, M.; Germán, C.; Luna, J.D.; Arana, M.; Peralta, M.; Pedrosa, R. y Marín, C. (1992). Autonomía funcional en ancianos: evaluación de un instrumento de medida. *Revista ROL de Enfermería*, 172, 15-19.

Villalba, C. (1993). Redes sociales: Un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitaria. *Intervención Psicosocial*, II (4) 69-85.