

# Bienestar social y calidad de vida

Sebastiana González Navarro

---

Diplomada en Trabajo Social por la Universidad de Cádiz. Master en Cooperación al desarrollo y gestión de proyectos. Master en Mediación familiar y escolar. Interprete de lengua de Signos, con un desarrollo profesional de más de 13 años como Trabajadora Social de personas con discapacidad intelectual, trastornos de conducta, enfermedades neurológicas, así como directora de la Escuela de Verano Inclusiva.

## Resumen

El bienestar y la calidad de vida son indicadores que poco a poco han empezado a usarse de manera más frecuente en la sociedad moderna, sin que haya un patrón claro tan siquiera para definición, sino que dependen en gran medida del sistema cultural y económico que esté instaurado, lo cual conlleva a que no haya unos mecanismos claros de medición. Es necesario determinar sus dimensiones y los instrumentos más utilizados, para que así los profesionales del Trabajo Social puedan usarlos de manera adecuada a los diferentes perfiles de los usuarios, hasta que desde las instituciones den unas directrices claras que los delimiten. Para ello haremos un estudio de las escalas de medición más usadas, viendo sus pros y sus contras en las diferentes áreas de intervención (residencias de ancianos, centros escolares, atención infantil temprana, etc.) con el fin de



Foto: Guadalupe Arévalo

encontrar un matriz común que sirva de modelo metodológico, práctico y de fácil uso.

### Summary

Well-being and quality of life are indicators that coconut pruning has begun to be used more frequently in modern society, without there being a clear pattern even for definition, but rather they depend to a great extent on the cultural and economic system that is present. established, which means that there are no clear medication mechanisms. It is necessary to determine its dimensions and the most used instruments, so that Social Work professionals can use them appropriately for the different profiles of users, until the institutions give clear guidelines that delimit them. For this, we will make a study of the most used measurement scales, seeing their pros and cons in the different areas of intervention (nursing homes, schools, early childhood care, etc.) in order to find a common matrix that serves methodological model, practical and easy to use.

### Introducción

El principal concepto de calidad de vida viene asociado al concepto de la salud de mano de la Organización mundial de la Salud, que lo definió en 1994 como la "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones". Marcando desde un primer momento un concepto subjetivo y de enfoque cultura,

como agente externo controlador de la propia subjetividad del individuo.

Si bien este concepto está relacionado con la ausencia de enfermedad y de la dependencia que esta provoca, siendo uno de los principales limitantes, basados en intervenciones y apoyos.

Los principios comunes que hemos comprobado son:

- La calidad de vida debe de medirse desde un enfoque multidimensional.
- Debe ser centrada en la persona, con sus valores y creencias, siendo la persona el principal referente para su evaluación, intentando discernir los valores objetivos de los subjetivos
- Debemos de tener en cuenta el plan de vida de la persona, manteniéndonos al margen de cargas de valor
- Es muy importante la red de apoyo como recurso básico, así como el sentimiento de pertenencia a la comunidad, de manera recíproca.

Las dimensiones de la calidad de vida contemplan diferentes áreas, como el físico, el social, el cultural, los recursos económicos, ambiental, vivienda, en comunidad, etc. Partiendo del lugar de residencia de la persona aplicado a su concepto cultural.

### Desarrollo

A la hora de hablar de calidad de vida, al estar ligado con el de salud, necesidades de apoyos y autonomía, y debemos definir el de

dependencia.

Para ello lo desarrollaremos a través de la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia en España, que en su artículo 2, delimita:

- *Autonomía*: la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.
- *Dependencia*: 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 o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

Actividades Básicas de la Vida Diaria (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.

Necesidades de apoyo para la autonomía

personal: las que requieren las personas que tienen discapacidad intelectual o mental para hacer efectivo un grado satisfactorio de autonomía personal en el seno de la comunidad.

Entonces podemos determinar que la pérdida de autonomía por el padecimiento de una enfermedad hace que aparezca una dependencia, que dificulta el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria y que limitan el resto de las áreas., necesitando apoyos físicos, personales o materiales para su desarrollo.

*Envejecimiento*: Es un factor limitante de la calidad de vida en cuanto está asociado al peor desarrollo de las actividades básicas, aumento de enfermedades y patologías y necesidades de apoyos.

En "El libro blanco del envejecimiento activo en Andalucía" delimitan que el envejecimiento poblacional afecta principalmente a los países desarrollados, y que irán en aumento en las próximas décadas, cebándose en el medio rural. Establece que el perfil de la persona cuidadora, donde "la mujer continua ocupándose, a menudo sin que se le pida opinión, en mucha mayor medida que el hombre tanto de las tareas domésticas, como del cuidado de los parientes con problemas de salud (cónyuge, hermanas, suegros, etc.). Este hecho provoca no solo su discriminación y una dificultad casi insuperable para poder acceder a los servicios educativos y laborales, así como a una participación social, cultural y política. Esta

realidad nos hace ser consciente del enfoque de la perspectiva de género en la consecución de la calidad de vida y los objetivos del plan de vida de los usuarios, así como sus frustraciones en los mismos, a imposibilitarse en mayor medida el proyecto de vida de la mujer.

*Discapacidad intelectual y enfermedad mental:* Tal como hemos visto en la citada Ley de Promoción de la Autonomía, es necesario revisar los apoyos especiales para las personas con problemas mentales. No solo en si por las dificultades para entender el mundo que los rodea, sino porque sus decisiones muchas veces suelen ser gestionadas por terceras personas, que “velan” por sus intereses, y deciden “lo mejor” para ellos sin tener en cuenta el propio proyecto de vida de la persona, o valorando sus elucubraciones como “menos válidas”.

Hemos de reseñar también que, en el propio proceso de envejecimiento, ocurre un deterioro de las capacidades cognitivas de las personas, considerándose dentro del mismo grupo y afectado por las mismas premisas a la hora de la valoración de su calidad de vida, en cuanto a factores limitantes de los que se habla.

En el proceso de envejecimiento se observa un deterioro de las funciones cognitivas que puede manifestarse desde su forma más leve (como un simple déficit de memoria no progresiva) hasta la forma más severa de demencia con afectación progresiva e irreversible de las actividades ocupacionales y

sociales que pueden afectar a la capacidad de alimentación del individuo. Por tanto, el deterioro cognitivo tiene una relación directa con la alimentación y puede derivar en un estado de malnutrición, hecho que se agrava especialmente en el proceso de envejecimiento.

Si bien, es recomendable que se evalúe el estado mental de la persona antes de proceder a la valoración de su Calidad de Vida a través de los diferentes test psicológicos en relación a su diagnóstico mental.

Escalas de valoración de necesidades de apoyos más usadas:

- Índice de Barthel
- Escala SIS
- Escala BAS - II
- Escala Sanmartin
- Escala Gen-cat
- Escala Inico
- Índice de Katz
- Índice de Lawton

## **Planteamiento de la investigación**

Los profesionales del Trabajo Social son los encargados en los centros sociosanitarios de llevar a cabo las diferentes escalas de valoración de la calidad de vida de las personas atendidas, para ello usan modelos y métodos de mediación pautados dependiendo del perfil del colectivo diana, intentando contar con la propia interpretación subjetiva de la persona, pero desde la perspectiva objetiva del entrevistador. Para ello expondremos las diferentes escalas más

usadas hasta el momento.

## Resultados y conclusiones

### Objetivos

Informar sobre el proceso de valoración de la calidad de vida de los usuarios y los métodos para su valoración, estableciendo e informando de las diferentes escalas estudiadas. Analizando sus diferentes concepciones y dimensiones estudiadas.

### Marco teorico

Tomando como referencia la diferente información recopilada, se llevará a cabo un análisis científico de la información. Donde analizaremos las diferentes valoraciones e interpretaciones a la información dada, así como las cuestiones planteadas y evaluación de los datos en relación con los diferentes perfiles de las personas atendidas por los Trabajadores Sociales.

### Abordaje metodologico

Debido a la dificultad de concreción de la calidad de vida, es necesario crear unos parámetros unificados o valores y estándares, para así ofrecer a los profesionales de la atención social una herramienta válida en la intervención.

Se realizará una documentación, análisis y reflexión de la información recopilada de forma sistemática para la indagación interpretación y estudio para el avance de los resultados y desarrollo de un patrón común en la calidad de vida.

Tras el estudio de la documentación recopilada, hemos podido comprobar que aunque la OMS delimita las bases, no hay un concepto universal de calidad de vida ni quisiera inherente en la misma cultura, muchos son los autores que los definen de maneras muy distintas y con unas reflexiones lejanas, donde marcan objetivos subjetivos: como bienestar, satisfacción personal, sensación de alegría, etc.

Por otra parte, los instrumentos de medida son dispares, mayoritariamente basándose en aspectos de salud como parámetros más cuantificables, y llevándose a cabo por los profesionales de atención primaria y básica, en los que delimitan factores como: la hidratación, ausencia de golpes, etc., sin tener en cuenta aspectos tan importantes como el entorno: agentes contaminantes, la no adaptación del domicilio a las necesidades del enfermo, los cambios políticos, violencia en el entorno, etc.

A la hora de la valoración, es posible que una misma escala, lleve a cabo una variación en la variable, para así cuantificar aquellas personas con deterioro cognitivo, adicciones, o enfermedad mental, e internar que sirva en el mismo proceso.

Los datos en todos los casos se tabularán y se sistematizarán, llevando a una gráfica, para así ser más visible los resultados objetivos y las áreas a mejorar o mantener. El cálculo matemático de la variabilidad de la variable,

viene dado por sus autores, siendo estos los que dan la mayor o menor importancia al ítem en cuestión.

Ítem más referido que hemos detectado: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, necesidad de apoyos, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social, defensa de sus derechos y especiales medidas médicas (sujeciones que limiten su movilidad, cambios posturales, etc.).

A la hora de llevar a saber la medición de la calidad de vida por el Trabajador Social, este se suele hacer en aspectos sociosanitarios, principalmente en intervenciones en el área que no conlleven una institucionalización. Siendo estos centros de atención de día o de cuidados domiciliarios, para así partir de una pauta, una valoración inicial, en el enfoque de la intervención, y en la cual se cuenta con el propio usuario, dando su visión subjetiva de su situación y su proyecto de vida.

Para finalizar, debemos de tener en cuenta que la federación internacional del Trabajo Social determina que una de la actuación es del Trabajador social es participar en el aumento del bienestar social, para lo cual la valoración de la calidad de vida es un proceso indispensable.

## Referencias

Libro blanco para el envejecimiento activo en Andalucía Edita: Junta de Andalucía, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual\* Robert I, Schalock y Miguel Ángel Verdugo r hustings college, EEUU y Universidad de Salamanca (INICO)

Índice de Barthel

Escala SIS

Escala BAS - II

Escala Sanmartin

Escala Gen-cat

Índice de Katz

Índice de Lawton