



Universidad de Valladolid

**TRABAJO FIN DE
GRADO EN TRABAJO SOCIAL**

“La sobrecarga de los cuidadores
informales de personas mayores
dependientes en Medina del Campo”

**El papel del Trabajo Social desde los Servicios de
Atención Social Primaria en Medina del Campo**

AUTOR:

D^a EVA ARCHILES DIEZ

TUTOR:

ROGELIO GÓMEZ GARCÍA

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

CURSO 2015-2016

FECHA DE ENTREGA: 29 DE MARZO DE 2016

ÍNDICE

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	9
MARCO TEÓRICO	12
1. Los cuidados	12
1.1. Conceptualización de los cuidados	12
1.2. Los diferentes tipos de cuidados	12
1.2.1.El cuidado informal	12
1.2.2.Los cuidados en personas mayores dependientes.....	14
1.2.3.Etapas en el cuidado informal de un familiar dependiente.....	15
1.2.4. El domicilio como ámbito de los cuidados informales.....	17
1.3. Feminización del cuidado.....	18
1.3.1. Cuidado informal y género	19
2. Conceptualización y evaluación de la situación de dependencia	20
2.1. Concepto de dependencia.....	20
2.2. Evaluación de la situación de dependencia	21
2.2.1. Procedimiento para su valoración.....	21
2.2.2. La valoración de los cuidadores	22
2.3. Instrumentos de valoración	24
2.3.1 Para evaluar la situación de dependencia	24
2.3.2. Para evaluar la sobrecarga del cuidador informal	24
3. El cuidador informal.....	26
3.1. ¿Qué es ser cuidador?.....	26
3.2. Síndrome del cuidador quemado.....	26
3.3. Estrés y cuidado informal: la carga del cuidador	28
3.4. Los efectos del cuidar.....	29

MARCO CONTEXTUAL	33
4. Determinantes demográficos de la situación de dependencia en España	23
4.1. Las personas mayores dependientes y lo cuidadores informales en la actualidad	23
4.2. Proyección de la población española 2014- 2064	36
5. El sistema sociosanitario y los cuidados informales	38
5.1. El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.....	38
5.2. Los cuidadores informales en Medina del Campo	43
5.2.1. Servicio de Ayuda a Domicilio	44
5.2.2. Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar.....	45
ESTUDIO EMPÍRICO	47
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	54
CONCLUSIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
REFERENCIAS NORMATIVAS	65
ANEXOS	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfica 1: Personas mayores con Servicio de Ayuda a Domicilio. (Año 2015).....	44
Gráfica 2: Grados de dependencia de los usuarios del SAD. (Año 2016).	45
Gráfica 3: Porcentajes de los cuidadores con sobrecarga en Medina del Campo. .	49
Gráfica 4: Perfil por sexo de los cuidadores encuestados	50
Gráfica 5: Perfil por edad de los cuidadores encuestado.....	50
Gráfica 6: Recursos concedidos en relación a la situación de dependencia de la personas que recibe los cuidados.....	51
Gráfica 7: Relación de parentesco.....	51
Gráfica 8: Organización programa “Cuidando al cuidador”.....	60

INDICE DE TABLAS

Tabla1: Fases e el proceso de los cuidados informales.....	16
Tabla2: Factores de riesgo en los cuidadores informales.....	27
Tabla3: Personas mayores en cifras.....	33
Tabla4: Perceptores de la PECEF.....	34
Tabla5: Numero de personas con PECEF.....	35
Tabla6: Cuantías de las PECEF antes y después de los recortes.....	36
Tabla7: Proyección de la tasa de dependencia.....	37
Tabla8: Clasificación de los grados de dependencia.....	39
Tabla9: Prestaciones reguladas en la ley 39/2006.....	39
Tabla10: Catálogo de servicios.....	40
Tabla11: Estimación de los recortes presupuestarios.....	42
Tabla12: Población de Medina del Campo (Año 2016).....	43
Tabla13: Grado de dependencia de las personas mayores de 65 años (Año 2016).....	43
Tabla14: Grados y perceptores de la PECEF (Año 2016).....	45
Table15: Perfil de los cuidadores con PECEF (Año 2016).....	46
Tabla16: Interpretación de la escala de Zarit.....	47
Tabla17: Entidades colaboradoras en la administración de cuestionarios.....	48
Tabla 18: Análisis desarrollado de cada uno de los ítems.....	52
Tabla19: Etapas metodológicas para la valoración de cuidadores informales.....	56

ÍNDICE DE SIGLAS

A.B.V.D: Actividades Básicas de la Vida Diaria

A.I.V.D: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

A.V.D: Actividades de la Vida Diaria

B.V.D: Baremo de Valoración de la Dependencia

C.C.A.A: Comunidad Autónoma

C.E.A.S: Centro de Acción Social

I.M.S.E.R.S.O: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

I.N.E: Instituto Nacional de Estadística

P.E.C.E.F: Prestación económica de cuidados en el entorno familiar

P.I.A: Programa Individualizado de Atención

R.A.E: Real Academia Española

S.A.D: Servicio de Ayuda a Domicilio

S.A.U.S.S: Sistema Unificado de Acceso a los Servicios Sociales de Castilla y León

S.A.A.D: Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

S.S.S.S: Servicios Sociales

RESUMEN

Los cuidadores informales de personas mayores dependientes constituyen un capital social de vital importancia. El hecho de cuidar a un familiar mayor dependiente, es un fenómeno cada vez más extendido que se está convirtiendo en una experiencia común en la vida familiar de muchas personas, por ello estos cuidadores suponen un capital social de enorme importancia. Este capital social, permite que las personas mayores dependientes que permanecen en el domicilio, puedan disfrutar de un nivel de vida adecuado y digno. Con ello, podemos decir que los cuidadores informales son, una parte fundamental de nuestra estructura social y un valor significativo para el adecuado funcionamiento de nuestra sociedad. Sin embargo cuidar a un familiar no es una tarea fácil, ni libre de dificultades, ya que estas personas padecen una gran carga emocional provocada por la responsabilidad de cuidar a sus seres queridos. Se generan problemas físicos y psíquicos asociados a la sobrecarga provocada por la atención constante al familiar dependiente, generando una situación de estrés y tensión en la persona que presta los cuidados.

Por ello, en este trabajo nos hemos centrado en la sobrecarga sentida por los cuidadores informales de personas mayores dependientes de Medina del Campo llevando a cabo un estudio empírico de la sobrecarga de este colectivo. Para ello hemos llevado a cabo una revisión literaria de la práctica del Trabajo Social en este ámbito de intervención. Esta revisión nos ha llevado a reflexionar si los planes de intervención con este colectivo están adaptados a las necesidades reales que actualmente emergen en ellos y como resultado de esta reflexión hemos creído necesario contribuir a la promoción de una nueva práctica del trabajo social con este grupo de personas, desde el ámbito de los Servicios Sociales.

De este modo presentamos una propuesta de intervención centrada en una mayor atención de los cuidadores informales en las valoraciones de personas mayores dependientes dentro de los estándares acordados para el ejercicio del Trabajo Social, junto con un programa que permita abordar sus necesidades de forma integral a través de una metodología centrada en la persona y basada en el acompañamiento social.

Palabras clave: Cuidadores informales, sobrecarga, personas mayores, dependencia

ABSTRAC

The informal carers of older dependent people constitute a social capital of enormous importance. The fact to take care of an old dependent relative is a phenomenon greater and greater, that is becoming a common experience in many people's family lives, therefore these caregivers represent a capital of enormous importance. This social capital, allow that dependent people who stay at home, can enjoy a standard of living adequate and deserving. So, we can say that informal caregivers are an essential part of our social structure and significant value for the proper functioning of our society. However take care of a family member is not easy nor free of difficulties, since these people have a great emotional burden caused by the responsibility of caring for their loved ones. Generated problems physical and psychic associated with the overload caused by the constant attention to the family dependent, generating a situation of stress and tension in the person who provides the care.

Therefore, in this work we have focused on overload of informal carer of older dependents people's of Medina del Campo going on an empirical study of the overload of this group. For this purpose we have carried out a literature review of the practice of Social work in this field of intervention. This review has led us to ponder if this collective intervention plans are adapted to the real needs that currently arise in them and as result of this reflection we have believed necessary to contribute to the promotion of a new practical social work with this group of people, from the Social Service scope .

In this way we present a proposal for intervention focused on greater attention of the informal carer of old dependent people within the agreed standards for the exercise of the Social Work, along with a program that allows to address their needs in a comprehensive way, through a person-centered and based on the social support methodology.

Key words: informal caregivers, overload, elderly ,dependence

INTRODUCCIÓN

En España, el fenómeno del envejecimiento de la población ocupa, un papel relevante en nuestra sociedad del que la gran mayoría somos conscientes, pero no ocurre lo mismo con el colectivo de familiares cuidadores de personas mayores dependientes.

Llegada la última etapa del ciclo evolutivo, comienza la aparición de diferentes síntomas, enfermedades o situaciones que causan la dependencia de nuestros mayores, requiriendo la atención y ayuda necesaria por parte de terceros, ayuda generalmente asumida por su entorno familiar más próximo, convirtiéndose en un cuidador informal. De tras de una persona dependiente que necesita cuidados y atenciones, encontramos a un cuidador, con frecuencia no profesional, que asume un rol para el cual no estaba preparado, y que acostumbra a ser un familiar cercano de la persona afectada.

El cuidador informal o no profesional, es una persona que atiende a una persona dependiente en su vida diaria, se trata de un rol que varía según las características de la persona que recibe el cuidado y de las características de la persona que presta el mismo, por ello en muchas ocasiones el hecho de cuidar a una persona dependiente, puede afectar a la calidad de vida de la persona que asumen dicho rol.

Los procesos relacionados con la dependencia de personas mayores, suelen ser largos, marcados por cuidados permanentes que inciden negativamente en el estado de salud de la persona que presta el cuidado, ya que dichas atenciones requieren de constantes esfuerzos físicos de movilización de la persona mayor, y por que con frecuencia se enfrentan a enfermedades como la demencia senil, el alzhéimer y los trastornos de personalidad, que generan mayor estrés.

En suma, las personas cuidadoras están sometidas al peligro de desbordamiento y agotamiento de sus recursos personales que incrementan el riesgo de padecer diversos problemas físicos, así como importantes alteraciones emocionales (Bonafonte, 2009, citado en Grueso, 2012, p. 16).

Esta situación debe ser abordada desde nuestra profesión, siendo necesario para ello investigar, analizar, evaluar y utilizar el conocimiento actual para actualizar los propios conocimientos sobre los marcos de trabajo, a fin de adaptarlos a las necesidades y circunstancias cambiantes que acontecen en nuestra sociedad.

Por ello con este trabajamos queremos ofrecer una nueva forma de afrontar la situación y sobrecarga de los cuidadores informales de Medina del Campo desde los Servicios Sociales, donde la labor de los trabajadores sociales es esencial.

Los objetivos que guiaran la elaboración y desarrollo del mismo, son los siguientes:

- Conocer la sobrecarga sentida por los cuidadores informales de personas mayores dependientes en el territorio de Medina de Campo
- Crear un programa destinado a atender las necesidades de los cuidadores de personas mayores dependientes desde los Servicios Sociales de Medina del Campo
- Visibilizar la necesidad de atención de este colectivo de personas Para ello es necesario poner en práctica una serie de competencias como son:
 - Revisión la literatura existente sobre el tema a investigar
 - Revisar y evaluar la práctica del Trabajo Social con cuidadores informales de personas mayores dependientas
 - Análisis y síntesis de la información obtenida
 - Reflexión crítica sobre las mismas

El desarrollo de las mismas no ha facilitara la elaboración y desarrollo de este trabajo, sino que también nos van a permitir alcanzar los objetivos planteados en el.

Antes de adentrarnos en el contenido del mismo, queremos hacer una breve descripción de los diferentes puntos que contiene el mismo, a fin de que sea más fácil su comprensión. En el podemos distinguir los siguientes apartados:

El primero, dedicado a un acercamiento tanto de la literatura existente sobre el tema objeto de intervención, como de las prácticas llevadas a cabo con estas personas desde el Trabajo Social

Una segunda parte en la que se detallan los factores contextuales que envuelven la situación de cuidados familiares, haciendo especial hincapié en la población de Medina del Campo, ya que es en esta localidad donde se desarrolla el estudio empírico a llevar a cabo.

El tercer apartado, está dedicada al trabajo empírico llevado a cabo en este trabajo, donde a través de una metodología cuantitativa se analizan los resultados obtenidos.

En cuarto lugar situamos la propuesta de intervención a fin de aportar nuevas prácticas desde el ámbito de nuestra profesión, favoreciendo la calidad de vida y bienestar social de estas personas. A continuación situamos las conclusiones desarrolladas, ya que creemos conveniente una vez desarrollado el trabajo, recoger en este apartado aquellas ideas y conocimientos que hemos ido formando y construyendo a través de la reflexión crítica.

Y es sexto y último lugar situamos la bibliografía, apartado dedicado a recoger de forma detallada y ordenada todas las referencias bibliográficas empeladas para la elaboración de este trabajo.

MARCO TEÓRICO

1. LOS CUIDADOS

1.1. Conceptualización de los cuidados

Cuidado es una palabra que deriva del latín “cura”. En su forma más antigua se escribía *coera*, y se utilizaba en un contexto de relaciones de amor y amistad. Expresaba actitud de cuidado, desvelo. Es más preocupación que ocupación.

Por otra parte, la RAE (Real Academia Española), nos da dos definiciones del término cuidar. La primera acepción alude a “poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo”. La segunda “asistir, aguardar, conservar”.

Cuidar es un acto de vida que tiene por objeto, permitir que la vida continúe y se desarrolle. Aparece desde el momento que aparece la vida, sin los cuidados no hay supervivencia y en todas las etapas de la vida se proporcionan cuidados según las necesidades personales. El cuidado se entiende como las actividades dirigidas a ofrecer ayuda y mantener la salud y bienestar del individuo, suele ser una acción solidaria y familiar en la que influyen los valores, creencias, símbolos y las formas sociales y culturales (Colliere, 1993, Leninger, 1985, Guimaraes y Partezani, 1995, citado en Zamaño, 2015, p. 63).

Podemos decir que el cuidado es un amplio concepto que incluye un conjunto de comportamientos basados en el interés, la compasión, la preocupación, etc. Y es un modo de ser de las personas.

1.2. Los diferentes tipos de cuidados

La actividad de cuidar se realiza desde diferentes instituciones tanto públicas como privadas, estos son los hospitales, familias y residencias. El tipo de cuidado viene dado por el tipo de persona o institución que lo provee, por la situación de quien lo recibe, y por el contexto en el que se desarrolla (Cruz, Pérez, Jenaro, Flores y Segovia, 2010, citado en Grueso, 2012, p. 63).

En el cuidado a las personas mayores que tienen dificultades para la realización de las ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria), como es el caso de las personas mayores dependientes, intervienen tres agentes:

- Familia cuidadora o apoyo informal
- Sector público con las diferentes prestaciones y servicios ofertados a través del SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia).
- Oferta privada, tanto mercantil como no lucrativa

El cuidado formal se define como aquellas acciones que un profesional oferta de forma especializada, y que va más allá de las capacidades que tienen las personas para cuidar de sí mismas o de otros. Existen dos tipos de cuidado formal, el que es proporcionado a través de los servicios y programas públicos y los que contratan las propias familias.

El cuidado informal es el que presta la familia, amigos o vecinos. Estas redes sociales se caracterizan por ser de tamaño reducido, existir relación y afectividad en el cuidado al ser una capacidad común y necesaria en todas las personas.

Esta ayuda que han de suministrar los familiares cuidadores es constante, intensa y prolongada en el tiempo, y se agudiza a medida que se agrava la situación de dependencia. De manera que en muchas ocasiones esta atención a las personas mayores dependientes, sobrepasa las capacidades físicas y psíquicas de los cuidadores/as, provocando un estresante crónico, denominado carga del cuidador, del que más tarde hablaremos.

Culturalmente podemos diferenciar dos tipos de cuidadores:

- Cuidador tradicional: Es el cuidador habitual, que ha convivido y se ha encargado siempre del cuidado del enfermo. Estamos ante un contexto de obligación social, mezclada con la afectividad hacia la persona cuidada.
- Cuidador en sociedad moderna: es aquel que asume el rol de cuidador obligado por las circunstancias. En este caso, la mayoría de las veces, el cuidador tiene una actividad laboral fuera del domicilio.
-

1.2.1. *El cuidado informal*

La mayor parte de las personas mayores de edad avanzada presentan alguna limitación o incapacidad que impide o dificulta la realización de ciertas actividades que requieren cierta autonomía.

Estas necesidades pueden incluir una ayuda mínima como por ejemplo un simple acompañamiento, o bien puede alcanzar un grado importante y continuo, como es el caso del a higiene corporal. También puede ser necesario proporcionarles ayuda para que mantengan una adecuada relación con sus semejantes y con el mundo en el que viven.

En general, estas necesidades son atendidas por la familia constituyendo el colectivo de cuidadores informales de personas mayores dependientes, ya que aunque la ayuda proporcionada por las instituciones públicas, como son los Servicios Sociales (SS.SS), a través de prestaciones económicas como es la Prestación Económica de Cuidados en Entorno Familiar (PECEF) o bien a través de servicios como es el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), constituyen ayudas importantes, pero los miembros de la familia son sin duda, una fuente principal de apoyo y ayuda para las personas mayores en situación de dependencia.

Los cuidados informales llevados a cabo por familiares o personas cercanos a la familia, implican una dedicación y afecto que no se da igual en los cuidados formales Sin embargo en la mayor parte de las familias, es un único miembro el que asume la mayor parte de la responsabilidad del cuidado, convirtiéndose en la o el cuidador principal. También, dependiendo de cuál sea el parentesco o la relación entre el cuidador y la persona cuidada, existen diferencias en la forma en que se vive y acepta la situación de cuidado informal (Imsero, 2006, p. 44).

Además el cuidado informal de un familiar mayor dependiente, generalmente, conlleva una experiencia duradera que exige reorganizar la vida familiar , laboral y social en función de las tareas que implica dicho cuidado, por ello en muchas ocasiones no encontramos con cuidadores que indican que su vida se ha visto afectada de diversas formas desde que comenzar los cuidaos informales y en muchas ocasiones sin apenas darse cuenta, se van exigiendo mas y mas en cuanto al cuidar de su familiar, llegándose a olvidar de ellos mismos.

1.2.2. *Los cuidados en personas mayores dependientes*

Los cuidados en personas mayores dependientes son llevados a cabo ante la dificultad o existencia de alguna limitación que impida o dificulte la realización de las

Actividades de la Vida Diaria (AVD) generalmente ocasionadas por la propia edad o la presencia de alguna enfermedad o patología.

Las AVD son un conjunto de tareas o conductas que una persona realiza de forma diaria y que le permiten vivir de forma autónoma e integrada en su entorno y cumplir su rol o roles dentro de la sociedad.

Estas a su vez pueden ser: Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) O Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD):

- **Actividades Básicas de la Vida Diaria:** Se trata de las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de independencia, tales como: El cuidado personal, vestirse, asearse, comer, usar el WC y controlar los esfínteres, orientarse, ejecutar ordenes o tareas sencillas,
- **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria:** Son actividades más complejas que las ABVD, y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones e implican interacciones más difíciles con el medio. En esta categoría se incluyen tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad

Ambos tipos de actividades se consideran necesarias para el desenvolvimiento cotidiano de las personas mayores dependientes. (Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en situación de Dependencia)

1.2.3. *Etapas en el cuidado informal de un familiar dependiente*

Una persona no se convierte en cuidador de un día para otro, sino que necesita un proceso de adaptación a esta nueva situación que le va a tocar desempeñar. Esto implica experimentar cambios en su vida cotidiana, relacionados con la transformación de roles, responsabilidades familiares, cambios en los estilos de vida y las relaciones de apoyo.

Cabe resaltar que los cuidadores que presentan una experiencia de cuidado mayor a tres meses se encuentran en una etapa de adaptación al rol; por lo tanto, existe la posibilidad de compromiso en cada una de las dimensiones de la calidad de vida; Y hasta que logre adaptarse a su nuevo rol puede pasar por distintas fases, ya que se trata de una experiencia prolongada en la que pueden diferenciarse diferentes etapas (Achury, Castaño, Gómez y Cueva, 2011, p. 5).

A continuación mostramos una tabla en la que se recogen las diferentes etapas que implica los procesos de afrontamiento del cuidado informal de una persona mayor dependientes

Cuadro 1: Fases en el proceso de cuidados informales

FASES EN EL PROCESO DE CUIDADOS INFORMALES	
Fase de preparación – adquisición	Etapa en la que el cuidador va aumentando su comprensión del problema y de la necesidad de ayudar de manera continuada a su familiar, que generalmente se produce con motivo de un empeoramiento físico del familiar o de su hospitalización
Fase de promulgación- actuación	Periodo en el que el cuidador ejerce su rol. Las dificultades a las que los cuidadores tienen que enfrentarse no se circunscriben única y exclusivamente a la persona a la que se cuida sino que en numerosas ocasiones también tienen que ver con problemas añadidos a los originados por la situación de cuidado: laborales, familiares, etc.
Fase de abandono	Etapa que generalmente comienza tras el fallecimiento del familiar y que no se caracteriza necesariamente por el cese del estrés del cuidador que tiene que recomponer no solo su vida sino también en numerosas ocasiones su propia identidad

Fuente: Aneshensel et al., 1995, Montorio et al., 1999; Seltzer y Li, 2000 citado en Imserso, 2006, p. 23.

1.2.4. *El domicilio como ámbito de los cuidados informales*

EL cuidado informal necesita de alguna persona implicada en su acción como cuidadora, así como un ámbito de aplicación que, en nuestro caso, es el domicilio de la persona que recibe los cuidados o en la casa de la personas cuidadora, por ello el domicilio constituye un entorno que influirá en la forma y calidad de la provisión de los cuidaos.

El domicilio o casa no es solo entendido como un mero espacio físico, sino también como un concepto psicológico y social que es a menudo relacionado con la seguridad y una protección de las presiones del trabajo remunerado y de la vida pública (Nicolás, 1990, citado en Bover, 2004, p.42).

Por ello no podemos obviar la relación de cuidado informal con su ámbito de desarrollo, el domicilio, y a tendiendo a que son las mujeres las que realizan mayoritariamente este tipo de cuidados, el género es algo fundamental, como ya hemos mencionado anteriormente.

El cuidado informal en el domicilio no solo está influenciado por las dinámicas internas de la familia en el interior de la casa, sino también por su entrono, por la red social de vecino y amigos, u otras asociaciones o colectivos comunitarios, así como por otros servicios públicos como son los sistemas sociosanitarios o educativos situados en las cercanías del hogar. Todos ellos suelen participar e influir de alguna forma en el cuidado informal que se realiza en el domicilio (Bover, 2004, p.42).

Por ello no solo el entorno próximo tiene influencia sobre el cuidado informal, también el entorno sociocultural donde se sitúa la casa, condicionará la manera de experimentar e identificar el significado del hogar y el cuidado que allí se realiza. La casa puede ser por tanto un espacio potenciador de los mejores cuidados, como un espacio de conflicto ocultando la sobrecarga, ansiedad, negligencia, maltrato....., ya que el domicilio es un elemento modulador de su desarrollo, relacionándose directamente con diversos elementos como son las identidad cultural e individual, la familia, el género, la generación y las relaciones de poder que entre ellos se establecen y condicionan.

1.3. Feminización del cuidado

El término género pone de manifiesto los comportamientos culturales, sociales y asignación de roles que diferencian la forma en que la sociedad construye el "ser hombre" o "ser mujer," no como distintos sino como desiguales. El concepto de género es relacional, revela la inequidad de las relaciones sociales desde un principio de poder y desigualdad centradas en carencias, exclusiones de ingresos y participación innecesarias, evitables e injustas (Borrell, García y Marti-Bosca, 1990, citado en Vaquiro y Stiepovinch, 2010, p.11).

El inicio de la invisibilidad de la cuidadora informal se da a partir de la asignación del rol de cuidadores en el contexto socio-cultural de mujeres y hombres sobre sus actitudes y conductas, donde el cuidado es algo inherente a toda cultura humana y es la mujer a lo largo de la historia la responsable de la salud física y mental de la familia en el proceso salud y enfermedad. La carga diferenciada en la distribución del papel de cuidadores entre hombres y mujeres y la presencia del género femenino en el cuidado es un hecho, aunque ello no significa que el cuidado sea realizado en exclusividad por mujeres (Pezo, Costa y Souza, 2004, citado en Vaquiro y Stiepovinch, 2010, p. 11). Sin embargo, el cuidado asume una connotación de feminización e inequidad donde el perfil típico de las personas que asumen el papel de cuidadora principal es el de una mujer sin empleo, de menos nivel educativo, responsable de las tareas domésticas, de clase social baja, familiar directo y quien convive con la persona que cuida, ejerce actividades de prevención como de cuidado respecto a la salud familiar y no sólo cuida, sino que apoya y ayuda a otras mujeres en el cuidado (García, Rodríguez, Maroto, 2004, citado en Vaquiro y Stiepovinch, 2010, p. 11).

La mujer asume el cuidado como un compromiso moral, natural, marcado por el afecto, socialmente a un costo alto, definido como responsabilidad, tarea impuesta, deber sancionable no valorada, ni remunerada.. Lo que resalta la existencia de una diferente valoración social respecto al desarrollo de estas tareas y el sesgo de género que esto supone; a pesar de ello, y al valioso aporte del género femenino dentro del sistema de salud, el ejercer la función intermediaria entre el enfermo dependiente y los sistemas sanitarios son invisibles, únicamente se hacen evidentes cuando estos cuidados no son asumidos (Valderrama, 2006, citado en Vaquiro y Stiepovinch, 2010, p. 12).

1.3.1. *Cuidado informal y género*

Cuando se habla de cuidado informal se habla mayoritariamente del apoyo ofrecido por miembros de la red familiar inmediata, pero la distribución del rol de persona cuidadora no es homogénea en las familias. El perfil típico de la persona cuidadora principal es el de una mujer, ama de casa, con una relación de parentesco directa (por lo general, madre, hija o esposa) y que convive con la persona a la que cuida.

Género, convivencia y parentesco son las variables más importantes de cara a predecir qué persona del núcleo familiar va a ser la persona cuidadora principal. El hecho de que la atención informal sea mayoritariamente femenina pone de manifiesto las cargas diferenciales de cuidado entre hombres y mujeres (García, Rodríguez y Maroto, 2004, pp. 132-139). Esto es debido a que existe una construcción social del rol de cuidador ligado al género femenino (Hooyman y Gonesa, 1995, citado en Bover, 2004, p. 98) basado en las creencias tradicionales acerca de las funciones protectoras de la familia y sobre todo de las mujeres como proveedoras naturales de los cuidados. Ello condiciona la construcción de la identidad y subjetividad en referencia al cuidado y su responsabilidad según el sexo.

Cuidan por una obligación social, que no suele percibirse como tal, por la interiorización que se tiene de la cuestión y así se transmite los valores a los más jóvenes de la familia y en la actualidad supone una obligación que puede conllevar a la mujer a conflictos futuros en la competencia de roles, conflicto que no se presenta en igual intensidad en caso de los hombres (Hooks, 2000, citado en Bover, 2006, p. 98).

2. CONCEPTUALIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

2.1. Concepto de dependencia

El Consejo de Europa define la dependencia como *“la necesidad de ayuda o asistencia importante para las AVD”*, o, *“un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, `psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes para realizar las AVD.* (Consejo de Europa, 1998, citado en Libro Blanco, 2004, p. 21).

Esta definición, que ha sido ampliamente aceptada, implica la existencia tres factores para que se pueda hablar de una situación de dependencia: La existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que afecta a determinadas capacidades de la persona; en segundo lugar, la incapacidad de la persona para realizar por si mismo las AVD; y en último lugar, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero (Libro Blanco sobre la Atención a las Personas en situación de Dependencia, 2004)

De este modo, la dependencia puede entenderse, por tanto, como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente. Este déficit comporta una limitación en la actividad. Cuando esta limitación no se puede compensar mediante la adaptación del entorno, provoca una restricción en la participación que se concreta en la necesidad de ayuda por parte de otras personas para la realización de las AVD.

Esta situación de dependencia, no solo afecta a personas mayores, sino que recorre toda la estructura de edades de la población. Sin embargo el proceso acelerado de envejecimiento de nuestra población está dando una dimensión nueva al problema, al coincidir con cambios en la estructura social de la familia y de la población cuidadora. Ciertamente es, que la necesidad de cuidados derivados de las situaciones de dependencia ha existido siempre, pero lo que ha cambiado es su dimensión, sobre todo, debido al crecimiento del número y de la proporción de personas mayores

2.2.Evaluación de la situación de dependencia

Las distintas Comunidades Autónomas determinarán los órganos de valoración de la situación de dependencia, que emitirán un dictamen sobre el grado y nivel de dependencia, con especificación de los cuidados que la persona pueda requerir.

En el caso de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, son los Servicios Sociales Básicos ubicados en los Centros de Acción Social (CEAS), los encargados de emitir dichos dictámenes, para ello los trabajadores sociales que desarrollen su actividad profesional en los mismos se trasladarán al domicilio o lugar de residencia de la persona solicitante a fin de evaluarla, así como examinar directamente el entorno en el que desarrollan las AVD y las condiciones físicas, mentales, intelectuales o sensoriales en las que se encuentra la persona solicitante. Y excepcionalmente, se podrán determinar diferentes procedimientos para la valoración de la situación en instalaciones diferentes a la visita domicilio de la persona solicitante.

2.2.1. Procedimiento para su valoración

El reconocimiento del derecho a la consideración de persona dependiente, se establece a través de un procedimiento administrativo que es iniciado según establece el artículo 28 de la Ley 39/2006 de Promoción y Atención a las situaciones de dependencia, por la persona afectada en algún grado de dependencia o bien por un familiar o persona legítima.

Una vez puesto en conocimiento a la Administración Pública competente, en este caso, los Servicios Sociales Básicos, la necesidad de un reconocimiento de la situación de dependencia, se procederá a su valoración, llevada a cabo por profesionales del Trabajo Social que desarrollen su labor en los CEAS.

La valoración de dependencia se lleva a cabo a través de una herramienta fundamentada en la Clasificación Internacional del Funcionamiento. Este baremo de valoración indica la capacidad de la persona para llevar a cabo por si mismo las ABVD, así como la necesidad de apoyo que requiere, en este caso la frecuencia y la intensidad de los cuidados que necesita por parte de una tercera persona.

Atendiendo al principio de coordinación interadministrativa, entre las diferentes Administraciones Publicas recogido en la ley 39/2006 mencionada anteriormente, la

valoración de dicha situación se llevara a cabo atendiendo a los diferentes informes médicos sobre la salud de la persona, realizados por el personal sanitario, así como a los informes sociales realizados por el trabajador social en relación a las ayudas técnicas, órtesis y prótesis que le hayan sido prescritas y la orientación hacia las ayudas existentes, en caso de no utilizarlas. Además el o la trabajador/a social se desplazará al entorno habitual donde reside la persona solicitante, a fin de conocer su situación y desenvolvimiento en el domicilio en relación a la realización de las ABVD y poder administrar el baremo.

Por último la Administración Autónoma correspondiente, expedirá una resolución en el que se indicará el reconocimiento del solicitante, grado y nivel de dependencia, así como los servicios y prestaciones reconocidos en función del grado y nivel determinado, tendiendo validez la misma, en todo el territorio nacional. Además el reconocimiento de la situación de dependencia implica la elaboración de un Plan Individualizado de Atención (PIA), fijado el en artículo 29 de la Ley 39/2006, encargados de su elaboración los CEAS.

El PIA es un documento en el que se recogen las modalidades de intervención más adecuadas a sus necesidades de entre los servicios y prestaciones económicas previstas en la resolución para su grado y nivel. Dicho documento será elaborado conjuntamente entre el profesional y usuario, o en su caso, con su familia, o persona que lo represente.

2.2.2. La valoración de los cuidadores

El lugar que ocupan los cuidadores en relación con las atenciones que precisa una persona mayor dependiente, es sin duda un lugar de importancia. No es hasta hace unos años cuando se ha evaluado de forma sistemática y rigurosa la situación y el bienestar de los mismos.

Se pueden establecer diferentes etapas en relación al interés por la valoración de los cuidadores:

- ✓ A primeros de los años 80, un grupo de investigadores se interesaron por evaluar la carga del cuidador principal y así empezaron a elaborar instrumentos de evaluación para medir dicha carga. (Gaugler, Kane y Langoise, 2000, citado en Grueso, A, 2012, p. 38).

- ✓ A finales de los 80 y a lo largo de los años 90, se empezó a analizar y estudiar con más profundidad los efectos a largo plazo del proceso de cuidado, no solo centrado en la sobrecarga sino en otras dimensiones sobre las que el cuidado tenía efecto.

De estos estudios se ha facilitado que en la actualidad exista un consenso en torno a la idea de que los cuidadores son un objetivo central de la intervención sociosanitaria, superando la visión de los cuidadores como recursos en los que apoyarse para proporcionar una atención.

Tradicionalmente el enfoque de valoración hacia los cuidadores, se ha realizado con objeto de incluir a los cuidadores en un plan de cuidados para la persona afectada de demencia, y no para conocer y entender sus necesidades (Baxter, 2000, citado en Maza, 2013, p. 47).

Actualmente se tiende a contemplar una visión integral de las necesidades del cuidador. Tal y como refiere Augusta (2012), es muy necesario conocer las necesidades de las personas cuidadas y ponerlas en relación con las propias del cuidador, pero advierte que las necesidades de la persona atendida pueden no ser las mismas que las del cuidador sobre todo en relación con enfermos de demencia..

Algunos autores resaltan la importancia de la evaluación como un instrumento para que el profesional entienda la experiencia diaria del cuidador, reconozca su trabajo y se valore a los cuidadores (Fancey y Keefe, 1999, citado en Úbeda, 2009, p. 26). A lo que se le añade la visión tan importante para el desarrollo de este trabajo que tiene de considerar a la valoración como un proceso terapéutico a través del cual los cuidadores se sienten entendidos, reconocidos y valorados por el profesional (Gwyther, Ballard y Hinman, 1990, citado en Carretero, García y Rodenas, 2015, p. 21).

En el caso de la investigación y de las políticas de atención, la valoración se puede utilizar como instrumento para caracterizar y describir la población, revisar cambios que se desarrollan a lo largo del tiempo, poder determinar nuevas fórmulas para la prestación de los recursos y servicios para la atención, realizar una evaluación sobre su eficiencia y calidad. En la práctica clínica, la valoración de los cuidadores puede determinar el tipo de apoyo necesario y puede suponer la base de un plan de cuidados (Feinberg, 2004, citado en Augusta, 2012, p. 62).

La evaluación de las necesidades y características de los cuidadores así como sus capacidades, recursos, bienestar físico, psicológico y social, no solo se considera necesario en el ámbito de la intervención, sino que representa una clave igualmente fundamental en el marco de la política social y en la investigación, ámbitos en los que cumple funciones fundamentales.

2.3. Instrumentos de valoración

2.3.1. Para evaluar la situación de dependencia

El Baremos de Valoración de la Dependencia, en adelante BVD, es un instrumento que permite establecer la valoración de grado y niveles de dependencia de acuerdo con los establecido en la ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Persona y Atención a las personas en situación de dependencia. Dicho baremos se ha construido a partir del análisis de la mencionada ley, así como de experiencias nacionales e internacionales similares, y de las opiniones de un grupo amplio de expertos, a través de un estudio Delphi y de diversos grupos favorables en relación a su validez de constructo y a su fiabilidad interna según los estudios de pilotaje y de validación realizados. (Augusta, 2012, p. 53).

A través de este instrumento los trabajadores sociales encargados de su valoración pueden determinar las situaciones de dependencia en relación a la realización de las ABVD y las AIVD.

2.3.2. Para evaluar la sobrecarga del cuidador informal

El Zarit Burden Inventory, conocido en nuestro entorno como el cuestionario de Zarit, es un instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes.

Aunque no es el único que se ha empleado para cuantificar el grado de sobrecarga, si es el más utilizado, y se dispone de versiones validadas en diferentes idiomas. La versión original cuenta con un listado de 22 afirmaciones que describen como se sienten a veces los cuidadores, para cada una de ellas, el cuidador debe indicar la frecuencia con la que se siente así, utilizando una escala que consta de 0 nunca, 1 rara vez, 2 algunas veces, 3 bastantes veces y 4 casi siempre. Las puntuaciones obtenidas en cada ítems se suma, y la puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador. Por tanto, la

puntuación global oscila entre 0 y 88 puntos. Siendo el punto de corte de no sobrecarga en 47 diferenciando la sobrecarga leve con un corte de entre 47 y 55 puntos, y sobrecarga intensa cuando se pasa los 55 puntos.

A partir del análisis factorial de la escala se definieron tres dimensiones subyacentes a la carga del cuidador (Úbeda, 2009, p. 94).

- Impacto del cuidado o valoración por parte del cuidador acerca de los efectos que tiene el o la prestación de cuidados a un familiar (disminución del tiempo libre, falta de intimidad, etc.)
- Carga interpersonal, que es la percepción que el cuidador tiene de su relación con la persona a la que cuida
- Expectativas de autoeficacia, que es la creencia del mantenimiento en el tiempo de la situación de cuidado

3. EL CUIDADOR INFORMAL

3.1. ¿Qué es ser cuidador?

La RAE, nos da dos acepciones del término cuidar. La primera acepción hace referencia a “poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo”. La segunda refiere a “asistir, aguardar, conservar” (RAE).

Pero la definición reglamentaria sobre los cuidados, la encontramos en la Ley 39/2006, en su segundo artículo del preámbulo, determinándose como cuidados no profesionales aquellos que son prestados a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o su entorno, no vinculadas a un servicios de atención profesionalizada. (Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia).

La naturaleza del cuidado incluye dos significados o sentidos íntimamente ligados: El primero, cuidar a alguien o proporcionar cuidados, se refiere a realizar actividades para o con otras personas que son beneficiosas para ellas. El segundo, preocuparse o interesarse por, hace referencia a una respuesta emocional que conlleva preocupación por el otro. Se refiere a la dimensión psicosocial (Arenas, 2006, citado en Grueso, 2012, p. 11).

3.2. Síndrome del cuidador quemado

Existen numerosas definiciones de Burnout, o síndrome del cuidador quemado, todas ellas aplicables a la situación del familiar o cuidador informal de personas dependientes:

- “Una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal” (Pines y Kafry, 1978, citado en Imsero, 2005, p. 35).
- “Un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente” (Pines, Aronson y Kafry, 1981, citado en IMSERSO, 2005, p. 35).
- “Un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal” (Maslach y Jackson, 1981, citado en IMSERSO, 2005, p. 35).

A continuación hacemos una descripción de los factores de riesgo a los que está sometido el cuidador principal, citados en: IMSERSO, 2007, pp. 43- 48).

Tabla 2: Factores de riesgo en los cuidadores informales

FACTORES	
Indefensión aprendida	Ensiedel y Tully (1981) plantean el paradigma de la indefensión aprendida para explicar el Burnout; este paradigma estaría relacionado principalmente con el nulo control sobre la situación, entendiéndose por tal la dependencia y su manejo.
Interés social	<i>Ansbacher (1956)</i> definen esta característica como el interés activo en fomentar el bienestar humano.
Personalidad resistente	Este patrón de personalidad se caracteriza por un sentimiento de compromiso hacia sí mismo y hacia el cuidado de la persona dependiente
Sexo	<i>Maslach y Jackson (1985)</i> habían comprobado que las mujeres eran más propensas que los hombres a las dimensiones de agotamiento emocional y reducida realización personal, mientras que los hombres lo eran en la dimensión de despersonalización.
Demandas emocionales	<i>Garden (1989)</i> las considera un antecedente objetivo de Burnout, entendiéndose que a mayores demandas mayor probabilidad de padecer el síndrome
Autoeficacia	La propia percepción de eficacia en las tareas a realizar, fundamentalmente en aquellos aspectos donde se requiere “comprobar la valía personal del individuo.
Patrón de personalidad	Este patrón caracteriza a los individuos con altos componentes de competitividad, esfuerzo por conseguir el éxito, agresividad, prisa, impaciencia, inquietud, hipersensibilidad. <i>Nagy y Davis (1985)</i>
Auto concepto	Un auto concepto negativo de sí mismo predispone al Burnout (<i>Sarros y Friese, 1987; Friedman y Farber, 1992; Gould, 1985</i>).
Expectativas personales	Las expectativas ante los sucesos vitales que no se cumplen aumentan el riesgo de padecer Burnout (<i>Cordes y Dougherty, 1993</i>). En el caso de familiares o cuidadores informales las expectativas son muy negativas, y además suelen cumplirse, por lo que el riesgo es especialmente importante.

Fuente: Imsero, 2007, pp. 43-48.

3.3.Estrés y cuidado informal: La carga del cuidador

Las personas que asumen el cuidado de una persona con problemas de dependencia suelen experimentar graves problemas de salud física y mental así como consecuencias negativas sobre su bienestar psicológico, derivados del estrés originado por las circunstancias en que se desarrolla el cuidado (Bergstone, Zarit y Gatz, 1988, citado en IMSERSO, 2007, p. 47).

El concepto de carga

El concepto de carga ha sido ampliamente utilizado para caracterizar las frecuentes tensiones y demandas sobre los cuidadores (Zarit, 2002, citado en Carretero, García y Rodenas, 2015, p. 52).

A principios de la década de los 60, (Grad y Sainsburry, 1963, citado en Carretero, García y Rodenas, 2015, p.52), mencionaron por primera vez este concepto en la bibliografía científica, al describir la carga percibida por los familiares al cuidado de sus semejantes afectados por alguna enfermedad mental en el domicilio. La definición que se le dio al concepto de carga en ese momento, y que ha sido adoptada por otros autores de forma más o menos amplia en la investigación sobre las repercusiones negativas del cuidado informal, ha sido la de asumirlo como un término global para describir la consecuencia física, emocional y económica de proporcionar cuidado (Kane y Langlois, 2000, citado en Carretero, García y Rodenas, 2015, p. 52). En este sentido, merecen ser destacadas las aportaciones realizada por Zarit, quien identifica la carga generada por la provisión de cuidados como “un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor, un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador (Zarit, 2002, citado en Carretero, García y Rodenas, 2015, p. 52).

Sin embargo, a pesar de las múltiples investigaciones realizadas en las tres últimas décadas, sobre todo en el campo de los cuidadores familiares de enfermos afectados de alguna demencia como la enfermedad del Alzheimer, la carga del cuidador sigue siendo un término amplio con muchas definiciones respecto a que todavía no existe homogeneidad en cuanto su significado y uso (Zarit, 2002, citado en Carretero, García, Rodenas, 2015, p. 53).

En un intento por definir la carga de forma más concreta y detallada, se ha diferenciado entre componentes objetivos y subjetivos, lo que ha dado lugar a los conceptos de carga

subjetiva y objetiva (Montgomery, Goneya y Hooyman, 1985, Villalba, 2002, citado en Carretero, García, Rodenas, 2015, p. 52).

Esta distinción obedece al propio desarrollo del concepto de carga y apunta hacia la multidimensionalidad del impacto del cuidado. Así en un primer momento, el término “carga” fue elaborado como una percepción subjetiva del impacto del cuidado por parte del cuidador (Zarit, 2002, citado en Carretero, García y Rodenas, 2015, p. 53).

En concreto la carga subjetiva, también llamada tensión, haría la referencia a las actitudes y a la reacción emocional del cuidador ante el desarrollo del cuidado, como por ejemplo, la moral baja o un estado de ánimo desmoralizada, ansiedad y depresión . Posteriormente se incluyó el componente objetivo de la carga. La carga objetiva está relacionada con la dedicación al desempeño del rol del cuidador e implicaría las repercusiones concretas sobre la vida del cuidador De forma específica englobaría indicadores tales como, el tiempo del cuidado, las tareas realizadas, el impacto del cuidado en el ámbito laboral, las limitaciones en la vida social y las restricciones en el tiempo libre (García, Mateo y Maroto, 2004, citado en Carretero, García y Rodenas, 2015, p. 53).

Por otro lado, la mayoría de las investigaciones realizadas sobre las consecuencias negativas del cuidado informal recalca la existencia de cierta variabilidad individual existente entre los cuidadores respecto a la carga y el estrés, dado que los cuidadores no responden de la misma forma a los mismos estresores ni a los mismos niveles de demandas, ni tampoco utilizan los mismos recursos para afrontarlos. En este sentido, se ha hecho hincapié en que existen diferencias individuales entre los cuidadores respecto a la carga y estrés percibidos: Algunas personas son capaces de adaptarse de forma efectiva a las aparentemente desbordantes circunstancias, mientras que otras son vencidas por estresores a lo largo del tiempo del cuidado (Zarit, 2002, citado en Carretero, García y Rodenas, 2015, p. 54).

3.4.Los efectos del cuidar

Existe evidencia contrastada de que cuidar a una persona dependiente supone con frecuencia una fuente de estrés que puede llegar a afectar de manera importante a la vida del cuidador, ya que dada la alta dedicación que exige el cuidado de una persona dependiente, los cuidadores sientan afectados todos los demás ámbitos de vida

cotidiana, de ahí que en ocasiones se les denomine “víctimas o pacientes ocultos”. Además de ver su tiempo libre recudido, de ver su restringida vida social, de tener dificultades en la vida familiar y laboral ven alteradas su propia salud.

Los cuidadores presentan problemas de salud tanto físicos como emocionales o psicológicos, los cuales, aun pudiendo afectar a todos los familiares de las personas mayores dependientes, se hacen especialmente causados en el cuidador principal (Semple, 1992, citado en Imsero, 2006, p. 37).

Repercusiones físicas

Una gran preocupación, sobre todo en lo cuidadores de más edad, es que su salud no vea disminuida para poder hacer frente al futuro de la enfermedad del familiar (Algado, Basterra y Garrigos, 1997, citado en IMSERSO, 2006, p. 37). Así un 84% de los cuidadores experimentan algún problema físico (Badia, 2004, citado en IMSERSO, 2006, p. 38) y siete de cada diez padecen dolores de cabeza y cansancio (Roca et l, 2000). Cuando se comparan con los no cuidadores, presentan mayor cantidad de sintomatología física, peor salud percibida, mayor dolor y malestar y una mayor carga física, además los cuidadores tiene un mayor riesgo de hipertensión (Grant, 1999, citado en IMSERSO, 2006, p. 38).

Sin embargo, algunos estudios se encuentran que los cuidadores pasan menos días en cama que los no cuidadores, lo que probablemente pueda a atribuirse al hecho de sus múltiples tareas no les permitan tomarse ese descanso que sin embargo necesitan. (Lorensisni y Bates, 1999, citado en IMSERSO, 2006, p. 38).

Repercusiones emocionales

Si los problemas físicos son abundantes los problemas emocionales también lo son. Cuidar a un mayor dependiente afecta a la estabilidad psicológica. Así por ejemplo los cuidadores presentan en muchas ocasiones altos niveles de depresión y ansiedad (Steffen, 2000, citado en IMSERSO, 2006, p. 38).

Los porcentajes de trastornos clínicos del estado de ánimo son especialmente frecuentes, alcanzando el 53%, de quien buscan ayuda en programas de apoyo y manejo de estrés (Gallagher, Rose, Riviera, Lovett y Thompson, citado en IMSERSO, 2006, p. 39).

Sin embargo, muchos cuidadores muestran problemas emocionales sin llegar a cumplir criterios de diagnóstico de trastorno clínico del estado de ánimo o de ansiedad, a sí, es frecuente la presencia de síntomas como problemas de sueño, sentimientos de desesperanza, preocupaciones por el futuro, etc.

Repercusiones sociales y familiares

Además de los problemas físicos y emocionales, el cuidador principal experimenta importantes conflictos y tensiones con el resto de familiares. Estos conflictos familiares tiene que ver tanto con la manera de atender a la persona mayor en situación de dependencia y con las estrategias que se emplean para manejar al familiar, como con tensiones relacionadas respecto a los comportamientos y las actitudes que el cuidador familiar tiene hacia la persona mayor (Shaefer, 2001, citado en IMSERSO, 2006, p. 39).

Los problemas del cuidador principal con el resto de los familiares es una fuente de tensión no solo habitual, sino también muy importante, pues genera un gran malestar en la mayoría de las ocasiones. Tener a un familiar mayor que necesite ayuda suele desencadenar antiguos conflictos familiares o crear otros nuevos (Bazo, 1998, citado en IMSERSO, 2006, p. 40).

Repercusiones positivas

Un importante porcentaje de los cuidadores de mayores dependientes con o sin demencia, experimentan fuertes tensiones y alteraciones emocionales, es preciso afirmar que estos cuidadores muchas veces presentan una gran resistencia e incluso experimentan efectos positivos en el cuidado. Las situaciones de los cuidadores de personas mayores dependientes son variadas y no en todas las ocasiones se ve comprometido el bienestar emocional. De hecho el cuidador, tiene recursos adecuados y buenos mecanismos de adaptación, la situación de cuidar al familiar no tiene por qué ser una experiencia frustrante y hasta pueden llegar a encontrarse ciertos aspectos gratificantes (Bazo, 1998, citado en IMSERSO, 2006, p. 41).

Los aspectos positivos y negativos del cuidado de una persona mayor dependiente no son dos elementos contrapuestos e incompatibles, sino que la investigación ha encontrado que estos dos aspectos pueden coexistir en los cuidadores (Hinrichsen, Hernandez y Pollack, 1992, citado en IMSERSO, 2006, p. 42).

Ser cuidador conlleva en numerosas ocasiones aprendizajes vitales importantes para quienes desempeñan dicho rol, es decir, se aprende a valorar las cosas realmente importantes en la vida y a relativizar las más intrascendentes. Quizá, por ello, la experiencia de hacer cuidado a familiares mayores hace que una vez finalizado su rol como cuidadores, sean con mayor facilidad una fuente de apoyo para el resto de amigos y familiares que tiene que cuidar a sus mayores. Haber cuidado con anterioridad, saber por propia experiencia lo que eso significa, les hace más cercanos a quienes tienen que desempeñar ese papel en el futuro (Suito y Pilemer citado en IMSERSO, 2006, p. 42).

MARCO CONTEXTUAL

4. Determinantes demográficos de la situación de dependencia en España

4.1. Las personas mayores dependientes y lo cuidadores informales en la actualidad

España es uno de los países de la Unión Europea, que presenta los niveles de esperanza de vida más elevada al nacer. Para las mujeres esta cifra es de 87 años, mientras que para los hombres pasa a ser de 83 años, según datos obtenidos del portal estadístico del Inmerso. Este fenómeno, denominado “envejecimiento de la población” está produciendo un incremento progresivo de la población en situación de dependencia.

Por una parte, es necesario considerar el importante crecimiento de la población de más de 65 años, que se ha duplicado en los últimos 30 años, a ello hay que añadir el fenómeno demográfico denominado “envejecimiento del envejecimiento” es decir, el aumento del colectivo de población con edad superior a 80 años, que se ha duplicado en solo veinte años.

Ambas cuestiones conforman una nueva realidad de la población mayor que conlleva problemas de dependencia en las últimas etapas de la vida para un colectivo de personas que cada vez es más amplio, llegándose a estimar en estos **momentos en España una cifra de 1.700.000 personas mayores dependientes: Cerca de un millón de ellos necesitan ayuda al menos una vez a la semana, unos 500.000 una ayuda diaria y unos 200.000 necesitan ayuda un mínimo de tres horas diarias** (datos obtenidos del portal estadístico del Inmerso).

Tabla: 3 Personas mayores en cifras

PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS		
España	Castilla y León	Medina del Campo
8.573.985	776.135	3.246
PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS DEPENDIENTES		
España	Castilla y León	Medina del Campo
1.700.000	77.511	393

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del portal estadístico del Inmerso

Esa ayuda, en muchas de las ocasiones es proporcionada por la familia o personas más cercanas a la persona, ya tanto el apoyo familiar como el cuidado informal son elementos necesarios para la atención de personas mayores.

En España, son 85.417 personas las que están censadas como cuidadores no profesionales, de las cuales la mayoría son mujeres mayores de 50 años. El perfil de hija, es el más representativo del cuidador, dos veces superior al de las esposas, y tres veces más alto que la de madres cuidadoras (Datos obtenidos del portal estadístico del Imserso).

A continuación mostramos en la tabla el número de personas que tienen concedida a PECEF en las diferentes Comunidades Autónomas, a día 31 de Diciembre de 2015.

Tabla 4: Perceptores de la Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar por CC.AA

ÁMBITO TERRITORIAL	PECEF
Andalucía	76.169
Aragón	9.517
Asturias	7.552
Islas Baleares	8.024
Canarias	5.468
Cantabria	7.877
Castilla y León	21.019
Castilla la Mancha	15.368
Cataluña	78.637
Valencia	20.983
Extremadura	7.207
Galicia	11.082
Madrid	26.819
Murcia	18.763
Navarra	5.623
País Vasco	27.208
La Rioja	2.701
Ceuta y Melilla	1.376
TOTAL / Personas	351.393

Fuente: Portal estadístico del Imserso. Recuperado de

http://www.dependencia.imserso.gob.es/dependencia_01/documentacion/estadisticas/est_inf/datos_estadisticos_saad/index.htm

Como podemos observar Cataluña, Andalucía País Vasco y Castilla y León son las CCAA donde el número de perceptores de la PECEF es mayor, frente a La Rioja, Canarias, Ceuta y Melilla y Navarra que presentan las cifras más bajas en relación a los perceptores de dicha prestación. En total nos encontramos con 351.393 personas que tienen concedida en España la PECEF.

Si hablamos concretamente de Medina del Campo podemos decir que existen 77 personas que tienen concedida la PECEF

Tabla 5: Numero de personas con PECEF

PRESTACIÓN ECONOMICA DE CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR		
España	Castilla y León	Medina del Campo
351.393	21.019	77

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del portal estadístico del Imserso. Recuperado de http://www.dependencia.imserso.gob.es/dependencia_01/documentacion/estadisticas/est_inf/datos_estadisticos_saad/index.htm

Actualmente los cuidadores informales de personas dependientes están sufriendo los duros recortes llevados a cabo por la Administración Pública en el año 2012, en relación a la PECEF, (Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar) que más tarde explicaremos.

Estos recortes tienen como consecuencia la rebaja de las cuantías de dicha prestación. La cuantía máxima de la prestación económica de cuidados en el entorno familiar se reduce de 520,69 €/mes a 387,64 €/mes para atender a una persona con dependencia muy grave (Grado 3), de 337,25 €/mes a 268,79 €/mes si el beneficiario tiene una dependencia severa (Grado 2) y el importe para los cuidadores de personas con Grado 1 es de 153 €/mes. Si a la rebaja de las prestaciones añadimos que, a partir del 2013, el cuidador se deberá costear la cuota de la Seguridad Social 35 (opcional), el resultado sería un importe efectivo neto de 223€/mes (Grado 3), de 104,25 €/mes (Grado 2) o de 70,73 €/mes (Grado 1).

Tabla 6: Cuantías de las prestaciones de las PECEF antes y después de los recortes

	2011	2012	2015
		Agosto- Diciembre	
GRADO I	*	*	153 €
GRADO II	337,25€	268,79€	268,79 €
GRADO III	520,69€	387,64€	387,64 €

(*) Nuevos beneficiario

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe Foessa, 2014, p. 24

Además, a dichos importes se les deberá deducir el copago correspondiente en función de la capacidad económica de la persona, con lo que el importe a recibir aún será menor.

4.2. Proyección de la población española 2014- 2064

Esta proyección de Población de España, se trata de una simulación estadística elaborada por el INE, mediante el cual podemos tener una aproximación del tamaño y estructura de la población que residirá en España en los próximos 50 años.

De su lectura destacamos los aspectos más relevantes, en lo que en relación a nuestro trabajo nos resultará más relevante conocer:

La simulación nos permite conocer la intensidad del proceso de envejecimiento de la población española, acelerado ahora por un descenso de la natalidad que no llega a verse compensado con el saldo migratorio positivo, a continuación destacamos los datos más llamativos de esta proyección: (INE,2014,p. 6).

Los grupos de edad a partir de los 70 años experimentarían un crecimiento, en concreto, dentro de 15 años en España residirán 11,3 millones de personas mayores de 64 años, 2,9 millones más que e la actualidad (un 34,1 %). Y esta cifra se incrementaría hasta 15,8 millones de personas (un 87,5% más) en 50 años. (INE, 2014, p. 7).

Los grupos de edad quinquenales, el más numeroso en la actualidad es el de 35 a 39 años. En 2029 sería el de 50 a 54 y en 2064 el de 85 a 89 años. (INE, 2014, p. 7).

Si se mantuvieran las tendencias demográficas actuales, la tasa de dependencia (entendida como el cociente, en tanto por ciento, entre la población menor de 16 años o mayor de 64 y la población de 16 a 64 años) se elevaría más de siete puntos, desde el 52,1 % actual hasta el 59,2% en 2019, alcanzando en 2064 el 95,6 % España perdería un

millón de habitantes en los próximos 15 años y 5,6 millones en los próximos 50 años. (INE, 2014, p. 8).

El porcentaje de población mayor de 65 años, que actualmente se sitúa en el 18,2 % pasaría a ser el 24,9% en 2029 y del 38,7% en 2064. De manera que la población centenaria (los que tienen 100 años o más) pasaría de las 13.551 personas en la actualidad, a más 372.000 dentro de 50 años. A continuación reflejamos en la tabla como sería esta evolución:

Tabla 7: Proyección de la tasa de dependencia

Tasas de dependencia. Proyección 2010-2064	
Años	Mayores de 64 años
2010	24,9
2011	25,5
2012	26,1
2013	26,7
2014	27,6
2019	30,7
2024	34,4
2029	39,6
2039	55,4
2049	72,7
2059	76,2
2064	75,7

Fuente: INE, 2014, p. 8)

5. El sistema sociosanitario y los cuidados informales

5.1.El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), se constituye con el fin de promover la autonomía personal y garantizar la atención y protección a las personas en situación de dependencia en todo el territorio del Estado español, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias. Este sistema garantiza las condiciones básicas y el contenido común del derecho a la promoción de la autonomía personal atención a las personas en situación de dependencia regulada en la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia:

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

Esta ley tiene por objeto regular la atención a personas en situación de dependencia como causa de la edad, discapacidad o enfermedad, a fin de garantizar su igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, también conocido como SAAD.

Son titulares de los derechos establecidos en esta ley, los españoles que cumplan los siguientes requisitos:

- Encontrarse en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos
- Residir en el territorio español y haberlo hecho durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatos a la fecha de presentación de la solicitud

A través de esta Ley, la dependencia ha entrado en nuestro sistema de protección social y ha modificado los actuales sistemas de servicios sociales. Contempla de forma específica la prevención y la atención a las personas que se encuentran en situación de dependencia, y configura para ellas el derecho a un catálogo de servicios y prestaciones económicas.

Estos servicios y prestaciones serán asignados en función del grado y apoyos que necesite las personas dependientes. Estos grados son clasificados de la siguiente forma:

Tabla 8: Clasificación de los grados de dependencia

CLASIFICACIÓN DE LOS GRADOS DE LA DEPENDENCIA	
Grado I Dependencia moderada	Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD, al menos una vez al día o tienen necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
Grado II Dependencia severa	Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tienen necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
Grado III Gran dependencia	Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD varias veces al día, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Fuente: Elaboración propia, recuperado de la Ley 39/2006

A continuación mostramos las diferentes prestaciones económicas que se contemplan en esta ley, destinadas a la atención y promoción de las situaciones de dependencia:

Tabla 9: Prestaciones reguladas en la ley 39/2006

CATALOGO DE PRESTACIONES ECONOMICAS	
Prestación económica vinculada al servicio	De carácter periódico, y se reconocerá en aquellos casos que no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, en función del grado y nivel de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario.
PECEF	Cuando el beneficiario este siendo atendido por su entorno familiar, y se reúnan las condiciones establecidas, se reconocerá la prestación económica para cuidado en el entorno familiar.
Prestación económica de asistencia personal	Tiene como finalidad la promoción de la autonomía de las personas con gran dependencia. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como a una vida más autónoma en el ejercicio de las ABVD.

Fuente: Elaboración propia, recuperado de la Ley 39/2006

También recoge un amplio abanico de servicios destinados a prevenir y atender las diferentes situaciones de dependencia que se pudieran dar. Estos son los siguientes:

Tabla 10: Catalogo de servicios para la atención y promoción de las situaciones de dependencia

CATALOGO DE SERVICIOS PARA LA ATENCION Y PROMOCIÓN DE LA DEPENDENCIA	
Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal	
Servicio de Ayuda a Domicilio	Atención a las necesidades del hogar
	Cuidados personales
Servicio de Centro de Día y de Noche:	Centro de día para mayores
	Centro de día para menores de 65 años
	Centro de día de atención especializada
	Centro de noche
Servicio de Atención Residencial:	Residencia de personas mayores en situación de dependencia
	Centro de atención a personas en situación de dependencia con discapacidad

Fuente: Elaboración propia, recuperado de la Ley 39/2006

Estos son los aspectos más relevantes a destacar de la ley de dependencia sobre el papel, pero creemos conveniente acercarnos a como en la realidad se está llevando a cabo la aplicación y ejecución de la misma.

Actualmente la provisión de cuidados a personas mayores dependientes, se sigue produciendo por personas familiares o cercanas a la persona, aunque haya una participación en los cuidados del sistema formal, siendo incuestionables, la interrelación y complementariedad con el sistema informal (Chapell y Blandodrd, 1999, citado en Bover, A, 2004, pp. 49). Estos mismos autores afirman que el sistema formal de cuidados participa en la medida que el sistema informal es incapaz de responder a las demandas de la persona dependiente.

La cooperación entre los dos sistemas de provisión de ayuda es compatible y deseable con objeto de satisfacer el mayor número de necesidades y en las mejores condiciones (Cico, 1999, citado en Bover, A, 2004, pp. 49) . El conjunto formado por la interacción de los dos tipos de apoyo, el formal e informal, realizados en el ámbito local y domiciliario es también conocido como “*Community Care*” , entendido como una

política transversal que interacciona los canales tradicionales por los que las personas dependientes pueden recibir ayuda (Herrera, 1998, citado en Bover, A, 2004, p. 49).

El creciente proceso de diferenciación de la demanda asistencial, el aumento de los sujetos dependientes de las instituciones del bienestar, los límites de la socialización de las necesidades y la reducción de los fondos públicos para los servicios a la persona son los factores que empujan a la introducción de mecanismos correctivos en la distribución de los servicios para el colectivo de personas dependientes, así como a sus cuidadores informales. (Herrera, 1998, citado en Bover, A, 2004, p. 49).

Es por ello que decimos que el impacto de la crisis ha golpeado fuertemente al Sistema de Dependencia, ya que las reformas introducidas en el SAAD son un reflejo de la política económica aplicada por el Gobierno correspondiente.

El análisis de los presupuestos de las CCAA en el periodo 2008-2011, una vez iniciada la crisis, muestra que ha habido dos etapas de política económica: La que transcurre de 2008 hasta mayo de 2010 y la que se inicia en la segunda mitad de 2010.

El primer periodo se caracterizó por la notable expansión del gasto a pesar de la generación de déficits (Ruiz y Huerto, 2012, Informe Foessa, 2014, p. 14).

La segunda etapa, marcada por la articulación generalizada de políticas fiscales contractivas, reduciendo el gasto e incrementando los impuestos; así, a partir de mayo de 2010 se produce el despliegue generalizado de políticas fiscales discrecionales de carácter restrictivo (Foessa, 2014, p. 14).

Es a través del Decreto-Ley 20/2012, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, a través de la cual se introducen los primeros recortes en el sistema, reduciendo las cuantías del Nivel Mínimo de Protección, generando un efecto desplazamiento hacia las CCAA, dado que estas deberán asumir el gasto dejado de financiar por el Estado. Los efectos no han sido inmediatos ya que reducir el precio de los conciertos de los servicios significa negociar nuevos conciertos o convenios que no siempre es posible realizar de forma inmediata.

La rebaja del Nivel Mínimo de financiación ha incidido en una disminución de la calidad asistencial ya que las Autonomías al ver reducida la cantidad aportada por el Estado, también, reducirán su presupuesto reduciendo el nivel de las prestaciones.

En definitiva la ley 20/2012, paraliza y desmantela aspectos del SAAD, mediante la modificación de varios artículos regulado en la ley 39/2006 de Atención a la Dependencia, estableciendo reducciones en las prestaciones a los cuidadores informales, reducciones de horas en el SAD, y estableciendo incompatibilidades entre los servicios y prestaciones contemplados en el catalogo de SS.SS.

Tabla 11: Estimación de los recortes presupuestarios

	2012	2013	2014	Total
Retraso entrada Grado I	432	1.002	1.662	3.096
Reducción SAD	36	145	144	325
Reducción PECEF	114			
Disminución del Nivel Mínimo	68	145	143	356
Aumento de los copagos		59	59	118
Seguridad Social de cuidadores	637	606	546	1.790
Suspensión Nivel convenido	283	283	283	849
Total :millones	1.570	2.494	3.091	7.155 millones

Fuente: Informe Foessa, 2014, p. 24

Los colectivos más afectados por estos recortes presupuestarios son, en primer lugar, las personas en situación de dependencia moderada (Grado 1), por su exclusión del Sistema al menos durante casi cuatro años , en segundo lugar, las personas con rentas medias-bajas por su “casi” exclusión del Sistema, al ser cautivos de un régimen de servicios públicos de baja intensidad asistencial, reducida oferta pública de servicios y escasa posibilidad de disponer de una prestación vinculada junto con una elevada presión del copago que les sitúa al borde de la exclusión voluntaria del Sistema, produciendo una pérdida de bienestar para el conjunto de la sociedad.

5.2. Los cuidadores informales en Medina del Campo

Medina del Campo es un municipio que actualmente cuenta con una población 21.274 habitantes. El porcentaje de la población mayor de 65 años representa un 18% de la población total, es decir, son 3.829 personas mayores de 64 años.

Tabla 12: Población de Medina del Campo (Año 2016)

MEDINA DEL CAMPO	
Población total	21.274
Personas mayores de 64 años	3.829
Personas mayores de 64 años en situación dependencia	393

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del sistema informático de los Servicios Sociales (SAUUS)

No todas las personas mayores dependientes presentan los mismos grados de dependencia, sino que varían en función de diferentes aspectos, de este modo nos encontramos con los siguientes grados de las personas mayores dependientes de Medina del Campo:

Tabla: 13 Grados de dependencia de las personas mayores de 65 años. (Año 2016).

GRADOS DE DEPENDENCIA	
Grado I	99
Grado II	171
Grado III	123
TOTAL	393

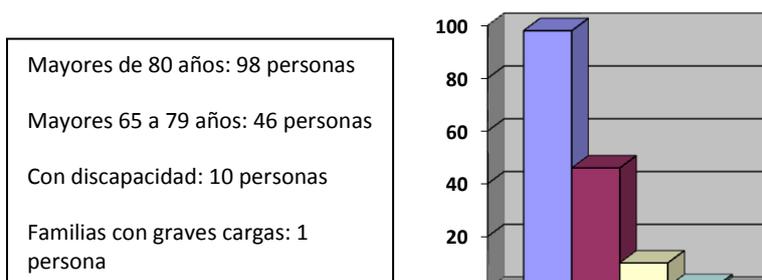
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del sistema informático de los Servicios Sociales (SAUUS)

El Servicio de Ayuda a Domicilio y la Prestación Económica por cuidados son dos de los recursos más demandados por las personas mayores dependientes, veamos a continuación cada uno de ellos de forma más detallada:

5.2.1. Servicio de Ayuda a Domicilio

Respecto al Servicio de Ayuda a Domicilio es el colectivo de personas mayores el que más demanda este servicio en relación a otros colectivos, a continuación mostramos una grafica en la que se muestra el número de personas mayores de 65 años que solicita este servicio, siendo este de 144 personas en total.

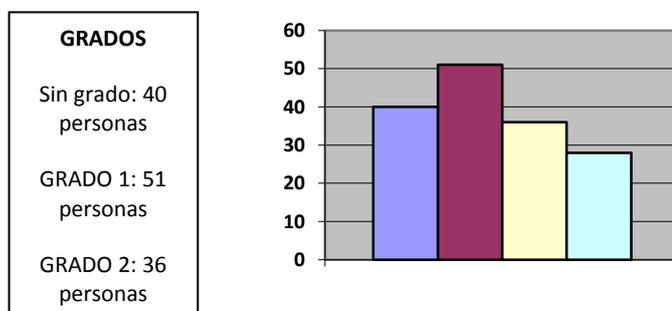
Grafica 1: Personas mayores con Servicio de Ayuda a Domicilio. (Año 2015).



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del sistema informático de los Servicios Sociales (SAUUS)

Los grados de dependencia que presentan estas personas varían en función de su afección, existiendo diferentes grados entre los usuarios de este servicio. A continuación mostramos una grafica en la que se reflejan estos grados presentados en los usuarios del SAD, en la que muestra que la cifra más elevada se encuentra ubicada en las personas que padecen un grado I de dependencia, seguido de aquellas personas que sin tener reconocido algún grado de los establecidos ser considerado persona dependiente, tienen derecho a este servicio por un número de horas mínimo.

Grafica 2: Grados de dependencia de los usuarios del SAD. (Año 2016).



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del sistema informático de los Servicios Sociales (SAUUS)

5.2.2. Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar

A fecha de 20 de Febrero, son 77 personas mayores de 65 años en situación de dependencia las que tienen reconocida la PECEF, los grados de estas personas son las siguientes:

Tabla 14: Grados perceptores de la PECEF. (Año 2016).

Grado I	6 personas
Grado II	46 personas
Grado III	25 personas
TOTAL	77 personas

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del sistema informático de los Servicios Sociales (SAUUS)

Las características en relación a la edad y sexo de los familiares cuidadores de personas mayores dependientes varía en función del sexo y la edad, pero como otros muchos estudios ha mencionado antes, la mujer es la figura ms representativa en el ámbito de los cuidados informales. Veamos a continuación una tabla en la que se recoge de forma detallada y ordenada las características de los cuidadores informales en función al sexo y la edad.

Tabla 15: Perfil de los cuidadores de personas mayores dependientes con PECEF: Sexo y edad. (Año 2016).

	Nº de usuarios	Media de edad			Relación con el usuario	
		Entre 18-35 años	Entre 36-65 años	Mayores de 65	Familiar	Otros
Mujeres	61	03	40	20	26	34
Hombres	16	0	10	04	11	06
TOTAL	77	03	50	27	37	40

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del sistema informático de los Servicios Sociales (SAUUS)

El intervalo de edad predominante, se sitúa entre los 36 y 65 años de edad, siendo superior el número de mujeres que prestan cuidados frente al porcentaje que representa a los hombres cuidadores.

ESTUDIO EMPÍRICO

Analizada la literatura existente así como las prácticas llevadas a cabo con este colectivo desde el Trabajo Social, dedicaremos este apartado al estudio empírico de la sobrecarga de los cuidadores informales de personas mayores dependientes en Medina del Campo.

Instrumento empleado

Para llevar a cabo este estudio, hemos empleado como instrumento la escala de sobrecarga de Zarit, con el fin de conocer el índice de sobrecarga al que se encuentran sometidos a día de hoy.

La escala de sobrecarga de Zarit, como bien hemos explicado anteriormente es un cuestionario que consta de 22 ítems a través de los cuales conocemos la sobrecarga de cada uno de los cuidadores. Este cuestionario consta de 5 parámetros de frecuencia con una puntuación del 1 al 5 que determinarán el porcentaje de sobrecarga al que están sometidos.

Tabla 16: Interpretación de la escala de Zarit

Puntuación	
1	Nunca
2	Casi nunca
3	A veces
4	Bastantes veces
5	Casi siempre

Fuente: Elaboración propia

La escala tiene una puntuación máxima de 88 puntos, considerándose un indicador de “no sobrecarga” la puntuación inferior a 46 puntos, siendo “sobrecarga intensa” aquella que supere los 56 puntos (Piñero, 2015, p. 46).

Para administrar los cuestionarios a los diferentes cuidadores informales he contado con la colaboración de diferentes entidades, tanto públicos, privados o concertados. En primer lugar he contando con la ayuda de los Servicios Sociales de Medina del Campo, en ellos diferentes trabajadoras sociales han sido las encargadas de administrar 25 cuestionarios a cuidadores informales de personas mayores dependientes.

En segundo lugar hemos podido contar con la colaboración de las trabajadoras sociales de la empresa CLECE, encargadas del SAD público de Medina del Campo, desde este servicio he obtenido un gran apoyo y son varios los cuestionarios que hemos obtenido desde esta entidad, hablamos de 21 cuestionarios administrados a cuidadores informales de personas mayores dependientes.

En tercer lugar he contado con la colaboración del Centro de Día AFAMEC (Asociación de Familiares y Enfermos de Alzheimer), donde allí a partir de la colaboración de la psicóloga del centro hemos obtenido 26 cuestionarios.

En total hemos obtenido 72 cuestionarios de cuidadores informales de personas mayores dependientes, que tienen concedido el SAD o bien la PECEF. En la tabla siguiente recogemos estos datos de forma ordenada detallada:

Tabla 17: Entidades colaboradas para la administración de cuestionarios

Entidad	Nº cuestionarios	Titularidad
Servicios Sociales	25	Pública
CLECE (Servicio de Ayuda a Domicilio)	21	Privada
Centro Afamec	26	Concertada
Total cuestionarios	72	

Fuente: Elaboración propia

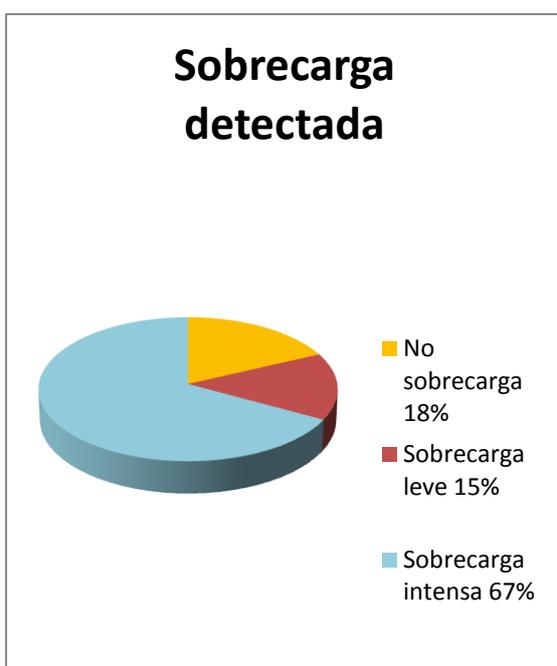
Análisis de los resultados

Una vez recogidos los cuestionarios en las diferentes entidades, procedemos a su análisis, para ello súmanos las puntuaciones obtenidas en cada uno de los cuestionarios, y concluimos lo siguiente:

- El 18% de los encuestados no presenta sobrecarga
- El 15% de los encuestados presenta una sobrecarga leve
- Y los restantes, es decir el 67% de los encuestados presenta una sobrecarga intensa.

Con ello resaltamos, que el porcentaje más alto lo encontramos en las personas que muestran una sobrecarga intensa y el porcentaje más bajo se sitúa en la sobrecarga leve. Una vez sumado todas las puntuaciones obtenidas en los diferentes cuestionarios hemos calculado cual es la media de la puntuación obtenida entre todos los cuestionarios, esta se sitúa en los 62 puntos, mostrando una sobrecargaba intensa.

Grafica 3: Porcentajes de personas con sobrecarga en los cuidadores informales de Medina del Campo.



El porcentaje de personas que presentan una sobrecarga intensa, supone un índice muy elevado frente al número de personas encuestadas. El resto de encuestados se encuentran más repartidos, siendo bastante igualado el número de personas que presentan una sobrecarga leve con los encuestados que no presentan sobrecarga.

El sexo de los cuidadores a lo que hemos administrado el cuestionario es un aspecto a destacar, ya que el porcentaje de mujeres es cuatro veces el de hombres.

Fuete: Elaboración propia

A continuación mostramos una grafica en la que se analiza el sexo y edad de las personas encuestadas:

Gráfica 4: Perfil por sexo de los cuidadores encuestados

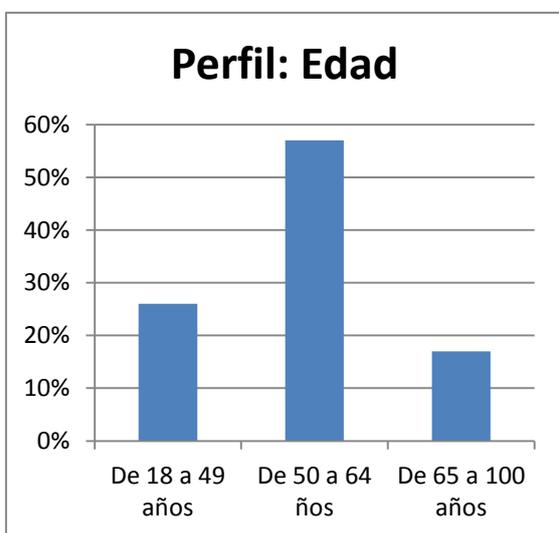


El 81 % de los cuidadores informales encuetados son mujeres frente a 19% que representa el porcentaje de los hombres..

Se trata de un hecho que no solo ocurre en Medina del Campo, sino que ocurre a nivel general, se trata de una práctica que en muchas ocasiones, erróneamente, es asociado con una función que han de asumir las mujeres.

Fuente: Elaboración propia

Grafica 5: Perfil por edad de los cuidadores encuestado



PORCENTAJES	
De 18 a 49 años:	26% de los encuestados
De 50 a 64 años:	57% de los encuestados
De 65 a 100 años:	17% de los encuestados

Fuente: Elaboración propia

De las personas encuetadas nos gustaría destacar que la edad más alta es de 92 años y la más baja de 34 años de edad. La gran mayoría se sitúa entre el intervalo de edad comprendida entre los 45 y 60 años de edad, siendo la edad media de los encuestados de 56 años, así como la más repetida ya que esta también es la de 56 años de edad.

Los cuidadores cuentan con recursos y prestaciones que ayudan a afrontar dicha situaciones, pero en la muchas situaciones se trata de recursos escasos, que apenas facilitan dicha situación.

Gráfica 6: Recursos concedidos en relación a la situación de dependencia de las personas que recibe los cuidados

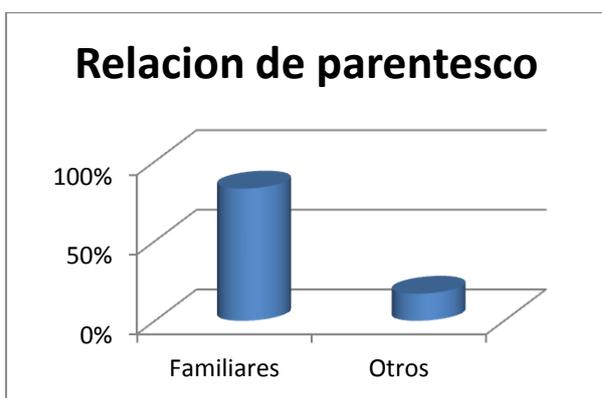


Ambos recursos repercuten directamente sobre el cuidador, ya que la ayuda a domicilio permite un apoyo al mismo en la realización de las ABVD de la persona dependiente, mientras que la prestación económica es una ayuda económica que ofrece un apoyo al cuidador. También nos encontramos con personas en las que dada su situación se les permite compatibilizar el SAD y la PECEF.

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la relación de parentesco, la gran parte de cuidadores informales son hijas encargadas del cuidado de sus padres, pero también nos encontramos con mujeres y hombres mayores de 65 años encargados del cuidado de su mujer o esposo.

Gráfica 7: Relación de parentesco



Familiares: 83% de los encuestados
Otros (matrimonios...): 17% de los encuestados

Fuente: Elaboración propia

A continuación analizamos detalladamente cada uno de los ítems de la escala y las puntuaciones obtenidas en cada uno de los cuestionarios:

Tabla 18: Análisis detallado de cada una de las preguntas

ITEMS	1: Nunca	2: Rara vez	3: Algunas veces	4: Bastantes veces	5: Casi siempre
¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	22%	22%	35%	8%	13%
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente para Vd.	18%	15%	31%	21%	15%
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades?	10%	19%	32%	25%	14%
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	25%	31%	24%	8%	12%
¿Se siente enfadado cuando esta cerca de su familiar?	19%	25%	28%	21%	7%
¿Piensa que cuidar a su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	12%	14%	41%	18%	15%
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	14%	20%	22%	25%	19%
¿Piensa que su familiar depende de Ud.?	14%	10%	28%	26%	22%
¿Se siente tenso cuando esta cerca de su familiar?	22%	25%	28%	11%	14%
¿Su salud a empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	14%	22%	32%	24%	8%
¿No tiene intimidad debido a tener que cuidar de su familiar?	19%	24%	22%	18%	17%
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	15%	22%	25%	25%	13%
¿Se siente incomodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	21%	25%	31%	8%	15%
¿Su familiar le considera la única persona que le puede cuidar?	4%	22%	35%	20%	19%
¿Tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar, además de otros gastos?	17%	29%	28%	15%	11%
¿No será capaz de cuidar a su familiar por mucho tiempo?	20%	26%	35%	18%	0%
¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que empezó el cuidado?	18%	31%	28%	11%	12%
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	22%	23%	32%	19%	4%
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	24%	25%	21%	18%	12%
Piensa que debería hacer más por su familiar?	21%	31%	26%	5%	17%
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	31%	24%	22%	15%	8%
¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	11%	23%	26%	20%	20%

Fuente: Elaboración propia

Realizado este análisis detallado de los diferentes ítems que contiene el cuestionario, existen varios aspectos que queremos comentar: Entre ellos destacamos el hecho de que

la gran mayoría de las personas encuestadas consideran que podrían cuidar mejor de su familiar.

Consideramos que este sentimiento responde a la necesidad de información y la falta de orientación sobre el contexto de los cuidados. No saben si lo hacen bien o mal, no saben si deberían hacer más por ellos.... Se encuentran perdidos y desorientados, requieren de alguien que les acompañe en esta trayectoria de su vida.

Otro aspecto que nos gustaría comentar es que a pesar de los altos niveles de sobrecarga obtenidos en algunos de los cuestionarios, muchas de esas personas no sienten que experimentan ningún nivel de sobrecarga, es algo chocante, ya en la mayoría de las preguntas las puntuaciones son elevadas, pero llegado el último ítem donde se pregunta por el nivel de sobrecarga experimentado responden con las puntuaciones más bajas. Consideramos que muchos de estos cuidadores no son conscientes de la gran presión a la que ese encuentra sometidos, y en otros muchos casos pensamos que esto es debido a que no quieren aceptar el hecho de que cuidar de su familiar les provoca sobrecarga y estrés. También no se ha llamado mucho la atención que la mayoría de los cuidadores que han accedido a responder el cuestionario, no presentan dudas sobre qué hacer con su familiar en el futuro, teniendo la gran mayoría claro que van hacer con el o ella.

Aunque los niveles de sobrecarga obtenidos son elevados en general en la mayoría de los cuestionarios, hemos apreciado que aquellos en los que los cuidadores son más jóvenes de edad, situando el intervalo de la misma entre los 30 y 40 años, presentan niveles de sobrecarga más bajos que aquellas personas con mayor edad, al contrario ocurre con los cuidadores que presentan una edad comprendida entre los 50 a 64 años de edad, donde claramente se observa que los niveles de sobrecarga son mucho más altos que los anteriores.

Por ello, ante los elevados niveles de sobrecarga detectados en los cuidadores informales de Medina del Campo consideramos oportuno presentar la siguiente propuesta de intervención con este colectivo de personas cuidadoras.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Una vez revisado el marco teórico que contextualiza el objeto de investigación,” *La Sobrecarga de los Cuidadores informales de Personas Mayores Dependientes en Medina del Campo*”, y analizados los resultados empíricos de la investigación, consideramos necesario ponerlo en relación con lo que en la actualidad se está desarrollando en el Centro de Acción Social de Medina del Campo. Esta consideración, nace de la necesidad de destacar que la valoración de los cuidadores informales de personas dependientes, se encuentra inserta en la Ley 39/2006 de Atención y Promoción a la situación de Dependencia, y específicamente, orientada a la determinación de la idoneidad de los cuidadores informales, en relación con la PECEF y cuya función de valoración corresponde a los y las trabajadores/as sociales de los Centros de Atención Social Primaria.

La Ley 39/2006 de Atención a la Dependencia, en su artículo 14.4 reconoce la posibilidad de que, excepcionalmente el beneficiario pueda recibir una prestación económica para ser atendido por cuidadores “no profesionales”, siempre que se den las condiciones adecuadas de convivencia y habitabilidad de la vivienda y así lo establezca el PIA. (Ley 39/2006). Este artículo debe leerse en consonancia con el artículo 18 de la misma ley, en el que se desarrollan las condiciones generales por las que se otorga la PECEF, y apoyo a los cuidadores no profesionales, y que a su vez desarrolla el Decreto 615/ 2007 por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia, actualmente modificado por el Decreto-Ley 20/2012.

Así, se prevé que las personas que podrán adquirir la condición de cuidadores de cuidadores no profesionales serán o cónyuges y/o parientes por consanguinidad, afinidad o adopción hasta un tercer grado, estableciendo la posibilidad de que en situaciones excepcionales lo pueda hacer alguna persona que no tenga el grado señalado.

Ahora bien, y sin menoscabo de la iniciativa emprendida por la Administración Pública, los criterios mencionados no dejan de ser medidas escasas e indefinidas que dejan mucho que desear; Si bien es cierto que el reconocimiento del papel que ha venido desarrollando la familia en la provisión de cuidados, es un gran avance dentro del

Sistema de Protección Social, pero existen una gran insuficiencia de medidas para valorar y garantizar su bienestar y calidad de vida.

Los estudios actuales sobre la valoración de los cuidadores informales, tienen una consideración de valoración como instrumento de potenciación, en el contexto de cuidados, y un reflejo de que factores internos y recursos de los cuidadores que tienen que estar reflejados en la misma valoración de dependencia (Valentin, 2014, p. 57), aspectos que no se contempla en los instrumentos utilizados hoy día por las y los trabajadoras y trabajadores sociales en las valoraciones, ni en sus instrumentos.

Son varios los autores que destacan la importancia de la evaluación en es el sentido de considerarse un requerimiento necesario para que el o la trabajadora social entienda la experiencia diaria del cuidador, reconozca y valore el trabajo que realiza a diario y plantee una intervención en aquellos caso que detecten síntomas de sobrecarga o estrés (Facey y Feeffe, 1999, citado en Imsero, 2007, p. 61). Por ello, con esta investigación social se persigue conocer la sobrecarga sentida por los cuidadores y ofrecer una propuesta de intervención que contribuya a la promoción de las mejores prácticas del trabajo social, que permita abordar las diferentes situaciones de aquellos cuidadores informales que presenten sobrecarga. La intervención que se propone en este trabajo, se fundamenta en la sobrecarga detectada en los cuidadores informales de Medina del Campo, considerándose esencial una mayor consideración a la valoración de los cuidadores en la que se profundice y mejore el proceso de valoración de la idoneidad del cuidador desde una perspectiva de acompañamiento y centrada en la persona, y desde la observancia de los principios éticos recogidos en el Código Deontológico de nuestra profesión, en la que el cuidador no sea considerado solamente un recurso, si no también sea un usuario de los propios servicios sociales

La valoración del cuidador informal, implica desplegar por parte del trabajador o trabadora social, un amplio abanico destrezas y habilidades sociales, que permitan al profesional entablar una relación de ayuda con el cuidador, Debemos recabar cuanta información sea posible a fin de realizar un diagnostico de la situación.

Las etapas en la intervención serian las siguientes para determinar, no solo la idoneidad sino también la sobrecarga del cuidador.

Tabla 19: Etapas metodológicas para la valoración de cuidadores informales

ETAPAS METODOLÓGICAS		
VALORACIÓN DE LOS CUIDADORES INOFMRALES	Recepción de la demanda	Recepción de la solicitud para la valoración de dependencia, prestando especial atención a aquellos que solicitan la PECEF o SAD
	Citación	Primer contacto con la familia en la que se fija una fecha y hora para llevar a cabo la visita en el domicilio
	Visita domiciliaria	Además de administrar el BVD debemos prestar atención al cuidador desde un perspectiva de acompañamiento y centrada en la persona, que nos permita conocer su situación como afronta la situación de cuidador, como lo compatibiliza y concilia...etc.
	Valoración del cuidador informal (1)	No solo debemos de valorar la situación de la persona dependiente y de los cuidados que recibe, sino también como el cuidador principal está afrontando dicho rol, así como los recursos con los que cuenta
	Coordinación	En muchos casos los cuidadores recorres a los centros de salud, por agotamiento, estrés... por ello la coordinación con el centro de salud es fundamental para una adecuada valoración.
	Propuesta de participación en el programa (2)	Aquellas situaciones en las que el/la trabajador/a social detecte la existencia de cierto grado de sobrecarga en el cuidador serán abordaras junto con el cuidador mediante una entrevista en la que se le proponga al cuidador participar en un programa especializado en cuidador informales
	Seguimiento	El/ la trabajador o trabajadora social encargada de la valoración, llevara a cabo un seguimiento sobre la evolución de cada cuidador a través de reuniones periódicas con los responsables del programa.

Fuente: Elaboración propia

- (1) Debemos dedicar cierto tiempo a conocer la situación del cuidador, para ello nos interesa conocer los apoyos con los que cuenta,, experiencia previa, como está afrontando la situación, acceso a los recurso y el valorar que otorga a lo que está ocurriendo, se trata de obtener cuantos datos sea posible para llevar a cabo una correcta valoración de la situación del mismo.
- (2) En aquellas situaciones en la que el/ la profesional perciba que existe o pueda existir cierto grado de sobrecarga en el cuidador, deberá comunicárselo a este
- (3) poniéndose en contacto con la persona cuidadora y concertar una entrevista. Para que no resulte muy forzada la situación, se puede llevar acorde a la tramitación de la situación de dependencia.

Esta metodología de trabajo, permitirá una mayor detección de aquellos cuidadores informales que presentan señales de sobrecarga por el cuidado de personas mayores dependientes.

Como bien hemos mencionado anteriormente esta sobrecarga viene acompañada de situaciones de estrés, ansiedad así como dificultades para afrontar el día a día. Estas situaciones precisan de una atención integral llevada a cabo a través de programas, desarrollados desde los Servicios Sociales Públicos, que respondan a las necesidades detectadas en este colectivo.

Un programa dirigido a atender las demandas y necesidades de estos cuidadores, a través de una atención llevada a cabo por profesionales que acompañen a estas personas en los procesos de cuidados, un programa que visibilice a este colectivo al igual que ocurre con muchos otros. En definitiva un programa para, por y con las personas cuidadoras de personas mayores dependientes de Medina del Campo

A continuación presentamos un programa, en el que se abordan las cuestiones anteriormente mencionadas desde una perspectiva de acompañamiento y centrada en la persona, cuya finalidad es ofrecer una atención integral y apoyo a este colectivo.

Desde este programa se pretende dotar a los cuidadores informales de una serie de herramientas que les permitan afrontar de forma autónoma las diferentes situaciones que se les presentan en el día a día bajo el rol de cuidadores principales de personas mayores dependientes. Veamos a continuación este programa de forma más detallada

“PROGRAMA “CUIDANDO AL CUIDADOR”

Este programa será llevado a cabo desde el Centro de Acción Social de Medina del Campo, tiene como finalidad mejorar las condiciones de vida de los cuidadores informales de personas mayores dependientes que viven en el domicilio, a través de un apoyo emocional y el desarrollo de técnicas y habilidades de afrontamiento que faciliten el abordaje de dicha situación, ofreciendo para ello oportunidades de bienestar físico, mental, emocional y social. Por ello desde este programa nos encontramos con los siguientes objetivos:

- Dar apoyo emocional a las familias y cuidadoras no profesionales de personas dependientes, a través de intervenciones individualizadas y centradas en la personas
- Contribuir a la prevención de riesgos psicosociales de las personas cuidadoras, a través de una capacitación y apoyo que asegure la calidad de vida de las personas mayores dependientes que viven en su domicilio y a la reducción de las consecuencias negativas en la salud, vida familiar, personal y social de las personas cuidadoras
- Prevenir y atender los trastornos psicosociales de familiares o de cuidadores no profesional, ofreciendo actividades de apoyo y formación continua.
- Ofrecer herramientas para una atención de calidad a las personas mayores, con especial énfasis en aquellas que fomentan la autoestima, el bienestar psico-emocional y la dignificación de la persona dependiente, a través de sesiones formativas, talleres y reuniones en grupos de apoyo.

Para conseguir estos objetivos, se llevaran a cabo una serie de actividades que permitirán ofrecer una atención integral siendo imprescindible ofrecer:

- **Atención individualizada y centrada en la persona o familia**

Para ofrecer una atención integral y continuada, creemos necesario llevar a cabo entrevistas mensuales con la trabajadora social encargada y coordinadora del programa, a fin de prestar un acompañamiento social al familiar o cuidador informal de la persona dependiente, así como una intervención centrada en la persona, durante su periodo de cuidador/a, además de informar, asesorar y gestionar aquellos recursos que fueran necesarios y adecuadas a la situación de cada persona, ya que muchos cuidadores desconocen la cantidad y variedad de ayudas que existen, gratuitas o no.

- **Apoyo psicológico**

A menudo los familiares y/o cuidadores de personas mayores dependientes se encuentran en estados de bloqueo, ansiedad, depresión, estrés... derivados de esta situación de cuidado, necesitando un apoyo psicológico que les ayude a afrontar dicha situación y a sobrellevarla de la mejor forma posible..

Este servicio consiste en realizar un apoyo psicológico de forma individual al cuidador o familiar de personas mayores dependientes, con el objetivo de atender aquellos problemas que pudieran aparecer como consecuencia de la situación de cuidado de un familiar con el que se mantiene un estrecho vínculo afectivo y cuyo estado va en deterioro y agravamiento, algo que no es fácil de llevar si no se posee el apoyo y las herramientas adecuadas

La conveniencia de esta atención puede ser detectada a través de las entrevistas periódicas con la trabajadora social o bien a petición o demanda del familiar o cuidador afectado, que en cualquier caso será valorado por la trabajadora social.

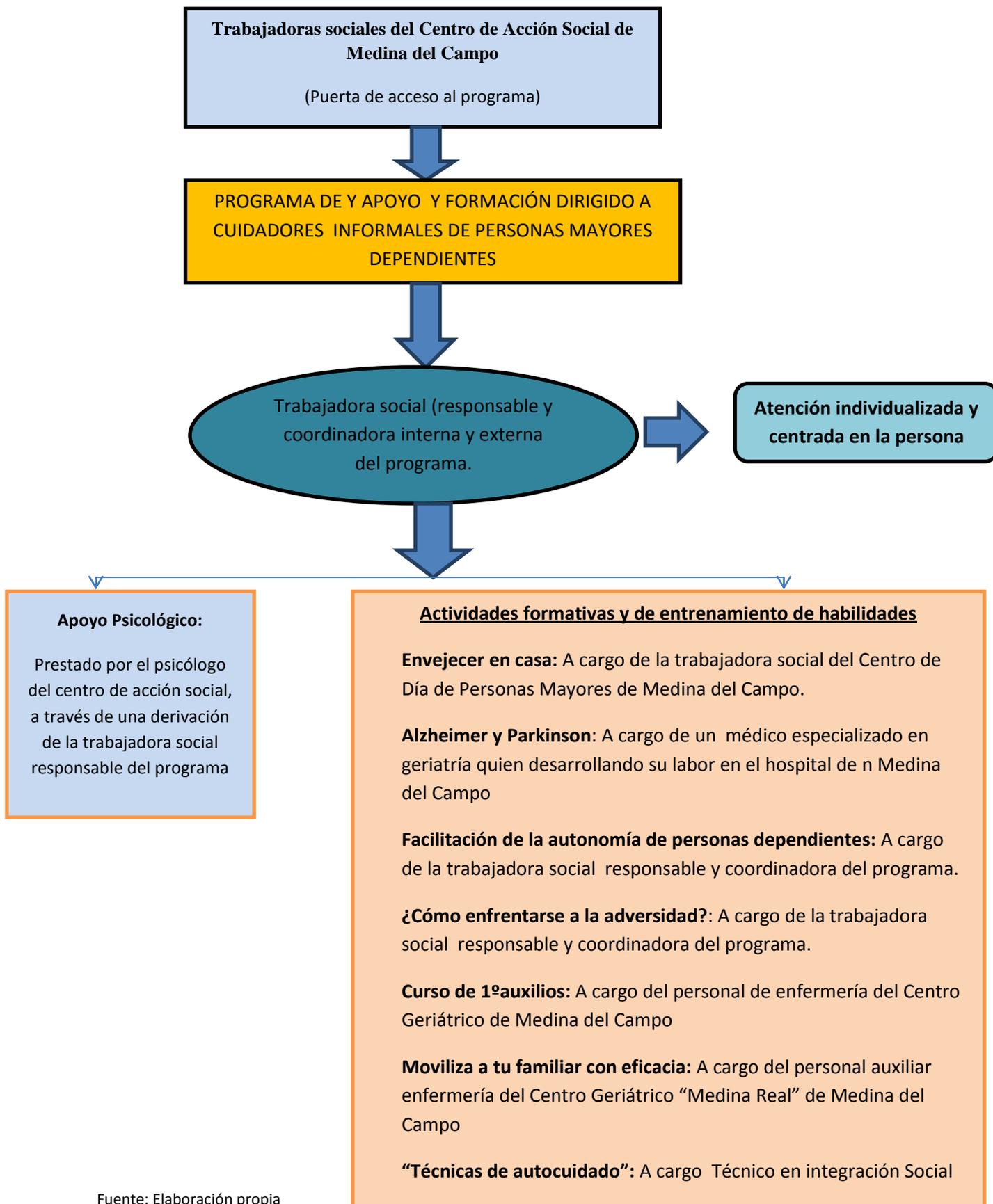
- **Formación**

Estas actividades están destinadas a proporcionar información sobre la propia vejez, enfermedades más frecuentes así como cualificar y dotar de habilidades y conocimientos específicos al familiar y/o cuidador informal.

Las mismas tienen como objetivo principal que el cuidador informal se sienta seguro, reduzca su incertidumbre y pueda desempeñar su papel lo mejor posible, proporcionando para ello los conocimientos necesarios y entrenando las técnicas y habilidades necesarias para hacer frente a los retos que se pudieran plantear en un futuro.

La organización del programa “Cuidando al cuidador”, sería la siguiente:

Grafica 8: Organización programa “Cuidando al cuidador”



Fuente: Elaboración propia

CONCLUSIONES

La realización de este trabajo ha sido una gran experiencia en la que he podido poner en práctica gran parte de los conocimientos, competencias y habilidades adquiridas a través de las diferentes asignaturas afanadas en este periodo de aprendizaje. Gracias a estos, hemos sido capaces de llevar a cabo este proyecto y desenvolvernos con soltura en su realización, poniendo en práctica diferentes competencias adquiridas a lo largo de estos cuatro años, como son:

- La revisión de las diferentes prácticas del Trabajo Social relacionadas con nuestro objeto de estudio
- Revisión de la eficacia de los planes de intervención
- Análisis de la información obtenida a fin de mejorar las estrategias profesionales en este campo de intervención
- Realización de un estudio empírico a fin de justificar la necesidad de un programa dirigido a este colectivo de cuidadores informales
- Empleo de la asertividad para justificar nuestras decisiones, reflexionando críticamente sobre las mismas
- Promoción de las mejores prácticas del Trabajo Social mediante el análisis de las políticas que se dirigen a los cuidadores informales de personas dependientes

Es importante destacar, que la existencia de una gran variedad de material bibliográfico en este campo no ha facilitado mucho el trabajo, ya que la información encontrada al respecto ha sido de gran volumen, llevando a cabo una revisión y selección de aquella más relevante para nuestro trabajo.

También son varios los inconvenientes y obstáculos que hemos encontrando en la realización de este trabajo, especialmente a la hora de llevar cabo el estudio empírico. A la hora de administrar los cuestionarios muchos cuidadores no han querido participar en él, mostrándose reacios a las preguntas que contenía el cuestionario. Esto nos ha dificultado obtener una muestra mayor en el estudio de la sobrecarga, pero a pesar de ello hemos sabido afrontarlos y conseguir nuestros objetivos a través de una muestra más pequeña, pero representativa de la sobrecarga que padecen los cuidadores informales de Media del Campo.

En conclusión diremos que este estudio empírico, es el ejemplo que demuestra la necesidad de visibilizar a este colectivo de cuidadores informales de personas mayores dependientes desde los Servicios Sociales de Atención Social Primaria, convirtiéndose en un nuevo reto que hemos de afrontar desde el Trabajo Social.

Los resultados del estudio muestran la existencia de altos niveles de sobrecarga en los cuidadores informales de mayores dependientes en Medina del Campo. Aunque dichos resultados no pueden generalizarse a todos los cuidadores, consideramos este estudio empírico un ejemplo de práctica destinada a prestar una mayor apoyo y atención a este colectivo; Ya que sin apoyo sin ayuda, sin gente alrededor que les acompañe en esta trayectoria, no podrán por si mismos cuidarse como es debido, es imposible cuando alguien está dedicado las 24 horas del día al servicio de alguien, que además con el paso del tiempo, será más y más dependiente de ella.

Este hecho justifica la necesidades de una mayor apoyo, atención y acompañamiento a este colectivo mediante intervenciones sociales y programas llevado a cabo desde los Servicios Sociales Públicos, donde el trabajador social es una figura clave e indispensable, encargada de la creación y activación de los recursos sociales necesarios para la atención de personas necesitadas de apoyo para el desarrollo de su ciclo vital.

Programas como el propuesto en este trabajo son necesarios en los Servicios Sociales Públicos, programas que permitan dar respuesta a las necesidades y dificultades a las que se enfrentan estas personas y ofrecer la atención que tanto demanda este colectivo

Nosotros los trabajadores sociales somos agentes de cambio, y como tales nos encontramos ante un nuevo escenario en el que pueden surgir nuevas oportunidades que debemos saber aprovechar e integrar en nuestro “*quehacer profesional*”, por ello con este trabajo queremos contribuir a la promoción de las mejores prácticas del trabajo social en este ámbito de intervención social.

Desde aquí deseamos que este trabajo sirva de conocimiento y promoción de este tipo de intervenciones, al tiempo que sea un motor que impulse nuevos retos de futuro en el campo de cuidadores informales de personas mayores dependientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achury, A; Castaño, H; Gómez, L y Guevera, N. (2011): Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investigación en enfermería: Imagen y desarrollo*. Vol. 13 (I) ,27-46. De la base de datos Dialnet.
- Augusta, M. (2012): *Sobrecarga de cuidadores informales de mayores dependientes*. Universidad de Salamanca. Salamanca. (Tesis Doctoral). De la base de datos Tesis Doctorales en Red.
- Bover, A. (2004): *Cuidadores informales de salud del ámbito domiciliario: Percepciones y estrategias de cuidado ligadas al género y a la generación*. Universidad de las Islas Baleares, Palma de Mallorca. (Tesis Doctoral). De la base de datos Tesis Doctorales en Red.
- Carretero, S; Garcés, J y Rodenas, F. (2006): *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: Análisis y propuesta de intervención psicosocial*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- .Delgado, González, E., González Esteban, M.P., Ballesteros Álvaro, A.M., Pérez Alonso, J., Mediavilla, M.E., Aragón Posadas, R., (2010): *¿Existen instrumentos validos para medir el síndrome del cuidador familiar? Una revisión sistemática de la literatura*. Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>
- Fuentes, M^a y Moro, L (2014). Trabajo Social y cuidadores informales: análisis de la situación actual y propuesta de intervención: *Trabajo Social Hoy*. Vol. 71, 43-62. Recuperado de <http://www.trabajosocialhoy.com/articulo/66/trabajo-social-y-cuidadores-informales-analisis-de-la-situacion-actual-y-propuesta-de-intervencion>.
- García, M, Rodríguez, I. y Egulguren, A. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Barcelona: Gac Sanit. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s021391112004000400021&script=sci_arttext

Grueso, A. (2012): *Repercusiones biopsicosociales en cuidadores informales de enfermos de Alzheimer en la ciudad de Salamanca*. . (Trabajo fin de máster). Universidad de Salamanca. Salamanca. Recuperado de: http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/120994/1/TFM_GruesoPerezA_Cuidadores.pdf

IMSERSO. (2004): *Servicios Sociales para personas mayores en España*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado de <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>

IMSERSO. (2006): *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar. Como mantener su bienestar*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado de <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>

IMSERSO (2007): *Modelo de Atención a las personas con enfermedad de Alzheimer*?. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado de <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/21011alzheim.pdf>

INE: *Instituto Nacional de Estadística*: Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p05/a2010/10/&file=00047002.px&type=pcaxis>

Instituto Nacional de Estadística. (2014): *Proyección de la población de España 2014-2064*. Notas de Prensa. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005): *Libro Blanco sobre la Atención a las Personas en situación de Dependencia en España*. Madrid. Recuperado de <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>

Monserrat, J. (2014): *El impacto de la crisis en el sistema de Atención a la Dependencia. ¿Hacia un cambio de modelo?* .VII Informe sobre exclusión social

y desarrollo social en España. Fundación Foessa. Recuperado de http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/descargas/VII_INFORME.pdf

Pérez Eransus, B. (2004): El acompañamiento social como herramienta de lucha contra la exclusión. *Documentación Social*, nº 135, pp. 89 a 107. De la base de datos Dialnet

Pineño, L. (2014): *La sobrecarga en los cuidadores informales de enfermos con Alzheimer*. Universidad de Valladolid. Valladolid. (Trabajo Fin de Grado). De la base de datos del repositorio de la Universidad de Valladolid.

Sala, E. (2009): *La calidad de vida de las cuidadoras informales: Base para un sistema de valoración*. Universidad Ramón Llull. Barcelona. Recuperado de <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/119780.pdf>

Úbeda, I. (2009): *Calidad de vida de los cuidadores familiares: Evaluación mediante cuestionario*. Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona. (Tesis Doctoral). De la base de datos Tesis Doctorales en Red.

Zomaño, G. (2015): Incorporación del familiar del enfermo hospitalizado a los cuidados enfermeros intrahospitalarios. Universidad de Alicante, Alicante. (Tesis Doctoral). Recuperado de http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/47031/1/tesis_ginesa_zome%C3%B1o_

Valentín, S (2014): Valoración de los cuidadores de enfermos de Alzheimer: Una propuesta metodológica integradora en la intervención del trabajador social en materia de dependencia. (Trabajo Fin de Grado). De la base del repositorio de la Universidad Pontificia de Comillas. Madrid.

Vaquiro, S; Stieповinch, J. (2010): Cuidados informales, un reto asumido por la mujer. Universidad de Concepción, Chile. *Ciencia y enfermería*, Vol. 16(2), 17-24. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000200002&script=sci_arttext

REFERENCIAS NORMATIVAS

Ministerio de la Presidencia (2006): *Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia.*

Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990>

Noticias Jurídicas (2007): *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.*

Recuperado de: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Laboral/rd615-2007.html

Noticias Jurídicas (2010): *Ley 16/2010, de 16 de Diciembre, de Servicios Sociales en Castilla y León.*

Recuperado de: http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/cl-116-2010.t4.html

Noticias Jurídicas (2012): *Decreto- ley 20/2012, de 13 de Julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.*

Recuperado de: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/rdl20-2012.html

ANEXOS

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR- TEST DE ZARIT

Indicación: Medir el grado de sobrecarga subjetiva de los familiares o cuidadores informales, de personas mayores dependientes

Interpretación:

- < 47 : No sobrecarga
- 47 a 55: Sobrecarga leve
- > 55 : Sobrecarga intensa

¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente para Vd.?	
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que el cuidar de su familia afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de otros gastos?	
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
Globalmente, ¿qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
Total	

OPCIONES

1 NUNCA

2 RARA VEZ

3 ALGUNAS VECES

4 BASTANTES VECES

5 CASI SIEMPRE