



Universidad de Valladolid

Facultad de Educación y Trabajo Social

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Grado en Educación Social.

El cuidado informal a las personas mayores dependientes.

Propuesta de un manual de actuación para familias cuidadoras de personas mayores dependientes.

Autora: Natalia Bravo Herranz

Tutora académica: Margarita Nieto Bedoya

Valladolid, julio 2019

La primera vez que escuché la canción Rosa y Manuel de Andrés Suárez, Moraima, la letra me traspasó por dentro y tocó lo más profundo de mis emociones, me hizo reflexionar sobre mi familia y nuestro papel como cuidadores informales.

He llegado a mi último año de carrera y he tomado la decisión de encauzar mi Trabajo de Fin de Grado reflejando nuestra historia donde la protagonista eres tú, abuela. Mi intención ha sido dar a conocer y ayudar a comprender mejor la experiencia del cuidado familiar y, todo lo que conlleva cuando una enfermedad llega a la familia.

Natalia Bravo Herranz.

AGRADECIMIENTOS

En especial a mi abuela, Leonor, por su
fuerza, alegría y amor.

A mis padres y hermana Irene por su entrega total,
su valentía y su dedicación.

A mi tía Pilar por su paciencia, apoyo y ayuda.

A mí tutora Margarita Nieto Bedoya por su apoyo,
comprensión y dedicación.

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
PALABRA CLAVE.....	5
ABSTRACT	5
KEYWORDS	6
CAPÍTULO 1. LA PERSONA MAYOR Y SUS CARACTERÍSTICAS.	7
1.1. Concepto de persona mayor.	7
1.2. Características biológicas, psicológicas y sociales de la persona mayor.	9
1.1.3. Cambios biológicos.	9
1.3.2. Cambios sociales.	15
1.3.3. Cambios psicológicos.	17
CAPÍTULO 2. LA PERSONA MAYOR ANTE EL ENVEJECIMIENTO.	22
2.1. Concepto de envejecimiento.	22
2.2. Evolución de la población española en las últimas décadas.	24
2.2. Tipos de cuidado ante el envejecimiento.	29
2.2.1. Cuidado formal.	29
2.2.2. El cuidado informal.	32
2.3.3. Tipos de relación entre el cuidado formal y el cuidado informal.	35
CAPÍTULO 3. DEPENDENCIA Y ATENCIÓN AL MAYOR EN EL HOGAR.	36
3.1. Concepto de dependencia.....	36
3.2. El perfil sociodemográfico de las personas mayores con dependencia.	38
3.3. El perfil sociodemográfico de los cuidadores informales de personas mayores.	40
3.4. La experiencia del cuidador/a a lo largo del proceso de atención al mayor.	42
CAPÍTULO 4. PROPUESTA DE UN MANUAL DE ACTUACIÓN PARA FAMILIARES DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES.....	46
4.1. Fundamentación.	46
4.2. Objetivos.	48
4.3. Destinatarios.....	48
4.4. Estructura del manual.	49
4.5. Metodología.	50
4.6. Manual.	51
1.6. Evaluación.....	58
4.7. Conclusiones	64

CONCLUSIONES FINALES	65
BIBLIOGRAFÍA	67

RESUMEN

El presente trabajo, parte del estudio del concepto de persona mayor y sus características físicas, psíquicas y sociales debido al fenómeno del envejecimiento en España, especialmente acelerado, como consecuencia de una mayor esperanza de vida y acentuado por una reducida tasa de natalidad.

Ante esta situación, se reflexiona sobre los tipos de cuidados existentes hoy en día para hacer frente a los efectos del envejecimiento, y su relevancia en el desafío que supone cuidar a una persona mayor dependiente.

Por ello, se presenta el tema de la dependencia, examinando tanto el perfil sociodemográfico de las personas con dependencia como el perfil sociodemográfico del cuidador/a informal, así como la experiencia del cuidado informal, es decir, lo que implica asumir el cuidado de una persona mayor dependiente.

Se concluye con la propuesta de un manual de actuación para la formación de los cuidadores informales, de tal forma, que garantice su bienestar y calidad de vida, y por consiguiente la de la persona mayor dependiente.

PALABRA CLAVE

Envejecimiento, persona mayor, dependencia, cuidado informal, calidad de vida.

ABSTRACT

The present work, part from the study of the concept of elderly person and its physical, psychic and social characteristics due to the ageing phenomenon in Spain, specially accelerated as a result of a longer life expectancy and marked by a low birth rate.

For this reason, the issue of dependency is presented, analysing both, the socio-demographic profile of people with dependency and the socio-demographic profile of the informal caregiver, as well as the informal care experience, in other words, what it means to take care of a dependent elderly person.

This work concludes with a proposal for the training of informal caregivers, in such a way that guarantees their well-being and quality of life, and consequently that of the dependent elderly person.

KEYWORDS

Ageing, elderly person, dependency, informal care, quality live.

CAPÍTULO 1. LA PERSONA MAYOR Y SUS CARACTERÍSTICAS.

1.1. Concepto de persona mayor.

El estudio de la tercera edad debe empezar por definir las diversas formas que este concepto adopta con el fin de facilitar su comprensión. Existen varias definiciones de la tercera edad.

Según la Real Academia Española (RAE, 2019) la tercera edad es “un periodo de la vida de las personas en las sociedades avanzadas caracterizado por la jubilación o por el cese de la actividad laboral: más comúnmente a partir de los 65 años”.

Desde esta perspectiva, relacionada con el ámbito laboral se considera que una persona es mayor cuando sobrepasa cierta edad, generalmente los 65 años, y se llega a la edad de jubilación. Sin embargo, la edad de jubilación se ha ampliado debido a los cambios en el sistema económico, el aumento de la esperanza de vida, la precariedad laboral, el envejecimiento demográfico y el aumento de las prestaciones sociales. (Lorenzo Carrascosa, 2009).

La vejez es otro término empleado para referirse a la tercera edad como etapa vital, concepto que se utiliza para distinguir las distintas etapas evolutivas: la infancia, la adolescencia, y la edad adulta. Así, la vejez puede definirse desde un criterio cronológico, que empieza con la jubilación, o desde un criterio funcional visible por la incapacidad o limitación física o psíquica de las personas (Agulló Tomás, 2001). Paralelamente a la edad cronológica, la edad biológica es la constatación de que todo organismo sigue un proceso de crecimiento, equilibrio y degeneración.

Por lo tanto, podemos considerar la vejez como un proceso de pérdida física, psíquica y social, que supone la pérdida de las capacidades y habilidades adquiridas durante la juventud y la edad adulta. De manera que, “desde una explicación biológica, la vejez es sinónimo de deterioro personal y decadencia social” (Pérez Hernández, 2014), lo que se traduce en diversos cambios tanto sociales, como económicos y de la forma de vida de las personas mayores.

Pero las personas mayores son diferentes entre sí, no siempre la vejez implica pérdidas, y no necesariamente está asociada a enfermedad o dependencia. Un enfoque más

positivo, el asumido por las ciencias sociales, establece que el periodo de jubilación implica una nueva oportunidad de desarrollo personal, participación en nuevas actividades y aumento de las relaciones sociales.

Otro punto importante en esta etapa de la vida es la relación existente entre el tipo de actividades y el estilo de vida que realizaban antes y después de la jubilación. Por tanto, la ocupación del tiempo libre estará marcada por la educación recibida; la diferenciación social de las actividades respecto a ambos géneros; los estereotipos sociales y las condiciones de salud de las personas mayores.

Por su parte, Pérez Hernández (2014) afirma que el término vejez es relativo y que también depende de la zona geográfica y del momento histórico en el que nos encontremos, es decir, de la sociedad en la que se emplee. La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2002) advierte que no es lo mismo ser mayor en un país desarrollado u occidental, en los que se considera que una persona es mayor a partir de los 65 o más años, que en un país en desarrollo que la edad a la que una persona se le considera mayor, desciende a los 60 años.

Otro de los factores que la sociedad considera categórico para anunciar la entrada en la vejez, es la edad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que:

Las personas de 60 a 74 años se consideran de edad avanzada; de 75 a 90 ancianas, y las que sobrepasan de los 90 se las denomina personas de gran longevidad. Y a todo individuo mayor de 60 años se le denominará indistintamente persona de la tercera edad. (Agulló Tomás, 2001, p. 52).

Otros términos empleados para referirnos a las personas mayores son: anciano, viejo, mayor y abuelo. Estas expresiones poseen connotaciones negativas de caridad y lástima que generan una imagen errónea y estereotipada de todos los miembros de este grupo social. (Agulló Tomás, 2001).

1.2. Características biológicas, psicológicas y sociales de la persona mayor.

La vejez es un proceso que depende tanto de factores endógenos, propios del individuo, como de factores exógenos, ajenos a él. Es por tanto, un proceso de transformación de múltiples factores biológicos, psicológicos, y sociales. Esto supone un cambio para todas las personas, pero este trance vital es vivido de forma particular por cada uno de los individuos que conforma la tercera edad, dado que es un proceso dinámico, progresivo, inherente e inevitable y cada persona envejece de una manera.

La transición de la vida adulta a la vejez está determinada por un marcador cronológico, los 65 años de edad o por el cese de la actividad laboral, lo que actualmente, supone según advierte el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2014) un punto de inflexión en la persona mayor porque se enfrenta a una serie de cambios físicos, psíquicos, económicos, personales y sociales. Por lo tanto, es lógico que las necesidades de este grupo social (65 años a 95 años o más) vayan cambiando.

Los cambios que la vejez arrastra consigo se pueden observar en los siguientes aspectos:

1.1.3. Cambios biológicos.

Los cambios físicos asociados a la vejez son múltiples y su análisis completo daría lugar a un catálogo inagotable. En consecuencia, decidimos centrarnos en cinco sistemas, cuyos cambios son altamente relevantes en la persona mayor, justificado tanto por la alta prevalencia de sus alteraciones, como por las consecuencias funcionales que estas acarrearán. (Salech, Jara y Michea, 2012).

a. Cambios en los órganos sensoriales.

A medida que las personas envejecen se produce un deterioro en la capacidad de los órganos de los sentidos: gusto, tacto, olfato, vista, y oído. Durante el envejecimiento el umbral para percibir los estímulos requiere mayor intensidad, lo que provoca cambios sensoriales que pueden tener un impacto importante en el estilo y la calidad de vida de las personas. (Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU, 2019).

- Audición.

El oído tiene dos funciones, una es oír y otra mantener el equilibrio. Las alteraciones que afectan al equilibrio de las personas están estrechamente relacionadas a los cambios fisiológicos producidos en el oído interno. Las personas mayores presentan problemas para mantener el equilibrio, cuando se paran, se sientan o caminan. (Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU, 2019).

Las alteraciones que afectan al oído interno, también están asociadas a la pérdida de audición de los individuos, y se suelen producir las siguientes:

- Hipoacusia de transmisión.
- Presbiacusia.
- Tinnitus.
- Otosclerosis.

En la zona externa del oído, observamos ciertas alteraciones que pueden ser contempladas a simple vista, como el continuo aumento del pabellón auricular, la excesiva producción de cerumen, y la mayor densidad de vello que se cultiva dentro y alrededor del pabellón auditivo.

De igual manera, estas modificaciones, tanto internas como externas, tienen como consecuencias la pérdida de la audición y el consiguiente deterioro cognoscitivo, según Tun et al. (2012), se ven afectadas “las áreas de la memoria, funciones ejecutivas, atención, comprensión, procesamiento, velocidad psicomotora, habilidad verbal y lenguaje” lo que provoca una sensación de soledad, aislamiento y frustración que afecta a la calidad de vida de las personas mayores. (p. 23).

La pérdida auditiva puede ser considerada un factor de riesgo para la personas mayores visto que perjudica a diferentes áreas de la función cognitiva y su impacto ocasionará situaciones de aislamiento social y alteraciones en la conducta. Por estas razones, es muy importante la detección precoz de las consecuencias de la pérdida de audición para que las personas mayores sigan manteniendo su bienestar y calidad de vida, así como sus habilidades cognitivas.

- Tacto.

Con la edad, las personas contemplan cómo su capacidad de discriminar vibraciones, sensaciones dolorosas, temperatura, presión y posición del cuerpo se ve disminuida. Por ejemplo, con la disminución de la sensibilidad a la temperatura, puede resultar difícil establecer las diferencias entre fresco y frío o caliente y tibio, esto puede ser altamente peligroso para las personas al incrementar el riesgo de lesiones ocasionadas por hipertermia o quemaduras. (Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU, 2019)

- Vista.

La vista sufre un declive durante el envejecimiento produciendo, de forma gradual, modificaciones en el modo de vida de las personas mayores que suelen ir acompañadas de una inseguridad que está relacionada con el deterioro funcional de la visión, o su capacidad para interactuar con las personas. Los trastornos oculares que podemos encontrar y que provocan cambios en la visión son (Cobo Domingo, 2018, p. 57):

- Aumento de lagrimeo por irritación.
- Ausencia de lagrimeo.
- Párpados hundidos hacia dentro.
- Párpados caídos hacia fuera.
- Reflejo de parpadeo deficitario.
- Aumento de vello en las cejas.
- Disminución del número de pestañas.
- Aumento de adherencias en los ojos.

Los problemas de visión en las personas mayores generalmente alteran el desarrollo de sus actividades cotidianas, su capacidad de comunicación y su relación con el entorno. Por ello, su autonomía personal se ve limitada dando paso a situaciones de dependencia. Uno de los factores es el riesgo de caídas que tiene como consecuencia el aislamiento social, por tanto, es prioritario apoyar a las personas mayores con problemas derivados de la pérdida de visión para que puedan seguir con sus actividades, evitando así la inactividad, sentimientos de inutilidad y alteración de las conductas.

- Olfato y Gusto.

El gusto y el olfato son sentidos que trabajan juntos, dado que la mayor parte de los sabores están asociados a los olores. A medida que las personas envejecen, las facultades gustativas disminuyen de forma semejante a las facultades olfativas. (Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU, 2019)

Otros síntomas que pueden apreciarse asociados a la edad son la disminución de las papilas gustativas que puede causar sequedad en la boca, afectando al sentido del gusto, y la menor producción de la mucosa facilitando la sequedad de la zona e incrementando la posibilidad de contraer infecciones. (Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU, 2019)

Además, tanto la aminoración del funcionamiento de las células sensitivas y su capacidad para olfatear, fenómeno que recibe el nombre de anosmia, como la disminución del gusto y el olfato contribuyen al descenso de ingesta de alimentos por su inapetencia.

- b. Cambios en el aparato cardiovascular.

El corazón de las personas mayores, presenta unos síntomas que conducen a un menor aporte de sangre oxigenada, y esto se transforma en el origen por el que disminuye la fuerza y la resistencia física.

Si hablamos específicamente del corazón, los principales cambios que se producen son: aumento del ventrículo izquierdo, alteraciones en la grasa acumulada, mayor cantidad de colágeno que provoca un endurecimiento de las fibras musculares y una pérdida de la capacidad de contracción que traen consigo los siguientes efectos (Salech, Jara y Michea, 2012):

- Falta de adaptación y recuperación más lenta del ritmo cardiaco ante situaciones como: enfermedad, infecciones, lesiones, esfuerzos físicos, o reacción a diferentes medicamentos.
- Mayor incidencia de la hipertensión arterial e hipotensión postural.
- Disminución del flujo sanguíneo.
- Presencia de distintos tipos de arritmias.

Por otra parte, los vasos sanguíneos pierden elasticidad y consistencia, al aumentar de grosor y acumular calcio y lípidos que dificultan el paso de sangre debido al taponamiento o rotura de los vasos. (Cobo Domingo, 2018).

c. Cambios en el Sistema Respiratorio.

Los efectos del envejecimiento en el aparato respiratorio serán considerables en la anatomía y en la función del aparato respiratorio. Se observa que los pulmones comienzan a perder parte del tejido, debido, en parte, a la reducción en número y grosor de las fibras elásticas. De forma similar también se observa, la disminución del número de alveolos al igual que el de capilares. (Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU, 2019).

Entre los factores, por los cuales la funcionalidad del aparato respiratorio queda mermado, destacamos los producidos en la estructura ósea y muscular del tórax, donde resulta un aumento del diámetro torácico anterior, y un incremento de las curvaturas de la columna vertebral, siendo la cifosis la más peculiar, aún más en las mujeres, debido al descolgamiento de las mamas (Cobo Domingo, 2018). Se suman a estos factores, la atrofia y el debilitamiento de los músculos intercostales, y la reducción de la masa ósea.

Se observa también que los cilios que recubren las vías respiratorias disminuyen y tienen menos capacidad para mover las mucosas del árbol bronquial y el tracto respiratorio, y por tanto, existe una mayor incidencia de infecciones víricas.

Los principales efectos de estos cambios son (Noriega, García y Torres, 2012):

- La disminución de la función pulmonar.
- La disminución de la cantidad de oxígeno que se trasfiere.
- Mayor tendencia a la obstrucción de las vías respiratorias, al permanecer inmobilizado, o al no respirar profundamente, lo que aumenta el riesgo de desarrollar infecciones respiratorias u otros problemas pulmonares.
- Cambio del tono, volumen y calidad de la voz, al producirse cambios en los cartílagos.

d. Cambios en el Aparato Locomotor.

- Músculos

Durante el proceso de envejecimiento se produce una disminución de la masa muscular, debido a la pérdida tanto en peso como en número y diámetro de las fibras musculares. La consecuencia de estos cambios es el deterioro de la fuerza muscular, de tal forma que la masa grasa aumenta y predispone a las persona a sufrir artropatías y caídas. (Salech, Jara, Michea, 2012).

- Masa Ósea

Con la edad, la densidad de los huesos comienza a disminuir tanto en hombres como en mujeres, pero este proceso está especialmente presente en las mujeres, y se acelera tras la menopausia. De cualquier modo, los factores que determinan la masa ósea están clasificados en genéticos, nutricionales, hormonales, farmacológicos, y factores unidos a la actividad física, a los hábitos tóxicos y a las enfermedades asociadas, entre otros (Hermoso de Mendoza, 2003). Como resultado de la pérdida ósea, la presencia de osteoporosis, es característica fundamental del envejecimiento, incentivada por los motivos expuestos anteriormente.

Además, las articulaciones experimentan cambios en el cartílago y en el tejido conjuntivo. Se advierten modificaciones en la disminución de la elasticidad aumentando la facilidad para las lesiones, en la disminución de la resistencia de las articulaciones, y en la superficie articular que se vuelve más fina. En consecuencia, estas modificaciones motivan la aparición de la artrosis, limitando la amplitud de los movimientos.

e. Cambios en el Sistema Neurológico.

El deterioro cognitivo asociado al proceso de envejecimiento, está relacionado con cambios morfológicos y funcionales del sistema nervioso. Múltiples estudios coinciden en la disminución progresiva de la masa del cerebro humano, aproximadamente entre un 10 y un 5 por ciento de su peso, comparando este órgano con otras etapas de la vida (Salech, Jara, Michea, 2012), así pues este proceso de degeneración tiene una gran relevancia, puesto que es un factor determinante de discapacidad y dependencia.

En este punto, las enfermedades neurodegenerativas afectan principalmente al área funcional de las personas, suscitando su incapacitación. Las enfermedades neurodegenerativas dañan el desarrollo de las actividades de autocuidado, como vestirse, alimentarse, hablar, y/o respirar, precisando de la ayuda de un familiar o cuidador/a. (Cobo Domingo, 2018).

Cabe destacar, que las enfermedades que afectan al cerebro, a la médula espinal y a los nervios, deterioran funciones muy importantes del cuerpo humano, tanto cognitivas como físicas, dañando seriamente la autonomía de las personas mayores, supeditándolas a un grado de dependencia que exige adaptar la vida de sus familiares a los cuidados que se precisan.

Entre las enfermedades neurológicas más frecuentes destacan (Biblioteca Nacional de Medicina, 2019):

- “Enfermedad de Alzheimer.
- Enfermedad de Parkinson.
- Traumatismos craneoencefálicos.
- Tumores cerebrales o metástasis.
- Infecciones que afectan al cerebro, como meningitis o encefalitis.
- Otras enfermedades congénitas.”

1.3.2. Cambios sociales.

Los cambios psicosociales que se producen con el envejecimiento, según afirman Noriega Borge, García Hernández y Torres Egea (2011) hacen referencia principalmente “al cambio de rol de la persona mayor, tanto en el ámbito individual como en el marco de la propia comunidad.”. (p. 17).

Los cambios en el rol individual, conforme indica De la Uz Herrera (2009) se abordan desde tres dimensiones:

1. La persona mayor como individuo único, provisto de una historia personal; con valores y creencias propias, capaz de decidir y opinar; y con una concepción de la vida y de la muerte.

2. La persona mayor como integrante de una familia. Las relaciones con la familia cambian, y pasan en general por dos etapas:
 - La persona mayor es independiente y autónoma cuenta con la capacidad de ayudar a su familia, participar en las actividades domésticas básicas, y presta cuidados a los nietos, con lo que establece relaciones de afecto y complicidad.
 - En la segunda etapa, aparecen problemas de salud que conllevan asociadas situaciones de dependencia. Ambas cuestiones conforman una nueva realidad para las personas mayores, puesto que pasan de prestar ayuda a recibirla, o de cuidar a ser cuidado.

3. La persona mayor como persona capaz de afrontar las pérdidas características de esta etapa: facultades físicas, psíquicas, económicas y pérdidas afectivas. Todas estas pérdidas comprenden una serie de sentimientos como tristeza, dolor, o soledad, y una serie de conductas emocionales y comportamientos de “duelo”. Estas pérdidas implican cambios en su vida diaria, como cambio de residencia o cambio de responsabilidades.

Otro aspecto importante es el cambio de rol de la comunidad. El papel de las personas mayores gira alrededor de dos grandes actividades: la actividad laboral y la participación en las tareas comunitarias, ligada con el asociacionismo, la actividad política, el voluntariado y la educación permanente.

El gran cambio viene dado por el momento de la jubilación. Este hecho implica un proceso de adaptación a una nueva situación de inactividad laboral, frecuentemente difícil porque la sociedad considera “el trabajo un factor de integración social, reforzador de los sentimientos de integridad personal y principal fuente de ingresos económicos.” (Sirlin, 2007, p. 52).

La jubilación hace referencia a la situación de una persona después de haber finalizado total o parcialmente su actividad laboral y que tiene derecho a percibir una remuneración o pensión económica. Para Galvanovkis y Villar (2000) “supone un cambio en todos los aspectos de la vida porque modifica nuestra estructura de

funciones, nuestros hábitos, la organización de nuestra vida diaria y repercute sobre nuestro sentido de eficacia y de competencias personales” (Sirlin, 2007, p.53). En consecuencia, se precisará de una nueva organización de la vida, del uso del tiempo, de las relaciones sociales y familiares, y de la asunción de nuevos roles relacionado con los estilos de vida, la cultura y el género.

1.3.3. Cambios psicológicos.

Para explicar los cambios psicológicos atribuibles a la edad hay que atender a la relación que se establece entre una serie de factores (Noriega Borge, García Hernández, Torres Egea, 2011):

- Modificaciones anatómicas y funcionales en el sistema nervioso y los órganos de los sentidos (analizadas en el primer apartado: cambios biológicos).
- Modificaciones cognitivas: inteligencia, creatividad, memoria, y resolución de problemas.
- Modificaciones en la afectividad: pérdidas, motivación y personalidad.

De las modificaciones anteriormente señaladas destacamos:

- a. Modificaciones en las funciones cognitivas.

A medida que la persona envejece, su cerebro cambia tanto en su estructura física como en su capacidad para llevar a cabo varias funciones. Con el envejecimiento, las funciones cognitivas, unidas a la memoria, a la toma de decisiones, al procesamiento de la información, y al aprendizaje, pueden modificarse, dándose así el fenómeno conocido como “envejecimiento cognitivo”.

Los cambios que se producen en la función cognitiva de una persona, según indican Noriega Borge, García Hernández y Torres Egea (2011) estarán determinados por diferentes proposiciones: “la subjetividad en la interpretación de las capacidades intelectuales y la falta de familiaridad que tienen las personas mayores con los instrumentos dedicados a la evaluación psicológica.” (p. 14). Pero estos cambios también están motivados por aspectos personales, educacionales, culturales, o del

propio entorno, por esta razón, los efectos del envejecimiento cognitivo son diferentes, así como las respuestas que se pueden tomar.

El envejecimiento cognitivo puede afectar a la realización de tareas domésticas, tales como cocinar, tomar al día los medicamentos, mantener los hábitos de higiene y vestido. Aspectos que pueden alterar la habilidad de una persona mayor de vivir independientemente, participar de sus actividades, y mantener un sentido de identidad.

Dentro de las modificaciones cognitivas que se dan durante el envejecimiento hay que considerar aquellas que se producen en diversas funciones cognitivas:

- Inteligencia.

En lo que atañe a la inteligencia, la edad no parece ser un factor que modifique por sí solo, la utilización de las facultades mentales. Bien es cierto, que a partir de los 65 años, según estudios longitudinales, se puede hablar de un cierto enlentecimiento de las capacidades intelectuales, un factor que hay que tener muy presente, y que se caracteriza a nivel individual, según Noriega Borge, García Hernández y Torres Egea (2011) por “la pérdida de interés, pérdida de atención, fatiga intelectual y/o dificultad de concentración”. (p. 14).

Es preciso señalar la diferenciación que presenta Raymond Cattell respecto dos conceptos de inteligencia. La inteligencia fluida tiene una base biológica, así pues, guarda relación con el aprendizaje. En ella se sitúa, el razonamiento lógico, la capacidad de analizar nuevas tareas, y la identificación y resolución de problemas. En cambio, la inteligencia cristalizada está completamente ligada a la experiencia y al entorno sociocultural. Este tipo de inteligencia está relacionada con factores culturales, educacionales, y con experiencias ya vividas, por lo que, la inteligencia cristalizada se mantendrá o incluso podrá incrementar, al estar directamente vinculada con los conocimientos adquiridos a lo largo de la vida, mientras que la inteligencia fluida disminuirá al recibir una mayor influencia de determinantes hereditarios. (De Prado Núñez, 2018).

Parece fácil deducir que las personas mayores, tienden a utilizar más la inteligencia cristalizada que la inteligencia fluida (De Prado Núñez, 2018), dado que permite al individuo dar respuesta a los problemas utilizando habilidades previamente adquiridas en la resolución de experiencias ya vividas.

- Memoria.

Respecto a los cambios psíquicos que se producen en la etapa del envejecimiento, la pérdida de memoria es uno de los más característicos, debido a la interrelación que se produce entre múltiples factores, que abarcan, desde “cambios en el sistema neurológico y circulatorio, que afectan a la función cerebral, la oxigenación, y a la nutrición hasta la motivación, los sentimientos, los estados de ánimo y la falta de interés por su entorno.” (Noriega Borge, García Hernández, Torres Egea, 2011, p. 15)

En la memoria a largo plazo se encuentra almacenados todos nuestros conocimientos, recuerdos, habilidades y mucha más información útil acerca de nuestro mundo y sobre nosotros mismos. Las personas mayores son capaces de evocar con gran detalle hechos y acontecimientos que han ocurrido a lo largo de la vida, eventos que seguramente fueron significativos en su historia de vida.

Por otro lado, conforme al estudio realizado por Noriega Borge, García Hernández, Torres Egea (2011) las personas mayores presentan dificultades para “retener informaciones poco significativas, en especial si en el momento de recibir la información tiene la atención fijada en otra actividad. Además, expresan tener problemas en la organización secuencial de la información, así como en la capacidad para sintetizar.” (p. 15).

- Resolución de problemas y creatividad.

Asociada a la edad, la capacidad para resolver problemas puede verse condicionada principalmente por la disminución de la facultad para la organización de la información o por la rigidez del pensamiento. No obstante, las soluciones que las personas mayores dan a la resolución de nuevos problemas pueden ser, en este caso, más valiosas si saben aplicar sus experiencias de vida.

Por otro lado, la creatividad es una variable muy individual porque está profundamente relacionada, según Sternberg (1988), con “los atributos de la personalidad, la inteligencia y los estilos cognitivos” (Estrada Martín y Uranga Cortés, 2008). Por esta razón, las personas mayores pueden redescubrir su capacidad creadora, a través del desarrollo de nuevas actividades o experiencias, siendo ésta, una parte muy importante para transformar, cambiar y mejorar su existencia.

b. Modificaciones en la Afectividad.

La calidad de vida de las personas mayores, está íntimamente vinculada con las relaciones sociales y familiares que influyen de forma positiva en su bienestar emocional (García Martínez, 2017). Sin embargo, en el polo opuesto, según Fernández-Ballesteros (2008), el funcionamiento físico y cognitivo, influirá en la expresión de su emotividad, dado que, con la edad, la salud disminuye, los temores aumentan y se padece una pérdida de autonomía personal.

Todas estas dificultades, hacen que las situaciones de vida de las personas mayores se agraven, dando lugar a situaciones de dependencia, destacando los siguientes aspectos:

- Motivación.

La motivación representa un estímulo dirigido a la superación de obstáculos, a la asunción de errores, y al reconocimiento de la incapacidad para dar una respuesta concreta a una situación y/o problema. (Carrascal y Solera, 2013).

En este sentido, se debe procurar que las personas mayores participen en actividades o proyectos de estimulación y desarrollo cognitivo para aportar utilidad y valor a su vida y para que se sientan partícipes de la sociedad.

Por todo esto, Alonso (2011) establece que debemos hacer que las personas mayores superen límites y barreras, recobrando así la confianza en ellos mismos, ya que la motivación depende del interior del individuo, de sus emociones, de las sensaciones, de los sentimientos y de la capacidad de uno mismo. (Carrascal y Solera, 2013).

- La Personalidad.

Gran parte de los estudios elaborados sobre las peculiaridades de la personalidad y el envejecimiento proceden de las teorías evolutivas y de las teorías del rasgo de la personalidad. Así pues autores como, Caprara y Steca (2004) están interesados en averiguar cómo se desarrolla la personalidad de las personas mayores y, si la edad influye o modifica la percepción que una persona tiene sobre sí misma.

A diferencia de Neugarten (1972) que afirmaba que la edad estaba asociada a cambios negativos respecto a la autoestima y al auto-concepto, McCrae y Costa, (1988) demostraron que “la personalidad tiende a mantenerse estable con el paso de los años y

que los cambios en ciertas dimensiones de la personalidad están relacionados con las circunstancias vitales que atraviesan las personas” (Caprara y Steca, 2004 p. 86). Así, la personalidad puede encontrarse afectada por el estado de salud, el entorno familiar, pérdidas afectivas, situación vital, entorno social y las experiencias, etc.

Según lo expuesto, podríamos afirmar que la formación de las personas que se hacen cargo de los cuidados de los mayores dependientes es fundamental, para dar respuesta a sus necesidades.

CAPÍTULO 2. LA PERSONA MAYOR ANTE EL ENVEJECIMIENTO.

2.1. Concepto de envejecimiento.

El envejecimiento abarca multitud de ámbitos y contiene una gran cuantía de variables y alternativas. No existe una definición única del envejecimiento. Se trata de un proceso multidimensional que se caracteriza por ser heterogéneo, complejo, progresivo, intrínseco, irreversible y universal y, se entiende como “una serie de procesos biológicos, psicológicos y sociales, ampliamente interdependientes, que se desarrollan a lo largo de toda la vida”. (Díaz Casanova, 1989, p. 86).

Asimismo, el término envejecimiento se centra en una etapa del ciclo vital que acontece desde la concepción hasta la senectud. Es por ello, que Andrés Pérez Melero (2002), define envejecimiento como:

Un proceso dinámico que se inicia en el mismo momento en el que nacemos y que se desarrolla a lo largo de nuestra vida. [...] este proceso no se produce por igual ni de manera uniforme para todas las personas, ni tampoco, en una misma persona envejecen a la misma velocidad los distintos componentes de su organismo. [...] está influido por factores derivados de las enfermedades y padecimientos acumulados a lo largo de la vida. Todos estos factores, así como los acontecimientos estresantes a los que ha sido sometido el individuo, han dejado huellas a las que el organismo se ha tenido que adaptar. (Osta Chamorro, 2014, p. 11).

Instituciones como, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) define envejecimiento como: “el deterioro progresivo y generalizado de las funciones, que produce una pérdida de respuestas adaptativas al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad”. (Alvarado García y Salazar Maya, 2014, p. 58).

Por otro lado, muchos autores diferencian dos tipos de envejecimiento: “el envejecimiento primario que hace referencia a una serie de cambios progresivos e inevitables que ocurren con el paso del tiempo, y el envejecimiento secundario que consiste en cambios causados por afecciones o enfermedades relacionadas con la edad.” (Moreno Moreno, 2004, p. 188-189).

Ahora bien, Juan Manuel Ribera Casado (2009) afirma que el envejecimiento está determinado, por tres aspectos: el relacionado con el aumento de la esperanza de vida, el descenso de la tasa de natalidad que favorece el aumento de la población anciana, y por último, el relacionado con los cambios físicos y/o psíquicos que se producen en nuestro organismo a medida que envejecemos y, que pone de manifiesto la correlación existente entre la edad y/o enfermedad y la situación de dependencia. (Osta Chamorro, 2014, p. 12).

En definitiva el envejecimiento es un proceso natural y universal de la vida humana, además de ser un proceso de cambio continuo en el campo biológico, psicológico y social y, de adaptación a todo tipo de nuevas situaciones. El envejecimiento se inicia con el nacimiento, se desarrolla a lo largo de la vida y termina con la muerte. No es un proceso uniforme, dado que cada persona envejece de forma diferente, a distintos niveles y ritmos. Y como consecuencia principal aumenta la vulnerabilidad de las personas mayores sobre su capacidad de controlar, afrontar y tomar decisiones personales, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida.

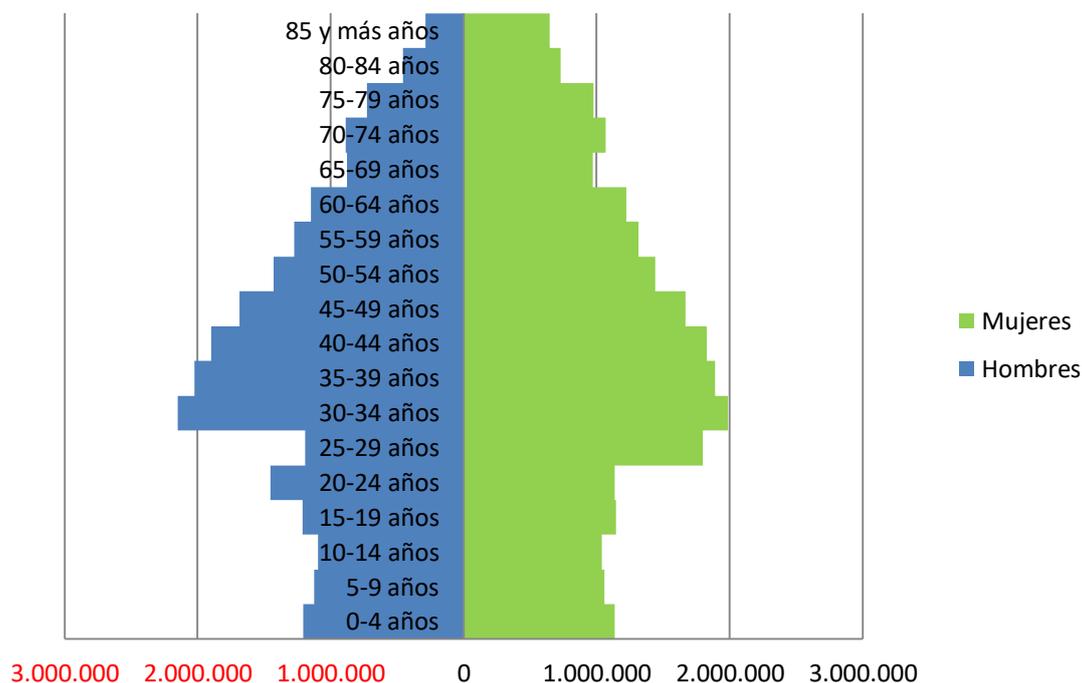
Tras la delimitación de este concepto, daremos unas pinceladas sobre el fenómeno de la población española que, “a simple vista”, nos hace deducir que estamos ante la necesidad de poner en marcha todos los mecanismos necesarios para que nuestros mayores sean cuidados y vean cubiertas todas sus necesidades. Por esta razón, también describiremos y diferenciaremos los tipos de cuidados existentes para mantener el bienestar y calidad de vida de las personas.

2.2. Evolución de la población española en las últimas décadas.

El envejecimiento de la sociedad española es un proceso medido por el descenso de la natalidad que hace disminuir el número de población joven, por la prolongación de la esperanza de vida y, por el aumento de la longevidad que impulsa el crecimiento de la población de personas mayores, aquellas que tienen 65 años o más. España, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2019) presenta una población total de 46.733.038 personas, de las cuales 8.908.154 son personas mayores, un 19,06% sobre la población total.

En la estructura de la población española, todavía puede observarse el descenso acentuado de la natalidad durante la Guerra Civil (1936-1939), tendencia que permaneció estable hasta la década de 1958 y más tarde, hacia 1977 se registra un fuerte crecimiento demográfico a causa del fenómeno baby boom que hace referencia a un notable incremento de la tasa de la natalidad. Hoy en día, la generación del baby boom representa un tercio de la población española, por lo que, el volumen de población de personas mayores de 65 años ascenderá hacia el 2030, mientras que, la población en edad de laboral (16-64 años) y los niños (0-15 años) disminuirá significativamente, a causa de la pérdida natural de población.

Figura 1. Pirámide de Población España por edad y sexo, 2019.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos del Instituto Nacional de Estadística. Estadística del Padrón Continuo 1 de enero de 2018. Consulta mayo 2019. <https://www.ine.es/>

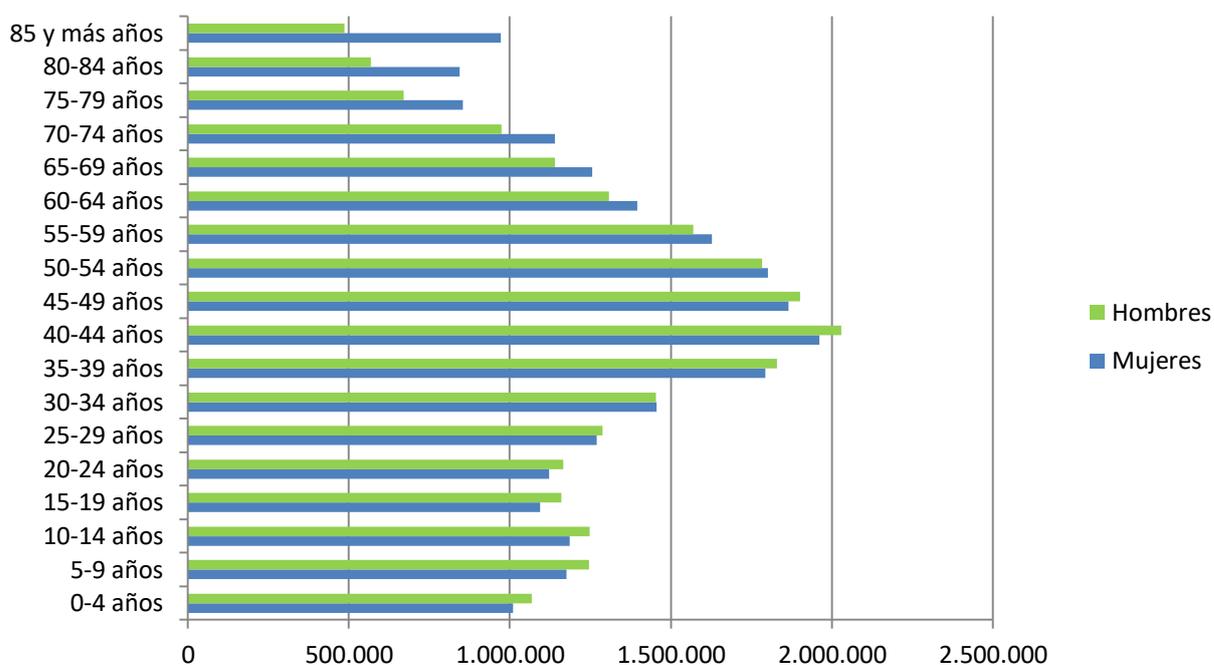
Las consecuencias del envejecimiento de la población española han traído consigo cambios en las políticas sociales, sanitarias y económicas. Estos cambios generalmente vienen determinados por el incremento de la esperanza de vida que ha supuesto un aumento del colectivo de población de 65 años a 80 y más años. Esta nueva realidad conlleva un crecimiento del número de pensionistas, mientras que el descenso del volumen de población joven en edad de trabajar implica una reducción en las aportaciones financieras. Por estas razones, es de prever una transformación en el sistema de pensiones.

Por otra parte, el aumento de la población mayor conlleva un incremento en la demanda de servicios y prestaciones del sistema de atención socio-sanitarias. Será una nueva oportunidad para el empleo vinculada a la atención de las personas mayores que por razones derivadas de la edad, enfermedad y/o discapacidad se encuentren en situación de dependencia. En esta línea, las nuevas tecnologías aplicadas a la atención de las personas mayores dependientes facilitarán el trabajo de los cuidadores y al unísono mejorarán la calidad de vida de las personas mayores.

El perfil de las personas mayores en España puede concretarse en:

- a. La feminización del envejecimiento. Tomando datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2019) tenemos que el porcentaje de mujeres supera en un 32% (5.068.440) a los hombres (3.839.711) corroborando así que las mujeres son mayoritarias en la tercera edad. Si bien es cierto, que en edades más jóvenes los hombres superan en número a las mujeres, este exceso se mantendrá hasta la edad de equilibrio, ahora los 50 años, en la que el número de varones en la población es igual al de las mujeres y, a partir de ahí la población femenina supera significativamente a la masculina.

Figura 2. Diferencia entre la población masculina y femenina por grupos de edad, 2019.

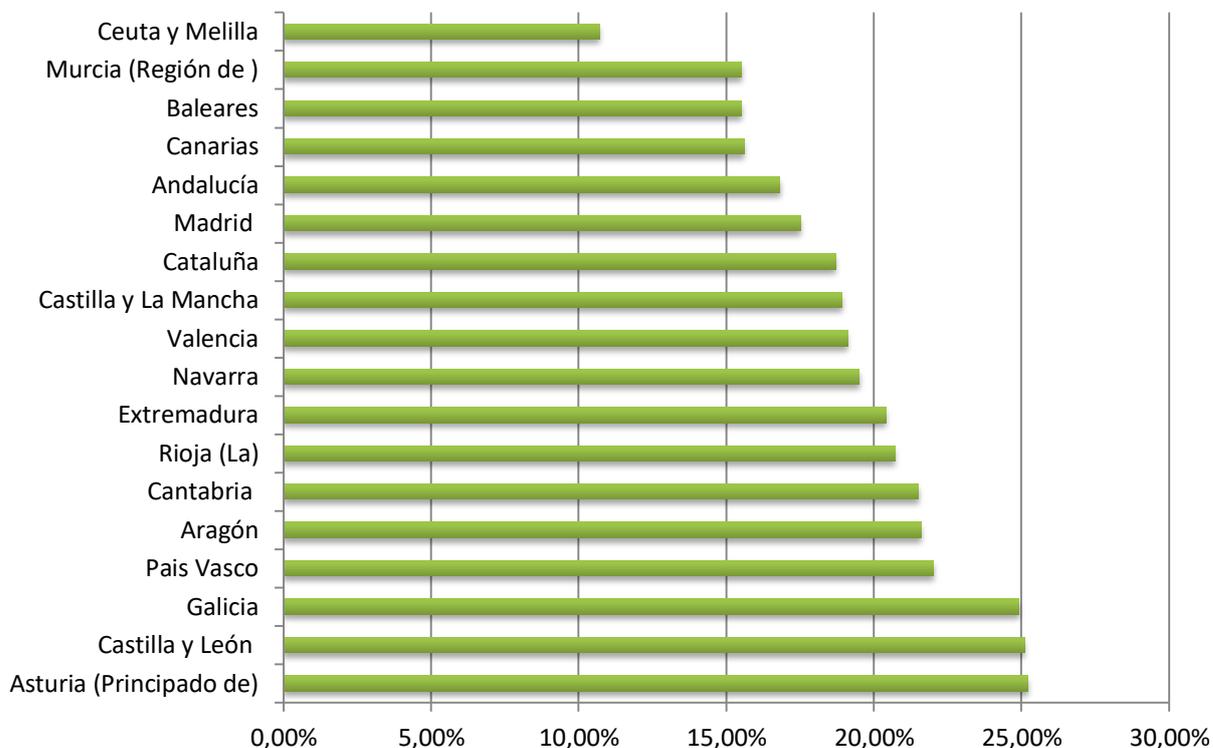


Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos del Instituto Nacional de Estadística. Estadística del Padrón Continuo. Consulta en mayo de 2019. <https://www.ine.es/>

- b. El envejecimiento presenta un reparto territorial desigual en las diferentes Comunidades Autónomas. Asturias, seguida de Galicia y Castilla y León son las Comunidades Autónomas más envejecidas, con una proporción mayor del 25% de personas mayores (Abellán García et al, 2019). Mientras que Ceuta y Melilla, Murcia, Illes Balears y Canarias son las Comunidades Autónomas con una

mayor proporción de jóvenes, puesto que el porcentaje de personas de 65 años o más se encuentra por debajo del 16% de la población.

Figura 3. Distribución personas mayores de 65 y más años, por comunidad autónoma, 2019.

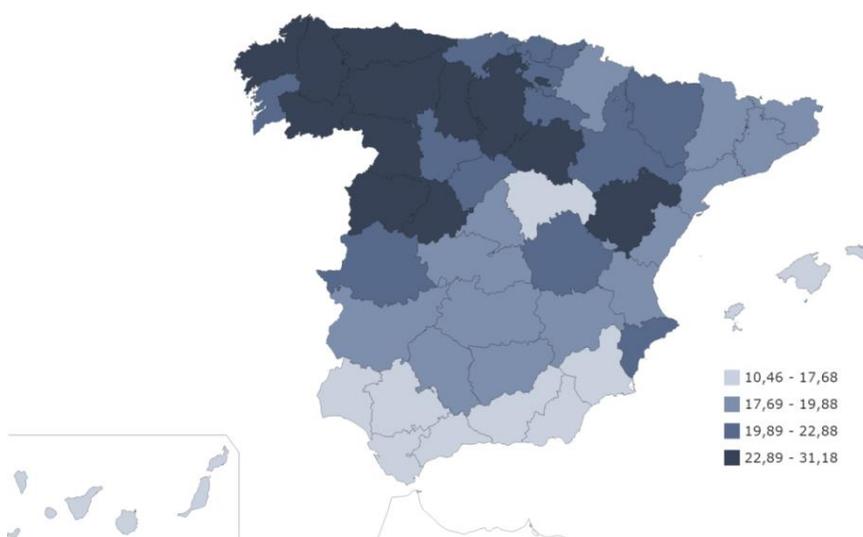


Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos del Instituto Nacional de Estadística. Estadística Padrón Continuo, consulta mayo 2019. <https://www.ine.es/>

- c. La mayor parte de las personas mayores viven en los núcleos urbanos aunque el envejecimiento es mucho más acentuado en las áreas rurales, según datos del Instituto Nacional de Estadística (2019). En 2019, en las áreas rurales (de 2.000 ó menos habitantes) las personas mayores representan un 28,4% de la población total, mientras que en los municipios de más de 10.000 habitantes (áreas urbanas), tan solo el 18,3% de la población supera los 65 años o más (Abellán García et al, 2019). Este progresivo proceso de envejecimiento percibido en las áreas rurales se debe al desarrollo que se produjo en España en la década de 1960 y, originó un significativo éxodo rural a la ciudad.

d. A través del mapa del envejecimiento municipal se puede evidenciar un interior muy envejecido, coincidente con varios municipios de Comunidades Autónomas ya citadas (Galicia, Castilla y León y Asturias), además de cabeceras municipales (Andalucía, Canarias e Illes Balears) o capitales de provincia (Madrid y Cataluña) con un porcentaje de envejecimiento menor (Abellán García et al, 2019). Estas diferencias dependen del crecimiento natural de la población (natalidad y mortalidad) y de la movilidad territorial (saldo migratorio). En general, esta diferencia está motivada por la acción conjunta de ambos.

Figura 4. Porcentaje de personas de 65 y más años por municipio, 2018



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Estadística del Padrón Continuo. Consulta mayo 2019. <https://www.ine.es/>

Así pues, podemos concluir con que el fenómeno del envejecimiento es uno de los principales retos de la población española. El conocimiento de los cambios demográficos y sociales es fundamental en la planificación y diseño de nuevas políticas públicas con la finalidad de dar una respuesta adecuada a las necesidades de aquellas personas que requieren de apoyos para realizar las diferentes actividades de la vida diaria, con el objetivo de garantizar su bienestar. Por estas razones, se precisa la elaboración de nuevos planes para la formación de los cuidadores, dado que en la

mayoría de los casos son los que suministran el cuidado a las personas mayores dependientes.

2.2. Tipos de cuidado ante el envejecimiento.

El cuidado es un concepto complejo y multidimensional y sus límites son muy difíciles de marcar en términos de quién hace qué, a quién y durante cuánto tiempo (Van Ewijk y cols, 2002). Por lo general, la actividad de cuidar está dividida entre el Estado, las familias y otras instituciones públicas, privadas y sin ánimo de lucro.

El tipo de cuidado, según indica Jesús Rogero García (2009) viene determinado por “la institución o personas que lo proveen, por la situación de quien lo recibe y por el contexto en el que se desarrolla.” (p. 394). Así pues, cuando una persona precisa de ayuda para desarrollar las actividades de la vida diaria, se presentan varias posibilidades: que reciba cuidado formal, que reciba cuidado informal, que reciba cuidado formal e informal.

2.2.1. Cuidado formal.

El concepto de cuidado formal se ha definido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia como:

Aquellas acciones prestadas por una institución pública o entidad con y sin ánimo de lucro, o por un profesional especializado, y que van destinadas a la atención de las personas en situación de dependencia y a la promoción de su autonomía personal. (p. 44144).

El cuidado formal está asiduamente regulado por una institución pública o privada y el profesional que desempeña el ejercicio del cuidado suele recibir una retribución económica.

El proveedor del cuidado formal es un profesional que tiene una formación y cualificación que lo habilita para desempeñar las tareas de asistencia especializada. Este tipo de cuidado se caracteriza por una neutralidad afectiva entre el cuidador/a y el receptor del cuidado.

Por nuestra parte creemos que es fundamental que exista una implicación emocional entre el cuidador/a que dedica muchas horas al día y el receptor del cuidado para evitar la despersonalización de la atención a las personas en situación de dependencia.

De modo que entre el cuidador/a y la persona cuidada se requiere que haya empatía, paciencia y comunicación asertiva respetando de esta forma los derechos de las personas mayores.

Jesús Rogero García (2009), plantea que el cuidado formal es:

Toda aquella asistencia a personas mayores que necesitan apoyo en las actividades de la vida diaria, y en la que concurre alguno de los siguientes criterios: a) el cuidado se dispone sobre una relación contractual o b) por medio de una organización institución pública, privada y sin ánimo de lucro. (p. 137).

Por consiguiente existen dos tipos básicos de cuidado formal: el que es provisto por un profesional contratado por la familia (privado) y el provisto por los servicios sociales (público).

Conforme a los Servicios y Prestaciones Sociales concretados en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, encontramos:

En el **Artículo 15**, el catálogo de servicios que comprende los servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia. (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, pp. 44148- 44149):

- Servicio de prevención de las situaciones de dependencia y promoción a la autonomía personal (desarrollado en el artículo 21) tiene como finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, comprende actuaciones de promoción de condiciones de vida saludable, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores.
- Servicio de Teleasistencia (desarrollado en el artículo 22) se trata de un dispositivo que facilita la asistencia mediante el uso de las tecnologías de

la comunicación y de la información, de forma continuada, en respuesta inmediata ante una situación de emergencia, o de inseguridad, soledad o aislamiento. Este servicio puede ser complementario al de ayuda a domicilio.

- Servicio de Ayuda a Domicilio (S.A.D) (desarrollado en el artículo 23) es la prestación de determinadas atenciones de tipo doméstico, personal, socioeducativo y/o social llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, facilitando el desarrollo de su independencia, autonomía personal e integración familiar y social, prestadas por entidades o empresas acreditadas para esta función.
- Servicio de Centro de Día y de Noche (desarrollado en el artículo 24) presta una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores/as. Desde un enfoque biopsicosocial este servicio cubre las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.
- Servicio de Atención residencial (desarrollado en el artículo 25) que ofrece la atención integral y continuada a las necesidades de la persona, promoviendo su autonomía y potenciando sus capacidades. Incluye el alojamiento, la manutención, la atención de sus necesidades básicas y de las necesidades particulares derivadas de su situación personal y social.

En el **Artículo 17** se fija la prestación económica que se concederá únicamente cuando no sea posible el acceso al servicio público o concertado para la atención y cuidado de las personas dependientes. Esto es, la prestación económica estará en todo caso vinculada a la adquisición de un servicio.

En el **Artículo 19** se determina la prestación destinada a la contratación de un asistente personal que tiene como propósito la promoción de la autonomía de las personas con dependencia.

La figura de un/a asistente/a personal es un recurso muy importante para los cuidadores informales porque realiza y/o colabora en las tareas de la vida cotidiana de la persona mayor dependiente favoreciendo su autonomía personal y fomentando su bienestar físico, psíquico y social. En este sentido, proporciona una oportunidad para que la persona que ejerce el cuidado informal pueda llevar una vida en igualdad de condiciones al resto de la población facilitando su acceso al mercado laboral, disfrute de las actividades de ocio y de las relaciones sociales.

Por otra parte, Rogero García (2009) afirma que la atención de personas mayores por medio de profesionales contratados por las familias es cada vez mayor, debido a la disponibilidad de mano de obra barata procedente de la inmigración.

No obstante, la mayor parte de los empleados/as de hogar que trabajan con las personas mayores, realizan su labor como externos, esto es, no residen en el hogar de la persona mayor. Así pues, se deduce que estos trabajadores son un complemento de la familia en los cuidados.

2.2.2. El cuidado informal.

El cuidado informal se entiende como un conjunto de actividades humanas, físicas, mentales y emocionales que son desarrolladas de forma voluntaria, sin que medie ninguna organización ni remuneración.

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

El cuidado informal constituye la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de su familia o de su red social no vinculada a la atención profesionalizada y, destinada al mantenimiento de las actividades básicas de la vida diaria. (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia p. 44144).

Pese a que todos los miembros de la familia pueden proporcionar las ayudas, de manera que las tareas y responsabilidades son compartidas, en general existe la figura del cuidador/a principal: “aquel miembro de la familia que desde el primer momento asume un mayor grado de responsabilidad en los cuidados, en el tiempo, en el esfuerzo invertido y en la toma de decisiones.” (Cruz Roja, 2004, p. 6).

Dentro del cuidado informal, se advierten tres categorías de ayuda: (Rodríguez-Rodríguez, 2005).

1. Apoyo material o instrumental. Consiste en la prestación de ayuda y servicios que no pueden ser solventados por uno mismo.
2. Apoyo informativo o estratégico. Hace alusión al intercambio de información que se ofrece a otras personas para la resolución de problemas concretos y de afrontamiento de situaciones difíciles.
3. Apoyo emocional. Se refiere a la implicación afectiva existente entre las personas allegadas, proporcionando comprensión, amor y reforzando el sentimiento de pertenencia y autoestima.

Las tareas y responsabilidades que realizan y acogen los cuidadores informales según el Manual de procedimiento de cuidados en el entorno familiar de la Gerencia de Servicios Sociales (2009, p. 5) son:

1. Higiene: apoyo o realización de actividades de higiene personal, limpieza, peinado, corte de pelo y uñas, control de incontinencias.
2. Vestido: apoyo o realización de las tareas de vestirse o desvestirse, preparación de vestido adecuado en función de las estaciones del año y estado adecuado del mismo.
3. Alimentación: supervisión o elaboración de una dieta variada, adaptada y personalizada a las necesidades de la persona dependiente, apoyo o realización de las tareas de alimentación.
4. Cuidados sanitarios y control de tratamiento farmacológico: asistencia a consultas sanitarias y contacto con el personal sanitario, conocimiento de los cuidados sanitarios prestados por el cuidador/a, frecuencia y dosis de la dispensación de los medicamentos y control de los posibles efectos adversos del tratamiento farmacológico.

5. Cambios posturales y trasferencias corporales: movilizaciones por el entorno, integridad de la piel y movilizaciones.
6. Manejo de las situaciones y contención de las conductas disruptivas, en situaciones de crisis, recaídas o en el control de alteraciones de la conducta.
7. Integración en el entorno familiar y comunitario, proporcionar afecto y, procurar el acceso a otros ámbitos para la promoción social.

En la realización de todas ellas, es importante que los cuidadores, conforme a la Guía Básica para Cuidadores de Cruz Roja Española (2006, p. 9) tengan en cuenta:

1. Tratar de identificar qué tareas puede el familiar realizar por sí mismo.
2. Posibilitar la realización de estas tareas.
3. No hacer nada que la persona dependiente pueda hacer por sí mismo.
4. Mantener rutinas y evitar cambios bruscos en el ambiente.
5. Tener en cuenta las preferencias de la persona dependiente.
6. Cuidar la seguridad e integridad de la persona con dependencia.
7. Adaptar la vivienda.
8. Procurar ayudas técnicas y personales que permitan a la persona realizar actividades por sí misma.
9. Promover la autoestima.
10. Fomentar las relaciones sociales.
11. Respetar la intimidad física y emocional de la persona cuidada.

Estas recomendaciones básicas, dirigidas al cuidador/a informal, son cruciales para prevenir situaciones de maltrato en las personas mayores dependientes, derivadas de forma voluntaria o involuntaria de la actuación negligente del cuidador/a. Por ejemplo: mantener a la persona mayor durante varias horas en la cama, que es donde menos molesta, puede ser un riesgo para ella, porque pueden producirse úlceras por presión.

En consecuencia, la formación y cualificación de los cuidadores informales es primordial para poder dar los mejores cuidados y atenciones al receptor del cuidado e incidir en las actitudes que puedan suponer un riesgo para la persona mayor.

2.3.3. Tipos de relación entre el cuidado formal y el cuidado informal.

La relación existente entre el cuidado formal e informal continúa siendo uno de los principales retos para los investigadores de este campo y reside en la tarea de averiguar si ambos tipos de cuidados son complementarios, es decir, “se integran o perfeccionan entre sí” o suplementarios “se reemplaza uno por otro”. La relación entre el cuidado formal e informal, según el estudio realizado por Rogero García (2009) puede resumirse en tres modelos teóricos.

1. El modelo de cuidado suplementario. Sostiene que los cuidadores familiares proveen la mayoría del cuidado, y que la utilización del cuidado formal sirve para sustituir temporalmente el cuidado informal.
2. El modelo de compensación jerárquica. Propone que el cuidado provisto por cualquier cuidador/a puede ser sustituido por otro, pero siempre en un orden de preferencia.
3. El modelo del cuidado complementario. Establece que el cuidado formal aparece cuando las tareas demandadas exceden las posibilidades y/o las capacidades de los cuidadores informales.

Por todo esto, consideramos que el cuidado formal, alivia la carga del cuidador/a informal, puesto que cuidar de una persona mayor dependiente afecta, principalmente, a la salud física y psíquica del cuidador/a, a su vida laboral y a su vida afectiva. La combinación de ambos tipos de cuidados, podría ser una gran iniciativa para reducir estos problemas e incidir de forma positiva en la capacidad de cuidar, dado que, cuando el cuidador/a informal se encuentra bien consigo mismo, revierte en una mayor calidad y efectividad de los cuidados.

CAPÍTULO 3. DEPENDENCIA Y ATENCIÓN AL MAYOR EN EL HOGAR.

3.1. Concepto de dependencia.

El Consejo de Europa (Consejo de Europa, 1998) definió la dependencia como:

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 a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria. La dependencia puede afectar a cualquier sector de la población y no sólo a las personas mayores. Si bien, es cierto que dicho fenómeno tiende a aumentar con la edad, y que la vejez se caracteriza por aparecer frecuentemente asociada con múltiples problemas de salud, la edad no es el único criterio acerca de este estado. (p. 2).

Por su parte, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, la define en su **Artículo 2.**, como:

El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otras personas o ayudas importantes para realizar actividades de la vida diaria o en el caso de las personas con discapacidad o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, p. 44144).

Asimismo, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2019) señala que la dependencia es:

La situación permanente en la que se encuentran las personas que por diversas causas (edad, enfermedad y/o discapacidad) han perdido parte o toda su autonomía física, mental o sensorial y necesitan del apoyo de otra persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

De modo que, la dependencia es un estado de necesidad de apoyo instrumental, informativo y personal para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) define el concepto de dependencia como “la limitación en la actividad para realizar algunas actividades claves y que requieren una ayuda humana que no se necesitaría de forma acostumbrada para un adulto sano.” (Pérez Peñaranda, 2008, p. 10).

Por otra parte, la dependencia puede ser entendida y descrita como un fenómeno unidimensional, es decir, un deterioro físico y/o mental esperable en mayor o menor medida en las personas mayores (Hogars, Wahl y Baltes, 1996), o desde una visión multidimensional, que acentúa el papel de los contextos sociales, ambientales y la interrelación que se produce en la construcción social de la vejez y las situaciones de dependencia. (Cerrato Montorio, Losada Baltar, 2004).

Por su parte, Pérez Peñaranda (2008) señala tres aspectos que deben ser tomados en cuenta en este enfoque multidimensional de la dependencia:

1. La dependencia como un fenómeno multicausal, dado que las áreas de funcionamiento físico, psíquico y social se encuentran estrechamente relacionadas y admiten diversas áreas de intervención.
2. El contexto psicosocial en el que vive la persona dependiente para incitar los comportamientos y reforzar las actitudes y, promover las capacidades de la persona.
3. Las cualidades personales de las personas dependientes (depresión, actitudes y creencias) y su interacción con el entorno (apoyos, estereotipos, etc.).

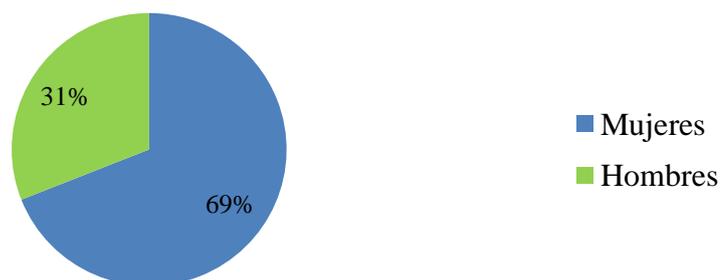
En definitiva, las personas que se encuentran en situación de dependencia, se caracterizan por su incapacidad y/o falta de autonomía para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria. Por esta razón, precisan de la atención de una persona (cuidado formal e informal) para la realización de dichas tareas.

3.2. El perfil sociodemográfico de las personas mayores con dependencia.

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2019), junto con el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2019) han elaborado un estudio sobre el perfil sociodemográfico de las personas mayores con dependencia, y presentan las siguientes características:

1. La edad media de las personas mayores es de 75 años tomando el intervalo de edad de 65 años a los 80 y más años, mientras que, la edad media de las personas que están recibiendo apoyo de cuidadores informales es de 80 años.
2. El número de casos de dependencia aumentan a medida que la edad avanza, de 75 a 90 años reciben ayuda el 74,93%.
3. El 69% de las personas que están recibiendo ayuda de cuidadores informales son mujeres, mientras que, solo el 31% de las personas que reciben apoyo informal son hombres.

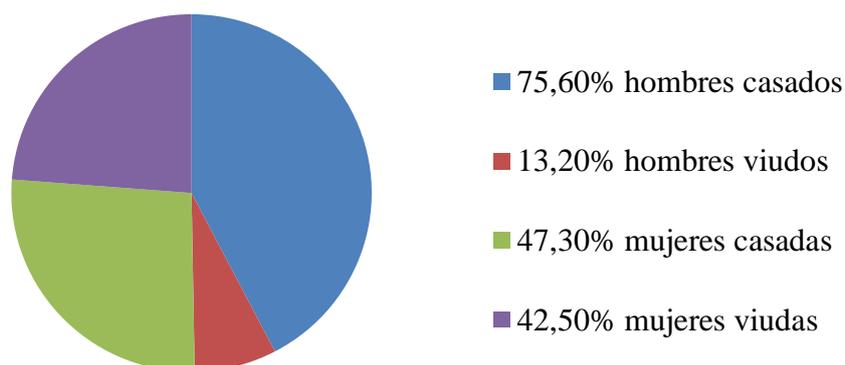
Figura 4. Distribución de las personas de 65 años a 80 y más años, que reciben ayuda de cuidadores informales.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto de Personas Mayores y Servicios sociales. Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles. http://www.imserso.es/imserso_01/index.htm

4. Respecto al estado civil de las personas de 65 años o más, el 75,6% de los hombres están casados, y sólo el 13,2% están viudos, mientras que las mujeres están casadas el 47,30% y viudas el 42,50% (Instituto de Personas Mayores y Servicios Sociales, 2016). Estos indicadores advierten que las mujeres tienen menos posibilidades de ser cuidadas por sus parejas.

Figura 5. Estado Civil de las personas de 65 años a 80 y más años.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto de Personas Mayores y Servicios Sociales. Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles. http://www.imserso.es/imserso_01/index.htm

Todo esto supone que los distintos casos de dependencia presenten un gran desequilibrio, ya que el porcentaje de mujeres que recibe cuidados informales sobrepasa en un 38% al de los hombres. Otro aspecto importante asociado al estudio del perfil sociodemográfico de las personas con dependencia, es una mayor presencia de casos de dependencia entre las personas octogenarias, hecho que pone de manifiesto la relación existente entre la edad y las situaciones de dependencia. Cabe señalar, la existencia de diferencias de género en cuanto a la distribución del estado civil de las personas mayores. El porcentaje de viudedad es mayor entre las mujeres, claramente asociado a su mayor esperanza de vida, que conduce a un aumento de los casos de dependencia que serán atendidos en su mayoría por sus familiares.

*Nota: Datos recogidos del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2019). *Información Estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*. Recuperado en: <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/estsisaad2019430.pdf>

3.3.El perfil sociodemográfico de los cuidadores informales de personas mayores.

Las principales características sociodemográficas de las personas que prestan ayuda informal, a las personas mayores están asociadas, según Pérez Peñaranda (2008) a “aquellos factores que determinan que una persona tenga mayor probabilidad de ser el responsable principal del cuidado del paciente durante un largo periodo de tiempo.” (p. 24). Al señalar los factores más relevantes del cuidado informal encontramos:

- La relación de parentesco.
- El género.
- La edad.
- La situación de la salud.
- La situación económica del cuidador/a.
- El nivel de estudios.
- El nivel de ingresos en el hogar.
- El contexto social.
- El contexto cultural.

De igual modo, se ha demostrado que el modelo, de figura cuidadora más común en nuestro país, según datos del Instituto de Personas Mayores y Servicios Sociales (2005) es el que gira sobre una única figura central, siendo los hijos/as y cónyuges, los parentescos más relevantes en la distribución de cuidados por largos periodos de tiempo.

El cuidado informal sigue siendo una actividad fuertemente feminizada, puesto que el 90,30% de los cuidadores informales, según datos del Instituto de Personas Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2019) son mujeres. El hecho de que la gran mayoría de las personas que cuidan sean mujeres, proviene de la socialización en un rol de género, es decir, de los comportamientos y actitudes sociales que los individuos desarrollan a partir de su sexo biológico, debido a lo cual se asigna a las mujeres el papel de proveedora principal de cuidados a las personas mayores dependientes en el entorno familiar.

Respecto a la edad del cuidador/a está vinculada con su salud, su posición en la familia, su situación respecto al empleo y el tiempo que dedica a cuidar (Roger García, 2009). La edad media de las personas cuidadoras está entre los 45 años y los 64 años de edad, siendo la edad media global 54,6 años, aunque la gran mayoría de las personas que cuidan tienen 50 años o más.

Si bien, el nivel educativo de los cuidadores no supera los estudios medios, esta situación está cambiando debido a la incorporación de las mujeres de generaciones más jóvenes a niveles de educación superiores, lo cual ha generado un cambio en las estructuras familiares respecto a la división de las tareas del cuidado, y como consecuencia ha hecho que la decisión de dedicarse al cuidado no sea tan habitual para las mujeres.

No obstante, numerosos estudios apuntan que a causa de la creciente incorporación de la mujer al ámbito laboral, del descenso de la tasa de natalidad y del aumento de la esperanza de vida, ha aumentado la participación de los hombres en la responsabilidad del cuidado.

Tabla 1. Distribución por edad y sexo de los cuidadores informales.

Variables sociodemográficas	Cifras de cuidadores (2019)
Género	
Hombres	1.381
Mujeres	12.881
Edad	
Menos de 50 años	5.190
Entre 51 y 55 años	3.226
Entre 56 y 60 años	3.204
Mayores de 60 años	2.262
Edad Media	54,6 años

Fuente: Tesorería General de la Seguridad Social. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Situación a 30 de abril de 2019.

3.4. La experiencia del cuidador/a a lo largo del proceso de atención al mayor.

“¿Qué le da una persona a otra? Da de sí misma, de lo más preciado que tiene, de su propia vida. Esto significa que da lo que está vivo en él, da su alegría, su interés, su comprensión, su conocimiento, todas las expresiones de lo que está vivo en él. El dar de su vida, enriquece a la otra persona, realza el sentimiento de vida de la otra al realzar el suyo propio. No da con el fin de recibir, dar es una dicha en sí mismo” (El Arte de Amar. Eric Fromm)

La experiencia de cuidar es única para cada uno de los cuidadores, dado que en ella incide la personalidad del cuidador/a, el deterioro de la persona cuidada, la historia afectiva con el enfermo, la capacidad para afrontar los problemas y el grado de soledad o compañía en el que se desarrollan los cuidados. (Paniagua Fernández, 2015).

Cuando una enfermedad llega a una familia conlleva enfrentar una situación muy importante pero difícil en donde el desconcierto, la incertidumbre y el miedo son reacciones frecuentes. La familia debe entender la enfermedad crónica, conocer las necesidades de la persona mayor y después saber cómo satisfacerlas (Crespo López, 2006). Cuidar a un familiar es una tarea que requiere mucho tiempo y esfuerzo, de manera que la vida del cuidador/a se organizará en función de la persona mayor dependiente a la que atiende: el trabajo y la situación económica, las relaciones familiares y el ocio y el tiempo libre son algunas de las áreas de la vida del cuidador/a que sufren cambios. (Cruz Roja Española, 2006).

Sin embargo cuidar es una de las experiencias vitales más gratificantes y conmovedoras, ya que cuidar de un familiar permite descubrir actitudes, aptitudes y habilidades de nosotros mismos que desconocíamos. De igual modo, debe desecharse la idea de que cuidar es una tarea fácil porque está llena de problemas y dificultades que hay que afrontar con determinación. (Cruz Roja Española, 2006).

En este sentido los cuidadores informales requieren de una formación específica para incrementar la efectividad de los cuidados y para poder dar respuesta a los obstáculos y contrariedades que pueden surgir en el desarrollo de esta actividad. La formación de los cuidadores informales se debe encaminar tanto a la promoción de la autonomía personal

de las personas mayores, como a la mejora de la calidad de vida del cuidador/a y la del receptor del cuidado, ya que el cuidado informal a las personas mayores suele ser un proceso prolongado en el tiempo, en donde pueden diferenciarse diversas fases por las que atraviesa el cuidador/a en el desarrollo de los cuidados.

Según Villegas Díaz (2014) estas fases serían:

1. Negación o falta de conciencia del problema: sirve como un mecanismo para controlar el miedo y la ansiedad que genera la situación, puesto que, la mayoría de los cuidadores no están preparados para ejercer adecuadamente la actividad del cuidado. Además, se evita hablar sobre el tema del deterioro que se empieza a producir en la persona mayor.
2. Búsqueda de información y aparición de sentimientos complicados: una vez que el cuidador/a es consciente de la enfermedad, comienza a buscar información para aprender todo lo posible sobre su evolución, implicación, cuidados y sobre las consecuencias de la etapa que va a vivir tanto el cuidador/a como el receptor de cuidados.
3. Reorganización: en esta etapa el cuidador/a ya cuenta con la información y los recursos precisos para hacer frente a esta situación. Se produce el reparto de tareas entre todos los miembros de la familia de manera que no recaiga sobre una sola persona. La familia se siente más segura de su rol cuidador/a y afronta mejor los acontecimientos, ejerciendo un mayor control sobre la situación.
4. Resolución: en esta fase el cuidador/a se siente seguro de la labor que está realizando porque cuenta con las herramientas de las fases anteriormente descritas. Se comunica y expresa sus sentimientos y emociones de manera positiva. Aprende a sacar tiempo para sí mismo y para realizar actividades de ocio, lo que requiere una gran adaptación de la familia porque la persona mayor cada vez será más dependiente.

Lo cierto es que, cada fase implica un tipo de cuidado específico que el cuidador/a tendrá que distribuir al receptor del cuidado (Crespo López, 2006), por esta razón, las consecuencias del cuidado no tienen la misma influencia al principio, cuando se origina la demanda del cuidado, que al final, cuando se produce la muerte del familiar.

Como última fase estaría la muerte del familiar, se trata de un periodo en el los familiares interpretan, con una mínima distancia temporal, lo que ha sucedido durante las etapas anteriores. El sentido que se concede a la experiencia del cuidado posteriormente al fallecimiento del familiar es determinante desde el punto de vista del bienestar del cuidador/a. (Roger García, 2009).

Por otra parte, la experiencia de cuidar genera una serie de síntomas denominados síndrome del cuidador, el cual es un trastorno que se presenta, aunque no siempre, en las personas que desempeñan el rol de cuidador/a informal como consecuencia, en muchas ocasiones, de la falta de formación y preparación para ejercer la tarea del cuidado. Este síndrome se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico y por una respuesta inapropiada al estrés emocional (Rodríguez y MármoI, 2014). También está relacionado con el tiempo que se halla dedicado al ejercicio del cuidado, ya que, los síntomas no serán los mismos en una persona que tan solo haya dedicado dos meses al cuidado de una persona mayor que los síntomas de otro cuidador/a informal que haya vivido un proceso de acumulación de pérdidas físicas, psíquicas y cognitivas de larga duración.

Para comprender este fenómeno, se deben entender las fases por las que pasa la familia cuidadora como consecuencia de una sobrecarga (Paniagua Fernández, 2015):

- La primera fase de estrés por sobrecarga. La situación con la que converge el cuidador/a le hace estar sometido a un sobre esfuerzo físico el que confronta con escasa o nula ayuda de sus familiares o entorno más cercano. Dedicar todo su tiempo al cuidado, sin embargo, el cansancio, la demostración así mismo de que puede con la situación, le generan aún más cansancio lo que genera un descenso de la calidad del cuidado.
- La segunda fase de estrés afectivo. Se produce cuando existe carencia de apoyo, afecto y comprensión por parte del entorno más cercano. Es imprescindible y necesario reconocer la labor del cuidador/a para que le

anime a continuar y que le sirva para superar las dificultades que el cuidador/a está viviendo a lo largo de este proceso.

- La tercera fase de inadecuación personal. Esta fase se presenta cuando aparecen los síntomas físicos y psíquicos en el cuidador/a principal como consecuencia de un tipo de atención centrada en la persona cuidada, y para lo que no ha sido preparado. En este momento, en el desempeño de su función como cuidador/a se percibe más frialdad afectiva y falta de comprensión hacia las limitaciones de la persona cuidada.
- La cuarta fase de vacío personal. Se da cuando el familiar dependiente fallece, se produce un vacío en el cuidador/a porque el cariño, el espacio, el tiempo y la atención continua están aún por rellenar, lo que supone un gran cambio en el modo de vida del cuidador/a.

Partiendo del reconocimiento del esfuerzo físico y psíquico que supone atender a una persona mayor dependiente es necesario apoyar esta actividad bajo la formación de los cuidadores informales. Nuestra intención es proveer tanto a los cuidadores informales como a los propios receptores del cuidado de un manual que les sea útil para clarificar cuestiones básicas del ejercicio del cuidado referidas tanto al autocuidado del cuidador (mantener hábitos saludables, organizar el tiempo, fijar límites a las excesivas demandas del familiar, distribuir la responsabilidad del cuidado y pedir ayuda) como al cuidado del familiar (alimentación, tratamiento farmacológico, higiene personal y alteración de la conducta) para garantizar que la atención de la persona mayor dependiente sea digna y respete sus derechos, su privacidad y su autonomía personal.

CAPÍTULO 4. PROPUESTA DE UN MANUAL DE ACTUACIÓN PARA FAMILIARES DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES.

4.1. Fundamentación.

El ejercicio de cuidar hace alusión al comportamiento y acciones que incluyen conocimientos, valores, habilidades y actividades emprendidas en el sentido de mantener o mejorar la calidad de vida de quienes son cuidados. El cuidador o cuidadora es la persona que ofrece atención.

Ante esta situación, la formación y cualificación de las personas cuidadoras, es crucial para promover la aplicación de los procedimientos y las estrategias más adecuadas para preservar y mejorar la autonomía de las personas mayores dependientes y su relación con el entorno.

Si a este hecho, le sumamos que en España los cambios demográficos y sociales están provocando un incremento progresivo de la población en situación de dependencia, es fundamental abordar no sólo las necesidades básicas del cuidador/a y del ejercicio del cuidado, sino también las cuestiones más comunes (personales, familiares, sociales/relacionales, de ocio y tiempo libre) que afectan a la mayoría de los cuidadores, puesto que no presentan las habilidades suficientes para cuidar de su familiar y de sí mismo. (Cruz Roja Española, 2006).

De igual modo esta situación se refleja en la **Ley 39/2006**, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y en el **Real Decreto 615/2007**, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia, el cual fue modificado por el **Real Decreto 20/2012**, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad debido a lo cual el cuidador/a informal ha venido a hacerse cargo en exclusividad de sus cotizaciones con la Seguridad Social hasta el cumplimiento del **Real Decreto- ley 6/2019**, de 1 de marzo, de medidas urgentes para la garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre hombres y mujeres en el empleo y en la ocupación que recupera la validez e integridad del **Real Decreto 615/2007** por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia.

Por lo que concierne a esta propuesta, son de destacar los siguientes artículos de la **Ley 39/2006**, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia:

- **Artículos 2.5, 14.4 y 18** se establece, entre otras: la regulación de la figura del cuidador/a no profesional, así como la de los cuidados no profesionales.
- **Artículo 18.4** se incorporan los programas de formación, información y medidas para promover acciones de apoyo para los cuidadores no profesionales.
- Mientras que, en el **Artículo 36** se establece la formación básica y permanente de los cuidadores que atienden a personas en situación de dependencia. Concretamente, en cuanto a su formación, se desarrolla en el Real Decreto 395/2007, de 23 de marzo por el que se regula el subsistema de formación profesional para el empleo. Las acciones de formación contemplarán las siguientes categorías: a) Promoción de conocimientos básicos para mejorar el cuidado socio-sanitario de las personas en situación de dependencia. b) Información adecuada sobre productos de apoyo que propicien el cuidado de la persona dependiente. c) Posibilitar el apoyo emocional de las personas cuidadoras por medio de actuaciones relacionadas con el autocuidado. d) Impulsar el reconocimiento social de las personas cuidadoras. (Real Decreto 395/2007, de 23 de marzo por el que se regula el subsistema de formación profesional para el empleo, p. 15595)

Además, Brodaty (2003) indica que para que las intervenciones en cuidadores de personas dependientes, puedan ser consideradas eficaces, valiosas y seguras, es necesario que posean las siguientes características: el carácter temprano, la inclusión de la persona cuidada y el cuidador/a y, la implicación del grupo familiar y el aprendizaje de técnicas de manejo de situaciones cotidianas complicadas. (Núñez Villacampa, 2017)

4.2.Objetivos.

4.2.1. Objetivos generales.

Formar a los cuidadores informales, desde una perspectiva holística, para la adecuada atención a las personas mayores dependientes.

4.2.2. Objetivos específicos:

- Proveer de conocimientos y habilidades para mejorar el cuidado de la persona mayor dependiente.
- Capacitar a los cuidadores informales de las estrategias para sobrellevar el proceso del cuidado.
- Reconocer la importancia de los familiares cuidadores y su repercusión en la calidad de vida de las personas dependientes.

4.3.Destinatarios

El manual está destinado tanto a las familias cuidadoras de personas mayores dependientes como a los propios receptores del cuidado, ya que se trata de un cuaderno-manual que puede ser utilizado por ambos grupos para mejorar la situación de la persona cuidada y del cuidador/a.

No obstante, aplicaremos un único criterio de exclusión, el de las personas con deterioro cognitivo, al considerar que no pueden hacer uso de este manual por sus características psicológicas tal como reconoce la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2019).

4.4. Estructura del manual.

Con el manual que se presenta, se pretende dar formación y orientación a las familias que ejercen la responsabilidad del cuidado a través de un cuaderno estructurado en tres capítulos donde se recogen aspectos básicos del cuidado, necesarios para mejorar o mantener la calidad de vida de las personas mayores.

En el primer capítulo se incorpora una descripción acerca de las principales características personales que definen la personalidad de un cuidador/a. Con ello se pretende que el cuidador/a se reconozca y considere sus propias estrategias cognitivas y conductuales adaptándolas al estilo más adecuado para afrontar el cuidado del mayor. Además, se presentan varias cualidades de la personalidad del cuidador/a que le permitirán reflexionar sobre ellas, asumirlas y llevarlas a la práctica, tanto para su propio beneficio como para incrementar el bienestar y la calidad de vida de la persona cuidada al sentirse querido y apreciado por su cuidador/a.

En el segundo capítulo, se desarrollan una serie de estrategias para el autocuidado del cuidador: mantener hábitos saludables, organización del tiempo, establecimiento de límites a las demandas excesivas y solicitud de ayuda a familiares y amigos puesto que en ocasiones el ejercicio de cuidar lleva a situaciones y riesgos excesivos que dañan el bienestar del cuidador/a y con ello el éxito en los cuidados.

En el tercer y último capítulo, se incorporan acciones de mejora y buenas prácticas para tratar aspectos relacionados con el cuidado del familiar referido a la alimentación, al tratamiento farmacológico, la higiene personal y a las alteraciones de la conducta. Es fundamental que el cuidador/a domine el manejo de los cuidados básicos de la persona mayor para mantener su calidad de vida y bienestar.

Es importante destacar que el manual, en ningún momento tratará, de forma exhaustiva los cambios biológicos, psíquicos y sociales estudiados en capítulos anteriores, ya que éste es una guía y acompañamiento para los cuidadores en la difícil tarea del cuidado de personas dependientes.

4.5. Metodología.

La **metodología resolutive** ha sido el eje que ha guiado la elaboración del manual porque se ha partido de una necesidad real en cuanto a la formación y cualificación de los cuidadores informales, con la intención de dar respuesta a un grupo de personas que tienen esa necesidad promoviendo una serie de conocimientos y habilidades para que ellos mismos sean capaces de resolver situaciones dificultosas en cuando al desarrollo del cuidado.

Ahora bien, para la confección del manual del cuidador/a de personas mayores se ha contado con la participación de profesionales de diferentes áreas (medicina familiar y comunitaria, trabajador social, educación social, enfermería) y con la representación de diferentes cuidadores informales encargados de aportar información sobre sus amplias necesidades.

Por otra parte, la presencia en un **grupo de discusión**, formado tanto por cuidadores informales como por los propios receptores del cuidado, ha sido un gran recurso para la recogida de información.

También, hemos empleado una **metodología vivencial** basada en la experiencia de los cuidadores informales.

4.6. Manual.

El concepto de Manual hace referencia a un libro o cuaderno que reúne información importante sobre aspectos básicos de un asunto concreto.

En nuestro caso, se trata de un cuaderno que aporta aspectos básicos del cuidado a personal mayores dependientes, para que sirva de guía al cuidador informal en aquellas situaciones que tienen una mayor prevalencia en el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana.

A continua se presenta la estructura del manual, apoyada en tres capítulos.

CAPÍTULO 1. YO, CUIDADOR O CUIDADORA.

SOMOS LO QUE CREEMOS

Soy un **cuidador/a asertivo** porque confío en mí mismo, acepto y valido las emociones, opiniones y creencias de la persona a la que cuido, lo que hace que esta se sienta querida.

Soy un **cuidador/a pasivo** porque no expreso mis necesidades y emociones lo que supone un desgaste físico y psíquico que repercute en el bienestar de la persona a la que cuido.

Soy un **cuidador/a agresivo** porque no valido los derechos, sentimientos de la persona a la que cuido lo que daña su bienestar y nuestra relación de afecto.

Y ahora,

¿Te sientes identificado con alguna de estas personalidades?

Si es así, responde.

¿Qué tipo de cuidador/a eres tú?

¿Cuál de estas opciones crees que es preferible para asegurar el bienestar de la persona a la que cuidas?

HABLAMOS DE CUALIDADES

EMPEZAR CADA DÍA CON LAS HERRAMIENTAS APROPIADAS ES UN PASO MUY IMPORTANTE.

Cómo ser comprensivo/a. Piensa en la manera en que tus acciones afectan al bienestar de la persona mayor. Presta atención a sus necesidades y sentimientos. Sé cariñoso.

NUNCA LE DIGAS “YA DIJE QUE”...

NUNCA DIGAS...PERO ¿NO TE DAS CUENTA?

Cómo ser constante y paciente. Mantente firme ante los obstáculos. Reconoce que no tienes el control sobre todo.

CAMBIA EL ROL DE “NO PUEDES” POR... “HAZ LO QUE TU PUEDES”

Cómo ser comunicativo y positivo. Establece vínculos afectivos. Transmite confianza, seguridad, alegría e ilusión.

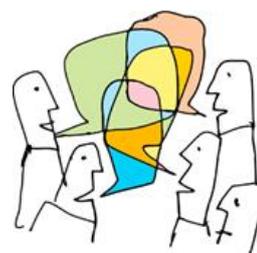
NUNCA LE DIGAS...PERO ¿NO TE ACUERDAS?

HAZ PREGUNTAS SENCILLAS ¿TE APETECE SALIR? ¿TIENES FRÍO?

CAPÍTULO 2. MI CUIDADO.

CONSEJOS PRÁCTICOS PARA EL AUTOCUIDADO PORQUE LA CALIDAD DE VIDA DE LA PERSONA CUIDADA DEPENDIENTE DEPENDE DEL BIENESTAR DEL CUIDADOR/A.

¡MUÉVETE! REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA...PERO, Y SI NO PUEDES, CON UN BUEN PASEO PUEDE VALER



¡ORGANIZA EL TIEMPO! HAZ UNA LISTA CON LOS CUIDADOS A REALIZAR. ORDÉNALOS SEGÚN SU PRIORIDAD. FOMENTA LA AUTONOMÍA DE LA PERSONA MAYOR.

¡EVITA EL AISLAMIENTO! CONTACTA CON AMIGOS, FAMILIARES Y GENTE DE TU ENTORNO.



¡PON LÍMITES A LA AYUDA PRESTADA! ESCUCHA A TU FAMILIAR. SI EXIGE MÁS AYUDA DE LA QUE NECESITA, DI "NO", DE FORMA CLARA Y AMABLE. FOMENTA SU AUTONOMIA.



PARA EVITAR LA SOBRECARGA, ¡DISTRIBUYE LAS RESPONSABILIDADES DEL CUIDADO! PREGÚNTATE,
¿QUIÉN PARTICIPA?
¿CÓMO TE GUSTARÍA REPARTIRLO?
¿QUÉ BENEFICIOS TENDRÁ PARA LA FAMILIA?



¡ANTE SITUACIONES LÍMITE!, TRANQUILO ¡PIDE AYUDA! A FAMILIARES Y AMIGOS. A ASOCIACIONES Y ENTIDADES. A PROFESIONALES DE OTROS ÁMBITOS.

CAPITULO 3. CUIDAR AL FAMILIAR.

RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE TEMAS RELEVANTES PARA LA ADECUADA REALIZACIÓN DE LA TAREA DE CUIDAR.

CONSEJOS PARA LA ALIMENTACIÓN

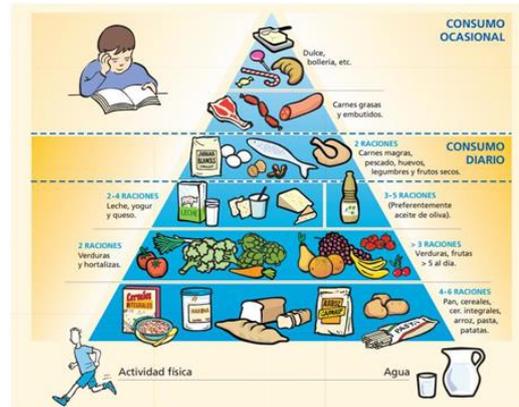
Tener una buena alimentación es muy importante para las personas mayores, dado que influye en su estado de salud y puede prevenir la aparición de enfermedades.

Si la persona mayor no quiere comer...:

- Acompáñale, no dejes que coma solo, dale el tiempo que necesita.
- Ofrece cantidades pequeñas y repartidas varias veces al día.
- Evita menús demasiado repetitivos, utiliza alimentos que le gusten y llamen su atención.

Para conseguir que la persona mayor esté bien hidratada...:

- Ofrece gelatinas caseras de diferentes sabores.
- Ofrece zumos y caldos.



CONSEJOS PARA LA HIGIENE

La higiene es muy importante para la salud física y psíquica de la persona mayor. La realización de esta actividad requiere de la comprensión y buena actitud del cuidador/a. En ocasiones puede suponer una situación vergonzante o intimidante para el receptor del cuidado.

- Establece una rutina de hábitos de higiene promocionando su autonomía.
- Mantén unas condiciones adecuadas de limpieza, accesibilidad, comodidad y temperatura.
- Utiliza herramientas (sillas, agarraderas, antideslizantes) para facilitar la higiene en el caso que sea preciso.

Si la persona mayor no quiere asearse...:

- Mantén la calma. Sugiere un cambio en la rutina.
- Pregúntale por sus inquietudes relacionadas con el baño. Podría temer caerse en la bañera. Respete su sentimiento. Apóyale en la tarea.
- Dale un incentivo para bañarse, animándolo a realizar otra actividad que usted sepa que le gusta.



CONSEJOS PARA LA MEDICACIÓN

Es fundamental seguir las instrucciones médicas respecto al tratamiento farmacológico de la persona mayor. Esto le ayudará a prevenir riesgos en posibles problemas de salud.

- Fomenta que la persona mayor prepare la medicación, dale tiempo. Si no puede, ayúdale.
- Tenga a mano una tabla con la medicación (horario de tomas, dosis, y observaciones) para que sirva de apoyo a la persona mayor.
- No altere ni suspenda el tratamiento médico, podría dañar el bienestar de la persona mayor.



CONSEJOS PARA LA ALTERACIÓN DE LA CONDUCTA.

En ocasiones, las personas mayores presentan comportamientos agresivos. Estos comportamientos suelen ser difíciles de manejar para el cuidador/a informal y tienen una repercusión negativa que deriva en sentimientos de tristeza, cansancio y sobrecarga, dado que implican un gran esfuerzo físico y emocional por parte del cuidador/a.

AGITACIÓN Y AGRESIVIDAD.

¿Qué puedo hacer si mi familiar está enfadado y agresivo?

- Mantén la calma. No tomes estas conductas como algo personal.
- Pregúntale qué le sucede de forma tranquila y pausada.
- Intenta que realice alguna actividad que capte su atención y lo distraiga.

ALUCINACIONES.

¿Qué puedo hacer si mi familiar presenta alucinaciones?

- Mantén la calma y no te alarmes.
- Consulta al médico para realizar una valoración de la situación.
- Háblale de forma tranquila y pausada.
- No intentes razonar, ni darle la razón.



INSOMNIO.

¿Qué puedo hacer si mi familiar tiene problemas de sueño? (no duerme por la noche y lo hace durante el día).

- Mantén la calma e intenta relajarlo.
- Pregúntele acerca de sus inquietudes. Podría haber alguna preocupación que le impide dormir bien.

CONSEJOS PARA LA COMUNICACIÓN.

Una buena comunicación entre la persona mayor dependiente y el cuidador/a informal fomentará su autonomía, evitará su aislamiento y le hará sentir querido.

- Siéntate a su lado, manteniendo siempre el contacto visual, muéstrale fotos de familiares e incentívale a que las describa.
- Anímele a contar historias y/o recuerdos positivos para él/ella.
- Hazle escuchar sus canciones favoritas, le animará y relejará.
- Escúchale atentamente, dale tiempo.
- Acércate y mantén contacto físico con él, cógele de las manos, acarícialo, le hará sentir bien.



1.6. Evaluación.

La evaluación que utilizaremos para valorar si el objetivo del manual se cumple o no, será cualitativa, se apoyará en escalas de valoración, de respuestas múltiples y preguntas abiertas para indicar el grado de utilidad del manual respecto la formación de los cuidadores informales.

Para el **capítulo 1. “Yo, cuidador o cuidadora”** utilizaremos un cuestionario de preguntas abiertas para evaluar el grado de satisfacción de este capítulo.

1. Con qué tipo de personalidad del cuidador/a se identifica:

Asertivo Pasivo Agresivo

2. Marque con una cruz las cualidades que usted tiene como cuidador/a informal.

Cualidades del cuidador/a	Poco adecuado	Adecuado	Muy adecuado
Comprensivo			
Constante			
Comunicativo			
Positivo			

Para el **capítulo 2. “Mi cuidado”** emplearemos una rúbrica de evaluación. Por medio de tablas se recogerán una serie de criterios correspondientes a este capítulo para evaluar el grado de utilidad del manual.

Marque con una cruz en función de la frecuencia (Siempre, A veces, Nunca) con la que sigue las siguientes recomendaciones.

MANTENER HÁBITOS SALUDABLES	Siempre	A veces	Nunca
Busca momentos de descanso para relajarse y prevenir situaciones desbordantes.			
Mantiene gustos, aficiones y amistades.			
Practica algún tipo de actividad física que le ayude a mantener una actitud positiva.			

ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO	Siempre	A veces	Nunca
Planifica las tareas que tiene que realizar.			
Reconoce si hay alguna tarea que la persona mayor pueda realizar sin su ayuda.			
Ordena las tareas según la prioridad que tengan para usted.			

PONER LÍMITES A LA AYUDA PRESTADA	Siempre	A veces	Nunca
Escucha la petición antes de rechazar cualquier tipo de demanda de ayuda por parte del familiar.			
Le da razones del porqué de la negativa.			
Ante una negativa, se expresa de forma clara y amable.			
Fomenta su autonomía			

DISTRIBUCIÓN DE LAS RESPONSABILIDADES DEL CUIDADO.	Siempre	A veces	Nunca
Comparte las tareas y responsabilidades del cuidado.			

SOLCITAR AYUDA	Siempre	A veces	Nunca
Pide ayuda.			
A familiares			
A Asociaciones			
A otros profesionales.			

Para el **capítulo 3. “Cuidar al Familiar”** Emplearemos otra rúbrica de evaluación, por medio de tablas se recogerán una serie de criterios correspondientes a este capítulo para evaluar el grado de utilidad del manual.

ALIMENTACIÓN	Siempre	A veces	Nunca
Utiliza gelatinas caseras para asegurar la hidratación de su familiar			
Utiliza zumos y caldos para su hidratación.			
Ofrece pequeñas cantidades de comida y repartidas varias veces al día.			
Fomenta que la persona realice las comidas acompañado por otras personas.			
Evita menús que puedan resultar repetitivos.			

MEDICACIÓN	Siempre	A veces	Nunca
Fomenta que la persona prepare la medicación.			
Le apoya en la tarea.			
Realiza un listado con horario de toma y dosis de medicación para que sirva de apoyo a la persona mayor			
Altera o suspende el tratamiento médico.			

HÁBITOS DE HIGIENE	Siempre	A veces	Nunca
Mantiene unas condiciones adecuadas para la realización de la higiene personal.			
Para facilitar la higiene utiliza algún tipo de herramienta (sillas, agarradores, antideslizantes).			
Mantiene la calma y sugiere cambios en la rutina de tu familiar si no quiere asearse.			
Pregunta sobre sus inquietudes relacionadas con el baño.			
Le anima a realizar otra actividad como incentivo para bañarse.			

COMUNICACIÓN	Siempre	A veces	Nunca
Se sienta a su lado.			
Le anima a participar en las conversaciones.			
Realiza algún tipo de actividad para favorecer la comunicación.			
Mantiene el contacto físico con él.			

En caso de que la persona dependiente presente alteraciones en la conducta, responda las siguientes preguntas.

ALTERACIONES DE CONDUCTA	Siempre	A veces	Nunca
Mantiene la calma sin alarmarse.			
Mantiene con el familiar una comunicación tranquila y pausada.			
Realiza actividades que distraigan a la persona cuidada.			
Toma estas conductas como algo personal.			
Evita que la persona tenga preocupación a la hora de ir a la cama.			
Pregunta sobre sus inquietudes y/o preocupaciones.			

OBSERVACIONES

Con la finalidad de recoger información más precisa y detallada sobre la utilidad del manual se realizarán las siguientes preguntas.

1. ¿Qué apartados respecto al cuidado del cuidador/a: organizar el tiempo, distribuir la responsabilidad del cuidador/a, petición de ayuda, te ha sido de mayor utilidad?
2. ¿Qué apartados respecto al cuidado del familiar: alimentación, medicación, higiene, alteraciones de conducta te ha ayudado más?
3. ¿Qué aspectos repercuten en el ejercicio del cuidado y no se ven reflejados en el manual?
4. ¿Podría dar alguna recomendación para la mejora del manual?

4.7. Conclusiones

El manual es una herramienta muy útil que aporta al cuidador una serie de conocimientos y recomendaciones para el cuidado de la persona dependiente.

El manual es un acompañamiento para que el cuidador asuma que además de atender a la persona dependiente es importante y necesario que se ocupe de sí mismo, pues su salud física y mental repercutirá en un mejor cuidado a la persona.

El manual es una propuesta viable para la formación de las familias cuidadoras, al aportar aspectos reales del ejercicio del cuidado: alimentación, higiene personal, medicación, y manejo de las alteraciones de la conducta, con el propósito de que las habilidades y conocimientos transmitidos sean facilitadores de la tarea.

La propuesta de elaboración de un manual dirigida a los familiares cuidadores de personas mayores dependientes reside en su facilidad de manejo. Se trata de un cuaderno donde se incluyen aspectos básicos que podrán ser consultados en el momento en que le surja una duda o quiera profundizar en su formación.

El manual contribuirá a la mejora de la atención de personas dependientes y complementará la acción protectora del Estado de Bienestar respecto a la población de personas mayores. El manual dota a los cuidadores de conocimientos y habilidades para hacer efectivo el cuidado informal.

CONCLUSIONES FINALES

El envejecimiento de la población española determinado por un aumento de la longevidad y un descenso de la tasa de natalidad ha provocado un incremento de personas mayores en situación de dependencia. Dichas situaciones conllevan una pérdida en la capacidad de autonomía de las personas mayores.

La incapacidad de las personas mayores para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria hace que requieran “durante largos periodos de tiempo” de ayuda para la realización de dichas actividades. Ante esta situación, el cuidado proveniente de la familia, es decir, el cuidado informal juega un papel fundamental en la atención de personas mayores dependientes.

El cuidado informal de personas mayores dependientes es una variable muy importante en nuestra sociedad, para garantizar el bienestar y calidad de vida de aquellas personas que requieren apoyo, por encontrarse en situación de vulnerabilidad.

Por otra parte, las familias que se dedican a la atención de sus mayores lo hacen sin ninguna formación, lo que repercute en su salud física, mental y en el ejercicio del cuidado. Para garantizar la adecuada atención de ambos colectivos es necesaria una mayor implicación del Estado. Debería aportar nuevas políticas en relación a la atención esperada y recibida por parte de las personas dependientes y elaborar nuevos programas que respondan a las necesidades de las familias cuidadoras.

El manual es una propuesta para facilitar formación a los cuidadores informales. El cuaderno recoge una serie de conocimientos y habilidades para la mejora del cuidado, de forma breve y clara, con la intención de que el cuidador pueda consultar y utilizar las estrategias facilitadas para hacer efectivo el cuidado. Asimismo, el manual contribuye no solo a la atención de la persona mayor dependiente sino también al bienestar del cuidador/a.

También consideramos, que la educación social juega un papel fundamental para mejorar la atención de las personas mayores dependientes, a través de intervenciones socioeducativas dirigidas al logro de una mayor efectividad y eficiencia, en la atención de cuidados por parte de los cuidadores informales.

Tras la realización de la propuesta, hemos podido tomar conciencia acerca del valor que tiene la figura del educador/a social en procesos de formación de cuidadores informales, puesto que puede apoyar y participar en procesos de elaboración de manuales proporcionando cualidades, habilidades y aptitudes de cuidado y autocuidado, contribuyendo así al aprendizaje del cuidador/a. Nuestro hacer profesional mejorará la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores dependientes y sus cuidadores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abellán García, A.; Aceituno Nieto, P.; Pérez Díaz, J.; Ramiro Fariñas, D.; Ayala García, A y Pujol Rodríguez, R. (2019). *Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid, Informes de envejecimiento en red (22), 5-38.
2. Agulló Tomás, M. (2001). *Mayores, actividad y trabajo en el proceso de envejecimiento y jubilación: una aproximación-sociológica*. Instituto de personas mayores y servicios sociales. Madrid, España.
3. Alvarado García, A. y Salazar Maya, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. Aging concep analysis. *Gerokomo*, 25(2), 57-62. Recuperado en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
4. Campos Dompedro, J. Dios Estrella Cazalla, J. Escobar Lago, M. Fernández Rodríguez, M^aA. Gómez Calero, C. Mainar Sancho, R... Valle Martín, M^aA. (2011). *Guía Práctica de la Ley de Dependencia. Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Madrid, España. IMC, International Marketing y Communication S.A.
5. Caprara M. y Steca P. (2004). Personalidad y envejecimiento. *Intervención Psicosocial* 13(1), 85-98.
6. Carrascal S. y Solera E. (2014). Creatividad y desarrollo cognitivo en personas mayores. *Arte, Individuo y Sociedad* 26(1), 9-19. Recuperado en: <https://revistas.ucm.es/index.php/ARIS/article/view/40100>
7. Cerrato Montorio, I. y Losada Baltar, A. (2004). *Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional* (12). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Recuperado en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletino_pml13.pdf

8. Cobo Domingo, J. (2018). *Cambios físicos y psíquicos en la vejez*. Atención socio-sanitaria a personas en el domicilio. 49-78. Recuperado en: <https://docplayer.es/15792018-Introduccion-juan-carlos-cobo-domingo-tema-3-cambios-fisicos-y-psiquicos-en-la-vejez.html>
9. Consejo de Europa. Recomendación N° R. (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la dependencia. Recomendación adaptada por el Comité de Ministros 1998. Recuperado en: <http://sid.usal.es/idocs/F3/LYN10476/3-10476.pdf>
10. Crespo López, M^a. y López Martínez, J. (2006). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"*. Madrid, España. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>
11. Crespo López, M^a y López Martínez, J. (2008). *Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores (35)*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Recuperado en: <http://www.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/boletino pm35.pdf>
12. Cruz Roja Española. (2004). *Guía Básica para Cuidadores*. Madrid, España. Cruz Roja Española. Recuperado en: www.sercuidadora.org.
13. De Prado Núñez, R. (2018). *La dimensión social del aprendizaje y la interacción comunicativa en el proceso de enseñanza entre personas*. Planes, Programas y Experiencias de Educación de Personas Adultas y Mayores. Universidad de Valladolid. Valladolid, España.

14. De la Uz Herrera M. (2009). *El envejecimiento. Reflexiones acerca de la atención al anciano*. Recuperado en: <https://docplayer.es/26674524-El-envejecimiento-reflexiones-acerca-de-la-atencion-al-anciano.html>
15. Del Mara García Calvente, M. y Del Río Lozano, M. (2019). *El papel del cuidado informal en la atención a la dependencia: ¿Cuidamos a Quiénes Cuidan?* Fundación Caser para la Dependencia. Disponible en: https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/7_cuidadoinformal.pdf
16. Díaz Casanova, M. (1989). Envejecimiento de la población y conflicto entre generaciones. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 45,85-113.
17. Estrada Martín, N. y Uranga Cortés, M. (2008). La creatividad y los estilos cognitivos I: creatividad. *Periplos en Red*. Recuperado de: <https://periplosenred.blogspot.com/2008/12/creatividad-y-los-estilos-cognitivos-i.html>
18. Felipe Salech, M. Rafael Jara, I. Luis Michea, A. (2012). Cambios fisiológicos asociados a envejecimiento. Physiological changes associated with normal aging. *Rev Med Clin Condes* 23 (1) 19-29.
19. Fernández Ballesteros, R. (2008). *La psicología de la vejez*. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España.
20. Flores Ramírez, C. (2017). *El envejecimiento activo: estrategia para una vejez saludable*. Trabajo de fin de grado. Universidad de Valladolid. Valladolid, España.
21. García Martínez, M. (2017). *Las emociones y el bienestar en las personas mayores*. Universidad Jaume. Valencia, España.
22. Gerencia de Servicios Sociales (2009). Manual de procedimiento de cuidados en el entorno familiar. Junta de Castilla y León.

23. Hermoso de Mendoza, M.T. (2003). Clasificación de la osteoporosis. Factores de riesgo. Clínica y diagnóstico diferencial. *An. Sist. Sanit. Navar* 26(3), 29-52.
24. Herrera Gómez, M. y Castón Boyer, P. (2003). Las políticas sociales en las sociedades complejas. *Revista Internacional de Sociología* 37, 1-4.
25. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2005). *Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles*. 1ªed.Madrid: IMSERSO. Recuperado en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/cuidado_sppmmhogares.pdf
26. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2010). *Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Recuperado de http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22023_inf2010pm_v1.pdf
27. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2014). *Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Recuperado en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22029_inf2014pm.pdf
28. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2016). *Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Recuperado en: http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion_publicacion/index.htm?id=3437
29. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2019). *Información Estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*. Recuperado en: <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/estsisaad2019430.pdf>

30. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2019). *Convenio especial de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia*. Recuperado en: https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/im_062035.pdf
31. Instituto Nacional de Estadística. (2019). Estadística del Padrón Continuo. Datos provisionales a 1 de enero de 2019.
32. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado núm. 299, de 15 de diciembre de 2006. 44142-44156.
33. Lillian Pintado, I. Álamo K, Álvarez. y Batista K. (2016) *Pérdida auditiva y habilidades cognoscitivas en adultos mayores*. Universidad del Turabo.
34. Lorenzo Carrascosa, L. (2009). *Consecuencias del envejecimiento de la población: el futuro de las pensiones*. Recuperado de: http://www.ine.es/daco/daco42/sociales/infosoc_envej.pdf
35. Losada Baltar, A. (2004). Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. *Informes Portal Mayores*, (14). Madrid, España.
36. MedinePlus: Biblioteca Nacional de Medicina (EE.UU); *Cambios en los pulmones con la edad*; actualizado 03 jun 2019; consulta 13 jun 2019; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/004011.htm>
37. MedinePlus: Biblioteca Nacional de Medicina (EE.UU); *Cambios en los sentidos con la edad*; actualizado 03 jun 2019; consulta 13 jun 2019; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/004013.htm>

38. MedinePlus: Biblioteca Nacional de Medicina (EE.UU); *Enfermedades Neurodegenerativas*: actualizado 03 jun 2019; consulta 13 jun 2019; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/neurologicdiseases.html>
39. Montorio Cerrato, I. y Losada Baltar, A. (2004). *Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional* (13). Recuperado en: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletino/pm13.pdf>
40. Moreno-Moreno, J. (2004). Mayores y Calidad de Vida. Universidad de Jaén. *Portularia* (4), 187-198.
41. Mundo Asistencial (2010). *Cuidando al Cuidador*. Recuperado en: <https://www.youtube.com/watch?v=hwcoefNwmaQ>
42. Naciones Unidas (2002). Declaración política y plan de acción internacional de Madrid sobre envejecimiento. Recuperado en: <https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-sp.pdf>
43. Noriega Borge, M^a. García Hernández, M. Torres Egea, M^a. (2011). *Proceso de Envejecer: cambios físicos, cambios psíquicos y cambios sociales*. Recuperado en: <https://docplayer.es/32975341-Capitulo-2-proceso-de-envejecer-cambios-fisicos-cambios-psiquicos-cambios-sociales.html>
44. Núñez Villacamapa, M.A. (2017). La dependencia y los cuidadores informales. Trabajo de Fin de Grado. Universidad de Navarra. Pamplona, España.
45. Osta Chamorro, M (2014). *Efectos de los factores de protección de la salud en la longevidad Navarra*. (Trabajo de Fin de Grado). Universidad pública de Navarra. Navarra, España.

46. Paniagua Fernández, R. (2015). *La ética del cuidado y mayores: los cuidados a las personas mayores desde un horizonte ético y en la búsqueda de la calidad de vida*. Fundación Europea para el Estudio y Reflexión Ética. Madrid, España. Recuperado en: http://ciapat.org/biblioteca/pdf/1216-La_Etica_del_cuidado_y_mayores.pdf
47. Pérez Hernández, A.M. (2014). *La percepción social de la vejez*. Trabajo de fin de Grado. Universidad de la Laguna. Tenerife, España.
48. Pérez Peñaranda, A. (2008). *Dependencia, cuidado informal y función familiar. Análisis a través del modelo sociocultural de estrés y afrontamiento*. Memoria para optar al grado de doctor. Universidad de Salamanca. Salamanca, España.
49. Pullido Muñoz, F y Lopera Delgado M^a. (2009). *Guías de Intervención Psicológica en Servicios Sociales Comunitarios*. Córdoba, España. 1-115.
50. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.ª ed., [versión 23.2 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [03-06-2019].
51. Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado núm. 114, de 12 de mayo de 2007. 20602-20605.
52. Real Decreto 395/2007, de 23 de marzo, por el que se regula el subsistema de formación profesional para el empleo. Boletín Oficial del Estado núm 87, de 11 de abril de 2007. 15582-15595.
53. Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. Boletín Oficial del Estado, núm. 168, de 14 de julio de 2012, 50428-50518.

54. Rodríguez- Rodríguez, P. (2005). El apoyo informal en España y la protección a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía. *Rev Española de Geriatría y Gerontología* (3), 5-15.
55. Rojo Pérez, F. y Fernández Mayoralas, G. (2011). *Calidad de vida y envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. Fundación BBVA. País Vasco, España.
56. Roguero García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Rev Esp Salud Pública* 83 (3), 393-405.
57. Rogero García, J. (2009). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Instituto de Personas Mayores y Servicios Sociales, Ministerio de Sanidad y Política Social y la Secretaria General de Política Social y Consumo. Madrid, España.
58. Sirlin C. (2007). La jubilación como situación de cambio: La preparación para la jubilación como acción estratégica para su abordaje. *Comentarios de Seguridad Social* (16), 47-75.
59. Villegas Díaz MD (2014). *Las 4 fases de adaptación del cuidador*. Artículo extraído de Súper Cuidadores. Universidad Internacional de la Rioja. Recuperado en: <https://cuidadores.unir.net/informacion/cuidador/tenes-mas-vida/305-las-4-fases-de-adaptacion-del-cuidador>