

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
Trabajo Fin de Grado

¿EN CASA O EN LA RESIDENCIA?
Dilemas ante el empleo de los servicios
residenciales, por parte de los cuidadores
principales de personas mayores
dependientes en Zaragoza

Alumna: Jarne Ara, Alba

Directora del trabajo: Del Rincón Ruiz, María del Mar
Zaragoza Curso académico 2013/2014

**“Al final, lo que importa no son los años de vida, sino
la vida de los años”**

Abraham Lincoln

Agradecimientos:

En primer lugar me gustaría agradecer a María del Mar del Rincón Ruiz, directora del proyecto, todo su apoyo a lo largo de la realización del mismo. Su ayuda y consejos me han sido de gran utilidad para su realización.

A la directora de la Residencia Elías Martínez Santiago de Zaragoza, por facilitarme el trabajo de campo en la propia institución, al igual que el resto de profesionales que trabajan en ella. En especial a las trabajadoras sociales, que me ayudaron a contactar con las personas entrevistadas y aconsejaron a lo largo del trabajo.

A los entrevistados/as, personas cuidadoras de mayores dependientes, que colaboraron incondicionalmente, y por supuesto, hicieron posible el desarrollo de éste proyecto de investigación.

Y a todas las personas que me apoyaron, aconsejaron y animaron a lo largo de la realización.

MUCHAS GRACIAS.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	2
ÍNDICE DE GRÁFICOS	4
ÍNDICE DE TABLAS.....	4
1-. INTRODUCCIÓN	6
1.1 Justificación	7
1.2 Formulación del problema	10
1.3 Cuestiones e interrogantes que se plantean	13
1.4 Finalidad y objetivos	14
1.5 Marco conceptual	16
1.6 Población y ámbito de la investigación	18
1.7 Metodología empleada	19
2-. MARCO TEÓRICO.....	24
2.1 Envejecimiento de la población española	24
2.2 Cambios en el modelo tradicional de cuidados.....	29
2.2.1 Participación laboral de la mujer	30
2.2.2 Quien cuida en el modelo tradicional	31
2.2.3 Consecuencias del cuidado	32
2.2.4 Etapas del cuidado	36
2.3 Hacia la universalidad en la atención a los dependientes	37
2.4 Cartera de Servicios.....	39
2.5 Residencias de personas mayores en Aragón	42
2.6 Marco institucional.....	43
3-. ANÁLISIS DE RESULTADOS	49

3.1 Perfil sociodemográfico del cuidador	49
3.2 Perfil sociodemográfico de la persona dependiente	52
3.3 Convivencia y cuidados anteriores al ingreso.....	56
3.4 Motivaciones para cuidar	59
3.5. Afrontar los cuidados antes del ingreso	61
3.6 Características de la institucionalización	62
3.7 Relación actual del cuidador informal con la persona mayor dependiente	63
3.8 Satisfacción con la institución.....	65
4-. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN	66
4.1 Conclusiones.....	66
4.2 Propuestas de intervención.....	69
BIBLIOGRAFÍA	71
ANEXOS	iError! Marcador no definido.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Ilustración 1 Esperanza de vida Libre de Discapacidad por edad y sexo. Total Nacional, 2008.....	27
Ilustración 2 Esperanza de Vida Libre de discapacidad por edad y sexo. Aragón, 2008	27
Ilustración 3. Consecuencias emocionales y conductuales sobre el cuidador.....	34
Ilustración 4. Consecuencias sobre la salud de los cuidadores	35
Ilustración 5. Consecuencias sociales y económicas sobre los cuidadores.....	35

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Quién cuida a los mayores dependientes	31
Tabla 2. Tipos de Recursos/ Servicios para atención a la dependencia en Aragón.....	41
Tabla 3. Tipos de Residencias en Aragón	42
Tabla 4. Perfil socio-demográfico del cuidador	50
Tabla 5. Perfil socio- demográfico persona cuidada	54
Tabla 6. Convivencia anterior al ingreso en la institucionalización ...	57

1-. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el envejecimiento de la población española supone un fenómeno de gran interés político y social. Dicho fenómeno es causado por diferentes factores como son la baja natalidad y el aumento de la esperanza de vida entre otros. Este envejecimiento aparece como consecuencia de una mejora sanitaria y social sobre la enfermedad.

Cada vez, existe un número mayor de personas supervivientes de 65 o más años, alargándose en la actualidad de manera considerable la esperanza de vida.

Todo esto, supone un incremento de personas mayores dependientes, pues la dependencia suele avanzar en paralelo a la edad. Como resultado de esta dependencia, se presenta la disyuntiva de si la familia es capaz de sobrellevar y dar respuesta a esta necesidad de cuidados para el mayor dependiente o por el contrario, si están en declive los cuidados familiares.

En los últimos años, se ha ido modificando y adaptando paulatinamente la legislación correspondiente a la dependencia. La Ley 39/ 2006 del 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, desde su entrada en vigor, tiene como finalidad indicar las ayudas y

derechos de las personas que tienen un grado de dependencia reconocido. Este proyecto de investigación, tiene como finalidad descubrir los diferentes recursos y servicios, que a día de hoy, la administración pública ofrece para las personas mayores dependientes; así como analizar la satisfacción con los mismos, poniendo especial atención en el servicio de residencia. También observar cómo se sienten las personas dependientes y sus cuidadores/as principales al tomar la decisión de institucionalizar y, comprobar las consecuencias físicas, psíquicas y sociales que tomar ésta decisión conlleva.

1.1 Justificación

Envejecimiento y vejez es la línea temática que se escoge para el desarrollo del siguiente proyecto de investigación social.

La decisión de la realización de dicho proyecto tiene como finalidad investigar y profundizar sobre dicha temática. Decisión movida por la motivación que surge para obtener un mayor conocimiento sobre el tema, tras realizar las prácticas de intervención en la Residencia de mayores Elías Martínez Santiago de Zaragoza, y comprobar que institucionalizar a este colectivo supone una serie de consecuencias para el mismo y sus cuidadoras principales

A lo largo de los años se han ido produciendo un gran número de cambios demográficos, sociales y en las estructuras familiares. Pero, a día de hoy, en muchos casos hacer uso de una residencia para mayores dependientes, supone un sentimiento de culpabilidad y/o abandono a esa persona, aun cuando los cuidados en casa se hacen casi imposibles.

España es un país cada vez más envejecido. El incremento de la población mayor supone un aumento de personas dependientes, y por ello se considera necesario realizar un análisis sobre los recursos y servicios de los que estas personas pueden ser beneficiarias, comprobando si son los necesarios y el conocimiento y satisfacción de los usuarios con los mismos.

Es importante que los trabajadores sociales que desarrollen su labor profesional con este colectivo, sean conscientes de todo lo expuesto con anterioridad, para así poder ofrecer una atención personalizada y adecuada, conociendo las carencias existentes en el sistema de dependencia, e intentando suplirlas en la medida de lo posible por medio de su trabajo.

El trabajo se estructura en los siguientes apartados:

- En primer lugar, en el apartado de introducción se hace una breve descripción del problema a estudiar, y se justifica el porqué de la elección del mismo y se plantean una serie de cuestiones e interrogantes. Con posterioridad se definen los objetivos que se pretenden lograr con la investigación social, y la finalidad que tiene la misma. Se definen unos conceptos que se consideran claves para su desarrollo, y finalmente, en ésta parte se expone la metodología utilizada, enumerando y explicando brevemente las técnicas y herramientas utilizadas.
- Con la revisión bibliográfica y documental se desarrollará el apartado de marco teórico, dónde se hace una recopilación lo más ajustada posible a la problemática que se quiere investigar. Además, se explica brevemente la legislación relacionada con la temática, y se hace una descripción de la institución

que se escoge para realizar a los cuidadores/as principales de sus usuarios las entrevistas.

- Con la información recogida del trabajo de campo se desarrolla el capítulo de análisis de los resultados.
- Posteriormente con la información recabada se desarrollan unas conclusiones. Además, se expondrán unas propuestas de intervención, reflexiones personales de cómo mejorar algunos problemas, dificultades que el colectivo estudiado expone.
- Finalmente se presentan los distintos anexos, que son los siguientes: glosario, guion de las entrevistas y resumen de las entrevistas realizadas.

1.2 Formulación del problema

En los últimos 30 años, se han producido con gran rapidez en nuestro país transformaciones sociales, económicas y culturales.

Una de ellas, el aumento de las tasas de supervivencia de muchas enfermedades, tiene como consecuencia una disminución en las tasas de mortalidad a edades avanzadas, dando lugar a una población cada vez más envejecida y aumentando a un fuerte ritmo el volumen de los octogenarios.

La incorporación de la mujer a la vida laboral ha dado lugar a grandes transformaciones en los modelos tradicionales de cuidados. Entre otras muchas mejoras, éstas dan lugar a nuevas situaciones sociales, haciendo que por la longevidad de las personas, cada vez exista un mayor número de dependientes. Pero, en muchas ocasiones, y teniendo que ver con la incorporación de la mujer a la vida laboral, se hace muy complicado mantener los cuidados del mayor dependiente en el domicilio. Es decir, está cambiando el modelo de cuidados existente en España años atrás, tal como se recoge de forma magistral en el preámbulo de la ley de la Dependencia (Ley 39/2006 del 14 de Diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia.):

"La atención a este colectivo de población se convierte, pues, en un reto ineludible para los poderes públicos, que requiere una respuesta firme, sostenida y adaptada al actual modelo de nuestra sociedad. No hay que olvidar que, hasta ahora, han sido las familias, y en especial las mujeres, las que tradicionalmente han asumido el cuidado de las personas dependientes, constituyendo lo que ha dado en llamarse el «apoyo informal». Los cambios en el modelo de familia y la incorporación progresiva de casi tres millones de mujeres, en la última década, al mercado de trabajo introducen nuevos factores en esta situación que hacen imprescindible una revisión del sistema

tradicional de atención para asegurar una adecuada capacidad de prestación de cuidados a aquellas personas que los necesitan." (Ley 39/2006, Preámbulo)

Al ser esto una situación cada vez más frecuente, y afectando a un gran número de la población, se ha ido desarrollando de manera paulatina una legislación para dar respuesta a este problema. La Ley 39/2006, ampara a este colectivo ofreciéndoles servicios y prestaciones económicas, persiguiendo así, que el colectivo de personas dependientes pueda optar por los cuidados más óptimos en relación a sus necesidades, así como facilitar al cuidador mantener los cuidados del mayor dependiente. Esto hace posible que el cuidador principal y/o la persona dependiente puedan decidir que se realicen sus cuidados en su domicilio o en una institución (centro de día/residencia)

En la actualidad, el modelo tradicional de cuidados, basado en la dedicación casi total de la cuidadora principal al dependiente mayor se encuentra en declive. Por ello se plantea la posibilidad de buscar otras alternativas para el cuidado. La Ley de la dependencia 39/2006 camina en esta vía, tal y como en su preámbulo se recoge:

"La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye un reto ineludible para los poderes públicos, que requiere una respuesta firme sostenida y adaptada al actual modelo de nuestra sociedad.

Los cambios en el modelo de familia y la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, introducen nuevos factores en esta situación que hacen imprescindible una revisión del sistema tradicional de atención para asegurar una adecuada capacidad de prestación de cuidados a aquellas personas que lo necesitan.

Por parte de las Administraciones Públicas, las necesidades de las personas mayores, y en general de los afectados por situaciones de dependencia, han sido atendidas hasta ahora, fundamentalmente, desde los ámbitos autonómico y local, y en el marco del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales, en el que participa también la Administración General del Estado y dentro del ámbito estatal, los Planes de Acción para las Personas con Discapacidad y para Personas Mayores. Por otra parte, el sistema de Seguridad Social ha venido asumiendo algunos elementos de atención, tanto en la asistencia a personas mayores como en situaciones vinculadas a la discapacidad." (Ley 39/2006, Preámbulo)

En este contexto se pretende poner en marcha un modelo formal de cuidados de responsabilidad pública como alternativa al modelo tradicional.

"La necesidad de garantizar a los ciudadanos, y a las propias Comunidades Autónomas, un marco estable de recursos y servicios para la atención a la dependencia y su progresiva importancia lleva ahora al Estado a intervenir en este ámbito con la regulación contenida en esta Ley.

Se trata ahora de configurar un nuevo desarrollo de los servicios sociales del país que amplíe y complemente la acción protectora de este sistema, potenciando el avance del modelo de Estado social que consagra la Constitución Española, potenciando el compromiso de todos los poderes públicos en promover y dotar los recursos necesarios para hacer efectivo un sistema de servicios sociales de calidad, garantistas y plenamente universales." (Ley 39/2006, Preámbulo).

1.3 Cuestiones e interrogantes que se plantean

Al plantear el problema de investigación surgen un abundante número de cuestiones:

¿Qué mueve al cuidador principal a realizar los cuidados del mayor dependiente en casa o en la residencia? Cuando se toma la decisión de institucionalizar ¿cuánto tiempo transcurre hasta tomar esta decisión? Y, ¿por qué el cuidador principal y el usuario ,si tiene un buen nivel cognitivo, deciden usar los servicios residenciales o centros de día? Es decir, se va a tratar de identificar las causas y factores, por las que las personas dependientes mayores son institucionalizadas para recibir así cuidados profesionales, o por el contrario mantenerlos en el domicilio.

¿Qué consecuencias tiene para el cuidador principal el cuidado de una persona dependiente mayor? ¿La sobrecarga del cuidador disminuye al institucionalizar al mayor dependiente? ¿El cambio de cuidados que supone la institucionalización del mayor dependiente es asimilado adecuadamente por el cuidador y el propio usuario?

Con estos interrogantes se busca conocer más sobre los sentimientos, las opiniones del cuidador principal con respecto a los cuidados del dependiente mayor, conocer los posibles efectos para su salud, vida laboral, económica...

¿Hasta qué punto los cuidadores son conscientes de sus necesidades de orientación, información y asesoramiento? ¿En qué medida transforman esas necesidades en demandas? ¿Quién informa sobre la consecución de estos recursos formales? La información es adecuadamente expuesta? Interesa conocer si los cuidadores son conscientes de la necesidad de ayuda profesional. Si lo son y demandan estos servicios, la satisfacción y la utilidad de la información dada.

Tomadas todas ellas como referencia en el punto de partida, las más significativas se irán seleccionando para el tema a tratar.

1.4 Finalidad y objetivos

Mediante este proyecto de investigación social, se trata de descubrir y obtener un mayor conocimiento de cuáles son las decisiones que mueven a las cuidadoras principales a mantener los cuidados del mayor dependiente en el domicilio, o por el contrario institucionalizarlos.

Este trabajo consiste en el desarrollo de un proyecto de investigación sobre el siguiente fenómeno social; dónde mantener los cuidados de la persona mayor dependiente, en el domicilio o en una institución: residencia.

La finalidad del proyecto es conocer las demandas y necesidades que se presentan para ofrecer unos buenos cuidados al mayor dependiente. Además de la opinión tanto de los dependientes mayores como de sus cuidadores/as principales acerca de los recursos y servicios que se ofrecen desde la administración pública a este colectivo. Analizando si estos son los necesarios, y cubren todas sus necesidades, o por el contrario cuáles son las modificaciones que serían necesarias. Además se pretende obtener un mayor conocimiento de las consecuencias físicas, psíquicas, económicas o sociales que generan para la cuidadora principal la institucionalización de la personas mayor dependiente.

Los objetivos de la investigación serán los siguientes.

OBJETIVO GENERAL: conocer que circunstancias son las que mueven a los usuarios o cuidadores a institucionalizar a una persona dependiente, así como las consecuencias/repercusiones que esto genera tanto a los cuidadores como a las personas dependientes.

Este objetivo principal se concreta en los siguientes objetivos específicos:

1. Conocer las circunstancias que hacen que el cuidador principal asuma las tareas de cuidado en el domicilio.
2. Analizar las consecuencias físicas, psíquicas, familiares y sociales que conlleva cuidar a una persona mayor dependiente en el domicilio, o bien institucionalizarla.
3. Descubrir cómo los profesionales tratan las demandas y necesidades que el cuidador principal tiene con respecto a los cuidados profesionales o informales de las necesidades, evolución... del mayor dependiente.
4. Estudiar las características de los cuidados del mayor dependiente en una institución.
5. Conocer el acceso a los diferentes servicios/prestaciones a las que tiene derecho, por tener reconocido el grado de dependencia el mayor dependiente.

1.5 Marco conceptual

En este apartado se definen una serie de conceptos que se consideran fundamentales para el desarrollo del proyecto de investigación realizado:¹

DEPENDENCIA: es definida en la Ley 39/2006 del 4 de Diciembre como "estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, enfermedad o discapacidad, y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las ABVDS o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal". La dependencia es una realidad multifactorial y compleja.

CUIDADOS NO PROFESIONALES: conjunto de atenciones que se dan a personas en su domicilio, o bien en el domicilio del cuidador. Este tipo de cuidados los suelen prestar aquellas personas que tienen algún vínculo familiar con la persona dependiente, o bien aquellas de su entorno que no estén relacionadas con un servicio de atención profesionalizado. Ley 39/2006

CUIDADOS PROFESIONALES: prestados por una institución pública o entidad, con o sin ánimo de lucro, o profesional autónomo cuyas finalidades se encuentran la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro Art 2.6. de la ley 39/2006 de Promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia. Ley 39/2006

CENTROS DE DÍA: dirigidos a personas mayores que tienen reconocido un grado de dependencia, con el fin de mejorar dicho estado o al menos mantenerlo o retardar la pérdida realizando una

¹ Para la concreción de estos términos se ha utilizado la Ley 39/2006 y el Catálogo de Servicios Sociales.

serie de actuaciones por diferentes profesionales, Además de perseguir dar un respiro a los cuidadores. Ley 39/2006

RESIDENCIAS: servicio que ofrece alojamiento durante todo el día completo, de carácter temporal o permanente para personas mayores de 65 años en situación de dependencia. "proporciona desde una perspectiva integral una atención continuada y especializada en función del grado de dependencia" Decreto 143/2011 del 14 de junio, del Gobierno de Aragón por el que se aprueba el Catálogo de Servicios sociales de la comunidad autónoma de Aragón.

Estos conceptos se contemplan junto con otros términos en un capítulo específico en el Anexo I, Glosario.

1.6 Población y ámbito de la investigación

En este subapartado se concretan la población que ha sido objeto de estudio y otros elementos básicos de la investigación.

Población objeto de estudio: la población estudiada serán los cuidadores informales de personas dependientes en la ciudad de Zaragoza, así como aquellas personas dependientes que mantengan un buen nivel cognitivo.

Con respecto a la población que se encuentra institucionalizada, el estudio se centrará en aquellas que sean cuidadoras/es principales de usuarios de la Residencia de Mayores Elías Martínez Santiago. Ya que tras la realización de mis prácticas externas en dicha institución, me va a resultar mucho más sencillo obtener la información necesaria para el desarrollo del proyecto, así como interactuar con la población objeto de estudio.

Ámbito geográfico: la recogida de datos tendrá lugar en la Residencia de Mayores Elías Martínez Santiago de Zaragoza

Periodo cronológico: el estudio se desarrolla en el periodo lectivo del segundo cuatrimestre de la Universidad de Zaragoza de 2014, es decir el tiempo contemplado será desde el mes de Febrero al mes de Junio. Pudiendo ser ampliado hasta Diciembre del 2014

Variables del estudio:

- Análisis de las consecuencias que tiene para los cuidadores el hecho de cuidar a un familiar dependiente.
(Cómo afecta a su vida social, sentimientos que provoca, problemas de salud...)
- Necesidades/cuidados que el/los cuidadores demandan a la institución/es y cómo responden éstas.

- Perfil del cuidador (edad, vínculo con la persona cuidad)
- Motivos que hacen que el cuidador asuma ese rol
- Perfil de la persona que recibe los cuidados.

1.7 Metodología empleada

Es una investigación social enfocada desde el Trabajo Social, y por lo tanto debe de ser “no sólo una herramienta de la intervención social, sino que en ella radica la posibilidad de construir conocimiento y de construir el trabajo social como práctica profesional” Sanz, A. (2006:41)

Dicha investigación es exploratoria con carácter mixto, ya que a lo largo de la investigación se combina tanto el enfoque cuantitativo en determinados apartados de la investigación como pueden ser la identificación de cuidados profesionales que ofrece la Residencia de Mayores Elías Martínez Santiago y cualitativa, pues pretende conocer el punto de vista que los cuidadores informales tienen con respecto a los cuidados de una persona mayor dependiente.

Combinando la perspectiva cuantitativa y cualitativa a lo largo de esta investigación, se procura enriquecer al máximo dicho estudio.

Para ello se realiza en primer lugar una revisión bibliográfica y documental sobre el fenómeno social a estudiar. Existe una gran variedad de documentación escrita sobre cuidadores y cuidados a personas dependientes. Para ello se ha procedido a analizar y explorar dicha documentación, buscando aquellos documentos que fuesen de mayor interés para la investigación a realizar. Muchos de los documentos han sido buscados a través del portal del IMSERSO

(antiguo portal de mayores) así como la página web Envejecimiento en Red, y por supuesto el fondo documental y bibliográfico de la biblioteca de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo de Zaragoza.

Así, tras la revisión, se recopilan y analizan los datos en relación con el objeto de estudio que se consideran más importantes, y poder desarrollar el marco teórico de dicho trabajo.

Otro paso importante es el análisis de datos estadísticos, para así poder identificar los perfiles de personas mayores dependientes y cuidadores de las mismas en España.

Además de entrevistas cualitativas; que se definen como "conversaciones provocadas por el entrevistador, dirigida a sujetos elegidos sobre la base de un plan de investigación, en un número considerables, que tiene una finalidad de tipo cognoscitivo, guiada por el entrevistador, y sobre la base de un esquema flexible y no estandarizado de interrogación." (Corbetta, 2003:368).

A través de la entrevista se pretende conocer que circunstancias son las que mueven a los usuarios o cuidadores a institucionalizar a una persona dependiente, así como las consecuencias/repercusiones que esto genera tanto a los cuidadores como a las personas dependientes.

Para llevar a cabo dichas entrevistas, se procede a la elaboración de una guía, haciendo así una entrevista semi-estructurada donde la entrevistadora decide sobre el orden de abordar los temas a tratar y la forma en la que se presentan las preguntas, así como si se considera oportuno profundizar en algún tema concreto. Para realizar dicha guía se tienen en cuenta los objetivos planteados para la investigación.

Se realizan un total de 13 entrevistas a los cuidadores principales de personas mayores dependientes que se encuentran en la residencia Elías Martínez Santiago de Zaragoza. Todas las personas que se han entrevistado están asumiendo en este momento el rol de cuidadores principales.

Del total de entrevistas, se decide desechar dos de ellas por los siguientes motivos: en primer lugar, la primera entrevista que se decide no considerar para su análisis se debe a que la persona entrevistada, es una persona mayor, con limitaciones, y a causa de las mismas, le resulta complejo contestar a las preguntas que se le realizan. La segunda entrevista que se decide no analizar es porque la persona entrevistada desea hacer la entrevista con otra persona, y sus respuestas están claramente condicionadas por las del otro entrevistado. Por tanto, el total de entrevistas analizadas son once.

Mediante las entrevistas se pretende recoger la siguiente información:

- El perfil de las personas dependientes cuidadas (sexo, edad, estado civil, enfermedades, grado de dependencia, lugar de residencia anterior a la residencia, el tiempo en la residencia y el estado de salud actual)
- El perfil del cuidadora/o principal (edad, situación laboral, ocupación actual, estado civil, parentesco que le une a la persona dependiente, si es la primera persona dependiente que cuida, y tipos de cuidados que le proporciona a su familiar)
- Las motivaciones que le han llevado a asumir el rol de cuidador/a. Asume el cuidado de manera individual o hay más personas que le ayudan, y lo que supone para la misma. Necesidad de apoyo psicológico y/u otros profesionales. Si se ve afectada su vida económica,

social, laboral y familiar a raíz de asumir dichos cuidados.

- Los cuidados que se ofrecen a la persona dependiente de manera anterior al ingreso (si se han utilizado otros recursos/servicios destinados a la población mayor dependiente, cuales, dificultad de compaginar las tareas del cuidado con otras responsabilidades/aficiones, y la necesidad de un mayor número de servicios/recursos para cubrir las necesidades de este colectivo)
- Las características de la institucionalización en dicha residencia; la motivación de elección de la misma, el tiempo que lleva institucionalizado, tiempo que transcurre desde que se solicita la plaza hasta que se concede y si es necesaria la ayuda, información, asesoramiento profesional para acceder a dicha plaza.
- Relación que existe entre el dependiente mayor y el cuidador/a del mismo (ha variado desde que se institucionalizó, recibe visitas de más familiares y con qué frecuencia, Quién se encarga de colaborar con la institución para representar a la persona dependiente y los sentimientos que generó tanto para la persona que cuida como para el mayor la institucionalización).
- Satisfacción con los profesionales, actividades, servicios que ofrece la institución.
- Por último se pretende recoger una valoración del cuidador principal con los servicios/ recursos destinados a el colectivo de personas mayores dependientes, recogiendo la opinión sobre los mismos y la necesidad o no de una mayor cobertura en estos o un incremento del número. Además de comprobar si como cuidadores se

sienten satisfechos con la información, cursos... que se llevan a cabo con los cuidadores principales para poder asumir de la mejor manera posible el rol como cuidadores.

Las entrevistas se realizan en diversas tardes a lo largo de los meses de Abril y Mayo del año 2014. La duración aproximada de cada entrevista son unos 60 minutos. Tras la realización de las prácticas en dicha institución, sin duda se ha facilitado la recogida de información. Al conocer a las personas entrevistadas, éstas se muestran muy participativas a la hora de contarme sus vivencias, experiencias como cuidadores principales.

En un principio se pretendía hacer grabaciones de todas las entrevistas, para posteriormente realizar transcripciones de todas ellas y poder analizarlas. Dado que las personas entrevistadas se mostraron reticentes, se cambió el procedimiento de registro de la información, y se recabaron los datos tomando notas escritas de cada entrevista de la forma más detallada posible. Posteriormente la información se analizó, para ello se elaboraron tablas y tipologías, ver Anexo III.

Para las entrevistas no se utilizan nombres, sino que se numeran por orden de contestación de los usuarios.

A los entrevistados/as se les explica la protección de sus datos, el fin de las entrevistas, y todos/as se muestran muy colaboradores

Las entrevistas se realizan en la Residencia de Mayores Elías Martínez Santiago, en una sala que la institución cede para que la conversación pueda ser privada y más tranquila que en cualquier zona común de la misma.

2-. MARCO TEÓRICO

En este apartado se recogen información de diferentes estudios, documentos para sustentar teóricamente la investigación social propuesta. En el marco teórico, se pretende resaltar los aspectos más relevantes ya estudiados para encuadrar la investigación ha realizar.

2.1 Envejecimiento de la población española

En España el incremento de la población mayor de 65 años aparece de manera más tardía que en otros países europeos; sin embargo en la actualidad, España junto con Alemania, Francia, Reino Unido e Italia son los países con mayores cifras de población mayor en Europa.

Según los datos extraídos de Abellán, la población envejecida en España se reparte de manera desigual entre las diferentes Comunidades Autónomas siendo Castilla y León, Asturias, Galicia y Aragón, con el 20% o más de la población total, mayor de 65 años, las comunidades con tasas de población envejecida más altas, frente a Canarias, Baleares y Murcia, con tasas inferiores al 15%.

"La esperanza de vida ha aumentado notablemente en las últimas décadas, siendo de 85,21 años las mujeres y 79,3 años los hombres. Aunque nacen más varones que mujeres, a los 35- 40 años se igualan en número, y en la vejez existe un mayor número de

mujeres, pudiéndose así hablar de “feminización en la vejez”. Existe un patrón de mortalidad asimétrico entre sexos, existiendo un 34 % más de mujeres que de hombres en la vejez”. Datos extraídos de (Abellán; Vilches; Pujol, 2013:3-4)

“La preponderancia relativa de las mujeres de edad madura y avanzada se ha convertido en un factor claro de feminización del conjunto social, hasta el punto de que muy pronto casi uno de cada diez ciudadanos españoles será una mujer de 65 o más años” (Gómez, 2011:47).

Se prevé que la población envejecida aumente en los próximos años, especialmente a partir del 2024 como consecuencia de la llegada a la edad adulta de los nacidos en el periodo del baby-boom (1958-1977).

El envejecimiento demográfico o el envejecimiento de la población “se refiere al proceso de transformación de la estructura por edad de una población donde la población mayor de 65 años aumenta, tanto en términos absolutos como relativos, en detrimento de la, población joven” (Robles, 2010:3)

A lo largo del S XX y XXI, se ha producido un cambio progresivo en el que las enfermedades crónicas y degenerativas han ido sustituyendo a las enfermedades infecciosas y parasitarias como principal motivo de muerte y discapacidad.

El envejecimiento es el resultado del éxito de las mejoras sanitarias y sociales sobre la enfermedad y la muerte. Los avances científico médicos han fomentado una mejora en la calidad de vida de las personas ancianas, propiciando que las edades en las que aparece en la mayoría de casos la discapacidad sean cada vez más tardías. No obstante uno de los retos de la medicina actual, es tratar de mejorar la calidad de vida de las personas dependientes, no solo alargando los años de vida o paliando el sufrimiento y dolencias de

estas personas, sino también intentando dotarles de la mayor autonomía y potenciar en la mayor medida posible un incremento del bienestar de vida del mayor

La esperanza libre de discapacidad es un indicador que resulta útil para prever las demandas que las personas tienen para recibir cuidados de larga duración por parte de otras personas.

"A partir de los 80 años, la mitad de los años por vivir se viven con dificultades. A los 65 años, a las mujeres les quedan unos 21,7 años adicionales de vida, pero un tercio de ese tiempo se desarrolla con dificultades (7años). Los varones viven menos (17,7 años), pero su tiempo con problemas es menor. Según se avanza en edad, se ajustan los tiempos vividos con o sin problemas, pero aumenta proporcionalmente el periodo de años vividos con discapacidad."

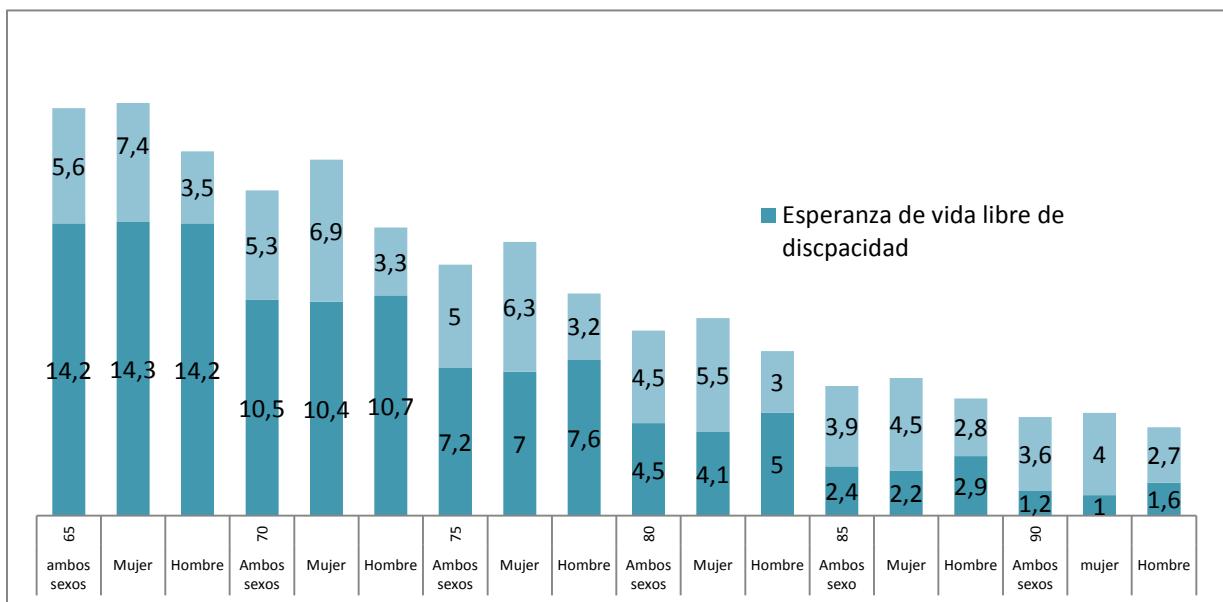
(Robles, 2011: 40)

Las principales causas de muerte entre los mayores son por enfermedades degenerativas, un 94,9% de los mayores tiene alguna dolencia de tipo crónico diagnosticada por un médico. INE (2006). Las enfermedades principales que son causa de muerte o enfermedad en la actualidad son las cardiovasculares, respiratorias, cáncer, circulatorias, y paulatinamente van cobrando una mayor importancia las enfermedades mentales y nerviosas.

Estos avances médicos facilitan el incremento de la longevidad o el sobre envejecimiento de la población, es decir un aumento en el número de supervivientes de 80 o más años. Este grupo llega a conformar un 5,1% de los españoles. A este fenómeno también se le puede conocer como envejecimiento del envejecimiento

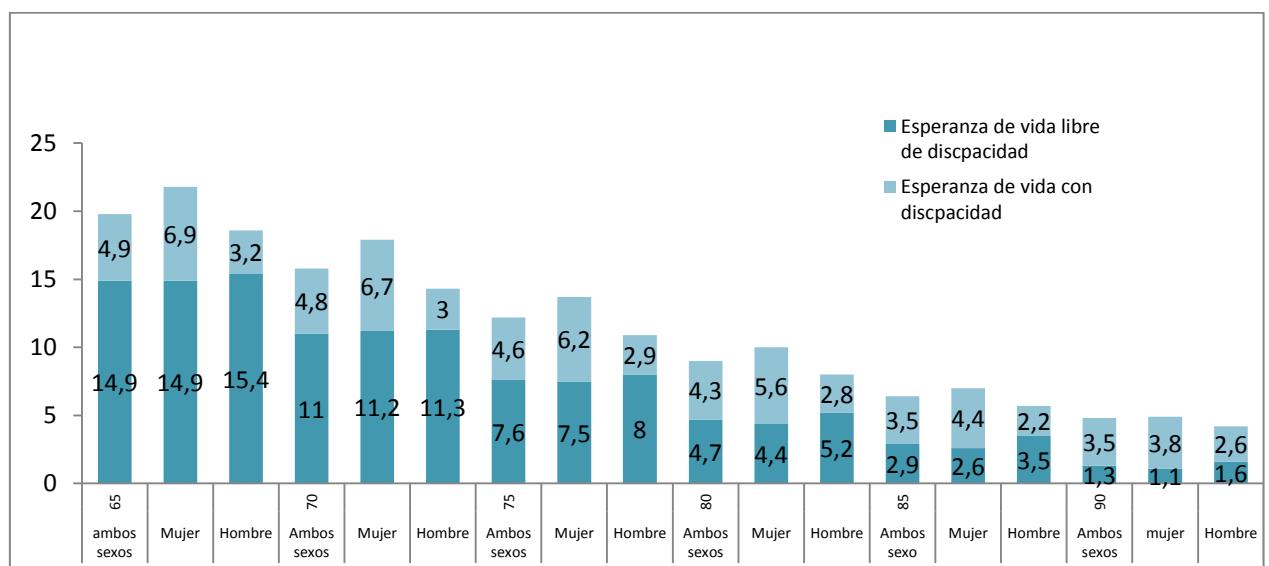
En Pujol y Abellán (2013) aparecen los siguientes gráficos, dónde se muestra lo expuesto con anterioridad:

Ilustración 1 Esperanza de vida Libre de Discapacidad por edad y sexo.
Total Nacional, 2008



Fuente: Pujol y Abellán (2013: 9)

Ilustración 2 Esperanza de Vida Libre de discapacidad por edad y sexo. Aragón, 2008



Fuente: Pujol y Abellán (2013: 22)

En los gráficos anteriores, tanto con el nacional como con el de la Comunidad Autónoma de Aragón, se puede observar que a medida que avanza la edad la prevalencia de la discapacidad aumenta paulatinamente.

Por otro lado, en Aragón la discapacidad en las mujeres es notablemente mayor que en los varones, y es en la edad de los 90 años donde más se iguala (2,6% en varones frente a un 3,8% en las mujeres). Al igual que en el nacional.

Pero vejez no equivale a enfermedad ni a discapacidad, como dice (Del Rincón , 2006) en el *Informe sobre las condiciones de vida de las personas mayores de 65 años en el barrio de San José*:

“Tradicionalmente el envejecimiento se ha identificado con la pérdida progresiva de la salud y la vejez como una etapa de enfermedad y muerte.

La esperanza de vida está aumentando y el tiempo de vida se prolonga. La revolución de la longevidad supone que un número creciente de individuos llega a viejo, alcanza edades más avanzadas y en mejores condiciones de salud. Esto no niega que desarrollan enfermedades, pero, en la mayor parte de los casos viven una vejez saludable.” (Del Rincón, 2006)

No obstante, la demanda de cuidados para personas en situación de dependencia, se ha ido incrementando notablemente en los últimos años, y se prevé que lo siga haciendo a un ritmo intenso en los próximos.

2.2 Cambios en el modelo tradicional de cuidados

Como ya se ha nombrado con anterioridad, en la actualidad cada vez es mayor el número de personas mayores dependientes, que aparece en paralelo a cambios en las estructuras familiares.

En España, durante muchos años se han llevado a cabo los cuidados familiares de manera tradicional. Estos cuidados tradicionales consistían en cuidar a los mayores dependientes en el entorno familiar, pero cada vez más, se plantean un mayor número de dilemas de si la familia puede dar respuesta a esta situación, o si por el contrario se está dando lugar a un cambio en los papeles tradicionales. Puyol (1978)

La “solidaridad familiar” es la forma en la que se ofrecen cuidados y atención por parte de familiares a otros que lo necesitan. Pero esto, puede crear para el cuidador una situación de “sobrecarga” generando estrés, depresión... Para la realización de dichos cuidados es necesaria una dedicación casi exclusiva, siendo esto incompatible con el estilo de vida actual. Lo que ha supuesto un reto para los poderes públicos en los últimos años

La crisis que surge en el modelo familiar de cuidados, siguiendo a Abellán y Esparza (2009) se debe principalmente a:

- La desaparición casi total de la familia extensa
- La dispersión del perfil de institución permanente y unidad familiar
- Incremento de la movilidad geográfica de los miembros de la familia
- Aparición de diversos modelos de familia (incremento de personas que viven solas,

familias monoparentales, uniones de hecho etc.)

- Alargamiento de la permanencia de los hijos en el hogar parental hasta edades superiores a los 30 años.
- Cambio en el rol de las mujeres, cambios sociales que impulsan su incorporación a la vida laboral
- Reducción del tamaño de las viviendas.

Todo ello ha contribuye a que asistamos a un proceso de *desfamiliarización* progresivo en España., en un contexto de demanda creciente de cuidados y escasez de recursos públicos

2.2.1 Participación laboral de la mujer

La incorporación de la mujer al trabajo a contribuido de forma notable en el proceso de desfamiliarización señalado con anterioridad.

Culturalmente en España, los procesos de educación y socialización establecían que la mujer era quién debía de desempeñar el rol de ama de casa y cuidado de personas dependientes (menores y mayores). Todo esto ha sido un factor importante para que las mujeres de manera mayoritaria sean el colectivo sobre el que más han recaído, y aunque en menor medida en la actualidad, sigan recayendo, los cuidados informales de las personas dependientes.

Actualmente esto está cambiando, debido a la incorporación progresiva de la mujer al ámbito laboral. Esta incorporación, viene motivada entre otros factores por una mejora del nivel educativo de la mujer, el retraso en la edad de tener hijos, así como la

participación de la población femenina en sectores de trabajo donde su participación era inexistente en el pasado.

2.2.2 Quien cuida en el modelo tradicional

En el modelo tradicional de cuidados, es la mujer quién ha tenido un papel principal ejerciendo como cuidadora. Bien la esposa del dependiente, si su estado de salud lo permite es quién ejerce los cuidados o, en caso de imposibilidad de que sea ésta, será la hija en la mayoría de los casos la que asuma dicho rol, cómo se puede ver en la

Fuente: IMSERSO. CI

Tabla 1. Quién cuida a los mayores dependientes

Parentesco	Porcentaje
Cónyuge	21,8%
Hija	38,8%
Hijo	10,1%
Empleadora del hogar	9,3%
Servicios Sociales	2,4%
Nadie	1%
Otro tipo	9%
N.C.	7,5%

Fuente: IMSERSO. CIS (2006)

A partir del informe del IMSERSO (2005) se puede decir que el perfil predominante de los cuidadores en España corresponde a mujeres de unos 53 años de edad, casadas, con estudios primarios y cuya actividad principal ha sido la realización de las tareas del hogar y con escasa participación en el mercado de trabajo. Es decir, son mujeres que continúan representando el rol tradicional femenino

como proveedoras de cuidados y afecto dentro de los modelos tradicionales de familia.

Pero, cabe destacar, que en la actualidad ha aumentado considerablemente el papel de los varones cuidadores. Teniendo que ver con cambios sociales de igualdad de género, pero sobre todo por el aumento en la esperanza de vida, que conlleva a que se les presenten a los hombres situaciones de dependencia y enfermedad de sus esposas, que en varios casos deberán de afrontar actuando como cuidadores principales.

La mayoría de cuidadores ejercen los cuidados a los mayores dependientes porque lo aceptan como una obligación que se debe desempeñar, junto con otros motivos como es la satisfacción que provoca ofrecer dichos cuidados. Sin embargo un porcentaje menor es el que declara que se sienten atrapados, con una gran carga al ejercer dichos cuidados.

Durante muchos años, las políticas sociales en España se han aprovechado de esa “solidaridad familiar” facilitando apoyo a las personas dependientes que viven solas en su hogar, sin embargo ponen poco énfasis en aquellas personas dependientes que conviven con sus familiares. Pero, en la actualidad la LAAD, pretende solventar esta situación.

2.2.3 Consecuencias del cuidado

El cuidado informal se utiliza para referenciar a un tipo de apoyo social caracterizado porque es llevado a cabo por personas de la red social del receptor del cuidado y que se provee de forma voluntaria, sin que medie ninguna organización ni remuneración (Roguero, 2009).

La persona cuidadora es la encargada de ofrecer el máximo bienestar físico, psíquico y social; y en varias ocasiones el esmero que hace el cuidador para lograr dicho bienestar en la persona cuidada, provoca un empeoramiento en las condiciones de vida propias.

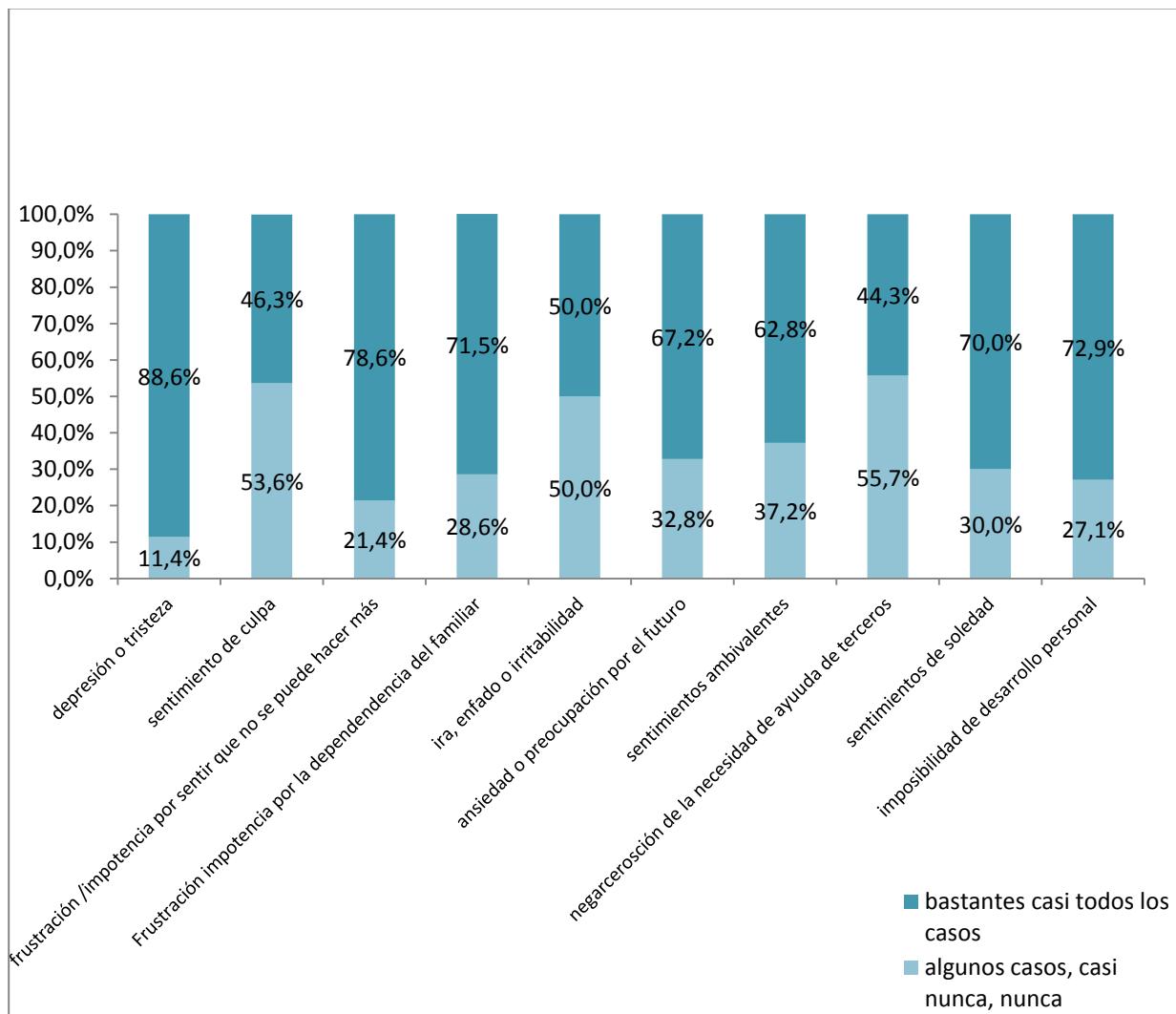
Existen una serie de consecuencias que derivan de la responsabilidad de cuidar a una persona mayor dependiente, como pueden ser la incompatibilidad con la jornada laboral (problemas para cumplir horarios, reducción de la jornada de trabajo e incluso abandono de la vida laboral). La gran dedicación que supone en muchos casos el cuidado informal de un mayor dependiente, no es compatible con el estilo de vida actual. Debido a que la mujer, quien todavía tiene, aunque de manera menos exclusiva que años atrás, un papel fundamental en estos tipos de cuidados, se ha ido incorporando paulatinamente a la vida laboral. Esta incorporación provoca en muchos casos la imposibilidad de llevar a cabo el modelo tradicional de cuidados.

En relación a aspectos de ocio, tiempo libre y vida familiar (el tiempo de ocio se puede ver reducido, aparecer la imposibilidad de disfrutar de vacaciones, disminución del tiempo para cuidar de sí mismo y/o de otros familiares...) Las relaciones interpersonales son muy importantes en la vida de las personas. El cuidador principal por su dedicación a los cuidados del receptor de los mismos se suele ver con frecuencia afectado en este aspecto.

Además, esta situación puede afectar a aspectos referentes a la salud (cansancio, deterioro de la propia salud, depresión, estrés...) La salud del cuidador se puede ver notablemente afectada. Debido a que los cuidados originan una situación nueva que afecta a varios aspectos en la vida de quién cuida. Pudiendo aparecer situaciones de estrés, agotamiento físico, cansancio... que pueden presentar en

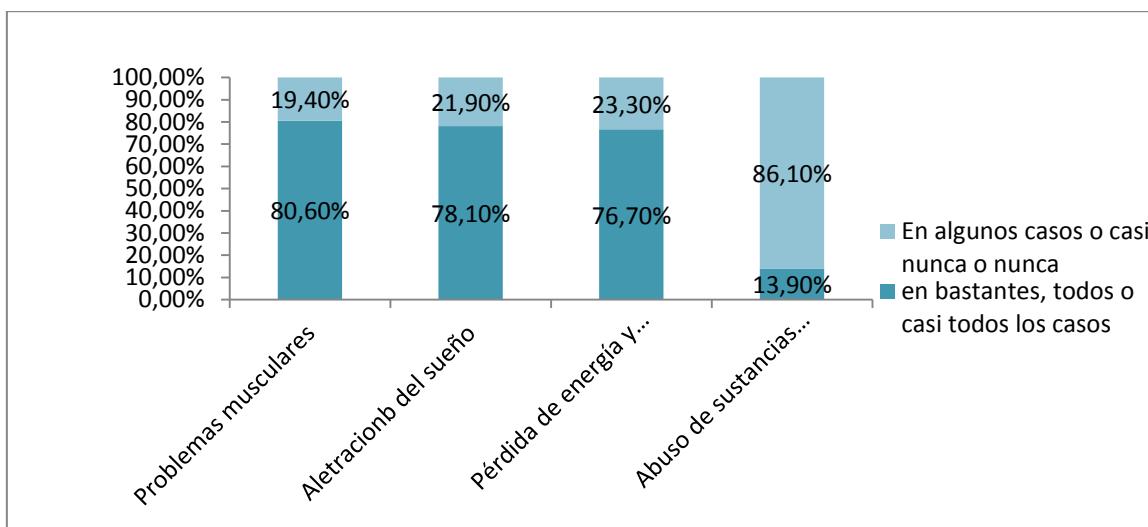
algunos casos depresión, generada por este cambio de vida. (Izal; Montorio; Marquez; Losada; y Alonso, 2001).

Ilustración 3. Consecuencias emocionales y conductuales sobre el cuidador



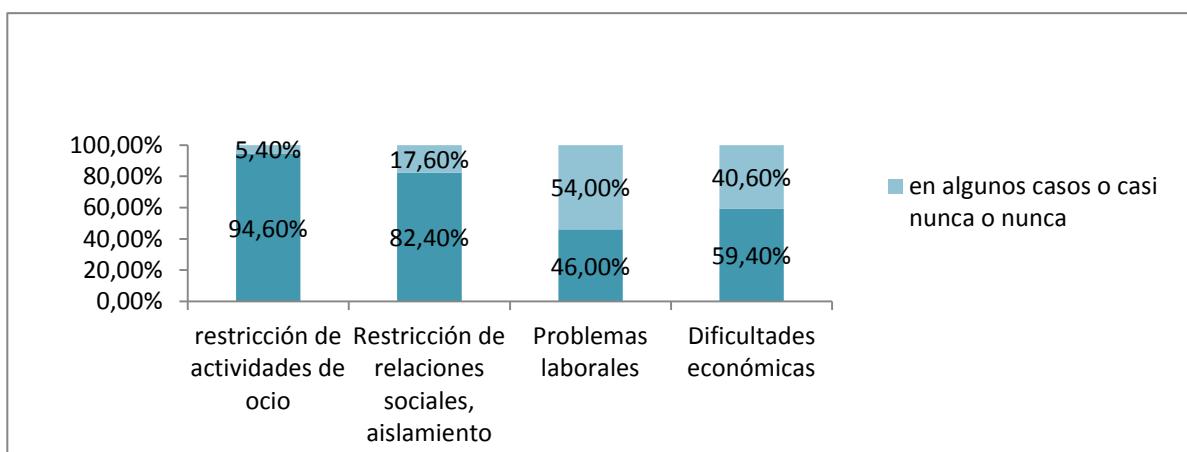
Fuente: Izal. M, Montorio. I, Marquez. M, Losada. A y Alonso. M (2001: 30)

Ilustración 4. Consecuencias sobre la salud de los cuidadores



Fuente: Izal. M, Montorio. I, Marquez. M, Losada. A y Alonso. M (2001: 31)

Ilustración 5. Consecuencias sociales y económicas sobre los cuidadores



Fuente: Izal. M, Montorio. I, Marquez. M, Losada. A y Alonso. M (2001: 31)

2.2.4 Etapas del cuidado

Como bien se recoge en la Guía Básica para el cuidador. Cuidar a una persona en Situación de Dependencia, elaborada por el Gobierno de Aragón, desde que se asume el rol de cuidador informal, la persona suele pasar por las siguientes etapas del cuidado:

ENTUSIASMO: etapa inicial, donde el cuidador se ve motivado a realizar los cuidados, capacitado de llevar a cabo la situación.

ESTANCIAMIENTO: después de llevar un tiempo cuidando, suelen presentarse los primeros signos de cansancio, agotamiento... Sentimientos de que nada ha mejorado durante este tiempo.

FRUSTRACIÓN: el cuidador se siente vacío, "abandona" su vida anterior, afloran los sentimientos de fracaso y culpa (ansiedad) y su estado físico también comienza a resentirse

APATÍA: en esta etapa el cuidado se convierte en una gran carga que provoca una escasa satisfacción, además de que el estado de salud del cuidador empeora de forma paralela. Es la fase culminante, en este se suele solicitar ayuda a profesionales para poder afrontar esta situación.

Durante la realización de las prácticas externas en muchas de las cuidadoras principales pude observar cómo cuidar a una persona dependiente, le hacía pasar por estas diferentes etapas.

2.3 Hacia la universalidad en la atención a los dependientes

La ley 39/2006 regula en España la atención a los dependientes. Reconoce el derecho de las personas que no se pueden valer por sí mismas por encontrarse en una situación de dependencia a una serie de recursos y prestaciones.

Entre sus objetivos están alcanzar la autonomía personal de las personas dependientes y de sus cuidadores creando un sistema de autonomía y atención a la dependencia (SAAD).

La aprobación de esta ley ha marcado un antes y un después en el modelo de cuidados, pretendiendo dar respuesta a la “crisis del cuidado informal” que se da en España en los últimos años.

La persona dependiente según dicha legislación tiene derecho a:

- Disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales con respeto y dignidad
- Recibir información completa y continuada relacionada con su situación de dependencia
- Ser advertido de si los procedimientos que se aplican son utilizados para un proyecto de investigación, siendo necesaria su autorización o la de quien le represente
- A que la recogida de datos sea confidencial
- A decidir si tiene capacidad suficiente, sobre su tutele o sobre su tutela de bienes.
- A decidir libremente sobre su ingreso en un centro residencial.

La ley clasifica las situaciones de dependencia en tres grados, explicando que serán los organismos competentes de cada Comunidad Autónoma, los encargados de aplicar el baremo de medición oficial y común a todo el estado. Estos grados sirven para repartir los recursos y prestaciones según las necesidades de cada caso.

Los grados de dependencia establecidos por la ley son los siguientes:

Grado I o dependencia moderada: personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades de la vida diaria, al menos una vez al día, ayuda intermitente o limitada para mantener la autonomía personal.

Grado II o dependencia severa: personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día pero no requieren el apoyo permanente de un cuidador, o necesitan mucha ayuda para mantener la autonomía personal.

Grado III o gran dependencia: personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía, necesitan el apoyo indispensable y continuo de otra persona, o bien tienen necesidad de ayuda total para mantener la autonomía personal.

La entrada en vigor de la ley se produjo de una manera gradual, entró en vigor en el año 2007 y de forma progresiva durante los años siguientes se ha ido estableciendo, aunque su implantación ha sido muy diferente entre las diferentes Comunidades Autónomas.

2.4 Cartera de Servicios

En este apartado se presentan los diferentes recursos existentes para la atención a la dependencia. En primer lugar se recogen la cartera de servicios que ofrece la Ley de la dependencia, y posteriormente se exponen los servicios/recursos de esa cartelera disponibles en Aragón.

Los servicios/recursos que se ofrecen en la Ley de dependencia son los siguientes:

Servicio de prevención de las situaciones de dependencia: tiene como finalidad realizar el asesoramiento, orientar y asistencia en tecnologías asistidas y adaptaciones para las actividades básicas de la vida diaria. Ofrece servicios de rehabilitación y terapia ocupacional y programas de autonomía personal.

Teleasistencia: facilita la asistencia mediante el uso de tecnologías de comunicación, permitiendo una respuesta inmediata ante situaciones de emergencia o de inseguridad, soledad o aislamiento.

Servicio de ayuda a domicilio: es el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria. Los servicios que incluye son atención de las necesidades del hogar, cuidados personales.

Servicio de centro de día y noche: ofrece una atención integral 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. La tipología de centros incluye: Centros de día para mayores

Centros de día para menores de 65 años

Centros de día atención especializada

Centros de noche

Servicios de atención residencial: la presentación de este servicio puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales o periodos de descanso de los cuidadores no profesionales

A pesar que esta es la cartera de servicios establecida en la Ley 39/2006, tal como se constatará a continuación, en Aragón no se ha desarrollado por completo esta cartera de servicios.

A continuación, se presenta un cuadro resumen de los diferentes tipos de servicios para la atención a la dependencia en Aragón. Para su realización, se han extraído los datos del Informe 2012. Las personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas.

“Los datos recogidos provienen de la información estadística aportada por las Comunidades Autónomas, las Diputaciones Forales Vascas y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

La referencia temporal de los datos es a 31 de Diciembre de 2011.”

Aunque en dicho informe se presentan los datos nacionales y los desglosados por Comunidades autónomas, los datos que se extraerán serán los referentes a la Comunidad Autónoma de Aragón.

Habrá que tener en cuenta que los datos encontrados más próximos a la fecha de realización de este trabajo son los del 2011, por lo tanto en los tres años de diferencia las cifras han podido cambiar sensiblemente.

Tabla 2. Tipos de Recursos/ Servicios para atención a la dependencia en Aragón

TIPO DE RECURSO	USUARIOS	ÍNDICE DE COBERTURA ²	EDAD MEDIA	PRECIO PÚBLICO	OTRAS
Servicio de Ayuda a Domicilio	19.135	7,07%	81	287,25 €/año	
Servicio público de Teleasistencia	15.040	5,56%	80	200,45 €/mes	
Centros de día para personas mayores en situación de dependencia	600	0,90%	81	6110,40 €/año	Nº de centros: 77, de los cuales 31 (Públicos) 46 (privados) Nº de plazas totales: 2.445
Servicios Residenciales	10.118	6,69%	81		Nº de centros: 306 Nº de plazas totales: 18094 De las cuales 10.814 públicas y 7.280 privadas

Fuente: Informe 2012. Las personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Elaboración propia

² Índice de cobertura: (Usuario/población > 65 años) x 100

2.5 Residencias de personas mayores en Aragón

La residencia es según el IASS "un servicio destinado al alojamiento temporal o permanente y a la atención continuada y adaptada a las necesidades de las personas en situación de dependencia, dirigida a procurar su calidad de vida y el desarrollo de su autonomía personal"

Para la realización del presente estudio se considera importante detallar el tipo de centros de alojamiento existentes en la Comunidad Autónoma de Aragón para las personas con un grado de Dependencia reconocido.

En la Tabla 3. Tipos de Residencias en Aragón , se exponen los tipos que existen, junto con una breve descripción.

Tabla 3. Tipos de Residencias en Aragón

TIPOS	RECURSOS
Residencias Públicas gestionadas por el IASS	Ofrecen alojamiento, manutención, cuidados personales, atención médica y de enfermería, podología, fisioterapia, terapia ocupacional y atención social.
Residencias públicas con gestión privada, adjudicadas y supervisadas por el IASS	Ofrecen los mismos servicios que las residencias Públicas gestionadas por el IASS
Residencias privadas con plazas concertadas con el IASS	Ofrecen servicios similares pero no todos obligatoriamente.
Residencias privadas sin concierto de plazas con administración pública	Dónde los mayores pueden recibir ayuda para el pago mensual de la misma, ofrecen servicios similares a las anteriores

Fuente: Elaboración propia

2.6 Marco institucional

El trabajo de campo para la realización de este proyecto de investigación se ha llevado a cabo en la Residencia de Mayores Elías Martínez Santiago. Después de haber realizado las prácticas de intervención en dicho lugar, facilitan la realización de entrevistas a familiares, residentes y trabajadores.

La Residencia de Mayores y centro de día Elías Martínez Santiago, se encuentra situada en la calle Consejo de Ciento número 23 (50007) en Zaragoza. Con una capacidad de 206 plazas concertadas con la Diputación de Aragón, de las cuales 10 están reservadas para estancias temporales.

La residencia es propiedad de la Diputación General de Aragón, y está gestionada por la empresa privada Aralia Servicios Socio sanitarios, S. A.

El nacimiento de la Residencia y Centro de día Elías Martínez Santiago nace de la historia de una herencia.

Elías Alfredo Martínez Santiago, era un hombre que falleció con 66 años de edad en la ciudad de Zaragoza, lugar de nacimiento y dónde residió toda su vida, sin otorgar testamento y sin parientes dentro del cuarto grado.

Ante tal circunstancia se inicia una disputa por herencia, tras un largo proceso judicial en el que se persona la Comunidad Autónoma de Aragón adoptándose el día 18 de enero un acuerdo para destinar 21000000 millones de euros procedentes de esta herencia al IASS para la construcción de una Residencia de personas Mayores y centro de día, que llevaría el nombre y apellidos del causante.

La misión de esta institución es:

Ofrecer plazas en la residencia y centro de día en régimen temporal o permanente adecuadas a los características de los usuarios.

Atender a las demandas implícitas y explícitas para asegurar una mejor calidad de vida a los usuarios y sus familiares

Basar sus servicios en un equipo interdisciplinario poniendo énfasis en la formación continuada de los trabajadores.

Gestionar el centro con criterios de eficacia y eficiencia.

Los valores centrales son solidaridad, transparencia, equidad, compromiso con el medio ambiente, calidad en los servicios, ética profesional, individualización, competencia y autonomía, servicios integrales, continuidad de cuidados, participación y evaluación.

Los objetivos principales de la misma son:

- Ofrecer un ambiente seguro, accesible y adaptado a las necesidades funcionales de las personas usuarias en un ambiente confortable
- Proporcionar una buena convivencia entre las personas usuarias en interrelación con el entorno comunitario respetando la intimidad y privacidad individuales
- Mejorar la calidad de vida, el bienestar subjetivo y la satisfacción es el propio proceso de necesidad de apoyo favoreciendo la autoestima, el desarrollo personal y la integración socio- ambiental
- Prestar la atención necesaria a las personas usuarias según su necesidad de apoyo

La residencia está formada por seis unidades autónomas compuestas por habitaciones individuales y dobles, excepto una unidad especial para residentes con problemas psico- cognitivos graves en la cual sólo existen habitaciones individuales. Cada unidad residencial cuenta con una sala de recepción, office de comida y al final del pasillo una sala de estar, baño geriátrico y office de lencería/limpieza.

El modulo central cuenta con una planta para terapia y rehabilitación, con diversos despachos médicos, salas para actividades, gimnasio y sala para el trabajo de las actividades básicas de la vida diaria

El centro de día se ubica en una planta independiente contando con todos los espacios precisos para llevar a cabo sus actividades.

En la institución se realizan las siguientes actuaciones:

PRESTACIONES: se gestionan diferentes prestaciones externas desde la institución.

SERVICIOS: La residencia dispone de los siguientes servicios

- Servicio de comedor: los menús están expuestos en el tablón de anuncios que se encuentra junto a la puerta de acceso del comedor
- Servicio de habitaciones: las cuales incluyen televisión, timbre en baño, teléfono, calefacción, aire acondicionado, timbre de llamada / interfono, cuarto de baño, cama articulada. Existiendo un servicio de mantenimiento para los objetos aportados por la residencia.
- Servicio de lavandería y lencería: la residencia se hace cargo del lavado de la ropa personal del residente.

- Servicios asistenciales: medicina general, Atención de enfermería y cuidados básicos, atención psicológica, fisioterapia, terapia ocupacional, atención social (trabajo social), actividades lúdicas y culturales: organizadas desde el departamento de trabajo social y en colaboración con el resto de departamentos se elabora un programa de actividades adecuándose a las festividades locales y tradicionales, así como otros acontecimientos propios de la residencia
- Servicios complementarios: Podología (el coste de servicio es a cargo del usuario, siempre y cuando no sea por prescripción del médico del centro) Peluquería (el coste de lavado y marcado, será gratuito una vez al mes, el uso de la peluquería para otros servicios, correrá a cargo del interesado) Servicio religioso: el párroco de la zona acudirá atendiendo a las necesidades y su propia disponibilidad. La misa será un día a la semana.

PROYECTOS: se lleva a cabo el programa Cuid-arte. Este programa consiste en la realización de grupos de apoyo para personas cuidadoras, intentando promover un mayor bienestar a las personas que cuidan.

Se pretende que a través de los grupos de apoyo se fomente el refuerzo de capacidades personales y la adquisición de habilidades para cuidarse y afrontar el momento que viven.

Los recursos de los que dispone son los siguientes:

- Personales: trabajadoras sociales, administrativos , psicóloga, médicos , enfermeros/as , terapeutas ocupacionales , supervisoras de auxiliares , Auxiliares , gobernanta de limpieza y cocina ,cocineras, camareras , animadora sociocultural , peluqueras , podóloga, , fisioterapeutas propias, ,servicio de acompañamiento, mantenimiento
- Materiales: Sillas de baño geriátrico, grúas de bipedestación y grúas de cesta, biblioteca, capilla, enfermería, Gimnasio, sala de televisión / estar, sala de visitas, sala polivalente, Unidad de Demencias/Alzheimer, Tanatorio, Cafetería, Centro de día, Cocina, comedor

Las cuotas que los residentes han de pagar, se calculan de la siguiente manera:

Plaza fija residencia: la cuota supondrá el 80% de los ingresos calculados sobre la renta per cápita, sin que dicho importe supere en ningún caso el coste de la plaza

Plaza reservada residencia: 50% de lo establecido para la plaza ocupada.

Plaza temporal: supondrá un 80% de los ingresos calculados sobre la renta per cápita durante el tiempo de duración de la estancia, sin que dicho importe supere, en ningún caso el coste de la plaza

El cálculo de estas cuotas se remite en la Resolución de 1 de Febrero del 2013, de la dirección de Gerencia del IASS, sobre liquidación de estancias de plazas para Personas Mayores en Centros Residenciales y concertadas

El objetivo principal de los trabajadores sociales en esta institución es mantener el máximo bienestar social del usuario y su entorno más cercano. Dándose lugar así, a una mejora en la calidad de vida de las personas mayores en situación de dependencia.

3-. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este apartado se presentan los principales resultados de la información obtenida en el trabajo de campo. De las once entrevistas realizadas a cuidadores informales, una vez analizadas, se han obtenido los siguientes resultados, clasificados por bloques temáticos a partir de las preguntas planteadas:

3.1 Perfil sociodemográfico del cuidador

Tal y como se ha reflejado en la teoría, el modelo de cuidados en España se caracteriza por su feminización. También es cierto que el número de cuidadores informales varones de personas dependientes, tienen una presencia cada vez más importante en la actualidad. Cinco de las personas entrevistadas, son varones, de esos cinco, cuatro de ellos son personas mayores de 70 años que se encargan del cuidado de sus cónyuges. Por tanto se puede hablar de personas que en edades avanzadas han asumido durante un periodo de tiempo el rol de cuidadores, al ver enfermar a sus esposas.

Tabla 4. Perfil socio-demográfico del cuidador

Entrevistado nº	Edad	Situación laboral actual	Estado civil	Parentesco con la persona cuidada
1	63 años	Ama de casa	Casada	Hija
2	82 años	Jubilado, anteriormente era camionero	Casado	Esposo
3	83 años	Jubilado, anteriormente era barnizador	Casado	Esposo
4	79 años	jubilado, antes de jubilarme era pintor	Casado	Esposo
5	75 años	Ama de casa	Casada	Esposa
6	80 años	Jubilada, ahora me dedico a las tareas de mi hogar, pero anteriormente realicé varios trabajos, cocinera, sirvienta, ayudaba en el campo...	Viuda	Madre
7	61 años	Autónoma	Casada	Hija
8	70 años	Ahora mismo estoy jubilada, y me dedico a las tareas de mi hogar	Casada	Esposa
9	77 años	Fui litógrafo, y actualmente estoy jubilado	Casado	Esposo
10	52 años	Autónomo	Casado	Hijo
11	53 años	Ama de casa	Casada	Nuera

Fuente: elaboración propia

El resto de cuidadoras, son mujeres en edades comprendidas entre los 53 y 80 años. Por tanto, en este grupo también se observa la edad elevada de asumir el rol de cuidadora.

Otro aspecto a destacar es la avanzada edad de las cuidadoras principales supera en tres casos los 80 años, en cuatro casos la edad está comprendida entre los 70 y 80 años, dos de ellos se encuentran en la horquilla de edad de los 60 a los 70 y solo en dos casos está comprendida en los 50 años.

El parentesco que une a la mayoría de las personas entrevistadas es de cónyuges. Cuando se trata del cuidado de padres/madres, se observa que existen más mujeres que hombres que asumen el rol de cuidadoras principales.

Todos los entrevistados, a excepción de una (entrevistada número 6) que está viuda, están casados.

En la mayoría de los casos, debido a la edad, los entrevistados están jubilados, y/o ejercen tareas del hogar, o bien, en edades más jóvenes desempeñan trabajos como autónomos. Lo que les facilita tener una flexibilidad de horarios para poder dedicar tiempo a los cuidados.

En ocho casos, el cuidador principal convivía en el mismo domicilio con el dependiente antes de la institucionalización, cuando se comenzaron a necesitar los cuidados. Esta convivencia suele alargarse en el tiempo, y se mantienen los cuidados en el domicilio hasta que se decide institucionalizar.

Así pues, se puede concluir que como bien se ha ido explicando en el marco teórico, la presencia de las mujeres a partir de los 50 años en la actualidad que asumen el rol de cuidadora informal de mayores dependientes, es muy notable en nuestra sociedad, pero poco a poco

los varones han ido adquiriendo un papel muy importante, como cuidadores de sus cónyuges al presentarse una enfermedad. Además, los cuidadores informales que se encuentran en edades avanzadas, dentro de la etapa de la vejez, representan un gran porcentaje.

La mayoría de ellos no tienen unos horarios fijos de trabajo, o bien son jubilados, amas de casa o autónomos, teniendo más disponibilidad horaria para ejercer como cuidador.

3.2 Perfil sociodemográfico de la persona dependiente

En relación a las personas dependientes a cargo de los cuidadores informales que se han entrevistado, el predominio son mujeres (ocho de once), en edades comprendidas entre los 78 a 93 años. Sin embargo, los varones dependientes representan un número inferior y sus edades son más diversas desde los 58 hasta los 93 años.

El estado civil de la mayoría es casados/as, a excepción de dos personas viudas y una divorciada.

Las ocupaciones anteriores son variadas, pudiendo destacar que la mayoría de las mujeres se dedicaban a las tareas del hogar, y en dos de los casos las compaginaban con otros trabajos. En el caso de los varones los trabajos son diversos, pero todos ellos corresponden a trabajos no cualificados.

El estado de salud de estas personas se mantiene, pero en varios casos como consecuencia de la enfermedad, el paso del tiempo lleva arraigado un deterioro progresivo.

La enfermedades predominante son en orden Alzheimer/demencia senil, seguidas por enfermedades cardiovasculares, neurológicas, óseas, diabetes y discapacidad visual. Destacable es ver cómo las enfermedades cognitivas y degenerativas están presentes en las personas mayores dependientes mayores como bien se ha nombrado con anterioridad en el marco teórico, pudiendo ser esto una consecuencia de los avances de la medicina, que permiten alargar a las personas la vida con la ingesta de medicaciones.

El total de los entrevistados tiene reconocido el grado III de dependencia, algo no sorprendente ya que optan todos por una plaza de estancia permanente en una residencia pública, algo que resulta muy complicado con un grado meno

Tabla 5. Perfil socio- demográfico persona cuidada

Entrevistado nº	Sexo	Edad	Estado civil	Ocupación anterior	Enfermedades	Grado de dependencia	Estado de salud actual
1	Hombre	96 años	Viudo	Montador de muebles	Trombos, hernias y demencia senil	Grado III	Como consecuencia de la edad y sus enfermedades cada día se deteriora más.
2	Mujer	83 años	Casada	Ama de casa	Alzheimer, Parkinson	Grado III	Poco a poco la enfermedad la va empeorando más.
3	Mujer	82 años	Casada	En una fábrica de conservas y tareas del hogar	Alzheimer, artrosis	Grado III	Estable
4	Mujer	79 años	Casada	Administrativa en la empresa familiar de pintura, tareas del hogar	Alzheimer	Grado III	Deteriorada, pero las enfermedades forman parte de la vida de todos.
5	Hombre	82 años	Casado	En una fábrica de muebles	Demencia senil	Grado III	Deteriorado, pero está menos agresivo que un tiempo atrás, cuando yo lo cuidaba en casa

Entrevistado nº	Sexo	Edad	Estado civil	Ocupación anterior	Enfermedades	Grado de dependencia	Estado de salud actual
6	Hombre	58 años	Divorciado	Electricista y soldador	Alzheimer, infartos	Grado III	Deteriorado, no habla casi nada, ya no anda... Pero he de decir que ahora está mucho mejor de lo que ha estado.
7	Mujer	83 años	Viuda	Agricultora	Varios Ictus y artrosis	Grado III	Se mantiene más o menos, aunque con el tiempo cada vez está más impedita
8	Hombre	74 años	Casado	Administrativo	Parkinson, desprendimiento de retina y demencia senil	Grado III	Se mantiene
9	Mujer	78 años	Casada	Ama de casa	Alzheimer, diabética insulino dependiente, varias anginas de pecho	Grado III	Deteriorada, va empeorando
10	Mujer	93 años	Viuda	Ama de casa	Demencia senil	Grado III	Deteriorada, pero se mantiene
11	Mujer	87 años	Casada	Ama de casa	Alzheimer	Grado III	su estado es bastante malo. (No habla, no anda...)

Fuente: elaboración propia

3.3 Convivencia y cuidados anteriores al ingreso

Antes de la institucionalización, los dependientes vivían mayoritariamente con sus cuidadores informales en el mismo domicilio, siendo los cuidados intensos durante todo el día. Si no era así, las visitas al domicilio del dependiente eran muy continuadas.

Una gran parte de los cuidadores asumen por primera vez este rol cuando la persona cuidada actualmente enferma, a excepción de cuatro (los entrevistados 4 ,5 ,6 y 10) que sí que habían convivido antes con personas dependientes, normalmente los padres de cualquiera de los miembros del matrimonio. Se observa que en este caso el 100% de las personas que asumieron estos cuidados fueron mujeres.

A excepción de una de las personas entrevistadas (el número 1) que lleva 10 años institucionalizado, el resto de personas llevan como máximo 4 años ingresados en una institución

Los cuidados que realizaban a las personas dependientes en el domicilio los cuidadores informales, presentan grandes similitudes entre sí. Predomina la ayuda para la realización de cualquier actividad básica de la vida diaria (aseo personal, vestido, calzado, comida...) así como paseos, salir a la calle...

Se conoce que los cuidados que se van dando van variando dependiendo de las limitaciones que su enfermedad presenta a los dependientes. En muchos casos los cuidados van cambiando a lo largo del tiempo, siendo al comienzo ayudas más esporádicas, para un menor número de actividades hasta en muchos casos acabar siendo esos cuidados muy continuados, y por ello resultando insostenibles para seguir manteniéndolos en el domicilio

A excepción de dos casos (el entrevistado nº 1 y el entrevistado nº 10) es la Residencia Elías Martínez Santiago la primera residencia en la que se institucionaliza a los mayores dependientes. Los dos entrevistados que tuvieron a su familiar ingresado en una residencia anterior a la Residencia de Mayores Elías Martínez Santiago estuvieron en Residencias privadas de Zaragoza, hasta que se les concedió la plaza pública

Tabla 6. Convivencia anterior al ingreso en la institucionalización

Entrevistado nº	Dónde y con quién vivía antes del ingreso	Duración de los cuidados a la persona dependiente	¿Había asumido los cuidados de otra persona dependiente1'
1	Domicilio con su esposa, y tras su muerte solo en su domicilio durante siete años, estando yo muy pendiente de él.	17 años, desde la muerte de mi madre, yo asumo los cuidados de mi padre	No
2	En el domicilio con su esposo	13 años	No
3	En el propio domicilio, al darnos la plaza nos la dieron para los dos	5 años	No
4	En el domicilio con su esposo, a partir de que nuestros hijos (5) se independizaran	Casi 14 años, desde que enfermó	Sí, en mi casa conviví con mi madre y la madre de mi esposa, pero era ella quien se encargaba de sus cuidados
5	El matrimonio y una hija con discapacidad	aproximadamente 3 años	Sí, al padre de mi marido durante unos años, no recuerdo exactamente cuántos. Y a una de mis

Entrevistado nº	Dónde y con quién vivía antes del ingreso	Duración de los cuidados a la persona dependiente	¿Había asumido los cuidados de otra persona dependiente1'
			hijas la superviso, tiene discapacidad.
6	Con la mujer y su hijo, al aparecerle la enfermedad su mujer decide que se divorcien y vive unos años en mi casa, hasta que decido llevarlo a la residencia	6 años	Sí primero cuide a mi marido y ahora a mi hijo, entre los dos llevo unos 40 años cuidando a una persona dependiente
7	En su domicilio sola, aunque realizaba varias visitas al día e intentaba que hubiese alguna chica que le cuidara, aunque ella se negaba.	20 años aproximadamente	No
8	Con su esposa e hija	18 años	No
9	Con su marido en el domicilio	4- 5 años aproximadamente	No
10	En el domicilio hasta que comenzó a ser dependiente, posteriormente y antes del ingreso vivió en mi casa (hijo)	2 años y medio	sí, a mi padre también lo cuide durante 11 meses
11	Con su marido en su casa	4 años	No

Fuente: elaboración propia

3.4 Motivaciones para cuidar

En todos los casos, la decisión de cuidar es por voluntad propia, por sentir que es lo que debían hacer, creer que es la mejor solución. “La decisión de cuidar la tome yo, por voluntad propia, lo debía de hacer y quería hacerlo. ¿Cómo no voy a cuidar a mi marido?” (Entrevistado nº 5), “Soy hija única, y cuando mi madre enfermo no veía otra solución” (Entrevistado nº 9)

Cuando se nombran los beneficios de cuidar, destacan la satisfacción personal, y el cariño que se recibe cuidando a estas personas que quieras, “Satisfacción, sabía que como yo no la iba a cuidar nadie.” (Entrevistado nº 2), “Muchos, me hace ser más bueno, más generoso, valorar más lo que tengo.” (Entrevistado nº4). En otros casos sin embargo se manifiesta la no existencia de beneficios al cuidar a una persona mayor dependiente, “No creo que tenga demasiados beneficios cuidar a una personas dependiente” (entrevistado nº7), pero esto se reconoce en una pequeña parte de los casos.

Como desventajas se destaca la falta de libertad, pues se dispone de menos tiempo, ya que la persona dependiente necesita unos cuidados muy continuados, “Las desventajas son muchas, te roba gran parte de tu tiempo” (Entrevistado nº 9). Además, añadido a esto en muchos de los casos afirman, que el ver enfermar poco a poco a un ser querido, es algo difícil de afrontar.

Predominan los cuidadores que han realizado las tareas solos, o con ayudas puntuales de otras personas, aunque en alguna ocasión se presenta la tarea del cuidado como algo compartido entre diferentes miembros de la familia.

A excepción del entrevistado nº 1, el resto de entrevistados manifiestan que han visto afectados varios aspectos de su vida como

consecuencia del ejercicio del cuidado al mayor dependiente. Falta de tiempo, un cambio de vida radical, empeoramiento en el estado de salud del cuidador, por el esfuerzo que supone ofrecer unos buenos cuidados...

"La vida cambia radicalmente, por ejemplo dejamos de salir con amigos, dejamos de hacer nuestra vida como antes" (Entrevistado nº 8)

Si, especialmente en mi salud, mucho estrés tirones en los brazos dolor de espalda... (Entrevistado nº 10), "sí, tu vida se limita mucho a los cuidados de la persona cuidada, ya que necesitan mucha atención, quita mucho tiempo." (Entrevistado nº 11)

Así pues, se puede observar que en la mayoría de los casos el cariño que se tiene hacia la persona dependiente, la sensación de obligación de realizarlos o la simple satisfacción personal, son los motivos que mueven para asumir el rol de cuidador/a informal.

Los cuidadores realizando este tipo de tareas encuentran beneficios, como son el cariño que la persona cuidada les proporciona, convivir con ella, compartir mucho tiempo juntos... pero, a la vez sienten que su tiempo está mucho más limitado, ven como aspectos de su vida han cambiado radicalmente, y en algunos casos incluso como su estado de salud ha empeorado a causa de la realización de dichos cuidados. Ver enfermar a una persona cercana, y comprobar que cada día necesita más ayuda para la realización de diferentes actividades resulta muy duro. Por todo ello, para afrontar dicha situación (5 de los 11 entrevistados) necesitaron de ayuda de especialistas para afrontar esta nueva forma de vida.

3.5. Afrontar los cuidados antes del ingreso

Para afrontar los cuidados en el domicilio predominan las personas que utilizaban algún servicio / ayuda para desempeñar los mismos (solamente en dos casos no lo hacían). El servicio de teleasistencia es muy utilizado junto con el de ayuda a domicilio. Y en menos casos se utilizó también algún centro de día.

Como servicios más útiles destacan los centros de día y ayuda a domicilio, pues conseguían minimizar la carga que tenían los cuidadores principales al desempeñar dicho rol: "Fue de gran ayuda, mientras estaba la chica, yo podía salir al banco a comprar..." (Entrevistado número 4), "El centro de día fue muy muy útil. Durante ese tiempo yo podía descansar, los cuidados todo el día son agotadores" (Entrevistado nº 9). Sin embargo la teleasistencia en muchos de los casos fue un servicio que ni siquiera llegaron a utilizar, pero que daba tranquilidad, "Ambos, me fueron muy útiles. La teleasistencia me hacía estar más tranquila ya que no convivíamos en el mismo domicilio y estaba alguna hora sola. Y la ayuda a domicilio me quitaba trabajo" (Entrevistado nº 7).

En algunos casos presentan quejas sobre la ayuda a domicilio, pues el tiempo que se recibía esa ayuda era muy escaso (1 hora a la semana, 2 horas...) "El servicio de ayuda a domicilio resultaba un poco escaso, pues una hora a la semana no es de gran ayuda, sin embargo el centro de día si fue de mucha ayuda" (Entrevistado nº 3)

Cuando se pregunta por si consideran los servicios escasos o no, cabe destacar que, en tres casos, las personas responden que el conocimiento sobre los servicios/ prestaciones que existen para las personas dependientes y/o cuidadoras es desconocido, más allá de los que han utilizado. Una sola persona (entrevistado nº 9) considera que no son insuficientes, y por el contrario el resto de los entrevistados opinan que los servicios/ prestaciones para las

personas con dependencia son muy escasos, poniendo un mayor énfasis en aquellos dirigidos a las personas dependientes, y no tanto a los ofrecidos directamente para los cuidadores. "Sí, especialmente para las personas dependientes, la persona cuidadora sino no tiene tiempo" (Entrevistado nº 10), "sí, se quedan muy cortos, y la persona que es cuidadora tiene muchísima carga" (Entrevistado nº 9)

3.6 Características de la institucionalización

El motivo del ingreso suele ser mayoritariamente por cuestiones de que en un momento determinado de la enfermedad los dependientes necesitan unos cuidados que en las casa no pueden recibir, y se cree que el ingreso en una residencia es la mejor solución. "Decidimos ingresar en la residencia porque así me siento más seguro, el cuidado es mejor y tienen un mayor conocimiento y medios para cuidar a las personas dependientes" (Entrevistado nº 5)

La elección de la institucionalización en la Residencia Elías Martínez Santiago, es en algún caso por cercanía a los domicilios de los cuidadores, o bien porque la conocían por haber disfrutado del centro de día o por otras circunstancias y les gustaba. Pero, en otros muchos casos es el azar quién elige por ellos, ya que en el momento de solicitar las Residencias que desean para el mayor dependiente, no tienen preferencia, y a la primera que llaman acuden..

El tiempo de espera hasta la adjudicación de la plaza es largo en un número alto de las personas entrevistados/as. Cuatro, esperaron menos de un año, entre un año y dos años tres, y más de dos años otras cuatro personas.

Para realizar los trámites necesarios, entregar la documentación precisa y recoger información, todos los entrevistados precisaron de ayuda de trabajadores/as sociales bien de centro cívico, centro de salud o del centro municipal de servicios sociales, destacando así, la importante función de dicha profesión este campo.

3.7 Relación actual del cuidador informal con la persona mayor dependiente

En todos los casos las visitas del cuidador informal a la residencia para ver a la persona dependiente, son diarias, si no surge cualquier imprevisto.

En tres casos (entrevistado nº 2, 3 y 4) el cuidador principal, que no es una persona dependiente decide ingresar en concepto de acompañante de la persona dependiente.

También se observa que en los casos en los que la mujer dentro de un matrimonio enferma, cuando se toma la decisión de ingresar, el cónyuge que no es dependiente, decide institucionalizar con ella, en concepto de acompañante de la persona dependiente, tras haber realizado durante un periodo de tiempo los cuidados en el domicilio.

La relación que el dependiente y la familia o cuidador principal mantienen con la persona institucionalizada se mantiene como estaba en casa, o en algunos casos se mejora "estoy menos cansada y cuando estoy con él estoy mejor" (Entrevistado nº 5) "Creo que ha mejorado, nosotros estamos bien aquí, y nuestros hijos están "más tranquilos"" (Entrevistado nº 3)

En muchos de los casos las visitas de otros familiares, a parte del cuidador/a informal son bastante frecuentes, pero al existir un predominio de personas que trabajan, y con otras responsabilidades no son diarias, sino que se realizan de manera más esporádica.

A la hora de colaborar con la institución, para traer ropa, documentación y otras cosas necesarias, el cuidador principal suele ser quien se encargue de ello, pero si la edad es elevada muchas veces otros miembros de la familia son los que se encargan de realizar estas acciones (hijos/as, nueras, hermanos/as...)

El momento de institucionalizar, supone para gran parte de los entrevistados un momento de mucha tristeza, apatía, sentimiento de dejar abandonada a una persona que quieren. Pero, también se expone como en muchos casos los cuidados eran imposibles en casa, y el que se les concediese una plaza en la residencia se convertía en una gran oportunidad.

Gran parte de las personas dependientes sobre las que se han realizado las entrevistas, padecen enfermedades como Alzheimer y demencia, y en el momento en el que entraron la enfermedad ya estaba muy avanzada, por tanto se considera que la adaptación no fue muy costosa, sin embargo para aquellas personas con un buen nivel cognitivo, la añoranza, el vivir fuera de su casa convirtió el proceso de adaptación a la residencia en un proceso largo.

"Nos sentimos muy mal, nos sentíamos culpables, parecía como que la abandonábamos" (Entrevista nº 11) "Un beneficio para ella (dependiente) y una mayor tranquilidad para los hijos" (Entrevista nº 10) "A ella (dependiente) le ha costado mucho adaptarse, todavía sigue añorando su casa, a mi como cuidadora también me costó mucho el sentimiento de tristeza y culpa era muy grande" (Entrevista nº 7) "Nos concedieron a la plaza a los dos (matrimonio) y mi mujer que es la que está enferma se adaptó bien, pero a mí al principio se

me hizo duro, pensé que me iba a alejar por completo de mi vida. Pero ahora veo que no, estoy muy bien aquí y más tranquilo por mi mujer." (Entrevistado nº 3)

3.8 Satisfacción con la institución

Todas las personas entrevistadas se sienten muy contentas con la institución, expresan que sus expectativas iniciales, en los casos en los que tenían, sobre el centro se han cumplido.

Tras expresar en algunos casos, que el proceso de adaptación fue largo y duro, para la persona dependiente y/o el cuidador, indican que nada tiene que ver con el trato de los profesionales, las actividades realizadas o los servicios.

Muestran gran satisfacción con las actividades realizadas, a pesar que las personas que son más válidas, dicen que prefieren hacer otras actividades por su cuenta, y no las que existen en la residencia, a menos que haya que ayudar para organizar alguna fiesta...

La relación con los distintos profesionales es buena, se sienten atendidos y consideran que si tienen alguna queja la intentan solventar a la mayor brevedad posible.

Sin embargo en ocasiones consideran que sería adecuado un número mayor de personal para que pudiesen hacer sus tareas con más sosiego.

4-. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

4.1 Conclusiones

A lo largo de esta investigación se ha pretendido descubrir cuáles son los motivos principales por los que, a una persona mayor dependiente, se opta por recibir sus cuidados en una institución en vez de en el domicilio.

Los motivos principales por los que los cuidadores deciden institucionalizar al mayor dependiente son:

Las dificultades de atender correctamente las necesidades de cuidados que demanda el mayor dependiente (en ocasiones falta de medios o falta de conocimiento sobre como desempeñar los cuidados). Estas dificultades se agravan al observar las avanzadas edades de los cuidadores principales, quienes en muchos casos no tienen un buen estado de salud para asumir ese rol.

Imposibilidad de mantener los cuidados en el domicilio (falta de tiempo, imposibilidad de compaginar con otras obligaciones/actividades, o empeoramiento de la salud del cuidador/a principal, que no permite seguir desempeñando dicho rol.)

En los casos estudiados, antes del ingreso en la residencia, el mayor ya con grado de dependencia, residía en el domicilio. Se decide institucionalizar en el momento en el que los cuidados que se han de recibir en el domicilio, resultan muy complicados, considerando beneficioso para el mismo recibir cuidados profesionales, con los medios adecuados.

Antes del ingreso, la convivencia del cuidador principal y el/la persona mayor dependiente era en el mismo domicilio, en el caso de que no fuese así, el cuidador/a realizaba varias visitas al día al domicilio del mismo.

Asumir el rol de cuidador/a, suele ser algo que se decide por voluntad propia. Y, aunque en la mayoría de los casos asumir este rol resulta beneficioso (por cuidar a una persona que se quiere, hacer lo posible porque la persona dependiente esté lo mejor que se pueda...) pero, la gran dedicación que es necesaria conlleva una serie de consecuencias.

Principalmente estas consecuencias son emocionales (tristeza, depresión, sentimiento de culpabilidad, frustración...) la salud de los cuidadores/as también se ve afectada en varias ocasiones (problemas musculares que vienen dados normalmente por la necesidad de realizar movilizaciones, cambios posturales... al mayor dependiente, insomnio causado por las preocupaciones que genera asumir este rol...) La vida social de la persona cuidadora también resulta reducida con frecuencia, pues gran parte de su tiempo es empleado para desempeñar su rol de cuidador/a.

Todas estas consecuencias, suelen verse reducidas cuando se institucionaliza al mayor, pues se dispone de más tiempo para uno mismo. Aunque, en varias ocasiones el/la cuidadora principal al ingresar a su familiar siente que lo está abandonando,

desentendiéndose de la persona cuida, al menos los meses primeros al ingreso.

Sin embargo institucionalizar a una persona dependiente suele ser para la persona que cuida una decisión muy complicada que acarrea una serie de sentimientos de tristeza, abandono a la persona que necesita ser cuidada...

Sentimientos que con ayuda de los distintos profesionales, y el paso del tiempo van desapareciendo.

Los entrevistados se muestran en su mayoría muy satisfechos con la información que se les ofrece desde la institución, así como de los servicios/recursos/ actividades que ofrecen en la misma.

Aunque, en muchos casos, se observa que las personas cuidadoras de mayores dependientes no son conocedoras de algunos de los servicios/recursos de los que el mayor dependiente se puede beneficiar, al tener un grado de dependencia reconocido.

Así, tras estas conclusiones, se puede decir que los objetivos que se marcan para ser cumplidos al inicio de la investigación social se cumplen.

Para el desarrollo de la investigación social, resulta muy beneficioso haber tenido con anterioridad a este proyecto contacto con la institución y las personas que se han entrevistado, puesto que se facilita la tarea, ya que las personas se muestran más colaboradoras, y la conversación es más confidencial.

AL mayor dificultad que he encontrado para el desarrollo del trabajo es la negativa de la mayoría de los usuarios para ser grabados en las entrevistas, lo que hizo más complejo la recogida detallada de datos.

Si tuviese que plantear dicha investigación de nuevo, considero sería importante realizar entrevistas a los profesionales de la institución, pudiendo así obtener puntos de vista diferentes y contrastar resultados.

4.2 Propuestas de intervención

Tras la realización del proyecto, y comprobando las necesidades detectadas a lo largo de toda la investigación, se pueden enumerar algunas propuestas de intervención en las que la figura del trabajador social jugaría un papel importante.

-Puesta en marcha de grupos de apoyo, dirigidos especialmente a los cuidadores/as principales de personas mayores que hayan decidido institucionalizar a sus familiares. En donde se realizarán las siguientes acciones:

a) Informar y explicar sobre las enfermedades que padecen los familiares mayores dependientes, la evolución de la enfermedad y los cuidados que se deben de seguir. Y poder asimilar así de la mejor manera posible la enfermedad y sus consecuencias tanto al cuidador/a principal como a la propia personas cuidada.

b) Talleres para controlar emociones negativas que genera afrontarse a los cuidados de una persona dependiente, así como la institucionalización de la misma.

c)Talleres para ayudar a los cuidadores/as a que sean capaces de organizarse su tiempo, siendo conscientes de que el cuidado no

puede ocupar todo el día sino que deben de tener tiempo para ellos mismos, puesto que esto ayuda a que no se genere tanto estrés, sentimientos negativos y el cuidado puede ser mejor.

-Desde las residencias, llevar a cabo el modelo de atención centrado en la persona. pudiendo así ser su estancia en la misma mucho más beneficiosa, teniendo en cuenta todo lo que influye al usuario (su historia de vida, aficiones, gustos...) y trasmitiendo la información al resto de profesionales para poder intervenir con la persona usuaria de la mejor manera posible.

-Desde centros de salud, hospitales y centros de servicios sociales, centrar especial atención a las personas mayores que se encargan de cuidar a otros mayores dependientes. Pues esta labor puede deteriorar mucho su salud tanto física como psíquica. Así como facilitar la información necesaria sobre los tipos de recursos, como se accede a los mismos...

-Ofrecer desde la administración pública unos recursos y servicios de calidad. En los plazos establecidos, y cubriendo las necesidades de aquellas personas que los soliciten. Es decir agilizar los procesos de concesión y asignación de los diferentes servicios y/o recursos destinados a el colectivo de personas mayores dependientes y cuidadores principales.

BIBLIOGRAFÍA

Abellán, A. y Esparza, C. (2009) Solidaridad familiar y dependencia entre las personas mayores, Informes Portal de Mayores, 99. (En línea) <http://www.espaciomayores.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/pm-solidaridad-familiar.pdf>, último acceso 2 de octubre de 2014

Abellán, A. Vilches J. y Pujol, R. (2013) Un perfil de las personas mayores en España 2014. Indicadores estadísticos básicos. Informes envejecimiento en red (En línea) <http://digital.csic.es/bitstream/10261/101819/1/enred-indicadoresbasicos14.pdf>, último acceso 15 de Septiembre de 2014

Corbbeta, P. (2003) Metodología y técnicas de investigación social. Madrid. McGraw-Hill

Defensor del pueblo (2000) La atención socio sanitaria en España, perspectiva gerontológica y otros aspectos convexos. Informes, estudios y documentos. Madrid: Publicaciones D.F. (En línea).

<https://www.defensordelpueblo.es/es/Documentacion/Publicaciones/monografico/Documentacion/Estudiosacionanitario.pdf>, último acceso 2 de octubre de 2014

Del Rincón, M.M (2006)Informe sobre las condiciones de vida de las personas mayores de 65 años en el barrio de San José (No publicado)

Dizy, D. [Dlr.], Torre, I., Ruiza, O., Fernández, M., Ayuso, L., Miguel, L. y Rogero, J. (2010) Dependencia y familia, una perspectiva socio-económica. Colección Estudios, Serie Dependencia. (En línea) <http://www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/16222.pdf>, último acceso 2 de octubre de 2014

Envejecimiento en red (2014) Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincias. Datos de Diciembre del 2013. Informes en red, 7 (En línea) http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred_estadisticas_residenciales2013.pdf, último acceso 28 de Septiembre de 2014

Esparza, C. (2011) Discapacidad y dependencia en Aragón. Informes Portal de Mayores, 111. (En línea) <http://digital.csic.es/bitstream/10261/39614/1/pm-discapacidadaragon-01.pdf>, último acceso 30 de Septiembre de 2014

Esparza, C. y Abellán, A. (2008) Encuestas de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008). Primeros resultados. Informes portal de mayores, 87. (En línea) <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=52889>, último acceso 16 de Septiembre de 2014

GOBIERNO DE ARAGÓN, DEPARTAMENTO DE SANIDAD BIENESTAR SOCIAL Y FAMILIA, SISTEMA ARAGONÉS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA, SERVICIOS Y PRESTACIONES, Catálogo de servicios sociales

GRUPO DE POBLACIÓN DEL CSIC "Informe una vejez activa en España"

HERRANZ, R. (2006) ¿Qué es la Ley de Dependencia? 16 preguntas y respuestas sencillas sobre la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. Informe portal Mayores, 68 (En línea) <http://www.espaciomayores.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/herranz-preguntasdependencia-0.pdf>, último acceso 1 de Septiembre de 2014

IMSERSO (2005) Cuidados a personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar colección: Estudios Serie: Personas Mayores (En línea)
<http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/cuidadosppmmhogares.pdf>, último acceso 1 de Octubre de 2014

IMSERSO (2008) Las personas mayores en España. Informe 2008. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Observatorio de personas mayores IMSERSO. (En línea)
http://www.imserso.es/imserso_01/documentación/publicacionescolecciones/coleccion_docuemtnos/seris_documentos_estadisticos_nuevo/IM_070297, último acceso 20 de Septiembre

Jefatura del Estado (15-12-2006), Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, BOE n.º 299/2006

Ministerio de trabajo y asuntos sociales, secretaria de estado de servicios sociales, familias y discapacidad, instituto de mayores y servicios sociales (IMSERSO) Libro Blanco de la Dependencia 2004. (En línea)
<http://imsersomayores.csic.es/docuemtnos/documentos/mtaslibroblancodependencia-01.pdf>, último acceso 1 de Octubre de 2014

ODDONE, M.J. (2013) "Antecedentes teóricos del envejecimiento activo. Informes Envejecimiento en red, 4. (En línea)
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oddone-antecedentes.pdf>, último acceso 12 de Septiembre de 2014

Prieto, D. y otros. Las dimensiones subjetivas del envejecimiento. IMSERSO 2009 Colección: Estudios Serie: Personas Mayores

Pujol, R. y Abellán, A. (2013) Esperanza de vida libre de Discapacidad de los Mayores. Informes envejecimiento en red, 5 .(En línea) <http://envejecimiento.csic.es/docuemtnos/documentos/enred-libredica-01.pdf>, último acceso 4 de Octubre de 2014

Pujol, R. y Abellán, A. (2013) Los mayores en la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Algunos resultados. Informes Envejecimiento en red, 3 (En línea) <http://envejecimiento.csic.es/docuemtnos/enred-ens2011-2012.pdf> , último acceso 10 de Septiembre de 2014

Puyol, R. y Abellán, A. (2006) Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población Madrid: Mondial Asistanse. (En línea) <http://www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/13719.pdf> , último acceso 10 de Septiembre de 2014

Ramiro, D. [Coord.] () Informe una vejez activa en España. Grupo de Población del Csic. Madrid: EDIMSA.

Robles, E. (2011) El envejecimiento de la población: aspectos demográficos. Gómez, R. [Coord] Salud, demografía y sociedad en la población anciana. Madrid: Alianza Editorial.

Roguero, J. (2009) El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. IMSERSO 2010. Colección: Estudios serie: Personas Mayores.

Roguero, J. (2011) El tiempo de cuidado familiar a mayores dependientes en España: entre la donación y la expropiación del tiempo.

