



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Proyecto de Intervención de apoyo a cuidadores familiares de personas mayores en situación de dependencia en Zaragoza:

“Cuidarme para cuidar”

Autores:

Adrián Gascón García

Julia Martínez Herrero

Itziar Mínguez Ansón

Director/es:

M^a del Mar Del Rincón Ruiz

Ana Cristina Romea Martínez

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

2015

Agradecimientos:

Nos gustaría poder dedicar unas líneas a las personas que han formado parte de este proyecto, y agradecer su participación y colaboración.

Dar las gracias a nuestra directora del proyecto, M^a del Rincón Ruiz, y co-directora Ana Cristina Romea Martínez por toda su dedicación y esfuerzo. Gracias por toda la ayuda, orientaciones, y disponibilidad ofrecidas en todo momento.

Agradecer a los usuarios del Centro de Salud Fernando el Católico por dedicarnos unos minutos de su tiempo para poder llevar a cabo las entrevistas, y reconocer la profesionalidad e implicación de la trabajadora social del Centro de Salud, Adoración Burro Dal, por permitirnos realizar las entrevistas en su despacho y ponernos en contacto con los cuidadores informales.

A todos, muchas gracias.

ÍNDICE:

ÍNDICE:	3
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES:	5
ÍNDICE DE TABLAS:	5
1. INTRODUCCIÓN	7
1.1. Justificación.....	9
1.2. Objetivos del Trabajo de Fin de Grado	9
1.3. Metodología.....	10
1.3.1. Población objeto de estudio	11
1.3.2. Ámbito geográfico y temporal.....	11
1.3.3. Técnicas y fuentes de información	11
1.3.4. Tipo de investigación.....	12
2. FUNDAMENTACIÓN	13
2.1. Marco teórico de referencia.....	13
2.1.1. Envejecimiento y dependencia	13
2.1.2. Modelos de atención a la dependencia	17
2.1.3. Cuidados y cuidadores	22
2.2. Análisis diagnóstico de la realidad	29
2.2.1. Análisis entrevistas a cuidadores informales:.....	29
2.2.2. Análisis entrevistas de los profesionales:	35
2.2.3. Conclusiones y análisis diagnóstico	36
3. PROYECTO DE INTERVENCIÓN	37
3.1. Destinatarios/población	37
3.2. Ámbito geográfico/localización	37
3.3. Objetivos	39
3.4. Actividades.....	40

3.5. Metodología.....	43
3.6. Temporalidad.....	44
3.7. Recursos (humanos, materiales, económicos).....	46
3.8. Presupuesto.....	47
3.9. Evaluación	49
BIBLIOGRAFÍA	51

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES:

Ilustración 1: Pirámide Poblacional 1975 (España)	14
Ilustración 2: Pirámide Poblacional 2010 (España)	14
Ilustración 3: Pirámide de Población 2014	15
Ilustración 4: Pirámide poblacional Fernando el Católico	39

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1: Comparativa Esperanza de Vida en España (2010)	16
Tabla 2: Modelo Mediterráneo	17
Tabla 3: Principales características de los cuidadores entrevistados	29
Tabla 4: Principales características de las persona cuidadas	31

1. INTRODUCCIÓN

Este Trabajo Fin de Grado tiene como objetivo diseñar un proyecto de intervención dirigido a las personas que de manera informal se encargan del cuidado de personas mayores dependientes en la ciudad de Zaragoza.

Las personas mayores en situación de dependencia están aumentando de manera considerable en la Comunidad Autónoma de Aragón, y más concretamente en la ciudad de Zaragoza. El ámbito de dependencia, tiene una ley propia, la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia¹, y ésta define dependencia, en su artículo 2.2 como:

“El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra y otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

Esta realidad precisa de una serie de servicios y prestaciones, que debido a la situación actual, no son cubiertos por los Servicios Sociales. Todo ello hace que el cuidado no sea realizado por profesionales sino por cuidadores “informales”, definido como “aquel cuidado que no es llevado a cabo por un profesional de la salud ni es remunerado, y mayoritariamente es realizado por familiares (Casado y López, 2001)” Citado por Crespo López y López Martínez, 2007, p.17.

Cabe destacar que una parte importante de los cuidadores de personas en situación de dependencia, son a su vez personas mayores, generalmente cónyuges. A pesar de que varias personas de la unidad familiar suelen atender necesidades de la persona dependiente, las tareas del

¹ La Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia será nombrada a lo largo del texto como LAAD o Ley de Dependencia.

cuidado suelen recaer en una única persona, el cuidador principal. Todo esto, conlleva a que esta figura de cuidador principal padezca enfermedades relacionadas con el cuidado, como por ejemplo el estrés y la ansiedad (Roger García, 2010).

Cabe destacar que, inicialmente, el trabajo se desarrollaba teniendo en cuenta cuidadores familiares generales, pero debido a los datos analizados, se ha optado por centrar el trabajo en cuidadores mayores familiares.

Para finalizar destacar que el Trabajo Fin de Grado se presenta dividido en tres grandes apartados: en primer lugar aparece la introducción en la cual se presenta la justificación del tema en la que se explican los motivos de elaboración del trabajo, la actualidad del tema elegido y la relación con el Trabajo Social, además de la descripción de los objetivos que se pretenden alcanzar, junto con su metodología. En segundo lugar, se ha desarrollado una fundamentación que nos permita localizar el tema y, de esta manera, en tercer lugar, diseñar un proyecto de intervención, el cual es uno de los objetivos generales del trabajo. Finalmente se incorpora un apartado de anexos.

1.1. Justificación

Debido a la problemática anteriormente mencionada, es necesario apoyar a este tipo de colectivos, como son los cuidadores mayores familiares de personas mayores en situación de dependencia, desde el Trabajo Social, ya que en estos recae una responsabilidad de gran importancia, para la cual no están preparados ni formados y se desencadenan una serie de consecuencias y efectos tanto para el cuidador como para la persona dependiente.

El trabajo social cumple unas funciones fundamentales dentro de este ámbito como son: el asesoramiento, información, valoración, tramitación, entre otras, por lo tanto, el trabajador social es una pieza clave dentro del sistema de la dependencia.

En la elección de este tema se ha considerado que dos de los integrantes del grupo han realizado su periodo de prácticas en distintos ámbitos dentro de la dependencia como son Centro de Salud Fernando el Católico y Seminario y, la Residencia Albertia “El Moreral” UDP, localizada en La Puebla de Alfindén, Zaragoza. En ambos casos se ha trabajado con las diversas problemáticas que surgen con el cuidado de una persona dependiente, y los efectos que este cuidado conlleva.

Se considera que este es un tema de gran interés social por su dimensión, ya que se encuentra latente en nuestra sociedad y afecta a una parte considerable de la población, a la cual no se le tiene en cuenta. Por todo ello se ha elegido realizar un Proyecto de Intervención para poder dar soluciones a los cuidadores mayores informales de personas dependientes.

1.2. Objetivos del Trabajo de Fin de Grado

Con el fin de poder diseñar un proyecto que se ajuste a la problemática anteriormente mencionada se plantean los siguientes objetivos:

A: Conocer la situación de los cuidadores informales familiares de las personas mayores en situación de dependencia en el sector Fernando el Católico:

- A.1: Analizar las características socio-demográficas de las personas que realizan el cuidado informal.
- A.2: Identificar las principales características de las personas cuidadas en relación a su situación de dependencia.
- A.3: Conocer el tipo de cuidado, las condiciones en que se lleva a cabo el cuidado, y los efectos/consecuencias que derivan de ellos.

- A.4: Conocer las necesidades percibidas de los cuidadores.
- A.5: Identificar el punto de vista y la valoración que los cuidadores hacen respecto a la calidad y servicios sociales.

B: Conocer el punto de vista de los profesionales sobre el cuidado familiar de personas mayores en situación de dependencia en el sector Fernando el Católico.

- B.1: Estudiar las principales necesidades y demandas planteadas de los cuidadores informales a los Servicios Sociales.
- B.2: Identificar la oferta que los Servicios Sociales tienen dirigida a los cuidadores informales.
- B.3: Analizar la valoración de los trabajadores sociales sobre la labor de los cuidadores informales, los recursos existentes en relación al cuidado, y sus propuestas de mejora.

C: Diseñar un proyecto de intervención de apoyo a cuidadores mayores familiares de personas mayores en situación de dependencia en el sector Fernando el Católico de Zaragoza.

Los dos primeros objetivos, A y B, corresponden a la fase de fundamentación del proyecto, relacionados con la justificación y el análisis diagnóstico de la situación. El tercer objetivo, C, corresponde al diseño del proyecto de intervención centrado en la problemática de los cuidadores mayores informales.

Se va a diseñar un proyecto de intervención social, definido como “el diseño de intervención social comprende una evaluación-diagnóstico de la situación de personas con quienes actuar, una determinación de objetivos operativos, actividades y tareas, utilización de recursos, temporalización y criterios de evaluación” (Colom, 2005, p.91).

1.3. Metodología

En el siguiente apartado se presenta la metodología, la población objeto, el ámbito donde se localiza, y las técnicas de investigación, que han sido utilizadas para la elaboración del Trabajo Fin de Grado.

1.3.1. Población objeto de estudio

Nuestra población objeto de estudio son las personas mayores que se ocupan del cuidado informal de personas mayores en situación de dependencia, en el sector Fernando el Católico de Zaragoza.

Entendiendo como cuidado informal “la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada”, según el artículo 2.5 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

1.3.2. Ámbito geográfico y temporal

Nuestro Trabajo de Fin de Grado se va a centrar en Zaragoza, concretamente en el sector Fernando el Católico, en la Zona Básica de Salud número 23, que delimita con Violante de Hungría, San Juan Bosco/Avenida Valencia, Avenida Goya y Manuel Lasala².

El trabajo se ha desarrollado entre los meses de Febrero y Junio de 2015.

1.3.3. Técnicas y fuentes de información

Para la realización de este Trabajo Fin de Grado se ha realizado una amplia **revisión bibliográfica y documental** y así poder localizar y contextualizar el tema a tratar.

En dicha revisión bibliográfica y documental, se han consultado diversos ejemplares de varios autores y también se han estudiado trabajos académicos. Todo ello nos ha llevado a la conclusión de que existe una amplia y variada información acerca del tema de la dependencia y sus cuidados.

También se han realizado **entrevistas** semiestructuradas, entendidas como “aquellas entrevistas, en las que el entrevistador dispone de un “guion” que recoge los temas que debe tratar a lo largo de la entrevista. Sin embargo, el orden en el que se abordan los diversos temas y el modo de formular las preguntas se dejan a la libre decisión y valoración del entrevistador” (Corbetta, 2003, p. 376). Se ha optado por utilizar esta técnica porque se considera que es la técnica fundamental para obtener información de forma directa y así, conocer de primera mano las problemáticas existentes que llevan a realizar el proyecto de intervención.

² Ver Anexo I: Mapa de delimitación de la zona

Se han realizado un total de ocho entrevistas, de las cuales tres han sido a profesionales, y cinco a cuidadores mayores informales. Para ello se han elaborado dos guiones, uno para los profesionales³, y otro para los cuidadores⁴. El contacto con los cuidadores mayores informales ha sido favorecido por la trabajadora social del Centro de Salud Fernando el Católico, ubicado en Zaragoza.

Dichas entrevistas, fueron realizadas en el despacho de la trabajadora social de dicho de Centro de Salud. Cada entrevista era realizada por dos de los integrantes del grupo, para no crear una situación incómoda para el entrevistado.

Antes de comenzar la entrevista, se explicaba al entrevistado el objetivo de la misma, y se hacía hincapié en la confidencialidad y anonimato. A continuación, se les pedía consentimiento para ser grabados. Todos los entrevistados accedieron a ello.

Todo esto es de gran importancia, ya que ha permitido registrar la información de una manera más completa y detallada. Por ello se ha podido realizar las transcripciones de todas las entrevistas.⁵

Para concluir, se presentó alguna dificultad como es que algunos cuidadores citados no acudieron a la cita de la entrevista, o acudieron tarde.

1.3.4. Tipo de investigación

La investigación realizada tiene diversas tipologías. En primer lugar se trata de una investigación cualitativa, por la técnica utilizada y los objetivos del trabajo (conocer el punto de vista de los profesionales y cuidadores mayores informales).

En segundo lugar, es una investigación aplicada, debido a que tiene como objetivo cambiar la realidad social, ya que a través del análisis de la misma, se pretende abordar el problema de la falta de apoyo a los cuidadores informales.

Y por último, se identifica con una investigación-acción, porque se ha buscado contactar e involucrar a los profesionales y cuidadores del sector, de cara a diseñar nuestro proyecto.

³ Ver Anexo III: guion entrevista profesionales

⁴ Ver Anexo IV: guion entrevista cuidadores

⁵ Ver Anexos V y VI.

2. FUNDAMENTACIÓN

Este apartado se divide en dos grandes bloques: por un lado se desarrolla el marco teórico de referencia, y por otro lado se lleva a cabo un análisis diagnóstico de la realidad.

2.1. Marco teórico de referencia

2.1.1. Envejecimiento y dependencia

Actualmente España, como el resto de los países de Europa, está experimentando un importante proceso de envejecimiento de la población, lo cual ha conllevado a profundos cambios en las características de la sociedad.

Este proceso de envejecimiento está directamente ligado al incremento progresivo del número de personas en situación de dependencia, es decir, personas que precisan ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

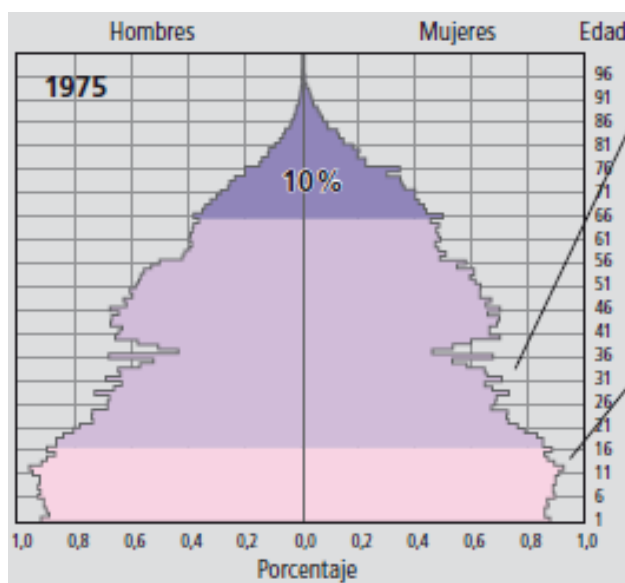
“La dependencia y los cuidados no están restringidos exclusivamente a las personas mayores, pero se incrementan notablemente con la edad, especialmente a partir de los 80 años, en que una de cada dos personas tiene discapacidad y necesita ayuda en diverso grado.” (Puyol y Abellán, 2006, p.5).

La evolución demográfica y los cambios familiares y sociales impiden que se pueda mantener el modelo tradicional de cuidados a las personas mayores dependientes, el cual se caracteriza por que el peso del cuidado recae en la familia, normalmente en un único cuidador principal.

2.1.1.1. Envejecimiento demográfico

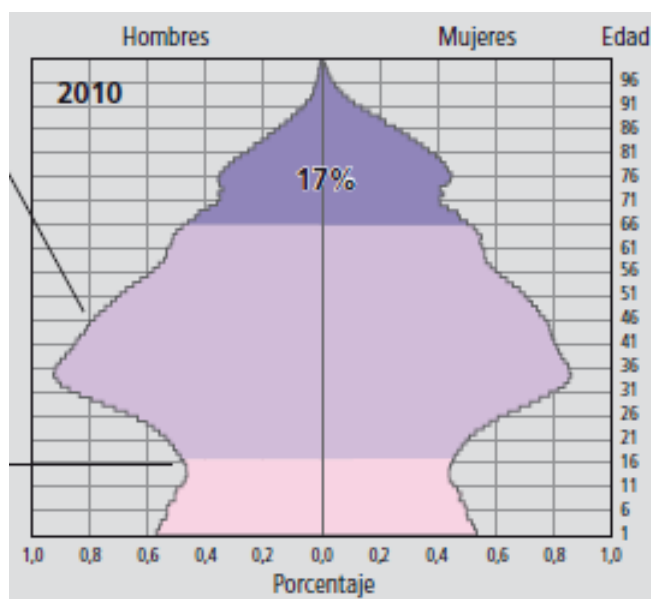
Según Pérez Díaz (2010), en España la proporción de personas mayores de 64 años ha aumentado. Concretamente, entre 1975 (Ilustración 1) y 2010 (Ilustración 2), se ha pasado de un 10% a un 17%, y seguirá aumentando en la próximas décadas.

Ilustración 1: Pirámide Poblacional 1975 (España)



Fuente: Pérez Díaz, 2010

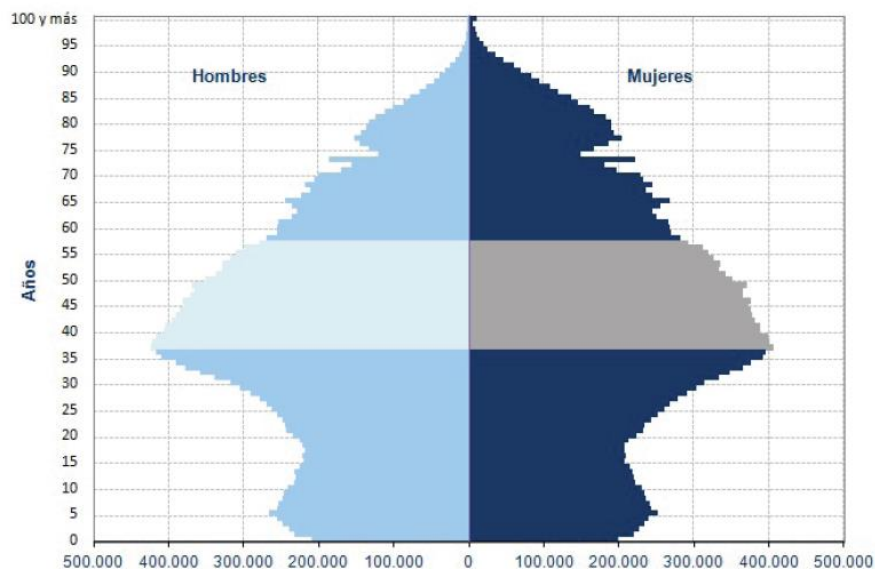
Ilustración 2: Pirámide Poblacional 2010 (España)



Fuente: Pérez Díaz, 2010

Según Abellán y Puyol (2015), estos datos se corroboran, ya que como se puede observar en la Ilustración 3, la población mayor de 65 años, sigue en aumento actualmente (año 2014), concretamente ha pasado de un 17% a un 18,1%, es decir, 8.442.427 personas.

Ilustración 3: Pirámide de Población 2014



Fuente: Abellán y Puyol, 2015

Esperanza de vida

“La esperanza de vida es uno de los indicadores principales que reflejan consecuencias de las políticas sanitarias, sociales y económicas de un país” (Abellán y Puyol, 2015, p.11).

Según Rodríguez Cabrero (2013), la esperanza de vida está aumentando de manera considerable. Bien es cierto, que esto no conlleva que ese excedente de tiempo sea vivido en buenas condiciones de salud ni en plenas capacidades por toda la población.

Tabla 1: Comparativa Esperanza de Vida en España (2010)

Al nacer				A los 65 años			
EV		EVLD		EV		EVLD	
Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
79.1	85.3	64.4	63.9	18.6	22.7	9.6	8.9

Fuente: Eurostat: Statistics, Population and social conditions, Public Health, Database, 2012

Cómo se muestra en la Tabla 1, en el año 2010, la esperanza de vida al nacer y a los 65 años es muy desigual entre hombres y mujeres. Se diferencia entre esperanza de vida (EV) y esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD). Por un lado nos encontramos que la EV al nacer de los hombres es de 79,1 años y en las mujeres es de 85,3 años. Por otro lado, la EVLD al nacer de los hombres es de 64,4 años y en las mujeres es de 63,9 años. Según estos datos, los hombres tienen una EV menor respecto a las mujeres, pero una EVLD mayor que ellas, es decir, las mujeres viven más años pero en peores condiciones de salud.

Según Rodríguez Cabrero (2013), las mujeres son más longevas, pero esta diferencia respecto a los hombres se produce con la consecuencia de vivir más años en situación de discapacidad o dependencia

2.1.1.2. Feminización y Sobreenvejecimiento

Según Pérez Díaz (2010), el cambio de la pirámide poblacional, como hemos visto en la Ilustración 1 e Ilustración 2, tiene consecuencias sociales, como son la feminización, el aumento de la dependencia y el sobreenvejecimiento.

Atendiendo a estas consecuencias, se puede afirmar que la diferencia de mortalidad entre hombres y mujeres, da lugar a la feminización de la población, ya que el número de mujeres con 80 años, doblan al número de hombres.

Según Robles (2009) (citado por Gómez Redondo, 2010), la probabilidad que tiene una persona de llegar a anciano no es la misma para un hombre que para una mujer, así como tampoco es la misma la esperanza de vida que tienen ambos sexos una vez que alcanzan esta etapa de la vida.

Por lo tanto, se puede afirmar que la población está fuertemente feminizada, ya que la demografía del envejecimiento no se reparte de forma homogénea entre ambos sexos.

También cabe destacar el sobreenvejecimiento que se produce de la población: cada vez hay más personas que alcanzan edades muy avanzadas.

Según Robles (2009), en la actualidad nos encontramos ante el envejecimiento de la vejez, consecuencia de esa mayor longevidad de la población anciana que está produciendo un claro envejecimiento de la población ya mayor.

2.1.2. Modelos de atención a la dependencia

2.1.2.1. Modelo Mediterráneo o familista

Siguiendo el Libro Blanco de la Dependencia (2004) se ha producido un cambio en el modelo de cuidado debido a una serie de consecuencias, tales como: desaparición de la familia extensa, incorporación de la mujer al mercado laboral, retraso en la edad de matrimonio,...

“El modelo mediterráneo, característico de los países del Sur de Europa, es un modelo asistencial y, hasta recientemente, residual en Italia y España ya que la familia ha sido y es aún la columna vertebral del sistema de cuidados personales. (...) En el modelo mediterráneo la carga de cuidados personales de personas dependientes es asumida en casi su totalidad por la mujer (Rodríguez Cabrero, 2005)” Citado en Puyol y Abellán, 2006, p. 141-142.

A continuación, en la Tabla 2, se muestran las principales características de dicho modelo:

Tabla 2: Modelo Mediterráneo

MODELO MEDITERRÁNEO	
REFORMAS DEL PERIODO 1980 - 2000	
Derecho social a la protección social de la Dependencia	Derecho mixto: universal de atención sanitaria; asistencial en Servicios Sociales.
Financiación	Impuestos generales, cotizaciones y copago para los que exceden un nivel de renta

MODELO MEDITERRÁNEO	
REFORMAS DEL PERIODO 1980 - 2000	
Prestaciones sociales	Prestaciones monetarias, servicios asociales, y ayudas técnicas
Responsabilidad de organización y gestión	Regional y municipal
Provisión de servicios según importancia	Ayuntamientos, ONGs y creciente importancia de empresas
Políticas de apoyo al cuidado informal	Limitado apoyo al cuidador informal
Situación actual de los modelos	Aprobación de la ley de la Dependencia en España
REFORMAS DEL PERIODO 2000 – 2010	
Principios orientadores	Universalismo, familiarización, mercantilización.
Accesibilidad	Transición hacia cobertura universal
Prestaciones	Preferencia prestaciones monetarias; servicios sociales municipales y regionales.
Provisión	Mixta: provisión tercer sector y crecimiento sector mercantil
Financiación	Mixta: impuestos y copago. También cotizaciones.
Gobernanza	Fragmentación con tendencia a sistematización.

Fuente: Rodríguez Cabrero, 2011

Siguiendo a Rodríguez Cabrero (2005) (citado por Puyol y Abellán, 2006), se puede afirmar que el modelo mediterráneo se caracteriza por ser una combinación de prestaciones monetarias de la Seguridad Social y Servicios Sociales Municipales y Autonómicos. Es decir, se trata de un modelo público de carácter contributivo y asistencial, sin embargo este sistema no ha sido capaz de cubrir las necesidades del rápido envejecimiento de la población y de las situaciones de dependencia.

2.1.2.2. Atención a la Dependencia⁶

Debido a la situación de sobreenvjecimiento de la población, se ha producido un aumento de las personas en situación de dependencia. Esto conlleva que sea necesario dar respuesta a las demandas tanto de los cuidadores como de los dependientes a través de una serie de prestaciones y servicios que se regulan en el Catálogo de Servicios Sociales de Aragón.

La LAAD⁷, en su artículo 2.2 define Dependencia como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

En el artículo 1.1 de dicha ley se define el objeto: “regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español”.

Alemán (2010) describe que uno de los principales retos de esta ley es la atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal, es decir, atender las necesidades de aquellas personas vulnerables que requieren apoyos para desarrollar las actividades

6 España. Jefatura de 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, Boletín Oficial del Estado, Nº. 229/2006 Revisado el 15 de abril de 2015: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990/>

7 A lo largo de todo el documento se hará referencia a la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia con las siglas LAAD.

básicas de la vida diaria, para así alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos.

En el Real Decreto 174/2011⁸, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, se dice que durante el proceso de valoración deberá tenerse siempre en cuenta para establecer la distinción entre dependencia y otras situaciones lo siguiente:

- a) “(...)
- b) El carácter permanente de la situación de dependencia quedará establecido cuando en la condición de salud de la persona no haya posibilidad razonable de restitución o de mejoría en el funcionamiento.
- c) Se considerará que los apoyos se precisan en las tareas cuando su intervención resulte imprescindible en la mayoría de las veces o siempre en las que éstas tengan lugar.
- d) La edad, la enfermedad o la discapacidad son condiciones necesarias, pero no suficientes en sí mismas, para establecer la situación de dependencia y el alcance de su severidad a efectos del reconocimiento oficial.
- e) Las otras situaciones de desempeño negativo, que a efectos de valoración oficial no son dependencia, incluyen factores determinantes de índole cultural, social, familiar, de sobreprotección o cualesquiera otras relacionadas con condiciones de salud que tengan posibilidades razonables de restitución o de mejoría, o bien cuando los apoyos en las tareas no sean imprescindibles en la mayoría de las veces o siempre en las que éstas tengan lugar.”

8 España. Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, 18 de febrero de 2011, núm. 42, pp. 18567 a 18691. Revisado el 16 de abril de 2015: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/02/18/pdfs/BOE-A-2011-3174.pdf>

Grados de dependencia

Según el artículo 26.1. de la LAAD, se diferencian tres grados de dependencia:

- “Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.”

Prestaciones y servicios

Según la LAAD, en su artículo 13, recoge los objetivos para garantizar una mejor calidad de vida a las personas dependientes:

- a) “Facilitar una existencia autónoma en su medio habitual, todo el tiempo que desee y sea posible.
- b) Proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad”.

En la Comunidad Autónoma de Aragón, antiguamente, se priorizaba las prestaciones económicas frente los servicios. Sin embargo, en la actualidad, nos encontramos ante una situación diferente, en la que se trata de priorizar la prestación de servicios ante las prestaciones económicas.

Siguiendo a Barbadillo (2010), la Ley ofrece un gran abanico de instrumentos para la atención de las personas dependientes. Prevé tanto prestaciones económicas como de servicios, no obstante, los servicios tienen carácter prioritario y se concretan en el “catálogo de servicios”, en el

que se recogen diferentes prestaciones. Desde teleasistencia, ayuda a domicilio o atención residencial, hasta centros de día y de noche para atender diferentes necesidades. Sin embargo, cabe destacar que en la Comunidad Autónoma de Aragón no se cuenta con el servicio de centro de noche.

“El conjunto de prestaciones y servicios establecidos en esta Ley (art. 16) se integran en la Red de Servicios Sociales de las respectivas Comunidades Autónomas en el ámbito de las competencias que tienen asumidas” (Montserrat, 2014, p.7).

Por otro lado, teniendo en cuenta el Decreto 143/2011, de 14 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón, se recogen varias prestaciones y servicios relacionados con el cuidado informal:

- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar, caracterizada por estar dirigida a personas en situación de dependencia que conviven en su domicilio particular. La finalidad es mantener al beneficiario en su domicilio atendido por cuidadores no profesionales, siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y habitabilidad de la vivienda⁹.
- Servicio de apoyo a personas cuidadoras: ofrece información, apoyo y sustitución a aquellas personas que se dedican, con carácter habitual al cuidado de personas con limitaciones en su autonomía personal, familiar y social.

2.1.3. Cuidados y cuidadores

La Ley de la Dependencia en su artículo 2 se refiere expresamente a la asistencia personal como “un servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal”. Existen dos tipos de cuidados:

Atendiendo al artículo 2.5 se entiende por cuidados no profesionales como “la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada”. Siguiendo este mismo artículo, en el apartado 6, se define cuidados profesionales como “los prestados por una institución pública o

⁹ Portal de la Dependencia. Recuperado el 27 de mayo de 2015, de:
http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/ciudadanos/ser_pres/pe/index.htm

entidad, con y sin ánimo lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentra la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro”.

Planteadas ya las definiciones, hace preguntarse ¿quién puede asumir la condición de cuidador no profesional? Según establece el artículo 1 del RD 615/2007¹⁰, tendrán la consideración de cuidadores no profesionales aquellas personas que sean designadas como tales en el PIA¹¹. Se podría decir que el cuidador no profesional ha de ser una persona que forme parte del entorno familiar del dependiente: en concreto ha de tratarse del cónyuge o un pariente por consanguinidad, afinidad o adopción hasta tercer grado. Pero existen excepciones de que este cuidador no profesional no tenga parentesco con la persona dependiente. Estas excepciones son distintas según el grado de dependencia.

“El Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema de Autonomía y Atención de la dependencia de 25 de enero de 2010¹² establece que en el caso de que se proponga un cuidador no profesional que no sea familiar:

- Deberá constar en el expediente la circunstancia concreta que motiva este hecho: despoblación, insuficiencia de recursos asistenciales, etc.
- El beneficiario (dependiente) habrá de estar recibiendo atención en esa modalidad con carácter previo a la solicitud.
- La persona cuidadora ha de reunir los requisitos de idoneidad (capacidad física, psíquica y disponibilidad de tiempo) con carácter previo a la solicitud.

A estas exigencias generales, la normativa autonómica suma otros requisitos de variada naturaleza ya referidos a la situación de la persona dependiente, y a la persona del cuidador, o bien independientes de uno y otro” (Viqueira Pérez y Alegre Bueno, 2010, p. 65-66).

Según Rogero (2010), las personas dependientes, los cuidadores y los ciudadanos tienen una serie de derechos y deberes los cuales están en permanente cambio, tanto en términos políticos como sociales:

10 España. Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, 12 de mayo de 2007, núm. 114, pp. 20602 a 20605. Revisado el 24 de abril de 2015: <http://www.boe.es/boe/dias/2007/05/12/pdfs/A20602-20605.pdf>

11 PIA: Plan Individual de atención.

¹² Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD de 25 de enero de 2010, véase en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/12/pdfs/BOE-A-2010-4162.pdf>

- Las personas dependientes tienen derecho a ser cuidados, y a decidir sobre los aspectos fundamentales de su cuidado. Por otro lado, tienen el deber de facilitar su cuidado a las personas e instituciones encargadas del mismo.
- Los cuidadores tienen el deber de cuidar. Es complicado saber cuándo se asume libremente el cuidado o se realiza mediante algún tipo de coacción. Tienen derecho a decidir el modo en que cuidan, y la cantidad de este cuidado.
- Todos los ciudadanos tienen derecho a cuidar y a ser cuidados en caso de que lo necesiten.

2.1.3.1. Perfil del cuidador

Según Alemán (2010), la situación actual de crisis y la falta de previsión ha hecho que la cobertura de la dependencia caiga en manos de las familias del dependiente definidas como aquellas personas que, por diferentes motivos, coinciden en la labor a la que dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo: permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a sus limitaciones.

El cuidador principal suele definirse como “aquel individuo que dedica una gran parte de su tiempo, medido en número de horas al día, al cuidado de dicho enfermo y que ha realizado las tareas de cuidado durante un mínimo de 6 semanas (Dwyer y otros, 1998)” Citado por Crespo y López, 2007, p. 19.

En ocasiones, diferentes miembros de la familia ayudan con la tarea de atender a la persona dependiente, sin embargo, el peso del cuidado suele recaer sobre un único cuidador, el cuidador principal.

Siguiendo a Martínez Rodríguez (2010), citado por Casado (2013), debido a la situación actual de la sociedad, la familia es la alternativa real para que las personas en situación de dependencia puedan permanecer en su hogar.

Cuando una persona mayor requiere ayuda de su cuidador principal, éste suele ser una mujer de edad intermedia, ama de casa y en la mayoría de las ocasiones hija o cónyuge. Por lo tanto, las hijas y las esposas son las personas donde descansa mayoritariamente la asistencia a los mayores.

Según Duran (2006) se puede afirmar que, el perfil de los cuidadores es el siguiente. Respecto al sexo y edad, suele ser mujer de edad comprendida entre 50 y 60, ya que es el resultado del promedio entre cónyuges e hijos. Respecto a la situación económica, cabe destacar las dificultades económicas existentes, ya que no tienen empleo, y si lo han tenido, se han visto obligados a abandonarlo. Teniendo en cuenta el tipo de cuidado que llevan a cabo, se trata de un único cuidador principal que dedica más de 40 horas semanales al cuidado durante muchos años. Por lo tanto no tienen tiempo para cuidarse a sí mismo, y padecen cansancio, falta de sueño y problemas de salud. Además tienen una gran incertidumbre sobre su futuro como cuidador.

Según Crespo y López (2007), este perfil está cambiando debido a la incorporación de la mujer al trabajo, el descenso de la natalidad, y el cambio de las relaciones intrafamiliares. Esto hace que los cuidadores tengan que compatibilizar el cuidado con el desempeñar una profesión.

2.1.3.2. Fases de adaptación a la situación de cuidado

Cuidar es un trabajo complejo que comprende tareas de distintos tipos. Estas tareas van desde proporcionar ayuda para la realización de las ABVD¹³, pasando por los cuidados sanitarios, apoyo emocional, traslados fuera del hogar, hasta llegar a una vigilancia y responsabilidad diaria.

La situación de cada cuidador es distinta, pero el proceso de adaptación tiene unas características similares. Según Cruz Roja Graus (2014), no en todos los cuidadores se dan las siguientes fases, pero si en la gran mayoría:

1. **Negación o falta de conciencia del problema.** En los primeros momentos es común encontrarse con que la persona se niega a aceptar las evidencias de que su familiar padece una enfermedad que le va a llevar a necesitar la ayuda de otras personas para mantener su adaptación al medio. Otra manera muy común es hablar del deterioro como si fuera una situación temporal.
2. **Búsqueda de información y surgimiento de sentimientos difíciles.** A medida que la persona que proporciona los cuidados va aceptando la realidad de la situación de dependencia, empieza a darse cuenta que la situación de su familiar no solo va a influir en la vida de este, sino que también va a alterar profundamente su propia vida y la de las personas que le rodean. En este momento, los cuidadores comienzan a buscar información para aprender lo máximo posible, esto es una estrategia básica de afrontamiento. Surgen sentimientos de “malestar” como son la ira, el enfado,...son respuestas humanas totalmente normales en situaciones de pérdida de control de la propia vida y sus circunstancias. A medida que aumenta la intensidad de dependencia, aumentan estos sentimientos difíciles de manejar, los cuidadores no saben identificar cual es el objeto de su malestar.
3. **Reorganización.** La vida ha perdido el sentido habitual hasta este momento y las nuevas responsabilidades crean una carga pesada para la persona que cuida. Se va ganando un poco de control de la situación. Se cuenta ya con información y recursos externos de

¹³ Durante todo el documento aparecerán las siglas ABVD, hace referencia a las actividades básicas de la vida diaria.

ayuda, la voluntad de la familia para compartir responsabilidad y una idea más precisa de los problemas a los que hay que enfrentarse, la persona que cuida dispondrá de las herramientas necesarias para afrontar la situación del cuidado.

4. **Resolución.** Con el aumento del control y el reconocimiento que como cuidador/a será capaz de manejar y sobrellevar los cambios y desafíos que supone y supondrá la situación de cuidado. Desgraciadamente, no todos los cuidadores llegan a esta fase de control.

En este punto, los cuidadores aprender a cuidar de sí mismos, solicitan ayuda externa a personas con experiencias similares, lo que les permite ser personas más independientes, y tener más tiempo sus actividades y relaciones sociales.

2.1.3.3. Efectos y consecuencias del cuidado

Según Rogero (2010), el cuidado acarrea una serie de consecuencias. Por un lado, existen efectos negativos relacionados con temas económicos, ya que este cuidado conlleva una gran inversión de dinero. También se habla de aquellas consecuencias que afectan a la calidad de vida de la persona cuidadora (salud física y psicológica, emociones, relaciones sociales), ya que cuidar a una persona hace que los cuidadores se encuentren en situaciones de estrés y les afecte en su vida cotidiana y social.

Por otro lado, existen efectos positivos, como compensaciones económicas, uso de la vivienda de la persona dependiente, beneficios emocionales como la satisfacción de cuidar a un familiar, o beneficios familiares (reconocimiento familiar) o extrafamiliares (reconocimiento social)¹⁴.

Los cuidadores deben recordar que son una parte esencial en el cuidado informal: ellos son el motor y por tanto, deben atender también a sus propias necesidades y cuidar de sí mismos. Porque si estos no se cuidan y caen enfermos o se reducen sus energías físicas, psíquicas y mentales, ¿quién cuidará de su familiar?

“Ante problemas y necesidades, hay también soluciones y respuestas. En relación con los agentes que deberían responsabilizarse de estas tareas, existe bastante consenso: debe ser un esfuerzo compartido por el Estado y las familias, con refuerzo del mercado. Sigue siendo

¹⁴ Ver anexo II: Gráfica de aspectos positivos y negativos del cuidado familiar a personas mayores para el cuidador

prácticamente invisible el papel que desempeñan otros organismos (Tercer Sector, asociaciones).” (Tobío, 2010, p.78).

Lo primero que debe entender un cuidador es la importancia de cuidarse a sí mismo: “cuídate para cuidar”. Los cuidadores que afrontan el cuidado con más éxito son aquellos que se paran a reflexionar en la importancia de cuidarse a sí mismos. Esto no es un gesto egoísta, como sienten algunos cuidadores, esto es darse cuenta de la realidad, hay comprender que aunque seas cuidador también tienes unas necesidades que debes satisfacer y por esto no eres peor cuidador. Si tus necesidades están cubiertas, vas a poder cuidar de una manera más satisfactoria a la persona dependiente.

2.1.3.4. Emociones y sentimientos

Siguiendo la información del curso “Cuidando al Cuidador” impartido por Cruz Roja Graus (2014), se pueden clasificar las siguientes emociones y sentimientos en el cuidador.

Por un lado, los aspectos positivos que se producen al cuidar a una persona. La tarea del cuidar supone luchar por alguien a quien se quiere, expresarle cariño e interés. Además permite superar situaciones difíciles que pueden surgir mediante la dedicación y constancia. Todo ello lleva a la persona cuidadora a describir nuevas cualidades de sí misma.

Por otro lado, cuidar a una persona dependiente es una tarea compleja que no solo implica desempeñar tareas de cuidado del dependiente, sino que también pueden dar lugar situaciones difíciles. Todo esto conlleva situaciones y sentimientos como enfado, resentimiento, culpa, ansiedad o nerviosismo.

2.2. Análisis diagnóstico de la realidad

Para finalizar el apartado de la fundamentación se va a realizar el análisis de los datos recabados a través de las entrevistas realizadas tanto a los cuidadores informales como a diferentes profesionales. En concreto se llevaron a cabo cinco entrevistas a cuidadores informales y tres a profesionales. El objetivo principal es conocer las principales necesidades de dichos cuidadores para poder desarrollar un proyecto adecuado a sus necesidades.

En el Anexo III y Anexo IV se puede consultar el guion de las entrevistas. Así como en los anexos siguientes se pueden consultar las entrevistas completas llevadas a cabo a lo largo del trabajo de campo.

2.2.1. Análisis entrevistas a cuidadores informales:

Teniendo en cuenta los datos obtenidos al realizar entrevistas a diversos cuidadores, se pueden extraer las siguientes conclusiones.

Perfil de los cuidadores informales

En la Tabla 3 se ofrece un resumen de los datos generales obtenidos en nuestras entrevistas a los cuidadores. Según la información obtenida, se observa que gran parte de los entrevistados del sector Fernando El Católico son mujeres de edades muy avanzadas. La edad de los entrevistados oscila entre los 64 y 83 años, es decir, la media de edad se sitúa por encima de los 73 años, por lo tanto, se trata de una población muy envejecida. En cuanto a la relación con la persona dependiente nos encontramos una mayor diversidad, pueden ser cónyuges, hijos/as, hermanos/as,...

Tabla 3: Principales características de los cuidadores entrevistados

	Entrevistado 1	Entrevistado 2	Entrevistado 3	Entrevistado 4	Entrevistado 5
Edad	83	64	66	78	77
Sexo	Hombre	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer
Relación con el dependiente	Marido	Hermana	Hija	Hermana	Esposa

Fuente: elaboración propia.

Tal y como expone Esparza (2011), atendiendo a las características socio demográficas, en Aragón el perfil más frecuente de la persona cuidadora principal es el de una mujer, con una edad media de 57 años, casada, con estudios primarios o inferiores, que suele ser la hija o la cónyuge de la persona necesitada de cuidados.

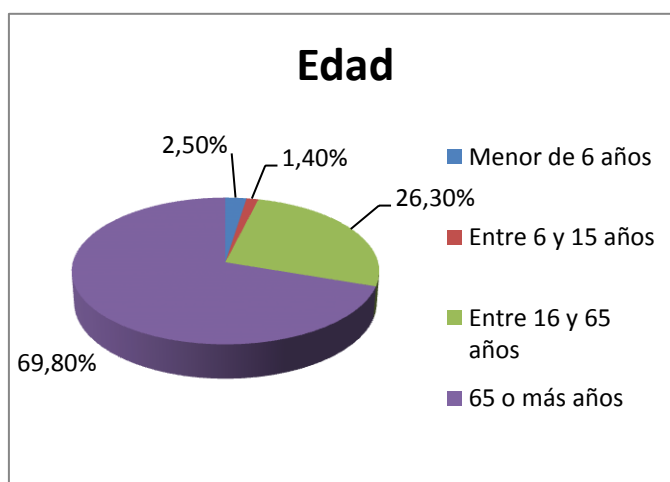
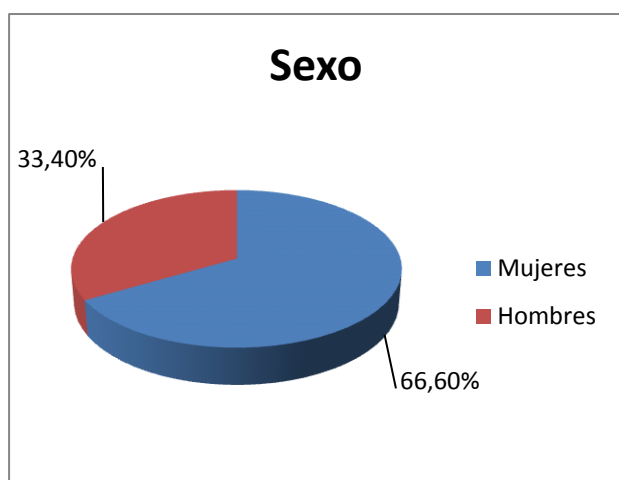
Si se comparan los datos obtenidos con los datos ofrecidos por Esparza (2011) se confirma que el cuidador principal suele ser una mujer, sin embargo, nuestra población estudiada está más envejecida, ya que la media de edad supera los 73 años. Son personas que están en una edad en la que tal vez sean ellos los que necesiten los cuidados.

Perfil de la personas dependiente

En la Tabla 4 se ofrecen datos generales sobre las personas dependientes obtenidos en las entrevistas realizadas a los cuidadores.

El perfil predominante de las personas dependientes de nuestro estudio, es el de personas de avanzada edad, y la mayoría de ellas mujeres. En este caso las edades de los dependientes oscilan entre los 67 y 94 años. La media de edad supera los 82 años de edad.

Esparza (2011) muestra a través de los siguientes gráficos el perfil de las personas dependientes de Aragón según sexo y edad. En este caso, se puede comprobar como el perfil de las personas dependientes de nuestro estudio coincide con el perfil que describe Esparza.



Fuente: Esparza (2011).

Por otro lado, teniendo en cuenta el grado de dependencia que tienen reconocido los entrevistados, se puede ver como a excepción de uno de los entrevistados que tiene reconocido un grado III, el resto tienen reconocido el grado I y se encuentra esperando una revisión del mismo.

Uno de los datos más significativos es que ninguno de los entrevistados recibe ningún tipo de prestación. Es decir, dependen del cuidado de sus familiares. En ocasiones tienen que recurrir a contratar a una persona externa, ya que al tratarse de cuidadores de avanzada edad no pueden atender todas las tareas del cuidado y del hogar.

Cuando se preguntó si reciben algún tipo de prestación económica o de servicios se obtuvieron diferentes respuestas:

“Nada, no recibimos nada. Tenemos contratada una chica que viene a limpiar pero nos la pagamos nosotros” (Entrevistado nº 1).

“No recibo nada. Tengo una ayuda de una persona externa privada” (Entrevistado nº 5).

Teniendo en cuenta las causas que han originado la dependencia cabe destacar que no existe una causa común en todas. Dos de los entrevistados manifiestan que la dependencia de su familiar fue originada desde que sufrieron un Ictus. Otro de los entrevistados cuenta como su hermano sufre una enfermedad mental y cada vez necesita más ayuda, y el resto de los entrevistados expresan como sus familiares presentan problemas de movilidad y un deterioro cognitivo originado por la edad.

Tabla 4: Principales características de las persona cuidadas

	Entrevistado 1	Entrevistado 2	Entrevistado 3	Entrevistado 4	Entrevistado 5
Edad	83	67	94	85	82
Sexo	Mujer	Hombre	Mujer	Mujer	Hombre
Grado	Grado I	Grado I	Grado I	Grado I	Grado III
Prestación	No	No	No	No	No
Causa	Ictus.	Esquizofrenia Oxigenoterapia	Deterioro cognitivo	Deterioro cognitivo.	Ictus.

Fuente: elaboración propia.

Tipo de cuidado que llevan a cabo

En las entrevistas realizadas a los cuidadores, se preguntó si recibían algún tipo de apoyo a la hora de realizar el cuidado, o si por el contrario realizaban las tareas del cuidado en solitario.

Todos realizan al cuidado de manera individual, sin embargo, varios de los entrevistados contaban con apoyo externo para la realización de las tareas del hogar, o con el apoyo de algún miembro de la familia, aunque de manera puntual. Es importante destacar, que las dos personas que realizan el cuidado sin ningún tipo de apoyo, eran los entrevistados número 2 y 3, ya que se trata de los cuidadores más jóvenes. Por lo tanto, a edades más avanzadas resulta muy complicado poder ejercer el este tipo de cuidado sin ningún apoyo.

Otro dato relevante es que el cuidador principal siempre es la misma persona, en pocas ocasiones comparte el rol de cuidador, además en numerosas situaciones aparte de cuidar de la persona dependiente, también tiene que cuidar de sus nietos: “Muchos días me encuentro estresada del todo. También cuido a una nieta pequeña porque mi nuera e hijo trabajan. Tengo a una por mayor y a otra por pequeña” (Entrevistado n° 3).

Cabe destacar, que estos cuidados son prolongados en el tiempo, concretamente los entrevistados, llevan ejerciendo estos cuidados entre uno y seis años.

Debido a esta prolongación de los cuidados, en la mayoría de casos, las personas cuidadoras y las personas dependientes conviven en el mismo domicilio, generalmente adaptado a las necesidades del dependiente. Solo en uno de los casos, la vivienda no estaba adaptada a las necesidades de la persona dependiente, así lo relataba su cuidador principal: “Ahora van a poner rampas en el patio de la casa. Tengo bañera en casa. No me atrevo a meterme en obras. La lavo yo por detrás. No me atrevo a meterla a la ducha” (Entrevistado n° 4).

El tipo de cuidado que desempeñan estas personas suele ser diario, prácticamente las 24 horas del día. Una de las entrevistadas nos contaba que no se dedicaba las 24 horas del día porque no convivían con el dependiente en el mismo domicilio, sin embargo, acudía a la vivienda del dependiente varias veces al día: “Pues todas las mañanas voy a cuidarla, y por las tardes lo mismo”. (Cuidador n°4).

Esto conlleva ayudar a la realización de las ABVD y otras tales como citas médicas, toma de medicación, curas, paseos,... Se preguntó a los entrevistados que tipo de actividades de cuidado

llevan a cabo y se puede comprobar como algunos de los entrevistados realizan tareas más encaminadas a la supervisión: “Yo le ayudo a vestirse, pero más o menos se viste sola y se lava sola, pero tengo que ayudarla” (Entrevistado nº 1).

En cambio, otros de los entrevistados se centran en realizar las tareas básicas que no pueden realizar las personas dependientes:

“Le ayudo a levantarse de la cama, a vestirse, a asearse, le acompaño a pasear...” (Entrevistado nº 2).

“Tengo que prepararle todas las comidas aunque ella come sola. Mediación, aseo diario, supervisión las 24 h. al día”. (Entrevistado nº 3).

“De todo. Le llevo comida, le lavo...” (Entrevistado nº 4).

“Pues hace falta hacerle todo. Entre la chica y yo vamos realizando todas las actividades de cuidado”. (Entrevistado nº 5).

Para finalizar, respecto a las motivaciones por la que se lleva a cabo el cuidado, es importante destacar que no existe una única motivación por la que los cuidadores siguen prestando estos cuidados, sin embargo, la mayoría lo hacen por deber moral, y porque sienten que es una responsabilidad que tienen que cumplir. Es decir, juega un papel muy importante la relación que exista entre ambos y el afecto que se tiene sobre la persona a la que se cuida.

Consecuencias o efectos de cuidar

Siguiendo las entrevistas realizadas, se observa que al tratarse de un cuidado diario, genera en los cuidadores una serie de consecuencias:

- Problemas de salud.
- Repercusiones económicas.
- Problemas de relaciones sociales.

A la hora de analizar las entrevistas realizadas, se observa que varios de los entrevistados presentan un estado de ánimo muy bajo, e incluso toman medicación para la depresión:

“Yo creo que afecta mucho más al estado de ánimo que a la salud física. Yo por ejemplo estoy tomando pastillas que me recetó el médico para las depresiones, porque además también depende mucho de cómo esté ella de ánimos. Si la ves que está con el ánimo por los suelos, pues también te afecta. Y luego claro que me canso mucho, porque tengo que ir a comprar, al médico, a hacer papeles para ella... Y luego claro, no puedo tener “amigos de peña”. Las relaciones con la gente son muy escasas.” (Entrevistado nº 1).

Además de estos efectos negativos en la salud física y mental, también tiene repercusiones en la economía de estas familias. Una de las entrevistadas explica que también ha visto muy afectada su economía: “Sí, consecuencias de salud (depresión, tristeza...), y económicas también. Me estreso mucho. Supongo que también son los años, te ves un poco saturada.” (Entrevistado nº 3).

Por otro lado, también se ha podido comprobar como el cuidado informal tiene una serie de consecuencias en las relaciones sociales de los cuidadores: “Las relaciones sociales nulas, además estoy más triste, más cansada, se me cae el pelo...ahora mismo lloraría”. (Entrevistado nº 2).

Todos ellos manifiestan estar de acuerdo en la realización del cuidado informal, sin embargo, están de acuerdo, en que lo ideal sería que el cuidado lo llevase a cabo un profesional. Por ello, todos demandan ayuda a domicilio, una prestación económica para poder cubrir el coste de una persona que les ayude en las tareas del cuidado en el domicilio, o una plaza pública en un centro de día. Es decir, lo que desean es que se lleve a cabo un modelo de complementariedad entre los cuidadores informales y los cuidadores profesionales, manteniendo a la persona dependiente en el domicilio.

Por último, destacar que durante las entrevistas los entrevistados manifiestan el deseo de mayor información y asesoramiento, y sobretodo formación en relación a los cuidados. Ante las siguientes preguntas: ¿Siente que está formado para realizar el cuidado? ¿O piensa que deberían de recibir más formación respecto al cuidado?, los entrevistados respondían:

“Sí que debería de haber cursos, y tal vez los hay, pero el problema es que no tenemos tiempo para ir. Hay que tener en cuenta que el miedo de un cuidador es que no está cuidando de alguien a quien pueda dejar sola, que hay que estar pendiente todo el tiempo” (Entrevistado nº 1).

“No estaría mal que hubiera cursos de formación” (Entrevistado nº 2).

“Hasta ahora con mi madre, con ayudarla tengo bastante, no necesito moverla. Es distinto que se me quedase en una cama, que en este caso sí que sería importante estar formada. Posiblemente no pudiera atenderla sola”(Entrevistado nº 3).

“Ahora a mi edad no tengo ganas de cursos. Cuando no he tenido que cuidar a mi hermana siempre estaba haciendo algo. Lo que si pienso que sí que son útiles pero yo no tengo ganas de hacer cursos ahora. ” (Entrevistado nº 4).

“Pienso que sí que se debería de recibir más formación pero de más jóvenes porque ahora tan viejos no nos enteraríamos de nada”(Entrevistado nº 5).

2.2.2. Análisis entrevistas de los profesionales:

Teniendo en cuenta los datos obtenidos a través de las entrevistas realizadas a diversos profesionales del sector Fernando El Católico, podemos destacar que el proceso de valoración de la dependencia tiene una demora de unos siete meses aproximadamente, además también existe un gran retraso en la elaboración del Plan Individual de Atención (PIA), por lo tanto, se genera un importante retraso en la asignación de los recursos.

Cabe destacar que la prestación más demanda por las personas dependientes y sus familiares, es la ayuda a domicilio, ya que desean que la persona dependiente resida en la vivienda familiar, sin embargo, en muchas ocasiones, solicitan plaza en un centro de día público cercano a su domicilio.

Las familias desempeñan una labor muy importante en relación a los cuidados, pero en la mayoría de las ocasiones no son conscientes de la necesidad de pedir ayuda. Es fundamental que estos cuidadores sean conscientes de la situación, ya que para poder realizar unos cuidados adecuados necesitan tener sus necesidades cubiertas, es decir, “Cuidarse para cuidar”.

Desde los Centros de Salud se dan pautas para el cuidado de personas con enfermedades crónicas, pero son muy escasas. Es aquí cuando las asociaciones, fundaciones y entidades privadas cobran un gran papel.

Las funciones que desarrollan estos profesionales con los cuidadores van desde una escucha activa y asesoramiento, hasta una información y orientación sobre recursos e instituciones, pasando por una tramitación y gestión de las documentaciones.

2.2.3. Conclusiones y análisis diagnóstico

Teniendo en cuenta los datos analizados anteriormente se pueden sacar las siguientes conclusiones:

- Cuidadores de avanzada edad y la mayoría mujeres.
- Personas dependientes con una media de edad por encima de los 82 años.
- Han sido valorados en diferentes grados como dependientes por el SAAD, pero no reciben ningún tipo de prestación de este sistema.
- Se ejerce el cuidado en solitario, el cual requiere muchas horas al día, y conlleva una serie de consecuencias de salud, económicas y sociales.
- Los cuidadores demandan mayor información, formación y asesoramiento, sin embargo, no pueden acudir a cursos o actividades, debido a que no pueden dejar solas a las personas dependientes.

Tras el trabajo de campo realizado y el análisis de la situación, estas problemáticas diagnosticadas han servido como punto de partida para elaborar el árbol de problemas y objetivos incluidos en los anexos VIII y IX los cuales dan pie al proyecto de intervención de apoyo a cuidadores informales de personas mayores en situación de dependencia, con el fin de poder mejorar la calidad de vida de estos cuidadores.

3. PROYECTO DE INTERVENCIÓN

3.1. Destinatarios/población

El colectivo elegido han sido los “cuidadores mayores informales”, ya que son personas que precisan de ayuda para poder realizar la labor de cuidado a personas dependientes. Se considera que estas personas no tienen suficiente información, ni formación, y desgraciadamente, el cuidar de un dependiente es una situación que llega sin avisar, lo que hace que no estén preparadas totalmente para ejercer el cuidado.

Los cuidadores mayores familiares de personas dependientes son aquellas personas que, por diferentes motivos, coinciden en la labor a la que dedican parte de su tiempo y esfuerzo: cuidar de una persona dependiente es una “carrera de fondo” ya que en unas ocasiones puede ser un periodo corto, pero en otras pueden ser muchos años, y esto afecta a hijos, marido/mujer y entorno social de la persona cuidadora.

También, este cuidado conlleva unas consecuencias en el cuidador, que hacen que no pueda desarrollar su vida de la forma que desean, y se encuentran ligados al cuidado.

Por otro lado, también existen unos destinatarios indirectos como son las personas dependientes, ya que al formar e informar a los cuidadores, la tarea del cuidado se vería mejorada, y por consiguiente la calidad de vida de éstos.

3.2. Ámbito geográfico/localización

El ámbito geográfico donde se va a desarrollar el proyecto se centra en el sector Fernando el Católico, concretamente en la Zona Básica de Salud N°23. Esta zona delimita con:

- “La zona de salud de Hernán Cortés al norte por la avenida de Valencia desde su cruce con la calle Franco y López hasta su cruce con la avenida Pintor Francisco de Goya.
- La zona de salud de Sagasti-Ruiseñores al noreste y este por la avenida de Pintor Francisco de Goya desde su cruce con la avenida de Valencia hasta la Glorieta de los Zagries, continuando por la calle Alférez Provisional y Manuel Lasala hasta el puente Trece de Septiembre.
- La zona de salud de Romareda al sur por la calle Violante de Hungría desde el puente Trece de Septiembre hasta su cruce con la avenida San Juan Bosco.
- La zona de salud de Delicias Sur al oeste por la avenida San Juan Bosco desde su cruce con la calle Violante de Hungría hasta alcanzar la avenida de Valencia.” (Amorín, 2008, p. 29).¹⁵

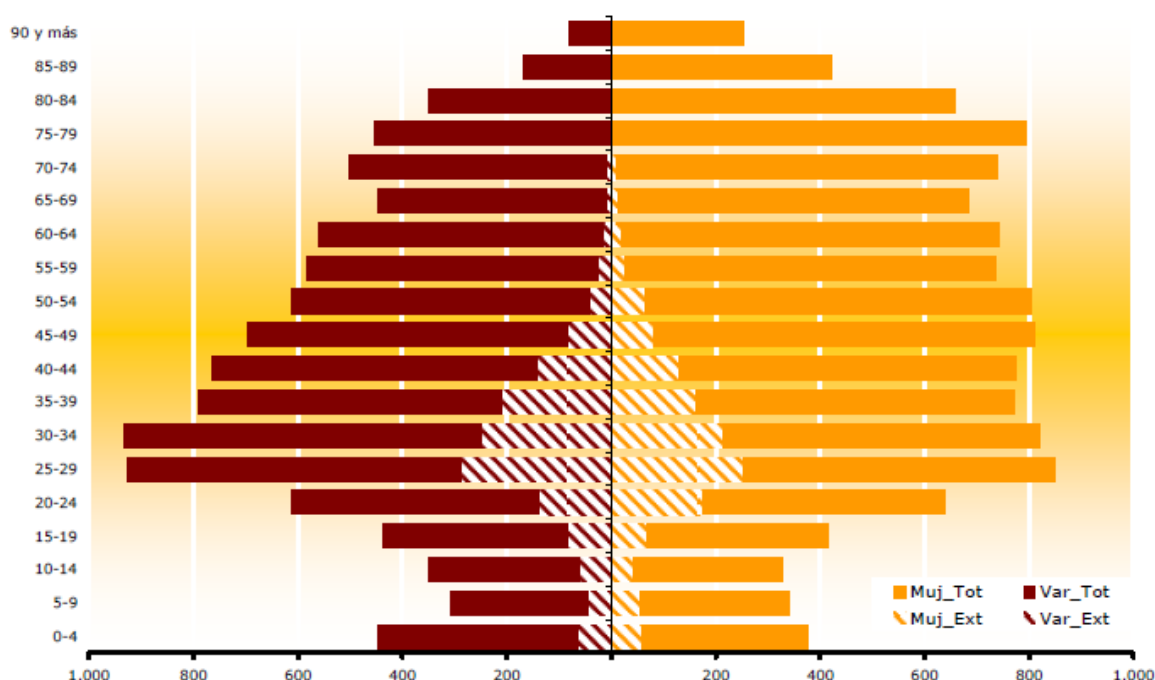
La zona de salud de Fernando el Católico tiene una población de 21.969 habitantes, de los cuales 10.010 son varones, y 11.959 son mujeres. Esta zona es de carácter urbano. En la cual predominan viviendas, zonas de ocio y empleo.

Existe una alta ocupación de edificios públicos como son: colegios mayores, recinto de la Universidad de Zaragoza, Hospital Clínico Universitario, cuarteles de policía y de bomberos. Además existen zonas de espacios verdes, ya que se sitúa cerca del parque José Antonio Labordeta, además de comercios de diversa índole.

La población predominante, según la pirámide de población (Ilustración 4), son las personas mayores de 65 años, aunque también existe una gran afluencia de población joven (en edad de estudiar), debido a que se encuentra cerca de la Universidad de Zaragoza. Este último sector se trata de una población temporal, ya que ocupan pisos durante sus estudios. Concretamente, “(...) el 9,8% de la población tiene menos de 15 años; el 16,5%, entre 65 y 79 años; y el 8,8%, 80 o más años.” (Amorín, 2008, p. 29).

¹⁵ Ver Anexo I: Mapa de delimitación de la zona

Ilustración 4: Pirámide poblacional Fernando el Católico



Fuente: Amorín, 2008.

3.3. Objetivos

Para poder desarrollar unos buenos objetivos, se ha elaborado un árbol de problemas¹⁶ que sirva de ayuda, de tal forma que se pueda ver de manera más visual cuales son los objetivos que se pretenden alcanzar.

A partir de este árbol de problemas, se ha desarrollado un árbol de objetivos¹⁷. El objetivo general y los objetivos específicos son los siguientes:

Objetivo general:

- A) Diseñar un proyecto de intervención de apoyo a cuidadores familiares de personas mayores en situación de dependencia en el sector Fernando el Católico de Zaragoza.

Objetivos Específicos:

- A.1: Proporcionar información y asesoramiento necesario en relación al cuidado.

¹⁶ Ver Anexo VIII: Árbol de Problemas

¹⁷ Ver Anexo IX: Árbol de Objetivos

A.2: Ofrecer recursos específicos para cuidadores mayores informales de personas mayores dependientes.

A.3: Facilitar conocimientos de formación para el cuidador de dependientes.

A.4: Desarrollar habilidades para gestionar su propio tiempo.

3.4. Actividades

Las actividades se van a desarrollar en el Centro de Día Romareda, concretamente en la sala de reuniones. La causa por la que estas actividades se realizarán en un centro de día es porque, de esta manera, los cuidadores tienen mayor facilidad de acceso a participar en las actividades, ya que la persona dependiente estará atendida durante el desarrollo por los profesionales del centro, con la ayuda complementaria de una auxiliar de enfermería.

Los cuidadores mayores informales se dividirán en cuatro grupos homogéneos de un número reducido de miembros, para así poder realizar una intervención más personal e individualizada. Las sesiones estarán estructuradas, de tal manera que cada grupo acudirá una semana diferente, es decir, realizarán cada sesión una vez al mes.

Las actividades¹⁸ planteadas para cumplir los objetivos descritos anteriormente son las siguientes:

“Cuidarme para cuidar”

MODULO I: PRESENTACIÓN DE LA TAREA DE CUIDAR.

- *Sesión 1: Acogida y presentación del programa “Cuidarme para cuidar”.*

En esta primera sesión, el objetivo es presentar en qué va a consistir el programa y en conocer al resto de personas que participan en la misma. Esta sesión estará dirigida por un/a trabajador/a social, donde tendrá la función de mediador y de director.

- *Sesión 2: Información sobre recursos y servicios existentes.*

Esta sesión tiene como objetivo informar acerca de los recursos existentes en relación a la figura del cuidador. Será realizada por un/a trabajador/a social, que tendrá la función de informante.

¹⁸ Ver Anexo XI: Fichas de las actividades

- *Sesión 3: Experiencia de cuidar.*

La finalidad de esta sesión es que cada participante cuente al resto del grupo el tipo de cuidado que realiza y describa como es su día a día. Esta sesión está dirigida por un/a trabajador/a social que tendrá la función de coordinación y observación.

- *Sesión 4: Despedida y evaluación.*

Para finalizar el módulo I, se llevará a cabo esta sesión de despedida donde tiene como finalidad evaluar el módulo con un breve cuestionario.¹⁹ Estará dirigida por un/a trabajador/a social.

MODULO II: RECONOCER EL CUIDADO.

- *Sesión 1: Acogida de los participantes. ¿Qué supone la tarea del cuidado?.*

Esta sesión tiene como finalidad expresar las emociones que supone el cuidado, identificar los factores positivos y negativos que conlleva esta tarea. Primero de manera individual y luego en grupo, para que entre ellos puedan ayudarse, es decir, un grupo de ayuda mutua. El/la trabajador/a social tendrá la función de mediador y observación.

- *Sesión 2: Actividades y programas de ocio.*

Esta sesión tiene como finalidad ofrecer actividades gratuitas organizadas en la ciudad de Zaragoza. Además, dar a conocer la importancia que tiene la realización de las mismas para la figura del cuidador. Esta sesión será dirigida por un/a trabajador/a social y una persona del departamento de turismo del Ayuntamiento de Zaragoza.

- *Sesión 3: Despedida y evaluación.*

Para finalizar este módulo, se realizará esta sesión de despedida donde tiene como finalidad evaluar las sesiones con un breve cuestionario. Estará dirigida por un/a trabajador/a social.

MODULO III: FORMACIÓN PARA EL CUIDADO.

- *Sesión 1: Acogida. Incertidumbres sobre cómo realizar el cuidado.*

Para introducir este módulo, la primera sesión consistirá en recibir y presentar a los participantes. A continuación, se realizará un intercambio de opiniones sobre que les preocupa de la

¹⁹ Ver Anexo X: Cuestionario evaluación.

tarea de cuidado, preguntas sobre aspectos que no saben realizar,... el/la trabajador/a social tendrá la función de mediación entre los miembros del grupo.

- *Sesión 2: Buenas prácticas del cuidador I: cambios posturales.*

Esta sesión será dirigida por un/a fisioterapeuta con la finalidad de explicar y describir cómo realizar correctamente cambios posturales a las personas dependientes.

- *Sesión 3: Buenas prácticas del cuidador II: Alimentación e higiene adecuada.*

Esta sesión será dirigida por un/a enfermero/a del centro de salud de la zona, con el objetivo de dar a conocer cómo se realiza una higiene adecuada y cuál debería ser la alimentación más apropiada.

- *Sesión 4: Despedida y evaluación.*

Para concluir el módulo III, se llevará a cabo esta sesión de despedida que tiene como objetivo la evaluación del módulo con un breve cuestionario. Estará dirigida por un/a trabajador/a social.

MODULO IV: GESTIÓN DEL TIEMPO DE CUIDADO.

- *Sesión 1: Acogida y presentación del módulo.*

En esta primera sesión se pretende dar a conocer la importancia de la organización del tiempo de cuidado. Se realizará una dinámica individual “¿Cuánto tiempo te dedicas a ti mismo diariamente?”, con la finalidad de conocer cómo se estructura el día a día de un cuidador. Se llevará a cabo por un/a trabajador/a social.

- *Sesión 2: Organización del cuidado.*

Esta sesión es una continuación de la sesión anterior. Será una sesión de dinámica grupal que consistirá en elaborar un calendario temporal de cuidador. Se volverá a insistir en la importancia que tiene satisfacer las necesidades de ocio personales del cuidador y los beneficios. Esta sesión será dirigida por un/a trabajador/a social, que tendrá la función de coordinación.

- *Sesión 3: Despedida y evaluación.*

Para finalizar este último módulo, se llevará a cabo esta sesión de despedida donde tiene como finalidad evaluar las sesiones con un breve cuestionario. Estará dirigida por un/a trabajador/a social.

3.5. Metodología

Según De Robertis (2006) se puede entender la metodología como la manera de hacer algo, no como la definición de los objetivos del proyecto. El método es el instrumento para alcanzar los objetivos y está relacionado directamente con los fines de la intervención.

La actuación de este proyecto, se basa en un modelo de intervención, donde la principal característica es la concepción del rol del trabajador social como un agente de cambio, donde este es el encargado de realizar las intervenciones y las actividades del proyecto.

Cuando se habla de intervención, hace referencia a actuar, a ver al trabajador social cómo un mediador del proceso de cambio. Tener en cuenta un “cambio” no conlleva que sean solo cambios positivos, sino que también pueden surgir cambios negativos, y esto supone considerar la importancia de la evaluación.

Existen diferentes tipos de intervención, pero este proyecto se centra en una intervención directa, ya que se da una relación frente a frente de trabajador social con el usuario, es decir, con los cuidadores mayores informales de personas dependientes.

Siguiendo nuevamente a De Robertis (2006), las intervenciones directas se clasifican en diversos subtipos. Este proyecto se centra en clarificar y apoyar a las personas cuidadoras, teniendo como objetivo permitir al usuario analizar su propia situación.

La clarificación se utiliza durante las primeras fases del proyecto (módulo I y II), y consiste en motivar al usuario para que exprese su situación y los problemas que han surgido tras su papel como cuidador informal. La clarificación implica que el trabajador social utilice estas técnicas: observación participante y escucha activa.

Por otro lado el apoyo, que tiene como objetivo aliviar al usuario, minimizando la ansiedad, el estrés y el sentimiento de culpabilidad, que puede desembocar en una mala visión de su capacidad de ejercer la tarea del cuidado.

A modo de conclusión, se puede afirmar que con este tipo de intervención, la figura del trabajador es de especial importancia, ya que éste establece una relación directa múltiple con el grupo de usuarios, es decir, cuidadores mayores informales, y con cada uno de los miembros que lo constituyen. Como bien dice el modelo, la finalidad de este proyecto es ofrecer apoyo a las personas cuidadoras informales de personas en situación de dependencia.

3.6. Temporalidad

El proyecto se desarrollará durante el periodo de un año y medio, desde febrero del 2015, a julio de 2016.

Los meses de febrero a junio de 2015, ambos inclusive, se centrarán en la elaboración del proyecto, mientras que los meses de julio de 2015 a abril de 2016, ambos inclusive, se implantarán las actividades del proyecto.

Dichas actividades, como se ha explicado anteriormente, están divididas en cuatro módulos, y estos, a su vez, se subdividen en sesiones. Hay un total de 10 sesiones a realizar una cada mes durante los meses de julio a abril, ambos inclusive.

El mes de mayo y la primera quincena de junio de 2016, se realizará un periodo de evaluación.

Para finalizar, se llevará a cabo la memoria del proyecto durante mediados de junio y julio de 2016.

Meses/Actividades	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Octubre	Nov.	Dic.	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Diseño del proyecto																		
Implantación del proyecto																		
Modulo I: Presentación del cuidado. Sesión 1.																		
Modulo I: Presentación del cuidado. Sesión 2.																		
Modulo I: Presentación del cuidado. Sesión 3 y 4.																		
Módulo II: Reconocer el cuidado. Sesión 1.																		
Módulo II: Reconocer el cuidado. Sesión 2 y 3.																		
Módulo III: Formación para el cuidado. Sesión 1.																		
Módulo III: Formación para el cuidado. Sesión 2																		
Módulo III: Formación para el cuidado. Sesión 3 y 4.																		
Módulo IV: Gestión del tiempo de cuidado. Sesión 1																		
Módulo IV: Gestión del tiempo de cuidado. Sesión 2 y 3.																		
Evaluación																		
Memoria																		

3.7. Recursos (humanos, materiales, económicos)

- *Recursos Humanos:*

Los responsables que llevarán a cabo estas actividades son:

- Trabajador/a Social: pieza clave en el proyecto. Su función es la de dirigir, mediar y coordinar todas las sesiones planteadas. Además, realizará una evaluación y una memoria final, al terminar el proyecto.
- Cuidadores profesionales (auxiliares de enfermería): su función va a ser la de atender, junto con el personal del centro, a las personas dependientes de los cuidadores mayores familiares que se encuentran realizando las actividades.
- Fisioterapeuta: se va a encargar de una parte formativa de los cuidadores, concretamente de explicar una buena práctica de los cambios posturales a las personas dependientes.
- Enfermero/a: se va a encargar de la otra parte formativa, concretamente describir y explicar pautas para una adecuada alimentación e higiene personal (aseo diario) de las personas en situación de dependencia.
- Voluntariado: profesional del departamento de turismo del Ayuntamiento de Zaragoza.

- *Recursos materiales:*

- Espacio físico adecuado a las actividades diseñadas (salas habilitadas del Centro de día Romareda).
- Material necesario para realizar cada actividad (mesas, sillas, folios, bolígrafos...).

- *Recursos económicos:*

El proyecto ha sido diseñado por alumnos de cuarto del grado de Trabajo Social de la Universidad de Zaragoza. Se ha establecido una estimación inicial de unos 5000 euros de gastos. La financiación se obtendrá mediante subvenciones públicas del Ayuntamiento de Zaragoza, además de financiación privada por parte de entidades bancarias como por ejemplo Obra Social “La Caixa”.

3.8. Presupuesto

Coste personal									
Profesional	Salario bruto anual	Seguridad Social	Total mes (40 h/ sem)	Total por hora	Horas trabajadas mensual	Salario bruto mensual (por horas trabajadas)	Meses trabajados	Paga extra	Total
Trabajador/a Social	20.300 €	15%	1.668 €	10,42 €	8	83,38 €	10	83,38 €	917 €
Auxiliar de enfermería	16.060 €	15%	1.319 €	8,25 €	8	65,96 €	10	65,96 €	726 €
Fisioterapeuta	20.300 €	15%	1.668 €	10,42 €	8	83,38 €	3	83,38 €	334 €
Enfermero/a	20.300 €	15%	1.668 €	10,42 €	8	83,38 €	3	83,38 €	334 €
								Total	2.310 €

Material y equipos			
Concepto	Unidades	Coste por unidad	Total
Carpetas	250	0,15 €	37,50 €
Bolis (pack)	50	6,00 €	300,00 €
Documentación	250	3,00 €	750,00 €
Fotocopias	5000	0,02 €	100,00 €
Folios (pack)	10	3,00 €	30,00 €
Cartulinas	100	0,50 €	50,00 €
Rotuladores pizarra	12	1,60 €	19,20 €
Folletos informativos	200	0,20 €	40,00 €
Carteles informativos	12	1,10 €	13,20 €
Material de gimnasio	25	2,00 €	50,00 €
		Total	1.389,90 €

FINANCIACIÓN:	5.000,00 €
TOTAL GASTOS:	3.699,59 €
IMPREVISTOS:	↑ 1.300,41 €

Este presupuesto ha sido obtenido sumando el total de recursos humanos y recursos materiales.

A la hora de realizar los recursos humanos se han tenido en cuenta los profesionales que van a participar. Por un lado tenemos a aquellos profesionales (trabajador social y auxiliar de enfermería) que van a trabajar 8h/mes durante 10 meses, y por otro lado los profesionales (fisioterapeuta y enfermero/a) que van a trabajar 8h/mes durante 3 meses. Todos ellos tendrán una paga extra, concretamente la del mes de Diciembre, que dependerá de las horas trabajadas.

Para fijar los salarios de los profesionales se ha contado con el salario bruto anual recogido en el Convenio Estatal de Acción e Intervención Social 2015-2017²⁰. El trabajador/a social, fisioterapeuta y enfermera corresponden al Grupo 1, mientras que el/la auxiliar de enfermería corresponde al Grupo 3 dentro de este convenio.

Dentro de los profesionales del Grupo 1, el salario bruto, con 40 horas trabajadas al mes, es de 20.300€/año, por lo que la cantidad total pagada al mes, habiendo trabajado 8 horas, es de 83,38€/mes. En cuanto al sueldo final de los profesionales:

- Trabajador Social: 917€ en 10 meses trabajados.
- Fisioterapeuta y enfermero: 334€ en 3 meses trabajados.

Dentro de los profesionales del Grupo 3, el salario bruto, con 40 horas trabajadas al mes, es de 16.060€/año, por lo que la cantidad total pagada al mes, habiendo trabajado 8 horas, es de 65,96€/mes. En cuanto al sueldo final de los profesionales:

- Auxiliar de enfermería: 726€ en 10 meses trabajados.

Para finalizar, cabe destacar que el presupuesto sería de 3.699,59 €. Teniendo en cuenta la estimación inicial realizada (5.000€), quedarían 1.300,41€ para imprevistos.

²⁰ Convenio Estatal de Acción e Intervención Social 2015-2017: http://www.fsc.ccoo.es/comunes/recursos/99922/2062832-Texto_Firmado_Convenio_Intervencion_Social.pdf

3.9. Evaluación

Una evaluación es “un proceso integral de observación, medida, análisis e interpretación, encaminado al conocimiento de una intervención —norma, programa, plan o política— que permita alcanzar un juicio valorativo y basado en evidencias respecto a su diseño, puesta en práctica, resultados e impactos” (AEVAL, 2010, p. 13).

Se ha propuesto realizar indicadores antes y después del proyecto. Los indicadores elaborados para realizar la evaluación de cada módulo de actividades, son los siguientes:

INDICADORES DE EVALUACIÓN		
	Antes de la realización	Después de la realización
MÓDULO I:		
PRESENTACION DE	- N° personas que van a asistir a las sesiones.	- % personas que asistieron a las sesiones.
LA TAREA DE CUIDAR	- N° personas que van a asistir al módulo completo.	- % personas que han asistido al módulo en su totalidad.
	- N° personas que realizaran las actividades.	- % personas que han realizado las actividades propuestas.
		- Grado de interés de los usuarios.
		- Grado de satisfacción de los usuarios.
		- Grado de utilidad de la información recibida.

INDICADORES DE EVALUACIÓN		
	Antes de la realización	Después de la realización
MÓDULO II: RECONOCER EL CUIDADO	<ul style="list-style-type: none"> - N° personas que van a asistir a las sesiones. - N° personas que van a asistir al módulo completo. - N° personas que realizan actividades de ocio. - N° personas que realizarán las actividades 	<ul style="list-style-type: none"> - % asistencia a las sesiones. - % usuarios que han realizado todas las sesiones. - % participación en actividades de ocio. - Grado de satisfacción de los usuarios.
MÓDULO III: FORMACIÓN PARA EL CUIDADO	<ul style="list-style-type: none"> - N° personas que van a asistir a las sesiones. - N° personas que van a asistir al módulo completo. - N° profesionales voluntarios que realizarán las actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> - % personas que asistieron a las sesiones. - % personas que han asistido al módulo en su totalidad. - % personas que han realizado las actividades propuestas. - Grado de satisfacción de los usuarios. - Grado de comprensión de la formación recibida.
MÓDULO IV: GESTIÓN DEL TIEMPO DE CUIDADO	<ul style="list-style-type: none"> - N° personas que asistirán a las sesiones. - N° actividades a realizar. 	<ul style="list-style-type: none"> - % asistencia a las sesiones. - N° actividades realizadas. - Grado de satisfacción de los usuarios. - Grado de utilidad de las actividades realizadas.

Fuente: elaboración propia

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán García, A., & Pujol Rodríguez, R. (2015). Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos. *Informes envejecimiento en red*(10).
- Agencia de evaluación y calidad (2010). *Fundamentos de evaluación y políticas públicas*. Madrid: Ministerio de Política Territorial y administración pública.
- Alemán Brancho, C., Alonso Seco, J. M., & Fernández Santiago, P. (2010). *Dependencia y Servicios Sociales*. Navarra: Aranzadi SA.
- Amorín Calzada, M. J. (2008). *Mapa sanitario de la Comunidad de Aragón 2007. Sector Zaragoza II*. Zaragoza: Gobierno de Aragón.
- Barbadillo Griñan, P., & Gómez García, M. V. (2010). El cuidado como responsabilidad: consecuencias no deseadas en la aplicación de la ley de dependencia. *Astrolabio. Revista internacional de filosofía*(11), 45 - 54.
- Casado Pérez, D. (s.f.). Atención básica y comunitaria idónea a la Dependencia. *Actas de dependencia*(7), 19 - 40.
- Colom Masfret, D. (2005). *Libro Verde de Trabajo Social: instrumentos de documentación técnica*. Madrid: Consejo General de diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.
- Corbetta, P. (2003). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Crespo López, M., & López Martínez, J. (2007). *El apoyo de los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"*. Madrid: Ministerio de Trabajo y asuntos sociales.
- Cruz Roja Graus (2014). Cuidando al cuidador. Material inédito: "Cuidando al cuidador"
- De Robertis, C. (2006). *Metodología de la intervención en trabajo social*. Buenos Aires: Lumen.
- Durán Heras, M. Á. (s.f.). Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales*(60).
- España. Decreto 143/2011, de 14 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón. Boletín Oficial de Aragón, 30 de junio de 2011, núm.127, pp. 15603 a 15736.

España. Jefatura de 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, Boletín Oficial del Estado, Nº. 229/2006

España. Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, 18 de febrero de 2011, núm. 42, pp. 18567 a 18691.

España. Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, 12 de mayo de 2007, núm. 114, pp. 20602 a 20605.

Esparza Catalán, E. (2011). Discapacidad y dependencia en Aragón. *Informes Portal de Mayores*(111).

Gómez Redondo, R. (2010). *Salud, demografía y sociedad en la población anciana*. Madrid: Alianza Editorial.

Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Gobierno de España. (2011). *Envejecimiento Activo. Libro blanco*. IMSERSO.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Gobierno de España. (2004). *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid.

Monserrat Codorniu, J. (2014). El impacto de la crisis en el sistema de atención a la dependencia ¿Hacia un cambio de modelo? (F. Foesa, Ed.) *Documento de trabajo*(5.6).

Pastor Seller, E. (2014). Prácticas y supervisión en Trabajo Social: metodología, organización e instrumentos de supervisión de la práctica profesional. *Tresmiles*(65).

Pérez Díaz, J. (2010). El envejecimiento de la población española. *Investigación y ciencia*, 34 - 42.

Puyol Antolín, R., & Abellán García, A. (2006). *Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española*. Madrid: Mondial Assistance.

Rodríguez Cabrero, G. (2011). Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea. *Cuaderno de relaciones laborales*, 29(1), 13 - 42.

Rodríguez Cabrero, G., Rodríguez Rodríguez, P., Castejon Villarejo, P., & Moran Alaez, E. (2013). *Las personas mayores que vienen. Autonomía, solidaridad y participación social*. Colección Estudios de la fundación Pilares.

Rogero García, J. (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. IMSERSO.

Sociedad Española de geriatría y gerontología. (2013). *Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores*. Madrid: IMC.

Tobío, C., Agulló Tomás, M. S., Gómez, M. V., & Martín Palomo, M. T. (2010). El Cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI. (F. L. Caixa, Ed.) *Colección estudios sociales*, 28.

Viqueira Pérez, C., & Alegre Nuevo, M. (2013). *Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia: guía práctica*. Valencia: Tirant lo Blanch.