



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado

El abordaje del Trabajador Social sobre los mitos y el estigma de la sociedad ante las enfermedades neurológicas.

The social worker's approach to the myths and social stigma of neurological diseases.

Arcal Navarrete, Pilar  
Ferrer Pérez, Noelia

López Martínez, Ana Cristina

Facultad de ciencias sociales y del trabajo

2020/2021

**AGRADECIMIENTOS:**

A nuestras familias por el apoyo que nos brindaron en el principio de este camino y que han seguido apoyándonos hasta el final, ya que sin ellos hubiese sido inviable.

A la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo, por su atención en estos cuatro años.

Y en especial a nuestra profesora Ana Cristina López Martínez, por todos sus consejos, interés y atención hacia nosotras, ya que sin ella no podríamos haber sacado el trabajo adelante.

## ÍNDICE

1.RESUMEN.....	5
2.INTRODUCCIÓN .....	6
3.JUSTIFICACIÓN .....	7
4.OBJETIVOS. ....	8
4.1 Objetivo general.....	8
4.2 Objetivo Específico.....	8
5.CONCEPTUALIZACIÓN.....	9
5.1 Envejecimiento: .....	9
5.2 Pirámide poblacional a nivel nacional: .....	9
5.3 Ley de dependencia:.....	13
5.4 Estigma y mitos en la tercera edad: .....	14
6.PRINCIPALES ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CON PREVALENCIA EN LA TERCERA EDAD .....	15
6.1 Enfermedad de Alzheimer: .....	15
6.2 Enfermedad de Parkinson: .....	16
6.3 Demencias de origen vascular: .....	16
7.ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL ANTE LAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS Y EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR .....	17
8.PRINCIPALES DIFICULTADES DE LOS CUIDADORES FORMALES Y NO FORMALES.	21
9.METODOLOGÍA .....	24
9.1 Diseño .....	24
9.2 Temporalización y cronograma .....	24
9.3 Participantes .....	25
9.4 Instrumentos.....	25
9.5 Resultados .....	26
9.6 Análisis.....	31
10.CONCLUSIONES Y PROPUESTAS .....	34
11.BIBLIOGRAFÍA .....	37
12.ANEXOS .....	39
Anexo 1: Cuestionario .....	39
Anexo 2: Respuestas en gráficos .....	42

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Esperanza de vida España (1900-2019).....	9
Gráfico 2. Nacimientos, fallecimientos, flujo migratorio neto y población entre 1960 y 2019 .....	10
Gráfico 3. Tasa de dependencia a los 67 años (1971-2020) .....	11
Gráfico 4. Pirámides de población en España en 1908 y 2020.....	11
Gráfico 5. Valoración de la población entre 2020 y 2050 (personas).....	12
Gráfico 6. Comparación de pirámides de población 2020 y 2050.....	12
Gráfico 7. Tasa de dependencia a los 65 años. Año 2050 .....	13
Gráfico 8. Respuesta ocho .....	27
Gráfico 9. Respuesta diez.....	28
Gráfico 10. Respuesta catorce.....	29
Gráfico 11. Respuesta quince.....	29
Gráfico 12. Respuesta diecisiete .....	30

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cronograma.....	25
--------------------------	----

## **1.RESUMEN**

La figura del trabajador social ante las enfermedades neurológicas es de vital importancia para las personas que padecen dichas patologías, ya que la tercera edad es un grupo social vulnerable, esto, sumado a padecer una enfermedad neurológica les hace ser un colectivo prejuzgado por la sociedad.

El juicio anticipado hacia estas personas, crea una estigmatización errónea y unos falsos mitos que provoca una discriminación, esto lo observamos tras realizar un cuestionario sobre el estigma y los mitos que la sociedad tiene respecto a las enfermedades neurológicas en la tercera edad, como es el Alzheimer, el Parkinson y las demencias vasculares, y, por tanto, desde el Trabajo Social abordaremos una serie de propuestas para normalizar dichas enfermedades.

## **ABSTRACT**

The figure of the social worker in the face of neurological diseases is of vital importance for people suffering from these pathologies, as the elderly is a vulnerable social group, and this, added to suffering from a neurological disease, makes them a group that is prejudiced by society.

This is what we observed after carrying out a questionnaire on the stigma and myths that society has about neurological diseases in the elderly, such as Alzheimer's, Parkinson's and vascular dementias, and therefore, from Social Work we will address a series of proposals to normalise these diseases.

## **2.INTRODUCCIÓN**

La idea de este trabajo la hemos forjado gracias al estudio de estas asignaturas estudiadas en los diferentes años del grado de Trabajo Social, la asignatura de, “Salud, dependencia y vulnerabilidad social”, impartida por dos profesores, uno de ellos especializado en la parte médica, gracias a ello aprendimos algunas de las enfermedades neurológicas de las que hablaremos a lo largo del trabajo y el otro profesor se centraba más en la parte social y demográfica, en concreto en la tercera edad.

La asignatura de “Trabajo social con colectivos en situación de dependencia.” fue una materia optativa que elegimos tras haber realizado el “Prácticum de intervención”, las realizamos en residencias de la tercera edad, donde los tramites y recursos relacionados con colectivos en situación de dependencia están conexos con la asignatura.

Otra materia clave fue: Tecnologías aplicadas a la gestión de la información en el contexto de las ciencias sociales que nos ha enseñado a utilizar todas las herramientas del paquete Microsoft Office, lo que nos va a permitir que la estética y contenidos del trabajo sea de forma más profesional.

Y las técnicas que vamos a emplear para desarrollar el Trabajo de Fin de Grado, las hemos profundizado gracias a la materia de “Métodos y técnicas de investigación en trabajo social”, donde hemos aprendido diversas herramientas para realizar y diferenciar los tipos de entrevistas, encuestas, cuestionarios y además de las diferentes preguntas y respuestas del cuestionario.

### **3.JUSTIFICACIÓN**

Debido a la crítica situación que estamos viviendo mundialmente, el Trabajo Fin de Grado no lo vamos a poder desarrollar según teníamos previsto.

La idea inicial del trabajo era agrupar las vivencias de las dos componentes durante el desarrollo del Prácticum de Intervención. Enlazar la tercera edad y la salud mental, ya que consideramos que ambos son grupos vulnerables y por ello queríamos conocer las vivencias de los pacientes de tercera edad con enfermedades de salud mental, comprender el desarrollo de su enfermedad, las barreras a las que se han enfrentado durante toda su vida, y poder visibilizar y empatizar con dichas personas y con ello poder mentalizar a la población y normalizar las enfermedades de salud mental en la tercera edad.

El título del trabajo que escogimos es “El estigma de la salud mental en las residencias de tercera edad”, queríamos con ello centrarnos en las barreras que los familiares, entidades de salud mental y en concreto pacientes con enfermedades psiquiátricas tienen a la hora de entrar en una residencia de tercera.

En consecuencia, de todas las dificultades que encontramos para poder desarrollar el trabajo, consensuamos otra propuesta de trabajo, tendrá otra forma e idea principal, aunque no perderá la esencia de lo que queríamos estudiar en un principio.

Por consiguiente, la nueva propuesta es “El abordaje del trabajador social los mitos y el estigma de la sociedad ante las enfermedades neurológicas”, al llegar a la parte metodológica del trabajo decidimos estudiar el estigma y los mitos, ya que pensamos que la sociedad tiene pensamientos negativos respecto a algunos comportamientos que tienen estas personas, y les resulta muy difícil deshacerse de estas creencias, la población suele sentir miedo y rechazo ante la gente enferma ya que a veces tienen actitudes “fuera de lo normal”, por ello pensamos en elaborar un cuestionario a través de Google Formularios, y difundirlo mediante WhatsApp, para conocer lo que la población opina respecto a dichas enfermedades. Cientos de millones de personas sufren enfermedades neurológicas en todo el mundo, por ello consideramos que hay que hacer una demanda colectiva ya que el incremento y la prevalencia de casos en la tercera edad es considerable, estas patologías provocan cierta discriminación a este colectivo de personas enfermas y por lo tanto, tras realizar este cuestionario nos dimos cuenta de que era necesario ejecutar una serie de propuesta para intentar paliar dichos estigmas, mitos y prejuicios e intentar normalizar las enfermedades neurológicas en la sociedad.

#### **4.OBJETIVOS.**

##### 4.1 Objetivo general

- Conocer la realidad de las enfermedades neurológicas en la tercera edad, el desempeño de las funciones del trabajador social ante dichas enfermedades, los mitos y la estigmatización que la sociedad tiene respecto a las enfermedades neurológicas.

##### 4.2 Objetivo Específico.

- Describir el Rol del Trabajador social y otros profesionales implicados.
- Conocer las principales características de los cuidadores formales y no formales.
- Detallar los mitos que la sociedad tiene frente a la realidad de la enfermedad.
- Visibilizar el estigma que tiene la sociedad ante las personas que padecen de una enfermedad neurológica en la tercera edad.

## 5. CONCEPTUALIZACIÓN

### 5.1 Envejecimiento:

Un punto de vista orgánico, es que el envejecimiento según la OMS “es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte”.

El envejecimiento no está del todo relacionado con la edad ya que hay mucha gente mayor o de la tercera edad que tienen una buena salud y se desenvuelven perfectamente, mientras que otros son frágiles y necesitan ayuda.

Estos cambios del envejecimiento también están unidos a otros procesos de la vida como puede ser la jubilación, el traslado a una residencia, y el fallecimiento de amigos y pareja.

### 5.2 Pirámide poblacional a nivel nacional:

España se encuentra en un proceso de envejecimiento continuo, en el año 1960 el porcentaje de personas con más de 65 años era de 8,2%, en comparación con 2020 que es del 22,9%. El proceso de envejecimiento muestra que no se va a ralentizar ya que el INE estima que en 2050 el porcentaje de población con más de 65 años será del 31,4% y el 11,6% tendrá más de 80 años.

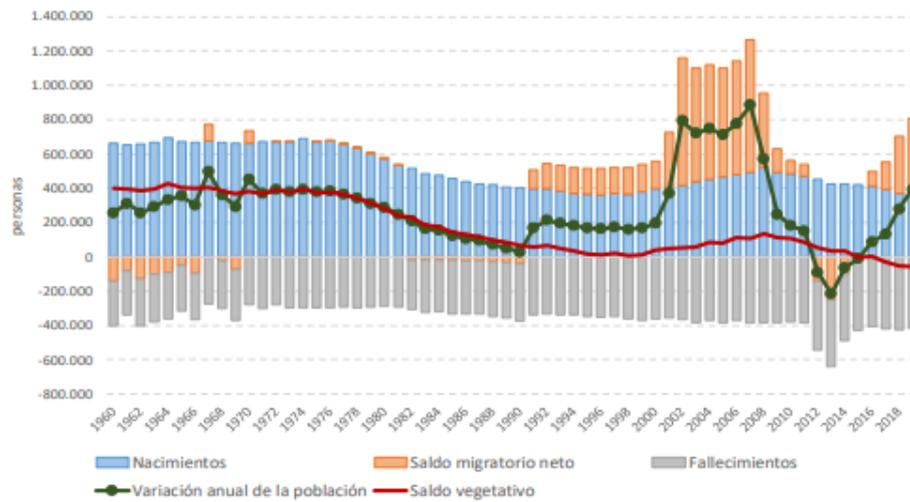
Hablando de mortalidad y esperanza de vida, actualmente España es el país europeo con más esperanza de vida tanto al nacer como a los 65 años, es el único país que supera los 83 años, con 83,2 años, esto se debe a las mujeres ya que tienen una esperanza de vida de 86,1 años al nacer. La esperanza de vida ha crecido debido a todos los avances que han ido apareciendo a edades avanzadas, donde más ha aumentado ha sido a partir de los 65 años. (ver gráfico 1). Hoy en día una persona con 65 años tiene por delante 21,6 años de vida.



Fuente: Conde-Ruiz, J.I Y González, C. (febrero, 2021) *El proceso de envejecimiento en España*

**Gráfico 1. Esperanza de vida España (1900-2019)**

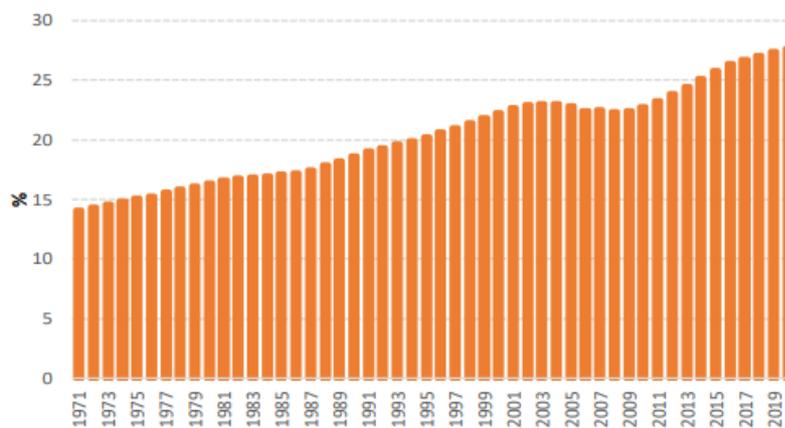
A continuación, vamos a hablar del impacto sobre la dinámica de la población en España. Hasta 1990, el crecimiento de la población se debía a que había más nacimientos que fallecimientos, a partir de los años 90, el saldo vegetativo seguía siendo positivo debido a los flujos migratorios y esto hizo crecer la población española. En 2008, los flujos migratorios se redujeron y esto supuso el descenso de población entre los años 2012 y 2015. En 2017, 2018 y 2019, el saldo vegetativo fue negativo, ya que los fallecimientos superaron a los nacimientos, pero la población aumentó de nuevo por los flujos migratorios. (ver gráfico 2).



Fuente: Conde-Ruiz, J.I Y González, C. (febrero, 2021) *El proceso de envejecimiento en España*

**Gráfico 2. Nacimientos, fallecimientos, flujo migratorio neto y población entre 1960 y 2019**

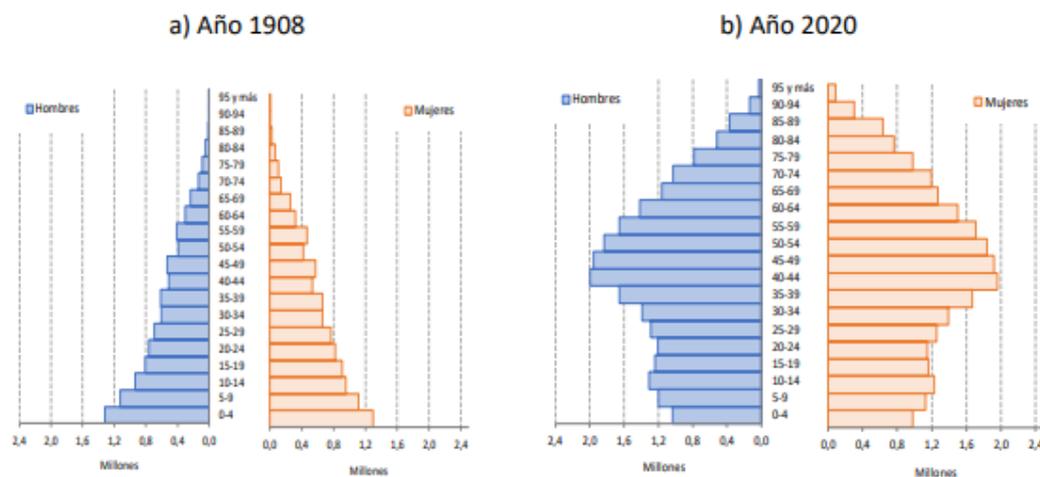
Debido al aumento de la población se ha producido un envejecimiento de la población debido a la larga esperanza de vida. Como podemos ver en el gráfico 3 la tasa de dependencia a los 67 años ha aumentado, excepto en la entrada de inmigrantes que hizo rejuvenecer la población



Fuente: Conde-Ruiz, J.I Y González, C. (febrero, 2021) *El proceso de envejecimiento en España*

**Gráfico 3. Tasa de dependencia a los 67 años (1971-2020)**

Como podemos ver en el gráfico 4 en 1908 la población tenía forma de pirámide, sin embargo, en el año 2020 vemos que la base se ha estrechado debido a la poca natalidad, la parte central y superior se ha ensanchado respecto al año 1908.

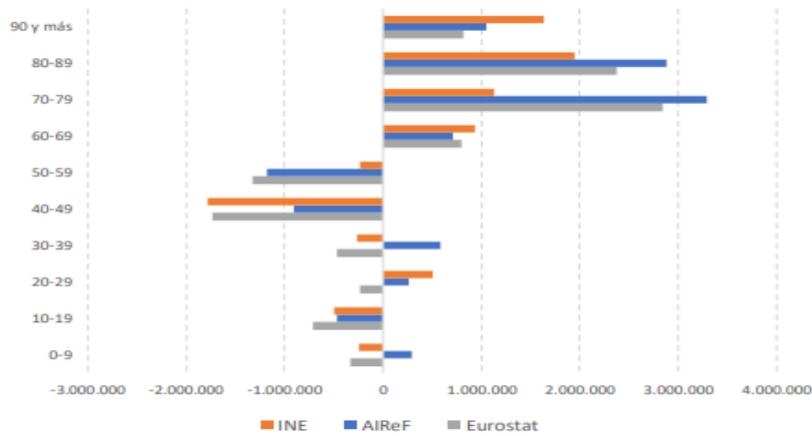


Fuente: Conde-Ruiz, J.I Y González, C. (febrero, 2021) *El proceso de envejecimiento en España*

**Gráfico 4. Pirámides de población en España en 1908 y 2020**

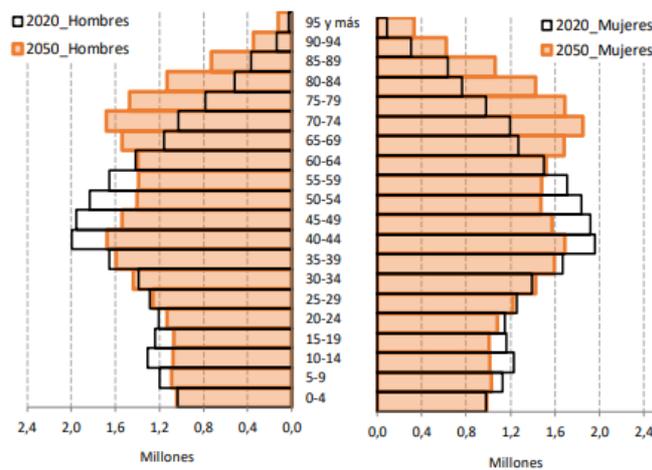
En el gráfico 5 analizamos las estimaciones de AIREF, INE y Eurostat, todas ellas coinciden en que las personas mayores de 60 años aumentarán en el año 2050 y habrá menor población de entre 40 y 50 años. Encontramos una diferencia en AIREF que muestra que los menores de 40 años aumentarán la población en 667mil personas, mientras que las otras dos muestran que disminuirán. El INE habla de una transformación de la población entre 2020 y 2050 donde observaremos un estrechamiento de la base y un aumento en el cuerpo y parte superior de la pirámide. Actualmente de cada 100 personas hay 16 personas

menores de 15 años, 67 personas en edad de trabajar y 17 personas mayores de 67 años, mientras en 2050 de cada 100 personas habrá 13 menores de 15 años, 58 personas en edad de trabajar y 29 personas mayores de 67 años.



Fuente: Conde-Ruiz, J.I Y González, C. (febrero, 2021) *El proceso de envejecimiento en España*

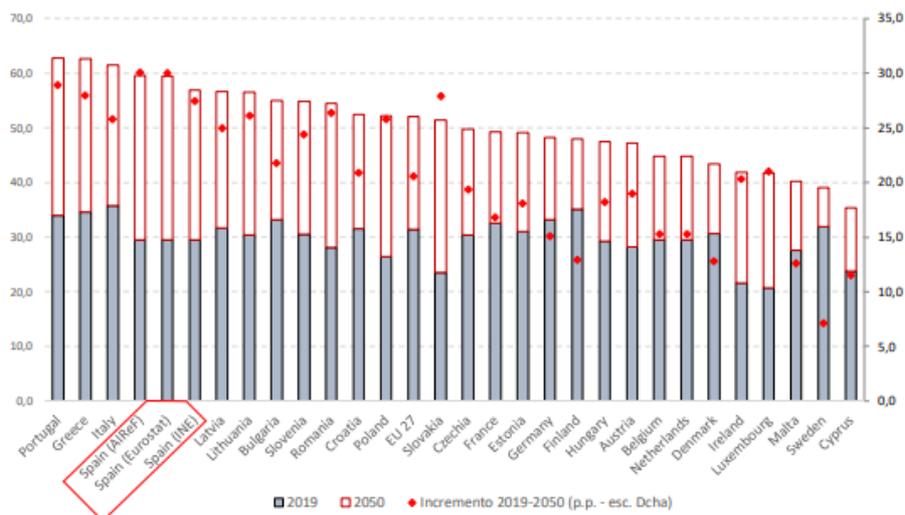
**Gráfico 5. Valoración de la población entre 2020 y 2050 (personas)**



Fuente: Conde-Ruiz, J.I Y González, C. (febrero, 2021) *El proceso de envejecimiento en España*

**Gráfico 6. Comparación de pirámides de población 2020 y 2050**

Para analizar el proceso de envejecimiento, se emplea la evolución de la tasa de dependencia a los 67 años. Esta tasa alcanzaría los máximos valores alrededor del año 2050. A través de Eurostat, en la figura 7, se incluye la tasa de dependencia a los 65 años para el año 2050, donde observamos que España es el cuarto país con una mayor tasa de dependencia.



Fuente: Conde-Ruiz, J.I Y González, C. (febrero, 2021) *El proceso de envejecimiento en España*

**Gráfico 7. Tasa de dependencia a los 65 años. Año 2050**

### 5.3 Ley de dependencia:

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción a la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, “*Constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía*”.

Según el Artículo 26 de la Ley 29/2006, de 14 de diciembre, la situación de dependencia se clasificará en los siguientes grados:

a) “*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.*”

b) “*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.*”

c) “*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.”*

#### 5.4 Estigma y mitos en la tercera edad:

Se puede definir el estigma como el producto de varios procesos de etiquetamiento, estereotipación, distanciamiento y segregación, degradación y discriminación (Pedersen D, 2009). La sociedad margina a la parte de la población afectada por dichas patologías neurológicas, lo que dificulta su vida cotidiana y se crean unas barreras relevantes a la hora de la atención y la integración social de estas personas.

Una muestra de los prejuicios que a día de hoy siguen existiendo hacia las personas mayores que padecen estas enfermedades, puede ser, por ejemplo:

- En la forma de vestir: La sociedad no está acostumbrada a ver personas mayores vistiendo de una forma más juvenil, extravagante o simplemente diferente, ya que se tiene una imagen etiquetada de las personas según su edad. De modo que son percibidas como “extrañas” e incluso generan sentimientos de miedo, risa o rechazo.
- A la hora de compartir un espacio público con ellos/as: Las personas con alguna patología neurológica, sufren actitudes de discriminación y segregación ya que sus comportamientos no son entendidos, y por lo tanto se tiende a rechazarlas y separarlas del resto.
- En las relaciones personales: Tenemos una idea preconcebida de que las personas mayores o personas con alguna dolencia neurológica, no pueden rehacer o compartir su vida con otra persona. Sin duda llama la atención, pero las relaciones interpersonales son propias de la condición humana independientemente de la edad o situación personal. El ser humano es un ser social por naturaleza por lo tanto este prejuicio es completamente infundado.

Por otro lado, los mitos tienen como característica definitoria que son viejos relatos memorables de extraordinaria pervivencia (García C, 2003), es decir, los mitos que la sociedad tiene al respecto de estas enfermedades, suelen ser motivados por vivencias y rumores que la población va transmitiendo de generación en generación formándose unos preconceptos negativos sobre las personas que padecen estas patologías y sobre los síntomas que se desarrollan al padecer estas enfermedades, muy alejado de la realidad.

Realmente, hay síntomas que pueden corresponder a enfermedades distintas, no se tiene porque asociarse el síntoma directamente con una determinada enfermedad. Hay mitos erróneos como relacionar la pérdida de memoria con el Alzheimer, los temblores con el Parkinson, los trastornos de comportamiento con una demencia..., como se desarrollará en el resto del trabajo.

## **6.PRINCIPALES ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CON PREVALENCIA EN LA TERCERA EDAD**

A continuación, vamos a describir las principales enfermedades neurológicas con más prevalencia en la tercera edad.

Según la Sociedad Española de Neurología, la ciencia que estudia las Enfermedades Neurológicas, es la Neurología que es la especialidad médica que estudia la estructura, función y desarrollo del sistema nervioso (central, periférico y autónomo) y muscular en estado normal y patológico, utilizando todas las técnicas clínicas e instrumentales de estudio, diagnóstico y tratamiento actualmente en uso o que puedan desarrollarse en el futuro. La Neurología se ocupa de forma integral de la asistencia médica al enfermo neurológico, de la docencia en todas las materias que afectan al sistema nervioso y de la investigación, tanto clínica como básica, dentro de su ámbito.

Las patologías neurológicas engloban al conjunto de enfermedades que afectan al sistema nervioso central (cerebro y medula espinal) y al sistema nervioso periférico (músculos y nervios). Las enfermedades neurológicas más frecuentes y conocidas por la población son las demencias, como es la enfermedad de Alzheimer, y la demencia vascular, la enfermedad de Parkinson y otras enfermedades.

Las enfermedades neurológicas representan un grupo de dolencias con importantes repercusiones en la sociedad y en la economía de todos los países, parece indiscutible el costo económico causado por los medicamentos, los cuidadores y los terapeutas, pero también es igual de importante el fuerte impacto que este tipo de enfermedades causan en las familias de los afectados.

También hay que destacar que estas enfermedades son muy frecuentes y que afectan por igual a personas jóvenes como a las de edad avanzada. Estas patologías pueden llegar a reducir gravemente nuestras capacidades como puede ser: el movimiento, la memoria y el pensamiento, el lenguaje, etc.

Las consecuencias de estas reducciones de las capacidades personales pueden llegar a impedir que muchos de los afectados puedan realizar las actividades más básicas de la vida diaria, esto puede ocasionar muy frecuentemente discapacidad y dependencia.

Las enfermedades neurológicas más frecuentes en la tercera edad son:

### **6.1 Enfermedad de Alzheimer:**

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es un trastorno neurodegenerativo descrito por Alois Alzheimer en 1907 que afecta hoy en día a 20 millones de personas en el mundo, pero con una prevalencia que está en aumento en todos los países que afecta al 20 % de la población mayor de 65 años. La EA, es una

demencia progresiva cuya principal característica es la pérdida de memoria como uno de sus síntomas más tempranos y marcados. Por lo general, el usuario empeora progresivamente, mostrando problemas perceptivos, del lenguaje y emocionales conforme la enfermedad va avanzando.

Esta enfermedad, EA, actualmente es un problema en la sociedad muy grave para millones de familias y para los sistemas sanitarios del mundo. El Alzheimer, por detrás de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, es la tercera enfermedad que más vidas se ha llevado en los países desarrollados. Sin embargo, lo que hace que esta demencia este marcando tanto la sociedad y los sistemas sanitarios es su carácter irreversible, la falta de un tratamiento curativo y la carga que representa para los familiares. (M. Romano, M. Nissen, N. Del Huerto, C. Parquet, 2017).

## 6.2 Enfermedad de Parkinson:

La Enfermedad de Parkinson (EP) es la más característica de las enfermedades señaladas por sus movimientos inconcebibles o disquinesias. Esta enfermedad afecta a casi el 2% de la población general, de ese porcentaje por lo menos el 20% son personas mayores de 65 años de edad. Al detectar la EP se puede observar que en el 30 % de estos pacientes hay datos que indican algún tipo de demencia.

La EP es una enfermedad degenerativa de las células dopaminérgicas, esta degeneración de las células aún no se ha descubierto una causa aparente, pero podría ser posiblemente multifactorial, ligada al envejecimiento y a factores genéticos y ambientales.

La frecuencia de esta enfermedad es estimable en la población de edad avanzada, aunque las cifras de prevalencia cambian cuantiosamente, la edad de inicio es por arriba de los 40 años de edad, por lo que la edad forma un factor de riesgo.

## 6.3 Demencias de origen vascular:

Las demencias de origen vascular son la segunda causa más frecuente de demencia en los mayores después de la Enfermedad de Alzheimer y representa el 10-20% de los casos de demencia.

Este tipo de demencias son causadas por lesiones cerebrales causadas por enfermedades cerebrovasculares (ECV), con una fuerza suficiente para interferir las actividades de la vida diaria. Hay condiciones que incrementan la posibilidad de padecer algún tipo de demencia vascular, pueden ser; la edad, padecer de hipertensión arterial, tener alguna enfermedad cardiaca, haber sufrido Ictus previo, tener el colesterol elevado, padecer diabetes y tabaquismo.

## **7.ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL ANTE LAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS Y EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR**

Tras haber hablado de las enfermedades neurológicas con mayor prevalencia en la tercera edad vamos a desarrollar las funciones principales del trabajador social ante dichas patologías.

Los ancianos, ya son grupos muy vulnerables por diversos factores, si a eso se le añade que tienen una enfermedad neurológica se les hace aún más vulnerables y por tanto un grupo de riesgo.

Desde el Trabajo Social se puede valorar que los ancianos de riesgo también son ancianos que se encuentra de alguna manera reclusos en su domicilio, problemas económicos, carencia de apoyo familiar y social o con algún tipo de enfermedad neurológica.

El Modelo de actuación desde el Trabajo Social va más allá de los factores que tienen que ver con edad, sexo o factores hereditarios, así como el apoyo social y comunitario forma una parte importante en la salud de los ancianos vulnerables, destacando siempre la vivienda, su situación laboral, la alimentación y los servicios sanitarios.

Se considera que en relación a los factores asociados a una mayor prevalencia de enfermedades de salud mental están en el ser del sexo femenino debido a: estar separado/a, divorciado/a o viudo/a, tener enfermedades crónicas, estar desempleado/a, tener poco apoyo social, tener una posición económica desventajada, eso se suma la alta esperanza de vida que tienen las mujeres frente a los hombres y claramente observamos que hay una feminización en la vejez y por ello hay más mujeres ancianas que padezcan estas enfermedades.

En Trabajo Social, el área de conocimiento dedicado a esta parte tan importante de la población se denomina "Socio gerontología" y consiste en un tipo de intervención e investigación que se enfoca en el envejecimiento y que se comparte con otras disciplinas.

Por lo tanto, la función del Trabajador Social es fundamentalmente es la gestión de recursos sociales tanto con el paciente como con la familia, por eso se destaca la atención directa. A parte hay otras funciones que cumple como puede ser, la mediación familiar, intentar favorecer la integración social de los pacientes en la comunidad y su entorno personal y procurar el derecho de autodeterminación y autosuficiencia de los pacientes, proporcionándoles las herramientas y la información necesaria para que puedan ser independientes.

Desde el Trabajo Social, el primer contacto o entrevista inicial está destinada a conocer la situación familiar, social, económica y sanitaria del paciente, para que durante el proceso se puedan paliar las posibles carencias que influyen de alguna forma en su enfermedad. Para poder conseguir todo esto, se aplica una encuesta de necesidades sociales, que en este caso es adaptada por el/la trabajador/a

social, para detectar las principales áreas implicadas en el caso del paciente y así poder enfocar el caso de forma individual.

Se intenta conocer más información sobre la red de apoyo, los recursos económicos y de ayudas según establezca la ley.

Dentro de la intervención se intenta ofrecer tanto al paciente como a la familia las herramientas, medios, conocimientos, orientaciones y acceso a los recursos de tipo social, sanitario o judicial, siempre que sean necesarios, pero siempre informando a la persona de los derechos que tiene a solicitar ayudas de carácter social y económico.

En la Socio gerontología uno de los aspectos más importante en la intervención social es la entrevista familiar, puesto que se trata de personas mayores, algunas de ellas se encuentran viudas y con algún cambio reciente en la dinámica diaria, y que provoca o altera de forma importante su ritmo de vida y hace que por tanto cambie el de sus familiares y esto propicia en muchos casos el ingreso hospitalario, residencial o atención especializada 24h en el domicilio. Es por eso importante contar con el apoyo de los familiares del paciente enfermo y de su predisposición a cambiar aspectos que ayuden a mejorar a usuario.

En cuanto al tipo de trabajo que se realiza con el paciente y sus familias, primeramente, se le comenta todas las posibilidades que tiene para poder llegar a un consenso y tomar la decisión más adecuada para el anciano y su familia, por ello hay que detallar varios aspectos:

- a. Primero comentar la posibilidad de una Unidad en principio de corta estancia, por lo que los pacientes están atendidos durante un corto periodo de tiempo (15 días a un mes aproximadamente), por ellos se tiene en cuenta que la intervención de Trabajo Social en este proceso suele ser corta y de forma puntual.
- b. Se conciertan entrevistas tanto individuales con el paciente, como con la familia, como con todos cuando la situación lo requiere.
- c. Se les informa al paciente y la familia sobre los recursos que existen en la comunidad, servicios sociales, sanitarios y jurídicos y la forma de acceder a los mismos.
- d. O puede ser que el paciente sea derivado a otro recurso de carácter social o socio sanitario, y por ello necesite la derivación desde Trabajo Social.
- e. Las causas que determinan el cierre de la intervención son: en el caso de estar en un hospital o residencia en la mayoría de ocasiones es el alta médica y/fallecimiento, o por derivaciones a otros recursos de tipo residencial o de media o larga estancia. También está la posibilidad el caso de acudir al Trabajador/a del centro de salud/o mancomunidad correspondiente para

consultar cualquier trámite o necesidad, el cierre de la intervención sería por lograr conseguir lo que el paciente demanda, o por dejar de asistir a las entrevistas.

Los recursos que más se barajan en la tercera edad, en coordinación con los servicios sociales de base, son los siguientes:

- a. Valoración de Dependencia: La mayoría de pacientes que ingresan o piden algún tipo de ayuda no la tienen gestionada. Es la principal actividad que se facilita en personas mayores, porque tener la valoración da acceso a otras ayudas en función del grado o nivel (Dependencia Grado I, II y III).
- b. Residencias o Centros de Día. La forma de acceso para ambos, se rige en función del grado y nivel que se tenga como personas dependientes, porque te pueden conceder la plaza concertada de la misma y también se puede optar por una residencia privada.
- c. Servicio de Ayuda a Domicilio o SAD: Es un servicio de apoyo a la persona para la realización de las actividades de la vida diaria, proporcionando en el domicilio atención personal y especializada. El objetivo de este servicio es mejorar la calidad de vida de la persona dependiente y de sus familiares mediante actividades concretas, favoreciendo su permanencia en el domicilio habitual.
- d. Servicio de Teleasistencia. Es un servicio de ayuda inmediata que permite a las personas mayores estar en contacto, a través de un pulsador con un centro de atención personal, en casos de emergencia pone en marcha el plan idóneo para una rápida y eficaz solución (aviso a familiares, médicos, ambulancia). Su finalidad es proporcionar seguridad a las personas mayores.
- e. Otras ayudas que se pueden facilitar a los ancianos son: cambio de Plan Individual de Atención, Incapacidad Judicial, ayudas para adaptar la vivienda, temas sobre pensión, etc.

Por tanto, podemos concluir diciendo que el papel del trabajador social es clave en el proceso ya que facilita la participación de familia y la sociedad con la intervención activa de éstas en el tratamiento y recuperación del enfermo.

Es significativo destacar la importancia del equipo multidisciplinar, ya que es toda una cadena de servicios para conseguir una mejora en la vida del anciano enfermo y por ello el trabajo en equipo con Psiquiatría, Psicología, Neurología y Enfermería es imprescindible para lograr el objetivo común, que es el bienestar del paciente dentro de sus posibilidades, tener las mayores comodidades posibles.

Analizar y estudiar la situación individual del enfermo desde cada una de las disciplinas ayuda para poder llevar a cabo un tratamiento con un fin común que favorece tanto a la persona como a su familia.

Conjuntamente la coordinación con el equipo se hace posible la integración y mejora del anciano enfermo en la comunidad y el retorno a su domicilio en las condiciones propicias para ello o la entrada a un centro residencial, hospitalario, unidades de media estancia.

## **8.PRINCIPALES DIFICULTADES DE LOS CUIDADORES FORMALES Y NO FORMALES.**

Después de haber estudiado las principales funciones del trabajador social, vemos que una de ellas es el apoyo a los cuidadores y familiares de enfermos neurológicos, por lo que vamos a describir las principales dificultades a las que se enfrentan estos cuidadores formales y no formales.

Según la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *“La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía”.*

Las personas dependientes necesitan ser cuidadas, *“proporcionar ayuda a personas dependientes de manera que sientan que sus necesidades físicas, sociales y afectivas están cubiertas”* (IMSERSO, 2009, p.44).

El cuidado se puede dar desde distintas instituciones: residencias y centros de día (públicos, concertados o privados), la familia amigos, vecinos...

El cuidador principal suele definirse como *“aquel individuo que dedica la mayor parte del 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”* (Casado y López, 2001, p.82). En muchos estudios han ultimado que ser cuidador principal puede acarrear muchas dificultades sobre todo en el ámbito familiar, laboral y como consecuencia en el económico, así como también en la salud, en lo social o en lo psicológico.

En cuanto al ámbito familiar nos referimos a que el cuidado de una persona lleva mucho tiempo, estrés y malestar emocional, no solo con el cuidador principal sino también con el resto de convivientes.

En el ámbito laboral vemos como las personas cuidadoras tienen que estructurar su vida en función del tiempo que necesitan para cuidar a la persona enferma, por ejemplo, tienen que cuadrar horarios de su vida personal y laboral para ser cuidadores en casa y para poder trabajar fuera de ella. Muchas personas llegan a dejar sus trabajos debido al agobio que esto supone, llegando a afectar a la economía de la persona.

En el ámbito social, la persona cuidadora puede llegar a perder sus relaciones sociales debido a todo el tiempo que tiene que dedicar a cuidar a la persona que tiene a cargo.

En el ámbito de la salud, nos referimos al cansancio o dolores físicos, como contracturas, dolor de espalda...

En las consecuencias psicológicas nos encontramos con el cansancio emocional, sentimiento de culpa, ansiedad, depresión...

En los últimos tres ámbitos nombrados anteriormente encontramos el llamado Síndrome del Cuidador, esta enfermedad consiste en el agotamiento físico, mental y de la salud del cuidador.

Nosotras al hacer el Prácticum de Intervención en residencias hemos visto esta situación en varias ocasiones y queríamos describir una de ellas, era una familia que estaba compuesta por la madre, el padre y dos hijas, un día vinieron a pedir información las hijas, cuando les preguntamos que para quien era la plaza en la residencia, nos dijeron que para su padre, que estaba ingresado en el hospital y que estaba muy enfermo, los médicos, ni la propia familia le daban mucha esperanza de vida, ya que en los últimos año había enfermado muchísimo, de ser una persona autónoma a ir en silla de ruedas, cuando les dimos toda la información y prácticamente nos íbamos a despedir de ellas, las dos se pusieron a llorar muchísimo, nos contaban que tenían el sentimiento de que estaban abandonando a su padre en una residencia, sin embargo a la vez contaban que habían hecho todo por él pero que ya estaban saturadas y a parte tenían que cuidar también de su madre que vivía en casa con su padre y estaba sana pero era muy mayor. Ellas solo lloraban y nosotras les dábamos el apoyo emocional que necesitaban, no estaban abandonando a su padre por dejarlo en una residencia si no todo lo contrario estaban pensando en su bienestar y ahí iba a estar mejor atendido que en el domicilio. Se veía que las hijas padecían el Síndrome del Cuidador ya que estaban agotadas emocionalmente.

Por último contaremos un caso de Síndrome del Cuidador pero en este caso con el agotamiento físico, esto pudimos observarlo en los auxiliares de la residencia, son personas profesionales formadas académicamente, e incluso ellos sufren esta enfermedad, lo observamos porque muchos de estos se cogían bajas laborales por dolores musculares, de espalda etc..., esto se debe a que a la hora de levantar de la cama a los residentes hay algunas personas que no pueden ser levantadas con grúas y tienen que hacerlo los trabajadores sin ayuda de ninguna herramienta, o a la hora de duchar a los residentes, tenemos que tener en cuenta que muchas de las personas enfermas no suelen colaborar a la hora de hacer las cosas y los trabajadores tienen que aguantar todo el peso.

Otra opción para que los cuidadores no tengan sobrecarga es la colaboración en los programas de respiro familiar en centros de día, consiste en que la persona cuidador tenga unos días de descansando o recuperación para afrontar una situación de mayor sobrecarga en un momento puntual.

El cuidador se considera primordial en psicogeriatría. Las personas mayores suelen evitar a los cuidadores profesionales, por desconfianza, costumbres..., por lo que se deben desarrollar intervenciones dirigidas para la atención de la persona que cuida y que el cuidador pueda realizar sus funciones, todo esto a través de una conveniente formación.

Actividades y estrategias para defender el papel del cuidador:

- Saber que enfermedad y que conlleva ésta y como atender a la persona (grupos psicoeducativos)
  
- Apoyar al cuidador, ya sea emocionalmente o dándole instrucciones para realizar las tareas y reconocerle positivamente su trabajo. (grupos de ayuda mutua)
  
- Reforzar la unidad familiar, no aislar al cuidador y apoyarle emocionalmente. Solicitar recursos.

A continuación, vamos a hablar y diferenciar los cuidadores formales e informales: Cuidador informal: *“cuidado y atención fundamentalmente por familiares y allegados, pero también por otros agentes de atención que se dispensa de manera altruista a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia”* (Rogerio, 2009, p. 37).

Este cuidado hace referencia a tres categorías, al apoyo para las AIVD (Actividades Instrumentales de la vida diaria) o ABVD (Actividades Básicas de la Vida diaria), las primeras se refieren a actividades que suelen realizar las personas autónomas, por ejemplo, manejar el dinero, actualizar las cuentas del banco, pagar al hacer la compra..., las segundas hacen referencia a actividades de la vida cotidiana, desayunar, lavarse los dientes, ducharse...

Según algunos estudios, observamos que en España el 83% de cuidadores son mujeres, que se dedican a ser amas de casa y con una edad de 52 años, y en el 54% suele ser la hija y en el 16% el cónyuge.

Por otro lado, el cuidador formal son profesionales formados académicamente. Existen dos tipos, los que trabajan en instituciones o los que se contratan a través de las familias, como, por ejemplo, el Servicio de Ayuda Domicilio, puede ser contratado por horas o residen con la persona y son atendidos las 24 horas del día.

## 9.METODOLOGÍA

Para poder desarrollar el objetivo general del trabajo que es, conocer la realidad de las enfermedades neurológicas en la tercera edad, el desempeño de las funciones del trabajador social ante dichas enfermedades, los mitos y la estigmatización que la sociedad tiene respecto a las enfermedades neurológicas, decidimos plantear un cuestionario.

### 9.1 Diseño

El Trabajo de Fin de Grado sobre el Estigma y los Mitos que la sociedad tiene respecto a las enfermedades neurológicas lo hemos logrado realizando un cuestionario que consta de 17 preguntas totalmente anónimas sobre mitos y estigma.

Nuestro cuestionario se divide en cuatro secciones: Información, sobre la población que ha realizado la encuesta; conocimiento, sobre las enfermedades neurológicas; mitos, que las personas tienen sobre las enfermedades neurológicas; estigma, que la sociedad tiene respecto a dichas enfermedades.

### 9.2 Temporalización y cronograma

La temporalización del cuestionario se inició el día 6 de mayo y se cerró el 21 de mayo, obtuvimos 268 respuestas. Y el cronograma que tuvimos en cuenta a la hora de realizar el trabajo fue la siguiente:

	OCT	NOV	DIC	EN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
<b>Índice y Objetivos</b>									
<b>Conceptualización y principales enfermedades neurológicas</b>									
<b>Rol del Trabajador Social y Principales dificultades de los cuidadores.</b>									
<b>Formulación del cuestionario</b>									
<b>Difusión de los cuestionarios</b>									
<b>Análisis de los resultados</b>									

Conclusiones y propuestas.										
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Tabla 1. Cronograma**

### 9.3 Participantes

Dentro de los cuestionarios se selecciona una población de referencia o una muestra extraída de la población, para determinar los sujetos con los que se desarrollara la investigación, en este caso optamos por elegir la población en su global.

### 9.4 Instrumentos

Para poder analizar y estudiar el estigma y los mitos que la población tiene respecto a las enfermedades neurológicas abogamos por el método cuantitativo ya que nuestro objetivo era captar la objetividad de la población a la que pasamos el cuestionario, definido como una herramienta que se utiliza para la recogida de información durante el trabajo de campo de algunas investigaciones cuantitativas.

En cuanto a la formulación de las preguntas del cuestionario, realizamos dos tipos de preguntas, las exhaustivas que son el tipo de preguntas a las que todo el mundo puede contestar, por el contrario, el otro tipo de preguntas es excluyente, es decir no permite la contestación de toda la población.

Todos los cuestionarios pueden estar compuestos de preguntas abiertas, el encuestado puede responder lo que quiera; preguntas semicerradas, consiste en poder introducir información nueva con la respuesta "otros"; preguntas cerradas, las respuestas están establecidas previamente. En este caso nosotras hemos decidido optar por preguntas semicerradas y por preguntas cerradas.

## 9.5 Resultados

Haciendo referencia al Anexo 1, la primera pregunta del cuestionario se refiere al rango de edad de las personas que nos contestaron al cuestionario obtuvimos un 26,1%, el dato más alto con un rango de edad de 45-54 años, seguido de un 23,5% que eran de 55-64 años, un 18,7% de 25-34 años, 17,2% de 35-44 años y por último un 12,3% de 18-24 años.

La segunda pregunta del cuestionario es el género de las personas que realizaron la encuesta, el 60,8% femenino y el 38,1% masculino, ver Anexo 1.

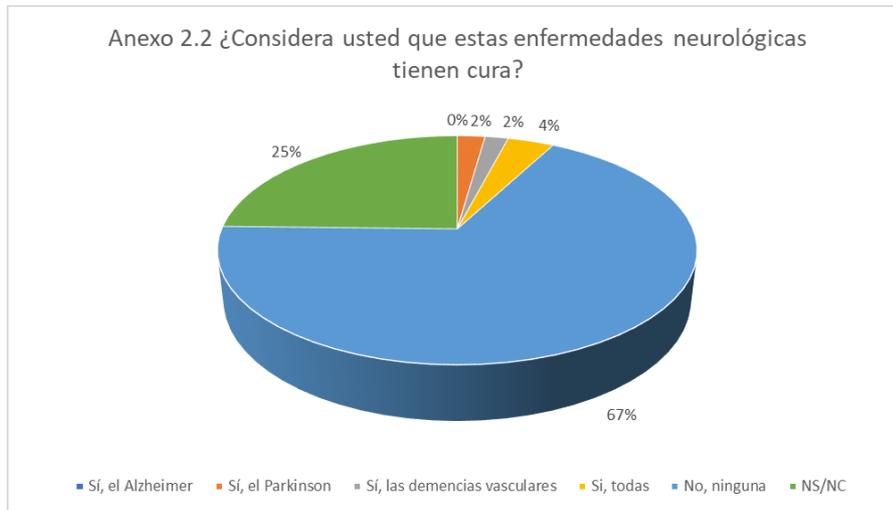
La tercera pregunta se refería, si la persona que ha contestado a la encuesta tiene o conoce un familiar/conocido que padezca alguna de estas enfermedades neurológicas, podemos observar que un 11,9% de personas dice que tiene alguien o conoce con Parkinson, un 28,7% dice que tiene alguien en su familia o conoce con Alzheimer, un 9,7% contestó que tenía o conocía a alguien con demencias vasculares y lo más significativo fue que un 51,5% contestó que no tenía ningún familiar o conocido con dichas enfermedades, ver Anexo 1.

La cuarta pregunta y la quinta son preguntas condicionadas de la tres, la pregunta cuatro trata sobre la edad de las personas que tienen esas enfermedades un 61,5% super los 81 años, y el 30% tiene de 61-80 años. La quinta trata de donde reside la persona con dichas enfermedades, el 52,7% dice que vive en su domicilio, el 31% contestó que viven en una residencia y por último el 14,8% viven en el domicilio de un familiar o cuidador, ver Anexo 1.

La pregunta seis habla sobre la participación de los encuestados cuidando algún familiar con alguna enfermedad neurológica, el 59% dice que no y el 38,1% dice que sí, ver Anexo 1.

Haciendo referencia al Anexo 2, la pregunta siete hace una reflexión a las personas encuestadas sobre si alguna de las siguientes enfermedades neurológicas son mortales (Alzheimer, Parkinson, Demencia vascular), el 37% piensa que todas esas enfermedades neurológicas son mortales, el 22% no sabe o no contesta a la pregunta, el 21% piensa que ninguna de ellas es mortal, el 12% piensa que el Alzheimer si que es mortal, el 4% piensa que las demencias vasculares son enfermedades mortales y el 4% dice que el Parkinson es una enfermedad mortal.

En el gráfico 8 podemos visualizar que el 67% considera que no, el 25% no sabe o no contesta a la pregunta, el 4% considera que, si tienen cura, el 2% piensa que el Parkinson tiene cura y el 2% piensa que las demencias vasculares tienen cura.

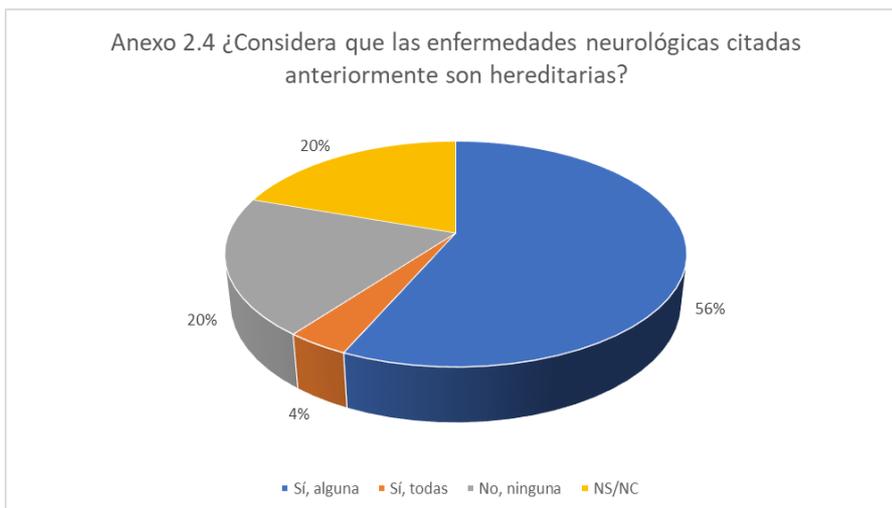


**Gráfico 8. Respuesta ocho**

Fuente: Elaboración propia

La pregunta nueve es que si cree que cuando se llega a una determinada edad se puede padecer alguna de las anteriores enfermedades neurológicas, el 67% piensa que alguna, el 22% no sabe o no contesta a la pregunta, el 7% piensa que se pueden padecer todas las enfermedades, el 3% piensa que no, a raíz de poner la opción "otros" un 1% de las personas han contestado lo siguiente: "Espero que no, sin embargo, las estadísticas apuntan a probable" y "Si me cuido, hay menos probabilidades", ver Anexo 2.

En el gráfico 9 podemos observar que el 56% considera que algunas, el 20% piensa que no son hereditarias, el 20% no sabe o no contesta a la pregunta y el 4% piensa que todas son hereditarias



**Gráfico 9. Respuesta diez**

Fuente: Elaboración propia

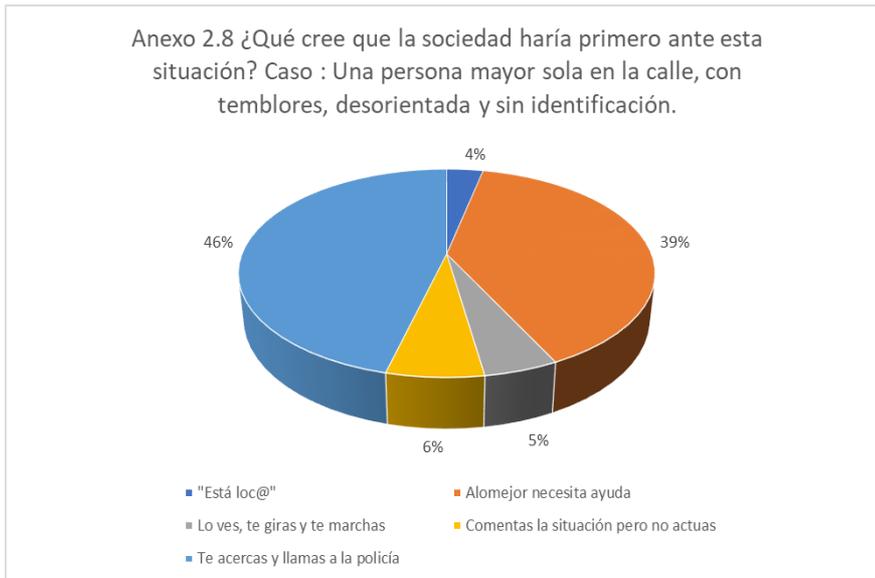
La pregunta once, cuestiona que, si el Parkinson solo tiene cómo síntoma los temblores, el 82% contestó que no, el 11% no sabe o no contesta y el 7% respondió que sí, ver Anexo 2.

La pregunta doce, trata sobre la relación de la pérdida de memoria con el Alzheimer, el 73% piensa que sí, el 24% contestó que no y el 3% no sabe o no contesta, ver Anexo 2.

La pregunta trece, habla sobre la relación de los microinfartos con las demencias vasculares, el 47% no sabe o no contesta, el 42% piensa que sí y el 11% contestó que no, ver Anexo 2.

El gráfico 10 y 11 son unos casos que propusimos a la gente que contestó el cuestionario para saber como cree que la sociedad reaccionaría ante estas situaciones.

Como se puede observar en el gráfico 10, el 46%, se acercaría y llamaría a las autoridades, el 39% considera que puede necesitar ayuda, el 6% comentaría la situación, pero no actuaría, el 5% lo verías, pero no le harían caso y el 4% pensaría que esa persona “está loca”.



**Gráfico 10. Respuesta catorce**

Fuente: Elaboración propia

El caso del gráfico 11 es “Estas en una cafetería y se acerca una persona sola y con agitación” el 84% buscaría una forma de socorrerla y ayudarla, el 11% tendría miedo ante esta situación y por tanto no actuaría y el 5% huiría o ignoraría esta situación.



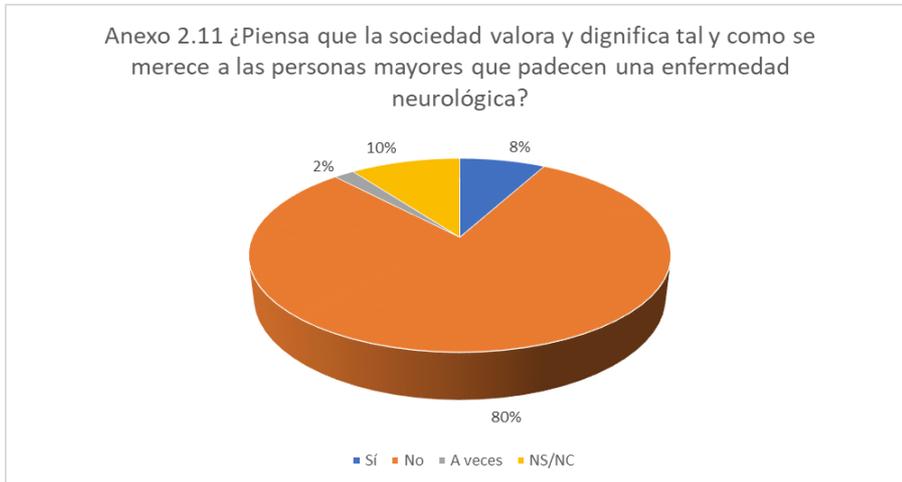
**Gráfico 11. Respuesta quince**

Fuente: Elaboración propia

La pregunta dieciséis, pregunta a los encuestados como cree que reaccionaría la sociedad cuando tiene una persona con un trastorno de la conducta debido a una enfermedad neurológica, el 64% optaría por una residencia, el 33% elegiría cuidarla adecuadamente en su domicilio y el 3% se desentendería, dejándola en

su domicilio, el resto de personas que participaron en la encuesta combinarían la opción de su domicilio con la residencia, ver Anexo 2.

Y por último el gráfico 12, el 80% piensa que no, el 10% no sabe o no contesta a la pregunta, el 8% piensa que sí, el 2% piensa que en algunas ocasiones o depende de la situación.



**Gráfico 12. Respuesta diecisiete**

Fuente: Elaboración propia

## 9.6 Análisis

Haciendo referencia al Anexo 2, y a la tabla de gráficos, en el bloque de mitos, vamos a desmontar lo que la gente cree respecto a estas enfermedades neurológicas, dando argumentos contrarrestados con datos científicos.

En el Anexo 2, el primer gráfico habla sobre la fatalidad de dichas enfermedades neurológicas. La Enfermedad del Parkinson, Enfermedad de Alzheimer y las Demencias Vasculares, son un deterioro progresivo del cerebro y de las capacidades cognitivas, estas enfermedades en sí no producen la muerte, pero al fracasar otros sistemas del organismo sí, es decir puedes fallecer con Alzheimer, Parkinson o alguna demencia, pero no son las principales causantes de la muerte. El 37%, piensa que todas, el 12% piensa que el Alzheimer, el 4% piensa que las demencias vasculares y el 4% dice que el Parkinson, nosotras consideramos que esto es debido a la falta de información y el poco conocimiento que se tiene respecto a estas enfermedades neurológicas, recalcando lo que hemos dicho anteriormente, ninguna de estas enfermedades causa la muerte en sí. El 21% piensa que ninguna de ellas es mortal, y esto nos llama la atención ya que es un porcentaje bastante alto y eso indica que hay bastante gente informada sobre lo que son estas enfermedades.

En el gráfico 8 del apartado de resultado podemos observar si la población opinar que las anteriores enfermedades neurológicas tienen cura. Ante esto hemos buscado información referente que nos indica que no existe cura para estas enfermedades neurológicas, pero hay tratamientos que pueden ayudar a controlar los síntomas durante cierto tiempo. Si bien los tratamientos actuales para estas enfermedades no pueden detener el avance, pero pueden ralentizar por un tiempo el empeoramiento de los síntomas y mejorar la calidad de vida de las personas enfermas y de sus cuidadores. Nos ha llamado la atención que el 67% considere que no tienen cura dichas enfermedades, lo que es correcto como hemos dicho anteriormente, el 4% considera que, si tienen cura, 2% piensa que el Parkinson tiene cura y el 2% piensa que las demencias vasculares tienen cura, son datos muy bajos que hace pensar que la gente tiene más conocimiento de lo que creíamos.

En el Anexo 2, el gráfico 3 se refiere a que cuando se llega a una determinada edad se puede padecer alguna de las anteriores enfermedades neurológicas, aparece con mayor frecuencia a edades avanzadas pero estas enfermedades no se pueden relacionar con la edad ya que también se dan casos en personas jóvenes, nadie está exento de padecer alguna enfermedad. El 67% de los encuestados piensa que alguna de las anteriores enfermedades sí, el 7% piensa que sí se pueden padecer todas las enfermedades neurológicas en la tercera edad, por lo tanto, solo el 3% que piensa que no son solo enfermedades de la tercera edad está en lo correcto.

El gráfico 9 del apartado de resultados del cuestionario se refiere a que si el Parkinson, Alzheimer y Demencias Vasculares son enfermedades hereditarias.

Podemos desmentir este mito ya que solo entre el 7% y el 15% de los casos están asociados con los genes. El 56% considera que algunas de las enfermedades neurológicas anteriores son hereditarias, el 4% piensa que todas ellos lo son. Podemos concluir que un factor importante que condiciona estas respuestas es el miedo de padecerlas y el 20% piensa que no son hereditarias y están en lo correcto.

Dentro de las preguntas de los mitos hicimos tres preguntas específicas de cada una de las enfermedades estudiadas.

En el Anexo 2, el gráfico 5 hace referencia a una creencia de la sociedad que es que el único síntoma del Parkinson son los temblores en las manos, es cierto que es el síntoma más característico de la enfermedad, ya que no todo el mundo que padece esta enfermedad tiene este síntoma, ya que otras enfermedades y la toma de fármacos también pueden incentivar estos movimientos involuntarios. El 83% contestó que no es el único síntoma y el 7% respondió que sí lo es.

En el Anexo 2, el gráfico 6 trata sobre la Enfermedad del Alzheimer, relacionando la pérdida de memoria con la enfermedad, pero el Alzheimer no es la única causa de pérdida de memoria, muchas personas tienen problemas con la memoria; pero esto no significa que tengan Alzheimer, hay distintas causas que ocasionan pérdidas de memoria. Solo cuando esta pérdida de memoria empieza a afectar en las funciones de la vida cotidiana y conlleva falta de juicio, razonamiento, y empeora las habilidades comunicativas. El 73% piensa que sí, que esta relacionada la pérdida de memoria con el Alzheimer ya que al ser de los principales síntomas es lo que la gente conoce, sin embargo, el resto de síntomas van apareciendo conforme la enfermedad va avanzando y el 24% contestó que no.

En el Anexo 2, el gráfico 7 se refiere a las Demencias Vasculares y es que, si estas demencias son causadas por microinfartos, quisimos poner un mito verdadero para ver lo que los encuestados conocían la enfermedad. Hemos buscado información en relación a esta enfermedad y puede ocurrir debido a un infarto cerebral, que afecte a regiones cerebrales estratégicas en los procesos cognitivos. También puede aparecer como consecuencia de la repetición de pequeños infartos cerebrales que, al sumarse, van deteriorando progresivamente el tejido cerebral y las conexiones entre neuronas. El 47% no sabe o no contesta ya que consideramos que no se tiene mucha información respecto a esta enfermedad, el 42% piensa que sí y el 11% contestó que no.

El siguiente apartado trata sobre el estigma que la sociedad tiene respecto a las enfermedades neurológicas analizadas y estudiadas a lo largo del trabajo.

En el gráfico 10 observamos el estigma de la sociedad es el planteamiento de un caso que es “Una persona mayor sola en la calle, con temblores, desorientada y sin identificación”, el 46% opina que la sociedad actuaría hablando con la persona,

tranquilizándola y posteriormente llamando a las autoridades para que la atendieran, es algo positivo ya que es un porcentaje muy alto de personas con una buena voluntad de actuación ante una persona que necesita ayuda, el 50% considera que la persona del caso que puede necesitar ayuda, pero no actúa ante esta situación, podemos suponer que es por miedo o por no saber cómo reaccionar y el 4% piensa que la sociedad creería que esa persona “está loca”, debido al comportamiento que tiene, en vez de detenerse y darse cuenta que es una persona vulnerable que necesita ayuda.

El gráfico 11 trata sobre el estigma de la sociedad es otro caso y es el siguiente “Estas en una cafetería y se acerca una persona sola y con agitación” el 84% de las personas que han respondido al cuestionario creen que la sociedad buscaría una forma de socorrerla y ayudarla, ese porcentaje nos llamó la atención en especial ya que vemos la buena voluntad de la gente por ayudar a una persona en una situación crítica, el 84% enfrentado al 11% que piensa que la sociedad tendría miedo ante esta situación y por tanto no actuaría, y el 5% piensa que la gente huiría o ignoraría esta situación, y volvemos a repetir que consideramos que es por el miedo ante lo desconocido y el poco conocimiento que se tiene respecto a las enfermedades neurológicas, y su actuación.

En el Anexo 2, en el gráfico 5 trata sobre estigma nos sirvió para conocer lo que la gente piensa que hace la sociedad cuando convive o conoce a una persona con trastorno de la conducta debido a una enfermedad neurológica, nos llamó la atención ya que el 64% optaría por una residencia, y esto puede ser ocasionado a que no tienen el tiempo ni los conocimientos necesarios para cuidar de esa persona, por el contrario el 33% elegiría cuidarla adecuadamente en su domicilio y proporcionarle lo necesario para tener una buena vida, o cuidarla en el domicilio porque no tienen los recursos económicos necesarios para llevarla a una residencia y el 3% piensa que la gente se desentendería de esa persona, ya sea por miedo o por rechazo o por no saber como actuar ante esa situación, además algunas respuestas que nos dieron los encuestados que nos llamó más la atención es que lo atenderían de una forma u otra dependiendo del parentesco y la relación que tuviesen con la persona enferma.

Y en el gráfico 12 del apartado de resultados, realizamos una pregunta que consideramos delicada ya que nosotras también tenemos una opinión sólida al respecto y trata de que si la sociedad valora y dignifica tal y como se merece a las personas mayores que padecen una enfermedad neurológica, y la mayoría de personas, el 80%, piensa que no, al igual que nosotras y consideramos que es un punto para hacer reflexión ya que son personas que han dado todo por y para su familia y que merecen un cuidado y un trato digno, y la sociedad tendría que valorarlo y hacer una meditación al respecto y cambiar, el 10% en este caso piensa que sí que se valoran como se merecen, y el 2% piensa que en algunas ocasiones si y en otras no, dependiendo de la situación.

## **10. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS**

Tras analizar el trabajo realizado, la información obtenida y leyendo sobre el Alzheimer, el Parkinson y las demencias vasculares podemos observar que son las enfermedades neurológicas más frecuentes en la tercera edad, siendo la principal causa de un deterioro cognitivo grave, que, llegando a provocar, el olvido de acciones básicas como puede ser respirar, tragar, toser lo que conlleva un fallo multiorgánico, es decir, no fallece por una enfermedad neurológica si no por las consecuencias de padecer una de las anteriores patologías.

Por tanto, desde el Trabajo Social la función principal es el apoyo social y comunitario a esta parte de la sociedad vulnerable con la tramitación y gestión de los recursos sociales necesarios tanto para el paciente como para la familia, además intenta favorecer la integración social de estos pacientes en la comunidad desarrollando la autosuficiencia, proporcionándoles herramientas y recursos necesarios para ellos.

También hemos observado la sobrecarga de los cuidadores tanto formales como informales, y las consecuencias físicas y psicológicas que éstos sufren cuidando a las personas enfermas, tanto en su domicilio como los trabajadores de las residencias.

La finalidad que teníamos realizando este trabajo era conocer los mitos y estigma que la sociedad tiene ante las enfermedades neurológicas.

Efectivamente hay una proporción importante que tiene un pensamiento confuso respecto a la población que padece estas enfermedades y consideramos que hay un desconocimiento respecto a dichas dolencias, tras analizar el cuestionario descubrimos que un porcentaje muy elevado de la población tiene un estigma negativo hacia estas personas en casos de la vida cotidiana.

Continuando con los mitos consideramos que la población sigue creyéndose estas falsas creencias en relación a estas enfermedades neurológicas.

Además, leyendo las contestaciones de la población al cuestionario nos percatamos que muchos de ellos optarían por llevar a sus conocidos o familiares a centros especializados, como pueden ser centros de día o residencias, y notamos que hay una falta de centros especializados para el cuidado de pacientes con patologías neurológicas en la Comunidad Autónoma de Aragón, así como una parte de la población nos contestó que dependiendo de los recursos económicos que tuvieran, y esto es debido a que la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción a la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, en las valoraciones de dependencia que se realizan a los usuarios no se tiene en cuenta el deterioro cognitivo de dichas personas, ya que solo se valora que puedan realizar las ACBVD, y esto hace que los familiares o conocidos no tengan los recursos económicos suficientes para poder ingresar a su familiar en un centro que le proporcione los cuidados adecuados.

La percepción social ocupa una gran parte del cuestionario, ya que los mitos y el estigma generan una serie de prejuicios en la sociedad y por consiguiente se generan falsos mitos y una estigmatización negativa sobre estas personas, y por ello desde el Trabajo Social vamos a desarrollar una serie de propuestas para intentar concienciar a la sociedad de lo que es una enfermedad neurológica.

- Desde el Trabajo Social Comunitario proponemos un proyecto de información y formación destinado a los cuidadores y familiares que tienen una persona con una enfermedad neurológica a su cargo y saber como resistir la sobrecarga y el cansancio que los cuidadores sufren al cuidar a dichas personas, y así intentar evitar la enfermedad del síndrome del cuidador.
- Desde el Trabajo Social Grupal, proponemos charlas abiertas a todo el público interesado sobre las enfermedades neurológicas. Se realizará con la ayuda de asociaciones especializadas en estas patologías, proponiendo casos a los asistentes a la charla para ver cual es la forma más adecuada de actuación ante los casos propuestos, y dando pautas y consejos para afrontar distintas situaciones que se presenten.
- Crear campañas para visibilizar las enfermedades neurológicas mediante la divulgación a través de perfiles en las redes sociales. Estas cuentas tendrán una función que es la difusión de publicaciones para “normalizar” e intentar prevenir los prejuicios y la estigmatización ante estas enfermedades, así como dar información sobre las enfermedades neurológicas, datos interesantes y poco conocidos sobre estas enfermedades, como pueden ser los días internacionales de cada una de estas patologías, los mitos que hay sobre ellas ...
- Consideramos que educar a los adultos es más complicado, por eso proponemos la reeducación desde la infancia para prevenir los prejuicios, familiarizarse con la enfermedad y desmitificar la idea de miedo, por ello consideramos importante realizar talleres de cuentacuentos, charlas o visitas a centros especializados, para así, hacer una doble función, enseñar a los niños la realidad de las enfermedades neurológicas y, por otro lado, proporcionar felicidad a las personas enfermas al ver y estar con los más pequeños.
- Ya que existen pocos centros especializados en la Comunidad Autónoma de Aragón, proponemos la creación de residencias psicogeriatricas, centros de día y otro tipo de instituciones especializadas en usuarios con estas patologías neurológicas, e incluso en pacientes con enfermedades mentales, para que tengan los cuidados adecuados para su bienestar pleno.
- Demandamos la modificación de los baremos que se tienen en cuenta a la hora de valorar la dependencia de una persona, ya que solo tienen en cuenta las Actividades Básicas de la Vida Diaria. En la tercera edad, el deterioro cognitivo en pacientes con enfermedades neurológicas no se

aprecia en las fases iniciales y pueden realizar una vida totalmente independiente y normal, pero cuando la enfermedad se agudiza hace que la persona sea dependiente. Por ello, consideramos que habría que tener en cuenta la enfermedad diagnosticada, ya que siempre va a conllevar un deterioro cognitivo continuado y la persona terminará por tener un alto grado de dependencia. El proceso burocrático es tan largo, que conviene anticiparse para que cuando las personas tengan las necesidades, los recursos ya hayan llegado y con ellos aumentar su calidad de vida.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

1. Adámez, R. Correa, A. (2016) El Rol del Trabajo Social en Psicogeriatría. *Norte de salud mental*, 54, vol. XIII, 11-13.
2. Arnaiz, A. Uriarte, JJ. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte y salud mental* 6 (26), 49-59. [VERSIÓN PDF]
3. Claramonte, B. Martínez, M D. *Capítulo 14: demencia vascular*.
4. Club senior Residencia de tercera edad de Sevilla (mayo, 2019) El Estigma de la vejez.
5. Conde-Ruiz. J.I Y González, C. (febrero, 2021) *El proceso de envejecimiento en España*. Fedea.
6. Corona-Vázquez, T. Campillo-Serrano, C. López, M. (2002). Gaceta Médica de México. *Las enfermedades neurológicas*, 138 (6), 533-539.
7. Fernández, E. *El trabajo social sanitario con las familias de los enfermos de Alzheimer*.
8. García, C. (2003). Diccionario de mitos. [VERSIÓN PDF]
9. García-Pedroza, F. Rodríguez, I. Peñalosa, Y. (2003). La epidemiología de las demencias. *Rev Mex Neuroci*. 4, 259-265.
10. Illán-Gala, I. (2018), Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de neurología. [Versión PDF].
11. Jorge C, et al. Nivel de conocimiento de la enfermedad de Alzheimer en cuidadores y población general. *Neurología*. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.03.004>
12. Ley de Dependencia. 39/2006, 14 de diciembre, Promoción a la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Boletín Oficial del Estado, 299 del 15 de diciembre 2006, 44142-44143, 44149-44150. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990>
13. Lopera, F. (2004). Enfermedad del Alzheimer. *Perspectiva en nutrición humana*. 29-30.
14. Mendoza-Suárez, G (2014) Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica. *Rev Soc Peru Med Interna*; vol. 27 (1)
15. Organización Mundial de la salud (2018). Envejecimiento y salud. Recuperado el 8 de junio de 2021, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.
16. Pedersen, D. (2009). Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: apuntes para el análisis y diseño de intervenciones. *Acta psiquiátrica y psicóloga de América Latina*. 55 (1), 39-50.
17. Revuelta, M., Sánchez, M., Caperos, J M. (2016). Cuidados formal e informal de personas mayores dependientes.
18. Romano, M F. Nissen, M D. Del Huerto, N M. Parquet, C A. (2007). Enfermedad de Alzheimer. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. 175. 9-11.
19. Sociedad Española de Neurología (2021). ¿Qué es la Neurología? [https://www.sen.es/pdf/2010/que\\_es\\_la\\_neurologia.pdf](https://www.sen.es/pdf/2010/que_es_la_neurologia.pdf)

20. Sociedad Española de Neurología (2002) Plan estratégico nacional para el tratamiento integral de las enfermedades neurológicas.  
<https://www.sen.es/pdf/planacional.pdf>

## 12. ANEXOS

### Anexo 1: Cuestionario

#### ESTIGMA Y MITOS EN PACIENTES NEUROLÓGICOS MAYORES

Somos dos estudiantes de Trabajo Social de la Universidad de Zaragoza que estamos realizando el Trabajo de Fin de Grado sobre el estigma y los mitos que la sociedad tiene respecto a las enfermedades neurológicas en la Tercera edad. Es una encuesta ciudadana totalmente anónima y nos sería de gran ayuda si contestase a las siguientes preguntas, sabiendo que no hay respuestas correctas ni incorrectas. Muchas gracias.

Si estás de acuerdo con participar por favor acepte el siguiente consentimiento, "Entiendo que esta investigación está hecha para conocer el estigma y los mitos que la sociedad tiene respecto a las enfermedades neurológicas en la tercera edad y que los datos y respuestas proporcionadas se utilizarán exclusivamente para esta investigación. Cualquier información personal no se harán públicas en ninguna presentación. El procesamiento de los datos será de forma anónima y confidencial. "

a) Doy mi consentimiento

1.1 ¿En qué rango de edad se encuentra usted actualmente?

- a) De 18 a 24
- b) De 25 a 34
- c) De 35 a 44
- d) De 45 a 54
- e) De 55 a 64
- f) De 65 a 74
- g) Mayor de 74

1.2 ¿Con qué género se identifica más?

- a) Masculino
- b) Femenino
- c) Prefiero no decirlo
- d) Otros

1.3 Conoce o tiene algún familiar/conocido que padezca alguna de estas enfermedades neurológicas? [VARIAS OPCIONES]

- a) Si, Parkinson
- b) Si, Alzheimer
- c) Si, demencia vascular
- d) No, ninguna
- e) Otros

1.4 Si la respuesta a la pregunta 3 es afirmativa, ¿Qué edad tiene la persona que padece este tipo de enfermedades?

- a) Menor de 20
- b) De 20 a 40
- c) De 41 a 60
- d) De 61 a 80
- e) De 81 a 90
- f) Mayor de 90

1.5 Si la respuesta a la pregunta 3 es afirmativa, ¿Dónde reside la persona que padece la enfermedad neurológica?

- a) En su domicilio
- b) En una residencia
- c) En el domicilio de un familiar/cuidador
- d) En el hospital
- e) Otros

1.6 ¿Ha participado cuidando a algún familiar con alguna de estas enfermedades neurológicas?

- a) Si
- b) No
- c) Ns/Nc

1.7 ¿Piensa que las siguientes enfermedades neurológicas son mortales?

- a) Si, el Párkinson
- b) Si, el Alzheimer
- c) Si, las demencias vasculares
- d) Si, todas
- e) No, ninguna
- f) Ns/Nc

1.8 ¿Considera usted que estas enfermedades neurológicas tienen cura? [VARIAS OPCIONES]

- a) Si, el Párkinson
- b) Si, el Alzheimer
- c) Si, las demencias vasculares
- d) Si, todas
- e) No, ninguna
- f) Ns/Nc

1.9 ¿Cree que cuando llegue a una determinada edad puede padecer alguna de las anteriores enfermedades neurológicas?

- a) Si, alguna
- b) Si, todas
- c) No
- d) Ns/Nc
- e) Otros

1.10 ¿Considera que las enfermedades neurológicas citadas anteriormente son hereditarias?

- a) Si, alguna
- b) Si, todas
- c) No
- d) Ns/Nc
- e) Otros

1.11 ¿Cree que la enfermedad del Párkinson el único síntoma que tiene son los temblores?

- a) Si
- b) No
- c) Ns/Nc

1.12 ¿Relaciona la pérdida de memoria con padecer Alzheimer?

- a) Si
- b) No
- c) Ns/Nc

1.13 ¿Cree que las demencias vasculares son causadas por microinfartos?

- a) Si
- b) No
- c) Ns/Nc

1.14 ¿Qué cree que la sociedad haría primero ante esta situación? Caso: Una persona mayor sola en la calle, con temblores, desorientada y sin identificación.

- a) Esta "loco/a"
- b) A lo mejor necesita ayuda
- c) Lo ves, te giras y te marchas
- d) Comentas la situación, pero no actúas
- e) Te acercas y llamas a la policía
- f) Otros

1.15 ¿Qué cree que es lo más habitual que la gente hace cuando se encuentra en esta situación? Caso: Estás en una cafetería y se acerca una señora desorientada y con agitación.

- a) Tendrías miedo
- b) Buscarías una forma de socorrerla
- c) Huirías
- d) Otros

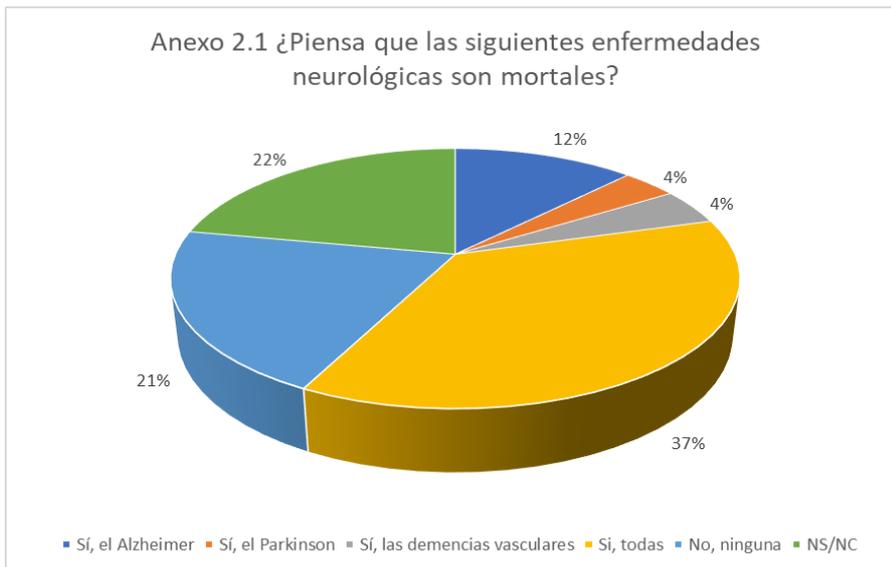
1.16 ¿Qué cree que es lo más habitual que la gente hace cuando tiene una persona con trastorno de la conducta debido a una enfermedad neurológica?

- a) Desentenderse, dejándola en su domicilio
- b) Optaría por una residencia
- c) Atenderlo adecuadamente en casa
- d) Otros

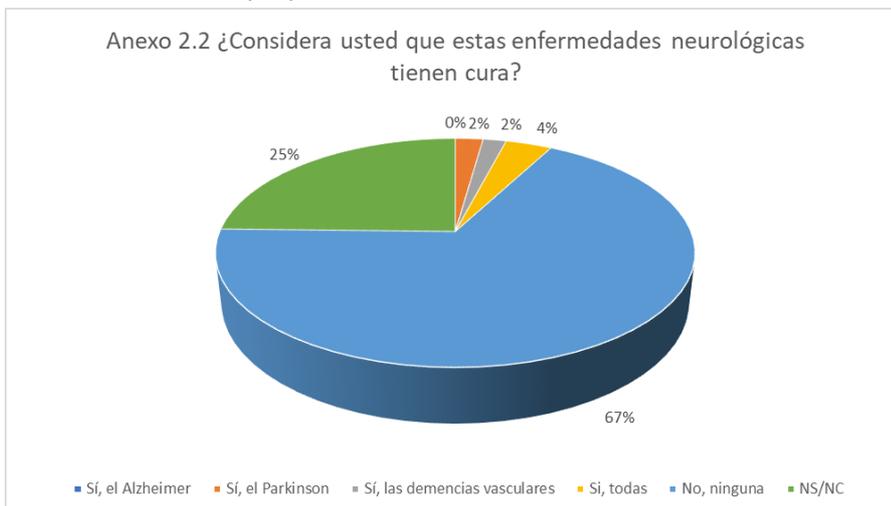
1.17 ¿Piensa que la sociedad valora y dignifica tal y como se merece a las personas mayores que padecen una enfermedad neurológica?

- a) Si
- b) No
- c) Ns/Nc
- d) Otros

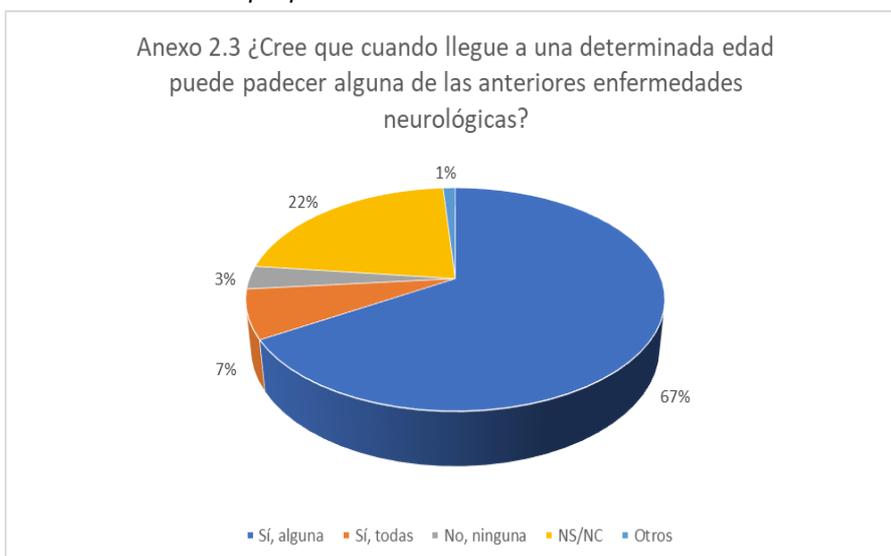
Anexo 2: Respuestas en gráficos



Fuente: elaboración propia

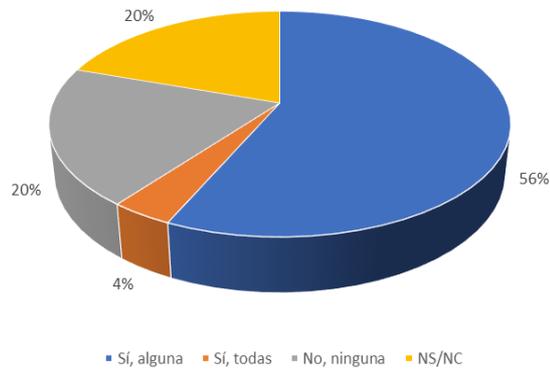


Fuente: elaboración propia



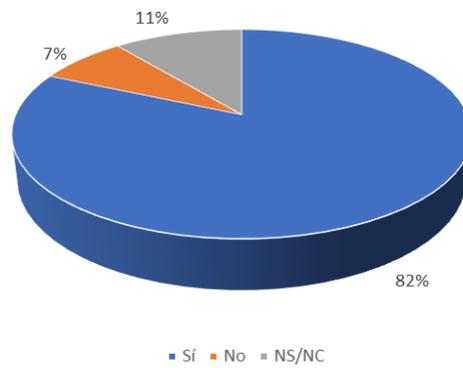
Fuente: elaboración propia

Anexo 2.4 ¿Considera que las enfermedades neurológicas citadas anteriormente son hereditarias?



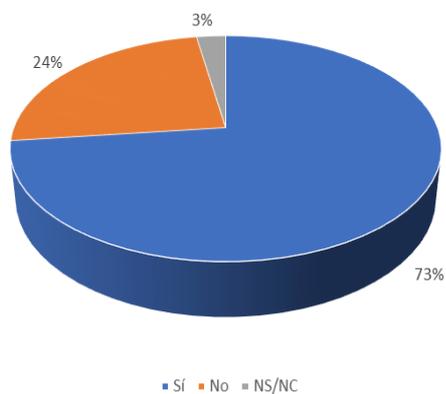
Fuente: elaboración propia

Anexo 2.5 ¿Cree que la enfermedad del Párkinson el único síntoma que tiene son los temblores?



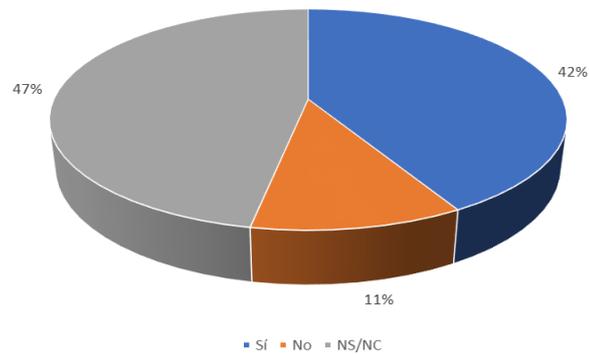
Fuente: elaboración propia

Anexo 2.6 ¿Relaciona la pérdida de memoria con padecer Alzheimer?



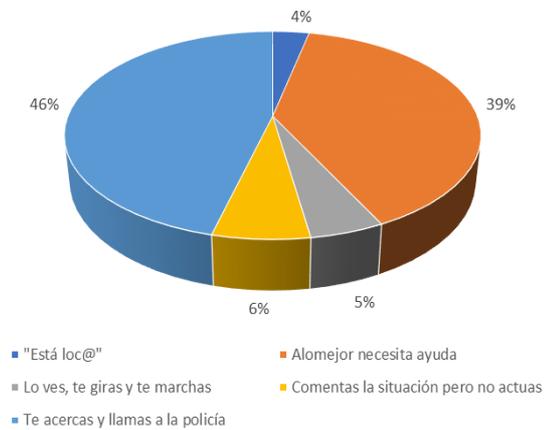
Fuente: elaboración propia

Anexo 2.7 ¿Cree que las demencias vasculares son causadas por microinfartos?



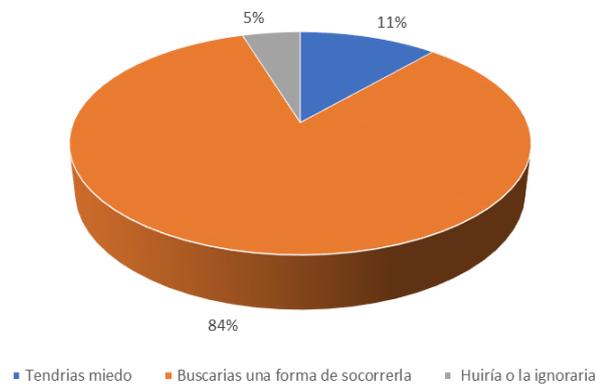
Fuente: elaboración propia

Anexo 2.8 ¿Qué cree que la sociedad haría primero ante esta situación? Caso : Una persona mayor sola en la calle, con temblores, desorientada y sin identificación.



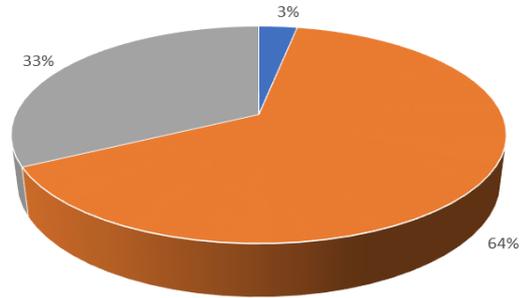
Fuente: elaboración propia

Anexo 2.9 ¿Que cree que es lo más habitual que la gente hace cuando se encuentra en esta situación? Caso: Estás en una cafetería y se acerca una señora desorientada y con agitación.



Fuente: elaboración propia

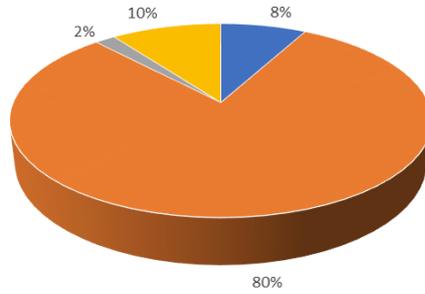
Anexo 2.10 ¿Que cree que es lo más habitual que la gente hace cuando tiene una persona con trastorno de la conducta debido a una enfermedad neurológica?



■ Desentenderse dejandola en su domicilio ■ Optaría por una residencia ■ Atenderlo adecuadamente en casa

Fuente: elaboración propia

Anexo 2.11 ¿Piensa que la sociedad valora y dignifica tal y como se merece a las personas mayores que padecen una enfermedad neurológica?



■ Sí ■ No ■ A veces ■ NS/NC

Fuente: elaboración propia