



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Diseño de un taller de información y
asesoramiento sobre servicios y prestaciones
sociales para el colectivo de personas cuidadoras
no profesionales

Autor/es

María Cristina Villanueva Callau

Director/es

Almudena Borobio Lázaro
Chabier Gimeno Monterde

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo
2022

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	4
1 NATURALEZA DEL PROYECTO	5
1.1 INTRODUCCIÓN	5
2 FUNDAMENTACIÓN	6
2.1 DEPENDENCIA.....	8
2.2 FACTORES DE DEPENDENCIA.....	9
2.2.1 Envejecimiento poblacional: discapacidad y dependencia	9
2.2.2 Cronificación de enfermedades.....	10
2.3 EL PERFIL DEL CUIDADOR/A	12
2.3.1 El papel de las mujeres en los cuidados	12
2.3.2 La sobrecarga de los cuidados.....	13
2.3.3 Renuncias del cuidador/a	14
2.4 EL DUELO Y SUS FASES.....	17
3 OBJETIVOS.....	18
3.1.1 Objetivo general	18
3.1.2 Objetivos específicos	18
4 LOCALIZACIÓN	19
5 DESTINATARIOS	20
6 METODOLOGÍA.....	21
7 CRONOGRAMA	23
8 RECURSOS.....	24
9 DISEÑO DE LOS TALLERES	25
9.1 TALLER 1. Introducción a los cuidados de personas dependientes.....	27
9.1.1 1ª Sesión: Presentación del taller y de los ponentes.	27
9.1.2 2ª Sesión: Prevención y atención a la dependencia.....	28
9.1.3 3ª Sesión: Las necesidades de las personas dependientes en la vida diaria.....	28
9.2 TALLER 2. Recursos económicos e institucionales y de apoyo psico-social	30
9.2.1 1ª Sesión: Ayudas económicas y de servicios a la dependencia	30
9.2.2 2ª Sesión: Servicios de atención a cuidadores de personas dependientes.....	31
9.3 TALLER 3. La sobrecarga. Cómo cuidarte para poder cuidar.....	32
10 FASE DE CLAUSURA.....	33
11 CONCLUSIONES.....	34
12 BIBLIOGRAFIA	35
13 ANEXO.....	36

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tiempo de trabajo 25-34 años.....	15
Tabla 2. Tiempo de trabajo 35-44 años.....	15
Tabla 3. Actividades.....	23
Tabla 4. Tareas del proyecto.	24
Tabla 5. Primera sesión del taller 1.	27
Tabla 6. Segunda sesión del taller 1.	28
Tabla 7 Tercera sesión del taller 1.....	28
Tabla 8. Contenidos taller 3.....	32

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, mi marido Víctor y mis hijos Izan e Iris por entender que ha habido momentos en los que he necesitado estar a solas con este proyecto.

A mi madre, Rosa, por cuidar de mis hijos y de mi en este momento de la vida.

Por supuesto a mi tutora inicial, Almudena Borobio Lázaro, que, aunque no ha estado hasta el final, ha dedicado parte de su tiempo a tutorizar este trabajo de fin de grado.

Y, por último, al tutor que ha cogido el relevo en el último momento, el profesor Chabier Gimeno Monterde.

A todos, gracias.

1 NATURALEZA DEL PROYECTO

1.1 INTRODUCCIÓN

La realización de esta propuesta de intervención se basa en mi propio interés como estudiante de Trabajo Social. Pretendo adquirir y desarrollar las habilidades necesarias para finalizar mi formación académica a través de la realización del Proyecto de Fin de Grado.

El ámbito en el que se fundamenta el proyecto es la Atención Primaria de Salud. Debido a la importancia que tiene el Trabajo Social en esta área y junto a mi interés como estudiante, decido basar mi propuesta en el desarrollo de un taller de información y asesoramiento sobre servicios y prestaciones sociales para el colectivo de personas cuidadoras no profesionales.

Los distintos talleres fomentan y proporcionan herramientas e información a este colectivo de personas cuidadoras no profesionales para el desarrollo de su tarea de cuidados, el bienestar de la persona cuidada y el suyo propio.

Hay que tener en cuenta que cuidar a un familiar o allegado, ya sea a tiempo parcial o a tiempo completo, requiere de una dedicación en muchos casos casi total. Esto conlleva factores a nivel personal de sobrecarga en la persona que cuida, y es por ello necesario que estén asesoradas e informadas lo máximo posible sobre recursos a los que puede tener acceso; entidades de apoyo en los cuidados, prestaciones económicas y de recursos institucionales, asociaciones y fundaciones, entre otros.

Como veremos en el siguiente apartado del proyecto, los cuidados están estrechamente ligados a las mujeres. De manera histórica, ellas han sido las que han ejercido el cuidado tanto de hijos como de personas mayores. Las renuncias que tienen que hacer para poder cuidar se ven incrementadas desde que están incorporadas al mundo laboral.

Dar visibilidad al cuidado no profesional, ejercido en la mayor parte de los casos por mujeres, y poder crear un taller que facilite información sobre los recursos disponibles en materia de cuidados es una de mis motivaciones para la realización de este proyecto.

2 FUNDAMENTACIÓN

El cuidado de personas dependientes puede darse desde dos perfiles distintos, por un lado, los cuidadores profesionales y por otro, los no profesionales. Estos últimos suelen ser familiares o allegados cercanos de la persona dependiente.

Este proyecto centra su objetivo en conocer y desarrollar la labor de los cuidadores no profesionales, las dificultades que encuentran durante el proceso de cuidados y los recursos a los que pueden acceder para poder desarrollar su función.

Una encuesta realizada por el CIS (1994) sobre Apoyo Informal a las Personas Mayores, en el que la motivación principal de estos es afectiva y moral, y concluye que, la mayoría de las cuidadoras son mujeres de edad media y avanzada, siendo estas últimas, las que asumen la mayor parte del cuidado a enfermos. Las causas principales a las que alude la situación de este colectivo son fundamentalmente por la falta de vertebración sindical o política de esta generación. Esto ha contribuido a que no se haya producido un cambio más rápido y profundo en las políticas públicas sanitarias y sociales. Aunque esta encuesta esta realizada hace casi 30 años, el tipo de perfil social al que hace referencia no dista mucho de lo que se vive en la actualidad.

El perfil social del cuidador puede cambiar y ser modificado, pero para ello se debe contribuir desde las políticas públicas y los movimientos sociales. Esta apreciación es relevante y ayuda a entender la finalidad y objeto de estudio de este proyecto de intervención con cuidadores no profesionales.

Estos son algunos de los aspectos del perfil del cuidador (Durán, 2020):

1. Mujer
2. Edad intermedia entre 50 y 80 años
3. No tiene empleo
4. Dedicar más de 40 horas semanales al cuidado del dependiente.
5. Tiene dificultades económicas.
6. Asume casi en exclusiva el cuidado del dependiente.
7. Lo hace durante muchos años.
8. Padece patologías múltiples
9. No tiene tiempo ni oportunidad de cuidarse.
10. Miedo respecto a su futuro.

Es importante incluir en la estructura social a estos grupos de población que comparten vidas e intereses similares y cuyas personas se sientan reconocidas con sus semejantes. De esta manera, la sociedad reconoce su existencia, y es determinante para su relación con el proceso productivo (Durán, 2020).

Teniendo en cuenta el perfil que se describe, la función social que cumple la persona cuidadora y las dificultades que conllevan los cuidados de personas dependientes desde una función no profesional, es importante desarrollar los siguientes puntos para el conocimiento y desarrollo del proceso de intervención:

1. Factores y consecuencias de dependencia
2. Perfil del cuidador no profesional de personas dependientes
3. Necesidades de la persona cuidadora
4. Sobrecarga por cuidados

2.1 DEPENDENCIA

La atención a la dependencia es objeto de interés social y, por tanto, comienza a serlo también de las políticas públicas.

Por ello en 2006, se publica en España la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Esta Ley promueve todo lo relacionado con las prestaciones y servicios que ofrece el Estado, con la participación directa de las CCAA y las entidades locales, con relación a las personas dependientes.

En ella se define la 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 personal¹.

Además, se contempla la figura de la persona cuidadora no profesional en el artículo 2 punto 5 de la Ley, *definiciones*, y dice así:

“5. Cuidados no profesionales: 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”².

La ley pone en valor la figura de la familia y de personas cercanas puesto que es una evidencia que han sido el bastón de las personas dependientes a lo largo de la historia. A raíz de legislar sobre la dependencia, han surgido instituciones de ayuda para las personas dependientes y sus familias.

Más concretamente, en Aragón, el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) ofrece un servicio de Apoyo a Personas Cuidadoras³.

Éste, es un servicio de formación y tiene como objetivo ofrecer conocimientos y un intercambio de experiencias que ayude a reforzar la labor de este colectivo. Aborda temas de todo tipo relacionados con el cuidado de las personas dependientes, y, además, promueven el intercambio de experiencias, lo cual permite que la persona cuidadora tenga mayor apoyo psicosocial. Va dirigido a todas las personas que tengan a su cuidado a una persona dependiente y se puede solicitar participar a través de la “Solicitud de Acceso a los Servicios para la Autonomía de las personas”.

¹ BOE, 2006, núm. 299, 21990

² BOE, 2006, núm. 299, 44144

³ Consultar en la web del Instituto Aragonés de Servicios Sociales, Servicio de apoyo a personas cuidadoras. Cuidarte para familiares dependientes: <https://www.aragon.es/-/servicio-de-apoyo-a-personas-cuidadoras#anchor2>

2.2 FACTORES DE DEPENDENCIA

Los principales factores de dependencia y discapacidad en España podrían englobarse principalmente en dos, el envejecimiento poblacional y la cronificación de las enfermedades.

Esto quiere decir que la dependencia se alarga en tiempo y recursos y que el estado debe promover y garantizar recursos suficientes para que este colectivo de personas esté debidamente atendido. El evidente envejecimiento y la baja tasa de natalidad hacen que el sistema necesite de una estructura que defina los cuidados como un problema social a desarrollar.

2.2.1 Envejecimiento poblacional: discapacidad y dependencia

Los avances médicos y científicos han favorecido la longevidad del ser humano y su esperanza de vida, y esto ejerce de un factor clave de dependencia.

Para alcanzar la madurez demográfica, las sociedades tienen que haber logrado reducir las tasas de mortalidad infanto-juvenil y en edades centrales, y, además, superar la esperanza de vida al nacer en 80 años. Al tratarse de sociedades de demografía madura y envejecida se alcanzan formas pasivas de cuidados. El cuidado de personas mayores se convierte en cotidianeidad para las familias y de algún modo repercute también en las políticas públicas (Durán, 2020).

Discapacidad y dependencia pueden ir interrelacionadas o no. No todo el mundo que tiene una discapacidad tiene reconocida una dependencia en la que requiera cuidados de otras personas. No obstante, uno de los efectos más esperados de este progresivo envejecimiento de la población española es el aumento de personas con discapacidad.

Envejecimiento, discapacidad y dependencia resultan tres fenómenos que caracterizan demográficamente a la sociedad española y remiten, en último término, a serias dificultades estructurales en los ámbitos del bienestar de las personas (salud, empleo, vivienda, educación, servicios sociales, etc.) y a la debilidad de las políticas públicas en su función protectora y redistributiva, algo característico de los modelos de bienestar familista (Alemán, Alonso y Peñasco, 2021).

Este envejecimiento poblacional supone un reto para los sistemas de salud y de cuidados como muy bien indica María Teresa Bazo en la introducción del libro "Envejecimiento poblacional y el reto de la dependencia". Hace alusión no solo a la importancia de cómo el sistema sanitario afronta el fenómeno del envejecimiento sino también a los factores sociales que determinan el sistema de cuidados, como pueden ser el género y la inmigración (Bazo, 2012).

Respondiendo a este fenómeno, la Unidad de Análisis de la Fundación General del CSIC vaticina que en el año 2050 las personas mayores de 65 años representarán el 30% de la población. Ante esta situación, la sociedad debe abordar los retos de un país envejecido y con bajas tasas de natalidad (Fernández, Parapar y Ruiz, 2010).

2.2.2 Cronificación de enfermedades

Las enfermedades crónicas (dolores derivados de enfermedades como artrosis o artritis...) y las enfermedades no transmisibles (cáncer, diabetes, cardiovasculares y respiratorias) se convierten en las que mayor incidencia en discapacidad y dependencia generan.

“Sea cual sea su grado de gravedad, al referirse a una enfermedad o dolencia como cronificada o crónica, la mayoría de la gente suele querer decir que no tiene cura” (Durán, 2020, p. 414).

En este mismo apartado, Durán (2020) alude también a que la perspectiva del personal sanitario difiere en este concepto del de la población general. Los profesionales sanitarios entienden la cronicidad como pruebas o prácticas médicas mientras que la población general lo asocia a dificultades para el desarrollo de la vida cotidiana y el dolor.

Boi Ruiz, vicepresidente de la Fundación Humans apunta que para hacer frente a la cronicidad en España el reto sería cambiar de políticas de sanidad a políticas de salud y de medicina singularizada. Esto es, basar el modelo sanitario en la humanización de los cuidados y no en el fin último de curar ⁴.

Según datos aportados:

1. El 94,18% de las personas que trabajan a tiempo parcial son mujeres.
2. La OIT estimaba en 2019 que la brecha de género tardaría dos siglos en cerrarse.
3. Según una encuesta impulsada por la Unidad de Mujeres y Ciencia del Ministerio de Ciencia e Innovación, alrededor del 50% de las investigadoras se responsabilizaron de la limpieza del hogar y el 43,8% asumió las responsabilidades de cuidados durante el confinamiento. Por su parte, el 20% de los hombres se encargó de la limpieza y el 18,3% de los hombres asumió las responsabilidades de cuidados.
4. El principal perfil de cuidador en España es mujer de entre 45 y 64 años y que habita en la misma vivienda que la persona cuidada.
5. A fecha de junio de 2021, se estimaba que casi tres cuartas partes de los trabajadores y trabajadoras domésticas del mundo (55 millones) podrían perder su empleo por la COVID-19, 37 millones son mujeres.
6. Según la Organización Internacional del Trabajo, en la segunda mitad de 2020, los salarios de las mujeres se han reducido un 15% frente al 11,3% de los hombres.

⁴ Consultar en la web del diario consalud.es: https://www.consalud.es/pacientes/canal-cronicidad/envejecimiento-y-cronicidad-grandes-retos-para-la-sostenibilidad-del-sns_62615_102.html

7. La brecha salarial se sitúa en el 23%. En 2019, el salario medio de los hombres fue de 22875€ frente a 17927€ el de las mujeres.
8. Mas del 80% de los hogares monoparentales están liderados por una mujer.

Ante esta situación desigual entre hombres y mujeres, una de las posibles soluciones es la corresponsabilidad en los hogares. Romper con el estereotipo de que es la mujer la que se encarga de según qué actividades, y el hombre de otras. Debe ser un reparto igualitario en las responsabilidades, esto incluye la organización, el cuidado y la educación de las personas dependientes dentro del hogar ⁵.

⁵ Consultar en la web de la ONG Ayuda en Acción: <https://ayudaenaccion.org/blog/mujer/mujeres-rol-cuidados/>

2.3 EL PERFIL DEL CUIDADOR/A

La familia es la principal fuente de cuidado informal. Las variables sociales y demográficas determinan el perfil del cuidador/a informal: la relación entre receptor de cuidados y cuidador, el sexo, el vínculo familiar, el estado civil, la edad, el nivel educativo, la situación laboral, el nivel económico, y la clase social (Carretero, Garcés y Ródenas, 2006).

2.3.1 El papel de las mujeres en los cuidados

En España es muy común que los cuidados de personas dependientes queden a cargo de mujeres inmigrantes, y esto se debe en gran medida, a un escaso desarrollo del Estado de Bienestar que cubre de manera insuficiente el cuidado de las personas dependientes, el envejecimiento de la población, la incorporación laboral de las mujeres al mercado de trabajo, los cambios en la composición de las familias, la falta de corresponsabilidad entre miembros de la familia y los movimientos migratorios, que han favorecido esa externalización de los cuidados (Bazo, 2012).

Hay un estudio muy interesante realizado por el Ministerio de Igualdad; *“Cuidados a personas dependientes prestados por mujeres: valoración económica”* que tiene como objetivo conocer y evaluar económicamente el papel de las mujeres cuidadoras frente al papel que ocupan los cuidados formales y remunerados. Tras la realización del estudio y los datos recabados también han querido reflejar el conocimiento y la difusión del trabajo de cuidado informal que desarrollan mayoritariamente las mujeres de una manera parcialmente invisibilizada.

Este estudio resulta relevante y necesario a la hora de contemplar el papel de las mujeres, pero también la repercusión económica que tiene esta labor de cuidados, tanto a nivel personal como social. Además de la categorización que se hizo a la hora de plantear el estudio, ya que podían ser cuidados formales, informales, u otro tipo de cuidado formal no profesionalizado, pero si remunerado.

En el apartado 5. 2 de este estudio, *“Cómo se cuida informalmente”* expone el tipo de sistema asistencial que está implantado en los países del Sur de Europa, donde dice claramente que sigue recayendo la responsabilidad en los cuidados de manera tradicional en las mujeres, donde los recursos del sistema públicos están financiados por impuestos muy limitados y destinados solo a satisfacer las necesidades más básicas de las personas en situación de dependencia. Por tanto, el alcance y extensión de los recursos es insuficiente (Estudio Ministerio de Igualdad, Madrid, 2008).

En este mismo sentido, el estudio vislumbra que a tenor de los cambios sociodemográficos que se están experimentando se tiende a modelos que priman más la protección y la garantía de derechos.

De este modo, el estudio señala que en España tienen influencia tres modelos distintos de actuación frente a la situación de discapacidad y dependencia:

1. El modelo rehabilitador: modelo predominante en los años 70 y que aparece tras la II Guerra Mundial, aplica técnicas terapéuticas como compensación a los heridos de guerra.
2. El modelo de igualdad de oportunidades: impulsado en los años 60, supuso un avance en las ayudas, enfocadas no sólo a la rehabilitación sino también a ayudas de tipo económico, de servicio y técnicas.
3. Sistema de protección a través de la Seguridad Social: la prestación de dependencia se sitúa en el mismo nivel que cualquier otro tipo de prestación. Se reconoce el derecho a la prestación no contributiva independientemente de la situación económica y se evalúa la situación de dependencia en grados o niveles de gravedad.

Siguiendo la línea del estudio, también hacen referencia a argumentaciones de tipo social que indican la presencia notable del sexo femenino en las tareas de cuidado, principalmente, el cambio de la estructura familiar tradicional:

- Desaparición de la familia extensa tradicional y aparición de otros modelos de familia.
- La movilidad y separación demográfica de los miembros por motivos laborales favorece que sean las mujeres las que se queden al cuidado de las personas dependientes.
- Envejecimiento de la población.

Otro tipo de valoraciones que contempla este estudio son las “consideraciones culturales”, las cuales determinan la asignación por sexos de ciertos valores, características y ocupaciones según una cultura de carácter androcéntrico, esto es, que se asume que las mujeres deben ocupar la esfera privada dedica a tareas de cuidado doméstico y del cuidado de los hijos. Por el contrario, los hombres están destinados a la esfera pública; relaciones sociales y ámbito laboral.

2.3.2 La sobrecarga de los cuidados

Es en el sistema de apoyo informal donde recae la mayor parte de la asistencia a personas dependientes y esto implica atención diaria e intensa con una alta responsabilidad. Cuidar es un factor estresor, y si esto se convierte en una actividad que puede durar meses e incluso años, puede derivar en una sobrecarga que afecte al cuidador y por inercia a la persona cuidada. En este mismo sentido, las repercusiones o consecuencias que sufre el cuidador informal a raíz de esta sobrecarga son sobre su salud física y mental (Carretero, Garcés y Ródenas, 2006).

Las repercusiones de esta sobrecarga de cuidados implican problemas de salud mental y física como son: depresión, ansiedad, enfermedades psicosomáticas, entre otras. También repercute a nivel económico, laboral, familiar, sobre las relaciones sociales y el tiempo libre de las personas que cuidan.

En algunos casos, tiene fuertes consecuencias sobre la persona cuidada esa sobrecarga que experimenta el cuidador y llega incluso a claudicar o a producirse el abandono, la institucionalización e incluso abusos y malos tratos hacia la persona dependiente (Carretero, 2006).

Cuando más se vislumbra esta sobrecarga por cuidados es cuando estos son de larga duración, y esto tiene un impacto en los cuidadores no profesionales. En este momento la prestación de cuidados puede suponer efectos negativos en la salud física y emocional, sobre todo en aquellas personas que tienen responsabilidades exigentes e intensas. Aunque suelen trabajar en consonancia con los sistemas formales de cuidados ofrecidos por instituciones públicas y privadas, el cuidador informal experimenta un aislamiento social ya que a menudo no tienen tiempo personal. Esto, sumado a que suelen ser personas con nula o escasa participación en el mercado de trabajo y con pocos recursos económicos para hacer frente a los cuidados, son personas con alto riesgo de exclusión social (Carretero, Garcés y Rodenas, 2013).

2.3.3 Renuncias del cuidador/a

Como bien se indica en la introducción al perfil de los cuidadores, la familia es la principal fuente de cuidado informal, y es por ello por lo que son muchas las renuncias a las que tienen que llegar para poder cuidar.

El problema social de los cuidados no retribuidos recae principalmente sobre las mujeres. Son los condicionamientos sociales los que explican que sean las mujeres las que perciban medidas de suspensión temporal o flexibilización en sus jornadas laborales para seguir sosteniendo este sistema de cuidados claramente feminizado.

Aunque en los últimos años se han ideado iniciativas que compensaran la brecha de género, esto han sido solo soluciones puntuales, todavía las medidas son insuficientes de cara a la renuncia o abandono de la vida profesional de los cuidadores no profesionales (Selma, 2019).

Según datos del INE las renuncias y modificaciones en la vida laboral están muy presentes y por ello se analizan en el siguiente apartado.

La renuncia y/o las modificaciones en el tiempo de trabajo

Las personas que tienen a su cargo a familiares dependientes, en muchas ocasiones, renuncian o modifican sus jornadas laborales para poder abordar todos los cuidados y atenciones que necesita la persona dependiente.

El Instituto Nacional de Estadística ha realizado muchas encuestas en relación con los cuidados, la población activa y otros factores interdependientes del fenómeno de la dependencia.

A continuación, se pueden observar dos tablas de elaboración propia con datos obtenidos de las macroencuestas realizadas a la población para conocer más al detalle la situación de esta realidad social.

Se destacan dos franjas de edad, de 25 a 34 y de 35 a 44 años, y comparando ambos sexos, ya que son etapas de gran actividad laboral y suponen mayores dificultades para las personas cuidadoras.

Tabla 1. Tiempo de trabajo 25-34 años.

	MUJERES DE 25 a 34 AÑOS AÑO 2020 (%)	HOMBRES DE 25 a 34 AÑOS AÑO 2020 (%)
PARADOS QUE HAN DEJADO EL TRABAJO PARA CUIDAR A PERSONAS DEPENDIENTES	24,4%	25%
OCUPADOS A TIEMPO PARCIAL PORQUE CUIDAN A PERSONAS DEPENDIENTES	17,5%	No hay datos

Fuente: Instituto Nacional de Estadística⁶

Tabla 2. Tiempo de trabajo 35-44 años.

	MUJERES DE 35 A 44 AÑOS AÑO 2020 (%)	HOMBRES DE 35 A 44 AÑOS AÑO 2020 (%)
PARADOS QUE HAN DEJADO EL TRABAJO PARA CUIDAR A PERSONAS DEPENDIENTES	26,6%	22,6%
OCUPADOS A TIEMPO PARCIAL PORQUE CUIDAN A PERSONAS DEPENDIENTES	60,2%	57,7%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística⁷

⁶Consultar en INE: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=827&dh=1>

Consultar en INE: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=834&dh=1>

⁷Consultar en INE: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=827&dh=1>

Analizando los datos que arrojan las distintas encuestas se puede observar que las necesidades de las personas cuidadoras con respecto a la ocupación laboral se basan en diferentes factores como son la edad y el sexo, y con diferentes motivos.

Aunque existe una evolución a lo largo de los años, las encuestas reflejan que las mujeres tienen todavía un papel mayoritario en los cuidados en los grupos de edad de 25 a 34 y de 35 a 44, edades que coinciden con los tramos más importantes de la vida laboral.

Esto se refleja principalmente en la gráfica de ocupados a tiempo parcial porque cuidan a personas dependientes, y también en las horas semanales dedicadas al cuidado en la encuesta que comparan datos de España y la Unión Europea. En ambas, las mujeres dedican más horas.

Por otro lado, en cuanto a parados por motivo de cuidados se refleja un equilibrio entre los dos sexos durante los años contemplados en la encuesta (2016 a 2020), aunque las mujeres siguen estando por delante.

2.4 EL DUELO Y SUS FASES

La etapa o fase final de los cuidados llega con el fallecimiento de la persona cuidada. Gracias a los avances médicos, la esperanza de vida se ha visto aumentada exponencialmente siendo mucho más tarde el fallecimiento.

El duelo se define como “la reacción psicológica que se produce ante la pérdida de alguien o algo significativo para nosotros”. En este sentido, el cuidador percibe una sensación de vacío ante la pérdida, totalmente normal, teniendo en cuenta que es muy probable que haya dedicado una gran cantidad de tiempo a los cuidados de la persona y el apego generado a esta.

La pérdida del familiar fallecido es un acontecimiento estresante y conlleva una gran carga emocional que supone dolor y sufrimiento.

Diferentes autores han diferenciado y señalado etapas en el proceso de duelo, siendo estas:

1. Fase de shock.
2. Fase de evitación-negación.
3. Fase de desesperación-entrega al dolor.
4. Fase de reorganización-recuperación.

La manera de afrontar y superar el duelo y sus etapas dependerá mucho de la persona, de las circunstancias acontecidas y de la relación interpersonal que se haya generado entre el cuidador y la persona cuidada (Pascual y Santamaría, 2009).

Aunque el duelo se asocia al momento en el que la persona ha fallecido, en verdad el duelo puede manifestarse antes, durante y después del fallecimiento.

El duelo anticipatorio es el que aparece cuando la muerte parece inminente. En este caso el duelo puede aumentar y disminuir en el caso de que la muerte esperada se demore y suele verse en situaciones de enfermedades largas y de avance progresivo e inevitable.

Además, existen factores que pueden dificultar tanto la tarea de cuidados como la del duelo anticipatorio:

- No aceptación de la enfermedad.
- Sobrecarga de los cuidados.
- Falta o carencia de recursos personales para afrontar la situación.
- Incapacidad para pedir ayuda a terceros.
- Falta de límites.
- Falta de recursos de apoyo social ⁸.

⁸ Consultar la información que ofrece la Asociación de Familiares y cuidadores de enfermos de Alzheimer y otras demencias de Tenerife en el siguiente link: <https://www.afate.es/duelo-en-cuidador-a>

3 OBJETIVOS

Tras definir y delimitar cuál es el objeto de estudio y de intervención que se pretende conseguir, se plantean los objetivos que se quieren alcanzar con el desarrollo de esta propuesta. Para ello se desgrana en un objetivo general y tres específicos.

3.1.1 Objetivo general

Elaborar un taller de información y asesoramiento sobre recursos sociales e instituciones disponibles para personas cuidadoras no profesionales que favorezcan la labor de cuidados.

3.1.2 Objetivos específicos

- a) Dotar de información relevante a las personas cuidadoras no profesionales en el desarrollo de su labor de cuidados y sus propias necesidades personales.
- b) Formar al grupo de los recursos e instituciones de las que pueden disponer las personas cuidadoras en relación con la persona cuidada.
- c) Ofrecer apoyo social para liberar de la sobrecarga que generan los cuidados.

4 LOCALIZACIÓN

Este programa va a llevarse a cabo en la ciudad de Zaragoza y va a estar fundamentado en los recursos e instituciones sociales que ofrece la Comunidad Autónoma de Aragón y la ciudad de Zaragoza.

El programa se desarrollará en el barrio de San José de Zaragoza, en el Centro de Salud San José Norte.

Imagen 1. Plano de situación



Fuente: Google. (s.f.). [Centro de Salud San José Norte]. Recuperado el 21 de septiembre de 2022 de <https://goo.gl/maps/jepnWshyqUrKGTZ57>

San José es un barrio tradicionalmente obrero, en el que su población está envejecida, situándose la edad media en 47,1 años. Según el padrón de 2016, hay 8662 personas por encima de los 75 años.⁹

⁹ Consultar en: <https://www.zaragoza.es/contenidos/presupuestos-participativos/Ebropolis/11-SanJose.pdf>

5 DESTINATARIOS

La población a la que va dirigida son las personas cuidadoras no profesionales mayores de 18 años que desarrollan una labor de cuidados a personas dependientes.

Se hace una selección de los participantes a través de una entrevista semidirigida para conocer el perfil de los cuidadores y poder enfocar y realizar algún cambio si hiciera falta de algunos de los talleres.

A través de esta entrevista, el trabajador/a social recaba datos a nivel individual de los usuarios que participarán en los talleres, tales como: identidad, dirección, edad, situación familiar, recursos, etc., y también permitirá conocer su situación y su percepción sobre el problema. Esta fase es muy importante para formar un grupo relativamente homogéneo y que genere inquietudes e intereses similares. Este primer contacto pretende generar un clima de confianza entre los futuros participantes y la persona encargada del desarrollo y puesta en práctica del taller.

Los destinatarios directos de estos talleres son las personas cuidadoras no profesionales, en ellas se enfocan las actividades a realizar y todo el marco teórico, siempre con la finalidad de educar en prevención y salud y en beneficiar a las personas dependientes que están a su cargo.

Durante las sesiones los participantes podrán valorar tanto la información facilitada como las actividades realizadas a través de las encuestas de participación, que se entregarán para su relleno al final de cada sesión. Con esto se pretende recabar información sobre la satisfacción de los participantes; si los datos que se facilitan son útiles y fácilmente entendibles, si les sirve para mejorar su actividad de cuidados, si se sienten reforzados en sus conocimientos, entre otras.

6 METODOLOGÍA

La metodología y pasos llevados a cabo en este proyecto basan su estructura en el proceso metodológico que apunta Cristina de Robertis y que analiza las fases de la metodología de la intervención en un orden lógico: localización del problema social, análisis de la situación, evaluación preliminar y operativa, elaboración del proyecto de intervención, puesta en práctica, evaluación de resultados y finalización de la acción (de Robertis, 1988).

El proceso metodológico que guía esta intervención se sostiene en cinco acciones básicas:

- Diagnóstico: localización del problema social.
- Diseño de intervención y evaluación previa.
- Diseño de los talleres formativos.
- Ejecución y puesta en práctica.
- Evaluación de los programas y de la propuesta de intervención.

Se llevan a cabo a través de una propuesta teórico-práctica en la que la recogida de información, el desarrollo del programa y el análisis posterior confirmarán o refutarán los objetivos e hipótesis planteados en el mismo.

El marco teórico facilita un conocimiento previo que ayuda a estructurar los objetivos del proyecto, y el diseño y ejecución de los talleres arrojará la información y experiencia buscada.

El tipo de proyecto de intervención que se realiza está basado en la socio-educación de los participantes. Se pretende formar e informar en el acceso a los recursos de ayuda existentes para cuidadores no profesionales de personas dependientes.

Con ello se pretende que los participantes de los talleres obtengan herramientas para resolver las situaciones devenida por su labor de cuidados.

Pasemos a analizar cada una de las acciones necesarias para el desarrollo del método de intervención:

1. Diagnóstico: localización del problema social: se detectan las necesidades y posibles problemáticas relacionadas con el tema a través de la búsqueda de información previa (estudios, estadísticas, programas...).
2. Diseño de intervención y evaluación previa: esta fase es importante para evaluar de manera preliminar los aspectos de la intervención que se quieren tratar y determinar si cumplen con los objetivos que se quieren alcanzar.
3. Diseño de los talleres formativos: este paso es posterior, pero se puede realizar de manera transversal con la búsqueda activa de información para poder elaborarlos de una manera más precisa y centrando la propuesta en los objetivos e hipótesis de la intervención.
4. Ejecución y puesta en práctica: una vez planteados y diseñados los talleres se debe realizar la puesta en práctica con el grupo de personas objeto de la intervención. Esta parte es muy importante ya que será la intervención real con los grupos y de allí se obtendrá un *feedback* necesario para el análisis posterior de los resultados.

5. Evaluación de los programas y de la propuesta de intervención: es el paso final. Con toda la información recabada de la experiencia con los grupos a través de los talleres formativos, se podrá determinar si se han cumplido los objetivos planteados inicialmente, si se han redefinido otros y si las hipótesis planteadas han sido confirmadas o refutadas. Es el momento de analizar la experiencia práctica y determinar conclusiones.

La evaluación del programa de intervención se analizará a través de los siguientes indicadores:

- Grado de satisfacción sobre la información proporcionada.
- Utilidad y practicidad de los recursos informados a los usuarios.
- Nivel de participación.

Los dos primeros indicadores se analizarán a través de la realización de encuestas a los participantes de los talleres, y, el nivel de participación será evaluado según el número de participantes y asistencia, así como del total de personas que completen los tres talleres del programa.

7 CRONOGRAMA

A continuación, se puede apreciar gráficamente a través de un cronograma de actividades en que periodos se realizarán los talleres de información y asesoramiento en función de los objetivos a alcanzar en el diseño y realización de esta propuesta de intervención.

La puesta en práctica del taller se desarrollará en la primera mitad del año, de enero a junio. Las sesiones se realizarán con una periodicidad quincenal entre cada una de ellas. Esto pretende facilitar la asistencia, el seguimiento del grupo y sus necesidades, y la creación de experiencias que puedan ser compartidas en las sesiones.

Tabla 3. Actividades.

Objetivos específicos/Actividades	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Dotar de información relevante a las personas cuidadoras no profesionales en el desarrollo de su labor de cuidados y sus propias necesidades personales - TALLER 1												
Formar al grupo de los recursos e instituciones de las que pueden disponer las personas cuidadoras en relación con la persona cuidada - TALLER 2												
Ofrecer apoyo social para liberar de la sobrecarga que generan los cuidados - TALLER 3												

Fuente: Elaboración propia

8 RECURSOS

Para la realización y puesta en práctica de este programa de intervención son necesarios recursos materiales, humanos y financieros. Dividiremos estos recursos en los necesitados para el diseño y realización del proyecto y los de aplicación y puesta en práctica de los talleres.

En la siguiente tabla se delimitan las tareas necesarias para el diseño y realización del proyecto y se enumeran los recursos por los que se hará posible tanto la parte de diseño como la puesta en práctica del programa.

Tabla 4. Tareas del proyecto.

RECURSOS TAREAS	HUMANOS	MATERIALES	TÉCNICOS	FINANCIEROS
Búsqueda de información y selección de datos	Trabajadora Social del Centro de Salud	- Libros, revistas, documentos web, estudios realizados... - Bibliotecas - Acceso a Organismos oficiales del Ayto. de Zaragoza y la CCAA de Aragón	- Ordenador - Acceso a Internet - Programas de Microsoft (Word, Excel y PowerPoint)	No se requiere de financiación
Diseño de la propuesta de intervención	Trabajadora Social del Centro de Salud con la colaboración de parte del equipo multidisciplinar: enfermería y psicología	Toda la documentación recabada y seleccionada a través de una exhaustiva revisión bibliográfica	- Ordenador - Acceso a Internet - Programas de Microsoft (Word, Excel y PowerPoint)	No se requiere de financiación
Puesta en práctica de los talleres	- Trabajadora Social - Enfermera/o - Psicóloga/o - Usuarios/participantes	- Sala o aula para los talleres - Mesas y sillas - Cartelería: trípticos, folletos... - Bolígrafos - Botellines de agua	- Ordenador - Proyector	A través de dotación económica del SALUD para proyectos y programas desarrollados por los Centros de Salud

Fuente: Elaboración propia

9 DISEÑO DE LOS TALLERES

Para la consecución y cumplimiento de los objetivos, las formaciones con los grupos se dividen en tres talleres y se subdivide en diferentes sesiones con una periodicidad quincenal.

Estas sesiones requieren de la participación de las áreas de Trabajo Social, Enfermería y Salud Mental. Cada área trabaja y expone lo que a su labor implica en referencia a los cuidados.

Número de integrantes

Los talleres están diseñados para grupos de 10-15 personas como máximo y se plantean para ser impartidos en el Centro de Salud.

Duración de las sesiones

El desarrollo de las sesiones durará 1 hora y 30 minutos, con el fin de que los talleres se centren en los datos más importantes y de mayor utilidad para las personas cuidadoras, teniendo en cuenta, además, que no pueden dejar mucho tiempo su labor de cuidados.

Difusión de los talleres

Para la difusión se diseñan carteles y trípticos que se colocarán en la entrada del Centro de Salud y en las distintas áreas para que llegue a todas las personas interesadas. En él se indican los temas a tratar y la manera de apuntarse a estos talleres.

Selección de los integrantes del grupo

Tras la difusión de los talleres, se hará una selección de los integrantes del grupo por parte del área de trabajo social a través de entrevistas personalizadas. En ella se buscarán principalmente tres parámetros para poder participar:

1. Que sea un cuidador/a no profesional.
2. Que inicie o realice labor de cuidados en la actualidad.
3. Que busque información, asesoramiento y acompañamiento en la labor de cuidados.

Para las personas seleccionada a los talleres y que no puedan terminarlos por cuestiones diversas, se les facilitará el acceso a los mismos a través de un enlace web que contendrá la información tratada en las sesiones.

Contarán con un guion sobre los puntos tratados que se repartirá al inicio de las sesiones para facilitar el seguimiento, así como folios y bolis para que puedan hacer sus anotaciones.

Ponentes y participantes

El equipo multidisciplinar del Centro de Salud participará activamente en las sesiones puesto que su labor es imprescindible para la formación en cuidados, sobre todo, el área de enfermería.

El centro de salud en el que se desarrolla el proyecto cuenta con un área especializada de salud mental, hecho por el cual, también se pide colaboración para tratar los aspectos psico-emocionales que surgen de la tarea de cuidados.

Otra figura importante será la del observador. Esta tarea la realizará un compañero/a del área de enfermería. Su labor será de observación con la finalidad de recibir feedback de lo que surja en las sesiones para posteriormente tratarlo con el equipo ponente. Esto facilitará la continuidad del grupo, comprobando que los datos e informaciones aportados sean lo más interesantes para los participantes. Además, servirá de autoevaluación de los propios talleres y su contenido. Es, por tanto, una manera de poder reformular la propuesta si fuera necesario.

9.1 TALLER 1. Introducción a los cuidados de personas dependientes.

Con el primer taller se pretende informar a los usuarios participantes sobre prevención y atención a la dependencia y a las necesidades de las personas dependientes.

Es importante que conozcan la terminología, lo que significa y cómo pueden prevenir y atender a las personas dependientes. Para ello, se contará con la participación del servicio de enfermería y de psicología del Centro de Salud.

Son una parte esencial de colaboración en los cuidados desde la atención primaria y pueden formar y ayudar a mejorar la calidad de vida de los usuarios dependientes. Además, desde el departamento de Trabajo Social, el cuál desarrolla y pone en marcha el programa, aportará la información sobre los aspectos psico-sociales más relevantes formando de este modo un taller de información y asesoramiento interdisciplinar.

9.1.1 1ª Sesión: Presentación del taller y de los ponentes.

Tabla 5. Primera sesión del taller 1.

GUIA DE CONTENIDOS			
DEPARTAMENTO	INTERLOCUTOR	MÓDULOS	EVALUACION MÓDULOS
TRABAJO SOCIAL	TRABAJADORA SOCIAL	INFORMAR A LOS USUARIOS PARTICIPANTES CÓMO SE DESARROLLARÁN LAS SESIONES (ORGANIZCACIÓN, TIEMPO, NORMAS...)	BREVE ENCUESTA SOBRE LAS EXPECTATIVAS DE LOS PARTICIPANTES
		PRESENTACIÓN DEL TALLER Y DE LOS PROFESIONALES PARTICIPANTES QUE IMPARTIRÁN LAS DIFERENTES SESIONES	

Fuente: Elaboración propia

Durante esta primera sesión, impartida por la trabajadora social, se informa a los usuarios participantes de los aspectos organizativos: duración de las sesiones, normas del grupo, turnos de participación, confidencialidad, entre otros. Además, se realiza una presentación de los ponentes que imparten las sesiones.

Este primer contacto sirve para organizar al grupo y para crear un clima agradable de confianza, el cual facilitará la participación y desarrollo óptimo de las sesiones. También pretende resolver cualquier duda surgida a los participantes.

9.1.2 2ª Sesión: Prevención y atención a la dependencia: factores de dependencia y las renunciaciones de las cuidadoras de personas dependientes (duración 1h 30 m).

Tabla 6. Segunda sesión del taller 1.

GUIA DE CONTENIDOS			
DEPARTAMENTO	INTERLOCUTOR	MÓDULOS	EVALUACION MÓDULOS
TRABAJO SOCIAL	TRABAJADORA SOCIAL	FACTORES SOCIALES DE DEPENDENCIA: ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y AUMENTO DE LA ESPERANZA DE VIDA	ENCUESTA FINAL
		LAS RENUNCIAS DE LAS CUIDADORAS DE PERSONAS DEPENDIENTES	

Fuente: Elaboración propia

En esta segunda sesión, la trabajadora social abordará los aspectos psicosociales derivados de los principales factores de dependencia: el envejecimiento poblacional y la cronicidad de las enfermedades. Los usuarios participantes ya conocen y viven en su realidad lo que supone ser una persona dependiente porque lo ven en su familiar o allegado, pero, ¿qué supone a nivel social esta realidad? ¿qué aspectos positivos y negativos influyen en la persona dependiente? ¿y en el cuidador/a?

9.1.3 3ª Sesión: Las necesidades de las personas dependientes en la vida diaria (duración 1h 30 m).

Tabla 7 Tercera sesión del taller 1

GUIA DE CONTENIDOS			
DEPARTAMENTO	INTERLOCUTOR	MÓDULOS	EVALUACION MÓDULOS
ENFERMERÍA	ENFERMERAS/OS	EXPOSICIÓN DE GUÍA DE CUIDADOS DE PERSONAS DEPENDIENTES	ENCUESTA FINAL
		EJEMPLO PRÁCTICO DE CASO CLÍNICO DE CUIDADOS	

Fuente: Elaboración propia

Esta tercera sesión es impartida por el área de enfermería, el personal capacitado para informar sobre cuidados a nivel físico, dolencias y/o patologías que sufran las personas cuidadas. Se divide en dos módulos,

uno teórico en el que se expone una guía sobre cuidados a personas dependientes, y otro práctico, en el que se escoge un caso clínico de cuidados y se muestra cómo se debería actuar. El caso se elige con intención de abarcar los cuidados principales y más comunes al colectivo de personas dependientes.

9.2 TALLER 2. Recursos económicos e institucionales y de apoyo psico-social.

El segundo taller se desarrolla con el fin de dotar de información sobre recursos institucionales que ayuden y favorezcan la labor de cuidados de personas dependientes. Se pretende que la persona cuidadora obtenga conocimientos sobre recursos y entorno que faciliten su labor, y, por ende, su propio desarrollo vital.

Los recursos pueden ser de diferente índole, ya sean de tipo económico (ayudas sociales) o de apoyo en los cuidados (acceso a centros de día, a programas de apoyo psico-social...).

Se informará y asesorará sobre recursos de entidad pública pero también de fundaciones y asociaciones que dedican su actividad a la atención de la dependencia.

De este modo, el abanico es mucho más amplio a la hora de afrontar situaciones durante los cuidados.

El taller también se divide en dos sesiones:

9.2.1 1ª Sesión: Ayudas económicas y de servicios a la dependencia (duración 1h 30m).

Con esta primera sesión se pretende informar de las ayudas de servicios y económicas disponibles desde el ámbito público que puedan servir de asistencia para personas dependientes y sus cuidadoras.

En Aragón, los servicios y prestaciones de ayuda a la dependencia están desarrollados por el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) y queda perfectamente detallado el acceso y los requisitos necesarios para poder recibir los servicios.

Estos son:

- Información sobre ayudas económicas a la dependencia (IASS):
 - Prestaciones vinculadas al servicio.
 - Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.
 - Prestación de asistencia personal.

- Información sobre servicios a la dependencia (IASS):
 - Prevención y promoción de la autonomía personal.
 - Teleasistencia.
 - Servicio de Ayuda a Domicilio.
 - Centro de día y de noche.
 - Atención residencial.

- Cartera de servicios comunes de prestación ortoprotésica (IASS): Beneficiarios del derecho a la asistencia sanitaria con cargo al Sistema de Salud de Aragón.

9.2.2 2ª Sesión: Servicios de atención a cuidadores de personas dependientes (1h 30 minutos).

En esta sesión se destacan los servicios de ayuda a personas dependientes más relevantes del ámbito público y privado desarrollados en la Comunidad Autónoma de Aragón. Son servicios que van destinados a facilitar la cotidianidad de las personas dependientes, y también la de sus cuidadores.

Ámbito público:

- Programa CUIDARTE, servicio de atención y apoyo a personas cuidadoras (IASS).
- Estancia temporal en Centro Residencial (IASS).
- Atención desde los Centros de Salud y Hospitales (trabajadoras/es sociales, psicólogas/os, médicas/os de cabecera, enfermeras/os).

Ámbito privado:

- “Ser cuidador”, programa de atención a personas mayores, dependientes y cuidadoras de Cruz Roja Española.
- “Servicios de respiro familiar” en CCAA de Aragón de ámbito privado: FUNDACIÓN ONCE, CARITAS ESPAÑOLA, CRUZ ROJA ESPAÑOLA, ASPACE, PLENA INCLUSIÓN, DOWN ESPAÑA, CEAFA Y CERMI, entre otros.

9.3 TALLER 3. La sobrecarga. Cómo cuidarte para poder cuidar.

Tabla 8. Contenidos taller 3.

GUIA DE CONTENIDOS			
DEPARTAMENTO	INTERLOCUTOR	MÓDULOS	EVALUACION MÓDULOS
PSICOLOGÍA	PSICÓLOGA/O	LA SOBRECARGA POR CUIDADOS	ENCUESTA FINAL
		EL APEGO: TIPOS DE APEGO QUE SE GENERAN CON LA PERSONA CUIDADA	
		EL DUELO: ACEPTAR Y AFRONTAR LA PÉRDIDA	

Fuente: Elaboración propia

En este último taller se trabajará la sobrecarga que padecen los cuidadores como consecuencia de dedicar la mayor parte del tiempo a la labor de cuidados. Cómo repercute a nivel físico y mental en el cuidador, en la relación con la persona cuidada, el tipo de apego que se genera y el duelo.

De nuevo es importante la colaboración del equipo multidisciplinar en este último taller, en el que el área de psicología puede aportar conocimientos, consejos y apoyo a la red de cuidadores.

Será una única sesión que durará 1 hora 30 minutos, en la que se instará a los usuarios a que participen, pregunten y cuenten sus experiencias para que el equipo pueda ayudar a resolver dudas y pueda asesorar en sus experiencias reales.

10 FASE DE CLAUSURA

Realización de un informe final a través del resultado de las encuestas realizadas a los participantes en los talleres y la obtención de información por parte de los profesionales participantes en el programa.

De este modo, pueda evaluarse y comprobar si las actividades programadas han sido de utilidad para la consecución de los objetivos y metas propuestos al inicio. De no ser así, se modificarán, eliminarán o ampliarán para mejorar la propuesta de intervención y poder ser de mayor utilidad en próximos talleres.

A través del barómetro de Likert aplicado en los cuestionarios de las sesiones, se recibe la respuesta de los participantes, valorando su experiencia en el taller, la información aportada, la organización de las sesiones y la intervención de los ponentes. Se pretende hacer una evaluación final para confirmar o refutar los objetivos planteados de inicio, si las actividades han servido para conseguir esas metas, y, si el tiempo y medios, han sido los adecuados.

Los intervalos utilizados para medir las respuestas son:

- 1- MUY POCO
- 2- POCO
- 3- MODERADO
- 4- BASTANTE
- 5- MUCHO

Recibir esta información es relevante a la hora de realizar cambios en el taller, que mejoren la experiencia de los participantes y sea de utilidad para los mismos. Por ende, la trabajadora social puede hacer una valoración de la práctica para determinar si es conveniente seguir con los talleres en un futuro próximo.

El resultado del proceso de evaluación es definir los objetivos de cambio y elaborar un proyecto de acción, generando una hipótesis de trabajo que apoye la intervención (De Robertis, 1988).

Las variables que se evalúan son:

- a) La información facilitada, contenido, claridad y utilidad para los participantes.
- b) La organización del taller: las sesiones, el tiempo, los medios y el lugar utilizados.
- c) Los ponentes: exposición clara y entendible y resolutivos ante dudas.

En el anexo se encuentran plasmadas tanto la entrevista para la selección de los participantes como el cuestionario inicial y el de las sesiones. Esto permite el seguimiento y valoración de la evolución del taller y de las impresiones del grupo.

11 CONCLUSIONES

En este apartado me gustaría reflejar las conclusiones a las que he llegado una vez finalizado el diseño de la propuesta de intervención.

El trabajo social es imprescindible para ayudar a entender lo que socialmente refleja la realidad de este grupo de población. Puede ser perfectamente el nexo de unión entre pacientes y los profesionales de los cuidados. Por supuesto sin dejar de lado la perspectiva psicosocial como objeto de acción.

Las problemáticas surgidas a este colectivo se reflejan en la sociedad como una necesidad imperante en la que el estado debe proporcionar medios para fomentar el apoyo a las familias de personas en situación de dependencia, porque esto supone una gran cantidad de renunciadas y de problemas para los/las cuidadores, y que derivan en una sobrecarga emocional.

Aunque la ley de dependencia abarca las problemáticas e intereses de los dependientes, en la práctica no todo es tan rápido ni adecuado para solventar las dificultades que acontecen en cada uno de los hogares. Por ello, considero muy importante dotar de información a los familiares para que la persona dependiente este correctamente cuidada y sepan acudir a pedir ayuda y solicitar los recursos necesarios para facilitar la vida de su familiar.

Los centros de salud son un recurso directo y de fácil acceso para cualquier situación de salud. Creo que la parte social de la que se encarga el área de trabajo social debería ser más visible y reconocible para la sociedad. No como se ha entendido siempre el trabajo social: "dispensadores de ayudas económicas para necesitados", sino como una profesión que pretende conocer el entorno para generar cambios, fomentar el desarrollo y la cohesión social.

Tras la realización de este proyecto he de decir que me hubiera gustado que mi situación personal hubiera sido algo más flexible para que no solo se quedara en el diseño del taller, sino que me hubiera gustado mucho haberme acercado a la realidad.

Decir que se desarrolle este proyecto en la realidad puede resultar vanidoso, ya que hay algunos aspectos que mejorarían si hubiera tenido ese acercamiento. No obstante, considero que es una buena iniciativa y que se podría trabajar desde los centros de salud y también en otras instituciones dedicadas a la dependencia y a los cuidados.

12 BIBLIOGRAFIA

Alemán, C., Alonso, J. M., Peñasco, R. (2021). *Autonomía, dependencia y servicios sociales*, Pamplona, Aranzadi.

Bazo, M. T. (2012). *Envejecimiento poblacional y el reto de la dependencia: el desafío del envejecimiento en los sistemas sanitarios y sociales de España y Europa*, Barcelona, Nau Llibres.

Carretero, S. (2006). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial*, Valencia, Tirant lo Blanch.

Carretero, S., Garcés, J., Ródenas, F. (2006). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuesta de intervención psicosocial*, Valencia, Colección Políticas de Bienestar Social.

Carretero, S., Garcés, J., Ródenas, F. (2013). *La sostenibilidad de los cuidados de larga duración en Europa: calidad y cuidados informales*, Valencia, Tirant lo Blanch.

De Robertis, C. (1988). *Metodología de la intervención en trabajo social*, Buenos Aires, Lumen Humanitas

Durán, M.A. (2018). *La riqueza invisible del cuidado*, Valencia, Universitat de Valencia.

Fernández, J. L., Parapar, C., y Ruíz, M. (2010). El envejecimiento de la población. *Lychnos*, 2, 6-11.

Pascual, A. M., Santamaría J. L. (2009). Proceso de duelo en familiares y cuidadores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44 (S2), 48-54.

Red2Red Consultores (S.L.) (2008). *Cuidados a personas dependientes prestados por mujeres: valoración económica*, Madrid, Instituto de la Mujer (Ministerio de Igualdad).

Selma, A. (2019). *La (des) protección social de los cuidados no profesionales*, Murcia, Revista derecho social y empresa, nº 10, 110-134.

13 ANEXO

ENTREVISTA

“Taller de información y asesoramiento sobre servicios y prestaciones sociales para el colectivo de personas cuidadoras no profesionales”.

NOMBRE:

DIRECCIÓN:

EDAD:

ESTADO CIVIL:

SITUACIÓN LABORAL:

SITUACIÓN FAMILIAR:

PARENTESCO CON LA PERSONA DEPENDIENTE:

¿Cuánto tiempo lleva cuidando a su familiar dependiente?

Durante ese tiempo, ¿le ha resultado fácil acceder a recursos, servicios o prestaciones para los cuidados?

¿Desde qué servicios o instituciones ha recibido información y/o ayuda para poder cuidar?

¿Tiene de referencia como servicio de ayuda el centro de salud?

¿Conoce la labor de los/as trabajadores sociales?

¿Por qué quiere participar en este taller?

¿En qué cree que le puede ayudar?

CUESTIONARIO INICIAL

El presente cuestionario pretende conocer cuáles son sus expectativas sobre el taller en el que va a participar.

Es importante que lea con atención las preguntas y marque con una X la respuesta que considere más adecuada a sus intereses.

1. Tras la entrevista personal y esta primera sesión, ¿le sigue resultando de interés participar en este taller?

Si

No

2. ¿Los temas a tratar y el orden de exposición le parecen adecuados?

Si

No

3. ¿Le resultan lógicas y entendibles las normas de desarrollo y participación?

Si

No

4. ¿Entiende que se debe respetar la confidencialidad de las historias personales de cada uno de los participantes?

Si

No

5. Describa brevemente qué es lo que espera de este taller:

CUESTIONARIO SESIONES

Título del taller:

Fecha:

Escala de Likert:

1- MUY POCO

2- POCO

3- MODERADO

4- BASTANTE

5- MUCHO

1. ¿Le ha resultado de utilidad la información facilitada?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Los conceptos y terminología son fácilmente entendibles?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Cree que la información recibida le ayudará a desarrollar mejor su actividad de cuidados?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Ha recibido nuevos conocimientos sobre los cuidados a personas dependientes?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿El ponente ha resuelto sus dudas de manera clara y entendible?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿El tiempo de las sesiones le parece adecuado?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. En general, ¿cómo de satisfecho/a está con la información recibida?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---