



Universidad Internacional de La Rioja  
Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades

Grado en Trabajo Social

Cuidados informales en el hogar de las  
personas mayores del entorno rural  
(Arantza, Navarra)

Trabajo fin de estudio presentado por:	ALICIA BEIZAMA REZABAL
Tipo de trabajo:	INVESTIGACIÓN SOCIAL
Director/a:	Dr. SANTIAGO PRADO CONDE
Fecha:	19-02-2021

## AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar a las personas que han participado en esta investigación, realizando las entrevistas, cediéndome un lugar para realizarlas, aportando datos, etc.

En segundo lugar, a Santiago, quien me ha dirigido con paciencia en esta labor, un campo inexplorado para mí.

Finalmente, a mis tres hijos, Mikel, Ioritz y Alaia, por aguantar mi nerviosismo y falta de paciencia, además de comprender y perdonar que les haya robado parte de mi tiempo con ellos para dedicarlo a cumplir mi sueño.

A mi familia y amigos/as, quienes han comprendido lo importante que ha sido para mí dedicar esfuerzo y tiempo a este gran proyecto, animándome a luchar por él.

Y sobre todo, a mi pareja Joseba. Porque sin él esto no habría sido posible. Ha sido mi gran apoyo, quien me ha animado en los momentos bajos, me ha soportado cuando los nervios me traicionaban y ha dedicado el tiempo que yo no tenía a nuestros hijos.

GRACIAS DE CORAZÓN A TODOS/AS

## Resumen

La presente investigación parte, por un lado, de la preocupación por el envejecimiento de nuestra sociedad y por los cuidados de las personas mayores. Por otro lado, parte del hecho que las estructuras y roles familiares han cambiado y de que somos más individualistas. Esto da lugar a la siguiente problemática, aumenta la demanda de cuidados de larga duración, a la vez que disminuye la oferta de cuidados por parte de las redes informales. Nuestro objetivo ha sido conocer, mediante las entrevistas realizadas a cinco personas de la población que cuidan de sus mayores en el hogar, cómo se articulan los cuidados de las personas mayores en Arantza, un pequeño pueblo rural en el que priman los cuidados de las personas mayores en el hogar. Los resultados indican que los cuidados informales son la base para poder articular los cuidados en el hogar, siendo un ámbito claramente feminizado. Estas cuidadoras sufren estrés y falta de apoyo formal para enfrentarlo, los recursos para articular los cuidados son escasos y no los conocen demasiado y, además, podemos afirmar que la Ley 39/2006 impulsa políticas sociales dirigidas a las personas en situación de dependencia que no se hacen efectivas en su totalidad.

### **Palabras clave:**

Personas mayores, cuidados de larga duración, cuidadoras informales, estrés de/la cuidador/a informal, medio rural.

## Abstract

The present investigation starts, on the one hand, from the concern for the aging of our society and for the care of the elderly. On the other hand, it starts from the fact that family structures and roles have changed and that we are more individualistic. This gives rise to the following problem: the demand for long-term care increases, while the supply of care by informal networks decreases. Our objective has been to know, through interviews with five people from the population who care for their elders at home, how the care of the elderly is articulated in Arantza, a small rural area in which the care of people prevails seniors at home. The results indicate that informal care is the basis for articulating care at home, being a clearly feminized area. These caregivers suffer stress and lack of formal support to cope with it, the resources to coordinate care are scarce and they do not know much about them and, in addition, we can affirm that Law 39/2006 promotes social policies aimed at people in a situation of dependency who do not they become effective in their entirety.

### **Keywords:**

Older people, long-term care, informal caregivers, informal caregiver stress, rural area.

## Índice de contenidos

1.	Introducción .....	10
1.1.	Justificación del tema .....	10
1.2.	Planteamiento del problema .....	12
1.3.	Objetivos de la investigación .....	14
2.	Marco teórico .....	15
2.1.	Tercera edad y exclusión generacional .....	15
2.1.1.	Más allá de una categoría de edad .....	15
2.1.2.	Exclusión generacional .....	16
2.2.	Envejecimiento .....	18
2.2.1.	¿Qué es el envejecimiento? .....	18
2.2.2.	El envejecimiento y su relación con la salud y el funcionamiento .....	19
2.2.3.	Envejecimiento saludable y feliz .....	20
2.3.	La importancia relacional en la persona mayor .....	21
2.4.	Redes informales y emociones en relación con la salud .....	22
2.4.1.	Redes informales .....	22
2.4.2.	¿Cómo afectan las emociones a la salud? .....	24
2.5.	Calidad de vida .....	26
2.6.	Autonomía .....	27
2.7.	Dependencia .....	29
2.7.1.	Ley de dependencia .....	30
2.7.2.	Políticas de dependencia .....	33
2.8.	El cuidado informal .....	42
2.8.1.	Contexto .....	42
2.8.2.	El concepto de cuidado informal .....	43

2.8.3.	El concepto de cuidador/a informal .....	44
2.8.4.	El estrés del/la cuidador/a principal.....	45
2.8.5.	Repercusiones positivas de ser cuidador/a.....	46
3.	Metodología .....	48
3.1.	Enfoque, alcance y diseño .....	48
3.1.1.	Enfoque.....	48
3.1.2.	Alcance.....	49
3.1.3.	Diseño .....	49
3.2.	Bloques de contenido.....	50
3.3.	Población y muestra .....	50
3.4.	Técnicas de recogida de datos .....	51
3.5.	Técnicas de análisis de datos.....	52
4.	Resultados y discusión .....	53
4.1.	Resultados .....	53
4.1.1.	Contexto .....	53
4.1.2.	Resumen de datos relevantes recogidos.....	58
4.1.3.	Datos de los/as cuidadores/as entrevistados/as .....	60
4.1.4.	Datos sobre la persona mayor.....	62
4.1.5.	Nivel de información y opinión acerca de los recursos existentes para articular los cuidados en el hogar.....	63
4.1.6.	Opiniones del/la cuidador/ sobre los cuidados en el hogar.....	65
4.1.7.	Información sobre la toma de decisiones acerca del cuidado de la persona mayor .....	67
4.2.	Discusión crítica de los resultados.....	68
5.	Conclusiones.....	75

6.	Limitaciones y prospectiva .....	78
6.1.	Limitaciones.....	78
6.2.	Prospectiva .....	78
7.	Referencias bibliográficas y bibliografía .....	81
7.1.	Referencias bibliográficas.....	81
7.2.	Bibliografía.....	88
8.	Anexos .....	89
8.1.	Anexo 1: Carta informativa a las personas entrevistadas.....	89
8.2.	Anexo 2: Consentimiento informado .....	91
8.3.	Anexo 3: Cuestionario a los/as personas que cuidan a un/a mayor en el hogar .....	92
8.4.	Anexo 4: Cuestionario al Trabajador Social de los Servicios Sociales de Base.....	94

## Índice de figuras

<b>Figura 1.</b> Comparativa: índice de envejecimiento VS tasa de natalidad.....	10
<b>Figura 2.</b> Porcentaje de ocupación de los distintos establecimientos colectivos. ....	13
<b>Figura 3.</b> Personas en excedencia por cuidado de familiares en función del sexo.....	41
<b>Figura 4.</b> Distribución de la población de Arantza según género y rango de edad. ....	53
<b>Figura 5.</b> Distribución de la población de Arantza según grupo de edad. ....	54

## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Población residente en establecimientos colectivos. ....	12
<b>Tabla 2.</b> Nivel de limitaciones en las actividades básicas diarias de los/as ciudadanos/as españoles/as.....	33
<b>Tabla 3.</b> Objetivos, acciones y aspectos negativos y positivos de las políticas sociales de dependencia. ....	35
<b>Tabla 4.</b> Personas que prestan ayuda en base a la población total. ....	45
<b>Tabla 5.</b> Datos demográficos de las personas cuidadoras y de sus mayores. ....	51
<b>Tabla 6.</b> Cartera de servicios sociales de Ámbito General de Navarra. ....	56
<b>Tabla 7.</b> Resumen de datos relevantes recogidos en las entrevistas. ....	59

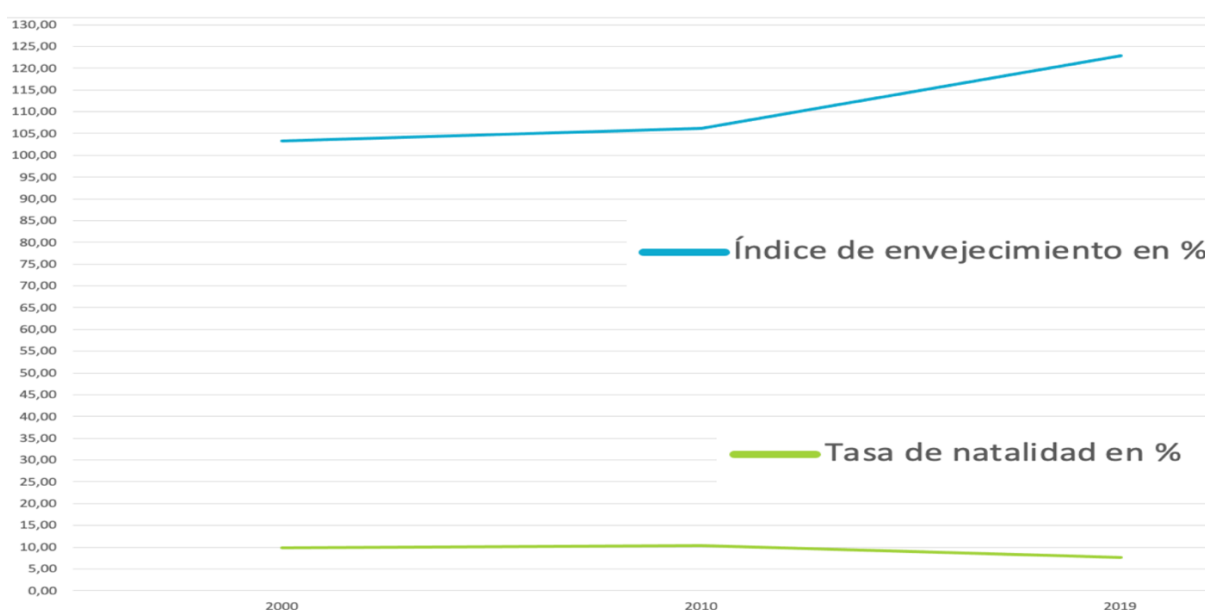
## 1. Introducción

### 1.1. Justificación del tema

La justificación del tema viene determinada, en primer lugar, porque la intervención con las personas de la Tercera Edad es uno de los principales contextos de actuación del Trabajo Social, más aún, teniendo en cuenta que vivimos en una sociedad que está envejeciendo. El fenómeno demográfico más importante del pasado siglo fue el descenso de la mortalidad. Se trata de un envejecimiento de la población que viene determinado por tres factores: el descenso de la tasa de mortalidad (sobre todo la mortalidad infantil, aumentando la esperanza de vida); el descenso de la tasa de natalidad; y los cambios migratorios (Royo, 2007).

Para apoyar estos datos, nos basamos en los estudios del Instituto Nacional de Estadística (INE, de aquí en adelante) (2020) relativos al envejecimiento en España y estudios del INE (2019a) con relación a la tasa de natalidad en España, mostrándose un claro crecimiento de la tasa de envejecimiento, la cual se sitúa en 1990 en un 60,96%, ascendiendo al 106,12% en el 2010, y llegando en 2020 al 125,79%. En cuanto a la tasa de natalidad, el INE arroja los siguientes datos: en 1990 la natalidad en España se sitúa en el 10,32%, en 2000 decrece a un 9,78%, cayendo en 2019 al 7,60%.

**Figura 1.** Comparativa: índice de envejecimiento VS tasa de natalidad.



Fuente: elaboración propia.

En segundo lugar, este estudio se justifica en que, tal y como indican Escartín, Palomar y Suárez (1997), las funciones familiares han cambiado. Uno de los aspectos característicos de las familias son las funciones que estas desempeñan.

En épocas pasadas, la familia se encargaba de funciones políticas, económicas y judiciales, e incluso mediaba entre los integrantes de la propia familia y la sociedad.

En las familias “tradicionales”, se establecía un reparto de las funciones para cada miembro en función de su sexo, orden de nacimiento o la naturaleza del vínculo.

Actualmente, los cambios en las condiciones de trabajo, la incorporación de la mujer al mundo laboral, el control de la natalidad, los distintos tipos de familia que han surgido, etc. han generado que las funciones ejercidas hasta el momento por la familia, se hayan reconfigurado para dar respuesta a las nuevas necesidades surgidas. Como consecuencia de ello, se observa que algunas de las “antiguas” funciones han desaparecido o están cambiando.

Escartín, Palomar y Suárez (1997) recogen distintas funciones de la familia, como: la función reproductora, las funciones emocionales, la función de socialización, la función de colchón contra la adversidad o la función posibilitadora. Pero la más relevante para analizar la situación de las personas de la tercera edad, es la función asistencial.

La función asistencial engloba tanto las aportaciones materiales como las emocionales por parte de la familia, desde la alimentación de los niños, hasta el cuidado de los mayores, etc. Esta solidaridad familiar se da dentro del núcleo familiar, pudiendo extenderse a otros hogares donde viven familiares. Pero con el creciente individualismo que impera en nuestra sociedad actual, esta función se ha visto debilitada.

Y por tercero y último, el abordaje de este estudio se justifica en la negatividad que envuelve al envejecimiento, el deterioro físico, psíquico y social que se sufre en esta etapa de la vida. Una etapa que llega inevitablemente y en la que toda esa negatividad se ve aumentada, en muchos casos, por la necesidad de ser internados/as en centros especiales u obligados/as a convivir en hogares ajenos como consecuencia directa del cambio en las funciones de la familia.

Familias que no pueden asumir el cuidado de sus mayores como consecuencia del cambio de roles, como ocurre, por ejemplo, con las mujeres, las cuales han sido (y siguen siendo) las

principales cuidadoras, pero su inserción en el mercado laboral dificulta o imposibilita que se dediquen a cuidar de sus mayores.

Todo ello conlleva que cada vez sea más difícil poder cuidar de nuestros/as mayores en el hogar, pese a que sea lo más conveniente para ellos/as. Es necesario abordar las dificultades que se producen a la hora de articular los cuidados en el hogar y buscarles solución.

## 1.2. Planteamiento del problema

Se parte de que adentrarse en la Tercera Edad, además de una pérdida de la fuerza física, un deterioro de las capacidades mentales y de las relaciones sociales (Catalán, 2016), implica, como indica Osorio (2006), una exclusión generacional.

Esta exclusión generacional viene dada, en parte, por los cambios surgidos en las estructuras familiares. Históricamente, ha sido la mujer la que se ha encargado de los cuidados de hijos/as y familiares, pero con la inserción de ésta en el mercado laboral, dicha función se ha visto debilitada, delegándola, en muchos casos, en las instituciones.

A continuación, puede observarse el incremento de personas mayores que viven en residencias:

**Tabla 1.** *Población residente en establecimientos colectivos.*

	<b>Censo 2001</b>	<b>Censo 2011</b>	<b>Incremento absoluto 2001-2011</b>	<b>Incremento relativo (%)</b>
<b>TOTAL</b>	233.347	444.101	210.754	90,3%
Hombres	86.063	204.435	118.372	137,54%
Mujeres	147.284	239.666	92.382	62,72%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2013.

**Figura 2.** *Porcentaje de ocupación de los distintos establecimientos colectivos.*



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2013.

Se aprecia que desde el 2001 hasta el 2011, se ha dado un incremento del 90,3% en la ocupación de los establecimientos colectivos, del cual el 62% corresponde a las residencias de personas mayores.

Este cambio de roles dentro de la sociedad puede generar desconcierto en las personas mayores, quienes pueden entender que su cuidado debe ser atendido por la familia y no desde las instituciones, generando un sentimiento de exclusión. Sin olvidar que esta institucionalización de las personas mayores, ya sea en residencias, centros de día o apartamentos tutelados, supone despojarse de la vida tal y como la conocían, dejar atrás su hogar, su barrio y su “gente”.

A partir de lo indicado, se plantea la siguiente pregunta: ¿la institucionalización de las personas mayores puede repercutir negativamente en su salud psíquica, física y social? Atendiendo a Barra (2003), podemos afirmar que existe una estrecha relación entre el apoyo social y la salud, concluyendo que, este sentimiento de exclusión que mencionamos, junto con la pérdida del entorno de vida habitual afecta de forma negativa a la salud psicológica, física y social del individuo.

Esta manifiesta relación entre la salud psicológica, física y social de las personas mayores y la institucionalización de estas para su cuidado, deja claro que lo más conveniente para nuestros mayores es permanecer el máximo tiempo posible en sus hogares, objetivo esencial de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.

Pero las sociedades actuales nos enfrentamos a un nuevo reto o “problema”: cómo afrontar los cuidados de las personas mayores en el hogar. Nos encontramos ante una situación compleja, en la cual crece la demanda de cuidados de larga duración y decrece la oferta de cuidadores/as informales.

Por ello resulta esencial analizar de primera mano y escuchar a las familias, para conocer cómo articulan los cuidados de sus mayores en el hogar, los recursos y herramientas con los que cuentan y cómo repercute esta acción en la familia, y sobre todo, en el/la cuidador/a principal.

### 1.3. Objetivos de la investigación

- Objetivo general:

Analizar cómo se articulan los cuidados en el hogar de las personas mayores en Arantza (Navarra).

- Objetivos específicos:

1. Conocer los elementos que intervienen en el proceso de envejecimiento y cómo influye en ellos el entorno.
2. Definir los motivos por los cuales las familias deciden asumir el cuidado de las personas mayores en el hogar.
3. Examinar las facilidades y dificultades para poder alargar la estancia de las personas mayores en el hogar.
4. Analizar el nivel de conocimiento de las familias acerca de las distintas opciones existentes para ayudarles a afrontar el cuidado de sus mayores en el hogar.
5. Conocer los efectos del cuidado informal en el/la cuidador/a informal.

## 2. Marco teórico

### 2.1. Tercera edad y exclusión generacional

#### 2.1.1. Más allá de una categoría de edad

La tercera edad, la ancianidad o la vejez, son conceptos que poseen connotaciones distintas en función de la cultura desde la que se observen. En épocas pasadas, la suerte de los ancianos dependía de las costumbres imperantes en cada cultura, así, por ejemplo, en las tribus antiguas de Japón las personas mayores eran maltratadas por ser consideradas bocas parásitas que alimentar en tiempos de pobreza. Por el contrario, en otras culturas, se ha valorado la experiencia aportada por la vejez, la sabiduría que almacenan las personas mayores a raíz de sus vivencias (Catalán, 2016).

Siguiendo a Catalán (2016), puede enmarcarse el concepto de “Tercer Edad” en una categoría colectiva de edad, del mismo modo que lo hacemos con la edad adulta, la adolescencia o la niñez. Pero la vejez se tiñe de negatividad cuando recuerda al deterioro, a la pérdida, al contrario de lo que sucede con las etapas de la adolescencia o la edad adulta, conocidas como la flor de la vida.

Catalán (2016) relata cómo antiguamente se medía la valía de las personas en base a su fuerza, funcionalidad o aportación a la comunidad, considerándose vieja a aquella persona que por ver reducida su fuerza o aptitudes físicas no podía seguir ayudando a la supervivencia. En la actualidad, el progreso tecnológico ha aumentado el poder productivo y, a su vez, a mejorado la calidad de vida de las personas, se han reducido las horas de trabajo necesarias para satisfacer las necesidades de la comunidad, por tanto, las personas trabajan durante menos horas y menos años.

Con todo ello se ha logrado que las personas puedan jubilarse, puedan retirarse a descansar antes de llegar al límite de sus fuerzas, dejándose de relacionar la vejez con el retiro del ámbito productivo.

Las personas, por su naturaleza, están llenas de metas, las cuales se ven limitadas por un envoltorio que evoluciona e involuciona. Alcanza su máxima capacidad auditiva hacia los 10 años. Hasta los 20, el cuerpo, los músculos y órganos alcanzan su máxima fortaleza para comenzar con el descenso. A los 40, las personas han perdido gran parte de su fuerza física y

elasticidad, las cuales son compensadas por las habilidades y aprendizajes almacenados durante esos 40 años, los cambios sensoriales, las diferencias en la memoria, los tejidos y los órganos son suplidos por una mayor capacidad de reflexión y hábito.

Catalán (2016) indica que el verdadero descenso comienza cuando la razón, la cual era contrapunto de la decadencia orgánica, comienza a mermar. Llega un momento en el que la propia persona se da cuenta, o su entorno le hace ver, que ha pasado la etapa de adulto. Comienza la fatiga física e intelectual, la memoria inmediata flaquea, la improvisación resulta difícil y aumentan los trastornos. Asumir estos cambios inevitables, sitúa al individuo en la antesala su etapa final, dejando atrás la cima de la vida, un decaimiento que va desde lo social a lo físico.

### 2.1.2. Exclusión generacional

La vejez pone de manifiesto una gran paradoja, ya que, pese a que se ha logrado alargar los años de vida de las personas, se trata de una etapa de la vida a la que nadie desea llegar. Aunque la longevidad supone un gran logro para la medicina, la economía y la sociedad, sigue siendo indeseada y evitada. Sin embargo, se trata de un proceso que escapa a la voluntad del ser humano (Osorio, 2006).

Schirmacher (citado por Osorio, 2006, p. 34) indica que el envejecimiento no se trata de una mera cuestión estética, sino que es observada como una especie de infección o enfermedad contagiosa de la cual se pretende evitar el contacto.

En la actualidad, la vejez ha dejado de ser sinónima de muerte biológica, pasando a ser equivalente a la muerte social en la cultura occidental moderna. La edad se vuelve causa de discriminación y exclusión (Osorio, 2006).

Osorio (2006) habla del significado social de la edad, aquel que adquiere cuando no se trata de una frontera cronológica. En la cultura occidental la tercera edad es despojada de todo papel y participación social activa, viéndose recluida a los roles de la esfera privada, de la familia, ejerciendo como padres/madres, abuelos/as o bisabuelos/as. Así, se pone de manifiesto que el estatus como individuo social de las personas de la tercera edad ha ido desapareciendo.

Las nuevas sociedades se caracterizan, además, por las profundas transformaciones acontecidas en las relaciones y las estructuras familiares. Estas transformaciones, generan desajustes en el interior de las familias, el cambio en la percepción del compromiso y las responsabilidades, generando en las personas mayores un sentimiento de desarraigo. Los/as más jóvenes crean su propia familia y se desligan del núcleo familiar original, mientras que los/las mayores de la familia creen, como consecuencia de los valores familiares tradicionales, que los/as más jóvenes tienen el deber de cuidar de ellos/as como muestra de gratitud por dedicarles su vida, darles una educación, cuidados y alimentos (Osorio, 2006).

Los valores que rigen las relaciones dentro de una familia han cambiado, en gran parte, por la introducción de nuevos agentes socializadores externos a la familia: la escuela, los medios de comunicación de masas o el grupo de iguales (Matas, 2009).

Por otro lado, siguiendo a Girola (2005) podemos afirmar que el individualismo es una de las principales características de la mayor parte de las sociedades modernas. Se trata de un término que pese a pensarse unívoco, puede observarse desde dos perspectivas: por un lado, puede ser observado como la privatización de la vida cotidiana, egocentrismo e indiferencia por el resto de los miembros, egoísmo exacerbado y narcisismo; por otro, como respeto por la dignidad de las personas o el derecho a desarrollar una personalidad autónoma. Pero, sea cual sea su percepción, puede concluirse que se trata de un aspecto determinante a la hora de analizar la exclusión que sufren las personas mayores.

Osorio (2006) hace referencia a la importancia de la participación social y la satisfacción con uno mismo, siendo esenciales el reconocimiento y valoración de todo lo aportado por nuestros mayores al ámbito familiar, comunitario y social. Se debe ofrecer a las personas mayores la oportunidad de participar activamente. También menciona la importancia de reducir la dependencia en la tercera edad, tratándose de una labor conjunta entre generaciones.

Por su parte, Bazo (2001) afirma que la modernidad traerá consigo una nueva vejez, por lo que resulta esencial seguir investigando en vejez y buscar nuevos lugares y nuevos roles para el envejecimiento.

## 2.2. Envejecimiento

### 2.2.1. ¿Qué es el envejecimiento?

El envejecimiento es un proceso que está presente a lo largo de todo el ciclo vital, desde el momento de la concepción, hasta la llegada de la muerte. Proceso que, aunque es conocido por todos los seres humanos, es difícil de aceptar (Alvarado y Salazar, 2014).

Alvarado y Salazar (2014) defienden que cada cultura trata de aportar un significado al concepto de envejecimiento, un significado cargado de concepciones que generan miedo ante la vejez, miedo ante una etapa vital, un proceso normal.

Actualmente, la vejez es considerada un fenómeno global que tiene consecuencias económicas, políticas y sociales. Es considerada un problema de salud pública nacional e internacionalmente, ya que, el envejecimiento de la población ha supuesto un cambio en la pirámide poblacional, generando consecuencias físicas, mentales, sociales y sanitarias para las cuales los gobiernos no están preparados (Alvarado y Salazar, 2014).

Podemos encontrar numerosas definiciones del envejecimiento:

Lehr (1980), Laforest (1991) y Gómez y Curcio (2002), lo definen como un proceso inherente al ser humano, a la vez que dinámico y multifactorial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, de aquí en adelante) (2015) indica lo siguiente:

los cambios que constituyen e influyen el envejecimiento son complejos. En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo. A la larga, sobreviene la muerte.

Pero estos cambios no son ni lineales ni uniformes, y solo se asocian vagamente con la edad de una persona en años. Así, mientras que algunas personas de 70 años gozan de un buen funcionamiento físico y mental, otras tienen fragilidad o requieren apoyo considerable para satisfacer sus necesidades básicas. En parte, esto se debe a que muchos de los mecanismos del envejecimiento son aleatorios. Pero también se debe a que esos cambios están fuertemente influenciados por el entorno y el comportamiento de la persona. (p. 27)

Castanedo (recogido por Alvarado y Salazar, 2014) afirma que el envejecimiento es el conjunto de cambios que sufre el individuo a lo largo de su vida, el resultado del paso del tiempo en la vida de las personas. Pudiendo tratarse de cambios químicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales.

### 2.2.2. El envejecimiento y su relación con la salud y el funcionamiento

La OMS (2015) relata que la salud en la vejez se vuelve compleja debido a la incidencia de factores que influyen en las capacidades físicas, mentales y en el funcionamiento de las personas mayores.

El paso de los años da lugar a numerosos cambios en el funcionamiento fisiológico, además de aumentar el riesgo de enfermedades crónicas. Una vez superada la frontera de los 60 años, la pérdida de la audición, la visión y la movilidad, en relación con enfermedades como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer o la demencia, provocan que las posibilidades de sufrir discapacidades o morir aumenten (OMS, 2015).

Sin embargo, la OMS (2015), hace referencia a que el impacto de estas afecciones en cada persona puede ser muy dispar. De modo que una persona puede controlar con facilidad la hipertensión gracias a los medicamentos, pero puede que otra necesite de múltiples tratamientos que desencadenan en efectos secundarios. O, puede que una persona que padece una deficiencia visual a causa de la edad conserve su funcionamiento pleno gracias a lentes, pero no pueda leer o preparar la comida sin ellas. Lo cierto es que no se puede analizar el impacto de cada afección por separado, ya que el envejecimiento aumenta las posibilidades de sufrir más de una afección crónica a la vez, es decir, de padecer multimorbilidad.

Resulta esencial tener en cuenta que estos estados de salud complejos no afectan únicamente a la persona que las padece, sino que las necesidades de las personas cuidadoras también pueden variar en función de la trayectoria de la enfermedad. De modo que al evaluar las necesidades de salud de la persona mayor, también hemos de tomar en cuenta cómo éstas interactúan con el entorno y sus repercusiones en el funcionamiento de la persona (OMS, 2015).

Según la OMS (2015), el nivel de funcionalidad no debe ser medido únicamente en parámetros de salud, es decir, de capacidades físicas y mentales, sino que además, se debe analizar el nivel de interacción con los entornos que habitamos a lo largo de la vida. Al hablar de entorno y de las influencias de éste en la salud durante la vejez, se hace referencia a las políticas generales que nos afectan, la situación económica, las normas y formas de proceder de la comunidad, las características físicas del entorno que se habita (características naturales y relativas a las

construcciones, barreras), las redes sociales y las distintas redes de apoyo con las que se cuenta.

Atendiendo a esta afirmación de la OMS (2015) podemos constatar que los cambios en el nivel de interacción con los entornos que habitamos a lo largo de la vida, es decir, el entorno de vida habitual, afecta directamente al nivel de funcionalidad de la persona.

### 2.2.3. Envejecimiento saludable y feliz

Envejecer supone todo un reto actualmente, sobre todo si se persigue tener una vida larga, saludable y feliz. Este desafío sólo puede ser resuelto de forma satisfactoria si la persona dirige su vida hacia la meta deseada (Mesonero y Fombona, 2011).

Tal y como indican Mesonero y Fombona (2011), el envejecimiento ha sido un problema que ha inquietado al ser humano desde los comienzos de su existencia.

El envejecimiento se asocia habitualmente al deterioro, la disminución, la involución, las enfermedades, o incluso, a la muerte. Pero esta asociación no siempre es acertada, ya que actualmente son muchas las personas que envejecen manteniendo, por ejemplo, gran capacidad memorística o verbal. Por tanto, puede concluirse que la vejez se trata de algo individual. Mesonero y Fombona (2011) recogen de Platón que “la condición necesaria para afrontar con serenidad y sabiduría el envejecimiento, sería haber llevado una vida íntegra en etapas anteriores” (p. 634), o, dicho en otras palabras, que el envejecimiento se puede prevenir, pudiendo prepararse para un Envejecimiento Saludable.

Cuando hablamos de Envejecimiento Saludable, hacemos referencia a mantener las capacidades funcionales de la persona y así generar bienestar (felicidad, satisfacción, plena realización) (OMS, 2015).

Asociar el envejecimiento al deterioro de las relaciones sociales y afectivas, a la depresión, la falta de autonomía, la soledad o las disfunciones físicas y cognitivas, genera miedo y malestar ante esta etapa de la vida, perjudicando la salud y el bienestar. Por ello, resulta vital “dirigir” la existencia, transformar la sensación de malestar que genera pensar en el envejecimiento, en bienestar. Llevar una vida feliz y satisfactoria para alcanzar una vejez en plenitud. Trabajar en el crecimiento personal y la consecución de las metas (Mesonero y Fombona, 2011).

### 2.3. La importancia relacional en la persona mayor

Habitualmente, las personas mayores consideran que mantener las relaciones es esencial para alcanzar el bienestar, dando más importancia a esta cuestión a medida que envejecen. Pueden numerarse distintos tipos de relaciones que resultan esenciales para las personas mayores: relaciones con los familiares y los/as niños/as, las relaciones íntimas, relaciones informales con otras personas (amigos, vecinos, compañeros de trabajo...), e incluso, relaciones más formales con aquellos/as que los proveen de servicios comunitarios (OMS, 2015).

Según la OMS (2015), la capacidad para mantener y crear relaciones puede tener efecto en otras capacidades, por ejemplo: tener relaciones interpersonales de calidad, sintiéndose parte del grupo, apreciado/a por éste, puede contribuir a la capacidad de movilidad del individuo o a su capacidad de intervenir en la comunidad, volviéndose más activo en ambos sentidos.

Además, las relaciones sociales son una pieza esencial para alcanzar el Envejecimiento Saludable, ya que cuando estas relaciones son positivas se contribuye a general confianza y apoyo social en el individuo. Si a la existencia de redes sociales le sumamos el hecho de que sean sólidas, se contribuye a la longevidad y la calidad de vida de las personas mayores, la disminución del deterioro funcional y se favorece su resiliencia. Como contrapunto, se debe indicar que, en ocasiones, las personas mayores pueden percibir ciertas relaciones sociales como una carga, por ejemplo, cuando los mayores han de cuidar de sus nietos, aunque esta relación aporte beneficios, puede presionar económica, emocional o físicamente al anciano/a (OMS, 2015).

La OMS (2015) relata que la capacidad para crear nuevas relaciones y comportarse de manera socialmente aceptable son esenciales para crear y mantener relaciones sociales, de modo que si estas capacidades comienzan a mermar, es difícil mantener las redes sociales.

La soledad o insatisfacción con la cantidad y calidad de las relaciones, y el aislamiento social o falta de contacto social, son dos indicadores clave de la ausencia de redes sociales fuertes, lo cual contribuye al deterioro de la persona (OMS, 2015).

Por tanto, es importante analizar los tipos de apoyo que pueden obtener las personas mayores a través de sus redes sociales (OMS, 2015):

- Apoyo instrumental: ayudas en las actividades de la vida diaria (compras, asistencia al médico, tareas del hogar...).
- Apoyo de valoración: ayuda en la toma de decisiones y la obtención de la información necesaria para la resolución de problemas.
- Apoyo informativo: asesoramiento sobre necesidades.
- Apoyo emocional: amor, amistad, solidaridad, acompañamiento...

Además, las redes sociales pueden ofrecer (OMS, 2015):

- Influencia social: influir de forma directa en la percepción de las normas, las actitudes y los valores de la persona mayor, pudiendo ser beneficioso o negativo para su salud.
- Oportunidades de compromiso social: reforzando o definiendo los papeles dentro de la familia, la comunidad, etc. generando sentimiento de pertenencia y apego.
- Acceso a bienes materiales e ingresos: dinero en efectivo para pagar en tratamiento, acceso a alojamiento, alimentos, etc.

## 2.4. Redes informales y emociones en relación con la salud

### 2.4.1. Redes informales

Sea cual sea la relación con la familia, esta sigue siendo una pieza fundamental para lograr el bienestar. Cuando existe una necesidad verdadera, la familia pone en marcha las fuerzas solidarias. Podemos verlo en la actual situación de crisis, en la que se está volviendo a reunir la familia para enfrentar la situación. Sin embargo, aunque estas redes informales son muy importantes, no son reconocidas por los servicios públicos del Estado (las denominadas redes formales), por tanto, no se suele dar el trabajo en común entre redes formales e informales.

Uno de los motivos por los que no se da la colaboración antes mencionada, es porque la familia suele replegarse sobre sí misma para enfrentar la situación. Son muchos los que reclaman que para obtener un mundo más humano, es imprescindible reforzar la familia. El objetivo no es que la familia sustituya la labor de los servicios públicos del Estado, generar un sistema de redes en el cual cooperen distintos tipos de fuerzas, como subrayan Herrera y Alemán (2007), que se hagan más flexibles “respecto a las exigencias de las familias como sistemas

relacionales que se modifican en el espacio y en el tiempo en función tanto del tipo de personal débil a asistir, como del ciclo de vida de la propia familia” (p. 69).

En resumen, el objetivo es crear un sistema de protección social, basado en sistemas relacionales, combinando sistemas formales, informales, públicos y privados.

#### 2.4.1.1. Consideraciones metodológicas para el trabajo de redes en la intervención social

Herrera y Alemán (2007) nos muestran los escenarios a los que se deberá enfrentar la sociedad del tercer milenio para mejorar la situación social, sanitaria y existencial de las personas socialmente débiles, desde los/as niños/as a los/as ancianos/as.

Esta nueva forma de observar los problemas socio sanitarios, nace de la declaración de la OMS de Alma Ata (recogido por Herrera y Alemán, 2007), en la cual se contempla intervenir en dichos problemas desde su ambiente de vida, de manera que los sistemas de asistencia se configuren como redes de apoyo. Se logrará así, configurar una política más humana, que no se centrará únicamente en el individuo socialmente débil, sino que también resultará útil para aquella persona que asume su cuidado.

Siguiendo a Herrera y Alemán (2006):

¿Cómo puede una familia hacer frente a condiciones de vida cada vez más inestable o insoportables, como por ejemplo cuando un solo progenitor debe trabajar, o un anciano debe sostener a un progenitor más anciano que él/ella, cuando hay un hijo adulto totalmente inválido quizás en presencia de un padre desocupado o de una madre enferma? La respuesta es que la familia no podría hacerlo si no hubiese una red «entorno» y sobre todo una red primaria constituida por parientes, vecinos, amigos y voluntarios «espontáneos» (a título personal) (Requena, 1994, p. 73-90). Disponer o no de tal red «informal» es crucial para la capacidad de sostener las solidaridades familiares y oponerse a los procesos de marginación de los miembros débiles. (p. 235)

La vida social de las personas socialmente débiles suele cambiar de manera drástica, dando paso a un aislamiento físico-social. En el caso de los/as ancianos/as, esta tendencia adquiere matices dramáticos.

Las modificaciones estructurales de las nuevas familias, como la incorporación de la mujer al mercado laboral o las familias monoparentales, hacen que la tendencia al aislamiento de las personas socialmente débiles sea cada vez mayor. A esto, hay que sumarle el creciente individualismo de los nuevos estilos de vida y las inflexibles respuestas de los servicios sanitarios, sociales y educativos, a los cuales les resulta más fácil gestionar el problema del/la

anciano/a, niño/a o persona con diversidad funcional, individualmente, sin gestionarlo desde la familia.

Es necesario aportar apoyo psicológico, contacto con la vida cotidiana a la persona afectada para lograr el máximo de autonomía posible, alcanzar un estilo de vida lo más parecido posible al que tenía.

Se busca que la asistencia comunitaria sea el gran desafío que enfrentar en el futuro, una comunidad integrada por personas que comparten un problema, y busquen el camino a la resolución de este activando los recursos necesarios para poder alcanzar el bienestar.

Debemos insistir en que la asistencia de comunidad no es una alternativa o una opción llevada a cabo por las familias cuando “no queda otra”, las redes informales son débiles y necesitan ser sostenidas. La asistencia comunitaria busca promover desde abajo la colaboración ciudadana: promoviendo la solidaridad, construyendo una red mixta de acciones para alcanzar el bienestar, y, además, integrar la vida cotidiana en las dinámicas más generales.

Las transformaciones sociales que estamos viviendo, sobre todo en las grandes áreas metropolitanas, nos lleva a redes primarias (familiares y parientes) más dispersas, y fragmentadas, lo cual dificulta recibir ayuda de ellas. Esto unido al creciente individualismo crea dudas respecto a la posibilidad de que la comunidad pueda prestar la ayuda.

Se busca valorar en su medida la asistencia comunitaria, sin cargar en ella toda la responsabilidad, pero sin olvidar el valor y poder de esta.

Los objetivos son:

1. Prestar a las personas necesitadas los servicios mas acordes a su situación familiar y sus necesidades.
2. Ayudar a que las personas puedan vivir en sus familias el máximo periodo de tiempo posible, de forma que las residencias sean sólo para quienes no tengan otra opción.

#### 2.4.2. ¿Cómo afectan las emociones a la salud?

Barra (2003) relata que siempre se ha tenido la idea de que las emociones tienen repercusión directa en el estado de salud. Para apoyar esta idea, se analizarán a continuación la relación entre el apoyo social y el estado de salud, y las emociones y el estado de salud.

Según indica Barra (2003), las personas que no disponen de apoyo social están más predispuestas a padecer trastornos emocionales y físicos ante situaciones dificultosas, que aquellas personas que disponen de apoyo social (redes familiares, redes de amigos, redes comunitarias). Por el contrario, como recogen Salovey, Rothman, Detweilwe y Steward (recogido por Barra, 2003), las personas con alto nivel de apoyo social presentan mayor resistencia ante enfermedades coronarias, mejor recuperación frente a cirugías cardíacas y menor mortalidad.

Barra (2003) reflexiona sobre la relación existente entre el estado emocional y el apoyo social, de manera que aquellas personas que se muestran más optimistas, cuentan con mayor facilidad para obtener apoyo social. Aunque las personas que han padecido penurias pueden contar con apoyo social a causa de esas experiencias, el hecho de no salir de ese sentimiento de tristeza hace que ese apoyo se pueda debilitar.

El apoyo social proporciona a las personas un sentimiento de estabilidad, predictibilidad y control que hace que se sientan mejor y observen con mayor optimismo su entorno (Barra, 2003). Por tanto, contar o no con apoyo social tiene relación directa con el estado emocional y este, a su vez, con la salud. El estado emocional, tal y como afirma Barra (2003), puede influir en la salud física y crear consecuencias fisiológicas, ya que existen muchas evidencias de que estados emocionales negativos pueden dificultar la curación de infecciones, retrasar la cicatrización y hacer al individuo más vulnerable ante distintas enfermedades. Por el contrario, el ánimo positivo refuerza la respuesta inmune.

Siguiendo a Stone, Mezzacappa, Donatone y Gonder (recogido por Barra, 2003): “ los niveles de antígeno prostático tenían una relación directa con el estrés percibido y una relación inversa con el apoyo social percibido” (p. 56). Por tanto, se deduce que los factores psicosociales pueden influir directamente en la salud física.

## 2.5. Calidad de vida

El concepto “calidad de vida” es conocido y utilizado habitualmente por la población, pese a ello, su definición operacional resulta compleja. Esta complejidad se debe a la multidimensionalidad del concepto, es decir, a los múltiples ingredientes que lo componen. Al hablar de la calidad de vida en la vejez, además de todos esos ingredientes, toman importancia el contexto o ciertas circunstancias del individuo (Fernández-Ballesteros, 1997).

Podemos encontrar referencias a la Calidad de Vida en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Esta Declaración reconoció por primera vez y a escala internacional los derechos fundamentales de las personas. Con el paso de los años, ha generado conciencia en las personas, ha sido reconocida en los ordenamientos jurídicos de los Estados y en las políticas de los gobiernos, y sigue luchando por garantizar todos los derechos humanos a todos los individuos (García, 1999).

El artículo 3 de la Declaración, recoge que vivir no se trata únicamente de existir, sino que se trata de vivir una vida humana, satisfaciendo las necesidades biológicas (alimentación, vivienda, sexo...), sociales y culturales. Describe la importancia de garantizar unas condiciones mínimas a las personas para que estas puedan desarrollar su personalidad y sentirse realizadas (García, 1999).

La OMS (recogido por García, 1999) hace referencia a las siguientes exigencias para una Calidad de Vida:

- Un entorno físico de calidad: calidad de vivienda, disponibilidad de transporte y comunicaciones, salubridad pública, etc.
- Un ecosistema ambiental sostenible.
- Una comunidad sólida que incluyan interacciones sociales y el sentimiento de pertenecer al grupo.
- Participación democrática en todos los niveles: un alto grado de participación y control en las personas para decidir en aquellos aspectos que afecten a su vida o su bienestar.
- Satisfacción de las necesidades básicas: vivienda, trabajo, alimentos...
- Acceso al entorno físico y sociocultural: educación, cultura, ocio...
- Mantener el vínculo con el pasado cultural de la comunidad y de otras sociedades.
- Un nivel óptimo de salud pública.

Se aporta la siguiente definición de la Calidad de Vida según la OMS (recogido por Real, 2008):

la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y en el sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. (p. 2)

En la vejez la calidad de vida se resiente, ya que los ingredientes que comúnmente se consideran parte de la calidad de vida se deterioran. En esta fase las políticas sociales juegan un papel esencial para tratar de mejorar la calidad de vida. Con el paso de los años el valor otorgado al aspecto económico ha sido sustituido por el valor psicológico, de manera que valores como la autonomía, el apoyo social o la satisfacción con la propia vida, son condiciones del bienestar social (Fernández-Ballesteros, 1997).

Fernández-Ballesteros y Maciá (1993) definieron una serie de condiciones esenciales para la calidad de vida en la vejez, las cuales según su estudio, no variaron en función del género, la edad o la posición social de los/as entrevistados/as. Esas condiciones esenciales fueron: la salud, las habilidades funcionales (nivel de autonomía), las condiciones económicas, la actividad, los servicios sociales y sanitarios (calidad de estos), la calidad del propio domicilio y el contexto, la satisfacción con la vida y las oportunidades culturales y de aprendizaje.

## 2.6. Autonomía

Para referirnos a la autonomía resulta esencial mencionar el modelo deliberativo al que hace referencia Iáñez (2010), modelo opuesto al modelo impositivo. En él, menciona la importancia de ser dueños de la vida y de la propia muerte, encontrando la mejor manera para vivir y morir con dignidad.

En este modelo se inserta el principio de autonomía, es decir, el derecho de las personas de gestionar su vida de acuerdo con sus valores y creencias, sin influencias externas. Del mismo modo, recoge el derecho a gestionar el propio cuerpo, la salud y la enfermedad, la sexualidad, los recursos económicos y materiales, la vida y la muerte (Iáñez, 2010).

Álvarez (2015) nos ofrece una definición de la autonomía basada en una serie de valores que apuntan al autogobierno, a la realización del individuo mediante el ejercicio libre desde la propia racionalidad y la responsabilidad, así como la igualdad y respeto hacia las decisiones

del individuo. De manera que la autonomía es opuesta a la dominación y la opresión, la imposición de principios y normas de conducta, a la dependencia, la discriminación y la marginación. Defiende que la autonomía debe ser comprendida como principio universal.

Se fijan como elementos esenciales de la autonomía: el entorno contextual, el entorno relacional, y las opciones relacionales, las cuales vendrán marcadas por los dos elementos anteriores (Álvarez, 2015).

Según Álvarez (2015), “la autonomía es una capacidad de las personas y, como tal, admite desarrollos variados que pueden condicionar fuertemente su ejercicio” (p. 16).

Volviendo a la definición del Envejecimiento Saludable que recogíamos de Platón (recogido por Mesonero y Fombona, 2011): “la condición necesaria para afrontar con serenidad y sabiduría el envejecimiento, sería haber llevado una vida íntegra en etapas anteriores” (p. 634), pudiendo relacionarse con la autonomía. Es decir, nuestra capacidad para ser autónomos, para decidir y actuar con libertad ante una amplia gama de opciones que nos permita llevar a cabo nuestras preferencias, haría posible dirigir nuestra vida en el camino deseado y alcanzar así un Envejecimiento Saludable.

Vuelve a quedar constancia de la importancia del entorno y las relaciones con el mismo a la hora de generar bienestar, felicidad o alcanzar autonomía. Por ello, profundizaremos siguiendo las ideas de Álvarez (2015) en la importancia de las opciones relacionales para obtener autonomía.

La autonomía no es una cuestión que depende únicamente del sujeto, de sus capacidades cognitivas, sino que esas capacidades cognitivas dependen en gran medida de elementos externos al sujeto, están fuertemente condicionadas por el contexto y las relaciones establecidas por el sujeto dentro de ese contexto (Álvarez, 2015).

Las personas somos seres eminentemente sociales, como indica Kottak (2003), nos definimos por la pertenencia a grupos, aprendemos en relación con las personas que nos rodean y no tenemos capacidad para sobrevivir sin un grupo humano. O, como indica Álvarez (2015), “ser relacionales es un aspecto de la psicología de los individuos del que no podemos prescindir” (p. 21).

Por tanto, puede afirmarse que el trasfondo relacional juega un papel importante en las decisiones autónomas, lo cual no significa que merme o anule la decisión personal del sujeto.

Las personas construyen su independencia, es decir, toma distancia, evalúa, analiza su perspectiva, marca sus preferencias y sopesa sus opciones. Pero todo ello lo hace desde el lugar que ocupa en el marco de las relaciones que establece con su entorno. Al hablar de relaciones nos referimos a las relaciones establecidas a lo largo de la vida, ya sean afectivas, familiares, laborales, conyugales... Son estas relaciones las que directa o indirectamente conformarán el espectro de opciones que se nos presentan a la hora de tomar una decisión (Álvarez, 2015).

## 2.7. Dependencia

Villar (2009) define la dependencia como la necesidad de las personas de satisfacer aspectos esenciales de la vida que de otra manera no pueden ser satisfechos. Puede ser considerada una condición que daña la autonomía personal.

Pueden darse distintos tipos de dependencia (Villar, 2009):

- Dependencia económica: necesitar de otros para poder comprar o acceder a bienes considerados necesarios para la vida.
- Dependencia emocional: necesidad de apoyo o acompañamiento de otras personas para mantener el bienestar psicológico.
- Dependencia física: necesidad de terceros para realizar actividades cotidianas esenciales: asearse, comer, vestirse, etc.

Por tanto, una situación de dependencia, ya sea económica, emocional o física, vulnera la autonomía del individuo, ya que afecta tanto su independencia (su situación personal condiciona fuertemente sus decisiones), como sus opciones relevantes (el abanico de posibilidades sobre el que elegir y establecer preferencias se ve reducido). Dependerá del contexto y del entorno relacional favorecer a aumentar la autonomía. Así, por ejemplo, cuando una persona sea dependiente a causa de sus limitaciones físicas, podrán instalarse elementos en su domicilio que faciliten la realización de actividades cotidianas esenciales u ofrecer atención domiciliaria o apoyo de las redes familiares o comunitarias.

### 2.7.1. Ley de dependencia

Las políticas sociales juegan un papel esencial para crear nuevas y mejores alternativas para las personas mayores, tanto en su nivel de autonomía, como en la capacidad para enfrentar la dependencia. Gracias a esta Ley, es posible aumentar el abanico de posibilidades de las personas dependientes y adaptar el entorno a sus necesidades, en definitiva, mejorar su resiliencia<sup>1</sup> y calidad de vida. Por ello, resulta esencial analizar la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD, de aquí en adelante).

Escudero (2007) relata que el debate en torno a la dependencia se inicia en los años 90 del pasado siglo gracias al Plan Gerontológico Estatal de 1991-2000. En dicho plan, se establecieron acuerdos entre los Ministerios de Sanidad y los de Asuntos Sociales para la atención socio sanitaria de las personas mayores. Se inició así un debate en la comunidad científica, quien arrojó datos sobre la importancia social de la dependencia y las características de las personas dependientes y de la red de cuidadores informales. Todo ello, impulsó la propuesta de crear modelos alternativos de protección social y de abordar formalmente el tema de la dependencia involucrando a las Administraciones públicas y los partidos políticos.

Surgieron numerosas dificultades para desarrollar las políticas públicas: la necesidad de controlar el gasto público; la de mantener la estabilidad de las pensiones; y la creación de seguros privados como alternativa a la dependencia. La Comunidad Española de Geriátrica y Gerontología (2000), el Consejo Estatal de Personas Mayores e instituciones como el Defensor del Pueblo (2000) comenzaron a exigir iniciativas públicas al gobierno (Escudero, 2007).

Escudero (2007) indica que en 1999 el debate científico se introdujo en la agenda política, de modo que se analizaron cuatro líneas distintas para la protección de la dependencia:

1. Seguro de protección social público y universal constituido como cuarto pilar de la Seguridad Social.

---

<sup>1</sup> Como se indica en la p. 19, entendemos por resiliencia la cualidad de mantener y/o mejorar la capacidad funcional ante los obstáculos presentados (OMS, 2015).

2. Promoción y apoyo de medidas legislativas para proteger a las personas dependientes (apoyado por el Congreso de los Diputados y el Senado).
3. Afrontar la dependencia desde la Seguridad Social, para ello el sindicato Comisiones Obreras propone desarrollar un seguro público de dependencia apoyado en el Pacto de Toledo.
4. Seguros privados de dependencia apoyados por las aseguradoras privadas.

Analizadas las distintas alternativas propuestas, se concluye que un seguro totalmente privado no sería accesible para gran parte de la población y que un seguro de carácter universal y público no sería sostenible económicamente. Por ello, se decide apostar por un seguro mixto, es decir, público para aquellas personas con pocos recursos y privado con apoyos fiscales para aquellos que pueden permitírselo.

En los próximos años se vinieron produciendo los siguientes cambios (Escudero, 2007):

- En octubre del año 2003: se puso en marcha una Comisión para el estudio de la protección social a la dependencia.
- A finales del 2004: se publicó el Libro Blanco de la Dependencia<sup>2</sup>.
- Año 2005: el gobierno del PSOE publica el Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas Dependientes, la cual pretende reconocer y garantizar la atención y cuidados a las personas que no pueden valerse por sí solas. Se inspira en los principios de gratuidad y universalidad, acceso a las prestaciones desde la igualdad y la participación de todas las Administraciones en el ejercicio de sus competencias.
- A principios del 2006, la tramitación parlamentaria de la citada ley se encuentra en la fase final del proceso poniéndose en marcha durante el año 2007.

---

<sup>2</sup> Basándose en información e investigaciones de los últimos años en el ámbito de la dependencia, se exponen de forma extensa diversas dimensiones de la dependencia. Al mismo tiempo, marca tareas como: un futuro sistema integral para la dependencia para el cual aporta propuestas y retos; y una futura ley reguladora de la dependencia para la cual sienta las bases (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004).

El Boletín Oficial del Estado (BOE, de aquí en adelante) (2006) expone en el artículo 1 de la Ley 39/2006:

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

2. El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia responderá a una acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, que contemplará medidas en todas las áreas que afectan a las personas en situación de dependencia, con la participación, en su caso, de las Entidades Locales. (p. 44144)

La Ley 39/2006 supone un escenario de cambio fundamental en la política de atención a la dependencia. Desde los años 80 hasta la promulgación de la LAPAD se han ido introduciendo paulatinamente diversos tipos de medidas y prestaciones dirigidas a paliar las situaciones de dependencia, o más exactamente, situaciones de envejecimiento y discapacidad (Marbán, 2010).

Tal y como indica Marbán (2010), con la llegada de esta Ley se establece un derecho universal subjetivo<sup>3</sup> para todos los individuos que acrediten presentar uno de los grados de dependencia establecidos por la ley (moderada, severa, gran dependencia) de forma permanente (no transitoria, como puede ser un proceso de recuperación) y con independencia de la edad. La valoración del grado de dependencia se dará mediante la aplicación de un baremo acordado en el Consejo Territorial, en función de un cuestionario y la observación de un profesional cualificado.

Las prestaciones ofertadas priorizan los servicios frente a las prestaciones monetarias, y en caso de no ser posible ofrecer dichos servicios, la prestación monetaria se vinculará a éstos.

---

<sup>3</sup> La expresión “derecho subjetivo” se utiliza para hacer referencia al poder o facultad de un individuo para exigir algo a otro que está obligado a ello. Tiene siempre un fundamento jurídico (contrato, sentencia, etc.), pudiendo acudir sobre esta base a tribunales para exigir o reclamar el derecho en caso de que el obligado no cumpla (Barrero, 2016).

## 2.7.2. Políticas de dependencia

Como venimos mencionando a lo largo de esta investigación, las personas viven cada vez durante más años, hecho que aumenta el porcentaje de población con algún tipo de dependencia. Para apoyar esta afirmación, se ofrece la tabla 2, en la cual se muestra la cantidad de españoles de 65 o más años con alguna dificultad, mucha dificultad o incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria (INE, 2014).

**Tabla 2.** Nivel de limitaciones en las actividades básicas diarias de los/as ciudadanos/as españoles/as.

Encuesta Europea de Salud 2014. Estado de salud: Cifras relativas					
LIMITACIONES EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DIARIAS					
Máximo nivel de dificultad para realizar alguna ABVD según sexo y grupo de edad. Población de 65 y más años.					
Unidades:					
	TOTAL	Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	No puede hacerlo
<b>Ambos sexos</b>					
TOTAL	100,00	79,26	9,30	4,22	7,21
De 65 a 69 años	100,00	91,64	5,48	1,29	1,59
De 70 a 74 años	100,00	88,92	7,71	2,20	1,17
De 75 a 79 años	100,00	81,06	9,86	3,95	5,13
De 80 a 84 años	100,00	69,41	13,29	5,67	11,63
De 85 y más años	100,00	46,32	14,47	12,50	26,71

### Notas:

1) ABVD= Actividades básicas de la vida diaria.

Actividades básicas consideradas: alimentarse, sentarse, levantarse de una silla o de una cama, acostarse, vestirse y desvestirse, ir al servicio, ducharse o bañarse.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2014.

La atención a las personas dependientes recaía tradicionalmente en la familia, pero esta institución viene sufriendo importantes cambios en cuanto a su composición y estructura. A esta nueva realidad en la que las mujeres se han incorporado al mundo laboral (reduciendo la cantidad de cuidadoras tradicionales) se le suma el incremento de la longevidad, que genera un aumento de las necesidades frente a una menor capacidad de respuesta desde las familias. Escudero (2007) afirma que las familias asumen el cuidado de las personas dependientes como propio, pero solicitan ayuda al Estado para poder superar las dificultades que genera hacerse cargo de este tipo de cuidados. Las ayudas para el cuidado de los/as dependientes

con las que cuentan los/as cuidadores/as dependerán de las políticas que se establezcan al respecto.

La Constitución española de 1978, establece la descentralización de los servicios sociales<sup>4</sup> a los distintos niveles: gobierno central, autonómico y local, generando que las comunidades autónomas asuman, casi en exclusiva, las competencias en asistencia social y servicios sociales.

Pese a que en la Constitución española se recoja que existe un sistema de servicios sociales de responsabilidad pública, en la práctica no se crean mecanismos reales o eficientes (ni por parte las leyes autonómicas de servicios sociales, ni los planes, ni los distintos programas) para hacerlos efectivos. Esto genera que la atención a la dependencia recaiga en las Administraciones públicas y la situación económica del momento (Escudero, 2007).

Como indica Escudero (2007), la oferta de servicios sociales se da desde el ámbito público, estatal, autonómico y local, y desde el ámbito privado, conformando así un sistema mixto.

En España existe una amplia variedad de políticas y programas dirigidos a las personas mayores, siendo todos ellos producto de políticas que tienen como objetivo la permanencia de los ancianos en el domicilio durante el máximo tiempo posible, la inserción de los ancianos en núcleos familiares y la familia como base del cuidado y de las políticas. Estos programas y políticas se refuerzan, además, con acciones de apoyo y ayuda a las familias y las redes informales (Escudero, 2007).

Escudero (2007) ofrece un resumen de los aspectos negativos y positivos de las políticas sociales de dependencia, las acciones llevadas a cabo y los objetivos perseguidos en la tabla 3.

---

<sup>4</sup> Artículo 148.1.20.º.

**Tabla 3. Objetivos, acciones y aspectos negativos y positivos de las políticas sociales de dependencia.**

Objetivos	Acciones	Aspectos positivos	Aspectos negativos
FACILITAR LA PERMANENCIA DEL DEPENDIENTE EN EL DOMICILIO	Ayuda domiciliaria (social y sanitaria)  Ayudas técnicas  Arreglo y adaptaciones del hogar  Instalación teléfono o telealarma  Vivienda social adaptada	Mantenimiento en el domicilio  Mejoran la autonomía funcional del anciano  Mejoran las condiciones de vida en el domicilio	Oferta insuficiente y de escaso alcance  Familia como base del cuidado  Cuidador como instrumento para el cuidado  Enmascara los problemas
APOYAR A LAS FAMILIAS Y CUIDADORES CON UN DEPENDIENTE A SU CARGO	Centros de día  Estancias temporales en residencia  Ayudas económicas y medidas fiscales favorables  Apoyo psicológico y formativo  Conciliación vida laboral y familiar  Reducción de jornada, permisos y excedencias	Alivio de la carga del cuidador  Alivio económico  Posibilita la compra de servicios  Disminuye el estrés  Hay más tiempo para cuidar	Oferta de ayudas y servicios insuficiente y escaso alcance  Fomenta el cuidado por parte de la familia  Cuidador como instrumento y, en cierta medida también, como objeto de cuidado  Refuerza el rol de la mujer como cuidadora  Implica una doble jornada  Costes personales y de oportunidad para el cuidador
FACILITAR LA INSERCIÓN DE LOS ANCIANOS EN OTROS NÚCLEOS FAMILIARES	Acogida temporal o continua en otros núcleos familiares	Inserción social de los ancianos	Dificultad para restringir el contrato (en caso necesario)  Opción minoritaria y de alto coste
ALTERNATIVAS A LA IMPOSIBILIDAD DE PERMANECER EN EL DOMICILIO	Viviendas compartidas  Viviendas tuteladas  Ingreso en residencias	Inserción social de los ancianos  Alivia la carga del cuidador	No suele ser útil para ancianos dependientes  Pérdida de independencia y restricción de libertad del anciano

Fuente: Escudero, 2007, p. 71.

### 2.7.2.1. Mantenimiento en el domicilio

Tradicionalmente, la forma de vida de los/as ancianos/as dependientes se debatía entre continuar viviendo en el entorno habitual o ingresar en una residencia. Si los analizamos de forma cronológica (Escudero, 2007):

- En los años 80 del siglo pasado las políticas dieron prioridad a ingresar a los/as mayores dependientes en instituciones, lo cual exigió desarrollar residencias de gran capacidad.
- A finales de esa misma década, comenzó a defenderse el mantenimiento de los/as ancianos/as en sus domicilios, de manera que se devolvió la responsabilidad de su cuidado a las familias.
- En la actualidad, se insiste en los beneficios de mantener a los/as ancianos/as en su domicilio habitual y se presentan las familias como elemento natural de convivencia. Esta propuesta vuelve a colocar a las mujeres como principales cuidadoras, sin tomar en cuenta la inserción de estas en el mercado laboral, la cual disminuye la posibilidad y tiempo de las mujeres para el cuidado.

La situación actual nos introduce en un nuevo debate: ¿es justo, legítimo o ético hacer prevalecer el bienestar de los/as ancianos/as dependientes frente al de sus cuidadores/as?

Escudero (2007) expone que los Poderes Públicos se apoyan en razones psicológicas y sociales para justificar el mantenimiento de las personas mayores dependientes en su domicilio durante el máximo tiempo posible, ya que, de este modo se evita romper con su entorno, no se pierde la inserción social y se trata de una respuesta más humana y menos costosa. Pero, ¿para quién es una respuesta más humana y menos costosa? Claramente es una respuesta más humana para los/as ancianos/as que permanecen en su hogar, pero no tanto para los/as cuidadores/as informales o familiares dadas las dificultades a las que se enfrentan en la mayoría de las ocasiones, dificultades que pueden repercutir en la salud o vida de estos/as.

Desde el sistema formal, se afirma que el cuidado de los/as mayores dependientes en el domicilio es menos costosa que la que se lleva a cabo en las residencias. Lo que nos introduce en un nuevo debate: ¿es más barata para quién?

Escudero (2007) expone claramente que es la opción más barata para el Estado, ya que, si los/as ancianos/as son cuidados/as en su propio hogar, los costes de vigilancia, manutención, cuidado, etc. son asumidos por la familia y no por el Estado. Para poder afirmar que realmente

es la opción menos costosa monetariamente, se debería llevar a cabo un minucioso estudio que tomara en cuenta las horas de trabajo de los/as cuidadores/as informales y el coste de las horas de trabajo remunerado perdidas. Estudio que actualmente no existe.

La atención de los/as mayores dependientes en su hogar supone acondicionar el hogar para que cuente con unas condiciones mínimas de habitabilidad, accesibilidad y esté adaptado a la situación de dependencia existente, para lo cual se hacen necesarias unas políticas de vivienda que contemplen lo descrito hasta el momento. En la actualidad, las políticas de vivienda se basan en ayudas económicas para reparar y adaptar la vivienda de los/as dependientes y la reserva de viviendas de protección oficial o de vivienda social adaptada a las condiciones del/la anciano/a (Escudero, 2007).

En cuanto a los objetivos que persiguen las políticas de dependencia, Escudero (2007) señala tres:

1. Facilitar la permanencia del/la anciano/a en su domicilio: para ello se aportan medidas como: ayudas a domicilio de tipo sanitario mediante servicios de enfermería, o de tipo social a través de ayudas para realizar las tareas del hogar; ayudas técnicas que favorezcan la autonomía del/la dependiente; adaptación del domicilio para mejorar las condiciones de vida en el domicilio; telealarma, etc.
2. Apoyar a las familias que tienen un familiar a su cargo: ofreciendo centros de día que ofrecen cuidados médicos y sociales, estancias temporales en residencias o ayudas económicas. Por otro lado, se legislan normativas para la conciliación familiar y laboral.
3. Facilitar la inserción de los ancianos en otras unidades familiares.

El problema de todas las políticas impulsadas es que no llegan a toda la población que las necesita.

Para aquellos casos en los cuales no se puede mantener a la persona dependiente en el hogar se desarrollan políticas que favorecen el desarrollo de estructuras que sustituyan al propio hogar:

1. Viviendas compartidas: grupos de ancianos/as que comparten vivienda en su comunidad de origen, de manera que no abandonan su localidad y se ayuda a mantener su autonomía durante más tiempo.

2. Viviendas tuteladas: no necesariamente han de compartir un mismo espacio. Se pide que se encuentren en la comunidad de origen de los/as dependientes para poder mantener las relaciones amistosas y familiares, pero no siempre se cumple.
3. Las residencias: la libertad de los/as ancianos/as se ve limitada debido al reglamento interno de la residencia (horarios de entrada y salida, visitas, comidas, etc.), el nivel de autonomía es menor y las personas dependientes son separadas de su entorno habitual. Aunque en ocasiones es la única alternativa disponible.

#### 2.7.2.2. Familia como base del cuidado

Escudero (2007) critica las políticas sociales dirigidas a la dependencia, ya que opina que, aunque las familias constituyen la base de la atención a los/as ancianos/as, son ignoradas al no crear suficientes políticas y acciones que mejoren las condiciones de vida y de trabajo de los/as cuidadores/as.

Aunque es difícil concretar cuáles son las necesidades de los/as cuidadores/as debido a las diversas exigencias de cada caso de dependencia, Escudero (2007) menciona que la mayor parte de los/as cuidadores/as necesitan más de lo que reciben. Necesitan descanso, ayuda económica, apoyo psicológico, formativo o facilidades para compaginar el cuidado y el trabajo remunerado. Los factores esenciales a la hora de determinar cuáles son las necesidades de los/as cuidadores/as son:

- La ubicación, capacidad, accesibilidad y profesionalidad de los servicios a domicilio.
- La medida en que la persona dependiente ha perdido su autonomía.
- El estado de salud, fuerza emocional y bienestar físico del/la cuidador/a.
- El nivel económico.
- El aislamiento geográfico y social.
- La situación laboral: contar con un trabajo remunerado o no.
- La existencia o no de otros cuidadores.

Las políticas centradas en ayudar a las personas encargadas de cuidar a ancianos/as dependientes en el hogar en España se dirigen en las siguientes direcciones (Ley Orgánica 39/2006):

1. Ayudas económicas: siempre prevaleciendo la adquisición de servicios frente a el reembolso monetario.
  - Prestación económica vinculada al servicio: prestaciones económicas de carácter periódico para aquellos casos en los cuales no se pueda acceder aun servicio público o concertado para la atención y cuidado de la persona dependiente y siempre en función del grado de dependencia y la capacidad económica del beneficiario.
  - Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a los/as cuidadores/as no profesionales: para aquellos casos en los cuales la persona dependiente sea cuidada por el entorno familiar. La persona cuidadora deberá ajustarse a lo establecido en cuanto a afiliación, alta y cotización en la Seguridad Social. Y nuevamente, la cuantía dependerá del grado de dependencia y la situación económica del/la dependiente.
  - Prestación económica de asistencia personal: independientemente del grado de dependencia del beneficiario, se contribuye a la contratación de un/a asistente/a para que trabaje por horas en el domicilio de la persona dependiente, con la finalidad de que aumente su grado de autonomía.
2. Ayudas para descanso o descarga: recursos como los Centros de Día, Centros de Día y de Noche, servicios de ayuda a domicilio, atención a las necesidades del hogar o cuidados personales gracias a los cuales los/as cuidadores/as se ven liberados durante un tiempo en el que pueden acudir a sus centros de trabajo remunerado o descansar. El problema surge cuando no existe medio de transporte para que la persona dependiente acuda al centro, ya que acondicionar un medio de transporte de forma privada resulta muy costoso. También pueden ayudar a disminuir la carga de las familias, las asociaciones de voluntarios, por ejemplo, ayudando con el transporte de los/as dependientes.

Aunque estas ayudas supongan una opción para que el/la cuidador/a coja fuerzas, los/as cuidadores/as no las aceptan muy a menudo, ya que su aceptación les genera sentimiento de culpa, lo viven como un “abandono” hacia la persona dependiente. Además, no suele ser una opción a la que animen las personas dependientes.

3. Ayuda psicológica: la carga de tener que cuidar a personas dependientes genera en los/as cuidadores/as la necesidad de expresar sus sentimientos, dificultades, temores y sufrimientos. Necesidades emocionales que son satisfechas por: familiares y amigos/as; o enfermeras/os, médicos y trabajadores/as sociales cuando acuden a las visitas domiciliarias o en los momentos de interacción. Pero desgraciadamente, no se trata de una ayuda formalizada y es necesario implementar esta ayuda para que los profesionales puedan dedicar el tiempo necesario a esta actividad.

En este aspecto, resultan muy beneficiosos los grupos de ayuda mutua o las asociaciones de familiares de pacientes, el inconveniente es que las personas cuidadoras no disponen de tiempo para acudir a estas reuniones.

4. Ayuda formativa: por un lado, si la información existente sobre los recursos sociales ofertados es escasa, hace que en muchas ocasiones los/las cuidadores/as no los conozcan y no sepan cómo solicitarlos o acceder a ellos. Por otro lado, los/as cuidadores/as necesitan adquirir conocimientos sobre la enfermedad del/la dependiente, la evolución de la enfermedad, las conductas a seguir o, cómo llevar a cabo su labor con menor esfuerzo y de forma más segura (vestir al enfermo/a, levantarlo/a, sentarlo/a, hacer la cama, etc.). Por ello, la Ley Orgánica 39/2006, dedica el capítulo II y III a la formación en materia de dependencia y el sistema de información respectivamente, siendo estas las ayudas en las que se centran mayoritariamente las políticas y programas dirigidos a los/as cuidadores/as.
5. Ayudas para conciliar la vida laboral y familiar: según lo recogido en la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras:

El artículo segundo dice así:

Quien por razones de guarda legal tenga a su cuidado directo algún menor de seis años o un minusválido físico, psíquico o sensorial, que no desempeñe una actividad retribuida, tendrá derecho a una reducción de la jornada de trabajo, con la disminución proporcional del salario entre, al menos, un tercio y un máximo de la mitad de la duración de aquélla.

Tendrá el mismo derecho quien precise encargarse del cuidado directo de un familiar, hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, que por razones de edad, accidente o enfermedad no pueda valerse por sí mismo, y que no desempeñe actividad retribuida.  
(p. 6).

El artículo cuarto recoge:

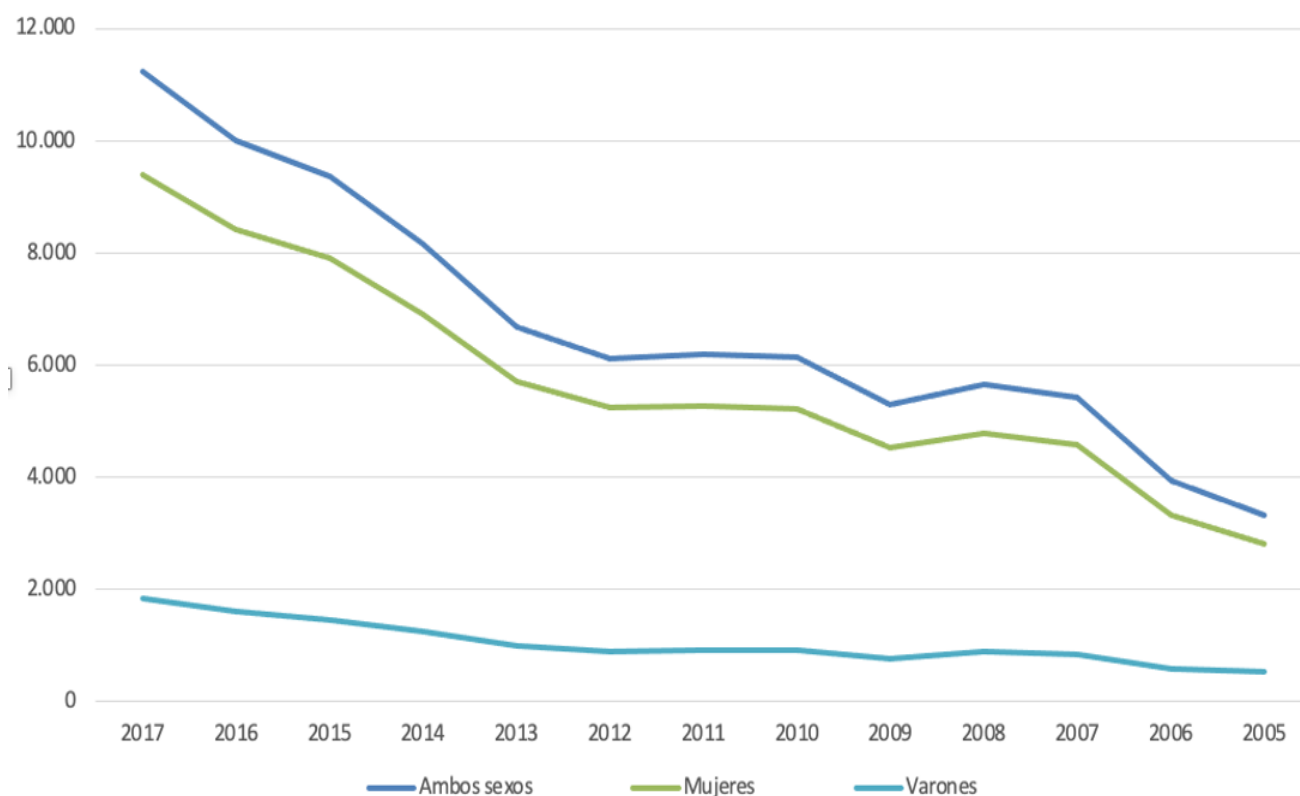
También tendrán derecho a un período de excedencia, de duración no superior a un año, salvo que se establezca una duración mayor por negociación colectiva, los trabajadores para atender al cuidado de un familiar, hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, que por razones de edad, accidente o enfermedad no pueda valerse por sí mismo, y no desempeñe actividad retribuida. (p. 7)

Con la mencionada Ley de Conciliación, se sitúa al/la cuidador/a informal como recurso del sistema formal, pero no se toman en cuenta el cansancio acumulado, la falta de descanso, de vacaciones, jornadas de trabajo en muchas ocasiones de 24 horas, y la pérdida de dinero que supone la reducción de jornada o excedencia. Aunque hay que destacar que, gracias a esta Ley, se garantizan la reserva del puesto de trabajo, el mantenimiento de la antigüedad y la imposibilidad de ser despedido por esta causa (Ley 39/1999).

Sin embargo, la realidad muestra que siguen siendo las mujeres las que asumen el cuidado de los/as mayores dependientes y reducen su jornada de trabajo o piden una excedencia, reforzándose la discriminación por sexo en el mundo laboral (Escudero, 2007).

Los datos del INE del 2 de julio de 2008 abalan esta realidad:

**Figura 3.** *Personas en excedencia por cuidado de familiares en función del sexo.*



Fuente: elaboración propia.

## 2.8. El cuidado informal

### 2.8.1. Contexto

Ya en el 2009, Rogero-García ponía de manifiesto la importancia del cuidado informal frente al cuidado de carácter formal en España para atender a las necesidades de las personas dependientes. En la mayoría de los casos, el cuidado informal supone la única fuente de ayuda, combinándose en ocasiones con cuidados de tipo formal. El cuidado informal es la base del cuidado de las personas dependientes, aunque interviene factores como la situación socioeconómica de la familia o el estado civil del/la dependiente (Ruiz y Moya, 2012).

La persona dependiente ha sido cuidada tradicionalmente por la mujer (Cuesta, 2009). En España, prevalece la percepción de que la enfermedad del ser querido surge en el seno de la familia y que, como consecuencia, debe de ser atendido desde la familia (Úbeda y Roca, 2008). Partiendo de esta afirmación, son las familias las que asumen el cuidado total de las personas dependientes junto con sus consecuencias para el contexto familiar y el/la cuidador/a principal. Esto conlleva una serie de transformaciones en el interior de la familia.

Pero se ha de tomar en cuenta que se han dado cambios culturales y sociales, a los cuales se deben sumar los cambios estructurales surgidos en la familia. El nuevo rol de la mujer en la sociedad dificulta la continuidad del modelo tradicional familista de cuidados (Pulido, 2010). La menor estabilidad familiar, la desaparición de la familia extensa y las redes informales tradicionales, la mayor movilidad social y laboral, y la disminución del tamaño de las viviendas, hace que cada vez sean menos los/as potenciales cuidadores/as. Todo ello genera una situación complicada, ya que, a la creciente demanda de cuidados de larga duración se le enfrenta la menor oferta de posibles cuidadores/as (López y Martínez, 2007).

En el informe del IMSERSO (2005a), ya se recogía que en España 789.000 personas eran cuidadores/as principales de personas mayores, de las cuales 734.000 personas realizaban cuidados permanentes. Dicho informe, calcula que, como mínimo, en torno a 600.000 personas cuidan de una persona mayor con algún grado de dependencia de forma continuada, lo cual expresado en porcentajes atiende al 1,8% de la población mayor de 18 años de nuestro país.

Con la finalidad de ayudar a las familias a ejercer el cuidado informal de las personas con limitaciones en su autonomía o dependientes, nace la LAPAD. Esta Ley, trata de conciliar

cuidado informal y cuidado formal, entendiendo ambos tipos de cuidados como complementarios y necesarios. Todo ello, con la finalidad de ejercer el mejor cuidado con quien los necesita y proteger a las persona cuidadora de posibles consecuencias negativas en su salud. La LAPAD busca mantener a la persona dependiente dentro de su contexto social, en el domicilio familiar dentro de lo posible, siendo el cuidador informal quien, principalmente, aporte la ayuda necesaria al dependiente (Ruiz y Moya, 2012).

### 2.8.2. El concepto de cuidado informal

Numerosos autores han tratado de definir el concepto de cuidado informal, pero actualmente, su definición sigue generando controversia.

Wright (recogido por Moya-Albiol y Moya-Albiol, 2012) definía el término como los cuidados de salud aportados por parte de familiares, amigos o personas de la red social inmediata a la persona dependiente, sin que exista retribución económica por la labor desempeñada. Esta definición cuenta con cierta unanimidad, pero queda obsoleta si se contemplan los cambios acontecidos en la sociedad en torno a la dependencia.

La LAPAD (2006) la define como “la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de su familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada” (p. 9). En este caso, como indican Ruiz y Moya (2012), se trata de una definición un tanto ambigua, en la cual no se delimita la duración de los cuidados, ni se perfila la figura del/la cuidador/a.

El Libro Blanco de la Dependencia (2004) es más explícito en su definición, apuntando que el cuidado familiar es aquel “que se da por parientes, amigos o vecinos. Este conjunto difuso de redes suele caracterizarse por su reducido tamaño, por existir efectividad en la relación y por realizar el cuidado no de manera ocasional, sino mediante un compromiso de cierta permanencia o duración” (p. 173).

Vaquiroy Stiepovich (2010) afirman que a efectos reales sigue siendo la familia la principal proveedora de los cuidados informales, aunque no haya expresado explícitamente su deseo de serlo, es la que aporta mayores recursos de salud a la dependencia y la que se responsabiliza del mantenimiento y desarrollo de la persona dependiente en el hogar. Aunque se hace referencia al conjunto de la familia como cuidadora, suele ser uno de los miembros

de la familia quien asume el cuidado principal de la persona con dificultades y puede sufrir las consecuencias negativas que acarrea dicha labor.

### 2.8.3. El concepto de cuidador/a informal

Al igual que ocurre con el concepto de cuidado informal, podemos encontrar numerosas definiciones del concepto cuidador/a informal:

- “aquella persona principal responsable del cuidado no profesional del paciente. Resida en su gran mayoría en el mismo domicilio del enfermo, debe estar siempre disponible para satisfacer sus demandas y no recibe retribución económica alguna por la función que desempeña” (Feldberg et al., 2011, p. 12).
- “aquel individuo que asume las tareas del cuidado, con la responsabilidad que ello implica, es percibido por los restantes miembros de la familia como responsable de la persona dependiente y no es remunerada económicamente” (Fernández et al., 2011, p. 388).

Estas definiciones pueden no corresponderse con la realidad, ya que la LAPAD establece en su artículo 14, punto 4, que el/la beneficiario/a podrá recibir una prestación económica para ser atendido/a por cuidadores/as no profesionales, como puede ser el/la cuidador/a informal.

Ruiz y Moya (2012) afirman que la tradición familista del cuidado asume que el papel de cuidador/a principal es asumido por las mujeres, fundamentalmente madres o hijas o de la persona que requiere cuidados. Estas cargan con la responsabilidad, dedicándole al cuidado mayor tiempo y frecuencia que los hombres, lo cual genera una sobrecarga en ellas. Asumen los cuidados mas pesados, rutinarios y aquellos que requieren de mayor implicación.

Para apoyar la afirmación sobre la tradición familista, podemos observar la tabla 4, en la cual se observa claramente que el porcentaje de hombres y mujeres en la población es prácticamente el mismo, pero las mujeres ejercen más como cuidadoras informales.

**Tabla 4.** *Personas que prestan ayuda en base a la población total.*

<b>GÉNERO</b>	<b>Cuidadores/as (A)*</b>	<b>Población 2004 (B)**</b>
Hombre	16,4	49,1
Mujer	83,6	50,9

Fuente: IMSERSO, 2005b, p. 17.

#### 2.8.4. El estrés del/la cuidador/a principal

Ejercer como cuidador/a informal tiene afecciones directas en la vida del/la cuidador/a. Las tareas a realizar, son definidas en base a las necesidades de quien recibe los cuidados, una demanda que en ocasiones puede superar las capacidades del/la cuidador/a. Ejercer los cuidados de una persona implica asumir numerosos roles: el de enfermero/a, psicólogo/a, consejero/a, abogado/a y empleado/a del hogar. Estas tareas han de ser cumplidas junto con otros roles, como el de esposo/a, madre/padre o hijo/a, de manera que compaginar todos estos roles supone una fuente importante de estrés. Los/as cuidadores/as se enfrentan a jornadas de trabajo infinitas, en muchas ocasiones con escasa ayuda o ninguna, a lo que se suma el desgaste que supone enfrentarse a situaciones difíciles, que normalmente, van empeorando a medida que decae el estado del/la beneficiario/a (García-Calvente et al., 2004).

Podemos encontrar distintos modelos de estrés utilizados para el análisis del cuidado informal y sus consecuencias:

- El modelo transaccional del estrés.  
Conceptualizado por Lazarus y Folkman (1984), es el más utilizado. Parte de que la vivencia del individuo frente a la situación, depende de la valoración que haga de la misma y los recursos de los que disponga para enfrentarla. De manera que, si percibe una falta de estrategias para dar respuesta a las demandas surgidas, se genera estrés. Según este modelo, son determinantes los factores subjetivos (Ruiz y Moya, 2012).
- El modelo de predisposición e incitación.  
Modelo elaborado por Mace y Rabins (1991). Postula que existen elementos internos de la persona (personalidad, estilo de afrontamiento, valores culturales, relación con

el/la demandante, etc. ) que predisponen al/la cuidador/a a reaccionar de una manera predecible ante los estresores. Pudiendo modificarse esta respuesta en función a los recursos comunitarios, económicos o familiares disponibles (IMSERSO, 2005a).

- El modelo de los dos factores.

Diseñado por Lawton et al. (1991). Este modelo diferencia entre el estado emocional positivo o negativo del/la cuidador, no se centra exclusivamente en las consecuencias negativas de ejercer los cuidados. Los cuidados realizados, pueden ser fuente de satisfacción y de sobrecarga al mismo tiempo. El estresor principal son la cantidad de afectos de la persona que se cuida, pero interviene también la cantidad de cuidados a prestar y la ayuda recibida (IMSERSO, 2005a).

Independientemente del modelo al que se atienda, no cabe duda de que cuidar de un familiar mayor en el hogar es una situación potencialmente estresora. Cada familia y cuidador/a se enfrenta a la situación de forma diferente.

No se puede partir de la idea de que todos/as los/as cuidadores/as actúan de una misma manera ante las situaciones, pero atendiendo a un contexto general, podemos plantearnos la siguiente hipótesis: que los/as cuidadores/as se van sintiendo más estresados, y por consiguiente sufren más consecuencias negativas a medida que la persona de la que cuidan se va deteriorando. De manera que, cuando incrementa la dependencia de la persona mayor, el malestar del/la cuidador/a aumenta, dando lugar a repercusiones físicas, emocionales, sociales y familiares.

#### 2.8.5. Repercusiones positivas de ser cuidador/a

Cuidar de una persona mayor en el hogar enfrenta a sus cuidadores/as a situaciones de tensión y alteración emocional, pero en muchas ocasiones estos/as cuidadores/as presentan una gran resistencia, llegando a experimentar los efectos positivos de ejercer el cuidado de su persona mayor. En aquellos casos en los que la persona cuidadora cuenta con los recursos necesarios y mecanismos de adaptación adecuados, ejercer los cuidados de la persona mayor pasa de ser frustrante a ser gratificante (Bazo, 1998; Farran 1997).

Cuando nos referimos a repercusiones positivas, no significa que deba existir una ausencia completa de malestar, ya que pueden darse situaciones en las que coexisten elementos

positivos y negativos. Con las repercusiones positivas, se representan las ganancias percibidas por la persona cuidadora, el crecimiento personal del/la cuidador/a.

Cuidar de una persona de nuestra red informal resulta gratificante, genera autoestima, nos acerca a la persona que cuidamos, y que seguramente, una vez cuidó de nosotros. Generar bienestar en la persona mayor y genera bienestar en el/la cuidador/a.

El papel de cuidador/a conlleva un aprendizaje profundo: valorar lo realmente importante, dejar atrás las banalidades y ejercer como apoyo para el resto de los familiares y amigos/as. Tener la conciencia de que has hecho feliz a otra persona en una etapa de especial vulnerabilidad.

## 3. Metodología

### 3.1. Enfoque, alcance y diseño

#### 3.1.1. Enfoque

El enfoque de la investigación se ha centrado en un estudio de carácter cualitativo, basado en la recogida de datos mediante entrevistas presenciales y el posterior análisis de los discursos. En las entrevistas han participado: familias que cuidan de sus personas mayores en el hogar en Arantza y el trabajador social de la Mancomunidad de Servicios Sociales de Base de Bortziriak, encargado del programa de autonomía personal y atención a la dependencia, ya que es quien atiende a todas las personas con problemas de autonomía o dependientes y sus cuidadores/as cuando acuden a los Servicios Sociales para: tramitar el reconocimiento del grado de dependencia, solicitar ayudas para adaptar las viviendas a las necesidades de las personas mayores, acceder a listados de personas dispuestas a ejercer cuidados de forma retribuida, solicitar ayuda domiciliaria, etc.

Para que su participación fuera posible, todos/as ellos/as han prestado su consentimiento.

Para que el estudio resultara válido, se tomaron una serie de consideraciones éticas previas:

- Garantizar la privacidad de los/las informantes.
- Entregar un documento informando acerca de los objetivos que persigue la investigación y el alcance de su participación (el documento puede consultarse en el Anexo 2).
- Solicitar la firma del documento de consentimiento informado, de manera que aceptan participar en la investigación. En dicho documento se incluyen: los objetivos de la investigación, la identidad de quienes dirigen la investigación, el compromiso de devolver un informe de la investigación y el posible impacto de las informaciones recogidas (el documento puede consultarse en el Anexo 3).
- Facilitar un espacio adecuado (neutro, cómodo, accesible...) para llevar a cabo las entrevistas y la grabación de las mismas, de modo que se pueda garantizar la objetividad de las respuestas.

### 3.1.2. Alcance

Se trata de una investigación de tipo exploratoria debido al corto periodo de tiempo para desarrollarla y por tratarse de un primer acercamiento al fenómeno. Pretende conocer cómo se articulan los cuidados de las personas mayores en el hogar, para así poder determinar los principales problemas a los que se enfrentan. Cabe destacar que el estudio se realiza en el contexto de una pequeña población de ámbito rural, ámbito poco estudiado y que presenta problemas particulares debido a la despoblación que sufren los territorios rurales en España.

### 3.1.3. Diseño

Se trata de un diseño no experimental, ya que no se busca manipular las variables existentes para observar el resultado, sino que lo que busca la investigación es analizar cómo articulan los cuidados de nuestros mayores en el hogar en Arantza, con las características que definen este contexto. Tratamos de observar aquello que nos interesa en su ambiente natural, analizarlo y describirlo sin estimularlo.

Se ha elegido la entrevista semiestructurada, ya que partiendo del tipo de información que se pretende recopilar, se han elaborado una serie preguntas abiertas. Este tipo de preguntas nos permite recoger información más rica y con más matices, de modo que la persona entrevistada podrá exponer libremente todo aquello que le parezca oportuno. Se trata de hacer hablar a la persona, de entenderla, pudiendo comprender las categorías mentales del/la entrevistado/a sin partir de ideas predefinidas.

Se realiza la entrevista desde la flexibilidad, pudiendo saltar o añadir preguntas en base a las respuestas recogidas.

En cuanto a la tipología de la entrevista en función del número de personas entrevistadas, se trata de una entrevista individual, puesto que se realizan con cada persona a solas.

### 3.2. Bloques de contenido

Se diseñan entrevistas por cuestionarios con preguntas, las cuales se estructuran en los siguientes bloques temáticos:

- **En las entrevistas con los/as familiares (los cuestionarios pueden consultarse en el Anexo 4):**
  - Información sobre la persona que se encarga de los cuidados.
  - Datos sobre la persona mayor (capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria; edad; sexo; patologías; grado de dependencia reconocido, si lo hubiera)
  - Nivel de información y opinión acerca de los recursos existentes para articular los cuidados en el hogar.
  - Opiniones del/la cuidador/a sobre los cuidados en el hogar.
  - Información sobre la toma de decisiones para el cuidado de la persona mayor.
  - Opinión sobre la calidad de vida de la persona cuidadora y la calidad de vida de la persona mayor.
- **En las entrevistas con el trabajador social (los cuestionarios pueden consultarse en el Anexo 5):**
  - El perfil de los/as usuarios/as que hacen uso de los recursos para el cuidado de los/as mayores en el hogar.
  - Perfil de las personas cuidadoras.
  - El nivel de información de la población acerca de los servicios y recursos existentes.
  - Opinión sobre los cuidados en el hogar, la forma en que se articulan estos en el contexto de Arantza y las posibles mejoras a introducir.

### 3.3. Población y muestra

Nos basamos en un muestreo no probabilístico intencionado, es decir, se trata de seleccionar la muestra sin que intervenga el azar. No se cumple con el criterio de probabilidad, ya que no todas las unidades de la población tienen las mismas probabilidades de ser seleccionadas. Y decimos que se trata de un muestreo intencionado, porque, somos los investigadores quienes seleccionamos los casos que incluiremos en la muestra (Peña, 2014).

Para la selección de la muestra, el único criterio de inclusión es que se trate de familias que cuidan de una persona mayor en su hogar.

Se propone participar en la investigación a cinco familias residentes en Arantza que cuidan de sus personas mayores en el hogar, aceptando todas ellas a participar, por tanto, la muestra inicial, la muestra aceptante y la muestra real son las mismas.

Los datos de las personas participantes en la investigación y las personas mayores de las que cuidan se muestran en la tabla 5.

**Tabla 5.** Datos demográficos de las personas cuidadoras y de sus mayores.

Cuidador/a	Sexo	Edad
1	Mujer	47
2	Mujer	54
3	Mujer	61
4	Mujer	62
5	Hombre	47

Persona mayor	Sexo	Edad
1	Hombre	82
2	Hombre	84
3	Mujer	88
4	Mujer	94
5	Hombre	84

Sexo	Prevalece mujer
Edad media	54,2

Sexo	Prevalece hombre
Edad media	86,4

Fuente: elaboración propia.

### 3.4. Técnicas de recogida de datos

Se trata de una técnica cualitativa mediante entrevistas por cuestionario con preguntas.

La estrategia metodológica se realizó en tres fases:

1. Una fase inicial, en la que nos presentamos y comunicamos quienes dirigen la investigación, se exponen los objetivos que persigue la misma y el tipo de entrevista a realizar.
2. A continuación, se explican los deberes éticos que debemos cumplir para realizar la encuesta, se garantiza su privacidad, se comunica el compromiso de devolver un informe de la investigación y el posible impacto de las informaciones recogidas.
3. Finalmente se procede a realizar la entrevista. Una vez acordados el día y la hora, se realiza la entrevista y se graba.

Para la realización de la entrevista se utiliza un espacio cedido por el Ayuntamiento de la localidad, con el objetivo de reducir los sesgos e interferencias emocionales que pueden generarse en el hogar de las familias.

Se marca una duración máxima de 60 minutos para la entrevista, la cual se graba (previo consentimiento del/a entrevistado/a) para garantizar la objetividad de los datos recogidos.

Una vez obtenidas las grabaciones son transcritas para realizar un análisis de los aspectos más relevantes recogidos en las mismas.

Se procede a la clasificación de los distintos tipos de variables que intervienen, interpretándolas y llegando a conclusiones.

### 3.5. Técnicas de análisis de datos

En primer lugar, se realiza una codificación de los datos recogidos:

1. Se definen categorías de codificación en base a los bloques de contenido descritos en el punto 3.2. Estos bloques de contenido nos permiten realizar un análisis ordenado de los datos recogidos en las entrevistas una vez han sido transcritos.
2. Se observan los datos que han sobrado. Al tratarse de una entrevista abierta, las personas participantes comparten con nosotros todo aquello que les parece conveniente, resultando algunos de estos datos no relevantes para la investigación que realizamos.
3. Se analizan los datos relevantes que no habíamos contemplado en el diseño de la entrevista. Del mismo modo que recogemos datos no relevantes, los/as participantes de las entrevistas nos dan a conocer una serie de experiencias y datos sobre los que no habíamos reflexionado antes de diseñar las entrevistas.
4. Se vuelve a definir el análisis. Tomando en cuenta los datos relevantes que no habíamos contemplado en el diseño de las entrevistas, reflexionamos sobre ellos para obtener conclusiones.

## 4. Resultados y discusión

### 4.1. Resultados

#### 4.1.1. Contexto

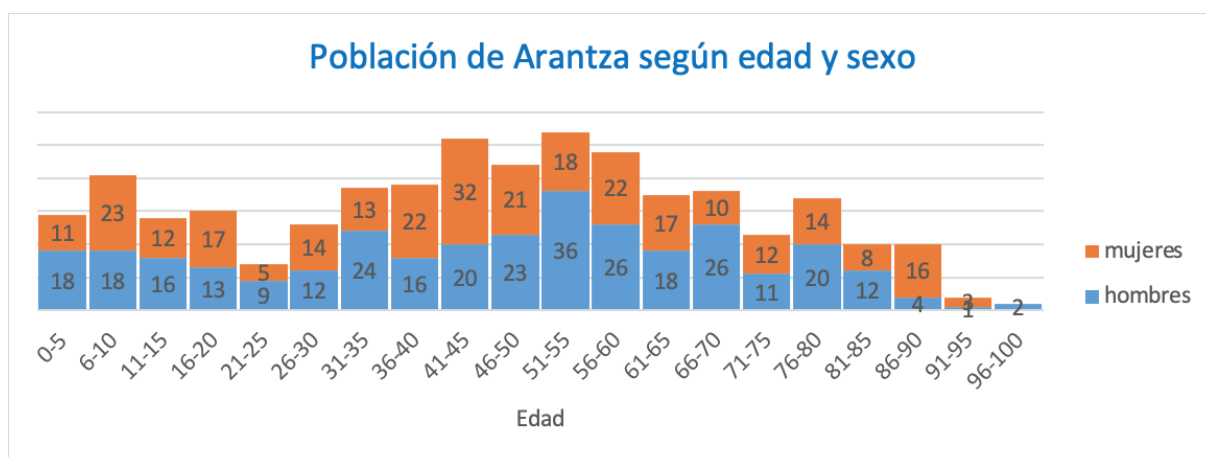
Arantza es una población de Navarra que pertenece a la Comarca de Bortziriak, que significa cinco villas, y como su propio nombre indica, se compone de cinco poblaciones: Etxalar, Lesaka, Bera, Igantzi y Arantza.

A Arantza se accede por una estrecha carretera serpenteante que se rodea de una impresionante masa forestal, parte de Berrizaun, en la vía Pamplona-Irún, para llegar a la población. Arantza se encuentra a 75 km de Pamplona y 50 km de San Sebastián. Se trata de uno de los pueblos más escondidos y montañosos de la Comarca de Bortziriak.

Aunque la mayor parte de la masa poblacional se concentra en el núcleo urbano, cuenta con numerosos caseríos dispersos por su geografía. Pero actualmente la economía del caserío ha entrado en crisis y la mayor parte de la población vive de las industrias que se encuentran en los alrededores.

Esta pequeña población, según los datos facilitados por el Ayuntamiento de Arantza, cuenta con 615 habitantes a fecha del 4 de diciembre de 2020, los cuales se distribuyen tal y como se indica en las figuras 4 y 5.

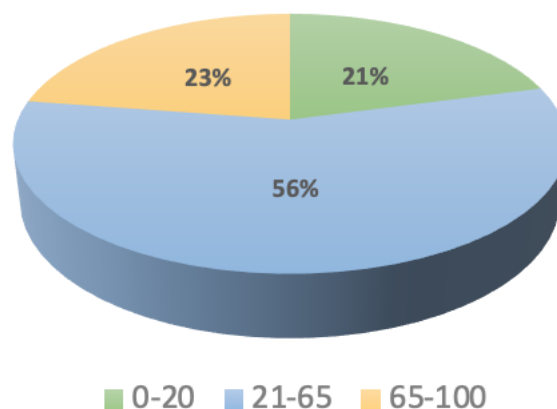
**Figura 4.** Distribución de la población de Arantza según género y rango de edad.



Fuente: elaboración propia.

**Figura 5.** Distribución de la población de Arantza según grupo de edad.

% en función del grupo de edad



Fuente: elaboración propia.

#### 4.1.1.1. Servicios disponibles en la Comunidad Foral de Navarra

En la Comunidad Foral de Navarra se cuenta con la cartera de servicios sociales mostrada en la tabla 6.

Analizamos las más interesantes para el ámbito de nuestra investigación (Gobierno de Navarra, 2012):

1. Ayudas económicas para la permanencia en el domicilio de las personas dependientes y apoyo a las personas cuidadoras de éstas.

Se trata de una prestación garantizada para las personas en situación de dependencia, las cuales perciben una cantidad económica de forma periódica para obtener los cuidados necesarios para desempeñar las ABVD en el domicilio.

Los requisitos de acceso son:

Tener reconocido un grado II o III de dependencia; acreditar residencia efectiva y continuada en Navarra durante los dos años anteriores a la solicitud o, en caso de provenir de otro lugar de España, cumplir los criterios que marca la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia; no superar los niveles de renta y/o patrimonio establecidos para esta prestación en las disposiciones de desarrollo de este Decreto Foral; ser un recurso asignado en el Programa Individual de Atención (PIA, de aquí en adelante). (p. 24)

2. Ayudas mínimas para atención en el domicilio de las personas dependientes.

Al igual que la anterior, se trata de una prestación garantizada para las personas en situación de dependencia, las cuales perciben una cantidad económica de forma periódica para obtener los cuidados necesarios para desempeñar las ABVD en el domicilio.

Cambian los requisitos de acceso respecto de la ayuda del punto 1 en un solo aspecto, no se solicita no superar determinados niveles de renta y/o patrimonio.

Este servicio es compatible con el servicio telefónico de emergencia.

3. Servicio de promoción de la autonomía personal y prevención de dependencia para personas mayores.

Es una prestación no garantizada basada en un servicio de atención ambulatoria. Su objetivo es diseñar, promover, difundir y apoyar programas, planes o actividades que trabajen por la promoción de la autonomía personal, el envejecimiento activo y la prevención de la dependencia.

Serán beneficiarias las personas mayores de 65 o menores de 65 cuya situación los acoja como persona mayor.

En cuanto a los requisitos de acceso: es necesario acreditar la residencia efectiva y continuada en Navarra; ser pensionista (de jubilación o invalidez) de 60 años o más; o pensionista de viudedad de 55 años o más.

Está sujeta a copago.

4. Ayuda técnica para personas mayores.

Es una prestación no garantizada que consiste en una única percepción económica.

El objetivo de esta prestación es favorecer la permanencia de la persona mayor en su entorno habitual, para ello se trata de hacer que la vivienda sea más accesible o mejorar su situación socio-económica.

Está dirigida a personas mayores de 65 años que cumplan con los siguientes requisitos: acreditar residencia efectiva y continuada en Navarra durante los dos años anteriores a la solicitud de la ayuda; no haber percibido ayuda para el mismo concepto en el mismo año; contar con un informe de idoneidad de la Agencia Navarra para la Dependencia; y tener una renta inferior al Salario Mínimo Interprofesional.

Tabla 6. Cartera de servicios sociales de *Ámbito General de Navarra*.

### Cartera de servicios sociales de *Ámbito General*

<b>D E P E N D E N C I A</b>	Servicio de valoración de la situación de dependencia	<b>P E R S O N A S  M A Y O R E S</b>	<b>PRESTACIÓN GARANTIZADA</b>	Servicio de valoración de la situación familiar para el acceso a una plaza residencial
	Servicio telefónico de emergencia			Servicio de ingresos temporales en residencia para personas mayores
	Servicio de transporte adaptado y asistido			Servicio de ingresos temporales en centro psicogerátrico
	Servicio de centro de día para personas mayores de 65 años			Servicio de atención residencial para personas mayores
	Servicio de centro de rehabilitación psicosocial para personas con enfermedad mental			Servicio de atención residencial en centro psicogerátrico
	Servicio de centro de día para personas mayores		<b>PRESTACIÓN NO GARANTIZADA</b>	Servicio telefónico de emergencia
	Servicio de centro de día psicogerátrico			Servicio de transporte adaptado y asistido
	Servicio de estancia diurna para personas menores de 65 años			Servicio de centro de día para personas mayores
	Servicio de estancia diurna para personas mayores			Servicio de centro de día psicogerátrico
	Servicio de estancia diurna en centro psicogerátrico			Servicio de estancia diurna para personas mayores
	Servicio de estancia nocturna para personas menores de 65 años			Servicio de estancia diurna en centro psicogerátrico
	Servicio de estancia nocturna para personas menores de 65 años			Servicio de estancia nocturna para personas mayores
	Servicio de estancia nocturna para personas con enfermedad mental			Servicio de estancia nocturna en residencia psicogerátrica
	Servicio de estancia nocturna para personas mayores			Servicio de ingresos temporales en residencia para personas mayores
	Servicio de estancia nocturna en residencia psicogerátrica			Servicio de ingresos temporales en residencia psicogerátrica
	Servicio de ingresos temporales en residencias para personas menores de 65 años			Servicio de atención residencial para personas mayores
	Servicio de ingresos temporales para personas con enfermedad mental			Servicio de atención residencial en centro psicogerátrico
	Servicio de ingresos temporales en residencia para personas mayores			Servicio de promoción de la autonomía personal y prevención de dependencia para personas mayores
	Servicio de ingresos temporales en residencia psicogerátrica			Ayuda económica para comedores
	Servicio de atención residencial para personas menores de 65 años			Ayuda técnica para personas mayores
	Servicio de atención residencial para personas con enfermedad mental			Subvenciones a entidades de voluntariado de servicios sociales
	Servicio de atención residencial para personas mayores			Subvenciones a entidades de iniciativa social de tercera edad
	Servicio de atención residencial en centro psicogerátrico			
	Ayudas económicas para asistente personal de personas dependientes			
	Ayudas económica para la permanencia en el domicilio de las personas dependientes y apoyo a las personas cuidadoras de éstas			
	Ayudas mínimas para atención en el domicilio de las personas dependientes			

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a los servicios ofertados desde la Mancomunidad, además de los señalados en la cartera de servicios sociales de Ámbito General, resultan de interés los siguientes:

1. Servicio de atención a domicilio

Está dirigido a las personas de Bortziriak que por edad, diversidad funcional o dependencia no puedan realizar de forma autónoma las ABVD.

Su finalidad es ayudar a las personas en las ABVD, mantener su autonomía, fomentar la integración de la persona en su medio natural y ayudar a mejorar o mantener su calidad de vida.

2. Alquiler de material ortoprotésico

Se dirige a la población de Bortziriak que por edad, discapacidad o dependencia necesite de este material. El alquiler del mismo se hará de forma gratuita, con el único coste (15€) del transporte del material (para la entrega o retirada del mismo) si fuera necesario.

3. Jubiloteka

La Jubiloteka se crea para fomentar la autonomía de las personas mayores de Bortziriak y tratar de prevenir situaciones de enfermedad o dependencia. Se trata de un espacio en el que las personas mayores se reúnen una o dos veces por semana durante unas horas para ejercitar su cuerpo, su mente y sus habilidades sociales.

Este servicio tiene un coste mensual que varía según la población en la que se realiza.

4. Intervenciones comunitarias “Elkarrizan boluntario taldea”

El grupo de voluntariado de Elkarrizan interviene con distintos sectores de la población para su apoyo en: la alfabetización de adultos; actividades de ocio; refuerzo escolar; acompañamiento en el domicilio, residencia y/o hospitales; acompañamiento en actividades lúdicas; etc. Siendo su objetivo principal reforzar el bienestar de la población de Bortziriak.

5. Formación para los/as cuidadores/as

Se ofrece la oportunidad de que uno/a de los/as profesionales que trabajan en la atención a domicilio acuda durante unas horas para enseñar técnicas básicas para asear, mover o cambiar a las personas con poca o nula movilidad.

6. Préstamo de material ortoprotésico desde la Mancomunidad

Está sujeto a la disponibilidad del mismo y al material que posee.

7. Préstamo de material ortoprotésico en Arantza

El párroco del pueblo presta material ortoprotésico (sillas de ruedas, camas articuladas...) a quien lo necesite sin coste alguno.

8. Servicio de comida a domicilio

El párroco del pueblo se encarga de gestionar con uno de los restaurantes de Arantza que se lleve comida recién hecha a las personas mayores que lo necesiten.

4.1.2. Resumen de datos relevantes recogidos

En la tabla 7 se recoge un resumen de los datos que resultan de interés para el ámbito de nuestra investigación.

Los datos de la tabla 7, serán explicados y completados en los siguientes apartados.

**Tabla 7. Resumen de datos relevantes recogidos en las entrevistas.**

Pers. Nº	ocupación				Personas en el hogar	Personas mayores/niños/dependientes	Cuidado compartido con red informal (no se cuenta la ayuda puntual)	Contratación de terceros para cuidados o ayuda	La decisión de asumir el cuidado se ha discutido	Conocimiento amplio de los servicios y recursos	Agradecerían más recursos dirigidos a los/as cuidadores/as	Mención al estrés (por parte del/la cuidador/a)
	Sexo de la persona cuidadora	Edad	Cuando surge la necesidad	Con el paso del tiempo								
1	Mujer	47	Ama de casa	Ama de casa	5	3	no	si	no	no	si	si
2	Mujer	54	Profesora	Profesora	5	3	si	si	no	no	si	si
3	Mujer	61	Psico-pedagoga	Jubilada	3	1	no	si	no	si	si	si
4	Mujer	62	Administrativa	Jubilada	7	3	no	no	no	no	si	si
5	Hombre	47	Profesor	Excedencia	6	3	si	si	no	si	si	si

Pers. Nº	ocupación				Sexo de la persona mayor que cuida	Edad de la persona mayor	Relación	Red informal (hermanos/as que puedan compartir el cuidado)	Deterioro físico	Deterioro cognitivo	Nivel de demanda	Exigencia de inmediatez (respecto a la demanda)
	Sexo de la persona cuidadora	Edad	Cuando surge la necesidad	Con el paso del tiempo								
1	Mujer	47	Ama de casa	Ama de casa	hombre	82	suegro-nuera	no, hijo único	grave	grave	alto	leve
2	Mujer	54	Profesora	Profesora	hombre	84	padre-hija	si, 2 hermanas+ 1 hermano	leve	no	medio	alta
3	Mujer	61	Psico-pedagoga	Jubilada	mujer	94	madre-hija	no, hija única	leve	leve	medio	media
4	Mujer	62	Administrativa	Jubilada	mujer	88	madre-hija	si,1 hermana + 1 hermano	leve	no	medio	alta
5	Hombre	47	Profesor	Excedencia	hombre	84	padre-hijo	no, hijo único	leve	fuerte	alto	alta

Fuente: elaboración propia.

#### 4.1.3. Datos de los/as cuidadores/as entrevistados/as

Como se viene indicando, se entrevistó a cinco individuos que cuidan de personas mayores en el hogar.

En la tabla 5 expuesta con anterioridad, se observa que en el rango de edad de entre 80-84 años un 11, 63% de las personas no puede realizar las ABVD, respecto al 1,59% de personas del rango de edad de 65 a 69 años. Este porcentaje aumenta a un 26,71 % para las personas de 85 o más años. Por tanto, podríamos decir que la población muestra mayores dificultades a partir de los 80 años.

Si tomamos en cuenta que en Arantza residen 45 personas de más de 80 años, y que hemos entrevistado a cinco cuidadores/as de personas mayores que cuidan de seis personas mayores de 80 años, contamos con una muestra del 13,33% de la población de las personas de más de 80 años de Arantza.

**GÉNERO:** cuatro de las cinco personas cuidadoras son mujeres, dato que ratifica el trabajador social (encargado del programa de autonomía personal y atención a la dependencia de Bortziriak), quien afirma que la actividad de los cuidados de larga duración es un ámbito claramente feminizado en el que es necesario empoderar a las mujeres, es decir, hacerlas conscientes de que no es un papel que deben ejercer de forma “obligatoria” o en soledad, sino que debe darse un reparto equitativo de las labores de cuidado entre los hombres y las mujeres del hogar. Señala la necesidad de ayudar a las mujeres a expresar sus sentimientos y dificultades sin sentirse culpables.

**OCUPACIÓN:** cuatro de las cinco personas entrevistadas participaban de forma activa en el mercado laboral cuando surgió la necesidad de cuidar de la persona mayor:

- La persona nº 1 no trabajaba fuera del hogar cuando la persona mayor necesitó de cuidados, se encargaba de cuidar de una menor y del hogar.
- La persona nº 2 trabajaba como docente cuando empeoró el nivel de autonomía de la persona mayor, y sigue trabajando fuera del hogar, sin ningún tipo de modificación en su jornada laboral.
- Las personas nº 3 y 4 trabajaban fuera del hogar cuando las personas mayores a su cargo necesitaron de cuidados. Debido a su edad, al tiempo de comenzar con los cuidados se jubilaron.

- La persona nº 5 trabajaba como docente cuando la persona mayor necesitó de sus cuidados, por lo que decidió acogerse a su derecho de excedencia para cuidar de su familiar.

MIEMBROS EN EL HOGAR: Teniendo en cuenta que según el INE (2019), el tamaño medio del hogar en España se situaba en 2,5 personas, podemos afirmar que en cuatro de los cinco casos analizados hablamos de familias de gran tamaño.

- El hogar de la persona nº 1 se compone de 5 personas: la persona cuidadora, su marido, una mujer mayor con alto grado de autonomía (suegra), un hombre mayor que precisa de cuidados (suegro, gran dependiente), y una menor.
- La persona nº 2 reside con su marido, una mujer adulta con diversidad funcional (hermana), una mujer mayor con alto grado de autonomía (tía) y un hombre mayor que precisa de cuidados (padre).
- La persona nº 3 vive junto a su marido y su madre, quien necesita ayuda con las ABVD.
- La persona nº 4 comparte el hogar con su marido, su madre (quien precisa ayuda con las ABVD), su hija y el marido de esta, y dos menores (aunque su hija, yerno y nietos viven en el piso superior, la persona nº 4 les ayuda con los cuidados de los menores).
- La persona nº 5 convive con su padre (quien precisa de cuidados), su pareja, otra mujer adulta (cuñada) y dos menores.

#### HERMANOS/AS DE LAS PERSONAS CUIDADORAS

- La persona nº 1 es la esposa del único hijo de la persona mayor.
- La persona nº 2 cuenta con dos hermanas (una de ellas con pareja, un hombre), y un hermano (también con pareja, una mujer).
- La persona nº 3 es hija única y tiene pareja (un hombre).
- La persona nº 4 cuenta con una hermana y un hermano, ambos con pareja (un hombre y una mujer).
- La persona nº 5 es hijo único y tiene pareja (una mujer).

#### AYUDA POR PARTE DE LA RED INFORMAL PARA REALIZAR LOS CUIDADOS:

- La persona nº 1 no cuenta con ningún apoyo de la red informal para realizar los cuidados de la persona mayor, más allá de lo que pueda ayudarle la otra persona mayor del hogar con las tareas de la casa.

- La persona nº 2 cuenta con la ayuda de la persona adulta (hermana) con diversidad funcional y la ayuda de la otra persona mayor que viven en la casa (tía). Puntualmente recibe ayuda de la otra hermana.
- La persona nº 3 no cuenta con ningún familiar o amigo/a que le ayude con los cuidados de su madre.
- La persona nº 4 recibe ayuda puntualmente por parte de su hijo, su hija y hermana. El hermano se dedica al cuidado de las tierras y la casa de la madre (la persona mayor de la que cuidan).
- La persona nº 5 cuenta con la ayuda de su pareja y la hermana de esta para cuidar de su padre.

#### 4.1.4. Datos sobre la persona mayor

**GÉNERO:** en tres de los cinco casos analizados, las personas mayores que reciben los cuidados son hombres.

**RELACIÓN CON LA PERSONA CUIDADORA:** excepto en el caso de la persona nº 1 (cuya relación es de suegro-nuera), en el resto de los casos se hace referencia a relaciones paterno/materno-filiales.

**DETERIORO FÍSICO Y COGNITIVO:** en cuatro de los cinco casos se habla de deterioro físico o cognitivo moderado.

- La persona mayor nº 1 está reconocida como gran dependiente. No tiene capacidad para realizar ninguna ABVD y sus capacidades cognitivas son prácticamente nulas.
- La persona mayor nº 2 no tiene ningún problema de tipo cognitivo, pero físicamente muestra dificultades para realizar las ABVD, solicita ayuda para vestirse, desplazarse... No se ha tramitado el reconocimiento de la dependencia.
- La persona mayor nº 3 comienza a presentar un leve deterioro cognitivo y presenta pequeñas dificultades para realizar las ABVD. Se le ha reconocido una dependencia severa.
- La persona mayor nº 4 no presenta deterioro cognitivo y sus limitaciones para realizar las ABVD son mínimas. Pese a ello demanda compañía constante.

- La persona mayor nº 5 presenta un gran deterioro cognitivo a causa de un ictus, lo cual le produce desorientación e inseguridad. El deterioro físico y cognitivo que sufre le impide realizar ciertas ABVD. Tiene reconocido cierto grado de dependencia (no se ofrece información acerca del grado específico).

**CAPACIDAD PARA ENTRETENERSE:**

- La persona mayor nº 1 no cuenta con capacidades físicas ni cognitivas para poder realizar ningún tipo de actividad.
- La persona mayor nº 2 cuenta con varias aficiones (leer, ver la TV, pasear, ir a misa...) y cuenta con una vida social activa.
- La persona mayor nº 3 también tiene aficiones, pasa el tiempo viendo en la televisión la pelota vasca, le gusta leer, pasear, hablar con los vecinos... pero el día le resulta muy largo.
- La persona mayor nº 4 no tiene aficiones. Pasa el día realizando las tareas del hogar, una vez realizadas, su mayor pasión es el caserío en el que vivía y demanda constantemente acudir allí. El tiempo se le hace muy largo hasta que va al caserío. Además, necesita estar acompañada todo el tiempo.
- La persona mayor nº 5 sale a pasear y a tomar el aperitivo a los bares del pueblo, pero su deterioro cognitivo hace que constantemente necesite de alguien para preguntarle qué debe hacer, qué hora es, cuándo debe ir a casa...

**NIVEL DE DEMANDA:** todos los casos concuerdan en el alto nivel de demanda por parte de las personas mayores (siendo más fuerte en el caso de las personas mayores nº 1 y nº 5 a causa de su deterioro cognitivo). Al alto nivel de demanda se le une la exigencia de inmediatez de la misma.

#### 4.1.5. Nivel de información y opinión acerca de los recursos existentes para articular los cuidados en el hogar

En cuanto a los conocimientos sobre los servicios y recursos ofertados para articular los cuidados de las persona mayores en el hogar, los conocen mejor aquellas que han tramitado el reconocimiento de la situación de dependencia de la persona mayor de la que cuidan. Especialmente la persona cuidadora nº 3, ya que por su profesión (psico-pedagoga en un

instituto de Bortziriak) conoce muy bien al trabajador social encargado del programa de autonomía personal y atención a la dependencia de Bortziriak.

El resto de las personas cuidadoras reconoce tener como referente al citado trabajador social, ya que lo ven en las visitas que realiza en Arantza, pero desconocen los servicios y recursos que se prestan. De hecho, la persona 1 relataba lo siguiente:

*Yo desconocía las prestaciones y servicios ofertados desde los Servicios Sociales, pero sabía que existía alguna ayuda tanto económica como de personal profesional, porque mi cuñada las había solicitado. Sabía que podía acudir al Trabajador Social y ya está. Lo vemos en el pueblo realizando visitas, es un hombre muy cercano y amable. (Entrevista a persona 1, realizada el 9 de diciembre de 2020)*

Además, no acuden a los Servicios Sociales hasta que no sea absolutamente necesario y/o el/la médico de la persona mayor se lo aconseje, como muestra la persona 2:

*No sé si estoy en condiciones de solicitar ninguna ayuda...además puede que a mi padre no le guste, que dañe su autoestima. (Entrevista a persona 2, realizada el 18 de diciembre de 2020)*

Este relato muestra cómo a los recelos ante la solicitud del reconocimiento de la dependencia, se le suma el miedo a dañar la autoestima de las personas mayores, la dificultad para aceptar la realidad.

En la entrevista realizada al trabajador social, este nos ratifica que no llegan a toda la población que los necesita, que la población no conoce la labor de los trabajadores sociales, ni los recursos y servicios ofertados. Lo define como una tarea pendiente, aunque esencial, decía así:

*Hemos realizado estudios acerca del conocimiento de los/as ciudadanos/as acerca de los servicios sociales y hemos obtenido un suspenso. Es una tarea que tenemos pendiente. (Entrevista al trabajador social, realizada el 16 de diciembre de 2020)*

El trabajador social argumenta que los servicios y recursos existentes “son los que son”, que aunque resultan insuficientes, son un primer paso para mejorar. Además, estos servicios son insuficientes para articular los cuidados de las personas mayores en el hogar si no existe una red informal que apoye estos recursos y servicios o un colchón económico que posibilite apoyarlos con la contratación de personal interno.

Las personas cuidadoras coinciden en que agradecerían recibir formación para atender de la mejor manera posible a sus mayores, atención psicológica para ellos/as como cuidadores/as o grupos de charla entre iguales. La persona 1 contaba:

*Cuando comenzó a venir una cuidadora profesional a casa para asear a mi suegro, además de aliviar mi carga de trabajo, me enseñó muchas técnicas que me facilitaron mi labor.* (Entrevista a persona 1, realizada el 9 de diciembre de 2020)

En cuanto a los recursos disponibles para las personas mayores, agradecerían un lugar de encuentro para éstos, ya que los que existen están en otras poblaciones, y como indica el trabajador social, no disponen de un medio de transporte adecuado y eficaz debido a la ubicación del pueblo (no existe autobús de línea o servicio de transporte público).

#### 4.1.6. Opiniones del/la cuidador/ sobre los cuidados en el hogar

Las cinco personas entrevistadas coinciden en señalar que creen que cuidar a sus personas mayores en el calor del hogar es beneficioso para la salud física, psicológica y social de la persona mayor.

COMO ASPECTO POSITIVO, destacan la importancia de estar rodeados de la familia, aunque el domicilio haya cambiado, es decir, en algunos casos, la persona mayor que vivía junto a su cónyuge, tras enfermar este/a o fallecer se traslada a vivir con su hijo/a. El abandono de su domicilio genera cierto malestar. La persona 4 relataba:

*Lo ideal habría sido que estuviera en su casa y nosotros los hijos pudiéramos acudir a cuidar de ella de forma aleatoria, pero nuestras circunstancias personales no nos lo permiten. Por ello creo que pese a ese abandono de su casa, hemos hecho lo mejor para ella dentro de las posibilidades que había, además puede disfrutar de sus nietos/as y biznietos.* (Entrevista a persona 4, realizada el 10 de diciembre de 2020)

COMO PUNTO NEGATIVO, coinciden en la sensación de ahogo, de estar amarrados a la situación, el estrés y los roces que surgen a causa de la relación afectiva existente. Tal y como las personas 5, 2 y 4 nos contaban:

*A causa del ictus mi padre necesita constantemente preguntar qué debe hacer, a veces sólo necesita que le digas, siéntate y ve la televisión un rato, pero la demanda es incesante.* (Entrevista a persona 5, realizada el 17 de diciembre de 2020)

*No tiene paciencia, cuando demanda algo lo necesita "ya".* (Entrevista a persona 2, realizada el 18 de diciembre de 2020)

*A partir de una cierta hora, se pone a esperar a que alguien le lleve al caserío. Pero nosotros tenemos otras tareas, mis hermanos e hijos tienen otros quehaceres y ese tiempo de espera se le hace largo a ella. Y esa situación me estresa.* (Entrevista a persona 4, realizada el 10 de diciembre de 2020)

EN CUANTO AL SENTIMIENTO DE SATISFACCIÓN PERSONAL por llevar a cabo los cuidados de sus personas mayores, este no es percibido en el momento. Creen que se sentirán orgullosos

de sus acciones algún día, pero el estrés del momento no les deja verlo ahora. La persona 3 indicaba:

*¿Cómo voy a sentir satisfacción? Ahora lo que pienso es, ¡déjame respirar!, ante la constante demanda soy incapaz de sentir satisfacción, aunque sé que la sentiré algún día y soy feliz de poder compartir estos años con mi madre. (Entrevista a persona 3, realizada el día 11 de diciembre de 2020)*

Cabe destacar que aquellas personas que cuentan con tiempo de respiro (por contar con apoyo de familiares o seguir trabajando) afirman sentir algo de satisfacción o más alivio. El trabajador social afirma que el grado de estrés que sufren los/as cuidadores/as es muy grande siempre que no se realice un reparto de las tareas del cuidado.

Todos/as los/as entrevistados/as DEFINEN LA CALIDAD DE VIDA de la persona mayor como buena, aunque sufren un deterioro a causa de la edad creen que son felices y que el cuidado que les ofrecen es la mejor opción, así nos lo hacía saber la persona 3:

*Vivir en el pueblo nos ofrece una serie de ventajas, salimos a pasear y nos encontramos con gente conocida, disfrutamos de un espacio tranquilo, vemos los animales y así pasamos el rato. Su calidad de vida es buena (...) mientras esté rodeada de familia estará bien, mientras sienta el calor del hogar. (Entrevista a persona 3, realizada el 11 de diciembre de 2020)*

Pero al hablar de su propia calidad de vida, todos/as hacen referencia al estrés y a la necesidad de dejar de lado ciertos aspectos de su vida para atender a la de sus personas mayores. Renuncian al ocio personal, a poder tomar un café tranquilamente o a viajar. Son presos del reloj, tienen la sensación de ir corriendo de un lado para otro. La persona 1 (la cual no cuenta con ayuda por parte de la red informal) y la persona 5 nos relataban lo siguiente:

*Hay ocasiones en las que estoy con mi hija en el parque y recibo una llamada para ir a atender a mi suegro porque hay que cambiarlo o necesita algo, tengo que dejar a mi hija con alguien en el parque y salir corriendo. (Entrevista a la persona 1, realizada el 9 de diciembre de 2020)*

*Muchas veces dejo a mi padre en la plaza sentado, viendo a los niños/as jugar y voy a la huerta, que está al lado. Le digo: papá, vuelvo enseguida. Cuando vuelvo tengo a una o dos personas que me dicen que mi padre está preguntando por mí. Esa situación me estresa. O voy a acostar a mi hija, y se lo hago saber, pero a los cinco minutos está gritando mi nombre, y lo único que quiere es preguntarme ¿qué hago ahora?. (Entrevista a persona 5, realizada el 17 de diciembre de 2020)*

Además, aceptan sufrir un desgaste físico, y sobre todo emocional, ante el deterioro de la persona mayor que quieren. Físico porque los cuidados requeridos son cada vez más intensos, y emocional porque ven apagarse a alguien muy importante en sus vidas y surgen muchos roces a causa del papel que han de ejercer como cuidadores/as. La persona 3 nos contaba:

*Mi madre, en su juventud y niñez no pudo disfrutar de los dulces, y ahora tiene obsesión por ellos, cuando abres su armario ves que está repleto de magdalenas, nocilla, cola-cao...y los come en tal medida que le perjudican, necesita ir al médico, medicarse...esa pequeña cuestión hace que discutamos mucho. Y cosas insignificantes como esas, mil. (Entrevista 3, realizada el 11 de diciembre de 2020)*

#### 4.1.7. Información sobre la toma de decisiones acerca del cuidado de la persona mayor

Todos/as los/as entrevistados coinciden en que no se realiza ningún tipo de reunión familiar ni conversación para tomar la decisión de cuidar de las personas mayores en el hogar. Se trata de una decisión que se toma de forma natural cuando llega el momento, sin necesidad de solicitar la aprobación de nadie. La persona 4 relataba:

*Llegó el momento en el que mi madre necesitó ayuda y yo me hice cargo, no lo hablamos, mis hermanos están en distintos momentos de sus vidas y yo asumí que me correspondía, llegó el momento y se hizo sin más. (Entrevista a persona 4, realizada el 10 de diciembre de 2020)*

En todos los casos se menciona que los padres/madres realizan una gran labor por los hijos/as a lo largo de sus vidas y les ha de ser devuelta.

Se observa que las personas mayores también lo viven con naturalidad, como “ley de vida”, no expresan directamente su agradecimiento, aunque sus seres queridos perciben que están contentos/as por la labor que realizan cuidándolos/as. Este agradecimiento se expresa de forma más directa cuando los cuidados son recibidos por parte de un/a yerno/nuera.

Mientras que el resto de los participantes no indican que sus personas mayores expresen directamente mediante palabras su agradecimiento, la persona 1, quien cuidaba de su suegro, si indica que su suegra (la esposa de la persona que necesita cuidados) le expresa su agradecimiento :

*En muchas ocasiones mi suegra me dice: gracias a Dios que te tenemos aquí. (Entrevista a persona 1, realizada el 9 de diciembre de 2020)*

**DECISIÓN SOBRE LA CONTRATACIÓN DE UNA TERCERA PERSONA PARA EL CUIDADO:** Se observa que las mujeres, ya sean cuidadoras o personas mayores, son más recelosas de su intimidad, por lo cual son más reacias a contratar a alguien que no sea de la familia para que ayude con los cuidados de la persona mayor. Sin embargo los hombres, indiferentemente de si son cuidadores o personas mayores que requieren del cuidado, no muestran ninguna objeción.

La persona 2 reside junto con una tía de avanzada edad y con su padre (quien precisa de ayuda para realizar ciertas ABVD), relataba lo siguiente:

*Acabamos de contratar a una mujer para que salga a pasear con mi padre, pero la tía sigue siendo muy reticente a que entren personas extrañas en casa. A mí también me preocupa la intromisión de alguien ajeno en nuestra intimidad, en muchas ocasiones he escuchado comentarios de personas cuidadoras acerca de la intimidad de aquellos a quienes cuidan, comentarios fuera de lugar. Eso no me gusta, aquí nos conocemos todos y se debe respetar la intimidad de cada uno.* (Entrevista a persona 2, realizada el 18 de diciembre de 2020)

La persona 1 cuida de su suegro, reconocido como gran dependiente y comparte la vivienda también con la esposa de éste. Decía lo siguiente:

*Mi suegra no quería ni oír hablar de contratar a una mujer que nos ayudara con los cuidados de mi suegro. Sólo cambió de opinión cuando nuestro médico le dijo que sería conveniente.* (Entrevista a persona 1, realizada el 9 de diciembre de 2020)

OPINIÓN SOBRE LAS RESIDENCIAS: ninguna de las personas entrevistadas se plantea, ni remotamente, institucionalizar a sus personas mayores. En cuatro de los cinco casos, afirman no tener mucho conocimiento sobre las residencias, ni haberse interesado nunca sobre ellas, pero pese a ese desconocimiento, les inspiran frialdad. La persona 4 nos lo indicaba así:

*Yo no quiero ver a mi madre en un centro. No los conozco, pero en casa está mejor. Aunque no juzgo y nunca criticaría a quienes toman esa decisión. Cada familia tiene unas determinadas circunstancias.* (Entrevista a persona 4, el 10 de diciembre de 2020)

Un único caso dice conocer el funcionamiento de las residencias por boca de amigos/as y compañeros/as de trabajo, y aunque no se plantea institucionalizar a su persona mayor, si observa que en las residencias las personas mayores cuentan con actividades adaptadas a su situación y necesidad, profesionales para atenderlas y mantienen su tiempo ocupado, evitando el problema del aburrimiento y la consiguiente demanda.

## 4.2. Discusión crítica de los resultados

Tras realizar las entrevistas a cinco familias de Arantza, podemos afirmar que se trata de un entorno con una fuerte tradición familista. Se observa claramente, que aunque la familia en España ha sufrido fuertes transformaciones y de forma relativamente rápida, no se ha alterado el familismo de la sociedad española. Lo cual es muy importante para las personas mayores, ya que, como recogíamos de Osorio (2006), estas tienen la firme creencia de que los más jóvenes han de cuidar de sus mayores como muestra de gratitud por todo lo que les han

aportado, y cuando a causa de las transformaciones relacionales y estructurales de las familias este cuidado no se da, las personas mayores pueden sentirse excluidas.

La familia se hace cargo de un papel absolutamente necesario ante las limitaciones y carencias del Estado de Bienestar de España. La imposibilidad de articular los cuidados en el hogar de las personas mayores a través de las prestaciones y recursos ofrecidos por la LAPAD, requiere que los lazos de solidaridad familiar cubran las lagunas que las administraciones públicas no cubren. Ante las faltas del Estado de Bienestar, resultan esenciales los rasgos del carácter cultural de las familias, en este caso de Arantza, su idiosincrasia, los valores con los que han crecido, el respeto hacia los mayores o el cuidado mutuo entre la gente del pueblo. Estos propician la fidelidad hacia la familia, concibiéndola como una relación de reciprocidad, en la cual los/as hijos/as deben cuidar de sus padres/madres como ellos/as lo hicieron. Tratan de proteger a los miembros de la familia que se encuentran en una situación de vulnerabilidad, buscando la mejor opción, en este caso, el cuidado en el hogar.

Otros de los aspectos relevantes que observamos en la investigación, es la innegable feminización de los cuidados de las personas mayores, tal y como recogíamos de Escudero (2007), se da una clara diferencia de género en el ejercicio de la solidaridad familiar. Delicado (2003) arroja datos claros sobre las características sociodemográficas de los/as cuidadores/as informales en su investigación: se trata principalmente de mujeres (82,2%), con una edad media de 56,9 años. Datos que se corresponden con nuestros resultados, en los cuales también prevalecen las mujeres como cuidadoras principales, siendo la edad media de 54,2 años.

El estudio de Delicado aporta datos sobre el estado civil de las personas cuidadoras, un 64,1% están casadas, 22,5% son solteros/as, 8,6% son viudos/as y un 4,8% separados/as o divorciados/as. En nuestro caso, todas las personas encuestadas viven en pareja, no nos parece relevante conocer el estado civil, sino conocer el género de la pareja para analizar si se da más apoyo por parte de las parejas que son mujeres o de aquellas que son hombres. Observamos que cuando existen miembros de ambos géneros en la red familiar, son las mujeres quienes se hacen cargo de los cuidados, mientras que a los hombres se les asignan otro tipo de tareas (mantenimiento, cuidado de animales...). Cuando los únicos miembros de la familia que pueden cuidar de las personas mayores son hombres, en caso de que se encarguen de los cuidados, lo hacen con el apoyo de su pareja (femenina), su esposa, su

cuñada, o directamente lo delegan en ellas. Es más, según los datos ofrecidos por el trabajador social, todas las personas que trabajan en asistencia domiciliaria, aquellas que trabajan como internas en el hogar de la persona mayor o por horas, son mujeres. Lo grave de esto no es que todas sean mujeres, sino que aquellos que buscan ayuda, piensen en solicitarla o se refieran a ella, siempre hablen en términos femeninos.

¿Acaso los hombres no tienen capacidades para el cuidado? ¿es algo genético? Por supuesto, está claro que no existe ningún gen que dote a las mujeres de cualidades especiales para el cuidado. Sin embargo, tenemos una gran labor por delante para cambiar los estereotipos mentales de las personas. Como nos indicaba el trabajador social, es necesaria una labor de empoderamiento de las mujeres cuidadoras, las cuales en ocasiones pueden, incluso, victimizarse. Toda persona, sea hombre o mujer, tiene derecho a hacerse escuchar y a decidir.

Siguiendo con el análisis de género, extraemos de nuestra investigación que las mujeres son más recelosas de su intimidad, tanto cuando se trata de las personas cuidadoras, como de la propia persona mayor. Debemos tener en cuenta que, además de las personas mayores con necesidades de cuidado, en los hogares conviven otras mujeres (cuñadas, suegras, hermanas...), y si tomamos en cuenta las opiniones de éstas, se deduce con claridad que las mujeres se oponen más ante la posible entrada de una persona extraña al hogar familiar.

Esta reticencia a delegar parte del cuidado en terceras personas, deriva del rol de cuidadora que las mujeres han realizado a lo largo de la historia, y el cual se les sigue atribuyendo. De modo que delegar “sus responsabilidades” en otra persona les genera malestar, ya que, como veníamos indicando, la tradición familista atribuye el papel de cuidadora principal a las mujeres (Ruiz y Moya, 2021). La investigación nos muestra que las mujeres no hacen uso de las prestaciones y recursos existentes hasta que no llegan al límite de sus posibilidades. Si se lograra cambiar esta visión de la mujer de la casa como responsable de los cuidados, podríamos conseguir que aquellas mujeres que se ocupan de los cuidados de larga duración, lo hicieran de forma más beneficiosa para ellas: tomándose tiempo de “respiro” o repartiendo las tareas con el resto de los miembros de la familia (sean hombres o mujeres). No podemos achacar esta percepción al hecho de que las cuidadoras se dediquen mayoritariamente a ser “sólo” amas de casa, ya que en nuestro caso: dos de las personas son jubiladas, aunque estaban insertadas en el mercado laboral cuando surge la necesidad de llevar a cabo los cuidados; una es ama de casa; otra ha solicitado una excedencia; y la última trabaja a tiempo

completo. Además, en cuanto al nivel educativo de estas, Delicado (2003), concluye que los/las cuidadores/as informales cuentan con un nivel educativo bajo, lo cual difiere de nuestra investigación, solamente una de las cinco personas entrevistadas no cuenta con estudios superiores o universitarios.

Atendiendo a los recursos dirigidos a articular los cuidados de las personas mayores en el hogar, podemos afirmar que aunque suponen un paso importante, resultan escasos. Tal y como nos indicaba el trabajador social, no es posible articular estos cuidados si no existe una red informal que los apoye, o si la persona mayor no cuenta con un buen colchón económico que le permita contratar a personal para su cuidado.

Si nos centramos en los recursos y prestaciones dirigidos a las personas cuidadoras, son prácticamente nulos. Aunque se establezcan distintas políticas sociales que aboguen por el tiempo de respiro, la formación o el apoyo psicológico de las personas cuidadoras, la implementación de estas políticas recae en las Comunidades Autónomas, y en Navarra, concretamente en Bortziriak, el apoyo a los/as cuidadores/as es escaso o inexistente. Esto refuerza la afirmación de Escudero (2007), de quien recogíamos que aunque las familias sean la base para articular los cuidados de las personas mayores, son ignoradas por el sistema.

La toma de decisiones sobre cómo articular los cuidados de la persona mayor se lleva a cabo sin ningún tipo de conversación, cuando hay mujeres en la familia, estas asumen el cuidado de forma automática. En ningún momento se plantea la posibilidad de institucionalizar a la persona mayor, ya que la opinión acerca de las residencias no es buena o tentadora, aunque no las conozcan. Prevalece cuidar a las personas mayores en el calor del hogar, de la familia, alterando lo mínimo posible su estilo de vida, aunque conlleve sacrificio, los Arantzarras (gentilicio de personas que viven en Arantza) creen que es algo que les “deben” a sus mayores por todo lo que han recibido de ellos, y su finalidad es escoger la mejor opción para esas personas mayores.

Una cuestión importante es la situación económica de las familias, ya que si las personas mayores no cuentan con una buena pensión es imposible poder subsistir con la ayuda económica prestada por la LAPAD para el/la cuidador/a, por ejemplo si solicita una excedencia. Del mismo modo, acoger a las personas mayores en el hogar supone tener una casa adaptada y con el espacio suficiente (Escudero, 2007), lo cual también requiere de una situación económica holgada.

Las personas mayores, cuando son cuidados/as por sus hijos/as, asumen este cuidado como algo natural, y aunque las personas encargadas de su cuidado perciban que son felices por mantener su entorno habitual, no se da un agradecimiento expreso. Este agradecimiento por parte de las personas mayores es más explícito cuando el cuidado es realizado por nueras/yernos. Cabe destacar que coincidiendo con el estudio de Delicado(2003), predominan las hijas como cuidadoras principales, aunque indica que el 69,4% de los/as cuidadores/as convive con la persona , en cambio en nuestro estudio el 100% de las personas entrevistadas convive con la persona mayor.

Los/as cuidadores/as principales definen la calidad de vida de las personas mayores en el hogar como buena, pese a los achaques propios de la edad. Ya recogíamos en la p. 24 de esta investigación los aspectos más relevantes, según la OMS (recogido por García, 1999), para poder hablar de calidad de vida, tales como un entorno físico de calidad, un ecosistema ambiental sostenible, una comunidad sólida, participación democrática en todos los niveles, satisfacción de las necesidades básicas, acceso al entorno físico y sociocultural, mantener el vinculo con el pasado cultural de la comunidad y de otras sociedades y un nivel óptimo de salud pública, y efectivamente, cuentan con todos ellos.

Aunque si analizamos la definición, también de la OMS (recogida por Real, 2008):

la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y en el sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. (p. 2)

Se hace referencia a que todos esos aspectos han de estar acompañados de salud física y cognitiva, lo cual no en todos los casos se da. Por tanto, podemos afirmar que la concepción de calidad de vida es una cuestión subjetiva a la vez que objetiva. Al hacer posible que las personas mayores cuenten con su entorno habitual, con los elementos que lo componen desde lo micro a lo macro, estamos facilitando que alcancen un envejecimiento saludable y feliz, ya que son esenciales para éste: la capacidad intrínseca, la capacidad funcional y el entorno.

Al preguntar acerca de su calidad de vida a las personas cuidadoras, las respuestas no son claras, aunque no mencionen que su calidad de vida sea mala, si hacen referencia al estrés que sufren, el agobio, a la “atadura” que supone, al desgaste físico y emocional, y a dejar

parte de su vida de lado (su tiempo de ocio, viajes, tardes con amigos, etc.) para dedicársela a sus mayores. Podemos afirmar que son determinantes a la hora de generar estrés: el alto nivel de demanda de las personas mayores y su exigencia de inmediatez; la falta de apoyo por parte del resto de la red informal (si la hay), o la falta de red informal; y la falta de tiempo de “respiro” para la persona cuidadora.

Otro aspecto que genera malestar en las personas cuidadoras, son los continuos roces que surgen con sus personas mayores a causa de pequeñas cosas, pero sólo se da en las relaciones paterno/materno filiales, no en las relaciones entre suegro/a-nuera/yerno. Estos roces pueden deberse al cambio de roles que se experimenta cuando el hijo/a pasa a ser responsable de su padre/madre. Cuando surge la necesidad de que el/la progenitor/a sea cuidado/a, es necesaria una adaptación de la familia y una redistribución de los roles. En el momento en el que la persona mayor requiere de cuidados, el rol entre esta y su cuidador/a, cuando se trata de su hijo/a, cambia en cierto modo. Los hijos/as ya no dependen de las decisiones y directrices marcadas por sus progenitores, sino que son los hijos/as quienes marcan pautas a seguir a sus padres/madres: les dicen que les conviene caminar, qué han de comer y qué no, si se han de abrigar, acostar.... Aquello que los padres/madres hacían con sus hijos/as cuando eran pequeños/as, ahora lo hacen los/as hijos/as con sus progenitores, son quienes toman el control y deciden, hecho que no siempre es aceptado, o al menos no en su totalidad, generando malestar y roces en la vida cotidiana.

Por otro lado, además de tener en cuenta si se acepta o no este cambio de roles por parte de la persona mayor, debemos de ser conscientes de que la persona mayor puede sentirse frustrada por no poder realizar su cuidado por sí solo/a. Pueden existir dificultades para aceptar la realidad o deterioro por parte de la persona mayor, lo cual puede dañar su autoestima, tal y como señalaba una de las personas entrevistadas.

Estos roces, junto con la sobrecarga de la persona cuidadora, la falta de tiempo de “respiro”, el escaso apoyo familiar e institucional, la demanda constante, la incapacidad de resolverla en ocasiones, etc. generan una situación de agobio, agotamiento y estrés en las personas cuidadoras. Un estrés que va en aumento a medida que empeora el estado de la persona mayor (García-Calvente et al., 2004), y agravándose en los casos en los que se percibe a la persona mayor como altamente demandante y se producen los cuidados de manera

continuada (sin apenas tiempo de “respiro”) y durante un tiempo prolongado (Flores et al., 2014).

Por ello es esencial el empoderamiento de los/as cuidadores/as informales. No hablamos únicamente del empoderamiento a las mujeres al que hacía mención el trabajador social, sino de proporcionar a los/as cuidadores/as el conocimiento y los medios necesarios para que puedan tomar el control de sus vidas, de su salud, realizando su labor de forma más efectiva, reduciendo así el agotamiento y la tensión que sufren.

Los cuidadores informales son un pilar básico para poder articular los cuidados de las personas mayores en el hogar, por ello debemos de cuidarlos. Como recogíamos de Barra (2003), existe una relación directa entre las emociones y la salud, siendo las personas que no disponen de apoyo social más proclives a padecer trastornos emocionales y físicos ante situaciones dificultosas. Por ello, nos urge enfrentar esta problemática, o no habrá modo de articular los cuidados en el hogar.

Cabe destacar que en Arantza no se observa ningún tipo de exclusión generacional hacia las personas mayores. La edad no se vuelve causa de discriminación en Arantza, al contrario de lo que recogíamos de Osorio (2006). Se trata de un pueblo pequeño en el que todos se conocen, niños, jóvenes, adultos y mayores comparten espacios y ocio, es habitual ver en la plaza del pueblo a las personas mayores sentadas en el banco, mientras los/as más pequeños/as se acercan a hablar o jugar con ellos/as, o personas de edades muy dispares compartiendo un trago y conversación en los bares. Hecho que favorece enormemente la salud social de las personas mayores, ya que las relaciones son percibidas por las personas mayores como esenciales para el bienestar y la cohesión comunitaria, y la interacción entre sus individuos es fundamental para hablar de calidad de vida (García, 1999).

## 5. Conclusiones

Los cambios surgidos en las últimas décadas en la sociedad moderna, tales como el creciente individualismo, los cambios en las estructuras y roles familiares, y el envejecimiento de la sociedad, hacen que sea necesario reflexionar sobre cómo se articulan los cuidados de las personas mayores en el hogar, ya que esta es la opción más beneficiosa para las personas mayores tanto a nivel psíquico, físico como social.

El primer objetivo específico, conocer los elementos que intervienen en el proceso de envejecimiento y cómo influyen en ellos el entorno, se ha abordado en el marco teórico y se han generado datos empíricos en la investigación. Nuestra investigación deja constancia de la importancia que las personas mayores y sus cuidadores/as otorgan al entorno. Las personas mayores desean envejecer en sus hogares, y sus cuidadores/as informales comparten ese deseo y hacen lo posible porque así sea, ya que tienen la plena convicción de que es lo mejor para la persona mayor. El entorno rural favorece las relaciones sociales e intergeneracionales, al tratarse de una población pequeña, personas mayores, adultos/as y niños/as comparten los espacios de ocio, favoreciendo el sentimiento de pertenencia y aprecio, lo cual contribuye a que la persona mayor esté más activa. Este apoyo social que sienten las personas mayores en Arantza, favorece a su optimismo, y por ende, a su salud. En el marco teórico, hacíamos referencia a la autonomía y a cómo esta no depende únicamente de las capacidades físicas o psíquicas del individuo, sino que también de las condiciones del contexto y las relaciones que en esta se establecen. Las entrevistas dejan constancia de que las personas mayores a las que se ha hecho referencia en las mismas, cuentan con una amplia gama de opciones por el hecho de vivir en su entorno habitual, pudiendo llevar a cabo sus preferencias y dirigir su vida, lo cual favorece al bienestar, la felicidad y la autonomía, promoviendo un Envejecimiento Saludable.

Para dar respuesta al objetivo específico nº 2, nos apoyamos en las entrevistas y la información que recogíamos sobre las redes informales y sus funciones en el cuidado. Observamos que los motivos por los cuales las familias deciden hacerse cargo de los cuidados de sus personas mayores son dos: opinan que es la mejor opción para la persona mayor y creen que es su deber como hijos/as. Estas convicciones se basan en la fuerte tradición familista de nuestra sociedad, las familias sienten y manifiestan que han de responder a las necesidades de sus mayores como recompensa por todo lo que estas hicieron por la familia.

Con el objetivo específico nº 3 buscábamos conocer las facilidades y dificultades que las familias se encuentran al articular los cuidados de las personas mayores en el hogar. En el marco teórico hacíamos referencia a que ante las dificultades, como puede ser la necesidad de cuidar de una persona mayor con dependencia emocional, cognitiva o física, las familias se repliegan sobre sí mismas y tratan de darles respuesta. Pero esta respuesta no recibe el apoyo suficiente por parte del Estado. Recogíamos las distintas políticas centradas en el apoyo a los/as cuidadores/as informales lanzan distintas ayudas como la económica, la de descanso o descarga o la psicológica. Pero observamos a través de las entrevistas, que a pesar de ser un primer paso importante, están muy lejos de lograr que toda aquella familia que se lo proponga pueda articular los cuidados de las personas mayores en el hogar. La implementación de estas políticas recae en cada comunidad autónoma, de manera atendiendo a la situación de Arantza, las ayudas económicas son insuficientes para poder dejar de trabajar y dedicarse al cuidado de la persona mayor o contratar a una tercera persona. Las políticas de descanso o descarga son escasas en la zona de Arantza, a lo que debemos sumarle la falta de transporte para poder acceder a centros lúdicos o centros de día. Y en cuanto a la ayuda psicológica es inexistente.

El objetivo específico nº 4 consistía en analizar en qué medida las personas cuidadoras conocen los servicios y prestaciones ofertadas en la Comunidad Foral de Navarra. Para ello, al analizar el contexto de nuestra investigación, recogíamos en la tabla 6, la cartera de servicios sociales de Ámbito General. En las entrevistas queda claro que las personas cuidadoras no conocen los servicios o prestaciones ofertados. Tienen clara la figura de referencia a la que acudir, pero no lo que esta puede ofrecer. A ello se suma el hecho de que no acuden a los servicios sociales hasta que no llegan al límite de sus posibilidades o no se lo recomienda una figura relevante para ellos, como es la médico de cabecera del pueblo.

En el último objetivo específico de la presente investigación, buscábamos conocer los efectos que genera el cuidado de la persona mayor en las personas cuidadoras. El principal efecto al que hacen referencia en las entrevistas es el desgaste psicológico y el estrés que sufren, que tal y como recogíamos en el marco teórico, tiene relación directa con el nivel de demanda de la persona mayor y las estrategias que se poseen para responder a las mismas. A ello se suma que el deterioro paulatino de la persona mayor tiene un efecto directo en las salud física y emocional de la persona cuidadora.

Una vez alcanzados los objetivos específicos, podemos afirmar que hemos logrado dar respuesta al objetivo general, que era analizar cómo se articula los cuidados en el hogar de las personas mayores en Arantza (Navarra). Queda constancia, de que los cuidados de las personas mayores en el hogar son posibles gracias al trabajo y sacrificio de las familias y a su convicción de que hacen lo mejor para las personas mayores. Ya que aunque las ayudas percibidas por parte del Estado son de agradecer, resultan insuficientes. La Ley 39/2006 está cargada de buenas intenciones, pero las buenas intenciones no sirven de nada si el sistema no las dota de recursos materiales y humanos.

## 6. Limitaciones y prospectiva

### 6.1. Limitaciones

En cuanto a las limitaciones, la primera de ellas es la pequeña muestra con la que hemos contado y la falta de aleatoriedad de la misma. La representatividad de una muestra parte del principio de aleatoriedad, es decir, de los muestreos aleatorios y probabilísticos. En nuestro caso, hemos utilizado un tipo de muestreo no probabilístico.

Otra de las limitaciones a considerar, es el efecto que puede generar en las respuestas el hecho de que los entrevistados/as conozcan de forma personal a la investigadora. Las respuestas pueden estar sesgadas por el deseo de agradar o no generar malas impresiones, de forma voluntaria o involuntaria. Del mismo modo, pueden maquillarse ciertos aspectos íntimos.

Y finalmente, la falta de tiempo para poder realizar el trabajo fin de grado dentro de los tiempos marcados.

### 6.2. Prospectiva

En la investigación nos percatamos de una serie de cuestiones en las cuales no habíamos reflexionado a la hora de diseñar la investigación y que resultan relevantes para articular los cuidados de las personas mayores en el hogar.

La primera de esas cuestiones es el problema del “aburrimiento” de las personas mayores, la dificultad para pasar las horas. Existen recursos como la “Jubiloteca” (centro lúdico para personas mayores) o los centros de día que resultarían útiles para emplear las horas muertas de las personas mayores. Pero, hacer uso de los pocos recursos ofrecidos para las personas mayores se complica en Arantza, ya que pese a que en las poblaciones cercanas se cuente con centros de día o centros lúdicos para las personas mayores, la ubicación de la población y la falta de transporte público o adaptado, hace que sea prácticamente imposible acudir a los mismos.

La segunda cuestión es la inexistencia de grupos de terapia o apoyo, a menos que sean privados, y aunque sí se ofrece formación para ayudar a los/as cuidadores/as a atender a las

personas mayores desde la Mancomunidad de Servicios Sociales, la población no lo sabe, en gran medida porque las personas cuidadoras no acuden a los Servicios Sociales hasta que no sea puramente necesario. Lo cual nos introduce en la tercera cuestión ¿por qué no acuden a los servicios sociales antes de llegar a su límite?. Aunque sienten la figura del trabajador social como cercana, no tienen claro cuál es la labor de los Servicios Sociales. Podría incluso decirse que son percibidos como aquellos que prestan ayuda a los grupos marginales o excluidos, cuando realmente su labor es la de atender cualquier situación de necesidad y tratar de ofrecer bienestar. Hay una gran labor pendiente para que la población conozca la esencia de los Servicios Sociales. Este escenario nos abre la puerta a diseñar proyectos de intervención adaptados a la realidad, atendiendo a estas necesidades de las personas mayores y cuidadores/as informales que actualmente no son cubiertas, como pueden ser los grupos de apoyo mutuo.

Finalmente, y como se ha planteado, nos encontramos ante un estudio de tipo exploratorio, el cual abre vías para seguir indagando. Conocer la realidad que viven los/las cuidadoras informales de las personas mayores, nos genera la siguiente duda: teniendo en cuenta que supone un desgaste físico y emocional, además de tener que dejar de lado parte de la vida propia para atender a la de la persona mayor que lo necesita, cuando estas personas cuidadoras envejecen y necesitan de cuidados ¿desearán que sus hijos/as se hagan cargo de su cuidado en el hogar? o por el contrario, como consecuencia de su experiencia ¿preferirán ser institucionalizadas?, ¿tal vez al envejecer nos volvemos egoístas y nos olvidamos de la experiencia vivida y sólo deseamos mantener nuestro entorno?

Para analizar las preguntas planteadas, deberemos tomar en cuenta también el retraso sufrido en la edad de ser madre.

Si tomamos en cuenta que :

- La edad para ser madre por primera vez en 1975 era de 25,24 años, y en 2019 se sitúa en 31,09 años (Fernández, 2020).
- La edad de incorporación laboral general en España es entre los 24-25 años (Calderón, 2020).

Cuando aquellas personas que han sido madres en 2019 lleguen a los 65 años, sus hijos/as tendrán 34 años, y atendiendo a lo que relataba el periódico El País (2015), los jóvenes tardan

una media de seis años en obtener un puesto de trabajo fijo. Por tanto, cuando las próximas generaciones envejezcan, sus hijo/as puede que estén en situaciones poco estables para poder atender a sus mayores.

Por otro lado, las zonas rurales como Arantza sufren una progresiva despoblación, en el propio pueblo las posibilidades de trabajar son pocas y desplazarse a otros municipios resulta costoso, tanto en términos de tiempo, como de dinero. Además, las posibilidades de optar a obtener una vivienda son mínimas, y las actuales leyes urbanísticas de Navarra son creadas para las grandes urbes, imposibilitando la construcción de nuevas viviendas en los pueblos. Todo ello dificulta que las generaciones más jóvenes permanezcan en el pueblo.

¿Se podrán articular en el futuro los cuidados en el hogar? Está claro que con las prestaciones y servicios actuales, no. Para que una persona pueda dedicar una serie de años (indefinidos) a cuidar de sus personas mayores, es necesario dotar al sistema de recursos materiales y humanos que permitan atender a las personas mayores y proteger a sus cuidadores/as informales.

Por lo tanto, preguntas y temáticas que permiten abrir nuevas vías de investigación para seguir indagando sobre el bienestar de las personas mayores y todo lo que las rodea, especialmente las personas cuidadoras.

## 7. Referencias bibliográficas y bibliografía

### 7.1. Referencias bibliográficas

- Álvarez, S. (2015). La autonomía personal y la autonomía relacional. *Análisis Filosófico*, XXXV(1), 13-26. <https://www.redalyc.org/pdf/3400/340042261002.pdf>
- Barra, E. (2003). Influencia del Estado Emocional en la Salud Física. *Terapia Psicológica*, 21(1), 55-60.  
[https://www.researchgate.net/profile/Enrique\\_Barra\\_Almagia/publication/235760005\\_Influence\\_of\\_emotional\\_state\\_on\\_physical\\_health\\_Influencia\\_del\\_estado\\_emocional\\_en\\_la\\_salud\\_fisica/links/09e4151339d8956e18000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Enrique_Barra_Almagia/publication/235760005_Influence_of_emotional_state_on_physical_health_Influencia_del_estado_emocional_en_la_salud_fisica/links/09e4151339d8956e18000000.pdf)
- Barrero, C. (2016). *Lecciones de derecho administrativo: parte general*. Tecnos.
- Bazo, M. T. (1998). El cuidado familiar en las personas ancianas con enfermedades crónicas: el caso de los pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 33, 49-56.  
[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjfXx57ntAhVUeMAKHVA\\_DYEQFjABegQIAhAC&url=http%3A%2F%2Freis.cis.es%2FREIS%2FPDF%2FREIS\\_073\\_05.pdf&usg=AOvVaw3sN8j|CrTo7hxR6IbBsFAG](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjfXx57ntAhVUeMAKHVA_DYEQFjABegQIAhAC&url=http%3A%2F%2Freis.cis.es%2FREIS%2FPDF%2FREIS_073_05.pdf&usg=AOvVaw3sN8j|CrTo7hxR6IbBsFAG)
- Bazo, M. T. (2001). *La institución social de la jubilación: De la sociedad industrial a la postmodernidad*. Llibres.
- Bortzirietako Gizarte Zerbitzuen Mankomunitatea. (2020). *Personas Mayores*.  
<https://bortziriakgz.eus/es/personas-mayores/>
- Calderón, I. (2020). España, a la cola de la incorporación juvenil al trabajo: sólo un 37% tiene trabajo a los 24 años. *El Economista*.  
<https://www.eleconomista.es/economia/noticias/10304079/01/20/Espana-a-la-cola-de-la-incorporacion-juvenil-al-trabajo-solo-un-37-tiene-trabajo-a-los-24-anos.html>
- Catalán, J. L. (2016). *Ancianidad*. <https://www.cop.es/colegiados/A-00512/ancianidad.html>
- Cuesta, C. (2009). El cuidado familiar: una revisión crítica. *Revista de investigación y educación en enfermería*, 27(1), 96-102. <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/16903>

- Delicado, M. V. (2003). *Familia y cuidados de salud: calidad de vida en cuidadores y repercusiones sociofamiliares de la dependencia*.  
<http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/3410/1/Delicado-Useros-Maria-Victoria.pdf>
- El País Economía. (2015). *Los jóvenes españoles tardan seis años en conseguir empleo fijo*.  
[https://cincodias.elpais.com/cincodias/2015/09/22/economia/1442918821\\_734762.html](https://cincodias.elpais.com/cincodias/2015/09/22/economia/1442918821_734762.html)
- Escartín, M<sup>a</sup>. J., Palomar, M. y Suárez, E. (1997). *Introducción al Trabajo Social II. Trabajo Social con individuos y familias*. Aguaclara.
- Escuredo, B. (2007). Las políticas sociales de dependencia en España: contribuciones y consecuencias para los ancianos y sus cuidadores informales. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 119(7), 65-89.  
<https://www.ingentaconnect.com/content/cis/reis/2007/00000119/00000001/art00003>
- Farran, C. J. (1997). Theoretical perspectives concerning positive aspects of caring for elderly persons with dementia: stress/adaptation and existentialism. *Gerontologist*, 37, 250-256.  
[https://scholar.google.com/scholar\\_url?url=https://academic.oup.com/gerontologist/article-pdf/37/2/250/1703138/37-2-250.pdf&hl=es&sa=T&oi=gsb-gga&ct=res&cd=0&d=9484522689165394816&ei=sAzNX96MN42ImQHJxZ\\_YDw&scisig=AGBfm0C59rJF9VyJerDg0MabMoKuMupZg](https://scholar.google.com/scholar_url?url=https://academic.oup.com/gerontologist/article-pdf/37/2/250/1703138/37-2-250.pdf&hl=es&sa=T&oi=gsb-gga&ct=res&cd=0&d=9484522689165394816&ei=sAzNX96MN42ImQHJxZ_YDw&scisig=AGBfm0C59rJF9VyJerDg0MabMoKuMupZg)
- Feldberg, C., Tartaglini, M. F., Clemente, M. A., Petracca, G., Cáceres, F., & Stefani, D. (2011). Vulnerabilidad psicosocial del cuidador familiar. Creencias acerca del estado de salud del paciente neurológico y el sentimiento de sobrecarga. *Neurología Argentina*, 3(1), 11- 17.  
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjC4L7MhNDuAhXli1wKHULEAkcQFjAAegQIARAC&url=https%3A%2F%2Fwww.elsevier.es%2Findex.php%3Fp=revista%26pRevista=pdf-simple%26pii=S1853002811700039&usg=AOvVaw3u-aaaP9NNwA3Uzq2EO--o>
- Fernández de Larrinoa Palacios, P., Martínez Rodríguez, S., Ortiz Marqués, N., Carrasco Zabaleta, M., Solabarrieta Eizaguirre, J., & Gómez Marroquín, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*, 23(3), 388-393. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72718925008.pdf>

- Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la Vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de psicología*, 73, 89-104. <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1997/vol1/arti2.htm>
- Fernández-Ballesteros, R. y Maciá, A. (1993). Calidad de vida en la vejez. *Intervención social*, 2(5), 77-94. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3923943>
- Fernández, R. (2020). Edad media de la maternidad España 1975-2019. *Statista*. <https://es.statista.com/estadisticas/554373/evolucion-de-la-edad-media-de-la-maternidad-en-espana/>
- Flores, N., Jenaro, C., Moro, L., & Tomşa, R. (2015). Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo. *European Journal of investigation in health, psychology and education*, 4(2), 79-88. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v4i2.73>
- García-Calvente, M., Mateo-Rodríguez, I., & Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta sanitaria*, 18(2), 83-92. <https://www.gacetasanitaria.org/es-el-impacto-cuidar-salud-calidad-articulo-13061998>
- García, E. (1999). Derechos Humanos y calidad de vida. *Derechos humanos: la condición humana en la sociedad tecnológica*, 131-163. <https://core.ac.uk/download/pdf/19711950.pdf>
- Girola, L. (2005). El individualismo según Durkheim. *Anomia e individualismo: del diagnóstico de la modernidad de Durkheim al pensamiento contemporáneo*. Anthropos.
- Gobierno de Navarra. (2012). *Cartera de Servicios Sociales de ámbito General*. [http://www.cfnavarra.es/prm/Cartera de servicios sociales/servicios-13702.html](http://www.cfnavarra.es/prm/Cartera%20de%20servicios%20sociales/servicios-13702.html)
- Gómez, J. y Curcio, C. (2002). *Valoración integral de la salud del anciano*. Artes Gráficas Tizán.
- Herrera, M. y Alemán, C. (2006). La intervención social en una "sociedad" reticular. *Papers*, 81, 229-247. <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiDy9-H2ZHtAhVScAKHa6rAgcQFjACegQIBRAC&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fservlet%2Fextaut%3Fcodigo=187627&usg=AOvVaw3a-xTkT57ART9usC910wz4>

- Herrera, M. y Alemán, C. (2007). Familia, redes y política social. *Revista Española de Sociología*, 8, 59-84.  
<https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwirtqyZ2ZHtAhVLasAKHQqwC9IQFjACegQICBAC&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fservlet%2Fextaut%3Fcodigo=187627&usg=AOvVaw3a-xTKT57ART9usC910wz4>
- lánez, A. (2010). Exclusión y diversidad funcional. Una propuesta de intervención social basada en el modelo de vida independiente. *Revista de la Facultad de Trabajo Social UPB*, 26(26), 120-141. <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/4144>
- IMERSO. (2005a). Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar.  
[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj41bKdsrftAhXLgVwKHaPgA-AQFjAAegQIAhAC&url=http%3A%2F%2Fwww.imerso.es%2FInterPresent1%2Fgroups%2Fimerso%2Fdocuments%2Fbinario%2Fcuidadosppmmhogares.pdf&usg=AOvVaw2ct\\_dqLuyX6\\_NvVUN-0D7c](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj41bKdsrftAhXLgVwKHaPgA-AQFjAAegQIAhAC&url=http%3A%2F%2Fwww.imerso.es%2FInterPresent1%2Fgroups%2Fimerso%2Fdocuments%2Fbinario%2Fcuidadosppmmhogares.pdf&usg=AOvVaw2ct_dqLuyX6_NvVUN-0D7c)
- IMERSO. (2005b). Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles.  
[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjx9pGbzrntAhWOGBQKHcolAvYQFjAAegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.imerso.es%2FInterPresent1%2Fgroups%2Fimerso%2Fdocuments%2Fbinario%2Fcuidadosppmmhogares.pdf&usg=AOvVaw2eCjsDO9TIDawksT4ImK\\_8](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjx9pGbzrntAhWOGBQKHcolAvYQFjAAegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.imerso.es%2FInterPresent1%2Fgroups%2Fimerso%2Fdocuments%2Fbinario%2Fcuidadosppmmhogares.pdf&usg=AOvVaw2eCjsDO9TIDawksT4ImK_8)
- INE (2014). Encuesta Europea de Salud 2014. Estado de salud: Cifras relativas. *Limitaciones en las actividades básicas diarias*.  
<https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p420/a2014/p04/&file=pcaxis>
- INE (2018). Mujeres en Cifras - Conciliación. *Excedencia por cuidado de familiares*.  
<https://www.inmujer.gob.es/MujerCifras/Conciliacion/ExcedPermisos.htm>
- INE (2019a). Indicadores de Natalidad. Resultados nacionales. *Tasa bruta de Natalidad*.  
<https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1381>

- INE (2019b). Encuesta continua de hogares. Año 2019. *Hogares según su composición*. [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176952&menu=ultiDatos&idp=1254735572981](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176952&menu=ultiDatos&idp=1254735572981)
- INE (2020). Indicadores de Estructura de la población. Resultados nacionales. *Índice de Envejecimiento*. Recuperado de <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1418&L=0>
- Kottak, C.P. (2003). La cultura. En J. M. Cejudo (Ed.), *Introducción a la antropología cultural. Espejo para la humanidad* (pp. 21-36). McGraw Hill/ Interamericana de España, S.A.U.
- Laforest, J. (1991). *Introducción a la Gerontología*. Gerder.
- Lawton, M. P., Moos, M., Kleban, M. H., Glicksman, A. y Rovine, M. (1991). A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46, 181-189. <https://doi.org/10.1093/geronj/46.4.P181>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer
- Lehr, U. (1980). *Psicología de la senectud*. Gerder.
- Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 266, de 6 de noviembre de 1999. <https://www.boe.es/eli/es/l/1999/11/05/39/con>
- Ley Orgánica 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción a la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 299, de 15 de diciembre de 2006. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
- López, M. C., y Martínez, J. L. (2007). El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar" (No. 12006). Imserso. [https://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=0uaEKGQw5IC&oi=fnd&pg=PA9&dq=El+apoyo+a+los+cuidadores+de+familiares+mayores+dependientes+en+el+hogar:+desarrollo+del+programa+"Cómo+mantener+su+bienestar"&ots=PdZheWLiQD&sig=AHzYADct3esO9muocZnGtUUgJU4](https://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=0uaEKGQw5IC&oi=fnd&pg=PA9&dq=El+apoyo+a+los+cuidadores+de+familiares+mayores+dependientes+en+el+hogar:+desarrollo+del+programa+)
- Mace, N. L. y Rabins, P. V. (1991). *36 horas al día*. Ancora.
- Marbán, V. (2010). Actores sociales y desarrollo de la Ley de Dependencia en España. *Revista Internacional de Sociología*, 2(70), 375-398. <https://doi.org/10.3989/ris.2010.06.29>

- Matas, J. A. (2009). *Una mirada a la sociología desde las ciencias sociales*. Tecnos.
- Mesonero, A. Y Fombona, J. (2011). El significado del paso de los años: claves y retos para un envejecimiento saludable y feliz. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 5(1), 633-643.  
[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwitt5ms2ZHtAhWKlxQKHVlbDVoQFjABegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fdia.inet.unirioja.es%2Fservlet%2Farticulo%3Fcodigo=5876647&usg=AOvVaw1w-Ex8I32KHqtm\\_erBEzDa](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwitt5ms2ZHtAhWKlxQKHVlbDVoQFjABegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fdia.inet.unirioja.es%2Fservlet%2Farticulo%3Fcodigo=5876647&usg=AOvVaw1w-Ex8I32KHqtm_erBEzDa)
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS). (2004, diciembre). *Libro Blanco de la Dependencia*.  
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi37e6Nu7ftAhWD8eAKHUSqCWQQFjABegQIBBAC&url=https%3A%2F%2Fwww.imserso.es%2FInterPresent%2Fgroups%2Fimserso%2Fdocuments%2Fbinario%2Flibroblanco.pdf&usg=AOvVaw1GmMllpJ5np4lQrkDtdnl->
- Moya-Albiol, L., y Moya-Albiol, N. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de motivación y emoción*, 1, 22-30.  
[https://www.researchgate.net/profile/Nicolas\\_Ruiz\\_Robledillo/publication/284721526\\_El\\_cuidado\\_informal\\_una\\_vision\\_actual/links/56573c5f08aeafc2aac0c8b3.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Nicolas_Ruiz_Robledillo/publication/284721526_El_cuidado_informal_una_vision_actual/links/56573c5f08aeafc2aac0c8b3.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf;jsessionid=166B9C507C8A9C27648D09A661C9A0D3?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=166B9C507C8A9C27648D09A661C9A0D3?sequence=1)
- Osorio, P. (2006). Exclusión Generacional: La Tercera Edad. *Revista Mad. Revista del Magíster en Análisis Sistemico Aplicado a la Sociedad*, 14, 47-52. <https://doi.org/10.5354/0718-0527.2011.14206>.
- Peña, D. (2014). *Fundamentos de Estadística*. Alianza Editorial.
- Pulido, A. (2010). El derecho a la ciudadanía del enfermo mental, un desafío al Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia. *Cuaderno de Trabajo Social*, 23, 361-379.  
[https://scholar.google.com/scholar\\_url?url=https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/cuts1010110361a/7491/0&hl=es&sa=T&oi=gsb-](https://scholar.google.com/scholar_url?url=https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/cuts1010110361a/7491/0&hl=es&sa=T&oi=gsb-)

gga&ct=res&cd=0&d=2971369081755586729&ei=gr7LX83jFlqEmwGM34-  
ABg&scisig=AAGBfm25dDaW4h-sozrM8ImcFD1-vCNStQ

- Real, T. (2008). Dependencia funcional, depresión y calidad de vida en ancianos institucionalizados. *Informaciones psiquiátricas*, 192, 1-27.  
[http://www.masterpsicogeriatría.com/archivos/doc11\\_08.pdf](http://www.masterpsicogeriatría.com/archivos/doc11_08.pdf)
- Rogero-García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 83(3), 393-405.  
[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjvKrLnbftAhW1lFwKHc7BDvcQFjACegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F170%2F17011592005.pdf&usg=AOvVaw0sMmDFe5tui\\_fymTqMPPBX](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjvKrLnbftAhW1lFwKHc7BDvcQFjACegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F170%2F17011592005.pdf&usg=AOvVaw0sMmDFe5tui_fymTqMPPBX)
- Royo, M. T. B. (2007). Consecuencias del envejecimiento en la sociedad española actual. *In Comunicación e persoas maiores: Actas do Foro Internacional* (pp. 239-256). Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2651313>
- Ruiz, N. y Moya, L. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*, 1, 22-30.  
[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjR68HJn7ftAhXOPsAKHQFVBrEQFjAAegQIARAC&url=http%3A%2F%2Freme.uji.es%2Freme%2F3-albiol\\_pp\\_22-30.pdf&usg=AOvVaw1KRd9P-XZhMLIGFEI74uSK](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjR68HJn7ftAhXOPsAKHQFVBrEQFjAAegQIARAC&url=http%3A%2F%2Freme.uji.es%2Freme%2F3-albiol_pp_22-30.pdf&usg=AOvVaw1KRd9P-XZhMLIGFEI74uSK)
- Vaquiroy, S., y Stieповich, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería*, 2, 9-16. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200002>
- Villar, F. (2009). Autonomía, discapacidad y dependencia. *Discapacidad, dependencia y autonomía en la vejez* (pp. 15-35). Aresta.

## 7.2. Bibliografía

- Amezcuea, M., & Hueso Montoro, C. (2009). *Cómo analizar un relato biográfico*.  
<https://digibug.ugr.es/handle/10481/50929>
- Folgueiras Bertomeu, P. (s.f.). *La entrevista*.  
<http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/99003>
- Morales-Vallejo, P. (2008). *Estadística aplicada a las Ciencias Sociales*. Universidad Pontificada Comillas.
- Ponte Loureiro, A. (2018). *Terapia ocupacional en personas mayores: cambio de roles*.  
<https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/20271>
- Sanchez Bera, P. Y Bote Díaz, M. (2009). Familismo y cambio social. El caso de España. *Sociologías*, (11)21, pp. 121-149. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222009000100007>

## 8. Anexos

### 8.1. Anexo 1: Carta informativa a las personas entrevistadas

Estimado/a señor/a:

Me pongo en contacto con usted con el fin de informarle de un estudio de investigación en el que le invito a participar. El citado estudio, se enmarca en el Trabajo de Fin de Grado que estoy realizando para la Universidad Internacional de La Rioja.

La investigación se titula “Cuidados informales en el hogar de las personas mayores del entorno rural (Arantz, Navarra)”, la cual tiene como objetivo principal conocer cómo se gestionan y aplican los recursos materiales y humanos existentes, para poder cuidar de las personas mayores en los hogares de Arantz. Con este fin, trato de obtener información mediante las entrevistas personales realizadas a: aquellas personas que se encargan de cuidar a sus seres queridos mayores en casa y; el Trabajador Social de los Servicios Sociales de Base de la Mancomunidad de Bortziriak, encargado del programa de autonomía personal y atención a la dependencia.

Es por ello, que me pongo en contacto con usted, para llevar a cabo esta investigación, y así, poder tomar en cuenta los motivos por los cuales se decide cuidar a las personas mayores en el hogar, las facilidades y dificultades para poder alargar la estancia de estas en el hogar, los recursos existentes para materializar los cuidados y el conocimiento sobre dichos recursos, etc.

Con el fin de que pueda tomar la decisión de participar o no en la investigación, se le ofrecerá toda la información necesaria:

1. **La participación es voluntaria**, por lo que puede decidir libremente si participar o no en el estudio, del mismo modo, puede cambiar de opinión a lo largo de la encuesta
2. **El estudio se llevará a cabo mediante una entrevista en profundidad**. Consistirá un cuestionario compuesto por preguntas abiertas acerca de distintos aspectos relevantes para la investigación, las cuales podrá responder con total libertad y expresar todo aquello que le parezca oportuno o, por el contrario, podrá no responder si así los decide. La duración estimada de la encuesta es de 45-60 minutos.

3. **Anonimato.** Durante todo el estudio se garantiza el anonimato de la persona participante y de los datos aportados, los cuales serán utilizados, única y exclusivamente, para llegar a conclusiones generales sobre el estudio.
4. **El tratamiento de la información obtenida** a través de las encuestas, así como los datos de carácter personal se ajustarán a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

## 8.2. Anexo 2: Consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Cuidados informales en el hogar de las personas mayores del entorno rural (Arantza, Navarra)”,

Investigación elaborada por Alicia Beizama Rezabal,

Estudiante del Grado de Trabajo Social por

la Universidad Internacional de La Rioja.

Yo \_\_\_\_\_, como cuidador o cuidadora de una persona mayor en el hogar/ trabajador social de los Servicios Sociales de Base de la Mancomunidad de Bortziriak, **ACEPTO** participar en el citado estudio, y CONFIRMO QUE:

- Se me ha facilitado la información necesaria acerca de la investigación.
- He recibido un documento aclaratorio sobre el alcance de mi participación.
- Han sido resueltas todas las dudas acerca de mi participación.
- Se me ha informado de que la participación en el estudio es voluntaria, y que, si así lo decidiera, puedo abandonar el estudio cuando desee. Del mismo modo puedo decidir no contestar a preguntas que considere inadecuadas, sin necesidad de justificarlo.
- Acepto que la información obtenida mediante la entrevista pueda ser utilizada para la investigación.

En Arantza a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2020

Fdo. \_\_\_\_\_

Fdo. Alicia Beizama Rezabal

Participante en el estudio

Investigadora / Estudiante de Grado de Trabajo Social

### 8.3. Anexo 3: Cuestionario a los/as personas que cuidan a un/a mayor en el hogar

#### **Parte 1: Datos del/a entrevistado/a**

1. ¿Qué relación le une a la persona mayor que cuida en el hogar?
2. ¿Vive en el mismo domicilio que la persona mayor?
3. ¿Cuántas personas viven en su casa?
4. ¿Cuántas de ellas son dependientes? (personas mayores, niños, personas con diversidad funcional...)
5. ¿Quién o quiénes se encarga/n de su cuidado?
6. ¿Usted trabaja fuera del hogar?

#### **Parte 2: Datos sobre la persona mayor**

7. ¿Qué nivel de autonomía presenta? (ABVD que no puede realizar por sí sola)
8. ¿Cuántos años tiene la persona mayor?
9. ¿Tiene algún grado de dependencia reconocido?
  - 9.1. En caso afirmativo, ¿cuál y por qué? Explíqueme las dificultades que muestra en sus actividades cotidianas y/o enfermedades que presenta.
  - 9.2. En caso negativo, ¿cuál es el motivo por el que no han solicitado que reconozcan el grado de dependencia de la persona? Explíqueme las dificultades que muestra en sus actividades cotidianas y/o enfermedades que presenta.

#### **Parte 3. Nivel de información sobre recursos existentes**

10. ¿Conoce los recursos que se ofrecen para ayudar a articular los cuidados de las personas mayores en el hogar?
11. ¿Conoce los recursos existentes para apoyar a los/as cuidadores/as?
12. ¿Conoce los recursos a los que tiene acceso una vez reconocida la dependencia de la persona?
13. ¿Recibe algún tipo de ayuda para el cuidado de la persona mayor? Explíqueme cuáles.
14. ¿Opina que se ofrecen suficientes ayudas para facilitar el cuidado de las personas mayores en el hogar? (necesita más ayuda, apoyo psicológico, más recursos materiales, más conocimientos para llevar a cabo los cuidados de forma eficaz...)

**Parte 4: Opiniones del cuidador/a sobre el cuidado en el hogar**

15. Hábleme de los aspectos negativos y positivos de cuidar a la persona mayor en casa.
16. ¿Cree que el cuidado en el hogar influye en su salud física, psicológica y social?  
Explíqueme cómo y porqué.
17. ¿Cómo definiría la calidad de vida de su familiar mayor?
18. ¿Cómo definiría su calidad de vida?

**Parte 5: Toma de decisiones sobre el cuidado**

19. ¿Cuáles son los motivos por los cuales decide cuidar de la persona mayor en el hogar?
20. ¿Se trata de una decisión tomada junto con la persona mayor?
21. ¿La persona mayor se muestra agradecida por los cuidados que le ofrece o piensa que es su deber?
22. ¿Aceptarían usted la ayuda de terceros/as para ayudarle con los cuidados?
23. ¿Y la persona mayor la aceptaría?
24. ¿Usted o la persona mayor, se han planteado en algún momento acudir a las instituciones para su cuidado? Explíqueme por qué.

## 8.4. Anexo 4: Cuestionario al Trabajador Social de los Servicios Sociales de Base.

### Parte 1: Perfil de los usuarios

1. ¿Cuál es perfil de las personas mayores que son cuidadas en sus hogares? Personas solas, con familia...
2. ¿Quiénes se encargan de su cuidado? Hijos/as, nueras, yernos, personal contratado...

### Parte 2. Recursos

3. ¿Cree que las ayudas para articular los cuidados en el hogar llegan a todas las familias que lo necesitan?
4. ¿Qué tipo de recursos se ofrecen desde la Mancomunidad de Servicios Sociales para articular los cuidados en el hogar? Explíqueme los recursos materiales y humanos disponibles

### Parte 3. Nivel de información de la población

5. ¿Cree que la población tiene suficiente información acerca de los recursos disponibles para articular los cuidados de las personas mayores en el hogar?
6. ¿Cree que la población tiene suficiente información acerca de los recursos disponibles para las personas dependientes?
7. ¿Por qué cree que hay personas que no tramitan el reconocimiento de la dependencia?
8. ¿Cree que hay suficiente información acerca de los beneficios de mantener a las personas mayores el máximo tiempo posible en su hogar?
9. ¿Opina que se ofrecen suficientes recursos para articular los cuidados en el hogar? (para mejorar la autonomía de las personas mayores, conciliar cuidados y trabajo de los cuidadores, ...)
10. ¿Opina que existen suficientes recursos de apoyo para los/as cuidadores/as? (apoyo psicológico, oportunidades de descanso, formación...)

### Parte 4. Opinión del profesional. Cuidado en el hogar

11. ¿Qué aspectos positivos y negativos mencionaría sobre los cuidados de las personas mayores en el hogar?

12. ¿Cómo perciben las personas mayores el hecho de ser cuidados por sus familiares, como una obligación del familiar o como algo a agradecer?
13. ¿Diría que en Arantza prevalece mantener a la persona mayor en el hogar frente a la institucionalización?
  - 11.1. En caso afirmativo, ¿cuál cree que podría ser el motivo? (Una estigmatización de la institucionalización...)
  - 11.2. En caso negativo, ¿opina que la institucionalización de las personas mayores para su cuidado está aceptada socialmente en Arantza?
14. Tomando en cuenta la realidad de Arantza (muchos caseríos apartados, antiguos, personas solas...) ¿crees que existen medios suficientes para mantener a esas personas mayores en su hogar?
15. ¿Qué mejoras introducirías para poder articular estos cuidados en el hogar u optimizarlos? (más horas de cuidados a domicilio, más recursos para reconocer situaciones de dependencia, facilidades para contratar personal para el cuidado)

