



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
Estructura de Teleformación

TRABAJO DE FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL

“Proyecto de intervención para la mejora de la calidad de vida de los familiares con mayores dependientes a su cargo en el entorno familiar - cuidados al cuidador.”

Autor/a:

D. José Nicolás Pérez Reina

Tutor/a:

Dr. María Auxiliadora González Bueno

GRADO EN TRABAJO SOCIAL NO PRESENCIAL

UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

CURSO 2018-2019

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	6
CAPÍTULO 1: EI MAYOR Y LA DEPENDENCIA	6
1. Dependencia en el s. XXI.....	6
2. EL mayor dependiente en la España actual.....	7
CAPÍTULO 2: LA FAMILIA E IMPORTANCIA PARA EL MAYOR	12
1. Cuidados en el entorno familiar.....	12
2. Dificultades del cuidado.....	14
CAPÍTULO 3: CUIDADOS AL CUIDADOR	16
1. Las consecuencias para el cuidador.....	16
2. Las necesidades para el cuidador.....	18
CAPÍTULO 4: MARCO LEGAL Y/O NORMATIVA APLICADA	20
1. Legislación europea.....	20
2. Legislación nacional y autonómica.....	20
CAPÍTULO 5: POLÍTICAS SOCIALES	22
1. Medidas estatales.....	22
2. Medidas en la C.A. de Canarias.....	23
SEGUNDA PARTE: DESCRIPCIÓN DEL DISEÑO DE INTERVENCIÓN	26
1. Introducción.....	26
2. Denominación y descripción del proyecto.....	27
3. Fundamentación Teórica.....	27
4. Destinatarios y ámbitos de aplicación.....	29
4.1. Destinatarios directos.....	30
4.2. Destinatarios indirectos.....	30
4.3. Macro-localización.....	30

4.4. Micro-localización.....	30
5. Equipo responsable de la intervención.....	30
6. Objetivos: Generales, específicos, y metas.....	32
6.1. Objetivo general.....	32
6.2. Objetivos específicos.....	32
6.3. Metas.....	33
7. Metodología: principios metodológicos en los que se basa la intervención y la relación de los modelos teóricos que orientan la acción.....	35
7.1. Estructura metodológica.....	35
7.2. Sistema de coordinación.....	39
8. Actuaciones y actividades.....	41
9. Desarrollo temporal.....	46
10. Recursos necesarios.....	47
11. Sistema de evaluación.....	48
REFLEXIONES Y CONCLUSIONES.....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
ANEXOS.....	64

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de intervención que lleva por título “Proyecto de intervención para la mejora de la calidad de vida de los familiares con mayores dependientes a su cargo en el entorno familiar - cuidados al cuidador.”, ha sido realizado por parte del alumno por el interés y preocupación mostrado ante aquellas situaciones de vulnerabilidad a las que se ven abocados los familiares al cuidado de mayores dependientes por encontrarse normalmente sometidos a una fuerte presión al tener que compatibilizar las crecientes demandas de cuidados informales de larga duración con otro tipo de obligaciones a nivel personal generando en los cuidadores situaciones de sobrecarga y estrés.

Las grandes modificaciones estructurales registradas en el siglo XX hasta nuestros días han provocado a nivel mundial fuertes cambios sociodemográficos, políticos y económicos, sobre todo en aquellas sociedades postindustriales de los países más occidentales repercutiendo de lleno en el tamaño y estructuras familiares, así como en la manera y forma en la que éstas se relacionan propiciando un progresivo debilitamiento de las redes familiares que ha ido en perjuicio de los cuidados informales llevados a cabo dentro del entorno familiar, debido a la dificultad a la hora llevar a cabo los cuidados informales a la vez que existe la necesidad de compatibilizar estos con otras responsabilidades contraídas dentro de la sociedad.

Los cuidados informales generan en los cuidadores situaciones de sobrecarga como consecuencia de los largos periodos de tiempo e intensidad que requiere la atención prestada al mayor dependiente, además de la necesidad de llevar a cabo aquellas obligaciones de tipo profesional, políticos y social; provocando en el cuidador una la falta de adaptación que repercuten en su salud, conduciéndoles normalmente a una situación de sobrecarga física, psicológica y emocional.

Por otro lado, las medidas tomadas en su momento por el Estado con las que dar respuesta al progresivo incremento de las situaciones de Dependencia y de los problemas relacionados con ésta a través de la ley 39/2006, han resultado insuficientes como consecuencia de su todavía reciente implantación, así como por la falta de financiación e implementación necesaria a causa de los recortes

presupuestarios (2012) producidos en plena época de crisis económica, que condujeron igualmente una serie de recortes de derechos de los beneficiarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). A día de hoy se comprueba como un elevado número de personas continúan en lista de espera pendientes de ser reconocidas su situación como dependientes, así como la de aquellos que aun habiéndoles sido reconocida su situación de dependencia siguen esperando recibir aquellos servicios y prestaciones a los que tiene derecho.

Por este motivo el alumno estima conveniente el diseño de un proyecto de intervención que dé respuesta a una parte importante de los problemas y necesidades con los que se encuentran normalmente el familiar durante los cuidados informales facilitándole una serie informaciones, conocimientos, apoyos y recursos, así como dotándoles de las interacciones y contactos adecuados con aquellos sistemas que lo envuelven (familia, instituciones, amigos...) con los que buscar disminuir o eliminar aquellas situaciones de estrés, ansiedad o bajo estado emocionales que provocan los largos periodos de cuidados a los que están sometidos.

Para lo cual se plantea un proyecto de intervención cuyo objetivo general como su nombre indica es la mejora de la calidad de vida del cuidador informal mediante el desarrollo de aquellas actividades contenidas en sus tres objetivos específicos. Estas serán llevadas a cabo por un equipo multidisciplinar de profesionales pertenecientes a diferentes servicios sociosanitarios y tercer sector, apoyados por varios voluntarios mediante el uso de una metodología basada en el modelo Sistémico-Ecológico, con los que alcanzar las metas y objetivos planteados.

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

CAPÍTULO 1: EL MAYOR Y LA DEPENDENCIA

1. Dependencia del mayor en el S. XXI.

Los cambios sociales y demográficos acaecidos en las sociedades postindustriales han tenido como una de sus consecuencias el aumento de población envejecida debido a que cada vez más llegan un mayor número de personas vivas a edades superiores a los 65 años, a la vez que se produce otro de los fenómenos demográficos característicos de finales del S. XX hasta nuestros días como es el descenso de la fecundidad, propiciando con ello el progresivo envejecimiento de la población. Según la Organización Mundial de la Salud (2018) el número de personas mayor de 60 años pasará de ser de 605 millones a 2000 millones en un espacio de tiempo que va del año 2000 al 2050, por lo que habrá aumentado en más del triple en apenas 50 años, así como la cantidad de individuos con 80 años y mayores a esta se cuadruplicará hasta llegar a los 395 millones suponiendo una paulatina inversión de los movimientos demográficos a nivel mundial.

Por otro parte, según la Organización Mundial de la Salud (2015) en el informe sobre el envejecimiento y la Salud nos explica que el aumento de la esperanza de vida al nacer ha venido determinado por diversos factores como el mayor desarrollo socioeconómico y avances en salud pública producidos en el último siglo a nivel mundial, mostrándose con ello la relación entre la mejora en el crecimiento de los ámbitos tanto social y económico de un país y los patrones de mortalidad en el mismo una vez transcurren los años, propiciando que un número mayor de personas llegue a edades avanzadas.

Pero la adquisición de edades más avanzadas en una mayor proporción de la población mayor no ha repercutido en el mantenimiento de su autonomía física y mental al incrementarse al igual que la edad en tipo de enfermedades crónicas y degenerativas, así como su deterioro funcional como parte del proceso de

envejecimiento, lo que ha conllevado a una mayor dependencia de los mayores durante dicho proceso. Por esa razón, a día de hoy son los diferentes entes públicos y privados (cuidados formales), tercer sector y familiares (cuidados informales) los que asumen la atención y cuidados destinados al mayor dependiente, resultando la familia quienes en mayor medida se ocupan de la asistencia y cuidado del mayor dependiente. Se considera, por tanto, la institución familiar a día de hoy al igual que antaño la principal fuente de ayuda al mayor dependiente a nivel general y la mujer a título personal, quedando las instituciones públicas en representación del Estado en un segundo término como responsable subsidiario (Moral Fernández, Frías Osuna, Moreno Cámara, Palomino Moral, y del Pino Casado, 2017).

Pero estos cuidados llevados a cabo en su mayor parte dentro del entorno familiar se han visto comprometidos en los últimos tiempos como consecuencia de cambios estructurales a nivel político, económico y social sobre todo en las sociedades llamadas avanzadas. Estos cambios se han hecho notar a su vez en los nuevos de roles surgidos y en las transformaciones de las estructuras familiares tradicionales como ha sido por ejemplo la reducción del número de componentes de los núcleos familiares, el acceso de la mujer a una formación más cualificada (educación superior) así como su mayor incorporación al mercado laboral, la pérdida de valor que antaño tenía el tener un mayor número de hijos que aportasen una mayor fuerza de trabajo dentro del hogar familiar (ámbito rural), la necesidad de un aporte cada vez mayor de capital en los núcleos familiares donde no sólo fuese el considerado el cabeza de familia quien aporte ingreso económico al hogar en el mantenimiento de los gastos.

Por lo tanto, lo expresado anteriormente han sido entre otras varias de las razones por las que ha aumentado una mayor presión dentro de las familias con respecto a la atención y cuidados de los mayores dependientes al reducirse la respuesta en atención y cuidados en cuanto a tiempo, intensidad y calidad a la vez que aumenta la demanda de los mismos.

2. El mayor dependiente en la España actual.

Para analizar la situación actual de las personas mayores dependientes en España nos podemos apoyar en las diferentes estadísticas dadas desde

organismos oficiales, como es el caso el de un informe del Consejo Superior de Investigaciones Científicas y el Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CSIC Y CCHS, 2016) sobre el perfil de las personas mayores en España donde se muestra la evolución registrada desde principios del siglo pasado hasta la actualidad, proyectándose a su vez hacia el futuro (2.061). Podemos comprobar como el porcentaje de población envejecida que se muestra en la tabla va en aumento con el paso de los años con respecto al total de población en un periodo de tiempo que va de 10 en 10 años, pasando por ejemplo para el caso de la población mayor de 65 años y más, de un 5'2% (967.774) a principios de 1.900 a un 17'3% (8.116.347) en el año 2.011, esperándose llegar hasta el 38'7% (16.095.184) en el año 2.061 (Bellán García; Pujol Rodríguez, 2016). (Ver en anexo 1. "Tabla 2.1. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR, 1900-2061".).

Por otro lado, se destaca otro de los fenómenos que conlleva el incremento de la longevidad en España como es el envejecimiento del envejecimiento de aquellos mayores que sobrepasan de los 80 años, donde se produjo un incremento notable desde 1.900 con el 0'6% (115.385) respecto al total de la población hasta pasar del 6'2% (2.456.908) en el año 2.011; esperándose llegar hasta el 21'1% del total (8.768.911) en el año 2061. Estos datos pueden llegar a ser más preocupantes si tenemos en cuenta por ejemplo que la población total en España en el año 2.011 era de 46.816.916 de individuos y las previsiones para el año 2.061 la sitúan en 41.603.330 personas; indicando con ello la regresión en números absolutos de la población española, mientras la proporción de la población envejecida crece con respecto al total de población (Bellán García; Pujol Rodríguez, 2016). (Ver en anexo 1. "Gráfico 2.1. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR 1900-2061".).

Por último, otro dato interesante para el caso de España según el informe bianual del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2016), referente a las Personas Mayores en España, donde se destaca que los datos situaban a España en el año 2015 como uno de los países más envejecidos en el mundo sólo por detrás de países como Japón (26'3%), Italia (22'4%) y Alemania (21'2%) y a continuación España (18'8%) situándose posteriormente una serie de países con unos valores cercanos a España. Por otro lado, las proyecciones para el año 2060 esperan que los países anteriormente mencionados superen el

33% de la población con 65 años y más en proporción a la población total de sus respectivos países, situándose España a la cabeza de países más envejecidos sólo precedida de Japón con un 36´7% y un 34´6% respectivamente (Ver en anexo 1. “Gráfico 2.2. POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MÁS EN ALGUNOS PAÍSES DEL MUNDO, 2015-2060”).

En España al igual que el resto de países considerados desarrollados el crecimiento de la población envejecida ha supuesto una mayor cantidad de personas que van desde los 65 años a edades superiores en situación de dependencia como resultado del aumento de probabilidades de padecer algún tipo de minusvalía (discapacidad) debido a ciertas dolencias y enfermedades de tipo crónico, degenerativo; así como debido disfunciones fisiológicas propias de los estadios de edad más avanzados, impidiéndoles llevar a cabo una o varias actividades de la vida diaria (AVD) sin ayuda, surgiendo de esta forma situaciones de dependencia que podríamos catalogar según la intensidad o gravedad de la misma (1º, 2º y 3º grado), lo que conlleva situaciones crecientes de cuidados y atención por terceras personas (familia, 3º sector) o instituciones (públicas y privadas) dentro de lo que se ha dado en llamar cuidados informales y formales respectivamente.

En España hasta hace sólo dos décadas las situaciones de dependencia eran consideradas meramente un problema que sólo estaba limitada a las esferas del entorno familiar, pero la necesidad en un principio de dar luz a un problema creciente se pondría de manifiesto en diferentes estudios y trabajos (encuestas, estudios técnicos) sobre el tema, que pusieron sobre la mesa un problema social en auge pero falto de transparencia que se trasladaría al terreno político en el Parlamento del cual saldría aprobado posteriormente a su presentación y discusión la Ley de Dependencia (Ley 39/2006), con la que se pretendía mejorar las condiciones de vida de personas dependientes y sus cuidadores a través de la entrada en funcionamiento del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que prestaría una serie de servicios y de prestaciones económicas en su atención, con los que con los que aumentar su mayor autonomía, mediante servicios públicos y privados concertados debidamente

acreditados; elevándose esta Ley al mismo nivel de otros pilares de la política social en España como era la sanidad, educación y las pensiones.

La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía (Exposición de motivos 1 LAPAD, 39/2006 de 14 de diciembre).

Por otra parte, desde la entrada en vigor de la Ley de Dependencia son las Comunidades Autónomas las responsables de la introducción en el Sistema de Información para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD) de los datos necesarios para realizar las estadísticas en cuanto a gestión del Sistema de la Dependencia se refieren (INSERSO, 2016). Estas estadísticas confeccionadas por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (INSERSO) desprende diversos datos de interés sobre la Dependencia, reflejándose estas posteriormente en diversas publicaciones científicas o institucionales, como por ejemplo, el reflejado por Instituto de Estudios Fiscales del Ministerio de Hacienda que lleva por título la Atención a la Dependencia en España donde encontramos datos estadísticos sobre los dependientes, así como la solicitud de cuidados por parte de éstos.

Por un lado, según Instituto de Estudios Fiscales (2018) indica en dicha publicación la cantidad de personas con dependencia reconocida en números absolutos ascendía a 1.213.873 personas (2'6% de la población) en diciembre de 2016, de éstas 865.564 (1'9% de la población) eran perceptoras de alguna prestación o servicios y los 348.309 restantes eran personas con dependencia reconocida por la administración, pero estaban pendientes de recibir ayuda. Por otro lado, también encontramos que la cantidad de personas con una edad de 65 años en adelante con derecho a prestación ascendía a 894.274 personas (10'3% de la población total mayor de 65), de las que 624.674 (7'2% la población mayor de 65 años) eran atendidas por el SAAD, mientras otras 269.600 personas de 65 años y más se encontraban en situación de lista de espera a pesar de tener reconocida la dependencia "limbo de la dependencia" (Martínez, Roldán y

Sastre, 2018). (Ver en anexo 1. “Tabla 2.2. PERSONAS CON DEPENDENCIA RECONOCIDA POR EL SISTEMA SEGÚN EDAD Y GRADO 2.016”).).

Por otro lado, otro dato importante a destacar de estas estadísticas es que no encierran en si misma el valor real en cuanto a la solicitud de cuidados de los mayores, debido a que en muchos casos no se solicita una valoración de la dependencia, otras están pendientes de valoración y en otras se han solicitado con un resultado negativo por no llegar al mínimo exigido. En esta publicación sobre la Atención a la Dependencia en España se puede observar igualmente una gráfica sobre la distribución de las solicitudes presentadas por los mayores de 65 años en adelante según el estado de resolución, donde se puede observar en sus dos primeros escalones aquellas personas que están pendientes de valoración o bien recibieron un dictamen negativo (408.000), seguidas de los siguientes escalones representados por los colores verde, violeta y azul correspondientes a aquellas personas dependientes con grado reconocido pero que seguían esperando la asignación de alguna prestación o servicio (269.600) por parte del SAAD. Por último, los tres primeros escalones representados por los colores naranja, celeste y rosa pertenecientes aquel grupo de población dependiente (624.674) efectivamente atendida por el sistema (Martínez et al., 2018). (Ver en anexo 1. “Gráfico 2.3. DISTRIBUCIÓN DE LAS SOLICITUDES PRESENTADAS POR PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS AÑOS SEGÚN EL ESTADO DE RESOLUCIÓN DE LAS MISMAS, 31-12-2006”).).

A continuación, se muestra información estadística sobre los diversos servicios y prestaciones proporcionados por el sistema (SAAD) a aquellas personas dependientes beneficiarias a finales de diciembre de 2016, de las cuales 864.564 recibieron diversos servicios hasta alcanzar 1.068.967 con una media de 1'23 servicios por persona dependiente beneficiaria. Las prestaciones o servicios más demandados fueron en primer lugar la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar con 361.209, seguido de la Ayuda a Domicilio con 170.693 servicios, a continuación, el servicio de Tele-asistencia con 164.136, la Atención Residencial 151.719, la Prestación Económica vinculada al Servicio 90.847, Centros de Día/Noche 85.730, Prevención dependencia/promoción autonomía

38.854 y en último lugar la Prestación Económica para asistencia Personal con 5.779 servicios (Martínez et al., 2018). (Ver en anexo 1. “Tabla 2.3. PRESTACIONES TOTALES DEL SAAD POR TIPOS DE SERVICIOS Y GRADOS DE DEPENDENCIA”).

Para finalizar, en cuanto a datos estadísticos de las 624.674 personas mayores beneficiaria del Sistema (SAAD) a finales de diciembre de 2016, en número de servicios a los que tuvieron derecho fue de 785.376 con un promedio de 1’26 servicios por persona beneficiaria, de los cuales los más demandados por los usuarios es la de aquellos Cuidados realizados dentro del núcleo familiar con 227.616, seguidos de Tele-asistencia con 151.233, a continuación, la Ayuda a Domicilio con 148.049, las Residencias con 113.039, Prestación Económica vinculada al Servicio 81.244, Centros de Día/Noche con 37.314, Prevención/Promoción con 21.765 y Prestación Económica para la Asistencia Personal con 5.116 servicios (Martínez et al., 2018). (Ver en anexo 1. “TABLA 2.4. PRESTACIONES Y SERVICIOS PRESTADOS A LA POBLACIÓN CUBIERTA POR EL SISTEMA”).

CAPÍTULO 2: LA FAMILIA E IMPORTANCIA PARA EL MAYOR.

1. Cuidados en el entorno familiar.

Los mayores dependientes requieren cuidados de larga duración como consecuencia de la edad, enfermedad o discapacidad, que les impide llevar a cabo ciertas actividades de forma independiente como son aquellas relacionadas con las Actividades de la Vida Diaria (AVD) por lo cual requieren ayudas de terceras personas en el apoyo, soporte o suplencia de una o varias de estas actividades que los mayores dependientes no pueden llevar a cabo por sí mismo de forma autónoma. Estos cuidados de larga duración son llevados a cabo normalmente desde tres instituciones básicas como son el Estado, el mercado y la familia, siendo esta última sobre quien en mayor medida recae dicha responsabilidad, caracterizándose por no estar remunerada económicamente y por tanto considerado como cuidados de apoyo informal (cuidados no profesionales). En las sociedades desarrolladas como es el caso de España son el principal soporte de ayuda al mayor dependiente representando más del 80%

de la ayuda que reciben, quedando menos del 20% en manos del mercado o el Estado (Moral Fernández et al., 2017; Bustillo, Gómez-Gutiérrez, y Guillén, 2018).

Los cuidados dirigidos al mayor dependiente normalmente se desarrollan de forma general dentro del entorno familiar, son llevados a cabo por cónyuges, hijos/as, nietos/as, etc.; también habría que hablar de una asignación del rol de los cuidados informales en la figura femenina ya que son llevados a cabo en mayor proporción por una mujer con respecto al sexo masculino, representando más del 80% de los casos, considerándose una asignación propia de una cultura patriarcal que se mantiene con el paso de los años a pesar de los cambios producidos; aunque no es menos cierto que cada vez más se integran más cuidadores varones a estas tareas como consecuencia de ciertos cambios socioeconómicos producidos en los últimos años como son la mayor incorporación de la mujer al trabajo fuera del hogar y la crisis económica actual. En España el perfil medio del cuidador principal es el de una mujer cuidadora con una edad entre 45-65 años, hija de la persona a la que cuida, casada, ama de casa, con estudios primarios que normalmente convive con el mayor dependiente (Navarro Ramos, 2016).

Los cuidados informales facilitan la mayor autonomía e independencia del mayor dependiente en la realización de sus actividades cotidianas tanto dentro como fuera de su domicilio. Dentro de estas actividades cotidianas encontramos las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) como son el asearse, vestirse, comer, acostarse, levantarse, movilidad dentro del hogar, etc., así como por otro lado las que conforman las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) son aquellas en las que se realiza labores domésticas, control de la medicación, operar con tecnología médica, realizar gestiones fuera del hogar, preparar comidas, etc. Aunque también hay que tener en cuenta dentro de los cuidados informales llevados a cabo por el cuidador otros apoyos y cuidados importantes como son el apoyo emocional, compañía, asesoramiento, interacción social; así como el trato, coordinación y supervisión con el sistema formal de cuidados (Públicos y Privados) como pueden ser los encuentros con los diferentes Servicios Sociosanitarios (Centros de Salud, hospitales, Ayuntamiento, etc.) (Navarro Ramos, 2016; Blanco, Chueca y López Ruíz, 2017).

2. Dificultades del cuidado

En España al igual que el resto de países desarrollados la demanda de atención y cuidados informales ha ido en aumento como consecuencia del aumento de población mayor dependiente al mismo tiempo que se experimenta un debilitamiento en la respuesta de dichos cuidados en el entorno familiar como consecuencia ciertos cambios demográficos, sociales, familiares y económicos, que han significado modificaciones de la estructura familiar, nuevos tipos de hogar, cambios en las condiciones en las que se asiste a los mayores dependientes; producto a su vez de una menor fecundidad, mayor número de divorcios o separaciones, parejas sin hijos, el tipo de convivencia etc., además de la cada vez mayor integración de la mujer en el mundo laboral; surgiendo familias con una composición menor en cuanto al número de individuos, así como dispersos en el espacio provocando con ello un progresivo deterioro del apoyo mutuo en situaciones de crisis económica, social o personal, como consecuencia del desmantelamiento del tejido familiar tradicional, afectando como es en este caso la atención y cuidados de los mayores dependientes al debilitarse el potencial de los cuidados informales (Blanco et al., 2017; Escudero 2007).

Por otra parte, los cuidados informales llevados a cabo en el entorno familiar han supuesto para el cuidador principal la mayor parte de las veces un coste de oportunidad y de salud al requerir estos largos compromisos en el tiempo, dedicación asumida tradicionalmente por la figura de la mujer al ser esta quién ha adquirido una mayor responsabilidad en cuanto a tiempo e intensidad empleada en la atención y cuidados del mayor dependiente (Navarro Ramos, 2016; Escudero, 2007). La variedad de problemas con lo que puede encontrarse el cuidador principal pueden ir desde problemas de salud, pérdida de calidad de vida, dificultades para acceder o compatibilizar el empleo con los cuidados, reducción de la jornada laboral, falta de tiempo dedicado a un mayor desarrollo profesional, al ocio, las relaciones sociales; además de las repercusiones económicas y de cotización (Seguridad Social) que pueden conllevar según los casos; lo que propicia en muchas ocasiones situaciones de mucha conflictividad

personal de quien lleva a cabo el rol de cuidador como de éste con otros miembros del núcleo familiar (Blanco et al., 2017; Escuredo, 2007).

Por lo tanto, el conjunto de estas situaciones anteriormente mencionadas surgidas en la sociedades actuales, afectan directa e indirectamente en los núcleos familiares comprometiendo como ya se reflejó anteriormente la viabilidad de los cuidados informales, optando las familias en muchas ocasiones más por la posibilidad de la institucionalización precoz del mayor dependiente (cuidados formales), siendo esta opción contraria a la prioridad dada por el sistema (SAAD) de prestar una atención y cuidados a aquellas personas dependientes en el entorno familiar el mayor tiempo posible, así como imposibilidad del mismo para atender a toda la demanda existente, ni tan siquiera la de aquellos mayores dependientes a las que se les ha reconocido por ley (Ley de Dependencia) uno de los tres grados en los que clasifica las situaciones de dependencia y por tanto con derecho a recibir aquellos servicios y prestaciones recogidos en la Ley de Dependencia.

Por otro lado, mencionar que a pesar de la buena acogida que tuvo la creación de la Ley de Dependencia por parte de todos los partidos políticos, administraciones, instituciones y sociedad en general, los recortes presupuestarios en los años de crisis han condicionado el desarrollo e implementación del sistema (SAAD) como consecuencia de la falta de financiación suficiente, mostrándose sus consecuencias en diferentes líneas de actuación como fueron la reducción del número de beneficiarios del sistema, la reducción de la intensidad de las prestaciones, el establecimiento de un mayor copago por parte de los dependientes, eliminación de dos anualidades de la prestación económica dirigidas al familiar al cuidado del mayor dependiente, reducción de las cantidades económicas de mayor valor en prestaciones económicas y reducción del nivel acordado en cuanto a la financiación estatal a las autonomías (Codorniu, 2015).

Por lo cual, no se espera una solución a la alta demanda existente a corto y medio plazo, que sumado a las previsiones de aumento de aquella población mayor dependiente harán crecer las situaciones de tensión y conflicto dentro de los núcleos familiares repercutiendo negativamente en el propio dependiente, en

donde ya de por sí el tiempo, intensidad y calidad utilizado en su atención y cuidados han ido perdiendo peso con el paso de los años, poniendo en peligro los cuidados informales como pilar fundamental en el que se apoya Sistema de Atención a la Dependencia.

CAPÍTULO 3: CUIDADOS AL CUIDADOR.

1. Las consecuencias para el cuidador

En diversos estudios se expone que las actividades de cuidados interaccionan de lleno con las diversas actividades que el cuidador tiene a su cargo influyendo directamente sobre su propio desarrollo personal como consecuencia directa de largos periodos de tiempo que los mayores dependientes demandan atenciones alargándose estos incluso durante años, repercutiendo en los diferentes ámbitos de la vida del cuidador como pueden ser el estado de salud, económicas, sociales, familiares, etc.; (Del Pino Casado 2010; Serrano Ortega, 2017).

Por lo tanto, los cuidados y atenciones llevadas a cabo por los cuidadores informales conllevan en el entorno familiar una serie de consecuencias o cargas para éstos a pesar de las compensaciones morales (satisfacción personal) que tiene el hecho en sí mismo de cuidar a un ser querido, por lo que es importante conocer cómo les afecta en su vida personal el tiempo dedicado a la asistencia y cuidados de los mayores dependientes (Crespo y López, 2007; Navarro Ramos, 2016). Autores como Roig, Abengózar y Serra (como se citó en Navarro Ramos, 2016) consideran dos líneas a seguir para poder hablar de la sobrecarga que conlleva el rol del cuidador informal, la que denominan “objetiva” aquellas relacionadas con el dependiente y el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y la denominada “subjetiva” que serían aquellas que tienen que ver con los sentimientos y emociones despiertan los cuidados en el cuidador.

Según Del Pino Casado, 2010 y Serrano Ortega, 2017; las situaciones relacionadas con las cargas objetivas encontramos aquellos que tienen que ver con el estado de salud tanto de tipo físico, psicológico, como emocional. En las consecuencias de tipo físico se constata aparición de problemas óseos, musculares, articulares, dolores físicos, alteraciones de sueño, riesgo de hipertensión, etc. Estos problemas son consecuencia de los sobreesfuerzos

físicos, agravamiento de problemas crónicos relacionados con la artrosis, cambios negativos en la dieta o el ejercicio, deterioro inmunológico derivados de estados depresivos, etc.

Por otro lado, en cuanto a las consecuencias de tipo psicológico se encuentran los estados depresivos, ansiedad, estrés, ira y hostilidad, así como otros estados relacionados con el ánimo como son la desesperanza, preocupaciones por el futuro, apatía, etc. Estas consecuencias psicológicas se muestran normalmente incluso antes que aquellas derivadas de las consecuencias físicas del cuidado, así como también tienen estas consecuencias psicológicas más probabilidades de estar presentes entre aquellas personas cuidadoras de mayores dependientes que del resto de la población general (Del Pino Casado, 2010 y Serrano Ortega, 2017)

Por otra parte, los que tienen que ver con el tiempo libre, ocio y las relaciones familiares. La reducción del tiempo libre y de ocio suele ser una de las consecuencias más inmediatas para el cuidador al ver reducido aquellos momentos de disfrute personal tanto de aquellas actividades más sencillas (leer una revista, hablar con amistades, etc.) como de aquellas que resultan más complejas (cenar fuera, ir al cine, ir de viaje, etc.). También las relaciones familiares se ven influidas tanto directamente con relación a la persona que se cuida como la de aquellas personas pertenecientes al núcleo familiar, encontrándose situaciones de apoyo mutuo en las situaciones de cuidado como la de falta de apoyo hacia el cuidador principal por parte del resto de la familia produciéndose en este último caso crisis internas que conducen a un deterioro de las relaciones intrafamiliares (Del Pino Casado, 2010 y Serrano Ortega, 2017).

Por otro lado, aquellas relacionadas con los ingresos económicos y el desarrollo profesional, donde el tiempo dedicado a la atención del mayor dependiente suponen en muchos casos años de implicación dificultando la aceptación de puestos de trabajo o la rebaja de las horas de trabajo en otros casos por no poder completar la jornada laboral sin desatender la persona mayor dependiente, cuando no la pérdida del trabajo al empezar los cuidados con la consiguiente pérdida en lo económico, así como también las dificultades o imposibilidad de

seguir progresando profesionalmente (Del Pino Casado, 2010 y Serrano Ortega, 2017).

Por último, de las cargas consideradas objetivas comentadas anteriormente en diversos estudios se expresa que las vivencias por parte de los cuidadores generan sensaciones negativas entendiéndose estas sensaciones como cargas subjetivas, debido al malestar percibido como consecuencia de las circunstancias complejas derivadas de la atención y cuidados de los mayores dependientes, aunque siendo más o menos marcadas dependiendo del grado de dependencia, tiempo e intensidad dedicados, apoyos recibidos, etc. Crespo López (como se citó en Del Pino Casado 2010; Serrano ortega, 2017) lo explica como “la valoración que la situación de cuidado sobrepasa las habilidades que la persona cuidadora tiene para hacerle frente de manera adecuada”. También Lawton y cols. (como se citó en Del Pino Casado, 2010; Serrano Ortega, 2017) comenta que la sobrecarga (subjetiva) que percibe los individuos se refiere a la percepción que tienen al encontrarse atrapados, sobrecargados desconcertados, excluidos y resentidos.

2. Las necesidades del cuidador

Las personas dedicadas a los cuidados informales de mayores dependientes tal como indica algunos estudios (Canga Armayor, García Vivar y Naval Durán, 2011; Escuredo, 2007) son consideradas más un recurso por parte de los Servicios Sociosanitarios en su rol como cuidadores, manteniéndolos en la periferia en cuanto a la atención a la Dependencia, organizándose estos servicios normalmente entorno al mayor dependiente y realizando intervenciones más orientadas a mantener a los cuidadores dentro de su rol en el cuidado del mayor dependiente. Aunque se empieza a considerar a los familiares que están al cuidado de un mayor dependiente como individuos necesitados al igualmente de ayuda y no sólo un medio en el mantenimiento al Sistema, siguen siendo insuficiente a día de hoy las políticas sociales aplicadas con lo que sería conveniente seguir avanzando en la implementación de nuevas fórmulas en la ayuda de los cuidadores con los que garantizar y hacer viable el mantenimiento del Sistema de Cuidados Informales.

Por lo cual, se hace necesario tener un conocimiento previo de las necesidades o demandas, así como de las circunstancias concretas de los cuidadores y dependientes dentro de los entornos familiares como principal cuestión a considerar para poder poner en marcha nuevas medidas de apoyo acorde a las diversas necesidades de los cuidadores informales y sus familias. La idea principal a la hora de llevar a cabo este tipo intervenciones con las familias según Ortiz Muñoz (2007) no es otra que la de hacer que estas sean más autosuficientes, con la capacidad de asumir los cuidados del familiar dependiente durante el tiempo que sea necesario, capacitándolos en los diferentes aspectos relacionados con el cuidado del mayor dependiente como de sí mismos facilitando la adaptación, así como ayudando a utilizar y potenciar los recursos propios con los que reducir su vulnerabilidad durante los largos periodos de tiempo que suelen durar los cuidados informales.

Según Escuredo, 2007 y Ortiz Muñoz, 2007 las necesidades y demandas de cuidadores de personas dependientes expresadas por éstos o ante los profesionales de los Servicios de Salud y Servicios Sociales que trabajan en contacto directo en la atención de este grupo de población están relacionadas entre otros con servicios de información y asesoramiento sobre cuestiones relacionadas con la enfermedad y evolución del familiar dependiente, orientación y asesoramiento sobre el cuidado de sí mismo, aprendizaje de estrategias para el afrontamiento de situaciones problemáticas durante el cuidado del mayor dependiente, aprendizaje en la utilización de recursos y ayudas técnicas existentes en la comunidad, necesidades de apoyo emocional, necesidades derivadas de la evaluación del estrés, necesidades de detección de consecuencias negativas derivadas del cuidado al familiar dependiente, etc.

Para finalizar, los profesionales expresan igualmente que las vías para responder de una forma más idónea a las necesidades de los cuidadores informales son los servicios comunitarios formales, el apoyo económico y las medidas laborales (exenciones fiscales, reducción de la jornada laboral, etc.), el asesoramiento individual a los cuidadores, los programas psicoterapéuticos y psicoeducativos en grupo, información, asesoramiento, formación (habilidades para cuidar del mayor y de sí mismos), apoyo emocional y apoyo instrumental, etc.

CAPÍTULO 4: MARCO LEGAL Y/O NORMATIVA APLICADA

Debido a la amplitud en su conjunto de la normativa existente a nivel europeo, nacional, así como de la propia Comunidad Autónoma de Canarias se ha optado por situarla en el apartado de anexos (Ver en anexo 2. “MARCO LEGAL Y/O NORMATIVA APLICADA”). En este Capítulo se hace sólo mención a algunas de las normas de mayor trascendencia a nivel nacional en cuanto al objeto de estudio.

A continuación se muestra sólo a nivel estatal la Ley 39 /2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia; el Real Decreto 615/2007, 11 mayo por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia y la Resolución de 4 de noviembre de 2009, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación en materia de formación e información de cuidadores no profesionales.

- **Ley 39 /2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.**

Esta ley fue creada ante la necesidad de atender a aquellas personas que tenían una situación de especial vulnerabilidad y por lo cual requerían de ayuda para llevar a cabo aquellas actividades de la vida diaria, además de poder alcanzar una mayor autonomía, con los que poder ejercer como ciudadano de pleno derecho. Para ello en esta Ley se regularía las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia con la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), con la intención de garantizar tanto las condiciones básicas y la previsión de los niveles de protección. Igualmente queda recogido en el art. 3 como principios de la Ley:

- El carácter universal y público de las prestaciones, el acceso a las mismas en condiciones de igualdad y no discriminación la participación de todas las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias.

- La Universalidad para acceder a todas las personas en situación de dependencia en igualdad de condiciones, sin discriminación.
 - La valoración de las necesidades de los dependientes utilizando criterios de equidad que garanticen la igualdad.
- **El Real Decreto 615/2007, 11 mayo por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia.**

Este Real Decreto tiene como objeto la de regular la situación de los cuidadores informales incluyéndolos en el régimen de la Seguridad Social tal y como establece el apartado 3 del art. 18 de la Ley 39/2006, al regular la prestación económica para cuidados en ámbito familiar y ayuda a los cuidadores informales, al establecer que cuidador informal deberá ajustarse a las normas de afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social, así como en la disposición adicional cuarta de la misma Ley, expresa que el Gobierno determinará la incorporación de los cuidadores informales a la Seguridad Social según corresponda; además de su afiliación, alta y cotización.

- **Resolución de 4 de noviembre de 2009, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación en materia de formación e información de cuidadores no profesionales.**

En esta resolución se publicó lo acordado por el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia a fecha de 22 de septiembre de 2009 sobre criterios comunes de acreditación en materia de formación e información de cuidadores informales de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 39/2006 en los art. 8.2.f, donde se expresa que le corresponde al Consejo Territorial acordar en su caso, planes, proyectos y programas, además de otras funciones atribuibles mediante esta Ley; así como a través del art. 18.4,

donde se encomienda al Consejo Territorial el promover acciones de apoyo a los cuidadores informales. Este acuerdo se buscaba establecer las mínimas condiciones que tendría que tener la formación básica y de apoyo a los cuidadores informales con los que fuesen los Servicios Sociales, educativo, sanitario y el subsistema de formación profesional orientada al empleo los impulsores.

CAPÍTULO 5: POLÍTICAS SOCIALES

1. Medidas estatales.

Dentro de las ayudas de apoyo social formal recibidas por parte de los cuidadores y las familias que tienen a su cargo un mayor dependiente se han aplicado en España una política social diversificada sobre todo en cuatro vertientes como son aquellas dedicadas a ayudas fiscales, ayuda psicológica y formativa, ayudas para el descanso (centros de día/noche, estancias temporales), y medidas para conciliación de la vida laboral y familiar (Escuredo, 2007). En cuanto a las intervenciones que se llevan a cabo en estos momentos desde el Trabajo Social con los familiares al cuidado del mayor dependiente ha sido principalmente aquellas aplicadas a través del catálogo de servicios y prestaciones introducidas con aprobación de la Ley de Dependencia (Navarro Ramos, 2016).

Por lo tanto, según la Ley de Dependencia (2006) aquellos servicios y prestaciones que están dirigidos a los dependientes y sus cuidadores, son los siguientes:

- **El artículo 15**, refleja el catálogo de servicios dirigidos a los dependientes, donde se le ofrecen los siguientes servicios:
 - Tele-asistencia.
 - Centro de día y de noche.
 - Prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.
 - Atención residencial.
 - Ayuda a domicilio.

- **El artículo 17**, se recoge la prestación económica vinculada al servicio.
- **El artículo 18**, refleja la prestación económica para los cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, donde se expone en el punto 4 la intervención directa que el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención de la Dependencia llevará a cabo con los cuidadores informales al promover acciones de apoyo que incorporaran programas de formación, información y medidas para atender los periodos de descanso.
- **El artículo 19**, de prestación económica de asistencia personal.
- **El artículo 36**, de formación y cualificación de profesionales y cuidadores.
- La disposición adicional tercera donde se recoge las condiciones Seguridad social de los cuidadores no profesionales.

Según se establece en la Ley de Dependencia (2006) las prestaciones y servicios contenidos son de aplicación en cada una de las Comunidades Autónomas tal y como se expone en el artículo 11.1. de participación de las Comunidades Autónomas en el Sistema (SAAD); donde les corresponde entre otras funciones:

a) Planificar, ordenar, coordinar y dirigir, en el ámbito de su territorio, los servicios de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en situación de Dependencia.

b) Gestionar, en su ámbito territorial, los servicios y recursos necesarios para la valoración y atención de la dependencia.

....

g) Evaluar periódicamente el funcionamiento del Sistema en su territorio respectivo.

2. Medidas en la Comunidad Autónoma de Canarias.

En Canarias las iniciativas llevadas a cabo recientemente ha venido de la mano de la aprobación II Plan de Infraestructuras de Canarias por parte del Gobierno de Canarias en el periodo 2017-2020, donde se crearán cuatro nuevos centros de atención sociosanitaria con lo que el número de plazas en Canarias se

incrementará en unas 4.460 plazas, además de mejorar los recursos existentes ampliando el número de plazas en residencias y centros de día con los que atender las necesidades de la población de las islas, como son aquellas personas dependientes y discapacitados en lo referente a Servicios Sociales, atención a la dependencia y promoción de la autonomía personal. Estas actuaciones forman parte de una estrategia coordinada desde las diferentes administraciones encaminadas a dar respuesta a la gran demanda de ayudas en cuanto a dependencia existente a día de hoy, como la de aquella que está por llegar a medio largo plazo, debido al incremento exponencial de aquella población mayor dependiente. Por otra parte, en cuanto a la financiación se refiere la inversión global se espera que ascienda a 161.150.000 € distribuidas en diferentes anualidades, 2017 (33.389.541 €), 2018 (43.281.000 €), 2019 (42.719.000 €) y 2020 (41.760.459 €) (press, 2017).

Por otro lado, Según encontramos en la página web del Cabildo de Gran Canaria (2016) en la Comunidad Autónoma de Canarias también se han realizado diversos programas donde se llevan a cabo actuaciones que repercuten directamente en los cuidadores informales, así como a los mayores dependientes por medio de subvenciones dirigidas a los ayuntamientos de la isla de Gran Canaria. Estando subvencionados aquellos proyectos que contengan algunas de las siguientes líneas de acción dirigidas a la población residente en la isla, como son:

- 1. Actuaciones a domicilio:** dirigidas a personas dependientes que requieran servicios y atención con la finalidad de proporcionarles la oportunidad de conservar su autonomía personal, así como su permanencia en su domicilio particular. Estas actuaciones consistirán en:
 - a. De tipo doméstico:** pequeñas reparaciones en el domicilio, limpieza, preparación de comida, lavado y planchado de ropa, etc.
 - b. De tipo personal:** dar de comer, ayudar en el aseo personal, ayuda psicomotriz y/o movilidad dentro y fuera del hogar, acompañamiento, etc.
- 2. Actuaciones de respiro familiar:** destinadas a cuidadores que realizan las tareas de cuidado directamente de forma cotidiana y sostenida en el tiempo, con la intención de prestarles ayuda de forma no continuada y en

un breve espacio de tiempo. Estas actuaciones serán llevadas a cabo con la intención de proporcionar al cuidador principal de tiempo para realizar gestiones o actividades de índole personal. A continuación, se detalla las actuaciones que son de tipo:

- a.** Ayuda en el hogar familiar para sustituir al cuidador informal por unas pocas horas, en la atención y cuidado de los mayores dependientes.
- b.** Dirigidas a las personas dependientes de diferentes edades y situación mediante la realización de talleres y/o actividades ocio que faciliten la integración en la comunidad.
- c.** Formación y orientación que les sean necesarios y útiles a los familiares al cuidado del mayor dependiente de tipo teórico-práctico, además de proporcionarles conocimiento de actitudes, habilidades y estrategias que puedan llevar a cabo en su propio beneficio y de los dependientes.

Desde los servicios sanitarios de atención primaria igualmente se han aplicado desde hace algunos años programas dirigidos a los cuidadores informales, como los proporcionados a través de la Dirección General de Programas asistenciales en el año 2006 de Atención a las Personas Mayores donde se han impartido talleres con los que ayudar a las/os cuidadoras/es informales. Estos cursos/talleres fueron impartidos por la figura de la enfermera comunitaria de enlace (ECE) en algunos municipios de la isla de Gran Canaria (Galdar, Arúcas, Puerto, Guanarteme, Escaleritas, etc.) con cuatro objetivos específicos, la mejora el nivel de información sobre los recursos sociosanitarios de la zona, así como la mejora de la percepción de autoestima de los propios cuidadores, aumento del nivel de conocimientos en los cuidados básicos del dependiente y dotar de conocimientos, información y habilidades necesarias con los que aumentar su eficacia en la atención y cuidado del mayor dependiente (eldía.es., 2007).

SEGUNDA PARTE: DESCRIPCIÓN DEL DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN

1. Introducción

Este Proyecto de intervención se ha diseñado con la intención de mejorar la calidad de vida de los familiares con mayores dependientes a su cargo como la de los propios dependientes buscando dar una respuesta a las situaciones de mayor sobrecarga y estrés detectados dentro del entorno familiar. Las transformaciones de las estructuras familiares y los nuevos roles surgidos como consecuencia de los cambios socioeconómicos y políticos de las sociedades postindustriales más avanzadas entre los que se encuentra España no han hecho sino aumentar la presión sobre las familias como consecuencia de la necesidad de compatibilizar las obligaciones legales, laborales, sociales y personales con la creciente atención y cuidados de la persona mayor dependiente (Escuredo, 2007).

Por lo cual, para la realización de este proyecto de intervención se ha tenido en cuenta la debida adecuación del mismo a los crecientes problemas y necesidades que tienen que afrontar las/os cuidadoras/es informales ante la mayor demanda de cuidados de los mayores dependientes, diseñándose para ello un proyecto de intervención con los que aliviar la sobrecarga de los familiares que ayuden a mantener los cuidados en el entorno familiar el tiempo que duren los mismos. Según Canga et al., (2011) y Escuredo (2007) las políticas sociales que se aplican a día de hoy dirigidas al apoyo de los cuidadores informales están más orientadas al mantenimiento del familiar de su rol como cuidador resultando insuficientes a la hora de representar una verdadera ayuda para éstos, por lo que se propone a través de esta intervención llevar a cabo una serie de actividades que den respuesta a las necesidades sentidas tanto por los profesionales como por los propios cuidadores informales.

Por lo cual, en este proyecto de intervención se ha realizado un diseño orientado a restablecer la situación de desequilibrio por la que atraviesa el cuidador principal y sus familiares apoyándonos para ello en una metodología basada en el modelo Sistémico-Ecológico que plantea los problemas a nivel general en las personas y familias como consecuencia de las deficiencias de las interacciones dentro del propio sistema, así como con otros sistemas. Para ello se sigue

diferentes enfoques que forman parte del modelo Sistémico-Ecológico como son el modelo de Intervención Social Sistémico, el modelo de Terapia Familiar Sistémica y el Modelo de Intervención en Redes (Díaz Bolaños, González Bueno y Pérez Rodríguez, 2008).

Para finalizar, comentar que las actividades, técnicas y herramientas que se pretenden poner en práctica buscan una mejora en la capacitación de los cuidadores informales tanto en el cuidado del mayor dependiente como de sí mismos, ayudándoles a adaptarse a la situación que en ese momento está formando parte de su ciclo vital, mostrándoles a través de profesionales cualificados como ser más eficaces y autosuficientes, al enseñarles a utilizar tanto los recursos propios como comunitarios, así como potenciándolos en la adquisición de conocimientos, estrategias, actitudes y habilidades sociales e interpersonales con los que reducir las situaciones de sobrecarga y estrés a los que están sometidos en el tiempo que dura los cuidados.

2. Denominación y descripción del proyecto.

Este trabajo fin de grado lleva por título: “Proyecto de intervención para la mejora de la calidad de vida de los familiares con mayores dependientes a su cargo en el entorno familiar - cuidados al cuidador”.

El proyecto de intervención busca sobre todo mejorar la calidad de vida del familiar al cuidado de un mayor dependiente mediante la puesta en marcha de una serie de actividades que ayuden a éste a desempeñar de una manera más eficiente su rol como cuidador principal eliminando o reduciendo las situaciones de sobrecarga y estrés a las que se encuentran sometidos normalmente.

3. Fundamentación Teórica.

La intención a la hora de llevar a cabo este proyecto de intervención ha sido sobre todo la de reducir o eliminar las situaciones de sobrecarga y estrés generados entre los cuidadores informales como consecuencia del aumento de los problemas y necesidades derivados de los cuidados que tienen que afrontar éstos ante una cada vez mayor demanda de atenciones de los mayores dependientes en el entorno familiar, debido al mayor incremento en la proporción y esperanza de vida de este grupo de población con dificultades para llevar a

cabo las Actividades de la Vida Diaria (AVD), así como por otro lado, la de propiciar indirectamente con dicha intervención un aumento en la calidad de los cuidados dirigidos a los mayores dependientes por parte de sus familiares, mejorando con ello su calidad de vida.

Esta mayor demanda de cuidados informales experimentada en los últimos años se ha visto a su vez perjudicada en su respuesta por los cambios ideológicos, políticos, sociales y económicos producidos en las últimas décadas en los países más avanzados entre los que se encuentra España; provocando una cada vez menor oferta en la atención y cuidados dados desde los núcleos familiares, debido a diversas causas, como han sido por ejemplo, la necesidad de los cuidadores informales de trabajar y cotizar, la insuficiencia del aporte económico sólo del cabeza de familia, la precariedad en los tipos de contratos de trabajo, la mayor incorporación de mujer al mundo laboral, la destrucción o reducción de las redes familiares (Blanco et al., 2017; Escuredo, 2007).

Esta situación ha provocado una problemática social creciente en las últimas décadas dentro del Sistema Informal de Cuidados que camina de manera paralela en los núcleos familiares donde se encuentra la persona dependiente, por un lado, la necesidad de desarrollo personal, social y profesional de la persona que lleva a cabo los cuidados y, por otro lado, la obligación moral y legal de atender las necesidades de cuidados que demanda el mayor dependiente, generando en el cuidador un sentimiento de ambivalencia emocional que le repercute de manera negativa a pesar la satisfacción personal que conllevan en los cuidados, debido al aumento de los problemas relacionados con su estado de salud, familiares, profesionales, económicos, sociales, etc.; que se traducen en la mayor parte de los casos en situaciones de mayor estrés y malestar en la figura del cuidador (Blanco et al., 2017).

Por otro lado, también se ha tenido en cuenta las dificultades actuales que atraviesa propio Sistema para Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) a la hora de atender la gran demanda existente de cuidados de aquellas personas dependientes y la de sus familiares que esperan que les sea reconocida su situación, así como la de aquellos a los que no se les ha asignado todavía aquellos servicios y/o prestaciones a los que tiene derecho a pesar de

habérseles reconocido por Ley su situación como dependientes, como consecuencia de los recortes durante el periodo de crisis que ha producido una falta de financiación e implementación suficientes del sistema (SAAD), provocando que se alarguen estos procesos en exceso en el tiempo, además de la imposición de otras medidas que ha supuesto un retroceso en la calidad de la protección social definidas en la Ley 39/2006, bajo la excusa de sostenibilidad del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia impuesto a través del Real Decreto Ley 20/2012 (Codorniu, 2015).

Estas situaciones se encuentran entre las razones por las que se toma la iniciativa de llevar a cabo este tipo de intervención con la que contrarrestar aquellas circunstancias generadoras de tensiones y malestar en los núcleos familiares, al verse en muchos casos superados por sus obligaciones, además de la dificultad que requiere la atención del mayor dependiente por no poseer de muchos de los conocimientos, habilidades y recursos necesarios para llevar a cabo aquellos cuidados dirigidos tanto a la persona mayor dependiente como los relacionados con los de su propio autocuidado.

Por lo cual, es recomendable proporcionar servicios como los que se pretenden con esta intervención, dirigidos expresamente al bienestar de los familiares de los mayores dependientes en busca de su protección, repercutiendo indirectamente en la cantidad y calidad de los cuidados dirigidos a los mayores dependientes e indirectamente al propio Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia al posibilitar con estas intervenciones la descongestión del mismo al retrasar o limitar la posible institucionalización del mayor dependiente, debido a la gran dificultad del Sistema (SAAD) de dar respuesta tanto a la demanda actual como la que está por llegar (Rodríguez González et al., 2017).

4. Destinatarios y ámbitos de aplicación.

Antes de comentar cuáles serán los destinatarios directos como indirectos beneficiarios de la ejecución del proyecto mencionar que esta será una intervención donde el ámbito de aplicación es la familia dentro de un entorno comunitario, como puede ser un barrio, pueblo, etc. Por lo cual, se ha tomado la decisión en cuanto a la intervención se refiere de que esta se lleve a cabo en un barrio del entorno urbano de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria.

4.1. Los destinatarios directos: los destinatarios directos del proyecto serían el familiar/es de aquellas personas mayores dependientes a las que cuidan en el desempeño de su rol como cuidador principal y/o secundario y que se encuentran a la espera del reconocimiento por parte del SAAD de la situación como dependientes de la persona mayor a la que cuidan, aquellos que aun habiéndoles sido reconocida su condición como dependientes todavía no se les hayan asignado ningún tipo de servicios o prestaciones, a los que se les hayan negado el reconocimiento de su situación como dependiente por falta de algún requisito y a aquellos que todavía siguen sin plantearse solicitar la Ley de Dependencia. El proyecto estará dirigido a 60 familiares con mayores dependientes a su cargo, mayores de 18 años.

4.2. Los destinatarios indirectos: Los destinatarios indirectos del proyecto serían aquellas personas dependientes a las que atiende el cuidador principal, así como otros miembros del entorno familiar, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc., además del propio Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

4.3. Macro-localización: el proyecto se realizará dentro del municipio de Las Palmas de Gran Canaria.

4.4. Micro-localización: El lugar físico donde se desarrollarán las actividades propuesta en el proyecto de intervención será en una de las salas del local social de la Asociación de Vecinos de la Voz del Batán, ubicado en calle Severo Ochoa S/N, barrio El Batán.

5. Equipo responsable de la intervención. (Estructura orgánica y funcional).

El equipo responsable de la intervención estará compuesto de entre 11 a 13 personas con diferentes perfiles profesionales, entre los que se encuentran:

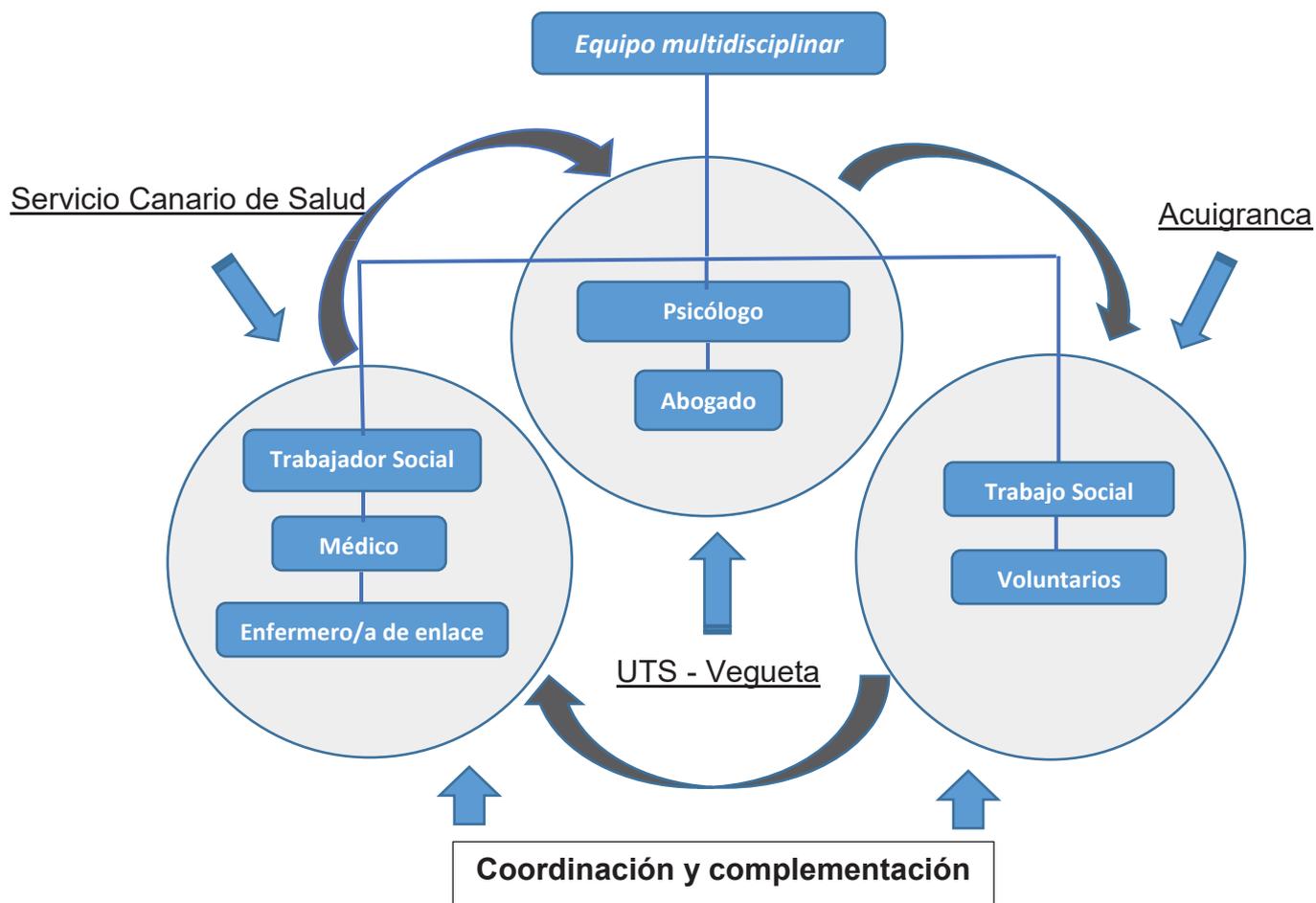
- 2 Trabajador/a Social
- 1 Médico de Familia

- 1 Enfermero/a de enlace
- 1 Psicólogo/a
- 1 Abogado/a
- 5/7 personas voluntarias (familiares o excuidadores)

Estos formarán un grupo de multidisciplinar de profesionales que colaborará en equipo de manera coordinada y complementaria aportando sus conocimientos y recursos desde sus áreas profesionales respectivas, contando además con la ayuda de varios voluntarios (profesionales, cuidadores informales, etc.) con los que alcanzar los objetivos y metas propuestas en el proyecto de intervención. Por otro lado, los profesionales participantes del proyecto procederán a su vez de diferentes sistemas sociosanitarios como son Servicios Sociales, Sanidad y Tercer Sector. Estos son los siguientes:

- **Servicios Sociales Municipales:** Unidad de Trabajo Social Vegueta. Oficinas municipales de Servicios Sociales (Distrito Vegueta – Cono Sur – Tafira).
 - Psicólogo/a
 - Abogado/a
- **Servicio Canario de Salud:** Centro de Salud de Zona (San Roque-Triana).
 - Médico
 - Enfermero/a de enlace
- **Tercer Sector:** Asociación de Cuidadores de Gran Canaria (Acuigranca).
 - Trabajador/a Social
 - Voluntarios/as

Organigrama funcional



6. Objetivos: Generales, específicos, y metas.

6.1. Objetivo general:

Mejorar la calidad de vida del familiar/es de la persona dependiente (cuidador principal o secundario).

6.2. Objetivos específicos (OE1, OE2 y OE3):

OE1: Reducir la carga del cuidador/a detectada en la valoración mediante el ofrecimiento de los apoyos adecuados evitando su claudicación.

OE2: Ofrecer información, orientación y asesoramiento relevante dirigida al grupo, sobre recursos formales e informales en los que apoyarse a lo largo del proceso de cuidados.

OE3: Enseñar diferentes conocimientos, estrategias y habilidades para afrontar la atención y cuidados del mayor dependiente y el relacionado con el autocuidado; además de implicar asertivamente a otros miembros de la familia.

6.3. Metas:

OE1	<ol style="list-style-type: none"> 1.1. Diseñar diferentes formatos de publicidad relacionadas con el proyecto de intervención en el plazo de dos semanas antes de la intervención. 1.2. Contactar con las instituciones que van a formar parte del proyecto en el plazo de dos semanas. 1.3. Repartir el 100% de cartelería, dípticos y trípticos publicitarios relacionados con el proyecto de intervención en aquellos Centros donde se llevarán a cabo las actividades a desarrollar, antes del comienzo de la intervención, en el plazo de dos semanas. 1.4. Organizar no menos de 5 reuniones de coordinación con los diferentes profesionales de los servicios sociosanitarios participantes en el proyecto a lo largo de la intervención, en el plazo de una semana en cada una de ellas. 1.5. Realizar visitas domiciliarias al 100% de los usuarios seleccionados en el plazo de las cuatro primeras semanas. 1.6. Evaluar a través de un cuestionario para la detección de sobrecarga de cuidadores informales (test Zarit) al menos al 80% de los usuarios que se encuentren en esta situación pertenecientes al centro de salud en el plazo de una semana. 1.7. Analizar el 100% de los datos obtenidos a través de cuestionarios para la detección de sobrecarga de cuidadores informales (test Zarit) en el plazo de una semana. 1.8. Elaborar un informe donde se incluya el 100% de los casos más necesitados de ayuda profesional del total de plazas admitidas (60) en función de los resultados obtenidos por el profesional responsable en el plazo de una semana. 1.9. Hacer llegar los resultados obtenidos y el diagnóstico del informe al 100% de los profesionales participantes en el proyecto de intervención de los diferentes servicios sociosanitarios. 1.10. Realizar al menos 3 reuniones en los centros que participarán en el proyecto para la difusión de los contenidos, charlas y talleres que se impartirán, dirigida a usuarios y familiares en el plazo de 3 semanas. 1.11. Confeccionar con las personas seleccionadas para el proyecto de intervención 5 grupos de autoayuda (12 personas) en el plazo de 3 semanas. 1.12. Lograr la participación al menos del 75% de los usuarios seleccionados en los grupos de autoayuda hasta la finalización de la intervención.
------------	---

<p>OE2</p>	<p>2.1. Organizar 3 charlas de información, asesoramiento y orientación dirigida a los usuarios participantes en los grupos de autoayuda en el plazo de 3 semanas.</p> <p>2.2. Contactar con el 100% de los profesionales pertenecientes a las diferentes instituciones socio-sanitarias participantes en el proyecto para la impartición de las charlas de información, asesoramiento y orientación en el plazo de una semana.</p> <p>2.3. Establecer y coordinar con el 100% de los profesionales participantes en las charlas de información, asesoramiento y orientación las acciones necesarias para la realización de los mismos dentro en el plazo de 3 semanas.</p> <p>2.4. Acordar con el 100% de las instituciones participantes el establecimiento o lugar para la impartición de las charlas de información, asesoramiento y orientación en el plazo de una semana.</p> <p>2.5. Repartir el material necesario al 100% de los usuarios participante en las charlas de información, asesoramiento y orientación en el plazo de dos semanas.</p> <p>2.6. Logra la participación de no menos del 80% de los usuarios en las charlas de información, asesoramiento y orientación durante el mes de mayo y junio.</p> <p>2.7. Evaluar mediante exámenes tipo test lo asimilado por parte del 100% de los usuarios participantes en los contenidos vistos durante las charlas de información, asesoramiento y orientación en el plazo de una semana.</p> <p>2.8. Comprobar que al menos el 75% de los usuarios participantes aprueben el examen tipo test con una nota de 5.</p> <p>2.9. Rellenar por el 100% de los usuarios participantes en las charlas de información, asesoramiento y orientación los cuestionarios de satisfacción sobre lo aprendido durante el desarrollo de los mismo en el plazo de una semana.</p> <p>2.10. Comprobar que al menos el 60% de los participantes en las charlas de información, asesoramiento y orientación hayan contestados de forma positiva los cuestionarios de satisfacción.</p>
	<p>3.1. Organizar 3 talleres sobre diferentes conocimientos, estrategias y habilidades para afrontar los cuidados del mayor dependiente y el relacionado con el autocuidado dirigida a los grupos creados (autoayuda) en el plazo de 3 semanas.</p> <p>3.2. Contactar con el 100% de los profesionales pertenecientes a las diferentes instituciones socio-sanitarias participantes en el proyecto para la impartición de los talleres en el plazo de una semana.</p> <p>3.3. Establecer y coordinar con el 100% de los profesionales participantes en los talleres las acciones necesarias para la realización de los mismos en el plazo de 3 semanas.</p> <p>3.4. Acordar con el 100% de las instituciones participantes el establecimiento o lugar para la impartición de los talleres en el plazo de dos semanas.</p> <p>3.5. Preparar todo el material necesario dirigido al 100% de los usuarios participantes en los talleres en el plazo de 3 semanas.</p>

OE3	<p>3.6. Lograr la participación al menos del 75% de los usuarios en todos los talleres de conocimientos, estrategias y habilidades para afrontar los cuidados del mayor dependiente y el relacionado con el autocuidado.</p> <p>3.7. Evaluar mediante exámenes tipo test lo asimilado por parte del 100% de los usuarios participantes en los talleres de conocimientos, estrategias y habilidades para afrontar los cuidados del mayor dependiente y el relacionado con el autocuidado en el plazo de dos semanas.</p> <p>3.8. Comprobar que al menos el 75% de los usuarios participantes aprueben el examen tipo test con una nota media de 5.</p> <p>3.9. Rellenar por el 100% de los usuarios participantes en los talleres de conocimientos, estrategias y habilidades para afrontar los cuidados del mayor dependiente y el relacionado con el autocuidado los cuestionarios de satisfacción sobre lo aprendido durante el desarrollo de los mismo en el plazo de una semana.</p> <p>3.10. Comprobar que al menos el 60% de los participantes en los talleres de conocimientos, estrategias y habilidades hayan contestados de forma positivas los cuestionarios de satisfacción.</p> <p>3.11. Enviar un informe de los resultados obtenidos al 100% de los responsables de cada área de las diferentes instituciones Sociosanitarias participantes en el proyecto en el plazo de una semana.</p>
------------	--

7. Metodología: principios metodológicos en los que se basa la intervención y la relación de los modelos teóricos que orientan la acción.

Con la intención de lograr una mejora de la situación personal de los cuidadores informales y sus familiares se busca mediante la utilización de una metodología basada en el **modelo Sistémico-Ecológico** un cambio sobre éstos y de las circunstancias sociales del contexto en el que viven, reduciendo o eliminando las situaciones de sobrecarga y estrés que conllevan los problemas derivados de los cuidados informales, al ayudarles a mantener un mayor contacto y participación con otros sistemas con los que interaccionan en lo familiar, económico, profesional y social; mejorando para ello aquellas deficiencias detectadas en las interacciones con otros sistemas con la que lograr una mejor comunicación, facilitándole con ello un mejor integración en la sociedad en la que viven (Díaz Bolaños, González Bueno y Pérez Rodríguez, 2008).

7.1. Estructura metodológica

En el desarrollo de la intervención se hará uso de varios de los procedimientos, técnicas e instrumentos de los modelos que forman parte del modelo Sistémico-ecológico como son el de **Terapia Familiar Sistémica**, **Intervención Social**

Sistémico y el modelo de **Intervención en Redes** dándonos la posibilidad de intervenir de la forma más holística posible con los diferentes participantes del proyecto (profesionales, familias, organizaciones, instituciones...) gracias a la importancia que adquiere en su aplicación metodológica la fluidez de las interacciones y comunicaciones entre sistemas, la necesidad del establecimiento de las redes necesarias con las que poder alcanzar un mayor equilibrio entre los diferentes sistemas y el aprendizaje por parte de los usuarios de ciertos conocimientos, técnicas y habilidades sociales con los que facilitar una mejor interacción e integración en la comunidad, logrando con ello alcanzar los objetivos establecidos en el diseño del proyecto al dotar de una mayor estabilidad y confort al cuidador informal mejorando su calidad de vida e indirectamente la del mayor dependiente al que cuida.

Por esta razón, nada más comenzar con la intervención durante las visitas domiciliarias programadas con las familias buscaremos aquellos problemas habidos en las conexiones de esta con su situación personal, observando y analizando el contexto de las relaciones y el tipo de comunicación dentro del círculo familiar, ya que los problemas que puedan existir entre los miembros que la conforman se puede estar manifestando por la deficiente comunicación e interacción entre los mismos dificultando o impidiendo una adecuada conexión con otros sistemas que forman parte de su entorno más inmediato (Comunidad, familia, instituciones...) dando lugar a situaciones de desequilibrio (Díaz Bolaños, et al, 2008).

Para ello procederemos durante la introducción al sistema familiar una vez hemos informado sobre el proyecto de intervención, el tipo de actividades que pretendemos desarrollar, la finalidad del mismo y los tipos de recursos existentes; a recoger información de los distintos miembros del núcleo familiar por medio de diferentes instrumentos (diario de campo, Ecomapa, genograma...) mientras hacemos uso de la técnica de la entrevista cualitativa con la que buscaremos entender a través de sus respuestas la interpretación que estos hacen de su situación personal (problemas, necesidades...) buscando comprender sus percepciones, motivaciones, sentimientos, etc.; con el objetivo de que surja una aireación con las que poder informar, aconsejar y buscar soluciones prácticas. También el Trabajador Social hará uso durante el desarrollo de la visita

domiciliaria de la observación participante con la que poder analizar el lenguaje corporal durante las interacciones de los distintos componentes del sistema familiar del cual extraeremos un diagnóstico del sistema. A la hora de ir dando por finalizada la visita domiciliaria mostraremos a los diferentes componentes de la familia un sentimiento de acompañamiento y alianza con los que empezar a reforzar los vínculos con el sistema familiar hasta el final del proyecto.

Por otro lado, una vez analizado y diagnosticado los problemas encontrados dentro de los núcleos familiares haremos uso del modelo de **Intervención Social Sistémico**, donde se pretende intervenir para solucionar los posibles problemas que se producen en la interacción entre la persona y los sistemas informales (familia, amigos, etc.), formales (grupo político, grupo sindical, etc.) y socializados (escuelas, hospitales, etc.) por el hecho de no disponer de esos sistemas de apoyo social, por no conocer los mismos, no querer utilizarlos o por incompatibilidades de intereses entre los mismos. Por lo cual, una vez que el Trabajador Social ha de detectado las causas de la deficiente interacción de la persona con otros sistemas, las ayuda a que estas utilicen de la mejor forma posible las cualidades innatas que hay en cada persona, además de facilitar el contacto entre la necesidad de la persona y el posible recurso existente al que puede acudir (Díaz Bolaños et al., 2008).

Para ello habremos observado los diversos sistemas que intervienen en el mismo buscando unos objetivos y estrategias a seguir para establecer o restablecer todos aquellos contactos necesarios para el núcleo familiar, llevando a cabo todas las gestiones necesarias por parte del Trabajador Social como son el establecimiento de los contactos iniciales con todos los recursos humanos e institucionales necesarios (familiares, profesionales, organizaciones e instituciones) con los que llevaremos a cabo intercambio de documentación (informes e información); formalización de grupos de trabajo, acuerdos de los procedimientos operativos a llevar a cabo y organización de los mismos, reuniones, contratos, etc. Una vez se han establecido los vínculos necesarios se mantendrá un contacto y coordinación con los que mantener una retroalimentación constante evitando situaciones de pérdida de motivación o desvinculación estableciendo las reglas, roles y objetivos que van a regir en los grupos. Trataremos siempre de buscar la implicación activa de todas las partes

participantes en la intervención para propiciar la estabilidad durante la acción de cambio.

En el último de los modelos a utilizar (redes) queremos ofrecer entrenamiento al individuo en los que hacer crecer sus recursos y potencialidades personales en la búsqueda de soluciones a sus problemas como a estimular los sistemas de apoyo a nivel social, ofreciendo un efecto muy positivo para el individuo al poder compartir sus circunstancias personales con otras personas en busca de posibles apoyos tanto materiales como afectivos. Por lo tanto, el trabajo en red aplicado con este modelo ofrece una serie de conocimientos e interconexiones en grupos que proporciona modelos de ayuda y esfuerzo para enfrentarse a los avatares de la vida cotidiana, ayudando a aquellas personas que lo requieren, así como para favorecer la participación de la propia comunidad en la resolución de sus propios problemas, formándose grupos de autoayuda (Díaz Bolaños, et al., 2008).

Para ello procederemos a organizar grupos de autoayuda con familiares con perfiles los más homogéneos posibles en cuanto al tipo de enfermedad o minusvalía de la persona dependiente a la que cuida, para dar la posibilidad de compartir información sobre experiencias, puntos de vista, preocupaciones, sentimientos comunes con el que facilitar una intervención psicosocial a través de un equipo multidisciplinar de profesionales con los objetivos de aumentar o completar los recursos de apoyo de las redes de los usuarios, favoreciendo la estabilidad, flexibilidad y reciprocidad de las mismas, así como crear recursos sustitutivos, aumentar las habilidades sociales, la capacidad de autocuidado del cuidador principal y la de otros miembros más importantes en su sistema de apoyo. Por otro lado, los profesionales deberán asumir el modelo común de trabajo con bases ecosistémicas, donde existe un cambio de roles profesionales y una pérdida de poder y control sobre los familiares y cuidadores, al ser estos quienes se responsabilizan de su propio crecimiento personal.

7.2. Sistemas de coordinación

Coordinación externa

Será necesaria durante las interacciones en la comunicación y acuerdos mantenidos con los diversos sistemas sociosanitarios participantes, así como con las diversas administraciones que directa o indirectamente tengan que ver con el proyecto de intervención para peticiones, concesión o tramitación de información, solicitudes, informes; subvenciones y recursos, además de aquellas actuaciones necesarias con los que alcanzar los objetivos previstos en el proyecto.

Por lo cual, se mantendrán contacto y acciones de coordinación con el Gobierno de Canarias, Ayuntamiento, Cabildo en cuanto a las administraciones se refiere por ser estas los máximos órganos de gestión a nivel insular encargadas de autorizar, conceder o tramitar una parte de la documentación y subvenciones necesarias para poder llevar a cabo el proyecto de intervención. Por otro lado, también se trabajará en coordinación con Servicios Sociales Municipales a través de La Unidad de Trabajo Social de Vegueta, Servicio Canario de Salud a través del Centro de Salud de Zona (San Roque-Triana) y Tercer Sector a través de la Asociación de Cuidadores de Gran Canaria (Acuigranca) en cuanto a las diferentes actuaciones organizar y realizar a lo largo de la intervención como son la realización de ciertos servicios, impartición de conocimientos e información, asesoramiento; enseñanza de estrategias, habilidades, etc.

En la coordinación con las diferentes administraciones y servicios sociosanitarios se concertarán diversas reuniones de tipo formal e informal según las circunstancias, en las que se mantendrá un contacto directo con los responsables del área correspondiente con los que tratar, acordar o concluir todas aquellas gestiones o actuaciones necesarias en la ejecución del proyecto. Por otro lado, también se mantendrá un contacto indirecto por medios telemáticos y más media (web institucional, email, teléfono, etc.) con los que

igualmente obtener una correcta coordinación en las gestiones y acciones entre las diferentes administraciones e instituciones participantes.

Coordinación interna

Será llevada a cabo por un equipo multidisciplinar de profesionales procedentes de diferentes sistemas sociosanitarios y tercer sector, que colaborarán entre ellos de manera coordinada y complementaria aportando al proyecto de intervención los conocimientos y recursos que poseen desde sus áreas profesionales correspondientes. Los diferentes profesionales llevarán a cabo aquellas actividades y tareas programadas apoyándose de un grupo de voluntarios que facilitarán su realización a lo largo de la intervención, colaborando en la organización y puesta en marcha de las mismas en un trabajo igualmente coordinado entre estos y los diferentes profesionales.

Estas actividades y tareas se habrán programado con el consenso y visto bueno de todos los profesionales y usuarios participantes mediante las diversas reuniones (formales e informales) mantenidas previamente a la puesta en marcha de la intervención, quedando abiertas las mismas a posibles anulaciones, modificaciones e implementaciones que serán preciso acordar en las diferentes reuniones de coordinación establecidas. Por otro lado, los profesionales y voluntarios se mantendrán igualmente bien coordinados mediante las reuniones formales e informales establecidas y los diversos recursos tecnológicos existentes (llamadas al móvil, fijo, WhatsApp, email, Skype...) para el intercambio de opiniones, información, documentación, etc.; relacionada con la intervención.

Por otro lado, se llevarán a cabo reuniones (formales e informales) sin un número prefijado en su utilización por lo imprevisible en cuanto a su necesidad de uso por parte de los profesionales, voluntarios y usuarios, aunque si se programarán un número fijo de 5 reuniones de coordinación entre profesionales, voluntarios y representación de usuarios durante la primera semana de febrero, abril, junio, septiembre y noviembre; en donde se evaluará lo realizado hasta ese momento, se organizarán las actividades y tareas venideras, se acordarán cambios, se

establecerán o quitarán recursos, se implementarán o anularán algunas de las actividades programadas para dar lugar a otras que se consideren más necesarias para los usuarios.

8. Actuaciones y actividades.

		ACTIVIDADES
OBJETIVO GENERAL	OE1	<ul style="list-style-type: none"> Seguimiento periódico desde el Centro de Salud de la situación del familiar y de la persona dependiente. Apoyo por parte de un profesional (psicólogo/a), especializado en dependencia. Organización grupos de auto-ayuda de familiares de dependientes.
	OE2	<ul style="list-style-type: none"> Información en grupo sobre las funciones principales del cuidador. Asesoramiento mediante charlas en grupo de los recursos formales e informales a los que los cuidadores pueden acudir. Orientación formativa y laboral del familiar.
	OE3	<ul style="list-style-type: none"> Formación en grupo en diferentes estrategias para afrontar los cuidados y atención dirigidos al mayor dependiente. Formación en grupo en diferentes ámbitos relacionados con el autocuidado. Formación en grupo en diferentes técnicas de habilidades Sociales con los que fortalecer las redes afectivas más cercanas (familia, amigos, etc.), además de genera otras nuevas.

En este apartado se exponen las diferentes actividades y tareas relacionadas con los objetivos específicos dependientes del objetivo general del proyecto de intervención. A continuación, primero se muestran los objetivos específicos y seguidamente se visualizan las actividades y tareas tal y como se puede ver a continuación:

OE1	Reducir la carga del cuidador/a detectada en la valoración mediante apoyo profesional y la creación de grupos de ayuda mutua que sirvan de ayuda para evitar su claudicación.
-----	---

Actividades

Seguimiento periódico desde el Centro de Salud de la situación del familiar y de la persona dependiente.

Tareas:

- Llamadas 1 vez al mes desde el centro de salud por parte del enfermero/a de enlace o Médico de familia.
- Visita domiciliaria 1 vez al mes por parte del Trabajador/a Social o enfermera/o de enlace.
- Establecimiento de una línea directa (teléfono) entre el familiar y los profesionales (médico, enfermero/a, psicólogo/a o Trabajador/a Social).
- Creación un grupo de WhatsApp donde exponer sus inquietudes aprovechado los nuevos medios virtuales.
- Realización de cuestionarios de evaluación para detección de sobrecarga en los cuidadores informales (Zarit, Robinson...) (ver en anexo 3. "CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN DE SOBRECARGA".).

Apoyo por parte de un profesional (psicólogo/a), especializado en dependencia.

Tareas:

- Estudio psicólogo del estado emocional o nivel de estrés en el que se encuentra el familiar.
- Charla del psicólogo que sirvan de desahogo al familiar, donde animar a la persona expresar sus sentimientos y pensamientos.
- Consejos del psicólogo de cómo gestionar las emociones en el día a día con la persona dependiente.
- Creación de una cuenta en Facebook, donde exponer diferentes consejos, información, actividades de interés, fotos, etc.
- Expresión de elogios y reconocimiento de los esfuerzos realizados.
- Fomento de la autoestima y los sentimientos de identidad.

Organización grupos de auto-ayuda de familiares de dependientes.

Tareas:

- Comunicación (cartelería, consultas médicas, llamadas telefónicas, buzoneo, etc.) a familiares con personas dependientes a su cargo de la intención de organizar grupos de autoayuda.
- Creación de una lista de inscripción o base de datos donde se recojan los datos personales de las personas interesadas.

- Llamamiento a los familiares para comunicarles cuando y donde se llevarán a cabo las reuniones.
- Acondicionamiento del lugar/es donde se llevarán a cabo las reuniones con los familiares.
- Establecimiento de los puntos a tratar dentro de la reunión/es.
- Determinación del nº de grupos a establecer en función del número de personas interesadas en formar parte de los grupos de autoayuda.
- Determinación de las normas que deber regir los grupos de autoayuda.

OE2

Ofrecer información, orientación y asesoramiento relevante dirigida al grupo, además de los recursos formales e informales en los que apoyarse a lo largo del proceso de cuidados.

Actividades

Información en grupo sobre las funciones principales del cuidador.

Tareas:

- Información sobre los procedimientos a llevar a cabo a la hora de solicitar el reconocimiento de la dependencia a través del Gobierno de Canarias.
- Instrucción en el manejo del dependiente según el tipo de patología.
- Reunión en grupo para explicar en qué consiste la Ley de Dependencia.
- Entrega de copias de la Ley de Dependencia a los familiares.
- Información sobre los pasos a seguir en cuanto a tutela, curatela, guarda de hecho y demanda de incapacitación del mayor dependiente.

Asesoramiento mediante charlas en grupo de los recursos formales e informales a los que los cuidadores pueden acudir.

Tareas:

- Explicación sobre los servicios y prestaciones a los que tiene derecho el mayor dependiente y el cuidador principal a través de la Ley de Dependencia.
- Explicación sobre cómo acceder a los diversos servicios de respiro a los que pueden optar los cuidadores informales.

- Explicación sobre las asociaciones de familiares de mayores dependiente a las que pueden acudir en la zona.
- Información sobre las webs especializadas en cuidados informales.
- Explicación de los diversos recursos de los Servicios Municipales de Zona a los que puede acceder el mayor dependiente y el familiar.
- Reparto de folletos informativos sobre servicios y prestaciones de los servicios municipales de zona (Ayuntamiento).

Orientación formativa y laboral del familiar.

Tareas:

- Generación y utilización por parte del Trabajador un formulario donde recojan los datos personales y situación actual del familiar (años trabajados, estudios finalizados, situación laboral actual, recursos económicos propios, estado de salud, etc.).
- Estudio por parte del Trabajador social de la necesidad formativa o de orientación laboral del familiar.
- Ayuda por parte del Trabajador Social en la identificación de metas personales.
- Explicación sobre los posibles recursos disponibles donde acudir.
- Información sobre formación reglada o no reglada que puede realizar.

OE3

Enseñar diferentes conocimientos, estrategias y habilidades para afrontar la atención y cuidados del mayor dependiente, el relacionado con el autocuidado; además de implicar asertivamente a otros miembros de la familia.

Actividades

Formación en diferentes estrategias para afrontar los cuidados y atención dirigidos al mayor dependiente.

Tareas:

- Formación en cuidados asistenciales en función de las patologías del mayor dependiente.

- Formación en primeros auxilios.
- Explicación del manejo de los factores ambientales que puedan favorecer el bienestar de la persona mayor dependiente durante los cuidados.
- Prevención del aislamiento social a través de actividades sociales y comunitarias.
- Explicación de cómo gestionar y organizar el tiempo dedicado a los cuidados con el tiempo libre destinado al descanso.
- Prevención ante situaciones donde se manifiesten situaciones de cansancio, estrés, ansiedad o bajos estados emocionales.

Formación en diferentes ámbitos relacionados con el autocuidado.

Tareas:

- Información sobre cómo llevar una vida saludable.
- Explicación de técnicas (relajación, meditación, concentración, etc.) para prevenir o reducir síntomas relacionados con el estrés, ansiedad o la depresión.
- Explicación de cómo llevar a cabo una dieta equilibrada.
- Consejo sobre la posibilidad de realizar actividades deportivas.
- Concienciación en la necesidad de buscar pequeños momentos de ocio y tiempo libre (Cine, compras, playa, asadero, quedar con amigos, etc.).
- Explicación de la necesidad de establecer diferentes vínculos (familiares, vecinos, amigos, compañeros del grupo de auto-ayuda, etc.) para evitar el aislamiento social.

Formación en diferentes técnicas de habilidades Sociales con los que fortalecer las redes afectivas más cercanas (familia, amigos, etc.), además de genera otras nuevas.

Tareas:

- Aplicación de la técnica en habilidades sociales denominada aprendizaje de conducta.
- Aplicación de la técnica en habilidades sociales denominada sondeo de problemas.

- Aplicación de la técnica en habilidades sociales de denominada modelado.
- Aplicación de la técnica en habilidades sociales denominada Roll Playing (juego de roles).
- Aplicación de la técnica en habilidades sociales denominada Grupo Nominal.
- Aplicación de la técnica en habilidades sociales denominada Refuerzo positivo.

9. Desarrollo temporal

ACTIVIDADES \ MESES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
OE1: Seguimiento periódico desde el Centro de Salud de la situación del familiar y de la persona mayor dependiente.	X	Semana1	Semana1	Semana1	Semana1	Semana1	Semana1	X	Semana1	Semana1	Semana1	X
	X	Semana2	Semana2	Semana2	Semana2	Semana2	Semana2	X	Semana2	Semana2	Semana2	X
	X	Semana3	Semana3	Semana3	Semana3	Semana3	Semana3	X	Semana3	Semana3	Semana3	X
	X	Semana4	Semana4	Semana4	Semana4	Semana4	Semana4	X	Semana4	Semana4	Semana4	X
OE1: Apoyo por parte de un profesional (psicólogo/a), especializado en dependencia.	X	Semana1	Semana1					X				X
	X	Semana2	Semana2					X				X
	X	Semana3	Semana3					X				X
	X	Semana4	Semana4					X				X
OE1: Organización grupos de auto-ayuda de familiares de dependientes.	X		Semana1					X				X
	X		Semana2					X				X
	X		Semana3					X				X
	X		Semana4					X				X
OE2: Información en grupo sobre las funciones principales del cuidador.	X			Semana1	Semana1			X				X
	X			Semana2	Semana2			X				X
	X			Semana3	Semana3			X				X
	X			Semana4	Semana4			X				X
OE2: Asesoramiento mediante charlas en grupo de los recursos formales e informales a los que los cuidadores pueden acudir.	X				Semana1			X				X
	X				Semana2			X				X
	X				Semana3			X				X
	X				Semana4			X				X
OE2: Orientación formativa y laboral del familiar.	X					Semana1		X				X
	X					Semana2		X				X
	X					Semana3		X				X
	X					Semana4		X				X
OE3: Formación en diferentes estrategias para afrontar los cuidados y atención dirigidos al mayor dependiente.	X					Semana1	Semana1	X				X
	X					Semana2	Semana2	X				X
	X					Semana3	Semana3	X				X
	X					Semana4	Semana4	X				X
OE3: Formación en diferentes ámbitos relacionados con el autocuidado.	X							X	Semana1			X
	X							X	Semana2			X
	X							X	Semana3			X
	X							X	Semana4			X
OE3: Formación en diferentes técnicas de habilidades Sociales con los que fortalecer las redes afectivas más cercanas (familia, amigos, etc.), además de genera otras nuevas.	X							X		Semana1	Semana1	X
	X							X		Semana2	Semana2	X
	X							X		Semana3	Semana3	X
	X							X		Semana4	Semana4	X

10. Recursos necesarios

En cuanto a los recursos necesarios (humanos, materiales y financieros) para la realización del proyecto de intervención a continuación se muestra una estimación de los gastos previstos:

PRESUPUESTO			
INGRESOS		GASTOS	
SUBVENCIONES (EN TRAMITE)		GASTOS CORRIENTES	
Gobierno de Canarias	¿X? €	- Costo de personal	69.750 €
		- Seguridad Social	32.000 €
Ayuntamiento de Las Palmas de G.C.	¿X? €	- Desplazamientos de usuarios	1.500 €
		- Material de actividades	1.250 €
Cabildo de Gran Canaria	¿X? €	GASTOS ADMINISTRATIVOS	
		- Luz	700 €
		- Agua	300 €
La Caixa	¿X? €	- Alquiler	1800 €
		- Material de oficina	750 €
Usuarios	¿X? €	- Seguro	180 €
		- Conexión a Internet	400 €
-----	-----	GASTOS INVENTARIABLES	
		- Fotocopiadora	120 €
-----	-----	- Proyector	400 €
		- Portátil	500 €
-----	-----	- Ordenador de sobremesa	800 €
		TOTAL	
		GASTOS IMPREVISTOS (10%)	11.045 €
TOTAL DE INGRESOS	¿X?	TOTAL DE GASTOS PREVISTOS	121.495 €

11. Sistema de evaluación

El sistema de evaluación que se pretende poner en marcha en el proyecto de intervención busca medir y evaluar las actividades proyectadas por medio de un enjuiciamiento analítico entre lo diseñado y lo ejecutado para comprobar si se ha alcanzado las metas y objetivos planteados en el diseño del proyecto al comparar sus resultados con lo planificado previamente. Para lo cual, se ha escogido un modelo de evaluación no experimental o simple (antes y después) que proporciona una visión preliminar de la eficacia de un proyecto de intervención, con los que extraer posteriormente una serie de conocimientos que nos ayudaran en el proceso de retroalimentación. También pretende ser de utilidad al proporcionar información necesaria al medir y evaluar aquellos elementos que forman parte de las diferentes fases (formulación, implementación, ejecución y evaluación final) del proyecto de intervención, determinando con ello la factibilidad de su continuidad, modificación o supresión del mismo; comprendiendo por un lado, una medición cualitativa en cuanto a los interrogantes planteados, así como otra cuantitativa mediante la contabilización de las metas propuestas (Días Bolaños et al., 2007). A continuación, se muestran las preguntas de cada una de las fases de evaluación y una tabla evaluativa.

Evaluación del diseño

Con la evaluación de la fase del diseño se pretende comprobar si las acciones, medios y los recursos humanos a utilizar son los adecuados en la ejecución del proyecto de intervención, contestando a las siguientes preguntas:

- ¿Existe una relación directa entre los problemas y necesidades detectadas en el grupo de población objeto de estudio y proyecto de intervención diseñado?
- ¿Guarda el proyecto de intervención alguna relación con las políticas, planes o programas de las instituciones participantes en el mismo?
- ¿De qué manera se ayuda a resolver los problemas o una parte de los mismos a través las metas y objetivos propuestos?
- ¿Tiene el proyecto de intervención capacidad operativa suficiente para concretar los objetivos, mediante la realización de las metas establecidas?

- ¿Es consecuente la situación socioeconómica actual con la puesta en marcha del proyecto de intervención?
- ¿Existe disponibilidad suficiente de recursos para alcanzar los objetivos y metas establecidos?
- ¿Se ha obtenido un respaldo suficiente por parte de las instituciones o usuarios participantes en el proyecto? ¿Puede existir algún tipo de conflicto de intereses?

Evaluación de implementación

Es la fase donde buscaremos poner en marcha todas aquellas gestiones que conducirán a que éste se pueda poner en práctica, de donde deduciremos posteriormente las preguntas evaluativas siguientes:

- ¿Están las personas a las que se destina este proyecto de intervención lo suficientemente interesadas en participar activamente en el mismo? ¿Y los profesionales y voluntarios que forman parte de las instituciones que participan del proyecto de intervención? ¿Tienen las personas a las cuales se destina el proyecto conocimiento previo de la metodología, actividades, metas, objetivos del proyecto de intervención?
- ¿Son los plazos previstos en el calendario suficientes para desarrollar las tareas y actividades del proyecto o por el contrario se estiman limitados?
- ¿Son los recursos humanos en los cuales nos apoyamos y complementamos los más idóneos para alcanzar las metas y objetivos del proyecto de intervención? ¿Cuentan los recursos humanos participantes del proyecto con la cualificación adecuada? ¿Deberían estos los recursos humanos con los que cuenta el proyecto tener además una formación específica sin ser de la que ya disponen?
- ¿Son suficientes las instalaciones utilizadas para el desarrollo del proyecto de intervención? ¿Están estas instalaciones bien acondicionadas para el buen desarrollo de las tareas y actividades previstas? ¿Disponemos de los recursos materiales necesarios para llevar a cabo el proyecto? ¿son estos recursos materiales acordes a las necesidades de los usuarios, voluntarios y profesionales?

- ¿Hemos obtenido los recursos financieros suficientes para llevar a cabo el proyecto? ¿Son de procedencia pública o privada? ¿Nos permite hacer uso de los mismos sin limitaciones o nos imponen condiciones en su manejo?
- ¿Hemos logrado concretar con las diferentes instituciones participantes del proyecto aquellas instalaciones a utilizar? ¿Son estas instalaciones las idóneas para el buen desarrollo de la intervención? ¿Cuentan los usuarios con la información y material necesario para poder comenzar la intervención? ¿Se ha establecido las redes de contactos necesarias para dar comienzo el proyecto de intervención? ¿Está esta la red de contactos suficientemente coordinada entre sí antes de empezar?

Evaluación de la ejecución

Según Díaz Bolaños et al., (2007) se produce durante la fase donde se desarrolla el proyecto y que atiende a varios aspectos que se consideran necesarios en su evaluación, como son:

- **Propiedad del proyecto:** La capacidad real en la resolución de problemas que tiene el proyecto.
- ¿Han sido acertados los objetivos y metas seleccionadas y definidas en el diseño del proyecto una vez han sido aplicadas durante la realización del proyecto?
- ¿Cuáles son los indicios que apunta a una óptima resolución de las necesidades que se describieron durante el diagnóstico y formulación del proyecto?
- ¿Los efectos secundarios derivados de la ejecución del proyecto ayudan de alguna manera en la consecución de los objetivos o metas o por el contrario lo dificultan?
- ¿Muestran los usuarios el mismo entusiasmo durante el desarrollo de la intervención que antes de empezar el mismo?
- ¿Serían escogidos los mismos objetivos con los que dar respuesta a los problemas planteados a día de hoy una vez se ejecutado el proyecto?

- **Idoneidad del proyecto:** se entiende por lo acertado que se espera de la elección de las acciones que se pondrán en marcha para alcanzar los objetivos y metas previstas.
 - ¿Eran acordes las acciones llevadas a cabo en el logro de las metas propuestas?
 - ¿Era la metodología seleccionada en desarrollo de la intervención la adecuada para la obtención de los objetivos previstos?
 - ¿En la obtención de los objetivos previstos de qué forma han sido participes las metas propuestas?
 - ¿Son necesarias la introducción de modificaciones que optimicen las acciones realizadas? ¿Cuáles?
 - ¿Han sido bien asimiladas y ejecutadas las acciones llevadas a cabo en la intervención por parte de los usuarios? ¿Cuáles si y cuáles no?
 - ¿Han contado los usuarios del proyecto la disponibilidad de materiales necesarios en el buen desarrollo de la intervención? ¿y los profesionales responsables del proyecto de intervención?

- **Efectividad del proyecto:** se refiere al grado en el que se ha conseguido alcanzar los objetivos y las metas gracias a las acciones que se han llevado a cabo una vez realizada su medida. A continuación, se ofrece una tabla con la que se realizará las medidas oportunas como fórmula de control sobre estas metas y objetivos previstos en el diseño del proyecto; formando con ello la parte cuantitativa de la evaluación.

OBJETIVOS	METAS	EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD			INDICADOR
		Mayor de lo previsto	Lo previsto	Menor de lo previsto	
		INDICES			
		1	2	3	
	Diseñar diferentes formatos de publicidad relacionadas con el proyecto de intervención en el plazo de dos semanas.	Menos de 14 días	14	Más de 14 días	Tiempo
	Contactar con las instituciones que van a formar parte del				

OBJETIVO ESPECÍFICO 1	proyecto en el plazo de dos semanas.	Menos de 14 días	14 días	Más de 14 días	Tiempo
	Repartir el 100% de cartelería, dípticos y trípticos publicitarios relacionados con el proyecto de intervención en aquellos Centros donde se llevarán a cabo las actividades a desarrollar, antes del comienzo de la intervención, en el plazo de dos semanas.	Menos de 14 días	14 días	Más de 14 días	Tiempo
			El 100% de la cartelería, dípticos y trípticos	Menos del 100% de la cartelería, dípticos y trípticos	Optimización
	Organizar no menos de 5 reuniones de coordinación con los diferentes profesionales de los servicios sociosanitarios participantes en el proyecto a lo largo de la intervención, en el plazo de una semana en cada una de ellas.	Menos de 7 días	7 días	Más de 7 días	Tiempo
		Más de 5 reuniones	5 reuniones	Menos de 5 reuniones	Cantidad
	Realizar visitas domiciliarias al 100% de los usuarios seleccionados en el plazo de las cuatro primeras semanas.	Menos de 30 días	30 días	Más de 30 días	Tiempo
			Al 100% de los usuarios seleccionados	Menos del 100% de los usuarios seleccionados	Optimización
	Evaluar a través de un cuestionario para la detección de sobrecarga de cuidadores informales (test Zarit...) al menos al 80% de los usuarios que se encuentren en esta situación pertenecientes al centro de salud en el plazo de una semana.	Menos de 7 días	7 días	Más de 7 días	Tiempo
		Más del 80 % de los usuarios	El 80% de los usuarios	Menos del 80 % de los usuarios	Optimización
	Analizar el 100% de los datos obtenidos a través de cuestionarios para la detección de sobrecarga de cuidadores informales (test Zarit) en el plazo de una semana.	Menos de 7 días	7 días	Más de 7 días	Tiempo
			El 100 % de los datos obtenidos	Menos del 100% de los datos obtenidos	Optimización
	Elaborar un informe donde se incluya el 100% de los casos más necesitados de ayuda profesional del total de plazas admitidas (60) en función de los resultados obtenidos por el profesional responsable en el plazo de una semana.	Menos de 7 días	7 días	Más de 7 días	Tiempo
			El 100% de los casos	Menos del 100% de los casos	Optimización

	<p>Hacer llegar los resultados obtenidos y el diagnóstico del informe al 100% de los profesionales participantes en el proyecto de intervención de los diferentes servicios sociosanitarios en el plazo de dos semanas</p>	Menos de 14 días	14 días	Más de 14 días	Tiempo
			Al 100% de los profesionales	Menos del 100% de los profesionales	Optimización
	<p>Realizar al menos 3 reuniones en los centros que participarán en el proyecto para la difusión de los contenidos, charlas y talleres que se impartirá dirigida a usuarios, familiares en el plazo de 3 semanas.</p>	Menos de 21 días	21 días	Más de 21 días	Tiempo
		Más de 3 reuniones	3 reuniones	Menos de 3 reuniones	Cantidad
	<p>Confeccionar con las personas seleccionadas para el proyecto de intervención 5 grupos de autoayuda (12 personas) en el plazo de 3 semanas.</p>	Menos de 21 días	21 días	Más de 21 días	Tiempo
			5 grupos	Menos de 5 grupos	Cantidad
	<p>Lograr la participación al menos del 75% de los usuarios seleccionados en los grupos de autoayuda hasta la finalización de la intervención.</p>	Más del 75%	75%	Menos del 75%	Cantidad
	<p>Organizar al menos 3 charlas de información, asesoramiento y orientación dirigida a los usuarios participantes en los grupos de autoayuda en el plazo de 3 semanas.</p>	Menos de 21 días	21 días	Más de 21 días	Tiempo
		Más de 3 charlas	3 charlas	Menos de 3 charlas	Cantidad
		<p>Contactar con el 100% de los profesionales pertenecientes a las diferentes instituciones socio-sanitarias participantes en el proyecto para la impartición de las charlas de información, asesoramiento y orientación en el plazo de una semana.</p>	Menos de 7 días	7 días	Más de 7 días
			El 100% de los profesionales	Menos del 100% de los profesionales	Optimización
<p>Establecer y coordinar con el 100% de los profesionales participantes en las charlas de información, asesoramiento y orientación las acciones necesarias para la realización de los mismos dentro en el plazo de 3 semanas.</p>		Menos de 21 días	21 días	Más de 21 días	Tiempo
			El 100% de los profesionales	Menos del 100% de los profesionales	Optimización
<p>Acordar con el 100% de las instituciones participantes el</p>		Menos de 7 días	7 días	Más de 7 días	Tiempo

OBJETIVO GENERAL
OBJETIVO ESPECÍFICO 2

establecimiento o lugar para la impartición de las charlas de información, asesoramiento y orientación en el plazo de una semana.		El 100% de las instituciones participantes	Menos del 100% de las instituciones participantes	Optimización
Repartir el material necesario al 100% de los usuarios participante en las charlas de información, asesoramiento y orientación en el plazo de dos semanas.	Menos de 14 días	14 días	Más de 14 días	Tiempo
		Al 100% de los usuarios	Menos del 100% de los usuarios	Optimización
Logra la participación de no menos del 80% de los usuarios en las charlas de información, asesoramiento y orientación.	Más del 80% de usuarios	80 % de usuarios	Menos del 80% de usuarios	Cantidad
Evaluar mediante exámenes tipo test lo asimilado por parte del 100% de los usuarios participantes en los contenidos vistos durante las charlas de información, asesoramiento y orientación en el plazo de una semana.	Menos de 7 días	7 días	Más de 7 días	Tiempo
		El 100% de los usuarios participantes	Menos del 100% de los usuarios	Optimización
Comprobar que al menos el 75% de los usuarios participantes aprueben el examen tipo test con una nota de 5.	Más de un 5 de nota media	Un 5 de nota media	Menos de un 5	Utilidad
	Más del 75% de los usuarios	Un 75% de los usuarios	Menos del 75% de los usuarios	Cantidad
Rellenar por el 100% de los usuarios participantes en las charlas de información, asesoramiento y orientación los cuestionarios de satisfacción sobre lo aprendido durante el desarrollo de los mismo en el plazo de una semana.	Menos de 7 días	7 días	Más de 7 días	Tiempo
		El 100% de los usuarios participantes	Menos del 100% de los usuarios participantes	Optimización
Comprobar que al menos el 60% de los participantes en las charlas de información, asesoramiento y orientación hayan contestados de forma positiva los cuestionarios de satisfacción.	Más del 60% de los participantes	El 60% de los participantes	Menos del 60% de los participantes	Cantidad
	Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Utilidad
Organizar al menos 3 talleres sobre diferentes conocimientos,	Menos de 21 días	21 días	Más de 21 días	Tiempo

OBJETIVO ESPECÍFICO 3	estrategias y habilidades para afrontar los cuidados del mayor dependiente y el relacionado con el autocuidado dirigida a los grupos creados (autoayuda) en el plazo de 3 semanas.	Más de 3 talleres	3 talleres	Menos de 3 talleres	Cantidad
	Contactar con el 100% de los profesionales pertenecientes a las diferentes instituciones socio-sanitarias participantes en el proyecto para la impartición de los talleres en el plazo de una semana.	Menos de 7 días	7 días	Más de 7 días	Tiempo
			El 100% de los profesionales	Menos del 100% de los profesionales	Optimización
	Establecer y coordinar con el 100% de los profesionales participantes en los talleres las acciones necesarias para la realización de los mismos en el plazo de 3 semanas.	Menos de 21 días	21 días	Más de 21 días	Tiempo
			El 100% de los profesionales	Menos del 100% de los profesionales	Optimización
	Acordar con el 100% de las instituciones participantes el establecimiento o lugar para la impartición de los talleres en el plazo de dos semanas.	Menos de 14 días	14 días	Más de 14 días	Tiempo
			El 100% de las instituciones	Menos del 100% de las instituciones	Optimización
	Preparar el 100% del material necesario dirigido los usuarios participantes en los talleres en el plazo de 3 semanas.	Menos de 21 días	21 días	Más de 21 días	Tiempo
			El 100% del material	Menos del 100% del material	Optimización
	Lograr la participación al menos del 75% de los usuarios en todos los talleres de conocimientos, estrategias y habilidades para afrontar los cuidados del mayor dependiente y el relacionado con el autocuidado.	Más del 75 % de los usuarios	75% de los usuarios	Menos del 75% de los usuarios	Cantidad
	Evaluar mediante exámenes tipo test lo asimilado por parte del 100% de los usuarios participantes en los talleres de conocimientos, estrategias y habilidades para afrontar los cuidados del mayor dependiente y el relacionado con el autocuidado en el plazo de dos semanas.	Menos de 14 días	14 días	Más de 14 días	Tiempo
			100% de los usuarios	Menos del 100% de los usuarios	Optimización

	Comprobar que al menos el 75% de los usuarios participantes aprueben el examen tipo test con una nota media de 5.	Más del 75% de los usuarios	El 75% de los usuarios	Menos del 75% de los usuarios	Cantidad
		Más de un 5 de nota media	Un 5 de nota media	Menos de un 5 de nota media	Utilidad
	Rellenar por el 100% de los usuarios participantes en los talleres de conocimientos, estrategias y habilidades para afrontar los cuidados del mayor dependiente y el relacionado con el autocuidado los cuestionarios de satisfacción sobre lo aprendido durante el desarrollo de los mismo en el plazo de una semana.	Menos de 7 días	7 días	Más de 7 días	Tiempo
			El 100% de los usuarios participantes	Menos del 100% de los usuarios participantes	Optimización
	Comprobar que al menos el 60% de los participantes en los talleres de conocimientos, estrategias y habilidades hayan contestados de forma positivas los cuestionarios de satisfacción.	Más del 60% de los participantes	El 60% de los participantes	Menos del 60% de los participantes	Cantidad
		Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Utilidad
	Enviar un informe de los resultados obtenidos al 100% de los responsables de cada área de las diferentes instituciones Sociosanitarias participantes en el proyecto en el plazo de una semana.	Menos de 7 días	7 días	Más de 7 días	Tiempo
			El 100% de los responsable de cada área	Menos del 100% de responsables de cada área	Optimización

- **Eficiencia del proyecto:** son los recursos utilizados el reflejo de la consecución de las metas y objetivos.
- ¿Ha sido suficiente el presupuesto inicial para el buen desarrollo del proyecto de intervención? ¿Han estado presentes todos los recursos necesarios para la ejecución del proyecto o ha faltado alguno? ¿Cual?

REFLEXIONES Y CONCLUSIONES

El presente proyecto se ha llevado a cabo posteriormente a una exhaustiva búsqueda, análisis y recopilación de datos extraídos de diferentes estudios relacionados con los diversos aspectos que envuelven los cuidados informales, con la intención de obtener una base fundamentada a través de

un marco teórico que respaldase tanto el diseño como la puesta en práctica del proyecto de intervención con intención de dar todo el apoyo y ayuda posible al familiar/es que está/n al cuidado de una persona mayor dependiente (cuidador principal y/o secundario) con las que facilitarles una mayor calidad de vida.

A pesar que hasta hace algo menos de dos décadas los cuidados llevados a cabo dentro del entorno familiar formaban parte de la vida privada de las familias y apenas se sabía nada de la mayor parte de problemas y necesidades que envolvían las situaciones de dependencia, he podido encontrar una amplia variedad de estudios de diferente tipo que contenía información con la que poder comprender las circunstancias que rodean al mayor dependiente y a los cuidadores informales, encontrando respuestas del porqué de las situaciones de dependencia, el proceso que conduce hasta ésta, las consecuencias que tienen tanto para el mayor dependiente como para el cuidador, así como las respuestas a los problemas y necesidades dadas a día de hoy por parte de los sistemas formales e informales, aportándome la información necesaria con la que poder diseñar este proyecto de intervención.

Por otro lado, expresar que me han resultado especialmente útiles las investigaciones, estudios e intervenciones que explican en sus contenidos las variadas fórmulas existentes adoptadas con los años por los diferentes investigadores y profesionales a la hora de poder ayudar a los cuidadores informales y familiares implicados en el cuidado del mayor dependiente, encontrándome estudios donde se llevaban a cabo actuaciones de forma específica en cuanto al tipo de metodología, técnicas o actividades utilizadas, así como otras que agrupaban un conjunto de ellas, dependiendo de la orientación aplicada a los mismos.

Por lo cual, considero por mi parte que el aprovechamiento en la inclusión e integración de varias de estas fórmulas de ayuda en el diseño de este proyecto han sido las más idóneas a la hora de dar respuestas a las necesidades de los cuidadores, mostrando sus múltiples beneficios al reducir o eliminar las situaciones de sobrecarga y estrés encontrados; así como por

posibilitar una mayor capacidad de interacción e integración de los usuarios con los sistemas de los cuales forman parte al vivir estos en comunidad.

Por otra parte, el proyecto de intervención se ha diseñado para su puesta en práctica en entornos comunitarios donde se encuentren insertos aquellos núcleos familiares con personas mayores dependientes, con una clara intención de resultar un proyecto integrador a nivel individual y comunitario, estando el mismo respaldado y fundamentado en su puesta en práctica por las diversas investigaciones y estudios analizados que dan constancia de las repercusiones negativas que conllevan los cuidados dentro del ámbito familiar como consecuencia en muchos casos por una falta de información, conocimientos, habilidades, apoyos o recursos; así como por la una deficiente o falta de interacciones y contactos adecuadas con otros sistemas que les rodea dentro del propio sistema familiar y fuera de este.

Estas circunstancias anteriormente descritas sumadas al aumento de la demanda de cuidados informales que se está produciendo y que se espera que siga creciendo en las próximas décadas, no harán sino aumentar las situaciones de sobrecarga y estrés detectados en los núcleos familiares como consecuencia de la dificultada de conciliar los cuidados informales dirigidos al mayor dependiente con las obligaciones profesionales, sociales y personales.

Por lo cual, se considera oportuno actualmente por su pertinencia la ejecución de este proyecto de intervención debido a las deficiencias analizadas y el consiguiente estado de necesidad en la que se encuentran muchos cuidadores informales debido a las diferentes carencias mencionados anteriormente con los que afrontar la atención y cuidados de la persona mayor dependiente y las relacionadas con el propio autocuidado; así como por la falta atención suficiente por parte del sistema (SAAD) para atender toda la demanda de cuidados destinados al mayor dependiente como a sus familiares por la falta suficiente de financiación e implementación.

Por otra parte, expresar que el diseño del marco teórico (1ª parte) de este proyecto me ha ayudado a conocer y profundizar mis conocimientos sobre las diversas situaciones y circunstancias que conllevan los cuidados

informales, dándome un conocimiento más profundo del contexto social en el cual se desarrolla sin el cual no hubiese podido comprender las implicaciones personales y sociales que rodean los cuidados informales destinados al mayor dependiente, propiciando paralelamente durante este proceso de aprendizaje una mejora de mis capacidades a la hora indagar, analizar, extraer, clasificar y estructurar la información utilizada de aquella documentación recopilada durante los últimos meses sin los cuales no hubiese podido organizarme de forma adecuada a la hora de diseñar y fundamentar suficientemente este proyecto de intervención.

Por otro lado, la elaboración de la intervención (2º parte) también me ha hecho ser más consciente de todos aquellos aspectos que debemos tener presentes en una intervención como futuros Trabajadores Sociales y sin los cuales resultaría inviable poder realizar nuestro trabajo, como es el hecho de aplicar una metodología de intervención guiada por una práctica profesional contrastada que haya demostrado su utilidad y fiabilidad y no por impulsos o criterios arbitrarios, así como el sometimiento a evaluación de todas las gestiones, fases, actividades y actuaciones realizadas antes durante y después de la intervención con las que poder comprobar si todo ha ido según lo habíamos previsto o en caso contrario tener que modificar, implementar o anular algunos de los aspectos incluidos o no en el diseño del proyecto de intervención con los que alcanzar los objetivos que habíamos previsto.

Para finalizar, explicar que la pertinencia del presente proyecto radica sobre todo en la creciente necesidad de ayuda que requieren los cuidadores informales en un momento donde la demanda actual de cuidados crece a la vez que la oferta de cuidados ha ido perdiendo fuerza con el paso de los años en cuanto a la cantidad y calidad dedicado a los mismos, como consecuencia de la gran dificultad de compatibilizar en muchos casos las obligaciones laborales, profesionales, sociales; con los largos periodos de tiempo e intensidad en la atención y cuidados que requieren las personas mayores dependientes.

La intención de poner en práctica este proyecto de intervención no es otra que la de atender una problemática social que tiene claramente una línea

ascendente que genera y seguirá generando situaciones de conflictividad dentro de los núcleos familiares, perjudicando la calidad de vida de los cuidadores informales y la de los familiares a los que atienden. Por lo que el fin último a la hora de ejecutar el proyecto de intervención es la de eliminar o contrarrestar las situaciones de estrés, ansiedad y negatividad en los cuidadores informales, transformando estas situaciones por otras más constructivas a nivel físico, cognitivo y emocional que busque propiciar el empoderamiento y control de la situación de los cuidadores informales con los que dotarles de un mayor equilibrio en el desempeño de rol como cuidador.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bellán García, A.; Pujol Rodríguez, R. (2016). Un perfil de las personas mayores en España, 2016 Indicadores estadísticos básicos. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos16.pdf>
- Blanco, A., Chueca, A. y López Ruíz, J. (2017). *Informe España 2017*. Recuperado de: https://www.informe-espana.es/wp-content/uploads/2017/12/Informe_Espana_2017.pdf
- Bustillo, M. L., Gómez-Gutiérrez, M., y Guillén, A. I. (2018). Los Cuidadores Informales de Personas Mayores Dependientes: una Revisión de las Intervenciones Psicológicas de los Últimos Diez Años. *Clínica y Salud*, 29(2), 89-100. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a13>
- Cabido de Gran Canaria (2016). *trámite: Programa de colaboración para la prestación de servicios sociales básicos y especializados en los Ayuntamientos de la isla, anualidad 2016*. Gran Canaria: Cabildo de Gran Canaria. Recuperado de <http://cabildo.grancanaria.com/-/tramite-programa-de-colaboracion-para-la-prestacion-de-servicios-sociales->

[basicos-y-especializados-en-los-ayuntamientos-de-la-isla-anualidad-2016-](#)

- Canga Armayor, A., García Vivar, C. y Naval Durán, C. (2011). Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 34(3), 463–469. Recuperado de <https://recyt.fecyt.es//index.php/ASSN/article/view/11653/9827>
- Codorniu, J. M. (2015). Impactos de las medidas de estabilidad presupuestaria en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia: retos del futuro. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria = Revista de servicios sociales*, (60), 9-30.
- Crespo López, M., y López Martínez, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Cómo mantener su bienestar”* (12006). Recuperado de <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>
- Del Pino Casado, R. (2010). *Factores culturales y sobrecarga subjetiva en el cuidado familiar de mayores dependientes* (tesis doctoral). Universidad de Jaén, España.
- Díaz Bolaños, C. D.; González Bueno, M^a A.; Pérez Rodríguez M^a del C. (2008). *Modelos y áreas de intervención en trabajo social. Manuales Docentes de Trabajo Social. Grado en Trabajo Social*. Vicerrectorado de Ordenación Académica y Espacio Europeo de Educación Superior de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas.
- Díaz Bolaños, C.D.; González Bueno, M^a A.; Pérez Rodríguez M^a del C. (2007). *Metodología de la Intervención en Trabajo Social. Manuales Docentes de Trabajo Social. Grado en Trabajo Social*. Vicerrectorado de

Ordenación Académica y Espacio Europeo de Educación Superior de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas.

- El Día.es (2007). El SCS imparte talleres de cuidados a familiares de personas dependientes. *El Día.es*. Recuperado de <https://eldia.es/vivir/2007-05-02/6-SCS-imparte-talleres-cuidados-familiares-personas-dependientes.htm>
- Escuredo, B. (2007, enero). Las políticas sociales de dependencia en España: contribuciones y consecuencias para los ancianos y sus cuidadores informales. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)*. de <https://www.ingentaconnect.com/content/cis/reis/2007/00000119/00000001/art00003>
- IMSERSO (2016). Informe 2016: Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos y por Comunidades Autónomas (1.1.2017.002). Recuperado de http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado. Madrid, 15 de diciembre de 2006, núm. 299, pp. 44142-44156.
- Martínez, R., Roldán, S., & Sastre, M. (2018). *La atención a la dependencia en España. Evaluación del sistema actual y propuesta de implantación de un sistema basado en el derecho universal de atención suficiente por parte de los servicios públicos. Estudio de su viabilidad económica y de sus impactos económicos y sociales (*) (**)*. 175. Recuperado de http://www.ief.es/docs/destacados/publicaciones/papeles_trabajo/2018_05.pdf

- Moral Fernández, L., Frías Osuna, A., Moreno Cámara, S., Palomino Moral, P. A., y del Pino Casado, R. (2017). Primeros momentos del cuidado: el proceso de convertirse en cuidador de un familiar mayor dependiente. *Atención Primaria*, 50(5), 282-290. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.008>
- Navarro Ramos, V. (2016). Perfil de los cuidadores informales y ámbito de actuación del trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, 78(Primer Cuatrimestre), 63-83. <https://doi.org/10.12960/TSH.2016.0004>
- OMS (2018). *Datos interesantes acerca del envejecimiento*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- OMS (2015). Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=DD89048D1C95E68E7043B019FA89E35F?sequence=1
- Ortiz Muñoz, M. D. (2007). Experiencias en la intervención psicológica con las familias de personas dependientes. *Psychosocial Intervention*, 16(1), 93–106. Recuperado <http://www.redalyc.org/pdf/1798/179814010008.pdf>
- Press, E., (2017). Canarias autoriza 161 millones del II Plan de Infraestructuras Sociosanitarias para cubrir la demanda actual. Las Palmas de Gran Canaria. *Europa press*. Recuperado de <https://www.europapress.es/islas-canarias/noticia-canarias-autoriza-161-millones-ii-plan-infraestructuras-sociosanitarias-cubrir-demanda-actual-20171120151605.html>
- Rodríguez González, A. M., Rodríguez Míguez, E., Duarte Pérez, A., Díaz Sanisidro, E., Barbosa Álvarez, Á., y Clavería, A. (2017). Estudio

observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes.

Atención Primaria, 49(3), 156-165.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.006>

- Serrano Ortega, N. (2017). *Afrontamiento, sobrecarga subjetiva y ansiedad y síntomas depresivos en personas cuidadoras de familiares mayores dependientes* (Tesis doctoral). Universidad de Jaén, España.

ANEXOS

ANEXO 1: Tablas estadísticas y gráficos distributivos relacionados con la población mayor de 65 años y la Dependencia.

Tabla 2.1. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR, 1900-2061.

Años*	Total España	65 años y más		65-79 años		80 años y más	
	Absoluto	Absoluto	% respecto al total	Absoluto	% respecto al total	Absoluto	% respecto al total
1900	18.618.086	967.774	5,2%	852.389	4,6%	115.385	0,6%
1910	19.995.686	1.105.569	5,5%	972.954	4,9%	132.615	0,7%
1920	21.389.642	1.216.693	5,7%	1.073.679	5,0%	143.014	0,7%
1930	23.677.794	1.440.744	6,1%	1.263.632	5,3%	177.112	0,7%
1940	26.015.907	1.699.860	6,5%	1.475.702	5,7%	224.158	0,9%
1950	27.976.755	2.022.523	7,2%	1.750.045	6,3%	272.478	1,0%
1960	30.528.539	2.505.165	8,2%	2.136.190	7,0%	368.975	1,2%
1970	34.040.989	3.290.800	9,7%	2.767.061	8,1%	523.739	1,5%
1981	37.683.362	4.236.740	11,2%	3.511.599	9,3%	725.141	1,9%
1991	38.872.268	5.370.252	13,8%	4.222.384	10,9%	1.147.868	3,0%
2001	40.847.371	6.958.516	17,0%	5.378.194	13,2%	1.580.322	3,9%
2011	46.815.916	8.116.347	17,3%	6.659.442	12,1%	2.456.908	5,2%
2021	46.037.605	9.466.481	20,6%	6.462.726	14,0%	3.003.755	6,5%
2031	45.351.545	11.903.963	26,2%	8.044.599	17,7%	3.859.364	8,5%
2041	44.680.774	14.791.516	33,1%	9.531.604	21,3%	5.259.912	11,8%
2051	43.581.814	16.485.938	37,8%	9.327.682	21,4%	7.159.256	16,4%
2061	41.603.330	16.095.184	38,7%	7.326.273	17,6%	8.768.911	21,1%

* De 1900 a 2011 los datos son reales, de 2021 a 2061 se tratan de proyecciones

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos.

Tabla 2.2.
PERSONAS CON DEPENDENCIA RECONOCIDA POR EL SISTEMA SEGÚN EDAD Y GRADO,
2.016

	Personas con dependencia reconocida	Personas beneficiarias con y sin prestación		% Tasa de cobertura
		Con prestación (1)	Sin prestación (2)	
Población total	1.213.873	865.564	348.309	71%
Grado I	394.212	167.848	226.364	43%
Grado II	455.741	377.371	78.370	83%
Grado III	363.920	320.345	43.575	88%
Total 65+ años	894.274	624.674	269.600	70%
Grado I	298.998	130.039	168.959	43%
Grado II	330.644	267.406	63.238	81%
Grado III	264.632	227.229	37.403	86%
65-79 años	233.893	152.809	81.084	65%
Grado I	89.299	33.203	56.096	37%
Grado II	85.746	69.231	16.515	81%
Grado III	58.848	50.375	8.473	86%
80+ años	660.381	471.865	188.516	71%
Grado I	209.699	96.836	112.863	46%
Grado II	244.898	198.175	46.723	81%
Grado III	205.784	176.854	28.930	86%

Notas: (1) Personas Beneficiarias que requieren prestación (31-12-2016). Personas con dependencia reconocida a fecha 31-12-2016 aún no reciben prestación.

Fuente: Instituto de Estudios Fiscales con datos de SISAAD Y EL INE.

Tabla 2.3.
PRESTACIONES TOTALES DEL SAAD POR TIPOS DE SERVICIOS Y GRADOS DE DEPENDENCIA

	Tipo de servicio		Distribución % según grado dependencia			
	Nº	%	I	II	III	Total
Prevención dependencia/ promoción autonomía	38.854	4	37	37	26	100
Teleasistencia	164.136	15	23	44	34	100
Ayuda Domicilio	170.693	16	28	46	26	100
Centros Día/Noche	85.730	8	34	46	19	100
Atención Residencial	151.719	14	Nd	Nd	Nd	100
Prestación económica vinculada a servicio	90.847	8	47	38	15	100
Prestación económica para asistencia personal	5.779	1	38	32	30	100
Prestación económica para cuidados en el entorno familiar	361.209	34	37	49	14	100
Total servicios	1.068.967	100	Nd	Nd	Nd	100

Notas: Personas beneficiarias que reciben prestación (31-12-2016)

Fuente: Instituto de Estudios Fiscales a partir de datos publicados en Comisión para el análisis de la situación del sistema de dependencia (2017: 85-91).

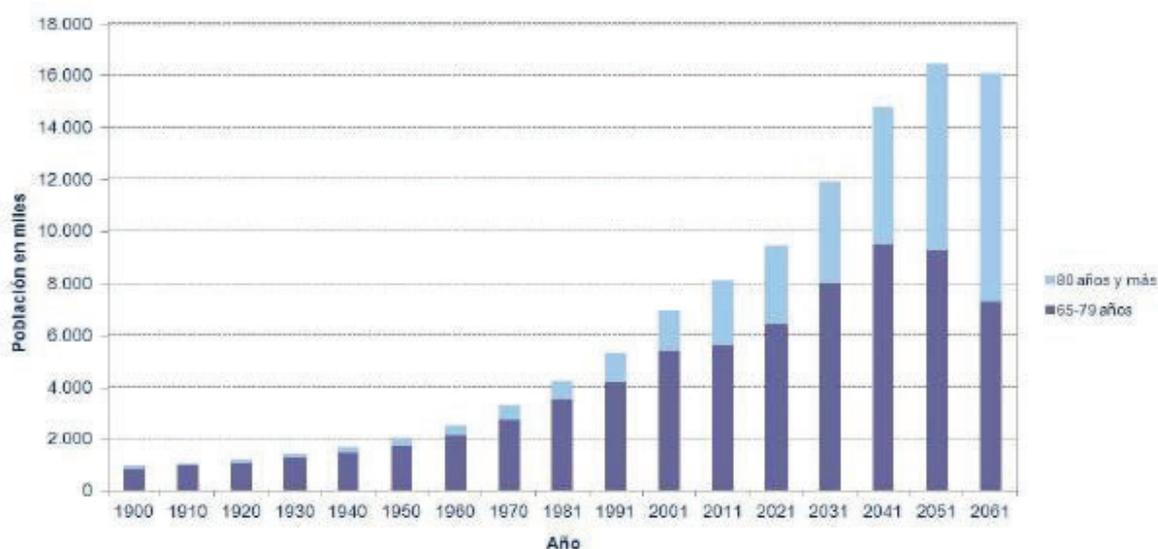
TABLA 2.4. PRESTACIONES Y SERVICIOS PRESTADOS A LA POBLACIÓN CUBIERTA POR EL SISTEMA (NÚMERO DE SERVICIOS PRESTADOS Y % DE PERSONAS BENEFICIARIAS QUE RECIBE CADA SERVICIO O PRESTACIÓN)

	Nº de servicios			% Personas beneficiarias		
	65+	65-79	80+	65+	65-79	80+
Prevención/promoción	21.765	6.177	15.588	3	4	3
Teleasistencia	151.233	31.149	120.084	24	20	25
Ayuda Domicilio	148.049	35.068	112.981	24	23	24
Centros Día/Noche	37.314	10.901	26.413	6	7	6
Residencias	113.039	26.498	86.541	18	17	18
PE servicio	81.244	14.115	67.129	13	9	14
PE asistencia personal	5.116	797	4.319	1	1	1
PE cuidados familiares	227.616	63.970	163.646	36	42	35
Total servicios	785.376	188.675	596.701	126	123	126
Nº Personas beneficia- rias	624.674	152.809	471.865	100	100	100

Notas: Personas beneficiarias que reciben prestación (31-12-2016).

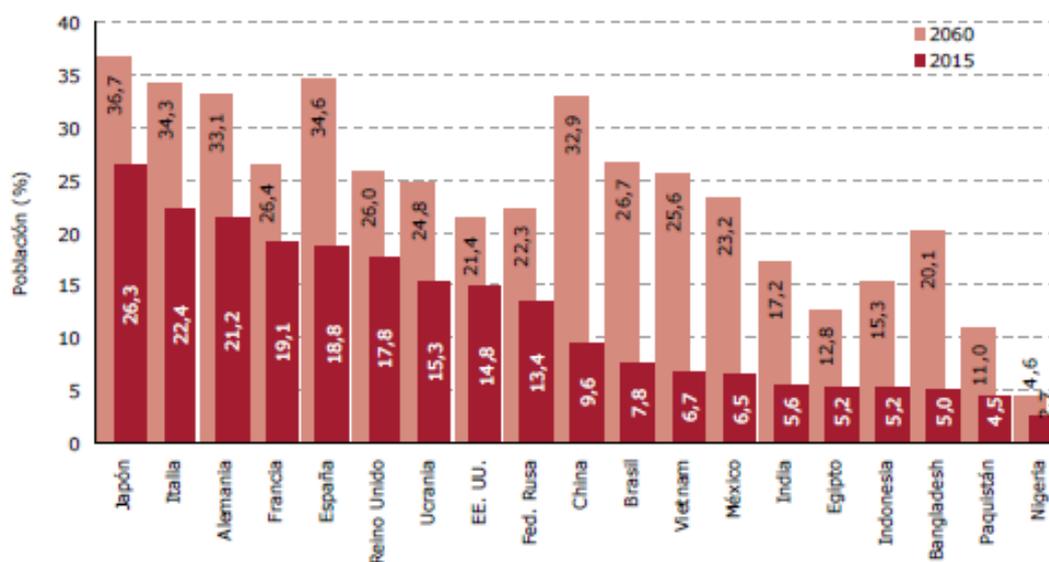
Fuente: Instituto de Estudios Fiscales con datos del SISAAD

Gráfico 2.1. EVOLUCION DE LA POBLACIÓN MAYOR 1900-2061.



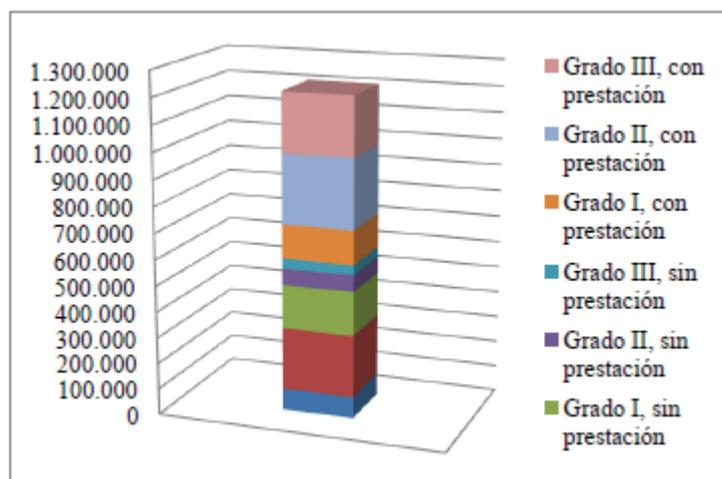
Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos.

Gráfico 2.2. POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MÁS EN ALGUNOS PAÍSES DEL MUNDO, 2015-2060.



Fuente: United Nations: World Population Prospects: The 2015 Revision. <http://esa.un.org/unpd/wpp>.

Gráfico 2.3. DISTRIBUCIÓN DE LAS SOLICITUDES PRESENTADAS POR PERSONAS DE 65 Y MAS AÑOS SEGÚN EL ESTADO DE RESOLUCIÓN DE LAS MISMAS, 31-12-2016



Fuente: Instituto de Estudios Fiscales con datos del SISAAD.

ANEXO 2: MARCO LEGAL Y/O NORMATIVA APLICADA

1. Legislación europea

- Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo, de 18 de marzo de 2002, titulada “La respuesta de Europa al envejecimiento a escala mundial - Promover el progreso Económico y Social en un mundo en proceso de envejecimiento. Contribución de la Comisión Europea a la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento”.
- Carta Social Europea, aprobada el 18 de octubre de 1981, firmada por España el 27 de abril de 1978 y ratificada el 6 de mayo de 1980.
- Protocolo adicional a la Carta Social Europea, hecho en Estrasburgo el 5 de mayo de 1958.
- Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea, hecha en Niza el 7 de diciembre de 2000.

2. Legislación nacional y autonómica

Nacional

- Art. 49 y 50, de la Constitución Española de 1978.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Real Decreto 2171/1994, de 4 de noviembre, modificado por el 428/1999, de 12 de marzo: creación y regulación del Consejo Estatal para las Personas Mayores.
- Real Decreto legislativo 2/2000, de 16 de junio, por la que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas.
- Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y comercio electrónico. Contiene disposiciones sobre accesibilidad a personas discapacitadas y de edad avanzada.

- Ley de Dependencia 39/2006 de Promoción de la Autonomía personal y atención a las personas en situación de Dependencia.
- Real Decreto 615/2007, 11 mayo por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia.
- Orden de 25 de mayo de 2007, de la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales, por la que se hacen públicos los modelos normalizados para la solicitud del reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia.
- Decreto 54/2008, de 25 de marzo, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Real Decreto 73/2009, de 30 de enero, sobre las prestaciones económicas.
- Resolución de 4 de noviembre de 2009, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación en materia de formación e información de cuidadores no profesionales.
- Resolución de 4 de febrero de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, para la mejora de la calidad de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

- Real Decreto 570/2011, de 20 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y se establecen las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia para el ejercicio 2011.
- Decreto 131/2011, de 17 de mayo por el que se establecen las intensidades de protección de los servicios y los criterios para determinar las compatibilidades y las incompatibilidades entre las prestaciones de atención a la dependencia del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.
- BOE 185 de viernes 3 de agosto de 2012, resolución de 13 de julio de 2012. Modificación de la actual clasificación de la situación de dependencia establecida por grados y niveles.
- Orden SSI/2371/2013, de 17 de diciembre, por la que se regula el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
- Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014.
- Real Decreto 1050/2013, de 27 de diciembre, por el que se regula el nivel mínimo de protección establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de

Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

- Real Decreto 291/2015, de 17 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

CC.AA. de Canarias

- Ley 9/ 1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales de Canarias.
- Ley 11/1994, de 26 julio, de ordenación Sanitaria de Canarias.
- Decreto 160/1997, de 11 de julio, por el que se delegan las competencias de la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias a los Cabildos Insulares en materia de gestión de Centros de Atención a Minusválidos y Tercera Edad de titularidad de la Comunidad Autónoma de Canarias y de Administración de fondos públicos para la subvención de Servicios Sociales Especializados de cualquier otra titularidad.
- Decreto 236/1998, de 18 de diciembre, por el que se regulan las condiciones de acceso y los criterios para el pago del servicio en centros de alojamientos y estancia para personas mayores, públicos y privados, con la participación de la Comunidad Autónoma de Canarias en financiación.
- Decreto 63/2000, de 25 de abril, por el que se regula la ordenación, autorización, registro, inspección y régimen de infracciones y sanciones de centros para personas mayores y sus normas de régimen interno.
- Estatuto del Instituto de Atención Social y Socio-sanitaria del Cabildo de Gran Canaria.

- Plan de Infraestructura Sociosanitaria de Canarias, área de mayores, aprobado por acuerdo del Gobierno de Canarias, en sesión celebrada el 30 de julio de 2001.
- Convenio de colaboración entre la Comunidad Autónoma de Canarias y el Cabildo de Gran Canaria para la ejecución del Programa de Atención Socio-sanitaria – Área de Mayores (P.C.A.M.D.) de 11 de julio de 2002.
- Decreto 113/2002, de 9 de agosto, de traspaso de funciones de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias a los Cabildos Insulares en materia de servicios sociales especializados a personas mayores, minusválidos y mujeres.
- Programa socio-sanitario de atención a la discapacidad de Canarias, aprobado por acuerdo del Gobierno de Canarias, en sesión celebrada el 29 de julio de 2004.
- Convenio de colaboración entre la Comunidad Autónoma de Canarias el Cabildo de Gran Canaria para la ejecución del Programa de Atención Socio-sanitaria – Área de Personas con Discapacidad (P.A.D.) de 14 de octubre de 2005.
- Orden de 25 de mayo de 2007, de Canarias, por la que se hacen públicos los modelos normalizados para la solicitud del reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia.
- Resolución de 13 de junio de 2007, de Canarias, de la Dirección General de Servicios Sociales, por la que se amplía el plazo de resolución y notificación en los procedimientos de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema.
- Decreto 54/2008 de Canarias, de 25 de marzo, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

- Orden de 2 de abril de 2008, de Canarias, de la Consejería de Bienestar Social, Juventud y Vivienda, por la que se establece con carácter transitorio la intensidad de protección de los servicios y se hacen públicos los criterios para la determinación de la prestación económica a los beneficiarios que tengan reconocida la condición de persona en situación de dependencia en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Orden de 7 de abril de 2008, de Canarias, por la que se establecen los modelos normalizados de propuesta del Programa Individual de Atención, de informe social y del trámite de consulta que se han de utilizar en los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia.
- Decreto 163/2008 de Canarias, de 15 de julio, que modifica el Decreto 54/2008, de 25 de marzo, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Orden de 29 de diciembre de 2008, de Canarias, por la que se establece la prórroga de la Orden de 2 de abril de 2008 (B.O.C. nº 68, de 4 de abril), que regula con carácter transitorio la intensidad de protección de los servicios y se hacen públicos los criterios para la determinación de la prestación económica a los beneficiarios que tengan reconocida la condición de persona en situación de dependencia en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Decreto 101/2009, de 21 de julio, de Canarias, que modifica el Decreto 54/2008, de 25 de marzo, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

- Orden de 8 de septiembre de 2009, de Canarias, por la que se establece el procedimiento de habilitación provisional de centros, servicios y entidades privados, para la atención a personas en situación de dependencia en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Resolución de 4 de noviembre de 2009, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación en materia de formación e información de cuidadores no profesionales.
- Orden de 10 de febrero de 2010, de Canarias, por la que se modifica la Orden de 2 de abril de 2008 (BOC nº 68, de 4 de abril), que establece con carácter transitorio la intensidad de protección de los servicios y hace públicos los criterios para la determinación de la prestación económica a los beneficiarios que tengan reconocida la condición de persona en situación de dependencia en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias para el ejercicio 2008.
- Resolución de 10 de febrero de 2011, de Canarias, por la que se fijan los criterios de acreditación en materia de formación e información de cuidadores no profesionales.
- Orden de 18 de abril de 2011, de Canarias, por la que se aprueban las bases que han de regir en la convocatoria de la concesión de subvenciones para el año 2011, destinadas a la ejecución de proyectos en las áreas de personas mayores, con discapacidad, voluntariado e inclusión social, y se efectúa la convocatoria para el presente ejercicio económico
- Decreto 131/2011 de Canarias, de 17 de mayo, por el que se establecen las intensidades de protección de los servicios y los criterios para determinar las compatibilidades y las incompatibilidades entre las prestaciones de atención a la dependencia del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias.

- Decreto 67/2012 de Canarias, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento regulador de los centros y servicios que actúen en el ámbito de la promoción de la autonomía personal y la atención a personas en situación de dependencia en Canarias.
- Orden de 25 de septiembre de 2012, de Canarias, por la que se modifica la Orden de 2 de abril de 2008 de la extinta Consejería de Bienestar Social, Juventud y Vivienda que establece con carácter transitorio la intensidad de protección de los servicios y hace públicos los criterios para la determinación de la prestación económica a los beneficiarios que tengan reconocida la condición de persona en situación de dependencia en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Resolución de 28 de mayo de 2013, de Canarias, por la que se dictan instrucciones relativas al procedimiento y a los criterios mínimos de valoración para la acreditación provisional de los centros y servicios de atención a personas con discapacidad que se encuentren actualmente en funcionamiento y los trámites administrativos que deben sustanciarse en el Servicio de Inspección y Registro de Centros al amparo de la Disposición Transitoria Primera del Decreto 67/2012, de 20 de julio.
- Orden de 23 de abril de 2014, de Canarias, conjunta de la Consejería de Sanidad y de la Consejería de Cultura, Deportes, Políticas Sociales y Vivienda, por la que se regula el régimen de derivación de personas que, ocupando plazas hospitalarias y habiendo obtenido el alta médica, precisen de atención Sociosanitaria, así como el régimen de conciertos con entidades privadas para la provisión de plazas de centros acreditados en el ámbito de la dependencia.
- Resolución de 28 de marzo de 2014, de Canarias, por la que se dispone la aprobación de los modelos normalizados utilizables en la tramitación de expedientes de solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema, Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

- Decreto 93/2014, de Canarias, de 19 de septiembre, por el que se establecen los criterios para determinar la capacidad económica de la persona beneficiaria del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y su participación económica en el coste de los servicios, así como la determinación de la cuantía de las prestaciones económicas del sistema en la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Decreto 154/2015, de Canarias, de 18 de junio, por el que se modifica el Reglamento regulador de los centros y servicios que actúen en el ámbito de la promoción de la autonomía personal y la atención a personas en situación de dependencia en Canarias, aprobado por el Decreto 67/2012, de 20 de julio.
- Orden de 25 de noviembre de 2016, de Canarias, por la que se acuerda convocar en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias el procedimiento para la concesión de la habilitación de forma excepcional de personas cuidadoras, gerocultoras y auxiliares de ayuda a domicilio mayores de 55 años con experiencia laboral.
- Decreto 124/2016, de Canarias, de 19 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de la Consejería de Empleo, Políticas Sociales y Vivienda.
- Decreto 194/2017, de Canarias, de 4 de agosto, por el que se derogan los Capítulos V y VI del Decreto 305/1996, de 23 de diciembre, sobre medidas de seguridad y protección contra incendios en establecimientos turísticos alojativos, y por el que se modifica el Decreto 67/2012, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento regulador de los centros y servicios que actúen en el ámbito de la promoción de la autonomía personal y la atención a personas en situación de dependencia en Canarias

ANEXO 3. CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN DE SOBRECARGA

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

1. ¿Sientes que tu familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?
2. ¿Sientes que debido al tiempo que dedicas a tu familiar ya no dispones de tiempo suficiente para ti?
3. ¿Te sientes tenso cuando tienes que cuidar a tu familiar y atender además otras responsabilidades?
4. ¿Te sientes avergonzado por la conducta de tu familiar?
5. ¿Te sientes enfadado cuando estás cerca de tu familiar?
6. ¿Crees que la situación actual afecta de manera negativa a tu relación con amigos y otros miembros de tu familia?
7. ¿Sientes temor por el futuro que le espera a tu familiar?
8. ¿Sientes que tu familiar depende de ti?
9. ¿Te sientes agobiado cuando tienes que estar junto a tu familiar?
10. ¿Sientes que tu salud se ha resentido por cuidar a tu familiar?
11. ¿Sientes que no tienes la vida privada que desearías debido a tu familiar?
12. ¿Crees que tu vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de tu familiar?
13. ¿Te sientes incómodo para invitar amigos a casa, a causa de tu familiar?
14. ¿Crees que tu familiar espera que le cuides, como si fueras la única persona con la que puede contar?
15. ¿Crees que no dispones de dinero suficiente para cuidar a tu familiar además de tus otros gastos?
16. ¿Sientes que serás incapaz de cuidar a tu familiar por mucho más tiempo?

17. ¿Sientes que has perdido el control sobre tu vida desde que la enfermedad de tu familiar se manifestó?
18. ¿Desearías poder encargarte del cuidado de tu familiar a otras personas?
19. ¿Te sientes inseguro acerca de lo que debes hacer con tu familiar?
20. ¿Sientes que deberías hacer más de lo que haces por tu familiar?
21. ¿Crees que podrías cuidar de tu familiar mejor de lo que lo haces?
22. En general: ¿Te sientes muy sobrecargado por tener que cuidar de tu familiar?

RESULTADO

Cada respuesta se valora así:

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi Siempre	4

- Una puntuación inferior a 46 puntos se considera indicativa de: “no sobrecarga”.
- Una puntuación superior a 56 puntos se considera indicativa de: “sobrecarga intensa”.

Índice de Robinson de sobrecarga del cuidador

1. ¿Padeces insomnio u otros trastornos del sueño?
2. ¿Notas que vas siendo menos efectivo en tus cuidados?
3. ¿Estás fatigado con mucha frecuencia y esta situación representa un notable esfuerzo físico?
4. ¿Cada vez tienes menos tiempo libre para ti y notas una importante restricción en otras actividades?
5. ¿Los hábitos básicos de tu familia se han visto trastocados?
6. ¿Has tenido que cambiar tus propios planes personales tales como vacaciones?
7. ¿Notas que no te llega el tiempo y siempre estás urgido?
8. ¿Has notado cambios emocionales (estás deprimido, angustiado u obsesionado)?
9. ¿Algunos de los comportamientos de tu familiar te resultan francamente molestos o desagradables?
10. ¿Te duele darte cuenta de lo mucho que ha cambiado tu familiar o tú comparado con cómo eras antes?
11. ¿Has tenido que modificar importantes aspectos de tu trabajo laboral?
12. ¿La enfermedad de tu familiar representa una gravosa carga económica?
13. ¿Te sientes desbordado por la situación?

Resultado

- Si has contestado 7 o más respuestas de forma afirmativa, señala un elevado nivel de tensión personal para el cuidador que debe ser controlado.
- Si has contestado 11 o más respuestas de forma afirmativa, señala riesgo cierto de estar sufriendo el síndrome del cuidador quemado.