

CUIDADOS INFORMALES DE PERSONAS MAYORES EN EL MUNICIPIO DE ONDA

Máster en intervención y mediación familiar

Trabajo final de Máster

Alumno/a: Radina Valentinova Tsonkova

Tutor/a: Alfredo Alfageme Chao

Curso: 2022/2023

Fecha de entrega: 26/09/2023

ÍNDICE

1.	Resumen/ Abstract.....	1
2.	Introducción.....	2
3.	Marco teórico.....	3
	3.1 Envejecimiento poblacional y edadismo.....	3
	3.2 Dependencia.....	5
	3.3 Cuidados.....	6
	3.4 El municipio y los recursos disponibles.....	9
4.	Objetivos.....	10
5.	Metodología.....	11
6.	Análisis de datos.....	12
7.	Conclusiones.....	17
	7.1. Limitaciones del estudio.....	18
	7.2. Propuestas de mejora.....	18
8.	Bibliografía.....	20
9.	Anexos.....	25
	9.1. Tabla datos finales Onda 2022.....	25

1. RESUMEN

A través de esta investigación, se explorarán en profundidad los desafíos y las oportunidades que plantea el proceso de envejecimiento poblacional en el municipio castellonense de Onda, abordando cuestiones como la dependencia y los cuidados informales familiares. El objetivo principal es analizar el perfil de las 84 personas cuidadoras de personas dependientes que hicieron su solicitud de dependencia durante el pasado año 2022. Tal y como muestran los resultados obtenidos, este coincide con el perfil referido en la literatura siendo descrito como mujer, hija de la persona dependiente, de entre 51 a 55 años, desempleada y que vive de forma autónoma. La metodología utilizada es cuantitativa, tiene un diseño descriptivo y se ha realizado a través del análisis de una fuente de datos oficiales primarios sin procesar. Con este estudio se pretende visibilizar y reconocer la labor que desempeña la persona cuidadora y los efectos que produce en la calidad de vida, el bienestar y la inclusión de la persona mayor.

Palabras clave: Cuidados, cuidador/a, personas mayores, dependencia, familia.

Número de palabras: 7242

ABSTRACT

This research will explore in depth the challenges and opportunities posed by the process of population ageing in the municipality of Onda in Castellón, addressing issues such as dependency and informal family care. The main objective is to analyse the profile of the 84 caregivers of dependent persons who applied for dependency during the past year 2022. As the results obtained show, this profile coincides with the profile referred to in the literature, being described as a woman, daughter of the dependent person, aged between 51 and 55, unemployed and living independently. The methodology used is quantitative, has a descriptive design and has been carried out through the analysis of a source of primary unprocessed official data. This study aims to make visible and recognise the work performed by the role of carer and the effects it has on the quality of life, well-being and inclusion of the elderly person.

Keywords: Care, caregiver, elderly, dependency, family.

Number of words: 7242

2. INTRODUCCIÓN

Con la reducción de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida, va aumentando considerablemente la proporción de población de edades avanzadas. Aunque la edad por sí misma no es un factor decisivo y puede tener diversos significados, suele ser un factor de riesgo asociado a ciertas enfermedades o limitaciones que en muchas ocasiones pueden derivar en la pérdida de la autonomía y en la restricción a la hora de realizar actividades básicas de la vida cotidiana de la persona que las padecen. Tradicionalmente la familia ha sido el principal proveedor de cuidados de personas dependientes, recayendo en mayor medida y de forma particular, en la mujer. No obstante, la transformación social actual del concepto de familia y los cambios en la estructura demográfica, están generando un notable descenso en la disposición de los/as familiares para adquirir el rol de cuidador/a, produciendo así un nuevo posicionamiento conocido como “crisis de los cuidados”. Esta crisis, pone en manifiesto la invisibilización del trabajo, la identidad y el lugar que ocupan las mujeres en la sociedad actual (Carrasquer, 2013).

El presente estudio se centra en concreto en el municipio castellonense de Onda, porque se trata de un municipio de fácil acceso, donde existe un número considerable de personas mayores y sobre todo, un elevado índice de dependencia. El objetivo principal es analizar el perfil de las personas familiares cuidadoras del municipio que han iniciado el trámite de dependencia durante el año 2022. Aunque desde los poderes públicos se establecen diversas medidas que benefician el envejecimiento en el hogar, es necesario conocer cuál es el perfil más común de persona cuidadora, para así poder crear intervenciones futuras que se ajusten a sus deseos y necesidades y sean verdaderamente compatibles con la realidad con la que conviven estas personas y sus familias. Sin los ajustes necesarios, los actuales sistemas sociales y de salud no serán sostenibles en el tiempo.

Para poder realizar la investigación se ha utilizado el método cuantitativo, basado en un diseño descriptivo, a través del análisis de una fuente de datos oficiales primarios sin procesar obtenidos de la Aplicación de dependencia y autonomía (ADA). Esta aplicación permite la recogida de datos básicos de aquellas personas que han solicitado ser beneficiarias de la Ley 9/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia en todo el territorio de la Comunidad Valenciana. La

muestra se ha delimitado en los/as cuidadores/as no profesionales de las personas mayores de 65 años que han solicitado el procedimiento de dependencia a lo largo del año 2022 en el municipio de Onda, obteniendo así un total de 84 expedientes que han sido posteriormente codificados y analizados.

El estudio está organizado de la siguiente forma; En la tercera sección se recoge toda la información proporcionada a través de la revisión literaria acerca del proceso de envejecimiento, el edadismo, la dependencia, los cuidados y el municipio. En la cuarta sección se explica el objetivo principal y el específico. En la quinta, se recoge la metodología, seguida de la sexta sección, donde se abordan los datos recabados y se realiza el análisis en profundidad. Por último, en la séptima sección se detallan las conclusiones extraídas y en la octava se pone a disposición del/a lector/a las referencias bibliográficas para futuras consultas si fuera de su interés.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y EDADISMO

Vivimos en una sociedad cada vez más envejecida. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se conoce por envejecimiento;

El resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte.

Esta definición se encuentra guiada por una visión más biológica, donde se encuentran implícitos conceptos como la edad, el paso del tiempo y la propia categorización social que conllevan los mismos. Sin embargo, cabe destacar que en este proceso influyen otros muchos factores asociados a cambios que se producen a lo largo de todo el ciclo vital. En los últimos datos del año 2022, recabados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), se afirma que en España, un 19,65% de la población son personas mayores de 65 años, y según las proyecciones que se estiman (2022-2035) para el año 2035 este porcentaje habrá aumentado hasta alcanzar el 26,5% del total de la población. Además del destacable aumento de personas de edad avanzada, sorprende que dicho incremento se produzca en los grupos de mayor edad (80 años) produciéndose así, un fenómeno conocido como “envejecimiento del envejecimiento”. Las principales causas que se atribuyen a la consolidación y expansión de

dicho fenómeno son tanto el aumento de la esperanza de vida, como la reducción de la natalidad (Moya et al, 2012).

Pese a que el envejecimiento es un proceso natural, conocido e innato por los seres humanos, existen ciertas interpretaciones culturales y personales, que generan como resultado miedos, mitos y estereotipos sociales (Barranquero y Ausín, 2009). En el año 1968, Robert Butler introdujo el concepto “edadismo” para referirse a las conductas discriminatorias, la exclusión o la segregación por las que se pueden ver afectadas las personas mayores, por el simple hecho de tener una edad más avanzada (Imsero,2009). Subestimar las capacidades físicas y mentales de las personas mayores favorece una pérdida anticipada de la independencia, mayores índices de discapacidad y depresión y la probabilidad de una mortalidad antes de lo esperado (Montorio y Losada, 2005). Cada persona cuenta con una serie de rasgos y atributos que le hacen ser única y diferenciarse del resto,por lo tanto, no se puede afirmar que la edad en sí misma, sea un indicador ni un predictor de ciertos aspectos.

Esta realidad se ve reflejada en el derecho comunitario con **La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea del año 2000**, o en el derecho internacional con **La Declaración de Derechos Humanos de 1948**, entre otros. Ahora bien, si nos centramos en ordenamiento jurídico estatal, también se puede encontrar diversa legislación contra la discriminación por razón edad, empezando por la norma suprema, **la Constitución española de 1978**. Esta hace especial hincapié en el concepto de igualdad en el artículo 14 “Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.” Con la finalidad de que dicha igualdad sea veraz y efectiva, a través del artículo 9.2 se impone la obligación de los poderes públicos de promover las condiciones necesarias para que se pueda producir. La forma en la que se materializan o ejemplarizan dichas condiciones, se recoge en el artículo 50, donde además se centra exclusivamente en el sector de población de estudio;

Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio (Art.50).

3.2. DEPENDENCIA

La vejez suele asociarse como un factor de riesgo para la incidencia y prevalencia de ciertas enfermedades que pueden derivar en situaciones de “incapacidad”, dificultad o limitación para realizar ciertas actividades. Este hecho puede provocar un condicionamiento no sólo en la vida diaria del individuo sino que puede acabar afectando también a su calidad de vida, en la que se vean alterados tanto elementos personales, como sociales, o del propio ambiente de desarrollo.

Para hacer frente a las necesidades y a las demandas de estas personas nace la **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia** en la que se delimitan las condiciones básicas para acceder a un sistema de cuidados y garantizar un marco estable de recursos y servicios, siguiendo los criterios de universalidad, alta calidad y sostenibilidad en el tiempo. Uno de los requisitos necesarios para ser titular de derechos en la presente normativa es tal y como indica el artículo 5.a “encontrarse en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos”. Para la determinación de los grados se constituye un baremo en el que según recoge el artículo 27.4 y 27.5 se “... valorará la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización...” y “...se realizará teniendo en cuenta los correspondientes informes sobre la salud de la persona y sobre el entorno en el que viva, y considerando, en su caso, las ayudas...” Se conocen como actividades básicas de la vida diaria (ABVD) aquellas:

Actividades imprescindibles para poder subsistir de forma independiente. Entre ellas se incluyen las actividades de autocuidado (asearse, vestirse y desnudarse, poder ir solo al servicio, poder quedarse solo durante la noche, comer...) y de funcionamiento básico físico (desplazarse dentro del hogar) y mental (reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas) (Libro Blanco de la dependencia, 2004).

Los grados en los que podemos clasificar la dependencia se categorizan en 3 secciones que varían en función del número y tipo de actividades en las que la persona necesita ayuda y en la duración que requiera el apoyo: Grado I (dependencia moderada), Grado II (dependencia severa) y Grado III (gran dependencia).

De igual forma, corresponde a cada comunidad autónoma desarrollar esta materia en su ámbito territorial. En la Comunidad Valenciana es el ***DECRETO 62/2017, de 19 de mayo, del Consell, por el que se establece el procedimiento para reconocer el grado de dependencia a las personas y el acceso al sistema público de servicios y prestaciones económicas*** quien reúne las condiciones y requisitos de acceso y el régimen económico aplicable en este ámbito.

Estas políticas tienen como objetivo la permanencia de las personas el mayor tiempo posible en el hogar, argumentando cómo ventajas un trato más cercano, más humano y menos oneroso, a la vez que se propicia que no se produzca una ruptura con el entorno y se evite así una pérdida de la inserción social (Ester Bódalo, 2010). Las formas públicas de ofrecer soporte a la autonomía son mediante la prestación directa de servicios, financiando a través de convenio, concierto o subvención a los proveedores de servicios, con ayudas económicas a las personas afectadas y/o a sus familiares, y por último por medio de medidas fiscales (Martínez,2014). No obstante, estas ayudas parecen ser insuficientes para el elevado número de demandas existentes, además de que obligan a que se lleve a cabo un compromiso por la red apoyo familiar, y no se contribuye a la externalización de los cuidados.

3.3. CUIDADOS

Aquellas personas que se encuentran en situación de dependencia y han visto limitada su autonomía, requieren de una serie de cuidados.El cuidado se puede dividir en dos grandes categorías; el formal y el informal. El cuidado formal es aquel proporcionado por profesionales en el propio domicilio o en una institución específica (Devolder, et al 2018). Existen dos tipos básicos, el que se suministra desde las instituciones públicas, y el que se contrata a través de las familias (Roger, 2009). No obstante, y con independencia de las políticas y de los recursos existentes, la familia continúa siendo uno de los pilares básicos de protección del estado de bienestar español, por lo que hoy en día, continúa manteniendo un papel preponderante en cuanto a la realización de las tareas de cuidado. Este tipo de cuidado se conceptualiza como informal y se puede definir más concretamente como:

El cuidado y atención que se dispensa de manera altruista y gratuita a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia, fundamentalmente por sus familiares y allegados, pero también por otros agentes y redes distintos de los

servicios formalizados de atención (Rodríguez 2004, como se citó en el Libro blanco de la Dependencia,2005).

El papel de otras redes, como personas amigas o vecinas, suele darse en menor medida, y según la literatura se considera más insignificante, pese a ser otra modalidad de apoyo diversa de la puramente material. Generalmente, los servicios que incluye el cuidado informal según Bódalo (2010) son “atención personal e instrumental, vigilancia y acompañamiento, cuidados sanitarios, y la gestión y relación con los servicios sanitarios.”

Existen diversos modelos teóricos que muestran que puede haber cierta relación entre estas dos categorías de cuidados. En primer lugar, el **modelo suplementario**, donde son los familiares quienes abastecen en gran medida el cuidado, aunque utilizan el cuidado formal de forma temporal o circunstancial cuando lo necesitan. Por otro lado, se encuentra el **modelo compensador jerárquico**, donde se considera que la persona cuidada prefiere percibir dichos cuidados en el siguiente orden: por su cónyuge, por sus hijos/as, por otros miembros de la familia, y por último ,por cuidadores profesionales. Y finalmente, el **modelo complementario o de especificidad de tareas**, donde el cuidado formal aparece cuando los cuidadores informales no cuentan con las habilidades o capacidades necesarias, o cuando la carga de trabajo es demasiado elevada (Rogeró, 2009).

Ahora bien, con el transcurso del tiempo se ha producido una gran transformación social, y no solo por el incipiente cambio en la demografía, sino que, este cambio también se puede ver reflejado tanto en las estructuras, como en las relaciones familiares en España. En los últimos años, se han ido produciendo grandes cambios; ha desaparecido la familia extensa, existe diversidad en los modelos familiares y en las pautas de convivencia, ha aumentado la movilidad geográfica de alguno o varios miembros del núcleo familiar,etc. (Menéndez, 2001). Sin embargo, tal y como coinciden varios autores, uno de los frutos más destacables de esta transición es la incorporación de la mujer al mercado laboral. Las investigaciones sobre el tema también ponen de manifiesto que son las mujeres y los sectores de rentas bajas los colectivos que realizan con mayor frecuencia los cuidados no remunerados (Durán et al, 2008, citado por Ripoll y Casado,2009).La definición del trabajo de cuidados se ve relacionada con una connotación positiva de entrega, altruismo y satisfacción personal, que solo parece concernir al sector femenino. Existe una creencia tradicional, en la que se espera que la orientación, los conocimientos y las habilidades de cuidar, vengan proporcionados a las mujeres de forma innata, como una extensión del propio rol maternal (Carrasquer, 2013).

Aunque ahora las mujeres puedan disponer de un trabajo remunerado, suelen ser puestos de menor prestigio, valor y salario, en comparación a sus compañeros varones, a la vez, que en la mayoría de casos tras finalizar con la jornada laboral, deben de continuar con los trabajos domésticos y de cuidado en el hogar que al no ser remunerados, se confunden con carencia de valor, lo que contribuye directamente a su invisibilización.

La experiencia de cuidar puede ser percibida de forma distinta y en ella, influyen diversos factores. Explorando las ideas de Thomas (1993, citado por Carrasquer, 2013) se propone una delimitación del concepto de cuidados en diversas dimensiones: la identidad social, las relaciones interpersonales, la naturaleza de los cuidados, el dominio en el que se producen, la relación económica y el contexto donde se desarrollan.

Generalmente, la función de cuidar suele venir de forma inesperada, o se da de forma progresiva según se produce el avance de la pérdida de capacidades de la persona atendida. Siguiendo a autores como Pérez et al. (1996) en el proceso de asimilación de esta nueva organización, se constataron distintas fases; “fase de perplejidad, de impotencia, de dualidad o ambivalencia; de adaptación o resignación; de cansancio y soledad, y finalmente de vacío o liberación al fallecer el paciente”.

Ser cuidador/a supone un coste mayor que dedicar horas a determinadas tareas, ya que conlleva una serie de cambios y consecuencias en la vida de aquellas personas que deciden asumir este rol (Oliva, et al. 2011). A nivel físico, puede derivar en problemas musculares, alteraciones del sueño, pérdida de energía o fatiga (Izal et al. 2001), a nivel emocional o psicológico, la carga que supone atender a una persona dependiente produce síntomas asociados al estrés como ansiedad, depresión, o sentimientos como frustración, culpa o enfado, que también puede acabar afectando al entorno familiar produciendo conflictos o generando una sensación de incomprensión y falta de reconocimiento (Crespo y Fernández, 2015). Por lo que se refiere al nivel social, también repercute en la falta de tiempo libre y en la restricción de actividades de ocio. Asimismo, también puede acabar perjudicando en la esfera laboral, derivando en una pérdida de oportunidades laborales, reducción de jornada o creando ausencias injustificadas. El efecto de este conjunto de consecuencias se puede catalogar como el “**síndrome del cuidador**”, donde debido a la incapacidad de la familia para lidiar con la situación, se genera el riesgo de que se produzca claudicación, llegando incluso a convertirse en paciente, el/la propio/a cuidador/a (Pérez et al. 1996)

En definitiva, la suma de todos estos acontecimientos, ha afectado en la dinámica de los cuidados y ha derivado en lo que se conoce como “**crisis de los cuidados**”, es decir, la “incapacidad social y política de garantizar el bienestar de amplios sectores de la población y la generalización de la dificultad de éstos para poder cuidarse, cuidar o ser cuidados” (Ezquerro, 2011). Este fenómeno supone un desafío para futuras generaciones, dado que si no se adoptan las medidas pertinentes es probable que en un futuro próximo, el modelo de apoyo informal sea insostenible.

3.4. EL MUNICIPIO Y LOS RECURSOS DISPONIBLES

Onda, es un municipio de 25.099 habitantes, que forma parte de la provincia de Castellón y más concretamente de la comarca de la Plana Baixa. Destaca por ser una zona industrial, conformada en su mayoría por fábricas azulejeras. Cabe comentar que la localidad cuenta con una red de transporte urbano gratuito a disposición de toda la población, lo que facilita una mejor comunicación y traslado para acceder a los diversos establecimientos e instituciones municipales.

Seguendo los últimos datos del año 2022 recabados a través del portal “Argos”, se estima que en la localidad, un 17,08% de la población son personas mayores de 64 años, y que existe un índice de dependencia general del 51,27%. Al contar con un número elevado de población perteneciente a dicho sector, existen diversos servicios y recursos enfocados a solventar las necesidades de las personas dependientes y de sus familiares. En cuanto a instituciones, existe un centro residencial cuya entidad titular es la fundación Monseñor Fernando Ferrís que cuenta con un total de 66 plazas privadas, y concertadas por la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas. Por otro lado, el municipio también dispone de un Centro de atención diurna municipal y otro específico para personas con alzheimer y otras demencias, siendo este un recurso rehabilitador, donde el objetivo principal es fomentar el mayor nivel posible de autonomía del mayor proporcionándole una atención integral a través de actividades centradas en su salud y en el ocio. Aquellas personas de más de 60 años que sean autónomas, pueden acudir al Centro Integral de Mayores, donde pueden disfrutar de una variedad de talleres que les ayudan no solo a mantener y salvaguardar sus capacidades físicas y mentales, sino que también son un lugar idóneo para establecer vínculos sociales. Otro de los servicios que puede ser de gran utilidad para las personas que deciden permanecer en sus viviendas, es

la teleayuda, un dispositivo vinculado a la red telefónica, que mediante un control remoto se encarga de avisar a emergencias y a los contactos de referencia, en caso de exista una situación de peligro, amenaza o urgencia. En el caso de aquellos individuos que no cuenten con una red de apoyo, existe la posibilidad de solicitar el servicio de ayuda a domicilio. Este, está constituido por una serie de auxiliares profesionales que se desplazan hasta el núcleo familiar de la persona solicitante para ofrecer soporte tanto en los cuidados personales como en la atención del hogar (Ayuntamiento de Onda, s.f.)

También existen diversas entidades del tercer sector como Cruz Roja, que prestan apoyo directo al sector de personas mayores mediante programas de acompañamiento, etc. en coordinación con los Servicios Sociales y el Ayuntamiento.

En último lugar, desde la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas se ofrece el programa “Menjar a casa”, que tiene por función ofrecer un menú diario de lunes a viernes, compuesto por tres platos basados en una dieta equilibrada, saludable y adaptada al/ la solicitante.

4. OBJETIVOS

Mediante el presente trabajo se pretende analizar el perfil de las personas familiares cuidadoras del municipio de Onda que han iniciado el trámite de dependencia durante el año 2022. Definiendo en primer lugar, cuáles son sus principales características sociales y demográficas y conociendo en qué medida reciben algún tipo de apoyo externo que les permita mantener una conciliación laboral, familiar y social, para poder así, finalmente visibilizar y reconocer la labor que desempeñan. Se considera significativo dicho objeto de estudio, en primer lugar por la magnitud que presenta el envejecimiento demográfico y la actual crisis de cuidados, ya que los/as cuidadores/as familiares son uno de los principales contribuyentes del bienestar de las personas mayores y poder conocer cómo viven la experiencia de cuidado y sus consecuencias, posibilitaría poder desarrollar con ellos/as intervenciones futuras que fueran efectivas para evitar la claudicación familiar y otras de las consecuencias negativas que puede conllevar el cuidado en el hogar.

De esta forma, también se pretende mostrar la realidad del proceso de envejecimiento en el hogar, para favorecer así, el cuestionamiento o eliminación de estereotipos negativos acerca de las personas mayores, los cuidados informales y la institucionalización.

5. METODOLOGÍA

La metodología que se desarrolla en la presente investigación es de tipo cuantitativo, tiene un diseño descriptivo y se realizará a través del análisis de una fuente de datos oficiales primarios sin procesar. En primer lugar se ha realizado una revisión de diversos materiales literarios que han expuesto información acerca de cómo se encuentran actualmente en el panorama nacional el sector de personas mayores de 65 años y de los avances que se han producido. A continuación se ha hecho uso de la aplicación de dependencia y autonomía (ADA). Esta aplicación es un programa informático habilitado por la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas de la Generalitat Valenciana que posibilita la recogida de datos básicos de aquellas personas que han solicitado ser beneficiarias de la *Ley 9/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Las entidades locales son las encargadas de solicitar la documentación requerida a la población, de proporcionarles y ayudarles a cumplimentar los modelos de solicitud o revisión del trámite correspondiente y de introducir los datos en dicha aplicación. Una vez incluida toda esta información, ya será la Dirección General la encargada de confirmar que el expediente está correcto, y de dar paso a la valoración. La valoración puede ser realizada por diversos profesionales siguiendo una serie de requisitos, estos aplicarán un baremo estandarizado (BVD) en el entorno habitual de la persona dependiente y luego cumplimentarán la información acerca de la situación del solicitante con un informe social de entorno. Todos estos datos se introducen nuevamente en la aplicación para poder proceder así, a una resolución de la dependencia y del grado asignado, en esta además se determinan los recursos o servicios escogidos por el/la solicitante y su compatibilidad o no con el grado.

Mediante esta aplicación, se puede acceder con mayor facilidad no solo a la información de los/as usuarios/as, sino que posibilita conocer las intervenciones realizadas y los recursos aplicados, además de ser un instrumento que ayuda a los/as profesionales a poder realizar un seguimiento más sencillo y funcional de los casos.

La muestra se ha delimitado en los/as cuidadores/as no profesionales de las personas mayores de 65 años que han solicitado el procedimiento de dependencia a lo largo del año 2022 en el municipio de Onda. Por lo que se han utilizado diversas variables; Fecha de registro de la solicitud, grupo de edad, sexo, zona de cobertura, grado de dependencia, 1ª preferencia, 2º

preferencia y 3º preferencia. Cuando se habla de preferencias, se hace referencia al tipo de recurso solicitado por la persona dependiente. Anteriormente las personas solicitantes podían ordenar estos por orden de prioridad, pero actualmente esta fase ha sido modificada y pueden combinar hasta 3 recursos simultáneamente, siempre y cuando sean compatibles.

Como el objetivo principal de la investigación se centra en los/as cuidadores/as no profesionales, se han descartado aquellas solicitudes en las que entre sus preferencias no se encontrara “*la prestación económica para cuidados en el entorno familiar*”, quedando así, un total de 115 expedientes de estudio. Con la finalidad de poder recabar la información necesaria, se ha seguido el siguiente procedimiento; en primer lugar se ha localizado de forma individual en la aplicación de ADA cada uno de los expedientes, haciendo una búsqueda mediante los datos personales de cada usuario/a, a continuación se ha accedido al informe social, elaborado por los/as trabajadores/as sociales del municipio, donde se recopila información acerca de la persona dependientes como puede ser su edad, estado civil, las condiciones de la vivienda, la estructura familiar y otra información de interés, y por último, se ha consultado el documento de “compromiso de cuidador no profesional” que es un modelo relleno y firmado por los familiares, que recoge elementos más centrados en la persona cuidadora como son el sexo, la edad, si existe convivencia con el solicitante y sobre la situación laboral en el momento de la solicitud. Una vez que ya se contaba con la información necesaria, se han codificado, clasificado y agrupado los datos recabados, para proceder al posterior análisis y a la extracción de conclusiones

6. ANÁLISIS DE DATOS

6.1. DATOS EN DEPENDENCIA Y CUIDADOS INFORMALES

Durante el pasado año 2022, un total de 215 personas de más de 65 años solicitaron la tramitación de dependencia y/o una revisión de grado en el municipio de Onda. Se ha detectado una mayor incidencia de solicitudes por parte del sector femenino, siendo estas del 66,51% en comparación al 33,49% del sector masculino. De esas 215 personas, 19 personas no pudieron ser valoradas, 17 de ellas porque fallecieron antes de la citación, 1 porque presentó desistimiento del procedimiento y otra porque se trasladó a otra Comunidad Autónoma.

De las 196 personas restantes, el 15,35% en el momento de la valoración resultaron ser “No Dependientes”, obteniendo así, un Grado 0 de dependencia, el 30,69% de personas obtuvieron o mantuvieron un Grado I “dependencia moderada”, el 29,76% un Grado II “dependencia severa” y finalmente el 14,88% un Grado III “Gran dependencia”. También es importante recalcar que 1 persona mostró una gran mejoría, hecho que derivó en un cambio de Grado I a Grado 0, identificándose como “No dependiente”.

Uno de los datos que más llama la atención, es que de esas 215 personas, un total de 115 personas solicitaron la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, lo equivalente al 53,24% del total de solicitudes. Estos datos evidencian que el cuidado proporcionado por las familias es mayoritario y como su papel resulta esencial para que se pueda cumplir con el deseo vital de muchas personas mayores de pasar por un proceso de envejecimiento en el hogar y que este pueda ser de calidad. Dicha prestación económica presenta compatibilidad con otros recursos como son la teleasistencia, los servicios de prevención y promoción de la autonomía personal, los servicios de atención diurna y las consiguientes prestaciones económicas vinculadas a las mismas. Según los datos recabados, un 34,78% de los/as solicitantes escogieron únicamente la opción de prestación económica al cuidador/a, un 44,35% decidió combinarlo junto con la Teleasistencia, un 8,70% solicitó la prestación y el centro de día y, por último, un 11,30% seleccionó la combinación de las tres opciones anteriores. También cabe recalcar que tan solo un 0,87% solicitó un servicio de prevención y promoción de la autonomía junto a la prestación.

Una vez que ya se han delimitado las preferencias de los/as solicitantes, se procede a definir más concretamente la muestra. De las 115 personas que han solicitado la prestación económica, se han descartado 7 personas que no han podido ser valoradas y que no contaban con grado de resolución antes de fallecer y 10 personas que en el momento de estudio habían fallecido. También se han descartado un total de 10 personas más, de grado 0, ya que no entrarían dentro de la muestra, al no considerarse como personas dependientes. De las 88 solicitudes restantes, 4 personas tenían cuidadora, pero en estos casos, no se trataba de una persona con la que tuvieran un vínculo familiar, sino que eran personas allegadas o contratadas, por lo que tampoco cumplirían con el requisito de familiaridad. Por ende, el análisis en profundidad se centrará en los 84 expedientes restantes.

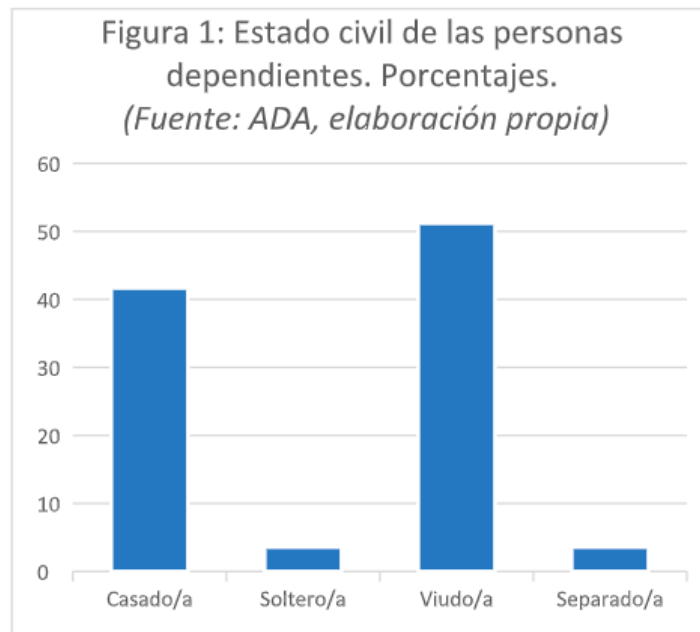
Para poder indagar acerca del perfil de las personas cuidadoras y analizar las principales características de las mismas, se han utilizado los indicadores; sexo, edad y parentesco familiar. En cambio para poder investigar si reciben algún tipo de apoyo externo y en qué medida se produce o se puede producir realmente una conciliación laboral, familiar y social se ha indagado; si la persona cuidadora convive con el/la dependiente, si trabaja de forma remunerada, y si se hace cargo de otra persona dependiente, o por el contrario no es así.

Queda evidenciado y se puede observar en la “ Tabla 1” que en el grupo de edad de personas de más de 65 años que solicitaron la dependencia durante el año 2022, la franja de edad más común es de 86 a 90 años, siendo esta del 32,14% seguida del rango de 81 a 85 años 19,05% y del de 91 a 94 años 16,67%. A través de estos datos se puede determinar la existencia, tal y como se habla en el marco teórico de una población cada vez más envejecida, y de cómo se está produciendo en el municipio el fenómeno conocido como “envejecimiento del envejecimiento”.

Tabla 1: Edades de las personas cuidadoras y de las personas dependientes. Porcentajes verticales. (Fuente: ADA, elaboración propia)		
	Cuidadores/as	Dependientes
25-34 años	3,57	0
35-44 años	8,33	0
45-54 años	23,81	0
55-64 años	30,96	0
65-74 años	21,43	16,66
75-84 años	9,52	32,15
85-94 años	2,38	48,81
95 y más	0	2,38
	(n=84)	(n=84)

Estas personas, suelen ser mayoritariamente personas viudas 51,19% o casadas 41,67% , frente al 3,57% de solteros/as o 3,57% de divorciados, tal y como se ve reflejado en “la figura 1”.Esta información valida las suposiciones iniciales, donde se esperaba que la cifras de personas casadas fueran de las más elevadas ya que se trata de personas de una edad más avanzada, que se han relacionado en una época en la que el matrimonio era concebido como un concepto tradicional de compromiso más sólido y duradero, arraigado a las normas y valores culturales de la población. En cuanto al porcentaje de personas viudas, es relevante

señalar que también está relacionado de cierta forma con la edad, puesto que en esta consideración también juega un papel importante la longevidad, dado que a medida que aumenta la esperanza de vida suele ser común que una persona de la pareja sobreviva a su cónyuge, y por lo tanto, enviude. Las mujeres suelen vivir más años, debido a causas relacionadas con factores biológicos y ambientales, por lo que mayoritariamente serán ellas quienes sobrevivan frente al fallecimiento de sus parejas.



Otra de las áreas de estudio ha sido conocer si las personas dependientes tienen hijos/as, ya que puede ser un factor que influya a la hora de escoger la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y que determinará el parentesco del cuidador/a principal. Los resultados obtenidos, muestran que el 16,67% tienen al menos 1 hijo/a, que el 35,71% de personas dependientes tienen 2 hijos/as, el 28,57% tienen 3, y el 13,1% incluso más de 3. Por el contrario, tan solo el 5,95% expresa no haber tenido hijos/as. Centrando la investigación en cuanto al nivel parentesco y siguiendo la información existente en “la Tabla 2”, se ha determinado que los familiares que mayoritariamente se encargan de proporcionar cuidados a las personas dependientes son en primer lugar los hijos/as (63,10%), seguidamente los cónyuges (17,86%) y por último los yernos o las nueras (9,52%). Existen otros grupos, pero que prevalecen de una forma mucho más minoritaria como son por ejemplo los hermanos (2,38%) o los sobrinos (2,38%). En muchos casos, esta motivación por ser cuidador/a puede producirse de forma impuesta por la situación o por la existencia de una obligación moral o

social, pero en muchos otros es vista como un deber y como una muestra de reciprocidad por los cuidados percibidos en el pasado. En la muestra examinada, se ha detectado que las relaciones entre los diversos miembros de la familia suelen ser positivas, lo que proporciona un mejor reparto de tareas y el empleo de una buena estrategia de cuidado, que consecuentemente deriva en un menor riesgo de claudicación.

Tabla 2: Sexo de las personas cuidadoras según parentesco con la persona dependiente. Porcentajes horizontales. (Fuente: ADA, elaboración propia)			
	Mujer	Hombre	(n)
Cónyuge	53,33	46,66	(15)
Hijo/a	60,38	39,62	(53)
Nuera/Yerno	87,5	12,5	(8)
Otro parentesco	62,5	37,5	(8)
Todos/as	61,90	38,10	(84)

Un 61,9% del total de los cuidadores son mujeres. Estos hechos coinciden con la información proporcionada por diversos autores/as y se pueden relacionar con los roles y estereotipos tradicionales vinculados al género, en las que se asocia a la mujer con la crianza y el cuidado, y se le vincula emocionalmente con el compromiso de proporcionar bienestar. Pese a ser una cifra bastante elevada, también cabe comentar que existe una cantidad considerable de cuidadores varones que asciende a la cifra total de 38,1%. El rango de edad de estas personas, queda descrita en la citada anteriormente, “Tabla 1” y oscila generalmente entre los 51 y los 70 años, llegando a abarcar el 65,49%, y destacando mayoritariamente el grupo de edad de 51 a 55 con el 19,05%.

Teniendo en cuenta la información recabada, el 67,86% de cuidadores/as dice no trabajar de forma remunerada, en comparación al 32,14% que en el momento de firmar el compromiso al cuidador se encontraba en activo. De las personas que no trabajan, un 49,12% se encuentran jubiladas debido a que alcanzan la edad de jubilación designada por ley, lo que les otorga una mayor disponibilidad de tiempo para cubrir las necesidades de sus familiares y las suyas propias, en cambio el 18,74% sobrante, aunque cada uno cuenta con una situación personal diferente, los motivos principales suelen ser encontrarse en situación de desempleo o ser ama de casa. En contraposición, las personas activas suelen tener empleos esporádicos, muchos de ellos relacionados con la recolecta de naranjas ya que es una actividad económica muy

común en la región, o cuando se trata de algo que proporcione una mayor estabilidad, suele implicar una jornada laboral reducida o trabajar solo en horario de mañanas, como por ejemplo trabajos en comercios locales como panaderías, papelerías, etc. Pese a que en los expedientes se indica que las principales personas cuidadoras no se hacen cargo de otras personas dependientes, los informes sociales elaborados por las trabajadoras sociales relatan que la gran mayoría sí que tienen otras cargas familiares como son ocuparse del cuidado de hijos/as, cónyuges o nietos/a, entre otros.

En última instancia, según el indicador de vivienda, se evidencia que el 58,33% de personas dependientes no convive junto a sus cuidadores/as, por lo que se puede deducir que mayoritariamente las personas dependientes escogen residir en su propio domicilio y de forma autónoma hasta que sus capacidades se lo posibilitan. Existe por lo tanto, una relación directa entre el sentimiento de independencia y el lugar donde se desarrollan las actividades básicas de la vida diaria. Dicho sentimiento no es algo que el individuo construya aisladamente, sino en interacción con la familia y en un entorno social concreto. Cabe mencionar que muchos de ellos pese a no vivir en el mismo domicilio, al residir en el mismo municipio, sus viviendas se encuentran a poca distancia o incluso en la misma calle o bloque, lo que permite promover la autonomía de las personas mayores, a la vez que se cumple con el sentimiento de responsabilidad familiar. Es de gran importancia intentar mantener la autonomía de la persona el mayor tiempo posible ya que la infraestimación de las capacidades físicas y mentales puede favorecer mayores índices de depresión o incluso una mortalidad anticipada (Montorio y Losada,2005).

7. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos confirman que las personas mayores y/o su entorno, parecen seleccionar como opción preferente el envejecimiento en el hogar y el cuidado informal. La prestación de las tareas de cuidado no afecta de forma homogénea a todas las personas cuidadoras. Existe una clara diferenciación de género, donde se observa que el cuidado informal recae generalmente en las mujeres, generando un impacto negativo en su esfera privada y obstaculizando así parte de su vida personal, laboral y social. De la misma forma, también se ha detectado una clara tendencia en la presencia de personas cuidadoras de edades avanzadas (de entre 51 a 70 años), como consecuencia del aumento de la esperanza de vida.

Aunque su aportación en tiempos de crisis de cuidado es muy notable, su propia demanda de cuidado también es elevada. Muchas de estas cuidadoras se encuentran jubiladas o ya no cuentan con edad laboral lo que acaba derivando directamente, en una considerable reducción de ingresos. El parentesco más común entre las cuidadoras y las personas dependientes es el de las hijas , seguida por las cónyuges. Aunque al traducir esto en datos no exista una diferenciación muy limitante, ya que el 39,6% pertenece a los hijos, el 60,4% a hijas, el 46,7% a cónyuges varones y el 53,3% a las esposas. Este último grupo, probablemente menos distinguible como fuente de ayuda o soporte porque ya se proveía antes de la aparición de la dependencia.

La equidad de género y la redistribución del trabajo de cuidado son aspectos clave a considerar para abordar la carga desproporcionada de trabajo y promover una sociedad más justa e igualitaria en cuanto a responsabilidad de cuidado.

7.1. LIMITACIONES

Algunas de las limitaciones con las que se ha encontrado la presente investigación son:

- Solo se han contabilizado aquellos/as cuidadores/as que han solicitado el recurso de *“la prestación económica de cuidados en el entorno familiar”*.
- Los datos seleccionados pueden ser modificados en cualquier momento tanto por la persona dependiente, como por el/la cuidador/a. Por lo que los datos obtenidos en primera instancia, podrían verse afectados.
- Puede existir una persona que sea cuidador/a principal, pero que cuente con el apoyo de otros miembros de la familia o de un/a profesional.
- El tiempo, el ritmo y la intensidad de los cuidados no se puede contabilizar.

7.2. PROPUESTAS DE MEJORA

Con la finalidad de evitar la claudicación familiar y la sobrecarga existente en los/as cuidadores/as, es crucial enfocarse tanto en sus propias necesidades, como en sus demandas. Los familiares que cuidan a personas dependientes son un grupo de difícil acceso (López y Crespo, 2007). Por una parte, parecen no mostrar un elevado interés e involucración en

programas o intervenciones disponibles, y por otra parte, cuentan con una serie de dificultades que les impiden poder participar plenamente, como son; la falta de tiempo o la exigencia en los cuidados. Para poder adecuar las intervenciones a los/as cuidadores/as es importante en primer lugar, ofrecer no solo una formación específica en materia de cuidados, sino una orientación psicoterapéutica, que proporcionen estrategias eficaces para el manejo de situaciones de estrés cotidiano y que ayude en el proceso de adaptación de la nueva situación. Por otro lado, también es necesario crear conciencia acerca del tiempo de descanso de la persona cuidadora a través de programas o unidades de respiro, la utilización de recursos complementarios o simplemente, con la cooperación de otros miembros familiares en el reparto de tareas. Es fundamental proporcionar una desconexión real que evite la aparición de problemas de salud y la erosión de las relaciones interpersonales.

Una buena forma de mejorar la sobrecarga de la familia es como se ha comentado anteriormente, haciendo uso de una forma complementaria o suplementaria del cuidado formal. Actualmente, gran parte de la población considera que la recepción de cuidado formal privado implica trámites más rígidos y extendidos en el tiempo debido al sistema burocrático al que están sometidos, con la disponibilidad de recursos socioeconómicos y con un acceso muy limitado a los mismos. Para que este tipo de cuidado pueda adquirir mayor relevancia, es preciso crear una amplia red de servicios, que proporcionen una interacción próxima y familiar, que sea más flexible y que cuente con una mayor accesibilidad. Cuanto mayor sea el conocimiento y el intercambio con los servicios formales, más se propiciará una imagen normalizada y positiva de los mismos. Una buena forma de acercarlos a la población del municipio sería a través de campañas publicitarias, jornadas de puertas abiertas o mediante las experiencias de los/as usuarios/as de dichos servicios.

En última instancia y considerando la información extraída de la investigación, también sería beneficioso que desde los poderes públicos se abordará el tema de los cuidados como un problema social, actualizando tanto las políticas familiares, sociales, económicas, como fiscales y de trabajo, para poder así adaptarlas a la realidad de las familias que conviven con esta situación a diario.

8. BIBLIOGRAFÍA

Argos.(2023).*Dades estadístiques,demografia, Onda*. Recuperado de la base de datos de:

http://www.argos.gva.es/bdmun/pls/argos_mun/DMEDB_MUNDATOSINDICADORES.DibujaPagina?aNMunId=12084&aNIndicador=2&aVLengua=V

Asamblea General de la ONU. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Paris.

Ayuntamiento de Onda. (2 de Mayo de 2023). Política Social.Recuperado de:

https://www.onda.es/ond/web_php/index.php?contenido=descripcion&id_boto=146#majors

Ayuntamiento de Onda. (2 de Mayo de 2023). Mayores. Recuperado de:

https://www.onda.es/ond/web_php/index.php?contenido=descripcion&id_boto=338

Ayuso Gutiérrez, M., Del Pozo Rubio, R. y Escribano Sotos, F. (2010). Factores sociodemográficos y de salud asociados a la institucionalización de personas dependientes. *Revista Española Salud Pública*, 84(6), 789-798.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272010000600009&script=sci_abstract

Barranquero, R. y Ausín, B. (2019). Impacto de los estereotipos negativos sobre la vejez en la salud mental y física de las personas mayores.*Revista de Psicogeriatría*, 9 (1), 41-47.

https://www.researchgate.net/publication/334454554_Impacto_de_los_estereotipos_negativos_sobre_la_vejez_en_la_salud_mental_y_fisica_de_las_personas_mayores

Bódalo Lozano, E. (2010).Cambios en los estilos de vida de las cuidadoras de personas dependientes. *Portularia*,1, 85-97.

<https://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/4279/b15919043.pdf?sequence=2>

- Carrasquer Oto, P. (2013). El redescubrimiento de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31(1),91-113.
https://www.researchgate.net/publication/314525743_El_redescubrimiento_del_trabajo_de_cuidados_algunas_reflexiones_desde_la_sociologia
- Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, pp. 29313 a 29424
- Crespo M. y Fernández Lansac, V. (2015). Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de Psicología*, 31(1), 19-27.
<https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.31.1.158241>
- Decreto 62/2017 de 2017. Por el que se establece el procedimiento para reconocer el grado de dependencia a las personas y el acceso al sistema público de servicios y prestaciones económicas. 19 de Mayo de 2017. DOGV núm. 806.
- Devolder Pennanguer ,D., Spijker J. y Zuera Castillo, P. (2018). Redes de parentesco y futuro de los cuidadores de las personas mayores. *Panorama Social*, 28, 75-91.
https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_PS/028art04.pdf
- Ezquerro, S. (2011). Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real. *Investigaciones feministas*, 2, 175-194.
<https://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/view/38610/37335>
- Instituto Nacional de Estadística.(2022). *Pirámide de la población empadronada, demografía*. Recuperado de la base de datos de:
<https://www.ine.es/covid/piramides.htm>
- Izal Fernández, M., Montorio Cerrato, I., Losada Baltar A. y Alonso Suárez M. (2001). Identificación de las necesidades de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes percibidas por los profesionales de los servicios sociales y de la salud. *Psychosocial Intervention*, 10(1), 23-39.

<https://www.redalyc.org/pdf/1798/179818298003.pdf>

Ley 39/2006 de 2006.Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.14 de diciembre de 2006.BOE 299.

López Martínez, J. y Crespo López, M. (2007).Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes:una revisión.*Psicothema*, 19(1),72-80.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2231545>

Masanet Ripoll, E. y La Parra Casado, D.(2009).Los impactos de los cuidados de salud en los ámbitos de vida de las personas cuidadoras.*Revista Española de Sociología*,11,13-31.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3527981>

Mateos y de Cabo,O.I., Herranz González,R., Aranda Lasheras,M.J., Fouce Fernández,G., Bermejo García,L., Del Barrio Truchado, E., Adá Lameiras,A., Zorrilla Muñoz,V., Agulló Tomás, M.S. y Casal Sánchez,M.D.(2022).*La discriminación por edad de las personas mayores;Las múltiples caras del edadismo*.Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

https://imserso.es/web/imserso/el-imserso/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion-publicacion?p_p_id=com_grupoica_publicador_PublicadorPortlet_INSTANCE_sVCLWprFvztQ&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&com_grupoica_publicador_PublicadorPortlet_INSTANCE_sVCLWprFvztQ_javax.portlet.action=buscarResultados&com_grupoica_publicador_PublicadorPortlet_INSTANCE_sVCLWprFvztQ_entryid=277535

Martínez Buján, R.(2014). Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 145,99-126.

<http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.145.99>

Menéndez Álvarez-Dardet, S.(2001).La diversidad familiar en España. Un análisis de su evolución reciente y su aceptación.*Apuntes de Psicología*,19 (3),367-386.

<https://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/6226>

Ministerio de Sanidad y Política Social, Secretaría General de Política Social y Consumo y Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).(2009).Edadismo en Estados Unidos.*Perfiles y tendencias*, 40, 1-67.

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/boletinsobreenvejec40.pdf>

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales,Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad y Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).(2005).Atención a las personas en situación de dependencia;Libro Blanco de la Dependencia.

<https://imserso.es/documents/20123/133745/libroblanco.pdf/77b5f39f-5e13-6de9-88ed-fd5e0b2b1386>

Montorio Cerrato, I. y Losada Baltar, A. (2005).Provisión de cuidados y apoyo social informal:una visión psicosocial de la dependencia.En *Gerontología:actualización, innovación y propuestas* (491-518).Pearson educación.Madrid

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=8980>

Moya Martínez, P., Escribano-Sotos, F. y Pardo-García, I. (2012). La participación en el mercado laboral de los cuidadores informales de personas mayores en España. *Innovar*, 22(43), 55-66.

<https://www.redalyc.org/pdf/818/81824123006.pdf>

Oliva, J., Vilaplana , C. y Osuna, R. (2011). El valor social de los cuidados informales provistos a personas mayores en situación de dependencia en España.*Gaceta Sanitaria*, 25(2),108-114.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111002986>

Organización Mundial de la Salud. (1 de Octubre de 2022). *Envejecimiento y salud*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Pérez Trullen, J.M., Abanto Ald, J y Labarta Mancho, J.(1996).El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia).Elsevier.,*Atención primaria*, 18(4), 194-202.

<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-sindrome-del-cuidador-procesos-14332>

Rogero García, J.(2009).Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 años y más en situación de dependencia.*Revista Española de Salud Pública*, 83, 393-405.

<https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n3/original2.pdf>

Unión Europea. (2000). Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea.

9.ANEXOS

9.1.TABLA DATOS FINALES ONDA 2022

UJER/ HOMBRE	GRADO	EDAD	E.CIVIL	FAMILIA	RECURSO	CUIDADORA/A	EDAD	PARENTESCO	CONVIVENCIA	TRABAJA
M	2	79	V	0	PE + Teleas	CUIDADOR/A	45	SOBRINA	NO	NO
H	1	87	C	2	PE + Teleas	CUIDADOR	58	HIJASTRO	NO	SI
M	1	89	C	2	PE + Teleas	CUIDADOR	59	HIJO	NO	SI
M	2	92	V	4	PE+Tele+ CD	CUIDADOR	64	HIJO	SI	NO
H	2	94	S	2	PE+Tele+ CD	CUIDADORA	60	NUERA	NO	NO
H	1	85	C	4	PE+Tele+ CD	CUIDADORA	44	HIJA	NO	NO
M	1	88	V	4	PE + Teleas	CUIDADORA	63	HIJA	NO	NO
M	1	88	V	1	PE + Teleas	CUIDADOR	60	YERNO	SI	NO
H	2	89	V	2	PE+Tele+ CD	CUIDADORA	28	NIETA	NO	NO
M	2	95	V	3	PE	CUIDADOR	72	HIJO	NO	NO (jub)
M	3	86	V	4	PE + Teleas	CUIDADORA	59	HIJA	SI	NO
M	1	86	V	1	PE+Tele+ CD	CUIDADOR	63	HIJO	NO	NO
H	3	79	C	2	PE+CD	CUIDADORA	78	CONYUGE	SI	NO (jub)
H	1	68	C	2	PE	CUIDADORA	69	CONYUGE	SI	NO (jub)
M	2	72	C	1	PE + Teleas	CUIDADOR	41	HIJO	SI	NO
M	2	83	V	1	PE+Tele+ CD	CUIDADORA	29	NIETA	NO	SI
M	1	80	C	2	PE + Teleas	CUIDADORA	53	NUERA	NO	NO
M	2	74	V	1	PE + Teleas	CUIDADORA	52	HIJA	NO	NO
H	1	67	V	0	PE	CUIDADOR	64	HERMANO	NO	SI
M	3	87	V	3	PE	CUIDADORA	61	HIJA	SI	SI
M	2	95	V	1	PE	CUIDADOR	67	HIJO	SI	NO (jub)
M	2	95	V	3	PE + Teleas	CUIDADORA	72	HIJA	SI	NO (jub)
M	2	87	V	4	PE	CUIDADORA	57	HIJA	SI	NO
M	3	90	V	4	PE + Teleas	CUIDADOR	57	HIJO	SI	Si (de baja)
M	2	90	V	2	PE	CUIDADOR	58	HIJO	NO	Si (SAD)
M	2	87	V	2	PE+Tele+ CD	CUIDADORA	54	HIJA	NO	Si (profe)
M	2	94	V	1	PE + Teleas	CUIDADORA	71	NUERA	SI	NO (jub)
M	1	75	V	3	PE + Teleas	CUIDADORA	51	HIJA	SI (no tiene fa	NO (espor)
M	1	94	V	3	PE + Teleas	CUIDADORA	65	HIJA	SI (no puede v	NO (jub)

M	1	78	V	2	PE	CUIDADORA	55	HIJA	Si (casa de la	NO (crisis)
M	2	87	S	2	PE	CUIDADORA	58	HIJA	NO	NO
M	2	93	C	3	PE + Teleas	CUIDADORA	63	HIJA	NO	SI
H	3	98	C	3	PE + Teleas	CUIDADOR	66	HIJO	NO	NO (jub)
H	2	82	C	1	PE + Teleas	CUIDADOR	42	HIJO	NO	Si (esp)
M	1	82	C	4	PE+Tele+ CD	CUIDADOR	87	CONYUGE	SI	NO (jub)
M	3	82	V	1	PE+CD	CUIDADOR	55	HIJO	NO	Si
H	1	82	V	1	PE	CUIDADOR	51	HIJO	SI	Si (orquesta)
M	3	71	D	1	PE + Teleas	CUIDADORA	44	HIJA	NO	SI
M	1	74	D	3	PE+CD	CUIDADORA	43	HIJA	NO	SI
M	2	74	C	3	PE	CUIDADOR	52	HIJO	NO	NO (desem+disc
H	1	68	C	3	PE	CUIDADORA	66	CONYUGE	SI	NO (jub)
H	2	76	C	0	PE+CD	CUIDADORA	75	CONYUGE	SI	NO (jub)
M	1	78	C	2	PE	CUIDADORA	52	HIJA	NO	SI (panadera)
M	1	94	V	3	PE+Teleas	CUIDADORA	65	HIJA	SI (barreras)	NO
M	1	75	D	2	PE	CUIDADOR	77	HERMANO	No	NO (jub)
M	2	82	V	4	PE+CD	CUIDADORA	44	HIJA	SI (barreras)	NO
H	1	82	C	2	PE+CD	CUIDADORA	77	CONYUGE	NO	NO (jub)
M	1	69	C	3	PE	CUIDADOR	74	CONYUGE	SI	NO (jub)
M	3	78	V	2	PE	CUIDADORA	54	HIJA	NO	NO
M	1	93	V	3	PE+Teleas	CUIDADORA	68	HIJA	NO	NO (jub)
M	1	86	V	3	PE	CUIDADORA	67	HIJA	SI	NO (jub)
M	3	85	V	3	PE	CUIDADOR	63	HIJO	NO	NO
M	2	86	C	2	PE+CD	CUIDADORA	68	HIJA	NO	Si (panadería)
M	2	81	V	4	PE+CD	CUIDADORA	57	HIJA	NO	SI
H	3	87	V	3	PE	CUIDADORA	55	HIJA	SI	NO
H	3	89	C	0	PE	CUIDADORA	88	CONYUGE	SI	NO (jub)
M	1	88	V	2	PE	CUIDADORA	56	NUERA	SI	NO (ama de cas
M	2	85	V	2	PE	CUIDADORA	58	HIJA	No	SI (Jornada com)
M	2	78	C	3	PE+CD	CUIDADOR	81	CONYUGE	Si	NO (jub)

H	3	79	C	4	PE	CUIDADORA	76	CONYUGE	SI	NO (jub)
M	2	91	C	2	PE+Teleas	CUIDADORA	64	NUERA	NO	NO (desem)
M	3	87	V	4	PE+Teleas	CUIDADORA	54	HIJA	NO	SI (tienda cercan
M	2	87	V	3	PE+CD	CUIDADORA	61	NUERA	NO	NO (ama de cas
M	2	99	V	2	PE	CUIDADORA	46	NIETA	NO	SI
M	2	88	V	2	PE+Teleas	CUIDADORA	55	HIJA	NO	Si (papelería)
H	1	89	C	3	PE	CUIDADOR	47	HIJO	NO	SI
M	1	79	C	3	PE	CUIDADOR	53	HIJO	NO	SI
M	3	87	C	2	PE+Tele+ CD	CUIDADORA	54	HIJA	NO	SI (ayunta)
M	1	81	C	2	PE	CUIDADOR	84	CONYUGE	SI	NO (jub)
H	3	71	C	2	PE+Teleas	CUIDADORA	46	HIJA	NO	NO
M	3	92	V	2	PE+Teleas	CUIDADORA	56	HIJA	Si	NO (ama de cas
M	2	77	C	1	PE+Tele+ CD	CUIDADOR	82	CONYUGE	SI	NO(jub)
M	3	93	V	1	PE	CUIDADOR	66	HIJO	No (debajo)	No (jub)
H	1	90	V	2	PE+Teleas	CUIDADOR	63	HIJO	NO	SI
H	3	81	C	1	PE	CUIDADOR	25	NIETO	NO	SI (comedor)
M	2	84	C	3	PE	CUIDADOR	50	HIJO	No	NO
H	2	90	C	3	PE+Teleas	CUIDADOR	61	HIJO	NO	SI
M	2	65	C	2	PE	CUIDADOR	66	CONYUGE	SI	NO (jub)
M	2	92	V	2	PE+Teleas	CUIDADORA	66	HIJA	NO	NO (jub)
M	1	66	C	2	PE+Tele+ CD	CUIDADOR	69	CONYUGE	SI	NO (jub)
M	3	89	C	3	PE+Teleas	CUIDADORA	67	HIJA	NO	NO (jub)
H	1	83	C	3	PE+Teleas	CUIDADORA	77	CONYUGE	SI	NO(jub)
M	1	85	V	2	PE+Teleas	CUIDADORA	55	NUERA	NO	NO
M	1	90	S	0	PE	CUIDADORA	69	SOBRINA	SI	NO (jub)