

SARA VALENTÍN MAGDALENO



**TRABAJO
FIN DE GRADO**

**VALORACIÓN DE LOS CUIDADORES DE ENFERMOS DE
ALZHEIMER: UNA PROPUESTA METODOLÓGICA INTEGRADORA EN
LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN MATERIA DE
DEPENDENCIA**

CURSO DE ADAPTACIÓN A GRADO DE TRABAJO SOCIAL 2013/2014

TUTORA: ALMUDENA JUÁREZ RODRIGUEZ

A mi abuela Alfonsa.

INTRODUCCION

OBJETIVOS

BLOQUE I. MARCO TEORICO

1. CONTEXTUALIZACIÓN DE LAS DEMENCIAS

1.1. TIPOLOGIAS DE DEMENCIAS..... **8**

1.2. DEMENCIA TIPO ALZHEIMER.....**8**

1.3. PRINCIPALES SINTOMAS..... **9**

1.4. DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER..... **10**

1.5. EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER..... **10**

1.6. TRATAMIENTO..... **12**

2. LOS CUIDADOS

2.1. QUE ES SER CUIDADOR..... **16**

2.2. LOS CUIDADORES NO PROFESIONALES EN LA LEY DE DEPENDENCIA..... **17**

2.3. RELACIÓN DE LAS ETAPAS DE VOLICER DE DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD

Y LA ETAPAS DE CUIDADO **18**

2.4. TÁNDEM CUIDADOR-CUIDADO. UNA VISION INTEGRAL PARA LA VALORACION... **22**

2.5. IMPORTANCIA DE LA VALORACION DE LOS CUIDADORES.....**23**

3. REVISION DE LOS PRINICPALES MODELOS Y PROPUESTAS TEORICAS PARA LAVALORACION DE LOS CUIDADORES

3.1. MODELO DE ESTRÉS ADAPTADO AL CUIDADO.....**27**

3.2. MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL.....	27
3.3. MODELO ABC DE MODIFICACION DE CONDUCTA.....	28
3.4. ESTUDIO DE RESILENCIA Y ASPECTOS POSITIVOS EN CUIDADORES.....	28
3.5. PROPUESTAS TEORICAS INTEGRADORAS.....	30
4. VALORACION DE CUIDADORES EN LA LEY DE DEPENDENCIA	
4.1. PROCEDIMIENTO DE LA VALORACION.....	36
4.2. RECONOCIMIENTO DEL DERECHO DE LA PERCEPCION DE LA PRESTACION ECONOMICA DE CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR Y APOYO A CUIDADORES NO PROFESIONALES	37
4.2.1 VARIABLES DE LA PRESTACIÓN ECONOMICA DE CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR.	
4.2.1. a). Requisitos de Acceso	38
4.2.1. b). <i>Fijación de Contenido por parte de las Administraciones pública.....</i>	39
4.2.1. c). Condiciones Materiales en las que se realiza el cuidado:	
Convivencia y Habitabilidad.....	40
4.2. 1. d). Condiciones Específicas relativas al cuidador.....	41
4.2.1. e). Variables Técnicas para la Elaboración del PIA.....	43
4.4. INSTRUMENTOS O GUIAS PARA LA VALORACION DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA.	
4.5. INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACION DE SITUACIONES ESPECIALES... 48	
4.6. UTILIZACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN Y SU MATERIALIZACION EN LOS INFORMES SOCIALES. 50	

5. CONCLUSIONES Y NECESIDAD DE UNA PROPUESTA METODOLOGICA...55

BLOQUE II. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

EL TRABAJADOR SOCIAL EN LA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE DEPENDENCIA EN LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER Y SUS CUIDADORES.

1. PRESUPUESTOS ETICOS DE PARTIDA.....	59
2. OBEJTIVOS	60
3.PRESUPUESTOS METODOLOGICOS	61
4. ETAPAS DE INTERVENCIÓN CON PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y CUIDADORES.....	62
.4.1. VALORACIÓN DE DEPENDENCIA PERSONA CON ALZHEIMER E IDONEIDAD DEL CUIDADOR	
4.1.a) Recepción de la demanda y estudio inicial.	64
.4.1.b) Citación.	66
4.1.c) Visita Domiciliaria.	66
.4.1.d) Reflexión del trabajo social de la valoración realizada, propuesta y tramitación	74
4.1.e) Situaciones especiales.	75
6.4.2. SEGUIMIENTO	
.4.2.a) Concepto.....	76
.4.2.b) Características del contexto de cuidados	78
.4.3.c) Intervención del Trabajador social.....	78

CONCLUSIONES

REFERENCIAS

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

Exponer las razones que me han llevado a elegir como tema la valoración de los cuidadores en el contexto de cuidados de la enfermedad de Alzheimer quizá sea una buena forma de empezar.

El contenido de este trabajo se ha ido formando a lo largo de este curso y sin embargo su esencia se fraguó mucho antes de saber que me serviría como motivo para mi Trabajo de Fin de Grado. Fue hace ocho años cuando a mi abuela la diagnosticaron principio de demencia, desde entonces mi familia se adentró en un proceso de cuidados de manera irreversible, y es que la enfermedad no da tregua alguna. Por aquellos entonces, hacía un año que había acabado la diplomatura de trabajo social y ante necesidad de comprensión me propuse estudiar un curso sobre gerontología, lo compaginaba con un trabajo que me surgió en mi pueblo de monitora de ocio y tiempo libre.

Lo cual me permitía ganar un dinero, que para esa edad estaba muy bien y tomar algo experiencia, pero sobre todo me permitía ayudar a mi madre y a mi tía que eran las cuidadoras principales. La enfermedad de mi abuela duró cinco años, a los tres años de evolución apareció a nuestras vidas la Ley de la dependencia, las trabajadoras sociales y el procedimiento de valoración.

En ese tiempo, la única experiencia que había tenido de Trabajo Social había sido en prácticas, por lo que no sabía con convicción de si lo que percibía en las trabajadoras sociales de referencia para mi abuela era normal o no. Sin embargo un día, en una de las visitas domiciliarias, el sentido común junto con los principios de Félix Biestek retumbaron en mi cabeza como una campana, ya era tarde para ponerme las manos en las orejas, el sonido ya estaba dentro de mí. Estuve tiempo con ese resonar discordante, un tiempo en el que decidí no pensar en el trabajo social, ni ejercer como trabajadora social.

Llegó un día, en el que trabajando me di cuenta, que el trabajo que tenía, me gustaba pero no me llenaba. Recordé entonces, que había estudiado y elegido el Trabajo social con convicción y vocación. En base a lo cual mi familia reorientó la aportación que yo hacía en el contexto de cuidados pues necesitaba tiempo para prepararme oposiciones. Pasaron dos años cuando

conseguí posicionarme en una bolsa de empleo y empezar el largo camino de idas y venidas en la Administración como funcionaria interina. Mi abuela falleció durante uno de los procesos selectivos.

Por aquellos entonces ya había detectado que la valoraciones que se hacían para la situación de dependencia, se ajustaban muy bien a la persona cuidada en relación a la aplicación del instrumento de baremo de valoración de dependencia, pero la valoración en relación al tratamiento general respecto al contexto de cuidados y a la aproximación y tratamiento a la persona que ejercía los cuidados, adolecía de carencias.

Hace dos años que me contrataron como trabajadora social en un Servicio de Atención Básica de Servicios Sociales y tomé conciencia de la puesta en práctica de la valoración de dependencia por mí misma. Me desplazaba a los domicilios, hacía el informe social, aplicaba el baremo para ver qué capacidad funcional tenía la persona con dependencia y qué apoyo necesitaba del cuidador. Lo que hacía era utilizar los instrumentos e intentar no demorarme mucho con los plazos, aunque era fácil no hacerlo, la lista de solicitantes era amplia. Y entonces, pones al descubierto, que los tiempos, las funciones, los trámites y su gestión son tan importantes que en ocasiones, suele ocurrir que nos vemos abocados en una dinámica donde es posible que antepongamos el valor de los procesos al de las personas. Lo sorprendente es que era consciente de que la campana sonaba, y que ahora era yo la que la hacía sonar, sin embargo aprendí a no escucharla y a hacer lo que me correspondía como trabajadora social, creo que en uno de esos momentos, dejé la campana que me tenía un poco aburrida y la cambie por la denominación de visión en túnel, una capacidad para hacer el trabajo social burocrático y abstraerse de los lados izquierdo y derecho pues solo contemplando los criterios marcados se conseguía avanzar.

Esta visión en túnel no me duró todo lo que yo hubiera querido, pues la funcionaria a la que sustituía por excedencia se reincorporó a su puesto. Así que en quince días tome la decisión de reincidir en el trabajo social y volver a la Universidad cursando la Adaptación del título de Trabajo Social a Grado.

La decisión del tema del proyecto de Fin de Grado, no podía ser otro, tenía que encontrar explicaciones a lo que desde hace tiempo necesitaba sobre la valoración de los cuidadores. Y así intuitivamente elegí a Almudena Juárez como tutora, quien desde el principio aunque la sorprendió el nombre inicial del proyecto, confió en mí. Me ayudo a hilar el trabajo, haciendo honor a uno de sus estudios “Construir desde las fortalezas” y así pude encontrar lo que faltaba en la valoración de los cuidadores e indagar sobre ello.

En este trabajo se va a encontrar una comprensión de la enfermedad de Alzheimer, desde el entendimiento de las características de la enfermedad, sus estadios o fases de evolución. Este conocimiento es clave para el trabajador social en una doble dimensión, una dimensión de aproximación a las necesidades del enfermo de Alzheimer y a las necesidades de su cuidador principal.

Un profesional del Trabajo social conocedor de aquellas se encaminará más eficazmente a poder informar, orientar y acompañar al cuidador en su tarea de comprender y afrontar la enfermedad de forma favorable.

El Trabajador social es conocedor de la importancia de la salud en los términos en los que la OMS describió en 1946 “la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades”. En este sentido desde la formación universitaria de los estudios de Trabajo Social, se hace especial hincapié en los aspectos de salud y su relación con lo social así como en los pilares de la intervención sociosanitaria.

En la práctica diaria de nuestra intervención la conjunción de lo social y de lo sanitario es imprescindible. Por ello ahondar en los aspectos en los que ambos confluyen es una reto y un compromiso por parte de los profesionales tanto sanitarios como sociales en la creación de conocimientos y espacios comunes de entendimiento.

A raíz de la ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las situaciones de dependencia, ha habido una nueva competencia adquirida por parte de los trabajadores sociales para la valoración de las

situaciones de dependencia. Lo que ha supuesto una mayor exigencia de conocimiento teórico sobre las enfermedades y la evolución de las mismas en relación con la autonomía para la realización de actividades básicas de la vida diaria. Y en relación a ello el impacto sobre el bienestar de los cuidadores y la necesidad de emprender acciones de valoración y determinación de los posibles recursos para su atención.

Evidentemente mi objeto de interés en un primer momento es hacer comprensible las situaciones en las que la enfermedad es limitante en la vida diaria y social de la persona que padece enfermedad de Alzheimer, para conocer las circunstancias a las que se exponen sus cuidadores y poder desarrollar una valoración adecuada de los mismos. En este intento de conocer cómo se realiza la valoración de los cuidadores me ha llevado a recoger las principales orientaciones teóricas al respecto y las actuales propuestas existentes y compararlas con la aplicación de las valoraciones de situaciones de dependencia que se están desarrollando en nuestro país con arreglo principalmente al reconocimiento de la idoneidad.

En este intento de comprensión he tomado dos informes sociales; el de la Comunidad de Madrid y el de Castilla y León para su estudio, valoración y análisis comparativo con respecto a una de las propuestas actuales de valoración de los cuidadores de manera integral como es la de Feinberg. A la vez se ofrece un análisis del principal instrumento de apoyo como es la Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Finalmente y como resultado de la investigación he desarrollado una propuesta metodológica de *Intervención del Trabajador Social en la valoración y seguimiento del proceso de dependencia en la enfermedad del Alzheimer y sus cuidadores desde un nuevo análisis integral del contexto de cuidados*.

Con ello se pretende contribuir a una mejora en dos sentidos para la praxis del Trabajo Social; a nivel general en la intervención profesional proporcionar una nueva mirada más integrada y adaptada al contexto teórico actual sobre valoración de los cuidadores y de manera específica pretende ser

una ayuda (soporte, herramienta) para las valoraciones que realizamos como trabajadores sociales en la determinación de la idoneidad del cuidador que establece la ley 39/2006 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Situaciones de Dependencia.

Los **OBJETIVOS** que se plantean se concretan en los siguientes:

-Posibilitar una nueva comprensión de las necesidades de los cuidadores de enfermos con Alzheimer a la luz de la literatura científica más representativa escrita al respecto.

- Proporcionar una nueva perspectiva de valoración integral del contexto de cuidados que amplíe y complemente la intervención que los trabajadores sociales están realizando en la actualidad en el marco de las valoraciones sociales de la ley 39/2006.

-Favorecer nuevas líneas de estudio de las necesidades de los cuidadores con adaptación a la enfermedad de la que son proveedores de cuidados.

- Mejorar la evaluación de cuidadores que se prestan cuidados a enfermos de Alzheimer, los cuales se contemplan en el Plan de Atención Individualizado del procedimiento de valoración de Dependencia.

BLOQUE I. MARCO TEÓRICO

1. CONTEXTUALIZACION DE LAS DEMENCIAS

Antes de abordar la definición y principales características de la Enfermedad de Alzheimer es necesario contextualizar a nivel general las demencias. Existe en la definición de demencia, una gran controversia a causa de la multiplicidad de enfoques y criterios existentes, lo que ha dado lugar a una gran confusión conceptual y terminológica en base a diferentes categorías diagnósticas. Los criterios para diagnosticar más utilizados son la CIE 10 (OMS, 1993) Y EL DSM IV (American Psychiatric Association, 1994)

En un intento de mostrar similitudes y diferencias entre los dos criterios diagnósticos se expone la siguiente tabla Garre Olmo, J; 1997.

DSM IV	CIE 10
Desarrollo del déficit cognoscitivo múltiples que se manifestaran por: -Alteración de la memoria (incapacidad para aprender y recordar nueva información). -Una alteración de las siguientes: *Afasia *Apraxia *Agnosia Alteración de la función ejecutiva (capacidad de pensamiento abstracto, planificar, iniciar secuencias monitorizar)	Deterioro de la memoria -Incapacidad de registrar, almacenar y recuperar información nueva. -Perdida de contenido mnésico relativos a la familia o al pasado. Deterioro del Pensamiento y Racionamiento. -Reducción del flujo de ideas -Deterioro en el proceso de almacenar información. -Incapacidad de prestar atención a más de un estímulo a la vez por dificultad de cambiar el foco de atención.
Gravedad de los criterios anteriores que provoca un deterioro significativo de la actividad social o laboral.	Interferencia en la actividad cotidiana.
Las alteraciones no aparecen exclusivamente durante un síndrome confusional agudo.	Conciencia clara. Posibilidad de superposición y de delirio
Evidencia clínica o mediante pruebas complementarias causas orgánicas o al efecto de una sustancia tóxica de la demencia.	Síntomas presentes durante seis meses por lo menos.

Los criterios establecidos en la DSM IV, están más orientados al diagnóstico clínico y los criterios del CIE 10 al estudio epidemiológico (Yanguas y otros, 2007)

Existen, no obstante, algunas notas comunes de las dos definiciones de demencia (DSM-IV y CIE-10) (García y Olzarazán, 2000):

- Para ambas implica una pérdida de capacidades cognitivas respecto al nivel premórbido.
- Existe un deterioro en la memoria.
- Coexisten otros déficits en funciones superiores.
- Es de intensidad suficiente como para interferir en el funcionamiento habitual de la persona.

Una definición integradora es la que proponen Villareal y Morris en 1998 en el que la demencia se define “como un síndrome clínico el cual es definido por déficits cognitivos que concurren de manera conjunta en un paciente y que ello tiene la suficiente intensidad para afectar en la realización de actividades básicas de la vida diaria y con afectación en la calidad de vida de la persona y con influencia en la persona que ejerce los cuidados.

Concluyen que estos déficits se presentan con respecto a un funcionamiento previo y que se diferencian del delirium, del retraso mental y del deterioro cognitivo focal que se caracteriza como amnesia o afasia.

1.1. TIPOLOGIAS DE DEMENCIAS

Hay diferentes tipos de demencias las cuales se clasifican en demencias degenerativas primarias y demencias degenerativas secundarias (Sánchez Vázquez: 2011):

- Las Demencias degenerativas primarias, son aquellas demencias que cursan con lesiones o daños que afectan al cerebro de un modo directo y selectivo: en la zona cortical o subcortical.

El Alzheimer se clasifica por ser una demencia primaria afectando a la zona cortical.

- Las Demencias degenerativas secundarias son aquellas que afectan a diversos órganos o sistemas del organismo entre ellos el cerebro. Como por ejemplo el complejo demencia-SIDA o la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

1.2. DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

La enfermedad del Alzheimer (EA) o demencia tipo Alzheimer “es una enfermedad neurodegenerativa primaria, con las propiedades sindrómicas de demencia, lo que supone una degeneración del cerebro (sobre todo su corteza) que va perdiendo neuronas y sinapsis. Se caracteriza por la pérdida progresiva de memoria y de al menos una o varias capacidades mentales, y con indicencia en los niveles cognitivo, conductual y funcional. Es por tanto un proceso primario, irreversible y progresivo involutivo, que suele tener una duración media aproximada de 10-12 años aunque esto puede variar”. (Abizanda y Jordan, 2011:16)

Alois Alzheimer, el cual dió su apellido para nombrar la enfermedad, fue el que primero la observó sin embargo, Emil Kraepelin determinó los síntomas de la enfermedad como una entidad nosológica¹ (Abizanda y Jordán: 2011)

¹ La nosología es la ciencia que formando parte del cuerpo de conocimientos de la medicina tiene por objeto describir, explicar, diferenciar y clasificar la amplia variedad de enfermedades y procesos patológicos existentes, entendiendo éstos como entidades clínico-semiológicas, generalmente independientes e identificables según criterios idóneos

1.3. PRINCIPALES SINTOMAS

La manifestación más precoz de la enfermedad es la pérdida de memoria que según se refiere suele aparecer entre uno y quince años antes de diagnosticarse la demencia. Esta pérdida de memoria es la principal característica de la enfermedad, paulatinamente la persona es como si se quedara sin identidad.

Esta amnesia impide aprender conceptos nuevos, se olvida la información recibida.

Otras áreas cognitivas que se ven afectadas son la orientación y el lenguaje con dificultades en la denominación para seguir conversaciones y en la fluencia verbal de conceptos.

También puede disminuir ligeramente la capacidad funcional, en parte debido desde una fase más autónoma donde se conservan un buen desempeño de las ABVD, lo que conlleva una supervisión por los cuidadores, una fase de dependencia parcial, en la que los cuidadores tienen que apoyar en la realización de las mismas y una fase de total dependencia en la que se requiere un apoyo extenso.

Los trastornos conductuales-afectivos, la alteración del estado del ánimo, el aplanamiento afectivo, los síntomas conductuales, los síndromes psicóticos caracterizados por las ideas delirantes, las alucinaciones y los trastornos del ritmo de vigilia y alimenticios son los que tienen más repercusión sobre la sobrecarga del cuidador. (Abizanda y Jordan, 2011:16).

1.4. DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

El diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer requiere de varios pasos (Abizanda y Jordán, 2011)

1. Sospecha de la enfermedad, ante la correlación de síntomas, generalmente problemas de memoria.
2. Demostración a través de un test de cribado²
3. Seguidamente se contrasta la sintomatología obtenida por la anamnesis³ para posteriormente proceder a la realización de una serie de pruebas o despistaje para diferenciarlo de otras posibles demencias. “Este despistaje consiste en la realización de pruebas de neuroimagen (TAC O RM cerebral) y una analítica que incluya hemograma, bioquímica, hormonas tiroideas y ocasionalmente vitamina B12, ácido fólico y serología de lúes, para descartar la etiología vascular, alteraciones hormonales, procesos expansivos intracraneales” . (Abizanda y Jordan, 2011: 47).
4. Por ultimo dependiendo del caso se pueden hacer necesarias pruebas adicionales como un encefalograma o una punción lumbar para completar el diagnóstico.

1.5. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer “es variable con respecto de unas situaciones y otras en las personas. Existe una alta variabilidad interindividual en cuanto a edad de presentación, síntomas de inicio, forma de instauración, afectación de diferentes dominios cognitivos y no cognitivos, curso y velocidad de progresión. Por otra parte no se produce una evolución lineal, sino curvilínea, cuya velocidad depende del estadio y la función cognitiva considerada”.(Abizanda y Jordan, 2007; 63)

²Los test cognitivos breves buscan medir de manera objetiva el rendimiento del sujeto en una tarea concreta del examen del estado mental del paciente.

³ La anamnesis médica de un paciente es el término empleado en medicina para referirse a la información recopilada por un médico mediante preguntas específicas, formuladas bien al propio paciente o bien a otras personas que conozcan) y la aplicación de instrumentos de evaluación cognitiva, como son los criterios clínicos de demencia del DSM-IV o la CIE-10 los primeros son de uso más generalizado.

Clínicamente se han definido cuatro estadios evolutivos según Volicer (1998):

1. EA Leve: existe afectación de la memoria, la orientación y la ejecución de actividades avanzadas en la vida diaria, aunque aún se mantiene un alto grado de independencia.
2. EA Moderada: se añaden afasia, apraxia agnosia, confusión y afectación de las actividades instrumentales de la vida diaria
3. EA Grave o severa; suelen existir incontinencia, afectación deglutoria y trastornos de la marcha.
4. EA Terminal: se caracteriza por la inmovilidad, el mutismo, la disfagia a líquidos y sólidos y las infecciones de repetición, además de la dependencia total del paciente.



Fuente: Estado del arte de Enfermedad de Alzheimer en España.

1.6. TRATAMIENTO

Hoy en día no existe ningún tratamiento que cure el Alzheimer, por ello se considera que los factores de prevención y el detectar a tiempo la enfermedad son elementos importantes.

La medicación que existe en la actualidad tiene capacidad para modificar los síntomas, pero no curan la enfermedad ni evitan su evolución.

Desde la guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias se hace alusión de atender a una visión biopsicosocial del tratamiento en la cual se distinga entre tratamiento farmacológico y técnicas no farmacológicas:

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

“Los tratamientos farmacológicos orientados para esta dolencia han demostrado tener efectividad sobre el área cognitiva, reducir los cuadros psicóticos, mejorar la relación y reducir la carga de cuidados de los pacientes” (Estado de Arte Enfermedad de Alzheimer: 82)

Actualmente solo están probadas dos familias de fármacos para el tratamiento sintomático de la Enfermedad de Alzheimer. Abizanda y Jordan, 2007; 77.

- ❖ ACETILCOLINESTERASA IACE (Anti inflamatorios no esteroideos)
Indicados en fases leves a moderada. Tradicionalmente se considera que retrasan el deterioro cognitivo medio año.
- ❖ MODULADOR DE GLUTAMATERGICO NMDA, de nombre Memantina.
Indicado en la fase moderada grave de la enfermedad con eficacia demostrada sobre la capacidad funcional, los trastornos conductuales del paciente y con eficacia ante la sobrecarga del cuidador.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO Se desarrollan con una fundamentación basada en las teorías de la neuroplasticidad⁴

Siguiendo a Muñiz y Olazarán (2009), las principales técnicas no farmacológicas tienen una triple dimensión, atendiendo a nuestro objeto de estudio las se emplean para la atención al cuidador son las siguientes:

1. Apoyo al cuidador. Provisión de información relacionada con la demencia y sus causas, y de apoyo poco estructurado (vías para la descarga o refuerzo afectivo). Subtipos: grupos de autoayuda, dispositivos electrónicos para proveer información o establecer redes de cuidadores.
2. Educación y entrenamiento. Aprendizaje de técnicas de tipo cognitivo-conductual dirigidas a manejar el estrés derivado del papel de cuidador (resolución de problemas, reestructuración cognitiva).
3. Asesoramiento y gestión de casos. Se educa progresivamente al cuidador en la existencia y utilización de servicios sociales y sanitarios que pueden aliviar la carga.
4. Cuidados de respiro. Aplicación rutinaria de servicios dirigidos a aliviar la carga (ayuda en el domicilio, ingreso de respiro, centro de día, etc.) de forma no individualizada.
5. Intervención multi-componente. Combinación de alguna de las anteriores, ya sea de una forma "rígida" (asesoramiento y grupos de autoayuda) o individualizada según las características y necesidades del cuidador.
6. Intervenciones multi-componente para el paciente y el cuidador. Se suman o se integran intervenciones dirigidas al paciente y al cuidador, ya sea de una forma "rígida" (p.e., educación del cuidador y estimulación cognitiva para el paciente) o de una forma individualizada, según las características y necesidades del paciente y del cuidador. Dentro de esta segunda modalidad destacan las intervenciones de asesoramiento en el domicilio, realizadas por terapeutas ocupacionales

⁴ capacidad del cerebro en adaptarse a los cambios y establecer conexiones neuronales nuevas.

PERSONA ENFERMA DE ALZHEIMER	
1. Estimulación cognitiva	11. Intervenciones sensoriales
2. Entrenamiento cognitivo	12. Ejercicio físico
3. Rehabilitación cognitiva	13. Estimulación eléctrica transcutánea
4. Ayudas externas	14. Relajación
5. Entrenamiento	15. Masaje y tacto
6. ABVD (Actividades Básicas de la vida diaria)	16. Acupuntura
7. Reminiscencia	17. Terapia con animales
8. Validación	18. Arteterapia
9. Musicoterapia	19. Terapia recreativa
10. Apoyo y psicoterapia	20. Intervención multi-componente
11. Intervenciones conductuales	para el paciente
CUIDADOR NO PROFESIONAL	
1. Apoyo al cuidador	4. Cuidados de respiro
2. Educación y entrenamiento	5. Intervenciones multi-componente para el cuidador
3. Asesoramiento y gestión de casos	6. Intervenciones multi-componente para paciente y cuidador
CUIDADOR PROFESIONAL	
1. Entrenamiento en los cuidados generales	2. Prevención sujeciones físicas o químicas

Junto con esta visión biopsicosocial de los cuidados, otros autores proponen un modelo dinámico e interactivo en el que los cuidados vayan englobando todos aquellos tratamientos que demuestren eficacia y seguridad en las distintas poblaciones o sujetos de interés (Olazarán Rodríguez et al., 2007) como se refleja en la siguiente gráfica creada por dichos autores:



De esta fusión se desprende la necesaria coordinación entre profesionales del sistema sanitario y social y en los cuidados en los que por un lado hay que prestar atención en tres niveles; a la persona cuidada, al cuidador informal o no profesional y al cuidador no profesional en su caso. Todo ello relacionado con dos formas de tratamiento farmacológico y no farmacológico.

La razón que conlleva el presupuesto anterior es que la enfermedad de Alzheimer requiere una adaptación constante a las nuevas situaciones que se plantean en la vida diaria del enfermo, lo que depende directamente del estadio en el que se encuentre la enfermedad. De una semana a otra puede necesitar una modificación de medicación y una variación en el tratamiento no farmacológico. Ello condiciona a tener agilidad en los procedimientos de cambio de prestaciones y poder contar con unos profesionales del sistema de salud y social accesibles para atender la demanda y realizar los cambios que precise el cuidado del enfermo.

Requiere entender el conjunto de cuidados como una simbiosis cuidador-persona cuidada cuyo telón de fondo es la calidad de vida para ambos.

La ley de dependencia 39/2006 14 diciembre, entre sus prestaciones dedicadas a la promoción de la autonomía personal, apunta hacia un fomento del área de estimulación y rehabilitación cognitiva del enfermo que junto con el apoyo al cuidador son las tres formas más comunes en nuestro país de intervención no farmacológica.

Con este apartado dedicado a la enfermedad de Alzheimer queda expuesto una parte de lo que conlleva la valoración y el análisis de los cuidadores, como es conocer lo que en si entraña cuidar a una persona con Alzheimer.

2. EL CONTEXTO DE LOS CUIDADOS

2.1. QUE ES SER CUIDADOR

Terminológicamente en la literatura al respecto encontramos diferentes formas de definir al cuidador.

Según el Glosario de Gerontología y Geriatría 2007 se definen por cuidadores informales aquellos familiares o personas cercanas a la familia que cuidan de la persona mayor, realizando la tarea del cuidado bien en la casa de la propia persona mayor o en la casa del cuidador.

La definición reglamentaria sobre los cuidados se establece en la ley de Dependencia en el artículo 2 del Preámbulo determinándose como cuidados no profesionales aquellos que son prestados a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.

Sin embargo estos dos conceptos; cuidadores informales y cuidadores no profesionales, se utilizan indistintamente en la literatura sobre los cuidados. Quizás el concepto de cuidadores informales ofrezca una mayor globalidad, ya que el reconocimiento de los cuidadores no profesionales viene determinado en la ley de dependencia con el reconocimiento de la prestación de cuidados en el entorno y la Ley no hace una determinación en la denominación en los casos en los que hubiera permanencia en el domicilio con un recurso de centro de día, de noche, a lo que implícitamente los cuidadores lo son a tiempo parcial, pero siguen siendo cuidadores no profesionales en función del artículo dos del preámbulo de la ley 39/2006 14 diciembre.

2.2 LOS CUIDADORES NO PROFESIONALES EN LA LEY DE DEPENDENCIA

Puyol y Abellán (2006) señalan que la familia ha sido un instrumento no presupuestario del que se ha valido el gobierno, la familia se encuentra al límite de su potencial y de ello la necesidad de desarrollar medidas.

Hay varias razones por las que la familia se encuentra al límite⁵:

1. Incremento progresivo de la población en situación de dependencia. La población de más de 65 años, que se ha duplicado en los últimos 30 años, para pasar de 3,3 millones de personas en 1970 (un 9,7 por ciento de la población total) a más de 6,6 millones en 2000 (16,6 por ciento).

2. Fenómeno demográfico denominado «envejecimiento del envejecimiento», es decir, el aumento del colectivo de población con edad superior a 80 años, que se ha duplicado en sólo veinte años y de ello se derivan problemas de dependencia.

3. Cambios en el modelo de familia. En este sentido la Ley 39/2006 refiere que “hasta ahora, han sido las familias, y en especial las mujeres, las que tradicionalmente han asumido el cuidado de las personas dependientes, constituyendo lo que ha dado en llamarse el «apoyo informal». Los cambios en el modelo de familia y la incorporación progresiva de casi tres millones de mujeres, en la última década, al mercado de trabajo introducen nuevos factores en esta situación que hacen imprescindible una revisión del sistema tradicional de atención para asegurar una adecuada capacidad de prestación de cuidados a aquellas personas que los necesitan”.

4. Dificultades económicas por las que atraviesan las familias unidas al coste que supone específicamente la atención en el domicilio de una persona que sufre demencia. Según una estimación realizada por Alzheimer Europe (2006)

⁵ Apartados 1, 2, 3 Exposición de motivos Ley 39/2006 14 diciembre

el porcentaje de enfermos afectados de demencia que son atendidos en domicilios asciende al 84%.

5. Cambios en la forma de percibir los cuidados por parte de la familia. La percepción tradicional de que “cualquiera puede cuidar bien” ha cambiado. Este hecho lo demuestra un estudio representativo del Imsero (1995, 2005) se refería que en 1995 el 72.9% de los cuidadores consideraba que cualquiera puede cuidar bien frente al 35% que consideraba que cualquiera puede hacerlo bien en 2005. Siendo un 58.9% los que consideran que es necesario formación especialmente en lo relacionado con las demencias o en situaciones de gran dependencia. (Citado por Losada, Peñacoba, Márquez y Cigarán, 2008)

La ley reconoce explícitamente la importancia de los cuidadores y así desarrolló todo un conjunto de servicios y prestaciones incluidos en un Catálogo de Servicios para garantizar la atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal los cuales “deberán orientarse a la consecución de una mejor calidad de vida y autonomía personal, en un marco de efectiva igualdad de oportunidades”, cuyos objetivos comprenden (cita):

- a) Facilitar una existencia autónoma en su medio habitual, todo el tiempo que desee y sea posible.
- b) Proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad.

2.3. RELACIÓN DE LAS ETAPAS DE VOLICER DE DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD Y LA ETAPAS DE CUIDADO

La evolución del Alzheimer, expuesta en el apartado 1.5, es progresiva. En un intento de poner en relación las etapas de desarrollo de la enfermedad de Alzheimer se ha realizado un análisis de las etapas que atraviesan los cuidadores según diversos autores como Rozas, 2007 y Barreiro Espinal, 2010.

Las Etapas de Cuidar son las siguientes, específicamente elaborado para situaciones de cuidadores de enfermos de Alzheimer.

PRIMERA FASE.

Inicio de Cuidar.

La etapa inicial está marcada por las primeras reacciones ante la enfermedad de Alzheimer. (Hidalgo Lavié, 2010)

- a) **Dificultad para asumir la Enfermedad.** Es muy frecuente justificar los síntomas que presenta el familiar como si fueran “cosas de la edad”, como veíamos en la primera fase de desarrollo de la enfermedad de Volicer el enfermo puede mantener un grado de independencia aunque se dan los primeros síntomas de la enfermedad; olvidos de los objetos, leves dificultades motoras, como pararse ante un bordillo y no saber cómo subirle, problemas en la comunicación con otras personas, falta de entendimiento, reacciones imprevistas. Esta etapa suele ser antes del diagnóstico.
- b) **Embotamiento de la sensibilidad con aflicción y cólera.** Según pasa el tiempo y se van observando por parte del cuidador los comportamientos de la persona con Alzheimer se acude al médico. Se van obteniendo los primeros resultados de las pruebas diagnósticas, primeramente se padece un aturdimiento ante la situación como una falta de sensibilidad ante lo que acontece. Paralelamente a esto, los cuidadores se van asumiendo la realidad y suelen aparecer

sentimientos de irritabilidad, cólera y rabia ante los comportamientos del enfermo

- c) **Desorganización y desesperanza.** En las primeras fases es el propio enfermo el que sufre con mayor o menor conciencia lo que le sucede, porque su cuidador por las dos fases anteriores no llega a ser consciente realmente de lo que sucede. una vez que el proceso avanza se produce una inversión de esta perspectiva, el enfermo es menos consciente de lo que le acontece y el cuidador adquiere más consciencia de lo que sucede. (Hidalgo Lavié y colab: 2010:66).

La unidad familiar tiene que adaptarse a la nueva situación de cuidados, lo que conlleva una reorganización de los roles intrafamiliares.

Al ser una enfermedad grave, crónica y que ocasiona una gran carga de atención y cuidados en el cuidador, la decisión de cuidar está siempre presente a lo largo del tiempo de cuidar. en los cuidadores. Sin embargo es en la primera fase donde se forja la intencionalidad del cuidador con respecto al cuidado. Los profesionales debemos de prestar mucha atención y sensibilidad hacia estos primeros pasos ya que son decisivos

SEGUNDA FASE.

Mayor o menor grado de aceptación de la enfermedad y organización. En esta fase suele haber una adaptación a la enfermedad, los cuidadores van adaptando la información que tienen sobre la enfermedad a su vida diaria. Es en esta fase en la que generan estrategias propias como por ejemplo para dar de comer al enfermo, acostarle, pedir ayuda a terceros. Pueden tener una mayor conciliación de la vida familiar y personal con la atención al enfermo. Hay que tener en cuenta que en esta fase muchos cuidadores claudican de su intento de ser cuidadores, la evolución de la enfermedad hace muy difícil el cuidado y las atenciones como veíamos es un proceso complejo.

TERCERA FASE.

Desenlace.

Esta fase se caracteriza por estar presente de una manera implícita en todas las fases, ya que con la enfermedad de Alzheimer se produce una pérdida de la identidad de la persona que enferma, entonces es muy frecuente que los cuidadores experimenten una pérdida paulatina antes de que se produzca la muerte física.

Se puede establecer una correlación entre las fases Grave y Terminal de Volicer. Ha veces entre una y otra suele haber un periodo corto de tiempo depende de cómo evolucione la enfermedad.

CUARTA FASE.

La reintegración o vuelta a la normalidad.

En esta fase se da un abandono del rol de cuidador y se da una situación de vértigo, de vacío. El siempre estar pendiente de la persona que se cuidaba, las prisas al comprar al ir al médico, la rutina diaria de cuidados. Todo conlleva una vuelta a la normalidad, y con ello una reflexión de lo que se ha realizado y la vuelta a la normalidad la cual será diferente en cada persona dependiendo de cómo se haya resuelto la evolución y sobre todo el trayecto final de la enfermedad.

2.4. TÁNDEM CUIDADOR-CUIDADO. UNA VISIÓN INTEGRAL PARA LA VALORACIÓN

Como hemos visto hasta ahora, la evolución de la enfermedad de Alzheimer atraviesa por una serie de etapas que de una manera gradual y progresiva avanzan y están unidas intrínsecamente a la evolución del cuidado en la figura del cuidador no profesional o cuidador informal en las diferentes fases del cuidado.

La enfermedad de Alzheimer es una carrera con una adaptación continúa de la persona que la padece: “Si ya no sabe cómo vestirse será necesaria la supervisión de este y las indicaciones para que lo ejecute bien. Si ya no recuerda como seguir la secuencia correcta para lavarse los dientes, el familiar deberá ser quien le marque lo que debe de hacer en cada momento, y

así con todas las facetas, si no se da cuenta cuando tiene ganas de orinar, deberá tomar medidas (llevarle al baño cada hora y media o dos horas, usar medidas de contención) es decir debe ir al ritmo que la enfermedad le exige” (Hidalgo Lavié, Sola Marcilla 2010: 75)

El objetivo, la meta final que muchos cuidadores se plantean es poder llegar al final de la enfermedad. La labor de los profesionales es posibilitar bienestar en cada una de las etapas que hemos visto anteriormente.

Este acompasamiento de la enfermedad entre cuidador y cuidado se asemeja a un Tándem, donde sus ocupantes en este caso cuidador y persona que padece Alzheimer tienen que pedalear al mismo tiempo para poder llegar a una meta, alcanzar un objetivo. (Hidalgo Lavié, Sola Marcilla, 2010)

Este tándem nunca es perfecto, y es conveniente que los trabajadores sociales nos demos cuenta de la dificultad a la hora de valorar al cuidador, la clave el tándem está en si el cuidador quiere ir acompasado el ritmo de la enfermedad, de su capacidad, de si puede física y psicológicamente, si acepta la ayuda de otras personas que en un momento dado pedaleen con él, o incluso formarse en técnicas y estrategias o incluso llegar a formar parte de una asociación como la de Familiares de Alzheimer y compartir experiencias y cómo no, darse un respiro de la acción de pedalear, de cuidar.

2.5. IMPORTANCIA DE LA VALORACION DE LOS CUIDADORES

El lugar que ocupan los cuidadores en relación con las atenciones que precisa una persona que padece Alzheimer es sin duda un lugar de importancia. Paradójicamente hasta hace unos años no se ha evaluado de forma sistemática y rigurosa la situación y el bienestar de los mismos.

Se pueden establecer diferentes etapas en relación al interés por la valoración de los cuidadores (Yanguas,2000;Losada, 2008):

- A primeros de los años 80, un grupo de investigadores se interesaron por evaluar la carga del cuidador principal y así empezaron a elaborar instrumentos de evaluación para medir dicha carga. (Gaugler, Kane y Langoise, 2000).

- A finales de los 80 y a lo largo de los años 90, se empezó a analizar y estudiar con más profundidad los efectos a largo plazo del proceso de cuidado, no solo centrado en la sobrecarga sino en otras dimensiones sobre las que el cuidado tenía efecto (Montgomery y Borgatta, 1989; Mittelman, Ferris, Shalman, Steinberg, Ambinder, Mackell y cols., 1995)

De estos estudios se ha facilitado que en la actualidad exista un consenso en torno a la idea de que los cuidadores son un objetivo central de la intervención sociosanitaria, superando la visión de los cuidadores como recursos en los que apoyarse para proporcionar una atención. (Twigg y Atkin, 1994) Tradicionalmente enfoque de valoración hacia los cuidadores, se ha realizado con objeto de incluir a los cuidadores en un plan de cuidados para la persona afectada de demencia, y no para conocer y entender sus necesidades (Baxter, 2000)

Actualmente se tiende a contemplar visión integral de las necesidades del cuidador. Tal y como refiere Feinberg, es muy necesario conocer las necesidades de las personas cuidadas y ponerlas en relación con las propias del cuidador, pero advierte que las necesidades de la persona atendida pueden no ser las mismas que las del cuidador sobre todo en relación con enfermos de demencia, por ello este autor diseñó una descripción de las áreas de necesidad de los cuidadores, como veremos, en que muestra como algunas áreas de necesidad tienen entidad propia para el cuidador.

Los objetivos de la valoración varían dependiendo de si esa evaluación se realiza como una investigación, forma parte de práctica clínica o es fruto de las políticas de atención.

Además de Feinberg esta visión de integralidad de las necesidades de los cuidadores, se añade la importancia de la consideración de la valoración como un instrumento valioso en sí mismo.

Fancey y Keefe, (1999) resaltaron la importancia de la evaluación como: un instrumento para que el profesional entienda la experiencia diaria del cuidador, reconozca su trabajo y se valore a los cuidadores.

A lo que se le añade la visión tan importante para el desarrollo de este trabajo que tiene de considerar a la valoración como un proceso terapéutico a través del cual los cuidadores se sienten entendidos, reconocidos y valorados por el profesional (Gwyther, Ballard y Hinman-Smith, 1990) y con mayor capacidad para el desarrollo de su rol como cuidadores (Maddock, Kilner e Islam, 1998)

En el caso de la investigación y de las políticas de atención, la valoración se puede utilizar como instrumento para caracterizar y describir la población, revisar cambios que se desarrollan a lo largo del tiempo, poder determinar nuevas fórmulas para la prestación de los recursos y servicios para la atención, realizar una evaluación sobre su eficiencia y calidad. En la práctica clínica, la valoración de los cuidadores puede determinar el tipo de apoyo necesario y puede suponer la base de un plan de cuidados (Feinberg, 2004).

La evaluación de las necesidades y características de los cuidadores así como sus capacidades, recursos, bienestar físico, psicológico y social, no solo se considera necesario en el ámbito de la intervención, sino que representa una clave igualmente fundamental en el marco de la política social y en la investigación, ámbitos en los que cumple funciones fundamentales. Por ello ambas visiones de la evaluación se consideran necesarias.

3. REVISION DE LOS PRINCIPALES MODELOS Y PROPUESTAS TEORICAS PARA LA VALORACION DE LOS CUIDADORES

Como se describía en el apartado anterior desde los años 80 ha habido un interés por conocer las necesidades de los cuidadores y atender a su evaluación lo ha derivado en la elaboración de diferentes modelos de valoración.

Los principales modelos que existen para la valoración de los cuidadores son el modelo de estrés adaptado al cuidado, el modelo cognitivo hasta y el modelo ABC de conducta. Estos modelos se han ido considerando y adaptando las diferentes variables de valoración de consideración hacia los cuidadores. Por ello, estos modelos no son excluyentes entre sí, sino que se complementan.

También encontramos modelos más recientes y desde otras perspectivas como son la aplicación del concepto de la resiliencia al campo de los cuidadores o propuestas integradoras que toman como referente distintos modelos teóricos de análisis.

Desde el modelo de estrés adaptado al cuidado, pasando por el cognitivo hasta el modelo ABC de conducta, se han ido considerando y adaptado las diferentes variables de valoración de consideración hacia los cuidadores. Por ello, estos modelos no son excluyentes entre sí, sino que se complementan.

3.1. MODELO DE ESTRÉS ADAPTADO AL CUIDADO (Haley Lawton, Kleban, Moss, Rovine y Glicksman 1989, Knigh y otros 2000)

Este modelo considera el estrés como un proceso que repercute en el malestar psicológico y físico en el que intervienen las siguientes categorías de factores contextuales, estresores y los recursos del cuidador que pueden minimizar o maximizar los efectos de los factores anteriores

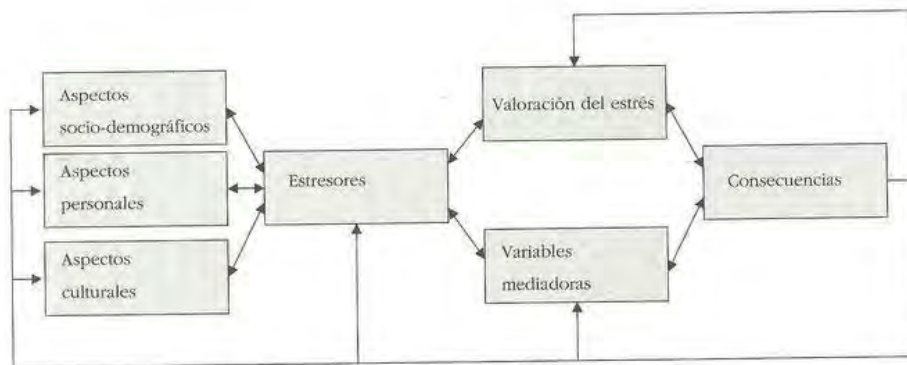
1. Factores contextuales:

- **Variables sociodemográficas** como sexo, edad del cuidador,
- **Variables personales**, parentesco con la persona cuidadora, y qué tipo de relación mantiene con ella. Con anterioridad a la situación de cuidado.
- **Variables culturales**, valores predominantes en una determinada sociedad (familista, individualismo, colectivismo)

2. Estresores. Son las distintas situaciones y estímulos asociados con la situación de cuidado, grado de demanda; apoyo para las ABVD, grado de deterioro cognitivo, estado emocional.

3. Recursos del cuidador. Son las variables que median entre los estresores y los resultados del proceso, incluyendo en el tipo de enfermedad por las consecuencias que tiene para la vida de los cuidadores y su bienestar. En este apartado se incluye:

- Grado en el que el cuidador interpreta el cuidado como estresante.
- Estrategias de afrontamiento que desarrolla para hacer frente al cuidado, habilidades, percepción de autoeficacia.
- Consecuencias: Que son los resultados del proceso de estrés en el funcionamiento psicológico, físico y social de los cuidados así como en su relación con la persona cuidada.



Fuente: Losada y otros. 2008: 33. Modelo de estrés adaptado al cuidado

3.2. MODELO COGNITIVO – CONDUCTUAL

Este modelo se centra en variables cognitivas y conductuales de los cuidadores que se consideran centrales para el correcto afrontamiento de la situación de cuidado, tales como los pensamientos automáticos, creencias, estilos atribucionales, distorsiones cognitivas o realización de actividades agradables.

La importancia de este modelo es la posibilidad de identificar determinados factores, pensamientos o creencias disfuncionales que interfieren en la adaptación a la situación de cuidado y que influyen de forma negativa sobre el afrontamiento de la situación de cuidado. (Losada, Knight, Márquez, 2003)

3.3. MODELO ABC DE MODIFICACION DE CONDUCTA

Supone reforzar las conductas positivas en relación al cuidado frente a las conductas no deseables que se realizan en el cuidado y atención de una persona dependiente. El principal objetivo es ofrecer a los cuidadores un análisis y una comprensión de las cadenas funcionales que suceden en la prestación de cuidado a través de la secuencias: antecedentes-conducta-consecuentes y que son las que mantienen una situaciones problemáticas en los cuidados con la función de transformarlas en un cuidado positivo o favorable.

3.4. ESTUDIOS DE RESILIENCIA Y ASPECTOS POSITIVOS EN LOS CUIDADORES

Existen en la actualidad estudios que van avanzando en la consideración de los aspectos positivos del cuidado los cuales pueden suponer verdaderos amortiguadores para las consecuencias negativas en el plano físico y psicológico de los cuidadores.

Romero Moreno y Carboneau, propusieron un marco para comprender los aspectos positivos de la atención y el cuidado y entre los aspectos positivos se encuentran tres dominios fundamentales:

- La calidad de del cuidador (relación entre cuidador-persona cuidada)
- El significado del cuidado
- Sentido de logro del cuidador (relacionada con la meta y el propósito)

Estos surgen como un resultado directo de una serie de elementos alrededor que suponen un enriquecimiento para la tarea del cuidado.

Por otro lado hay estudios sobre Resiliencia aplicados al contexto de cuidados. En una aproximación al concepto de resiliencia es la capacidad de afrontar las adversidades y salir fortalecido de ellas, un modelo que enfatiza las fortalezas que los individuos poseen, (Juárez, A. 2012:6).

En un estudio preliminar sobre la Resiliencia en Cuidadores de personas con demencia cuyos autores son Violeta Fernández-Lansac, María Crespo López, Rebeca Cáceres y María Rodríguez Poyo se analizan los factores que contribuyen al afrontamiento del cuidado y la diferencia entre unos cuidadores y otros.

En este estudio se refiere que hay escasez de producción científica al respecto y sobre todo en nuestro país, por lo que el estudio se centra por un lado en evaluar la resiliencia de cuidadores de personas con demencia y analizar las variables que se relacionan con ella.

Los resultados refieren que *el contexto de cuidado* no son los que más se relacionan con la resiliencia pero la valoración que la persona hace de los mismos las puntuaciones más altas se refieren a la **sensación de control de la propia vida, establecer relaciones seguras y aceptación positiva del cambio, competencia personal y tenacidad**. Lo que el mismo estudio refiere en una interpretación que al percibir el cuidado de un modo más positivo o resiliente, se desarrolla menor nivel de carga, por el contrario si se pone el foco en los aspectos más negativos el cuidado puede afectar negativamente la resiliencia y mermar capacidades psicológicas y físicas.

En cuanto a las variables mediadoras, los resultados se refieren “más concluyentes”, altas puntuaciones en resiliencia se asociaron a una **elevada satisfacción con el apoyo social recibido** aunque señalan que no a un mayor número de apoyos. Es decir no importa tanto la cantidad como la calidad. Es destacable en este apartado el resultado que se refiere respecto a las *estrategias de afrontamiento* empleadas por los cuidadores, cuando se **enfocan en el propio problema** y no en la emoción que este suscita, el resultado es un mayor grado de resiliencia.

Los autores refieren que algunas definiciones de resiliencia *exigen la ausencia de resiliencia* sin embargo la sintomatología no es incompatible por constatar niveles de resiliencia en presencia de dificultades físicas o psicológicas. Apuntan a que puede ser un importante factor predictivo de salud del cuidador.

En cuanto a los factores relativos a la propia subjetividad del cuidador estos autores señalan que se ven afectados por variables bidireccionales de tal manera que ante un cuidador con mayor grado de **autoestima**, habrá *más resiliencia*, ya que a menor autoestima, menor resiliencia. Asimismo y siguiendo la cadena se vería menos afectado por la presencia de estresores severos, **la propia conciencia de fortaleza**, unida a la **conciencia de manejo de situaciones problema** sirve para aumentar el nivel de resiliencia previo del cuidador.

3.5. PROPUESTAS TEÓRICAS INTEGRADORAS

Dentro de estas perspectivas teóricas integradoras encontramos la propuesta de Feinberg quien describe trece áreas de necesidad y el contenido de las mismas para la valoración de los cuidadores y la propuesta de la en la alianza de Cuidadores Familiares de los Estados Unidos de América Family Caregiver Alliance, cuyas premisas orientan y fundamentan la intervenciones que se realizan en el contexto de cuidados.

3.5.1. AREAS DE VALORACIÓN DE FEINBERG.

1. Contexto de cuidado

Características sociodemográficas del cuidador y el paciente (edad, género, relación de parentesco, situación laboral...). • Valores culturales, creencias y estilos de pensamiento del cuidador. • Relaciones previas con el familiar.

2. Conocimiento sobre la enfermedad y su proceso

- Proceso de enfermedad, diagnóstico, necesidad de información sobre algún aspecto relevante de la enfermedad...

3. Capacidad funcional del paciente

- Capacidad del cuidador para ayudar en las ABVD y AIVD al paciente. Frecuencia con la que el cuidador ayuda en estas tareas al paciente,
 - Limitaciones funcionales e impacto en el cuidador. • Frecuencia con la que ocurren los problemas de memoria y conducta y su afectación en el cuidador.

4. Tareas de cuidado y estrategias para el cuidado

- Cantidad de cuidado que proporciona el cuidador.
 - Tareas relacionadas con el cuidado que realiza el cuidador (buscar información, supervisión del paciente, administración de la medicación, toma de decisiones sobre las opciones de cuidado...).
 - Las estrategias de cuidado pueden incluir habilidades de comunicación, manejo de comportamientos difíciles, capacidad para coordinar el cuidado...

5. Salud

- Salud física: estado general de salud, identificación de problemas específicos, consecuencias del cuidado en la salud física del cuidador, consumo de alcohol y drogas.

- Salud mental: valoración de la depresión, ansiedad, bienestar psicológico e ideaciones suicidas.

6. Apoyo social

- Recepción de ayuda formal (servicios sociosanitarios) e informal (amigos y familiares), percepción subjetiva de la idoneidad del apoyo, satisfacción con el servicio.

7. Información económica, legal y laboral

- Gastos relacionados con el cuidado, problemas económicos o laborales, proceso de incapacidad del paciente...

8. Perfil psicológico del cuidador

- Habilidades sociales (por ej., para solicitar información y recursos), autoestima, historia previa de problemas psicológicos, etc.

9. Estrategias de afrontamiento

- Estrategias centradas en el problema o en la emoción, creencias religiosas, realización de ejercicio físico, hobbies.

10. Competencia en el cuidado

- Percepción de competencia y autoeficacia en la provisión de cuidado, percepción de su capacidad en determinadas tareas...

11. Aspectos positivos del cuidado

- Aportaciones positivas del proceso de cuidado en la vida del cuidador (sentimiento de utilidad, sentir que le necesitan, aprendizaje de estrategias de manejo del enfermo, encontrar más sentido a la vida).

12. Fortalezas

- Posibles fortalezas del cuidador, recursos y capacidad con la que cuenta (analizar cómo ha resuelto otros problemas en el pasado, qué es lo que quiere y necesita el cuidador...).

13. Aspectos relacionados con las intervención

- Evaluación del proceso de la intervención, evaluación de la implementación de la intervención (recepción, transmisión y generalización de la intervención).
- Significación clínica de la intervención.
- Efectos de la intervención.

3.5.2. PREMISAS DE INTERVENCIÓN: FAMILY CAREGIVER ALLIANCE.

Otra perspectiva integradora la encontramos en la alianza de Cuidadores Familiares de los Estados Unidos de América (Family Caregiver Alliance, 2006)⁶ que tiene como una de sus misiones hacer investigaciones en el marco de la atención de los cuidados. En el año 2006 publicaron una serie de conclusiones fundamentales en base a una serie de encuentros científicos nacionales de discusión sobre la evaluación de los cuidadores. Este documento recoge las siguientes recomendaciones (Losada y colab. 2008:32):

- a) La evaluación de los cuidadores ha de realizarse desde una perspectiva centrada en la familia. Se fundamenta en el entendimiento de la familia como sistema, donde tienen importancia todos los miembros de la unidad familiar.
- b) La evaluación debe de tener como resultado la elaboración, conjuntamente con el cuidador, de un plan de intervención o de cuidados, y el establecimiento de objetivos concretos a alcanzar y que estos sean evaluables por el profesional.
- c) La evaluación debe de hacerse desde un enfoque multidimensional y actualizarse periódicamente.
- d) No existe un protocolo de evaluación válido para todas las situaciones; la forma, el contenido y el proceso de la evaluación deben adaptarse al contexto concreto de cada cuidador.
- e) La evaluación debe de ser realizada por profesionales cualificados y con formación especializada (conocimientos y habilidades) en el ámbito del cuidado familiar de personas dependientes
- f) Las razones para llevar a cabo la evaluación deberán ser conocidas tanto por el evaluador como por el cuidador evaluado
- g) La evaluación de los cuidadores debería ser reconocida e incluida como una competencia y función de los profesionales de atención social y sanitaria a la población mayor.

⁶ Es una organización fundada a finales de 1970 con el objetivo de apoyar a los cuidadores con los programas y recursos nacionales, estatales y locales de aplicación

4. VALORACIÓN DE CUIDADORES EN LA LEY DE DEPENDENCIA

Una vez analizado aquellos aspectos más relevantes de lo que conforma en la actualidad el saber sobre la valoración de los cuidadores en la literatura, veo necesario ponerlo en relación con lo que en la actualidad se está desarrollando en nuestro país conforme a ello.

Y es que la realidad de la valoración de los cuidadores se encuentra inmersa en la ley de dependencia y específicamente, orientada hacia la determinación de la idoneidad de los cuidadores en relación con prestación de cuidados en el entorno familiar y apoyo a los cuidadores no profesionales.

Por ello en un primer momento se describirá a nivel general de donde parten los criterios generales de valoración, para luego ir concretizando en la definición de la prestación de cuidados en el entorno familiar; sus características más principales, haciendo un resumen de las variables de valoración consideradas en la legislación de dependencia y en un segundo momento se pondrán en relación las premisas técnicas que se establecen para la elaboración del Programa Individual de Atención. Al hilo de este apartado es fundamental considerar el instrumento específico desarrollado por el Imsero sobre la guía de valoración de las situaciones de Alzheimer, donde se refleja un apartado sobre la valoración del entorno y los factores de riesgo en el entorno familiar.

Para finalizar será menester poner en relación las variables descritas en los estudios sobre valoración de los cuidadores con las variables de dependencia descritas y en su análisis establecer unas propuestas de mejora de la valoración sobre los cuidadores en la actualidad.

4.1. PROCEDIMIENTO DE LA VALORACION DE LA SITUACION DE DEPENDENCIA

El reconocimiento del derecho a la consideración de persona con dependencia se establece a través del curso de un procedimiento administrativo que es iniciado según establece el artículo 28 de la ley 39/2006 por la persona afectada en algún grado de dependencia o familiar o persona legitimada con arreglo a lo dispuesto por la ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

El primer eslabón del mismo es la valoración de la situación de dependencia establecida en el artículo 27 de la ley 39/2006, la cual es encomendada a las Comunidades autónomas que, a través de sus órganos de valoración emitirán un dictamen sobre el grado y nivel de la persona con una especificación de los recursos más idóneos para su situación.

La valoración de dependencia se rige a través de una herramienta fundamentada en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF) Adoptada por la organización mundial de la salud y reglamentada por el RD 174/2011 11 de febrero el cual indica el baremo de aplicación valorando 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 que requiere en su caso, en este caso la frecuencia y la intensidad de los cuidados por una persona.

Atendiendo a la idea de la conjunción de lo sanitario y lo social, se refiere que valoración se realizará teniendo en cuenta los correspondientes informes sobre la salud de la persona (que será realizado por personal sanitario) y sobre el entorno en el que viva (informe social elaborado por el trabajador social a lo que se tiene las ayudas técnicas, órtesis y prótesis que le hayan sido prescritas y la orientación hacia estas ayudas en caso de no utilizarlas y siendo precisa su utilización.

Por último la resolución expedida por la Administración Autonómica correspondiente a la residencia expide el reconocimiento del solicitante a los

servicios y prestaciones según grado y nivel de dependencia del solicitante, teniendo validez para todo el territorio nacional.

Dentro del marco del procedimiento se establece en el artículo 29 que “, los servicios sociales correspondientes del sistema público establecerán un Programa Individual de Atención en el que se determinarán las modalidades de intervención más adecuadas a sus necesidades de entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la resolución para su grado y nivel, con la participación previa consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas del beneficiario y, en su caso, de su familia o entidades tutelares que le represente”

Este artículo continúa refiriendo que a su vez el Pia será revisado atendiendo a tres circunstancias:

- a) A través de la instancia del interesado y de sus representantes legales.
- b) Por parte de los profesionales, en la forma que determine y con la periodicidad que prevea la normativa de las Comunidades Autónomas.
- c) Con motivo del cambio de residencia a otra Comunidad Autónoma.

4.2. RECONOCIMIENTO DEL DERECHO DE LA PERCEPCION DE LA PRESTACION ECONOMICA DE CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR Y APOYO A CUIDADORES NO PROFESIONALES

La prestación de cuidados en el entorno familiar y apoyo a los cuidadores no profesionales es una prestación económica que siguiendo el artículo 14.4. de la ley 39/2006 14 diciembre, está sujeta al cumplimiento de una serie de condiciones generales:

La aplicación de la Ley, ha tenido una aplicación gradual en el tiempo en cuanto al acceso de los tres grupos de dependencia (severa, moderada y leve) en estos ocho años de andadura y una evolución en cuanto a la génesis de la aprobación y aplicación de los requisitos para el acceso en todas las prestaciones del sistema de atención.

Específicamente en una revisión de las principales leyes sobre dependencia a nivel Estatal en un intento de unificar los criterios vemos que se pueden determinar las siguientes variables:

1. Requisitos de Acceso
2. Fijación de Contenido por parte de las Administraciones
3. Condiciones Materiales en las que se realiza el cuidado:
Convivencia y habitabilidad
4. Condiciones Específicas relativas al cuidador
5. Variables Técnicas para la Elaboración del PIA.

4.2.1. REQUISITOS DE ACCESO

Los requisitos de acceso vienen determinados por la excepcionalidad del reconocimiento de las prestaciones con respecto a los servicios, los cuales tienen carácter prioritario frente a las prestaciones.⁷

A su vez la persona cuidada tiene que estar en situación de dependencia en cualquiera de los grados establecidos para el reconocimiento del derecho.

Siendo fundamental que las variables de convivencia y habitabilidad sean establecidas y consideradas como favorables en el Proyecto Individualizado de Atención establecido al efecto y para ello los órganos valoración de las Comunidades Autónomas tienen que reflejar estos aspectos del cuidado.

Los requisitos de acceso a las prestaciones económicas se establecerán por las Comunidades Autónomas⁸ teniendo en cuenta lo dispuesto por el Consejo Territorial. En este sentido las Administraciones públicas han ido fijando el contenido del mismo en la aplicación gradual de acceso de los

⁷ Art. 14.2. ley 39/2006 14 dic Promoción de la autonomía personal y atención a las situaciones de dependencia

⁸ El RD 727/2007 8 Junio sobre criterios para determinar intensidades de protección de los servicios y cuantía de las prestaciones económicas.

diferentes grados y en la evaluación de la misma efectividad de las prestaciones. En aras a esto se establece el siguiente apartado sobre el contenido de los requisitos fijado por las administraciones públicas, es importante señalarlo para ver cómo ha sido la consideración de los cuidadores.

4.2.2. FIJACIÓN DE CONTENIDO POR PARTE DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS.

Las primeras disposiciones normativas ⁹ ya marcaron la exigencia de estar recibiendo cuidados en el entorno familiar con carácter previo a la presentación de la solicitud y con carácter previo al reconocimiento de la prestación.¹⁰

Respecto a la convivencia, desde los inicios y en aplicación de los grados de dependencia más severa se consideró la necesidad de las personas dependientes residentes en núcleos de población aislados o con unos servicios escasos o inexistentes, y ante la falta de familiares próximos, que pudieran ser atendidos por personas residentes en la localidad con al menos un año de residencia en la misma. ¹¹

La aplicación de la ley y con el acceso al reconocimiento de los grados I y II, tuvieron que revisarse las condiciones de convivencia establecidas y se establecieron dos condiciones importantes, la primera que el cuidador no tuviera reconocida situación de dependencia en cualquiera de sus grados, y que la convivencia fuera en el mismo domicilio salvo grado I y se diera en un entorno rural.¹²

⁹ Disposición final séptima ley 39/2006 14 dic. relativa a la habilitación normativa

¹⁰ Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia

¹¹ 4 de Febrero de 2010. Secretaria General de Política social y Consumo, por la que se publica el CTSAAD, para la mejora de la calidad de la Prestación de cuidados en el entorno del sistema de atención a la dependencia.

¹² RD Real Decreto 175/2011, de 11 de febrero, 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 el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia.

El cambio más importante se produjo a raíz de la aprobación de 30 de septiembre de 2011 de la Secretaría general de política social y consumo, por la que se publica el acuerdo del CTSAAD, sobre criterios comunes para la conceptualización, elaboración y evaluación de buenas prácticas en el sistema de atención a la dependencia.

Se produce una revisión de condiciones de acceso a la prestación de cuidados en el entorno. Se argumenta que ha sido la más demandada pero “no es la que realmente genera empleo y actividad económica”.¹³

En este mismo sentido argumentan que “es el cambio de las condiciones socioeconómicas producido en nuestro país por los últimos años, un desempleo en los hogares, y con ello ha contribuido a potenciar la concesión de estas prestaciones, por lo que los miembros de la familia han decidido atender a los dependientes en el domicilio que la vez que reciben una ayuda económica”. Si a esto lo correlacionamos con el apartado 15ª donde se refiere que para las medidas de ahorro y reducción del déficit público el reducir las cuantías máximas conllevara un ahorro inmediato para las arcas estatales, a partir de entonces las prestaciones económicas sufrieron un importante recorte.

Se propuso revisar del actual sistema de afiliación, alta y seguridad social, estableciéndose con posterioridad que la afiliación, alta y seguridad corriera a cargo de la persona cuidadora, cuando antes este gasto había sido sufragado por el Estado.

4.2.3. CONDICIONES MATERIALES EN LAS QUE SE REALIZA EL CUIDADO

Las condiciones materiales se refieren a la posibilidad física en la que tiene lugar el cuidado y las atenciones que se dispensan por el cuidador. La ley 39/2006 nombra estas dos condiciones y la disposición 4 de Febrero de 2010. Secretaría General de Política social y Consumo, por la que se publica el

¹³ Resolución de 30 de septiembre de 2011, 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 para la conceptualización, elaboración y evaluación de buenas prácticas en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

CTSAAD, para la mejora de la calidad de la Prestación de cuidados del Sistema de Atención a la Dependencia, y desarrollándolo un poco más:

- **Habitabilidad.** Se precisa de condiciones mínimas de habitabilidad de la vivienda, en las que considera muy importante la accesibilidad de la vivienda.
- **Condiciones adecuadas de convivencia.** La convivencia en el mismo domicilio constituye un elemento referencial de condición adecuada. La proximidad física de los respectivos domicilios en la medida en la que se pueda dispensar una pronta y adecuada atención.

4.2.4. CONDICIONES ESPECÍFICAS RELATIVAS AL CUIDADOR

Las condiciones específicas que hacen referencia al cuidador dan lugar a determinación de la Idoneidad de la persona cuidadora ¹⁴:

La persona cuidadora tiene que cumplir los siguientes requisitos¹⁵:

- o Ser familiar hasta tercer grado o persona que resida en el entorno.
- o El cuidador tendrá que tener capacidad física y psíquica para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, a las que se refiere el artículo 2.3. de la ley 39/2006, lo que enlaza con la determinación no ser solicitante de la situación de dependencia, ni tener reconocida dicha situación
- o En consecuencia, se señala que una persona valorada de edad avanzada no debe de ser la cuidadora principal de otra persona en situación de dependencia, salvo que existan apoyos complementarios.
- o Así mismo la garantía de unos cuidados adecuados conlleva también la protección de la salud de la persona cuidadora, por lo que su idoneidad se tendrá en cuenta las dificultades de realización de las tareas de

¹⁴ 4 de Febrero de 2010. Secretaria General de Política social y Consumo, por la que se publica el CTSAAD, para la mejora de la calidad de la Prestación de cuidados en el entorno del sistema de atención a la dependencia.

¹⁵ Resolución de 30 de septiembre de 2011, 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 para la conceptualización, elaboración y evaluación de buenas prácticas en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

cuidado, así como los apoyos con los que pudiera contar el ejercicio de esta función.

- Que la persona cuidadora cuente con tiempo de dedicación suficiente para atender a la persona beneficiaria en aquellas situaciones en que necesita ayuda para realizar las Actividades Básicas de la vida diaria.
- La prestación de cuidados en el entorno conlleva la designación de un cuidador principal, la que asume la responsabilidad aunque puede haber otras personas.
- Debe prestar disponibilidad 1 año excepto circunstancias sobrevenidas e imprevisibles no pueda completar periodo.
- Excepcionalmente, ante varias personas cuidadoras, se determinaran claramente los periodos de tiempo dentro del periodo natural, sin que pueda considerarse un periodo continuado inferior a tres meses.
- Respecto a los cuidadores no familiares del entorno, tienen carácter excepcional dentro de esta prestación. Cuando haya alguna de las siguientes circunstancias:
 - Insuficiencia de recursos asistenciales
 - Circunstancias geográficas
 - Despoblación
 - No tendrá tener ninguna relación contractual, vincularse a un servicio de atención profesionalizada
 - Tiene que cumplir los requisitos de idoneidad descritos.

Tienen a su vez que asumir el siguiente:

- Facilitar el acceso a los servicios sociales de las Administraciones Públicas competentes, a la vivienda del dependiente, con el fin de comprobar el cumplimiento de los requisitos o variación de las circunstancias. Se hace explícita que la persona facilite el acceso a la vivienda previo consentimiento de la persona beneficiaria

Refiere explícitamente que los cuidadores junto con las personas con dependencia son objeto de protección para evitar el agravamiento como aquellas personas que no lo son y tengan riesgo de ser dependientes, así como los cuidadores no profesionales, prestando atención no solo a su condición de salud sino a distintos factores ambientales que condicionan su funcionamiento.

4.2.5. VARIABLES TÉCNICAS PARA LA VALORACIÓN DE LOS CUIDADORES

En el Programa Individual de Atención (PIA) en el que se determinarán las modalidades de intervención más adecuadas a sus necesidades de entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la resolución para su grado y nivel, con la participación previa consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas del beneficiario y, en su caso, de su familia o entidades tutelares que le represente.¹⁶

- **INFORME SOCIAL Y VARIABLES DE HABITABILIDAD Y CONVIVENCIA**

El PIA, refleja las variables de convivencia y habitabilidad¹⁷ a su vez el informe social¹⁸. Es el elemento esencial para la elaboración del PIA ya que se describen en profundidad estas variables.

El órgano de valoración competente, después de recibir el informe social realizado por el trabajador social designado, emitirá dictamen propuesta que contendrá un diagnóstico de grado y nivel así como los cuidados que se requieren.¹⁹

Refiere que o se admitirá un PIA en el que una persona estuviera siendo atendida en un servicio y deje de hacerlo para percibir la Prestación de

¹⁶ Artículo 29 ley 39/2006 14 diciembre

¹⁷ Artículo 14.4 ley 39/2006 14 diciembre.

¹⁸ 22 enero 2007, se establecen los acuerdos en materia de valoración de la situación de dependencia

¹⁹ 22 enero 2007, se establecen los acuerdos en materia de valoración de la situación de dependencia

cuidados en el entorno. Sin embargo excepcionalmente siempre y cuando existan necesidades o cambios en las condiciones personales o en el entorno, se podrá admitir un PIA o su modificación a favor de la Prestación de Cuidados en el Entorno.

En el informe que se elabore por los servicios sociales debe quedar constancia de que se dan las adecuadas condiciones de convivencia y de relación. El PIA indicara los servicios o prestaciones económicas que se consideren más adecuados a las necesidades de la persona beneficiaria. Los mismos deberán tener como finalidad constituir un elemento clave y determinante de su bienestar.

En la resolución por la que se reconoce la prestación y a través del trámite de consulta se tendrá en cuenta las preferencias manifestadas por la persona beneficiaria, su familia o entidades tutelares, y siempre que están preferencias se incardinan siendo la modalidad de intervención más adecuadas a las necesidades de las personas es decir que dé el visto bueno el trabajador social.²⁰

Para la intervención es muy importante el seguimiento²¹, se define en la disposición normativa como una actividad de carácter técnico que tiene por objeto comprobar que persisten las condiciones adecuadas de atención, de convivencia, de habitabilidad de la vivienda y las demás de acceso a la prestación y garantizar la calidad de los cuidados, así como prevenir posibles situaciones futuras de desatención.

Para garantizar la calidad de los cuidados se tendrán en cuenta, entre otros criterios, los siguientes:

- Mantenimiento de la capacidad física y psíquica para desarrollar adecuadamente el cuidado y apoyo a la persona en situación de dependencia.

²⁰ 4 de Febrero de 2010. Secretaria General de Política social y Consumo, por la que se publica el CTSAAD, para la mejora de la calidad de la Prestación de cuidados en el entorno del sistema de atención a la dependencia.

²¹ RD 1051/2013 de 27 diciembre por el que se regulan las prestaciones del Sistema de Atención a la dependencia. Este decreto unifica las normas que se han ido dictando en el desarrollo de la 39/2006.

- Tiempo dedicado a los cuidados de la persona en situación de dependencia.
- Variaciones en los apoyos al cuidado que se vinieran recibiendo.
- Modificación de la situación de convivencia respecto a la persona en situación de dependencia.
- Acciones formativas de la persona cuidadora.
- Periodos de descanso de la persona cuidadora.

En el seguimiento se proporcionará información, orientación y asesoramiento a la persona en situación de dependencia y a la persona cuidadora.

Con carácter general, se realizará un seguimiento anual. No obstante, podrán establecerse criterios generales para la realización de seguimientos con una periodicidad inferior cuando concurren circunstancias específicas en las personas en situación de dependencia o en las personas cuidadoras.

En cualquier caso, si antes de la fecha prevista para el seguimiento, el profesional responsable del mismo tuviese información acerca de la existencia de cambios sustanciales que pudieran afectar a la adecuación de esta prestación, podría iniciarse actuaciones de control sin tener que esperar al momento previsto para realizar el mismo

Las Comunidades Autónomas que en el desarrollo del seguimiento pueden resolver con suspensión o extinción de prestación de cuidados en el entorno familiar.

- **FORMACIÓN, INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN**

Las acciones de formación son muy importantes “Se atenderá a la formación básica y permanente de los profesionales y cuidadores que atiendan a las personas en situación de dependencia”.²²

Ambas están directamente relacionadas con la calidad, en la ley 39/2006 ya se consideraba necesario “que el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia fomentará la calidad de la atención a la dependencia con el fin de asegurar la eficacia de las prestaciones y servicios”²³ las disposiciones siguientes contribuyeron a su esclarecimiento.

Por un lado señalaremos aquellas acciones de formación que se contemplan como importantes o relevantes para los cuidadores y para los profesionales.

1. Las acciones de formación e información en relación a los cuidadores se destacan las siguientes

- a) -Facilitar los conocimientos básicos a las personas cuidadoras para mejorar el cuidado sociosanitario.
- b) -Promover que las personas cuidadoras apliquen los procedimientos y estrategias más adecuadas para mantener y mejorar la autonomía personal de la persona en situación de dependencia y sus relaciones con el entorno.
- c) -Ofrecer información sobre productos de apoyo que propicien el autocuidado de la persona dependiente y la vida autónoma de la persona en situación de dependencia.
- d) -Facilitar un apoyo emocional a las personas cuidadoras a través de actuaciones de autocuidado. Se consideran esenciales todo por la

²² Art.36. Ley 39/2006 14 diciembre

²³ Resolución 4 de noviembre de 2009 Secretaria de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del CTSAAD, sobre criterios comunes de acreditación en materia de formación e información a cuidadores

relevancia de que parte de las personas que cuidan son mujeres incorporar la perspectiva de género en los planes de prevención.²⁴

- e) Informar y orientar sobre los recursos sociosanitarios más adecuados para garantizar los cuidados, la asistencia y la vida autónoma de las personas en situación de dependencia. *En este sentido y relacionándolo con uno de los cometidos es Elaboración de encuestas o cuestionarios dirigidos a profesionales, a población usuaria y a personas cuidadoras no profesionales, sobre expectativas y nivel de satisfacción en cuanto a servicios y actuaciones recibidas²⁵ cita 4*
- f) Impulsar el reconocimiento social de las personas cuidadoras, favoreciendo, en su caso, una orientación para una futura integración en el mercado laboral.

Considerándose muy importante que la persona cuidadora tiene que realizar acciones formativas que le propongan siempre que sean compatibles con el cuidado de las personas en situación de dependencia cita.

2. En relación a la formación de los Profesionales, está muy relacionado con garantizar la calidad que ya desde la ley 39/2006 se consideraba muy necesaria y así se dispone que “Se implantaran sistemas de gestión de calidad que proporcionen garantías suficientes de que el proceso de valoración se realiza adecuadamente²⁶, aplicando las siguientes medidas”:

- o **Formación continua de las personas valoradoras.** Para la cualificación de las personas valoradoras de la situación de

²⁴ Resolución del 23 de Abril de 2013 de la Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad por la que se publica el acuerdo del CTSAAD, en materia de criterios, recomendaciones y condiciones mínimas para la elaboración de los planes de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal.

²⁵ 30 de septiembre de 2011 de la Secretaria general de política social y consumo, por la que se publica el acuerdo del CTSAAD, sobre criterios comunes para la conceptualización, elaboración y evaluación de buenas prácticas en el Sistema de atención a la dependencia.

²⁶ art .34 ley 39/2006

dependencia una propuesta a título orientativo ²⁷ pero que determina el contenido y la carga de diferentes aspectos relacionados para la valoración:

La visita de valoración y la introducción a las técnicas de valoración tienen un corto despliegue de horas (1,1 y 3 horas respectivamente) Si lo comparamos con la realización de otras tareas que se consideran más importantes, como la aplicación del baremo de valoración que es donde se observa más carga horaria (20 horas) así como la realización de prácticas (12 horas)

- **Desarrollo de buenas prácticas e intercambio de experiencias**²⁸

La calidad también abarca los criterios básicos de valoración, **se introduce la calidad en:**

- Criterios homogéneos de interpretación y aplicación del baremo.
- Evaluar periódicamente la correcta aplicación del baremo mediante la revaloración de una muestra significativa de las valoraciones efectuadas en un periodo anual.
- Utilización de documentos de apoyo al ejercicio de la función valoradora, consensuados por la Comisión Técnica, en este sentido la guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias es un ejemplo de ello por lo que la dedicaremos un apartado

²⁷ Art. Resolución 4 de Febrero de 2010, de la Secretaria General de Política Social y Consumo, por la que se publica el acuerdo del CTSAAD, en materia de órganos y procedimientos de valoración de la situación de dependencia.

²⁸ 30 de septiembre de 2011 Secretaria general de política social y consumo, por la que se publica el acuerdo del CTSAAD, sobre criterios comunes para la conceptualización, elaboración y evaluación de buenas prácticas en el marco del reconocimiento del derecho a dependencia

4.4. INSTRUMENTOS O GUIAS PARA LA VALORACION DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA.

4.4.1. Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Una de las principales guías que existen en la actualidad para la valoración de las situaciones de dependencia es la editada por el IMSERSO en el año 2011.

El objeto de la guía según introduce el Imsero al comienzo de la guía, el cual es el órgano propulsor junto con la colaboración del CRE Alzheimer tiene “el objetivo de ser un instrumento útil en la práctica profesional de la valoración oficial de la situación de dependencia en personas con *enfermedad de Alzheimer y otras demencias*, y servir de apoyo a la formación de los profesionales de los órganos de valoración”.

La guía principalmente fue creada tras la nueva aprobación del baremo de valoración de las situaciones de dependencia, Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, sustituyendo al 504/2007 20 Abril, se dirige fundamentalmente a las condiciones de salud, y en aplicación al bvd (baremo de valoración de dependencia) como se puede observar en la estructuración de la guía;

En un primer apartado se refieren las condiciones de salud el marco donde se enlazan los siguientes epígrafes; diagnóstico clínico, deficiencias más frecuentes, limitaciones asociadas a la demencia, evolución habitual de la enfermedad de Alzheimer, soportes terapéuticos específicos; tratamientos no farmacológicos y farmacológicos

En un segundo apartado aborda la valoración: consideraciones para la interpretación del informe de salud, la mejora del desarrollo de la entrevista, centrada en la persona con solicitante de valoración de dependencia. El último referente es el impacto del entorno físico y del humano donde se enumeran una serie de factores de riesgo.

En un tercer apartado se describe la repercusión de la dependencia en la realización de actividades básicas de la vida diaria

Por la relevancia para este trabajo consideraré los factores de riesgo recogidos en el segundo apartado sobre el abordaje de la valoración denominado el Impacto del Entorno físico y humano, cuyos principales factores de riesgo vienen relacionados con las consecuencias físicas y mentales y por otro lado con las consecuencias sociales y ambientales en relación al contexto familiar.

FÍSICOS Y MENTALES

Incluyen los riesgos y accidentes con repercusión en el cuerpo físico y que son directamente observables; como caídas, quemaduras ocasionadas por alteraciones en la sensibilidad, intoxicaciones y otras de carácter cognitivo como la desorientación, la pérdida de objetos y la no localización de personas en caso de emergencia por no disponer de dispositivos adecuados.

SOCIALES Y AMBIENTALES

Hace referencia a la variedad de situaciones familiares que se pueden contemplar:

-Conspiración del silencio, relativa a la ruptura de relaciones familiares y una falta de comunicaciones entre los miembros familiares por miedo, vergüenza.

-Familias multiproblemáticas. Hace referencia al mal funcionamiento en la esfera individual de cada miembro con la situación de estrés que la enfermedad de Alzheimer puede significar para cada uno y para la globalidad del entendimiento de la familia.

-Aislamiento social, se refiere al vínculo tan estrecho que el cuidador en ocasiones establece con la persona cuidada y cómo se aísla de la relación con otras personas.

- **Coexistencia de la demencia** con otros períodos críticos del ciclo vital, durante el tiempo de cuidados puede coincidir con otras crisis que se produzcan en la familia: como crisis matrimoniales (ruptura familiar y efecto en hijos, familias reconstruidas) o crisis del desarrollo (adolescencia, emancipación y envejecimiento)

-Sobrepotección. Se refiere a situaciones de excesivo proteccionismo de la persona valorada a causa de la ansiedad generada por la enfermedad tanto en el/la interesado/a como en la persona que lo atiende, que cursan con sentimientos de culpabilidad en el entorno familiar.

- **Otros posibles riesgos**, como la falta de estrategias de afrontamiento, la ausencia de apoyo social, el control percibido y otras variables contextuales, tales como género, edad, parentesco con la persona cuidada y salud del cuidado

4.4.2. Instrumentos para la evaluación de situaciones especiales

Estas herramientas están establecidas para las situaciones donde se observe que hay alguna situación de especial vulnerabilidad y se requiera un estudio de las variables. Son empleadas por equipos de atención específica, que se han ido creando en los equipos de servicios sociales, complementando la acción de los Servicios Sociales Básicos, los cuales a través de los indicios que observan en la entrevista de valoración derivan a estos equipos la atención.

Las valoraciones y sus instrumentos de medida más frecuentes de estos equipos especializados son los siguientes:

- *Valoración de situaciones de maltrato* EDMA, presente en TOUZA GARMA, C. y otros "Personas mayores en riesgo: detección del maltrato y autonegligencia", PIRAMIDE, Madrid, 2009.
- Valoración de la *sobrecarga del cuidador* (Caregiver Burden Interview, CBI) (Zarit et al., 1980) ESCALA ZARIT
- *VALORACIÓN DEL ESTRÉS EMOCIONAL: DEPRESIÓN Y ANSIEDAD* Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (Becket al., 1979)

4.5. UTILIZACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN Y SU MATERIALIZACIÓN EN LOS INFORMES SOCIALES.

Se tomaran como ejemplo los informes sociales de Castilla y León y la Comunidad de Madrid para hacer una descripción de los elementos que hacen referencia a la valoración del cuidador y de la persona cuidada. Como hemos visto la valoración tiene criterios generales pero cada comunidad autónoma tiene capacidad para siguiendo los generales, determinar los suyos propios en sus informes sociales. Para su estudio se pondrá en relación con las áreas de valoración de Feinberg descritas en el apartado 3.5.1.

SITUACIÓN DE CONVIVENCIA Y RELACIÓN FAMILIAR	
MADRID	CASTILLA Y LEON
<ul style="list-style-type: none"> - Convivencia, si vive sola, si reside en varios domicilios de forma itinerante - Convive de manera habitual o permanente (especificar con las persona o personas) 	<ul style="list-style-type: none"> Si es acogido de forma provisional: (si/no) -Rotación (de una persona o cónyuges s que rotan juntos o separados)
DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y TAREAS QUE DESEMPEÑA EL CUIDADOR	
MADRID	CASTILLA Y LEÓN
<p>Datos de identificación de los cuidadores (a cumplimentar)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Trabajo fuera del hogar: (si/no) -Horario -Otras responsabilidades (cumplimentar) 	<p>Datos de identificación de los cuidadores (a cumplimentar)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Situación personal y relación de parentesco con el interesado y especificar si cumple los requisitos para desempeñar funciones de cuidador principal (si/no) -Tareas: Tiempo dedicado: jornada completa/parcial

APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL: OTROS CUIDADORES	
MADRID	CASTILLA Y LEON
<p>Caracterización general de los apoyos:</p> <p>-Qué tipo de apoyo recibe, si es familiar, vecinal; y en ambos casos si es diario, semanal u otros y recibe apoyo esporádico, o no recibe apoyos.</p>	<p>Consideración de otros cuidadores de apoyo al cuidador principal, regidos por las mismas características que se le pide al cuidador principal</p> <p>Evaluación de la necesidad o conveniencia de apoyos para los cuidadores</p> <p>Los apoyos que se prestan, pueden ser (a elegir entre las variables): son imprescindibles para que se presten los cuidados, suponen alivio y respiro, no se necesitan pero supone limitación para el cuidador, o no se necesitan.</p> <p>Necesidad de la atención de la persona cuidada:</p> <p>-Continuada</p> <p>-No continuad necesita</p>
CAPACIDAD DEL CUIDADOR	
MADRID	CASTILLA Y LEON
<p>-Conocimientos del cuidador sobre la adecuada prestación de cuidados y el proceso de la enfermedad. (pide valorar de 1 al 5)</p> <p>-Consistencia/Fragilidad del apoyo familiar: en este caso si el cuidador mayor de edad tiene plenas facultades para el ejercicio de esta tarea y si tiene reconocida dependencia y en qué grado y si tiene signos de agotamiento físico o emocional.</p>	<p>-Tiene capacidad para atender a las necesidades básicas del interesado (si/no)</p> <p>-Como se encuentra, (a desarrollar)</p> <p>-Dificultades que se plantean y de qué tipo (a desarrollar)</p> <p>-Situación del cuidador que impide o dificulta la adecuada atención de la persona interesada: Otras cargas, incompatibilidad de horarios, conflicto familiar, enfermedad/incapacidad y más de 60 años, o menos de 60 años, vive en otra localidad, escasos recursos económicos, recursos económicos limitados, otras circunstancias (pide especificar) se marca que no existe</p>

OTRAS CIRCUNSTANCIAS	
MADRID	CASTILLA Y LEON
-Concurrencia de enfermedad o discapacidad con necesidad de apoyos en otros miembros de la unidad de convivencia (si/no) - Si el cuidador tiene periodos de descanso	-Si no se refiere ninguna circunstancia destacable. -Atención que recibe -No recibe, Insuficiente o inadecuada, Adecuada, No aplicable -Evaluación de la cobertura de necesidades de la persona cuidada: (si/no) -Percepción la persona interesada su situación de dependencia y preferencias de atención.(a cumplimentar)

Atendiendo a las áreas de necesidad enmarcadas por Feinberg, se considera que la mayoría se atiende a su evaluación, bajo diferentes formas de valoración de las diferentes variables;

En cuanto al **contexto de cuidado** para ambas comunidades es muy importante la convivencia, si vive solo o no, y si rota por diferentes domicilios. Dentro de este apartado como veíamos era muy importante el nivel de relación entre los familiares y la dinámica que subyace, ambas se enfocan a la determinación de indicios que apunten hacia una situación negligente o hacia un maltrato de la persona cuidada.

En relación a los **cuidadores**, para ambas es determinante la **identificación** y el grado de parentesco, así como las **tareas**, el tiempo dedicado y si existen otras responsabilidades que interfieren en el rol de cuidar. Importante es la consideración de otros cuidadores.

La **capacidad del cuidador** como veíamos es una condición esencial para la consideración de cuidador no profesional. Ambas comunidades tienen criterios parecidos, la comunidad de Madrid requiere una valoración en términos de 1 a 5 para determinar el **grado de conocimiento de la**

enfermedad por parte del cuidador, mientras que Castilla y León, determina si es capaz o no de atender las necesidades básicas de la persona cuidada. Castilla y León con respecto a la comunidad de Madrid se caracteriza por tener un informe más abierto en la cumplimentación de las cuestiones a valorar, así se determina en el apartado **cómo se encuentra el cuidador**, donde el profesional puede redactar unas líneas expresando las necesidades de los cuidadores, así como las **dificultades que encuentra** en el desarrollo de sus funciones como cuidador. Tanto Madrid como Castilla y León enumeran una serie de **elementos de riesgo** que pueden repercutir en el cuidador en su atención; Castilla y León pone el acento en las cargas, la edad, la incompatibilidad laboral, escasos recursos económicos, siendo otra variable que contempla Feinberg. Madrid toma en consideración la fragilidad del núcleo familiar, la no atención de necesidades básicas, no dejar que la persona atendida de su opinión, que este pase mucho tiempo encamado o solo se considera también una situación de riesgo, junto con la edad, la discapacidad del cuidador.

La cuestión de la edad es un tema comprometido a nivel nacional, en Madrid el criterio de edad no aparece reflejado, pero si situaciones de discapacidad y dependencia (asociadas al cuidador) en Castilla y León se determina que si el cuidador principal mayor de 60 años tiene apoyos complementarios de otras personas, (por ello la importancia de la valoración de la correspondencia de los cuidados del cuidador principal con los secundarios) es posible la consideración de la concesión de cuidados en el entorno, mientras que en otras comunidades por poner ambas en relación con Bizcaia, la cual tras superar los 65 años, de no ser que la prestación de cuidados en el entorno sea reconocida, no se concede. Siendo la edad del cuidador un criterio determinante de valoración.

Castilla y León hace referencia a la persona cuidada determinando cómo se siente ante su circunstancia de dependencia y las preferencias en cuanto a la atención, si quiere seguir siendo atendido en el domicilio, o si prefiere un servicio de atención.

Las áreas que no se valoran y que complementarían siguiendo la atención de la valoración de un modo integral serían las siguientes:

- **Habilidades en el afrontamiento del cuidado**, historia previa de la relación entre el cuidador y persona cuidada, la en pedir ayuda, recursos, consejo y orientación.
- Que **percepción tiene el propio cuidador** de la situación de cuidados.
- Determinación de lo que para el cuidador supone como **aspectos positivos el cuidado**.
- La calidad de la atención prestada por los cuidadores en atención a la valoración dispensada por los trabajadores sociales valoradores de dependencia es hoy en día una asignatura pendiente de establecer.

Las variables descritas anteriormente son acordes de lo que plantea la guía de orientación para la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en la enfermedad de Alzheimer y sobre todo en relación a la determinación exclusiva de los factores de riesgo.

5. CONCLUSIONES Y NECESIDAD DE UNA PROPUESTA METODOLOGICA.

A la luz de las variables de valoración de los cuidadores en la literatura de aplicación en comparación con las que se establecen en dependencia podemos decir que hay una tendencia a considerar a los cuidadores como se hacía en la primera etapa de los estudios de los años 80, y con ello los aspectos que resultaban de interés entonces; como la capacidad, la disponibilidad y la voluntad propiamente reflejados. Sí que se apunta a un cierto entendimiento de las necesidades del cuidador y el reconocimiento como un recurso propio sobre todo a raíz de la Resolución 4 de noviembre de 2009 Secretaria de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del CTSAAD, sobre criterios comunes de acreditación en materia de formación e información a cuidadores.

Con posterioridad el tratamiento que se hace de ellos, donde se tiene muy presente el potenciar el reconocimiento de los cuidadores, facilitando la información, orientación para que puedan ejercer plenamente su tarea como cuidadores. Es más en Resolución del 23 de Abril de 2013 de la Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad por la que se publica el acuerdo del CTSAAD, en materia de criterios, recomendaciones y condiciones mínimas para la elaboración de los planes de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal, se encomienda a los profesionales la realización de entrevistas, encuestas para vislumbrar la eficacia de los servicios y prestaciones.

Este reconocimiento en la práctica ha limitado el ejercicio de los derechos que en un primer momento se establecieron, como por ejemplo la reducción de las prestaciones económicas de la prestación de cuidados en el entorno y las cuotas de alta en la seguridad social ya que las mismas han pasado de garantizarse por el Estado a sufragarse por el cuidador de manera opcional por el mismo.

Son malos tiempos para los cuidadores, que han pasado de ver como su labor tenía un reconocimiento institucional y como tras un periodo corto de tiempo sus derechos se han limitado. Probablemente sería adecuado hacer entrevistas, encuestas, pero en el día a día de las personas que hemos valorado conforma una queja constante al sistema por esta causa.

En base a la realización del Programa Individualizado el Gobierno en un Informe para la evaluación de la Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia de noviembre de 2011 señala que “además, el problema de la expansión excesiva de las prestaciones económicas se encuentra en parte, en la aplicación del PIA de bajo contenido técnico. De hecho, el número de solicitudes ha sobrepasado las estimaciones de las comunidades autónomas, lo que les ha obligado a crear equipos interdisciplinares de valoración y revisión de la situación de dependencia de las personas solicitantes para alcanzar un mayor grado de precisión en la determinación de las condiciones reales de dependencia de las mismas que

proporcione un PIA de carácter más objetivo y cierto” (Aplicación de la ley de dependencia. Informe ejecutivo Consejo Económico y Social:87)

En lo relativo a esta circunstancia considero adecuado ponerlo en relación con el contenido de que se exige en la formación de los profesionales establecido en la Resolución 4 de Febrero de 2010, de la Secretaria General de Política Social y Consumo, por la que se publica el acuerdo del CTSAAD, en materia de órganos y procedimientos de valoración de la situación de dependencia. Donde la visita de valoración y la introducción a las técnicas de valoración tienen un corto despliegue de horas (1,1 y 3 horas respectivamente) Si lo comparamos con la realización de otras tareas que se consideran más importantes, como la aplicación del baremo de valoración que es donde se observa más carga horaria (20 horas) así como la realización de prácticas (12 horas).

En una revisión Guía de orientaciones la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, publicada por el Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, se observa que se da poco contenido a la valoración del entorno y a las pautas que se hacen sobre el manejo de la entrevista y los factores de riesgo aplicados descritos siguiendo un modelo de sobrecarga de estrés más que en los factores potenciadores de la tarea de cuidar

Los estudios actuales sobre valoración de los cuidadores tiene una consideración de valoración como instrumento de potenciación en el contexto de cuidados y un reflejo de que factores internos y recursos de los cuidadores tienen que estar reflejados en la misma valoración, lo que no se contempla en los instrumentos que hoy en día son diseñados y que utilizamos los trabajadores sociales para realizar las valoraciones.

Contamos con un contexto donde la familia a pesar de los cambios producidos está acostumbrada a cuidar de los suyos, a sobreponerse de las adversidades, por ello considero que la familia española está encaminada a ser resiliente por naturaleza, porque hasta hace poco no ha habido un reconocimiento tan explícito de sus funciones y ya subsistían con las

enfermedades de los suyos. Ahora consiste en seguir con este reconocimiento a pesar de los recortes porque lo más importante es seguir garantizando su bienestar.

En nuestro caso concreto en el desarrollo de nuestra intervención en la valoración de la dependencia, y sobre todo en el caso en el que sea reconocida la prestación económica de cuidados en el entorno familiar, se hace más complicada puesto que en una misma valoración se engloban dos formas de contemplar a los cuidadores o bien desde la política o bien para establecer un plan de cuidados (Feinberg 2004). En el desarrollo de nuestro trabajo tenemos que tener presentes los requisitos de acceso y a la vez hacer un plan de cuidados. La realización del plan de cuidados conlleva necesariamente una revisión de los parámetros de las potencialidades de los cuidadores, a lo que se refieren y se encaminan los estudios recientes sobre valoración y ello aún no se contempla en la valoración de las situaciones de dependencia.

La valoración que se propone, considera adecuado revisar los instrumentos de aplicación existentes como son el informe social y el baremo de valoración a la dependencia y la guía de orientación como refiero, pues considero que en el tratamiento de la valoración hacia el cuidador no hay un consenso en la aplicación de los instrumentos. Por un lado el modelo de atención a personas con enfermedad de Alzheimer (Imsero 2007) recoge la importancia de la valoración integral del cuidador, en la misma se contempla la valoración de Feinberg (2004), y sin embargo la guía de orientación en la valoración de Alzheimer que siendo más actual del 2011 siendo también elaborada por el Imsero, no recoge todos los parámetros que el modelo mencionado sobre la valoración y se nutre fundamentalmente de la consideración de los factores de riesgo, limitando la valoración y no siendo una valoración integral que tome en consideración todos los factores que los estudios actuales refieren.

Transmitir que existen factores de resiliencia o factores de protección en el contexto de cuidados es potenciar el fortalecimiento y el cuidado de las familias cuidadoras en el tratamiento mismo de la situación a valorar.

BLOQUE II.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE DEPENDENCIA EN LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER Y SUS CUIDADORES.

1. PRESUPUESTOS ETICOS DE PARTIDA

La experiencia desarrollada durante estos años en relación a la puesta en práctica de la valoración de las situaciones de dependencia, conlleva una necesaria sistematización del saber hacer o del mejor hacer parte de los profesionales, es decir revisar lo que hacemos para hacerlo mejor.

El código ético de nuestra profesión refiere la profesión del trabajo social como *“la disciplina científico-profesional que promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno”*(artículo 5)

Los/las profesionales del trabajo social *tienen la responsabilidad de ejercitar su profesión a fin de identificar y desarrollar las potencialidades fortalezas de personas, grupos y comunidades para promover su empoderamiento. (art.12) El/la profesional del trabajo social desde su responsabilidad principal hacia la persona usuaria ha de proponer los necesarios cambios de política, procedimientos y actuaciones mediante los canales apropiados con los que cuentan las entidades y organizaciones. Sistematizar la experiencia profesional para responder socialmente ante las personas que atendemos es una exigencia ética para los trabajadores sociales.*

Con frecuencia *en el trabajo social la importancia que se otorga a las capacidades o los recursos internos de los usuarios y la reflexión teórica sobre los mismos queda empañada y asimilada por los problemas, la gestión y la falta*

de recursos externos(...) ello no es posible debido a la propia identidad del trabajo social y es que como refiere el art.12 del código deontológico: Los/las profesionales del trabajo social tienen la responsabilidad de ejercitar su profesión a fin de identificar y desarrollar las potencialidades fortalezas de personas, grupos y comunidades para promover su empoderamiento.(Juárez, 2011: 5)

El desarrollo de esta propuesta metodológica parte de los presupuestos éticos a los que se ha hecho mención.

En relación al contenido, se refiere a la atención de aplicación de los instrumentos con arreglo a las características del cuidador- cuidado para valorar una situación objetiva del contexto de cuidados.

Respecto al proceso se orienta hacia las características que deben de tener los profesionales para conducir el proceso de valoración.

Estas tres premisas concretan el saber, el saber hacer y el saber ser del profesional del trabajo social con respecto al establecimiento del PIA que se correlacionan a través de una serie de etapas en la valoración.

2. OBJETIVOS

El siguiente presupuesto metodológico surge de la necesidad de especificar las valoraciones y su proceso en el contexto en el que una persona es diagnosticada de Alzheimer o se encuentra en proceso de valoración diagnóstica y se encuentra en un contexto familiar de cuidados y solicita reconocimiento o revisión de valoración de dependencia.

Con la puesta en formulación se pretende los siguientes objetivos:

- Favorecer un entendimiento biopsicosocial de las etapas de la enfermedad de la persona que padece Alzheimer adaptado al tiempo de cuidar.
- Potenciar la importancia y necesidad de la coordinación socio-sanitaria en relación de las necesidades de los pacientes con Alzheimer y sus cuidadores.
- Contribuir a la potenciación de la tarea de cuidado identificando las variables que potencian su atención hacia las personas cuidadas.

- Mejora de la comprensión de las estrategias para manejar el estrés de las familias ante una enfermedad como es el Alzheimer.
- Promocionar una mejor adaptación de la persona cuidadora y persona cuidada en su relación con el ambiente social y físico en el que su vida tiene lugar.
- Conseguir una mejor aplicabilidad de los recursos sociales a la atención a situaciones de dependencia específica.

3. PRESUPUESTOS METODOLÓGICOS

Los siguientes presupuestos metodológicos se fundamentan en la perspectiva integradora la encontramos en la alianza de Cuidadores Familiares de los Estados Unidos de América (Family Caregiver Alliance, 2006) en los fundamentos de las actuales perspectivas del empowerment aplicadas al trabajo social y en las perspectivas que aportan las teorías sobre resiliencia.

1. Perspectiva centrada en la familia con un entendimiento de la familia como sistema.
2. Enfoque multidimensional de la evaluación de los profesionales para la consideración de los cuidados y atención. Donde el tradicional evaluación-diagnostico-problema, da paso a un nuevo entendimiento de las debilidad-fortaleza-oportunidad más adaptada a los fines de nuestra profesión.
3. Consideración de que las familias tienen factores intrínsecos con los que consiguen una mejor adaptación a su medio y la potenciación necesaria de los trabajadores sociales.
3. La participación de la familia como eje de la intervención en la determinación del recurso social más adecuado.
4. Aplicación de la evaluación con adaptación a la situación concreta de cuidados en forma, contenido y proceso.

Supone una adaptación al estadio de la enfermedad en la que se encuentra cuidador-cuidado lo que supone una consideración de los tiempos de cuidado, en correspondencia con las ABVD.

4. ETAPAS DE INTERVENCIÓN CON PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y CUIDADORES.

La intervención que se propone se fundamenta en correlación con las etapas para el establecimiento de un Programa de atención Individual del reconocimiento de la situación de dependencia de la persona con Alzheimer y en la determinación de la idoneidad de su cuidador.

Se considera esencial una mayor consideración a la valoración de los cuidadores, que profundice y mejore el proceso de valoración de la idoneidad y se contemplen los recursos internos de los que dispone el cuidador. Esta premisa de valoración se adapta a las actuales propuestas de valoración del contexto de cuidados desde una perspectiva integral y teniendo en cuenta los factores de resiliencia que obran en los cuidadores.

Este entendimiento de las potencialidades en el contexto de cuidados abre una nueva vía de intervención para los trabajadores sociales y una nueva visión de la utilización de los instrumentos de valoración que son de aplicación en la actualidad.

Las etapas en la intervención como decíamos están relacionadas con el proceso administrativo de desarrollo del Programa de Atención Individual y se puede hacer una diferenciación de dos fases; evaluación para determinar el reconocimiento de la dependencia y la idoneidad de cuidador y otra fase de seguimiento de la situación en el contexto de cuidados

VALORACIÓN DEL CONTEXTO DE CUIDADOS	ETAPAS METODOLÓGICAS	
	RECEPCIÓN DE LA DEMANDA Y ESTUDIO INICIAL	Se hace referencia al momento de recibimiento del trabajador social de la documentación aportada por el solicitante y el informe de salud, que van a comprender el primer estudio preliminar del contexto de cuidados.
	CITACIÓN.	Se presenta como el primer contacto con la familia y se determina la clave fundamental para poder encauzar el paso siguiente, la visita domiciliaria.
	VISITA DOMICILIARIA	Se hace mención a una serie de presupuestos de partida para el desarrollo de la valoración por parte del trabajador social. Las bases para fundamentar desde una perspectiva integral y desde una perspectiva de resiliencia para la valoración de los cuidadores y su aplicación en el proceso de valoración de la situación de dependencia en relación a la utilización de los instrumentos que se emplean como son el informe social y el informe que incluye el baremo de valoración de situaciones de dependencia.
	REFLEXIÓN VALORACIÓN REALIZADA, PROPUESTA Y TRAMITACIÓN	Comprende una reflexión sobre la información recogida y la elaboración de un diagnóstico con la redacción de la propuesta y su tramitación al organismo competente para su resolución
	SITUACIONES ESPECIALES	En este apartado se incluyen aquellas situaciones específicas como derivación a equipos específicos de atención ante situaciones de dificultad en el cuidado que pueden ser intervenidas desde una atención concreta, se incluyen como un deber profesional la comunicación del abandono o maltrato de la persona con Alzheimer por la acción u omisión de las atenciones de su cuidador, el tratamiento que debería de hacerse a las situaciones donde el cuidador claudica y el enfermo ingresa en un centro residencial, y la situación de duelo del cuidador ante el fallecimiento de la persona cuidada.
	COORDINACION	Se determina en un primer momento el concepto que desde las disposiciones normativas se entiende sobre el mismo, y las características que se establecen para que se siga considerando adecuado el contexto de cuidados, y aproximarnos a una nueva de la intervención de trabajo social en esta etapa
	NUEVOS RECURSOS	
SEGUIMIENTO		

Elaboración propia.

DESARROLLO DE LAS FASES

4.1. VALORACION DEL CONTEXTO DE CUIDADOS

4.1.1 RECEPCIÓN DE LA DEMANDA Y ESTUDIO INICIAL

➤ **Recepción de la demanda.**

Las situaciones de valoración de dependencia pueden tener dos entradas en relación al proceso administrativo:

- *Solicitud inicial de valoración*, en este caso el trabajador social de referencia que tiene encomendado realizar la tarea de valorar puede o no tener conocimiento de la familia, persona dependiente o cuidadores.

En ocasiones las familias antes de solicitar valoración de dependencia, piden información y orientación a los Servicios Sociales Básicos sobre la misma; como es cumplimentación de solicitud y recursos a los que se optan, el trabajador social toma un primer contacto con la familia lo que suele ser muy beneficioso para el trabajador social en la realización de la visita a domicilio como se suele decir se “rompe el hielo”, la familia ya conoce al trabajador social de referencia para ellos.

- *Situación de dependencia ya valorada* donde se requiere una nueva valoración para su revisión de la situación de dependencia a causa de un empeoramiento o una mejoría.

➤ **Estudio inicial de documentación**

De igual modo esta fase, requiere un estudio preliminar de la situación de dependencia donde el informe médico y la propia solicitud de dependencia van a ser las claves para darnos una primera orientación sobre la situación de la persona con dependencia y del contexto de cuidados.

También puede ser como decíamos que el requerimiento venga precedido de una reevaluación o revisión de la situación de dependencia. Para ello ya tenemos una constancia de la situación funcional de la persona dependiente y del contexto en el que se dan los cuidados. La re-evaluación

preliminar consistirá en comparar y determinar los cambios funcionales o familiares producidos.

Se ha de contemplar la posibilidad de coordinarse con los profesionales sanitarios para una mejor comprensión de la situación de salud de la persona solicitante de dependencia o revisión: o determinar si ha habido intervenciones de equipos específicos de servicios sociales en apoyo a la familia los cuales nos proporcionarían las claves para el desarrollo de la valoración.

El ejercicio de empoderar a las personas desde la valoración inicial, tiene que comenzar a ser un ejercicio de autoexploración del profesional del trabajo social. A modo personal tenemos nuestros valores, nuestras necesidades y sentimientos que unidos a nuestra trayectoria vital nos hace tener una visión particular del caso a tratar. Una exploración de los mismos nos posiciona a tener una actitud objetiva respecto la valoración a realizar.

Premisas iniciales de reflexión del Trabajador social

En el ejercicio de nuestra profesión, como personas no estamos exentos de la influencia que pueden ejercer nuestros sentimientos, pensamientos y emociones en las intervenciones que emprendemos por ello es importante tomar consideración de ellos para enfocarnos de manera adecuada al encuentro con el contexto de cuidados. (Sánchez Cabezudo, 2011:193)

- Respecto a la información previa, ¿poseo los conocimientos necesarios sobre la enfermedad de Alzheimer y sobre las necesidades de los cuidadores? ¿Ha habido alguna modificación de la normativa de valoración de dependencia? ¿Afecta esta variación en la valoración del contexto de cuidados?
- ¿Hay algún aspecto con respecto a la información previa que poseo que parezca una dificultad para la realización de la visita a domicilio? ¿En ese caso puedo hacer algo antes del primer encuentro con la familia? ¿Qué fortalezas poseo que van a ser de ayuda con esta familia?
- ¿Cuáles son mis necesidades individuales, interpersonales y comunitarias que podrían ejercer influencia en el trabajo con esta

familia? ¿Cuáles son mis deberes profesionales, que procedimientos tiene la institución para realizar la valoración?

- En caso de que sea una revisión de PIA, ¿conozco la trayectoria de manera suficiente de la familia en el contexto de cuidados? ¿Necesito orientación de servicios de salud u otros servicios específicos de servicios sociales

4.1.2. CITACIÓN

Después del estudio preliminar de la situación, procedemos a establecer una cita para el abordaje del grueso de la valoración en el domicilio de la persona. Calculamos una hora prudente para gestionar la llamada, es importante como decíamos tener en consideración adaptar nuestro tiempo a las necesidades de las familias para causar la mínima interferencia en el desarrollo de sus necesidades, y sobre todo porque la enfermedad de Alzheimer requiere un ritmo muy fijo para la realización de las Actividades Básicas de la vida diaria tanto para la persona que lo padece como para la ayuda que dispensa el cuidador.

4.1.3 VISITA DOMICILIARIA

La visita domiciliaria es muy importante para determinar aquellos aspectos relevantes para la valoración donde nuestros principales instrumentos son la observación y la entrevista. El manejo de estas habilidades supone un aprendizaje y una evaluación continua del trabajador social.

Fundamentos para el acercamiento al contexto de cuidados

Es el acercamiento más íntimo que hacemos a la esfera de la persona o personas en cuestión y ello requiere de unas premisas de partida:

Respeto hacia la persona enferma de Alzheimer, cuidador y familia. Como decíamos este respeto viene dado en los pequeños detalles de nuestra intervención como;

- Llamar al domicilio a una hora adecuada

- El cuidador establece la hora mejor de conveniencia al ritmo de sus cuidados y el profesional acopla su agenda de trabajo.
- Mostrar interés transmitiendo afecto y confianza. Es muy importante tanto para la persona que padece Alzheimer y sobre todo para el cuidador que las personas comprendan su situación y se acerquen al contexto de cuidados de una manera agradable y comprensiva. La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad muy dura, porque a medida que esta avanza se produce un empeoramiento físico. Por ello una manera de ayudar al cuidador es no asustarse ante el aspecto físico de la persona, lo que supone aceptar la enfermedad con todas sus consecuencias.
- Este interés y afecto se puede ofrecer de muchas maneras, es importante en este sentido seguir la intuición personal y ver qué impresión y que es lo que necesita el cuidador, habrá veces que el saludo requiera un beso, un abrazo o simplemente un apretón de manos. El propio contexto y las personas determinaran el gesto, el cual es fundamental para establecer un buen clima de entrada.
- Tratamiento del lenguaje que empleamos en la ayuda. (Saleebey 2006) refiere como hoy en día muchas instituciones de servicios sociales siguen enfocando un lenguaje en sus cuestionarios e informes un lenguaje que potencia la orientación hacia la patología o problema. Lo cual supone para el trabajador social un intento de revisar la utilización de “palabras de ayuda”.

Utilización de instrumentos de valoración: Informe social e Informe del baremos de valoración de las situaciones de dependencia.

En relación con los instrumentos para realizar la valoración como son el bvd²⁹ y el informe social³⁰, contamos con que la aplicación de uno y otro va a depender de varios factores algunos de ellos pueden ser; situación familiar que nos encontremos; la capacidad de observación del profesional, la intuición y la adaptación del profesional van a ser muy necesarias en este primer momento en relación a la utilización de estos dos instrumentos. Personalmente me gusta empezar por el informe social, ya que así se conoce a la familia, supone un primer contacto cercano con la situación familiar para luego posteriormente aplicar el bvd, que es más funcional con sus preguntas concretas y estructuradas. Considero que empezar por el informe social consigue generar un clima cálido y de confianza.

Consideraciones a tener en cuenta para la elaboración del informe social

Un punto de partida para desarrollar un buen informe es estructurar mentalmente partes del informe y darlas un formato aplicado a la entrevista para que no solo sea un hacer clic de las cuestiones que establece, preguntando de forma monótona, si no corremos el riesgo de que la persona objeto de valoración solo se vea como evaluada y no considerada. Tenemos que estructurar mentalmente las principales cuestiones a valorar para encaminarnos hacia una evaluación integrada y participada de la persona con Alzheimer y su cuidador tomando en consideración las fortalezas en los apartados que se establecen y preguntas orientativas al respecto y dedicar un espacio fundamental a la valoración del cuidador. En esta valoración se considera esencial el entendimiento por un lado de los recursos personales

²⁹ Establecido según lo establecido en el 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.

³⁰ Cada Comunidad Autónoma tiene capacidad para determinar sus propios informes sociales de acuerdo a los requisitos que establece el Consejo Territorial del Sistema de atención a la dependencia.

previos y el contexto ambiental específico y cómo actualmente les utiliza para modular el estrés que le ocasiona el cuidado, que sería el apartado segundo.

1º. El cuidador parte de unos recursos personales previos y de un contexto ambiental específico que es en un primer momento lo que va a determinar el trabajador social que se reflejan en las siguientes tres tablas; (Sánchez Cabezudo, 2010:149-150)

INDIVIDUAL
<ul style="list-style-type: none">• Sentido de pertenencia a la familia de origen• Habilidades sociales. Comprende capacidad de la relación, resolución de problemas y habilidades de afrontamiento de situaciones• La tenacidad y persistencia hacia objetivos es una cualidad muy saludable en los individuos, conocer la historia tenacidad y persistencia puede ser interesante pues la enfermedad de Alzheimer requiere de grandes dosis• Inteligencia emocional, qué conocimiento tiene la propia persona sobre sus emocionales, capacidad de empatía y de conectar con las emociones de los otros.• Sentido del humor es uno de los pilares de la resiliencia. Tiene influencia en sopesar los acontecimientos y darle una nota de simpatía, requiere aflojar y no tomarse las cosas tan en serio.• Vivencias que la persona han aprendido acerca de si misma con carácter previo y que le han ayudado a plantearse las circunstancias de una manera concreta.• Cualidades personales, virtudes. Como el sentido del humor, la creatividad, lealtad, generosidad, perspicacia, espiritualidad, moralidad y paciencia. Saleebey 1994 señala que estas experiencias comprenden el desarrollo vital de la persona y que se fraguanen momentos de crisis, o experiencia postraumáticas

INTERPERSONAL

- Las relaciones con el núcleo familiar extenso, hermanos, tíos, y demás familia.
- Las características familiares que envuelve el desarrollo del individuo, cómo son las relaciones familiares, de apoyo, comprensión. Se refiere que a más apoyo familiar, la persona tendrá más autoestima. (Collins y colaboradores 2007.)
- Modelos de rol positivos. Qué roles desempeña o ha desempeñado a lo largo de su trayectoria vital y significado para la persona.
- Lo que conoce del mundo que la rodea y la creación de habilidades propias. El contacto con los otros, con el cono cimiento determina los roles, vocaciones, o un entrenamiento de habilidades propias, reconocer estas habilidades es una fuente muy valiosa para las personas.

COMUNITARIO

- Capacidad que tiene para vincularse con otras familias o miembros de la comunidad
- Acceso a recursos comunitarios, sanitarios, sociales, lúdicos, educativos.
- Visión y significados que tiene su entorno comunitario más cercano acerca de los cuidados que se proporcionan.

2. La valoración tiene que comprender el análisis de una serie de Factores moduladores del estrés, que actúan como amortiguadores durante el proceso de cuidado (Puig y Rubio 2011: 196):

- Competencia personal percibida.
- Expectativa de autoeficacia.
- Experiencia previa.

- Rasgos de personalidad: flexibilidad, optimismo, disponibilidad, sentido de la coherencia, compromiso, reto.
- El apoyo social con el que se cuente.
- Valor que se otorgue a las cosas.

Valoración atendiendo a las necesidades y recursos internos de los cuidadores y sus familias en la aplicación del baremo de valoración a las situaciones de dependencia.

Como se refería en la fundamentación teórica la valoración de los cuidadores puede ser en si misma terapéutica para el contexto en el que se proporcionan los cuidados y para hacer sensible a estos las potencialidades de la prestación de los cuidados pudiendo ofrecer una mayor seguridad en sí mismos y energía para desarrollar los cuidados y la satisfacción de las necesidades propias.

Veámos como Feinberg 2004, refería que las necesidades de la persona con Alzheimer podían ser diferentes a las necesidades de los cuidadores y no como siempre se suele plantear en relación, aunque ello también es fundamental para ver en qué nivel se encuentra el tándem cuidador- cuidado como veíamos.

El trabajador social va a orientar al cuidador y sobre todo si el cuidador está en las primeras fases va necesitar un gran apoyo en cuanto a información, apoyo y accesibilidad de los profesionales tantos sanitarios como sociales. Ya que el desconocimiento de la enfermedad y el cansancio del cuidador es grande, como por ejemplo ante situaciones en las que el cuidador no duerme porque el enfermo se pasa levantándose toda la noche y quejándose y los síntomas conductuales durante el día son cada vez más visibles. Los profesionales somos un factor de protección para estas familias donde nuestra formación y capacidad para ser sensibles a su requerimiento va a contribuir al bienestar de los cuidadores y estos puedan en su tarea cuidar y

atender al cuidador. Un ejemplo que ilustra la accesibilidad de los profesionales es el siguiente:

“Al comienzo de la enfermedad mi madre que tenía Alzheimer dormía muy mal, se levantaba de la cama, se quedaba mucho rato de pie, hasta que volvía a sentarse, yo me quedaba allí con ella, hasta que se lograba sentar y la decía que tenía que irse a dormir, así estuvimos tres o cuatro horas por la noche durante varios días seguidos hasta que con ayuda del médico íbamos subiendo la medicación, yo le llamaba por teléfono todos los días hasta que por fin dimos con la dosis adecuada, pero llegue a decirle al médico uno de esos días, que por qué no la subíamos mucho más la medicación, el médico me dijo que no podía ser ya que se corría el riesgo de que mi madre no despertara, y es que cuando tienes tanto cansancio (cuidador) puedes llegar a pensar y decir estas cosas.”

Los profesionales sanitarios son uno de los ejes principales de apoyo a los cuidadores, nuestro trabajo tiene que estar coordinado con ellos de manera esencial.

En la valoración de dependencia con arreglo a la aplicación del bvd está dirigido a valorar la capacidad que tiene la persona para la realización de las tareas de la vida diaria y la frecuencia de apoyo del cuidador, por ello establecer momentos en la entrevista espacios para explorar las necesidades del cuidador es contribuir a que este se encamine a la satisfacción de las necesidades del cuidador como propias, y valorar su dedicación y esfuerzo de lo que hace y determinar que también puede satisfacer sus necesidades, como por ejemplo tener más tiempo para el ocio.

El trabajador social se esfuerza por conocer aquellos factores de protección que ha puesto en funcionamiento el cuidador, específicamente por el mismo o con el apoyo de la familia. La enfermedad de Alzheimer requiere de trucos, estrategias por parte de los cuidadores para atender a sus necesidades básicas, el trabajador social al tomar contacto con ellas le proporciona información sobre los recursos internos de los que disponen los cuidadores y sus familias y una posibilidad para la retroalimentación positiva del profesional lo que incide en la autodeterminación, autoestima y seguridad del cuidador.

Un ejemplo de ello:

Trabajador social: ¿Ante la falta de equilibrio, la dificultad motórica para caminar? ¿Qué estrategias seguís para que ande todos los días un poco?

Cuidador: para caminar necesita dos personas, una persona que lo coja de los brazos y otra persona que por detrás vaya empujando los pies para que sepa que tiene que andar.

El trabajador social valora esta fortaleza y el familiar siente que lo ha valorado, un feedback de retroalimentación de una pauta de cuidado adecuada.

Una consecuencia directa de una valoración basada en la atención a las necesidades de los cuidadores y en sus recursos internos proporciona los cuidadores al disponer de más seguridad y confianza en su tarea de cuidar

El Trabajador social como un factor de protección.

En este proceso el profesional actúa como un factor de protección, acompañando, informando, asesorando al cuidador y actuando como espejo de las características de las que dispone a través de una evaluación de las mismas.

Como profesionales tenemos que ser sensibles ante la necesidad de resistir del cuidador y de cómo este busca establecer los factores moduladores que reduzcan el estrés, sobre todo si su intención es cuidar a la persona en el domicilio o proporcionarle una mayor atención a la persona cuidada.

Los trabajadores sociales tienen un lugar de proximidad cercano al cuidador desde el cual es posible ayudar a la asimilación de estos factores modulares para que el cuidador determine que son aspectos de resiliencia, fortalezas propias que dispone y que puede ir incrementando.

Se ha explicado los pasos a seguir para comprender al cuidador desde una perspectiva de la resiliencia, cómo desde unos parámetros de evaluación positiva a la vez que se comprende el conjunto de factores en tres niveles; individual, interpersonal y comunitario, estamos potenciando una comprensión de los mismos en su persona.

4.1.4. REFLEXIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA. PROPUESTA Y TRAMITACION

Para concluir se hará una reflexión de las principales cuestiones valoradas tras la visita domiciliaria por el trabajador social en su centro de trabajo, se cumplimenta adecuadamente el informe social y el bvd en las aplicaciones correspondientes.

En esta fase, si antes no se ha realizado la coordinación sanitaria y se contempla algún aspecto que completar con los profesionales sanitarios puede ser un buen momento para coordinarse antes de impulsar ambos documentos al organismo competente para su resolución.

Una vez cumplimentadas ambas instrumentos de valoración se impulsan al organismo adecuado para su validación y reconocimiento de la situación de dependencia.

Tramite de consulta y elección

Una vez que el organismo competente de la Comunidad Autónoma determina el reconocimiento del grado de la persona con dependencia, se procede a enviar la documentación a la familia y al profesional para informarle sobre su reconocimiento y los recursos sociales a los que tiene derecho.

Es el momento de elegir la alternativa más idónea y para que el trabajador social devuelva la valoración que ha realizado de la familia y conjuntamente se encaminen hacia el recurso más adecuado para el contexto de cuidados.

Para ello el Trabajador social debe no descuidar esta fase tan importante y prepararse nuevamente para la entrevista con la familia. Una forma es recoger las variables de valoración más importantes del informe social y preparar una transmisión de la información de manera adecuada siempre con honradez y objetividad y con la comprensión de si las dificultades que padece la familia pueden ser cubiertas mediante apoyos específicos o una necesidad de más información por parte de los profesionales o una mayor coordinación de ambos.

4.1.5. SITUACIONES ESPECIALES

Derivación a equipos específicos de atención

En el caso que haya dificultades en el contexto de cuidados y exista disponibilidad familiar podemos derivar el caso a los equipos específicos de atención. En muchas comunidades autónomas se han puesto en funcionamiento equipos de atención específica a la atención de la situación de dependencia y son de gran ayuda a las familias.

La derivación conlleva también una comunicación con la familia de la importancia, los beneficios y el trabajo que van a hacer otros profesionales para ese aspecto o aspectos a tratar. Considero que la familia tiene que saber en todo momento los pasos y las razones que llevan al trabajador social a derivar el caso a los compañeros y de aquí se deriva si las personas objeto de derivación lo aceptan.

Es cierto que las disposiciones normativas en materia de dependencia, el hecho de que los cuidadores perciban prestación de cuidados en el entorno conlleva una serie de derechos y de responsabilidades, y estas son previamente conocidas y aceptadas por el trabajador social, pero sabemos que desde la coacción y la obligación se trabaja con poca eficacia y se puede perder el vínculo con la familia. Adecuar nuestra relación con la familia al sentido de la norma es otra muestra de las habilidades que el trabajador social tiene que desarrollar a lo largo del proceso.

Notificación de abandono/maltrato hacia la persona cuidada.

Los trabajadores sociales tenemos la misión de denunciar aquellas situaciones en las que peligran la vida o la integridad de la persona cuidada a causa de las acciones u omisiones del cuidador o cuidadores.

Claudicación del cuidador.

Puede ser que en el proceso de cuidados el cuidador determine que no puede cuidar más que la enfermedad de Alzheimer haya llegado a un punto de difícil tratamiento en el domicilio por el mismo. Es muy importante apoyar al cuidador en este sentido y establecer una estrategia de afrontamiento para el internamiento de la persona en una residencia para atajar los sentimientos de culpabilización. Por ello el vínculo con el trabajador social es muy necesario, se necesita una buena relación para que el cuidador deposite confianza en el trabajador social y este pueda ayudarle a medida que avanza la enfermedad y necesite de otros recursos.

Fallecimiento de la persona cuidada.

Tras la etapa de cuidados, hay una fase de Reintegración o de vuelta a la normalidad, esta fase también es de importancia para los profesionales ya que la persona que ha cuidado se ha sentido tan importante y tan necesaria para la otra persona que puede suceder que pierda el significado de su propia vida, por ello es importante seguir siendo como profesionales un factor de protección. Lo ideal sería que el cuidador tuviera una reintegración resiliente, como después de un periodo de cuidados la persona consigue reorganizar su vida.

4.2. SEGUIMIENTO

4.2.1. CONCEPTO

El seguimiento³¹, se define en la disposición normativa como una actividad de carácter técnico que tiene por objeto comprobar que persisten las condiciones adecuadas de atención, de convivencia, de habitabilidad de la vivienda y las demás de acceso a la prestación y garantizar la calidad de los cuidados, así como prevenir posibles situaciones futuras de desatención.

4.2.2. CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO DE CUIDADOS.

Para garantizar la calidad de los cuidados se tendrán en cuenta, entre otros criterios, los siguientes:

- Mantenimiento de la capacidad física y psíquica para desarrollar adecuadamente el cuidado y apoyo a la persona en situación de dependencia.
- Tiempo dedicado a los cuidados de la persona en situación de dependencia.

4.2.3. INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL

Para ello es fundamental que el trabajador social vuelva a hacer un estudio sobre la documentación obrante; informe social y bvd realizado con anterioridad (en caso que sea una revisión de la valoración de dependencia por mejoría o empeoramiento de su situación de dependencia). Conlleva también una preparación del informe social y del instrumento baremo de valoración a aplicar en la persona en situación de dependencia. Se contemplarán las necesidades, la incidencia de las conductas conductuales y el comportamiento del enfermo y la incidencia de estas en el cuidado, y el avance del nivel de deterioro. Por otro lado consiste en revisar los apoyos que el cuidador tiene, el nivel de sobrecarga en correlación con los factores moduladores que median, el nivel de autoeficacia, los conocimientos adquiridos, o con otras variables necesarias para poner en relación.

³¹ RD 1051/2013 de 27 diciembre por el que se regulan las prestaciones del Sistema de Atención a la dependencia.

En el supuesto que el caso contemple alguna circunstancia especial como una derivación a un servicio específico conllevará la coordinación tanto con profesionales de ese servicio como la posibilidad de coordinarse con los servicios sanitarios.

En esta fase es importante prestar atención a los elementos potenciadores que se han mantenido y han favorecido la situación de cuidados los cuales tienen que quedar reflejados en los instrumentos que el trabajador social maneje: Historia social y el informe social.

Este momento de la intervención esencial para poder establecer una nueva retroalimentación con respecto a los cuidados que proporciona el cuidador.

CONCLUSIONES

En un primer momento quise tener presente la enfermedad de Alzheimer como la pieza fundamental del tándem, siendo el elemento que articula todo el contexto de cuidados. Hacer referencia específica a un determinado tipo de enfermedad, supone una mejor adaptabilidad a la valoración de la persona que desempeña los cuidados y un beneficio intrínseco al que padece la enfermedad.

La propia idiosincrasia de la enfermedad de Alzheimer supone considerar una serie de elementos que van a suponer una especial sobrecarga en el cuidador sobre todo en lo relacionado con los síntomas conductuales y psicológicos.

Atendiendo a la especificidad de la enfermedad, como al contexto familiar de cuidados y el desarrollo y la evolución de estos síntomas, van a ir incidiendo y haciendo mella en el cuidador el cual va a ir atravesando una serie de etapas paralelas a la evolución de la enfermedad, como determina Volicer, a través de las cuales el cuidador va adquiriendo la capacidad de cuidar.

Esta capacidad del cuidador puede ser una competencia progresiva, sobre todo ante determinados factores; si hay una buena predisposición del cuidador a atender a la persona en el domicilio, si cuenta con los apoyos adecuados y si existe una buena coordinación socio-sanitaria.

Atendiendo a nuestras competencias como profesionales y en relación a la valoración que los trabajadores sociales realizan en el proceso de valoración de dependencia y determinación de la idoneidad, me he planteado cómo desde nuestra ayuda se puede empoderar a un cuidador.

La literatura consultada pone sobre relieve que se puede fortalecer desde la propia valoración inicial. Feinberg plantea una serie de áreas a contemplar en los cuidadores de una manera integral.

Este autor afirma que las áreas desatendidas habitualmente son las siguientes:

- Los recursos internos del cuidador; como habilidades de afrontamiento del cuidado, la historia previa de la relación entre cuidador y persona cuidada.
- Los aspectos positivos del cuidado
- La propia percepción que tiene el propio cuidador de sí mismo.

En un análisis posterior sobre cómo se desarrolla la valoración de dependencia queda demostrado con el estudio del marco instrumental de la valoración que tanto la guía de orientación a la valoración de Alzheimer como los informes sociales, en nuestro caso la comparación de los informes sociales de Castilla y León y Madrid, no recogen las áreas mencionadas por Feinberg y se centran en los factores de riesgo de los cuidadores.

Los factores de riesgo que se contemplan, son también áreas que Feinberg menciona, su tratamiento por tanto es necesario. Sin embargo un documento anterior a la formulación a la Guía de valoración de Alzheimer como es el Modelo de Atención a la Enfermedad de Alzheimer, recoge la visión integral que tiene este autor. Lo cual también es bastante contradictorio con la línea de trabajo del Centro de Referencia Estatal de Alzheimer que tiene una de sus líneas de trabajo el empoderamiento de los cuidadores. La conclusión que se desprende es que la fundamentación sobre la valoración sobre los cuidadores responde en la actualidad a un modelo no solidificado con diferentes perspectivas de análisis.

Atendiendo a esta singularidad y siguiendo a Feinberg se pueden contemplar en nuestro panorama de valoración actual dos líneas de trabajo; la primera se orienta hacia la determinación de los criterios que tienen que cumplir los cuidadores para percibir la prestación económica de cuidados en el entorno cuyos criterios son determinados por la política social. Y la segunda línea de trabajo, que conlleva el establecimiento de un plan de cuidados.

Lo complicado para el desarrollo de nuestro trabajo es que en la valoración de dependencia se conjugan a la vez estas dos líneas, por un lado tenemos unos criterios claros de valoración de idoneidad reflejados en el trabajo a través del estudio de las variables normativas y por otro lado tenemos que establecer un programa individualizado de atención.

Ambas líneas de trabajo podrían confluir y no ser discordantes si nuestro marco de valoración actual contemplara los planteamientos de Feinberg; que la valoración se fundamentara en áreas de estudio de los cuidadores de forma integral y a lo que añado que se aplicaran los nuevos conocimientos y perspectivas sobre resiliencia y empoderamiento. Junto a este planteamiento, la experiencia que en la actualidad existe en la valoración del procedimiento de dependencia en la amplitud de enfermedades y en concreto para este trabajo en relación con la enfermedad de Alzheimer y la relación con la valoración del cuidador, me han llevado a la posibilidad de fundamentar una metodología de intervención específica del Trabajador social en los procesos de valoración y seguimiento a pacientes con enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores.

La aprobación de la Ley de Dependencia 39 /2006 14 diciembre, ha supuesto una gran repercusión para la visualización de la función de los trabajadores sociales. Por ello hay que tener muy presente que identidad profesional se está fraguando, y el impacto que tiene nuestra intervención en la sociedad.

Al leer el documento de *“Trabajo social para las valoraciones y el acceso a las prestaciones de las personas en situación de dependencia”* editada por el Consejo General de Trabajadores Sociales, se cae en la cuenta del avance y de la gran apertura profesional que supuso para el conjunto de la profesión la aprobación de la ley 39/2006. Ya desde entonces se daban pinceladas sobre la manera de contemplar la intervención social ante la valoración, la cumplimentación del informe social y la realización del programa individualizado de atención: “ en esta fase de I Proceso es necesario la utilización de metodologías basadas en la mejora del funcionamiento autónomo de las personas, en el “trabajo social de caso” cuyo objetivo incuestionable es

el desarrollo individual, técnicas orientadas a promover la autonomía personal y el desarrollo de individuos y grupos deficitarios. Las capacidades del individuo pueden ser orientadas al desarrollo de la autonomía funcional, económica, moral, constituyéndose los recursos como promoción de interacciones para el crecimiento” (Brezmes Nieto 2007:98).

Actualmente, a la luz de lo expuesto en este trabajo es necesario seguir ahondando en los aspectos que le son de relevancia al trabajo social para garantizar el bienestar de las personas implicadas en este aspecto concreto de intervención como es el procedimiento de reconocimiento de dependencia. Podemos seguir siendo “centinelas de las prestaciones” como recoge el documento citado, pero tenemos que asumir el riesgo de que como profesión nuestra identidad quede enmarañada por los procedimientos. Si perdemos de vista nuestros valores como profesión, la capacidad de investigar y de adaptar propuestas a nuestro campo de acción y con ello contribuir a desarrollar unos mejores procedimientos, las personas a las que nos dirigimos podrían no salir a nuestra defensa y encuentro ante el debate sobre nuestro cometido y relevancia en la sociedad.

Este trabajo es dar un paso más con respecto al reconocimiento que hacemos de la función de los cuidadores en nuestro país, es sumar a la importancia dotar a nuestras herramientas de trabajo como son los informes sociales y los planes individualizados de atención, de una mayor rigurosidad en la determinación de los diagnósticos.

Hoy, con una mirada puesta en el transcurso de las sucesivas aprobaciones normativas en relación a los criterios que deben de regir las prestaciones, se nos ha situado en un terreno complicado para el desarrollo de nuestra intervención. Quizá con esta propuesta avancemos en el desarrollo de metodologías más adecuadas al contexto de cuidados competentes para que la sociedad valore el impacto positivo que nuestra intervención profesional tiene.

Para concluir este trabajo decir que me siento muy contenta de haber superado el sonido discordante de la campana que comenté en la introducción, de no haberlo hecho con probabilidad no habría podido escribir estas líneas.

Ahora entiendo que a veces necesitamos tomar distancia para llegar a comprender lo que de alguna manera le da sentido e identidad a nuestra profesión y a nuestra vida. Todo es fruto de un aprendizaje constante y de saber aprovechar las oportunidades que se te ofrecen.

Hoy sé que la profesión del Trabajo social se crea, se construye y se materializa todos los días a través de muchas maneras, pues hay muchas formas de intervenir y que quizá una de las cuestiones más influyentes, sea la mirada y el matiz con el qué, como Trabajadores Sociales, miramos a las personas y sus situaciones y con las que determinamos, al fin y al cabo los recursos a los que acceden.

Mi mirada por fin, como aquel que busca el yo de la profesión a través de una experiencia en concreto, es integradora.

REFERENCIAS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- *Atención a las personas en situación de dependencia en España*. (2004) Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Recuperado el 11 de junio de 2014 de <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>
- BREZMES NIETO, M.J. (2007), Documento de Trabajo social para la valoración y el acceso a las prestaciones de las personas en situación de dependencia. Madrid. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de España.
- CÁCERES ALFONSO, R Y MATEO GONZÁLEZ, A. *Abordaje desde la terapia familiar sistémica. Realidades psicosociales en las familias de personas con demencia*. Fundación Caser.
- DIPUTACION FORAL DE BIZCAIA. (2011). *Buenas prácticas en la valoración y la orientación de dependencia*. Bilbao.
- DURÁN HERAS, M.A, (2006) *Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años*. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 60 (1): 57-74.
- *Estado de arte de la enfermedad de Alzheimer en España*.(2003) Informe realizado por Pwc y Lilly. Madrid. Recuperado el 12 de junio de 2014, de http://static.correofarmaceutico.com/docs/2013/06/18/in_al.pdf
- FERNANDEZ PEREZ, LAURA (Coord.) (2011) *Guía práctica para familiares de enfermos de Alzheimer*. Fundación Pricewaterhouse Coopers. Recuperado el 12 de junio de 2014 [http://kc3.pwc.es/local/es/kc3/publicaciones.nsf/V1/1ED9C9C5E41D7BDBC1257919003FA90F/\\$FILE/Guia%20practica%20familiares%20de%20enfermos%20de%20Alzheimer_final.pdf](http://kc3.pwc.es/local/es/kc3/publicaciones.nsf/V1/1ED9C9C5E41D7BDBC1257919003FA90F/$FILE/Guia%20practica%20familiares%20de%20enfermos%20de%20Alzheimer_final.pdf)
- FEINBERG, L. F. (2004) *The State of art of caregiver Assessment*. The American Society on Aging. Generations. Volume XXVII, 4: 24-32.
- FERNANDEZ ORRICO, F.J.(2008) *Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y Seguridad Social de cuidadores no profesionales*. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 74(1):79-104.
- GARCÍA, M. L. y OLAZARÁN, J. (2000). Criterios diagnósticos de demencia. En grupo de estudio de neurología de la conducta y demencias (GENCD) de la Sociedad Española de Neurología (SEN). *Guías en demencias. Conceptos, criterios, y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia* (pp. 141-150). Barcelona. Editorial Masson.
- GENOE, REBECCA M. (2013) *"There is life after diagnosis": Dementia, leisure, and meaning-focused coping*. Recuperado el 12 de junio de 2014 de <https://journal.lib.uoguelph.ca/index.php/rasaala/article/view/2716/2826>.
- GONZALEZ ORTEGA, S (2010) *Visualización de los cuidadores no profesionales a personas dependientes. Perspectiva jurídica, económica y sanitaria*. Sevilla. Fundación Centro de

Estudios Andaluces, recuperado el 12 de junio de 2014 de http://centrodeestudiosandaluces.es/biblio/imagendoc/00006501_00007000/00006851/00006851_090h0101.PDF

- GONZALEZ ORTEGA, S.(2013). *La aplicación de la Ley de Dependencia en España..* Consejo económico y social de España. Madrid .Colección Estudios nº 231. Recuperado el 12 de junio de 2014 de http://www.ces.es/documents/10180/106107/preminves_Ley_Dependencia.pdf
- GARRE OLMO, J. (2007). *Criterios diagnósticos de demencia: a las puertas del cambio de paradigma. Alzheimer: Realidades e investigación en demencia*, 35:4-11.
- GONZÁLEZ MALDONADO, R. (2000). *El Extraño caso del Dr. Alzheimer (del olvido a la demencia)* Grupo Editorial Universitario. Granada. Grupo Editorial Universitario.
- HERAS ROBLES, I. *Protocolo para la elaboración de la propuesta del Programa Individual de Atención (PIA)*. Documentos de Trabajo Social · nº47.
- HIDALGO LAVIÉ, A (Coordinador) (2010) *Trabajo social con enfermos de Alzheimer y sus familias. Reflexiones y sugerencias*. La Coruña Editorial Netbiblo.
- JUAREZ RODRIGUEZ, A. 2012. *Construir desde las fortalezas: Trabajo social y Resiliencia*. Revista Miscelánea Comillas, 70(136):5-36.
- LOSADA y Colab. (2008) *Cuidar Cuidándose. Evaluación e intervención interdisciplinar con cuidadores familiares de personas con demencia*. Madrid. Ediciones Encuentro
- MARTIN CARRASCO. M (Coord.). (2006) *Consenso Español sobre demencias*. Barcelona. Recuperado el 12 de junio de 2014 de <http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/Consenso%20espa%C3%B1ol%20sobre%20demencias.pdf>
- MUÑIZ, R y OLAZARÁN, J. (2009). *Mapa de Terapias no farmacológicas para demencias tipo Alzheimer. Guía de iniciación Técnica a Profesionales*. Madrid. Recuperado el 12 de Junio de 2014 de <http://www.crealzheimer.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/mapayguainiciacintnfalzhpapar.pdf>
- MICHAEL MANCIAUX (Dir.) (2005) *La resiliencia resistir y rehacerse*. Barcelona Gedisa Editorial.
- MICHAEL DELAGE.(2010) *La resiliencia familiar. El nicho familiar y la superación de las heridas*. Barcelona. Editorial Gedisa.
- MORENO TOLEDO, A. (2011) *El cuidador principal en el enfermo de Alzheimer*. Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis» Recuperado el 12 de Junio de 2014 de <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/64/37>
- PUIG, G Y RUBIO J.L. (2011) *Manual de Resiliencia Aplicada*. Barcelona Editorial Gedisa.

- ROGERO GARCIA, J. (2010) *Los tiempos del cuidado El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Colección Estudios Serie Dependencia. Madrid. IMSERSO.
- ROZAS, M.(2006) *Cuidar al que cuida. Claves para el bienestar del que cuida a un ser querido*. Madrid. Editorial Aguilar.
- SANCHEZ VAZQUEZ, R (coord.) (2011) *Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Madrid. IMSERSO.
- SÁNCHEZ FIERRO, J. (2004). *Libro Verde sobre la Dependencia en España*. Madrid. Editorial Ergon.
- SASTRE-OROSA, M., CÁCERES, R., BEYEBACH, M., PÉREZ-SÁEZ E., Y GONZÁLEZ-INGELMO, E. ¿Cuidas mientras vives o vives mientras cuidas?»: un programa de empoderamiento para cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Recuperado el 10 de junio de 2014 de <http://www.crealzheimer.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/posterpec13.pdf>
- SEGADO SANCHEZ-CABEZUDO, S. (2011) *Nuevas perspectivas en Trabajo Social con Familias. Una propuesta para la práctica desde el empowerment*. Madrid. Editorial Trota. Universidad nacional de Educación a distancia.
- SEMIATIN, A. Y O 'CONNOR, M. 2012, The relationship between self-efficacy and positive aspects of caregiving in Alzheimer's disease caregivers, *Aging & Mental Health*, 16, pp.683-688. <http://www.tandfonline.com/loi/camh20>
- THREVITHICK, P. (2002). *Habilidades de comunicación en intervención social*. Manual práctico, Madrid. Editorial Narcea.
- YANGUAS Y OTROS. (2007). *Modelo de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. IMSERSO. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.2007

REFERENCIAS SOBRE NORMATIVA LEGISLATIVA

- ESPAÑA. LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm. 299. Viernes 15 diciembre 2006. 44142-44156.

- ESPAÑA. 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. Boe núm. 138 Sábado 9 junio 2007.

- ESPAÑA. Acuerdo de 22 de enero de 2007, del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia, por el que se establecen los acuerdos en materia de valoración de la situación de dependencia. BOE nº 139 Jueves 7 junio 2007. pp .24870-24871.

- ESPAÑA 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. BOE Núm. 286 Viernes 27 de noviembre de 2009 Sec. III. Pág. 100840- 100846.

- ESPAÑA. 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, en materia de órganos y procedimientos de valoración de la situación de dependencia. BOE Núm. 62 viernes 12 de marzo de 2010 Sec. III. Pág. 24967- 24973

- ESPAÑA. Resolución del Parlamento Europeo, de 19 de enero de 2011, sobre una iniciativa europea acerca de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-20110016+0+DOC+XML+V0//ES>

- ESPAÑA. RD Real Decreto 175/2011, de 11 de febrero, 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 el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia. BOE Núm. 42 Viernes 18 de febrero de 2011 Sec. I. Pág. 18692-18699.

- ESPAÑA. 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. BOE Núm. 112 Miércoles 11 de mayo de 2011 Sec. I. Pág. 47936- 47940

- ESPAÑA. Resolución de 30 de septiembre de 2011, 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 para la conceptualización, elaboración y evaluación de buenas prácticas en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. BOE Núm. 268 Lunes 7 de noviembre de 2011 Sec. III. Pág. 116266- 116272

- ESPAÑA. Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y

Atención a la Dependencia para la mejora del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. BOE Núm. 185 Viernes 3 de agosto de 2012 Sec. III. Pág. 55657- 55674.

- ESPAÑA. Resolución de 23 de abril de 2013, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre criterios, recomendaciones y condiciones mínimas para la elaboración de los planes de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal; datos básicos del sistema de información del SAAD y Catálogo de referencia de servicios sociales. BOE Núm. 117 Jueves 16 de mayo de 2013 Sec. III. Pág. 36636- 36674

- ESPAÑA. Resolución de 25 de julio de 2013, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre criterios comunes, recomendaciones y condiciones mínimas de los planes de atención integral a menores de tres años en situación de dependencia o en riesgo de desarrollarla y evaluación anual correspondiente al ejercicio 2012 de los resultados de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia. BOE Núm. 184 Viernes 2 de agosto de 2013 Sec. III. Pág. 56447- 56510.

- ESPAÑA. 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. BOE Núm. 313 Martes 31 de diciembre de 2013 Sec. I. Pág. 107128- 107142.

ANEXOS

Marcar la siguiente casilla con una ✓ para empezar

V. 08



INFORME SOCIAL

OBSERVACIONES A TENER EN CUENTA PARA SU CUMPLIMENTACIÓN

- Los campos marcados con (*) no requieren de cumplimentación manual. Se completarán automáticamente durante el proceso de validación en la aplicación informática para tal efecto.
- Los campos sombreados no requieren de cumplimentación para menores de 15 años.

1.- HISTORIA

Fecha de apertura (*)..... Provincia (*)..... Corporación Local (*).....
Zona de Acción Social (*)..... CEAS (*)..... Puesto (Coordinador/a) (*)

1.1. Titular de la Historia Social Nombre y Apellidos

Expediente | Nº de Historia Social
DNI - | NIE X- -
Nombre (*)..... | Apellidos (*)

1.2. Identificación de la persona interesada (en caso de ser persona diferente al titular de la Historia Social) (*)

1.3. Domicilio de la persona interesada (*)

2.- MIEMBROS Y CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA

Datos procedentes de la historia social (*)

Vive solo

Vive con otras personas (nota 1)

Nº de familiares con los que convive.....

Nº otras personas con las que convive...

Vive en Centro residencial

Vive en Albergue o similar

Nota 1: Aquí se incluyen los que viven en viviendas tuteladas, supervisadas o apoyadas.

Número de convivientes con enfermedad, ancianidad o incapacidad grave:

Hermanos y otros familiares

En hijos

En otros convivientes no familiares

No aplicable

Todos los miembros de la unidad de convivencia necesitan atención SI... NO...

3.- DINAMICA FAMILIAR Y RELACIONES SOCIALES

3.1. Relación entre los miembros de la unidad de convivencia (nivel de comunicación, riesgos, dificultades o conflictos, malos tratos, convivencias temporales, rotaciones, otras situaciones que influyen en la dinámica familiar)

Acogido de forma provisional:	Rotación por diversos domicilios:	Conflictos convivencia o relación:	Malos tratos físicos ó psíquicos..... <input type="checkbox"/>
SI..... <input type="checkbox"/>	Cónyuges/parejas/hnos. rotan juntos <input type="checkbox"/>	Graves <input type="checkbox"/>	Explotación <input type="checkbox"/>
NO <input type="checkbox"/>	Cónyuges/parejas/hnos. rotas separados <input type="checkbox"/>	Leves <input type="checkbox"/>	Abandono encubierto <input type="checkbox"/>
	Una persona que rota <input type="checkbox"/>	No hay..... <input type="checkbox"/>	Sobreprotección <input type="checkbox"/>
	No aplicable <input type="checkbox"/>		No se dan situaciones de este tipo <input type="checkbox"/>
Necesita sistema de comunicación continuo por su situación personal y porque pasa parte del día: Solo..... <input type="checkbox"/>			
En compañía de personas en situación similar <input type="checkbox"/>			
No necesita sistema de comunicación continuo..... <input type="checkbox"/>			

3.2. Otros familiares con los que no convive: Nombre, parentesco, localización.

Relación de estos familiares con la persona interesada (nivel de comunicación, riesgos, dificultades o conflictos, malos tratos, convivencias temporales, visitas periódicas o esporádicas...)

La persona interesada y los otros familiares no convivientes:

No tiene otros familiares

No se relacionan

Se relaciona con familiares de la misma localidad

en distinta localidad

Conflictos de relación con familiares con los que no convive:

Graves

Leves

No hay

Malos tratos físicos ó psíquicos

Explotación

Abandono encubierto

Sobreprotección

No se dan situaciones de este tipo

Sólo aplicable a menores de 60 años

Desamparo...

Orfandad total

Huérfano de padre ó madre sin desamparo

No aplicable

Muerte o abandono de padres, cónyuge o hijos (hijos que estuvieran prestando atención al beneficiario) sin que suponga abandono total

3.3. Cuidador principal:No tiene cuidador/es **Situación personal y tareas desempeñadas por el cuidador/a principal (se excluye personal contratado):**Nombre _____ Apellidos _____, Fecha de nacimiento //DNI/NIE Relación con el interesado _____Pertenece a la misma unidad de convivencia Reside en otro domicilio **En el caso de que no sea pariente de la persona interesada en 1º, 2º ó 3º grado, responder lo siguiente:**

Cumple requisitos para desempeñar funciones de cuidador no profesional: reside legalmente en España y está empadronado en el mismo municipio o

límite que la persona interesada, desde hace un año ó más: SI ... NO ... **Tareas que desempeña y tiempo dedicado (especificar):** _____Equivale a jornada completa Equivale a jornada parcial El cuidador tiene capacidad para atender las necesidades básicas del interesado: SI ... NO ... **Cómo se encuentra** (estado de cansancio, depresión, aislamiento...)**Dificultades que se le plantean, si necesita apoyo, de qué tipo****Situación del cuidador/a principal que impide o dificulta la adecuada atención de la persona interesada:**Tienes otras cargas (menores, personas con discapacidad o enfermedad...) Graves..... Leves.....Incompatibilidad horario laboral Escasos recursos económicos que impiden una atención adecuada Obligaciones laborales pero sin incompatibilidad de horario ... Recursos económicos limitados Conflicto familiar Otras circunstancias no contempladas Enfermedad / incapacidad y 60 años ó más años

Especificar _____

Enfermedad / incapacidad y menos de 60 años No existe ninguna de circunstancia destacable Vive en otra localidad

3.4. Situación personal y tareas desempeñadas por otros cuidadores:Nombre _____ Apellidos _____ Fecha de nacimiento //DNI/NIE Relación con el interesado _____Pertenece a la misma unidad de convivencia Reside en otro domicilio **En el caso de que no sea pariente de la persona interesada en 1º, 2º ó 3º grado, responder lo siguiente:**Cumple requisitos para desempeñar funciones de cuidador no profesional: reside legalmente en España y está empadronado en el mismo municipio o limítrofe que la persona interesada, desde hace un año ó más: SI ... NO ... **Tareas que desempeña y tiempo dedicado (especificar):**_____
Equivale a jornada completa Equivale a jornada parcial El cuidador tiene capacidad para atender las necesidades básicas del interesado: SI ... NO ... **Cómo se encuentra** (estado de cansancio, depresión, aislamiento...)
_____**Dificultades que se le plantean, si necesita apoyo, de qué tipo**

3.5. Evaluación de la necesidad o conveniencia de apoyos para los cuidadores

Los apoyos para el/los cuidador/es...

Son imprescindibles para que continúen prestando la atención

Suponen alivio y respiro

No necesitan, pero la atención de la persona dependiente supone limitación en su actividad familiar, laboral, social

No necesitan apoyos

3.6. Necesidad de atención del interesado:

Continuada

No continuada

No necesita

3.7. Atención que recibe:

No recibe

Insuficiente o inadecuada

Adecuada

No aplicable

3.8. Evaluación de cobertura de necesidades básicas:

No tiene cubiertas las necesidades básicas de alimentación, higiene y vestido

Tiene cubiertas las necesidades básicas de alimentación, higiene y vestido

3.9. Percepción de la persona interesada sobre su situación de dependencia y preferencias de atención

4.- RELACIONES Y RECURSOS SOCIALES

4.1. Relaciones sociales y vecinales del interesado: personas con quien se relaciona (vecinos, amigos, voluntariado...), en que entornos (recibe visitas, asiste a algún centro donde se relaciona...)

4.2. Apoyos que le prestan (atención doméstica, compañía, llamadas telefónicas, ocio, salidas...)

4.3. Recursos sociales que utiliza (*)

- Otros (servicios y prestaciones económicas para el pago de servicios, previa solicitud, y otros)

4.4. Otros recursos existentes en el entorno

5.- SITUACIÓN ECONOMICA Y LABORAL

Información relevante sobre la situación económica y laboral de la persona interesada y del resto de miembros de la unidad de convivencia

(Aclaración: la información económica del solicitante ya figura en el expediente, y no debe reflejarse nuevamente. En este apartado se recogerán aquellos aspectos que son relevantes para describir las dificultades y problemas que aquejan a la persona interesada y a sus potenciales cuidadores).

Para menores de 60 años y discapacidad física grave:

- Nº de familiares que conviven con la persona interesada sin enfermedad, ancianidad o incapacidad grave, que no trabajen ni tengan pensión...

6.- DATOS DE LA VIVIENDA Y HABITAT

6.1. Tipo de alojamiento: Piso (*) <input type="checkbox"/> Vivienda unifamiliar (*) ... <input type="checkbox"/> Pensión (*) <input type="checkbox"/> Viv. tutelada, apoyada o supervisada <input type="checkbox"/>	6.2. Características: M ² (*) <input type="text"/> N ^o de habitaciones (*) <input type="text"/> N ^o de personas residentes (*) <input type="text"/> M ² por persona (*) <input type="text"/>	6.3. Régimen de tenencia y otras circunstancias Propia (*) <input type="checkbox"/> De otros familiares (con los que vive; no es vivienda cedida) <input type="checkbox"/> Alquiler (*) <input type="checkbox"/> Realquiler (*) <input type="checkbox"/> Cedida en uso (*) <input type="checkbox"/> Con tiempo de estancia limitado <input type="checkbox"/> Con coste gravoso <input type="checkbox"/> En centro o pensión que debe abandonar por falta de recursos <input type="checkbox"/> Desahucio / desalojo acreditado <input type="checkbox"/>
6.4. Equipamientos en el hogar Centro Residencial <input type="checkbox"/> Albergue o similar <input type="checkbox"/> Chabola o similar (*) <input type="checkbox"/> No dispone de alojamiento (*) <input type="checkbox"/> - agua corriente (*) <input type="checkbox"/> - frigorífico (*) <input type="checkbox"/> - agua caliente (*) <input type="checkbox"/> - lavadora (*) <input type="checkbox"/> - wc (*) <input type="checkbox"/> - teléfono (*) <input type="checkbox"/> - ducha/baño (*) <input type="checkbox"/> - No tiene teléfono: - calefacción suficiente (*) <input type="checkbox"/> Instalación prevista (*) <input type="checkbox"/> - electricidad (*) <input type="checkbox"/> Instalación no prevista (*) .. <input type="checkbox"/>		6.5. Coste/mes <input type="text"/> € (Aplicable a coste de estancia, alquiler, hipoteca...)
		Descripción del estado de conservación y/o dificultades en su utilización

<p>6.6. Condiciones de la vivienda</p> <p>- Estado ruinoso (*)..... <input type="checkbox"/></p> <p>- Estado deteriorado / goteras / humedad (*)..... <input type="checkbox"/></p> <p>- Falta de ventilación (*) <input type="checkbox"/></p> <p>- Barreras arquitectónicas dentro de la vivienda que</p> <p> - impiden AVD... <input type="checkbox"/> dificultan AVD..... <input type="checkbox"/></p> <p>- Barreras que impiden o dificultan la accesibilidad a la vivienda</p> <p> - tiene apoyos... <input type="checkbox"/> no tiene apoyos... <input type="checkbox"/></p> <p>- Barreras en el entorno ... <input type="checkbox"/></p> <p>- No se da ninguna de las circunstancias anteriores.... <input type="checkbox"/></p>	<p>Descripción de las condiciones de la vivienda</p>
<p>6.7. Evaluación general de las condiciones de la vivienda:</p> <p>Condiciones de pésimas habitabilidad / salubridad <input type="checkbox"/> Condiciones aceptables con ligeras deficiencias <input type="checkbox"/></p> <p>Condiciones deficientes <input type="checkbox"/> Buenas condiciones y dispone de todos los servicios <input type="checkbox"/></p>	
<p>6.8. Ubicación de la vivienda: Descripción</p>	
<p>Zona aislada y/o carente de medios de comunicación y/o difícil acceso a los recursos <input type="checkbox"/></p> <p>Zona rural o casco urbano disponiendo de algún medio de comunicación y/o limitaciones en el acceso a los recursos <input type="checkbox"/></p> <p>Zona rural o casco urbano con buenos medios de comunicación y/o acceso a los recursos <input type="checkbox"/></p>	



Comunidad de Madrid

INFORME SOCIAL
PARA EL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y EL ACCESO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Trabajador/a social D/Doña
Centro de Servicios Sociales
Entidad Local: Ayuntamiento / Mancomunidad de

I. DATOS DEL SOLICITANTE		
NOMBRE	APELLIDOS	EDAD
DNI/NIE	DOMICILIO	
LOCALIDAD	PROVINCIA	
TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
OCUPACIÓN: <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Trabaja cuenta propia <input type="checkbox"/> Trabaja cuenta ajena <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Sin ocupación		

II. SITUACIÓN DE CONVIVENCIA
A. Reside de forma permanente/temporal en un Centro (centro residencial, viviendas comunitarias, pisos tutelados, hospital de larga estancia)

Denominación del Centro
Dirección: C/Plaza N° Localidad CP

A.1. Apoyos familiares: **A.2. Opinión de la persona o familiares sobre la atención recibida en el centro:**

No tiene familiares directos (hijos/padres)
 Los tiene, pero no pueden/no se hacen cargo de la persona.
 Visitan a la persona regularmente
 Se implican en los cuidados y en la atención de sus necesidades

Excelente
 Buena
 Regular
 Deficiente
 Muy deficiente

A.3. Posibilidades de retorno al domicilio: En el supuesto de que la persona regresara a su domicilio (o al de algún familiar), y teniendo en cuenta los apoyos (servicios y prestaciones) que puede recibir en el mismo, ¿reúne éste las condiciones necesarias para adecuada atención de la persona?

*Buenas condiciones en el entorno físico (condiciones de habitabilidad y accesibilidad, barreras en el interior y exterior de la vivienda)
 Sí No
 *Buenas condiciones entorno convivencial (apoyos familiares, cuidados básicos, ausencia de relaciones conflictivas) Sí No

B. Reside en domicilio particular
B.1. Situación de Convivencia
 La persona vive sola La persona reside de forma itinerante en varios domicilios
 La persona convive de manera habitual y/o permanente con:

Nombre y Apellidos	Edad	Relación o parentes	Cuidados que presta	Intensidad/frecuencia (horas/mes)*

Identificación del cuidador principal:
 NOMBRE Y APELLIDOS:
 TRABAJO FUERA DEL HOGAR No Si HORARIO: OTRAS RESPONSABILIDADES

<p>B.2. Apoyos informales B.2.1. Caracterización general de apoyos: <input type="checkbox"/> Recibe apoyo familiar regularmente con carácter: <input type="checkbox"/> diario <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> Recibe apoyo vecinal regularmente con carácter: <input type="checkbox"/> diario <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> Recibe apoyo esporádico <input type="checkbox"/> No recibe apoyos</p>	<p>B.2.2. Consistencia/Fragilidad del apoyo familiar Estado de salud del cuidador principal: <input type="checkbox"/> Cuidador mayor de edad y en plenas facultades para el ejercicio de la tarea <input type="checkbox"/> Cuidador con situación de dependencia reconocida con grado: <input type="checkbox"/> Signos de agotamiento físico y/o emocional</p>
--	--

<p>B.2.3. Dinámica familiar. Indicadores de posible maltrato Existencia de relaciones deterioradas/conflictivas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No observables Incidencia de la unidad de convivencia en la persona solicitante: <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa Otros aspectos: <input type="checkbox"/> Falta de cuidados básicos <input type="checkbox"/> No se le permite hablar/dar su opinión <input type="checkbox"/> Se insiste ante él/ella en los problemas que causa <input type="checkbox"/> La persona pasa sola varias horas al día <input type="checkbox"/> Permanece encamado/a, sin necesidad</p>	<p>Conocimientos del cuidador sobre la adecuada prestación de cuidados y el proceso de la enfermedad: (valorar del 1 al 5): Otras circunstancias: Concurrencia de enfermedad/ discapacidad con necesidad de apoyos en otros miembros de la unidad de convivencia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Periodos de descanso del cuidador <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (especificar)</p>
---	--



Comunidad de Madrid

III. CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO

A. Situación de la vivienda

- Régimen de tenencia: Propia Alquilada Cedida En casa de familiares
 Tipo: Piso en altura: con ascensor sin ascensor
 Unifamiliar: de planta baja varias plantas sin mecanismos de elevación
 Otros (chabola, vivienda prefabricada, especificar:)

Condiciones de habitabilidad	Buena	Regular	Mala	Observaciones
Higiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ventilación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Iluminación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mantenimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* Equipamiento de la vivienda:

- Agua caliente Calefacción Electrodomésticos básicos Teléfono
 -Dispone de ayudas técnicas y adaptaciones del hogar Si No
 -Barreras arquitectónicas Si No
 -Elementos de protección (detección y/o protección de incendios, gas, agua) Si No

B. Entorno del domicilio habitual

- *Condiciones de Accesibilidad: ¿existen de barreras arquitectónicas para acceder al domicilio? Si No
 *Comunicaciones y servicios: ¿existen transportes y servicios públicos próximos? Si No

IV. APOYOS INSTITUCIONALES QUE ESTÁ RECIBIENDO

DEL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES			
Servicio/Centro	Modalidad	Tipo de plaza (pública/privada)	Aportación del usuario
Teleasistencia			€/mes
Ayuda a domicilio:	<input type="checkbox"/> Atención necesidades hogar <input type="checkbox"/> Cuidados personales		Nº horas / mes: €/mes
Centro de atención diurna:	<input type="checkbox"/> Personas mayores <input type="checkbox"/> Menores de 65 años <input type="checkbox"/> Atención especializada		Nº días / semana: €/mes
Centro Ocupacional			€/mes
Centro de Atención Temprana			€/mes
Servicio de atención residencial:	<input type="checkbox"/> Personas mayores <input type="checkbox"/> Personas con discapacidad		€/mes
Otros (especificar):			€/mes

OTROS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL (Educación, Sanidad, Empleo)		
Servicio/Centro/Prestación	Denominación, titular y provisión (privada, mutualidad)	Aportación del usuario
		€/mes
		€/mes

V. VALORACIÓN DIAGNÓSTICA Y PROPUESTA

(teniendo en cuenta el catálogo de servicios y prestaciones del SAAD, así como el régimen de compatibilidades e incompatibilidades entre los mismos)

En Madrid, a de de 2010

Fdo: Trabajador/a Social



Comunidad de Madrid

ANEXO 2 DECLARACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE LOS REQUISITOS DEL CUIDADOR NO PROFESIONAL

1.- Beneficiario/a de la prestación:

D/D ^a				NIF/NIE	
Entidad	Oficina	DC	Número de Cuenta		

D/D ^a					
Con	<input type="radio"/> NIF	<input type="radio"/> NIE	<input type="radio"/> PASAPORTE	Nº	cuidador del beneficiario arriba indicado

DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD:

a. Que es mayor de edad.

b. Que su número de DNI / NIE / PASAPORTE es el arriba señalado

c. Que tiene con el beneficiario el siguiente parentesco:

<input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja de Hecho	<input type="checkbox"/> Hermano/Hermana	<input type="checkbox"/> Tío/Tía	<input type="checkbox"/> Yerno/Nuera
<input type="checkbox"/> Padre/Madre	<input type="checkbox"/> Abuelo/Abuela	<input type="checkbox"/> Sobrino/Sobrino	<input type="checkbox"/> Cuñado/Cuñada
<input type="checkbox"/> Hijo/Hija	<input type="checkbox"/> Nieto/Nieta	<input type="checkbox"/> Primo/Prima	<input type="checkbox"/> Otro:

d. Que reside legalmente en España y se encuentra empadronado en un municipio de la Comunidad de Madrid.

e. Que desde la fecha de solicitud de reconocimiento de la dependencia hasta la fecha actual, los cuidados se han estado prestando ininterrumpidamente y de forma adecuada en el entorno familiar del beneficiario, sito en la:

Dirección	Tipo vía	Nombre vía	Nº
Piso	Puerta	CP	Localidad

f. Que la prestación de los cuidados se realiza a tiempo completo (únicamente para grados III y II de dependencia).

g. Que se compromete a seguir prestando a la persona en situación de dependencia los cuidados que precisa en su entorno habitual, salvo que se determine, tras variación en las condiciones de salud o en la situación de su entorno social, una nueva modalidad de intervención distinta en su Programa Individual de Atención.

h. Que se destinará la totalidad del importe de la prestación a contribuir a la cobertura de los gastos derivados de la atención prestada a la persona en situación de dependencia.

2- Información adicional requerida

Fecha de nacimiento del cuidador (dd/mm/aaaa)			
Sexo del cuidador	<input type="radio"/> Hombre	<input type="radio"/> Mujer	

3- Documentación requerida:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
NIF/NIE del cuidador/a no profesional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar en mi nombre los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

Y para que así conste y surta efectos ante la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, firmo la presente Declaración

En a. 01..... de abril..... de 2014....

FIRMA BENEFICIARIO/A DE LA PRESTACIÓN	FIRMA CUIDADOR/A NO PROFESIONAL

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Sistema de Información de Dependencia de Madrid (SIDEMA)", cuya finalidad es el reconocimiento de la situación de dependencia y su valoración y la gestión de las prestaciones y servicios derivados de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid (www.madrid.org/apdcm). Los datos podrán ser cedidos a otras Administraciones Públicas, exclusivamente en el ámbito de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Coordinación de la Dependencia, y el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la citada Dirección General, sita en la C/Espartinas, nº 10, 28001 Madrid, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.



Comunidad de Madrid

INFORME DE CONDICIONES DE SALUD PARA SOLICITAR EL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACION DE DEPENDENCIA (MAYORES DE 3 AÑOS)

1- Datos del solicitante:

NOMBRE:	
APELLIDOS:	
D.N.I.:	FECHA DE NACIMIENTO:

2- Problemas de salud en activo, de carácter permanente o crónico, que inciden sobre la situación de dependencia del solicitante (ordenar por importancia en relación a la incidencia sobre dicha situación):

ORDEN	DIAGNOSTICOS PRINCIPALES	CIE-9 / CIE-10	FECHA
1º			
2º			
3º			
4º			
5º			

- Enfermedad mental Discapacidad Trastornos graves del comportamiento intelectual
 Limitaciones sensoriales Enf. infecciosas activas Afección de la capacidad perceptivo-cognitiva

3- Tratamientos que tiene prescritos actualmente (señalar los que tienen relevancia):

FARMACOLOGICOS	
PSICOTERAPEUTICOS	
REHABILITADORES	
AYUDAS TECNICAS	
CUIDADOS ENFERMERIA	
OTROS	

4- Marcar lo que proceda (poner una X o un círculo donde corresponda):

1. SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN BASAL	SI	NO
2. PRESENTA DISMINUCION DE VISIÓN Y/O AUDICION	SI	NO
3. PRESENTA INCONTINENCIA URINARIA	SI	NO
4. PRESENTA INCONTINENCIA FECAL	SI	NO
5. PRESENTA DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LOS MMII	SI	NO
6. PRESENTA DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LOS MMSS	SI	NO
7. PRESENTA ALTERACION DE CONDUCTA	SI	NO
8. TIENE CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES	SI	NO
9. SE RESPONSABILIZA DE SU TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	SI	NO
10. SE PREVE MEJORÍA EN LOS PRÓXIMOS 6 MESES	SI	NO



Comunidad de Madrid

5- Valoración de las ABVD

Se valorará (de 0 a 3) la capacidad que tiene el/la solicitante para desempeñar por sí mismo/a las actividades anteriormente mencionadas, así como la necesidad de apoyo:

0 - INDEPENDIENTE: No precisa ninguna ayuda

1 - SUPERVISIÓN/PREPARACION: Solo necesita una preparación, por parte del cuidador/a habitual, de los elementos necesarios para realizar la tarea, o bien se le proporciona vigilancia, se le anima o se le da indicaciones para que la ejecute.

2 - AYUDA PARCIAL O LIMITADA: La persona participa en la realización de la tarea. Comprende cómo tiene que hacerlo y se implica en la ejecución /desarrollo de la misma.

3 - AYUDA TOTAL: Realización por parte del cuidador de la totalidad de la actividad. Inmovilizado/encamado o ausencia de capacidad de comprensión.

ACTIVIDAD	Autonomía / Apoyo
COMER: Hacer uso correcto de los cubiertos, llevarse los alimentos a la boca. Incluye la ingesta de alimentos a través de otros medios (sonda, nutrición parenteral total)	
MICCIÓN/DEFECACION: Acudir al baño, usar el retrete (adoptar la postura adecuada), limpiarse correctamente y ajustarse la ropa. Incluye cambiarse el absorbente y el manejo de la sonda o ostomía.	
ASEO PERSONAL: Lavarse y secarse todo el cuerpo, o partes del mismo. Incluye acceder a la bañera o plato de ducha por sí solo.	
VESTIDO: Ponerse/quitar todas las prendas de vestir y el calzado. Incluye abrochar botones/cremalleras así como ponerse las prótesis y órtesis prescritas.	
TRANSFERENCIAS: Como se mueve entre superficies hacia o desde: la cama, la silla. Incluye sentarse/levantarse de la silla, la cama.	
DESPLAZAMIENTOS DENTRO DEL HOGAR: Andar/moverse en el domicilio habitual: dentro de una habitación o entre diferentes estancias.	
DESPLAZAMIENTOS FUERA DEL HOGAR: Acceder al exterior de la vivienda. Caminar y/o moverse cerca o lejos de la propia vivienda.	

6- Otras observaciones de interés relacionadas con el estado de salud de el/la solicitante y su situación de dependencia.

7- Identificación del profesional que emite el informe:

Dr / Dra: _____

Nº de Colegiado: _____

Sello y firma:

En _____, a _____ de _____ de 2010

